

137695

BULLETIN ET MÉMOIRES

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DE LYON

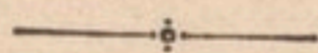
BULLETIN ET MÉMOIRES

DE LA

137695

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DE LYON



TOME V

Année 1901-1902



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & C^{ie}

Ancienne Maison A. WALTENER

14, rue Bellecordière, 14

—

1900

BULLETIN

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DE LYON



Année 1901-1902

Tome V, 1^{er} Fascicule
NOVEMBRE-DÉCEMBRE
1901

LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & Cie

Anc^{re} Mais^{on} A. WALTENER

14, rue Bellecordière, 14

—
1901

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE LYON

1901-1902

BUREAU

<i>Président</i>	MM. GAYET.
<i>Vice-Président</i>	HORAND.
<i>Secrétaire général</i>	VALLAS.
<i>Trésorier-archiviste</i> ...	AUBERT.
<i>Secrétaires annuels</i>	{ VILLARD.
	{ SIRAUD.

MEMBRES

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

MEMBRES CORRESPONDANTS

BATUT.	LABONNARDIÈRE.
CURTILLET.	RUOTTE.
DEBRIE.	SEVEREANU (de Buckarest).
JACOB.	

MEMBRES DÉCÉDÉS

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

BULLETIN
DE LA
SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE
DE LYON

Séance du 7 novembre 1901.

M. Fochier, avant de quitter le fauteuil de la présidence, prononce l'allocution suivante.

« Messieurs,

« Avant de céder le fauteuil de la présidence, vous me permettrez non pas de résumer les travaux de la Société, pendant les deux dernières années, nos comptes-rendus sont assez brefs pour être rapidement parcourus, mais de donner mon opinion sur la marche et l'allure de la Société.

« Lorsque nous nous sommes réunis, nous voulions avant tout créer une société dont tous les membres fussent compétents pour apporter la contribution de leurs multiples souvenirs à l'occasion d'une présentation, et aussi pour juger et critiquer les opinions émises, pour certifier ou infirmer avec autorité les résultats obtenus.

« Nous avons pu réaliser ces trois modes d'activité dans des mesures un peu inégales. Chacun de nous s'est empressé de rappeler les faits dont il avait pu être témoin ou acteur; si les contributions ont été restreintes

sur ce point, c'est par le fait d'absences trop répétées, allant parfois jusqu'à une abstention que je regrette profondément pour ma part.

Quant à la critique, je l'ai trouvée trop souvent un peu sommaire, un peu brève, un peu sèche. Certes, je n'ambitionne ni ne regrette les développements académiques et les discours qui se conforment aux règles de la rhétorique. Mais un peu plus d'ampleur dans l'argumentation ne manquerait pas de donner du relief aux idées, d'en faire naître et surgir de nouvelles. La recherche de l'expression, la multiplication des synonymies font souvent percevoir, dans la discussion, des rapprochements ou des contrastes qui ne ressortaient pas directement et d'emblée des faits signalés. Le langage ne crée pas les idées, mais il les oppose et les renforce l'une par l'autre. Parlons donc un peu plus longuement, nous finirons par animer la discussion au lieu de l'affadir.

« Un autre moyen d'animer la discussion, c'est de ne pas y voir une série d'attaques personnelles, lors même qu'elle est vive, au point de paraître manquer de bienveillance. Il semble vraiment, parfois, dans les sociétés médicales, qu'on n'attache qu'une importance bien secondaire au sujet que l'on critique. De peur de devenir passionné on reste froid et il est de bon ton de garder l'aspect de l'impassibilité. Je crois que les allures combatives sont de mise pour défendre ce que l'on aime, et nous aimons la chirurgie. N'en ayons pas honte, ne le dissimulons pas. La discussion et notre Société y gagneront.

« Je suis persuadé que M. Gayet, qui va prendre la présidence, n'est pas opposé à cette ardeur généreuse que je préconise. Je suis plus certain qu'aucun de vous qu'il dirigera nos débats avec l'autorité et la compétence que lui assure son ancienne expérience sur les sujets les plus variés de la chirurgie et je lui souhaite seulement de n'être pas obligé, comme je l'ai été, d'abandonner par deux fois les devoirs que m'avait imposés votre confiance. Il a dû me remplacer à deux reprises, et je lui en témoigne toute ma reconnaissance, en l'appelant à prendre la place que je quitte ».

DISCOURS D'INSTALLATION DU PRÉSIDENT

M. le professeur GAYET

Messieurs,

En venant aujourd'hui m'asseoir à cette place où m'ont appelé vos bienveillants suffrages, je ne puis oublier les paroles, qu'en pareille circonstance, prononçait celui qui l'a occupée avant moi. Il disait, en usant de ces termes d'obstétrique, qui lui sont familiers, que la Société de Chirurgie avait accompli son évolution embryonnaire, qu'elle était viable et en possession de tous ses organes, qu'il ne lui restait plus qu'à grandir. C'est ce qu'elle a fait sous son habile direction, et il la remet aujourd'hui entre mes mains plus forte et plus active, qu'il ne l'avait reçue. Je n'espère pas apporter dans vos séances une compétence aussi étendue que la sienne ni un art égal à soulever et à conduire vos discussions; mais, si la bonne volonté peut quelque chose, comptez sur la mienne d'une façon absolue.

En examinant la situation actuelle de la Société de Chirurgie de Lyon, je ne vois que des motifs d'espoir pour son avenir. La perte qu'elle a récemment subie en la personne de son premier président, qui était un de ses fondateurs, l'a douloureusement frappée, mais sans affaiblir sa vitalité: Ollier était un de ces hommes dont le passage laisse une trace toujours lumineuse et crée une tradition qui est pour nous un précieux héritage.

Vous vous êtes réunis, Messieurs, à un moment très particulier pour la chirurgie; au moment où toutes les audaces, rendues possibles par la mise en pratique des théories pastoriennes étant accomplies, il devenait nécessaire d'établir l'inventaire de nos conquêtes, d'en régler les conditions et d'en établir les limites.

Qui, mieux que vous, peut prendre part à ce travail de critique; vous qui, après avoir conquis par le concours les places que vous occupez à la tête des services les plus importants et les plus divers, venez ici mettre en commun à la fois les connaissances les plus sûres et les plus variées ainsi que l'expérience la plus consommée?

Toutes les fois que vous êtes réunis, vous constituez

le tribunal le plus autorisé pour délibérer sur les problèmes de la chirurgie et pour en résoudre les litiges. A une condition toutefois, et c'est ici que peut se faire entendre la voix de votre nouveau président, à la condition d'une assiduité persévérante et d'une réglementation précise de vos ordres du jour.

Vous m'accorderez d'avance votre pardon et toujours votre indulgence pour les cas où je paraîtrais trop sévère dans le maintien du programme exact de vos séances. Il est souvent délicat, les jours où les matériaux sont abondants et les présentations nombreuses, de garder un ordre impartial et satisfaisant pour tous, de défendre certaines discussions contre l'étouffement et d'autres contre une extension démesurée. Je tâcherai toujours de m'inspirer de vos désirs et de régler par la justice ces minimes difficultés.

Mais ne faut-il pas que je m'expose aux embarras que je redoute, en vous suppliant de toujours charger vos ordres du jour? Je préfère les difficultés de ma tâche personnelle aux dangers que courrait la Société si ses programmes étaient livrés aux chances du hasard; j'insiste pour que vous vous intéressiez aux faits qui vous sont soumis et préparant d'avance vos discussions, en y apportant la comparaison de vos expériences personnelles, afin que nos séances ne soient jamais un simple défilé d'observations disjointes se succédant devant des auditeurs indifférents ou insuffisamment préparés.

Mais, je m'arrête, Messieurs, assez de préambules, à l'œuvre maintenant et passons à l'ordre du jour.

* * *

NÉVROMES MULTIPLES

M. Jaboulay présente des névromes qui ont été enlevés à un homme de trente-trois ans. Au membre supérieur gauche, on voyait, disséminés sous la peau de l'avant-bras, sept névromes de différentes grosseurs, qui étaient appendus aux nerfs sous-cutanés. A droite, sur le trajet du médian, deux renflements principaux soulevaient l'un le pli du coude, l'autre la région du poignet.

L'incision a enlevé du nerf par énucléation, huit névromes dont les plus gros étaient comme des noix. La continuité du nerf fut respectée. Ces névromes amenaient des douleurs vives au simple frôlement de la peau; à droite, ils provoquaient encore des crampes et des contractures des doigts en flexion qui duraient parfois une semaine. Pas de troubles de la sensibilité ni de trouble trophiques.

Ces névromes sont formés de cellules fusiformes à pointes grêles, formant des tourbillons et des volutes; ils ont tous la même enveloppe que le nerf; ça et là, les cellules grêles sont écartées pour faire un feutrage dont les mailles sont occupées par un liquide clair. Parfois le protoplasma de ces cellules est granuleux, sombre, ou bien l'on voit une grosse cellule vésiculeuse, à protoplasma très clair, à éclat gras, piquée d'un petit noyau (Paviot).

M. Fochier demande des détails sur le manuel opératoire qui a été suivi.

M. Chandelux doute de la nature véritablement nerveuse de la tumeur enlevée par M. Jaboulay; il ne semble pas, en effet, que l'examen histologique ait montré une augmentation des éléments nerveux, des cellules nerveuses, du cylindre d'axe; s'agissait-il d'un névrome myélinique ou amyélinique? M. Chandelux pense qu'il s'agit plutôt d'un sarcome.

M. Villard a observé un malade semblable à celui opéré par M. Jaboulay. Cet homme présentait, au niveau du bras, une tumeur volumineuse, et offrait sur le reste du corps les stigmates de la neuro-fibromatose généralisée. M. Villard a enlevé la tumeur brachiale; elle était adhérente au radial; il put la décortiquer sans intéresser le tronc nerveux, qui fut conservé sans aucune altération ultérieure de la motilité, ni de la sensibilité. Le radial présentait, en outre, un certain nombre d'autres tumeurs semblables échelonnées sur son trajet, jusqu'au niveau de la partie supérieure du bras. Ce malade a succombé plus tard à des accidents de généralisation. L'examen histologique, fait au laboratoire d'anatomie pathologique, a montré qu'il s'agissait d'un cas de névrome malin.

Le cas de M. Jaboulay paraît devoir rentrer dans cette

catégorie. Il ne s'agit pas, là, d'un sarcome, comme le voudrait M. Chandelux; les tumeurs des nerfs ne donnent ni des cellules nerveuses, ni une augmentation du cylindre d'axe; il s'agit, comme l'a bien démontré M. Grall, dans une thèse de Lyon, d'un cancer des cellules de la gaine de Schwann. qui sont les éléments cellulaires nobles du nerf, les cylindres d'axe n'étant que des prolongements cellulaires. Les névromes malins, ont, du reste, la caractéristique de se généraliser à peu près exclusivement dans les nerfs. L'avenir du malade de M. Jaboulay est donc menacé par la récurrence nerveuse de la tumeur enlevée.

M. Jaboulay est d'un avis identique à celui de M. Villard; du reste, la réponse fournie par le laboratoire d'anatomie pathologique indique nettement, d'après M. Paviot, qu'il s'agit d'un névrome des cellules de la gaine de Schwann. Quant au manuel opératoire suivi, il a été simple et a consisté dans la décortication au doigt.

M. Chandelux persiste dans son opinion, et croit plutôt à un sarcome, étant donné l'absence, selon lui, des caractéristiques histologiques des tumeurs nerveuses.

* * *

RÉSECTION EXTRA-PÉRIOSTÉE DE L'ÉPAULE. — IMPOTENCE FONCTIONNELLE ABSOLUE

M. Vallas. — Le malade que je vous présente est entré dans mon service parce qu'il souffre de son épaule et ne peut se servir de son membre supérieur gauche pour aucun mouvement. Il exerçait, à Paris, son métier de maçon, lorsqu'il tomba malade et entra, pour se faire soigner, à l'hôpital. Il avait, lui dit-on, une arthrite bacillaire. Pour cela, il subit une opération dont vous voyez actuellement la trace sous la forme d'une cicatrice étendue de l'apophyse coracoïde sur le bras avec contre-ouverture en arrière. Aujourd'hui tout est bien fermé; il n'y a plus de gonflement, ni d'écoulement de pus, mais la douleur persistante et l'impotence de son bras l'ont amené dans mon service.

En l'examinant, on constate que la tête humérale a été

enlevée, ainsi que l'apophyse coracoïde. C'est donc une résection de l'épaule qu'on a faite, mais cette résection a été évidemment extra-périostée, car il n'y a pas trace de régénération osseuse. La perte de substance humérale persiste, telle qu'elle a été faite par le chirurgien, et la diaphyse humérale est restée distante de l'acromion de 7 à 8 centimètres environ. La radiographie que je fais passer sous vos yeux est, d'ailleurs, très démonstrative. On y voit la section osseuse très franche, très nette. A peine trouve-t-on, dans l'espace vide, une petite ossification due à un lambeau périostique qui a échappé à la destruction, mais cette colonnette osseuse est trop grêle et trop courte pour établir un lien entre les surfaces articulaires de l'épaule.

Cette absence de régénération osseuse est la cause de l'impotence fonctionnelle dont se plaint le malade. Son membre supérieur gauche pend, comme un tériau inerte, le long de son corps; les muscles de l'épaule, atrophiés d'ailleurs, sont impuissants à l'actionner, car il leur manque un point d'appui. L'observation de ce cas démontre donc d'une façon absolue la nécessité de conserver le périoste dans les opérations ostéo-articulaires, pour assurer, par la régénération osseuse, le rétablissement des fonctions du membre.

En plus, cet homme souffre beaucoup dans tout son moignon de l'épaule. Ce n'est pas que le processus tuberculeux continue à évoluer. Comme vous pourrez vous en rendre compte, il est complètement guéri à ce point de vue. Mais la cicatrice antérieure, par suite de l'absence de la coracoïde, s'est enfoncée profondément sous la clavicule et a contracté des adhérences avec le plexus brachial. C'est de là que viennent les douleurs névralgiques dont se plaint mon malade. C'est bien, d'ailleurs, à ce niveau qu'il souffre le plus et qu'il localise le point de départ des irradiations douloureuses.

Voici, maintenant, ce que je vais essayer de faire pour améliorer l'état de mon malade. En premier lieu, je détacherai la cicatrice de ses adhérences profondes pour libérer les faisceaux nerveux inclus dans le tissu fibreux. Cela fait, j'ouvrirai la gaine périostique de l'humérus et aviverai la surface de section de cet os. La même

manœuvre sera répétée du côté de la face inférieure de l'acromion. Alors je rapprocherai les deux surfaces osseuses et les maintiendrai en contact, soit par une suture métallique, soit simplement par une attelle plâtrée, convenablement appliquée. Autour de la ligne de réunion je suturerai, si possible, les gaines périostiques, pour assurer, par tous les moyens, la soudure de l'humérus à l'omoplate.

Si le plan opératoire réussit, le malade récupérera, non pas une articulation mobile — il n'y faut plus guère compter — mais un membre supérieur solidement fixé par une ankylose de l'épaule et qui pourra lui servir dans les limites connues en pareil cas.

M. Jaboulay croit qu'il faudra d'abord électriser le malade, car celui-ci a une paralysie du circonflexe, très vraisemblable, du reste, en raison d'une cicatrice postérieure, due probablement à une contre-ouverture de drainage.

M. Fochier demande à **M. Vallas** ce qu'il pense faire de la jetée osseuse qu'indique la radiographie.

M. Vallas a déjà eu recours à l'électrisation, chez son malade, pour parer aux phénomènes atrophiques. Au point de vue opératoire, il utilisera autant qu'il le pourra les néoformations osseuses, mais il ne réséquera aucune d'entre elles.

M. Vincent vient d'examiner le malade; il s'agit d'une résection vraiment extraordinaire: c'est une résection ballante, comme on en voyait autrefois avant les découvertes d'Ollier. Il craint l'absence de régénération et préférerait utiliser un appareil plâtré de préférence à la suture osseuse, étant donné la nature tuberculeuse de la lésion première.

M. Vallas ne veut pas pratiquer une nouvelle résection, il se propose seulement de ramener au contact les surfaces avivées comme pour une pseudarthrose.

OSTÉOME DES CAVALIERS

M. Battut présente un soldat atteint d'ostéomes des cavaliers, très volumineux, développés dans les deux cuisses, au niveau des adducteurs.

Séance du 14 novembre 1901. — Présidence de M. GAYET.

M. Siraud, secrétaire, lit le procès-verbal de la précédente séance ; celui-ci est adopté.

KYSTE HYDATIQUE DU REIN — LAPAROTOMIE MÉDIANE

M. Auguste Pollosson, sur une malade déjà ponctionnée deux fois par M. Laroyenne, et qui présentait un énorme kyste de l'abdomen, fit le diagnostic de kyste hydatique du rein. Il pratiqua la laparotomie médiane, vida le kyste de son liquide et de nombreuses vésicules, puis commença la décortication. Arrivé sur le rein, il ne put achever la décortication de dehors en dedans. Il incisa alors toute la paroi du kyste. Ne pouvant suturer le tissu rénal dilacéré, il fit un tamponnement à la Mikulicz. Pendant quelques jours, il se fit un suintement urinaire qui s'arrêta et la malade guérit. M. Pollosson la présente aujourd'hui à la Société et, fait remarquable, sa cicatrice, malgré le tamponnement, est aussi solide que si l'on avait fait une suture à plans superposés.

M. Claudot constate l'excellence du résultat, mais demande si l'on n'aurait pas, d'une façon générale, avantage à établir un drainage lombaire, ce qui permettrait de fermer l'abdomen en avant.

M. Pollosson dit qu'il n'a pas fait de drainage postérieur parce que la plaie était située en avant.

M. Goul'iod fait des réserves pour l'avenir au sujet de l'éventration.

ARRÊT DE CROISSANCE TRÈS CONSIDÉRABLE D'UN HUMÉRUS
CHEZ UN ENFANT A LA SUITE D'UN TRAUMATISME DE
L'ÉPAULE POUVANT REMONTER A LA NAISSANCE.

M. Vincent présente une petite fille de 10 ans $\frac{1}{2}$, sur laquelle on voit une différence de longueur très notable des bras. L'humérus gauche mesure 6 à 7 centimètres de moins que le droit. Aucun renseignement sur le passé de cette enfant. Les parents ni l'enfant ne se souviennent d'aucune chute, d'aucune fracture ; pas la moindre trace d'ostéite ; jamais de douleur dans le bras ni l'épaule. Le père n'a pas souvenir d'une complication quelconque au moment de la naissance de sa fille (R.-B..., Marthe, 10 ans $\frac{1}{2}$, de Montalieu-Vercieu, Isère). Il nous répète que c'est la couturière qui a découvert, il y a quelques mois, le défaut d'égalité des bras en essayant une jaquette. La petite ne se souvient que d'avoir été, au mois de septembre dernier, houspillée par son frère qui l'aurait tirée par le bras ; le mal qu'elle en aurait ressenti disparut au bout de quelques heures. On est donc réduit à se passer de toute indication sur le mécanisme de cet arrêt de croissance.

Le palper nous apprend que le creux axillaire est libre, que l'extrémité supérieure de l'humérus est moins grosse et plus élevée du côté gauche que du côté droit, sans qu'il y ait luxation ; sur le côté externe l'insertion du deltoïde se fait sur une saillie, comme sur une pointe de fracture vicieusement consolidée. Tous les mouvements de l'épaule s'exécutent et n'entraînent l'omoplate que s'ils sont portés à l'extrême de leur amplitude.

Au total, nous avons l'impression d'un traumatisme multiple qui aurait produit une fracture sous-delloïdienne, une disjonction du cartilage conjugal avec éclatement de la tête ou avec une entorse ou subluxation de l'épiphyse humérale et nous rapportons à la lésion du cartilage de combinaison la diminution de croissance de l'humérus. L'extrémité inférieure de cet os est plus trapue ; d'autre part la mensuration de l'avant-bras nous dévoile une plus grande longueur du côté blessé, environ

1 centim. de plus. Ce fait clinique confirme les lois établies par M. Ollier (1) : celle de la fonction ostéogénique plus grande du cartilage conjugal supérieur pour l'humérus, celle de l'action du traumatisme portant directement sur ce cartilage, celle de l'augmentation de fertilité du périoste et du cartilage conjugal de l'extrémité inférieure et l'allongement atrophique du segment du membre voisin pour compenser dans une certaine mesure le déficit causé par la résection ou par l'annulation d'un cartilage conjugal.

Nous rapprochons ce cas intéressant de celui qu'a publié Ollier en 1863, dans son mémoire sur *l'Inégalité d'accroissement des os longs chez l'homme et de l'interprétation de quelques faits pathologiques et chirurgicaux*.

« Une jeune fille de 15 ans avait éprouvé, à la suite
« d'une chute sur l'épaule droite, un arrêt de développe-
« ment très considérable de l'humérus. Cet os était du
« côté lésé plus court de 7 centimètres que de l'autre
« côté. Jusqu'à l'époque de la chute qui avait eu lieu sept
« ans auparavant, les deux membres avaient été parfai-
« tement égaux. Qu'y avait-il eu dans ce cas ? Était-ce
« une fracture articulaire, un décollement de l'épiphyse,
« une simple contusion ? Nous ne pouvons rien affirmer
« en présence surtout de la rareté de certaines de ces
« lésions ; toujours est-il qu'un traumatisme avait pro-
« duit cet arrêt de développement ».

Nous nous rattachons à l'idée d'un traumatisme (oublié) d'autant plus que la radiographie montre un ostéophyte ressemblant à un bec de fracture vicieusement consolidée au niveau de l'insertion du deltoïde, la déformation du cartilage conjugal et de la tête humérale. Quoique très bien faite, cette radiographie, que nous devons à M. le Dr Destot, est assez difficile à interpréter.

En la regardant, l'idée vient de suite à un obstétricien que l'accident remonte à la naissance, que l'épaule et le bras ont dû être traumatisés par un vigoureux index passé dans l'aisselle pour extraire l'enfant dans une

(1) OLLIER. — De l'accroissement en longueur des os des membres et de la part proportionnelle qu'y prennent leurs deux extrémités, 1863.

version. L'accoucheuse affirme cependant que la naissance s'est faite spontanément par le sommet.

Nous ne chercherons pas à interpréter le fait en invoquant une inhibition nerveuse.

Ollier (1) et Brown -Sequard- ont démontré qu'on peut couper les nerfs d'un membre sans arrêter les fonctions ostéogéniques de son squelette. Je sais d'autre part qu'il persiste du cartilage. Que ce cartilage soit en petite quantité ou de qualité inférieure, il n'y a aucun inconvénient à augmenter ou à réveiller son activité pour amoindrir l'inégalité de longueur de l'humérus. Ollier nous a appris que l'irritation de la diaphyse est susceptible de procurer cet effet.

Nous essayerons donc l'implantation d'un clou de plomb à 9 cent. environ de la pointe extrême et supérieure de l'humérus. Ce clou sera placé sous le périoste incisé et décollé, dans un trou pratiqué avec un perforateur, il sera rabattu et rivé de façon à ne pas tomber dans le canal médullaire.

Avec l'antisepsie il n'y a aucun inconvénient à redouter. Si nous échouons, nous n'aurons pas nui à l'enfant et nous aurons tenté de corriger une difformité qui peine sa famille. Il est bien entendu que nous sommes d'avis que l'on ne doit pas insister si, dans quelque temps, il est manifeste que le cartilage est tout à fait perdu, malgré les apparences, pour l'ostéogénie.

Nous aurons l'honneur de tenir la Société de Chirurgie au courant du résultat que nous obtiendrons.

M. Fochier. — La radiographie montre une déviation de l'extrémité supérieure de l'humérus, il est probable que l'os a subi une rotation. Un autre fait, difficile à expliquer, est la lésion osseuse visible sur la partie moyenne de l'humérus.

M. Vincent croit à un éclatement de la diaphyse et à une fracture de l'extrémité supérieure. En tous cas, le cartilage de conjugaison est atrophié visiblement.

M. Jaboulay a observé un cas analogue; il ne croit

(1) OLLIER. — De l'inégalité congénitale des deux moitiés latérales du corps chez l'homme. *Journal de la Physiologie de l'homme et des animaux*, 1860.

pas à la possibilité d'un accroissement de l'os par avivement du cartilage de conjugaison.

M. Nové-Josserand signale des cas semblables, relatés dans la thèse de Daniel (Paris, 1899). On a noté des lésions des cornes antérieures de la moelle, consécutives à des traumatismes, d'où arrêt de croissance d'origine trophique.

M. Fochier observe que cet humérus ressemble à celui d'un achondroplasique opéré par lui dans son service.

M. Vincent admet l'origine trophique de cet arrêt de développement, néanmoins il espère obtenir de l'hypergénèse osseuse par irritation du cartilage conjugal.

**FIBROME UTÉRIN AVEC HÉMORRHAGIES ABONDANTES. —
LIGATURE DES UTÉRINES. — HYSTÉRECTOMIE ABDOMI-
NALE TOTALE ULTÉRIEURE.**

M. Godamin. — J'ai l'honneur de vous présenter un utérus fibromateux, considérablement réduit de volume par son séjour dans l'alcool et que j'ai enlevé dans les conditions suivantes :

En avril 1898 se présentait à la Clinique gynécologique une femme de 27 ans, présentant un utérus du volume d'une forte tête de fœtus et venant demander la guérison d'hémorrhagies abondantes qu'elle avait au moment de ses règles et même en dehors de cette période. Le fibrome est signalé, dans l'observation, comme lisse, régulier, à contours nets, faisant saillie surtout dans le cul-de-sac antérieur. En raison de l'âge de la malade (27 ans), du petit volume de la tumeur et aussi des succès qu'on commençait à annoncer à l'actif de la ligature des utérines, comme méthode conservatrice dans certains cas de fibrome à complications hémorrhagiques, je résolus d'appliquer cette dernière méthode au cas présent.

Huit jours avant cette intervention, comme le conseillaient divers auteurs, je fis le curetage de l'utérus, après

dilatation sous anesthésie et la cautérisation au chlorure de zinc.

Huit jours après, je pratiquais le pincement bilatéral des utérines, aussi haut que possible, après avoir incisé le Douglas et décollé la vessie aussi haut que possible.

Suites opératoires extrêmement simples. La malade rentre chez elle, nous promettant d'envoyer de ses nouvelles après ses prochaines règles. Elle fut revue à plusieurs reprises, et la première année fut caractérisée par une menstruation moins longue et moins abondante. Persistance cependant de quelques douleurs.

Le 3 février 1899, je revis la malade et notais ce qui suit sur l'observation : La malade perd un peu moins, souffre encore un peu ; néanmoins, au dire de celle-ci, légère amélioration. Enfin, il y a un mois, elle entra de nouveau à la Charité, avec des douleurs et des hémorrhagies plus graves que précédemment. L'utérus, également, semble avoir sensiblement augmenté. Obligée de gagner sa vie, elle demande à être débarrassée, même par une opération sérieuse, de ses hémorrhagies et de ses douleurs. L'hystérectomie abdominale fut acceptée et exécutée, le 30 octobre 1901, par le procédé de Doyen.

L'intervention fut assez difficile en raison des cicatrices qui existaient en avant entre la vessie et l'utérus, et latéralement au niveau des parties qui avaient subi la forcipressure.

Après l'ouverture de la cavité abdominale, ce qui frappe tout d'abord, c'est l'énorme développement des vaisseaux artériels et veineux utéro-ovariens. Le fond de la tumeur est fortement vascularisé.

Par contre, dans la zone des utérines, on ne trouve pas de vaisseaux au milieu du tissu cicatriciel signalé plus haut. Les manœuvres de décollement, suivant la technique de Doyen, sont à peu près impossibles : il faut procéder par sections autour du col avec les ciseaux.

Dans la zone des utérines, on ne trouve aucun vaisseau et l'on ne place que quelques ligatures de sûreté.

L'utérus enlevé a le volume d'une tête d'enfant de cinq ans. Le col est atrophié, mince, ne présente aucun vaisseau serpentin sur ses parties latérales. L'hémostasie des utérines a donc été complète, mais l'utéro-

ovarienne a un calibre au moins double de celui qu'il présente normalement et les veines sont développées d'une façon analogue.

La section de la tumeur montre un semis de petits fibromes dans l'épaisseur des parois antérieures et, en outre, un gros polype fibreux, œdémateux, mou, à implantation sessile, qui, certainement, n'existait pas au moment de la première intervention.

Les suites opératoires furent des plus simples et la malade, complètement guérie, est sur le point de rentrer chez elle.

Cette observation est intéressante à plusieurs points de vue.

Tout d'abord, je crois que les succès de la ligature des utérines, pour fibromes, ont été publiés un peu tôt. Les résultats immédiats semblent bons et je les retrouve tels dans deux autres observations de ligature des utérines pour fibromes; mais en est-il de même pour les résultats éloignés? J'en doute. En tous cas, cette observation est démonstrative à ce point, ainsi que l'un des deux autres que j'ai signalés plus haut. Ceci se conçoit facilement: la démonstration en est faite par l'énorme développement de l'utéro-ovarienne que j'ai signalé. En outre, cette intervention a été pénible en raison du tissu cicatriciel qu'avaient laissé les premières interventions.

Dans un cas analogue, ou bien je me contenterai de l'hystérectomie abdominale sub-totale, ou bien je décollerai, par la voie vaginale, au préalable, l'utérus de la vessie.

J'ajouterai, enfin, en terminant, que la ligature des utérines peut rendre service comme opération préliminaire à une intervention plus radicale, pour permettre à la malade de refaire du sang et se mettre à même de faire les frais d'une opération plus complète.

M. Goullioud admet ce procédé comme moyen palliatif et il le met sur le même rang que la castration et la cautérisation. Pour sa part, il a pratiqué la ligature, il y a six ans, pour la première fois. De ix ans après, diminution du volume de l'utérus de 11 centimètres à 9 centimètres. Les règles étaient redevenues normales. Dans les autres cas, l'atrophie de l'utérus a toujours été nette. Il a

pu suivre ses malades pendant six ans, deux ans et quelques mois.

La ligature a été pratiquée de préférence sur des femmes de 40 à 50 ans, atteintes de fibromes peu volumineux. Elle est peu à recommander dans les gros fibromes. Les métrites hémorragiques de la ménopause sont justifiables également du pincement des utérines.

La ligature des hypogastriques lui a donné, dans un cas, un retrait moindre que la ligature.

M. Jaboulay se demande si les plexus péri-utérins pincés en même temps que l'artère, ne jouent pas un rôle dans l'anémie de l'utérus et son atrophie.

M. Goullioud. — Cette opinion est vraisemblable.

M. Fochier. — Ce procédé ne paraît pas aussi bénin qu'on l'affirme, car il peut y avoir de l'infection péritonéale. Les indications fournies lui paraissent illusoire, mieux vaut l'hystérectomie.

M. Goullioud n'a pas observé d'accidents.

M. Vincent rappelle que M. Laroyenne a montré toute la valeur de la cautérisation au chlorure de zinc. A quoi bon s'exposer aux dangers du pincement des utérines? Nombre de fibromes volumineux, traités par les crayons de chlorure de zinc ont subi des diminutions de volume considérables, au bout de quelques mois; on en a vu même rétrocéder de l'ombilic au pubis. Si le chlorure de zinc échoue, l'hystérectomie est indiquée. Le procédé de Doyen a l'inconvénient de faire un gros traumatisme et de supprimer les ovaires.

M. Condamin n'a jamais observé, dans le service de M. Laroyenne, de résultats comparables à ceux indiqués par M. Vincent. Quant à la ligature des utérines, elle ne peut pas amener l'anémie de l'utérus, puisque la circulation se rétablit par les utéro-ovariennes.

* * *

ANÉVRYSME ARTÉRIOSO-VEINEUX DE LA TIBIALE ANTÉRIEURE EXTIRPATION

M. Jaboulay présente une pièce constituée par un anévrisme artério-veineux de la tibiale antérieure, consécutif à un traumatisme. Il a pratiqué l'extirpation totale de la tumeur et celle-ci a été suivie de guérison complète.

Séance du 21 novembre 1901. — Présidence de M. GAYET.

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

**REIN DROIT LITHIASIQUE AVEC LÉSIONS COMMENÇANTES
A GAUCHE. — NÉPHRECTOMIE. — GUÉRISON**

M. Chandelux. — J'ai pratiqué une néphrectomie pour un rein lithiasique, le 4 juin dernier, chez une malade dont l'affection remontait à plusieurs années et pour laquelle la nature de l'intervention pouvait être discutée, en raison de certaines particularités signalées dans l'observation suivante :

Mme X..., âgée de 33 ans, née de parents arthritiques et goutteux, n'avait jamais été atteinte de maladies sérieuses jusqu'à l'âge de 28 ans, époque à laquelle se manifesta, du côté droit, une première crise néphrétique qui dura plusieurs heures et cessa brusquement sans élimination de sable ou de graviers. Trois années plus tard, une nouvelle crise se déclara avec douleurs violentes dans le flanc droit, irradiées sur le trajet de l'uretère, accompagnées d'envies fréquentes d'uriner, aboutissant à l'évacuation de quelques gouttes d'urine légèrement teintée de sang. Cette crise se termina par l'expulsion de trois petits graviers rouges, de nature urique par conséquent.

Pendant deux ans il n'y eut pas de nouvelles crises, mais bientôt des douleurs persistantes se firent sentir à la région lombaire droite et sur le trajet de l'uretère, en même temps que les envies d'uriner augmentaient de fréquence, dans une proportion égale la nuit comme le

jour, et sans qu'elles fussent influencées en aucune façon par les mouvements ou les courses en voiture.

Il n'y eut pas d'hématurie, mais, à partir de ce moment, les urines se montrèrent fréquemment troubles au moment de l'émission et bientôt leur état de purulence fut constant. De temps à autre, cependant, survenaient des crises néphrétiques, à retours irréguliers, à durée variable et, chaque fois que se produisaient les phénomènes de crises douloureuses, les urines redevenaient limpides pendant toute la durée de celles-ci, tandis qu'une débâcle purulente en annonçait la fin.

En examinant la malade, à ce moment, je constatai une légère augmentation de volume du rein droit, qui était douloureux à la pression. La tumeur représentée par l'organe, offrait cette particularité d'avoir, au point de vue de la consistance, deux portions bien distinctes : l'une, externe, dure ; l'autre, interne, molle, pseudo-fluctuante. Celle-ci correspondait au bassinnet dilaté, rempli par de l'urine mélangée à du pus et c'est à son niveau, que la pression provoquait surtout les douleurs. L'exploration vésicale fut négative, au point de vue de la présence d'un corps étranger.

Les renseignements fournis par la malade et les signes constatés ne pouvaient laisser de doute sur la nature de l'affection. Il s'agissait d'une pyélo-néphrite calculeuse, sans calculs libres dans la cavité du bassinnet, puisque les mouvements n'augmentaient point les douleurs. Quant à son origine, elle était manifestement d'origine arthritique héréditaire, cette diathèse se révélant, chez la malade, non seulement par l'expulsion de graviers uriques, mais aussi par la présence d'un tophus existant dans la paume de la main droite, au voisinage de l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index.

Le rein gauche, exploré avec soin, ne se montra ni augmenté de volume, ni douloureux.

Pour combattre la purulence de l'urine et la lithiase, je conseillais l'usage des cachets de salol de un gramme, au nombre de deux par jour : un le matin, un le soir, loin des repas, aussi longtemps que les urines seraient troubles au moment de l'émission, ainsi que l'emploi des eaux d'Evian ou de Contrexéville, pendant dix jours con-

sécutifs chaque mois, à la dose de deux bouteilles par jour, une le matin à jeun, la deuxième aux repas. Ce traitement hydro-minéral devait, en outre, être complété par une cure faite à l'établissement même au moment de la saison.

Sous l'influence de ce traitement, une amélioration se produisit, puis il y eut des alternatives d'aggravation et de retour à un état de santé meilleur. Toutefois, les douleurs dans le flanc droit se faisaient sentir assez fréquemment et s'exagéraient de temps à autre, sous forme de crises, non suivies d'expulsion de graviers. A chaque cure hydro-minérale, renouvelée pendant trois ans, soit à Contrexéville, soit à Evian, une évacuation abondante de sable rouge, fut constatée et il en résultait chaque fois un bien-être et un soulagement qui persistaient pendant un mois ou deux.

Pendant l'été de l'année 1900, à la suite de la cure habituelle, ce soulagement fût tel que la malade put se croire guérie. Les douleurs lombaires avaient disparu et les urines, par le repos, offraient un léger nuage de mucus, mais aucune couche purulente ne venait se former au fond du vase.

Brusquement, en novembre 1900, survint une crise néphrétique extrêmement douloureuse, qui persista pendant 7 ou 8 heures, s'accompagna de phénomènes syncopaux graves et, en outre, d'un état fébrile très marqué avec ascension thermique à 40 degrés. La fièvre persista pendant 48 heures. La crise se termina par l'expulsion d'un assez grand nombre de petits graviers grisâtres, dont l'évacuation fut suivie d'une amélioration légère, mais non suffisante pour permettre à la malade de reprendre sa vie habituelle, car, à partir de cette époque, elle put seulement se lever deux ou trois heures par jour.

Cet état resta sans changement jusqu'au mois d'avril. Puis une crise très violente se déclara; les douleurs, d'une grande acuité, provoquaient des lipothymies. En même temps, la température s'éleva à 40 degrés et l'élevation thermique dura pendant trois jours. Sous l'influence de l'évacuation d'une assez grande quantité de petits graviers grisâtres, les douleurs paroxystiques

cessèrent, mais une sensibilité douloureuse persista dans la région lombaire et obligea la malade à rester constamment dans son lit, presque sans mouvement.

Cette situation se prolongeant, la malade se décida à venir à Lyon, vers le milieu du mois de mai. Pendant son séjour, une crise étant survenue, semblable aux précédentes, mais moins forte cependant, l'examen, à ce moment, montra que le rein droit était volumineux et très douloureux à la pression. A gauche, le rein, dans les efforts d'inspiration, devenait également accessible et la pression sur son pôle inférieur éveillait des douleurs. Les urines, toujours troubles jusque-là, redevenaient limpides et leur quantité s'élevait à 1.200 centimètres cubes, chiffre bien supérieur à leur volume ordinaire, ce qui démontrait une activité fonctionnelle du rein gauche, largement suffisante pour assurer la sécrétion urinaire, puisque le retour de la limpidité de l'urine indiquait l'obstruction absolue et temporaire de l'uretère droit.

On pouvait se demander si l'augmentation de volume du rein gauche ne résultait pas d'une hypertrophie compensatrice, et si la sensibilité de l'organe n'était point la conséquence d'un réflexe vésico-rénal. Ces deux hypothèses sont peu probables, le rein gauche revenant à son volume normal après la cessation de la crise et sa sensibilité disparaissant alors même que, du côté droit, la pression sur le rein continuait à être très douloureusement ressentie. Il semble donc plus rationnel d'admettre la présence, dans le rein gauche, de quelques concrétions lithiasiques, origine et cause directe des phénomènes observés.

Avec cette double lésion, une intervention devait-elle être conseillée ? Il me sembla qu'elle pouvait donner d'heureux résultats, par la suppression d'un organe douloureux, atteint depuis de longues années, à peu près nul comme valeur fonctionnelle et par la possibilité qu'aurait ensuite la malade de quitter le lit et de se livrer à des exercices de marche, certainement utiles pour prévenir la formation de nouveaux dépôts uratiques dans le rein opposé.

Mon collègue, M. Gangolphe, qui voulut bien voir la

malade et m'assister au moment de l'opération, partagea cette manière de voir, et nous décidâmes que l'intervention devait consister en une néphrectomie, sauf peut-être à se borner à une néphrotomie si, après la libération du rein, celui-ci nous apparaissait sain dans une portion un peu étendue de son parenchyme.

L'opération fut pratiquée le 4 juin dernier. Par une incision oblique, commençant au niveau de l'extrémité antérieure de la 12^e côte, la loge rénale fut rapidement abordée et la décortication de l'organe se fit sans difficulté. Sa surface était bosselée, parsemée de nodules indurés, son volume supérieur d'un tiers à celui qu'il aurait dû présenter à l'état normal. Bref, le parenchyme paraissait altéré dans sa totalité. De plus, l'uretère avait les dimensions d'un doigt, était rigide. Par la pression on déterminait un froissement, une sorte de crépitation indiquant son obstruction sur toute sa longueur par des graviers.

Le rein fut donc enlevé, l'uretère décollé aussi loin que possible, puis sectionné à son entrée dans le petit bassin. Sa lumière apparut, complètement remplie par des graviers qu'il fut impossible soit de refouler dans la vessie, par le cathétérisme urethral, soit d'amener au dehors par des pressions exercées de bas en haut. Une ligature fut placée sur cette portion d'uretère dont la longueur, jusqu'au réservoir vésical, peut être estimée à 5 cent. environ.

Sur une coupe parallèle du rein on voit que le bassin est distendu, ainsi que les calices. A l'extrémité de ceux-ci on trouve des amas de petits graviers, anguleux, de coloration grisâtre qui existent aussi dans la substance corticale, très atrophiée, sous formes de petites masses sphéroïdales occupant l'intérieur des cavités glomérulaires considérablement agrandies.

Les suites opératoires furent simples. Pendant les premiers jours les urines, peu abondantes, ne dépassant point comme quantité 200 à 300 centimètres cubes en vingt-quatre heures, s'élevèrent à un litre à partir du dixième jour, pour se maintenir ensuite au chiffre normal de 1,400 à 1,500 centimètres cubes. L'ablation du rein supprima immédiatement toute trace de pus dans

l'urine. La température varia de 38°5 à 38°8 jusqu'au jour de la chute des ligatures de l'urètre et du pédicule rénal, puis redevint normale. L'appétit, presque nul depuis longtemps, se réveilla; la faiblesse s'atténa de jour en jour, au point que, un mois et demi après l'opération, la malade put se livrer à des promenades quotidiennes de 4 à 5 kilomètres.

Actuellement la santé générale est florissante et l'accroissement de poids dépasse 10 kilogrammes. De temps à autre, il est vrai, de petits graviers grisâtres apparaissent dans l'urine. Ils proviennent très certainement du moignon uretéral droit, car leur évacuation n'est jamais précédée de douleurs dans le flanc gauche et ils sont en tous points semblables, par leur aspect et leur forme, à ceux dont la présence y a été constatée. On peut donc prévoir leur issue totale, dans un délai plus ou moins rapproché et l'on est en droit, par conséquent, de croire que la guérison est, dès à présent, assurée.

* * *

**PINCEMENT LATÉRAL A SYMPTOMES LATENTS. — PHLEG-
MON CHRONIQUE DE LA RÉGION INGUINALE, D'ORIGINE
INTESTINALE. — FISTULE PYO-STERCORALE. — CURE
RADICALE PAR RÉSECTION DE L'INTESTIN. — GUÉRISON.**

M. Bérard présente une malade à qui il a pratiqué une résection intestinale, pour des accidents survenus dans des circonstances particulièrement exceptionnelles. Cette femme, ménagère, âgée de 56 ans, sans antécédents pathologiques intéressants, était entrée à la salle Saint-Pierre, le 31 mai 1901, pour une tuméfaction un peu douloureuse de la région inguinale. Elle disait que, deux mois auparavant, elle avait eu une forte indigestion, avec vomissements abondants, pendant un seul jour, sans suppression des matières, ni des gaz. Elle ressentit, à partir de ce moment, des douleurs peu vives, mais continues, exacerbées par le mouvement, dans le côté droit du bas-ventre. Peu à peu, une tuméfaction apparut au

niveau de la région inguino-crurale droite, du volume d'une amande à l'état de repos ; elle était peut-être un peu plus grosse pendant la marche et les efforts, mais jamais réductible ; la malade ne cessa, d'ailleurs, à aucun moment de faire son travail ; elle allait à la selle tous les jours, grâce à des laxatifs.

A l'entrée, la malade est assez amaigrie, avec le teint un peu jaune, mais non cachectique. Elle présente, au niveau de l'arcade fémorale droite, plutôt un peu au-dessus qu'au-dessous, une zone empâtée avec une tuméfaction plutôt étalée qu'une collection vraie. Œdème inflammatoire gardant l'empreinte du doigt. Pas de fluctuation en masse, mais, en un ou deux points, la pulpe de l'index perçoit un peu de liquide et une légère crépitation gazeuse à fleur de peau.

L'empâtement semble se prolonger dans la profondeur, sans que l'on puisse, cependant, percevoir rien d'anormal dans la fosse iliaque, ni du côté du cœcum. Rien au palper abdominal. Le toucher vaginal et le toucher rectal sont négatifs ; il y a, cependant, une légère douleur au toucher du cul-de-sac droit.

A cause des troubles digestifs du début, M. Bérard pense à une suppuration chronique avec gaz, d'origine intestinale, peut-être à une appendicite d'un type anormal.

Première intervention. — Sous anesthésie, une petite incision des téguments est pratiquée sur le point qui fluctue et où il y a quelques bulles gazeuses. Il ne s'écoule qu'une ou deux gouttes de sérosité roussâtre non odorante, et l'exploration de la petite cavité, au stylet, ne donne pas de renseignements plus complets. Un petit drain est introduit dans la cavité qui ne semble pas se prolonger profondément. Les jours suivants, un suintement très léger, sans caractères spéciaux, continue à se produire à plusieurs reprises ; on fait, en vain, l'examen bactériologique du liquide, en particulier au point de vue de l'actinomyose, mais sans succès. Sur sa demande, la malade quitte le service le 14 juin 1901, conservant encore une petite fistulette.

Cet écoulement de sérosité purulente, au lieu de se tarir, devient, par la suite, un peu plus abondant. Au

bout de trois semaines, le 6 juillet, la malade croit voir à l'orifice de la fistule, de petits grumeaux, rappelant des aliments mal digérés. Elle rentre à l'hôpital et, le 7 juillet, un nouvel examen permet de constater une fistule nettement pyo-stercorale, bien que l'écoulement soit très peu abondant.

Deuxième intervention. — Une intervention radicale est décidée et la malade anesthésiée pour compléter l'examen. Un stylet boutonné, introduit avec précaution dans la fistule, s'engage profondément en bas et en dedans, sans augmenter l'écoulement des matières et sans arriver sur un point osseux dénudé. L'orifice externe débridé largement et les parties molles incisées couche par couche, *on tombe sur un bout intestinal sectionné transversalement dans toute son étendue* ; on reconnaît l'intestin grêle, et ce doit être le bout inférieur, puisque le suintement par la plaie était insignifiant. La recherche du bout supérieur est très laborieuse. Pour éviter des manœuvres inutiles, et comme le bout supérieur semble attiré en haut et en dedans, comme, d'autre part, on se trouve dans des tissus indurés au contact immédiat de l'arcade crurale des vaisseaux fémoraux, M. Bérard préfère se rendre compte de l'état exact des lésions par *une laparotomie médiane sous-ombilicale* dont l'extrémité inférieure arrive au voisinage de la première incision, Il reconnaît alors que le bout supérieur de l'intestin étranglé au niveau de sa tranche de section, est presque complètement oblitéré et fixé en face de l'anneau inguinal interne. Après avoir protégé le grand péritoine au moyen d'une large compresse de gaze, il attire au dehors, à travers la plaie de la laparotomie, les deux bouts de l'intestin dont la libération a été assez facile, grâce à des manœuvres combinées par l'incision inguinale.

Une longueur d'intestin de 2 centimètres environ est réséquée sur chaque bout, et l'anastomose bout à bout est réalisée au moyen du bouton de Murphy. La plaie de laparotomie est ensuite fermée par une suture à trois plans. La plaie inguinale, au contraire, est laissée béante, avec un drain et deux mèches de gaze accolées pour le drainage du péritoine.

Pas d'incidents à signaler au cours de l'opération qui

dura environ cinquante minutes. Les suites furent simples, et la malade peut être considérée aujourd'hui comme guérie (21 novembre). Cicatrice médiane solide. Pas d'éventration latérale. Pas de troubles digestifs.

Voici comment nous pensons devoir reconstituer la succession des accidents :

1° L'absence de toute lésion du péritoine et de l'intestin, au voisinage de la section de l'anse, nous fait écarter l'idée d'une ulcération primitive de l'intestin, d'origine inflammatoire banale ou tuberculeuse. Il ne s'agissait pas non plus de l'inflammation d'un diverticule de Meckel ou d'un appendice iléo-cœcal en situation anormale. Comme, d'autre part, le début de l'affection fut marqué par des signes de « violente indigestion » avec vomissements, et que l'intestin sectionné fut trouvé au contact de l'arcade de Fallope, en face des fossettes inguinales, nous croyons qu'il s'est agi d'un *pincement latéral* de l'intestin grêle dans un canal inguinal incomplètement oblitéré. Ce pincement latéral expliquerait la persistance des selles et l'ulcération par gangrène du point serré dans la fossette.

2° Autour de cet intestin ulcéré se développa un phlegmon subaigu, avec quelques gaz, qui vint pointer au-dessus de l'arcade et où nous l'avons observé lors du premier séjour de la malade à l'hôpital.

3° Soit spontanément, soit à la suite de notre première incision des parties molles, l'ulcération de l'intestin se compléta peu à peu et aboutit à une section totale de l'anse. Mais, ce qui explique que si peu de matières s'étaient écoulées par la fistule, c'est que le bout inférieur seul était béant, tandis que le bout supérieur, étranglé comme par une pression circulaire, était presque complètement oblitéré ; *sa lumière, rétrécie en ouverture de bourse, avait à peu près les dimensions d'une épingle à grosse tête* et, à son contact, se trouvait une bride épiploïque, très adhérente, qui avait été peut-être l'agent de cette striction progressive. Malgré cette disposition, la malade n'avait présenté, à aucun moment, des signes d'obstruction intestinale, sans doute parce que les gaz pouvaient encore circuler, par ce petit orifice, dans le bout inférieur. Tout au plus avait elle remar-

qué, comme nous, à son examen, du péristaltisme des anses grêles au voisinage du foyer inflammatoire.

4^o Dans l'intervention, nous n'avons pas pu bénéficier des avantages de l'incision intra-péritonéale d'emblée pour la cure de la fistule stercorale. En effet, les anses sectionnées étaient dans une situation très déclive, juxta-pubienne. Pour avoir du jour et de l'aisance dans nos manœuvres d'exploration, nous avons préféré avoir recours à l'incision médiane de laparotomie, par laquelle nous avons la libération et la résection de l'intestin, suivant un procédé analogue à celui de Lawson-Tait, dans la cure radicale de la hernie inguinale étranglée.

Nos recherches bibliographiques nous ont montré que de tels cas doivent être rares. Aussi, avant de conclure sans réserves à un pincement latéral probablement dans un trajet inguinal interstitiel, avons nous désiré un contrôle histologique des lésions au niveau de l'intestin sectionné.

L'examen, pratiqué au laboratoire d'anatomie pathologique, par M. Paviot, a prouvé que la tuberculose était étrangère à ces accidents ; on n'a relevé, en effet, que des signes d'inflammation banale au niveau de l'anse réséquée.

M. Chandelux a observé un cas analogue sur une jeune femme. Le pincement avait eu lieu au niveau de l'orifice supérieur du canal inguinal. Il put se contenter, au point de vue opératoire, de pratiquer l'enfouissement de la partie pincée et le résultat fut parfait.

M. Jaboulay croit que les cas analogues à celui de M. Bérard sont fréquents ; ce sont eux qui donnent naissance au phlegmon herniaire classique et les fistules intestinales ainsi créées guérissent spontanément.

M. Bérard n'a publié ses observations qu'au point de vue de la latence des accidents et de leur longue persistance pendant un mois et demi. Il ne croit pas que l'anus contre nature créé se soit oblitéré spontanément.

M. Jaboulay. — Le mécanisme de la guérison de ces anus contre nature a lieu souvent par formation d'une entéro-anastomose spontanée.

M. Vallas pense que ces faits d'anastomose spontanée des anses intestinales doivent être très rares.

M. Tixier a observé récemment un cas de phlegmon herniaire à la suite duquel la fistule intestinale s'est tarie par le mécanisme de l'anastomose spontanée.

M. Chandelux. — Les cas de guérison spontanée sont assez fréquents : Scarpa les signalait. Dans le cas de M. Bérard, il pense qu'il faut attribuer le peu d'accidents observés à la limitation des lésions anatomiques, en rapport, du reste, avec le pincement latéral.

..

TRAUMATISME DU PIED TRAITÉ PAR LA MÉTHODE WLADIMIROF-MIKULIKZ

M. Jaboulay. — Je présente un jeune homme de 24 ans à qui j'ai pratiqué une amputation de Vladimiroff-Mikulicz, pour un écrasement du talon, il y a six mois. Une roue de tramway lui avait décollé la peau du talon et de la partie externe du pied, il y a quatre ans. A la suite de cet écrasement, le sphacèle avait fait détacher les deux derniers orteils avec leurs métatarsiens. Il restait une vaste plaie qui avait ouvert l'articulation tibio-tarsienne et laissait à nu la face externe, la face inférieure et la face postérieure du calcaneum. Le médecin du malade désirait l'amputation immédiate de la jambe, que je ne voulus pas pratiquer.

Peu à peu, une épidermisation se formait sur la surface à peu près entière, mais elle se déchirait au moindre contact et faisait des ulcères incessants. Le malade souffrait, en outre, et ne pouvait appuyer le pied à terre ; il marchait à l'aide de béquilles et en tenant le genou fléchi.

Je résolus de raccourcir le squelette trop long pour ce qui restait de téguments, et l'amputation ostéo-plastique de l'arrière-pied était, pour cela, on ne peut plus indiquée, avec la modification que nous avons proposée, Lagaite et moi, en 1887, et qui sacrifie exactement les parties molles que la roue de tramway avait amputées. Je n'eus donc qu'à enlever le squelette, dont le tarse, calcaneum, astragale, scaphoïde, cuboïde et les trois cunéiformes et une partie de l'extrémité inférieure des

os de la jambe furent extraits, et les métatarsiens furent placés sur le prolongement du tibia sectionné.

La soudure s'est faite, très solide, bien qu'elle soit encore fibreuse, au point de permettre quelques mouvements de flexion et d'extension de ce qui reste du pied. Et elle s'est faite sans que j'aie fait des sutures osseuses. Il n'y a pas de troubles trophiques.

C'est une amputation un peu plus considérable que le Vladimiroff-Mikulicz qui n'a enlevé que le calcaneum et l'astragale et avivé simplement la face postérieure du scaphoïde et du cuboïde conservés avec les cunéiformes.

Le malade peut se servir de son pied en appuyant sur le bord interne du gros orteil un peu déjeté en dehors. Le membre opéré a à peine deux centimètres de raccourcissement. Il est devenu digitigrade, de plantigrade qu'il était avant l'accident.

Ce cas est rare, et il montre qu'il faut pousser la conservation des membres aussi loin que possible, car la fonction est, sans conteste, bien meilleure avec ce restant de pied, qu'avec le meilleur moignon d'une amputation de jambe.

Bien que cette amputation ait fait un sacrifice osseux plus considérable que le vrai Vladimiroff-Mikulicz, il n'y a pas lieu de créer pour elle, une dénomination spéciale.

M. Vallas demande si le malade peut marcher. Certainement le résultat opératoire est bon, mais que sera le résultat fonctionnel ?

M. Albertin, dans un traumatisme semblable, a cherché surtout à conserver à sa malade un point d'appui solide, et il a fait une intervention analogue à l'amputation tibio-tarsienne en conservant un bon lambeau plantaire.

M. Chandelix se demande si M. Jaboulay n'aurait pas mieux fait de pratiquer, chez son malade, une amputation sus-malléolaire, quitte à lui faire porter, dans la suite, un appareil orthopédique employé autrefois par Valette et qui, prenant point d'appui supérieur sur les condyles du tibia, permettait au malade de marcher facilement, la jambe restant dans l'extension.

M. Jaboulay n'a pu, comme le voulait M. Albertin, conserver un lambeau plantaire, car le traumatisme avait

enlevé le talon et les parties molles postérieures du bas de la jambe. Il espère, d'autre part, que son malade, devenu digitigrade, pourra marcher sans appareil, comme le voudrait M. Chandelux, après une amputation sus-malléolaire.

* * *

FRACTURE DU NEZ

M. Gayet présente un malade atteint d'ancienne fracture du nez, à la suite d'une chute de bicyclette. Actuellement le nez présente une déviation à gauche des plus marquées, il est comme écrasé sur le côté droit, comme s'il avait subi un mouvement de bascule autour d'un axe vertical. Sa cloison est très fortement couchée sur le côté gauche. Les tentatives de redressement, faites peu après l'accident, furent infructueuses. M. Gayet demande l'avis de la Société sur la conduite à tenir chez ce malade.

M. Martin. — Cet homme est un exemple frappant de la nécessité d'intervenir de bonne heure et de vérifier souvent, pendant la consolidation, la position du nez, souvent le processus cicatriciel rétractile qui se passe dans l'épaisseur des parties molles, crée des déformations secondaires ou accentue celles du début.

M. Gayet demande à M. Martin s'il pense qu'une opération soit encore actuellement possible.

M. Martin pense que oui, à la condition d'exercer, pendant toute la durée du traitement, des pressions permanentes.

Séance du 28 Novembre 1901. — Présidence de M. GAYET.

M. Villard, secrétaire, lit le procès-verbal de la précédente séance ; celui-ci est adopté.

M. Durand donne lecture du mémoire suivant envoyé par M. Debrie, membre correspondant de la Société.

* * *

**FRACTURE DE LA ROTULE PAR ARRACHEMENT. — ARTHRO-
MIE ET SUTURE DES AILERONS. — GUÉRISON**

M. Debrie, médecin en chef de l'Hôpital militaire de Briançon. — B...., Jean-Anselme, né le 15 août 1878, et incorporé, en novembre 1899, au 12^e bataillon de chasseurs alpins, a toujours joui d'une excellente santé. C'est un homme très bien bâti et vigoureusement musclé.

Le 18 août 1901, aux manœuvres alpines, B... descendait à une allure rapide et le corps rejeté fortement en arrière, une pente très inclinée, lorsqu'il glissa sur son pied droit porté en avant, et tomba à la renverse, la jambe gauche si complètement repliée sous le tronc, que le talon droit vint en contact des fesses.

Dans sa chute, B... ressentit un craquement dans le genou gauche et, quand il voulut se relever, il ne put y parvenir et dut rester sur place jusqu'à ce qu'on vint le chercher.

Muni d'un appareil provisoire appliqué par le médecin du corps, B... fut dirigé sur l'hôpital militaire de Briançon, où il arriva le 20 dans la soirée.

A la visite du lendemain, nous constatons l'impotence

absolue du membre inférieur gauche. Le genou est le siège d'un gonflement modéré, mais la rotule est traversée par un trait de fracture oblique de haut en bas et de dedans en dehors qui la divise en deux fragments inégaux, le supérieur représentant la presque totalité de l'os, et l'inférieur n'en étant guère que le cinquième.

L'écartement des deux fragments mesure trois centimètres, le membre étant dans l'extension. La palpation est douloureuse, surtout sur le prolongement externe du trait de fracture, ce qui fait admettre que la fracture se continue en dehors par une déchirure de la capsule.

En raison de l'étendue de l'écartement, nous proposons une opération au blessé qui l'accepte, après une journée de réflexions.

Cette opération est pratiquée, le 22 août, sous le chloroforme.

Après toilette antiseptique minutieuse de la région, mais sans hémostase préalable, nous relevons, en avant du genou, un large lambeau à convexité inférieure, dont la base correspond au bord supérieur des condyles du fémur et dont le sommet répond à la tubérosité antérieure du tibia. Sous le lambeau cutané relevé, la bourse séreuse pré-rotulienne est trouvée déchirée et pleine de caillots qui ont envahi son pourtour. Les caillots enlevés, l'articulation apparaît béante entre les deux fragments de la rotule, disposés comme nous l'avons dit plus haut.

De chaque côté de la fissure osseuse, mais surtout en dehors, la capsule est largement déchirée. Par la déchirure, du sang liquide s'échappe en abondance et des caillots noirâtres apparaissent dans la profondeur de l'article. Enfin, le surtout fibreux pré-rotulien, rompu très irrégulièrement dans la tension exagérée qu'il a subie, s'est effiloché sous forme de franges allongées qui plongent dans l'articulation, bordent les surfaces fracturées et rendent ainsi leur coaptation impossible.

Pour faciliter le nettoyage de la cavité articulaire, la déchirure fibreuse est légèrement agrandie en dedans. L'articulation est ainsi vidée de tout son contenu liquide; les caillots sont enlevés à l'aide de tampons aseptiques. Quant aux franges fibreuses, elles sont soigneusement relevées en haut et en bas et fixées dans les mors de

deux pinces languettes. Pour rendre le relèvement des franges plus complet, leur base d'insertion a été détachée de la rotule à la rugine et sur une marge de deux millimètres, au voisinage immédiat de la fracture.

Par ces seules manœuvres préliminaires et sans aucune irrigation antiseptique, la cavité articulaire est rendue absolument nette. Nous procédons alors, suivant le procédé préconisé par M. Vallas, à la suture exclusive des lèvres de la déchirure fibreuse en avant et de chaque côté de la rotule et sans toucher aux fragments osseux.

Cette suture est pratiquée à l'aide de catgut n° 4, préalablement stérilisé par lavage à l'éther, au sublimé au 1/10 et immersion d'une heure avant l'opération, dans la solution phéniquée à 5 ‰.

Les fils sont disposés en points séparés, distants de un centimètre. Comme dans l'opération récemment pratiquée par notre camarade Ruotte, ils traversent toute l'épaisseur de la capsule articulaire, y compris la synoviale. En avant de la rotule, nous veillons à ce que l'aiguille rase soigneusement les surfaces osseuses. Enfin, la bourse pré-rotulienne est formée par deux points au catgut.

Ces sutures terminées, nous constatons que les fragments rotuliens sont très suffisamment coaptés.

Réunion de la peau au crin de Florence.

Pansement : compresses aseptiques sur la ligne des sutures, coton hydrophile stérilisé, bandage légèrement compressif. Le membre est ensuite immobilisé dans une gouttière métallique garnie de coton.

Les suites de l'opération ont été aussi simples que possible. Le blessé n'a jamais eu de fièvre et, dès le lendemain, il demandait à manger.

Au 18^e jour, les fils ont été enlevés, la plaie étant réunie par première intention. A partir du 30^e jour, nous avons commencé l'électrisation et le massage des muscles de la cuisse et la mobilisation latérale de la rotule qui, déjà, se déplaçait en masse.

A partir du 40^e jour, de légers mouvements de flexion, nullement douloureux, ont été imprimés au genou. Dès ce moment, le blessé a pu détacher le talon du lit et remuer librement sa jambe.

Le 45^e jour, il a pu marcher et faire le tour de la salle, sans aide et sans canne.

Dès le 50^e jour, il montait et descendait les escaliers et passait ses journées dans la cour.

Le 60^e jour, B... demandait à quitter l'hôpital.

Remarques. — Cette observation prouve, une fois de plus, la valeur de la méthode recommandée par M. le professeur agrégé Vallas. Suivant les recommandations du chirurgien des Hôpitaux de Lyon, nous n'avons fait ni hémostase préalable, ni irrigation antiseptique dans l'articulation.

En somme, l'opération a été si simple que nous n'hésiterions pas à la recommencer, le cas échéant, en nous contentant de l'anesthésie locale à la cocaïne.

* * *

PHLEGMON DE LA PAROI ABDOMINALE, CONSÉCUTIF A UNE CHOLÉCYSTITE CALCULEUSE, SUPPURÉE, EXTRACTION DE NOMBREUX CALCULS AVEC LONGUES MANŒUVRES DE MORCELLEMENT, DE DÉGAGEMENT ET DE TRACTIONS POUR RETIRER L'UN DE CEUX-CI ENCLAVÉ DANS LE CANAL CHOLÉDOQUE. ISSUE DES MATIÈRES ALIMENTAIRES PENDANT TROIS SEMAINES, A TRAVERS LA PLAIE ABDOMINALE. GUÉRISON.

M. Chandelux. — Mme P..., âgée de 62 ans, dyspeptique depuis une douzaine d'années, a suivi des traitements variés qui ont amené momentanément une atténuation des douleurs gastralgiques dont elle se plaignait, diminué les éructations, rendu les digestions moins pénibles, mais n'ont jamais abouti à une cessation des phénomènes douloureux qui, malgré la continuation des remèdes prescrits, se reproduisaient bientôt avec la même intensité.

Il y a deux ans, une crise violente se manifesta, accompagnée de vomissements, de douleurs dans l'hypochondre

droit, irradiées vers l'épaule qui, malgré l'absence de coloration ultérieure subictérique des sclérotiques, firent diagnostiquer une colique hépatique au docteur Gironde, appelé à donner ses soins à la malade. Deux mois plus tard, un nouvel examen permit de constater avec certitude, l'existence d'une néphroptose droite au 3^e degré.

La situation persista sans changement pendant dix-huit mois. Puis, à partir du mois d'octobre 1900, les douleurs gastriques et abdominales augmentèrent d'intensité, se manifestant de temps à autre sous forme de crises plus ou moins violentes, de durée variable, sans être suivies, toutefois, de teinte ictérique des téguments ou de décoloration appréciable des matières.

En même temps, le dégoût pour les aliments se prononçait de plus en plus, et l'amaigrissement faisait chaque jour des progrès amenant une diminution des forces qui obligeait le malade à garder la chambre et à rester au lit une partie de la journée.

C'est à ce moment qu'un avis me fut demandé, le 8 juillet 1901. L'exploration abdominale, révélait sans difficulté la présence d'une tumeur du volume des deux poings, siégeant dans l'hypochondre et le flanc droits, tumeur non fluctuante, à surface lisse, régulière, s'abaissant dans les mouvements d'inspiration douloureuse à la pression, se déplaçant assez facilement dans le sens transversal, et pouvant être refoulée dans la loge rénale. Aussitôt qu'elle y avait partiellement pris place, il était aisé, par la recherche du ballottement, de percevoir celui-ci, de la façon la plus évidente.

Par la percussion, toute la région occupée par la tumeur était mate. Cette matité s'atténuait légèrement en approchant du foie ; cependant il n'existait point de ligne de démarcation nettement accusée. Le bord inférieur du foie ne pouvait être senti au dessous des fausses côtes, soit à droite, soit à gauche, et l'organe n'était certainement point augmenté de volume.

Malgré l'absence d'hématuries, d'envies fréquentes d'uriner et de modifications dans le caractère et l'aspect des urines, il semblait que cette tuméfaction devait appar-

tenir au rein et se rapporter au développement d'un néoplasme.

L'examen des organes génitaux internes, ainsi que du rectum montrait, d'ailleurs, leur intégrité absolue.

Un renseignement faisait défaut. Il fallait savoir s'il existait un état fébrile. Le thermomètre, introduit matin et soir dans l'anus, apprit que la température, normale au réveil, atteignait le soir 38°5, de sorte qu'en présence de cet état fébrile, nous pensâmes qu'il s'agissait, probablement, d'une pyonéphrose fermée, développée dans un rein ectopié et nous conclûmes à la nécessité d'une intervention prochaine.

A quelques jours de là, mon collègue, M. Gangolphe, fut prié par la famille de donner son avis. Ses constatations aboutirent au même résultat et son opinion, conforme à celle que nous avons formulée, fut que la tumeur s'était vraisemblablement formée dans le rein et qu'elle nécessitait une intervention à très bref délai.

La malade y consentant, ainsi que sa famille, je pratiquai l'opération le 16 juillet, avec l'assistance des Drs Gangolphe et Gironde. Au moment où l'on se disposait, après avoir placé la malade sur le lit, à procéder à la toilette abdominale; l'attention fut immédiatement attirée par un changement d'aspect de la région correspondant à la tumeur. Les téguments de la paroi abdominale étaient soulevés par une tuméfaction formant saillie très apparente, hémisphérique, de la largeur d'une pièce de cinq francs, siégeant à quatre travers de doigt en dehors du bord externe du grand droit antérieur de l'abdomen, sur une ligne horizontale passant par l'ombilic.

La peau avait conservé sa coloration normale et la tumeur, mate dans toute son étendue, présentait une fluctuation des plus nettes. En raison du siège de la tuméfaction, l'hypothèse d'un phlegmon de la paroi abdominale consécutif à une cholécystite suppurée fut, à ce moment, admise; aussi l'incision, une fois l'anesthésie obtenue, fut dirigée obliquement dans une étendue de 6 cent. sur la partie la plus saillante de la tumeur, au lieu de suivre le trajet et la direction habituels, lorsqu'on a l'intention d'aborder le rein.

A peine l'incision faite, une quantité considérable de

pus pilegmoneux s'échappa, entraînant avec lui plusieurs calculs biliaires à facettes. Le doigt introduit dans la cavité rencontra de nombreux autres calculs, logés dans des poches diverticulaires, où ils étaient inclus. A l'aide de longues pinces utérines, plusieurs furent extraits après des manœuvres de traction et de dégagement souvent un peu longues. Une nouvelle recherche minutieuse conduisit le doigt explorateur, à une profondeur de 16 cent. sur un dernier calcul beaucoup plus volumineux que les précédents, renfermé et étroitement enserré dans un prolongement diverticulaire, cylindroïde de la poche. Par des tractions prolongées et par un morcellement en trois fragments, ce calcul de la grosseur d'un œuf de pigeon, après beaucoup de difficultés, put enfin être retiré. L'opération ainsi terminée, deux gros drains furent placés dans la cavité, puis on appliqua un pansement de gaze antiseptique recouverte de coton salicylique et soutenue par quelques tours de bande.

Le soir même de l'opération, la température est normale. Jusqu'à la guérison, elle ne s'élèvera jamais au-dessus de 37°6.

Rapidement, le pansement est souillé par la bile. Au bout de 48 heures, on le renouvelle et l'on voit que quelques aliments, ingérés par la malade, lait et œufs, se retrouvent dans le colon. Les boissons ressortent presque immédiatement par l'ouverture abdominale.

Cet état persista près de trois semaines. Il en résulta un degré d'affaiblissement extrême qui fut combattu par des lavements nutritifs.

Le sixième jour, apparition de muguet, arythmie, nécessitant les collutoires au borax, les lavages de la bouche à l'eau de Vichy, l'usage de la caféine, en même temps que l'on avait recours trois fois par jour à des lavements de 400 cent. cubes de bouillon salé, devant agir à la façon de sérum artificiel.

L'écoulement de la bile, mélangée aux aliments et au suc gastrique, provoque une vive irritation de la peau tout autour de la plaie, donnant lieu à des douleurs intolérables. C'est à peine si les applications locales de carbonate de magnésie en poudre, de vaseline boriquée, de pommade à la cocaïne amènent quelque soulagement

et permettent, aidées de l'action des narcotiques, un peu de sommeil.

Le douzième jour après l'opération, une suture des bords de l'orifice abdominal est faite dans le but de supprimer, temporairement au moins, l'issue des matières alimentaires par cette ouverture. Toute sensation de brûlure cesse; les fèces, de blanchâtres qu'elles étaient, reprennent leur coloration et l'alimentation peut se faire normalement. Au bout de cinq jours, la suture se désunit et de nouveau, les matières alimentaires s'échappent, mais en partie seulement, à travers la plaie. Peu à peu, celle-ci se rétrécit et finalement, sa cicatrisation complète et définitive est obtenue en deux mois. Depuis lors, la santé se maintient excellente; la malade mange avec grand appétit, digère admirablement et n'éprouve plus aucune souffrance.

Il faut noter que toute trace d'empâtement et d'infiltration inflammatoire ayant disparu, on peut constater nettement la réalité du déplacement du rein droit qui se trouve en ectopie au 3^e degré. La vésicule enflammée était donc devenue adhérente à cet organe, faisait corps avec lui. C'est ce qui explique pourquoi, lors du premier examen, tous les signes objectifs semblaient caractériser une tumeur rénale.

Il m'a paru intéressant de signaler ce cas, en raison de cette particularité de la sortie des aliments par le trajet abdominal. Il semble que cette issue a eu lieu par l'intermédiaire du canal cholédoque, dont l'orifice d'abouchement dans le duodénum, très dilaté par le gros calcul qui y était enclavé, s'est ensuite progressivement resserré, de façon à supprimer toute communication entre le duodénum, la cavité cystique dilatée et l'extérieur.

M. Jaboulay. — La communication de M. Chandelux m'a suggéré deux ordres de réflexions : les premières visent le diagnostic. En effet, les lésions hépatiques prêter à la confusion avec les tumeurs rénales, mais un examen attentif permet, le plus souvent, de préciser le diagnostic.

Je ne crois pas, d'autre part, qu'il s'agisse d'un calcul du cholédoque, car la malade n'a pas présenté d'ictère; il est plus rationnel d'admettre que le calcul enclavé

dans le cystique, a passé dans le duodénum par ulcération des parois, de l'intestin et des voies biliaires et la fistule alimentaire observée n'a été que la résultante de cette migration anormale.

M. Villard, en écoutant la communication de **M. Chandelux**, est arrivé aux mêmes conclusions que **M. Jaboulay**. Au point de vue des difficultés du diagnostic, il a observé, il y a quelques mois, une malade atteinte de cholécystite suppurée, chez laquelle il avait porté le diagnostic de pyélo-néphrite avec distension, s'appuyant sur la présence de pus dans les urines, et sur une sensation de ballonnement rénal indiscutable. Il faut faire une analyse minutieuse des symptômes, la palpation dans les lésions rénales, permettra souvent de sentir le bord tranchant du foie, libre et mobile au-devant de la tumeur du rein, et la percussion sera particulièrement précieuse en révélant dans les affections hépatiques, l'absence de la sonorité du colon transverse, habituelle lorsque c'est le rein qui est en cause.

M. Villard ne croit pas non plus que la fistule alimentaire observée, puisse être mise sur le compte d'une dilatation exagérée du cholédoque. Car, si dans les calculs de ce conduit, la lumière du canal est augmentée, cette dilatation n'a lieu qu'au-dessus de l'obstacle. Il pense qu'il s'est agi d'un calcul du bassinet de la vésicule, une ulcération était en train d'évoluer, créant une communication anormale entre le duodénum et les parois de la vésicule biliaire; l'ablation du calcul a laissé béant l'orifice encore oblitéré par lui et les produits gastriques ont alors apparu dans la plaie opératoire. Ces anastomoses spontanées cholécysto-duodénales sont, du reste, bien connues en anatomie pathologique.

M. Chandelux. — La percussion qui avait permis de percevoir une zone vague de sonorité au-devant de la tumeur et, d'autre part, le fait du déplacement rénal, l'avaient confirmé dans le diagnostic de tumeur rénale. Il admet, d'autre part, les observations de **MM. Jaboulay** et **Villard** au sujet du siège du calcul; une sorte de rainure située sur une des faces du calcul lui avait laissé penser que le corps étranger était à cheval sur le cholédoque et la lumière du duodénum.

M. Batut. — Inversement à ce qui vient d'être dit on peut prendre pour des lésions hépatiques, des altérations rénales. J'ai eu l'occasion d'observer un cas de pseudo-abcès du foie, qui n'était autre chose qu'une pyélo-néphrite calculeuse.

M. Tixier a eu lui aussi à observer une erreur de diagnostic assimilable aux précédentes. Il s'agissait d'un cas de pseudo-appendicite grave avec empâtement, matité, douleur au niveau de point de Mac-Burney, la tuméfaction remontant du côté du foie. Une laparotomie a démontré qu'il s'agissait d'une cholé-cystite calculeuse, l'empâtement perçu au niveau de l'épine iliaque était dû à des adhérences épiploïques en ce point. L'appendice était sain.

TARSECTOMIE TOTALE (SAUF LA MOITIÉ POSTÉRIEURE DU CALCANÉUM)

M. Jaboulay. — Je présente la radiographie d'un pied qui a subi une tarsectomie presque totale pour les suites d'un traumatisme, et qui a pu ainsi conserver l'appui plantaire. Il s'agit d'un employé d'un moulinage, dont le pied avait été broyé par une roue; les articulations tibio-tarsiennes et tarsiennes étaient ouvertes et suppuraient depuis un mois, les téguments du dos du pied avaient été emportés, et il fallait raccourcir le squelette pour des téguments trop étroits et insuffisants. Il n'a été conservé que la moitié postérieure du calcanéum, le reste de cet os, l'astragale, le scaphoïde, le cuboïde, les cunéiformes et même l'extrémité postérieure des métatarsiens avaient été extirpés; les métatarsiens et le calcanéum se sont rapprochés au-dessus du tibia, et ont fait un pied mignon, mais très utile. Il est évident que ce résultat, qui a laissé le malade plantigrade, est supérieur à celui du Vladmiroff-Mikulikz qui fait un digitigrade; mais les indications de ces opérations ne peuvent être comparées, et sont absolument différentes.

BLESSURE DU NERF OPTIQUE PAR UNE BUCHE DE PAILLE

M. Gayet rapporte l'histoire d'un enfant atteint d'une blessure du nerf optique, produite dans des circonstances curieuses. Ce petit malade a reçu au niveau de l'œil le choc d'une botte de paille qui ne parut produire qu'une blessure très superficielle de la paupière inférieure. Une cécité absolue de l'œil correspondant s'étant montrée, à la suite de cet accident, avec les symptômes objectifs d'une atrophie optique, il faut admettre qu'une longue buche de paille a traversé la paupière, pénétré dans l'orbite et est venue piquer le nerf optique. Ce mécanisme est vraisemblable, du reste M. Gayet a observé un fait analogue à la suite d'un coup de parapluie.

Séance du 5 décembre 1901. — Présidence de M. GAYET

M. Villard, secrétaire, lit le procès-verbal de la précédente séance; celui-ci est adopté.

M. Gayet propose, en raison du concours de chirurgie des Hôpitaux, de suspendre la prochaine séance. — Adopté.

SUR TROIS CAS D'ACTINOMYCOSE DE LA FACE

M. Batut. — J'ai l'honneur de présenter un malade entré récemment dans mon service, à l'hôpital Desgenettes, pour ostéo-périostite du maxillaire inférieur et atteint, en réalité, d'actinomycose.

C'est le quatrième cas observé par moi à l'hôpital d'instruction depuis janvier 1898, et c'est le troisième que j'ai à traiter.

Dans ces 4 cas, un était à forme temporo-maxillaire, les trois autres à forme cervico-faciale pure; je vous présente les photographies de ces divers malades.

On a publié en France, 46 cas d'actinomycose de la face, jusqu'à ce jour; il existe 146 observations de cette affection, surtout à forme viscérale; la plupart des cas observés appartiennent à la région lyonnaise et vous connaissez les cas divers relevés par MM. Poncet et Bérard, dans leur ouvrage de 1898. Je rappelle que le pronostic de la forme viscérale est toujours fatal, que la forme temporo-faciale est grave, la forme cervico-faciale bénigne tant qu'elle ne gagne pas en profondeur et surtout vers les trous de la base du crâne. Le traitement

ioduré est impuissant, le curettage avec cautérisation permet seul une guérison définitive.

Voici, en quelques mots, les observations de nos quatre malades militaires :

OBSERVATION I

L..., 21 ans, jeune soldat au 121^e d'infanterie, entre à l'hôpital Desgenettes, dans notre service, le 26 novembre 1901, pour une ostéo-périostite du maxillaire inférieur à droite.

Né aux environs de Périgueux, cultivateur de profession et habitant avec ses parents, possesseurs de deux vaches, il couchait à l'écurie, s'occupait de leur litière; il y a deux ans, il eut une carie de la deuxième grosse molaire inférieure droite et pendant l'évolution de cette carie dentaire qui ne s'est jamais accompagnée de fluxion, et qui a été suivie de l'arrachement de la dent, il avait l'habitude de se nettoyer l'intérieur de celle-ci avec des brins de paille. La cicatrisation de l'alvéole se fit complète; sans incidents. Il y a un mois environ, il voit se développer en petit bouton, non acuminé, ni ramolli, ni inflammatoire sur le rebord inférieur de la mâchoire inférieure droite, à 5 centimètres environ du milieu du menton; la pression sur la saillie est douloureuse, elle l'est même en dehors de toute pression. La tuméfaction locale augmente peu à peu, puis se prolonge en arrière, sur l'angle de la mâchoire; en même temps se développe du trismus qui finit par empêcher presque absolument l'ouverture de la bouche et qui rend la mastication impossible. Il y a quinze jours environ, soit deux semaines après le début de l'affection et quelques jours après son arrivée à Lyon, la tuméfaction étant très marquée, sensible au toucher et s'étendant en haut jusqu'à la paupière inférieure, le malade va à la visite, et le médecin-major du régiment fait deux incisions : l'une un peu en avant et au-dessous de l'angle de la mâchoire; l'autre plus antérieure sur le rebord inférieur de l'os; elle correspond, en haut, sur la deuxième molaire.

Il s'écoule du pus sanguinolent en assez grande abondance et le malade est aussitôt soulagé, au point de pou-

voir, peu après, ouvrir la bouche et s'alimenter sans difficulté.

Le 26, soit huit jours après, il entre dans notre service.

Etat actuel. — Le nez est épaté, comme écrasé; il n'a, cependant, jamais eu d'accident, ni de rhinite atrophique, pas plus qu'il n'existe de traces de syphilis récente ou congénitale. Les deux paupières de l'œil droit sont œdématiées couvrant à moitié le globe de l'œil. Cet œdème s'étend vers la racine du nez en dedans et descend, en bas, sur les régions massétérine et jugale; on provoque un léger godet sur la peau du masséter; la peau n'est, cependant, pas adhérente quoique épaissie et nullement inflammatoire. Au-dessous, l'angle de la mâchoire est difficile à percevoir au milieu d'une grosse tuméfaction qui englobe cette partie de l'os, dure en arrière, un peu ramollie et fluctuante sur le rebord inférieur sans soulèvement de la faciale. Immédiatement au-dessous, la tuméfaction est très dure, gagne jusqu'au bord antérieur du sterno-mastoïdien, à trois ou quatre centimètres du rebord osseux horizontal du maxillaire inférieur, semble faire corps avec le muscle qui, cependant, se tend fort bien, lorsque l'on fait tourner la tête à gauche du sujet, un peu gêné dans ce mouvement de rotation; mais le muscle est bien libre et intact dans toute sa largeur, au niveau de cette induration, qui se prolonge en haut en avant de lui jusqu'à la région parotidienne et dans la profondeur, gagne la partie latérale du pharynx. On sent, en effet, entre le pouce et l'index, une grosse masse non lobulée, non mobile d'avant en arrière, qui remplit toute la partie supérieure de la région carotidienne, sans points ramollis ou fluctuants et ne remontant pas dans la déglutition, ne se réduisant pas dans la flexion latérale de la tête ou la rotation de celle-ci et dans laquelle il est difficile de distinguer une infiltration ganglionnaire quelconque. C'est une induration en masse arrêtée, en avant du muscle, ne gagnant pas en haut de la mastoïde, ou en arrière vers la partie supérieure du triangle du claviculaire. Il n'y a pas trace de compression des divers nerfs latéraux de la région (spinal, récurrent, pneumogastrique, laryngé supérieur, grand hypoglosse, grand sympathique), ni de la veine jugulaire ou du tronc thyro-

linguo-facial. La pression de l'articulation temporo-maxillaire n'est pas douloureuse; les mouvements sont à peu près normaux, la bouche s'ouvre largement.

En avant de la tuméfaction pré-angulo-maxillaire, on remarque un épaissement sensible de la peau de la joue, absolument plaquée à la face externe du maxillaire inférieur, adhérente à cet os, sans mobilité sur les plans profonds, le centre de la masse indurée paraît correspondre au point où a porté l'incision antérieure, d'où s'écoule encore en pressant un peu de pus grumelleux, couleur café au lait; la même sécrétion sort de l'incision postérieure et jaillit même avec une certaine violence sur les doigts qui en pressent les bords. La joue droite explorée est souple, sans ulcération à sa face interne, il n'y a pas d'adénite génienne sensible. La région sus-hyoïdienne est libre, saine, sans œdème, immédiatement en dessous de l'emplacement de la glande sous-maxillaire, qu'on ne perçoit pas nettement.

Le menton est normal, la barbe peu fournie des deux côtés, cependant quelques poils sont tombés sur la surface de l'induration antérieure.

L'examen de la cavité buccale nous montre que le sillon gingivo-buccal ne présente aucune saillie, aucune tuméfaction, aucun point fluctuant, la gencive est saine; en arrière, la première grosse molaire a été enlevée et son emplacement alvéolaire est comblé par un tissu gingival résistant, sans ulcération; la seconde grosse molaire est complètement cariée en forme de cratère supérieur; il n'existe, autour d'elle, aucune trace de processus de périostite alvéolo-dentaire. La dent de sagesse n'est pas encore sortie, ni sur le point de se montrer. Le masséter n'est pas contracturé. Rien aux amygdales, ni à la langue.

Symétriquement, à gauche, on constate l'absence de la première grosse molaire et une carie de la deuxième identique à celle de droite; mais, de ce côté, l'os exploré entre deux doigts indique un léger épaissement diffus d'avant en arrière sur la table externe. La mâchoire supérieure est normale; carie toutefois de la deuxième grosse molaire gauche.

Le malade n'a aucun antécédent de syphilis, d'ulcéra-

tion linguale, de tuberculose ; distorrhée chronique ; il n'a pas d'induration épithéliomateuse dans la langue, l'amygdale ou les lèvres, pas d'ectasie osseuse kystique. En appuyant sur les deux points ramollis, dont les orifices de fonctions ne sont pas encore réunis, on fait sourdre du pus assez abondant, épais, brunâtre, sans odeur spéciale, grumeleux, et l'on aperçoit très nettement sur la peau environnante (qui est saine, non décollée, non ulcérée) plusieurs grains jaunes qui sont brillants, petits, mais caractéristiques de l'actinomyose. L'examen au microscope avec coloration par une solution alcoolique d'éosine, nous montre des spores abondants et même un amas rayonné, mais peu net, d'actinomyoses. M. le médecin-major Niclot, répétiteur, veut bien faire un examen plus détaillé, avec coloration au Gram, et nous montre des massues typiques ainsi que des spores analogues à celles déjà vues par nous.

Il s'agit donc nettement d'un cas récent d'actinomyose aiguë à forme péri-maxillaire, voire même angulo-maxillaire, légèrement cervicale et pas du tout temporaire ; en raison de la jeunesse de la lésion, nous ne devions pas compter encore sur les formations habituelles de clapiers purulents avec fistules bourgeonnantes et tendance à l'envahissement. Le malade prend, dès le 26 au soir, deux grammes d'IK et, le 30, il passe à trois grammes sans présenter d'autre symptôme d'iodisme qu'un peu de coryza sans larmolements, angine, laryngite, troubles gastriques ou acné.

Le 1^{er} décembre, au soir, nous constatons que les deux poches ouvertes se sont brusquement distendues sous le pansement ouateux aseptique ; le 2, au matin, il existe des tuméfactions fluctuantes, la postérieure de la grosseur d'un œuf de pigeon, l'antérieure du volume d'une grosse aveline ; incision large issue d'un pus abondant, grumeleux, riche en grains jaunes ; curettage de la face externe du masséter et de la branche horizontale, jusque derrière l'angle de la mâchoire, en respectant prudemment le facial ; on ramène des fongosités abondantes sur lesquelles on distingue quelques grains mêlés au pus. En avant, même curettage qui empiète un peu sur la région sus-hyoïdienne. Lavage au sublimé, cautérisation à la

teinture d'iode pure avec un tampon imbibé de cette teinture. Le décollement postérieur est assez étendu et paraît avoir la surface d'une pièce de cinq francs. On met à l'intérieur de chaque poche un crayon iodoformé. Pansement aseptique à la gaze. La poche postérieure ne présente aucun trajet diverticulaire profond conduisant vers la tuméfaction inter-carotidienne.

Nous portons un pronostic favorable en raison de la tendance des lésions à s'étendre sur le cou et non en haut vers la tempe ou la base du crâne.

Depuis hier, la tuméfaction cervicale a doublé, englobant le sterno-mastoïdien, et va nous conduire à de nouveaux curettages.

OBSERVATION II

D.... Joseph, soldat au 99^e d'infanterie, 21 ans, en garnison à Lyon depuis six mois, né à Jallieu (Isère), cultivateur de son état, sans antécédents personnels ou héréditaires, entre à l'hôpital Desgenettes, dans notre service, le 16 juillet 1900, pour un adéno-phlegmon sous-maxillaire avec abcès dentaire.

Ce malade, vigoureux et solidement bâti, a souffert des dents vers le commencement de mai, durant une semaine; quelques jours après se montre une tuméfaction dure, au-dessous du rebord inférieur du maxillaire inférieur droit et qui s'étend en dedans de lui dans la profondeur et un peu en arrière vers l'angle de la mâchoire. Le médecin-major du régiment fait une petite incision qui donne issue à du pus mêlé de sang et le malade reste à l'infirmerie du 1^{er} au 16 juin. Le malade conduit des chevaux, met quelquefois des brins de fourrage à la bouche mais ce tic est peu prononcé chez lui.

Etat actuel : Légère carie des deux premières grosses molaires, rien à la langue, pas d'ulcération gingivale, aucune tuméfaction du cul-de-sac gingivo-labial.

A l'extérieur empâlement dur de toute la région sous-maxillaire, déformée, sans fluctuation sensible, œdème de la joue s'étendant jusqu'à l'orbite. La palpation de la glande est douloureuse. L'ouverture de la bouche est très limitée, moins par la douleur que par une résistance mécanique due à une contracture des masséters.

Le 16. extraction de la première grosse molaire et incision large et profonde, parallèle au rebord inférieur de l'os, à travers la glande; dès l'entrée à l'hôpital, issue du sang et du pus profond et épais. Grande amélioration de l'état local, disparition du trismus et mastication facile le 20. Le 25, la plaie d'incision est cicatrisée, mais il existe toujours une induration volumineuse et ligneuse, sans trace de ramollissement en un point quelconque de cette grosse tumeur qui fait disparaître le retrait de l'os hyoïde.

30 juin. — OEdème persistant et volumineux des paupières à droite, ainsi que de la lèvre inférieure; le malade a remarqué la formation d'un gonflement depuis deux jours et le rattache à l'extraction dentaire, il est toutefois indolore. Mais la partie antérieure de l'induration sous-maxillaire se ramollit et donne issue à une certaine quantité de pus grumeleux.

Le 10 juillet, persistance de l'œdème des paupières, formation de deux nouveaux abcès sur le bord antérieur du sterno-mastoïdien, de la grosseur d'une noix, l'un supérieur et sous-jacent à l'angle de la mâchoire, l'autre aussi volumineux et à trois centimètres au-dessous; il gagne en avant presque la ligne médiane, il s'y écoule du muco-pus mal lié. Large incision, curettage, fongosités mollasses, abondantes, d'aspect lipomateux avec décollements étendus; drainage, lavage au sublimé.

La persistance de l'induration sous-maxillaire, malgré la première et profonde incision, l'apparition soudaine, sur le cou, de nouveaux foyers purulents, envahissants, à contenu grumeleux semblant provenir d'inoculations secondaires, malgré une antisepsie constante, la tendance à la fistulation font penser à l'actinomycose et la recherche des massues, pratiquée par notre collègue et ami, M. le médecin-major Niclot, répétiteur à l'École, confirme notre diagnostic clinique. On donne IK 2 grammes par jour, sans accidents secondaires. Trois drains sont placés en divers sens.

16 juillet. — Nouveaux accroissements, nouveaux foyers purulents, ouverts, cautérisés au thermo-cautère et drainés.

30 juillet. — Nouveau curetage et cautérisations.

Finale­ment, gué­ri­son com­plète le 15 août, avec indura­tion cu­ta­née de la ré­gion sus-hyoï­dienne laté­rale, sans fistules, ni é­pai­sis­se­ment de l'os. Dis­pa­ri­tion de l'œ­dème pal­pé­bral, ou­ver­ture lar­ge de la bou­che. Gué­ri­son défi­ni­tive et sor­tie le 1^{er} sep­tembre. Ici nous avons eu af­fai­re à une forme d'ac­ti­no­my­cose sous-maxil­laire type, avec lar­ges in­fil­tra­tions en pla­cards de la ré­gion cer­vicale, sous forme de phlegmons lar­ges de Chas­saig­nac.

OBSERVATION III

B... Xavier, deuxiè­me sol­dat au 121^e ré­giment d'in­fan­te­rie, 21 ans, 2 ans de ser­vice, né à Veau­che (Loire), voi­tu­rier de pro­fes­sion, entre à l'hô­pital Des­ge­nettes, le 6 oc­to­bre 1899, pour une tu­mé­fac­tion sus­pecte des ré­gions pa­ro­ti­diennes et sous-maxil­laires gau­ches. C'est un grand blond, pâle, cou­vert de tâches de rous­seur, maig­riot, à tempé­ra­ment stru­meux. Au mois de mai de cette année, une carie de la dent de sa­gesse de la mâ­choire su­pé­rieure gau­che, a entraî­né des dou­leurs vio­lentes et la for­ma­tion d'un petit abcès dans la gen­cive avoi­si­nante, ainsi qu'un gon­fle­ment de la joue et de l'an­gle de la mâ­choire in­fé­rieure. A l'in­fir­mie­rie, on lui incise son abcès, d'où il ne sort que du sang, et on ar­rache la dent ma­lade. Le tris­mus des jours pré­cé­dents dis­pa­raît, mais, quatre jours après, ré­ap­pa­ri­tion de l'œ­dème de la joue qui aug­mente, entraî­ne une ap­pli­ca­tion de pom­made mer­cu­rielle et une inci­sion pré-an­gulo-maxil­laire; di­mi­nution mo­men­ta­née de l'in­dura­tion, re­tour du même gon­fle­ment, en­trée à l'hô­pital Vil­le­man­zy et sé­jour du 8 juin au 2 juillet 1899, dur­ant ce temps, persis­tance du tris­mus, sans dou­leur, sans écou­le­ment de li­quide, mas­ti­ca­tion im­pos­si­ble; régime lac­té, 3 mois de con­va­les­cence, pen­dant les­quels la pom­made mer­cu­rielle fut ap­pli­quée à plu­sieurs re­prises.

L'état gé­né­ral reste bon; l'état local ne s'amé­li­ore pas.

A son re­tour au corps B... est en­voyé à l'hô­pital Des­ge­nettes le 6 oc­to­bre 1899, et M. Marcus, notre col­lè­gue, fait deux inci­sions, l'une sur le massé­ter, l'autre sur l'an­gle du maxil­laire in­fé­rieur; il sort du pus avec des grains jaunes carac­té­ris­ti­ques; l'exa­men mi­croscopi-

que fait par M. Niclot, révèle l'existence de massues fort nettes. Application de teinture d'iode sur les plaies, et pansement à l'iodoforme, IK à l'intérieur de 2 grammes à 6 grammes par jour.

Le trismus diminue peu à peu, mais il persiste une induration bizarre sur toute la région qui s'étend en haut à l'arcade zygomatique, en arrière à la mastoïde, en bas au niveau de l'os hyoïde, englobant l'angle de la mâchoire, la joue et s'arrêtant à deux travers de doigt de la commissure gauche; la peau est tendue, adhérente à l'os et au masséter, surtout au niveau des cicatrices d'incision. Pas de fluctuation, pas d'adénite jugale ou sous-maxillaire.

Nouvelle poussée avec trismus et ramollissement en avant du masséter, et seconde incision en avant de la parotide le 9 novembre : on ne trouve pas de grains jaunes. Zona fémoro-cutané, le 21 novembre; disparition du trismus. Bon état général, cicatrisation de la fistule opératoire.

3 janvier 1900. — Nouvelle induration depuis quelques jours, un peu au dessus de l'angle de la mâchoire et fistulisation laissant suinter un peu de pus grumeleux.

M. Batut fait, après injection de cocaïne, une incision en T, le long du bord postérieur de la branche montante avec débridement transversal vers l'oreille; il met ainsi à découvert un tissu lardacé, recouvrant un os épaissi, et trouve un trajet fistuleux, profond, fongueux, postérieur, que le stilet parcourt et qui conduit en arrière jusqu'à la face interne de la branche montante. Curetage profond, mais prudent à raison de l'émergence du facial; badiageonnage à la teinture d'iode. Peu de réaction.

20 janvier. — Légers accidents d'iodisme; on ramène l'IK à 4 grammes puis à 2 grammes. Le 6 février, la cicatrisation est presque définitive malgré une saillie verruqueuse du tissu de granulation, à suintement minime et sans grains apparents. Injection d'un centimètre cube de teinture d'iode; pansement iodoformé. Le 16, la pression fait sourdre du pus non grumeleux par ces bourgeons; nouvelle injection de teinture d'iode, renouvelée le 25 février et, le 7 mars, persistance de l'induration osseuse et cellulaire de l'angle de la mâchoire.

23 mars. — Les cicatrices sont définitives, il n'y a plus

de suintement purulent ; plus de trismus. Bon état général.

Le malade part, le 23 mars, en congé de convalescence de 3 mois ; il est considéré comme guéri.

OBSERVATION IV

(*Arch. de Méd. Mil.*, 1899)

F... Pierre, 23 ans, soldat à la 14^e section d'infirmérie militaire, né à Pau, jockey de profession, de tempérament lymphatique, sans antécédents personnels ou héréditaires, entre le 18 décembre 1897, à l'hôpital Villemanzy, pour tuméfaction survenue sur la joue gauche depuis un mois environ, s'étendant de la commissure naso-génienne à l'angle de la mâchoire, avec trismus et induration du sillon gingivo-labial ; il a, de ce côté, une dent de sagesse cariée. M. Annequin arrache la dent de sagesse, fait de la désinfection buccale, cautérise les gencives, fait de la dilatation forcée des mâchoires, avec amélioration légère. Nouveau nodus ramolli, un peu au dessous de l'angle, incision, issue de pus mal lié, fistulisation, soupçon d'actinomyose, prescription d'IK, 4 gramme par jour. Fin janvier nouvel abcès en avant du sterno-mastoïdien, suivi bientôt de formation de deux nouveaux nodules vite abcédés et fistuleux, malgré les pansements au sublimé. En février, diminution du trismus, persistance d'un œdème jugo-palpébral, et nodus sous-palpébral incisé. Recherches d'abord infructueuses de l'actinomycès, puis apparition de grains jaunes à la suite d'un curettage de tous les clapiers fistuleux. Pansement à l'éther et au sublimé ; IK, 3 grammes par jour.

Nouveaux abcès en avant de l'oreille sur l'articulation temporo-maxillaire. Le malade est envoyé à l'hôpital Desgenettes à titre de rareté clinique, le 21 février ; persistance de blindage jugal. Nouveaux curettages par M. Marcus, le 5 et 10 mars, 27 mars, cautérisations indolores à la teinture d'iode. Le 12 avril, cicatrisation définitive ; la peau est redevenue souple, sauf vers la partie moyenne de la branche horizontale du maxillaire inférieur. Dernier curettage le même jour, fongosités sans grains jaunes, pansement iodoformé. Cicatrisation définitive le 25 avril.

Départ, le 12 mai, en congé de convalescence de 3 mois; la tuméfaction de la joue a disparu, les tissus sont souples sauf au niveau de la dernière intervention; écartement normal des mâchoires. Le malade prendra, toutefois, durant un mois, de l'IK et sera surveillé quelque temps encore.

Ici, guérison après 6 mois d'IK et de curettages méhodiques.

* * *

RÉTRÉCISSEMENT ŒSOPHAGIEN A LA SUITE D'INGESTION DE LESSIVE DE SOUDE CAUSTIQUE.

M. Albertin. — Je vous présente un petit malade âgé de 7 ans que j'ai eu à soigner dans les conditions suivantes. Il habite Saint-Paul-Trois-Châteaux dans la Drôme; ce pays est de ceux où on récolte des olives. Pour faire disparaître l'amertume des fruits on les fait macérer dans une solution étendue de soude. Le père de l'enfant rentrait chez lui apportant dans un panier un flacon de 150 à 200 grammes contenant le liquide destiné à préparer la solution pour les olives. L'enfant courut au panier prit le flacon, se le mit sous le nez et en avala une gorgée.

Voici le flacon et son contenu. J'ai fait analyser le liquide par M. Baron pharmacien. C'est une solution aqueuse contenant 30 0/0 de soude caustique. Je tiens à signaler le danger de la négligence dans le transport et l'usage de pareils caustiques, car trois autres enfants ont été victimes de semblable accident. Mon collègue Nové-Josserand, dans le service duquel ils ont été soignés, pourra vous donner son appréciation sur les conséquences de l'ingestion de ce liquide.

Pour ce qui a trait à mon petit malade, il fut amené, un mois après l'accident, à Lyon. Mon excellent maître et ami, M. Bouveret, voulut bien me l'adresser après l'avoir examiné. Cet enfant, depuis cinq à six jours, ne s'alimente plus; aussitôt les aliments ingérés, il se produit un spasme œsophagien à la moindre tentative de déglutition et le bol alimentaire est rejeté. Toute tentative

d'examen par le cathétérisme à l'état de veille étant impossible, je pratiquais l'anesthésie chloroformique. Pour explorer l'œsophage je pris une bougie conique n° 10 qui fut arrêtée à 22 centimètres des arcades dentaires. Je pus faire franchir le point rétréci à des bougies filiformes. Alors j'utilisai des bougies armées et, lorsque j'eus la certitude que le conducteur avait bien franchi le rétrécissement, je pus, en insistant avec prudence, faire passer les bougies n° 11, 12 et 13 de la filière Charrière. Quarante huit heures après je renouvelais le cathétérisme sous anesthésie au kélène. Après ces deux séances l'enfant put manger beaucoup plus facilement des aliments liquides et, convaincu lui-même de l'utilité du traitement, il se prêta désormais au cathétérisme avec la plus grande docilité. J'ai fait des séances de dilatation presque quotidiennes, parce qu'elles étaient bien supportées et je suis arrivé à passer le n° 22. La déglutition est devenue de plus en plus facile; le spasme œsophagien qui, lors de l'arrivée de l'enfant, était considérable a cédé au bout des premières séances. Actuellement, en prenant la précaution de mâcher ses aliments, l'enfant peut ingérer la plupart des aliments.

Je vais confier mon malade à son médecin traitant, avec mission de le cathétériser deux à trois fois par semaine, puis moins souvent.

Quel pronostic est réservé à cette lésion? C'est ce qui m'inquiète et je ne sais si c'est le traitement suivi qui nous a donné jusqu'alors un heureux résultat. Ne serai-je pas amené à faire davantage?

A part l'électrolyse, qui pourra être essayée, je ne vois pas la possibilité d'autre intervention sur l'œsophage. Faudra-t-il avoir un jour recours à la gastrostomie? Ce sont autant de points sombres à l'horizon, et c'est pour cela que je prie mon collègue, M. Nové-Josserand, qui a eu à soigner trois malades atteints de la même affection avec des manifestations plus graves, de nous dire quelle thérapeutique il a instituée, en dehors de la dilatation, et quels bénéfices il en a retirés.

Actuellement, mon petit malade va très bien, engraisse, jouit d'une parfaite santé. Je suivrai attentivement les événements ultérieurs.

M. Nové-Josserand. — J'ai, en effet, eu à soigner trois cas semblables; je ferai ultérieurement une communication sur ce sujet.

* * *

TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE DU GENOU PAR L'ARTHRECTOMIE

M. Albertin. — J'ai voulu avant de les laisser partir, vous présenter ces trois malades à qui j'ai fait l'arthrectomie pour des tuberculoses graves du genou. Tous trois étaient porteur de lésions anciennes, notamment cette jeune fille de treize ans qui, depuis six ans, a constamment souffert, éprouvé des troubles de fonctionnement avec des alternatives de rémission et d'aggravation. Ces malades sont opérés depuis six mois et marchent déjà depuis trois mois. Vous pouvez constater que l'ankylose est complète pour deux malades, elle est encore un peu fibreuse pour l'un d'eux. La marche prolongée est facile, non douloureuse.

Il n'y a pas la moindre menace de récurrence. Au niveau de la symphyse fémoro-tibiale, peau et tissus fibreux sous-jacents sont collés contre le squelette.

J'espère avoir, avec ces nouveaux opérés, les mêmes satisfactions que j'ai eu avec les autres à savoir la guérison durable avec un membre utile. Les nouvelles que j'ai eues de mes opérés, consignées dans la thèse de Clavel, m'ont permis de noter les résultats suivants :

Persistance de la cure locale de la tuberculose.

Absence de troubles d'accroissements dans le membre opéré.

Possibilité de la plus large utilisation fonctionnelle du membre, malgré l'ankylose fémoro-tibiale.

M. Nové-Josserand demande quelle est l'étendue du raccourcissement.

M. Albertin. — Un centimètre à un centimètre et demi.

M. Nové-Josserand trouve très beaux les résultats obtenus par M. Albertin, mais, pour sa part, il devient

de plus en plus partisan des traitements non sanglants de la tuberculose articulaire; il obtient actuellement d'excellents résultats des injections intra-articulaires de glycérine iodoformée.

M. Ruotte insiste sur la facilité que donne la section verticale des condyles, qui permet d'avoir un jour considérable sur l'articulation.

M. Fochier. — Avant la période antiseptique, on était déjà arrivé à un traitement non sanglant des tuberculoses articulaires, analogue à celui préconisé aujourd'hui par M. Jossierand.

Il est étonné du nombre de cas qui guérissent sans ankylose quand on traite de bonne heure. Pour sa part, il croit qu'il ne faut pas renoncer trop tôt à la mobilité d'un genou et il ferait des réserves sur les indications de l'arthrectomie préconisée par M. Albertin.

M. Albertin n'a pratiqué cette opération que dans des tuberculoses confirmées, souvent traitées déjà pendant plusieurs années dans des services hospitaliers. Il présentera un jour une malade à laquelle il a pratiqué une synovectomie avec mobilité parfaite.

Il n'a jamais eu de bons résultats des injections médicamenteuses intra-articulaires dans les formes graves. L'arthrectomie s'adresse aux formes fongueuses de la tuberculose du genou, à la forme diffuse. Il pense que les injections modificatrices n'auraient donné aucun résultat dans ces conditions; il redoute, d'autre part, la longueur du traitement. Il faut tenir compte aussi de la situation sociale des malades. Les malades pauvres ne peuvent subir un traitement de trop longue durée, ils risquent, en effet, une aggravation de leur état général.

M. Vallas. — M. Albertin vient de qualifier les opérations qu'il a pratiquées du terme d'arthrectomie; les cas qu'il a présentés n'étaient-ils pas plutôt des cas de résection intra-épiphysaire? D'autre part, les sections verticales des condyles n'amèneront-elles pas ultérieurement des troubles du cartilage de conjugaison?

M. Albertin. — Je dis arthrectomie et non pas résection, même minime, parce qu'en adoptant ce premier terme, j'entends établir que l'ablation porte sur les

parties constituantes de l'articulation, en dehors du squelette, c'est-à-dire sur la synoviale, les ligaments intra-articulaires, les ménisques, les cartilages diarthrodiaux. C'est là une affaire de définition, si l'on veut, mais, si on se reporte au manuel opératoire tel que je l'ai décrit, on verra que je respecte le squelette en n'y touchant que pour faire la chondrectomie ou pelage des cartilages diarthrodiaux.

Depuis quelque temps (mon premier cas date de 4 à 5 ans) j'ai, pour aborder le creux poplité, institué un temps opératoire qui est le suivant. Je ne voudrais pas empiéter sur la thèse d'un de mes élèves, thèse qui est encore chez l'imprimeur, mais je crois devoir vous résumer ma manière de faire.

Le grand obstacle à l'étalement, au déroulement du creux poplité, c'est la traction opérée par les ligaments latéraux sur les surfaces fémoro-tibiales. Pour mobiliser les insertions des ligaments latéraux sans les désinsérer je fais la mobilisation temporaire de leurs surfaces fémorales d'insertion par l'ostéotomie verticale des surfaces condyliennes.

M. Nové-Josserand redoute beaucoup cette ostéotomie verticale qui intéresse le cartilage conjugal. C'est un fait connu que lorsqu'on fait, sur le cartilage de conjugaison, une incision intéressant à la fois l'épiphyse et la diaphyse, on voit une ossification se produire à ce niveau, comme un véritable clou qui empêche l'ossification normale et qui amène ultérieurement des troubles de croissance. Les malades de M. Albertin auront certainement, dans la suite, du raccourcissement.

M. Vallas est persuadé également que des troubles de croissance surviendront.

M. Albertin. — M. Nové-Josserand exprime des craintes au sujet des troubles de l'accroissement que peut apporter la section des condyles intéressant le cartilage de conjugaison. Ce sont des considérations théoriques auxquelles je puis opposer les faits observés.

Je n'ai pas observé d'asymétrie ni le moindre trouble dans l'accroissement du membre opéré, il n'est devenu ni cagneux, ni tord chez tous mes opérés; l'accroisse-

ment s'est fait parallèlement au membre du côté sain, sans que j'aie constaté aucune déformation.

Le fait que mes malades ont subi depuis quatre ans, trois ans, deux ans, une modification notable de leur taille sans déviation me paraît suffisant pour m'autoriser à ne pas redouter de déformation ultérieure.

Je vais, à nouveau, contrôler l'état de mes plus anciens opérés et j'apporterai la preuve, par des faits, que la mobilisation temporaire des condyles, telle que je l'ai pratiquée, n'apporte pas de troubles dans l'évolution du cartilage d'accroissement.

**OBSERVATION D'APPENDICITE-FANTOME. — RÉSECTION DE
L'APPENDICE. — GUÉRISON**

M. Géraud présente un malade qu'il a opéré pour un cas d'appendicite-fantôme ; il complètera l'observation dans la prochaine séance.

Seance du 19 decembre 1901 — Présidence de M. GAYET.

M. Villard, secrétaire, lit le procès-verbal de la séance précédente, celui-ci est adopté.

* * *

OBSERVATION D'APPENDICITE-FANTOME. — RÉSECTION DE L'APPENDICE. — GUÉRISON.

M. Louis Géraud. — H... Paul, 21 ans, cavalier au 10^{me} cuirassiers.

Antécédents héréditaires. — Fils unique. Père et mère vivants et bien portants tous les deux.

Antécédents personnels. — Excellente santé. Rougeole dans la première enfance; grippe à 6 ans. Dothiéntérie à forme grave à 7 ans. Ni rhumatisme, ni paludisme, ni tare tuberculeuse. Il n'est relevé aucune trace d'affection vénérienne. Pas d'éthylisme. Appétit solide. Belle musculature. Dans le passé, aucune tendance aux constipations opiniâtres. Dans ces derniers temps, H..... n'a pas fait de marches forcées ni d'exercices gymnastiques ayant pu déterminer l'affection pour laquelle il entre à l'hôpital.

Dans les premiers jours de mai 1899, il éprouve sans brusquerie, sans cause apparente, sans embarras gastrique préalable, une douleur dans la fosse iliaque droite douleur accompagnée, après 48 heures, de vomissements et de constipation. Cet état persistant nécessite son entrée à l'hôpital Desgenettes. Il reste un mois à l'hôpital à la diète et au régime lacté.

Rentré au corps, après un mois de convalescence, il

supporte mal le régime de la caserne et ne peut monter à cheval que pendant deux jours.

Les mêmes symptômes se manifestent dans la suite et, le 7 juillet 1899, il est à nouveau dirigé sur Desgenettes, la douleur locale, les vomissements disparaissent avec le repos et le régime. Pour la première fois à la diarrhée du début succède de la constipation pendant trois jours. Après 23 jours d'hospitalisation, il est employé aux magasins d'habillement et ne remonte plus à cheval que par hasard. Tout service actif lui est défendu à cause du retour facile de la douleur dans la fosse iliaque.

Le 17 octobre 1901, sans cause connue, la douleur se réveille sans constipation préalable et avec elle se manifestent des nausées, puis des vomissements alimentaires d'abord, puis bilieux. Les selles régulières jusqu'alors sont supprimées ce jour-là. Purgatif à l'huile de ricin, le 18 octobre. Deux garde-robés dans la journée. La douleur persiste avec les nausées. Pas de fièvre.

19 octobre. — La douleur est augmentée et les vomissements bilieux reprennent. La diète est absolue depuis la veille ; un lavement glyceriné reste sans effet. Le thermomètre marque 37°3.

Le malade est admis à l'hôpital Villemanzy.

Etat actuel. — H..... se présente à nous, solide, bien musclé, le teint frais. Le faciès n'est pas grippé. Céphalée légère. Nausées continuelles, vomissements aqueux par intervalles. Pas de traces de bile dans la cuvette. Il accuse une douleur très vive dans la fosse iliaque droite, douleur accrue par les efforts, par les mouvements et par la pression. Le pouls est plein et régulier, la langue est nette. Les gaz sont supprimés. Il n'y a pas de fièvre.

A l'examen, on constate :

Localement, au point de Marc-Burney, douleur vive, accrue par la pression. Défense très marquée des muscles abdominaux et tension de l'hypochondre contrastant de façon très appréciable avec le manque de défense et la souplesse de l'hypochondre gauche. La main ne perçoit pas d'empatement et ne délimite pas l'appendice en raison, supposons-nous, des douleurs provoquées. Pas d'œdème de la paroi. Rien à la percussion, ni ballonnement, ni tympanisme, mais simple tension de la

paroi avec saillie très prononcée du muscle droit surtout ; ni gargouillement, ni taches rosées. Le toucher rectal ne décèle rien ; le foie est normal. Aucune teinte ictérique à la peau, ni aux conjonctives. Le malade n'a jamais présenté d'ictère, il n'a jamais eu de douleurs gastriques. Rien à la rate, rien aux poumons. Tout est localisé dans l'hypochondre droit. Rien au cœur. Pas de souffles, jamais de palpitations. Pas de dyspnée d'effort. Pas d'œdème des jambes. La pointe bat dans le sixième espace. Le pouls marque 55 à la minute.

Thermomètre : 37°2. Rien du côté de l'appareil urinaire. Le malade urine sans difficulté et normalement, ne se lève jamais la nuit. Ni albumine, ni sucre.

H..... se déclare un peu nerveux, prompt à la colère. Pas de crises, ni de convulsions dans l'enfance, jamais de perte de connaissance.

Pleurs et rires faciles. Pas de stigmates, rien aux réflexes. Pas de troubles de la motilité ou de la sensibilité. Aucun trouble du côté des organes des sens. Le malade réclame une intervention dès son entrée dans le service.

Prescriptions. — Repos absolu. Diète lactée, glace intus et extra. Potion morphinée. Lavement glycérimé.

21 octobre. — Température du matin, 37,2. Le lavement a été rendu sans résultats. Vomissements aqueux à plusieurs reprises dans la nuit. Le lait a été refusé. L'état local ne s'est pas modifié. L'état général est à peu près le même. L'insomnie constatée par l'infirmier de garde a laissé sur les traits une impression de fatigue. La langue est un peu salie à la base. Il n'y a pas eu de gaz. Deux lavements nouveaux sans scybales. Le liquide est évacué très fortement teinté.

22 octobre. — L'insomnie persiste sans fièvre. Le pouls reste à 57. Le faciès est sensiblement plus déprimé. La langue est sèche, l'état local ne s'est pas amélioré. La sécrétion urinaire est normale en quantité. Les urines sont claires sans dépôt. Toujours absence de gaz. Nausées moins fréquentes et un seul vomissement aqueux le matin. Refus de toute boisson à l'exception de limonade glacée.

L'intervention est sollicitée avec une insistance nouvelle. Elle est décidée pour le lendemain.

Intervention, 23 octobre. — Toilette antiseptique minutieuse de l'abdomen. Incision oblique dans la fosse iliaque droite à trois travers de doigts en dedans de l'épine iliaque. Dissection méthodique des différents plans, jusqu'au cœcum. L'intestin comme les feuillets du péritoine sont libres d'adhérences. Recherche facile de l'appendice. Celui-ci long de six centimètres est souple et libre derrière le cœcum. Il ne présente ni taches ecchymotiques, ni sphacèle, ni adhérences, ni perforation, ni sang, ni pus. Aucune trace d'exsudats sur le cœcum, ni sur le méso, ni dans le repli appendiculaire. Les faisceaux du méso-appendiculaire sont fortement accusés ; à cette vascularisation se bornent les constatations possibles.

L'exploration du cœcum et des anses intestinales voisines ne décèle pas un amas de matières stercorales. Le cœcum et les anses explorées apparaissent souples et presque vides. Ligature croisée au catgut du méso-appendice qui est ensuite détaché aux ciseaux. Ligature croisée après transfixion de l'appendice, section et recouvrement du moignon toujours au catgut. Sutures par plans au catgut. Sutures cutanées au crin de Florence. Diète. Potion morphinée.

Suites de l'intervention. — Pas de température ce jour-là, ni les jours suivants. Vomissements aqueux dans l'après-midi. Nuit agitée, ni selles, ni gaz. Pas de douleurs.

24 octobre. — Calme absolu. Pas de vomissements. Pas de température. Faciès reposé. Evacuation de gaz. Pas de selles. Diète lactée.

25 octobre. — Une selle pâteuse peu abondante avec quelques gaz. Le malade est affamé. La diète est maintenue. Nouvelle selle le 27 octobre, pâteuse comme la première. Pas de matières dures et pas de corps étrangers. Etat général tout-à-fait satisfaisant, pas de douleurs.

Premier pansement le 28. — Aucune trace de souillure. Plusieurs points de suture sont retirés. Alimentation légère.

Deuxième pansement le 3 novembre. — La réunion est complète. L'opéré peut se lever pour la première fois dès le 4 novembre, le onzième jour après l'intervention. Gardé à l'hôpital par prudence il demande à occuper ses loisirs comme aide de pharmacie. Il est envoyé en convalescence le 5 décembre après présentation à la séance dernière de la Société de Chirurgie.

Examen pratiqué par M. Aubert, au laboratoire d'anatomie générale et d'histologie.

1° *Macroscopiquement.* — L'appendice est d'un calibre régulier sans traces d'exsudats ni d'adhérences. Ça et là des petits îlots de substance plus vascularisée et siégeant surtout à la partie moyenne et à la queue. Sur une section longitudinale la lumière est intacte sans rétrécissements d'aucune sorte. Aucune trace de dépôt. Pas de corps étrangers. Longueur de l'appendice réséqué : 6 centimètres.

2° *Microscopiquement.* — Muqueuse intacte pour une préparation fixée dans l'alcool. Couche glandulaire saine.

Les follicules clos sont légèrement hypertrophiés. Un îlot vasculaire en forme de croissant encapuchonne un de ces follicules. Les vaisseaux sont très dilatés sur ce capuchon.

Le plan musculaire est sain. La séreuse est épaissie et montre un processus d'adhérences en voie de formation.

On ne remarque pas de lésions tuberculeuses.

Appréciation des faits observés. — Le qualificatif d'appendicite dont j'ai cru devoir gratifier cette observation ne peut manquer de soulever des objections. Elles seules du reste peuvent donner quelque intérêt à ce travail car il ne serait jamais entré dans ma pensée d'abaisser votre attention sur ce modeste succès opératoire.

Les appendicites sont fréquentes dans l'armée. Elles se présentent par séries le plus souvent et nous avons dû pour elles intervenir quatre fois en un mois dans notre service de chirurgie de l'hôpital Villemanzy. Je ne fais pas entrer dans ce chiffre les cas divers pour

esquels j'ai été appelé presque à la même période par des confrères militaires des garnisons voisines; appendicites à chaud, appendicites à froid, elles ont eu à l'exception d'une seule, une appendicite à froid pratiquée d'urgence dans des conditions très défavorables, la terminaison la plus heureuse.

Dans le cas actuel, en l'absence de lésions locales suffisamment appréciables, il est permis d'insister sur le diagnostic différentiel et j'ai cru bien faire en l'exposant à cette place.

Le premier doute qui vient à l'esprit est la confusion possible de cette appendicite apparente avec l'engorgement stercoral du cœcum ou la constipation cœcale. Que la stagnation stercorale provoque ou ne provoque pas une inflammation véritable de la muqueuse cœcale, les symptômes sont ceux d'un étranglement interne. La colite membraneuse, si on suppose une inflammation se propageant aux diverses couches du cul-de-sac cœcal, détermine « des coliques sourdes, du météorisme. parfois des crises aiguës de douleurs abdominales excessivement intenses avec élévation de température, mais rien qui rappelle la symptomatologie locale de l'appendicite ». Si l'obstruction fécale du cœcum et du colon se prolonge il y a émaciation. La peau est sèche et froide. les extrémités se cyanosent, les yeux s'excavent, le pouls devient filiforme ; il n'y a pas toujours le symptôme *douleurs*.

Sont-ce là les symptômes observés chez notre malade?

Chez lui, ni émaciation, ni cyanose, ni sécheresse de la peau, ni petitesse du pouls; chez lui encore, la douleur locale est la note dominante, douleur fixe suraiguë, sans irradiation. La sensation pâteuse toujours perçue dans l'hypocondre des obstrués, n'existe pas dans notre cas. Pas de coliques sourdes, pas de météorisme, pas d'élévation de température !

De plus, au cours de l'intervention, l'intestin apparaît presque vide de matières, souple, non contracté, sans nodosités d'aucune sorte. L'exploration à travers la plaie et dans tous les sens, ne rencontre aucune masse suspecte. Plus tard, les scybales ne manqueraient pas d'être expulsées ?

Il n'en est rien ! La première, la deuxième selle et les suivantes sont pâteuses, puis normales. Ces stagnations se produisent surtout chez les constipés incorrigibles, et notre opéré n'était pas sujet à la constipation. Non, il ne semble pas possible d'accepter le diagnostic de stagnation et d'obstruction ! On ne saurait soupçonner non plus une perforation traumatique du cœcum ou de l'appendice, en présence du néant des constatations et de l'inutilité des recherches.

Le peu de longueur de l'appendice et l'absence totale d'adhérences, ne permet pas encore de faire entrer en scène l'étranglement. Faut-il songer à la colique hépatique ou à une colique néphrétique ?

Un calcul biliaire dans le cholédoque, un calcul d'acide urique dans l'uretère déterminent à peu près les mêmes symptômes avec une égale brusquerie : douleurs locales et douleurs irradiées, vomissements.

Mais ici, point de douleurs irradiées et paroxystiques, puisque nous avons insisté justement sur la localisation au point de Mac-Burney ; aucune brusquerie dans l'apparition de cette douleur. Ici encore, la douleur est surtout provoquée, du moins très exagérée par la pression. Ici encore, absence d'ictère, pas de sédation brusque de la douleur dans les deux hospitalisations antérieures, absence de calculs dans les selles et dans les urines. Foie normal, sécrétion urinaire normale, disparition de tous les symptômes, aussitôt après l'intervention.

Fallait-il penser à une douleur testiculaire par pression entre les piliers ou dans l'anneau ? Il a été dit au début, que les testicules étaient à leur place et que les anneaux étaient libres. Il a été déjà fait justice du volvulus, dont la liberté des anses intestinales et l'absence de toute adhérence, ne donnent pas le droit de soupçonner l'existence (1).

(1) Une chose frappe dans cette observation : la lenteur du pouls ! Elle ne s'accorde guère, en effet, avec l'idée de péritonite ou de péritonisme. Et on songe, malgré soi, à la possibilité d'un état gastrique, de troubles stomacaux expliquant les symptômes généraux et mettant la douleur locale sur le compte de l'effort de la contraction musculaire exagérée en vue de l'expulsion du contenu de l'estomac.

Mais, alors, que nous reste-t-il et n'a-t-on pas quelque raison de s'en tenir au qualificatif d'en-tête, au diagnostic d'appendicite ? Et si ce terme est admis, à quelle variété d'appendicite avons-nous à faire. Dans une étude insérée au *Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux*, en 1897, Talamon relate un cas d'appendicite présentant avec le nôtre une grande analogie. L'origine hystérique de cette appendicite-fantôme est par lui considérée comme probable. Ce même auteur admet la possibilité de coliques appendiculaires, d'origine hystérique malgré l'absence d'antécédents héréditaires, de stigmates et de troubles visuels.

Une observation du même genre est mentionnée dans une thèse de Lausanne, sous la signature de Mlle Meyer (1897). En dehors de l'hystérie, Talamon rappelle qu'on retrouve souvent des exemples de crises appendiculaires aiguës en l'absence de lésions capables d'expliquer les troubles observés. Il rappelle à ce sujet, les opérations hâtives de chirurgiens américains à la suite d'un de ces accès à répétition, démontrant l'absence de lésions locales.

Doit-on penser à cette forme d'appendicite décrite par Roux, sous le nom d'appendicite catarrhale aiguë à l'apparition et à la disparition rapides, avec des traces presque imperceptibles d'inflammation ? Mais encore a-t-il constaté dans ces cas, des traces d'exsudats de la tumescence de l'appendice et sous le microscope, une vascularisation exagérée de la muqueuse et de la sous-muqueuse, une surcharge de globules rouges, la présence de grosses cellules dans les culs-de-sac des glandes, de cellules embryonnaires dans le tissu interstitiel, la desquamation des cellules endothéliales de revêtement, la dilatation de la cavité appendiculaire. Porter et Wilch ont décrit des appendicites à répétition,

A ceci, je répondrai que le malade n'avait jamais été atteint d'embarras gastrique, qu'il n'était ni un dilaté, ni un ulcéreux, qu'il n'avait jamais éprouvé spontanément et qu'on n'avait jamais provoqué chez lui, la douleur pongitive ou transfixive de l'ulcère ou de la gastralgie ; jamais non plus d'hématémèse. Au surplus, comme vous avez pu en juger, Messieurs, H., taillé en hercule, ne présentait pas l'aspect d'un gastrique.

présentant ces mêmes caractères. Rien ou à peu près rien de tout cela dans l'appendice de notre opéré. On a cité des cas d'appendicites opérées dans lesquels n'existaient ni adhérences, ni exsudats malgré des poussées inflammatoires récidivantes, mais dans ces cas, l'appendice était particulièrement érectile. Il me suffira de signaler en terminant, l'observation rapportée par Gers-ter et ayant trait à un médecin chez qui quatre crises successives avaient donné lieu à des symptômes inquiétants. A chaque attaque, on avait discuté l'opportunité d'une opération. Il mourut emporté par une maladie intercurrente et l'autopsie montra son appendice sain : toute trace d'inflammation avait disparu.

Je ferai remarquer que si ces traces d'inflammation avaient pu s'effacer à la longue, elles auraient dû ne pas faire défaut chez notre malade, alors que l'intervention était pratiquée en pleine crise.

La question étant ainsi posée, avons-nous le droit de céder aux instances du malade et d'intervenir ?

Au Congrès de Chirurgie de Lyon, 1894, M. Ch. Monod déclare que le chirurgien mis en présence d'un ensemble de symptômes, dénotant une appendicite, affection qui aboutit presque fatalement à la suppuration, doit intervenir. Cette opinion n'est plus autant contestée aujourd'hui. M. Monod ajoute : « Et, dût-on constater que l'on a commis une erreur de diagnostic, on n'aura pas à regretter d'avoir agi. L'incision même simplement exploratrice suffit d'ordinaire à amender les phénomènes locaux et généraux ».

C'est le résultat obtenu dans notre cas. Il est vrai qu'à l'incision exploratrice s'ajoutait la résection de l'appendice.

Au cours de récentes recherches bibliographiques, nous avons pu nous rendre compte du degré d'obscurité qui environne encore la pathogénie des appendicites dites fantôme. Voilà pourquoi nous avons cru bien faire d'ajouter une observation nouvelle au groupe restreint de celles publiées sous ce nom. Elle ne tranche rien, il est vrai, mais elle a permis de détourner le soupçon de quelques maladies à tort mises en cause. Puisse cette élimination m'être une excuse auprès de vous.

DE LA FISSURE A L'ANUS CHEZ LE NOURRISSON

M. Tixier.— La fissure à l'anus, affection si banale et si facile à reconnaître chez l'adulte, peut aussi se rencontrer chez l'enfant à la mamelle. Le chirurgien doit le savoir sans quoi il peut aisément la laisser passer inaperçue, d'autant plus que les signes qui la révèlent ordinairement sont un peu modifiés par le fait de l'âge du malade.

C'est pourquoi j'ai cru intéressant de vous rapporter le fait suivant :

1^o L'enfant A..., naît le 12 juillet 1901, à terme, d'une tripare en excellente santé. La grossesse a été normale. L'accouchement facile. L'enfant pèse 3,450, il est vigoureux. Il est allaité par sa mère qui a déjà nourri ses deux autres enfants dans des conditions parfaites.

Le 24 juillet, douze jours après sa naissance, l'enfant présente une diarrhée assez intense, provoquée, croit-on, par un laxatif donné à la mère. A cette diarrhée succède bientôt une constipation opiniâtre. Pour la combattre, on administre des lavements, lesquels ne peuvent pas être gardés mais sont rendus immédiatement après leur introduction et avec une grande violence. L'enfant crie et semble souffrir beaucoup.

Ces crises douloureuses se répètent d'ailleurs spontanément et deviennent si fréquentes que l'enfant ne peut pas dormir plus de vingt minutes de suite. Deux ou trois fois par 24 heures, les douleurs prennent une telle intensité que des mouvements convulsifs avec cyanose de la face font craindre l'apparition de convulsions généralisées. La constipation est opiniâtre, on la combat par de légères doses d'huile de ricin. Vomissements fréquents.

Un médecin, consulté à plusieurs reprises, croit à des troubles digestifs déterminant des coliques très douloureuses : on donne de l'acide lactique, de l'eau bouillie, de l'eau de Vichy, etc. On incrimine le lait de la mère. Cependant le nourrisson ne profite pas. Le 22 août, à quarante jours il ne pèse que 3,990, c'est-à-dire 570 grammes de plus qu'à sa naissance.

C'est à ce moment que je vois le petit malade ; il est chétif, pâle et grognon, il semble souffrir constamment. Pendant l'examen que je pratique, il se pelotonne sur lui-même et je remarque combien les contractions de ses fesses et de son périnée me cachent l'anus. Voulant m'assurer qu'il n'existe pas de rétrécissement du rectum, j'essaye de faire le toucher rectal avec le petit doigt. Immédiatement je suis frappé de la résistance extraordinaire que m'offre le sphincter ; c'est réellement avec peine que j'introduis la pulpe du petit doigt. Cette sphinctéralgie me fait assurer l'existence d'une fissure que je constate, du reste à la vue au niveau de la partie postérieure de l'anus. Fissure linéaire intra-sphinctérienne, typique.

L'introduction du doigt ayant fait disparaître le spasme du sphincter, au point que l'enfant put dormir plusieurs heures de suite après cet examen, je conseillai de renouveler tous les jours matin et soir cette petite dilatation. J'espérais me dispenser de pratiquer la dilatation forcée, opération qui me séduisait peu chez un nourrisson de quarante jours.

Je dus cependant l'exécuter sous chloroforme, le 26 août, car la fissure restait stationnaire quoique la sphinctéralgie eût diminué. L'opération fut simple et ne dura pas deux minutes.

Par elle l'enfant fut transformé. Il prend 40 grammes par jour. Dort bien et digère admirablement. Seule la constipation a persisté après l'opération pendant un grand mois. A quatre mois il pèse 6 kilog. 700, c'est un superbe poupon.

A en croire les classiques, ce fait que je viens de rapporter succinctement, serait absolument exceptionnel. Gosselin, Boyer, Velpeau, Mollière ne parlent pas de la fissure à l'anus chez les nourrissons. Boyer disait même : « Les adultes paraissent être exclusivement sujets à cette maladie ; je ne l'ai jamais vue chez des enfants ou des adolescents. »

Cependant Bouchut, dans son Traité de Pathologie de l'Enfance, prétendait que « les fissures à l'anus s'observent quelquefois chez les enfants à la mamelle.

En 1865, un interne de Paris, Aubry, soutenait une thèse ainsi intitulée :

De la fissure à l'anus principalement chez l'enfant à la mamelle. Il y résume les travaux antérieurs sur ce sujet de Duclos (*Journal de Trousseau*, t. IV) et de Gauthier, de Genève, 1862, et y relate six observations dues à Trousseau et Axenfeld.

Les enfants dont ces observations rapportent l'histoire sont respectivement âgés de 5 mois, 8 mois, 11 mois, un an, 16 mois. Une petite fille enfin n'a que trois semaines et se rapproche, par conséquent, de notre fait.

Mais, en lisant avec soin ces observations, j'ai été frappé de l'absence chez trois de ces enfants de la sphinctéralgie, phénomène qui constitue presque l'affection elle-même. Il semble que l'auteur a confondu l'érythème inter-fessier, si fréquent chez les nourrissons avec la fissure vraie. Et la preuve en est d'une part qu'il signale la présence simultanée de nombreuses fissures et, d'autre part, leur guérison rapide par le ratanhia. Il est vrai que, dans trois autres cas, il n'existait qu'une fissure et qu'il y avait une sphinctéralgie.

Donc, la fissure à l'anus a été décrite déjà chez l'enfant à la mamelle et, si j'ai cru intéressant de vous rapporter mon fait personnel, c'est un peu pour réagir contre une tendance actuelle. Chez un nourrisson, l'existence de vomissements, de coliques, de constipation ou de diarrhée est bien vite attribuée à des troubles digestifs d'origine chimique. On incrimine le lait, on donne de l'acide lactique, de l'eau bouillie pour couper le lait, etc., il y aurait peut-être lieu très rarement sans doute, mais quelquefois quand même d'examiner avec soin l'état de l'anus.

Une fissure peut très aisément passer inaperçue, si on n'a pas le soin de pratiquer le toucher rectal. Il y a rarement, en effet, d'écoulement de sang au moment de l'évacuation des matières, signe qui vous frappe chez l'adulte. Le bébé ne manifeste sa douleur que par des cris incessants, par de véritables contorsions des membres inférieurs, au moment où il laisse passer gaz ou matières.

Il ne digère plus parce qu'il est très constipé, il ne dort plus, il devient grognon et pénible.

Un examen *chirurgical* de la région anale vous expliquera tous ces troubles et la petite intervention classique, la dilatation possible, même chez les tout jeunes, vous assurera un rapide succès.

M. Fochier ne se souvient pas d'avoir observé de faits semblables. Pourtant, dans deux circonstances, il a dû recourir à la dilatation anale pour guérir des fissures survenues chez de très jeunes enfants, à la suite de cauterisations anales pratiquées dans le but de parer à des prolapsus du rectum.

* * *

APPENDICITE AVEC ÉTRANGLEMENT DU CŒCUM

M. P. Géraud. — F. P., 20 ans, né à Avesnes, 2^e zouaves.

Antécédents héréditaires. — Père vivant, bien portant. Mère morte de couches, il y a 15 ans. Trois frères et sœurs robustes.

Antécédents personnels. — Bonne santé antérieure. Rougeole dans l'enfance.

Pas de troubles intestinaux.

Engagé à 18 ans. Sept mois en garnison à Batna. Fièvres paludéennes à cette époque. Plusieurs atteintes depuis, dont une à Sathonay, il y a six mois.

Il y a cinq mois environ, au retour d'une marche, il ressent une vive douleur dans la fosse iliaque droite. Huit jours d'infirmerie. Traité par des calmants, il sort en bon état apparent. Reprise du service pendant un mois, mais constipation fréquente et douleurs dans la fosse iliaque droite, dans les mouvements de flexion du tronc sur la cuisse.

Puis la douleur devient fixe, permanente, comme la constipation. Pas de vomissements.

Cinquante jours d'hospitalisation à Villemanzy, calmants et laxatifs. Amélioration, convalescence de deux mois. Pendant ce congé, la douleur se reproduit moins intense, mais surtout dans les mouvements de flexion. Le travail est impossible.

Reprise du service au retour, mais en présence de la douleur persistante et de la constipation tenace, une nouvelle hospitalisation devient nécessaire après huit jours.

Actuellement. — Entrée le 6 novembre.

Examen : Douleur fixe permanente au point de Mac-Burney, douleur bien plus marquée dans les mouvements de flexion du tronc sur les cuisses. Pas de vomissements. Selles par lavements tous les deux ou trois jours seulement. Langue saburrale. Anorexie. Ni fièvre, ni température.

Palpation. — Fosse gauche souple, indolore. Fosse droite tendue, contracturée avec défense très marquée. Sensation d'empâtement profond et diffus. Matité dans la plus grande étendue de l'hypocondre dont l'exploration est douloureuse. Le point de Mac-Burney est nettement accusé. Boudin marqué. Ni selles, ni gaz le 7 et le 8 novembre. Une selle semi-liquide, sanguinolente dans la nuit du 8 ou 9. Pas de soulagement. Nausées fréquentes dans cette même nuit.

Opération le 9 novembre.

Incision oblique en dehors. Dès l'ouverture du péritoine, il s'écoule un quart de verre de sérosité sanguinolente. Le cœcum, distendu par des matières dures, est recouvert d'exsudats. Plusieurs taches ecchymotiques, sous-séreuses. La base d'implantation de l'appendice est à la face antérieure du sillon. Dans la première moitié de sa longueur, il est appliqué contre le cœcum sur lequel il est maintenu par des adhérences molles. Maintenu par des adhérences semblables, il contourne le cœcum en dehors, puis en arrière, puis, enveloppé de son méso épais, il va s'implanter sur le bord interne du psoas iliaque.

Au-dessus de cette collerette, il y a accumulation de scybales ; au-dessous, les anses intestinales sont plus libres et paraissent contenir des matières molles presque fluctuantes.

L'adhérence de la pointe bossuée de l'appendice au psoas est aisément détruite sous le doigt. Le méso-appendiculaire est ligaturé au catgut et en chaînette, puis séparé de l'appendice. Toujours sous le doigt sont

rompues les adhérences au cœcum et ce travail s'opère sans difficultés.

Ligature et résection de l'appendice, suture du moignon après encapuchonnement séreux et après attouchement à l'eau phéniquée forte. Toilette du cœcum et du champ opératoire. Drainage et suture par places de la paroi. Injection de sérum. Température du soir 38°.

Une selle molle sanguinolente le 11 novembre sans lavement.

Le toucher rectal, pratiqué avant et après l'intervention, n'a pas décelé d'hémorrhoides.

Selles moitié molles, moitié chargées de scybales, le 12 novembre. On y voit encore des stries sanguinolentes.

Température 37°.

Selles régulières dans la suite.

Premier pansement le 12 novembre. Le pansement est fortement souillé de sérosité rougeâtre. Pas de pus. Plusieurs points de suture sont enlevés, mais le drain reste en place.

Deuxième pansement le 16 novembre. Les pièces sont à peine souillées ; le drain est retiré.

La réunion est définitive le 25 novembre.

L'appendice, régulièrement calibré, ne contenait pas de corps étranger.

Ces constatations m'ont remis en mémoire les faits observés par M. Michel Gangolphe, et communiqués au Congrès français de Chirurgie, siégeant à Lyon en 1894.

« L'exhalation sanguine dans la cavité du péritoine et dans une anse intestinale étranglée est un fait presque constamment révélé par les autopsies. Les frottements et les tiraillements inévitables produits par l'appendice de notre opéré ne suffisent-ils pas à expliquer la présence du contenu de son péritoine et des exsudations hémorragiques constatées aux premières selles ? » L'étranglement n'était pas ici complet, mais l'anse décrite par l'appendice apportait une entrave au cours régulier du contenu de l'intestin. Les poches ecchymotiques sous-séreuses, au niveau du cœcum ont été signalées aussi dans les cas d'étranglement. Au contraire du feuillet viscéral, le feuillet abdominal du péritoine ne présentait ni ta h s, ni adhérences.

M. Rigal insiste sur l'intérêt de la première observation présentée par M. Géraud. Ce cas est particulièrement intéressant en raison du peu de symptômes présentés ; d'autant plus qu'il ne pense pas qu'il faille rejeter le diagnostic d'appendicite. M. Rigal pense, en effet, qu'il s'agit là des phénomènes prémonitoires et l'intervention a été utile en devançant l'éclosion d'accidents plus redoutables.

M. Chandelux, en dehors de l'intérêt présenté par les deux observations de M. Géraud, a eu son attention attirée par le fait, que ce cas d'appendicite-fantôme n'a montré aucun mouvement d'élévation de température ; pour sa part, il a toujours observé une légère élévation thermique. Il se demande si le diagnostic d'appendicite est possible dans les cas d'apyrexie.

M. Villard. — Les cas d'appendicite sans température ne sont pas très rares, et le diagnostic avec l'obstruction intestinale aiguë est particulièrement délicat. Aujourd'hui, où ces faits sont mieux connus, on sait qu'il s'agit alors de péritonite putride, c'est-à-dire sans formation de pus véritable, due aux microbes de la flore intestinale et plus particulièrement au bacille *Coli communis*. J'ai eu, pour ma part, l'occasion d'en observer trois cas bien typiques, dus à des appendicites perforantes. Dans les deux premiers cas, la confusion avec un étranglement interne fut commise, et l'erreur ne fut reconnue qu'au moment de la laparotomie ; dans un troisième, le diagnostic fut porté. Chez aucun de ces malades, la température ne dépassa 37°8 : elle oscillait entre 37°0 et 37°5. Ces malades ont tous succombé très rapidement, car il s'agit d'une forme de péritonite excessivement grave. Au point de vue symptomatique on est frappé par les symptômes d'une obstruction intestinale absolue, et par une discordance extrême entre la fréquence du pouls et de la respiration d'une part, et la persistance de la température normale d'autre part. On peut même assister à de l'hypothermie.

Les tracés sont, à ce point de vue, caractéristiques, les courbes du pouls et de la respiration marchent parallèlement, alors que celui de la température reste horizontal et quelquefois même tend à descendre. Cette

dissociation est beaucoup moins nette, lorsqu'il s'agit d'un étranglement interne; elle pourra donc servir à poser un diagnostic exact et s'ajouter aux symptômes fournis par l'état de la langue, plus sèche dans la péritonite appendiculaire, et la nature des vomissements, plus véritablement fécaloïdes dans l'étranglement.

M. Chandelux n'a jamais observé de faits semblables, il a pourtant vu souvent des malades apyrétiques au 5^e ou 6^e jour de l'appendicite, mais, dans ces cas-là toujours au début, il y avait eu une élévation marquée de la température rectale. **M. Villard** a-t-il pu suivre régulièrement la température de ses malades?

M. Durand rapporte un cas qu'il a observé dans le service de **M. M. Pollosson**. Il s'agissait d'un homme qui entra dans le service avec le diagnostic d'obstruction intestinale. Il avait été observé, depuis le premier jour de sa maladie, par un ancien chef de clinique médicale qui avait fait prendre régulièrement la température matin et soir. Ce ne fut que le 14^e jour que la température cessa d'être normale et encore dépassa-t-elle à peine 38°. Ce malade entra très tardivement à l'hôpital, n'avait présenté des vomissements qu'à la fin du premier septénaire. Il est possible que cette apparition tardive des vomissements puisse aider au diagnostic dans les cas douteux.

M. Villard répond à **M. Chandelux** que la température des malades opérés par lui, avait été régulièrement prise; dans le dernier cas qu'il a cité, c'est à l'hôpital qu'il a pu suivre la courbe thermique chez une malade apportée quelques heures après le début des accidents. Enfin, il vient de lui revenir encore à la mémoire un 4^e cas observé, alors qu'il suppléait **M. Maurice Pollosson**. Devant la gravité des accidents malgré le diagnostic d'appendicite, toute intervention fut différée. Le malade succomba très rapidement et l'on put constater qu'il s'agissait bien d'une affection appendiculaire ne s'étant accompagnée d'aucune élévation de la température pendant la maladie. D'autre part, les cas observés par **M. Chandelux** sont de nature différente, car il parle d'apyrexie au 5^e ou au 6^e jour. Le plus ordinairement, les

appendicites apyrétiques à péritonites putrides évoluent en trois jours et se terminent par la mort.

TUBERCULOME SYNOVIAL DU GENOU. — SYNOVECTOMIE PARTIELLE. — RÉSULTAT.

M. Albertin. — Voici une fillette de 5 ans entrée dans mon service pour une synovite limitée du genou gauche. L'affection a débuté environ un an avant l'entrée de la malade à l'hôpital. De février à mai 1904 je l'ai traitée par l'immobilisation. J'ai vu céder quelques phénomènes inflammatoires, mais il persistait, à la face interne de l'interligne, une tuméfaction du volume d'une petite noisette, paraissant siéger dans la synoviale, ne se déplaçant pas dans la mobilisation du squelette. Je diagnostiquai une lésion tuberculeuse localisée, un tuberculome synovial et, le 23 mai 1904, j'ai fait l'ablation de cette portion de la synoviale, une synovectomie partielle du genou. Après avoir incisé le ligament latéral interne longitudinalement et l'avoir recliné, j'ai extirpé ce gros noyau tuberculeux et la synoviale dans l'épaisseur de laquelle il s'était développé. La presque totalité de la synoviale recouvrant la face interne de l'articulation a été enlevée. L'examen, autant que j'ai pu le faire, des régions voisines, ne m'a pas montré de lésion tuberculeuse. J'ai fait un pansement à plat, sans chercher à réunir. On n'a fait que trois à quatre pansements et fin juin, la malade était complètement guérie, en ayant conservé tous les mouvements articulaires du genou opéré. Vous pouvez constater que l'état fonctionnel est excellent.

Il est extrêmement rare que l'on rencontre des cas où la lésion est assez localisée, assez limitée pour que l'on puisse faire la synovectomie partielle. Pendant un certain temps le tubercule peut rester cru à la surface de la synoviale et il y a peu de réaction. C'est à cette période que j'ai pu opérer, avant que, par la fonte et le

ramollissement, ce tuberculome n'ait vidé ses produits dans l'articulation.

Le résultat est excellent au point de vue opératoire; la suite nous dira si l'intervention a mis l'articulation à l'abri d'une généralisation; il serait imprudent d'affirmer que ce genou restera indemne, car il peut déjà exister d'autres lésions. Ma petite malade restera en observation et j'aurai probablement l'occasion de vous la montrer à nouveau, dès que j'aurai rencontré un cas semblable à opérer.

M. Fochier ne s'oppose pas en principe à ces interventions limitées sur les synoviales. On sait bien, en effet, que la tuberculose limitée est curable, et plus particulièrement chez l'enfant. Il se demande, cependant, si le genou de la petite malade présentée n'aurait pas guéri sans intervention sanglante.

M. Albertin. — La présence de ce tuberculome parasynovial paraissait constituer un danger. Certes, la régression spontanée aurait pu se produire. Mais il a cru qu'une intervention radicale était préférable.

Et, d'autre part, la tuberculose du genou est-elle si curable spontanément qu'on le dit? On en parle toujours mais on n'en présente jamais de cas.

M. Jaboulay. — Si j'avais pu prévoir la communication de M. Albertin, j'aurais fait venir une enfant de cinq à six ans, atteinte autrefois de tumeur blanche suppurée du genou, pour laquelle on voulait faire, à Paris, une arthrectomie. Une seule incision du cul-de-sac sous-tricipital a suffi; aujourd'hui cette enfant est guérie et marche avec des mouvements.

M. Chandelix peut ajouter un cas à celui de M. Jaboulay; il a soigné un enfant de six ans, pour une tuberculose grave du genou. L'immobilisation, suivie de pointes de feu pénétrantes intra-articulaires, a permis d'obtenir, au bout de quatre ans, une guérison définitive. Actuellement, les mouvements du genou sont presque complets, et la petite malade [peut patiner cinq heures de suite.

M. Fochier. — M. Albertin a tort de demander que l'on apporte des observations de tuberculose de

genou guéries sans intervention. On en apporterait des registres. Il a soigné pendant deux ans un enfant atteint d'arthrite fongueuse; trois ans plus tard, celui-ci remportait un premier prix de gymnastique.

M. Gayet fait observer qu'autrefois, alors qu'on n'osait pas ouvrir les articulations, on guérissait nombre de tuberculoses articulaires.

Séance du 26 décembre 1901. — Présidence de M. GAYET

M. Villard lit le procès-verbal de la précédente séance. Il est adopté.

* * *

**A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL DU 26 DÉCEMBRE 1901.
LA TEMPÉRATURE DANS L'APPENDICITE**

M. Jaboulay. — A la dernière séance, M. Chandelux a posé la question : Y a-t-il une appendicite sans fièvre ? à laquelle il lui a été répondu : Des septicémies péritonéales, des péritonites suppurées diffuses d'origine appendiculaire par perforation ont pu évoluer sans hyperthermie. La réponse n'est pas adéquate à la demande. Cherchant dans mes souvenirs, je n'ai pas vu d'appendicite, même bien légère, sans fièvre ; je parle de l'inflammation seule et isolée des tuniques de l'appendice iléo-cœcal ; la colique appendiculaire monte à 39°-40°, et j'ai récemment opéré une appendicite où il a fallu le microscope pour déceler des globules de pus contenus dans la lumière de l'appendice, où la température avait atteint un jour 39°, pour descendre ensuite autour de 37°8 ou de 38°. Aussi M. Géraud a-t-il bien fait d'appeler l'appendicite dont il a parlé appendicite-fantôme, parce qu'en effet il n'y en avait pas, et que cette forme serait mieux appelée encore hystérie du cœcum ou de l'appendice.

M. Villard. — Les lésions de l'appendice et la péritonite qui en résulte se confondent au point de vue symptomatique en un tout. Les observations que j'ai rapportées étaient bien, en réalité, des péritonites putrides, mais consécutives à des perforations appendiculaires, et l'intoxication septicémique des malades empêchait, chez eux, l'ascension de la température que les

seules lésions de l'appendice auraient pu déterminer. De fait, il est bien connu que les appendicites bénignes s'accompagnent souvent de réactions thermiques très élevées, alors que les formes très graves évoluent sans température. Qu'importe que cette absence de température soit due à la péritonite, car, je le répète, péritonites et lésions appendiculaires forment un tout clinique: l'appendicite perforante suraiguë, avec péritonite généralisée que l'on ne peut dissocier en pratique.

* * *

SQUELETTE D'ACHONDROPLASIQUE

M. Fochier présente un squelette d'achondroplasique, avec les déformations classiques des os des membres du bassin, etc. Il se demande si le cas présenté récemment par M. Vincent n'est pas un cas d'achondroplasie locale. Du reste cette achondroplasie locale existe. Il existe, dans une collection de Toulon, un squelette où seuls les deux humérus sont atteints. M. Félix Regnault, qui a étudié cette maladie, signale plusieurs déformations locales, notamment au niveau de la jambe où le péroné est moins altéré que le tibia. Il faut donc que les chirurgiens s'attendent à rencontrer ces déformations et sachent les reconnaître.

* * *

TRAITEMENT DE LA RÉTROVERSION UTÉRINE PAR LE RACCOURCISSEMENT DES LIGAMENTS RONDS NOUÉS AU-DEVANT DES MUSCLES DROITS.

M. Villard. — L'opération d'Alquié-Alexander et les différentes modifications du procédé-type semblent, dans notre région lyonnaise, être tombées dans un discrédit complet que je considère comme injustifié. Le raccourcissement des ligaments ronds peut rendre de grands services dans le traitement curatif de la rétroversion utérine, à condition que le procédé opératoire suivi soit bon, et que l'intervention soit limitée à certaines indications nettement définies. Aussi ai-je pour but, dans cette communication, d'exposer le manuel opératoire auquel j'ai

recours depuis plusieurs années, et de préciser les cas qui me paraissent justiciables de ce traitement.

Dans toutes mes observations j'ai pratiqué le raccourcissement extra-péritonéal des ligaments ronds, en les attirant fortement au travers du canal inguinal, et en les nouant l'un à l'autre au-devant de la gaine des muscles droits. Il s'agit, là, d'un procédé tout-à-fait comparable à celui préconisé par Buret, de Lille, et que j'ignorais, du reste, lors de mes premières observations.

Les deux orifices inguinaux sont mis à découvert par une même incision cutanée curviligne à concavité supérieure, pratiquée dans la région pileuse du pubis, et allant d'un orifice à l'autre. Le lambeau ainsi délimité est relevé et récliné en haut. On cherche alors les ligaments ronds dans la partie la plus externe du canal inguinal, en débridant même, s'il est nécessaire, la paroi antérieure du canal. Le ligament y paraît alors entouré de sa gaine fibreuse, du volume d'une plume d'oie, solide et résistant. Lorsqu'on fait les recherches de découverte en dehors de l'orifice externe, il est très facile de marquer le ligament rond dont les éléments sont étalés et beaucoup moins bien groupés. Les deux cordons ayant été isolés, sont très fortement attirés au dehors et, pour cela, saisis à pleines mains aussitôt que la chose est possible; il faut, à ce moment, vérifier l'issue du ligament au travers du canal inguinal et refouler, s'il se présente, un petit diverticule péritonéal gonflé de graisse que l'on observe assez fréquemment. La traction exercée doit être forte, car elle détruit l'élasticité du ligament, qui pourrait être préjudiciable au maintien de l'utérus en bonne position, et elle assure la réduction complète de celui-ci. Pour obtenir cette réduction, il n'est nullement nécessaire de s'aider de l'hystéromètre; le doigt d'un aide vérifie seulement, par le toucher vaginal, la situation antérieure de la matrice.

Aussitôt l'utérus en bonne position, je noue trois fois l'un avec l'autre les deux ligaments ronds et j'assure la solidité des nœuds ainsi formés en les transfixant par un ou deux points de suture au catgut peu serrés pour ne pas amener de mortification des tissus. Enfin, le tout est suturé, pour plus de sûreté, aux revêtements fibreux

du pubis. Les deux orifices inguinaux externes sont retrécis par un point au catgut.

Il ne reste plus à lors qu'à rabattre le lambeau cutané et j'ai l'habitude de réunir les téguments par une suture intra-dermique, afin d'éviter toute cicatrice apparente. J'ai eu recours dix fois à ce manuel opératoire; ma première intervention remonte au mois de février 1899, ma plus jeune malade avait 20 ans, la plus âgée 40 ans; cette dernière est devenue enceinte depuis l'opération, sans incident. Toutes ces femmes avaient été soumises à des tentatives de traitement par les pessaires, sans résultat.

Les suites ont toujours été simples; les malades ont toujours guéri sans température et par première intention; je dois pourtant signaler un incident qui s'est produit chez trois de nos opérées et qui a consisté dans la formation d'une petite fistulette temporaire, due à l'élimination partielle du nœud ligamenteux; je crois qu'il faut rattacher ce fait au serrage trop énergique de la ligature des deux ligaments ronds. Cette mortification partielle n'a jamais eu aucune conséquence fâcheuse; au point de vue du maintien définitif de la réduction de l'utérus.

Le séjour au lit n'a jamais dépassé une quinzaine de jours; au bout de ce laps de temps j'ai toujours laissé lever mes opérées sans prendre la précaution recommandée de soutenir temporairement l'utérus par le fait d'un pessaire, et je n'ai observé aucun inconvénient à cette manière de faire.

Les suites éloignées se sont montrées aussi heureuses que les suites immédiates, au triple point de vue de la disparition des phénomènes subjectifs dus à la rétroversion, du maintien définitif de la réduction et des grossesses ultérieures.

Toutes mes opérées ont vu disparaître immédiatement les phénomènes douloureux, abdominaux et lombaires, qu'elles présentaient avant l'intervention; elles ont pu reprendre leurs occupations et ne se sont plus ressenties des malaises multiples liés à leur déviation utérine.

La réduction de l'utérus s'est, dans tous les cas, maintenue parfaite; j'ai fait rechercher mes opérées par un

de mes élèves, M. Mazade ; je les ai examinées moi-même et j'ai pu constater que l'utérus avait gardé exactement sa position post-opératoire, son fond étant au contact de la paroi abdominale antérieure.

J'ajoute qu', chez deux de mes malades, l'opération remontait à trois ans ; trois autres étaient opérées depuis deux ans.

Au point de vue de l'influence que le raccourcissement des ligaments ronds paraît avoir sur les fonctions génitales des malades, j'ai constaté deux heureux résultats : le premier a été de favoriser la fécondation et le second de laisser évoluer la grossesse sans aucun incident. Trois de mes opérées, sur six, sont devenues enceintes depuis l'opération et, chez ces trois malades la grossesse a évolué tout à fait normalement, sans malaises, sans douleurs ni tiraillement d'aucune sorte ; il en a été de même des accouchements dont deux viennent de se produire (la troisième malade n'a pas encore accouché). Il sera intéressant de savoir comment la réduction utérine se sera maintenue après le retour de l'utérus à son volume normal ; je ferai cette recherche, mais je n'ai pas encore pu revoir mes malades depuis leur accouchement.

Enfin, un dernier point de vue mérite d'être envisagé : celui de la cicatrice abdominale. Grâce à la suture intradermique, il ne persiste, chez les opérées, aucune cicatrice apparente et, dernièrement encore, je faisais examiner aux élèves de mon service une malade chez laquelle j'avais pratiqué, trois ans, auparavant le raccourcissement des ligaments ronds par mon procédé, et aucun ne put retrouver la trace de l'opération que je leur disais avoir été pratiquée.

Ces résultats me paraissent précieux au point de vue de l'appréciation de la valeur de l'opération d'Alquié-Alexander, ainsi modifiée. J'ai pu me convaincre que les reproches adressés à cette méthode ne reposent sur aucune base sérieuse. Les ligaments ronds ont une résistance plus que suffisante pour maintenir une bonne réduction de l'utérus. Beurnier a prouvé expérimentalement qu'ils pouvaient supporter une traction de plusieurs kilogrammes et, pour ma part, je l'ai toujours

trouvé solide très résistant ; c'est à pleines mains que des efforts vigoureux pouvaient être exercés sur lui.

La découverte du ligament rond est également facile, à condition d'aller le chercher dans la partie la plus externe du canal inguinal, alors que tous les éléments sont encore renfermés dans la gaine fibreuse.

Quant à la fixation définitive des ligaments ronds en position raccourcie, la pratique du nœud ligamentaire que j'ai continué de faire l'assure d'une façon absolue.

Il s'agit donc là, d'une opération innocente, facile à pratiquer, ne laissant aucune cicatrice ultérieure appréciable, sans inconvénient pour les grossesses ultérieures et assurant une guérison définitive de la rétro-déviatio*n*. Ces considérations me semblent plaider hautement en faveur de ce procédé dans le traitement des rétroversions utérines ; mais, j'ai hâte de le dire, c'est seulement à certaines variétés de rétroversions qu'on devra l'appliquer. On devra rejeter le raccourcissement des ligaments ronds dans toutes les rétroversions adhérentes, car il s'agit alors de lésions annexielles qu'il faut traiter, d'adhérences qu'il faut rompre ; seule la laparotomie sera de mise pour apprécier l'anatomie pathologique de la lésion, et l'hystéropexie devra terminer l'intervention.

Il n'en est pas de même des rétroversions mobiles ; certaines d'entre elles, liées à la puerpéralité, à la subinvolution utérine, à la distension des ligaments larges, guérissent par le fait d'un pessaire gardé pendant quelques mois ; celles-ci, non plus ne seront pas justiciables d'un traitement sanglant quelconque. Mais beaucoup d'autres seront des rétroversions, mal maintenues par les pessaires ou récidivant chaque fois que l'appareil de soutien sera enlevé. Les malades seront alors, en dehors d'une opération sanglante, condamnées à porter un anneau souvent pendant plusieurs années. Bien qu'on en ait dit, je considère que le port d'un pessaire pendant la vie génitale d'une femme est une infirmité et doit être évité autant que possible, aussi bien pour la femme que pour le mari. Ce sont ces cas-là qui sont évidemment justiciables des raccourcissements des ligaments ronds noués au-devant de la gaine des muscles droits, car une intervention innocente, sans cicatrice pourra guérir,

en quinze jours, une malade vouée en dehors d'elle, au port, dans les voies génitales, d'un appareil de soutien, et cela pendant un nombre d'années indéterminé. L'hystéropexie devra céder le pas, en pareilles circonstances, à l'opération d'Alquié-Alexander, en raison de sa fixité plus grande et de l'ouverture péritonéale qu'elle comporte.

Enfin, le raccourcissement des ligaments ronds s'adressera aux cas où le pessaire est mal supporté par les malades, et à ceux aussi où les femmes préféreraient subir d'emblée une intervention sanglante, plutôt que d'attendre une guérison incertaine par le port temporaire d'un pessaire.

Je terminerai donc cette communication, en formulant les conclusions suivantes :

1^o L'opération d'Alquié-Alexander est trop abandonnée dans la région lyonnaise, elle donne de bons résultats lorsqu'elle est bien conduite, et un excellent moyen d'assurer la fixation définitive des ligaments ronds raccourcis, consiste à les nouer l'un avec l'autre au-devant de la gaine des muscles droits de l'abdomen, en utilisant une incision curviligne dans la région pileuse sur-pubienne ; 2^o L'indication de cette opération sera fournie par les cas de rétroversions mobiles, sans lésions annexielles appréciables et lorsque le traitement par les pessaires aura échoué, ou sera impossible pour une cause quelconque.

M. Condamin croit que l'opération d'Alquié-Alexander n'a pas de partisan dans l'école lyonnaise, car cette méthode inutile dans les cas simples est inefficace dans les rétroversions un peu complètes.

Les pessaires judicieusement choisis ont un effet au moins aussi efficace, et ne méritent pas l'opprobre dont ils sont frappés par certains chirurgiens.

Dans la grande généralité des cas, ils ne sont pas une cause de gêne pour la malade et passent également inaperçus pour le mari. Ils sont susceptibles d'amener des guérisons complètes au bout d'un certain temps, dix-huit mois à deux ans, mais à la condition d'être portés sans interruption et de n'être mis en place que lorsque l'utérus lui-même a été reposé dans sa situation normale.

M. Villard invoque certains faits où l'anneau n'était pas toléré, ou ne maintenait pas la réduction. Ces cas prouvent simplement s'il s'agissait bien de rétroversion simple, ou que le pessaire n'était pas approprié au cas, comme forme ou comme dimensions, ou bien, comme cela arrive fréquemment que le Douglas était effacé, le vagin court, etc., etc., dispositions auxquelles il est nécessaire de remédier par la columnisation ou le massage, avant d'appliquer l'appareil orthopédique.

Le pessaire a en outre l'avantage, en même temps qu'il retient la rétroversion, de remonter l'utérus, car il est rare que la rétroversion ne s'accompagne pas d'un certain degré de prolapsus, or depuis longtemps, la critique a fait justice de l'opération d'Alexander dans les prolapsus. Pour toutes ces raisons, M. Condamin croit que le pessaire est aussi efficace que l'Alexander pour la rétroversion simple.

Pour les cas plus complexes avec adhérences, lésion des tumeurs, M. Condamin est d'accord avec M. Villard. C'est une opération inefficace à laquelle il faut préférer l'hystéropexie abdominale antérieure, sans inconvénient, au point de vue grossesse et accouchement, si elle est pratiquée suivant les principes de Laroyenne.

Dire que l'opération d'Alexander est absolument inoffensive est peut-être exagéré, et on a signalé des cas où une éventration légère a été constatée au niveau des anneaux. Pour sa part, M. Condamin, en s'appuyant également sur l'opinion de ses maîtres, MM. Laroyenne et Fochier, reste fidèle à l'hystéropexie pour les cas complexes et pour les cas simples aux pessaires qui, pour ne pas être du domaine de la grande chirurgie n'en appartiennent pas moins à la saine gynécologie.

M. Goullioud confirme l'opinion de M. Condamin au sujet des pessaires ; il a vu des cas de rétroversion guérir par le fait de ces instruments, mais il faut pour cela 18 mois ou deux ans au moins. La grossesse joue également un rôle curatif. Mais il y a certainement des cas où l'opération préconisée par M. Villard peut rendre de réels services, notamment si la malade éprouve une gêne de la part du pessaire, mais il faut redire que ces cas sont rares. Le raccourcissement intra-péritonéal des

ligaments que M. Goullioud a pratiqué plusieurs fois ne lui a pas donné de bons résultats; il n'a eu au contraire qu'à se louer de la ventro-fixation. Seules, certaines névropathies ne sont pas soulagées par cette intervention, peut-être pourrait-on chez elles essayer de pratiquer le nouement des ligaments ronds.

M. Fochier. — Etant donné l'innocuité actuelle des opérations sanglantes, l'opération de M. Villard peut être pratiquée dans certaines circonstances, mais ses indications lui semblent être celles des opérations de complaisance, c'est-à-dire faites dans le but de supprimer à une femme les ennuis légers du port d'un pessaire. Le pessaire a rendu, en effet, des services incontestables. Au point de vue de la grossesse, il a vu certaines malades jusque-là stériles devenir enceintes chaque fois qu'elles portaient leurs pessaires; et, d'autre part, par le soulagement général qu'apportait cet instrument, le caractère des femmes était changé, et l'union revenait dans des ménages jusque-là désunis.

M. Vincent apporte lui aussi son témoignage en faveur du pessaire, il en a vu les bons résultats contre la stérilité due à la rétroversion. Il n'a jamais voulu pratiquer d'opération sur les ligaments ronds, leur défec-tuosité ressort du nombre considérable de modifications que chacun y apporte.

L'hystéropexie lui paraît seule indiquée quand une opération est nécessaire. Parmi les pessaires c'est le pessaire quadrangulaire d'Hoffmann celui qu'à l'étranger on appelle pessaire anatomique, qui lui paraît le meilleur.

M. Villard n'a voulu faire le procès ni des pessaires, ni de l'hystéropexie; il a simplement voulu montrer qu'entre les deux il y avait place pour une opération intermédiaire. Il répète qu'il abandonne à l'hystéropexie toutes les rétroversions adhérentes ou non compliquées de lésions annexielles; mais, que par contre, un parallèle peut être établi dans le traitement des rétroversions mobiles entre le port d'un pessaire pendant souvent plusieurs années et une opération innocente ne demandant qu'une dizaine de jours de repos. Au même titre que le pessaire, cette opération parera à la stérilité due

à la rétrodéviation, et bien souvent aussi comme le disait M. Fochier à propos des pessaires, on renouera des ménages, en renouant les ligaments ronds au-devant des muscles droits.

Les reproches adressés par M. Condamin à l'opération ne semblent pas bien sérieux, car contrairement à ce qui a été dit, la recherche du ligament rond est facile à condition d'aller le chercher là où il est, et d'autre part ce ligament est très solide et capable de supporter plusieurs kilogrammes comme l'a démontré Beurnier. On est enfin à l'abri de récurrences due à l'élasticité du ligament rond, si l'on prend la précaution d'atteindre, par la traction faite sur celui-ci, sa limite d'extensibilité; en ne pratiquant le nouement qu'à ce moment, on obtient une très bonne réduction et une réduction définitive.

Les résultats éloignés sont, du reste, bons. M. Delbet, dans une statistique portant sur 243 cas, a toujours vu la réduction maintenue. En résumé, le nouement des ligaments ronds paraît indiqué dans les cas où le pessaire échoue, et ce serait dans 24 0/0 des cas que cet insuccès se présenterait.

LUXATION DU SEMI-LUNAIRE SUR LA FACE ANTÉRIEURE DU POIGNET. COMPRESSION DU NERF MÉDIAN

M. Jaboulay. — Un homme de 30 ans fait une chute sur le poignet droit et ressent une vive douleur, impotence consécutive et gonflement. Les essais de réduction restent vains. Après l'ablation d'un appareil qui est resté en place pendant 30 jours, l'impotence et les douleurs persistent. En examinant le poignet, on voit qu'il n'y a pas de fracture de l'extrémité inférieure du radius, lésion si fréquente en pareil cas; mais on perçoit une saillie osseuse sur le milieu de la face antérieure du poignet, et en appuyant sur elle, on détermine des douleurs qui s'irradient jusque sur la pointe du médius de l'index et de l'annulaire, en suivant le nerf médian. De plus, la

radiographie montre un vide vers la situation habituelle du semi-lunaire. Il s'agit donc d'une luxation en avant de cet os, qui comprime le nerf médus et occasionne ainsi : impotence, douleurs et gonflement vaso-moteur probablement. La thérapeutique doit consister dans l'ablation de cet os.

M. Albertin a observé un cas dans lequel l'os s'était énuclé spontanément à travers la peau.

Les Secrétaires : Dr VILLARD.
Dr SIRAUD.

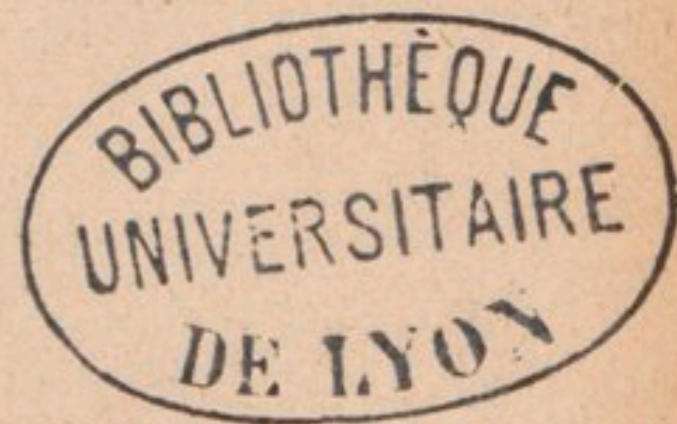
Le Secrétaire Général : Dr VALLAS.

UNIVERSITÄT
DE LOND
BIBLIOTHEK

BULLETIN
DE LA
SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE
DE LYON

Année 1901-1902

Tome V, 2^{me} Fascicule
JANVIER-FÉVRIER
1902



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & C^{ie}

Anc^{ie} Maison A. WALTENER

14, rue Bellecordière, 14

—
1902

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE LYON

1901-1902

BUREAU

<i>Président</i>	MM. GAYET.
<i>Vice-Président</i>	HORAND.
<i>Secrétaire général</i>	VALLAS.
<i>Trésorier-archiviste</i> ...	AUBERT.
<i>Secrétaires annuels</i>	{ VILLARD. SIRAUD.

MEMBRES

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

MEMBRES CORRESPONDANTS

BATUT.	LABONNARDIÈRE.
CURTILLET.	RUOTTE.
DEBRIE.	SEVEREANU (de Buckarest).
JACOB.	

MEMBRES DÉCÉDÉS

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

BULLETIN
DE LA
SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE
DE LYON

Séance du 9 janvier 1902. — Présidence de M. HORAND

A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL

M. Condamin, fait remarquer que l'opération d'Alexander lui paraît avoir des indications dans les cas de rétroflexion utérine, car alors les pessaires ne réduisent pas la déviation, leur courbure s'engageant dans l'angle de flexion de l'utérus.

M. Goullioud, à propos d'une communication faite par M. Jaboulay, dans la séance précédente, rapporte une observation de luxation du scaphoïde, dans laquelle la réduction put être faite.

VARIÉTÉ PARTICULIÈRE D'UNE OSTÉO-ARTHRITE DE LA
HANCHE CHEZ LES ENFANTS.

M. Nové-Josserand. — J'ai l'honneur de vous présenter les radiographies prises successivement aux différentes périodes de l'évolution d'une maladie singulière

de la hanche, que j'ai eu l'occasion d'observer depuis quelques mois.

La fillette dont il s'agit, était âgée de sept ans et demi lorsque je la vis pour la première fois, le 25 avril 1900.

Dans ses antécédents héréditaires, on notait que sa mère avait été atteinte, vers l'âge de douze ans, d'une affection douloureuse de la hanche, qui l'avait fait boiter assez sensiblement pendant trois ans. L'absence de troubles fonctionnels graves et la guérison complète sans aucun traitement firent considérer cette affection comme de simples douleurs de croissance.

Le père et la mère sont actuellement bien portants; ils ont trois enfants également bien portants, sauf notre malade qui est l'aînée.

Celle-ci est née à terme, dans de bonnes conditions; elle a marché au bout d'un an, sans présenter aucun signe de rachitisme, et n'a eu aucune des maladies ordinaires de l'enfance. Elle a l'apparence d'une enfant vigoureuse et bien portante.

Sa démarche a paru absolument normale jusqu'à l'âge de six ans et demi. A ce moment, sans cause appréciable, elle se mit à boiter légèrement du côté droit; mais comme elle n'éprouvait aucune douleur, aucune gêne fonctionnelle, les parents prêtèrent d'abord peu d'attention à cette claudication qui persista, peu accentuée et sans tendance à s'accroître, pendant huit à neuf mois, durant lesquels l'enfant continua à marcher et à se livrer à tous les jeux de son âge.

Au mois de janvier 1900, il se fit une légère aggravation; l'enfant, plus vite lasse, évitait de marcher et, par moments, elle boitait davantage. Au bout de trois mois, voyant ces symptômes persister et tendre même à s'accroître, les parents se décidèrent à consulter.

Le 25 avril 1900, je notai les signes suivants: légère claudication de la hanche droite, ressemblant à celle que produirait une coxalgie au début, mais très atténuée. Atrophie légère de la cuisse droite: le membre présente dans sa totalité un raccourcissement de un centimètre.

Debout et couchée, l'enfant montre une tendance à mettre son membre en légère adduction avec rotation en dedans; cependant les mouvements de l'articulation

sont à peu près libres, l'extension et la flexion se font complètement seules, l'abduction et la rotation externe sont très légèrement limitées.

La pression sur le trochanter provoque une légère douleur qui est reportée au genou. Les pressions exercées indirectement sur la hanche par le genou ou le pied ne sont pas douloureuses.

Il n'y a aucun empâtement, aucune déformation au niveau de la hanche malade.

L'enfant peut marcher, courir, sauter même sur le membre malade sans éprouver aucune douleur ; elle est seulement plus vite lasse ; sous l'influence de la fatigue, la claudication augmente un peu, et il survient quelques douleurs.

En présence de ces symptômes, le diagnostic le plus vraisemblable était celui de coxalgie au début. Cependant les troubles fonctionnels et même les signes physiques semblaient peu accentués, relativement à l'ancienneté de la lésion qui remontait déjà à un an. La radiographie vint encore augmenter nos hésitations.

Sur l'épreuve faite à ce moment on voit, en effet, un épaissement de l'os iliaque qui occupe toute la partie correspondant au fond du cotyle et à la région sus-cotyloïdienne. A ce niveau, l'os paraît boursoufflé surtout dans la partie correspondante à la face externe de l'os, dont le contour est sensiblement déformé, et plus particulièrement encore au niveau de la partie postéro-supérieure du sourcil cotyloïdien qui forme un gros bourrelet recouvrant en partie la tête fémorale et masquant l'interligne articulaire de la hanche dans sa moitié supérieure. L'os, augmenté de volume, semble, par contre, être devenu plus perméable aux rayons X. Il présente, en effet, surtout au centre de la boursoufflure, une tache claire, de forme irrégulière et à bords mal définis. L'extrémité supérieure du fémur ne montre pas d'altération bien nette.

Cette augmentation de volume de l'os avec raréfaction de son centre fit discuter l'hypothèse d'un néoplasme de l'os iliaque ; cependant les signes ne semblèrent pas assez nets pour qu'une conclusion s'imposât et on décida d'attendre.

L'enfant fut immobilisée dans un cadre-gouttière avec extension continue. Très vite, les douleurs disparurent et les mouvements retrouvèrent leur amplitude normale; mais la persistance de la claudication fit poursuivre ce traitement pendant six mois.

Le 27 octobre 1900, la claudication est imperceptible; il n'y a plus ni douleur, ni attitude vicieuse, tous les mouvements se font bien et complètement. Bien que l'enfant ait grandi, le raccourcissement est resté de un centimètre. Donc très grande amélioration.

Cependant la radiographie, prise à ce moment, montre des lésions encore mieux caractérisées que la première.

L'épaississement de l'os iliaque est encore assez net, bien qu'il ait diminué sensiblement; il se termine en haut, sur la face externe, par une sorte d'encoche qui paraît bien marquer la limite d'une hyperostose périostique. L'os paraît plus compact et donne une épreuve radiographique plus nette que la première fois; cependant la zone claire d'os perméable aux rayons X persiste. Elle s'est condensée autour du cotyle et paraît maintenant correspondre assez bien au sourcil cotyloïdien; mais, en haut, elle s'étend très notablement sur l'os iliaque. Les bords, marqués par une ligne festonnée, nette, se détachent bien.

L'extrémité supérieure du fémur semble maintenant participer à la lésion. Le col n'est plus nettement limité; son contour est flou en haut près de son extrémité interne; sa région juxta-épiphysaire est plus claire et fait ressortir en dedans un noyau sombre qui doit être l'épiphyse. Enfin, il s'est infléchi en coxa vara.

Cette image donne bien l'impression d'un processus destructif par ulcération, analogue à celui de la coxo-tuberculose; il faut remarquer, cependant, que, malgré l'apparence de destruction de l'os au niveau du toit du cotyle, la tête fémorale ne s'est pas sublaxée en haut, comme elle n'eût pas manqué de le faire dans une coxalgie. Nous reviendrons plus tard sur ce point.

En présence de l'amélioration de plus en plus grande des signes cliniques, on laissa l'enfant se remettre progressivement à marcher; au mois de janvier 1901, on la laissa marcher librement, en évitant toutefois les pro-

menades et les exercices fatigants. Pendant encore quelques semaines, la claudication reparut de temps en temps, lorsque l'enfant était lasse, mais ce symptôme même a disparu, et les examens successifs n'ont fait que confirmer une guérison qui se maintient complète depuis près d'une année.

Le dernier examen du 29 novembre 1901 montre, en effet, l'absence de toute claudication, bien que l'enfant se fatigue souvent beaucoup en jouant librement dans le jardin.

Les mouvements de la hanche sont normaux et les seules traces qui persistent sont une très légère atrophie de la cuisse (différence de un centimètre dans la circonférence prise à la partie moyenne) et le raccourcissement qui est toujours de un centimètre bien que l'enfant ait grandi de 8 à 10 centimètres depuis le début de son observation.

La radiographie montre également une restauration complète de l'articulation. L'os a repris partout sa consistance normale et ses contours nets. Il y a, cependant, encore un peu d'hyperostose de la région sus-cotyloïdienne qui se traduit par une différence de 5 à 6 millimètres dans l'épaisseur de l'os. La tête est également un peu plus épaisse; ses plus grandes dimensions sont, à droite, 47 millimètres contre 40 à gauche, côté sain. Enfin, chose curieuse, la coxa vara a disparu et le col a repris son inclinaison normale.

On conçoit qu'en l'absence de vérification anatomique, l'interprétation de cette observation soit difficile. Nous avons cependant, je crois, des éléments suffisants pour montrer que ce fait ne rentre pas dans le cas des maladies connues de la hanche.

On ne peut songer, en effet, à une arthrite sèche précoce, car nous ne trouvons aucune ressemblance entre l'histoire de notre malade et les symptômes de l'arthrite sèche, affection essentiellement douloureuse, qui limite les mouvements de la hanche jusqu'à l'ankylose, détermine des attitudes vicieuses et tend plutôt à s'accroître qu'à rétrocéder. D'ailleurs, s'il est vrai qu'on observe, à l'âge de notre malade, la polyarthrite déformante des petites articulations des extrémités, la mono-arthrite des

grandes jointures, analogue au *morbus coxæ senilis*, ne s'est pas encore rencontrée avant l'âge de seize ans.

L'hypothèse d'une lésion syphilitique, sans avoir contre elle aucun argument péremptoire, est, malgré cela, difficilement soutenable, car rien, ni dans les antécédents héréditaires ou personnels, ni dans les caractères mêmes de l'affection, aussi bien en clinique que sur les radiographies, ne permet de penser à la syphilis héréditaire tardive.

Reste donc l'hypothèse d'une arthrite tuberculeuse, sur laquelle il est nécessaire de s'arrêter un peu, car nous savons d'abord qu'il y a des coxalgies torpides, dont les symptômes physiques et fonctionnels peu accentués et l'évolution lente peuvent très bien faire méconnaître la nature. D'autre part, les lésions que montre la radiographie ont bien, à première vue, une certaine ressemblance avec celles d'une arthrite tuberculeuse arrivée au point où l'usure des surfaces malades produit un agrandissement du cotyle et une destruction partielle de la tête fémorale.

Mais, contre l'hypothèse de coxo-tuberculose, nous avons d'abord la discordance des symptômes cliniques et des signes radiographiques. Ceux-ci seraient en rapport avec une altération déjà ancienne et grave, puisqu'on voit des lésions étendues du squelette, non seulement sur la tête, mais encore sur le bassin; or, les signes cliniques correspondent à une maladie au début dont le diagnostic ne peut même pas être formulé avec certitude. Jamais on n'a vu de coxalgies aussi torpides, et dans les faits mêmes signalés par M. Kirmisson, où l'on avait porté par erreur le diagnostic de coxa vara, il y avait des signes plus accentués, de la raideur, des douleurs, une gêne fonctionnelle manifeste.

D'ailleurs, les lésions elles-mêmes, telles que la radiographie nous les a révélées, diffèrent beaucoup de celles de la coxo-tuberculose. Celle-ci tend à atrophier le squelette, à réduire le volume des os; elle ne produit jamais l'hyperostose que nous avons trouvée et qui persiste même après la guérison. En outre, un processus tuberculeux n'aurait pu donner l'image de notre radiographie qu'en détruisant, par érosion ou par pression, le toit du

cotyle et la partie supérieure de la tête. Il en serait sûrement résulté une de ces subluxations pathologiques si fréquentes dans la coxalgie infantile et, la guérison même obtenue, ces destructions osseuses auraient laissé des traces visibles sur la radiographie et des troubles fonctionnels de quelque importance. Or, ici, l'absence de déplacement de la tête, la restauration anatomique et fonctionnelle complète de l'articulation montrent bien qu'il n'y a pas eu des lésions aussi irrémédiables.

Il ne s'agit donc pas d'une coxalgie vulgaire. Nous avons assisté à l'évolution d'un processus très particulier qui, sans détruire le squelette, l'a frappé d'une altération passagère dont les symptômes sont l'augmentation de volume à la périphérie et, au centre, un état particulier qui rend l'os perméable aux rayons X.

Il n'y a aucune raison de nier, *a priori*, l'existence d'une maladie de ce genre; ne savons-nous pas déjà que, dans certaines circonstances, le tissu osseux peut présenter ce caractère; ainsi dans le cal, certaines ossifications périostiques, les tophus de la goutte?

Quant à déterminer sa nature, nous n'avons jusqu'ici aucun élément permettant de le faire. Est-ce du rachitisme tardif? N'est-ce pas plutôt un état ayant quelque rapport avec l'ostéomalacie? faut-il y voir une manifestation de cette maladie de l'adolescence que beaucoup distinguent du rachitisme et qui produirait la scoliose, le *genu valgum* et le pied plat? Nous ne pouvons que poser le problème avec l'espoir de le voir résolu dans un avenir prochain.

M. Fochier ne veut pas diminuer l'importance de la communication de M. Nové-Josserand, mais il fait observer que les pseudo-coxalgies sont assez fréquentes. D'autre part, l'interprétation des radiographies est souvent plus difficile que celle des phénomènes cliniques. En faisant varier les incidences de la lumière sur la hanche, n'obtiendrait-on pas les déformations observées sur les radiographies de M. Nové-Josserand? L'échancrure constatée sur la tête fémorale ne serait-elle pas due à la projection du sourcil cotyloïdien, et la zone claire au cartilage acétabulaire?

Quant aux phénomènes cliniques, il arrive souvent

que la guérison très rapide des coxalgies fait rejeter l'idée d'une pareille lésion. Ces pseudo-coxalgies sont des rhumatismes de la hanche; on les voit survenir chez des enfants bien portants; ils se plaignent de douleurs dans la hanche, boitent et guérissent rapidement par l'immobilisation dans une gouttière.

Il y a aussi des déformations locales de la hanche, d'origine trophique, dues à des paralysies spinales infantiles. Les déformations, en pareil cas, ne sont pas les mêmes sur les trois portions de l'os iliaque: l'iléon est le plus déformé. M. Nové-Josserand a-t-il éliminé cette origine possible de la déformation signalée?

M. Albertin a observé un cas de périostite plastique du cubitus ayant augmenté le volume de l'extrémité inférieure de l'os, sans tendance à la suppuration. Cette forme de périostite, de nature tuberculeuse dans le cas particulier, a suffi à provoquer de l'hyperostose; ne peut-on pas rapprocher cette lésion de celle qu'on observe sur l'iléon? D'autant plus que ces périostites peuvent se localiser au voisinage des articulations. Chez le malade de M. Albertin, le gonflement a rétrogradé en partie.

M. Nové-Josserand ne croit pas que l'interprétation de M. Fochier soit exacte. Il ne s'agit pas d'apparence de lésions tenant à des incidences variables de la lumière mais bien de modifications anatomiques des os, puisque, sur les radiographies prises à diverses époques et dans les mêmes conditions, les mêmes lésions se représentent.

On ne peut songer à la paralysie infantile, aucun symptôme caractéristique n'existe; dans la paralysie infantile, les lésions de la hanche sont multiples et constantes. De Gaulejac les a étudiées dans sa thèse. Il y a donc des coxalgies non tuberculeuses, mal connues, dont le rhumatisme de la hanche est un exemple.

En outre, il ne s'agit pas de périostite, puisque la lésion se prolonge dans l'épaisseur de l'os. La périostite tuberculeuse pure est rare: toujours l'os réagit. L'altération, ici, est surtout osseuse, sa nature est inconnue.

M. Jaboulay demande si l'on a pratiqué le toucher rectal et si la malade avait de la fièvre?

M. Nové-Josserand. — Le toucher rectal a été fait, avec résultat négatif; la malade n'a jamais eu de fièvre.

PRÉSENTATION DE MALADES

M. Hau présente deux malades du service de M. Gangolphe, l'un atteint de luxation traumatique de la quatrième vertèbre cervicale et de troubles de compression nerveuse ; l'autre est un tuberculeux qui a une coxalgie et de l'allongement des fémurs.

Séance du 16 janvier 1902. — Présidence de M. GAYET.

**OCCLUSION INTESTINALE AIGUE PAR COUDURES MULTIPLES
ET PAR VOLVULUS COMPLEXE DE L'INTESTIN GRÊLE, SUR-
VENUE COMME COMPLICATION ÉLOIGNÉE DE L'APPEN-
DICITE. — OPÉRATION. — GUÉRISON.**

M. Bérard présente un malade opéré par lui à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Sacerdos, le 13 novembre 1901, dans les conditions suivantes : Cet homme, âgé de 33 ans, cordonnier, était entré, la veille au soir, dans le service, avec des symptômes d'occlusion intestinale datant de trois jours.

Sans antécédents pathologiques héréditaires dignes d'être signalés, il jouissait habituellement d'une bonne santé ; il n'avait été malade sérieusement qu'une fois, 17 ans auparavant, d'une affection aiguë de l'abdomen. A cette époque il avait présenté, durant une période de six mois, quatre accès de coliques très vives, avec douleurs dans la fosse iliaque droite, poussées d'appendicite, sans nul doute, qui, une fois même, s'étaient compliquées de phénomènes d'occlusion ; on lui fit avaler, à cette occasion, 100 grammes de plombs de chasse n° 5 qui furent rendus quelques jours après le retour des selles. Pas de suites apparentes de cette première affection. Sept ans plus tard, le malade étant au régiment, recevait dans le bas-ventre un coup de pied de cheval, heureusement anodin. Il porte, à droite, une pointe de hernie crurale, réductible, et qui serait apparue à la suite de ce dernier traumatisme (?).

Depuis cette époque, les fonctions digestives s'étaient effectuées normalement, sans douleurs, sans constipation.

Le 9 novembre 1901, sans cause extérieure apparente et sans écart préalable de régime, ce malade ressentit brusquement de vives douleurs autour de l'ombilic. Le jour même, il vomit ses aliments ; le lendemain il avait des vomissements bilieux et du ballonnement ; le cours des matières et des gaz était complètement suspendu. Plusieurs lavements restèrent sans effet et ramenèrent seulement quelques mucosités sanguinolentes ; il en fut de même d'une purgation. Des piqûres de morphine répétées ne purent éteindre la douleur qui était continue, avec des paroxysmes subits localisés un peu en bas, et à gauche du nombril.

A l'examen, on trouvait l'abdomen modérément distendu, saillant surtout dans la partie médiane ; les flancs peu bombés, la paroi relativement souple et mobile, sans péristaltisme marqué. Tympanisme péri-ombilical s'étendant jusque dans les fosses iliaques ; matité dans les points déclives du péritoine ; la matité hépatique est diminuée de hauteur, non supprimée, pas de clapotement cœcal. A la pression appuyée, sensation d'empatement et douleurs provoquées au-dessus et au-dessous de l'ombilic, au niveau où viennent s'arrêter les contractions douloureuses accusées par le malade. Toucher rectal négatif ; le Douglas est seulement un peu tendu.

La miction est encore assez abondante et s'effectue sans gêne. Jamais il n'y a eu de coliques néphrétiques, ou hépatiques.

La température est de 37° 7.

Le pouls encore plein, régulier, est considérablement ralenti : 56 pulsations à la minute.

L'état général n'a pas été trop gravement atteint ; la langue est humide, les yeux un peu excavés, le nez pincé, mais non refroidi, pas plus que les extrémités. Les vomissements, encore bilieux, reviennent à intervalles irréguliers ; ils sont d'une abondance modérée.

A cause du début brusque, en pleine santé, de ces accidents, à cause de l'absence de douleur et de rigidité de la paroi abdominale, les mouvements du diaphragme étant conservés le pouls ralenti et la température normale, M. Bérard élimine l'idée d'une péritonite. Sans doute il y a de la matité dans les points déclives, mais

elle peut être due à un épanchement séro-hématique, s'il y a occlusion.

L'occlusion doit siéger sur l'intestin grêle, car elle a débuté brusquement, et le maximum des douleurs et du ballonnement siège autour de l'ombilic. Le cœcum ne clapote pas ; les flancs sont aplatis.

Le malade urine encore une quantité suffisante ; d'autre part les phénomènes les plus nets évoluent vers l'hypogastre ; donc il s'agit peut être d'un obstacle sur la fin de l'intestin grêle.

Quel est cet obstacle ? Il y aurait témérité à vouloir le trop préciser ; mais ces tranchées aiguës et subites sont assez habituelles dans les coudures brusques opposant un obstacle absolu à l'onde péristaltique. D'autre part il est logique d'incriminer, à l'origine des accidents, les reliquats de l'affection, appendicite, sans doute, dont le malade a souffert durant six mois, il y a 17 ans ; une bride inflammatoire a pu fixer l'iléon et être le point de départ de l'occlusion.

Pour ces multiples raisons, M. Bérard s'arrête au diagnostic probable d'occlusion aiguë, portant sur les dernières anses de l'iléon, et due sans doute à un étranglement par bride.

L'opération immédiate est décidée. Laparotomie sous l'anesthésie à l'éther. L'incision des téguments s'étend du pubis à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Le péritoine est ouvert sur 15 centimètres environ, dans les 2/3 inférieurs de la plaie. Il s'écoule une quantité notable de liquide séro-hématique, et les anses grêles apparaissent, distendues et livides. Pas d'obstacle encore visible.

Le doigt, introduit dans l'abdomen, dans la direction du cœcum, perçoit *une bride solide* fixant l'iléon contre l'arcade de Fallope ; cette bride sectionnée, une première anse, distendue et très congestionnée, est attirée au dehors.

On trouve alors une *deuxième coudure de l'iléon* occasionnée par une adhérence large avec le moignon de l'appendice, qui a une longueur de deux centimètres environ. Section de ce moignon entre deux pinces.

Ce n'est pas tout ; ce deuxième segment libéré et attiré

dans la plaie, on tombe sur un *volvulus* de la fin de l'iléon, intéressant une longueur de vingt centimètres environ de l'intestin et maintenu très serré par une *troisième bride* qui fixe cet intestin au voisinage de la symphyse sacro-iliaque droite.

Ce dernier obstacle est supprimé au ciseau, entre deux pinces et, dès lors, la circulation des matières se rétablit vers le cœcum, qui se trouve à dix centimètres environ de la fin du *volvulus*. Le segment étranglé est alors examiné sous des serviettes chaudes ; il a une longueur de 50 centimètres environ, sans trace de sphacèle, malgré que l'enroulement du *volvulus* ait déterminé l'apparition de sillons en spirale forts nets sur la séreuse. Mais, quand on enlève une des pinces entre lesquelles les brides avaient été coupées, on trouve une petite perforation de 3 à 4 millim., par laquelle jaillit un liquide noirâtre hématique. Cet orifice bien isolé, on en profite pour faire évacuer par là environ 250 gr. de ce liquide ; puis quelques points à la Lembert enfouissent le trou et l'intestin est réintégré dans l'abdomen. Pour plus de sûreté, un drain de caoutchouc est placé dans la direction de l'anse lésée. Suture de la plaie à deux plans, l'un fibro-séreux, l'autre musculo-cutané.

L'intervention a duré quarante-cinq minutes, pendant lesquelles le malade a reçu une injection sous-cutanée de sérum artificiel de 500 gr. Une nouvelle injection de sérum de 500 gr. lui est faite deux heures plus tard.

Les suites furent remarquablement simples. Le soir même, la température est de 38°2, le lendemain matin de 37°4 (dans l'aisselle), avec un pouls à 80. Le malade fait des matières encore liquides par l'anus ce même jour.

Sa convalescence, dès lors, s'effectue sans incident. Le quatrième jour, le drain est supprimé ; il n'a donné écoulement qu'à un peu de liquide rosé. Le malade quitte l'hôpital le 5 décembre.

Aujourd'hui, 15 janvier, on peut voir que la cicatrice abdominale est solide. Il n'a plus accusé aucun trouble digestif.

L'intérêt de cette observation réside surtout dans les points suivants :

1° Complication, à 17 ans de distance, d'une appendicite

qui a déterminé, par des adhérences cicatricielles, une occlusion intestinale aiguë. De tels faits sont connus sans doute ; l'appendice, avec les annexes chez la femme, plus rarement le diverticule de Meckel sont, d'ordinaire, responsables de ces accidents. Mais le détail à retenir, c'est que dix-sept ans de santé apparente se sont écoulés entre la dernière crise appendiculaire et le début de l'occlusion.

2° Possibilité de diagnostiquer, avant l'intervention, le siège et la nature probable de l'obstacle.

3° Complexité des lésions qui avaient établi trois coudures distinctes et une torsion complète de l'iléon sur un segment de 50 centimètres.

4° Enfin, suites simples et excellent résultat de l'intervention, malgré qu'il y ait eu rupture, en un point, des parois intestinales. Peut-être même cet incident opératoire a-t-il été heureux, puisqu'il a permis d'évacuer sur le champ une quantité notable du liquide chargé de toxines dont l'intestin était encombré.

FRACTURE DE LA COLONNE VERTÉBRALE. — GUÉRISON PAR LA SUSPENSION.

M. Destot rapporte l'observation d'un charpentier de 34 ans qui, le 11 juillet 1901, reçut sur le dos une charpente pesant 1.500 kilos, d'une hauteur de 3 m. 50. Le malade fut courbé par flexion forcée de la colonne lombaire ; la première et la seconde vertèbre formaient un angle aigu en arrière. En même temps, les deux jambes furent écrasées au même niveau avec issue de fragments parcellaires.

En même temps que ces fractures, se manifestèrent tous les signes d'une paraplégie complète, ce qui n'empêcha pas les chirurgiens appelés de pratiquer une suture osseuse de la jambe droite.

M. Destot vit ce malade, pour la première fois, le 1^{er} octobre et voici dans quel état il se trouvait à cette époque :

Du côté de la colonne lombaire, on note au niveau de la première et de la deuxième vertèbre une saillie très marquée, angulaire d'environ 0.05 cent. de flèche. A gauche, une masse osseuse, de la grosseur du poing, se sent au-dessous des fausses côtes, tandis qu'à droite une seconde masse osseuse inférieure semble correspondre à la deuxième vertèbre lombaire écrasée et projetée en sens inverse de la première.

Les fractures des jambes ne sont pas consolidées ; il existe des fistules donnant naissance à du pus et par lesquelles on arrive dans les tissus osseux et dénudés et friables donnant la sensation, au stylet, du sucre mouillé. Les fractures qui siègent à la partie moyenne des deux jambes ont été tellement comminutives que les jambes paraissent réduites à la peau tendue sur un cal exubérant et il existe deux cicatrices à la partie interne des tibias.

La paraplégie est complète et l'atrophie musculaire considérable. Les troubles trophiques sont surtout remarquables.

1^o Hypertrichose des deux membres, poils durs, gros, secs et cassants.

2^o La peau est couverte de squames épaisses qui la carapacent entièrement. Après lavage et grattage, elle prend l'aspect horripilé de la peau de poulet ; le derme est épaissi, lardacé, d'un œdème dur.

3^o Outre une escharre sacrée de la largeur de la main, on trouve deux plaques ulcérées sous les talons et des plaques noirâtres et livides sur les orteils, sauf sur le premier.

4^o Outre l'amyotrophie, on trouve, du côté des articulations, des pseudo-ankyloses et, sous anesthésie, on reconnaît : 1^o que les fractures sont absolument ballantes et que les articulations, pour se fléchir, exigent un gros effort et produisent des craquements.

Du côté de la sensibilité il n'existe pas de dissociation ; le malade sent le contact de la piqure, un peu moins bien le chaud et le froid. Hyperesthésie légère à gauche, abolition des réflexes, sudation exagérée des pieds.

Du côté des réservoirs, incontinence des matières fécales et rétention d'urine ; cystite catarrhale purulente

causée probablement par les sondages. Le malade ne sent pas sa sonde.

Malgré ces symptômes, M. Destot n'hésite pas à préconiser un traitement par la suspension, en se basant sur ces faits :

1^o Que la sensibilité était à peu près intacte et, d'autre part, sur ce qu'en détergeant le malade, il remarque que le droit antérieur de la jambe droite était encore excitable et réagissait un peu au commandement.

Le malade fut pendu le 18 octobre, soit près de 100 jours après l'accident. En même temps que la suspension on fit du massage et nettoyage tous les jours. Huit séances par jour, de durée croissante, atteignant rapidement 15 à 20 minutes, furent pratiquées et le malade fut revu le 1^{er} novembre ; son état était extraordinairement amélioré : ulcère et gangrène avaient disparu, les fractures étaient consolidées au point que le malade pouvait détacher les talons du lit et lever surtout la jambe gauche qui était de beaucoup la plus atteinte. La peau avait pris un aspect luisant, l'œdème sous-cutané n'existait plus et, s'il existait encore des douleurs et des craquements articulaires, en revanche le jeu des articulations avait pris une certaine amplitude.

Le premier symptôme que le malade nota fut l'apparition des érections qui avaient disparu et la sensibilité du canal ou le passage de la sonde se faisait sentir. En même temps, le sphincter anal reprit sa tonicité et sa continence, mais la rétention d'urine persista, quoique le traitement, par de grands lavages, du catarrhe vésical eussent été pratiqués.

Du côté de la colonne, l'angle lombaire disparut presque totalement, au point que la saillie ne dépassât pas 0.01 cent. de flèche. Le malade continue à se pendre pendant novembre et décembre, gagnant tous les jours progressivement au point de se lever et de rester dans un fauteuil pendant trois heures par jour. Malgré les précautions recommandées, il faillit être victime d'un nouvel accident et, sans un prompt rétablissement fait sur les bras, il constata que la colonne n'était pas solide, et ne se leva désormais qu'avec l'appareil de suspension en arrêt.

Le 29 décembre, corset plâtré ; le malade a reconquis sa taille, la saillie vertébrale est très peu sensible, les mouvements sont presque totalement revenus dans la jambe gauche; seule la jambe droite est en retard, quoique suturée, ce qui doit être attribué à l'exubérance du cal qui englobe les muscles et entrave leur jeu.

Soutenu par des barres parallèles, le malade marche sans l'aide de personne.

M. Destot fait remarquer :

1^o Le redressement obtenu au bout de 100 jours.

2^o La rapidité de disparition de troubles trophiques.

3^o L'effet remarquable de la suspension.

* * *

GROSSESSE INTRA-UTÉRINE OVARIENNE DATANT DE 8 ANS. ABLATION DU KYSTE FŒTAL.

M. Condamin. — J'ai l'honneur de présenter une pièce, extrêmement rare, consistant en un kyste fœtal développé dans l'ovaire et qui fut traité pendant 8 ans. Voici, tout d'abord, l'histoire de la malade :

B. C..., âgée de 39 ans. Rien d'intéressant à signaler dans son histoire jusqu'à l'âge de 18 ans. A ce moment, elle se marie et, six mois après, fait une fausse couche. Elle avait été réglée à 12 ans et, depuis, sa menstruation régulière était cependant chaque mois en avance de 4 ou 5 jours.

En 1893, cette femme vit cesser ses règles et commença à sentir tous les symptômes d'une grossesse qui ne fut pas particulièrement douloureuse et ne laissa à la malade aucun souvenir bien net de son évolution. Elle se rappelle, cependant, que l'ampliation de l'abdomen était plus considérable à droite.

Au mois de juillet 1894, elle ressentit les premières douleurs de l'accouchement et fit appeler une sage-femme, qui ne fit aucune constatation particulière et, pendant quatre jours pendant lesquels durèrent les douleurs, lui annonçait toujours sa délivrance pour le len-

demain. Les douleurs, au dire de la malade, étaient surtout vives dans les reins et cessèrent le quatrième jour pour reparaître avec des caractères d'intensité moindre, deux mois après, quand ses règles revinrent.

A signaler aussi, au deuxième jour des douleurs du faux travail, un écoulement assez abondant de lait qui dura quatre jours ; puis les seins s'affaissèrent et la sécrétion diminua progressivement pour cesser complètement au bout de huit jours.

La malade se rétablit rapidement, mais conserva un abdomen assez développé. En 1895, à cause du volume de son ventre, elle consulta un chirurgien qui porta le diagnostic de fibrome et lui proposa une intervention chirurgicale qu'elle refusa, parce qu'elle n'éprouvait aucune douleur. En 1901, à l'occasion de coliques néphrétiques, elle vit un médecin qui, en l'examinant, constata cette tumeur dont nous allons parler. Le Dr Repelin la vit à ce moment et diagnostiqua un kyste fœtal qu'il conseilla d'enlever et, à cet effet, la fit entrer à la clinique gynécologique.

A son entrée je l'examinai avec le Dr Repelin et voici les signes objectifs que nous pûmes constater. L'abdomen est distendu par une tumeur dure, solide, arrondie, surtout développée à droite, non douloureuse. Elle n'occasionne de malaise à la malade que pendant la marche. Elle remonte à peu près jusqu'à l'ombilic. Par le toucher, on constate un col utérin assez petit, légèrement rejeté à gauche ; on limite mal l'utérus ; à droite, on sent une masse dure, de consistance osseuse et calcaire, indolore, qui nous fait porter, en raison de l'histoire de la malade le diagnostic de kyste fœtal renfermant probablement un lithopœdion.

L'intervention chirurgicale fut décidée et pratiquée, avec l'assistance de MM. Repelin et Cognard, le 10 janvier 1902. Après l'incision de l'abdomen, on tomba sur l'épiploon, recouvrant la presque totalité de la tumeur avec laquelle il présente des adhérences multiples. Celles-ci sont détachées sans trop de difficultés. Pour attirer au dehors la tumeur qui se présente avec une coloration blanchâtre et molle comme dans certaines néoplasies ovariennes, on implante un tire-fibrome et l'on continue la libération des

adhérences profondes. L'appendice, notablement allongé, est adhérent sur une étendue de 12 centimètres. Après sa libération, on le resèque et l'on enfouit le moignon dans son méso. En avant quelques adhérences avec la face postérieure du ligament large droit; on tombe sur un pédicule un peu large et la tumeur est extraite en totalité sans morcellement; on constate alors l'intégrité absolue de l'utérus flanqué de ses deux trompes normales et non oblitérées et, à gauche, de l'ovaire sain et normal, quoique augmenté sensiblement de volume.

On fait une péritonisation très soignée des surfaces cruentées et la ligature d'une partie de l'épiploon.

En raison d'un suintement léger à la partie postérieure du ligament large droit et du cul-de-sac de Douglas, on pratique un drainage vaginal.

Les suites opératoires furent des plus simples; la température maxima a été 38°2 et un jour seulement.

Actuellement, la malade paraît absolument remise de cette intervention.

L'examen de la pièce montra un fœtus parfaitement conservé, mais un peu réduit de volume, quoique à terme, comme le démontre la longueur des ongles des doigts qui dépassent même largement l'extrémité des phalanges.

Les masses dures qui, au toucher vaginal en avaient imposé pour un lithopœdion, étaient constituées par les os du crâne. Mais le fœtus lui-même n'avait pas subi de calcification.

La poche du kyste, formée dans sa majeure partie sur du tissu ovarien, est assez épaisse. Il est difficile de préciser ce qui peut appartenir au péritoine et à l'ovaire.

L'implantation du placenta a lieu précisément en haut de l'ovaire où arrivent les vaisseaux ovariens.

Cette pièce est intéressante et rare. Rare, car ordinairement la rupture des grossesses ovariennes arrive dès les premiers mois de la grossesse, le fœtus tombe dans la cavité péritonéale et ne reste retenu à l'ovaire que par le cordon ombilical et le placenta. Elle présente un intérêt de tout premier ordre pour établir l'existence indiscutable de grossesse ovarienne interne, contestée jusque dans ces dernières années, mais cependant éta-

blies par des observations indiscutables. Lawson-Tait, dans la seconde édition de son « Traité des Maladies de l'Ovaire », écrivait encore, que, sans nier la possibilité des grossesses ovariennes, il n'en avait jamais rencontré et suspectait, après les avoir soigneusement dépouillées toutes les observations publiées jusqu'alors, car leur auteur n'avait pu donner ce qu'il considère comme le critérium de la grossesse extra-utérine ovarienne, à savoir, l'état intact de l'utérus, des deux trompes et d'un ovaire à côté du kyste fœtal ovarien. Notre observation eût donné entière satisfaction au chirurgien anglais, parce que l'ovaire gauche, les deux trompes et l'utérus étaient intacts à côté du kyste fœtal qui put être enlevé en totalité comme s'il se fût agi d'une tumeur ovarienne.

* * *

LUXATION PARALYTIQUE ILIAQUE DANS UNE LUXATION CONGÉNITALE DE LA HANCHE SOUS-ÉPINEUSE

M. Jaboulay présente une fillette de 7 ans qui est atteinte de luxation congénitale de la hanche gauche de la variété sous-épineuse.

C'est dès l'âge de 2 ans que les parents remarquèrent sa boiterie. Alors elle devint malade pendant deux mois et, au sortir de cette maladie, on remarqua que le membre gauche avait beaucoup maigri, y compris la fesse.

Elle marchait tant bien que mal, en se dandinant, jusqu'à il y a deux ans environ, où un nouveau symptôme apparut : de temps en temps, la hanche remontait dans la fesse au moment d'une douleur violente ressentie dans la partie inférieure de la jambe, et y restait un jour ou deux au maximum, pour redescendre spontanément et se replacer dans son ancienne attitude.

Il s'agit, en effet, d'une luxation iliaque paralytique par atrophie des pelvi-trochantériens, qui se fait hors d'une articulation de luxation congénitale. Cette luxation est très facilement réductible, elle l'est spontanément pendant la nuit, ou bien sous l'influence de traction directe.

Il n'y a qu'à immobiliser cette fillette dans un bandage silicaté en lui donnant l'attitude qu'elle a et qui est bonne, de façon à prévenir le retour de ces luxations iliaques intermittentes, mais il n'y a pas à songer à faire une transposition de cette luxation congénitale qui est peu apparente.

M. Vallas. — Il paraît difficile de savoir si la luxation congénitale existait avant la luxation paralytique. Est-ce qu'il ne s'agit pas simplement de luxation pathologique?

M. Jaboulay. — La luxation congénitale semble avoir existé seule en premier lieu; au dire des parents, l'enfant a toujours eu une boiterie caractéristique. Les symptômes de paralysie spinale infantile se sont produits tout récemment, ultérieurement à la première affection.

M. Nové-Josserand. — Je remarque que la luxation hors du cotyle nouveau se produit facilement. L'immobilisation du membre doit être essayée; si elle échoue on peut songer à fixer la tête en position antérieure.

M. Jaboulay. — La tête fémorale est assez bien fixée au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure. Une transposition de la tête hors de la néarthrose serait probablement inutile.

M. Nové-Josserand. — On peut chercher à obtenir de l'allongement par des mouvements de réduction et à fixer la tête par l'irritation des parties molles.

GRENOUILLETTE ET CALCUL SALIVAIRE

M. Jaboulay présente un calcul salivaire qu'il a enlevé du plancher de la bouche, en incisant une grenouillette droite d'origine sub-linguale. Elle avait débuté, deux mois avant, par de la douleur et des phénomènes aigus, puis du gonflement; celui-ci avait diminué par l'issue spontanée d'un liquide filant à deux ou trois centimètres en dehors du filet de la langue, vers le plancher, c'est-à-dire au niveau de l'orifice des conduits de Rivinus. La mas-

tion était douloureuse en ce point spécial correspondant à la glande sub-linguale, mais n'amenait pas la vraie colique salivaire, avec gonflement de la région et salivation. En appuyant sur la grenouillette qui siégeait, grosse comme une noisette, au niveau de la glande sub-linguale, et en venant en avant, puis en dehors du conduit de Warton, j'ai mis à découvert un calcul salivaire gros comme une molaire, et qui n'était pas dans le canal de Warton.

Cette double constatation du calcul et de l'origine sub-linguale de la grenouillette m'a conduit à penser que c'est l'oblitération, par ce calcul, dans ce cas particulier, des conduits de Bartolin et de Rivinus excréteurs de la glande sub-linguale, qui a été la cause du kyste par la rétention de la sub-linguale de la grenouillette.

Cette oblitération est plus microscopique ordinairement, c'est pour cela qu'elle passe inaperçue.

M. Goullioud. -- J'ai observé un cas de gonflement subit de la joue droite chez un malade ; ce gonflement brusque, très douloureux, se reproduisit deux ou trois fois. En explorant l'épaisseur de la joue je pus extraire un calcul enchâssé dans l'extrémité du canal de Sténon. L'ablation du calcul fit tout disparaître.

Séance du 23 janvier 1902. — Présidence de M. GAYET.

FRACTURE DE LA COLONNE DORSALE. — LAMINECTOMIE

M. Bérard, rapporte une observation *de fracture de la colonne vertébrale par arme à feu, avec section de la moelle dorsale*, pour laquelle il est intervenu, par *laminectomie*, le 12 octobre dernier.

Le malade, âgé de 26 ans, manoeuvre, en parfait état de santé jusque-là, avait reçu, le 12 avril 1901, un coup de revolver d'ordonnance, calibre 11 millimètres, qui lui avait été tiré à six mètres de distance. L'agresseur se trouvait à la fenêtre d'un premier étage, le blessé dans la rue.

La balle pénétra dans le côté gauche du thorax, environ à six centimètres au-dessous du sommet du creux axillaire.

Aussitôt l'homme s'affaissa, avec l'impression brusque que ses deux membres inférieurs n'avaient plus ni mobilité, ni sensibilité; le contact même du bas-ventre avec le sol n'était pas senti. Puis une douleur assez vive, en ceinture, apparut, sans hémoptysies, sans dyspnée, sans troubles cardiaques. Transporté dans une maison voisine, il souffrit d'une façon intolérable de midi à dix heures du soir, heure à laquelle un médecin, appelé, fit une piqûre de morphine et évacua la vessie. Un simple pansement fut appliqué sur la plaie qui saignait peu.

Les jours suivants, paralysie persistante des membres inférieurs, du muscle vésical, de l'intestin et du sphincter anal, ainsi que de tout l'abdomen au dessous de la ceinture. Il fallut cathétériser le blessé et protéger bientôt le dos, les fesses et les talons qui s'étaient ulcérés, dans le décubitus, en des points symétriques.

Au bout de quinze jours, les douleurs en ceinture et en éclairs dans les membres inférieurs avaient cédé, mais un œdème mou avait envahi la moitié inférieure du corps. La plaie axillaire s'était cicatrisée sans complication locale. Les urines étaient devenues troubles. Les selles devaient être provoquées par des lavements, et le passage des matières à l'anus béant ne déterminait aucune sensation.

Le 14 mai, trente-deux jours après l'accident, le blessé entra à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Sacerdos. A ce moment, l'examen fournissait les données suivantes :

Pas de déformation extérieure de la région vertébrale, pas de trace du projectile perceptible à la palpation, mais seulement une douleur sourde dans la colonne dorsale, avec maximum à la pression des 7^e, 8^e et 9^e apophyses épineuses dorsales.

A partir d'une ligne horizontale passant à dix centimètres environ au-dessous des mamelons, la paralysie sensitive et motrice est complète. Pourtant, sur une hauteur de cinq centimètres à droite, et de quinze centimètres à gauche, une bande d'hypoesthésie surmonte la zone paralysée et, à gauche, sur une hauteur de cinq centimètres au-dessus de cette bande, l'*hyperesthésie* au contact, à la douleur, au chaud et au froid est des plus nettes.

Les membres inférieurs, infiltrés par un œdème mou, reposent inertes sur le plan du lit ; de temps à autre, pourtant, ils sont animés de secousses brusques que le blessé ne perçoit pas et que le contact ramène facilement. La paroi abdominale ne joue pas dans les mouvements d'expiration.

Les réflexes rotuliens sont *abolis* des deux côtés. Le réflexe crémastérien est paresseux, mais persiste ; les frictions de la plante des pieds déterminent des mouvements des orteils dans le sens de l'extension.

Comme troubles trophiques, indépendamment de l'œdème considérable des membres inférieurs, on notait : l'état lisse de la peau, de l'hypertrichose, de l'*hydarthrose* des deux genoux et des escharres étendues des talons, des saillies trochantériennes, des fesses et du sacrum ; l'escharre sacrée, large comme la paume de la

main, avait creusé les parties molles jusqu'au squelette.

La vessie, en rétention constante, se vidait très peu par regorgement et devait être évacuée à la sonde ; urines troubles, ammoniacales, sans sucre, ni albumine.

Rien aux poumons ni au cœur.

L'infection des escharres fait osciller la température entre 39°8 et 37°6.

En somme, la paralysie sensitive et motrice absolue, la suppression des réflexes rotuliens, le développement progressif des escharres sans rétrocession, malgré des pansements soigneux, font porter le diagnostic de section complète de la moelle. Le malade est placé dans une gouttière Bonnet, garnie de coton, cathétérisé, pansé régulièrement.

Pendant les mois de mai et de juin, aucune amélioration ne se produit.

Dans les premiers jours de juillet, les escharres commencent à bourgeonner, le malade présente quelques érections et il accuse des fourmillements dans les membres inférieurs. Les urines restent troubles et ammoniacales, mais la miction qui commence par regorgement se continue souvent d'elle-même.

Dès lors les pansements sont renouvelés plus souvent ; la vessie est lavée, matin et soir, à l'eau boriquée, puis avec une solution d'hermophényl à 1 p. ‰. Les urines commencent à s'éclaircir vers le 20 juillet ; elles perdent leur odeur ; deux escharres fessières se sont cicatrisées ; l'escharre sacrée tend à se combler.

On commence à espérer que la section de la moelle n'a peut-être pas été complète, que la paralysie totale du début est peut-être due à la commotion violente et à la contusion juxta-traumatique de la moelle. En prévision d'une intervention possible, le blessé est *radiographié* à deux reprises ; mais la balle n'apparaît sur aucune des épreuves.

Le mois d'août se passe sans incident nouveau ; pourtant des secousses plus fréquentes agitent les membres inférieurs et la *sensibilité au froid* tend à réparaître à leur niveau ; le blessé demande à être plus couvert pendant la nuit. Les urines se sont encore éclaircies.

La limite supérieure de la paralysie ne s'est pas abaissée; elle longe approximativement, en avant, l'échancrure sous-costale. Cette donnée et la sensation persistante de douleur au contact que le blessé accuse au niveau des 6^e, 7^e, 8^e et 9^e vertèbres dorsales, permettent de croire que le projectile occupe encore cette portion de la colonne; la douleur maximum à la pression correspond à la 7^e dorsale.

Une dernière tentative de radiographie est faite le 25 septembre; M. Destot réussit, cette fois, à montrer la zone obscure laissée sur l'épreuve par la balle, entre la 7^e et la 8^e vertèbre dorsale.

M. Bérard, devant l'amélioration persistante du malade et en possession, cette fois, d'un point de repère exact, se décide à aller extraire la balle qui semble se trouver sur la ligne médiane et qui, par conséquent, peut comprimer la moelle contre les parois du canal médullaire.

Le 12 octobre, *laminectomie*. Une incision en parenthèse à concavité gauche met à nu les 6^e, 7^e et 8^e apophyses épineuses dorsales. Les masses musculaires des gouttières sont décollées à la rugine, et les 6^e, 7^e et 8^e apophyses épineuses avec leurs lames sont réséquées au davier-gouge. Le canal médullaire, largement éclairé ainsi, l'étui dure-mérien est refoulé d'abord à gauche par un écarteur mousse; la balle apparaît alors à demi-encastée dans le corps de la 7^e vertèbre, au contact du pédicule droit, et faisant saillie dans le canal. Elle paraît très solidement fixée. Néanmoins un élévateur, prudemment manié, l'ébranle peu à peu, et on arrive à l'extraire enfin avec une pince à sequestre, sans déterminer d'hémorragie appréciable. Le projectile, en plomb, est très déformé et anguleux.

L'étui dure-mérien est alors examiné. Il ne porte pas trace de cicatrice étendue, n'adhère en aucun point aux parois du canal et le doigt ne sent pas de virole scléreuse à l'intérieur. Devant ces constatations, M. Bérard juge inutile de mettre la moelle à nu, car le blessé est encore porteur d'escharres infectées, il conserve de la température, et un écoulement prolongé de liquide céphalo-rachidien serait dangereux chez lui.

La plaie est donc fermée; un plan de suture au catgut

réunit les muscles des gouttières sur la ligne médiane ; la peau est réunie au fil métallique ; un petit drain est laissé au point déchiré de l'incision.

Suifles remarquablement simples, malgré un léger écoulement de liquide céphalo-rachidien dans le pansement, cet écoulement cesse au bout de deux jours, quand le drain est retiré. Réunion par première intention.

Le 14 octobre, deux jours après l'opération, on constate nettement le *retour de la sensibilité au chaud et au froid dans les membres inférieurs; il reprend des envies d'uriner avec du ténesme rectal peu douloureux*. Les réflexes rotuliens n'ont pas reparu mais les excitations cutanées déterminent des soubresauts plus rapides et plus étendus des cuisses et des jambes.

Le 28 octobre, on ne trouve pas de nouveau progrès dans le retour de la sensibilité et de la motricité. Pourtant le chatouillement de la plante des pieds détermine des mouvements de flexion du pied ou d'extension des orteils.

Le 10 novembre, la plupart des escharres se sont beaucoup restreintes ; outre les progrès notés ci-dessus, on constate *que le choc sur le tendon rotulien d'un côté amène des soubresauts de flexion du genou du côté correspondant et aussi du côté opposé. La sensation au chaud et au froid est revenue encore plus nette. Les érections sont presque continues, sans éjaculation*. Le malade urine constamment, sans doute par regorgement, quoique sa vessie soit peu distendue, mais il n'a plus besoin d'être sondé et ses urines s'éclaircissent. Il commence à sentir le besoin de déféquer et il sent le passage des matières à l'anus.

En outre, au lieu d'une anesthésie complète, il n'accuse plus maintenant que de la dyesthésie dans les téguments de l'abdomen, jusqu'au pli de l'aîne.

Pas de retour net des mouvements volontaires ; mais le blessé parvient à se soulever avec les mains et les muscles de l'abdomen dans sa gouttière ; il déplace même en masse les membres inférieurs.

Les escharres n'ont pas diminué beaucoup de dimensions ; l'œdème des membres inférieurs persiste, un peu

plus mou, et la peau de ces régions est le siège d'une sudation excessive. La température rectale est descendue à 37°6, 38°, 38°3.

Vers la fin du mois de novembre, une ascension thermométrique à 39° correspond à une poussée de bronchite généralisée qui rétrocede au milieu de décembre.

A partir de ce moment, l'amélioration constatée reste stationnaire. Seules les urines deviennent tout à fait claires. Par contre les escharres progressent, le malade maigrit; certaines de ses plaies sacrées, fessières et trochantériennes se couvrent de bourgeons livides et se creusent jusqu'au squelette. Bref, actuellement, du fait de ces infections, le pronostic semble devoir être très réservé pour l'avenir.

RAPPORT SUR UN MÉMOIRE DE M. LE D^r LAGOUTTE, CHIRURGIEN DE L'HOTEL-DIEU DU CREUSOT, A PROPOS DE 14 INTERVENTIONS SUR L'ESTOMAC.

M. Durand. — Vous m'avez chargé de vous faire un rapport sur le mémoire adressé par M. Lagoutte à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant de la Société de Chirurgie. Ce mémoire relate quatorze observations de chirurgie gastrique. Tous ces cas se rapportent à des malades présentant le syndrome clinique « sténose du pylore ». Deux seulement sont cicatricielles, toutes les autres sont néoplasiques.

Le premier fait à mettre en relief dans ces observations c'est que les quatorze interventions pratiquées par M. Lagoutte n'ont donné aucune mort opératoire. Ce résultat dont on doit féliciter l'auteur, n'est-il pas encourageant, et ne doit-il pas pousser à l'intervention, dans certains cas limités où l'indication semble peu nette ?

Les deux premières observations relatent deux pylorotomies. Elle ont donné une survie de douze et de quatorze mois, permis au malade d'engraisser de vingt kilos mais n'ont pas permis la guérison, car la tumeur, dans

les deux cas, s'est généralisée. Il est bon de remarquer que la pylorectomie n'a pas donné une survie plus longue que celle qu'a obtenue M. Lagoutte dans ses plus belles gastro-entérostomies, et ce résultat répond à la donnée, tendant de plus en plus à devenir classique aujourd'hui que la pylorectomie semble poursuivre, en vain, le mirage de la cure radicale du cancer gastrique.

Au point de vue technique, M. Lagoutte emploie la gastro-entérostomie trans-mésocolique simple, et les résultats obtenus justifient pleinement cette préférence. De même, il n'emploie comme moyen d'union, que la suture et délaisse le bouton. Ne serait-ce pas à cette manière de faire que serait dû le bon fonctionnement de ces anastomoses ? Je ne serais pas loin de le penser, surtout depuis que j'ai dû pratiquer une nouvelle intervention sur un malade qui, quelques mois auparavant, avait subi, pour une sténose cicatricielle du pylore, une gastro-entérostomie, par le bouton de Murphy-Villard et avait vu récidiver, par obstruction de l'orifice, ses signes de rétention gastrique.

Je vous propose donc de féliciter M. Lagoutte, de ses excellents résultats de publier son travail dans les Mémoires de la Société, et de l'inscrire comme candidat au titre de membre correspondant de la Société de chirurgie.

* * *

CALCUL SALIVAIRE REMARQUABLE PAR SON VOLUME ET SON SIÈGE INTRA-GLANDULAIRE.

M. Durand. — M. Lagoutte, chirurgien du Creusot, me charge de vous communiquer l'observation suivante :

Un malade de 75 ans, souffrait depuis trente ans environ, de phénomènes salivaires. Un mois avant son entrée à l'hôpital, il avait vu survenir dans la région sous-maxillaire une tuméfaction notable et des phénomènes d'infection ; le canal de Wharton, donnait issue à du pus. En explorant le canal au stylet, on tomba sur un calcul situé très profondément, non dans le canal mais

dans la glande sous-maxillaire elle-même, et ne faisant aucune saillie dans la région du plancher de la bouche. M. Lagoutte se décida à intervenir par la voie sous-maxillaire et put extraire le gros calcul que voici. Il ne mesure pas moins de trois centimètres de long sur deux de large.

La guérison a été rapide.

Cette observation de calcul intra-glandulaire m'engage à vous relater un cas semblable que j'ai pu observer.

Un homme de 35 ans souffrait depuis longtemps de sa glande sous-maxillaire droite. De temps en temps, après les repas un peu longs, surtout, il éprouvait une douleur vive et continue, coïncidant avec une tuméfaction douloureuse de la loge sus-hyoïdienne. Tuméfaction et douleur disparaissaient peu à peu en quelques heures. L'examen ne révélait aucune saillie du côté du plancher buccal et le stylet, introduit dans le canal de Wharton, ne rencontrait aucune concrétion. La tuméfaction sus-hyoïdienne montre des caractères inflammatoires peu intenses mais très nets. J'intervins par la voie sus-hyoïdienne et ce fut dans la sous-maxillaire elle-même, en plein dans la substance glandulaire, que je trouvai les calculs. Ceux-ci, au nombre de cinq, ne furent vus qu'après l'incision de la glande. Ils étaient contenus dans une poche dont M. Paviot voulut bien examiner la paroi. Il vit que cette cavité était tapissée par un épithélium qui avait tous les caractères des conduits excréteurs et que, par conséquent, les calculs s'étaient développés non dans les acini de la glande, mais dans les origines du canal de Wharton.

M. Villard. — Les calculs intra-glandulaires de la glande sous-maxillaire ne sont pas très rares.

J'ai eu, au mois de septembre dernier, l'occasion d'en extraire un chez une femme âgée d'environ 55 ans. Cette malade qui, antérieurement, avait expulsé par la bouche un calcul salivaire volumineux, avait été soignée et observée, à ce moment, par notre collègue, le Dr Rollet. Elle s'est présentée à nous avec une tumeur assez volumineuse de la région sous-maxillaire gauche, pouvant en imposer à première vue pour une tumeur maligne des ganglions de la région; mais une fistulette purulente des

glandes de la bouche, et les antécédents éclaircissent le diagnostic.

La voie opératoire suivie fut la voie sous-maxillaire qui permit d'enlever un volumineux calcul salivaire enchâssé dans la glande augmentée de volume et tuméfiée. Les suites furent simples. Dans des circonstances identiques, il semble qu'il faille mieux utiliser la voie cervicale, de préférence à la voie buccale.

M. Rollet. — La malade présentait des calculs développés dans les deux régions : intra-buccale et sous-maxillaire. Le premier calcul expulsé spontanément siégeait dans le canal de Wharton et était enchâssé dans une logette, il ulcéra la muqueuse et fut expulsé spontanément. Le deuxième, enclavé dans la glande sous-maxillaire, ne fut pas constaté immédiatement, c'est celui-ci qui fut plus tard l'objet de l'intervention pratiquée par M. Villard.

M. Vallas croit que le calcul primitivement enchâssé dans la glande a pu se fragmenter et émigrer dans le canal de Wharton, l'ulcérer et sortir.

M. Vallas a observé la migration d'un calcul salivaire a cheval sur les deux régions sublinguale et sus-hyoïdienne. Il fut extrait par la voie sus-hyoïdienne. Une première tentative par la bouche ne donna aucun résultat, une dissection méthodique par voie sus-hyoïdienne permit de l'extraire. Il semble que ces calculs, siégeant primitivement dans la glande sous-maxillaire, soient donc bien justiciables de l'intervention pratiquée par la voie sus-hyoïdienne.

* * *

TROIS CAS DE FRACTURE DE L'EXTRÉMITÉ INFÉRIEURE DU FÉMUR

M. Batut. — J'ai l'honneur de présenter à la Société un malade atteint récemment de fracture inter-condylienne de l'extrémité inférieure du fémur. Vous pouvez constater, au 64^e jour de l'accident, les bons résultats obtenus et ce qui reste à acquérir pour que le fonction-

nement du genou soit complet; nous donnons plus loin l'observation complète de ce malade. Il représente un type fréquent de fracture simple en T par pénétration du fragment supérieur entre les condyles violemment écartés. Voici, du reste, la radiographie du genou faite il y a un mois environ (Obs. I).

Une autre variété est la fracture exposée; celle-ci est autrement grave comme pronostic, et les deux cas que nous avons eu à traiter se sont terminés par la mort; nous vous présentons les pièces se rapportant à ces deux blessés, en même temps que nous vous en résumons l'observation; l'une d'elles est un type de fracture oblique sus-condylienne, sans complication articulaire; la mort est due au choc nerveux et non à l'hémorragie; l'autopsie a permis de constater une lésion de l'artère poplitée, par bascule du fragment inférieur; la seconde est remarquable par la multiplicité des lésions, l'érysipèle intercurrent et l'hémorragie foudroyante qui s'est produite.

A leur sujet s'est posée pour nous la question de l'intervention limitée ou radicale; pour le premier (Obs. II), nous avons enlevé de grosses esquilles pour régulariser, nettoyer et désinfecter la plaie violemment contuse; aujourd'hui, nous nous abstenons de ces manœuvres; le choc, d'autre part, était trop intense pour permettre une amputation de cuisse. Pour le second (Obs. III), notre intervention s'est bornée à une résection d'une extrémité très pointue du fragment supérieur, après perforation des parties molles; un érysipèle intercurrent a tué le malade, mais nous ne pouvons rien conjecturer au sujet des suites qu'eût présentées le traumatisme si le malade eût survécu, et nous nous demandons si l'on n'eût pas été conduit encore ici à une amputation secondaire, en présence des lésions révélées par l'autopsie; le résultat le plus favorable eût été une ankylose complète avec atrophie musculaire consécutive, si le malade n'eût pas succombé.

La question des fractures de l'extrémité inférieure du fémur, bien connue par les travaux de Trélat (1854), a été, depuis, soulevée dans les thèses de Paris de Bompert, Jourdan et Nepveu, toutes trois de 1873; depuis a paru

le travail inaugural d'Angelvin sur la fracture de Boyer, 1893; à Bordeaux, nous trouvons la thèse de Miquel en 1894; à Toulouse, celle de Ricaut en 1895; à Lyon, celle de Charbonneau (janvier 1902). La fréquence de ces fractures est variable suivant les observateurs: ainsi Hamilton en signale 36 cas sur 236 fractures du fémur; Hyde, 38 sur 322 et Malgaigne, 5 seulement sur 308. Ces derniers chiffres ne répondent pas à la réalité, puisqu'en cinq ans, à l'hôpital Desgenettes, nous relevons trois fractures de l'extrémité inférieure sur six fractures du fémur traitées dans cet établissement.

L'intérêt de leur étude vient surtout du pronostic *quoad vitam* et du pronostic fonctionnel. A l'époque où Trélat faisait son travail, ce pronostic était très sombre et l'auteur relevait, sur 18 fractures sus et inter-condyliennes: 7 morts, 1 amputation, 6 raccourcissements avec ankylose, 4 guérisons plus ou moins parfaites.

Avec l'antisepsie, les résultats se sont améliorés, et Charbonneau, en 1902, trouve sur 13 cas nouveaux: 2 morts, 1 amputation, 3 raccourcissements avec ankylose, 6 raccourcissements avec mouvements très incomplets, 1 guérison complète.

Nous insisterons sur la gravité des fractures compliquées, la nécessité de la désinfection, la modération dans l'intervention et, le plus souvent, la supériorité de l'expectation sur la résection; enfin, la difficulté du diagnostic dans certains cas de fracture inter-condylienne avec engrènement est grande, et les bons effets de la ponction précoce du genou, pour enrayer l'arthrite consécutive et l'ankylose, sont manifestes. Les appareils à extension continue sont loin d'être toujours nécessaires.

OBSERVATION I.

Fracture inter-condylienne, guérison avec raccourcissement léger.

R. P..., jeune soldat, 23^e d'infanterie, entre à l'hôpital Desgenettes, dans notre service, le 20 novembre 1901, pour une contusion du genou gauche.

Cinq jours avant son incorporation, le 15 novembre,

s'étant trouvé entre deux voitures, et monté sur sa bicyclette presque arrêtée, il a glissé de côté sans grande violence et est tombée sur le sol sans pouvoir préciser quelle partie de la jambe a supporté le choc direct ; il n'y avait du reste ni trou, ni cailloux, sur le terrain de sa chute. Il n'a pu se relever et a été transporté chez un pharmacien qui appliqua des compresses et une bande sur le genou. Ce dernier était déjà très gonflé au bout de quelques instants ; visité immédiatement par un médecin de la Guillotière, R... est soigné durant les cinq premiers jours à son domicile. puis, pour régulariser sa situation militaire, transporté à l'hôpital le 20 novembre, à 6 heures du soir, avec le diagnostic de fracture de cuisse.

A l'examen, on constate une tuméfaction considérable de l'articulation et de la moitié inférieure de la cuisse ; du côté externe et postérieur une vaste ecchymose s'étend jusqu'au grand trochanter sans hématome perceptible ; du côté interne, légère ecchymose au-dessus du condyle interne ; pas de plaie, la jambe est bien dans l'axe de la cuisse. L'article paraît un peu chaud à la main : il y a une fluctuation avec tension manifeste ; pas de choc rotulien ; la rotule, difficile à percevoir et déjetée un peu en dehors, paraît intacte. A la tête du péroné, on trouve, à droite, 37 centimètres de circonférence et 45 à gauche ; l'œdème de la cuisse est dur, non fluctuant ; la jambe est de volume normal, l'article tibio-tarsien intact, la sensibilité du pied parfaite ; on sent bien les battements de la pédieuse.

Le malade ne peut soulever le talon du lit, mais si on soulève soi-même le membre entier et qu'on le mette un peu en flexion, on voit le malade faire quelques petits mouvements très limités, non douloureux ; en immobilisant la cuisse d'une main et en faisant successivement exécuter, avec l'autre, des mouvements d'adduction et d'abduction à la jambe, on note des mouvements de latéralité très marqués en dedans ; il existe à la face externe du condyle externe un point douloureux à la pression ; il paraît correspondre au point d'insertion du ligament latéral externe.

Une flexion légère de l'article ne permet de déterminer

l'interligne articulaire que très approximativement; ce mouvement de flexion paraît, cependant, se faire au niveau articulaire normal; la main, mise à plat sous le fémur, ne perçoit aucune sensation de crépitation dans les divers mouvements d'abaissement et d'élévation, d'adduction ou d'abduction; on ne perçoit aucune saillie postérieure dans la partie supérieure de la région poplitée. L'exploration très attentive de chacun des condyles ne révèle en arrière, en haut ou en avant, aucun point douloureux, aucune mobilité anormale d'avant en arrière; les condyles paraissent bien à leur place, non remontés, autant que le permet l'exploration d'une région aussi œdématiée.

Le malade supporte sans se plaindre ces diverses explorations; il est très pâle et très anémié. La radiographie ne donne aucun résultat par suite d'un accident survenu dans les fils pendant la pose.

Devant ces divers symptômes négatifs, nous éloignons, jusqu'à plus ample informé, le diagnostic de fracture du fémur pour nous rattacher à celui d'entorse grave du genou avec hémarthrose; application d'une gouttière métallique.

21 novembre. — L'épanchement est très net, le choc rotulien se perçoit plus facilement, une ponction aseptique permet de retirer 200 grammes de sang pur, liquide surmonté de gouttelettes huileuses.

24 novembre. — Nouvelle ponction qui ramène 70 gr. de liquide sanguin encore huileux, mais moins que le premier. On a fait, hier, un premier massage prudent et léger; les méplats sont moins effacés, les mouvements latéraux toujours très prononcés, les condyles moins masqués; absence complète de douleur à l'exploration; le fémur est difficile à délimiter.

Les jours suivants, séance quotidienne de massage et immobilisation dans la gouttière métallique; la pâleur du visage est extrême, mais l'œdème diminue insensiblement et, le 15 décembre, pour prévenir l'ankylose et les craquements, l'atrophie musculaire masquée par l'œdème, nous faisons lever le malade, il marche avec des béquilles le même jour.

Le sujet ne souffre plus du tout, son insomnie n'a duré

que les trois premières nuits de son hospitalisation; les méplats sont toujours effacés, le creux poplité empâté, les condyles durs, résistants, très fortement épaissis; nous ne pouvons accepter que l'explication par une forte périostite ou une fracture par engrènement. La circonférence au niveau de la partie moyenne de la rotule est de 38 cent.5 à gauche et 34 à droite; à la racine de la cuisse gauche elle est de 44 et de 53 à droite, tandis que les mêmes résultats sont obtenus à 9 centimètres au-dessus de la rotule, des deux côtés (38 centimètres); ici, l'œdème à gauche brusque l'atrophie et fait la compensation; plus haut, on vient de le voir, l'œdème n'existe pas et l'atrophie apparaît.

Le membre inférieur, en totalité, mesuré de l'épine iliaque antérieure et supérieure à la pointe de la malléole interne, montre à gauche un raccourcissement de deux centimètres.

L'extension complète est impossible, la flexion très limitée et l'on perçoit, à la main, des craquements très nets dans l'articulation du genou; les mouvements de latéralité sont toujours accentués en dedans.

La radiographie nous fait voir l'existence d'une fracture inter-condylienne avec engrènement, ce qui explique l'immobilisation des condyles et la flexion conservée au niveau de l'article et non au-dessus.

Massage, électrisation, douches, mouvements actifs de flexion et d'élévation répétés matin et soir; amélioration très sensible de jour en jour, marche sans béquilles dès le 25 décembre. Aujourd'hui, la flexion atteint l'angle droit; le malade monte et descend les escaliers sans canne; ces résultats sont encore susceptibles d'amélioration et nous augurons bien de l'avenir.

OBSERVATION II

Fracture sus-condylienne compliquée. —

Résection d'esquilles. — Mort.

X..., 10^e régiment de cuirassiers, entre, le 15 mars 1898, à l'hôpital militaire Desgenettes. Trois heures avant il a été atteint à la cuisse droite, dans le manège, par un tonneau d'arrosage traîné par un cheval emballé, d'où il

est résulté une vaste plaie interne avec décollements étendus, hémorrhagie abondante, ecchymose considérable, hématome dans la région sus-condylienne.

Après désinfection rigoureuse de la plaie, on incise en haut et en bas et l'on est conduit sur un fémur fracturé comminutivement que le stylet atteint sans difficulté au fond de la plaie; il présente un gros fragment intermédiaire irrégulier que l'on enlève avec de grandes difficultés par des manœuvres très pénibles de la rugine suivies de forte hémorrhagie. On régularise un peu la plaie en enlevant d'autres petites esquilles peu adhérentes. On cherche les battements à la pédieuse et à la tibiale postérieure, on les sent faiblement, il est vrai, mais on les perçoit néanmoins.

Le malade, qui n'a pas repris connaissance, meurt de shock et d'épuisement le lendemain.

Autopsie. — On trouve des lésions très nettes de fracture transversale sus-condylienne inclinée d'avant en arrière, comminutive, avec fragment intermédiaire volumineux; de plus, le fragment inférieur bi-condylien, taillé en biseau, a basculé complètement en arrière et, appuyant sur l'artère poplitée, a déterminé une déchirure de la tunique interne de cette artère; la fracture est extra-articulaire.

OBSERVATION III

Fracture intercondylienne. — Perforation des parties molles. — Résection partielle. — Erysipèle de la face. — Mort.

C..., réserviste au 52^e d'infanterie, entre, le 5 octobre 1897, à l'hôpital Desgenettes, à 9 heures du matin. La nuit précédente, étant aux manœuvres aux environs de Vienne, il est tombé dans un grenier du haut d'une échelle; on a constaté aussitôt une fracture de cuisse avec issue à travers les parties molles d'une pointe osseuse très aiguë et allongée, appartenant au fragment supérieur du fémur; un enveloppement antiseptique sommaire a été fait; le malade, mis dans le train, est évacué aussitôt sur Lyon.

A l'arrivée, nous constatons, sous le pansement, l'issue de ce fragment taillé en biseau et étranglé par les parties

molles perforées ; il est impossible de le rentrer ; désinfection soignée de l'os, de la plaie et du genou fortement tuméfié. Résection de la partie exubérante ; réintégration du fémur dans les parties molles débridées ; on se rend compte alors qu'il existe des mouvements de mobilité latérale, un peu au-dessus des condyles ; l'article est légèrement fléchi, sans insistance, en raison du gonflement. L'installation radiographique n'existant pas encore, on ne peut photographier la lésion ; nouveau lavage de la plaie, pansement à la gaze iodoformée, gouttière métallique.

Le malade est couvert de poussière et présente des croûtes dans les narines ; de peur d'érysipèle, lavage du nez, *intus et extra*, au van Swieten ; morphine. Malgré ces précautions, au troisième jour, le malade présente un érysipèle de la face et, malgré l'enveloppement du membre, inocule sa plaie au cinquième jour ; fièvre, délire ; mauvais état général ; vaseline sublimée. Au septième jour, brusquement, hémorrhagie formidable traversant le pansement. M. le médecin-major Rioblanç, qui fait la contrevisite du soir, pratique d'urgence la ligature de la fémorale dans le pli de l'aîne ; le malade meurt néanmoins, d'anémie aiguë, le lendemain. L'autopsie ne donne pas d'explication satisfaisante de cette hémorrhagie mortelle attribuée, sans preuve, à l'articulaire postérieure, mais due plutôt à une friabilité artérielle générale ou à la septicémie.

Autopsie. — Fracture comminutive, à nombreux fragments, dont la direction générale représente un gros fragment supérieur ayant perforé les condyles en les écartant, et qui s'est fracturé lui-même à sa base et un peu au-dessus ; ce fragment supérieur se présente sous la forme d'un coin osseux mince et allongé verticalement entre les deux condyles.

M. Vallas. — Etant donné le pronostic, assez sombre, des fractures de l'extrémité inférieure du fémur, au point de vue fonctionnel, il y a lieu, pour ces fractures condyliennes, de distinguer : 1° les fractures compliquées de plaie, par arme à feu, par exemple, dans lesquelles on peut pratiquer l'amputation ou tenter la conservation. M. Vallas a fait une conservation, dans un cas, avec

succès ; mais une surveillance rigoureuse s'impose, les complications pouvant être graves et entraîner la mort. L'amputation est, en général, indiquée. Pour les fractures fermées il faut surtout se préoccuper du rétablissement de la fonction. Celle-ci est difficile à récupérer étant donnée la bascule du fragment inférieur ; aussi doit-on s'efforcer d'amener au contact les deux fragments, ce qui est souvent plus ou moins réalisable.

M. Tixier a observé un cas de fracture condylienne avec pénétration de la diaphyse entre les deux condyles ; en combinant la flexion de la jambe à la traction exercée sur l'extrémité inférieure de la cuisse, le résultat fonctionnel obtenu fut bon.

TUMEUR DE L'ORBITE

M. Gayet présente un malade atteint de tumeur de l'orbite droite ; ce malade a déjà été vu à une séance précédente de la Société et son observation publiée dans le *Bulletin*.

M. Gayet rappelle que, lors de la première présentation, M. Vincent avait rapporté un cas analogue, mais, depuis, on ignore ce qu'est devenu le malade.

Voici l'histoire clinique du malade présent :

Antécédents héréditaires et personnels, néant ; le malade a été toujours robuste et bien portant ; ni tare tuberculeuse ou syphilitique. A noter seulement qu'il est porteur d'une tumeur du volume d'un gros œuf occupant exactement la ligne blanche sus-ombilicale à quelques travers des doigts au-dessus de l'ombilic.

Cette tumeur, qui fut pour lui une cause d'exemption du service militaire, est molle, fluctuante, mais non réductible ; elle n'est pas douloureuse à la pression et la peau qui la recouvre est absolument saine ; elle ne subit aucune modification de volume sous l'influence des efforts.

Nous trouvons, en somme, là, réunis, tous les caractères du *lipome*, mais d'une variété de lipome à part, à cause de la structure même anatomique de la région ; il s'agit

très probablement d'une *hernie graisseuse* de la ligne blanche compliquée très souvent d'épiplocèle ou d'entéro-épiplocèle.

Marié à 25 ans, il eut six enfants, trois garçons et trois filles; deux sont morts : un garçon, à l'âge de 37 ans, d'un *épithélioma* de la joue qui, opéré, fut suivi de récédive; une fille à l'âge de 22 ans, de maladie de nature indéterminée.

Arrivé aussi jusqu'à l'âge de 64 ans sans encombre, notre homme eut à souffrir, pour la première fois, des douleurs d'oreille, il y a deux ans; il s'agissait de l'oreille droite; les douleurs, assez fortes, furent suivies d'un léger écoulement purulent, tout cela d'une durée de huit jours; puis apparition brusque d'une *paralysie faciale droite* qui persiste toujours, suivie de près des troubles oculaires de l'œil du côté correspondant.

C'est en ce moment, et avec tout ce cortège symptomatique, que le malade entre au service, le 1^{er} mai 1900.

On diagnostiqua une kératite neuro-paralytique de l'œil droit, une paralysie faciale du même côté, avec troubles de la sensibilité dans la sphère du *trijumeau*.

Après un séjour de quelques semaines l'homme quittait la clinique le 10 juin de la même année, avec une cornée à peu près guérie; la paralysie faciale et les troubles de la sensibilité du trijumeau persistaient.

A cet époque, la région actuellement malade n'offrait aucune saillie anormale, aucune déformation, lorsqu'il y a sept semaines environ, le malade constata, pour la première fois, une petite tumeur dure, dit-il, et immobile qui occupait la région malade droite.

Si on se rapporte aux renseignements fournis par le malade, quant à la date des débuts, on conviendra que le développement de la tumeur a été des plus rapides.

En effet, on trouve actuellement une masse du volume du poing saillante en avant et ayant envahi toute la région de la joue droite, elle recouvre la région malade et la face antérieure du maxillaire supérieur; elle empiète sur la région temporale qu'elle recouvre en partie; l'orbite est envahi et l'œil se trouve complè-

tement refoulé en haut et en dehors contre l'angle supéro-interne de cette cavité.

Ainsi, la tumeur se trouve limitée.

En haut : par le bord et la voûte orbitaire ;

En bas : par le cul-de-sac gingivo-buccal qui se trouve complètement effacé ;

En dehors : la masse répond à la région massétérine, qu'elle respecte encore, et à la saillie du nez ;

En dedans : si nous ouvrons la bouche de notre malade, nous voyons que la voûte palatine n'est pas déformée.

Comme consistance, la tumeur, dure à sa base, est molle et fluctuante à sa surface.

La peau qui la recouvre est rouge et violacée, mais reste mobile et peu adhérente.

La sensibilité, dans toute la sphère du trijumeau, est considérablement diminuée.

Le goût est altéré dans la moitié droite de la langue et dans sa partie antérieure (*sphère de la corde et du lingual*) ; on trouve une héli-anesthésie et une héli-agnésie, de plus.

Pas de troubles de l'odorat. Diminution très sensible de l'ouïe du côté droit

En définitive on pourrait diviser l'histoire pathologique de ce malade en deux périodes :

1^o *Première période* : celle d'il y a deux ans, c'est-à-dire celle de la paralysie faciale et de la kératite neuro-paralytique.

2^o *Deuxième période* qui est la période présente c'est-à-dire celle de la tumeur. Eh ! bien, peut-on considérer ces deux périodes comme absolument indépendantes l'une de l'autre, ou bien chercher à y voir une corrélation entre elles et les considérer comme l'évolution en deux étapes d'une et même cause morbide ?

En d'autres termes, le début de notre tumeur remonte-t-il réellement à deux mois seulement, ou bien avait-elle débuté à l'époque des troubles oculaires, c'est-à-dire de la kératite neuro-paralytique, traversant ainsi une longue période d'évolution cachée et latente ?

TRAITEMENT ALIMENTAIRE DE LA FISTULE BILIAIRE

M Jaboulay présente une malade atteinte de fistule biliaire à la suite d'une cholécystostomie faite pour des calculs de la vésicule infectés.

Depuis six mois déjà, une fistulette, grosse comme une tête de petite épingle, laissait écouler une grande quantité de bile qui inondait la malade. En interrogeant celle-ci, j'appris qu'elle s'écoulait la nuit, à partir de onze heures du soir, mais qu'elle ne s'échappait pas pendant le jour; à ce moment il ne coulait que du mucus; il me parut évident que si la bile suivait la voie du cholédoque pendant le jour et ne s'accumulait pas dans la vésicule biliaire, c'était parce que la malade était en période digestive constante, faisant des repas à 6 1/2, 10 heures et 4 heures du soir.

Mais la bile reprenait la voie de la vésicule pour s'y accumuler en vue des futures digestions, c'est-à-dire à partir du moment où l'intestin avait fini son travail nécessaire pour l'absorption du repas de 4 heures du soir, c'est-à-dire à partir du 11 du soir.

Fort de ces détails, et pour éviter une opération à la malade, je lui fis faire un repas à 10 1/2 du soir.

Or, à partir de ce moment, l'écoulement de la bile ne s'est plus produit à l'heure habituelle, et c'est à peine si, sur le matin, vers cinq heures, il en passait à l'extérieur une petite quantité capable de teindre la première couche de coton.

Ce dernier écoulement de 4 ou 5 heures du matin pourrait, d'ailleurs, être supprimé probablement par un nouveau repas fait une demi-heure avant le moment de filtration de la bile à l'extérieur.

Bref, les malades atteints de fistule de la vésicule biliaire devraient faire des repas légers toutes les quatre ou cinq heures.

Ce serait le traitement médical diététique alimentaire de ces fistules qui, autrement, sont justiciables d'une intervention relativement importante, puisqu'elles exigent une nouvelle laparotomie, que l'on fasse la suture de la

fistule, l'excision de la vésicule, ou son anastomose avec l'estomac ou l'intestin.

Ce cas montre un autre fait physiologique intéressant : que la bile ne passe dans la vésicule que pour y être mise en réserve, mais qu'il n'y en a pas pendant les périodes d'activité de l'estomac et de l'intestin, c'est-à-dire pendant le jour.

M. Gayet. — La position de la malade peut-elle avoir de l'importance sur la nature et l'abondance de l'écoulement ?

M. Jaboulay. — La position n'a pas d'influence ; ce qui le démontre c'est que la malade a oublié de manger ce matin, à 7 h., et que la bile s'écoule par la fistule.

M. Vallas. à propos d'une cholécystotomie qu'il a pratiquée il y a deux mois, sur une femme, a vu que la fistule ne rendait de la bile que la nuit.

M. Tixier. — J'observe actuellement une malade qui se trouve dans les mêmes conditions que celle dont vient de nous parler M. Jaboulay. Cette femme, atteinte de fistule biliaire à la suite d'une cholécystostomie pratiquée par moi, au mois de septembre dernier, est entrée, ces jours derniers, dans le service de M. Chappet, pour des troubles cardiaques et gastriques indépendants de son affection hépatique. Elle m'a signalé, et nous avons pu contrôler l'exactitude de ses dires, le fait suivant : sa fistule, qui ne laisse s'écouler à l'extérieur qu'une quantité très minime d'un liquide muqueux analogue à la salive, durant la journée, ne donne lieu à un écoulement de bile qu'à partir de dix heures du soir, soit trois heures environ après son dernier repas. Cet écoulement dure toute la nuit.

Je lui ai alors ordonné un petit repas à 11 heures du soir ou à minuit et, depuis, l'issue de la bile ne commence plus qu'à 5 heures du matin. Voici donc un fait d'observation clinique absolument analogue à celui de M. Jaboulay.

Séance du 30 janvier 1902. — Présidence de M. GAYET

A PROPOS DU PROCÈS VERBAL

M. Jaboulay, à propos du procès-verbal de la séance précédente, donne les renseignements suivants sur l'opération faite au malade présenté par M. Gayet.

La tumeur était étendue à l'orbite, jusqu'à la petite aile du sphénoïde, elle adhérait au malaire et à la joue droite. A la suite de l'intervention, le malade eut du choc ; on pratiqua une injection de sérum à la cuisse, qui produisit un peu d'œdème ; c'est pour ce motif que le malade n'a pu être présenté, dans cette séance, mais il est en voie de guérison.

L'examen histologique de la tumeur a été fait par M. Paviot : il s'agit d'un épithélioma à globes cornés ; la nature de ce néoplasme, d'origine ectodermique, est donc à rapprocher d'un épithélioma du dos du nez existant depuis quinze ans chez ce malade. Par conséquent la tumeur de l'orbite n'est qu'un épithélioma étendu.

M. Gayet. — Comment peut-on établir un rapport entre l'existence de la paralysie faciale et du trijumeau et le siège de cette tumeur ?

M. Jaboulay. — Il n'est pas possible d'établir de relation directe entre ces paralysies et le siège de la tumeur, car il n'existait pas de prolongement vers le sommet de l'orbite ; on peut attribuer cette double paralysie probablement à un noyau de généralisation existant dans la cavité crânienne.

DEUX OBSERVATIONS DE COLLECTIONS PELVIENNES D'ORIGINE APPENDICULAIRE OUVERTES PAR LA VOIE PÉRINÉALE.

M. Durand, au nom de M. Lagoutte, chirurgien de l'Hôtel-Dieu du Creusot, lit une note sur deux observations de collections pelviennes d'origine appendiculaire ouvertes et drainées par la voie périnéale.

La forme pelvienne des suppurations d'origine appendiculaire est fréquente chez la femme.

Deux fois je me suis trouvé en face de pareilles collections, dans des circonstances particulières, qui m'ont décidé à choisir, pour en pratiquer l'ouverture, la voie périnéale.

OBSERVATION I

Le 28 mars 1899, je suis appelé par le Dr Virchy, de Gevrey, auprès d'une jeune femme de 28 ans, à Chambolle-Musigny (Côte-d'Or).

Cette femme, enceinte de quatre mois, a été prise, quatre ou cinq jours avant, de douleurs violentes dans le ventre, avec météorisme, vomissements, suppression des gaz et matières la température n'atteignant pas 38°.

Ballonnement du ventre douloureux dans toute son étendue, mais avec maximum dans la fosse iliaque droite.

La paroi, à ce niveau, est en état de défense.

Temp. : 37°8, pouls au-dessus de 120. Faciès grippé. Langue sèche.

Diagnostic. — Appendicite. Intervention immédiate. Incision iliaque. Ouverture d'une collection purulente fétide. Drainage large sans recherche de l'appendice.

Le lendemain, les vomissements ont disparu, quelques gaz sont rendus. La malade est soulagée.

Mais l'amélioration n'est que temporaire, les douleurs reparaissent. Temp. : 39°. Pouls : 120.

C'est dans cet état que je retrouve ma malade trois jours après une première intervention.

Rien d'anormal du côté de la plaie. Mais, par le vagin et le rectum, je crois sentir une collection haut située.

1^{er} avril. — La malade avorte. Je la revois le lendemain, 2 avril. Douleurs violentes. Temp. : 39°. Pouls : 120. Collection bombant nettement dans le cul-de-sac postérieur. Le doigt, mis dans la plaie abdominale n'arrive pas à la sentir. Elle est donc complètement isolée et située loin de celle ouverte par l'incision iliaque.

Il était naturel d'ouvrir cette nouvelle poche purulente par l'endroit où elle faisait saillie.

Mais la malade avait fait sa fausse couche la veille, et je craignais l'infection utérine si j'ouvrais le cul-de-sac postérieur.

On pouvait, il est vrai, donner issue au pus par le rectum. La voie périnéale me sembla préférable.

Incision transversale du périnée. Dédoublement de la cloison recto-vaginale jusqu'à la tumeur. Ouverture large. Issue d'une grande quantité de pus fétide. Gros drain.

Guérison rapide.

OBSERVATION II

Marie D..., 14 ans, habitant le Creusot.

Fièvre typhoïde un an avant. Début brusque de l'affection, le 20 septembre 1899, par des douleurs abdominales, surtout localisées dans la fosse iliaque droite.

Ballonnement du ventre. Suppression des selles, mais pas de vomissements.

La malade est vue, le 25 septembre, par le Dr Rebillard, qui l'envoie à l'Hôtel-Dieu du Creusot.

L'état est le suivant : ventre très ballonné, très douloureux à la pression, surtout à droite. Plastron de la fosse iliaque. Violentes coliques survenant par crises. Toujours pas de selles.

Etat général mauvais. Langue saburrale. Pouls petit précipité, de 120 à 130. Temp. : 38°5.

26 septembre. — Incision iliaque. Cæcum adhérent à la paroi. On le décolle en dehors et on ouvre une collection de pus fétide. Pas de recherche de l'appendice. Drainage.

Les jours suivants, la température ne s'abaisse pas,

oscillant toujours autour de 38°5; le pouls garde les mêmes caractères de rapidité et de petitesse.

Coliques très douloureuses. Envies fréquentes d'aller à la garde-robe. Emission de glaires.

La palpation attentive de la paroi ne permet de sentir aucune nouvelle collection. Le ventre est sonore dans toute son étendue. L'exploration de la plaie abdominale est aussi infructueuse.

Mais, par le rectum, on sent une collection fluctuante faisant saillie.

6 octobre. — Deuxième intervention. Incision transversale du périnée. Dédoublement de la cloison recto-vaginale. Ouverture d'une cavité purulente très fétide. Drainage. Guérison rapide.

* * *

Voici dans deux cas, dans lesquels je me suis trouvé en face de collections pelviennes d'origine appendiculaire. Dans les deux cas, l'abcès profond pelvien ne communiquait pas avec la cavité péri-cœcale ouverte par l'incision abdominale. Ce n'est que plusieurs jours après que j'en pus faire le diagnostic, alors que, par son développement, la collection purulente faisait une saillie notable du côté du vagin et du rectum.

L'ouverture du cul-de-sac postérieur m'était interdite dans les deux cas. Dans l'un à cause de la fausse couche faite la veille. Dans l'autre, à cause de l'âge de la jeune fille et de la présence de l'hymen.

Assurément on pouvait ouvrir par le rectum.

La facilité avec laquelle j'ai pu ouvrir ces collections par le périnée, le maintien et la surveillance faciles des drains me font préférer l'incision périnéale dans les cas exceptionnels où la colpotomie postérieure n'est pas possible.

* * *

DIAGNOSTIC DES LÉSIONS DU TARSE POSTÉRIEUR

M. Destot. — Si, par un trait horizontal passant à 0,03 cent. au-dessus des malléoles et par un trait vertical coupant le pied en avant du tubercule du scaphoïde, on

isole tout le bloc postérieur de l'arrière-pied, on se trouve en présence d'un massif qui présente le plus grand intérêt en raison des lésions traumatiques qui viennent, pour ainsi dire, s'y concentrer.

Les anatomistes divisent ce bloc en région malléolaire, talonnière et région du cou-de-pied; mais cette division, admissible au point de vue opératoire, est illogique et arbitraire si on se place au point de vue clinique et surtout au point de vue mécanique. Cette région contient en effet : le pilon tibio-péronier qui transmet la force et le poids du corps à la voûte du pied; l'astragale, clé de voûte de ce pied, emprisonnée dans la mortaise tibio-péronière et solidarisée avec les points d'appui postérieur, calcanéum, et avec les piliers antérieurs de la voûte par le scaphoïde et le ligament en Y.

On conçoit que, lorsque le pilon tibio-péronier s'abat sur l'astragale, la force représentée par la masse du corps vient se perdre suivant les attitudes de chute, soit simultanément dans la chute d'aplomb sur les trois piliers de la voûte, soit isolément sur la culée postérieure du calcanéum, soit au contraire sur les colonnes osseuses du tarse antérieur.

Toutes ces parties sont si intimement liées, au point de vue physiologique, que l'on ne peut prévoir d'avance ni localiser les désordres sur tel ou tel segment. Malléoles, astragale, calcanéum, scaphoïde, forment un tout compact où le trauma se répercutera et l'observation journalière démontre les fractures souvent associées de ces divers éléments.

Lorsqu'après une chute sur le pied, le malade se présente avec un gonflement énorme de la région, de l'impotence et des douleurs, est-il possible, sous le flot montant de l'épanchement qui a submergé et effacé les gouttières, noyé les saillies osseuses, de trouver le point fracturé et de limiter la lésion à telle ou telle des parties constituantes? C'est là un problème extrêmement complexe et j'ai cherché, dans ce travail, à donner des points de repère et des indications telles qu'on puisse arriver à un degré d'approximation suffisant pour établir une thérapeutique rationnelle. Pour mieux éclairer la question, je me suis servi de radiographies multiples et j'ai essayé d'en

déduire des signes logiques qui puissent permettre, dans certains cas, de se priver de ce merveilleux mode d'exploration.

Il suffit d'énoncer la liste des lésions traumatiques que l'on rencontre dans cette région pour se rendre compte immédiatement de la multiplicité des désordres, depuis l'entorse simple et banale, la fracture bi-malléolaire classique, les fractures du tibia à fragment antérieur ou postérieur, les fractures du plateau tibial (sus-malléolaire), les fractures de l'astragale avec leurs variétés multiples isolées ou associées, les fractures du calcaneum, par écrasement ou par arrachement total ou parcellaire, les fractures du scaphoïde liées, ou non, aux fractures de l'astragale. Enfin les diverses luxations que l'on rencontre soit compliquant les fractures dont elles sont le dernier aboutissant, soit, au contraire, les luxations simples si rares qu'en cinq ans de pratique radiographique je n'ai pu trouver comme luxation typique qu'une luxation double de l'astragale, deux luxations sous-astragaliennes et deux luxations médio-tarsiennes, alors que j'ai radiographié plus de cinq cents fractures de cette région.

Tel est l'effrayant tableau qu'il faut parcourir, et l'on conçoit que l'étude didactique de chacune des lésions signalées et de ses variétés comporterait des développements dans lesquels je ne saurais entrer.

Il faut aussi éliminer de ce travail la partie anatomique et physiologique dont l'étude est supposée connue quoique les conditions de stabilité et de mécanique du pied, malgré les beaux travaux de Meyer, de Kœnig et de Charpy demanderaient encore beaucoup de recherches. Dans la thèse de Casse, j'ai essayé d'éclaircir quelques points mais je n'y suis qu'imparfaitement parvenu.

Considéré au point de vue mécanique, l'arrière-pied présente une constitution extrêmement importante. Le pilon tibio-péronier dont la déclinaison et l'orientation ont été bien décrites par M. Jaboulay, se termine par une mortaise qui serre de plus en plus la poulie astragalienne au fur et à mesure que se produit la flexion du pied suivant la remarque ancienne de Bonnet, si bien que les mouvements de latéralité sont absolument impossibles.

La poulie astragaliennne est orientée par cette mortaise et la forme même de l'astragale fait que toujours le point d'application de la force est normal à la surface articulaire, ce qui, au point de vue de la résistance, est une condition extraordinaire.

L'astragale, clef de voûte du pied, présente un angle de transmission de la force tel que, suivant la direction du pilon tibio-péronier, la force sera transmise, soit intégralement dans la chute sur les pieds d'aplomb aux trois points d'appui de la force, soit, au contraire, aux piliers postérieurs ou aux piliers antérieurs. De là des variations considérables dans les lésions produites. L'astragale est liée d'une façon très stricte au calcanéum par un ligament inter-osseux qui fixe d'une façon très étroite son corps au calcanéum alors que sa tête jouit d'une certaine mobilité dans l'articulation médio-tarsienne. Tandis que les articulations calcanéennes sont établies pour la force, les articulations antérieures sont établies pour la souplesse et l'agilité.

Le calcanéum qui fait suite à l'astragale participe aux deux systèmes de résistance du pied; tandis que son corps et sa grosse tubérosité constituent, à eux seuls, le pilier postérieur de la voûte du pied, la grosse apophyse participe aux piliers antérieurs et constitue le point le plus direct de sustentation du point du corps (fussgelenk), par opposition aux piliers internes astragalo-scaphoïdien, destinés à l'agilité (springgelenk).

En schématisant, on voit de suite que, suivant le degré de flexion ou d'extension du pied sur la jambe, la force se répartira à la partie antérieure, médiane ou postérieure et que les types de lésion ressortiront à ces attitudes. C'est un mouvement de sonnette que nous retrouverons dans les fractures du calcanéum.

Dans le sens transversal, le point d'application de la force se divise dans les deux articulations calcanéennes; tandis qu'à la partie interne, l'astragale s'appuie sur la petite apophyse en corniche qui laisse, par sa brièveté, la liberté du col et de la tête, à la partie externe, au contraire, l'articulation repose sur le bloc important du thalamus. La transmission se fait donc beaucoup plus largement dans ce sens et elle est soutenue à la fois par

le bloc de la grosse apophyse et par le ligament en V, clef de l'articulation médio-tarsienne.

Si l'on veut bien considérer, d'autre part, que la réunion de la grosse apophyse au corps du calcaneum forme un angle ouvert en bas, on verra que la force se transmet au sol par deux étages de voûtes superposées, celle de l'astragale et celle du calcaneum. Si la première résiste et échappe au choc, la seconde cède et détermine des variétés de fractures du calcaneum que nous aurons à examiner.

Les variétés individuelles sont, en outre, extrêmement nombreuses et, de même qu'un piqueur reconnaît par le pied d'un animal son poids, son âge, son sexe, de même le cordonnier reconnaît l'allure et les chaussures de ses clients, de même le médecin devrait reconnaître les variétés considérables correspondant à des formations osseuses dissemblables chez tous les malades dont il examine le pied. On voit, par cet énoncé, la quantité de détails dont il faut tenir compte lorsqu'on examine un pied blessé, mais sur tous ces éléments surnagent et dominant quelques points cardinaux qui peuvent servir de base à une méthode d'exploration clinique rationnelle et rigoureuse. Dans le bloc considéré, quelques points sont faciles à mettre en évidence :

1° La recherche des malléoles, l'étude de leurs rapports généraux, soit avec la pointe du talon, soit à leur élévation au-dessus du sol, fournissent un premier appoint. On peut chercher, tout d'abord, si elles sont intactes ou lésées et si elles ont subi des déplacements dans le sens horizontal ou dans le sens vertical.

2° L'étude de la voûte du pied, soit par la méthode des empreintes, soit par la mensuration de l'arc interne, fournira une seconde série de renseignements.

3° L'étude du cou-de-pied, c'est-à-dire la hauteur du point de rencontre de l'axe vertical de la jambe passant par le bord antérieur du tibia avec le bord supérieur du pied, fournit un second rapport important.

La comparaison de la voûte et de ce point déterminé, considéré dans le pied normal et dans le pied malade, fournit d'autres signes très importants.

C'est par rapport à ces données cliniques que j'ai

cherché à orienter mes recherches et l'on pourrait les résumer en ce questionnaire.

Les malléoles sont-elles intactes ou non? Si elles sont lésées, le sont-elles seules?

La voûte du pied est-elle intacte?

Les rapports du cou-de-pied et de la voûte sont-ils normaux?

Mais, avant d'arriver à ce travail de synthèse permettant d'établir un tableau où, par éliminations successives on arrive à un diagnostic aussi exact que possible, il est bon de faire l'analyse de quelques-unes des lésions envisagées pour montrer à quelle critique sévère il faudra se soumettre.

Envisageons les fractures de l'astragale et leurs différentes modalités

Parmi ces fractures, les unes n'existent qu'à titre de complication et se trouvent alors confondues avec les fractures des malléoles ou du calcanéum, dont elles empruntent le masque. Mais il existe des fractures isolées de l'astragale qui donnent naissance à des signes cliniques extrêmement différents. Ces fractures portent sur trois régions distinctes : soit l'extrémité antérieure, l'extrémité postérieure ou le col. Ces dernières sont surtout très remarquables ; le trait de fracture siège d'ordinaire à l'union du col et du corps. Suivant l'obliquité du trait, suivant son siège exact, on verra se dérouler des signes cliniques différents :

1^o Si le col est fracturé par une ligne oblique passant en avant de l'attache du puissant ligament interosseux, la tête de l'astragale décapitée sera libre et mobile en avant et, grâce à cette mobilité, on verra le fragment antérieur, soit rester en place, soit, au contraire, se luxer sous la peau et venir faire saillie sous les téguments. Comme, dans cette région, la peau est très mince et de peu d'extension, souvent cette tête arrondie vient faire irruption au dehors, à travers une plaie plus ou moins béante et je pourrais citer deux cas, l'un dans lequel M. Maurice Pollosson fit la résection de l'astragale, l'autre opéré à la même époque, par M. Durand, fut traité, au contraire, par la reposition du fragment après désinfection de la plaie et tous deux guérèrent très

bien. Mais, quelquefois, la fracture ne s'accompagne pas de plaie et on fait le diagnostic assez facilement en sentant la tête de l'astragale libre sur le dos du pied. Ces variétés de fractures sont de celles dont le diagnostic se fait le plus facilement, soit en raison de la présence du fragment, soit par le ballottement anormal de tout l'avant-pied.

2^o Si le trait de fracture porte un peu plus en arrière, les deux fragments de l'astragale fracturée se trouvent maintenus en place, grâce à l'adhérence du ligament interosseux. Il n'existe alors pas de déplacements et l'on ne reconnaît la fracture que grâce à l'épaississement notable que l'on sent au-devant des malléoles en saisissant le col de l'astragale latéralement. Dans un cas semblable, expertisé par M. Maurice Pollosson, le diagnostic ne put être fait que grâce à la radiographie, car il n'existe pas de signes propres à cette fracture et, en dehors des troubles fonctionnels, de la gêne, de l'impotence et des douleurs, de l'épanchement au moment de l'accident, on ne trouve rien de cliniquement appréciable.

3^o Si le trait porte, au contraire, en arrière de l'insertion du ligament interosseux, le col est séparé du corps et on obtient alors toute une série de phénomènes cliniques de la plus haute importance. Dans un premier temps, le choc s'étant borné à déterminer la fracture, les fragments peuvent rester au contact après avoir donné naissance quelquefois à une véritable luxation du pied réduite spontanément, mais, le plus souvent, le corps libre glisse sur le plan oblique du thalamus du calcanéum, suivi par les deux os de la jambe et vient ainsi se loger sur la face supérieure du calcanéum, déterminant une luxation totale du pied en avant. Dans ce cas, le diagnostic ne peut osciller qu'entre deux hypothèses : ou il s'agit d'une fracture des malléoles, ou il s'agit d'une fracture de l'astragale, car il n'y a pas de luxation tibio-tarsienne en dehors de ces deux cas. Si les malléoles sont donc intactes, le diagnostic de fracture de l'astragale s'impose. L'intégrité des malléoles, leur rapprochement du talon, l'augmentation de hauteur de leur extrémité au-dessus du sol sont les symptômes cardinaux.

L'effacement des gouttières rétro-malléolaires, la diminution de longueur du talon accompagnent ces signes, mais il peut arriver qu'une fracture du bord antérieur du tibia simule cette lésion; dans les deux cas, il y a luxation du pied en avant, mais, dans la fracture du tibia, les pointes des malléoles ne sont pas aussi élevées au-dessus du sol et, d'autre part, si l'on vient à déprimer les muscles antérieurs, on trouve sous les doigts le corps de l'astragale qui fait une saillie, alors que, dans la fracture de l'astragale, on tombe dans un trou laissé par l'échappement de ce corps.

Dans un troisième temps de cette même fracture, il peut arriver que le fragment énucléé en noyau de cerise, vient se loger derrière le tendon d'Achille. La mortaise tibio-péronière vient alors se mettre à cheval sur le thalamus et les malléoles se rapprochent du sol.

Le corps de l'astragale, fracturé et délivré de toute attache, peut prendre toutes les positions possibles et donner naissance au signe de Rognetta. Mais, le plus souvent, il demeure fixé sur la face supérieure du calcaneum par la contracture de tous les muscles antagonistes.

A côté de ce type de fracture du col de l'astragale dont nous venons d'esquisser les diverses modalités, il faut faire une grande place aux fractures de la tête de l'astragale, qui accompagnent ordinairement une fracture du scaphoïde; le mécanisme de ces fractures est très simple: il s'agit d'une luxation avortée de l'astragale en avant. Dans la chute, le pied étant en extension, l'astragale glisse sur les plans obliques de la face supérieure de calcaneum et, rencontrant la colonne osseuse constituée par le triangle qui part du scaphoïde, passe par les cunéiformes, s'étale dans les trois premiers orteils et cherche à forcer cette résistance; il se passe alors ce fait: c'est que, ne pouvant jaillir sur le dos du pied où les muscles et les ligaments le retiennent, l'astragale s'enfonce dans la voûte du pied brisant, en s'écrasant lui-même, le scaphoïde. On obtient ainsi un pied plat valgus traumatique qui présente ces caractères cliniques singuliers et qu'en même temps que se fait l'abaissement et l'effondrement de la voûte, la colonne osseuse qui fait suite au

scaphoïde, s'entrecroise avec le corps de l'astragale subluxé. Il y a donc épaissement du bord interne du pied. Le point supérieur de la cambrure est plus marqué que du côté sain et, en même temps, la voûte a diminué de flèche. Il existe, enfin, une diminution de longueur dans l'arc interne du pied.

Exagération de la cambrure, diminution de la voûte, épaissement du bord interne, diminution de longueur du pied, tels sont les signes de ce type de fracture. Il faut ajouter que ces fractures sont très difficiles à guérir et, dans les clichés présentés, on voit que l'ancienne articulation médio-tarsienne s'est reconstituée en une néarthrose et des stalactites osseuses, verticalement dressées au-devant même de la surface articulaire de l'astragale, limitent les mouvements douloureux du pied.

Les signes que nous venons d'examiner ne se rencontrent guère que dans la luxation médio-tarsienne dont j'ai pu examiner deux cas, l'un avec M. Pollosson, l'autre avec M. Durand, mais, dans ces derniers cas, la voûte du pied, non seulement ne présente aucune concavité, mais encore elle est remplacée par un bombement tel que, sur les empreintes, les talons et les orteils ne marquent pas et sont remplacés par une masse médiane plus ou moins allongée. De plus le raccourcissement du pied est beaucoup plus considérable et on perçoit sur la façade dorsale la tête de l'astragale.

Dans la luxation sous-astragaliennne il y a bien un épaissement du bord interne, exagération de la cambrure, mais ordinairement la voûte du pied est exagérée et on perçoit, par dépression, la tête de l'astragale sur le dos du pied; d'ailleurs, dans cette dernière luxation, il existe peu ou pas de douleurs, le trauma a été insignifiant et tous les antécédents démontrent qu'il n'y a rien de comparable avec les grands chocs nécessaires pour obtenir les fractures de l'astragale.

Mais, si le diagnostic différentiel est relativement facile dans ces différents cas, il n'en est pas de même dans les grands traumatismes qui amènent une luxation de l'astragale par écrasement du calcanéum. Dans ces cas, le choc ayant lieu verticalement, le scaphoïde échappe au choc et l'astragale descend purement et simplement dans

la voûte du pied. J'ai pu observer plusieurs de ces cas : il s'agissait d'individus tombés d'un deuxième étage en lavant des vitres. Il n'existe pas d'entrecroisement entre la colonne scaphoïdo-cunéo-métatarsienne et l'astragale, si bien que le cou-de-pied, au lieu d'avoir une cambrure exagérée, comme dans les cas précédents, est, au contraire, aplati et affaissé de toute la hauteur d'écrasement. Et ce sont les signes de cette dernière fracture qui dominant le tableau.

La dernière variété de fracture de l'astragale est celle qui porte sur l'apophyse postérieure (fracture de Shepherd). J'ai cru en rencontrer un cas typique, publié dans la thèse de Bergeret, mais j'ai pu suivre le malade pendant quelques années et l'examiner à diverses reprises : c'était un rhumatisant, ce qui met fortement en doute l'authenticité du cas. Les fractures de l'apophyse se rencontrent non isolées et comme complication des fractures du calcanéum dont elles ne changent ni le pronostic, ni le traitement; elles sont donc sans grande importance. On voit, par ce court exposé des fractures de l'astragale, à quelles variétés considérables de signes cliniques donne naissance la fracture de cet os. J'ai eu soin de prendre les cas où la fracture était isolée, mais il ne faut pas oublier que, le plus souvent, ces fractures sont associées avec des fractures des os du voisinage : tibia, calcanéum, dont la fracture possède des signes propres et il faudra tenir compte, dans l'appréciation, d'un traumatisme, des différents signes cliniques qui peuvent ressortir aux différents os lésés.

Parmi les fractures de l'astragale que nous venons de passer en revue, celles qui s'accompagnent de plaies et de luxation de la tête sur le dos du pied sont celles qui ont été décrites déjà depuis longtemps (Thèse de Ballenghien et de Monohan), mais les autres formes échappent d'habitude au diagnostic et il était intéressant de montrer le rôle important du ligament calcanéo-astragalien dans la production des diverses variétés.

M. Battut. — J'ai présenté, il y a deux ans, à la Société de Chirurgie un malade qui, pris sous un éboulement, eut une large plaie transversale sous-malléolaire interne, à travers laquelle on distinguait une surface

blanchâtre nacrée que traversait de haut en bas un tendon; l'énucléation de cette masse osseuse montra qu'il s'agissait d'une fracture verticale rétro-ligamentuse de l'astragale et, les jours suivants, nous fûmes amené à énucléer difficilement le col et la tête; les résultats fonctionnels ont été bons, mais la fracture s'était accompagnée d'un renversement complet de l'astragale avec rotation complète.

Dans un autre cas un sous-officier avait été renversé de cheval, dix-huit mois auparavant: impotence fonctionnelle persistante, sans déformation appréciable. La radiographie montre ici qu'il s'agissait d'une fracture transversale du scaphoïde. Le malade a été retraité.

M. Vallas fait observer que, dans les divers modes de fractures astragaliennes décrites par M. Destot, il y a souvent association d'autres fractures, des déplacements osseux; il cite deux cas personnels, dans lesquels il observa une énucléation du cuboïde produite par contrecoup et une fracture du calcanéum. M. Vallas exprime le désir que M. Destot complète sa communication.

* * *

TROCHANTÉRITE TUBERCULEUSE SUPPURÉE CHEZ UN ADULTE. — ÉVIDEMENT ET CURETAGE. — GUÉRISON AVEC INTÉGRITÉ DES MOUVEMENTS. — REDRESSEMENT COMPENSATEUR DU COL FÉMORAL.

M. Bérard présente un homme âgé aujourd'hui de 40 ans, qu'il opéra, le 23 septembre 1899, pour une trochantérite gauche bacillaire suppurée, datant de 6 ans.

Le début de l'affection avait été marqué par des douleurs progressives, irradiées autour du trochanter, et interprétées comme des douleurs de sciatique. Au bout de 3 ans apparaissait, sur la face externe de la cuisse, un abcès froid volumineux; après plusieurs ponctions, guérison apparente durant deux ans, malgré la persistance des douleurs, et malgré la gêne des mouvements de la hanche. En 1898, l'abcès se reproduit et menace d'ulcérer les téguments: un chirurgien l'incise sans rechercher les lésions profondes. Dès lors s'établissent

une, puis plusieurs fistules ; de nouvelles collections se forment, et fusent les unes vers la crête iliaque, les autres vers le creux poplité. Le malade doit se mettre au lit ; il maigrit de plus en plus, se cachectise ; les douleurs l'empêchent de se lever et de dormir.

Entré à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Philippe, le 20 septembre, il se présente émacié, accusant des douleurs de sciatique gauche intolérables, avec plusieurs fistules ouvertes, depuis l'épine iliaque antéro-supérieure jusqu'au bas de la cuisse. Le trochanter est épaissi, entouré d'abcès ; les mouvements de la hanche sont tous limités, sans qu'on puisse affirmer cependant s'il s'agit, là, simplement de phénomènes de voisinage, ou s'il s'est fait une coxalgie secondaire.

Devant la gravité de l'état local, devant les douleurs incessantes, sur la demande instante du malade, et après avoir constaté au stylet la présence d'un séquestre dans le grand trochanter, nous nous décidons à intervenir largement, sans nous dissimuler que, peut-être, nous serons conduits jusque dans l'articulation coxo-fémorale.

24 septembre 1899. — Une longue incision verticale est menée sur la face externe de la cuisse, de la crête iliaque à dix centimètres au-dessus du genou, en suivant le trajet des abcès : évacuation, curetage et abrasion de toutes les fongosités accessibles.

Le grand trochanter est dénudé au détache-tendon, puis est largement ouvert au davier-gouge. Il se trouve creusé d'une cavité des dimensions d'une noix, avec un séquestre en grelot noyé dans les fongosités. La cavité est curetée avec soin, ainsi qu'un prolongement qu'elle envoie vers le bord supérieur du col fémoral. Puis la coque, formée par les couches superficielles du grand trochanter, est réséquée, pour hâter la cicatrisation de la perte de substance. Pansement à plat. A cause de l'évident partiel du col fémoral, et pour éviter une fracture pathologique, le malade est immobilisé dans une gouttière Bonnet.

Suites opératoires remarquablement simples : la fièvre tombe ; l'énorme plaie de la cuisse se cicatrise assez rapidement et, le 5 janvier 1900, le malade quitte l'hôpital ne conservant plus qu'une légère perte de substance

des parties molles en regard du trochanter. Il ne souffre plus, et commence à marcher avec des béquilles.

Pourtant la guérison complète demande encore un an pour s'effectuer ; ce n'est qu'en janvier 1901 qu'il quitte toute canne et qu'il a récupéré la liberté des mouvements de la hanche gauche. A ce moment, il obtient le titre d'agent des postes et, dans le courant de 1901, il a fait plusieurs fois des tournées de distribution des lettres, de huit ou dix kilomètres consécutivement.

Rentré à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Sacerdos, le 15 janvier dernier, pour se faire opérer d'un petit cancroïde de la lèvre inférieure, il se présente transformé. Son état général est excellent ; il pèse 75 kilogrammes et il se déclare aussi fort et aussi libre de la hanche gauche que de la droite. De fait, il marche avec facilité, sans claudication réelle, en portant simplement le pied gauche un peu plus en dedans que le droit, et en faisant le pas de la jambe gauche un peu plus court. Examiné debout, il accomplit aisément les mouvements de flexion et d'extension, un peu moins bien ceux d'adduction et d'abduction forcée. La vaste plaie opératoire a laissé une cicatrice gaufrée, adhérente à ce qui reste du trochanter. A la mensuration, pas de raccourcissement appréciable du membre inférieur gauche ; un peu d'atrophie de la cuisse et de la fesse.

Désireux de constater le mode de réparation de l'extrémité supérieure du fémur, dans laquelle nous avons dû pratiquer une brèche considérable, nous avons fait radiographier cet opéré. Sur l'épreuve, on retrouve la perte de substance du grand trochanter bordée de quelques ostéophytes, mais comblée en partie dans sa portion supéro-interne par un redressement du *col fémoral* qui semble avoir ouvert son angle d'inclinaison, pour se mettre dans le prolongement de la diaphyse. C'est là un exemple remarquable d'adaptation fonctionnelle.

M. Jaboulay. — Le redressement du col fémoral sur la diaphyse, en pareil cas, est connu ; M. Ollier l'a signalé et démontré expérimentalement ; c'est ainsi, par exemple, qu'on a vu des redressements du col dans l'ankylose osseuse du genou.

Séance du 6 février 1902. — Présidence de M. GAYET

M. Siraud, secrétaire, donne lecture du procès-verbal de la séance précédente; il est adopté.

COXA VALGA DE COMPENSATION APRÈS LA RÉSECTION DU GRAND TROCHANTER

M. Bérard, à propos du procès-verbal de la séance précédente, présente quelques considérations sur *le redressement du col fémoral après la résection du grand trochanter*.

Ainsi que l'a dit M. Jaboulay dans la dernière séance, déjà ce redressement avait été constaté *experimentalement* par M. Ollier, après la résection du grand trochanter au dessous de son cartilage de conjugaison. M. Bérard a même été assez heureux pour retrouver, grâce à l'obligeance de M. le Dr Mondan, les pièces provenant de cette expérience, qu'il présente à la Société (1).

« Sur un jeune chien de 7 semaines, M. Ollier avait réséqué le grand trochanter à deux millimètres au-dessous du cartilage de conjugaison, qui le sépare de la diaphyse. La section était oblique vers le bord supérieur du col. Bientôt l'animal courait et sautait comme s'il n'avait pas subi d'opération; aussi, le 24 octobre, on lui pratiqua une désarticulation de l'épaule et il fut obligé, à partir de ce moment, de s'appuyer constamment sur son

(1) L'expérience date du 6 juillet 1880. Elle est relatée dans le tome III du *Traité des Résections*, page 103.

membre réséqué. Ce chien fut sacrifié le 10 janvier 1881 ; le fémur opéré avait, à deux millimètres près, la même longueur que l'autre, et le membre correspondant avait à peu près la même longueur que celui du côté sain. Mais la forme de l'os opéré était caractéristique ; la diaphyse se terminait en haut par un *col étroit, continuant la direction générale de l'os*. La tête du fémur était plus petite ; le renflement sous-trochantérien n'existait pas. »

Ces résultats, il faut le dire de suite, avaient été obtenus chez un jeune animal, en pleine croissance, dont le squelette était, par conséquent, capable de subir de profonds remaniements.

Le malade de M. Bérard, au contraire, était un adulte, dont l'affection avait débuté à l'âge de 32 ans, bien après la soudure des épiphyses et toute édification corrective des cartilages de conjugaison doit être ici écartée.

Si l'on recherche l'explication de ce redressement en *coxa valga*, qui n'a été signalé dans aucune des thèses lyonnaises récentes sur la question (1), voici les données que fournit l'étude de la structure de l'extrémité supérieure du fémur, et du mode de transmission du poids du corps à cet os.

Suivant les lois de Von Mayer et de Wolff, « la surface limitante d'un os, autrement dit sa forme, n'est que la résultante de son architecture intérieure ». C'est donc en examinant la disposition trabéculaire spongieuse du col fémoral, que l'on trouvera la réponse à la question posée.

Plusieurs schémas de cette structure trabéculaire ont été donnés ; le plus ancien, présenté déjà par Rodet dans sa thèse en 1844, puis par Charpy dans ses études anatomiques en 1892, est facile à construire sur une tranche longitudinale de l'os ou, mieux, d'après une épreuve radiographique de cette tranche. Ce schéma ramène l'ensemble des trabécules à deux systèmes : 1^o L'un, principal, qui part de la substance compacte de la diaphyse et de l'éperon de Rodet pour se porter, suivant l'axe du col, vers le bord supérieur de la cavité cotyloïde. Le système trabéculaire principal de chaque fémur, prolongé à

(1) Thèse de Mordant, Thèse d'André (Lyon 1900) sur les trochantérites.

travers le corps, rencontrerait son homologue sur la ligne médiane suivant une voûte ogivale ;

2° Le système secondaire part également de la substance compacte, à l'extrémité supérieure de la diaphyse, et forme un ensemble de voûtes ogivales, toutes inscrites dans cette extrémité supérieure de la diaphyse prolongée par le grand trochanter.

En somme : les deux fémurs supportent le poids du tronc à la façon d'une voûte ogivale principale, flanquée de chaque côté, à sa base, par deux voûtes ogivales secondaires, dont la clef occupe le centre du grand trochanter.

Or la résection du grand trochanter d'un côté supprime l'ogive de soutien correspondante. Pour que l'ogive principale offre une résistance suffisante au poids du tronc qui est resté le même, il faut que sa courbe de ce côté se redresse, et se rapproche de la verticale : *d'où redressement du col fémoral.*

Un autre schéma de la disposition trabéculaire spongieuse du col fémoral a été construit par Tulmann en 1867 (1).

Pour Tulmann, le dessin statigraphique de l'extrémité supérieure du fémur, non compris le grand trochanter, a les mêmes contours, qu'une travée courbe en forme de *grue*. Quand la grue est chargée, les courbes ascendantes partant du côté concave, représentent la direction de la plus forte pression, tandis que les courbes ascendantes du côté convexe représentent la direction de la plus forte traction. Ces courbes dessinent les directions dans lesquelles les forces mises en jeu ne se contrarient en aucune façon.

Or, si l'on compare les directions des courbes dans le schéma de la grue, avec celles des travées osseuses de l'extrémité supérieure du fémur, on voit qu'elles sont superposables. Dans le fémur, comme dans la grue, *les trabécules ascendantes du côté interne sont des trabécules de pression, les trabécules ascendantes du*

(1) V.-J. WOLFF — *Forme et fonction, leur rapport réciproque dans l'organisme*, traduction Tavel, chez J.-B. Baillièrè et Fils, Paris 1901.

côté externe ou convexe sont des trabécules de traction.

D'autre part, l'épreuve radiographique d'une coupe longitudinale de fémur *adulte* montre que les plus élevées des courbes de traction passent dans la base du grand trochanter, et empiètent sur celui-ci. Après l'évidement du grand trochanter et de la portion supéro-externe du col, comme il fut fait dans notre cas, ces courbes de traction les plus élevées sont interrompues. D'où la nécessité, pour les trabécules de pression, de compenser cette perte en prenant elles-mêmes une nouvelle disposition de plus grande résistance. Cette disposition de plus grande résistance comporte un redressement de l'ensemble des trabécules, et une augmentation de leur épaisseur.

C'est d'ailleurs ce dont on peut se rendre compte sur d'autres pièces que M. Bérard présente à la Société, et qui correspondent à deux cas de coxa valga spontanée. Dans l'un de ces cas, le redressement de compensation du col s'est produit pour une ankylose angulaire du genou, dans l'autre, pour une incurvation rachitique du fémur (1). Les radiogrammes de ces deux fémurs, pris en coupe longitudinale, montrent que les travées de pression et de traction, au lieu de s'entrecroiser en éventail et perpendiculairement les unes aux autres dans le col fémoral, comme dans un fémur normal, tendent à se poursuivre parallèlement les unes aux autres, suivant une direction très voisine de celle de l'axe du fémur. Ils montrent en même temps que les travées les plus épaisses, les plus denses, correspondent aux travées de pression et occupent le côté inféro-interne du col.

Ces deux radiogrammes, obtenus avec des fémurs d'adultes, après la soudure de l'épiphysse trochantérienne, nous permettent de conclure que le redressement constaté après la résection du grand trochanter répond à la même modification de structure interne, car la loi de Mayer et Wolff est formelle : la surface limitante d'un os n'est que la résultante de son architecture intérieure.

(1) Ces radiographies ont été obtenues avec la collaboration de M^r le Dr Gallois, chef de clinique, et de M. Bosquette, externe du service.

HYPERTROPHIE PROSTATIQUE A DÉVELOPPEMENT VÉSICAL

M. Rochet présente un malade qui entra dans son service, en septembre 1901, pour des accidents de rétention d'urine simulant l'hypertrophie prostatique. Le cathétérisme ou la sonde à demeure faisaient céder les accidents ; mais la rétention et l'infection urinaires réapparaissaient dès que la sonde était enlevée ou le cathétérisme supprimé ; pourtant il n'existait pas d'obstacle au cathétérisme urétral et, au toucher rectal, on ne constatait pas d'hypertrophie prostatique.

L'examen cystoscopique fit voir qu'autour du col existait, au lieu du croissant cystoscopique habituel répondant à l'entrée du prisme réflecteur, une série de saillies ou d'excroissances disposées sous la forme de lignes sinueuses mamelonnées. Là était la cause de l'obstacle à l'expulsion de l'urine.

Une intervention fut proposée au malade qui la refusa.

Au mois de décembre dernier, le malade revint à l'hôpital ; il présentait des accidents de rétention plus accentués et un mauvais état général dû à l'infection urinaire.

M. Rochet pratiqua une taille hypogastrique et put constater que le col vésical, peu saillant, était garni, à sa périphérie d'une série de petites tumeurs pédiculées ou sessiles, dont la plus grosse était du volume de la phalange du pouce. Elles furent extirpées à la pince coupante. Le lobe moyen de la prostate était hypertrophié.

A la suite de l'intervention se produisirent quelques accidents : de l'état nauséux, des vomissements probablement attribuables à de la gaze iodoforme laissée dans le bas-fond vésical.

Au bout de vingt-cinq jours le malade était guéri, les fonctions vésicales étaient récupérées, il n'y avait que deux mictions par nuit et le cathétérisme permit de constater que le résidu vésical était de 150 grammes.

A l'examen histologique, ces tumeurs apparurent comme de petits fibromes pédiculés ou sessiles, d'origine prostatique, mais non cancéreux.

Dans ce cas, la valeur de la cystoscopie, comme moyen

de diagnostic, est donc évidente ; souvent le diagnostic cystoscopique n'est pas facile, mais ici l'observation attentive du croissant vésical habituel a été d'une réelle importance.

Il ne fallait pas songer à l'ablation de ces tumeurs par la voie périnéale ; la voie hypogastrique offrait de plus grandes facilités. Il y a donc vraiment certaines formes d'hypertrophie prostatique qui ont un développement exclusivement vésical, et qui ne sont justiciables que de la prostatectomie par voie hypogastrique. La voie périnéale est bien inférieure en pareil cas.

* * *

M. Destot fait passer sous les yeux de la Société une série de projections lumineuses destinées à montrer les divers modes de fractures de l'arrière-pied.

Séance du 13 février 1902. — Présidence de M. GAYET.

FRACTURES DU TARSE POSTÉRIEUR

M. Destot. — Les fractures du calcanéum décrites jusqu'à ce jour, sont :

1° Les fractures par arrachement succédant à une contraction brusque et violente du tendon d'Achille (fracture de Boyer).

2° Les fractures par écrasement décrites par Malgaigne, Legouest et Ballenghien, dans lesquelles tout l'os fissuré dans sa longueur ne permet pas d'établir un type défini.

Enfin on a décrit une fracture partielle de la petite apophyse.

De l'étude d'un grand nombre de clichés on peut, cependant, tirer une classification différente dont la recherche, au point de vue clinique et thérapeutique, présente une réelle importance. Tous les auteurs insistent sur la forme, la constitution et le siège du calcanéum qui expliquent la fréquence des fractures de cet os.

Deux types de travées entrecroisées sous un angle variable suivant les sujets font une voûte de résistance dont la clef est le thalamus. Tandis que les unes, obliques d'avant en arrière, de haut en bas, constituent le corps et la tubérosité de l'os, les autres, obliques de haut en bas, mais d'arrière en avant, vont se fasciculer dans la grosse apophyse, laissant au centre de l'os une sorte de cavité médullaire. Les fibres postérieures forment tout le pilier postérieur de la voûte du pied alors que les fibres antérieures constituent le chemin le plus direct de l'appui du pied sur le sol et transmettent le poids du corps au pilier antérieur externe par le cuboïde et le cinquième métatarsien.

Les auteurs allemands et Charpy ont bien soin de distinguer l'arc interne de l'arc externe. L'arc interne, fait pour l'agilité, est constitué par l'astragale, le scaphoïde, les cunéiformes et les trois premiers métatarsiens, s'appuyant en arrière sur l'articulation antéro-interne du calcanéum, soutenue elle-même par l'arc-boutant de la petite apophyse

L'arc externe, au contraire, moins segmenté, plus solide, constitué en majeure partie par le calcanéum dont l'articulation externe avec l'astragale transmet la force au pilier postérieur, alors que la grosse apophyse transmet directement, par le cuboïde, le poids du corps aux deux métatarsiens externes.

Voûte interne longue, plus élevée, plus segmentée, plus mobile.

Voûte externe, courte, plus ramassée, moins segmentée, plus surbaissée, plus solide pour l'appui normal.

Dans les chutes, on conçoit très bien que, suivant l'attitude, l'une ou l'autre de ces voûtes peut supporter isolément le choc, ou simultanément, et la force sera répartie différemment par l'intermédiaire de l'astragale qui, en raison de son angle, donnera un mouvement de sonnette. Ces considérations générales permettent de dégager certains types et de suivre sur les clichés le mode de répartition des lésions.

1° La fracture isolée de la petite apophyse succède à une chute sur le pied en adduction. L'articulation externe, tendue par la rotation du calcanéum sur son axe, fournira peu d'appui et laissera passer tout l'effort sur la corniche de la petite apophyse qui pénétrera dans l'intérieur de l'os. On voit, dans ces cas, que la voûte externe n'est pas modifiée, alors que la voûte interne est effondrée; la gouttière sous-malléolaire interne est remplacée par une saillie et l'astragale est descendue, donnant ainsi naissance à une variété spéciale de pied plat. En raison de l'éversion de l'astragale en dedans, le bord externe du pied a tendance à se relever.

La compression des nerfs plantaires et des tendons fléchisseurs détermine des douleurs et des impotences pour des lésions minimes. Les signes classiques des

fractures du calcanéum n'existent pas, le talon n'est pas élargi et c'est en vain que l'on fait mettre à genoux les malades.

Quelquefois cette fracture s'accompagne d'une fracture bi-malléolaire qui a le même mécanisme et complique le diagnostic d'une façon sérieuse. La mensuration de la voûte plantaire, la localisation du gonflement, l'attitude du pied permettront de rapporter les lésions principales au calcanéum.

D'ordinaire, quand la petite apophyse cède la première, le relâchement des ligaments obtenus par cette fracture est telle que la fracture malléolaire ne se produit pas ; mais, enfin, il faut être prévenu de l'association que nous venons de signaler.

Les fractures par écrasement du calcanéum, en dehors de cette fracture isolée, peuvent être rapportées à trois types : antérieur, moyen, postérieur.

1^o Le *type antérieur* succède à une chute sur le pied en flexion. La force transmise par le levier antérieur de la sonnette astragaliennne effondre la tête de l'astragale dans la voûte du pied, tandis que sa partie postérieure se relève. Cette luxation traumatique produit l'écrasement et l'éclatement de tout le calcanéum ; l'articulation médio-tarsienne est complètement détruite, toute la partie antérieure reste en place alors que le calcanéum et l'astragale sont, l'un broyé, l'autre luxée.

Quelquefois le cuboïde est aussi déplacé, mais d'habitude tous les désordres sont postérieurs. A première vue il semblerait que cette forme se rapproche de la fracture astragalo-scaphoïdienne que nous avons signalée, mais il y a une différence capitale, c'est qu'au point de vue clinique toute la lésion semble calcanéenne, dans le cas considéré, alors que le calcanéum est intact dans la fracture de l'astragale à laquelle nous faisons allusion.

2^o Le *type moyen* présente plusieurs variétés suivant la hauteur de chute du poids du corps, en un mot la force déployée.

Normalement, quand l'axe de la jambe est perpendiculaire à la direction du pied, on voit que l'appui est surtout postérieur et la force se transmet surtout par

le corps de l'astragale aux articulations calcanéennes postérieures.

Dans un premier temps, on peut voir une fracture partielle du thalamus qui pénètre dans le corps de l'os; les signes cliniques sont alors de peu d'importance et le malade guérit souvent très bien par ankylose astragalo-calcanéenne.

Dans un second temps, la voûte externe se casse, pendant que le corps de l'astragale pénètre en coin entre le corps et la grosse apophyse (fracture de la grosse apophyse). Sous l'action combinée de la contraction du tendon d'Achille qui tire en haut la grosse tubérosité, et du tendon du péronier latéral qui relève l'extrémité de la grosse apophyse, on voit que le calcanéum prend une forme spéciale; au lieu de représenter un accent circonflexe à pointe supérieure, il tend de plus en plus à prendre une forme inverse. En même temps que la grosse apophyse se subluxé sur le dos du pied, la tête de l'astragale remonte dans le même sens, soulevée en partie par la grosse apophyse, mais surtout parce que le levier postérieur de la sonnette astragaliennne tend de plus en plus à devenir vertical.

Dans un troisième temps, la descente de l'astragale s'accroît, en même temps que l'os éclate. Dans cette descente, l'astragale abandonne en arrière son apophyse postérieure, tandis qu'en avant l'articulation scaphoïde astragaliennne bâille, et l'on observe alors des arrachements de la lèvre supérieure du scaphoïde en même temps que des arrachements de la tête de l'astragale.

On observe ainsi tous les degrés dont nous n'avons signalé que trois étapes.

Un cas particulier, afférant à cette catégorie, de beaucoup la plus fréquente, résulte du point d'application de la force, exactement dans l'angle de la sonnette astragaliennne. Le choc se répartit alors aussi bien en avant qu'en arrière et l'on observe une fracture spéciale de l'astragale dont l'angle tend à s'ouvrir et dont la tête se sépare du corps par un trait inférieur. L'astragale augmente ainsi de longueur et les arrachements scaphoïdo-astragaliens résultent non plus seulement du bâillement

qui écarte les surfaces articulaires, mais bien de la descente de la tête de l'astragale.

Dans les cas complexes, on observe aussi des lésions du côté du cuboïde : il se subluxe sur le dos du pied par effondrement de l'apophyse. Les lésions du côté de cet os sont donc d'ordre différent. Tandis que, dans certains cas, lorsque la grosse apophyse est fissurée, le cuboïde reste en place et paraît faire saillie sur le dos du pied, alors qu'effectivement c'est la grosse apophyse qui s'est enfoncée, dans d'autre cas la grosse apophyse se relevant suivant le mécanisme indiqué, le cuboïde paraît luxé en bas. De toute façon, le pronostic devra tenir compte, avant tout, de l'intégrité de l'articulation de *Chopart* ; si elle est respectée, quels que soit les désordres postérieurs, la fonction se rétablira, mais, si l'une ou l'autre de ses composantes est atteinte, on verra s'établir des arthrites sans fin auxquelles le chirurgien doit préférer l'ankylose.

Enfin, le cuboïde peut être lui-même fracturé, mais cette fracture n'entraîne pas une gravité spéciale du pronostic. Le type postérieur comprend la fracture isolée de la grosse tubérosité qui est retroussée et se manifeste sous la forme d'écaillés qui parcourent le corps du calcaneum. Dans ce cas, la voûte externe a disparu, le pied s'est aplati, les gouttières rétro-malléolaires sont occupées par une saillie anormale, mais tout le système antérieur n'a pas été modifié, la guérison s'obtient très rapidement et le pronostic est extrêmement bénin.

D'après la systématisation que nous venons de faire, on voit que la fracture décrite par Legouest et Malgaigne, constitue le degré le plus avancé des fractures du calcaneum par écrasement ; l'astragale ayant pénétré dans le corps de l'os, il existe des fissures longitudinales dans toute la partie postérieure résultant de l'entrée brutale de l'astragale qui tend à écarter les travées osseuses pour se faire passage, tandis que la grosse apophyse, fracturée obliquement, reste quelquefois en rapport avec le cuboïde en changeant seulement son axe de direction. Chose curieuse, ces fractures globales du calcaneum ont un bon pronostic. Tout dépend, ainsi que je l'ai déjà dit, de l'articulation de *Chopart*. Si l'effondrement du talon postérieur a permis une descente en masse du pilon

actif de la contention. Lorsque la tête a été reposée dans le cotyle, il est plus apte que toute autre partie de l'articulation à reprendre sa forme, en raison de son élasticité de sa malléabilité, relative. On s'explique dès lors qu'au bout d'un temps relativement court il devienne capable de retenir la tête, en attendant que ce maintien soit définitivement assuré par l'adaptation des os qui ne doit pouvoir se faire qu'au bout de plusieurs années.

Seance du 20 fevrier 1902. — Présidence de M. GAYET

M. Siraud, secrétaire, lit le procès-verbal de la précédente séance; il est adopté.

* * *

COXA-VALGA

M. Gangolphe. — L. A..., 20 ans, journalier, entre, le 21 novembre 1901, à la salle Sainte-Marthe.

Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires.

Il y a deux ans, sans cause apparente, il fut pris de douleurs très vives dans la jambe droite, au niveau du cartilage juxta-épiphysaire supérieure du tibia. Il eut, dit-il, des frissons, de la fièvre, fut obligé de garder le lit pendant une dizaine de jours, au bout desquels les symptômes généraux et la douleur cessèrent; il se remit alors à marcher et fut très surpris de constater que, durant sa maladie, sa jambe s'était déviée.

Il y a un an, il commença à ressentir des douleurs dans la hanche gauche, douleurs qui n'ont jamais été très aiguës mais n'ont jamais disparu complètement. Depuis cette époque, il a boité.

Enfin, depuis 4 mois, il a cessé tout travail, tant en raison de l'impotence partielle de son membre inférieur gauche qui s'est accentuée, que de son état général qui est assez précaire.

Il fait remonter à ce moment le début d'une toux avec expectoration muco-purulente qui n'a fait qu'empirer. Depuis trois mois, sa voix est devenue rauque, il a beaucoup maigri, perdu ses forces; il a enfin des sueurs nocturnes abondantes.

A son entrée, en effet, il a des lésions bacillaires avancées : cavernes du côté droit, ramollissement presque complet du sommet gauche.

On est frappé, tout d'abord, de la longueur disproportionnée des membres inférieurs qui mesurent 0,93 centimètres, la taille du malade étant de 1 m. 81.

Le malade étant étendu dans le décubitus horizontal et sur un plan résistant, on est frappé, à première inspection, de la rotation en dehors que présente le membre inférieur gauche.

Le membre tout entier est en abduction et en rotation au dehors. La rotule est presque entièrement externe par rapport à l'axe du corps, sa face antérieure, de même que la face antérieure du fémur, regarde presque directement en dehors. Cette position ne peut pas être corrigée spontanément par le malade. Il est de même impossible de la corriger par des manœuvres manuelles; les mouvements provoqués de rotation en dedans sont extrêmement limités; il est absolument impossible de ramener la rotule en avant; l'arc de cercle qu'on peut lui faire décrire dans ce sens ne dépasse guère quelques degrés.

La rotation en dehors est, au contraire, facilement exagérée.

L'examen direct de la hanche donne les renseignements suivants :

La tête fémorale est très perceptible au niveau du triangle de Scarpa et la pression à ce niveau est un peu douloureuse.

Le grand trochanter est, au contraire, beaucoup plus postérieur qu'à l'état normal, notamment que du côté sain; de sorte que l'on est amené logiquement à conclure que l'axe du col a une tendance à être antéro-postérieur.

Le grand trochanter est abaissé, il se trouve à 1 centimètre au-dessous de la ligne de Nélaton; le triangle de Bryant confirme ce déplacement inférieur du grand trochanter; en effet, la distance qui sépare le grand trochanter de l'épine iliaque antéro-supérieure est de 0,15 centimètres. Le malade étant dans le décubitus horizontal, la perpendiculaire abaissée du grand trochanter sur le fil à plomb tombant de l'épine iliaque antéro-supérieure

mesure 11 centimètres, tandis que, de ce point à l'épine iliaque, il n'y a que 10 centimètres.

L'isocellisme du triangle de Bryant est donc détruit au profit de la ligne inférieure, qui dépasse l'autre de 1 centimètre. Cette différence mesure l'abaissement du grand trochanter.

On ne peut faire porter la mensuration sur le membre tout entier; elle risquerait d'être entachée d'erreur en raison de la présence du genu valgum droit. En mesurant chaque segment isolément et en ajoutant chaque total, on trouve un centimètre de différence, au profit du côté gauche, différence portant entre le grand trochanter et l'épine iliaque antéro-supérieure.

Ainsi trois méthodes différentes démontrent l'abaissement de un centimètre du grand trochanter.

Les mouvements articulaires diffèrent notablement d'étendue suivant le sens où on les imprime.

La flexion directe de la cuisse est absolument impossible. En saisissant fortement le genou pour le porter en haut et fléchir la cuisse sur l'abdomen, on n'arrive, malgré tout, qu'à porter la cuisse en dehors et à produire l'abduction forcée.

L'extension sur le plan du lit se fait facilement, mais le membre reste toujours en rotation externe.

L'abduction se fait très bien, ou plutôt s'exagère très facilement; on arrive, sans force à faire toucher la partie externe de la cuisse au plan du lit, sans que ce mouvement d'abduction forcée entraîne le bassin.

L'adduction est, au contraire, très limitée. Lorsqu'on déplace le membre inférieur, étendu dans la totalité, on arrive à amener le talon au niveau du plan médian du corps; mais, si on fléchit auparavant la cuisse sur le bassin, il est impossible d'amener le genou au niveau de la ligne médiane. Les axes de la cuisse et du corps font environ un angle de 30 degrés au moment où, par cette manœuvre, le bassin est entraîné.

Il n'y a pas d'ensellure lombaire.

La jambe droite est fortement déviée, en dehors l'interligne articulaire est horizontal, mais le tibia change brusquement de direction à 7 centimètres 1/2 au-dessous de l'interligne, donnant lieu à un genu valgum très pro-

noncé; la malléole interne droite est située à 18 centimètres en dehors de la ligne médiane.

Rien autre à signaler. Pas de ganglions à l'aîne. Quand le malade est debout, la longueur de ses membres frappe plus encore que quand il est couché; son genu valgum droit est très apparent, de même que l'abduction et la rotation externe de son membre inférieur gauche.

Quand le malade marche, tout le côté gauche du corps est pour ainsi dire projeté en avant, tandis qu'il prend un point d'appui sur la partie interne du pied droit déjeté en dehors du fait du genu valgum; le malade semble prendre ainsi involontairement la position d'un patineur qui s'élance.

En raison de ses lésions tuberculeuses pulmonaires et avancées le malade est envoyé dans une salle de médecine; il veut quitter l'hôpital le 18 janvier, de sorte que le contrôle direct anatomopathologique nous a manqué.

Nous nous croyons donc en présence d'une coxa valga typique, et nous entendons sous ce nom la déformation en valgus, c'est-à-dire en abduction du membre inférieur tenant à une déformation du col fémoral, en dehors de toute altération pathologique.

Cette abduction semble tenir surtout à l'antéversion de la tête et nous nous trouvons ici en présence d'une déformation du col exactement opposée à la coxa vara, avec augmentation de l'angle d'inclinaison et abaissement du grand trochanter, direction antéro-postérieure du col et allongement réel du membre.

M. Vallas demande si M. Gangolphe a songé, à propos du traitement, à appliquer l'ostéotomie cervicale du fémur.

M. Gangolphe. — Etant donné que ce jeune homme n'était pas arrivé au terme de la croissance, j'ai cru bon de m'abstenir de toute intervention; car il s'établit généralement des compensations fonctionnelles remédiant à la difformité. D'ailleurs, l'état grave du malade faisait *a priori* rejeter toute idée d'intervention.

NÉVRALGIE DU TRIJUMEAU. — NÉVROTOMIES

M. Goullioud rapporte l'observation d'une malade atteinte de névralgie rebelle du trijumeau et traitée par la section des nerfs maxillaires supérieur et inférieur, par le procédé de Krœnlein.

M. Gangolphe. — J'ai fait quelques opérations semblables.

En pareil cas, doit-on, d'emblée sectionner les nerfs profonds et principaux, ou s'attaquer aux branches périphériques? La question est difficile à trancher; elle ne peut l'être que par l'examen comparatif d'un nombre d'observations considérable.

En général, je commence par l'arrachement des bouts périphériques des nerfs; ces filets sont enroulés sur les mors d'une pince hémostatique, laquelle, subissant une torsion progressive, arrache les nerfs. Ce procédé ne donne pas toujours des résultats satisfaisants; sur huit cas ainsi opérés, un seul a donné un résultat complet; les autres ont récidivé plus ou moins complètement. Dans ces derniers cas, j'ai eu recours à des sections nerveuses et obtenu de l'amélioration; j'ai, notamment pratiqué la section du nerf dentaire inférieur et de l'auriculo-temporal. Chez une de mes malades, la section nerveuse donna un résultat pendant 2 ans 1/2, puis il y eut rechute. Alors je fis la résection du ganglion de Meckel par le procédé de Bruns-Segond. Je signale, à cette occasion, l'excellent point de repère fourni par les nerfs dentaires postérieurs. Au bout de quarante-huit heures après l'intervention, les douleurs avaient disparu. Ainsi l'ablation du ganglion sphéno-palatin donne de bons résultats.

Il me semble donc préférable de s'adresser à la périphérie, puis, s'il le faut, attaquer les troncs nerveux principaux ou le ganglion de Gasser; mais je rappelle que l'arrachement du ganglion de Gasser peut donner lieu à des mécomptes.

M. Gayet. — M. Goullioud a-t-il observé des lésions de la cornée?

M. Goullioud. -- J'ai observé de l'opacité cornéenne sur un malade atteint de névralgie rebelle et opéré par M. Rafin qui pratiqua l'extirpation du ganglion de Gasser.

M. Tixier signale le danger qu'il y a à s'adresser au tronc du nerf ophtalmique, à cause de ses rapports avec le sinus caverneux et des lésions possibles de ce vaisseau.

* * *

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS DES FRACTURES DE L'ASTRAGALE

M. Albertin présente une série de radiographies, ayant trait à des fractures de l'astragale et du calcaneum, et rapporte les observations cliniques afférentes à chacune d'elles.

M. Vallas. — Je n'ai pas vu, à la suite de fractures de l'astragale, et en particulier du col, des résultats éloignés aussi nombreux que ceux cités par M. Albertin ; mais j'ai constaté presque toujours des ostéophytes, gênant pour la restitution des mouvements. Aussi, les quelques cas que j'ai observés ont été mauvais, au point de vue du rétablissement des fonctions et de la persistance des douleurs. Il est difficile, même avec un traitement approprié, d'empêcher la production des jetées osseuses. Dans cette articulation du cou-de-pied, si serrée, la moindre difformité provoque une gêne considérable. Il doit être difficile d'y remédier et la révulsion locale, dont a parlé M. Albertin, est sans action.

Avec la radiographie, qui permet de préciser le type de la fracture astragaliennne, on peut être autorisé à faire un traitement plus actif, c'est-à-dire à enlever l'astragale. C'est une opération bénigne, pratiquée, par exemple, pour les pieds-bots et qui fournit de bons résultats fonctionnels. On est donc en droit de poser cette question, sans la résoudre d'une façon formelle : *l'ablation de l'astragale doit être le traitement de choix dans les fractures de cet os.*

M. Gangolphe. — J'ai eu l'occasion d'intervenir trois fois pour des fractures de l'astragale, non compliquées de plaies. Dans un cas, la malade, une jeune femme, guérit

complètement ; elle pouvait danser, faire des excursions en montagne. C'est un cas favorable à l'indication de l'astragalectomie.

Dans les broiements calcaneo-astragaliens, la reconstitution de la voûte plantaire par un appareil orthopédique me semble utile.

M. Albertin. — Les résultats éloignés, qu'on vient de nous citer, sont en faveur de l'intervention chirurgicale, car il est bien évident qu'à une période éloignée des accidents, la révulsion est nulle comme effet. En général, les malades atteints de fractures astragaliennes marchent difficilement et se plaignent de ne pouvoir travailler. La marche et la station debout leur provoquent de l'œdème et des douleurs. Aussi, les mauvais résultats, obtenus par l'immobilisation, le massage, autorisent-ils à préférer l'intervention chirurgicale.

Chez les malades âgés, atteints d'écrasement astragalo-calcanéen, l'état anatomique du squelette ne permet guère d'espérer de bons résultats, même par l'opération. Il n'en est plus de même chez les jeunes : l'astragalectomie est ici bien indiquée.

M. Fochier. — M. Albertin nous a rapporté une série de cas dont les résultats ont été mauvais ; mais n'y a-t-il pas des cas plus favorables ? Avant la radiographie, on a vu guérir des traumatismes de l'arrière-pied.

M. Vallas. — Il y a lieu, évidemment, de distinguer les bons cas des mauvais, mais les résultats éloignés des fractures astragaliennes, considérées en bloc, doivent-ils commander l'intervention chirurgicale en général ? C'est une question à étudier.

M. Albertin. — La radiographie permettant l'étude plus précise des cas, il sera possible de les distinguer, de les classer dans une statistique d'ensemble.

Les cas les plus graves sont quelquefois les meilleurs ; ainsi, le blessé qui eut de l'écrasement calcanéen, marche bien. Les traumatismes de l'astragale comportent un pronostic plus sombre que pour le calcanéum. La situation exceptionnelle de l'astragale, de la voûte de l'articulation, implique l'idée de fracture grave. Donc, les

chirurgiens doivent renoncer à la temporisation et intervenir.

M. Rollet. — J'ai pratiqué, il y a huit jours, l'ablation de l'astragale sur un ouvrier qui présentait une fracture de cet os, compliquée de plaie. Ce malade sera suivi et le résultat sera indiqué.

Séance du 27 février 1902. — Présidence de M HORAND.

M. Cordier lit un mémoire sur les injections gazeuses dans les traumatismes anciens et récents.

M. Rochet demande, à propos de ces faits d'anesthésie cutanée, consécutifs aux injections gazeuses, si on a cherché à déterminer l'état de la sensibilité cutanée au compas de Weber? A-t-on observé de la diminution de la sensibilité?

Indépendamment de l'élongation des expansions nerveuses, due à la distension par les injections gazeuses, le gaz, en suivant les gaines des nerfs, peut produire de la compression des gaines nerveuses et anesthésier les troncs; tel doit être, par exemple, le mode d'action de l'acide carbonique.

M. Cordier a-t-il appliqué ce traitement aux maladies cutanées d'ordre trophique?

M. Vallas a vu un malade traité par M. Cordier. Le résultat obtenu était satisfaisant. Il s'agissait d'un cas de traumatisme de l'épaule avec contusion péri-articulaire, troubles trophiques et sensitifs.

De pareils cas sont fréquents; aussi arrive-t-il souvent que ces malades sont traités de simulateurs. Sans l'atrophie persistante, il serait difficile de faire le diagnostic. Le malade de M. Cordier ne pouvait élever le bras et à peine l'avant-bras. La peau pendait flasque au niveau de la région deltoïdienne. Après l'injection gazeuse, pas de différence entre les deux membres, en ce qui concerne l'atrophie, la douleur et les mouvements.

Le résultat thérapeutique était donc complet.

Il est donc évident que ce traitement est appelé à rendre des services dans les contusions.

Le fait d'introduire sous la peau des gaz ou des liquides amène des phénomènes d'insensibilisation qu'on a

attribués à l'élongation nerveuse. Ainsi, des injections sous-cutanées de liquides, tels que la cocaïne ou la solution de Schleich, ont donné de bons résultats comme anesthésiques. Mais des injections d'eau pure ont suffi pour disséquer sans douleur des kystes dermoïdes, des tumeurs du cuir chevelu, etc. Ici, l'action anesthésiante est donc exclusivement d'ordre mécanique. On peut admettre que l'imbibition des tubes nerveux par l'eau a un rôle anesthésique. Pour les gaz, le mécanisme de l'anesthésie, c'est l'élongation. Les injections gazeuses sont d'une pratique plus facile et plus efficace, car la diffusion du fluide gazeux se réalise mieux.

M. Cordier. — J'ai observé que l'emploi de l'acide carbonique n'a pas donné de meilleurs résultats que l'air.

Le professeur Renaut a étudié l'action des injections gazeuses sous la peau ; il a vu que les injections suivaient les trajets des nerfs. Leur diffusion est favorisée par le massage ; aussi, dans les injections profondes, si cette condition n'est pas réalisée, on n'obtient pas de résultats.

J'ai vu certains malades garder une sensibilité exagérée de la peau à la chaleur, à la suite d'une injection. Dans un cas, il y eut anesthésie du côté opposé. Je n'ai obtenu aucun résultat dans toutes les affections cutanées d'origine trophique.

M. Vincent demande si le traitement a été appliqué aux névralgies de la face.

M. Cordier n'en a pas eu d'exemple.

Les Secrétaires : Dr VILLARD.

Dr SIRAUD.

Le Secrétaire Général : Dr VALLAS.

BULLETIN

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE LYON

Année 1901-1902

Tome V, 3^{me} Fascicule
MARS - AVRIL
1902

LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & Cie

Anc^{re} Maison A. WALTENER

14, rue Bellecordière, 14

—
1902

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE LYON

1901-1902

BUREAU

<i>Président</i>	MM. GAYET.
<i>Vice-Président</i>	HORAND.
<i>Secrétaire général</i>	VALLAS.
<i>Trésorier-archiviste</i> ...	AUBERT.
<i>Secrétaires annuels</i>	{ VILLARD. SIRAUD.

MEMBRES

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

MEMBRES CORRESPONDANTS

BATUT.	LABONNARDIÈRE.
CURTILLET.	RUOTTE.
DEBRIE.	SEVEREANU (de Buckarest).
JACOB.	

MEMBRES DÉCÉDÉS

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

BULLETIN
DE LA
SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE
DE LYON

Séance du 6 mars 1902. — Présidence de M. GAYET.

M. Villard donne lecture du procès-verbal de la séance précédente. Il est adopté.

*
* *

**INJECTIONS D'AIR DANS LE TISSU CELLULAIRE
PRÉVERTÉBRAL**

M. Jaboulay a pratiqué dans le tissu cellulaire prévertébral une injection d'air destinée à faire l'élongation des rameaux sympathiques qui rampent dans ce tissu. Le gaz a remonté le long de la colonne et a apparu à la base du cou. La malade qui souffrait de douleurs névralgiques de la région lombaire, a éprouvé un notable soulagement.

Ces injections sont destinées à agir comme le décollement du rectum préconisé par M. Jaboulay.

Il propose de faire ces injections dans le tissu sous-péritonéal dans certaines inflammations de cette séreuse.

On mettrait ainsi les microbes infectieux en contact avec des gaz toxiques pour eux, et on produirait des elongations nerveuses et vasculaires.

M. Fochier se demande si on ne produirait pas plutôt de l'infiltration médiastinale et des compressions viscérales.

* * *

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE COINCIDANT AVEC UNE GROSSESSE INTRA-UTÉRINE

M. A. Pollosson rapporte l'observation d'une femme qui, au début de sa sixième grossesse, montra les signes brusques d'une hématocele et subit une laparotomie. L'utérus paraissait gros et fibromateux, son col n'était pas ramolli. La malade avorta, dans les jours qui suivirent l'opération, d'un fœtus de deux mois.

La coexistence d'une grossesse ectopique et d'une grossesse utérine est rare. Dans quelques cas, la grossesse ectopique est constituée par un lithopédion et les deux gestations ne sont pas contemporaines. Dans d'autres, au contraire, comme le montre l'observation présentée, les deux grossesses évoluent simultanément. Sur 63 faits rapportés récemment, trois fois les deux enfants arrivèrent à terme, dans 25 cas la grossesse extra-utérine seule y est arrivée.

* * *

SUSPENSION OMO-CLEIDO-HUMÉRALE

M. Vallas a présenté, il y a quelque temps, un malade qui avait le bras ballant à la suite d'une résection de l'épaule faite à Paris, probablement par une méthode extra-périostée (Séance du 7 novembre 1901).

M. Vallas fit une incision un peu en dehors de celle de la résection antérieure, libéra soigneusement de leur périoste l'extrémité supérieure de l'humérus et la face inférieure de l'acromion. Il juxtaposa ces deux os et les sutura l'un à l'autre, recouvrant le tout des collerettes

périostiques ménagées. Le malade d'abord immobilisé fut ensuite électrisé et mobilisé. Actuellement, le bénéfice obtenu par l'opération est déjà considérable. La fixation du bras sur l'épaule permet d'utiliser beaucoup mieux les mouvements du coude et la suspension du bras a mis fin aux tiraillements douloureux que subissait le plexus brachial. Le deltoïde a repris bonne consistance, bien que les mouvements actifs de l'épaule soient nuls. Il n'y a pas synostose huméro-acromiale, quelques mouvements peuvent être provoqués entre ces deux os.

La radiographie montre que la distance qui sépare ces os n'a pas sensiblement diminué et, pourtant, le résultat fonctionnel est satisfaisant; il est dû, sans doute, à la présence d'une gaine fibreuse infiltrée de sels calcaires.

M. Ollier, puis M. Jaboulay ont publié, il y a quelques années, deux cas de suspension assez analogues.



KYSTES MULTIPLES DU MÉSENTÈRE

M. Fochier a retrouvé, ces jours-ci, une fillette qu'il a opérée en juin 1901, d'une tumeur volumineuse de la fosse iliaque gauche. L'affection avait débuté par des signes brusques simulant la torsion d'un kyste. On trouvait derrière la tumeur principale, mal perceptible dans l'excavation, une seconde masse située à droite.

La laparotomie faite, on constata que la poche venait de se rompre. La rupture était spontanée, car aucune palpation ou manœuvre n'avait été faite. Il se présenta immédiatement une anse intestinale à laquelle adhéraient un débris de poche assez volumineux. Derrière elle, on constata deux autres kystes à contenu laiteux. Leurs rapports intestinaux, leur constitution anfractueuse ne pouvaient laisser de doute, et les firent immédiatement reconnaître pour des kystes du méésentère. M. Fochier excisa la plus grande partie des kystes et tenta d'en faire le capitonnage; il mit un drainage. Vers le cinquième jour, les tumeurs grossirent et on dut les ouvrir et les suturer à la paroi. Au bout d'un mois, la cicatrisation était complète.

Il faut insister sur les difficultés du diagnostic clinique. La brusquerie du début, l'absence de sonorité intestinale au devant de la tumeur faisaient plutôt penser à la torsion d'un kyste ovarien. La marsupialisation a donné un excellent résultat après échec du capitonnage. Celui-ci constituerait la méthode idéale parce que l'ablation de la poche ne peut être tentée. On ne peut songer, en effet, à pratiquer des incisions méésentériques qui exigeraient des résections intestinales multiples et graves.

Revenant sur la rupture spontanée du kyste sous anesthésie, M. Fochier rapporte qu'il a vu trois fois cet accident et l'attribue à la tension du kyste que ne compense plus la paroi abdominale relâchée par l'anesthésie.

M. Vallas a observé un cas de rupture spontanée d'un kyste de l'ovaire survenue spontanément au début de l'anesthésie.

M. Condamin a observé deux cas de rupture spontanée sous anesthésie. On peut, comme M. Fochier, rapporter ces faits au relâchement de la paroi abdominale, ne pourrait-on pas, également les rapporter aux contractions de la période d'excitation de l'anesthésie.

M. Jaboulay adopterait cette dernière opinion, car il a vu la rupture se produire au moment où le ventre était en état de contraction énergique très visible.

Séance du 13 mars. — Présidence de M. GAYET.

TUMEUR AMYGDALIENNE ENLEVÉE PAR LA VOIE EXTERNE

M. Albertin rapporte une observation de tumeur amygdalienne enlevée par la voie externe.

M. Fochier. — La tumeur enlevée par M. Albertin paraît être d'une malignité relative, puisque, incisée au thermo-cautère, elle a pu se refermer.

L'examen histologique a-t-il été fait ? La plupart de ces tumeurs amygdaliennes sont ulcérées et s'accompagnent d'engorgement ganglionnaire rapide; aussi l'intervention n'est-elle souvent que palliative.

M. Jaboulay. — J'ai opéré, en 1893, un malade présentant une tumeur amygdalienne végétante; l'opération donna une guérison locale, mais la généralisation finit par emporter le malade. Il s'agissait d'un cas de lymphadénome.

Le manuel opératoire que j'avais suivi était, à peu de chose près, celui suivi par M. Albertin.

Lorsqu'on a découvert, par une incision parallèle au bord antérieur du sterno-mastoïdien, la région de l'amygdale, au niveau de l'angle de la mâchoire inférieure, on opère dans une région limitée en avant par le maxillaire inférieur, et leptérygoïdien interne et, en arrière par les muscles. Il est important de ne pas passer en arrière des muscles styliens; il faut toujours rester en avant, pour ménager les vaisseaux. L'opération que j'avais ainsi pratiquée m'avait paru très simple, et la description très sommaire que j'ai donnée répond à la simplicité de l'intervention.

M. Vallas. — La tumeur enlevée par M. Albertin adhérait peu aux plans avoisinants: c'était une condition formelle pour l'enlever.

J'ai opéré plusieurs tumeurs de l'amygdale, générale-

ment d'origine épithéliale. Une seule fois j'ai pu pratiquer l'ablation totale d'une tumeur épithéliale par un procédé semblable : il s'agissait d'un cancer au début, petit, ulcéré, dur. En intervenant par le triangle maxillo-pharyngien, il me fut facile de protéger du doigt les vaisseaux, d'attirer l'amygdale au dehors et de l'enlever complètement.

Mais, généralement, ces tumeurs envahissent les piliers, le périoste du maxillaire inférieur, alors la résection de cet os peut être nécessaire. Il faut, en outre, enlever les ganglions sous-maxillaires ; la résection du maxillaire inférieur donne du jour pour pratiquer leur ablation. Il est inutile de faire des ligatures préventives, car il est facile de lier la linguale, la faciale au fur et à mesure de leur découverte ; de larges brèches peuvent être créées ainsi pour enlever l'amygdale et la portion du pharynx envahis. Il s'agit de véritables pharyngectomies.

Il est nécessaire ensuite d'alimenter les malades par la sonde, quand d'énormes brèches ont été pratiquées. L'ouverture petite, faite par M. Albertin, a eu l'avantage de permettre à la malade d'avaler des aliments liquides.

M. Albertin, répondant à l'objection de M. Fochier, dit que les cautérisations de l'amygdale ont été superficielles et n'ont intéressé que la muqueuse ; de là sa guérison facile puisque la tumeur n'était pas de nature épithéliale. Elle était encapsulée et, au devant d'elle, la muqueuse était saine. Par contre, les tumeurs épithéliales amygdaliennes ont une tendance toute spontanée à s'ulcérer.

L'examen histologique n'a pas encore été fait. Toutefois on peut considérer cette tumeur comme cliniquement maligne, mais à évolution lente, car les nombreux ganglions qui existaient à côté indiquent un pronostic réservé.

Il est probable qu'il s'agit d'un lymphadénome ou d'un lymphosarcome.

L'épithélioma de l'amygdale, ainsi que l'a dit M. Vallas, nécessite de grands délabrements et les interventions sont souvent incomplètes. Dans de pareilles interventions on doit se tenir, autant que possible, dans l'espace maxillo-pharyngien ; je m'en suis écarté, aussi ai-je dû lier de nombreux vaisseaux.

PRONOSTIC ET TRAITEMENT DES FISTULES BILIAIRES POST-OPÉRATOIRES

M. Villard étudie les fistules consécutives à la cholécystostomie et distingue d'abord celles qui donnent issue à de la bile et celles qui n'en donnent pas. Ces dernières se rapportent au cas où le cystique est obstrué elles sont interminables, durent des mois et des années, puisque leur suintement provient d'une paroi muqueuse incapable de se cicatriser. Il faudrait donc, dans ces cas, pratiquer la cholécystectomie après avoir attendu un temps suffisant pour permettre au cystique de se désobstruer.

Dans les fistules à écoulement biliaire, si le cholédoque est perméable, la guérison spontanée est de règle et se produit rapidement. Si, au contraire, le cholédoque est obstrué, la guérison spontanée est impossible et il faut intervenir, soit pour rétablir la perméabilité du cholédoque, soit pour aboucher la vésicule à l'intestin.

M. Villard rapporte un cas intéressant de fistule muqueuse. Obligé d'intervenir, malgré un état de grossesse avancé, chez une malade qui présentait des phénomènes aigus graves, il avait eu une fistule qui persistait à la suite de la cholécystostomie, malgré tout traitement. De légers accidents de colique hépatique furent suivis d'un abondant écoulement biliaire témoignant de la désobstruction du cystique. Trois semaines après cet incident, la fistule se ferma spontanément.

Séance du 20 mars 1902. — Présidence de M. GAYET.

**SUR DEUX CAS DE PSEUDARTHROSE TRAITÉS PAR
L'AVIVEMENT ET LA SUTURE DES FRAGMENTS**

M. Bérard présente deux malades qu'il a opérés récemment à l'Hôtel-Dieu, salle St-Sacerdos, l'un pour une pseudarthrose du fémur, l'autre pour une pseudarthrose des deux os de la jambe. Tous les deux peuvent être considérés actuellement comme guéris; le membre est solide et en bonne position.

Le premier malade D... Louis, 30 ans, comptable à Privas, est un spécifique, entaché également d'alcoolisme et souffrant depuis longtemps d'accès d'asthme nocturnes. Au mois de janvier 1901, il fit une chute du haut d'un mur de 3 mètres et se fractura le fémur gauche à la partie moyenne. Le fragment osseux supérieur perfora les téguments. Pendant sept heures, le blessé attendit du secours, après avoir fait de vains efforts pour se relever.

Un médecin le vit dans la journée, fit l'antisepsie de la plaie et la réduction approximative de la fracture, puis mit le membre en plâtre, avec une traction continue en extension (Poids : 6 à 8 kilogs). Après quelques jours la plaie de la cuisse suppura et dut être drainée; dès lors le plâtre fut supprimé et des attelles en bois maintinrent latéralement le membre, laissé en extension avec traction.

Durant quatre mois la suppuration persista et, plusieurs fois par semaine, on dut déplacer le membre fracturé pour faire les pansements. Au bout de ce temps, il ne restait qu'une fistule insignifiante. Dès lors, tout appareil fut supprimé, bien que la fracture ne fût consolidée à aucun degré. Le malade resta donc au lit jusqu'au

moment de son entrée à l'Hôtel-Dieu, le 3 novembre 1902, dix mois après son accident.

L'examen révèle alors une atrophie considérable du membre inférieur gauche, avec un gonflement notable du genou, reliquat de l'hydarthrose traumatique. Ce membre est raccourci de dix centimètres. La cuisse, très amaigrie, présente des mouvements de fléau à son tiers supérieur. Sur la face externe on voit une cicatrice à bords irréguliers, avec un trajet fistuleux qui conduit sur l'os dénudé. L'extrémité du fragment supérieur, déjetée en dehors, est notablement hypertrophiée; le fragment inférieur, au contraire, se perd dans les parties molles au dedans du précédent. Pas de crépitation, même dans les mouvements étendus de la pseudarthrose, qui sont surtout marqués d'avant en arrière. Ces mouvements sont indolores.

La hanche, le genou, le cou de pied sont enraidis. Leurs fonctions n'ont d'ailleurs pas été utilisées depuis l'accident, le malade n'ayant marché qu'une fois et avec deux béquilles, sans appuyer le pied gauche par terre.

La radiographie montre qu'entre les deux fragments du fémur existent plusieurs esquilles, dont l'une volumineuse. Ces esquilles, séquestrées, entretiennent la fistule et constituent sans doute, avec l'interposition des parties molles, un des éléments de la pseudarthrose.

Le malade est placé pendant quinze jours en extension continue, ce qui ramène le raccourcissement à sept centimètres.

Le 22 novembre anesthésie à l'éther. M. Bérard arrive sur le foyer de la fracture par une incision sur la cicatrice externe. Il extrait facilement les esquilles isolées dans des fongosités suppurées et constate que des travées fibro-musculaires en voie de sclérose, mais non d'ossification, séparent encore les fragments. Il dénude d'abord le fragment supérieur en conservant le périoste, incise la lame fibreuse interposée entre les extrémités osseuses. Pour faciliter la dénudation du fragment inférieur il fait immédiatement une longue contre ouverture de drainage en arrière et en dedans de la cuisse, aborde ainsi le second fragment et, tandis que les aides font de l'extension continue, il tente lui-même la coaptation.

La juxtaposition n'est obtenue qu'après résection de un centimètre environ de chaque fragment. Cette résection est faite en V de façon que la pointe interne du fragment supérieur soit reçue dans l'encoche en V du fragment inférieur. Un fil métallique passé très facilement au moyen du foret, grâce à la présence des deux larges incisions, maintient l'os en place.

Pansement. Une large attelle plâtrée antéro-interne, comme celle qu'employait M. Ollier après les résections de la hanche, maintient le membre. Le malade est placé lui-même dans une gouttière Bonnet, avec extension continue.

Les suites opératoires furent des plus simples : une seule poussée de température à 39°5 le quatrième jour nécessite un pansement. Puis la courbe thermométrique retombe à la normale. Et, au bout de trois mois, la consolidation est parfaite.

Aujourd'hui, le malade se présente avec un membre solide, raccourci, il est vrai, de cinq centimètres dans son segment fémoral. Le pied est en bonne position. Le genou conserve un peu de laxité latérale, consécutive à l'hydarthrose ; les mouvements normaux antéro-postérieurs sont, au contraire, encore limités.

Durant sa convalescence, le malade a pris irrégulièrement de l'iodure. Et, pendant trois semaines, en janvier, on lui a administré une dose quotidienne de 40 centigrammes de thyroïdine, qu'il a bien supportée.

Une nouvelle radiographie du 25 février, permet de constater que les fragments sont restés coaptés ; on voit également le fil métallique encore en place. Autour de la solution de continuité apparaît une masse un peu sombre qui représente le nouveau tissu ostéo-périostique.

Le second malade est un homme de 60 ans, né à Paladru, sans antécédents pathologiques, qui entra, le 17 décembre 1901, à Saint-Sacerdos, pour une fracture oblique du tiers inférieur de la jambe droite.

La veille, cet homme était tombé de sa hauteur, dans

l'obscurité, avait tenté de se relever, malgré la douleur qu'il éprouvait, et était retombé du même côté.

Dès l'entrée, après examen, et avec toutes les précautions désirables, sous-anesthésie, la réduction est tentée; on applique une attelle plâtrée. Deuxième attelle vingt jours après.

Le 22 janvier, au bout de 35 jours, le plâtre enlevé, M. Bérard constate qu'il y a une grande déformation au niveau du foyer de la fracture. Le fragment supérieur du tibia a perforé de sa pointe les téguments. On mobilise facilement les fragments l'un sur l'autre sans obtenir de crépitation, mais en déterminant une certaine douleur. Le péroné, resté intact ou, déjà consolidé, fait attelle et s'oppose à des déplacements très étendus. Néanmoins, à la radiographie, on constate que les deux fragments du tibia sont dépourvus de tout contact, presque parallèles l'un à l'autre, avec un chevauchement de quatre centimètres.

Comme il est nécessaire de supprimer au moins la pointe osseuse sortie à travers les téguments, M. Bérard fait endormir le malade, se promettant bien de traiter, en même temps, la pseudarthrose, s'il constate une interposition musculaire.

Une incision cruciale sur le fragment supérieur permet d'aborder celui-ci, dont la pointe est sectionnée. Et alors on voit un surtout fibro-musculaire, sans trace d'ossification, engagé entre les fragments; ceux-ci sont dénudés de leur périoste, avec tout le ménagement possible, et la bande fibro-musculaire interposée est refoulée en arrière et en dehors du foyer de fracture. Ce foyer apparaît alors, irrégulier; chaque fragment, très oblique, a subi une rotation d'un quart de tour qui empêche toute coaptation. Il faut pour les juxtaposer l'un à l'autre, tailler au ciseau et au maillet, sur le fragment supérieur une lame osseuse oblique. Un fil à suture osseuse est placé avec le foret pour maintenir les os en contact, pendant que les aides pratiquent l'extension continue. Contre-ouverture de drainage sur la face postérieure de la jambe. Attelle plâtrée.

Les suites sont remarquablement simples. Et, quand

on fait le *premier pansement*, au bout de 30 jours, la consolidation est effectuée.

Le malade a pris, durant trois semaines, 30 centigrammes par jour de thyroïdine.

Une seconde radiographie, prise le 5 mars, montre les fragments accolés obliquement l'un à l'autre, avec le fil métallique qui les tient encore. Il y a un raccourcissement de 4 centimètres ; le pied droit est un peu dévié en varus équin. Mais il n'y a aucune douleur à l'appui par terre et, avec un soulier orthopédique, la marche s'effectuera aisément.

I.— En résumé, chez le premier malade, syphilitique et alcoolique, il s'agissait d'une pseudarthrose du fémur dans un foyer ancien de dix mois, infecté au moment même du traumatisme. Les causes de la pseudarthrose étaient multiples : d'une part, esquilles infectées formant sequestre, d'autre part, interposition fibro-musculaire. La coaptation après la taille des extrémités osseuses du V, se maintint fort bien, avec un seul fil métallique. La consolidation fut obtenue en moins de trois mois.

Chez le deuxième malade, vigoureux encore, mais âgé de 60 ans, la pseudarthrose, siégeant au tiers inférieur du tibia, était due à une interposition des parties molles.

Elle s'était constituée malgré un traitement rationnel de la fracture ; sans doute, l'interposition existait-elle déjà au premier jour, à la suite des efforts faits par le malade pour se relever. La taille oblique du fragment supérieur permit une coaptation assez étendue que l'on maintint par un fil métallique. En trente jours, sous un seul pansement, la consolidation fut complète.

II. — L'interposition fibro-musculaire d'emblée n'étant pas rare dans les fractures obliques du tibia, du type Gosselin, il serait utile de faire la radiographie de toutes ces fractures avant et après les premières tentatives de réduction, de façon à remédier à cette interposition soit par l'extension continue prolongée qui donne parfois de bons résultats, soit par une intervention sanglante, comme le préconise M. Tuffier.

III. — Chez le premier de ces deux opérés, M. Bérard a utilisé une pratique opératoire qui lui avait déjà servi

dans un cas semblable (1), et qui consiste, si l'on veut perforer facilement les fragments pour passer le fil métallique, à faire d'emblée deux larges incisions à chaque extrémité du diamètre du membre, à peu près en regard des fragments.

IV. — Les fils métalliques ont été laissés en place pour continuer l'irritation périostique productive du cal. Si, plus tard, ils sont mal tolérés et laissent une fistule persistante, rien ne sera plus simple que de les extraire.

M. Vincent demande si, dans le premier cas opéré par M. Bérard, la résection, assez étendue, puisqu'elle a amené un raccourcissement de 4 centimètres, n'eût pu être évitée par les tentatives de réduction, par exemple au moyen de la vis de Lorenz. Il est vrai, qu'au point de vue pratique, une diminution de longueur de 4 centimètres ne gêne pas sensiblement la marche.

Dans le deuxième cas, la coaptation des fragments était impossible : il fallait les aviver, ainsi que l'a fait M. Bérard. La suture osseuse ne doit pas être considérée comme devant exercer une coaptation définitive ; son but est de maintenir les deux fragments en contact ; une fois qu'il est atteint, on enlève la suture. Elle ne doit donc être que temporaire. Sur les jeunes enfants, M. Vincent a pratiqué plusieurs fois la suture osseuse et l'a enlevée, en moyenne, au trentième ou quarantième jour. Dans quelques cas — il s'agissait de fractures du coude ou de l'épaule — M. Vincent a laissé des fils perdus. La consolidation a été facile.

Dans certaines arthrites post-traumatiques on a souvent affaire à des fractures méconnues ; l'impotence fonctionnelle pourra être évitée si l'on pratique la suture osseuse. Avant la publication du travail de M. Tuffier, M. Vincent a fait de l'arthrotomie, de la suture osseuse et retranché les fragments inutiles.

M. Bérard. — Dans la première observation, j'ai dit que la résection, nécessaire pour coapter les fragments, n'a pas dépassé 1 centimètre sur chaque fragment. La vis de Lorenz, dont a parlé M. Vincent, n'aurait pu

(1) Voir *Bulletins de la Société de Chirurgie de Lyon*, novembre 1901.

être employée ; on a eu des accidents de déchirure des parties molles dans les tentatives de réduction faites même avec des moufles.

* * *

**GOITRE SUFFOCANT. — ISOLEMENT ET LUXATION DU GOITRE.
TRACHÉOTOMIE. — GUÉRISON COMPLÈTE.**

M. Gangolphe. — J'ai l'honneur de vous présenter un jeune garçon de 16 ans sur lequel j'ai pratiqué une opération absolument identique à celle que j'ai fait connaître il y a dix ans, et j'ajoute avec le même succès.

Ce jeune homme, né à Meys (Rhône), demeurant chez ses parents à Brandon (Saône-et-Loire), ne présente absolument rien de particulier au point de vue des antécédents, sauf en ce qui concerne l'affection actuelle. Depuis six mois, il tousse *comme un chien* ; présenté à M. Garel par M. Bernoud, on observe un goitre à peine notable avec augmentation de volume des deux lobes latéraux ; en l'entendant tousser, M. Garel affirme une compression bronchique ; on songe même à de l'adéno-pathie bacillaire. A la radioscopie, on note une opacité médiane rétro-sternale. A l'examen de la trachée par la méthode de Kilian, on trouve un rétrécissement et un aplatissement vers le quatrième et le cinquième anneau. On donne de la thyroïdine. Au bout de huit jours, on l'apporte dans mon service cyanosé et asphyxiant.

Je fais respirer un peu d'éther et j'incise les téguments sur la ligne médiane, peau, tissu cellulaire, aponévroses ; je cherche à isoler et à soulever le lobe gauche dont la corne inférieure plonge derrière le sternum.

De grosses veines, les thyroïdiennes inférieures, sont pincées et coupées ; je puis alors luxer complètement le lobe gauche et bien découvrir une trachée, qui est aplatie. Le sujet ne respire plus, mes aides font la respiration artificielle ; j'ouvre la trachée et je place une canule, aussitôt le visage se colore ; la cyanose disparaît et, en quelque minutes, la respiration se rétablit.

De même que pour mon premier opéré d'il y a dix ans

je ne touche pas au corps thyroïde. Je laisse dehors cette *aubergine* comme l'appelle fort exactement notre confrère et ami le Dr Géraud, et j'annonce qu'elle s'atrophiera vraisemblablement. Un point me préoccupe : c'est le rétablissement du calibre de la trachée ; je compte sur la jeunesse du sujet et l'emploi de la canule.

Les suites sont marquées par de la bronchite, avec fièvre pendant quelques jours.

Peu à peu le lobe hypertrophié diminue, se flétrit, disparaît, il ne reste plus que la canule : celle-ci est supprimée le 11 mars 1902.

Comme vous le voyez le sujet ne présente plus de goître et respire parfaitement. La voix a été troublée assez longtemps, car le récurrent gauche a dû être malmené quelque peu pendant les manœuvres, mais maintenant tout est normal.

La relation de ce fait, identique à celui que je rapportai il y a dix ans, et dont je montrai ici même les résultats éloignés, il y a deux ans, me dispense de tout commentaire.



PLEURÉSIE PURULENTE ANCIENNE, TRAITÉE ET GUÉRIE PAR LA RÉSECTION COSTALE ÉTENDUE. — CONSIDÉRATIONS SUR L'EMPLOI DE LA DÉCORTICATION DU POU MON.

M. Gangolphe. — J'ai l'honneur de vous communiquer un fait intéressant au point de vue de l'emploi de la décortication du poumon dans les pleurésies suppurées anciennes. Persuadé que j'aurais avantage à pratiquer l'opération de Delorme, à cause de l'ancienneté de la suppuration et de divers motifs que j'aurai à indiquer, je m'étais mis en devoir de faire un volet thoracique ; l'impossibilité absolue de le renverser sur sa charnière me décida à faire une très large résection costale.

Le résultat excellent que j'ai obtenu, aussi bien que les circonstances cliniques annexes, m'ont paru dignes d'être mentionnés.

Voici, du reste l'observation.

C... Alphonse, 25 ans. Père et mère bien portants; deux frères bien portants. Rien de particulier parmi les antécédents personnels; pas d'affections antérieures.

Il y a trois ans, le malade étant au régiment, fut vacciné; le vaccin prit; quinze jours après avoir été vacciné, le malade fut pris de frisson intense, claquement de dents, etc., et un abcès sous l'aisselle droite se déclara. L'adénite axillaire dura trois semaines, pendant lesquelles le malade eut de la fièvre, des frissons, etc. La suppuration fut abondante.

Après ces trois semaines, le malade reprit son service et, pendant les quatre mois qui suivirent, ne s'aperçoit plus en aucune façon de son affection ancienne.

Au mois d'avril, le malade ayant pris froid, rentra de nouveau à l'hôpital. A ce moment, il toussait, crachait peu, avait des points du côté gauche et de violents frissons. On fit le diagnostic de pleurésie. Au bout de deux mois, le malade étant un peu soulagé, partit chez lui en convalescence.

Examiné à nouveau par le médecin du pays, celui-ci pratiqua une ouverture au-dessous du sein gauche. Quelques jours après, reconnaissant que le pus ne s'écoulait pas assez facilement, il pratiquait une deuxième ouverture en arrière et en bas. Un mois après, cette deuxième ouverture était refermée, et il s'était créé, autour de la première, deux fistules secondaires.

Depuis cette époque les choses sont restées à peu près dans le même état; le pus continue à s'écouler par deux fistules, moins abondamment qu'au début; le malade n'a pas maigri, aurait même plutôt grossi; il ne tousse pas.

Actuellement, à l'examen on trouve d'abord que l'augmentation thoracique du côté gauche est de beaucoup inférieure à celle du côté droit; l'épaule gauche est légèrement abaissée. On trouve deux fistules situées à peu près au niveau des 5^e, 6^e et 7^e espaces intercostaux.

Les mouvements respiratoires n'existent plus du côté gauche.

A la percussion, on trouve une matité complète à gauche.

A la palpation, abolition des vibrations à la base.

A l'auscultation, on n'entend pas la respiration à la

base ; en haut la respiration est très soufflante. La voix, légèrement nasonnée, simule l'égophonie, qui ne semble pas exister très nettement.

On trouve une respiration supplémentaire dans tout le poumon droit.

Sous la clavicule gauche, on entend quelques râles secs, uniquement inspiratoires et à la fin de l'inspiration, ils sont superficiels.

Ces râles ne sont pas assez nets, cependant, pour permettre un diagnostic certain de bacillose pulmonaire.

Sous le triangle sus-claviculaire la respiration est parfaite.

Rien de particulier au cœur.

L'examen radioscopique ne donne que des renseignements vagues : on voit, à droite, les mouvements du diaphragme, à gauche obscurité complète.

Urine normale.

L'examen bactériologique du pus ne montre aucun bacille de Koch, seulement les microbes ordinaires de la suppuration.

J'avais entendu, avec le plus grand intérêt, la communication de M. Delorme, au dernier Congrès de Chirurgie ; d'autre part, j'avais lu les observations publiées démontrant, en général, l'efficacité de l'opération lorsque la tuberculose n'existait pas.

L'examen clinique et bactériologique étaient négatifs ; quant à la radioscopie, susceptible de fournir de très utiles renseignements sur la perméabilité et l'élasticité du parenchyme pulmonaire, d'après Delorme, on a vu qu'elle était restée muette. Je pensais pouvoir utilement employer la décortication du poumon.

Opération. — Le 6 décembre 1901, le malade est anesthésié à l'éther ; je trace un volet thoracique à base axillaire. La résection costale portant sur les 4^e, 5^e, 6^e, 7^e, 8^e, 9^e côtes ne nous donne aucune mobilité. La sclérose et l'épaississement de la paroi thoracique sont tels que la section des vaisseaux intercostaux ne donne absolument pas de sang. Des noyaux indurés, de consistance fibrocartilagineuse, péri-pleurâux, d'autres intra-musculaires sont excisés, tout cela en vain. Si je voulais voir et aborder le poumon, il me fallait extirper non seule-

ment les côtes, mais la plèvre, les muscles, le tissu cellulaire : la peau seule serait restée.

Bien que l'on ait obtenu, dit-on, des succès en procédant ainsi, je préférerais m'en tenir à une très large résection costale.

C'est ainsi que j'extirpai au moins 0,10 centimètres des 5^e, 6^e, 7^e, 8^e, 9^e côtes et 0,05 centimètres de la 4^e ; malgré cela la paroi, ainsi désossée, était si résistante que je me demandais si j'aurais un succès. Drainage au moyen de gros drains ; sutures.

Les suites furent simples, marquées seulement par un suintement très abondant.

Je fis faire des lavages de la cavité au moyen d'eau oxygénée faible, et je diminuai peu à peu le volume des drains dont je prolongeai l'usage pendant 2 mois 1/2.

Aujourd'hui le malade se prépare à quitter le service, complètement guéri, ayant engraisé de 15 kilogs. Le côté opéré, déjà très déformé avant, présente, comme vous le voyez, un aplatissement considérable. Quant au poumon, dont je n'ai fait qu'essuyer la surface pendant l'intervention, au moyen de gros tampons, il a repris ses fonctions, autant, du moins, que le permet la cavité, réduite dans laquelle il est maintenant logé.

Quelles conclusions peut-on tirer de ce fait ?

D'abord nous avons pu constater l'impossibilité matérielle de pratiquer le renversement du volet thoracique et, par suite, d'aborder le poumon pour le décortiquer. La radioscopie permettait de prévoir cet obstacle, en raison de l'opacité constatée. L'opération de Delorme rencontre là une contre-indication des plus nettes. Faut-il aller plus loin et supprimer toute la paroi, à l'exception des téguments ? J'avoue ma répugnance à l'égard d'une mesure aussi radicale ; il est certain que la gravité opératoire est considérablement augmentée, et puis, comment seront protégés les organes intra-thoraciques ? Sur mon opéré, j'avais poussé ma résection costale jusqu'à la limite du péricarde.

Le résultat excellent, obtenu par la simple résection très étendue, opération facile et bénigne, permet de poser en principe qu'elle doit toujours précéder la décortication.

M. Nové-Josserand fait remarquer le rôle de l'expiration dans le déplissement du poumon. On sait que l'air contenu dans les poumons subit des modifications de pression aux différents temps de la respiration.

Cette pression devient négative au moment de l'inspiration, positive au moment de l'expiration. Dans ce dernier acte, le poumon normal, sous l'action de la paroi thoracique et du diaphragme, se rétracte ; il y a alors pression positive intra-pulmonaire, tandis que le poumon malade, séparé de la paroi thoracique et du diaphragme, se dilate, la pression intra-pulmonaire étant supérieure à la pression atmosphérique.

Sur un enfant atteint d'empyème ancien, avec rétraction du poumon, il a observé qu'une coqueluche intercurrente avait déterminé le déplissement du poumon.

M. Vincent. — Chez les enfants atteints de pleurésies purulentes les ressources sont inespérées. Il n'est souvent pas nécessaire de faire de résection costale, la pleurotomie suffit. On peut attendre un an ou deux, ou trois avant de pratiquer la résection costale. Celle-ci permet la régénération osseuse ; d'ailleurs l'ampliation pulmonaire se fait.

M. Goullioud a eu l'occasion de pratiquer l'opération de Delorme. Il a fait une longue ouverture thoracique et put, grâce à un plan de clivage, décortiquer le poumon. Les suites opératoires ont été simples, sauf dans un cas où il y eut du choc et quelques troubles cérébraux.

M. Gangolphe. — Dans mon observation, l'épaisseur de la paroi thoracique a empêché la mobilisation du volet. Fallait-il faire un Schede ? Je ne me suis pas arrêté à cette idée ; c'eût été compliquer un acte opératoire déjà assez long ; d'ailleurs, j'espérais obtenir l'effondrement de la paroi, étant donnée l'étendue des résections costales. C'est ce qui s'est réalisé.

Chez les enfants j'ai pu voir aussi que la pleurotomie seule a suffi, sans amener de déformation secondaire.

M. Siraud. — J'ai eu l'occasion de pratiquer deux fois l'opération de Delorme. Dans le premier cas, il s'agissait

d'un jeune homme de 25 ans qui, étant au régiment, fut atteint d'une pleurésie purulente gauche méta-pneumonique. Celle-ci s'ouvrit spontanément au dessous de la pointe du cœur et, depuis deux ans que la fistulisation s'était produite, la suppuration restait constante et très abondante.

Quand j'opérai ce malade, il était très amaigri, avait les doigts hippocratiques, de l'affaissement de la paroi thoracique gauche et de la scoliose de compensation ; mais il ne s'était jamais produit d'hémoptysies, et l'examen du pus montra qu'il contenait exclusivement des staphylocoques et des pneumocoques en grande quantité. J'insiste sur ces détails bactériologique, car ils ont leur valeur au point de vue opératoire.

A l'auscultation, on percevait en avant et en arrière du poumon, dans le quart supérieur du poumon gauche, une respiration puérile. Sur le reste du champ pulmonaire, silence respiratoire absolu.

L'intervention consista à mobiliser un lambeau thoracique ostéo-cutané depuis la neuvième jusqu'à la septième côte gauche. Par l'ouverture on put voir que le poumon ratatiné, de consistance dure, entouré de fausses membranes fibrino-purulentes, était rétracté en haut et en dedans de la cavité thoracique, contre la colonne vertébrale. Après un assèchement de la cavité pleurale, fait au moyen de tampons de gaze, je pus obtenir, simplement avec les doigts et une pince à dissection, la dilacération de la coque fibrino-purulente péri-pulmonaire. Toutefois, ces manœuvres, bien que faites avec modération (car je n'employai pas l'expression du parenchyme pulmonaire, comme le conseille Delorme), déterminèrent une alerte respiratoire et cardiaque assez vive ; mon malade eut brusquement des irrégularités du pouls, de la cyanose et une respiration saccadée, des hoquets respiratoires, tous phénomènes qui coïncidèrent nettement avec l'instant où l'on pratiquait les manœuvres de décortication pulmonaire.

Le déplissement du poumon ne fut que partiel, localisé exclusivement aux points où la coque avait été enlevée complètement.

Les suites opératoires furent simples : le malade guérit

sans aucun incident au bout d'un mois ; il n'y eut aucune fistule, et le fait le plus remarquable de cette observation, c'est que le déplissement à peine ébauché lors de l'intervention, se fit progressivement, et spontanément dans les cinq ou six jours qui suivirent l'acte opératoire.

Le second cas de décortication a trait à une enfant de 12 ans, atteinte depuis un an et demi d'un empyème droit et fistulisé. Cette fillette, soignée à la Charité, dans le service de M. Weill, présentait une rétraction partielle du poumon, lequel avait contracté dans sa moitié supérieure des adhérences avec la paroi thoracique. La respiration s'entendait à ce niveau ; la partie inférieure du poumon, non déplissée, plongeait dans une cavité pleurale, purulente, d'assez grandes dimensions. Un volet thoracique ostéo-cutané, me permit d'aborder le poumon au niveau de cette cavité et d'en opérer la décortication, facilement, sans incidents. Toutefois, l'enfant avait perdu un peu de sang, tant au niveau du poumon décortiqué qu'au niveau de la brèche thoracique. Six heures après l'intervention, elle succombait ; auparavant, j'avais pu constater de la petitesse et de la fréquence du pouls, de l'angoisse respiratoire, de la décoloration des téguments, des soubresauts, de l'agitation et du délire.

Il serait intéressant de savoir, au point de vue de la décortication, comment la plèvre réagit en présence des espèces bactériennes. Il y a, en effet, des empyèmes chroniques plutôt qu'un empyème chronique ; les variétés sont les empyèmes à pneumocoques, à stéptocoques et à bacilles tuberculeux. Quelquefois la pleurésie purulente est due à des associations microbiennes diverses, plus rarement au bacille d'Eberth, de Friedlander, ou au staphylocoque seul.

Toutes ces espèces bactériennes ne produisent pas une réaction identique sur la plèvre ; les unes forment un pus visqueux, épais, étalé en magma à la surface de la séreuse ou collecté au fond de la cavité. La plèvre a peu de réaction, peu de tendance à l'organisation de cette fausse membrane. Ainsi se comporte la séreuse en présence du pneumocoque. D'autres infections produisent une coque périculmonaire plus ou moins épaisse, plus

ou moins bien organisée par de la fibrine, du tissu connectif jeune, des capillaires embryonnaires. C'est à ce stade formatif qu'arrivent les microbes vulgaires de la suppuration.

L'ancienneté des lésions, certaines infections et, notamment, la tuberculose pleuro-pulmonaire, tendent à l'organisation fibreuse et vasculaire de la coque pleurale. En pareil cas se constitue une coque dense, adhérente au parenchyme pulmonaire, comblant les scissures normales, à tel point que même sur la table d'amphithéâtre, elle ne peut être enlevée.

C'est à ces conclusions qu'arrivent les études anatomo-pathologiques de Péron (1), Cestan (2), Augros (3) et Duplan (4). En compulsant les observations de décortication pulmonaire, la confirmation de ces données anatomiques s'impose : les empyèmes para ou métapneumoniques se décortiquent facilement et guérissent, car on obtient le déplissement du poumon. Les empyèmes tuberculeux donnent, au contraire, des succès certains. Augros cite, dans sa thèse, l'observation d'un malade opéré par M. Jaboulay et chez lequel la décortication fut impossible : la coque faisait corps avec le poumon ; celui-ci se déchirait, se fragmentait et saignait.

Il semble donc que, de l'examen des faits, on puisse déduire cette conclusion : tous les empyèmes chroniques sont justiciables du procédé de Delorme, sauf les empyèmes tuberculeux. Les autres variétés donnent des résultats opératoires tantôt immédiats, tantôt éloignés, mais généralement bons.

CANCER DE L'UTÉRUS. — HYSTÉRECTOMIE VAGINALE. — RÉCIDIVE SOUS FORME KYSTIQUE

M. G. Gayet présente la malade. Agée de 50 ans, elle a commencé à souffrir il y a deux ans, et à présenter des pertes rouges fréquentes, plusieurs mois après la méno-

(1) PÉRON. — *Archiv. de Médecine*, 1896.

(2) CESTAN. — *Ibid.*, 1897-1898.

(3) AUGROS. — Thèse de Lyon, 1898.

(4) DUPLAN. — *Province Médicale*, 1900.

pause. Elle avait gardé, cependant, un bon état général lorsqu'elle se présenta à la Charité, dans le service de M. A. Pollosson, alors suppléé par M. Bérard. A l'examen, on reconnut un col utérin bourgeonnant d'aspect franchement néoplasique. M. Bérard pratiqua, le 7 mars 1901, l'hystérectomie vaginale. L'utérus en mains, on se rendit compte que le corps et la cavité n'étaient pas envahis. La malade sortit guérie le 6 avril après avoir donné quelques inquiétudes post-opératoires par suite de phénomènes d'occlusion intestinale.

L'été suivant fut tranquille; mais, au milieu de novembre reparurent des pertes blanches; la malade se plaint de douleurs abdominales et lombaires, surtout accentuées pendant la miction. Elle rentre dans le service le 7 janvier 1902. Par le toucher vaginal on sent une tumeur au niveau du dôme du vagin; il y a là un bourrelet circulaire dont la circonférence est d'une pièce de 5 francs environ. Le palper abdominal délimite la tumeur à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic; elle est mobilisable, mais son implantation vaginale est fixe. Miction facile, plutôt gêne dans la défécation. Pas de troubles généraux; la malade a gardé un embonpoint notable.

Le diagnostic resta quelque peu hésitant; on pensa à une récurrence ou à un kyste de l'ovaire, la tumeur présentant une fluctuation profonde.

M. A. Pollosson voulut bien me confier le soin d'opérer cette malade.

Le 25 janvier 1902, laparotomie médiane. La tumeur, mise à jour, se présente comme un kyste de l'ovaire. Il y a un peu d'ascite sanguinolente. La ponction donne issue à un liquide séro-hématique. La poche est ensuite disséquée assez laborieusement, car il y a plusieurs adhérences intestinales; la tumeur ne peut être élevée, fixée qu'elle est au fond du vagin et adhérent fortement au rectum. Ne pouvant enlever toute la poche, on la résèque, laissant une cupule de 5 à 6 centimètres de hauteur dont la face interne est soigneusement cautérisée au thermo-cautère, puis perforée en son milieu pour le passage d'un drain abdomino-vaginal. On laisse un tamponnement à la Mikulicz et on referme partiellement le ventre.

Les jours suivants, un peu de température due à la suppuration de la suture musculaire qu'on dut faire sauter. Il y eut aussi, au 20^e jour, une fistule recto-vaginale qui paraît devoir se fermer spontanément. Le 16 mars, la malade est sortie guérie.

La pièce avait bien l'aspect d'un kyste de l'ovaire multiloculaire, à parois végétantes, donnant l'impression de malignité. Un fragment en fut envoyé, pour l'examen, au laboratoire de la Faculté. Voici la réponse que M. Paviot a eu l'obligeance de nous transmettre :

« Sur les coupes, on peut affirmer qu'il s'agit d'une récurrence de la première tumeur enlevée et non d'un kyste de l'ovaire. En effet, sur la paroi qu'on nous envoie, sur chacune de ses faces on voit de grosses formations pleines, sous forme de masses allongées perpendiculairement à la paroi. Ces masses cellulaires offrent, à la périphérie, une ligne continue d'épithélium cubique, et tout le reste de la masse est formé de cellules polygonales ou polymorphes à gros noyaux; ces formations sont pleines; elles présentent une nappe de tissu myxoïde mince qui les sépare du plein de la paroi. Celle-ci est formée surtout de fibres lisses; elle paraît continue; on n'y voit apparaître aucune cavité plus petite, comme cela se voit dans les tumeurs kystiques. En somme, selon toute probabilité, récurrence d'une tumeur du corps utérin. »

Cette observation nous a paru intéressante par la forme de cette récurrence, simulant tout à fait le kyste de l'ovaire. On peut se demander s'il s'agit d'une prolifération à type singulier d'une parcelle d'utérus laissée par l'hystérectomie vaginale ou greffée dans la cicatrice, ou bien si la récurrence s'est formée en plein ovaire. Pour résoudre la question, il eût fallu pouvoir pratiquer des coupes en différents points de la tumeur.

En tout cas, il est fâcheux pour la malade que cet aspect macroscopique de sa tumeur ait fait croire à un kyste ordinaire, car, si l'on avait cru à une récurrence au cours de l'opération, on eût pu s'attacher à enlever complètement toute la poche dont les vestiges seront probablement le point de départ d'une nouvelle récurrence.

Séance du 10 avril 1902. — Présidence de M. GAYET.

TUMEUR DE L'AMYGDALE ENLEVÉE PAR LA VOIE EXTERNE

M. Albertin présente une malade opérée par lui d'une tumeur de l'amygdale enlevée par la voie externe. Ce cas a fait le sujet d'une communication précédente; la cicatrisation est aujourd'hui complète et la palpation ne révèle pas actuellement de récurrence ganglionnaire. M. Albertin insiste sur la rapidité de la guérison, qui s'est réalisée sans fistule, malgré l'absence de suture nécessitée par l'obligation de laisser tout ouvert pour assurer un large drainage.

M. Vallas. — J'ai eu à opérer des cas à peu près semblables à celui que présente M. Albertin et je ne suis pas surpris par l'absence de fistulisation. Les fistules ne surviennent que lorsqu'il y a eu de véritables pertes de substance. Quant à la nécessité de laisser tout ouvert pour assurer le drainage, je pense qu'il est préférable, au contraire, de suturer autant que possible les plaies muqueuses pour isoler la plaie cervicale de la cavité buccale. Depuis longtemps, dans les grands délabrements opératoires de la bouche, j'utilise des sutures perdues au catgut, destinées à supporter les surfaces muqueuses.

* * *

PROSTATECTOMIE PÉRINÉALE DANS L'HYPERTROPHIE PROSTATIQUE

M. Rochet pratique la prostatectomie périnéale d'après le manuel opératoire suivant :

Incision bi-ischiatique transversale légèrement concave en arrière. Le tissu cellulaire traversé, on incise, ou mieux on sépare avec les doigts l'intrication des fibres des releveurs et on pénètre à travers elle jusqu'à la prostate. Le rectum est refoulé en arrière par une longue et large

valve. A ce moment, le malade est placé de telle sorte que le périnée regarde le plafond, et la prostate, de cette façon, apparaît en plein jour. Un cathéter cannelé est placé dans l'urèthre, et sur lui on incise verticalement la prostate de façon à ouvrir tout l'urèthre prostatique. On saisit, avec une pince de Museux, par sa tranche cruentée, l'une des deux lèvres de la section prostatique et on libère le tissu glandulaire de sa capsule; avec la sonde cannelée par des tractions et des décollements sous-capulaires, on arrive bientôt à libérer l'une des moitiés de la prostate qui ne tient plus bientôt que par sa portion adhérente à la vessie. La séparation, à ce niveau, est un peu plus difficile. La même manœuvre est répétée sur l'autre moitié de l'organe.

Un point de l'ablation prostatique est particulièrement intéressant. Il est illusoire de prétendre respecter la muqueuse uréthrale, son décollement est impossible et on en arrache toujours des lambeaux; l'événement montre qu'il n'y a là aucun inconvénient. Le doigt est introduit dans la vessie et recherche s'il reste quelques débris glandulaires qu'on enlève avec soin. Deux tubes drainent la vessie par le périnée et permettent l'écoulement de l'urine. La plaie, un peu rétrécie, est bourrée de gaz.

M. Rochet n'a eu aucune mort opératoire. Un de ses malades est mort deux mois après l'opération qu'il avait très bien supportée, malgré une cachexie avancée, un état très grave, des œdèmes, etc.

Un second malade, atteint de dyspnée grave, va très bien à l'heure actuelle. Il avait subi une castration double et sa prostate, probablement grâce à cette opération, était dure et scléreuse.

Un troisième malade avait de la fièvre et des douleurs, l'opération a fait cesser ces phénomènes et le malade est en excellent état.

M. Rochet considère que ces cas sont encore trop récents pour qu'on puisse parler de résultats définitifs; il serait intéressant, notamment, de voir ce que deviendra la miction au bout de quelques mois.

Il insiste sur le peu de gravité de cette opération que supportent très bien les malades, même cachectiques.

De toutes les interventions dirigées contre le prosta-

tisme, c'est de beaucoup la plus rationnelle et elle doit être radicale. Il préfère la voie périnéale à la voie recto-périnéale qui semble prédisposer à l'infection et aux fistules.

M. Jaboulay se réserve de prendre la parole, à propos de cette communication, dans la prochaine séance.

* * *

PÉRIOSTITE TUBERCULEUSE BILATÉRALE SYMÉTRIQUE DES DEUX TIBIAS, A FORME ANORMALE SIMULANT LA SYPHILIS TERTIAIRE.

M. Villard. — J'ai l'honneur de vous présenter un malade porteur d'une lésion curieuse des deux tibias, lésion dont la véritable nature nous a été révélée seulement par l'examen histologique. Il s'agit d'un jeune homme de 21 ans, sans histoire pathologique antérieure; il nie formellement la syphilis et, d'ailleurs, un examen attentif ne révèle sur lui aucun stigmate de cette diathèse.

Quoiqu'il en soit, à son entrée à l'hôpital, on constatait :

A droite : une hypertrophie considérable du tibia dans ses 2/3 supérieurs. L'os était doublé de volume, renflé en fuseau. La percussion ne réveillait pas de douleur appréciable. Aucune adhérence de la peau aux plans profonds.

A gauche : la peau était ulcérée, sur une surface comme la paume de la main. Les bords de cette ulcération étaient de contours irréguliers, polycycliques, taillés à pics. Le fond apparaissait bourbillonneux. L'exploration ne permit pas de reconnaître de fistule. La peau présentait, autour de l'ulcération, une coloration violacée, allant en s'atténuant pour se confondre bientôt avec la coloration du tissu sain. Le tibia était également le siège d'une hypertrophie qui paraît concentrique. Sa surface, cependant, plus irrégulière, présentait des points plus sensibles à la palpation profonde. Adénite inguinale sans caractère.

L'aspect de l'ulcération, la bilatéralité et la symétrie de l'hypertrophie osseuse, le caractère nocturne des dou-

leurs et la lenteur de l'évolution semblaient presque imposer le diagnostic de syphilis. L'état général parfait et la constitution athlétique du sujet faisaient, d'autre part, écarter toute idée de tuberculose. Le malade fut montré à M. le Dr Gailleton, qui confirma le diagnostic de syphilis.

Le traitement spécifique fut donc appliqué, énergique — 6 gr. d'iodure, frictions mercurielles — et prolongé pendant un mois ; non seulement il demeura inefficace, mais encore sous son influence, on assistait à l'extension rapide de l'ulcération.

Devant cet échec de la médication, je me décidai à intervenir sur le côté ulcéré, le gauche. Une incision de 10 centimètres, pratiquée sur la face antérieure de la jambe, mit à découvert une masse de tissu lardacé, offrant une certaine résistance au bistouri. Ce tissu néoformé constituait une gaine au tibia ; adhérent au périoste, il semblait n'être que celui-ci considérablement augmenté de volume — son épaisseur était de 3 cent. au moins — de plus de sa périphérie partaient des prolongements qui infiltraient les espaces intermusculaires.

Le périoste tibial décollé à l'aide du détache-tendon, j'excisai cette gangue périostique. L'os était d'aspect normal bien que très volumineux. A l'aide de la gouge et du maillet je fis une trépanation de la diaphyse, qui montra l'intégrité de la cavité médullaire. En aucun point, pas plus sur les tissus périostiques que dans le canal médullaire, je n'ai trouvé de production pouvant faire penser à la tuberculose. Même après l'intervention, le diagnostic demeurait hésitant quant à la nature de la lésion.

L'opération fut terminée par l'excision de toute l'ulcération, et la suture fut faite sur une mèche de gaze, placée là pour le drainage.

Les suites opératoires furent simples. Un mois et demi après l'intervention, le malade marchait, ne souffrait plus. Actuellement la cicatrisation est parfaite. Il faut dire, cependant, que l'hypertrophie tibiale ne s'est pas modifiée. A droite l'état est ce qu'il était.

L'examen histologique, pratiqué par M. le Professeur agrégé Paviot, a été pour nous une surprise, car l'affection pour laquelle il entra à l'hôpital avait débuté il y a un an.

Sans traumatisme aucun cet homme a commencé à éprouver, dans le tiers supérieur de son tibia droit, des douleurs particulièrement violentes la nuit, ou à la suite de fatigues. Six mois environ après, ses douleurs sont devenues bilatérales, occupant à gauche un siège parfaitement symétrique. Mais, tandis qu'à droite la lésion respectait le tégument, à gauche l'évolution se faisait plus rapidement, la peau envahie ne tardait pas à s'ulcérer.

Il a conclu nettement à la nature tuberculeuse de ces productions périostiques.

M. Paviot a constaté, sur l'un des fragments prélevés, l'existence de follicules tuberculeux très caractéristiques. Sur le second seulement, des lésions d'artérite et de sclérose qui lui permettent également d'affirmer le caractère bacillaire de la lésion.

Ce cas me semble devoir attirer l'attention à plusieurs points de vue. Tout d'abord, en raison de la forme clinique de cette périostite tuberculeuse simulant à s'y méprendre l'ostéomyélite gommeuse tertiaire et, de fait, malgré l'échec du traitement spécifique, il a fallu les résultats précis de l'examen histologique pour permettre de songer à l'évolution de la tuberculose.

Le deuxième point intéressant est la forme anatomopathologique de cette périostite tuberculeuse. En fait, la tuberculose retentit peu habituellement sur le périoste, et n'aboutit pas à des épaisissements aussi énormes que ceux que j'ai constatés chez mon malade. Enfin l'intégrité absolue de l'os sous-jacent me paraît aussi un fait exceptionnel dans l'histoire des tuberculoses osseuses et mérite d'être signalée.

M. Fochier ne veut nullement mettre en doute les conclusions histologiques de M. Paviot, mais, pour lui, il ne peut admettre l'origine tuberculeuse des lésions présentées par le malade de M. Villard; il s'agit, malgré tout, très probablement de lésions spécifiques.

M. Horand croit, lui aussi, qu'une fausse interprétation histologique a dû avoir lieu, car la symétrie des lésions, leur caractère lui fait admettre l'origine syphilitique des accidents. Le traitement mixte a-t-il été

rigoureusement appliqué? A-t-on pratiqué des injections de calomel? Enfin, quand bien même le traitement spécifique aurait échoué, il ne serait pas convaincu, car certaines lésions syphilitiques résistent au traitement. En tous cas, il serait d'avis de continuer, chez ce malade, le traitement mixte, car à droite, la tuméfaction osseuse persiste.

M. Villard ne s'étonne pas des objections qui lui sont faites, car il a longtemps considéré ce malade comme un syphilitique; il estime pourtant qu'il faut revenir de cette opinion. En effet, il lui semble difficile d'admettre la spécificité des lésions osseuses présentées par son malade. Cet homme nie la syphilis, et on n'en trouve pas de traces chez lui; les lésions se sont rapidement aggravées, sous l'influence de 6 grammes d'iodure par jour et de frictions mercurielles quotidiennes, traitement régulièrement suivi pendant plus d'un mois; et, enfin, il faut, malgré tout, tenir compte du résultat de l'examen histologique qui a démontré, dans les exsudats périostiques, l'existence nette de follicules tuberculeux et de cellules géantes.

M. Bérard ne veut nullement mettre en doute les conclusions fournies par l'examen anatomo-pathologique; il reconnaît pourtant que, dans certaines circonstances, les résultats peuvent en être difficiles à interpréter sûrement.

Séance du 17 avril 1902.

OPÉRATION DE DELORME

M. Ruotte. — A propos de la communication de M. Gangolphe, je désire vous apporter une observation personnelle d'opération de Delorme et vous faire part, en quelques mots, des réflexions que m'a inspirées cette intervention, malgré l'échec thérapeutique qui l'a suivie.

Il s'agit d'un jeune soldat du 99^e d'infanterie, âgé de 22 ans, entré à l'hôpital Desgenettes, le 4 mai 1900, pour pleurésie gauche.

Originaire de la Corse, il n'avait, dans ses antécédents héréditaires ou personnels, rien qui fût susceptible d'être noté.

Il se sentait un peu fatigué depuis le 26 avril, mais il n'avait pas interrompu son service. Le 3 mai, il ressentit un point de côté, eut quelques frissons et fut envoyé à l'hôpital dès le lendemain.

A son entrée, on constata un épanchement remontant à l'angle de l'omoplate ; la respiration, gênée par la douleur, avait une fréquence de 35 à la minute, le pouls battait à 85 et la température était à 38°5.

Je passerai rapidement sur l'évolution de cette pleurésie qui fut ponctionnée neuf fois jusqu'au 11 juillet. Toujours l'épanchement était constitué par de la sérosité absolument limpide et transparente.

Les 11 juillet, le liquide ayant paru louche, on pratiqua, dans le tissu cellulaire sous-cutané, une injection de sérum gélatiné, injection qui fut renouvelée le 13 juillet. Disons tout de suite que, malgré la reproduction rapide de l'épanchement, il fut absolument impossible de déceler le moindre bacille de Koch, soit dans la sérosité elle-même, soit dans les quelques crachats expectorés par le

malade. Du 13 au 20 juillet se produisit une amélioration qui fit croire un instant à la guérison, mais à cette date, la température s'étant élevée à 39°, une ponction donna du liquide franchement purulent.

L'empyème est pratiqué de suite entre la 7^e et la 8^e côte et donne issue à une grande quantité de pus ; l'examen bactériologique ne fait reconnaître que des diplocoques et des microcoques tétragènes.

Malgré un large drainage, la suppuration persiste et l'état général ne se relève pas ; le malade maigrit rapidement.

Le 13 septembre, nous pratiquons la résection de huit centimètres de la 8^e côte, pour établir un drainage plus complet. Malgré cela, l'état reste mauvais et l'examen de l'urine fait reconnaître une notable quantité d'albumine.

L'examen pratiqué par la brèche résultant de la résection de la 8^e côte montre que la cavité suppurante comprend toute la plèvre. Le poumon est ratatiné contre la colonne vertébrale et ne présente aucun mouvement d'expansion, ce que confirme l'examen radioscopique.

Le 29 septembre, nous entreprenons l'opération de Delorme. Le volet que nous délimitons est énorme ; son bord supérieur est parallèle au bord supérieur de la 2^e côte, son bord inférieur longe le bord supérieur de la 9^e côte, prolongeant en avant l'incision de la résection de la 8^e ; le bord libre correspond à peu près à la ligne des articulations chondro-costales ; le bord adhérent qui doit faire charnière est rejeté le plus en dehors possible. Pour permettre le renversement du lambeau, nous pratiquons, au niveau de ce bord adhérent, sur les 2^e, 3^e, 4^e, 5^e, 6^e, 7^e côtes, une résection d'environ un centimètre et demi à deux centimètres, au moyen d'incisions parallèles aux côtes et situées dans chaque espace intercostal ; chaque incision nous permet de réséquer l'étendue nécessaire de chacune des côtes sus et sous-jacentes. Une fois ces résections terminées, nous incisons les bords supérieur et inférieur, d'un seul coup, en prenant toute l'épaisseur de la paroi thoracique dans un seul lambeau ; sur le bord antérieur, après section des parties molles, nous sectionnons rapidement les côtes ou les cartilages à la pince coupante et relevons vivement notre lambeau, qui

pivote et se renverse en dehors avec la plus grande facilité ; les intercostales ne donnent pas, et c'est à peine si nous avons à mettre deux ou trois pinces sur quelques petits vaisseaux qui viennent de la mammaire interne.

Nous avons un jour considérable qui nous permet d'inspecter tout à notre aise la cavité pleurale et d'y manœuvrer avec la plus extrême facilité. La plèvre pariétale, épaissie, tomenteuse, suppurante, est d'abord nettoyée à la curette mousse et avec des tampons, puis nous passons à la recherche du poumon qui apparaît comme une masse grisâtre, plaquée contre le rachis, et absolument immobile. Sur cette masse nous commençons, tout à fait à son sommet que le doigt a pu libérer et contourner, une incision verticale, très prudemment avec la pointe du bistouri ; on incise une lame de tissu grisâtre, saignant et, après quatre à cinq minutes, on parvient sur une couche noire qui est certainement le tissu pulmonaire ; l'incision prolongée, nous trouvons un plan de clivage qui nous permet de décoller facilement la coque superficielle ; les bords de l'incision s'écartent rapidement ; avant de la prolonger jusqu'en bas, nous en pratiquons une autre, tout à fait en arrière, séparée de la première par un espace de deux à trois centimètres.

Les deux incisions prolongées, et les bords décollés, nous voyons le poumon se dilater et élargir considérablement les deux incisions ; nous décortiquons ensuite aisément la longue lanière qu'elles délimitent ; la seule difficulté fut pour décortiquer le lobe inférieur ; cependant nous avons vite reconnu le péricarde, et libéré ce lobe presque en totalité.

L'écoulement sanguin, dans cette intervention, fut presque insignifiant et aucune ligature vasculaire ne fut nécessaire. Le lambeau, rabattu, fut suturé par des fils métalliques prenant toute l'épaisseur. Comme la 9^e côte faisait avec le diaphragme un sinus à parois rigides, elle fut réséquée sur une étendue de sept à huit centimètres, à la fin de l'opération et deux gros drains furent disposés dans la plèvre, sortant par cette incision située au point le plus déclive.

Le malade n'eût pas de choc, la fièvre ne se ralluma pas, mais son état général était trop mauvais ; il continua

à avoir de l'albumine dans l'urine et mourut le 18 octobre. A l'auscultation on avait entendu la respiration se rétablir peu à peu dans presque toute l'étendue normale.

A l'autopsie il fut impossible de trouver la moindre trace de tuberculose ; le poumon, distendu, occupait presque toute la cavité pleurale, sauf une petite poche vide à la partie inférieure. Correspondant au lobe inférieur dont la décortication n'avait pas été complète, les deux reins présentaient des lésions de néphrite avec des points de dégénérescence amyloïde.

A propos de cette intervention, je dirais tout d'abord que je me suis servi de l'éther comme anesthésique. Lors de la première résection costale, étant donné l'état de la respiration qui ne se faisait que par le poumon droit, j'avais employé le chloroforme ; j'eus une alerte telle que je dus faire des tractions de la langue pendant plus de quinze minutes ; sitôt que je les suspendais, la respiration s'arrêtait immédiatement. Dans la seconde intervention, l'éther fut parfaitement supporté et ne donna lieu à aucun incident. Comme manuel opératoire, il faut distinguer deux temps : la formation du volet et la décortication ; le premier doit être conduit très vivement, de façon à avoir le temps de consacrer à la décortication tous les soins nécessaires, sans prolonger outre mesure la durée de l'opération ; le volet doit être taillé d'emblée dans toute la paroi et, si l'on perd quelque temps en réséquant des fragments de côte pour former la charnière, au lieu de les sectionner simplement, nous croyons qu'on le regagne bien par la facilité avec laquelle on rabat le lambeau libéré ; si on se bornait à une simple section, on pourrait être gêné, au cas où les sections ne seraient pas exactement sur la même ligne. Il n'y a pas à se préoccuper outre mesure de l'hémorrhagie ; sectionnées à la partie antérieure, les intercostales ne donnent pas, fait déjà signalé par d'autres opérateurs.

Je ferai remarquer la facilité de la décortication dans ce cas ; rapproché de l'absence absolue de lésions tuberculeuses, ce fait confirme les remarques faites au sujet de l'état différent de la plèvre et des poumons chez les tuberculeux et chez les non tuberculeux.

A propos de l'indication opératoire, on me fera peut

être remarquer que cette pleurésie n'était pas très ancienne et qu'une autre intervention, moins grave, moins longue, telle qu'une résection costale, aurait pu suffire. Je répondrai qu'il n'existait aucun mouvement d'expansion du poumon, ce qui s'explique bien, puisque l'incision de la coque nous a montré qu'elle avait une épaisseur de plusieurs millimètres, et surtout que la cavité pleurale toute entière suppurait abondamment et que là était le danger. Si on voulait avoir quelques chances de réussite, il fallait au plus vite supprimer cette immense cavité et le meilleur moyen était justement de mobiliser ses deux parois : thorax d'un côté, poumon de l'autre ; les suites nous ont montré que nous étions encore arrivé trop tard, et nous sommes bien convaincu que, si la décortication avait été faite plus tôt, elle aurait amené la guérison du malade ; nous croyons qu'il faut suivre absolument les conseils de Delorme, lorsqu'il dit qu'il faut recourir beaucoup plus souvent et plus tôt à cette opération, qui est faite justement dans les cas où elle est le mieux indiquée.

M. Vincent. — Il faut bien distinguer la pleurésie chez l'enfant et chez l'adulte ; chez le premier, il faut savoir attendre, car on obtient très souvent, et à peu de frais, des guérisons de pleurésies qui, chez l'adulte, exigeraient des interventions plus sérieuses.

Dans sa communication M. Gangolphe a insisté sur la difficulté de rabattre le lambeau ; dans l'observation de M. Ruotte, la résection de fragments de côtes au niveau de la charnière semble avoir facilité beaucoup ce renversement ; ce détail opératoire appartient-il au procédé de M. Delorme, ou bien est-il un perfectionnement apporté par M. Ruotte ?

M. Ruotte ne peut répondre d'une façon précise aujourd'hui à M. Vincent, n'ayant plus présents à la mémoire tous les détails donnés par Delorme ; il lui apportera la réponse dans la prochaine séance.

* * *

LA PROSTATECTOMIE PÉRINÉALE

M. Jaboulay. — Je prends la question à partir du point où il est indiqué d'intervenir et où l'on se décide à le faire par la voie basse.

Mariée, mère de cinq enfants, dont trois encore vivants, sa dernière grossesse date de 30 ans. Il y a 24 ans, elle vit apparaître assez rapidement à la suite d'un effort, à droite et au-dessus de l'ombilic, une hernie du volume d'un œuf.

Cette hernie, peu et mal contenue par un bandage, augmenta peu à peu de grosseur, en se faisant sentir par des tiraillements quand la malade se livrait à des travaux pénibles.

Cinq ou six fois déjà avant la dernière crise s'étaient produits des accidents d'engouement, avec tension, douleur de la hernie, vomissements et ballonnement modéré de l'abdomen.

D'ordinaire ces accidents cédaient par le repos au lit et par l'application de glace sur le ventre. Dans leur intervalle, la malade restait, cependant, constipée ; elle avait des digestions lentes et pénibles.

Le dernier étranglement était survenu deux jours avant l'entrée dans le service, brusquement, par de vives douleurs abdominales apparues après le repas de midi, et suivies très rapidement de vomissements. Constipation absolue. Pas d'émission de gaz.

A l'examen, la malade se présente avec une altération profonde de l'état général et avec tous les signes de l'occlusion aiguë : faciès grippé, extrémités un peu refroidies, pouls rapide et un peu tendu, vomissements porracés.

Très obèse, elle a un ventre énorme, ballonné en totalité avec une large masse proéminente au-dessus et à droite de l'ombilic.

Au niveau de cette masse la paroi abdominale, moins épaisse, laisse percevoir les ondes péristaltiques de l'intestin incarcéré comme dans les cas où l'étranglement a son siège dans le sac. Sonorité générale.

La palpation permet de reconnaître, dans cette masse vaguement bilobée, d'abord une *première loge* de la hernie, immédiatement au-dessous de l'ombilic qui n'est pas même déplissée. Cette loge, du volume de deux poings, se continue à droite et en bas par une *deuxième loge*.

Cette deuxième loge paraît développée immédiatement au-dessous des téguments, et étalée latéralement

comme s'il était seul. Une suture en bourse au catgut en ferme le collet, puis ce qui reste en excès est réséqué.

De gros catgut affrontent de même les bords de la ligne blanche qui sont très relâchés.

Ensuite, par tractions et décollement progressifs, le second sac peut être extirpé comme la poche d'un kyste sans qu'on ait à faire une autre incision des téguments. Le fond de ce sac contenait une quantité notable de liquide séro-hématique. Au voisinage de l'épine iliaque une incision de décharge est pratiquée et un grain drain en anse, passé par là, ressort par la ligne d'incision principale, de façon à évacuer les liquides qui pourront s'épancher dans ce grand espace mort.

Une injection de sérum de 500 grammes est faite à la malade sur le lit d'opération.

Le drain est retiré quatre jours après.

Suites simples. Selles dès le lendemain.

La malade quitte l'Hôtel-Dieu, guérie, le 8 avril.

Actuellement la cicatrice est solide, et on ne constate pas de menace d'éventration au niveau de la ligne blanche.

* * *

Les points à relever dans cette observation sont les suivants :

1^o Il s'agissait là d'une hernie adombilicale, sortie à travers un des orifices de la ligne blanche, environ à deux centimètres au-dessus de la cicatrice. Elle n'avait refoulé devant elle aucun des cordons vasculaires ombilicaux.

2^o Le propre des hernies adombilicales et ombilicales est de présenter fréquemment un sac cloisonné avec des fossettes ou de petits diverticules à leur périphérie, au niveau des points où la séreuse est particulièrement distendue, ou plutôt particulièrement mince.

Dans le cas présent un de ces diverticules avait acquis des proportions tellement énormes qu'aucune des observations de hernies diverticulaires publiées jusqu'ici ne lui était comparable. On trouve bien des faits de Terrier, de Sanger, dans lesquels une volumineuse

poche était en communication avec le sac principal, mais il s'agissait alors de diverticules *pro-péritonéaux* et non *sous-cutanés*, comme chez la malade de M. Bérard.

Ce diverticule s'étendait de quelques centimètres à droite de l'ombilic jusqu'aux fausses côtes en haut, jusqu'à l'arcade de Fallope en bas, jusqu'à une verticale passant par le tiers antérieur de la crête iliaque, en dehors.

Sans doute il s'était produit à travers une des éraillures de la ligne blanche, voisine de l'orifice herniaire principal, car le petit canal de communication entre les deux sacs avait une paroi antérieure assez large et assez épaisse. Pendant les vingt-quatre années qu'a évolué la hernie, progressivement le péritoine avait été de plus en plus tirailé dans ce diverticule au cours des efforts, et il s'était ainsi infiltré aussi loin que le lui avaient permis les résistances du *fascia superficialis*, sous les téguments de l'abdomen.

3^o Enfin, s'il est de règle que, dans les hernies ombilicales ou adombilicales, l'étranglement se réalise dans le sac, ici il y avait quelque chose de plus : c'est dans le diverticule que les coudures de l'intestin par adhérences étaient les plus nombreuses et les plus accentuées. Et ces coudures se compliquaient d'un volvulus, d'une anse grêle autour d'une bride épiploïque, fixée d'une part à l'anse et d'autre part au sac.

M. Villard. — L'observation de M. Bérard est intéressante en raison du volume de la hernie et des particularités anatomique qu'elle présentait. Néanmoins les faits de ce genre ne sont pas très rares, et les diverticules herniaires sont presque de règle dans les hernies ombilicales. La hernie étant sous-cutanée, les cloisonnements du sac sont formés en partie par les brides fibreuses qui unissent ce dernier aux plans sous-jacents ; je pense qu'il faut mettre sur le compte de ces brides l'anneau d'étranglement observé par M. Bérard, plutôt que d'admettre un passage anormal au travers de la ligne blanche.

J'ai eu, plusieurs fois, l'occasion d'observer des étranglements partiels dus à ce mécanisme dans des hernies

ombilicales volumineuses, et M. G. Gayet a opéré, il y a peu de temps, à l'hôpital de la Croix-Rousse, une malade assimilable à celle présentée par M. Bérard. L'anneau accidentel a des brides fibreuses dépendant de la face profonde du derme.

M. Durand. — J'ai observé également une malade analogue à celle de M. Bérard. Il s'agissait d'une hernie paraissant de petit volume et qui était, en réalité, de volume considérable. Il y avait un diverticule descendant jusqu'au dessus du pubis. L'intervention, en raison de l'état général, se borna à la libération des anses et à leur réintégration sans suture de la paroi. La guérison eut lieu sans incident. Au point de vue de la pathogénie des diverticules de ces hernies, je crois aussi qu'ils sont formés par les brides fibreuses du derme. Ce qui viendrait à l'appui de cette opinion c'est qu'il n'y a pas de comparaison entre les adhérences du sac proprement dit et celles des diverticules.

M. Bérard. — Je ne crois pas qu'il faille attacher grande importance à la nature anatomique précise de l'anneau accidentel d'étranglement.

M. Vallas. — Les hernies ombilicales n'ont pas de sacs comparables à ceux qu'on observe dans les autres régions; cela tient sans doute à l'impossibilité du plissement péritonéal. C'est, en réalité, dans le tissu cellulaire que se fait la hernie et c'est là une des raisons qui expliquent le phlegmon souvent observé au cours ou à la suite de ces hernies.

FRACTURE DES DEUX ASTRAGALES

M. Vallas. — Je vous présente deux astragales enlevés à un malade dont l'histoire est particulièrement intéressante. Ils proviennent d'un ouvrier zingueur qui tomba d'une hauteur de 15 mètres, verticalement, sur les deux pieds. Cet homme, au début de sa chute, s'était cramponné désespérément au bord du toit, et ce mouvement avait réalisé la verticalité de la chute. Celle-ci eut pour résultat une double fracture de jambe, une fracture de la colonne

lominaire, et deux lésions symétriques des poignets. Soigné d'abord dans une ville voisine, il guérit de sa paralysie, mais lorsqu'on essaya de le faire marcher, la station debout se montra impossible en raison de l'attitude des deux pieds qui étaient dans l'hyperextension.

Entré alors à l'Hôtel-Dieu, la radiographie montra, chez ce malade, une double fracture des astragales. Je me décidai donc à une intervention qui consista dans l'ablation d'abord de l'astragale gauche et, quinze jours plus tard, de celui du côté opposé.

Les deux lésions observées étaient absolument identiques. L'astragale était complètement écrasé dans la moitié postérieure du corps, et un trait de fracture se portait en avant s'arrêtant à la tête de l'astragale. Des lésions secondaires avaient amené l'ankylose ; en effet, par suite de la luxation en avant de l'os, les facettes latérales articulaires étaient devenues extra-articulaires en avant et s'étaient recouvertes d'ostéophytes, ostéophytes qui existaient également au niveau du col et empêchaient la flexion.

Certaines particularités opératoires ont marqué l'intervention. Au pied gauche, l'astragale ayant été enlevé sans difficulté, la malléole péronnière s'opposa encore à la flexion. Celle-ci s'était évasée en avant et empêchait au calcaneum d'entrer dans la mortaise ainsi rétrécie à sa partie postérieure, et le repoussait avec le pied en avant. Je pratiquais alors l'artrectomie de la malléole externe à sa base et l'enclavement du calcaneum devint facile. Une intervention identique fut pratiquée à droite. Actuellement ces deux pieds sont en bonne situation.

Le mécanisme de cette fracture s'explique par la violence et la verticalité de la chute qui a fixé l'astragale, l'a empêché de se luxer et l'a fracturé. Il y a, d'autre part, une constatation clinique dans ce fait que, plus on tombe de haut, plus on se fracture bas.

M. Tixier s'élève contre l'aphorisme que vient d'émettre **M. Vallas**, car il vient d'observer un malade qui, tombé d'un quatrième étage, s'était fracturé les deux os de la jambe.

M. Vallas n'a voulu parler que des cas où le traumatisme porte sur la tibio-tarsienne.

M. Destot. — Il s'agit, là, d'un cas tout à fait exceptionnel de fracture de l'astragale; sur plus de soixante cas, il n'en a jamais observé de semblable. Ce que l'on voit le plus souvent, c'est la fracture de la tête de l'os avec lésion du scaphoïde. Dans le cas présenté par M. Vallas, il a dû y avoir chute en hyperextension, le bord antérieur du tibia a pénétré dans l'astragale et l'a fracturé.

Les Secrétaires : D^r VILLARD.
D^r SIRAUD.

Le Secrétaire Général : D^r VALLAS.

BULLETIN

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE LYON

Année 1901-1902

Tome V, 4^{me} Fascicule

MAI-JUIN

1902

LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & C^{ie}

Anc^{ie} Maison A. WALTENER

14, rue Bellecordière, 14

—
1902

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE LYON

1901-1902

BUREAU

<i>Président</i>	MM. GAYET.
<i>Vice-Président</i>	HORAND.
<i>Secrétaire général</i>	VALLAS.
<i>Trésorier-archiviste</i> ...	AUBERT.
<i>Secrétaires annuels</i>	{ VILLARD.
	{ SIRAUD.

MEMBRES

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

MEMBRES CORRESPONDANTS

BATUT.	ECOT.
CURTILLET.	LABONNARDIÈRE.
DEBRIE.	RUOTTE.
JACOB.	SEVEREANU (de Buckarest).
VIALLE.	LAGOUTTE.

MEMBRES DÉCÉDÉS

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

BULLETIN
DE LA
SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE
DE LYON

Séance du 1^{er} mai 1902.

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

**LUXATION PATHOLOGIQUE DE LA HANCHE SIMULANT UNE
LUXATION CONGÉNITALE**

M. Nové-Josserand. — Chez les jeunes enfants, les luxations pathologiques consécutives aux arthrites aiguës de la hanche s'accompagnent de symptômes très particuliers qui les font ressembler beaucoup aux luxations congénitales.

Souvent, en effet, l'arthrite qui a évolué dans les premiers temps de la vie a été oubliée ou ignorée des parents, ou bien confondue avec un abcès chaud vulgaire, ouvert spontanément ou chirurgicalement, mais dont le rapport avec l'articulation est resté inconnu. L'enfant paraît depuis longtemps guéri de son arthrite ; le mem-

bre a repris toute sa souplesse et toute son indolence, mais aux premiers pas on remarque une boiterie de tout point semblable à celle de la luxation. L'examen montre alors une atrophie légère du membre, un raccourcissement progressif, et une laxité anormale de la hanche. Les mouvements de celle-ci peuvent être entièrement libres et l'extrémité supérieure refoulée dans la fesse pendant la flexion adduction, ne montre pas de différence essentielle avec le col court et la tête souvent déformée d'une luxation congénitale.

Sur deux cas de ce genre que j'ai observés, une fois le tableau était exactement celui qui vient d'être décrit et le diagnostic avec une luxation congénitale ordinaire eut été impossible sans les anamnétiques et la découverte d'une cicatrice adhérente dans le pli fessier. Dans l'autre cas il y avait une légère limitation des mouvements dans le sens de l'extension, ce qui rendait le diagnostic plus facile.

La radiographie elle-même ne fournirait pas d'indications assez précises pour trancher ce diagnostic. Voici, en effet, une pièce qui doit être interprétée indubitablement comme une arthrite aiguë guérie avec subluxation de la tête en haut, atrophie considérable de cette dernière, et organisation d'une néarthrose fibreuse entre la partie interne du col et ce qui reste du cotyle comblé par un épais coussinet fibreux. Or, la radiographie de cette pièce est impossible à différencier de celle d'une luxation congénitale. La diminution de volume du noyau épiphysaire résultant de l'atrophie, se retrouve communément sur les radiographies de luxation congénitale. Je dois ajouter cependant que dans ma première observation, sur la radiographie le noyau épiphysaire manquait totalement.

Albert a rapporté quelques exemples, observés chez l'adulte ou chez l'adolescent, de ces déformations consécutives aux arthrites aiguës de la première enfance, et il a insisté déjà sur leur ressemblance avec les symptômes de la luxation congénitale, mais il s'agissait de malades plus âgés dont les déformations fémorales étaient plus nettes, ce qui rendait la confusion de ces deux affections plus difficile.

M. Fochier. — Dans le premier cas il y avait ankylose. Donc, pas de mouvements.

M. Nové-Josserand. — L'ankylose n'était pas complète : il existait des mouvements.

M. Fochier. — Il semble qu'il y ait eu fusion des deux cartilages de la cavité cotyloïde et de la tête fémorale, et non décollement de la tête au niveau du cartilage. C'est une hypothèse, d'ailleurs.

* * *

LUXATION PATHOLOGIQUE DE LA HANCHE. — REPOSITION SANGLANTE

M. G. Gayet présente un malade qu'il a opéré, le 20 septembre 1901, dans le service de M. Vincent.

C'est un jeune garçon de 14 ans qui avait été atteint, en janvier 1901, d'une affection mal déterminée, avec douleurs dans la cuisse, puis dans la fosse iliaque droite; hautes températures, selles sanglantes. Le médecin du pays a pensé à une appendicite (?)

Vers le quinzième jour se montra une déformation dans la région de la hanche et une attitude vicieuse s'ensuivit, contre laquelle on tenta de lutter par des tractions. Ce n'est que trois mois après que l'enfant se leva, mais pour marcher avec des béquilles, dans l'attitude très prononcée de la luxation iliaque. C'est encore dans cet état qu'il se présente à l'hôpital, sept mois après le début des accidents. Raccourcissement = 4 centimètres, marche en appuyant le membre malade absolument impossible. Adduction considérable, flexion et rotation interne. *Genu valgum* par distension ligamenteuse et laxité articulaire. Diagnostic : luxation ancienne pathologique de la hanche droite.

Après avoir essayé inutilement la réduction sous anesthésie, puis les tractions élastiques, M. Gayet pratique, le 20 septembre, l'opération suivante : Incision de Langenbeck, rugination de la tête et du col, déblaiement de la cotyloïde; les tentatives de réduction restent encore vaines; ténotomie des muscles adducteurs et tractions à la vis

de Lorenz. La réduction se fait alors avec un claquement. Sutures à triple plan de la capsule, des muscles et de la peau ; drainage para-articulaire. Pansement compressif. Immobilisation dans une grande attelle pelvi-dorso-pédieuse. Tractions élastiques.

Au bout de trois mois, le malade retourne chez lui avec un silicate. Il rentre à l'hôpital au mois d'avril : traitement par massage, électrisation, bains. Actuellement, le raccourcissement est de 1 centimètre 1/2, l'attitude est bonne, la marche avec une canne et même sans appui possible, mais avec une certaine claudication qui paraît due surtout au *genu valgum* qui a persisté. Les mouvements de l'articulation de la hanche sont satisfaisants.

M. Goullioud a vu et présenté, l'an dernier, une malade qui a subi les mêmes manœuvres que celles faites par M. Gayet. Il a pu réduire sans intervention sanglante. La hanche n'a pu être mobilisée qu'après rupture des adducteurs. La rotation du pied en dedans gênait la réduction, en l'empêchant en même temps qu'on provoquait l'adduction, on eut la réduction.

M. Vincent voudrait savoir quelle fut la cause de la luxation ; s'agit-il d'une coxalgie ou d'une arthrite infectieuse ?

Les détails anatomiques rapportés par M. Gayet lui feraient volontiers croire qu'il s'agit d'une forme atténuée de coxalgie restée même indolente.

Or, après avoir vu d'innombrables coxalgies, il n'en a pas vu un seul cas qui ait donné une luxation pathologique irréductible. Il a toujours pu réduire par des manœuvres manuelles, sans être obligé de prendre une vis et surtout le bistouri. Il insiste sur cette constatation clinique.

Il a vu souvent ce qu'il appelle *des hanches folles*, se luxant et se réduisant au moindre effort. Dans ces cas, on trouve des semis de granulations synoviales sans lésions osseuses destructives.

Il demande encore pourquoi on parle d'incision de Langenbeck, ce n'est pas autre chose que celle d'Ollier, le fait est bien établi.

M. Gayet a demandé ce qu'on pourrait faire contre le *genu valgum*. Il pense qu'il faut mettre un grand tuteur

articulé au genou, ce tuteur maintenant en même temps la hanche.

M. Fochier croit aussi que ce sont les synovites bacillaires qui amènent les luxations. Il y a une distinction à faire entre les sublaxations par usure de l'os cotyloïde et les luxations grandes et vraies par synovite. Il a vu justement une grande luxation que les manœuvres ne purent réduire. Il réséqua la tête et constata qu'il y avait synovite.

Il y a 24 ans, il eut l'occasion de voir un petit malade soigné par un professeur de Paris, qui n'avait pas vu que dans la gouttière où il était immobilisé l'enfant s'était luxé la hanche. M. Fochier proposa la réduction, proposition qui souleva les rires des chirurgiens de Paris : aujourd'hui, personne n'hésiterait. D'autant plus que ces coxalgies synoviales sans lésion osseuse sont certainement celles qui doivent donner les meilleurs résultats.

Il peut encore joindre à ces faits deux cas de luxation post-typhique.

M. G. Gayet ne peut être affirmatif au sujet du diagnostic de la cause de la luxation, car les renseignements fournis, bien que complets, sont peu nets. Mais, les altérations qu'il a constatées sont tout à fait celles rapportées par les chirurgiens qui ont réséqué dans la luxation pour infection. Cette luxation ne ressemblait pas à de la tuberculose.

Quant à la réduction de toutes les luxations pathologiques de la hanche, M. Gayet pense que, après sept mois, il est peut-être difficile de réduire.

D'autre part, la réintégration était impossible avant la réduction de volume de la tête, et le déblaiement du cotyle.

M. Jaboulay, après les commémoratifs rappelés, croyait volontiers à une ostéomyélite de l'acetabulum, ouverte dans le rectum, affection assez fréquente à cet âge.

M. Vincent n'a pas réduit des luxations de sept mois : il a toujours réséqué. D'autre part, n'est-ce pas une résection *a minima* qu'a fait M. Gayet ?

M. Albertin a vu, chez M. Pollosson, un malade de 30 ans environ, porteur, depuis six à huit mois, d'une luxation paraissant s'être produite dans des conditions analogues à celle de M. Gayet. Par des tractions, on abaissait la tête même au dessous de la cavité. Celle-ci était comblée, de sorte que la tête n'y rentrait pas. On s'efforça de remettre la tête en place en l'y maintenant comme on put. Le résultat fut très satisfaisant, et on obtint une fixation fibreuse assez solide. En cas d'échec, il faudrait avoir recours à l'opération sanglante, mais il faut bien savoir que réduire le volume de la tête et creuser le cotyle ne constitue pas une résection à proprement parler. C'est la reposition sanglante avec évidemment cotyloïdien.

PSEUDARTHROSE DE LA JAMBE

M. Ruotte. — Le premier malade que je vous présente, est un jeune homme de 23 ans, cavalier au 19^e dragons (A... Auguste). Sans antécédents héréditaires, il n'accuse, de son côté, qu'une rougeole à l'âge de huit ans; la syphilis, l'alcoolisme ne peuvent être mis en cause.

Le 16 janvier 1901, il était à cheval au terrain de manœuvres, lorsqu'il reçut du cheval qui le précédait, un coup de pied à la partie supérieure de la jambe gauche; la douleur immédiate fut peu vive, lui permettant de rester encore quelque temps à cheval; bientôt, cependant, il dut se faire descendre de cheval; on le mit dans une voiture d'ambulance et on l'envoya à l'hôpital militaire de Vienne, sa garnison. On reconnut une fracture de jambe avec plaie, sans issue de fragments; un pansement antiseptique fut appliqué sur la plaie et le membre mis dans une gouttière en fil de fer matelassée de ouate.

La plaie guérit le plus simplement du monde, sans suppuration, mais, au bout de cinquante jours, la consolidation n'était pas faite, on appliqua une gouttière plâtrée qui fut laissée quarante jours en place.

Ce laps de temps écoulé et la consolidation se faisant jours attendre, on fit du massage, on appliqua l'élec-

tricité, on fit même quelques essais de marche avec le bandage roulé, mais tout fut inutile.

Le blessé est envoyé à l'hôpital Desgenettes, où il entre le 20 juin. Un plâtre est de nouveau appliqué : Enfin, voyant l'inutilité de ce traitement, le blessé demande une intervention que nous pratiquons le 22 août 1901.

La radiographie nous avait montré une fracture du tibia et du péroné, au tiers supérieur, avec déplacement des fragments en haut et en dedans ; il y avait un raccourcissement de quatre centimètres environ et la mobilité était très grande au niveau du foyer de la fracture ; les mouvements ne provoquaient pas de douleur.

Après application de la bande d'Esmarch, nous faisons sur la face interne du tibia, une incision d'environ dix centimètres à cheval sur le tiers moyen et le tiers supérieur ; parvenu sur l'os, nous mettons à nu, à la rugine, les extrémités des fragments, manœuvre qui est assez pénible et assez longue, à cause de l'énorme quantité de tissu fibreux interposée entre les deux. Le fragment inférieur qui a chevauché en dedans, est particulièrement difficile à mettre à nu. Après excision de tout le tissu de cicatrice, nous avivons, à la rugine et à la pince coupante, les deux bouts et les perforons d'avant en arrière pour y placer un fil d'argent ; avant de serrer et de tordre ce dernier, nous mettons à nu le péroné par l'incision de la ligature de la péronière, avivons franchement les deux fragments qui sont également perforés et traversés par un fil d'argent. Un de nos aides exerce alors sur la jambe des tractions vigoureuses et soutenues pendant qu'avec un ciseau agissant comme levier, nous essayons d'amener les fragments du tibia bout à bout. Ce résultat obtenu, les fils d'argent sont tordus, coupés et martelés sur les os ; puis les parties molles sous-cutanées sont ramenées au-dessus et suturées avec du catgut et la peau est suturée au crin de Florence. Par une petite contre-ouverture, en arrière du bord postéro-interne du tibia, nous mettons un court drain, par précaution, étant donné le suintement sanguin abondant qui suivra nécessairement l'enlèvement de la bande d'Esmark. Par dessus le pansement, nous appliquons une gouttière plâtrée.

Les suites immédiates sont des plus simples : le pansement est changé le dixième jour et les fils superficiels sont enlevés ainsi que le drain ; la réunion est parfaite, il n'y a pas la moindre réaction soit au niveau des fils, soit au niveau du drain. Une nouvelle gouttière plâtrée est appliquée sur le pansement et reste en place pendant deux mois.

A cette date, 20 octobre, on constate que la mobilité existe comme avant l'intervention, avec, cependant, cette différence que les mouvements provoqués sont douloureux.

Un nouveau plâtre est réappliqué et le blessé est soumis au traitement interne par le phosphate de chaux et la thyroïdine à la dose de trois capsules par jour, puis cinq pendant une semaine, avec interruption d'une semaine.

Ce plâtre est enlevé le 15 décembre : la mobilité persiste toujours.

Le 20 décembre application d'un silicate qui permettra au blessé de marcher, ce qu'il fait toute la journée sans grande fatigue ; au bout de deux mois, soit le 17 février, le silicate est enlevé et la consolidation fait toujours défaut.

Le 21 février nous appliquons une longue attelle plâtrée qui passe en étrier sous la plante du pied et dont les extrémités sont fixées sur la cuisse par un circulaire plâtré également ; cet appareil est assez solide pour marcher. Puis, tous les jours, matin et soir, nous appliquons au-dessus du genou la bande de caoutchouc qui reste en place de 15 à 20 minutes, suivant la méthode d'Helferich, avec cette différence, cependant, que nous ne plaçons la bande qu'au-dessus de la fracture, sans mettre de lien au-dessous de celle-ci ; la congestion, il est vrai, s'étend de cette façon jusqu'au pied, mais nous ne voyons pas les inconvénients qui pourraient en résulter. Au bout d'une vingtaine de jours de ce traitement, notre blessé sent sa jambe qui devient solide ; en effet, nous enlevons l'attelle double le 10 mars et constatons enfin la consolidation ; le blessé n'a plus de douleurs, il ne sent plus la mobilité au niveau de la fracture et il peut se tenir sur sa jambe,

ce qu'il ne pouvait faire auparavant; craignant que sa guérison ne soit pas assez complète, il continue de lui-même l'application de la bande tous les matins jusqu'en ces derniers temps où il se décida à l'interrompre.

La jambe présente un raccourcissement de deux centimètres et demi.

Cette guérison doit être, à n'en pas douter, inscrite à l'actif de la méthode congestive; au moment d'y avoir recours, nous hésitions à entreprendre une nouvelle intervention, à laquelle le blessé n'était pas très décidé; nous nous félicitons d'avoir pu la remplacer par un moyen beaucoup plus simple.

La cause de la pseudarthrose, étant donné l'absence de toute espèce de trouble général de la santé, ne peut guère être qu'une interposition de tissus, favorisée par le défaut de réduction immédiate et une contention insuffisante; mais, après l'intervention, pourquoi la consolidation a-t-elle tant tardé à se faire, c'est ce qu'il nous est absolument impossible d'expliquer; notre opéré est jeune, vigoureux et en très bon état, malgré son long séjour à l'hôpital.

M. Albertin a opéré un malade alcoolique atteint de fracture oblique du tibia et qui ne pouvait se consolider.

A ce moment, M. Albertin étudiait la prothèse métallique dans les pseudarthroses, avec M. Martin.

Il se proposait de faire, sur le tibia, la fixation d'une plaque métallique avec des vis.

Les deux fragments osseux furent avivés, la plaque implantée.

Delirium à la suite de l'anesthésie; fuite du malade.

Le *Journal des Spirites* donne des nouvelles: un magnétiseur fut appelé pour extraire la plaque. Le malade avait suppuré et le magnétiseur put extraire la plaque éliminée par suppuration.

La pseudarthrose guérit d'ailleurs.

Dans des cas semblables, la suppuration a accéléré l'ossification, bien que, dans la prothèse, on ne cherche pas la suppuration.

M. Vallas s'est heurté dans quelques cas de pseudarthrose à une sorte d'inertie des éléments ostéogènes qui ne donnent aucune production osseuse. La méthode de la bande de caoutchouc de Helferich rend alors de grands services. Un de ses malades est, actuellement, soumis à ce traitement qui est très bien supporté.

* * *

DISLOCATION DU CARPE

Le deuxième blessé que je veux vous présenter est un gendarme qui fit deux chutes de cheval en 1894 et 1896 : la première fois, il tomba sur la paume de la main et se fit une fracture de l'apophyse styloïde du radius droit ; la seconde fois il tomba sur le dos de la main fléchie et se fit une lésion qualifiée d'entorse du poignet ; sur la radiographie vous pouvez voir que la lésion est beaucoup plus complexe ; le fait dominant est l'expulsion en arrière du semi-lunaire par le grand os dont la tête est venue s'enclaver entre le scaphoïde et le pyramidal jusqu'au contact de la surface cartilagineuse du radius ; le scaphoïde a éprouvé un léger mouvement de bascule en dehors sous la poussée du grand os ; peut-être même est-il fracturé ; les mouvements de flexion et d'extension du poignet sont considérablement diminués, tandis que la pronation et la supination sont à peu près intactes.

* * *

RECTIFICATION AU PROCÈS-VERBAL

M. Villard a présenté, dernièrement, une forme anormale de tuberculose osseuse que la plupart des membres de la Société avaient considéré comme syphilitique. Ce diagnostic était réel et c'est par une erreur matérielle que M. Villard avait été amené à considérer ce malade comme tuberculeux.

Séance du 15 mai 1902. — Présidence de M. GAYET.

M. Villard lit le procès-verbal de la séance précédente, il est adopté.

* * *

HERNIE RÉTRO-PÉRITONÉALE DE L'EXTRÉMITÉ SUPÉRIEURE DU JÉJUNUM

M. Lagoutte. — Mme G. Ch., âgée de 48 ans, envoyée à l'Hôtel-Dieu par le Dr Bertrand (du Creusot) pour des crises douloureuses subintrantes avec vomissements et intolérance gastrique presque absolue.

La malade raconte qu'elle souffre de l'estomac depuis 15 ou 16 ans, qu'elle a été soignée par plusieurs médecins qui, tous, l'ont considérée comme atteinte de coliques hépatiques.

Brusquement, elle était prise de douleurs très vives au creux épigastrique, avec vomissements alimentaires puis bilieux très abondants. En même temps constipation et urines rares. Jamais ces crises n'ont été accompagnées d'ictère. Il n'y a jamais eu non plus d'hématémèse ou de mélœna.

Depuis plusieurs mois, les crises sont devenues et plus longues et plus fréquentes, tout en conservant les mêmes caractères. Les vomissements sont devenus quotidiens, l'intolérance gastrique est complète. La constipation opiniâtre. Enfin la malade, souffrant continuellement et ne pouvant plus s'alimenter, maigrit et perd ses forces.

L'examen des divers organes est à peu près négatif.

L'estomac n'est pas augmenté de volume. Le foie est petit. On ne sent pas la vésicule. La palpation de la paroi ne détermine aucune douleur à son niveau. Au

contraire la malade proteste quand on se porte plus en dedans au niveau du creux épigastrique.

On ne perçoit aucune tumeur.

Pas de déplacement ou d'augmentation de volume du rein.

Les urines ne présentent rien d'anormal.

En somme, crises douloureuses accompagnées de vomissements bilieux, avec constipation et douleur à la pression au creux épigastrique, tels sont à peu près les seuls symptômes physiques et fonctionnels nets, présentés par la malade, en dehors de l'amaigrissement progressif et de la perte des forces.

L'état de plus en plus précaire de la malade nous décide à pratiquer la laparotomie le 11 mars 1902.

Incision sus-ombilicale. Vascularisation exagérée de la paroi.

Le grand épiploon est adhérent par son bord droit à la paroi. Il forme une bride passant en avant et à droite de l'estomac. Toutefois il ne semble pas y avoir, de ce fait, de gêne circulatoire alimentaire.

L'estomac apparaît avec son volume normal. Les parois sont saines. Mais il semble mal se vider. Il est distendu par des gaz.

Aucune tumeur au niveau du pylore qui est fixe et perméable.

La vésicule est petite, souple et ne renferme pas de calculs.

Le côlon transverse, qui se présente avec un petit volume et comme atrophié, est extériorisé et rabattu sur des compresses.

On aperçoit alors par transparence, dans l'épaisseur du meso-côlon transverse, une anse intestinale grêle qui, venant du côté gauche, franchit la ligne médiane, puis forme un coude et revient parallèlement à elle-même, du même côté. Cette anse est flasque et tout à fait vide.

Facilement on repère la première anse jejunaie libre dans l'abdomen au-dessous du méso-côlon. Des tractions exercées sur cette anse ne parviennent pas à mobiliser l'anse grêle apparaissant dans l'épaisseur du méso, laquelle, de par sa disposition, paraît bien ne pas être le duodénum.

Pour se rendre compte de la nature de cette anse et de ses rapports exacts, le feuillet inférieur du méso-côlon est fendu et effondré à son niveau. On aperçoit alors, dans l'espace rétro-péritonéal constitué par la base élargie du méso-transverse :

1^o En haut les troisième et quatrième portions du duodénum, croisées par les vaisseaux mésentériques supérieurs ;

2^o Au-dessus de lui et sur un plan plus superficiel, l'anse grêle dont il a été question plus haut.

Il s'agit manifestement d'une hernie de la partie supérieure du jéjunum dans l'épaisseur du méso-côlon transverse.

L'anse herniée a environ 20 centimètres. Elle commence à l'angle duodéno-jejunal, qui occupe sa place normale, de là se porte à droite, puis se coude et revient à gauche et se continue au niveau d'une sorte de second angle duodéno-jejunal avec l'anse jejunale libre dans la cavité abdominale.

Par des tractions sur l'anse jejunale libre, on essaie en vain de dégager l'anse herniée et de libérer le faux angle duodéno-jejunal, soit à cause de la brièveté du mésentère, soit à cause d'adhérences unissant les anses et les mésos entre eux. On se contente de fendre, et aussi loin que possible à gauche, c'est-à-dire jusqu'au niveau des angles duodéno-jejunaux, ce qui forme pour ainsi dire la paroi antérieure du sac contenant l'anse herniée.

On voit immédiatement cette anse, qui était vide et flasque, se remplir et se distendre aussitôt que le débriement est terminé.

Les suites opératoires furent des plus simples. Dès le lendemain, la malade peut absorber du lait et des œufs qu'elle digère sans souffrance, ce qui ne lui était pas arrivé depuis longtemps. Peu à peu l'alimentation est reprise.

La constipation disparaît.

A deux reprises depuis, la malade a ressenti des malaises avec vomissements, mais sans douleurs, qui nous ont fait craindre le retour des accidents. Mais ces troubles ont été légers et très passagers, et la malade a pu quitter l'Hôtel-Dieu, le 19 avril, se déclarant très satisfaite.

DEUX ENTÉRECTOMIES POUR TUMEURS DU CŒCUM (CANCER ET TUBERCULOSE). — ANESTHÉSIE DISCONTINUE, EN CHIRURGIE INTESTINALE.

M. Goullioud. — J'ai l'honneur de vous présenter deux nouveaux cas d'entérectomie, pour tumeurs du cœcum, avec pièces à l'appui. Les observations seront publiées complètes dans la thèse d'un de mes internes, M. Bertier. Je dois cependant les résumer.

OBSERVATION I

Double entérectomie pour isoler un cancer du cœcum et une anse grêle lui adhérent.

Dans la première observation il s'agit d'une jeune fille (Joséphine C...) âgée de 23 ans, qui entra dans mon service, le 9 décembre 1901, pour des douleurs abdominales datant de huit à dix mois. Ces douleurs abdominales ayant leur maximum dans la fosse iliaque droite, avaient d'abord fait penser à une appendicite. Depuis avait apparu de la diarrhée chronique. La malade arrivait affaiblie, pâle, absolument décolorée.

Le palper abdominal faisait découvrir une tumeur de la fosse iliaque droite ; on pensait tout d'abord à une appendicite ; cependant ce n'était pas absolument le siège de l'appendicite ; la tumeur occupait un niveau plus élevé, et l'on pouvait penser à un rein prolabée et malade. Un examen plus approfondi et la palpation de la tumeur qui rappelait les indurations de l'épiploïte enflammée, me firent admettre une tumeur du cœcum probablement tuberculeuse.

Après un mois et demi de traitement médical, l'état de la malade ne s'améliorant aucunement, je me décidai à intervenir, ce qui fut fait le 1^{er} février 1902.

Une grande incision iliaque verticale permit de reconnaître que la tumeur était opérable, qu'elle siégeait à la jonction du cœcum et du côlon ascendant et qu'une anse grêle était largement adhérente à sa face antérieure. Deux manières de faire se présentaient à l'esprit : anas-

tomoser un point de l'intestin grêle plus élevé que l'anse adhérente au côlon transverse et enlever tout d'une pièce la tumeur, l'anse d'intestin adhérente et toute la partie intermédiaire de l'intestin grêle, ou bien faire deux entérectomies successives, l'une pour libérer, l'anse adhérente, l'autre pour enlever la tumeur. J'optai pour cette seconde manière de faire, la première entraînant une trop longue exérèse de l'intestin.

Je fis donc une première entérectomie pour rétablir la continuité de l'intestin grêle en séparant de l'intestin l'anse grêle adhérente à la tumeur. Pour cette première entérectomie, je commençai par une entéro-anastomose latéro-latérale entre les bouts afférents et efférents de l'anse grêle adhérente. Puis section de ces bouts entre l'anastomose et l'anse adhérente ; occlusion en cœcum des bouts sectionnés du côté de l'anastomose. La partie ainsi isolée de l'intestin grêle et restant adhérente à la tumeur était de douze centimètres.

Nous étions ainsi ramené aux conditions habituelles d'une tumeur du cœcum. Pour cette seconde entérectomie, je commençai encore par faire une anastomose latéro-latérale entre l'iléon et le côlon transverse, en me tenant de chaque côté à dix ou quinze centimètres de la tumeur. L'anastomose établie, section de l'iléon et du côlon ascendant et occlusion en cœcum des bouts correspondant à l'anastomose.

La continuité de l'intestin, ainsi parfaitement rétablie, il restait à enlever la tumeur et les gros ganglions que l'on sentait dans le méso. Pour cela, on sectionne, entre des pinces languettes, un grand triangle de mésentère et de méso-côlon ; on poursuit les ganglions lymphatiques le long de la veine cave inférieure jusqu'à la rencontre de la portion rétro-péritonéale du duodénum. On termine par la section du feuillet latéral iliaque du méso-côlon.

Occlusion de la plaie en laissant une petite mèche de gaze, comme drainage.

La malade revue, quatre mois après, avait repris des couleurs et quatorze kilos.

L'examen de la pièce nous montre une tumeur qui siège vers l'angle iléo-colique. A sa partie antérieure adhèrent une anse grêle réséquée et un large lambeau

épiploïque ; à sa face postérieure l'extrémité libre de l'appendice. Celui-ci et le cœcum sont peu modifiés, la lésion siégeant un peu au-dessus. Par contre, les valvules iléo-cœales sont méconnaissables.

La pièce ouverte montre un épaissement irrégulier de certains points de la paroi, allant jusqu'à trois ou quatre centimètres. Cependant il persistait un conduit très irrégulier, anfractueux, et assez perméable pour qu'il n'y ait pas de distension de l'intestin grêle au-dessus de l'obstacle. Dans les anfractuosités de l'intestin, fongosités de matières putrilagineuses, très fétides.

Les ganglions restés adhérents à la pièce sont au nombre de trois à quatre ganglions, dont la coupe montre un tissu dur, blanchâtre.

Volontiers nous aurions cru à une lésion tuberculeuse ; mais l'examen histologique que nous devons à l'obligeance de M. Cade, est très affirmatif.

« Il s'agit, dit-il, nettement d'un épithélioma cylindrique. Entre les travées épaisses de tissu conjonctif fibreux apparaissent des tubes tapissés d'épithélium cylindrique. Les uns sont arrondis, d'autres ovalaires, d'autres de forme plus irrégulière. Le revêtement épithélial est rarement simple, mais le plus souvent, au contraire, la prolifération épithéliale a doublé ou triplé son épaisseur, et le tube peut se trouver rempli d'éléments épithéliaux. En certains points, ceux-ci forment même de véritables amas volumineux et irréguliers. Les cellules cancéreuses sont en bien des points en voie de désintégration ; leurs limites deviennent moins nettes et leur noyau perd sa chromaticité normale.

« Le stroma de la tumeur est épais et constitué surtout par du tissu connectif fibreux. En certains points il s'agit cependant du tissu connectif lâche.

« Dans ce stroma on retrouve des vaisseaux à parois épaissies. Il y règne aussi par place une infiltration embryonnaire, mais en général discrète. . . . »

En somme, épithélioma cylindrique.

A la suite d'un nouvel examen d'autres fragments de la tumeur et de ses ganglions, sa nature cancéreuse est de nouveau affirmée (épithélioma d'origine glandulaire)

OBSERVATION II.

Entérectomie pour tumeur tuberculeuse sténosante du cœcum. — Blessure du duodénum. — Guérison.

Anna Ch..., âgée de 28 ans, entre à l'hôpital Saint-Joseph, le 17 mars 1902, pour des douleurs abdominales irradiées de la fosse iliaque droite, de la diarrhée chronique et un grand amaigrissement.

Localement, on trouve une tumeur allongée le long de l'arcade crurale droite ; au-dessous de celle-ci, le long du pubis, on distingue une poche tympanique, à bruits hydro-aériques qu'on localise sur l'extrémité de l'iléon. La malade a réduit de plus en plus son alimentation, pour éviter les douleurs d'obstruction chronique incomplète que réveillent les repas.

Après deux semaines d'expectation, j'interviens le 2 avril 1902 : incision verticale dans la fosse iliaque ; entéro-anastomose entre l'extrémité inférieure de l'iléon et le côlon ascendant ; section de l'iléon et du côlon ascendant entre l'anastomose et la tumeur ; occlusion en cœcum des deux bouts correspondant à l'anastomose ; large résection du méso, qui permet d'enlever une traînée de ganglions indurés.

Pendant la ligature des derniers lambeaux du méso, on remarque heureusement sur la portion rétro-péritonéale du duodénum, mise à découvert, une petite plaie de cet intestin, faite sans doute par la pointe des ciseaux en sectionnant le méso ; suture à deux plans de cette petite plaie.

Fermeture à trois plans de la plaie abdominale, en assurant le drainage par une petite mèche de gaze.

La malade a pris deux kilogs dans le mois qui a suivi son opération ; elle mange de tout sans la moindre fatigue.

L'examen de la pièce montre un épaissement notable des parois intestinales au niveau de l'angle iléo-cœcal. En ce point, la lumière de l'intestin est très réduite, encombrée même par les végétations polypiformes. Au-dessus, l'intestin grêle est très dilaté ; ses parois sont dures, œdématiées ; on voit de petites ulcérations sur sa muqueuse.

A un premier examen histologique, on crut à un épithéliome diffus ; puis un second examen amena à la conclusion qu'il s'agissait d'une lésion inflammatoire, probablement tuberculeuse.

« Il ne s'agit pas d'une tumeur. Il s'agit certainement d'une lésion inflammatoire : il y a un épaissement très marqué de la paroi intestinale et disparition à peu près complète de la muqueuse. La sous-muqueuse est entièrement infiltrée de cellules rondes, inflammatoires ou embryonnaires. Au niveau de l'ulcération, le fond de celle-ci est constitué par ce tissu d'inflammation. Le muscle est infiltré aussi par les mêmes éléments qui, en certains points, forment de petits îlots arrondis et, ailleurs, constituent seulement des traînées d'épaisseur variable entre les faisceaux musculaires. Il y a aussi épaissement très marqué du tissu graisseux, sous-péritonéal, et, par places, infiltration inflammatoire du tissu sous-séreux. Les vaisseaux sont nombreux, certains sont thrombosés.

« Je n'ai pu voir nulle part de cellule géante nette.

« En certains points, les cellules embryonnaires paraissent en voie de dégénérescence. Mais il n'y a pas de caséification bien marquée, cependant.

« En somme, lésions inflammatoires du cœcum. Il est très probable qu'il s'agit de tuberculose ».

Nous avons eu la preuve expérimentale qu'il s'agissait bien de tuberculose.

Nous devons, en effet, à M. Mérieux, la note suivante, datée du 18 mai : « Le cobaye inoculé présentant de l'hypertrophie ganglionnaire très marquée, a été sacrifié.

« A l'autopsie, ganglions volumineux, caséux, où l'on retrouve le bacille de Koch en grande abondance. Pas d'autre lésion ».

Ces deux observations prêtent à des considérations thérapeutiques chirurgicales et d'anatomie pathologique.

Au point de vue chirurgical, nous insistons de nouveau sur l'avantage que nous trouvons à commencer ces larges exérèses, par une entéro-anastomose latéro-latérale, à distance. Comme nous le disions au Congrès français de Chirurgie, on évite ainsi toutes les difficultés

qui peuvent tenir à l'inégalité de volume et de consistance des deux anses afférentes et efférentes, l'iléon et le côlon ascendant ou transverse ; on a moins à craindre aussi des sténoses et des coudures consécutives ; en cas de difficulté dans l'exérèse de la tumeur, on peut en faire l'exclusion partielle : déjà est rétablie la continuité de la circulation intestinale. Comme le fait remarquer Monprofit, on peut faire cette anastomose assez loin pour n'avoir pas à craindre de sténose, même en cas de récurrence. Enfin, la tumeur isolée ainsi d'avance de la continuité de l'intestin, on peut l'attirer plus facilement au dehors et extérioriser, pour ainsi dire, le dernier temps de l'opération.

Nous ferons remarquer que, dans notre première observation, nous sommes restés fidèles à cette manière de faire, pour chacune des entérectomies successives que nous avons dû faire.

En faisant ces larges exérèses intestinales, nous avons rencontré trois organes qui sont particulièrement à éviter : l'uretère, la veine cave et le duodénum.

Dans un cas antérieurement publié, nous avons cru avoir blessé et partiellement réséqué entre deux ligatures, l'uretère droit. Il n'en était rien, et notre malade a bien guéri, après une néphrotomie que cette crainte nous avait fait faire. Il y a là, en tous cas, un voisinage à signaler.

Nous avons poursuivi dans un autre cas, des ganglions lymphatiques le long de la veine cave inférieure, comme on les poursuit au cou le long de la jugulaire interne.

Enfin, dans notre dernière observation, on verra que nous avons fait une blessure, d'ailleurs sans conséquence, au duodénum, dans sa portion sous-péritonéale, et cependant nous étions prévenu de ce danger par la rencontre du duodénum dans nos premiers cas.

Dans ces deux dernières observations, nous avons eu recours, pour chaque anastomose et chaque fermeture d'intestin, à trois plans de suture à la soie. Pour nous les boutons de Murphy-Villard ou Jaboulay-Lumière ont une indication spéciale : la minceur de l'intestin ; aucune bonne suture n'est alors possible, le bouton fait merveille.

Pendant nos opérations longues, il est deux précautions auxquelles nous avons recours : l'une, l'emploi du sérum, est généralement admise ; l'autre nous est un peu spéciale et nous voulons insister sur son emploi. C'est l'anesthésie discontinue.

Nous croyons important, pour diminuer le choc opératoire et les chances de ces complications pulmonaires fréquentes dans les interventions intestinales chez des sujets cachectiques, de réduire le plus possible l'action déprimante de l'anesthésie. Aussi faisons-nous anesthésier nos malades au début de l'opération, pour l'incision de la paroi et la recherche de la tumeur, puis à la fin pour la réintégration de l'intestin et la suture abdominale. Mais, pendant le temps des anastomoses et les sutures intestinales multiples, l'anesthésie ne sert à peu près de rien : une anesthésie à la reine suffit. Quelquefois une anse d'intestin de plus s'échappe du ventre, au cours d'un vomissement et c'est tout. C'est ce que nous proposons d'appeler *l'anesthésie discontinue*. Pour ces cas, nous employons l'éther puis le mélange de Billroth, qui se prête mieux à cette anesthésie incomplète.

Nos cinq résections intestinales pour tumeurs cœcales ont guéri, et la première, qui date de deux ans, n'a pas récidivé. Nous avons déjà fait ressortir combien les circonstances se prêtent ici à une large ablation.

Au point de vue anatomo-pathologique, nous avons été dans un plus grand embarras, car le diagnostic de la nature de ces tumeurs cœcales est difficile, comme on le sait bien depuis les publications de Pilliet et Hartmann.

Chez notre première malade, aujourd'hui présentée, alors que l'histoire de la malade, son âge, et l'aspect à l'œil nu, de la tumeur et les ganglions volumineux nous avaient fait penser à de la tuberculose, l'examen histologique a été deux fois affirmatif dans le sens de cancer. Nous devons ces deux examens à l'obligeance de M. Cade, et ils sont décisifs.

Chez notre seconde malade, un premier examen histologique nous dit, comme alors, que l'ensemencement dû à des cobayes nous prouvait la nature tuberculeuse de la lésion. On aurait pu penser à une infection secondaire

d'une tumeur cancéreuse, mais un second examen, portant sur un fragment de la tumeur et sur un ganglion, fait affirmer une lésion inflammatoire. C'est donc à de la tuberculose que nous avons eu affaire dans ce cas.

Comme dans l'observation de Bouilly et d'autres, cette lésion tuberculeuse était sténosante, ce que prouvait le développement considérable de l'iléon, contrastant avec l'affaissement du côlon.

Nous avons insisté ailleurs sur ce fait que les lésions du cœcum, — nous avons plutôt en vue le cancer, — s'accompagnent rarement d'occlusions aiguës, alors que celle-ci est plus fréquente dans les néoplasmes, souvent atrophiques et annulaires de l'S iliaque.

Qu'il s'agisse donc de cancer ou de tuberculose, ce sont les mêmes symptômes pour les tumeurs cœcales : les douleurs, l'obstruction chronique incomplète, la diarrhée, la cachexie et la pâleur.

Le diagnostic de la tumeur cœcale, de la nécessité de son exérèse s'imposent ; le résultat opératoire est satisfaisant ; mais le diagnostic de la nature de la tumeur reste difficile, avant et même après l'opération.

Séance du 22 mai 1902. — Présidence de M. HORAND.

M. **Siraud**, secrétaire, lit le procès-verbal de la séance précédente ; il est adopté.

AMPUTATION TOTALE DU RECTUM PAR VOIE ABDOMINO-PÉRINÉALE

M. **Goullioud** présente une malade à qui il a fait, dix-huit jours auparavant, une amputation du rectum par voie périnéo-abdominale, pour un cancer très limité de l'ampoule rectale.

Observation. — La femme P. P..., âgée de 53 ans, ménagère, entre à l'hôpital Saint-Joseph, le 28 avril 1902, pour des douleurs anales et des troubles de la défécation ; mariée à 29 ans, il y a 24 ans, mari bien portant, cinq enfants dont trois sont vivants, un mort de méningite, un autre d'affection indéterminée.

Pas d'antécédents héréditaires.

Elle dit même n'avoir pas eu d'antécédents pathologiques personnels.

Mais, depuis un an environ, cette femme, très constipée, souffre en allant à la selle ; elle s'est aperçu qu'il y avait parfois du sang dans ses matières. Depuis six mois environ elle a parfois, en dehors des selles, des hémorrhagies rectales ; elle se plaint toujours d'être très constipée et de souffrir d'une façon très vive au moment de la défécation ; celle-ci s'accompagne toujours d'hémorrhagie. Enfin la malade souffre à peu près d'une façon continue d'une douleur, qu'elle localise à la partie inférieure du sacrum.

Au toucher rectal, on sent un cancer très limité de

l'ampoule rectale, mobile, situé sur la face postérieure du rectum ; il est facilement accessible au doigt, qui peut en délimiter l'implantation, un peu ovale et moins large qu'une pièce de cinq francs ; il paraît mobile, tend légèrement à se pédiculiser dans l'ampoule rectale. Il est traversé par une large fissure médiane et verticale. Le bord inférieur de la tumeur est à dix centimètres environ de l'anus.

Le toucher vaginal n'indique rien de plus.

Rien d'anormal ni au cœur, ni aux poumons ; mais un peu d'albumine dans les urines.

Après un peu d'hésitation, M. Goullioud se décide pour l'amputation abdomino-périnéale.

Opération le 2 mai 1902. — Anesthésie à l'éther ; celle-ci a été suspendue pendant le temps abdominal, mais sans laisser cependant la malade se réveiller.

On peut diviser l'opération en autant de temps qu'il y a eu de changements de voies d'accès pour atteindre la tumeur ou créer l'anus iliaque.

1^{er} temps. — Incision pubio-ombilicale. Par celle-ci, on cherche d'abord à se rendre compte s'il n'y aurait pas moyen de faire une entérectomie par voie abdominale ; elle serait absolument impossible. Puis on fait la ligature des deux artères hypogastriques, facile chez cette femme peu adipeuse et au ventre flasque ; on récline les uretères en dehors.

2^e temps. — Incision iliaque juste suffisante pour passer l'S iliaque ; transfixion de son méso ; pincement de l'intestin avec deux pinces languettes de Kocher, et section aux ciseaux, de l'intestin entre elles. Le bout supérieur est laissé fermé par sa pince de Kocher et coiffé d'une compresse ; le bout inférieur est fermé par trois plans de suture et alors rentré dans le ventre.

3^e temps. — Par l'incision abdominale, détachement de tout le méso de l'anse sigmoïde, du rectum et de la graisse sous-jacente, après ligature vers le promontoire de l'hémorroïdale supérieure.

On sectionne ensuite le péritoine autour du gros intestin dans le Douglas, en en laissant un large lambeau adhérent à la pièce. Ligatures portant probablement sur les hémorroïdales moyennes. L'intestin, bien isolé, est

tassé au fond du bassin, ainsi qu'une forte mèche de gaze iodoformée, destinée au drainage par la plaie périnéale; deux points de suture sur le péritoine au-dessous du promontoire, pour diminuer la surfare cruentée. L'utérus soulevé retombe sur la mèche pelvienne.

Suture complète de la paroi abdominale en trois plans.

4^e temps. — Fixation de l'anus iliaque terminal par deux plans de suture. Pansement collodionné sur la suture de la laparotomie, laissant en dehors du pansement l'orifice iliaque.

5^e temps. — La malade mise dans la position de la taille et la région anale de nouveau lavée à l'éther, on fait une incision ovalaire verticale, circonscrivant l'anus, qu'on ferme avec deux pinces de Kocher superposées. On décolle le rectum des muscles périnéaux. Bientôt on arrive à la partie décollée par l'abdomen, et on amène l'intestin au dehors; on achève son isolement en se tenant le plus au dehors possible sur les côtés de la tumeur.

Abaissement de la mèche de gaze iodoformée laissée par l'abdomen, et qui doit servir au drainage de la brèche périnéale, diminuée par quelques points de suture. Sonde de Petzer, qui permet de faire un pansement de la plaie périnéale. L'opération a duré près de deux heures, mais pendant l'opération même on a fait une injection de sérum et l'anesthésie a été *discontinué*.

Les suites opératoires ont été très simples. La température maxima a été, le quatrième jour, de 38°3, axillaire, et le pouls le plus élevé de 108. Ce jour-là, les selles avaient été provoquées par de l'huile de ricin; du sérum lui fut injecté pendant les trois premiers jours. Le 12 mai, ablation des fils de la laparotomie et changement de la mèche périnéale.

Présentation de la malade à la Société de Chirurgie le 22 mai. Il ne reste plus qu'une petite mèche dans la région anale.

EXAMEN DE LA PIÈCE

La lésion se résume en une ulcération saillante, indurée, légèrement en cupule et traversée par une large fissure.

Aucun autre point malade sur le reste de l'intestin. La lésion est relativement superficielle, elle n'a assurément pas dépassé la couche musculaire. Sur la face profonde de l'intestin, couche épaisse de tissu cellulaire, renfermant de petits ganglions lymphatiques, soit sur les côtés de la tumeur, soit à la partie supérieure du méso-rectum. Deux larges lambeaux péritonéaux lui adhèrent encore, ce qui permet de reconnaître que la tumeur était insérée dans la portion rectale non péritonéale, mais à la limite de celle-ci.

L'examen histologique a confirmé le diagnostic clinique : il s'agit d'un épithélioma cylindrique ; un ganglion, qui se trouvait dans le méso-rectum n'a pas paru cancéreux.

Comme on le voit, à la description de cette opération, elle a été faite, à quelques détails près, suivant la technique indiquée par M. Quénu, et avec ligature des hypogastriques, à l'exemple de David Giordano. On s'est attaché à n'avoir de contact avec les matières intestinales que pendant la section de l'S iliaque, l'occlusion de son bout inférieur et la fixation de son bout supérieur, transformé en anus iliaque. On n'a ainsi aucun risque d'infection du champ opératoire, qu'il soit péritonéal ou périnéal.

Nous avons, d'ailleurs, employé déjà cette méthode avec succès, pour une récurrence d'une première opération conservatrice faite pour une tumeur invaginée de l'S iliaque. Le résultat s'est maintenu excellent depuis près de trois ans. L'observation a été publiée à la Société de Chirurgie de Lyon, et au dernier Congrès français de Chirurgie.

Cependant, avant d'opérer la malade que nous présentons, nous avons beaucoup hésité sur la méthode opératoire à employer. Nous aurions voulu lui éviter les ennuis d'un anus contre nature. La méthode de Kraske est un peu délaissée aujourd'hui, car elle ne permet pas en général, la guérison sans fistule. Elle s'adresse, d'ailleurs, en général, à des lésions plus haut situées. L'amputation de Lisfranc eût permis d'enlever le néoplasme, mais, du moment qu'elle supprimait le sphincter, elle n'avait aucun avantage, l'anus iliaque chez une femme de

53 ans, n'étant pas plus gênant qu'un anus artificiel périnéal. Nous croyons même qu'il se prête mieux à l'adaptation d'appareils contentifs.

Ce qui nous tentait, c'était la conservation du sphincter par une opération transanale, abdomino-vaginale ou par voie vagino-périnéale. Mais des interventions antérieures, conservatrices et parcimonieuses, ne nous ont donné que des déboires et des récives rapides. Nous avons donc cru que pour le moment du moins, nous ne pouvions mieux faire : il fallait accepter l'anus iliaque et assurer la guérison de notre malade par la plus large exérèse possible.

M. Bérard. — A propos de la communication de M. Goullioud sur les résections larges dans le cancer iléo-cœcal, demandesi M. Goullioud a pu recouvrir la perte de substance péritonéale au moyen de lambeaux séreux.

Roux de Lausanne conseille l'anus artificiel sur la ligne médiane ; il évite un temps opératoire particulier, et cet anus permet d'adapter plus facilement un récipient pour contenir les matières.

M. Villard constate que la persistance de l'anus artificiel est un point noir pour les malades. M. Villard a fait un Kraske, il y a cinq ans, le malade a un anus sacré, il déclare sa vie intolérable.

Etant donné le peu de résultats que procure l'intervention, il est à se demander s'il faut leur établir un anus. La voie trans-ano-rectale paraît de choix quand on peut l'appliquer. M. Villard l'a pratiquée une fois et le malade sur lequel il put faire un abaissement du bout supérieur, a conservé son sphincter et évite les inconvénients de l'anus contre nature.

Dans le cas rapporté par M. Goullioud, n'aurait-on pu faire une extirpation trans-ano-rectale, l'ulcération néoplasique étant limitée?

M. Goullioud. — Je n'ai pas d'objections à faire à l'anus sus-pubien ; d'ailleurs j'ai eu à l'établir dans un cas ; la modification proposée par Roux me paraît acceptable.

Quant au traitement du péritoine après entérectomie, j'enlève le méso, et je ne fais pas de suture complète : une mèche est laissée dans l'ouverture.

A propos de cette communication, un point ne semble pas satisfaisant : de quelle nature était la tumeur ? Elle ressemblait à de la tuberculose iléo-cœcale, mais on sait que les cancers sont plus fréquents. Il est très difficile d'obtenir une certitude sur la nature de ces tumeurs. En voici des exemples :

Sur la première malade, âgée de 23 ans, il semblait qu'on eût affaire à la tuberculose du cœcum ; or, un examen histologique pratiqué par M. Cade, fit voir qu'il s'agissait d'épithélioma cylindrique du cœcum ; un deuxième examen confirma le premier en montrant que c'était un épithélioma cylindrique d'origine glandulaire.

Pour la deuxième malade, qui présentait une sténose du cœcum, l'examen histologique, douteux, l'attribua à un épithélioma diffus.

Or, un ganglion suspect, que j'avais enlevé, fut inoculé par M. Mérieux à des cobayes ; à l'autopsie des animaux on constata des lésions tuberculeuses.

Voici donc des résultats contradictoires : l'histologie affirme tumeur et la bactériologie dit tuberculose.

En pareil cas, la conclusion qui s'impose c'est que, pour préciser la nature de ces tumeurs, il faut s'entourer de garanties histologiques et bactériologiques sérieuses.

* * *

RESTAURATION DE LA FACE

M. Gayet présente une malade, déjà vue l'an dernier : elle a subi une restauration de la face.

Cette jeune fille eut, à la suite d'un évanouissement, le visage brûlé par un tuyau de chauffage sur lequel elle était tombée. Il y eut une énorme brûlure de la face, obliquement dirigée et intéressant surtout le front, les paupières, les lèvres et la bouche.

La blessée fut présentée deux mois après l'accident ; la cicatrisation était assez avancée, mais la face était horrible à voir ; elle était de coloration rouge, couverte de cicatrices nodulaires.

A ce moment, M. Gayet rejeta toute idée d'intervention jusqu'à ce que la cicatrisation fût définitive, en pareil cas, la nature faisant d'ailleurs mieux que la chirurgie,

Cette jeune fille est revenue avec une amélioration notable de la cicatrice, mais l'ouverture oculaire droite est très déformée, l'œil compromis par un leucome central et étendu à la surface cornéenne, cependant la vision n'est pas absolument supprimée.

Restait à faire une restauration palpébrale, destinée à remédier à la difformité oculaire ; mais on pouvait se demander si les résultats ne seraient pas incertains, étant donné l'obligation de prendre au front, à la joue des lambeaux provenant de cicatrices de vitalité douteuse. On aurait pu songer à un apport de greffes au moyen de la peau du bras, mais il fallait faire reprendre les lambeaux sur un terrain impropre à leur vitalité.

M. Gayet fit, pour agrandir l'orifice palpébral, une première incision sur le sommet de l'arc correspondant à la paupière supérieure et, détachant ainsi la paupière fit remonter le bord palpébral.

Le bord inférieur fut libéré par deux petites incisions libérant deux lambeaux, lesquels furent rapprochés ; de ces deux lambeaux, l'un fut pris sur la peau du nez, l'autre sur la paupière inférieure. Ces deux lambeaux, minces, peu vasculaires, ne peuvent se souder, ils s'écartent l'un de l'autre. En présence de cet échec, M. Gayet fit une prothèse au niveau de l'orifice palpébral. Se basant sur la tolérance que montre la cornée transformée en leucome, il fit enchasser une pièce dans l'ouverture ; le résultat esthétique est assez bon.

M. Gayet se propose en outre de remplacer le sourcil absent par un tatouage.

M. Martin constate que les résultats obtenus ainsi sont satisfaisants ; il se demande si, en présence de ce succès on doit chercher à obtenir un succès plus complet.

* * *

ABLATION DE LA LANGUE DU PLANCHER BUCAL ET DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR

M. Vallas présente une pièce anatomique provenant d'un malade opéré pour un épithélioma de la langue ayant envahi le plancher buccal, le maxillaire inférieur et les ganglions sous-maxillaires.

Séance du 29 mai 1902. — Présidence de M. GAYET.

M. Siraud, secrétaire, lit le procès-verbal de la précédente séance; il est adopté.

* * *

RÉSECTION DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR

M. Albertin, à propos de la communication de M. Vallas (séance du 22 mai), présente trois pièces anatomiques provenant de néoplasmes des lèvres ou de la langue avant envahi le maxillaire inférieur, ou ayant exigé la résection partielle de cet os, malgré qu'il n'y eût pas de propagation néoplasique.

Un des malades opérés a survécu 5 ans (il a été présenté à la Société). M. Martin lui a fait une prothèse.

Un second malade, opéré il y a 8 ans, est vivant, sans récurrence.

Sur le troisième malade, la tumeur a récidivé 8 mois après; elle était, à la première opération, d'un gros volume.

Le troisième malade, qui est présent ce jour, a subi une série d'interventions: il a été opéré la première fois il y a dix ans, on lui fit alors l'ablation de la lèvre. Il y eut récurrence et, il y a 9 ans, M. Albertin pratiqua la résection de la portion gauche du maxillaire inférieur. Une prothèse, faite par M. Martin, fut mal supportée. On dut enlever la pièce prothétique. Ce malade, actuellement, présente un effondrement de la portion gauche de la joue et de la mâchoire inférieure du côté correspondant. Il peut néanmoins mastiquer avec le reste du maxillaire. Il y a récurrence du néoplasme sous forme d'un noyau juxta-commissural dans la joue gauche.

En pareil cas, on peut diviser la technique de l'ablation en deux temps :

1^o Isoler la tumeur en la circonscrivant et, en opérant dans les tissus sains, chercher à trouver un plan de clinage, dans les muscles par exemple.

2^o Sectionner l'os d'un seul coup au moyen des coupe-os multiplicateurs.

Généralement ces malades n'ont pas de choc post-opératoire : la réparation est facile.

La conclusion qui s'impose de l'observation de pareils faits, suivis pendant quelques années, c'est qu'on peut pratiquer des interventions plus radicales qu'on ne l'admet généralement.

DE L'ARTHRECTOMIE DANS LES LÉSIONS TUBERCULEUSES DU GENOU. — TROUBLES DE CROISSANCE TARDIFS. — RÉSECTION CUNÉIFORME.

M. Bérard. — L'arthrectomie, pratiquée contre les lésions tuberculeuses du genou, a donné lieu à de vives controverses. Ses partisans la présentent comme l'opération à la fois la plus large et la plus inoffensive que l'on puisse tenter chez les jeunes sujets, dont il importe de respecter les cartilages de conjugaison. Ses détracteurs la considèrent comme une demi-mesure qui peut très souvent être évitée par l'emploi judicieux de l'immobilisation, du fer rouge, des injections modificatrices (glycérine iodoformée, chlorure de zinc, naphтол camphré); ils lui reprochent aussi d'avoir parfois une influence fâcheuse sur la croissance du membre, en empêchant la coaptation régulière et définitive des extrémités osseuses en extension.

Voici un fait qui peut avoir quelque valeur documentaire dans le débat :

Mlle Louise M. . . , âgée de 17 ans, entrain, le 6 janvier 1902, à l'Hôtel-Dieu, salle St-Pierre, pour une ankylose du genou gauche en position tellement vicieuse, que la marche n'était possible qu'avec une béquille, sans que le

membre appuyât par terre. L'appui du pied gauche n'était réalisé qu'au prix d'une claudication considérable.

L'histoire clinique de cette jeune malade était la suivante :

Antécédents bacillaires (père mort phtisique); atteinte de la fièvre typhoïde à l'âge de 6 ans, l'enfant s'était luxé le genou gauche vers l'âge de 8 ans, et sur ce traumatisme se greffa une tumeur blanche à forme synoviale.

Après un traitement assez prolongé par les pointes de feu et l'immobilisation, à l'âge de 10 ans, elle subit une arthrectomie du genou gauche.

Le résultat immédiat fut satisfaisant; l'articulation guérit en bonne position.

Mais, peu à peu, au cours de la croissance, la jambe, plus faible, plus maigre et plus courte que du côté droit se fléchit sur la cuisse, en même temps qu'elle se déviait en dehors dans l'attitude du *genu valgum*. Des phénomènes de compensation déterminèrent un degré assez considérable de torsion dans le segment inférieur du membre gauche; d'où la rotation de la pointe du pied en dedans.

A cause de la gêne considérable apportée, de ce fait, à la marche, la jeune fille, au bout de sept ans, rentra à l'hôpital pour que son genou fût redressé.

A ce moment, toute trace de lésions bacillaires avait disparu; l'état général était excellent. Au niveau du genou gauche on constatait les cicatrices opératoires et l'examen révélait une ankylose absolue.

Le raccourcissement total du membre inférieur gauche était de 3 centimètres; il portait sur tout le fémur. La jambe gauche formait, avec la cuisse, un angle ouvert en arrière de 120° environ; elle était en *genu valgum* très prononcé; atrophie relatives de tous les muscles du membre.

Le pied gauche, incurvé en varus de compensation, présentait un certain degré de pied creux combiné à un léger équinisme; il ne pouvait appuyer sur le sol que par la pointe.

Sur la radiographie de l'articulation, l'épiphyse inférieure du fémur apparaissait un peu incurvée sur la diaphyse. Les condyles fémoraux, très atrophiés en arrière, n'avaient effectué en avant qu'une croissance

incomplète. On ne constatait pas de traces nettes du cartilage de conjugaison fémoral. Sur le tibia les déformations étaient beaucoup moins accusées. Ça et là, sur les deux extrémités osseuses, apparaissaient des taches blanchâtres de tissu raréfié. La rotule, très atrophiée, était plaquée au-dessus des condyles fémoraux.

A cause du degré très marqué de la déformation, et de crainte de réveiller, par l'ostéotomie ou l'ostéoclasie, un processus inflammatoire mal éteint, M. Bérard résolut de pratiquer une résection orthopédique.

Le 9 janvier, cette opération eut lieu : incision en H d'Ollier, ablation de la rotule, résection d'un coin osseux à grande base antéro-interne, intéressant surtout le fémur dont le cartilage de conjugaison paraissait le plus altéré sur la radiographie. Le segment d'os enlevé avait la forme d'un trapèze, haut de 2 1/2 à 3 centimètres en avant, de 1/2 centimètre seulement en arrière.

Coaptation sans suture, dans l'extension. Immobilisation en plâtre.

Les suites opératoires furent remarquablement simples. Le premier pansement resta en place quarante-cinq jours ; quand on l'enleva, la consolidation était effectuée.

Aujourd'hui la malade est guérie depuis deux mois. La position de la jambe et du pied est très satisfaisante. Le raccourcissement total du membre inférieur gauche est de 4 centimètres. La marche avec un tuteur à fixation pelvienne est déjà assurée. L'appui du pied sur le sol sera satisfaisant ; il ne reste de l'ancienne attitude vicieuse qu'un cou de pied un peu cambré.

La pathogénie des déformations qui ont suivi l'arthrectomie, dans ce cas, est difficile à préciser. Certainement dans la première intervention, on était resté en deçà des cartilages de conjugaison, car celui du tibia était encore perceptible sur la radiographie, et si celui du fémur eût été incisé, on n'eût même plus retrouvé d'ébauche des condyles.

Les troubles de croissance prédominaient en arrière et en dehors. Était-ce le résultat d'une répartition inégale des pressions sur les surfaces articulaires après l'opération ? Ou bien les lésions bacillaires avaient-elles pénétré jusqu'à la zone postéro-externe de ces cartilages pour

les stériliser en ce point? Ou bien enfin avait-on été conduit, dans l'abrasion des foyers osseux à la curette, jusqu'à abraser par places la zone fertile? C'est ce qu'il est impossible d'affirmer : l'on ne saurait ici faire la part exacte de l'arthrectomie et des lésions tuberculeuses elles-mêmes, dans la production de l'ankylose en position vicieuse.

M. Tixier a été témoin de la première opération qui fut pratiquée sur cette malade, à la Charité, par M. Villard. On fit alors une synovectomie, une coupe des cartilages diarthrodiaux, sans toucher aux cartilages de conjugaison; six ans après, il y avait une déformation considérable du membre opéré et impossibilité de marcher.

Au point de vue de la nature de l'intervention pratiquée par M. Bérard, M. Tixier, fait remarquer que cette jeune fille n'a que 15 ans $1/2$ et que sa croissance est à peine achevée : l'ablation des surfaces articulaires a entraîné celle du cartilage de conjugaison. En ce moment le raccourcissement du membre opéré est de 4 centimètres, que sera-t-il plus tard? Malgré l'excellent résultat orthopédique obtenu, on aurait pu laisser passer l'âge de croissance et intervenir après.

M. Jaboulay. — Je ne crois pas que la difformité soit due à l'arthrectomie. On la constate dans les ankyloses du genou accompagnées de la soudure osseuse de la rotule. Le triceps n'agissant plus, les fléchisseurs ont une action exclusive prépondérante : ils attirent la jambe en dehors et produisent ainsi le *genu valgum*.

M. Vallas. — Je partage l'opinion de M. Jaboulay. Ce matin même j'ai vu un enfant de 8 ans, soigné depuis plusieurs années pour un arthrite du genou, or cet enfant a du *genu valgum*.

Cette déformation peut ainsi se produire spontanément, en dehors de l'arthrectomie; si elle est due à une lésion du cartilage de conjugaison, on peut attendre une réparation spontanée possible.

M. Albertin. — J'ai observé plusieurs cas de flexion secondaire de la jambe due à la prédominance des fléchisseurs de la jambe sur la cuisse, en particulier à celle du

biceps. Le pied est alors élevé en *valgus* par rapport à l'axe de la jambe.

Sur quelques malades j'ai pratiqué des sections musculaires du demi-membraneux et du demi-tendineux, pour obvier à cet inconvénient, mais les malades n'ont pas été suivis.

Un chirurgien allemand, dans le même but, a fait des transpositions tendineuses : voici quel est son procédé. Une incision est pratiquée à deux travers de doigt au-dessus de la tête du péroné; on charge sur une sonde cannelée le tendon du biceps et on le sectionne. Un tunnel allant aux bords de la rotule est fait sous la peau : le tendon y est engagé et fixé par des points de catgut.

Le même procédé peut être appliqué aux muscles de la patte d'oie. Tous ces membres deviennent ainsi des extenseurs au lieu d'être des fléchisseurs.

Quatre ou cinq malades ont été opérés de la sorte. Il serait extrêmement intéressant de les suivre et de savoir si les transpositions tendineuses sont efficaces pour combattre la flexion secondaire.

Cette déformation n'est pas exclusive à l'arthrectomie; elle est, d'ailleurs, peu fréquente. Le premier malade, que j'ai opéré, n'a pas eu de *genu valgum*; je l'ai vu récemment : sa jambe est droite comme une queue de billard, dit son père; le malade marche fort bien.

M. Jaboulay. — Il me semble que, pour éviter cette déviation, on serait en droit d'enlever la rotule pour rétablir la continuité du triceps et faciliter son mode d'action.

* * *

CONTUSION THORACIQUE. — MORT

M. Vialle présente des pièces anatomiques provenant d'un cavalier frappé à la poitrine d'un coup de pied de cheval et qui succomba immédiatement après.

Séance du 5 juin 1902. — Présidence de M. GAYET.

M. Siraud, secrétaire, lit le procès-verbal de la dernière séance, il est adopté.

CANDIDATURES

M. Vallas, secrétaire général, informe la Société de la demande de candidature, au titre de membres associés, présentée par MM. VIALLE et ECOT, médecins majors de 2^e classe, répétiteurs à l'Ecole du Service de Santé militaire.

A l'appui de leur candidature, MM. Vialle et Ecot ont déposé deux mémoires inédits : le premier sur une observation de :

Fractures multiples de la base du crâne irradiées de la voûte méningo-encéphalite consécutive. Mort au 6^e jour. Autopsie.

La deuxième sur une observation inédite de :

Corps étrangers de la portion inférieure du pharynx.

Une Commission composée de MM. Fochier, Nové-Josserand et Tixier a été chargée d'établir un rapport sur les candidatures de MM. Ecot et Vialle.

TRAITEMENT DES FISTULES VÉLO-PALATINES PAR LA MÉTHODE DE BROPHY.

M. Martin. — Je désire appeler l'attention de la Société sur une communication faite, il y a bientôt deux ans, au troisième Congrès dentaire international, par le docteur Brophy, de Chicago.

La méthode qu'il préconise pour la restauration des pertes de substance congénitales de la voûte palatine ne me semble pas avoir eu un grand retentissement dans les autres sociétés savantes ; elle présente cependant pour les chirurgiens un grand intérêt, et les faits rapportés par M. Brophy sont en nombre assez imposant pour que son procédé mérite d'être pris en considération, discuté et expérimenté. Permettez-moi donc, Messieurs, de vous en présenter un résumé succinct.

L'idée fondamentale du travail de M. Brophy est évidemment révolutionnaire, elle va à l'encontre d'un principe généralement admis en chirurgie : qu'il ne faut pas opérer les enfants atteints de fissure palatine pendant les premières périodes de la vie, mais seulement pendant la seconde enfance. Seuls, quelques chirurgiens, parmi lesquels je citerai M. Ehrmann dont l'autorité sur ce point ne saurait être contestée, sont encore partisans des interventions précoces. Le principe, aujourd'hui classique, des opérations tardives est étayé sur les raisons suivantes qu'ont approuvées, jusqu'à présent, la plupart des opérateurs :

1° Les interventions qui ont lieu dans la première enfance paraissent tendre à affaiblir la constitution de l'enfant à un degré tel qu'il n'est pas capable de résister aux maladies sérieuses qui le menacent à cet âge.

2° Ces opérations empêchent le développement de la voûte palatine et la formation générale paraît moins satisfaisante que dans les cas où elles sont faites à un âge plus avancé.

3° Dans les premiers mois, le champ de l'observation est trop limité, les tissus sont tendres, les sutures, par conséquent, ne tiennent pas si bien en place, sans compter les dangers de l'hémorrhagie.

C'est ce principe qu'attaque résolument M. Brophy, en apportant une série de 211 opérations pratiquées avant l'âge de cinq mois sans une seule mort. Il est donc absolument partisan de l'opération précoce, et les raisons qu'il met en avant pour soutenir cette opinion ont certainement une réelle valeur. Il faut tenir compte de ce fait que son opinion est basée sur l'expérience et lui-même avoue que ses premières opérations ne furent entreprises qu'avec beaucoup d'hésitations ; mais les résultats, il faut bien le reconnaître sont la justification de sa pratique.

C'est donc dans les trois premiers mois qu'il préconise l'intervention, même certains de ses malades ont été opérés dès le 10^e jour.

Voici ses principaux arguments :

1^o Le choc chirurgical, dans les premiers mois n'est pas si intense et cela pour deux raisons : I, parce que le système nerveux du jeune enfant n'est pas encore bien développé et par conséquent n'est pas capable d'être aussi fortement impressionné que dans un âge plus avancé. Les jeunes enfants se remettent beaucoup mieux pourvu que leur vitalité soit suffisante. II. Parce que l'angoisse et l'appréhension morales qui sont de puissants facteurs de production du choc, sont complètement éliminés.

2^o Lorsque les os ne sont pas encore complètement ossifiés, on peut les plier, les déformer, les mobiliser, sans les briser complètement ; le traumatisme osseux est donc moindre. Ce fait a une importance considérable, étant donné le procédé d'autoplastie employé par M. Brophy.

3^o Le troisième argument me paraît avoir une portée considérable. En effet, si les muscles sont mis en jeu de bonne heure, ils se développent au lieu de dégénérer. En opérant très tôt, on a donc des chances de reconstituer un bon voile du palais souple et mobile avec une quantité suffisante de tissu. Après la réunion, les muscles de ce voile pourront fonctionner et se développeront parallèlement à leur fonction, comme tout muscle qui travaille, tandis que si on opère plus tard, il est bien

rare qu'on puisse obtenir de ces muscles dégénérés, raccourcis et atrophiés, une fonction convenable.

4° En intervenant de bonne heure, le développement des organes reconstitués sera suffisamment avancé pour permettre une phonation correcte lorsque l'enfant commencera à parler. Si, au contraire, l'opération est remise à une époque où une prononciation vicieuse a été acquise, il sera bien difficile de corriger ce vice, même si les muscles se développent plus tard suffisamment. Les cas d'enfants dont la prononciation n'est pas améliorée après l'intervention sont très nombreux et tout le monde insiste sur la nécessité de la gymnastique vocale qui est loin, d'ailleurs, de donner toujours de bons résultats.

5° Enfin, il est un dernier fait qui vient détruire l'objection qu'on pourrait faire au procédé de M. Brophy de réduire la largeur de l'arcade dentaire supérieure et d'amener plus tard une discordance dans l'articulation des dents. Or, il n'en est rien, et une de ses observations est à ce point de vue très démonstrative : Malgré l'opération précoce, le maxillaire supérieur se développa si bien que les dents supérieures se trouvaient à peu près en relation normale avec les inférieures. Ce fait, en apparence illogique, s'explique par ceci : que le développement en largeur du maxillaire est lié à l'accroissement de la région alvéolaire sous l'influence de l'évolution des follicules dentaires. Il n'est donc pas étonnant, si ceux-ci évoluent régulièrement, que la discordance soit, en fin de compte, peu accentuée. D'autre part, pour M. Brophy, l'union et le fonctionnement habituel des péristaphylins aurait une influence sur le développement régulier de la portion alvéolaire de la mâchoire supérieure, ce qui serait encore en faveur de l'intervention précoce.

Telles sont les raisons développées par Brophy, et je dois dire que quelques-unes, telles que la moindre intensité du choc et le fonctionnement précoce des muscles du voile me semblent avoir un intérêt capital.

Quant à la question de gravité plus grande des interventions précoces, elle me semble tranchée par les 211 faits sans mortalité rapportés par le chirurgien de Chicago.

Le procédé opératoire est simple : il consiste à rappro-

cher de force les deux maxillaires, après avivement des bords de la fente, et à les maintenir au contact jusqu'à soudure.

On opère d'abord sur la voûte palatine, en laissant de côté le bec de lièvre labial s'il existe. Brophy fait très justement remarquer que c'est une grande erreur de commencer par réparer la lèvre, car on ferme en partie le seul accès qu'on a pour arriver sur la fente palatine, et on rétrécit mal à propos son champ opératoire. Le chirurgien a besoin de tout l'espace et la fissure labiale ne peut que rendre l'opération plus facile. L'opération sur les lèvres est toute simple et peut être faite à n'importe quel moment ; il n'y a aucun inconvénient à la retarder un peu.

L'opération peut être divisée en un certain nombre de temps ; M. Brophy ne l'a pas fait ; je le ferai pour en faciliter la description.

Les précautions antiseptiques étant prises, et après avoir introduit un spéculum particulier, dit spéculum oral, on passe au :

1^{er} temps. — Avivement des bords de la fente. Il faut le faire au bistouri. Le simple râclage de la muqueuse ne suffit pas. Il vaut même mieux décoller à la rugine les bords opposés de l'os, ce qui permettra un meilleur affrontement et une réunion plus solide.

2^e temps. — Passage des fils à suture. On se sert d'une aiguille spéciale dont la forme rappelle l'aiguille de Emmet, mais avec une courbure moindre. L'aiguille, munie d'une anse en fil de soie, perfore de dehors en dedans le maxillaire, en pénétrant par le sillon gingivo-génien dans la fosse nasale sur un plan situé en arrière de l'apophyse malaire. L'anse est alors attirée dans la bouche par la fente, Une deuxième anse est passée de la même façon, du côté opposé. Puis on fait, par le même procédé, un second point de suture sur un plan plus antérieur, c'est-à-dire en avant de l'apophyse malaire. Il est facile ensuite de substituer à ces anses de soie du fil d'argent n^o 20, plus fort ou doublé, si c'est nécessaire.

Cela fait, on met en place deux plaques de plomb qu'on applique de chaque côté sur la face externe du maxil-

laire, contre la muqueuse gingivale. Les fils sont alors noués d'un côté, sur la plaque de plomb.

3^e temps. — Rapprochement des deux os maxillaires. La forte tension exercée sur les fils pour les serrer suffit parfois pour obtenir très facilement le rapprochement, si la fissure est peu large. Si cette traction ne suffit pas, on peut le faire de force, soit au moyen des mains, soit à l'aide d'une pince spéciale construite pour cet usage. Le plus habituellement, on réussit de cette façon, au prix d'une fracture trabéculaire horizontale passant au-dessus de la région alvéolaire et qui est représentée Elle permet d'obtenir le rapprochement, si une flexion simple de l'os n'a pas suffi. Si les pressions sont insuffisantes, Brophy conseille de faire, au moyen du bistouri introduit par une boutonnière de la muqueuse, une véritable ostéotomie horizontale des deux maxillaires.

4^e temps. — Fixation de la suture qui se fait simplement en serrant et tordant le fil sur la deuxième plaque de plomb. On peut, au moyen de quelques points, perfectionner la suture de la muqueuse et du voile.

M. Brophy dit n'avoir jamais eu d'accidents graves. L'hémorrhagie a toujours été arrêtée facilement avec l'eau chaude. Les sinus maxillaires existent à peine et sont à un niveau plus élevé que celui où on place les sutures. Il faut signaler, cependant, la possibilité de la blessure des bourgeons dentaires, qui peut amener plus tard un développement défectueux de la dent lésée.

Le traitement post-opératoire est très simple : on fait l'antisepsie fréquente de la bouche et du nez, et l'enfant est nourri à la cuiller ou au biberon, ou mieux à la gavageuse, au moins pendant les premiers jours.

Les sutures de la muqueuse sont enlevées vers le huitième jour. Les plaques doivent rester en place de deux à quatre semaines. Les petites érosions de la muqueuse qu'elles déterminent sont ordinairement insignifiantes et il n'y a pas lieu de s'en préoccuper.

Tel est, Messieurs, le résumé de la communication de M. Brophy. Elle a été discutée par M. Sébilleau qui a insisté sur les différences que présente cette méthode avec les données classiques. Outre la question du moment de l'opération, il insiste sur la différence radicale

des deux procédés en ce que M. Brophy fait une autoplastie osseuse et non fibro-muqueuse. Or celle-ci, par le fait des incisions libératrices et du décollement du lambeau, expose à une hémorrhagie assez violente et à la blessure de la palatine postérieure. D'autre part, le lambeau peut se sphacéler et le résultat est très compromis.

Pour ma part, je ne puis que m'associer aux éloges de M. Sébilleau et, comme lui, m'incliner devant cette statistique de 211 restaurations de fissures palatines, pratiquées avec un succès toujours égal chez des enfants de deux ou trois mois. Un tel résultat, comme le dit M. Sébilleau, ne peut qu'impressionner profondément un chirurgien élevé dans la crainte des opérations osseuses chez le nouveau-né. C'est pour cela que j'ai cru devoir porter ces faits à la connaissance de notre Société.

M. Nové-Josserand. — Les résultats obtenus par ce procédé sont extrêmement encourageants, trop peut-être. Je suis étonné que sur 211 nourrissons, ainsi opérés, il y ait eu 211 guérisons. En France, nos statistiques sont moins brillantes, M. Brophy a donc obtenu une série de résultats exceptionnellement favorable.

Nous savons que l'opinion classique est d'opérer les enfants vers l'âge de 5 ou 6 ans, pourtant quelques chirurgiens, je citerai par exemple, M. Hermann (de Mulhouse), opèrent des enfants en bas âge; M. Hermann a opéré vers 18 mois; mais, en général, ces enfants sont opérés en dehors du milieu hospitalier, dans des conditions d'hygiène plus favorables qui les mettent à l'abri des complications pulmonaires et intestinales si fréquentes dans les hôpitaux.

Le procédé de Brophy est peut-être bon dans les fissures étroites, mais il me paraît d'une exécution plus difficile dans les larges fistules vélo-palatines.

M. Fochier. — Je ferai aux statistiques de M. Brophy une critique, qu'on peut adresser à d'autres : le mot « succès opératoire » devrait être précisé. Y a-t-il succès de quelques jours ou succès définitif? Trop souvent les renseignements des statistiques sont insuffisants à cet égard. Dans la technique de M. Brophy, je désirerai savoir comment on place et on tire le fil d'argent.

M. Nové-Josserand. — Je vois un avantage au pro-

cédé de Brophy, c'est qu'avec celui-ci le choc et l'hémorragie paraissent être moindres ; mais là n'est pas toujours le danger, il est surtout dans l'insuffisance de l'alimentation due à la fissure palatine.

Jusqu'à quel âge **M. Martin** estime-t-il que la flexibilité du maxillaire soit suffisante pour pratiquer pareille opération ? car, si l'on fait une ostéotomie, la gravité de l'opération devient plus grande.

M. Martin. — Ce point particulier me semble difficile à préciser.

* * *

DIVERTICULE DE MECKEL (?) DANS UN SAC HERNIAIRE

M. Vallas. — J'ai observé, au cours d'une cure radicale de hernie inguinale, dans un sac rempli par de l'épiploon, un prolongement ressemblant à l'appendice iléo-cœcal, mais d'une longueur inusitée : il avait 14 à 15 centimètres, et ce prolongement était fixé au fond du sac par un moignon renflé. Ces deux caractères, longueur insolite et renflement terminal, m'ont fait douter de l'existence d'un appendice hernié, et en incisant le sac sur sa continuité, de façon à m'assurer de l'insertion de ce prolongement, je vis qu'il prenait naissance sur le bord convexe d'une anse grêle. Il m'a donc semblé qu'il s'agissait d'un diverticule de Meckel, libre, quoique présentant un léger méso, à base insérée sur une anse grêle, à sommet fixé au fond du sac herniaire.

Cet appendice fut réséqué à sa base au moyen du thermo-cautère et l'opération terminée comme dans une cure radicale habituelle.

Les cas de diverticule de Meckel constatés sont relativement rares, les statistiques donnent une proportion de 3 à 4^o/1000, c'est la première fois que j'en vois dans une hernie. Ici trois faits sont anormaux : c'est la longueur, l'adhérence au fond du sac, et le volume réduit de ce diverticule, qui est généralement du volume de l'intestin grêle.

M. Jaboulay. — Il est certain que les diverticules de Meckel sont rares ; dans le cas présent, l'existence d'un court méso est anormal, le diverticule n'en a pas.

M. Durand. — Je n'ai jamais vu de diverticule de Meckel à l'amphithéâtre; dans un cas d'occlusion intestinale, j'ai rencontré un diverticule, mais sans méso.

M. Fochier. — J'ai eu l'occasion d'observer trois cas de diverticule de Meckel en chirurgie infantile : l'un, que j'ai trouvé dans une hernie ombilicale, avait l'apparence d'une petite verge, était recouvert par l'épiderme et était saillant à l'ombilic. Un examen histologique détaillé en a été fait par M. Chandeux, qui l'a rapporté dans le *Journal de l'Anatomie et de la Physiologie*.

Séance du 12 juin 1902. — Présidence de M. GAYET.

M. Siraud, secrétaire, lit le procès-verbal de la dernière séance.

TRAITEMENT DES FISSURES DE LA VOUTE PALATINE

M. Vincent. — A propos de la communication de M. Martin sur le traitement des fissures vélo-palatines, par le procédé de Brophy, fait remarquer que des chirurgiens autres que Hermann ont préconisé les opérations hâtives. Julius Wolff a été le premier à attirer l'attention sur elles. L'historique de la question a été fort bien exposé au dernier Congrès de chirurgie, par M. Girard (de Berne).

Les résultats phonétiques sont meilleurs quand on opère en bas âge, mais la mortalité est plus considérable.

M. Martin. — Je comprends très bien que la statistique de M. Brophy paraisse un peu exagérée. Comme il n'a pas publié le détail de ses observations, je n'ai naturellement aucun renseignement précis sur cette statistique, mais je crois qu'il faut comprendre ses 211 cas sans mort, dans le sens de sans mortalité opératoire. Il est bien évident qu'un certain nombre d'enfants ont dû mourir plus tard, mais il n'y a pas de raison pour que les petits opérés soient à l'abri, plus que les enfants sains, de la mortalité générale qui frappe la première enfance. Il n'est pas démontré non plus qu'ils soient

plus atteints que les autres. La question est donc à réserver. M. le Dentu qui est partisan des opérations tardives, se base, pour appuyer ses conclusions, sur une statistique de Julius Wolff, qui montre qu'à partir de l'âge de 6 ans, les restaurations palatines ne donnent plus de mortalité. C'est donc à cet âge qu'il fixe la limite inférieure de l'intervention. Mais, en se reportant à cette même statistique de Wolff, on voit que sur 31 cas opérés pendant la première année, on a cinq morts, soit 1/6. Or, si nous prenons la mortalité infantile générale pendant la première année, on voit qu'elle est de 1,6 pour 10, soit environ 1 sur 6.

La mortalité ne serait donc pas plus forte chez les opérés que chez les enfants sains, pendant la première année.

Julius Wolff est, d'ailleurs, un de ceux qui ont conservé le principe de l'intervention précoce qui, d'après lui, est le meilleur moyen de lutter contre l'état de débilité que présentent ces petits malformés. Celle-ci tient, pour la plus grande part, aux difficultés de leur alimentation et, il est logique de penser que ces difficultés doivent accroître sensiblement la mortalité des nourrissons porteurs de malformation palatine.

M. Vincent constate que les statistiques de Brophy sont exceptionnellement favorables, car pour de semblables intraventions, la mortalité serait de cinq sur trente. M. Vincent discute l'opportunité du procédé de Brophy, il faut tenir compte du choc opératoire et de l'hémorrhagie, qui, dans les premières années de la vie, sont extrêmement graves.

Le procès verbal est adopté.

* * *

FIBROME UTÉRIN TORDU SUR SON PÉDICULE. — HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE AVEC PÉDICULE EXTERNE.

M. Durand. — J'ai l'honneur de vous présenter une malade opérée par mon maître M. M. Pollosson, pour des accidents aigus dus à la torsion d'un fibrome utérin

sous-séreux. J'ai cru intéressant de vous rapporter son histoire à cause de la rareté de la torsion des fibromes.

B... Marie, 36 ans, aucun antécédent héréditaire ; n'est pas mariée, n'a jamais eu d'enfant ni de fausse couche, pas d'accident salpyngien. Elle a eu des maladies d'ordre médical mais jamais rien qui soit en rapport avec la zone génitale. Réglée à 14 ans, elle l'a été régulièrement jusqu'à il y a deux ou trois ans. Il y a quatre ans; elle sentit, par hasard, une tumeur de la grosseur d'un poing qui s'était développée insidieusement jusque-là. Elle était située à l'hypogastre, un peu à gauche de la ligne médiane, et resta six mois environ sans provoquer aucun trouble ; les règles, notamment, conservaient leur indolence, leur régularité et n'étaient pas plus abondantes.

Une nuit elle fut réveillée par une douleur abdominale si vive qu'elle en perdit connaissance ; en revenant à elle, elle prit des vomissements bilieux abondants qui persistèrent à intervalles irréguliers pendant trois jours. Les douleurs étaient très vives, généralisées à tout l'abdomen et s'irradiaient dans les cuisses. Le ventre était douloureux à la pression, très augmenté de volume. La malade dut garder le lit pendant trois semaines ; chaque fois qu'elle se levait, elle avait des vertiges et une sensation de pesanteur pénible dans l'abdomen.

Ces phénomènes s'amendèrent et disparurent ; cette femme put reprendre ses occupations habituelles.

Ces crises se répétèrent une dizaine de fois depuis quatre ans, mais ne durèrent chaque fois que deux ou trois heures. Aucune cause ne déterminait leur retour ; elles n'étaient pas en relation avec la menstruation, ne survenaient pas à la suite de fatigues ou d'efforts brusques, elles débutaient subitement la nuit, au milieu du sommeil. Au bout de quelques mois les règles sont devenues irrégulières, et moins abondantes ; dans les derniers mois elles ont été accompagnées de coliques et le sang était mêlé de caillots. Fait à noter, il n'y a jamais eu d'hémorrhagie.

La constipation s'était installée et il n'y avait guère de selle que tous les trois ou quatre jours ; il se serait, en

même temps, développé des troubles urinaires: les urines, épaisses et rouges, n'étaient plus émises que tous les deux ou trois jours. L'état général restait excellent, l'appétit était normal, pas d'amaigrissement. L'abdomen avait notablement augmenté de volume la malade sentait sa tumeur remonter jusqu'aux fausses côtes.

Huit jours avant son entrée à l'hôpital, la malade fut prise d'une crise particulièrement intense qui, comme les précédentes, avait débuté la nuit, sans cause connue, et se traduisait par les symptômes ordinaires, mais beaucoup plus accusés, c'est alors qu'un médecin lui conseilla d'entrer à l'Hôtel-Dieu.

A son entrée dans le service, la malade présente des symptômes très marqués de péritonisme: douleurs abdominales, faciès anxieux, vomissements bilieux; le ventre est volumineux, extrêmement douloureux à la pression; la percussion y dénote de l'ascite; la palpation y montre une tumeur arrondie, volumineuse, occupant la partie inférieure. Au toucher vaginal, l'utérus est en antéversion et porte, sur sa face antérieure, un certain nombre de petites productions arrondies de la grosseur d'un pois ou d'une noisette, très nettement perceptibles à travers le cul-de-sac antérieur. On n'hésita pas à porter le diagnostic de fibrome utérin, éliminant le kyste ovarique, à cause de l'absence de rétroversion et de la présence de petites tumeurs du cul-de-sac antérieur qui tenaient manifestement à l'utérus. Quant au genre d'accident qui compliquait le fibrome, on ne put le diagnostiquer d'une façon aussi précise. Y avait-il coïncidence de quelque salpyngite ou de kyste ovarien tordu? Y avait-il torsion ou inflammation du fibrome? On ne pouvait le préciser. Le diagnostic fut, en somme, fibrome utérin compliqué d'un accident indiquant l'intervention immédiate.

M. M. Pollosson opéra de suite. La malade mise en position de Trendelenburg, il incisa l'abdomen et donna issue à une quantité notable de liquide ascitique, plutôt citrin que séro-hématique. La tumeur était libre, sans adhérence et fut facilement amenée au dehors. Elle était constituée par un gros fibrome dont le poids était, après ablation, de 4 kil. Ce fibrome était de la variété sous-séreuse et se rattachait à la face postérieure de la corne

utérine gauche par un pédicule long de 10 à 15 cent. environ. Ce pédicule était tordu sur lui-même dans le sens des aiguilles d'une montre et avait fait ainsi quatre tours, deux à chacune de ses extrémités. La détorsion en fut facile. Il avait une constitution particulière, étant formé non seulement par l'attache du fibrome, mais encore par la trompe gauche. Celle-ci se trouvant tordue sur son extrémité utérine et sur son pavillon s'était transformée en hydro-salpinx assez volumineux, et donnait ainsi au pédicule la forme d'un fuseau fortement renflé en son milieu.

M. Pollosson pensa qu'en présence de l'ascite et de l'état général de la malade, il fallait terminer l'opération au plus vite; il se décida rapidement à faire une hystérectomie avec pédicule externe, ce qui fut fait sans incident.

Cette opération a eu le plus heureux résultat. Aucune complication n'est venue compromettre ou retarder la guérison et, maintenant, la malade va quitter le service. La paroi abdominale, on peut le voir, est solidement fermée et le moignon utérin paraît, au toucher vaginal, être en sa place physiologique et jouir d'une mobilité suffisante.

Il y a donc eu ici torsion d'un pédicule de fibrome sous-séreux comprenant l'attache de la tumeur et la trompe kystique; l'hystérectomie par le procédé d'Hegar a donné un excellent résultat.

M. Chandelux demande si les symptômes observés ont été les mêmes que dans les kystes de l'ovaire tordus sur leur pédicule. A-t-on noté de l'élévation de température? Généralement, celle-ci s'observe avec les épanchements sanguins, des phénomènes inflammatoires et des adhérences.

Y avait-il des adhérences entre la tumeur et la paroi abdominale?

M. Vincent a observé trois fois des accidents de torsion avec état gangréneux des fibromes. Il y avait de la fièvre.

Dans le cas de M. Durand, la nutrition du fibrome avait-elle été altérée?

M. Durand. — La température ne fut pas prise le

jour de l'arrivée de la malade, mais les jours suivants, on ne constata pas de fièvre.

Il n'existait pas d'adhérence seule une quantité énorme d'ascite témoignait de la réaction péritonéale.

Au point de vue de la nutrition du fibrome, il n'y avait pas de signe d'ulcérations des tissus, ni du côté de la trompe suppurée.

M. Bérard. — Dans un travail qu'il a publié sur les accidents de torsion des pédicules, en pareil cas, a noté qu'au début, il existait régulièrement un syndrome péritonéal avec troubles vasculaires par gêne circulatoire et ischémie, surtout dans les kystes ovariens, troubles moins constants dans les fibromes tordus. Quand le premier orage péritonéal a cessé, on trouve d'ordinaire des adhérences plusieurs jours après.

Séance du 19 juin 1902. — Présidence de M. HORAND.

M. Siraud, secrétaire, lit le procès-verbal de la précédente séance, il est adopté.

*
* * *

DOCUMENTS POUR LA PATHOGÉNIE DE L'HÉMATOCÈLE PELVIENNE

M. Bérard présente deux pièces qu'il a recueillies à deux jours d'intervalle, au cours d'interventions pour hématicèles pelviennes, et qui offrent l'une et l'autre, à des points de vue différents, un réel intérêt pathogénique.

1° La première de ces pièces est une trompe gravisde de deux mois environ, qu'il a extraite par la voie vaginale après incision du Douglas et évacuation des caillots. La trompe, du volume d'une grosse noix, est close de toutes parts, du côté de l'utérus aussi bien que du pavillon; mais au point le plus renflé on constate une fissure de la paroi, fissure longue environ d'un centimètre et large de trois à quatre millimètres. C'est par là que s'est produite l'hémorrhagie, au niveau des villosités choriales après rupture de la paroi tubaire.

Huit jours avant son entrée à l'hôpital et sans aucun trouble du côté des règles, la malade avait accusé de violentes douleurs dans le bas ventre qui l'avaient fait recevoir à la Charité. L'examen n'avait révélé aucun signe d'hémorrhagie interne, aucune distension en masse des culs-de-sac vaginaux, mais simplement un déplissement du cul-de-sac gauche avec prolapsus dans ce cul-de-sac des annexes correspondantes, qui étaient volumineuses et douloureuses. Utérus en rétroversion.

Malgré ces symptômes et malgré que la température se soit élevée à 38,2, on avait penché vers le diagnostic d'hématocèle, plutôt que de salpingite, à cause de l'absence d'hyperleucocytose constatée par M. Descos, interne de service. La quantité de caillots retirée du bassin fut environ de deux grands verres.

2^o La seconde pièce est beaucoup plus intéressante encore par sa rareté. C'est également une trompe gravide, d'un mois et demi à deux mois environ, extraite par la voie abdominale. La trompe, renflée en ovale, du volume d'une noix fraîche, est, comme dans le cas précédent, obturée du côté de l'utérus; elle paraissait l'être également du côté du pavillon. *Aucune trace de fissure sur les parois de la trompe ni sur l'ovaire.* Et pourtant, il y avait, dans le Douglas, environ un quart de litre, de caillots récents, libres dans le péritoine, sans cloisonnement de la grande séreuse. Ces caillots adhéraient un peu au méso de la trompe, lui-même légèrement infiltré de sang. Si l'hémorragie ne s'est pas faite par le pavillon de la trompe, *sans doute elle provenait des plexus veineux subovariens très dilatés.*

Cette pathogénie a déjà été invoquée dans quelques cas où il avait été impossible de retrouver sur la trompe et sur l'ovaire l'origine de l'écoulement sanguin.

Cette seconde malade accusait des troubles de la menstruation depuis près de deux mois; après avoir constaté un retard de ses règles, elle avait eu des pertes rouges assez abondantes durant près d'une semaine, avec de violentes douleurs de l'abdomen, irradiées vers les reins. Chez elle, comme chez la première, le Douglas était relativement souple, peu distendu; on percevait au toucher la trompe droite très augmentée de volume et très douloureuse. L'utérus était fixé en rétroflexion. Et l'on pouvait hésiter entre une grossesse tubaire, et une rétroflexion adhérente par annexite. C'est pourquoi, on intervint par l'abdomen.

M. Bérard pratique ensuite, devant les membres de la Société, l'ouverture de ces deux trompes gravides, suivant leur grand axe: dans la première, la disposition de l'œuf est des plus nettes; dans la seconde l'œuf, plus petit, est noyé dans les caillots qui sont plus récents;

afin qu'il n'y ait aucun doute sur l'authenticité de ce second cas, il en soumettra les pièces au contrôle du microscope.

En terminant, M. Bérard fait observer que, chez ces deux malades, la proportion des leucocytes dans le sang était plutôt au-dessous de la normale (6.500 et 6.750). Sans vouloir tirer de conclusions définitives sur ce point, il dit que, dans huit examens du sang, pratiqués chez d'autres malades du service, par l'interne, M. Descos, toutes les fois qu'il s'agissait de lésions suppurées, la proportion des leucocytes s'élevait à 12.000, 12.500 et 13.000. Ces recherches feront l'objet d'un travail ultérieur.

M. Fochier demande si, dans le deuxième cas, l'hématocèle était libre au milieu des anses intestinales.

M. Bérard. — L'épanchement n'était pas cloisonné, le sang s'étalait sur les anses intestinales; il n'y avait pas de tumeur perceptible dans le cul-de-sac de Douglas.

M. Fochier est d'avis qu'en pareil cas les interventions doivent être multipliées; bien qu'un certain nombre de malades atteintes d'hématocèles, cloisonnées ou non, guérissent spontanément, mais elles sont menacées de douleurs persistantes pendant leur vie. Ainsi il vaut mieux intervenir quand le diagnostic est net. La laparotomie dans l'hématocèle non enkystée, met la malade à l'abri de la rétroversion et d'adhérences mieux que la colpotomie.

Il est à supposer qu'on trouvera un œuf dans la trompe?

Les pièces présentées sont intéressantes; macroscopiquement il n'y a que de gros caillots tubaires. Souvent, en effet, il n'y a pas de signes de grossesse dans les trompes; on ne trouve pas de fragment placentaire. On diagnostique la grossesse d'après les modifications microscopiques de la muqueuse tubaire.

M. Chandelix, ayant eu l'occasion de pratiquer souvent la numération proportionnelle des globules du sang, est surpris qu'on puisse attacher autant d'importance de la teneur comparative du sang en éléments rouges ou blancs pour préciser le diagnostic de suppuration ou non. Le chiffre

normal des globules blancs est de 2 pour 250 globules rouges ; si le nombre des globules blancs tombe au-dessous de 8.000, la seule déduction à en tirer c'est qu'il y a hypoleucocytose.

M. Bérard. — Dünschmann et Kürtschmann ont montré, à propos des lésions annexielles, que si on examinait le nombre proportionnel des globules blancs du sang par rapport aux rouges, on pouvait dire s'il y avait du pus ou non. Si la leucocytose s'élève à plus de 10.000 globules, il y a pus. Dans dix cas observés par M. Bérard, quatre étaient non suppurés ; le nombre des globules blancs était de 6.500, 7.500 et 8.000 ; dans les six autres cas, il y avait de la suppuration ; on notait 11.000, 11.500, 12.000 globules blancs.

M. Bérard ne veut pas juger de la valeur exacte de la méthode, mais il reconnaît que, jusqu'ici, elle ne lui a pas été infidèle.

Ainsi que l'indique M. Fochier, M. B... a fait l'opération à cause des douleurs persistantes, même après correction de la rétroflexion.

M. Chandelux. — Dans les suppurations, les globules blancs augmentent de nombre. Sur les individus bien portants, leur chiffre varie de 8.000 à 12.000. La leucocytose à 11.000 est donc suspecte au point de vue diagnostique. On ne peut en tirer de déduction.

* * *

**FRACTURE DE LA BASE DU CRANE (ROCHER DROIT). —
PARALYSIE FACIALE TARDIVE ET PROGRESSIVE. — GUÉ-
RISON.**

M. Vialle. — Le malade que je vous présente est un sous-officier du 7^e cuirassiers qui, le 11 mai dernier, dans une course d'obstacles a fait une chute sur la tête et a eu une fracture du rocher droit.

La perte de l'audition, un état semi-comateux qui a duré 48 heures, une otorrhagie assez abondante ont été les symptômes immédiatement observés. Deux jours

après l'accident, c'est-à-dire le 13 mai, j'ai vu débiter une paralysie faciale droite qui, d'abord peu nette, s'est progressivement installée pour devenir complète et définitive le 15 mai. Le 21 mai, cette paralysie faciale a commencé à régresser et, actuellement, au moment où le malade va quitter l'hôpital militaire Desgenettes, on constate qu'elle ne se caractérise plus que par une très légère déviation de la bouche à gauche, et un peu d'effacement du sillon naso-labial droit; le malade siffle et souffle sans aucune difficulté, réalise l'occlusion complète de l'œil droit.

Je désire rapprocher l'observation de ce malade de celle d'un autre malade qui a fait de ma part l'objet d'une communication antérieure à cette Société, et chez lequel j'observai aussi une paralysie faciale progressive et non immédiate, et je vous demande la permission, à l'occasion de ce nouveau cas, d'examiner devant vous la pathogénie de cette variété de paralysie faciale.

S'agit-il, comme le veut Duplay, d'une névrite parenchymateuse du facial consécutive à une otite moyenne suppurée? Je ne peux guère le croire, car l'otorrhagie n'a pas été suivie d'otorrhée, et il n'y a jamais eu de douleurs d'oreille.

S'agit-il d'une compression du facial par un cal exubérant qui, plus tard, tend à se résorber (Dumoulin)? Mais, dans ce cas, la paralysie serait moins précoce; ou d'une compression, par le périoste et les parois, de l'aqueduc enflammé qui, en augmentant de volume, produiraient la paralysie (Stephanos)? Il n'y a pas eu chez nos deux malades les signes auriculaires d'une inflammation nette. Peut-on penser, avec M. Jaboulay, que le bout périphérique du facial sectionné dans son trajet intrapétreux subit, du fait de cette section, une sorte d'excitation qui le charge d'influx nerveux et que ce n'est que lorsque cette charge électrique est épuisée que la paralysie s'installe? Cette explication permet de comprendre que la paralysie ne soit pas immédiate, mais elle ne nous dit pas pourquoi, une fois constituée, elle ne serait pas définitive.

Je crois que, assez souvent sinon toujours, la paralysie faciale tardive et progressive observée dans les fractures

du rocher est le résultat d'une compression par un exsudat sanguin, cet exsudat se faisant autour du nerf ou dans l'épaisseur de sa gaine névrilemmatique et commençant à manifester son action compressive lorsqu'il est suffisamment organisé pour diminuer d'abord et annihiler ensuite la fonction du nerf facial; cette compression cessant son action à un moment donné, par résorption du sang extravasé, on comprend ainsi que la paralysie régresse et disparaisse même complètement.

M. Bérard a enlevé un cancroïde de la région parotidienne. Après évidement de la loge et ablation des ganglions carotidiens, il y eut paralysie faciale immédiate et complète. Le malade, revu avant-hier, présentait une amélioration de sa paralysie faciale. Aussi, peut-on se demander si la section a été incomplète, ou s'il y a eu phénomène de suppléance.

M. Chandelux, à l'appui de la constatation d'élévation de température faite en pareil cas, cite le cas d'un blessé qui, ayant fait une chute sur la tête, eut, huit heures après l'accident, 40°3, et, au bout de plusieurs heures, 41°3. Ce malade n'avait pas de lésions du crâne, mais une fracture de la colonne cervicale.

La cause de cette élévation de température peut être attribuée à une action, mal définie, du traumatisme sur les centres thermiques plutôt qu'à un épanchement.

CANCER DU PENIS ET CHAÎNE LYMPHATICO-GANGLIONNAIRE SECONDAIRE

M. Albertin. — Je vous présente une pièce constituée par un penis dont j'ai fait l'ablation et la chaîne lymphatico-ganglionnaire qui reliait la tumeur à la région inguino-crurale gauche.

L'épithélioma a débuté dans la rainure balano-préputiale, sous un phimosis et, progressivement, a perforé le prépuce.

Partant de la tumeur et reliée directement à elle, on sent un gros cordon lymphatique qui suit le dos de la

verge et aboutit à 5 ou 6 gros ganglions occupant la région inguino-crurale gauche.

Je n'ai pas trouvé le moindre ganglion à la palpation de la région inguino-crurale droite.

J'ai pratiqué l'ablation de la verge au-dessous du point où ce cordon lymphatique se réfléchissait sur la région pubienne et j'ai enlevé d'une seule pièce la tumeur principale et la chaîne ganglionnaire.

Pour ce faire, j'ai sacrifié un long lambeau cutané de la région. J'ai dû faire ensuite de l'autoplastie par glissement de la surface cruentée.

Lorsqu'on pratique l'ablation du cancer de la verge, il faut soigneusement pratiquer la recherche à distance des ganglions. On peut, par cette épuration soigneuse de la région obtenir des résultats inespérés.

J'ai en effet, une autre observation de cancer de la verge opéré il y a plus de cinq ans, en collaboration avec mon ami Rochet, chirurgien de l'Antiquaille, et qui ne présente actuellement ni trace de récurrence, ni tendance à la récurrence. Il s'agissait du père d'un de nos confrères, qui, depuis deux ans, portait un cancer de la verge ayant, dans les derniers mois, acquis un volume considérable. Le malade avait toujours hésité à se montrer à un médecin et il ne s'y était décidé que parce qu'il avait des troubles de la miction. L'urèthre envahi, déformé, n'était plus perméable et l'urine ne trouvait qu'un passage difficile à travers les masses néoplasiques balano-préputiales.

Les deux régions inguino-crurales étaient tapissées par un pavé ganglionnaire considérable.

En présence de ces constatations, mon ami Rochet et moi fîmes un pronostic peu rassurant.

Néanmoins, nous décidâmes l'ablation de la verge et nous fîmes chacun de notre côté, une chasse consciencieuse et fructueuse aux ganglions inguino-cruraux. Le volume des ganglions réunis au pénis était énorme. La tumeur examinée était histologiquement un épithélioma typique.

A notre grand étonnement, après une guérison opératoire rapide, le malade ressuscita pour ainsi dire. De jaune citron qu'il était, et malgré son âge de 62 ans, reprit l'usage de la bicyclette et ses occupations assez

pénibles. Actuellement, il est dans un état de santé parfaite, sans trace de récurrence locale, plus de cinq ans après notre intervention.

L'explication de cette absence de récurrence, peut être donnée, croyons-nous, comme suit.

Le plus souvent, l'épithélioma du pénis s'accompagne de poussées inflammatoires plus ou moins subaiguës. Ces poussées se traduisent par de la lymphangite, par de l'adénite inflammatoire réactionnelle. En pareil cas, ils nous paraissent jouer alors le rôle efficace de barrière infranchissable aux produits néoplasiques qui ne peuvent aller plus loin. Si en pratiquant l'ablation de la chaîne ganglionnaire, on est assez heureux pour enlever le dernier anneau de cette chaîne, le cul de sac en quelque sorte du réseau lymphatique en communication avec la tumeur primitive, on a des chances d'éviter la récurrence.

Nous pensons que l'adjonction ou mieux l'apparition préalable de lymphangites et d'adénites inflammatoires, dans le système lymphatiques péri-pénien, peut mettre un obstacle à la diffusion des germes néo-plasiques, en dehors de ce réseau qui peut s'isoler du réseau lymphatique général.

M. Horand. — De quelle nature était la tumeur ?

M. Albertin. — L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un cas d'épithélioma typique.

M. Rochet. — Nous avons obtenu dans ce cas, une guérison rapide et définitive. Je crois que l'ablation systématique des ganglions du triangle de Scarpa s'impose, pour éviter toute récurrence. Quand l'épithélioma est limité à la portion flaccide du pénis, on peut supposer que les ganglions profonds ne sont pas touchés; dans l'épithélioma de la portion périnéale, il y a lieu d'admettre que les ganglions profonds, pelviens, sont bridés par le néoplasme. Ainsi, le curage des ganglions superficiels doit être systématique.

M. Fochier. — Je rapproche cette forme d'épithélioma de la forme végétante du col utérin: en présence de cette variété anatomique, on est en droit d'espérer après, son ablation. Ce n'est pas la même chose dans l'épithélioma térébrant.

M. Chandelux. — Il y a en effet une grande différence dans la structure de ces tumeurs: les épithéliomas végétants ont une faible malignité. Souvent on doute de leur nature; on peut les confondre avec des papillomes ou des bourgeons charnus.

En 1889, j'opérai un malade d'un épithélioma végétant du prépuce, lequel était perforé. Des bourgeons néoplasiques adhéraient aux lèvres de la perforation. Le malade présentait des ganglions volumineux au pli de l'aîne. Leur situation profonde et leur volume énorme firent rejeter l'idée d'une ablation. Or, ce malade a guéri. Je reconnais que l'examen histologique du néoplasme n'a pas été pratiqué.

Souvent cet examen est difficile; pour le cancer du col utérin, on peut avoir affaire à des bourgeons de forme papillomateuse, greffés sur des lésions d'ancienne métrite et qu'on peut prendre pour du cancer. Les productions épithéliomateuses des culs de sacs sont remplies de globes cornés. Aussi des examens multiples s'imposent-ils.

M. Rochet. — Demarquay a insisté sur les différences macroscopiques de ces tumeurs et distingué la forme végétante du cancer pénien et la forme térébrante. Dans le cas de M. Albertin, la tumeur était infiltrée aux corps caverneux.

Séance du 26 juin 1902. — Présidence de M. HORAND.

UN CAS DE PSEUDO-CRISE APPENDICULAIRE PROVOQUÉE PAR DES ASCARIDES LOMBRICOIDES

M. Géraud, médecin-major. — Dans sa séance du 12 mars 1901, l'Académie de Médecine entendait une communication de M. Metchnikoff, ayant trait au rôle des ascarides lombricoïdes dans la production de crises appendiculaires. Cette relation helminthologique nous était restée en mémoire, quand un cas analogue à ceux décrits par M. Metchnikoff s'est récemment présenté dans notre service, à l'hôpital militaire Villemanzy. Les faits de ce genre étant peu nombreux, parce qu'ils n'ont peut-être pas suffisamment forcé l'attention, il nous a semblé qu'il ne fallait pas laisser dans l'ombre celui que nous avons l'honneur de vous soumettre, et dont la rareté constitue tout le mérite.

OBSERVATION

M...entre à l'hôpital militaire Villemanzy, le 5 juin 1902.

Aucun antécédent héréditaire, aucun accident vermineux dans l'enfance.

M... s'est présenté le 4 juin à la visite médicale, souffrant depuis 24 heures, d'une douleur pongitive dans la fosse iliaque droite; elle était apparue brusquement et au repos et avait doublé d'intensité. M. le médecin-major Viallet n'avait pas trouvé de localisation très nette au point de Mac-Burney, mais la palpation déterminait une exagération de douleur dans toute l'étendue de la fosse iliaque. Il n'avait pas constaté non plus de température. Pas de selles depuis la veille, c'est-à-dire depuis le 3 juin. La mixtion était facile.

A 7 heures du soir, le 4 juin, les douleurs avaient été

plus vives et il y avait eu un vomissement bilieux. Nuit pénible du 4 au 5 juin.

Plusieurs selles dans la nuit.

5 juin. — L'état restait le même au point de vue *douleur*, mais la paroi abdominale se défendait davantage et les vomissements bilieux persistaient. On constatait de l'empatement dans toute la fosse iliaque.

M... est d'une constitution robuste, bien qu'il accuse de l'amaigrissement depuis ces dernières semaines.

Le faciès est grippé, l'attitude est méningitique, en chien de fusil, légère teinte subictérique des conjonctives, langue saburrale.

La note dominante est une douleur vive dans la fosse iliaque droite et une nausée continuelle avec fréquents vomissements verts, pas de température.

La douleur occupe toute l'étendue de la fosse iliaque droite, sans exagération, au point de Mac-Burney. Toute la région douloureuse semble empâtée, est saillante. Cette saillie est mate à la percussion, mobile, non fluctuante. La dimension est celle d'une poire ordinaire ou d'un œuf.

Le diagnostic d'appendicite est réservé en l'absence de température et de localisation précise.

Traitement : application de glace à l'extérieur et glace à l'intérieur. Lait glacé.

La nuit du 5 au 6 juin est mauvaise. Le pouls reste à 70° et la température à 37°2. Pas de selles ni de gaz dans la nuit. Encore des vomissements.

6 juin. — Nouvelle consultation le matin. Le diagnostic d'appendicite est écarté en raison de l'absence de température, de la brusquerie d'apparition des phénomènes, sans constipation préalable ni constipation habituelle, et à cause de la localisation spéciale.

Avant de décider une intervention toujours grave, un doute devait être éclairci : Ne pouvait-on pas émettre quelques soupçons sur la présence d'ascarides lombri-coïdes. La communication de M. Metchnikoff nous revenant en mémoire, nous faisons appel à la santonine administrée en trois doses successives de 0 gr. 5 centigr.

Deux heures après l'absorption de cet anti-helminthique, le malade rend par la voie buccale trois lombrics.

Dans l'après-midi, il en rend deux autres par la même voie. Pourtant, les symptômes restent les mêmes et il n'y a pas de sédation dans la douleur ni diminution dans les vomissements. La défense est la même et la saillie globuleuse se rapproche du point de Mac-Burney.

Trois centigrammes de santonine sont prescrits à la contre visite. On y ajoute 1 gramme de calomel pour le lendemain.

Le résultat ne se fait pas attendre. Dans la nuit du 6 au 7 juin, vers dix heures, le malade évacue une dizaine de lombrics par la voie rectale, et avec eux de nombreux gaz. Les éructations ont cessé. La douleur s'apaise. A 3 heures du matin, nouvelle selle avec six lombrics. L'examen des matières décèle la présence de nombreux œufs d'ascarides.

7 juin. — L'aspect et l'attitude du malade ont totalement changé. Plus d'attitude méningitique, faciès reposé. Plus de vomissements, plus de douleur, plus de défense, ni d'empâtement, ni de saillie suspecte.

Depuis, malgré l'administration de nouvelles doses de santonine, il n'y a plus eu de lombrics ni d'œufs d'ascarides dans les selles.

Là, se borne notre observation. La nécessité d'examiner les selles des malades sous l'influence apparente de crises appendiculaires semble nécessaire et, peut singulièrement faciliter le diagnostic. Dans le cas actuel, l'examen préalable n'a pas été possible, puisque le malade n'a eu les premières selles qu'après la prise du vermifuge.

M. Rigal. — Ce malade présentait, à son entrée, des symptômes si graves qu'il faillit être opéré; mais l'absence de température, la sédation des symptômes, au bout de 24 heures, firent retarder l'intervention, d'autant plus que notre attention avait été attirée sur des cas d'appendicite-fantôme.

M. Albertin a vu un petit malade soigné pour péritonite tuberculeuse, avec matité en damier caractéristique. On lui donna du calomel, les vers intestinaux furent expulsés, tous les symptômes disparurent.

A l'Antiquaille, M. Albertin a opéré un petit malade

d'appendicite aiguë ; dans le collapsus, il succomba ; un ascaride fut trouvé dans la cavité péritonéale.

M. Chandelux. — L'engouement local par ascarides peut provoquer des symptômes de pseudo-appendicite, mais dans certains cas, on peut se demander si les ascarides peuvent être la cause d'appendicite, comme le dit Metschnikoff.

M. Horand demande d'où vient le malade observé par M. Géraud, et depuis combien de temps il était dans l'armée.

M. Géraud. — Ce malade, qui vivait dans de très mauvaises conditions d'hygiène, originaire du Puy-de-Dôme, était incorporé depuis six mois.

★ ★

HYDRONÉPHROSE DUE A UN CANCER DU RECTUM AVEC NOYAU DE GÉNÉRALISATION ENGLOBANT UN URETÈRE

M. Rochet présente une pièce très curieuse d'hydronéphrose aseptique à liquide parfaitement clair, avec dilatation du bassinet considérable, du volume d'une orange, dilatation de l'uretère correspondant, moniliforme et devenu gros comme le pouce en certains endroits.

La pathogénie de cette hydronéphrose est très curieuse et rare. Le malade qui en était porteur était mort à la suite d'une généralisation d'un cancer de la face antérieure du rectum. L'uretère n'était pas comprimé par des ganglions néoplasiques du petit bassin, mais il y avait, du côté de la paroi postérieure de la vessie, et sous le péritoine vésico-rectal, une série de *grains cancéreux secondaires*, gros comme de petites lentilles, et analogues à ceux qu'on voit souvent, sur la peau, à distance d'un cancer du sein. Deux ou trois de ces grains étaient même venus se greffer sur l'uretère, tout près de sa pénétration dans la vessie et avaient peu à peu oblitéré son calibre à ce niveau. L'oblitération n'était cependant pas totale, et on pouvait encore passer un fil métallique dans le conduit, à ce niveau.

PRÉSENTATION DE MALADES

M. Gangolphe présente deux malades : l'un est un enfant opéré d'un empyème, datant de trois ans, guéri par de larges résections costales ; l'autre est un jeune garçon de 18 ans, atteint d'hérédo-syphilis, avec localisations ostéo-articulaires multiples.

M. Chandelix. — Les lésions syphilitiques tertiaires des os, fréquentes, peuvent être prises pour de l'ostéosarcome. C'est ainsi qu'un malade, âgé de 35 ans, devait être amputé pour un soi-disant ostéo-sarcome du tibia, quand la tuméfaction s'ulcéra, donnant issue à un liquide puriforme et à un séquestre. L'administration de l'iodure de potassium emmena la rétrocession complète des accidents. Le père de ce malade était atteint de syphilis : il s'agissait, dans ce cas, des lésions tertiaires d'hérédo-syphilis.

M. Horand. — Je tiens à mettre en évidence ce point particulier ; c'est que les accidents éloignés de la syphilis chez les enfants contagionés dans la première enfance ressemblent exactement à ceux de l'hérédo-syphilis ; il est difficile, sinon impossible, de dire si les lésions osseuses sont acquises ou héréditaires.

M. Gangolphe. — Les parents de ce jeune homme n'avaient pas la syphilis ; d'autre part, on n'a pu incriminer la vaccination, car il n'a pas été vacciné.

M. Gangolphe présente une troisième malade, opérée et guérie d'un énorme goître poly-kystique.

M. Bérard. — M. Gangolphe a-t-il voulu comparer ou assimiler la dégénérescence polykystique de la thyroïde à celle du rein ou du foie ; en pareil cas, il a insuffisance de sécrétion glandulaire, donc cette malade aurait dû avoir du myxœdème.

Il est probable que chez cette malade, il y a eu, après l'intervention, rétrocession des parties charnues

du lobe gauche de la thyroïde, ce qui permet maintenant de distinguer, plus facilement les noyaux kystiques.

M. Gangolphe. — Le terme de dégénérescence polykystique répond à un *aspect* de la glande ; cliniquement on pourrait songer à une dégénérescence polykystique vraie, tous les kystes étaient semblables. Dans le lobe gauche thyroïdien, il n'y avait pas de parties charnues, mais des kystes. Il est donc plus exact d'admettre qu'il y a eu résorption du liquide des cavités.

Quant à la question d'insuffisance glandulaire, on sait que les reins polykystiques ne donnent lieu, le plus souvent, à aucun symptôme d'insuffisance ; on observe un peu d'albuminurie ou d'hématurie et des accidents graves éclatent à l'occasion d'un traumatisme. Chez notre malade, l'insuffisance thyroïdienne n'existait pas.

TUMEUR DE L'INTESTIN GRÊLE ENLEVÉE PAR L'ENTÉRECTOMIE

M. Tixier. — J'ai l'honneur de présenter à la Société, une tumeur de l'intestin grêle que j'ai enlevée hier matin. Il aurait été, sans doute, plus intéressant de pouvoir vous donner, en même temps, des détails sur les suites opératoires et sur la nature histologique de cette tumeur. Mais comme ces pièces se conservent très difficilement à l'état de fraîcheur, je me suis permis de vous les montrer immédiatement.

Cette tumeur est constituée, d'une part, par un néoplasme sténosant et annulaire, lequel a amené une dilatation extrêmement considérable, rappelant celle du cœcum, du bout supérieur de l'intestin ; d'autre part, par une infiltration diffuse du mésentère adjacent, lequel bourré de ganglions constitue une masse large comme la main et d'une épaisseur de 5 centimètres environ. Ce mésentère ainsi transformé a attiré par rétraction les anses intestinales, lesquelles décrivent autour de lui des circonvolutions à coudures brusques et aiguës qui ajoutent encore à la gêne de la circulation intestinale.

La longueur totale de cette anse intestinale non déroulée est de 70 centimètres ; elle appartient à l'iléon.

Cette tumeur a été enlevée à une femme de 53 ans, dont les antécédents héréditaires ou personnels ne méritent pas d'attirer votre attention. Elle se plaignait cependant de troubles digestifs depuis près de dix ans : anorexie, pyrosis, constipation opiniâtre. Mais malgré ces malaises, elle pouvait vaquer à ses occupations.

Depuis deux mois, exagération de ces symptômes, vomissements intermittents ; diarrhée intense succédant brusquement à la constipation ; amaigrissement progressif ; jamais de mélcœna ni d'hématémèse.

Il y a six semaines, la malade vint consulter le docteur Tournier, et celui-ci formula le diagnostic suivant : « Sténose ancienne du type sténose par ulcus ; cependant, actuellement chimisme du type néoplasique. Perception au palper d'une induration pylorique sans certitude absolue. Clapotage dans une poche gastrique très abaissée. Cette poche est reconnue gastrique par l'insufflation. Possibilité d'estomac biloculaire ». Malgré un traitement sévère, aucune amélioration.

Le 21 juin, la malade, sur les conseils de M. Tournier, se décide à entrer dans mon service de chirurgie de St-Pothin, salle Ste-Croix. Un examen complet est immédiatement pratiqué. Dilatation de l'estomac, perception très nette d'une tumeur siégeant au-dessus et à droite de la région vésicale. Cette tumeur mobile latéralement est remontée et abaissée par l'insufflation de l'estomac. Clapotage très net juste au-dessus de la tumeur. Le diagnostic que je suppose est tumeur de la grande courbure avec infiltration du grand épiploon.

Le 25 juin, l'intervention est pratiquée. Large laparotomie sous-ombilicale allant droit sur la tumeur qui, comme je l'ai dit, est très bas située. Le péritoine ouvert, on la découvre immédiatement en plein ventre, elle est développée aux dépens de l'intestin grêle. Très peu d'adhérence, elle est assez facilement attirée au dehors. Je me décide à une résection de l'intestin. Section des deux bouts loin de la zone malade, section en coin du mésentère infiltré. Cette section me conduit très haut jusqu'à la racine du mésentère sous le pan-

créas. A ce niveau, de gros vaisseaux mésentériques sont coupés. Entérorraphie bout à bout, à l'aide du bouton Villard. Suture du mésentère. Fermeture totale du ventre. L'opération avait duré, pansement compris, 55 minutes.

La malade après son réveil eut un schock considérable que j'attribue aux tiraillements exercés au niveau du pancréas lors de la section du mésentère. Les suites névériennes ont été parfaites.

Durant la laparotomie nous avons essayé de nous expliquer par la disposition des viscères, l'erreur que faisait commettre l'insufflation de l'estomac, en attribuant à la grande courbure de cet organe une tumeur appartenant à l'intestin grêle. Voici le résultat de nos constatations : l'estomac était dilaté et descendait au niveau de l'ombilic ; au-dessous de lui, colon transverse aplati puis, en contact avec ce dernier bout intestinal sus-jacent à la tumeur très dilaté. Le tympanisme stomacal se continuait directement avec le tympanisme de cette anse d'intestin grêle et le clapotage était commun aux deux. L'insufflation de l'estomac exagérait cette contiguité des deux viscères dilatées, et abaissait la tumeur intestinale qui paraissait suivre ainsi la grande courbure.

Ultérieurement j'aurai l'occasion de rapporter à la Société le résultat microscopique de l'examen de cette tumeur et de la tenir au courant des suites de mon intervention.

Les Secrétaires : D^r VILLARD.

D^r SIRAUD.

Le Secrétaire Général : D^r VALLAS.

BULLETIN

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DE LYON

—*—
Année 1901-1902

Tome V, 5^{me} Fascicule

JUILLET

1902

LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & C^{ie}

Anc^{ie} Maison A. WALTENER

14, rue Bellecordière, 14

—
1902

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE LYON

1901-1902



BUREAU

<i>Président</i>	MM. GAYET.
<i>Vice-Président</i>	HORAND.
<i>Secrétaire général</i>	VALLAS.
<i>Trésorier-archiviste</i> ...	AUBERT.
<i>Secrétaires annuels</i>	{ VILLARD.
	{ SIRAUD.

MEMBRES

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

MEMBRES CORRESPONDANTS

BATUT.	ECOT.
CURTILLET.	LABONNARDIÈRE.
DEBRIE.	RUOTTE.
JACOB.	SEVEREANU (de Buckarest).
VIALLE.	LAGOUTTE.

MEMBRES DÉCÉDÉS

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

1841

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

BULLETIN
DE LA
SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE
DE LYON

Séance du 3 juillet 1902. — Présidence de M. GAYET

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

M. Bérard, à propos de la présentation faite par M. Gangolphe d'un cas de goître polykystique et de l'assimilation de la dégénérescence polykystique de la glande thyroïde à celle du rein, signale que l'insuffisance rénale dans ce dernier cas est fréquente : les malades meurent d'urémie. L'insuffisance explique la gravité des traumatismes chez eux.

Le procès-verbal est adopté.

HÉMATO-SALPYNX SUPPURÉ AVEC TORSION DU PÉDICULE.
— ELIMINATION DE LA POCHE PAR SPHACÈLE

M. Chandelux. — Dans la séance du 10 mai 1900, M. Fochier a communiqué à la société de chirurgie une observation d'hydro-salpinx pédiculisé et tordu sur son pédicule, c'est-à-dire présentant le premier degré d'une

complication qui, à un stade plus avancé, aboutit à des transsudations sanguines dans l'intérieur de la poche amenant sa transformation en un hémato-salpinx. J'ai pu observer un fait paraissant se rapporter à ce processus pathologique ; l'observation suivante en relate les détails :

Mme M..., âgée de 30 ans, a eu il y a cinq ans, un premier accouchement.

En avril 1899, deuxième accouchement à la suite duquel des phénomènes fébriles modérés se montrèrent.

Peu après, la malade semblait être revenue à un état de santé parfait. Cependant, dès le milieu de juin quelques douleurs se manifestèrent par intervalles dans la région hypogastrique droite, accompagnées de pertes muco-purulentes et glaireuses.

Les mêmes phénomènes persistèrent en s'accroissant, soit au point de vue de la quantité des pertes, soit au point de vue de leur durée, puis au milieu du mois d'août un léger état de fièvre se manifesta, la température rectale s'élevant chaque soir à 38°5 environ, pour redescendre le matin à 37°8.

Brusquement, le 23 août, à l'occasion d'un mouvement, une douleur extrêmement vive se fit sentir dans la région hypogastrique du côté droit, douleur dont l'acuité provoquait l'apparition d'un état subsyncopal. Bientôt se montrèrent des vomissements, un léger ballonnement du ventre avec sensibilité extrême à la pression et la température atteignait 40°5 et s'y maintenait les jours suivants.

Le 30 août 1899, je constatai une légère tuméfaction dans la partie inférieure de la région hypogastrique, tuméfaction mate à la percussion, donnant la sensation d'une fluctuation profonde. Le toucher vaginal montrait l'absence complète de tout empatement des culs-de-sac.

On était en droit de penser qu'il s'agissait d'une salpingite, malgré le siège anormal de la tuméfaction. En raison des hautes températures observées on ne pouvait songer à extraire, par une laparotomie, la collection purulente, la friabilité habituelle de la poche en pareil cas devant faire craindre sa rupture.

L'intervention consista en une simple ouverture de la

poche. Issue immédiate d'un liquide dont la quantité peut être évaluée à un quart de litre environ et présentant tous les caractères d'un épanchement sanguin en voie de transformation purulente. Deux gros drains de un centimètre de diamètre furent introduits dans la cavité.

Sous l'influence de l'évacuation de la poche, la fièvre s'atténua, sans disparaître néanmoins, car la température, chaque soir, s'élevait à 38°5 environ.

Vers le quinzième jour, la fièvre de nouveau augmenta d'intensité, dépassant chaque soir 39 degrés, la suppuration devenait également plus abondante et en même temps la malade se plaignait de douleurs dans le flanc droit. Quelques jours plus tard, au moment du pansement, on aperçut une masse noire entre les lèvres de l'ouverture. Cette masse, saisie avec des pinces fut facilement extraite et mise de côté pour être examinée. Elle était très volumineuse, ayant une forme en entonnoir, avec une portion élargie qui bientôt se rétrécissait pour se terminer par une sorte de pédicule.

Une détente succéda à l'ablation de ces parties sphacélées, les phénomènes fébriles s'atténuèrent, sans cesser complètement, car la température normale, le matin, continuait à s'élever, chaque soir, à 38°5 environ.

L'état resta sans changement jusqu'au début de novembre. A ce moment, nouveaux accidents, avec empatement douloureux de la fosse iliaque droite.

Un peu d'empatement douloureux sur la paroi droite du petit bassin, révélée par le toucher vaginal.

Incision par le flanc, d'un vaste foyer purulent.

Le 26 novembre, je dus pratiquer une incision avec les ciseaux, du cul-de-sac postérieur et ouvrir une collection purulente, communiquant avec le foyer abdominal. Drainage abdomino-vaginal.

A partir de ce moment, chute de la température et retour de l'appétit.

La cicatrisation complète et la guérison définitive sont obtenus dans les premiers jours du mois de mars.

L'examen de la poche mortifiée qui a été extraite, montre qu'elle a subi, au niveau de son pédicule, deux tours et demi de torsion et, par l'analyse hystologique,

on reconnaît la présence, dans ses parois, d'une grande quantité de fibres musculaires lisses, ce qui montre qu'elle est formée par la trompe.

Il semble donc logique de rattacher la série des phénomènes observés au processus pathologique suivant : hydro ou pyosalpynx ayant subi, le 23 août, une torsion du pédicule, d'où augmentation rapide de volume et apparition de douleurs, par suite de sa transformation en hémato-salpynx, lequel n'a pas tardé à présenter les phénomènes de suppuration aiguë avec élévation considérable de température. Après l'évacuation de la poche, la torsion de sa portion pédiculée ayant supprimé la circulation dans ses parois, il en est résulté un sphacèle avec élimination totale. Des fusées purulentes, issues du pourtour des parties mortifiées, ont donné lieu aux foyers purulents abdominaux et pelviens, dont l'ouverture et le drainage ont assuré la détension et fait disparaître bientôt les dernières traces.

* * *

OCCLUSION INTESTINALE PAR COUDURE DE L'ANGLE GAUCHE DU COLON

Opération : laparotomie. — Anus contre nature. — Guérison avec oblitération spontanée de l'anus contre nature.

M. Bérard. — La question de l'occlusion intestinale, par coudure de l'angle gauche du côlon transverse, a été remise récemment à l'ordre du jour dans les discussions de la Société de Chirurgie de Paris (avril-juin 1902).

Voici un cas à ajouter à la liste, déjà longue, des faits semblables, publiés depuis dix ans par Jaboulay, Legueu, Adenot, Terrier, etc.

Le 1^{er} juin 1902, M. Bérard était appelé auprès d'une femme, ménagère, âgée de 46 ans, atteinte depuis deux jours d'occlusion intestinale aiguë.

Réglée à 11 ans, régulièrement. Mariée à 17 ans, cette femme avait eu quatre grossesses, toutes arrivées à terme, avec des accouchements faciles. Pourtant, il y a

dix-huit ans, au début de sa dernière grossesse, à la suite d'un effort, elle avait ressenti dans le côté gauche, une violente douleur, et elle avait vu apparaître assez brusquement dans cette région, une tuméfaction. Elle se fit alors admettre à la Charité dans le service de M. Laroynne, où on la reconnut enceinte et où, pendant plusieurs semaines, elle resta en expectation. Sortie de l'hôpital, elle mena sa grossesse à terme, accoucha normalement, d'un enfant vivant et, au moment de l'accouchement, dit-elle, la tuméfaction du flanc gauche, qui avait persisté jusque là, disparut.

Il y a quatre ans, la malade fut prise soudainement de coliques, avec des douleurs intolérables dans l'hypochondre et le flanc gauche, et avec arrêt des matières et des gaz. Au bout des trois jours de purgations et de lavements répétés, tout rentra dans l'ordre.

Ces accidents étaient, paraît-il, très comparables à ceux dont elle a été frappée le 31 mai 1902.

Cette fois encore, début brusque par des douleurs dans le flanc gauche et dans le bas-ventre, douleurs sans arrêt, résistant au repos et aux applications calmantes pratiquées sur l'abdomen; suppression des selles. Un purgatif administré le 1^{er} juin au matin resta sans effet; il fut vomi au bout de trois heures, et sembla plutôt accroître les souffrances. Les nausées et les vomissements persistèrent; malgré plusieurs lavements, il n'y eut expulsion d'aucun gaz.

M. Bérard vit la malade à 4 heures du soir. A ce moment, l'état général était encore peu altéré, le pouls à 100, la température à 38°, le faciès très anxieux.

L'abdomen, ballonné en totalité, était partout distendu, partout sonore, avec un tympanisme cœcal marqué. Péristaltisme encore perceptible à travers la paroi.

Il était impossible de délimiter à la palpation le siège de l'obstacle, dans la moitié gauche de l'abdomen et dans le bas ventre où la malade accusait le maximum des douleurs. Vésicule biliaire non apparente.

Au toucher vaginal, culs-de-sac uniformément douloureux, avec distension plus marquée du cul-de-sac de Douglas par les anses intestinales. Rien au toucher rectal.

Pas d'ictère. Pas de troubles urinaires ; pas d'albumine.

A cause de la santé jusque là florissante de la malade, à cause des antécédents pathologiques très nets d'accidents à répétition, à cause du début brusque et de la distension du cœcum, M. Bérard s'arrêta au diagnostic probable d'obstruction par bride ou par volvulus siégeant sur le gros intestin, sans doute sur le côlon descendant ou sur l'iliaque.

Il fit transporter la malade à la Charité après avoir calmé ses douleurs par une injection de morphine, et il l'opéra le soir même à 6 heures, avec l'assistance du docteur Patel.

Anesthésie prudente à l'éther.

Large laparotomie,

Dès l'ouverture de l'abdomen, des anses grêles se précipitent au dehors et sont recueillies sous des compresses de gaze ; sous ces premières anses livides, distendues, en apparaissent d'autres presque aplaties. L'exploration rapide de la cavité péritonéale montre l'intégrité des annexes et de l'appendice iléo-cœcal. On ne trouve pas non plus de volvulus. L'S iliaque est, au contraire, revenu sur lui-même. Pour aborder le côlon descendant, M. Bérard doit détruire *quelques brides assez solides qui fixent le grand épiploon au voisinage de l'épine iliaque antéro-supérieure*. Le côlon descendant est également rétracté, tandis que le *côlon transverse est très distendu et très abaissé vers le pubis*. La main, introduite aussi loin que possible, va palper l'angle gauche du côlon ; elle n'y rencontre ni tumeur, ni empatement inflammatoire net.

La vésicule biliaire explorée en se guidant sur le ligament falciforme du foie n'est ni adhérente, ni indurée, ni augmentée de volume.

Peu satisfait de ces recherches et malgré la suppression des quelques brides qui tiraient le grand épiploon et le côlon transverse vers le bassin, M. Bérard fixa le côlon transverse par trois points de suture au péritoine pariétal vers le milieu de l'incision de la paroi, décidé à ouvrir l'intestin, le lendemain matin, si les phénomènes d'occlusion ne cédaient pas jusque là.

Injection de sérum de 500 grammes.

Nuit peu agitée. Le lendemain matin, la température est à 38° ; la malade n'accuse plus de douleurs abdominales ; mais elle n'a pas fait de gaz et le ballonnement persiste. En conséquence, l'anus artificiel est ouvert au thermocautère : une fusée de gaz s'échappe. La malade se déclare très soulagée.

Le lendemain un lavement, donné par l'anus normal, ramène des matières et des gaz. Il ne s'écoule qu'un peu de liquide stercoral par l'anus artificiel.

Les jours suivants, la malade va à la selle au moyen de lavements. Le 1^{er} juin, elle a sa première selle spontanée par l'anus normal, et ce qui s'écoule par l'anus colique suffit à peine à tacher son pansement.

Le 18 juin, la plaie abdominale paraît fermée en totalité ; le 22, la malade quitte l'hôpital complètement guérie.

Le 24, en travaillant chez elle, elle s'aperçut qu'un peu de liquide suintait par la plaie, au niveau de l'anus artificiel. Elle revint donc se faire panser à la Charité ; on trouva sur la gaze une tache jaunâtre, des dimensions d'une pièce de 5 francs. Depuis elle a été revue ; la plaie semble fermée *définitivement*.

Ce cas peut prêter aux considérations suivantes :

1° LA PATHOGÉNIE des accidents semble bien avoir été la suivante :

Il y a dix-huit ans, processus inflammatoire difficile à déterminer, du côté gauche de l'abdomen, au cours d'une grossesse ; production de brides épiploïques qui fixent le grand épiploon, et, par son intermédiaire le côlon transverse en position abaissée. Première crise d'obstruction par coudure de l'angle colique gauche, il y a quatre ans ; rétrocession spontanée. Deuxième crise d'occlusion plus aiguë par le même mécanisme ; les accidents résistent aux lavements et à une purgation peut-être intempestive. L'intervention chirurgicale s'impose.

Pourquoi est-ce au niveau de l'angle colique gauche plutôt qu'en un autre point du gros intestin que s'est faite la coudure, sous les tractions du grand épiploon ? C'est que, normalement, ainsi que l'avaient déjà remarqué Glénard, Jonnesco, Legueu, Adenot, etc., c'est là une portion du côlon prédisposée aux coudures :

1° par sa fixation toujours solide à la paroi postérieure de l'abdomen ; 2° par la situation élevée des attaches du ligament phrénocolique, qui s'insère en face des neuvième, huitième et même septième côte, et il est toujours plus ouvert que le gauche ; 3° par la distension progressive et habituelle du côlon transverse chez les femmes constipées ; d'où la chute de ce segment intestinal, et la production du baldaquin colique, si bien étudié par F. Glénard dans l'entéroptose.

Ici, la chute du côlon transverse et de la coudure de son angle gauche sur le ligament phrénico-colique ont été sinon produites en totalité, du moins, grandement favorisées par les brides épiploïques amarrées aux points déclives de l'abdomen.

2° A propos du TRAITEMENT il y a lieu d'insister sur l'heureux résultat obtenu par la *fixation du côlon transverse à la paroi abdominale antérieure*. En effet, seize heures après l'opération il n'y avait pas eu encore d'émission de gaz par les voies naturelles et le ballonnement n'avait pas diminué. Dès que l'anse fixée eut été ponctionnée au thermocautère, l'intestin, vidé des gaz qui le surdistendaient, reprit ses contractions péristaltiques spontanées.

La *côloplexie* est donc indiquée pour remédier à l'occlusion qui peut persister ici, soit parce qu'il existe un autre obstacle que celui détruit par le chirurgien (cas de Poirier, 1902), soit parce que l'intestin réintégré dans l'abdomen reste parésié et ne reprendra pas de lui-même ses fonctions (cas de Legueu, 1902).

Sans doute on eût pu songer à pratiquer, de préférence à l'anus temporaire, la *côlocolostomie*, entre le côlon transverse et l'S iliaque ou le côlon descendant, utilisée récemment par M. Terrier. Mais, chez la malade en question, il eût été très difficile, sinon impossible d'amener au contact le côlon transverse et le côlon pelvien dont le méso était peu développé. D'autre part, on n'avait aucune preuve certaine qu'il n'existait pas un obstacle plus bas situé, qui aurait rendu la côlocolostomie inutile.

Un autre argument en faveur de l'anus colique, ouvert peu largement, uniquement comme soupape de sûreté, est fourni par la cure spontanée, assez fréquente, de telles

fistules stercorales, quand le cours normal des matières est assuré après le rétablissement du calibre de l'intestin. C'est précisément ce qui eut lieu dans le cas présenté par M. Bérard.

Enfin, la fixation du côlon transverse à la paroi abdominale antérieure, au voisinage de l'ombilic, a une autre utilité, même si l'on n'est pas obligé d'ouvrir secondairement l'intestin, et si la première intervention a suffi pour ramener l'émission des gaz et des selles par l'anus, *car cette colopexie fixe le côlon transverse en position moyenne, et prévient pour l'avenir le retour des accidents d'occlusion, en empêchant une nouvelle coudure par tiraillements sur l'angle colique gauche.*

Donc si la *colocolostomie de Terrier* est indiquée dans les cas où la coudure de l'angle cœlique gauche est réalisée par une bride solide, difficile ou impossible à sectionner, qui écrase directement cette portion du gros intestin, dans les cas, au contraire, où la coudure est produite par l'intermédiaire du côlon transverse fixé en position déclive, la libération du côlon et des brides épiploïques qui l'ont attiré en bas nous semble devoir être suivie de la *colopexie* de ce côlon transverse. Si les accidents ne cèdent pas d'emblée, on ouvre un anus temporaire sur le côlon fixé au péritoine pariétal. Si le cours des matières se rétablit de suite, le côlon est désormais placé en bonne position et la récurrence des accidents est ainsi empêchée.

HÉMATOSALPINX GRAVIDIQUES SIMULANT L'HÉMATOCÈLE.

— QUELQUES REMARQUES SUR LES GROSSESSES EXTRA-UTÉRINES.

M. Goullioud. — Dernièrement M. Bérard nous apportait deux petits hématosalpinx dus à des grossesses tubaires de quelques semaines et qui avaient occasionné cependant une hémato-cèle pelvienne. J'ai l'honneur de vous présenter trois faits qui représentent un autre type

des grossesses tubaires arrêtées dans leur développement. Il s'agit de volumineux hématosalpinx où la grossesse ectopique, arrivée à son troisième ou quatrième mois, s'est interrompue par suite d'une importante hémorragie restée incluse dans le sac tubaire.

La première pièce est un hématosalpinx du volume d'une tête fœtale que j'ai enlevé chez une jeune femme de 23 ans, qui m'était adressée avec le diagnostic d'utérus gravide en rétroversion.

Mon examen m'amenait bientôt au diagnostic de grossesse tubaire, avec mort probable du fœtus. Par l'abdomen j'enlevai la trompe distendue par une hémorragie, à tel point que le fœtus était absolument aplati dans la cavité amniotique par la pression des caillots. Nulle part la trompe n'a cédé; enclavée dans le bassin, elle était partout adhérente et, sur sa face supérieure abdominale, des adhérences intimes l'unissaient à l'appendice, à des anses grêles et à l'S iliaque.

Cet hématosalpinx mesurait 13 centimètres dans son axe longitudinal, et 11 centimètres dans le sens transversal.

Cet hématosalpinx, situé dans le Douglas, eût pu être débridé par le cul-de-sac de Douglas et, bien probablement, on eût porté le diagnostic d'hématocèle par rupture de grossesse tubaire, ce qui eût été une erreur, sans importance d'ailleurs, au point de vue de l'anatomie pathologique de la lésion.

La seconde pièce est également un volumineux hématosalpinx, dont était porteur une femme de 34 ans.

Ce cas ne différait du précédent que par le siège de la tumeur formée par la grossesse ectopique. Celle-ci ne siégeait pas dans le Douglas, mais dans le cul-de-sac vésico-utérin, à droite. Il s'agissait donc d'une tuméfaction latérale, mais antérieure par rapport à l'utérus, et elle occupait cette situation très probablement parce que l'utérus était en rétroversion plus ou moins adhérente.

Cet hématosalpinx était aussi adhérent, par toute sa surface, avec le ligament large et le péritoine pelvien, sur la face inférieure avec l'épiploon, l'intestin, l'appendice, iléo-cœcal, sur sa face supérieure, abdominale. A peine quelques grammes de sang se sont-ils écoulés hors du

sac et ce peu de sang forme un caillot lamellaire, insignifiant, encapsulé entre l'hématosalpinx et les adhérences.

Dans ces deux cas, le diagnostic de grossesse tubaire avait été fait facilement; dans le premier, l'absence de souffle avait fait admettre en plus qu'elle était interrompue; dans le second, l'interruption de la grossesse, moins avancée, ne paraissant pas certaine, on avait opéré la malade hâtivement pour ne pas la laisser sous la menace d'une rupture de sa grossesse tubaire.

Chez ces deux malades l'histoire est la même : ancienne fausse couche, apparition de signes de grossesse, coliques utérines, quelques phénomènes péritonéaux à début brusque, des pertes rouges continues, du lait dans les seins. Dans ces deux cas, cependant, il n'y eut pas la véritable crise catalysmique.

Il n'en était pas de même dans le troisième cas, où le tableau clinique était celui de l'hématocèle.

Il s'agissait d'une femme de 34 ans, cultivatrice, qui nous arrivait avec une volumineuse collection pelvienne, remontant d'une part à l'ombilic et pointant, d'autre part, dans le cul-de-sac postérieur abaissé, bien au-dessous de l'utérus refoulé en haut et en avant.

Cette femme était pâle, décolorée, avec un pouls variant autour de 140. Elle racontait qu'un mois avant, après avoir fait des efforts pour aller à la selle, elle ressentit brusquement, en se relevant, de vives douleurs dans le bas-ventre et au niveau de l'anus. Elle se croyait enceinte.

Bref, le tableau clinique de l'hématocèle était complet. Ce cas représentait même une des plus volumineuses hématocèles que j'aie vues. Ayant l'intention de l'opérer par la voie vaginale, suivant la technique de M. Larøyenne, je crus prudent d'attendre une quinzaine de jours avant d'intervenir, pour éviter le danger, qui aurait pu être grave, d'une hémorragie secondaire, dans cette vaste poche. Je prescrivis même des injections de sérum pour remonter la malade.

Le 18^e jour, avec l'espérance d'une plus prompte guérison, j'opérai par voie abdominale.

J'eus la surprise de ne pas rencontrer l'hématocèle

diagnostiquée, mais un très volumineux hématosalpinx, bombant presque jusqu'à l'anus, remontant à l'ombilic, sensiblement médian.

Les adhérences sont faciles à détacher et la tumeur est enlevée sans difficulté. La pièce pèse 1.400 grammes ; elle est bien constituée par la trompe, mais les parois, infiltrées de caillots, ont une épaisseur de cinq centimètres en général. Au centre, on trouve un fœtus mort, de 14 centimètres de long.

Cette observation surtout nous a paru intéressante, parce que, pour nous qui opérons plutôt par le vagin les collections pelviennes volumineuses qui correspondaient à des hématoécèles, elle a montré sous un jour nouveau les rapports de la grossesse tubaire, de l'hématosalpinx et de l'hématoécèle. Il ne nous paraît pas douteux que bien des cas de prétendue hématoécèle, opérés par le vagin, doivent être des hématosalpinx. Nous venons d'en rencontrer trois cas en quelques semaines, et le dernier surtout nous avait induit en erreur.

Au point de vue opératoire il ne peut résulter aucun inconvénient grave de cette interprétation, un hématosalpinx, ouvert et bien vidé par le vagin, pouvant guérir aussi bien qu'une hématoécèle ; mais il est toujours utile d'avoir les notions les plus justes qu'il est possible sur la nature des lésions anatomo-pathologiques.

Au point de vue pronostique on conçoit qu'il doit y avoir une très grande différence entre une hémorragie se produisant dans une poche tubaire, limitée et enkystée, ou inondant la cavité péritonéale. Cependant, cette hémorragie intra-tubaire peut être assez intense pour produire une anémie sérieuse. Si, chez cette femme, avec une grossesse aussi avancée, l'hémorragie s'était produite en pleine cavité péritonéale, il est bien probable qu'elle eût été mortelle.

Nous voulons tirer de ces observations quelques autres considérations générales.

Dans ces trois cas, comme dans la plupart de ceux que nous avons observés, c'est la même *étiologie*, une fausse couche antérieure avec salpingite consécutive, puis une longue période de stérilité, durant 4 ans, 10 ans, 18 ans.

Chez une de ces femmes, dont la fausse couche remontait à 4 ans, j'ai trouvé à droite, un hématosalpinx ; à gauche, une trompe hypertrophiée avec pavillon obturé. J'ai fait une salpingostomie sur cette trompe.

D'après les cas que j'ai observés, la grossesse tubaire me paraît plus fréquente à droite qu'à gauche. Ce fait de la fréquence plus grande à droite me semble facile à expliquer. Nous savons qu'à la suite d'une fausse couche incomplète, la salpingite se développe d'abord à gauche, et que les lésions sont plus constantes et plus graves de ce côté. C'est donc par la trompe droite que se fera le plus souvent la fécondation, après une période variable de stérilité. Cette trompe est-elle saine, l'ovule arrivera à l'utérus et la grossesse sera normale ; la trompe droite est-elle encore altérée, bien que perméable, la grossesse sera tubaire et siègera à droite.

Au point de vue de *l'âge de la grossesse*, nous avons trouvé dans ces nouvelles observations, la confirmation d'un fait que nous avons déjà signalé ici antérieurement, et qui nous semble important : il est impossible, dans les grossesses ectopiques, en général, de pouvoir préciser l'âge de la grossesse, en se basant sur la date de la dernière menstruation. En effet, rien de plus irrégulier que les écoulements de sang qui accompagnent la grossesse tubaire. Souvent il semble y avoir persistance des règles le premier mois ; on trouve un fœtus plus développé qu'on aurait pu le croire, en se basant sur la dernière menstruation. Ceci est une notion importante, car l'abondance de l'hémorrhagie est bien souvent en rapport avec l'âge de la grossesse, et celui-ci est très difficile ou impossible à préciser. On pourra donc avoir une hémorrhagie grave, liée à une grossesse de trois mois, alors que les règles n'auront manqué qu'une fois.

Dans ces cas, nous avons préféré opérer par l'abdomen, bien que, jusqu'ici, nous ayons donné la préférence à la voie vaginale dans les cas analogues. Nous avons préféré la voie abdominale, parce que nos malades étaient apyrétiques et que l'opération abdominale donne des suites plus simples et plus rapides et qu'elle n'est pas plus grave actuellement quand il n'y a pas d'infection antérieure.

M. Vallas. — Bien que la plupart des hématoécèles soient des grossesses extra-utérines, il y a des cas où leur nature peut être douteuse. C'est ainsi que j'ai observé une malade, qui avait une collection anti-utérine, sans qu'elle eût jamais présenté de signes évidents d'hématosalpynx ou de grossesse extra-utérine. Aussi, le diagnostic était-il hésitant. J'attaquai la collection par le vagin, au niveau du cul-de-sac antérieur saillant et, tout d'abord, je ne découvris rien en pénétrant dans le péritoine. Mais, au-dessus de l'ouverture, je découvris une poche, qui était remplie de caillots sanguins. Avec le doigt, je pus amener cette poche, qui était la trompe distendue, au niveau du cul-de-sac antérieur du vagin et j'en fis l'excision.

Le traitement fut, dans ce cas, aussi radical que si j'eusse choisi la voie abdominale, mais je ne veux pas dire que cette voie ne soit pas préférable.

M. Goullioud. — La voie vaginale est préférée par certains chirurgiens, ici, en particulier, par M. Condamin, mais la voie abdominale est plus rationnelle; on agit mieux sur les adhérences, généralement, la guérison est plus rapide.

* * *

PIED-BOT. — OPÉRATION DE PHELPS

M. Vallas présente un malade guéri d'un pied-bot, traité par l'incision plantaire interne de Phelps.

C'est un jeune homme de 18 ans, forgeron, qui, entre 10 et 12 ans, vit son pied se déformer progressivement. Six ans après, son pied était complètement enroulé sur le bord interne, les métatarsiens représentaient la face plantaire. Il y avait un varus très accentué, avec rotation de l'avant-pied. Le malade marchait sur le bord externe du pied, lequel présentait des durillons. Les orteils étaient en griffes, mais l'arrière-pied n'était pas déformé, l'articulation tibio-tarsienne était intacte et il n'existait pas d'équinisme du pied sur la jambe.

M. Vallas pratiqua l'incision de Phelps allant jusqu'à l'articulation scapho-cunéenne. Le pied fut redressé et

immobilisé dans un appareil plâtré. Quelques jours après, le malade pouvait marcher avec son plâtre.

Aujourd'hui, le pied est en bonne position ; il repose sur son trépied normal, comme on peut s'en convaincre par l'examen des empreintes plantaires. Le malade marche sans canne ; il a donc guéri au prix d'une intervention simple et bénigne.

M. Albertin n'a jamais fait d'intervention sanglante pour le pied-bot, sauf dans un cas où l'enroulement du pied persistant, nécessita l'ablation de l'astragale. Avec l'ostéoclaste de Robin, on peut modeler le pied, même chez l'adulte. Les opérations sanglantes ne sont pas dénuées de dangers. M. Jaboulay en a observé un cas. En limitant les sections à l'aponévrose plantaire, on peut dérouler le pied et l'ostéoclaste achève le redressement. La caractéristique des moyens orthopédiques est leur bénignité. Si, avec eux, on obtient de mauvais résultats, il faut incriminer le défaut de soins ; une surveillance d'un an à dix-huit mois s'impose pour les malades ainsi traités.

M. Jaboulay a obtenu de bons résultats avec la tarsoclasie. Dans un cas d'opération de Phelps, il a observé une section du nerf plantaire interne et un anévrysme diffus de l'artère ; dans cette opération, la section des nerfs et des vaisseaux est difficile à éviter.

M. Vallas. — Dans l'incision plantaire interne, il ne faut pas aller à l'aveugle : il vaut mieux ne pas se servir de la bande d'Esmarch et arrêter l'incision dès qu'on arrive aux vaisseaux. Il est certain que l'opération de Phelps doit être considérée comme exceptionnelle.

Séance du 10 juillet 1902. — Présidence de M. GAYET.

M. Siraud, secrétaire, lit le procès-verbal de la précédente séance) il est adopté.

* * *

OPACITÉ CORNÉENNE PAR APPLICATIONS DE SUBLIMÉ

M. Gayet présente un enfant dont les deux yeux ont l'aspect du blanc d'un fruit. La cornée est opaque, entourée d'une conjonctive légèrement rouge et sèche.

Cet enfant, atteint d'ophtalmie blennorrhagique avait été traité énergiquement au moyen d'une solution de sublimé à 4 p. 1000. Ce médicament a, en quelque sorte, imbibé la cornée, avec les tissus de laquelle elle a constitué un produit chimique, déterminant une réaction inflammatoire peu vive. La cornée est restée dans cet état pendant douze à quatorze jours, sans aucune réaction. Vers le quinzième jour, on vit se modifier la vitalité cornéenne, par l'arrivée de vaisseaux à la périphérie, production de pennus, bref par le processus habituel de la kéralite parenchymateuse. Les tissus cornéens se modifièrent de façon favorable, fait qu'on observe, d'ailleurs, dans l'ophtalmie blennorrhagique, dont les résultats sont souvent inespérés.

M. Gayet se demande s'il y a des lésions derrière la cornée, si l'iris est libre, si la chambre antérieure est libre, toutes questions dont la solution n'est pas facile.

Une conclusion s'impose en présence de semblables lésions : c'est que l'usage du sublimé, même à 1 p. 1000, est dangereux pour les yeux.

M. Vallas. — On a combattu, devant une autre Société, le traitement de l'ophtalmie blennorrhagique par le nitrate d'argent. Que pense M. Gayet du protargol? Quelle est la valeur relative des deux médicaments, protargol et nitrate d'argent?

M. Gayet. — Le nitrate d'argent est d'un usage précieux, mais d'un maniement dangereux, malgré toutes les précautions, on peut craindre des accidents, la perforation de la cornée entre autres. Le protargol est d'un effet merveilleux sur les ulcérations cornéennes. Ce médicament peut être employé à fortes doses, même en poudre, sans inconvénients. Les applications ne sont pas caustiques, toute personne peut le manier. Avec ce médicament, on est maître de l'ophtalmie blennorrhagique.

M. Horand. — Avec le protargol, est-on maître de la contagion plus vite qu'avec le nitrate ?

M. Gayet. — Il est difficile de l'affirmer. Les applications de l'un et de l'autre médicament font, d'ordinaire, disparaître rapidement le gonocoque.

M. Aubert. — Le même fait s'observe dans l'urétrite. Deux ou trois jours après les instillations argentiques, il n'y a plus de gonocoques. L'examen bactérioscopique, pour être précis, doit être pratiqué au moins quatre à cinq jours après l'injection. Pour l'urèthre, le sublimé est aussi dangereux et douloureux que pour l'œil.

* * *

CICATRICE VICIEUSE AXILLAIRE

M. Albertin présente un malade qui, atteint de cicatrice vicieuse rétractile de la face postéro-interne du bras droit et de l'aisselle, fut traité par l'autoplastie. Un large lambeau fut disséqué sur la paroi thoracique de l'aisselle, dans le sens de la direction des vaisseaux ; puis, on le fit pivoter sur lui-même pour recouvrir les faces de l'aisselle et du bras cicatricielles, préalablement cruentées. Le résultat a été parfait : le malade élève son bras, le meut facilement ; les raideurs et les douleurs ont disparu.

M. Gayet. — Les lésions cicatricielles des paupières ne sont curables que si on introduit le lambeau autoplasque dans la fente faite à travers la cicatrice. Ainsi, dans l'ectropion, M. Gayet incise la cicatrice et le lambeau de peau saine interposé favorise l'allongement de la paupière.

Séance du 17 juillet 1902. —

Présidence de M. le professeur GAYET.

M. Destot donne lecture d'un mémoire à l'appui de sa candidature au titre de membre titulaire de la Société. Ce mémoire, qui a pour titre : *Fracture du cubitus et luxation du radius en avant*, est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Villard, Bérard et Durand.

HERNIE INGUINALE ÉTRANGLÉE. — RÉDUCTION EN MASSE TRANSFORMATION EN HERNIE INGUINO-INTERSTITIELLE

M. Lagoutte. — L'observation du cas suivant, qui s'est terminé par la mort du malade, me semble présenter un certain intérêt en raison des accidents graves qui ont suivi le taxis, dans un cas de hernie étranglée.

B... 30 ans, ouvrier des usines du Creusot, avait une hernie inguinale depuis un an environ ; il la maintenait avec un bandage après avoir refusé la cure radicale.

Le jeudi, 20 juin 1901, la hernie s'étrangle. Symptômes habituels : suppression complète des selles et des gaz, vomissements, tumeur dure et douloureuse dans la région inguinale droite.

Les accidents vont en s'accroissant jusqu'au samedi 22 juin. Ce jour-là une rebouteuse est appelée auprès du malade, pratique du taxis et réussit à faire rentrer la hernie.

Mais l'état continue à empirer et on se décide enfin à avoir recours au médecin, M. le Dr Bertrand, qui conseille d'envoyer de suite le malade à l'Hôtel-Dieu. Ses conseils ne sont pas écoutés et ce n'est que le lundi soir, 24 juin, que B... arrive à l'hôpital.

Etat grave : faciès grippé, odeur fécaloïde, vomissements continus, ventre ballonné, ni matières ni gaz. Dans la région inguinale se trouve une masse molle, en partie réductible, mais, plus profondément dans la région du canal, on sent un épaissement anormal.

Le malade raconte que sa hernie d'abord dure les premiers jours, est rentrée spontanément, mais sans qu'il y ait aucun soulagement depuis.

Diagnostic : Réduction en masse d'une hernie inguinale et étranglée.

Opération. — Incision sur le trajet du canal inguinal. Par l'orifice externe du canal fait saillie une portion de sac déshabité, molle. La paroi antérieure du canal inguinal étant incisée, on trouve un véritable sac, étranglé en un point tendu et s'insinuant au milieu des couches musculaires de la paroi. Il s'agissait évidemment d'une hernie inguinale réduite en masse, et transformé en une hernie inguino-interstitielle, avec étranglement par le collet du sac. Incision large du sac. Il s'écoule un liquide sanguinolent abondant. A l'intérieur se trouve une anse intestinale d'aspect noirâtre. L'étranglement étant levé, l'anse attirée au dehors, lavée au sérum chaud, reprend à peu près sa coloration normale, sauf peut-être au niveau du sillon d'étranglement qui reste très marqué et d'aspect un peu blanchâtre. La séreuse semble intacte et, les liquides s'étant écoulés, la paroi intestinale ne devient pas flasque et conserve sa consistance habituelle. Aussi je pense pouvoir réduire. Réfection de la paroi avec plusieurs plans de suture.

Température : à 7 heures du soir, 37°2

25 juin : à 7 heures du matin, 37°4

— à 7 heures du soir, 38°

Le ventre n'est plus ballonné. Il y a eu une selle Les vomissements ont cessé.

26 juin, matin : 38°5 ; soir : 38°6. Etat satisfaisant.

27 juin, matin : 38° ; soir : 38°8. Diarrhée.

28 juin, matin : 39°4.

On constate l'existence d'une tuméfaction de la région parotidienne droite, qui va rapidement en augmentant. Diarrhée extrêmement abondante et fétide. Pas de symptômes abdominaux. Pas de vomissements. Soir : 40°2.

Incision sur le point le plus saillant de la tuméfaction parotidienne. Quelques gouttes de pus.

27 juin, matin : 40°4; soir : 40°4. Mort.

En somme, hernie inguinale étranglée sur laquelle on a pratiqué du taxis. Réduction en masse dans l'épaisseur de la paroi (hernie inguino-interstitielle). Kélotomie. Intestin paraissant suffisamment sain pour pouvoir être réduit. Disparition des phénomènes d'étranglement. Mort par septicémie dans les jours suivants, sans symptôme de perforation.

L'autopsie n'a pas pu être pratiquée. Mais la ligne des sutures était intacte et la région opératoire ne présentait aucun signe de suppuration.

Il s'agit probablement d'une septicémie ayant son point de départ dans les lésions de la muqueuse et des couches sous-séreuses de l'intestin, lésions déterminées par le taxis.

Il est possible, et même probable, que la terminaison eût été favorable si j'eusse pratiqué la résection de l'anse, bien qu'elle ne semblât pas en imminence de perforation.

*
* *

ÉNORME TUMEUR ABDOMINALE. — KYSTE DE L'OVAIRE ET FIBROME. — ABLATION. — GUÉRISON

G... Jeanne, 60 ans, habitant à La Machine (Nièvre), entre à l'Hôtel-Dieu du Creusot, le 20 juin 1900, pour une énorme tumeur abdominale.

Le début en remonte à plus de 30 ans. Le ventre aurait commencé à grossir peu de temps après l'unique grossesse qu'ait eu la malade.

La santé générale a toujours été bonne et la malade n'a jamais été incommodée que par le volume de la tumeur, sauf dans les derniers temps où se produisirent quelques troubles de compression du côté de la vessie et du rectum.

Le ventre est énorme, mesurant 1 m. 70 de circonférence dans la partie la plus saillante. La peau est uniformément distendue, sillonnée de grandes veines dans

la partie sus-ombilicale. Au-dessous de l'ombilic, elle est épaissie et infiltrée par un œdème dur.

A la palpation, on se rend compte de l'existence d'un énorme kyste occupant la partie supérieure de l'abdomen, et d'une tumeur solide occupant la partie inférieure avec un gros prolongement dans le flanc gauche.

Par le toucher vaginal, rien n'est perceptible ; le vagin est étiré en cône, l'utérus entraîné en haut, avalé, pour ainsi dire, de telle sorte qu'on ne peut pas sentir le col.

L'intestin est rejeté tout entier dans le flanc gauche où il existe une zone sonore.

Pas d'œdème des membres inférieurs.

Rien d'anormal dans les urines.

Opération le 26 juin 1901.

Laparotomie médiane sur la partie la plus saillante, au-dessus de l'ombilic.

On tombe sur un kyste, avec des adhérences étendues à l'épiploon, que l'on libère ou sectionne entre deux ligatures.

Ponction du kyste. Issue de 18 litres d'un liquide épais, couleur chocolat.

Peu à peu on arrive à amener au dehors toute la partie supérieure de la poche kystique. On s'aperçoit qu'il s'agit d'un kyste inclus ; une collerette péritonéale est dessinée. Par une décortication pénible, on extrait la plus grande partie du kyste, sauf dans sa partie inférieure où il reste adhérent à la tumeur solide qui remplit la moitié inférieure de l'abdomen. Toute la masse exubérante et décortiquée de la paroi kystique est réséquée.

L'incision médiane de la paroi est prolongée jusqu'au pubis.

La main, introduite dans l'abdomen, amène au dehors une grosse masse fibreuse avec prolongements multiples et très largement pédiculisée.

On s'aperçoit facilement que cette tumeur est également incluse. Une collerette est taillée sur les côtés et en bas, vers le pubis, la tumeur décortiquée.

De gros clamps sont placés de chaque côté du pédicule, sur le pédicule lui-même, constitué par l'utérus étiré et la masse enlevée.

On essaye alors d'enlever ce qui reste de la poche kys-

tique, mais la partie profonde, extrêmement adhérente, ne peut être décortiquée. On reste alors en présence d'une collerette péritonéale renfermant à son intérieur, en haut, la portion non décorticable du kyste, en bas le pédicule de la tumeur solide et une masse de pincés placées sur les vaisseaux, le pédicule, etc.

L'opération ayant été déjà longue et laborieuse à cause du traitement des adhérences et de la décortication pénible du kyste, je laissais toutes ces pincés à demeure, me bornant à suturer la collerette à la partie inférieure de la plaie abdominale, après avoir abrasé toute la portion exubérante.

La tumeur enlevée pesait 3 kil. 800.

Les suites ont été simples.

Du 26 juin au 11 juillet, la température a oscillé entre 38° et 39°, pendant toute la période d'élimination des portions sphacélées placées au-dessus des pincés dans la poche marsupialisée. Peu à peu, la température est revenue à la normale.

Jamais il n'y a eu aucune réaction péritonéale. Actuellement, 40 jours après l'opération, il ne subsiste plus qu'une petite cavité bourgeonnante en voie d'oblitération.

L'ancienneté de la tumeur, son énorme volume (18 litres de liquide et près de 4 kilogs de parties solides), la présence simultanée d'un kyste de l'ovaire et d'un fibrome — tous deux inclus dans le ligament large, — enfin l'heureux résultat d'une opération aussi laborieuse chez une femme âgée, donnent à cette observation un certain intérêt.

Séance du 24 juillet 1902.

M. Siraud, secrétaire, lit le procès-verbal de la précédente séance; il est adopté.

* * *

RAPPORT SUR UN MÉMOIRE DE M. DESTOT

M. Durand. — Votre bureau m'a chargé, au nom d'une commission composée de MM. Villard et Bérard, de vous faire un rapport sur un mémoire que M. Destot a déposé, après en avoir donné lecture, à l'appui de sa candidature au titre de membre titulaire de la Société de Chirurgie. Je rappellerai d'abord que ce n'est pas la première communication que nous fait M. Destot. Cet hiver, il a fait défiler sous nos yeux, en employant un appareil à projection, un très grand nombre de documents radiographiques et des dessins concernant les fractures de l'arrière-pied. Je cite d'abord cette séance à cause de son originalité spéciale et de l'intérêt que chacun a pris en voyant ainsi, avec toute la netteté que peut donner l'agrandissement, se projeter sur l'écran les types nombreux et les plus divers des fractures curieuses que M. Destot a pu observer dans sa carrière, déjà longue et bien remplie, de radiographe. Il ne s'est pas borné à nous montrer des faits documentaires, il avait fait précéder cet examen, qui devait parler aux yeux, d'une série de communications que l'on aura plaisir à relire dans notre bulletin de cette année. En quelques articles sur les fractures simples de l'astragale, du calcaneum, sur les fractures associées de ces os et de leurs voisins, il a réussi à nous les montrer groupées dans des cadres assez nets pour être facilement séparées au point de vue clinique et au point de vue de l'anatomie pathologique, assez

simples pour être facilement retenus [par les mémoires les plus rebelles. J'ai tenu à rappeler ces communications parce que c'est là un sujet que leur auteur affectionne plus particulièrement et auquel il a donné le meilleur peut-être de ses études et de ses rares facultés intuitives.

Aujourd'hui M. Destot tente de grouper dans un même tableau toutes les fractures de la moitié supérieure du cubitus qui s'accompagnent de luxation en avant du radius non fracturé. Tous nous connaissons les déplacements du radius dans la fracture du tiers supérieur du cubitus. On nous montre aujourd'hui, par trois observations typiques, que ce déplacement peut s'observer dans les fractures de la base de l'olécrâne. C'est un point fort important de l'histoire des fractures cubitales, qui est ainsi bien mis en lumière, et nous avons peut-être trop oublié le mot de Malgaigne : « Surveillez le radius dans les fractures du cubitus ». M. Destot ne s'est pas borné à nous énoncer un fait d'anatomie pathologique ; montrant bien qu'il est non seulement radiographe, mais encore chirurgien, il s'est efforcé de mettre en lumière les conséquences cliniques et surtout thérapeutiques du fait qu'il étudie, et propose de traiter ces fractures de l'olécrâne avec luxation du radius en avant non par la flexion, mais par l'extension de l'avant-bras : cette méthode lui a donné les meilleurs résultats.

Je vous propose de publier cette communication dans les mémoires de la Société, et d'inscrire M. Destot sur la liste des candidats au titre de membre titulaire de la Société.

* * *

PROPOSITIONS ET ÉLECTIONS

M. Siraud dépose les conclusions d'un rapport sur la candidature de M. Ecot, médecin major de 2^e classe, répétiteur à Ecole du Service de Santé Militaire, au titre de membre correspondant de la Société.

Les conclusions sont adoptées.

M. Tixier lit un rapport sur la candidature de M. Vialle, médecin-major de 2^e classe, répétiteur à l'Ecole

du Service de Santé Militaire, au titre de membre correspondant de la Société. Les conclusions sont adoptées.

ÉLECTIONS

L'ordre du jour appelle l'élection d'un secrétaire général, les fonctions de M. Vallas étant expirées.

Voici le résultat du vote.

Ont obtenu sur 22 votants :

MM. VALLAS	20 voix
ALBERTIN	1 —
DURAND.....	1 —

M. Vallas ayant obtenu la majorité des suffrages est élu secrétaire général de la Société pour une nouvelle période de cinq années.

Les candidatures de MM. DESTOT au titre de membre titulaire, LAGOUTTE, ECOT et VIALLE au titre de membres correspondants, sont ensuite mises aux voix.

Voici le résultat de ces différents votes :

M. DESTOT, ayant obtenu 20 voix sur 22 votants, est nommé membre titulaire de la Société de Chirurgie.

MM. LAGOUTTE, VIALLE et ECOT ayant obtenu respectivement 22, 21 et 19 voix sont proclamés membres correspondants de la Société.

OSTÉOMYÉLITE AIGUE DE L'OMOPLATE CHEZ UN HOMME DE 48 ANS

M. Tixier. — Le malade que j'ai l'honneur de vous présenter a eu une infection osseuse rare, par son apparition chez un homme de 48 ans et par sa localisation sur l'épine de l'omoplate. Voici son histoire :

B... Pierre, ajusteur, n'a eu aucune maladie grave dans l'enfance. En 1870, fièvre typhoïde. Ethylisme léger.

Marié, père de cinq enfants en excellente santé.

Début des son affection le 5 ou le 6 mai, après une période de surmenage; cet homme avait soigné jours et nuits deux de ses enfants atteints du croup.

Malaise général, maux de tête, courbature, constipation puis débauches diarrhéiques.

Le 14 mai, le malade s'aperçut qu'il avait une tumeur à l'épaule gauche, en arrière; celle-ci est survenue sans cause connue. L'état va en empirant et, le 31 mai, le malade entre dans le service du professeur Courmont à l'hôpital Saint-Pothin.

A son entrée, le diagnostic supposé est fièvre typhoïde : température 39°8, langue rouge, muguet, anorexie absolue, cinq selles par jour. Pouls dicrote, à 104. Pas de grosse rate, Pas de tache rosée. On constate l'existence d'une tuméfaction de l'épaule gauche, correspondant au deltoïde qui semble soulevé par une tumeur liquide. On recueille du sang qui est envoyé à la Faculté pour en pratiquer le séro-diagnostic.

La réponse, parvenue le lendemain, 1^{er} juin est : l'agglutination a été à peu près nulle après une heure et demie et avec une culture de 24 heures; quelques amas petits et peu nombreux à 1/20, mais beaucoup de bacilles isolés et mobiles à 1/30 à 1/50; pas d'amas. En somme agglutination à peine sensible.

D'autre part, la tumeur de l'épaule s'est sensiblement accrue, aussi se décide-t-on, à faire passer le malade en chirurgie.

Le 3 juin, j'examine le malade. L'état général est de plus en plus précaire, le teint est plombé, les yeux encavés. La température, prise le matin, est de 39°2; le pouls est misérable. Muguet sur la langue et les joues. Urines rares, fortement albumineuses.

A l'épaule gauche je constate une énorme exagération de la saillie deltoïdienne. Le muscle est comme soulevé par une nappe de liquide fortement distendu. Celui-ci a envahi les fosses sus et sous-épineuses et descend en bas au niveau de l'insertion. La tumeur ainsi constituée est rénitente, sans fluctuation vraie. Je cherche avec soin l'existence d'un point osseux douloureux et j'en découvre un au niveau de l'épine de l'omoplate. Rien à l'humérus, rien à l'articulation de l'épaule.

Je diagnostique un phlegmon sous-deltoïdien symptomatique d'une lésion osseuse de l'omoplate, très probablement d'une ostéomyélite et je me décide immédiatement à une intervention. Celle-ci doit être aussi simple que possible, étant donné l'état général très grave du malade.

Ainsi, sous l'anesthésie au chlorure d'éthyle, je me contente de faire le drainage de cette vaste collection à l'aide de deux incisions : une au niveau de l'épine de l'omoplate, l'autre à la partie supérieure du bras, vers le V deltoïdien. Il s'écoule une quantité considérable d'un pus chaud, horriblement fétide qui est profondément infiltré sous le muscle. Le doigt, introduit par l'incision supérieure, reconnaît un point dénudé sur l'épine de l'omoplate. Du pus est recueilli.

Sous l'influence de ce drainage, un mieux sensible se prononcè; la température tombe à 37°8, les 6, 7 et 8 juin, mais les jours suivants, elle se mit à remonter à 39°, tandis que les douleurs existantes au niveau de l'omoplate s'exagèrent. Une désinfection soigneuse était faite par des lavages au permanganate et à l'eau oxygénée.

Le 12 juin, anesthésie. Par une grande incision suivant la direction de l'épine de l'omoplate, j'arrive sur l'os qui est dénudé. Un coup de rugine détache le périoste avec la plus grande facilité de la fosse sus-épineuse et de la fosse sous-épineuse. Avec la pince-gouge, j'enlève toute l'épine de l'omoplate qui est comme infiltrée de moelle rouge et par endroits suppurée. Large pansement à plat.

L'amélioration obtenue fut rapide. Le malade reprit bientôt de l'appétit. Sa plaie se cicatrisait rapidement et, aujourd'hui, 10 juillet, la guérison est complète.

J'ai donc eu affaire à une ostéomyélite aiguë apparaissant chez un homme âgé et revêtant l'allure typhique. C'est une observation qui se rapproche de celle que j'ai publiée, en 1890, dans le *Lyon Médical* : ostéomyélite aiguë de l'omoplate chez un homme de 58 ans. La localisation au niveau de l'épine de l'omoplate est exceptionnelle.

M. Nové-Josserand. — L'examen bactériologique du pus a-t-il été fait ?

M. Tixier. — Le pus a été examiné bactériologiquement ; il contenait les microbes ordinaires de la suppuration, mais pas d'Eberth.

M. Vallas. — La plupart des ostéites post-typhiques que j'ai observées présentaient les caractères suivants :

Les lésions étaient multiples, le tibia notamment était un de leurs lieux de prédilection.

Les lésions étaient toujours superficielles : il s'agissait de périostites qui déterminaient généralement du retentissement sur une mince couche d'os sous-jacent.

Les séquestres étaient petits. Il y aurait peut-être lieu de suspecter l'origine de cette ostéite relatée par M. Tixier ; ici, en effet, les lésions siègent à la superficie et dans la profondeur d'un os plat. Il est certain qu'on observe des lésions centrales dans l'ostéite post-typhique.

M. Durand a observé un cas d'ostéite post-typhique sur une jeune fille qui, au cours d'une fièvre typhoïde fut prise de douleurs dans une omoplate ; un abcès se produisit sur le bord spinal de l'omoplate ; ses caractères étaient ceux d'un abcès froid ; la température s'était peu élevée.

L'intervention fit voir qu'il s'agissait d'un abcès volumineux, allongé, correspondant à une lésion centrale, avec décollement périostique. Quelques jours après, la malade accusant une élévation de température insignifiante, se prit à souffrir au niveau de l'épine d'une des dernières vertèbres dorsales. Il s'agissait d'un nouvel abcès ostéitique.

Voilà donc deux faits en faveur de la multiplicité des lésions dans les ostéites post-typhiques.

M. Durand se rappelle qu'une jeune fille, trépanée antérieurement par M. Nové-Josserand, présentait un séquestre tibial post-typhique qu'il dût enlever par une nouvelle intervention.

M. Albertin a publié trois cas d'ostéite post-typhique costale ; généralement il s'agit, en pareil cas, de médullite ; la forme des lésions varie, d'ailleurs, suivant les os plats ou longs, et les modalités cliniques elles-mêmes sont variables comme dans l'ostéomyélite vraie, où la périostite, la médullite sont de mise. L'agent de l'infection primitif peut disparaître ou s'associer aux espèces vulgaires de la suppuration.

M. Tixier. — Je répondrai à M. Vallas que je n'ai pas trouvé de véritable séquestre mais une fonte de l'os.

Toute l'épine était ramollie, comme infiltrée: c'était une véritable médullite (1).

Je ne crois pas qu'il s'agissait d'une ostéite post-typhique, et voici pourquoi: médicalement parlant, il n'y avait aucun signe de certitude de dothiéntérie et, au point de vue chirurgical l'ostéite post-typhique ne se présente ordinairement pas sous cette forme. C'est une complication de la convalescence qui évolue lentement, sans grand fracas, sans grande manifestation fébrile; or, chez mon malade, la douleur et la tuméfaction de l'épaule ont apparu dès les premiers jours de sa maladie et ont déterminé des réactions générales très vives. La localisation était nettement osseuse, c'était une médullite et non pas une périostite, comme cela se voit dans la convalescence de la fièvre typhoïde.

Il s'agissait donc d'une véritable ostéomyélite aiguë qui, malgré l'âge du malade, a évolué comme chez les jeunes en revêtant la forme dite typhique.

M. Vallas. — L'examen bactériologique du pus est souvent négatif.

M. Tixier. — Je crois avoir observé un cas d'ostéomyélite aiguë ayant simulé la fièvre typhoïde: la marche rapide des symptômes, l'apparition immédiate de l'abcès, alors que, dans la fièvre typhoïde, on les voit survenir à la fin, l'élévation de température sont en faveur de ce diagnostic. D'ailleurs, les signes habituels de la fièvre typhoïde ont fait défaut: pas de taches rosées, pas de

(1) Le 8 septembre, mon ami, M. Paviot m'envoyait le résultat de l'examen microscopique d'un fragment osseux: « Sur les coupes, tissu osseux aréolaire assez dense sans déformation des espaces médullaires qui sont tous ronds ou ovales, sans corrosion lacunaire des lamelles osseuses. Mais, fait qui serait en faveur d'une ostéomyélite débutant dans le point coupé, les espaces médullaires sont tous bourrés d'une moelle embryonnaire osseuse à cellules rondes; il ne reste pas une seule vésicule graisseuse, fait en faveur d'une inflammation aiguë chez un homme de cet âge. Dans quelques espaces médullaires on peut voir des myélopaxes formant de petits groupes de trois ou quatre grands éléments, mais pas blottis contre les lames osseuses, ne se plaçant pas dans des anfractuosités de l'os.

En somme, probablement ostéomyélite, soit débutant, soit à la périphérie d'un foyer plus nécrosé qui n'est pas examiné.

gonflement de la rate et, enfin, j'ajoute qu'il n'y avait pas de bacilles d'Eberth dans le pus. La séro-réaction fut nulle. Je puis conclure que ce malade n'a pas eu la fièvre typhoïde, mais que l'ostéomyélite en a simulé les symptômes.

* * *

FRACTURE DES DEUX ASTRAGALES. — RÉSECTION DES DEUX OS FRACTURÉS

M. Vallas présente un malade dont l'observation a été communiquée à une séance antérieure. Il s'était fracturé les deux astragales dans une chute et avait eu consécutivement une déformation des pieds en équinisme. L'ablation des deux os fracturés fut décidée pour donner un point d'appui normal. En ce moment le malade marche avec des béquilles, mais il peut se tenir sur les pieds et marcher un peu. Il y eut de la difficulté à remettre le pied en bonne position : la mortaise tibio-péronière, déshabituée, filait en avant, et l'ostéotomie de la malléole externe fut nécessaire. Un des pieds est en excellente position ; l'autre, au niveau duquel fut pratiqué un évidement de la saillie postérieure de la malléole, a donné un moins bon résultat.

M. Vincent félicite M. Vallas du beau résultat opératoire qu'il a obtenu. L'ablation des deux astragales pour fracture n'est pas une opération fréquente. L'observation de M. Vallas démontre, une fois de plus, qu'on peut se passer de l'astragale sans grands inconvénients. Pour obtenir l'emboîtement du calcanéum dans la mortaise tibio-péronière, il est absolument indispensable de diminuer l'épaisseur des malléoles sur leur face articulaire et même de les raccourcir, surtout la malléole externe. Par cet agrandissement de la mortaise tibio-péronière on évite le glissement du tarse postérieur en avant, glissement qui supprime tout ou partie du levier calcanéen, en plaçant l'extrémité du talon plus ou moins complètement dans la mortaise tibio-péronière. La seconde ablation astragaliennne de M. Vallas, conduite d'après ces données théoriques, leur a procuré un résultat plus beau au point de vue esthétique et meilleur au point de vue de la physiologie.

BROIEMENT DE L'ARTÈRE FÉMORALE DROITE DANS LE TRIANGLE DE SCARPA

M. Vincent, relate une observation de broiement de l'artère fémorale droite dans le triangle de Scarpa, à trois travers de doigt du pli de l'aîne. Il s'agit d'un accident de bicyclette survenu il y a trois mois. Un jeune homme de 18 à 19 ans (fils d'un médecin) pédalait à la brune : un embarras de voitures eut pour conséquence de le jeter sur une voiture à bras ; un bras de ce véhicule contusionna le haut de la cuisse en désarçonnant le cycliste.

Après un moment de désarroi, celui-ci put remonter sur sa bicyclette et rentrer chez lui. Bientôt la cuisse se tuméfia considérablement et le reste du membre ne tarda pas à s'œdématier. On crut à un épanchement sanguin sans importance ; puis, le gonflement persistant, on pensa à un phlegmon. Le jeune homme fut amené à Lyon. Le médecin qui le vit ne partagea pas les idées précitées. Nous vîmes le blessé ; aucun doute sur la rupture artérielle ne pouvait subsister alors, l'œdème ayant disparu et l'épanchement sanguin s'étant résorbé en majeure partie au moment de notre examen qui eut lieu environ un mois après l'accident.

Je viens d'examiner à nouveau le jeune homme. La circulation s'est tout à fait rétablie dans le membre inférieur par les fémorales profondes et les collatérales innominées ; au niveau de la lésion de l'artère il existe une induration très ferme, ovoïde, sur une longueur de 3 à 4 centimètres et une largeur égale au milieu du noyau d'endartérite, de périartérite qui, avec les restes du caillot sanguin, occupe la solution de continuité produite par l'écrasement de la fémorale.

Je cite cette guérison d'attrition de la fémorale, obtenue par le simple repos, pour démontrer que, *chez les sujets jeunes*, la circulation peut se rétablir spontanément et que, par peur de la gangrène, il ne faut pas songer tout d'abord à ces opérations d'abouchement et de suture des fragments artériels, ainsi qu'on l'a proposé et pratiqué, sans succès, du reste, chez l'adulte. Mon observation

heureuse est un fait clinique à retenir, mais il serait contraire à ma pensée de tirer des conclusions absolues et surtout de les appliquer à des sujets âgés et à tous les cas sans distinction.

M. Tixier. — Le sujet n'avait que 20 ans ; l'importance de l'âge est ici en rapport avec l'excellence des résultats. Généralement, chez les vieillards, la gangrène du membre est fatale.

M. Albertin a vu un cas de gangrène d'un membre inférieur chez un homme de 35 ans, à la suite d'un écrasement de l'artère principale.

M. Vincent. — Les faits de gangrène observés par mes collègues, chez des adultes, à la suite du broiement de la fémorale et de la poplitée, corroborent mes propositions. Chez l'adulte, chez les sujets âgés, la guérison spontanée est infiniment moins facile que chez les sujets jeunes.

Malgré la crainte de la gangrène, sur les sujets âgés, j'avoue que les tentatives, faites d'emblée, d'ouverture de ces anévrysmes traumatiques en vue de rechercher des bouts déchirés, de les aviver et de les aboucher par suture, ne me séduit pas. Si les tissus sont broyés sur une grande étendue, comment pourra-t-on rapprocher les bouts ? On risque de retrancher trop ou pas assez dans l'avivement. On s'expose à supprimer des tissus qui auraient pu s'organiser et contribuer à réformer le calibre du vaisseau ; peut-être une intervention ne paraît rationnelle que si l'artère n'est broyée que sur un point très limité, latéralement ; mais alors on est en droit d'objecter à l'opérateur qu'une compression latérale pourrait remplir peut-être le même but. L'épanchement sanguin ne permet pas de savoir au juste l'étendue de la lésion artérielle, répondra-t-on ; tout ce que l'on constate c'est cet épanchement et l'arrêt de la circulation au-dessous.

L'incision seule permet de connaître les limites du broiement artériel. Cette chirurgie aventureuse m'effraie. Dans l'hypothèse où je m'y lancerais, ce qu'à Dieu ne plaise, je ferais une suture latérale ou circonférentielle aux dépens de la tunique externe et du tissu cellulaire voisin et, pour les déchirures et les délabrements étendus,

je chercherais à rétablir le cours du sang entre les deux bouts au moyen d'un tube de verre fixé dans la lumière du vaisseau, comme on le fait dans certaines expériences de physiologie. Ce tube serait laissé en place jusqu'à la formation d'un canal de tissu conjonctif autour de lui. La vie du membre serait ainsi sauvée; la diminution de la circulation fémorale, par la présence du tube, forcerait les collatérales à se distendre et, dans les cas heureux, il se pourrait qu'on obtînt ainsi une circulation collatérale suffisante, alors même qu'après l'ablation du tube le canal cicatriciel formé autour de lui tendrait à s'oblitérer spontanément ou que, dans le cas contraire d'expansion en sac anévrysmal de ce canal, on fût contraint d'en rechercher l'oblitération par la compression manuelle ou instrumentale, ou d'en pratiquer l'ablation, de lui faire subir, en un mot, l'un des procédés de traitement des anévrysmes.

Je crois bien que mon procédé restera à l'état de pure conception hypothétique et que je serai le dernier à le mettre en œuvre.

M. Gayet déclare close les réunions de la Société de Chirurgie et annonce leur reprise en novembre.

MÉMOIRES

PRÉSENTÉS A LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DE LYON



FRACTURE DU CUBITUS

ET

LUXATION DU RADIUS

par M. DESTOT

ex-interne des Hôpitaux de Lyon.

Malgaigne, dans son « Traité des fractures », rapporte l'histoire d'un soldat qui s'était fait une fracture de l'olécrane vingt-cinq ans auparavant et qui, habile à manier l'épée et le fleuret, ne pouvait plus jouer de l'espadaon. L'examen perspicace du grand maître des fractures lui révéla l'existence d'un trait de fracture oblique portant sur la base de l'olécrane en même temps qu'il se produisait, dans les mouvements de pronation et de supination, une luxation de la tête du radius en avant accompagnée d'une saillie anormale de l'épicondyle.

Parmi les nombreuses variétés de fracture du coude, il est toute une classe de faits que relie la communauté du mécanisme et qui, cependant, se présentent à l'observation sous des aspects cliniques différents.

L'observation résumée de Malgaigne, que j'ai prise comme épigraphe, démontre que les faits sur lesquels je vais appeler l'attention n'ont pas échappé à la perspicacité des cliniciens.

Dans le « Traité de Chirurgie Ledentu, Delbet », M. Rieffet fait une place à part pour les fractures du cubitus siégeant au tiers supérieur et qui s'accompagnent de luxation de la tête du radius en avant ou en dehors et, dans

sa Bibliographie que je ne veux pas répéter ici, il oublie de mentionner un travail important de M. Annequin, médecin principal de première classe et paru dans le *Lyon Médical* de 1898.

Ce que je veux démontrer ici, par des observations, c'est que, suivant la forte expression de Malgaigne, toutes les fois que le cubitus est cassé, il faut faire attention à la situation du radius. Entre les fractures du cubitus et la luxation du radius il existe un lien de solidarité beaucoup plus étendu qu'on ne le décrit dans les traités classiques et l'on peut dire que l'immense majorité des fractures du cubitus s'accompagne de lésions de l'articulation du coude. Les seules fractures cubitales qui échappent à la loi sont celles qui ont trait aux fractures des extrémités de cet os, sommet, partie moyenne de l'olécrane, extrémité inférieure, apophyse styloïde. Je ne veux pas rapporter ici toutes les observations qui ont trait à la fracture classique du tiers supérieur du cubitus et qui rentrent trop exactement dans les données classiques. Je veux montrer surtout que certaines fractures de la base de l'olécrane doivent rentrer dans la même description et que le diagnostic, le pronostic et le traitement forment à cette variété une entité clinique jusqu'à présent méconnue. Que le trait de fracture porte sur le cubitus à partir de la base de l'olécrane à 1, 2, 3, 4, 5, 6 cent., le mécanisme restant le même, les lésions du côté radial seront comparables et le même traitement s'imposera. Il s'agit, la plupart du temps, de chutes sur l'avant-bras fléchi en demi-pronation ou de chocs directs. Le corps contondant a pour effet de faire faire à la ligne droite du cubitus, un angle rentrant pendant que tout l'avant-bras est repoussé en haut, soit directement, soit en haut et en dehors. Le radius, ayant perdu le soutien du levier cubital est projeté hors de ses attaches condyliennes et, par suite de la diminution de longueur du cubitus, se fixe dans une position anormale.

La première observation que j'ai pu voir ressemble considérablement au cas de Malgaigne. Il s'agissait d'un malade du service de M. Chappet, entré à l'Hôtel-Dieu pour des lésions tuberculeuses anciennes et que l'interne du service, M. Viollet, voulut bien me faire voir.

Ce malade racontait que, vingt-cinq ans auparavant, à l'âge de six ans, il était tombé sur le coude et qu'il n'avait subi de ce chef aucun traitement. Il avait si bien guéri qu'il avait pu apprendre le métier d'ajusteur sans être gêné ni incommodé. L'examen clinique montrait qu'il existait une luxation du radius en avant, en haut et en dehors. Tout l'avant-bras paraissait sublucé en dehors et les axes du bras et de l'avant-bras n'étaient plus dans le même prolongement. On sentait nettement la tête du radius qui se déplaçait dans les mouvements de pronation et de supination décrivant une sorte de mouvement de dégagement au devant d'une grosse masse saillante en bas et en dehors et constituée par l'épicondyle. Vu par derrière le cubitus formait un angle très prononcé. Tandis que la partie olécranienne semblait rejetée en dedans, on voyait que le corps de l'os venait la rejoindre obliquement en formant un angle ouvert en dedans.

On sentait alors, en parcourant les bords de l'os, des aspérités répondant à l'ancien cal et démontrant l'existence d'une fracture très oblique de la base de l'olécrane. Il existait un écartement très prononcé entre la tête du radius et l'olécrane et l'intervalle était coupé par la saillie anormale du condyle.

La radiographie, dans ce cas, ne donna rien en raison de l'ancienneté des lésions. Le malade jouissait de tous ses mouvements et de toute sa force. En résumé, ancienne fracture de la base de l'olécrane, luxation du radius et de l'avant-bras en haut et en dehors.

En opposition avec cette intégrité de la force et des fonctions, j'ai pu observer, dans le même temps et dans le même service, un malade atteint d'une ancienne fracture typique du tiers supérieur du radius avec luxation du radius.

Ce malade, entré pour une affection médicale, présentait la déformation typique, le coup de hache supérieur du cubitus et ses mouvements de flexion étaient limités par la butée de la tête radiale.

Ainsi, dans le premier cas, l'âge auquel la fracture s'était produite avait permis le modelage et l'adaptation nouvelle des extrémités osseuses, tandis que, dans le second, la fracture, qui remontait à cinq ans, avait laissé

une limitation des mouvements de la raideur et de l'arthrite.

Le premier cas est un cas de passage entre la forme classique et celles que je veux spécialement étudier.

Il y a quelques mois on m'amena un homme vigoureux de 15 ans qui avait fait une chute de bicyclette et qui présentait tous les signes d'une fracture de l'olécrane portant sur la base de cette apophyse.

Le traitement consista d'abord en un bandage ouaté compressif, puis le blessé fut immobilisé dans l'attitude classique : le coude demi-fléchi, l'avant-bras dans une position intermédiaire entre la pronation et la supination. Je le radiographiai une seconde fois à cette époque et je remarquai que la flexion se faisait dans le foyer même de la fracture et que le radius était subluxé en avant.

En sortant de l'appareil plâtré, on fit du massage qui ne donna rien, et pour cause... J'ai revu ce malade six mois plus tard et le radiographiai ; ce dernier examen montra que l'olécrane s'était soudé en prenant une position oblique comme si tout l'avant-bras était subluxé en dehors. De plus le cal, très allongé, avait augmenté la courbe de l'échancrure sigmoïde de telle façon que l'extension était limitée par l'exagération de longueur du bec olécranien et que la flexion était limitée de son côté, d'une part par la saillie exagérée de l'apophyse coronoïde et, d'autre part, par la butée de la tête radiale subluxée en avant.

Le blessé est impotent et ne peut faire avec son avant-bras qu'un mouvement de flexion et d'extension dont l'amplitude ne dépasse pas 15 degrés. Il existe une saillie anormale considérable du condyle de l'humérus qui tient à ce que l'olécrane s'est déjeté en dedans, tandis que la tête du radius se portait en avant et en dehors.

L'impotence est telle que l'indication d'une résection a été posée.

Une quatrième observation m'a été donnée par M. Villard qui m'envoya de l'hôpital de la Croix-Rousse une jeune femme qui était tombée sur le coude un mois auparavant ; elle était allée voir le rebouteur qui, à deux reprises, lui remit le bras.

Au moment de l'examen elle était immobilisée dans l'extension presque complète. La radiographie montra une fracture de la base de l'olécrane avec une subluxation totale de l'avant-bras sur le bras en avant et un peu en dehors; il existait un fragment interposé et M. Villard dut faire une résection du coude.

La cinquième observation est intéressante à des points de vue différents. Il y a quelques mois, un de mes amis m'amena un malade qui se présenta avec le coude fortement fléchi par un bandage en 8 et qui me pria de le radiographier. Il me raconta que l'accident remontait à vingt-un jours, qu'un de mes confrères l'avait déjà radiographié et qu'un chirurgien l'avait déjà endormi trois fois pour le réduire et le fixer.

Sur ma demande il m'avoua qu'il faisait auprès de moi une démarche que le chirurgien ignorait, mais qu'il voulait avoir mon avis parce qu'il était las de souffrir et qu'il voulait changer de traitement et de chirurgien. Dans ces conditions, je ne me crus pas obligé de refuser mes conseils. La radiographie montra qu'il s'agissait d'une fracture de la base de l'olécrane avec une luxation du radius en avant que le bandage en 8 ne faisait qu'exagérer. La flexion de l'avant-bras se faisait dans le foyer même de la fracture. Je conseillai au blessé le traitement par l'extension forcée, le bras maintenu en supination complète.

Muni de cette ordonnance, le malade courut chez son chirurgien, heureux de lui montrer un avis opposé au sien et, malgré la parole qu'il m'avait donnée, se remit de nouveau entre ses mains. Qui eut tort? Le radiographe. On le lui fit bien voir. Quatrième anesthésie, nouvelle réduction. L'avant-bras est encore fixé en demi-flexion par une attelle plâtrée.

Le blessé revient se faire radiographier. Surprise du radiographe qui voit que ses conseils n'ont pas été suivis et que la luxation n'est pas réduite. Enfin, après deux nouvelles tentatives, faites à l'Hôtel-Dieu, on se décide enfin à mettre le bras en extension forcée, et la réduction se maintient. Enlèvement de l'appareil quinze jours après, la réduction s'est maintenue. On fléchit alors doucement et progressivement sous un massage léger.

Revu le blessé trois mois plus tard : les fonctions sont complètement revenues.

- Cette observation démontre, outre la situation fautive un point de vue déontologique du radiographe, l'utilité du traitement par l'extension forcée et les difficultés considérables souvent de la réduction des luxations de la tête radiale.

Si j'ai choisi ces trois observations de fracture de la base de l'olécrane parmi celles que je possède, c'est qu'elles offrent chacune un point spécial.

La première montre que le traitement classique par la flexion et la demi-pronation précédée d'un enveloppement ouaté et suivi de bonne heure par un massage soigné et surveillé, aboutit à une demi-ankylose par la production d'un cal large qui augmente la longueur et la courbure de la cavité sigmoïde. L'humérus est ainsi embrassé dans les deux tiers de son extrémité inférieure et le jeu de flexion et d'extension est limité d'une façon définitive.

Le second cas montre les désordres produits par la non réduction et le maintien en extension de l'avant-bras luxé en avant en totalité.

Enfin le troisième cas démontre qu'il est impossible d'obtenir la réduction et surtout de la maintenir par la mise de l'avant-bras en flexion. Le seul traitement qui convient à de pareils cas est :

1° Réduction de la luxation de l'avant-bras en haut en avant et en dehors par l'abaissement le refoulement de l'avant-bras en arrière et en dedans.

2° Le maintien de la réduction par la mise en extension forcée et en supination complète de l'avant-bras.

Mobilisation rapide suivie de massage du 15^e au 20^e jour.

L'histoire de ces fractures ne serait pas complète si je ne signalais pas les complications qui peuvent se produire soit du côté de la tête radiale, soit du côté de l'épicondyle.

Il arrive parfois, suivant la violence du choc et suivant l'attitude de chute, que la luxation du radius en avant et en dehors, s'accompagne d'arrachements, ou fracture de la tête radiale qui peuvent au premier abord en imposer, mais la fracture du cubitus est la signature de la lésion.

Quand la fracture est récente, le diagnostic est facile et la subordination des symptômes et des lésions ne souffre pas de difficultés. L'enchaînement se comprend de suite: fracture du cubitus, luxation du radius avec ou sans arrachements du côté du condyle ou de la tête radiale, déformation de l'avant-bras dont l'axe est déjeté. Tels sont les différentes étapes. Il n'en va pas de même quand la lésion est ancienne.

La tête du radius est plus ou moins déformée, la saillie du condyle attire surtout l'attention. C'est le point le plus saillant.

L'olécrane est déjeté en dedans tandis que le fragment inférieur du cubitus forme avec le fragment supérieur un angle ouvert en dedans et en bas, ce qui donne au profil suivant le siège du trait une encoche, véritable coup de hache, très caractéristique. Quand on regarde de face le membre tendu, on voit que l'avant-bras est porté en masse avant et en dehors, la tête du radius fait une saillie anormale tandis que derrière elle on sent le condyle qui la sépare du cubitus.

L'attitude est très variable : tantôt le membre est en hyperextension comme dans le second cas, tantôt il a conservé une partie de ses mouvements, mais il ne peut arriver ni à la complète extension ni à la complète flexion.

La longueur de l'avant-bras est toujours diminuée par rapport au côté sain.

En résumé, les fractures classiques du tiers supérieur du cubitus qui s'accompagnent de luxation du radius, doivent comprendre dans leur cadre toutes les fractures cubitales, depuis la base de l'olécrane, jusqu'au milieu de la diaphyse. Le siège du trait n'a que peu de valeur et il dépend seulement du point d'application de la force vulnérante.

Il s'agit presque toujours de chocs directs, un coup de pied de cheval, une chute sur le coude demi-fléchi.

Le cubitus et tout l'avant-bras sont projetés en avant et en haut. Le radius accompagne ce mouvement de translation et se luxe.

On a beaucoup discuté sur la luxation primitive secondaire. Pour ma part, je l'ai toujours vue primitive et je

crois que les luxations secondaires ont été inventées pour excuser une erreur ou un défaut d'examen primitif. Elles sont souvent peu marquées au début, et s'exagèrent par l'amyotrophie consécutive à l'arthrite et à l'immobilisation.

Elles apparaissent au deuxième ou troisième mois qui suit le choc; c'est précisément au moment où on retirait les malades de leurs appareils, et où ils commencent à faire des mouvements, que l'attention était attirée sur les impotences.

On a invoqué pour les expliquer l'action du biceps qui entraînerait le radius privé de la résistance de son satellite. Mais le ligament annulaire est solide.

On a cherché à montrer que le cal exubérant et angulaire du cubitus pourrait refouler en haut le radius. Mais, lorsque le trait de fracture passe au niveau de la base de l'olécrane, il n'existe ni cal exubérant, ni un angle suffisamment marqué, pour expliquer la luxation que l'on observe, si bien que les théories soutenues par Schwarz et Gérard, Marchand, Stancéalescu, perdent dans ces cas leurs bases fondamentales.

On a invoqué aussi la diminution de longueur du cubitus résultant de son angulation. Mais c'est une pétition de principe, car il faudrait admettre que, primitivement, les deux fragments du cubitus cassé ont plus de puissance que le levier rigide et intact du radius; car si les fragments sont solides et engrenés d'emblée, la diminution de longueur est immédiate et la luxation doit se faire primitivement; s'ils sont mobiles, le levier rigide du radius les maintiendra écartés et sera le plus fort.

Il est donc plus simple d'admettre, ce que confirme chaque jour la radiographie, que la luxation est primitive et qu'elle dépend de la même cause que la fracture du cubitus.

Quoiqu'il en soit c'est contre cette luxation que doit être dirigé l'effort du chirurgien, puisque c'est elle qui compromet les fonctions ultérieures du membre.

Quand la fracture est récente, il n'y a qu'un moyen de réduire et de maintenir la réduction: c'est de pratiquer l'extension forcée, en refoulant l'avant-bras en arrière et de fixer le membre réduit dans l'extension et la supina-

tion, qu'il s'agisse de fracture portant sur le tiers supérieur ou sur l'olécrane.

Si la fracture est ancienne, il faudra recourir à la résection de la tête radiale, préconisée par différents auteurs : Poncet (thèse de Carre) ; Albertin, pour ne citer que les Lyonnais ; Annequin la recommande beaucoup.

Si le trait de fracture passe par la base de l'olécrane, il faudra pratiquer la résection du coude, ainsi que Villard l'a pratiquée dans l'observation rapportée.

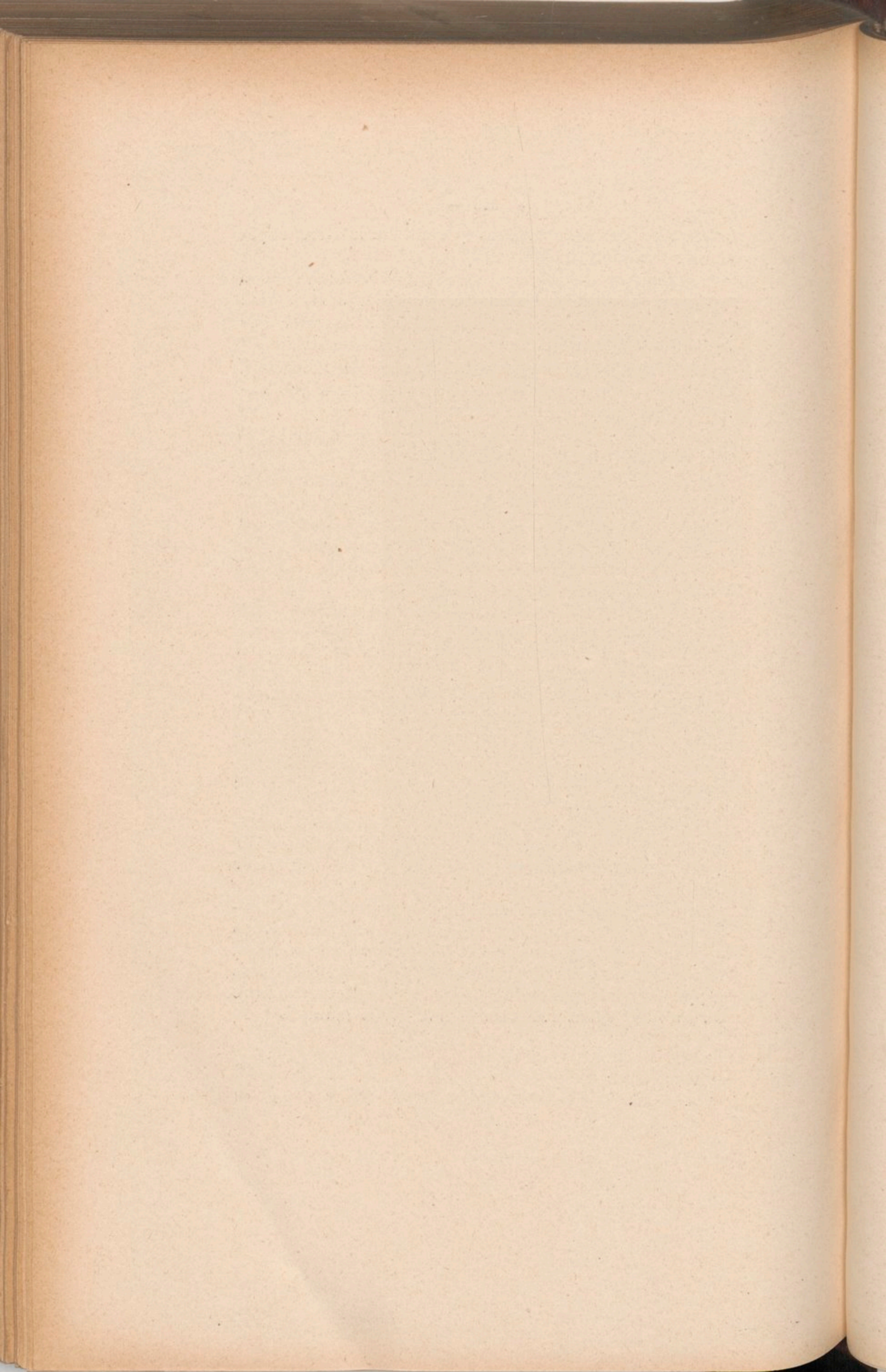
Ainsi qu'on peut le voir le pronostic de ces fractures doit être réservé et il est relativement grave.

Je n'ai pas voulu rapporter ici tous les bandages et moyens de contention qui ont été tour à tour adoptés et rejetés, non plus que la méthode de flexion forcée qui réussit dans un cas de Richert, à relever l'enfoncement des fragments, mais qui serait tout à fait nuisible dans les cas où le trait siège sur la base de l'olécrane.

Ce que j'ai voulu surtout montrer, c'est que les fractures du cubitus qui s'accompagnent de luxation du radius n'ont pas exclusivement leur siège au niveau du tiers inférieur de l'os, mais que ce trait peut siéger à différents niveaux. Il peut couper obliquement la base de l'olécrane ou couper net cette apophyse. Il donne alors naissance à une fracture du coude spéciale, bien différente des fractures ordinaires de l'olécrane, siégeant sur sa partie moyenne ou sur son bec, et qui sont assez assimilables aux fractures de la rotule.

Ces fractures ont la même étiologie, le même mécanisme, les mêmes complications du côté du radius et du condyle que les fractures qui siègent au tiers supérieur de l'os.

Le point d'application de la force a seul varié. Le traitement doit être guidé par les données que nous avons exposées et, si le pronostic doit être réservé, en revanche, le diagnostic sera toujours assez facile à établir si on se rappelle le précepte de Malgaigne : « Dans toute fracture du cubitus, il faut avant tout surveiller le radius. »



CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
Corps étrangers de la portion inférieure du Pharynx

Par M. Ecot,
Médecin-major de 2^e classe,
Répétiteur à l'École du Service de Santé militaire.

Le 17 avril 1900, entrant à l'hôpital militaire de T... (Algérie), dont nous étions médecin-chef, une petite indigène âgée d'un an, pour corps étranger des voies aériennes, extraction d'un petit scarabée. Amenée d'un douar distant de T... d'une quarantaine de kilomètres. Une femme tenait dans ses bras l'enfant pâle, somnolente, lèvres violacées; il existait un certain degré de tirage, le cou était augmenté de volume, surtout sur ses parties latérales.

On nous raconte que, la veille, vers 3 heures de l'après-midi, l'enfant avait subitement avalé une coquille d'escargot assez grosse dont la mère se servait pour polir des poteries que fabriquait le père. Un accès de suffocation s'était déclaré immédiatement et, probablement, après un essai infructueux d'extraction, l'oncle de la petite fille lui avait serré transversalement le cou pour écraser l'obstacle et rendre à l'air un passage suffisant. La respiration s'était rétablie peu à peu, mais l'enfant demeurait en état d'asphyxie lente, les tétées n'étaient plus possibles et les parents étaient venus chercher secours à T...

L'enfant est couchée sur la table d'opération, le cou

bien exposé au jour, les mâchoires écartées par un morceau de bouchon intercalé entre les molaires.

Nous introduisons l'index droit dans le pharynx digestif; nous reconnaissons que derrière et au-dessous de la base de la langue tout le pharynx est occupé par un volumineux corps étranger. Il est impossible d'intercaler le doigt entre ce corps et la paroi pharyngienne; de plus, le pourtour accessible du corps étranger est coupant et rugueux; l'ongle de l'index explorateur est déchiqueté par ce bord qui est en contact immédiat avec la muqueuse.

Dés tentatives d'extraction avec une pince courbe sont infructueuses et n'ont d'autre résultat que de faire saigner la muqueuse.

L'exploration et les tentatives d'extraction ont augmenté la gêne respiratoire et les menaces d'asphyxie définitive. L'indication de la trachéotomie supérieure est absolue et cette opération est pratiquée. Les canules de l'hôpital étant toutes trop grosses (la plus petite est du n° 2), nous improvisons une canule au moyen d'une sonde en gomme ou en caoutchouc rouge.

L'incision des téguments est à peine achevée que le sang coule noir et que les mouvements respiratoires et cardiaques cessent.

Nous profitons alors de la résolution musculaire asphyxique totale survenue, et, l'index droit introduit de nouveau dans le pharynx digestif, nous extrayons rapidement tous les débris rencontrés. Le curage du pharynx digestif fut complété avec des tampons montés sur des pinces, et le nettoyage de la muqueuse dilacérée par les morceaux aigus de coquille brisée assuré par le même moyen.

Malgré la rapidité de cette intervention, les signes de la mort apparente étaient alors au complet: yeux vitreux et ternes, muqueuses buccales décolorées, pâleur des tissus, absence complète de battements cardiaques et de mouvements respiratoires.

Nous commençâmes méthodiquement les tractions rythmées de la langue, combinées avec des pressions exercées sur les parois latérales du thorax. Au bout d'un temps qu'il fut difficile d'apprécier (une minute et de-

mie environ) une première inspiration fut constatée nettement. Bientôt, la précieuse méthode permettait aux mouvements respiratoires de se rétablir et la vie revenait d'une manière définitive. Des frictions sèches généralisées, une injection d'éther, l'enveloppement chaud de l'enfant, achevèrent l'action curative commencée. La petite plaie opératoire fut suturée et pansée au collodion. Les mucosités sanguinolentes des fosses nasales et de l'arrière-gorge cessèrent assez rapidement et les tétées devenaient possibles au bout de 6 à 8 heures, soit après environ 24 heures de diète complète.

Les suites furent des plus simples: il n'y eut plus aucune alerte respiratoire, le gonflement du cou diminua vite et les parents désirèrent partir au bout de 48 heures. Les nouvelles reçues ultérieurement continuèrent à être excellentes. Depuis cette époque, paraît-il, les indigènes appellent l'enfant dont l'état avait été si inquiétant « la fille du médecin ».

EXAMEN DU CORPS ÉTRANGER

EXPÉRIMENTATION

L'examen des débris de coquille retirés de la gorge de la petite fille permit de constater que trente-deux morceaux avaient été extraits par l'index ou les tampons montés. Beaucoup de ces débris ne mesuraient que 1 à 2 millimètres, d'autres jusqu'à 1 centimètre et 1 centimètre $\frac{1}{2}$; mais le plus long, très irrégulier, hérissé de dentelures est une véritable aiguille acérée, mesurant 3 centimètres $\frac{1}{4}$ sur 3 centimètres $\frac{1}{2}$ suivant son petit axe.

Par comparaison avec d'autres coquilles recueillies dans la région de T..., il nous fut facile de reconnaître qu'il s'agissait d'une hélice vigneronne mesurant au moins 4 centimètres sur 3 centimètres, soit une circonférence de 9 centimètres et demi suivant le grand axe et de 8 centimètres suivant le petit, avec aplatissement suivant la ligne bipolaire, comme pour toutes les hélices de ce genre trouvées dans le pays.

Nous avons donc eu à faire à un corps étranger très volumineux, mais lisse et régulier au préalable, anorma-

lement introduit par l'enfant dans ses voies digestives. Ce corps étranger vient compléter la liste, déjà si variée, des corps inanimés organiques qu'on a pu rencontrer jusqu'ici dans le pharynx, l'œsophage ou l'estomac. Nous ne connaissons pas de cas analogue de déglutition de coquille d'escargot vide et sèche dans de semblables conditions.

Une manœuvre, éminemment dangereuse de la première heure, le broiement de la coquille par pressions latérales et extrinsèques exécutée par l'oncle de l'enfant, était venue transformer ce corps étranger unique, à surface régulière, en corps étrangers multiples, irréguliers et particulièrement dangereux de par leurs aiguilles acérées qui blessèrent la muqueuse pharyngienne, et de par les petits débris de coquille qui pouvaient tomber soit dans le larynx et la trachée, soit dans l'œsophage.

Le broiement médiat de la coquille « fixée » par le spasme pharyngien avait déterminé une contusion violente des masses latérales du cou et des blessures de la muqueuse. Nous en trouvâmes l'explication dans nos essais de rupture de coquilles d'une grosseur sensiblement égale à celle que nous avons extraite en morceaux et nous nous sommes demandé même comment cette tentative de broiement n'avait pas déterminé de désordres vitaux plus sérieux.

C'est qu'en effet, le broiement de coquilles vides et sèches, pratiqué avec les doigts préalablement enveloppés dans une serviette épaisse, est difficile ; il ne s'obtient que par des pressions exercées suivant le grand axe, et c'est le pourtour de la conque qui cède en premier lieu, ou par pressions transversales écrasant l'ouverture de la conque. On ne l'obtient jamais par pressions suivant le petit axe bipolaire. La résistance des coquilles ordinaires à la rupture est même surprenante, lorsque l'on constate après coup la friabilité des débris obtenus : tant que le pourtour de la conque est intact, l'ensemble résiste longtemps à l'écrasement et nécessite des efforts énergiques exercés suivant le grand axe.

DISCUSSION DES FAITS

Nous pouvons, avec ces données, reconstituer les faits du début : l'hélice complète s'était immédiatement placée

en travers, au-dessus du larynx et de l'orifice supérieur de l'œsophage, l'ouverture de la conque tournée à gauche et en haut vers l'isthme du gosier. Cette « présentation » transversale a seule permis le broiement médiat obtenu par l'oncle de la petite malade. Les détritibus, scarabées, etc. que contenait cette coquille sèche, ont pu être ainsi rencontrés aussitôt par la pince courbe de notre confrère ; ils auraient envahi les voies respiratoire ou digestive si l'ouverture de la conque avait été tournée en bas.

Tous étaient restés agglomérés dans la région contractée et complètement obstruée de la portion inférieure au pharynx, sans pénétrer dans les orifices voisins.

L'extraction faite par la bouche, après trachéotomie supérieure préalable, eût été difficile ; la syncope asphyxique a permis une extraction et un curage plus faciles en faisant cesser le spasme réflexe du pharynx inférieur.

Nous ne voudrions pas laisser croire que nous sommes d'avis de ne pas pratiquer la trachéotomie préventive dans les cas de ce genre : cette opération garde absolument toutes ses indications. Si nous avions possédé l'outillage nécessaire, nous eussions commencé par là. Il est arrivé à bon nombre de chirurgiens de profiter d'un état de syncope pour achever une intervention opératoire peu importante, qui avait justement provoqué la défaillance du sujet. Nous avons agi de même par nécessité et nous avons eu la chance de pouvoir extraire ainsi plus aisément le corps étranger fragmenté, cause des accidents.

CONCLUSIONS

L'observation que nous venons de rapporter nous a paru intéressante à plus d'un titre. Elle permet de compléter la liste, déjà longue, des corps étrangers observés dans les voies digestives. Elle donne un exemple typique de corps étranger du pharynx digestif, volumineux et de surface régulière, transformé « *in situ* », avec traumatisme concomitant de la région, en corps étranger fragmenté.

La syncope asphyxique a rendu faciles l'extraction des plus gros débris et le curage complet du pharynx sans trachéotomie préalable. La méthode de Laborde, malgré les critiques qu'on lui adresse volontiers, a donné, une

fois de plus, un résultat excellent. Malgré la gravité des incidents et complications, les suites de l'accident furent aussi favorables que possible.

Si nous avions été appelé à donner nos soins à l'enfant avant la fragmentation de la coquille déglutie, nous eussions tenté de transformer la présentation transversale déterminant l'enclavement en présentation d'une extrémité du grand axe de la coquille. La manœuvre aurait été vraisemblablement facilitée par la position supérieure de l'ouverture de la conque. Une fois le redressement de la coquille obtenu, on aurait pu assez aisément faire sauter le corps étranger vers la bouche à l'aide des index recourbés en crochets, ou d'un instrument. Quelques bouffées de chloroforme seraient, à l'occasion, d'un précieux secours pour faire cesser le spasme musculaire.

Il est bon de se rappeler, enfin, qu'on doit pratiquer, chez les petits enfants, la trachéotomie supérieure (section des trois premiers anneaux de la trachée) et, chez l'adulte, la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne, lorsqu'il faut lutter sans délai contre les dangers de l'asphyxie.

FRACTURES MULTIPLES
DE LA
BASE du CRANE IRRADIÉES de la VOUTE

Méningo - Encéphalite Consécutive
Mort au 6^e jour. Autopsie

A l'autopsie, tumeur volumineuse du cavum de Meckel, restée latente pendant la vie.

Par M. VIALLE, médecin-major de 2^e classe,
Répétiteur de médecine opératoire à l'Ecole du Service de
Santé Militaire.

Nous avons eu l'occasion d'observer récemment dans notre service à l'hôpital militaire Desgenettes, un blessé qui, à la suite d'un traumatisme très intense de la voûte du crâne, était atteint de *fractures multiples, irradiées de la base du crâne*. Ces fractures se compliquèrent de *méningo-encéphalite* et le malade succomba rapidement à cette grave complication. A l'autopsie nous trouvâmes, en outre de lésions osseuses très étendues, que la clinique était loin, d'ailleurs, de nous laisser soupçonner, une *tumeur volumineuse du cavum de Meckel*, restée latente pendant la vie et développée au niveau du ganglion de Gasser dont elle avait, en les refoulant à la périphérie, parfaitement dissocié des éléments nerveux.

En présentant à la Société de Chirurgie de Lyon, l'observation clinique résumée de notre malheureux malade, le résultat de l'autopsie et les quelques réflexions que que nous a suggérées ce cas, nous n'avons pas d'autre

prétention que celle d'apporter un document qui nous a paru avoir quelque intérêt, au double point de vue clinique et anatomo-pathologique et qui, en l'étudiant avec soin, nous a donné l'impression que, dans certaines fractures à grand fracas de la base du crâne, irradiées de la voûte, les irradiations, malgré leurs irrégularités apparentes, étaient dirigées, comme dans les fractures irradiées ordinaires, par la composition architecturale du crâne.

1^o OBSERVATION CLINIQUE

L..., Jean, cavalier de 2^e classe, au 2^e dragons, âgé de 22 ans, entre à l'hôpital militaire Desgenettes dans notre service, le lundi 10 mars à 3 heures de l'après-midi, victime d'un accident survenu deux heures auparavant.

Il se trouvait dans l'une des cours du quartier de la Part-Dieu, lorsqu'un caisson d'artillerie, traîné à très vive allure par deux chevaux emballés que ne maîtrisait aucun conducteur, arriva sur lui sans qu'il eût le temps de se garer. Il fut projeté violemment à terre et les roues du caisson lui passèrent sur la tête.

C'est à peine s'il perdit connaissance pendant quelques instants seulement ; il revint bientôt à lui, et se rendit parfaitement compte qu'on le relevait et qu'on le transportait à l'infirmerie, puis, aussitôt après un premier pansement, à l'hôpital militaire Desgenettes.

Toute la symptomatologie immédiate se réduisit alors à une *épistaxis très abondante et persistante* qui se faisait par les deux narines, à quelques *vomissements sanglants* assez espacés et à une *petite plaie* très régulière, située au-dessus du sourcil droit, parallèlement à lui et n'intéressant que les parties molles.

Il n'y avait pas, et il n'y eut pas, par la suite, d'*otorrhagie*, ni d'*écoulement de liquide céphalo-rachidien* par les oreilles, mais le malade était à peu près sourd de l'oreille gauche. Le tic-tac de la montre placée en regard du méat du conduit auditif externe, était perçu seulement au contact ; il n'existait pas le *moindre signe de paralysie faciale*, les mouvements des deux yeux s'exécutaient bien et normalement, il n'y avait pas, notamment, et il n'y eut pas de strabisme interne ni de diplopie.

L'examen du squelette de la face et de la voûte du crâne, restait négatif ; en aucun point il n'était particulièrement douloureux et il n'existait nulle part, ni saillie ni dépression osseuses ; les mouvements des membres supérieurs et inférieurs étaient entièrement conservés ; il n'y avait rien du côté des réservoirs. Enfin, le *malade avait toute sa lucidité d'esprit* et répondait avec la plus grande précision et la plus parfaite tranquillité à toutes nos questions.

Le lendemain soir 11 mars, l'épistaxis cessa et fut remplacée aussitôt par un *écoulement de liquide céphalo-rachidien* qui se faisait goutte à goutte par les deux narines, mais devenait plus abondant quand le malade penchait la tête en avant. Ce jour-là on constata qu'il y avait de l'*anosmie* à droite et on vit un certain degré d'*asymétrie faciale* qui consistait seulement dans un abaissement de la commissure latérale gauche et dans un effacement du sillon naso-labial de ce côté.

Le surlendemain 12 mars, la *paralysie faciale* devenait plus apparente ; elle était complète le 13 mars, c'est-à-dire trois jours après l'accident. Ce jour-là, pour la première fois, il y avait de la *fièvre* (38°5 le matin — 38°8 le soir), et des *douleurs de tête* surtout vives à la région occipitale ; il n'existait pas, et il n'a jamais existé, aucune ecchymose sous-conjonctivale, pharyngienne ou mastoïdienne.

Le 14 mars la fièvre augmentait (38°8 le matin — 39°6 le soir) et il était dès lors, bien évident que nous étions en présence de la *méningo-encéphalite*. Le malade avait toujours sa *lucidité d'esprit*, mais il était *assoupi* et *très maussade* et il se plaignait en outre, de *maux de tête* de plus en plus violents.

Dans la soirée, il perdait peu à peu connaissance ; dans la nuit, il tombait dans le *coma*, la respiration devenait *stertoreuse* et le malade mourait le lendemain matin, 15 mars, à 9 heures 1/2 pendant la visite ; la température était alors de 40° et le pouls, faible, irrégulier et fuyant, battait à 150.

Le traitement institué dès le début et continué les jours suivants avait consisté à aseptiser, dans la plus large mesure possible, les deux conduits auditifs externes, les

fosses-nasales, le rhino-pharynx et la cavité buccale ; de la glace avait été maintenue en permanence sur la tête, et le malade, placé dans une chambre d'isolement, à l'abri du bruit et de la lumière, avait été soumis à la médication chloralo-morphinée.

2^o AUTOPSIE

L'autopsie a été faite le lendemain de la mort, le 16 mars ; le corps ayant été réclamé par la famille, elle a été strictement limitée au crâne et à son contenu.

La *dure-mère* est déchirée au niveau de la lame criblée de l'ethmoïde droit ; en aucun point elle n'est décollée par un épanchement sanguin ; cependant sur la face postérieure du rocher gauche il s'est fait, entre elle et le squelette, un léger extravasat sanguin qui s'est coagulé.

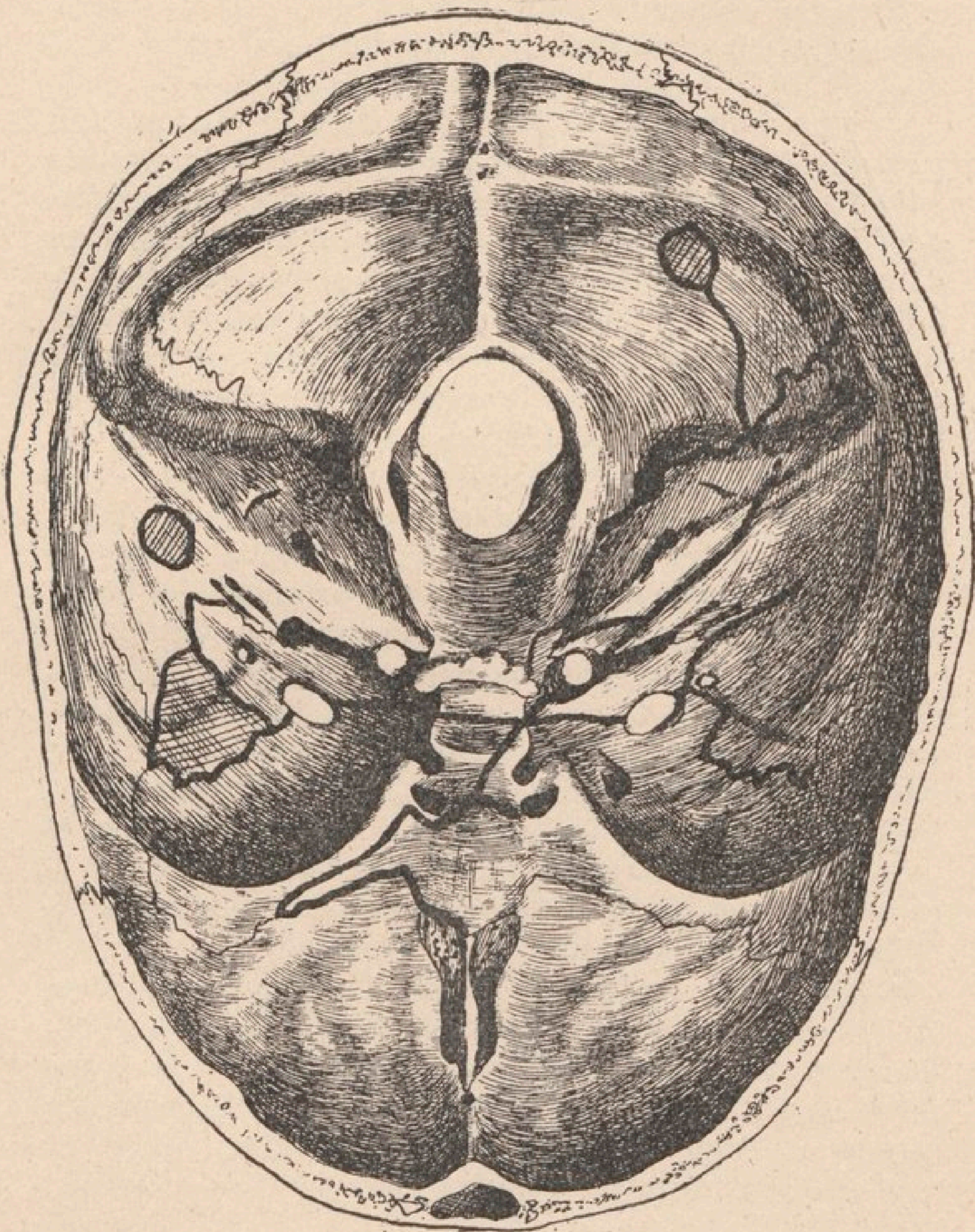
Le *cerveau* ne présente aucun foyer de contusion, mais il est le siège d'une hyperémie artérielle et veineuse très accusée et il est recouvert çà et là, par places, de quelques exsudats lactescents qui, isolés du côté de la convexité, sont plus nombreux et presque confluent du côté de la base.

Le *liquide céphalo-rachidien* est louche.

On a, en un mot, des lésions de méningo-encéphalite et comme il s'est agi cliniquement, chez notre malade, d'une forme comateuse, il est tout naturel qu'on trouve des lésions prédominantes à la base.

Les *dégâts osseux de la base du crâne* sont considérables ; le dessin ci-joint montre qu'ils prédominent dans les deux étages moyens et surtout dans l'étage moyen gauche ; qu'ils existent aussi dans les étages antérieurs droit et postérieur gauche, et qu'ils font absolument défaut dans les étages antérieur gauche et postérieur droit.

L'*étage antérieur droit* présente : 1^o une *disjonction de la moitié interne de la suture fronto-sphénoïdale* ; 2^o un *trait de fracture* qui, parti du point où cesse cette disjonction, se porte obliquement d'avant en arrière et de dehors en dedans, parallèlement au bord postérieur de la petite aile du sphénoïde, aboutit au



trou optique droit et, sans avoir lésé le nerf optique de ce côté et sa gaine, contourne le trou optique, longe la partie antérieure de la gouttière optique jusqu'en son milieu, puis descend obliquement pour aller rejoindre, sur la partie gauche de la selle turcique, un autre trait de fracture transversal venu de l'étage moyen droit.

L'étage moyen droit présente : 1° une *disjonction presque totale des sutures qui réunissent la grande aile du sphénoïde aux os voisins* ; 2° un *enfoncement de l'écaille du temporal* qui atteint les dimensions d'une pièce de cinq francs ; 3° un *soulèvement* tout à fait localisé de la table interne au niveau de la partie la plus externe de la face antérieure du rocher ; 4° le *trait de fracture* qui circonscrit, sans la détacher, la plus grande partie de l'écaille du temporal enfoncée, aboutit au trou ovale, le traverse, passe en avant du trou déchiré antérieur, coupe les gouttières caverneuses droite et gauche sans léser les deux sinus caverneux, coupe la selle turcique en son milieu, ouvre largement les deux sinus sphénoïdaux et atteint le trou ovale gauche.

Ce trait de fracture, arrivé dans *l'étage moyen gauche* au trou ovale, le traverse et, après l'avoir traversé, se subdivise en deux traits de fracture secondaires, l'un qui se prolonge en arrière du trou, petit, rond sur la partie la plus inférieure de la face antérieure du rocher et parallèlement à son axe longitudinal ; l'autre qui se porte en avant et en dehors et écarte la grande aile du sphénoïde de la portion écailleuse du temporal.

Sur la portion du trait de fracture principal venant de l'étage moyen droit et comprise à gauche entre la gouttière caverneuse et le trou ovale, se branche *un autre trait de fracture* qui semble continuer à l'étage moyen gauche le trait de fracture venu de l'étage antérieur droit et qui, après avoir abouti au trou déchiré antérieur, chemine obliquement d'avant et arrière et de dedans en dehors sur la face antérieure du rocher, coupe cet os obliquement près de sa base, descend sur sa face postérieure, rencontre la gouttière du sinus latéral qu'il suit un instant, puis la coupe obliquement et atteint la suture occipito-mastoïdienne.

La présence de ce dernier trait de fracture a eu pour

résultat de déterminer une *fracture oblique du rocher gauche*, et de mobiliser la plus grande partie de cet os ; la mobilisation du rocher est telle que, lorsqu'on le saisit entre le pouce et l'index, on l'entend crépiter sous les doigts et on a la sensation qu'il suffirait d'un très faible effort pour le séparer complètement du restant de la base du crâne.

Sur la face antérieure du rocher gauche il y a encore *un petit trait de fracture secondaire* qui isole une petite portion de cet os, et aboutit à sa pointe. Le nerf moteur oculaire externe paraît intact.

Dans *l'étage postérieur gauche* il existe : 1° Une *disjonction totale de la suture occipito-mastoïdienne* ; 2° *une disjonction de la partie la plus inférieure de la suture lamboïde* ; 3° *un trait de fracture* qui, parti de la suture occipito-mastoïdienne, presque en regard du trait de fracture venu de l'étage moyen gauche, se porte obliquement de dehors en dedans, un peu d'avant en arrière et de bas en haut, dans la fosse occipitale gauche sur une étendue de 3 cent. environ ; au point où il s'arrête, la table interne de l'occipital est brisée et soulevée vers l'intérieur du crâne sur une étendue qui correspond à une pièce de 0.50 cent. environ.

En résumé, il y a eu, chez notre malade : 1° Une fracture de l'étage antérieur droit avec disjonction suturaire partielle ; 2° Une fracture de l'étage moyen droit avec enfoncement partiel de l'écaïlle du temporal et disjonction suturaire ; 3° Plusieurs fractures de l'étage moyen gauche avec disjonction suturaire ; 4° Une fracture de l'étage postérieur gauche avec disjonctions suturaires.

3° — CONSIDÉRATIONS

Les fractures multiples de la base que nous avons relatées ci-dessus ont succédé à des irradiations parties de l'écaïlle du temporel droit et de la fosse occipitale gauche. Ce sont donc des *fractures irradiées*.

La multiplicité des traits fracturaires et des disjonctions suturaires en font cependant des *fractures tout-à-fait exceptionnelles, à grand fracas*, exigeant évidemment pour se produire une violence considérable.

Ces fractures à grand fracas sont d'ordinaire fort irrégulières ; alors qu'une fissure se dessine dans un sens, une autre fissure se dessine dans un autre sens, si bien qu'on a là une série de ramifications qui, à première vue, semblent marcher et se couper un peu au hasard, après avoir mobilisé entre elles un plus ou moins grand nombre de fragments osseux dont quelques uns sont parfois énormes, témoin celui que nous avons vu exister chez notre blessé et qui était constitué par la presque totalité du rocher gauche.

On pourrait donc, dans ces cas, croire que le crâne a réagi vis à vis du traumatisme à la façon d'une « coque osseuse partout uniformément résistante » et penser, par conséquent, que les irradiations fracturaires n'ont pas obéi aux lois posées par Félizet et vérifiées par Chipault et Braquehayé. Il existe certainement des cas où il en est ainsi, mais, dans notre cas particulier nous avons l'impression très nette que la direction des irradiations a été donnée, comme dans les fractures irradiées ordinaires, par la composition architecturale du crâne. En effet, si nous faisons abstraction des disjonctions suturaires et de quelque traits de fractures secondaires, nous voyons que tous peuvent se ramener à deux traits de fracture principaux : qui sont descendus de la voûte à la base, chacun entre deux arcs-boutants voisins, l'un dans l'entre-boutant sphénoïdo-pétreux droit, l'autre dans l'entre-boutant occipito-pétreux gauche et ont ensuite cheminé à la base du crâne, dans plusieurs étages, en coupant les arcs-boutants, soit au niveau de leurs parties faibles, soit au niveau des parties faibles les rattachant à la pièce basilaire.

Le premier trait de fracture principal, le premier en date sans doute, étendu de l'étage postérieur gauche à l'étage antérieur droit, à travers l'étage moyen gauche, a dû se reproduire alors que la tête était un peu obliquement placée en occipito-frontale ; le deuxième trait de fracture principal, a dû se produire alors que la tête quittait cette position occipito-frontale peu stable et se plaçait en bi-temporal. Dans ces deux situations différentes et successives, la tête se trouvait très fortement prise entre la résistance du sol et les roues du caisson d'artillerie et le

traumatisme qui s'exerçait ainsi sur une partie de la ceinture osseuse péribasilaire a dû alors « resserrer en éventail » et fracturer, ou disjoindre par ce mécanisme la voûte orbitaire droite et quelques-uns des segments angulaires qui se disposent autour du sphénoïde et constituent la portion basilaire des entre-boutants craniens.

Il n'est pas sans intérêt de faire de nouveau remarquer que, malgré l'intensité des dégâts osseux, le cerveau ne présentait aucun foyer de contusion appréciable et que, parmi les divers organes qui s'engagent dans les orifices ou conduits osseux de la base, seuls les nerfs olfactif, auditif et facial paraissaient avoir été lésés primitivement ou secondairement.

Au point de vue clinique, n'est-il pas surprenant que de telles fractures puissent avoir, comme dans notre cas particulier, une symptomatologie immédiate aussi pauvre, et qu'il n'y ait pas eu, notamment, le moindre *shock*, la moindre *commotion cérébrale* ?

La *paralysie faciale*, chez notre malade, n'est pas apparue immédiatement ; elle n'a commencé à se montrer que 24 heures après l'accident et elle a mis 48 heures pour devenir complète. Ces cas de *paralysie faciale, plus ou moins tardive et progressive*, dans les fractures du rocher, sont certes bien connus. Mais peut-on, comme le dit Demoulin, attribuer cette paralysie faciale, lorsqu'elle survient dès le lendemain de la fracture, comme dans l'observation rapportée plus haut, « à la période secondaire qui accompagne le travail de réparation, bien imparfait du reste, qui suit les fractures du rocher. » ?

Peut-on encore penser, comme le disait récemment dans l'une de ses cliniques, M. le Professeur Jaboulay, que le facial, sectionné dans son trajet intra-pétreux, subit, du fait même de sa section, une véritable excitation de son bout périphérique qui lui permet de conserver son action d'innervation pendant un certain temps encore ? Ou n'est-il pas plus vraisemblable d'admettre qu'il s'agit, là, sans doute, assez souvent sinon toujours, d'une compression du nerf facial produite par du sang extravasé venu du foyer de la fracture ? La paralysie ne serait pas et ne pourrait pas être immédiate ; elle se constituerait au fur et à mesure que l'épanchement sanguin lui-même se

ferait, et elle deviendrait définitive et complète lorsque cet épanchement, qu'il se soit fait assez rapidement autour du nerf, ou plus lentement dans l'épaisseur de sa gaine, serait suffisant pour annihiler son action.

Cette interprétation nous paraît logique ; avant de la faire servir à l'explication de la plupart des cas de paralysie faciale, plus ou moins tardive et progressive, nous voudrions savoir s'il est établi, par l'étude des faits publiés, que les cas dans lesquels on l'observa avec ces caractères, sont plutôt ceux, où malgré l'évidence de la lésion osseuse, il n'y a pas eu d'otorrhagie du tout, ou ceux encore dans lesquels, malgré l'étendue des dégâts osseux soupçonnés cliniquement ou vérifiés à l'autopsie, l'otorrhagie a existé, mais a été peu abondante et peu persistante.

Au point de vue du *pronostic* il y aurait, on le conçoit, une distinction importante à établir entre la paralysie faciale immédiate et totale d'emblée, et la paralysie faciale, plus ou moins retardée et progressive. La première étant une lésion sans doute définitive, la deuxième étant une lésion susceptible de disparaître ou tout au moins de s'atténuer, au fur et à mesure de la résorption de l'épanchement sanguin.

Quoiqu'il en soit, notre observation établit une fois de plus *toute la valeur diagnostique* que, en l'absence d'une symptomatologie précise et riche, il faut accorder à l'*écoulement sanguin*, que cet écoulement se fasse par le nez, par la bouche ou l'oreille, à la double condition toutefois qu'il « soit abondant et persistant, et qu'il ne puisse être rapporté à aucun traumatisme local. »

4°. — TUMEUR DU CAVUM DE MECKEL. — FIBROME

L'autopsie a fait découvrir, chez notre blessé, une *tumeur de la base*, du volume d'une grosse noix, située à droite sur la partie la plus interne de la face antérieure et du bord supérieur du rocher, exactement au niveau de la fossette osseuse destinée à loger le ganglion de Gasser. Cette tumeur, comprise dans un dédoublement de la dure-mère, occupe et remplit le cavum de Meckel.

La dure-mère incisée, on constate qu'elle est de consistance assez dure, qu'elle est libre, non adhérente à la

dure-mère et sans connexion avec les organes voisins de la base. La face inférieure de l'hémisphère cérébral-droit offre une toute petite niche dans laquelle elle s'enfonce,

On voit cette tumeur abordée en arrière par le nerf trijumeau ; à sa surface les fibres de ces nerfs sont dissociées, éparpillées; de sa partie antéro-inférieure s'échappent librement les trois branches terminales du trijumeau qui paraissent absolument saines au moment où elle vont s'engager respectivement dans la fente sphénoïdale du trou grand rond et du trou ovale.

Macroscopiquement cette tumeur est formée, à la coupe, par un tissu rosé et ferme.

L'examen histologique a été fait, au laboratoire de l'Ecole du service de Santé militaire, par notre excellent camarade, M. le médecin-major répétiteur Chavigny ; il a démontré qu'il s'agissait là d'un *fibrome absolument pur* qui avait amené une dissociation parfaite des éléments nerveux du ganglion de Gasser. Dans ce fibrome on voit un très grand nombre de vaisseaux gorgés de sang et renfermant une grande quantité de leucocytes, il y a même, par places, quelques hémorrhagies dans l'épaisseur de la tumeur dont les éléments constitutifs se trouvent, de ce fait, plus ou moins dissociés; l'hyperleucocytose signalée traduit ici l'infection à laquelle a succombé le malade c'est-à-dire la méningo-encéphalite.

Cette tumeur méritait d'être signalée parce que, en outre de l'extrême rareté du siège, il est vraiment remarquable qu'elle ait pu naître et évoluer, sans amener aucune réaction dans le territoire de distribution du trijumeau et sans déterminer, du côté de l'encéphale et des organes voisins, aucun phénomène de compression. Il est raisonnable que, bien qu'il s'agisse d'une tumeur de la base, cette *tolérance parfaite* n'aurait pas été observée si, au lieu d'un fibrome, c'est-à-dire d'une tumeur essentiellement bénigne et d'évolution lente, il s'était agi d'une tumeur maligne et, par conséquent, d'évolution rapide.

14 CAS DE CHIRURGIE GASTRIQUE

Par le Dr LAGOUTTE,

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu du Creusot.

Depuis deux ans, j'ai eu quelques occasions d'intervenir chirurgicalement pour des affections de l'estomac. Les observations que je rapporte ci-après succinctement, bien qu'elles n'aient rien de bien original, me semblent pourtant, par leur ensemble, porter un enseignement. Pour ma part, je suis de plus en plus convaincu de la bénignité de cette chirurgie et des services qu'elle peut rendre aux malades, si elle est pratiquée en temps opportun.

OBS. I. — M. M..., 60 ans, malade du Dr Dubard, de Dijon. Tumeur mobile du pylore avec signe de sténose absolue. Vomissements continuels et totaux. Amaigrissement considérable. Indication opératoire portée trois mois avant et repoussée. Laparotomie, 16 avril 1899. Tumeur de volume d'une mandarine sur le pylore. Pylorctomie suivie de la fermeture des deux bouts. Gastro-entérostomie postérieure trans-méso-colique.

Suites opératoires des plus simples.

Gagne 40 livres dans les trois mois qui suivent.

Survie, 14 mois. Mort rapide en un mois par généralisation.

OBS. II. — Mme Ch..., 52 ans, à Décizes.

Tumeur mobile du pylore. Sténose à peu près complète. Alimentation pénible, seulement avec des liquides. Vomissements quotidiens. Amaigrissement rapide. Laparotomie, 24 janvier 1901.

Pyloréctomie et gastro-entérostomie postérieure.

Quitte l'Hôtel-Dieu le 20 février. Alimentation parfaite mais toujours pas d'appétit et mauvais teint.

En juillet 1901, nous envoie d'excellentes nouvelles et dit se très bien porter.

Mort de généralisation, douze mois après l'opération.

OBS. III. — M. G..., de Dijon, 38 ans.

Sténose cicatricielle du pylore. Ancien ulcère avec douleurs. Hématémèses, etc.

Estomac énorme. Vomissements journaliers et absolus.

Laparotomie, 15 mai 1899. Vérification du diagnostic. Gastro-entérostomie postérieure.

Excellent état actuel.

OBS. IV. — P..., Ch., 49 ans de Saint-Laurent d'Andenay.

Observation analogue à la précédente. Ulcère ancien. Sténose du pylore. Dilatation, vomissements quotidiens.

Laparotomie, 4 janvier 1900. Cicatrice pylorique.

Gastro-entérostomie postérieure.

Suites excellentes; engraisse rapidement. Reste pendant un an comme jardinier à l'Hôtel-Dieu du Creusot.

Excellent état actuel.

OBS. V. — C..., Marie, 56 ans, du Creusot.

Sténose pylorique d'origine néoplasique.

Laparotomie, 11 juin 1900.

A eu, à deux reprises, trois semaines après l'intervention, des troubles digestifs avec vomissements abondants qui nous ont fait craindre le *circulus viciosus*.

Ces accidents ont disparu et, depuis, la malade s'est bien portée jusqu'en juillet 1901.

Réapparition des symptômes de sténose. Enorme masse perceptible à travers la paroi.

Mort le 21 septembre 1901. Quinze mois de survie.

OBS. VI. — P... Guy, 47 ans, du Creusot.

Signes cliniques nets d'un néoplasme du pylore. Amaigrissement extrême. Alimentation devenue impossible même pour les liquides. Laparotomie, 25 janvier 1900.

Cancer du pylore. Tumeur fixe et étendue.

Gastro-entérostomie postérieure.

Le malade reprend son alimentation, engraisse, peut retourner travailler à l'usine.

Mort, 15 avril 1901. Survie, 14 mois.

Autopsie. — Généralisation à tout l'abdomen, foie, pancréas, etc.

Enorme bourgeon cancéreux, saillant dans l'estomac et obstruant le pylore. Bouche artificielle intacte de la largeur d'une pièce de un franc, à un cent. de la région envahie.

OBS. VII. — B... Lazare, 48 ans, du Creusot.

Symptômes d'un néoplasme de l'estomac avec amaigrissement considérable, douleurs intenses, surtout pendant la période digestive. Vomissements assez fréquents, mais pas quotidiens.

Laparotomie, 4 décembre 1900.

Cancer du pylore adhérent et très étendu.

Gastro-entérostomie postérieure.

De suite, amélioration marquée. Alimentation facile, disparition des douleurs. Le malade peut reprendre son travail à l'usine et le continuer encore actuellement.

OBS. VIII. — G... Pierre, 63 ans, du Creusot.

Malade amené à l'Hôtel-Dieu au dernier degré de la cachexie et de l'amaigrissement. Vomissements continus et absolus. Les liquides mêmes sont rejetés. Le malade ne pèse pas 40 kil., meurt de soif. Langue sèche et rôtie. Gastro-entérostomie d'urgence, le 17 décembre 1900.

Meurt dix-sept jours après, sans présenter de symptômes de péritonite. L'alimentation était possible; pas de vomissements. Mais le malade, trop bas, n'a pas pu se relever.

OBS. IX. — D... Emilande, 44 ans, du Creusot.

Symptômes de cancer de l'estomac. Amaigrissement considérable. Vomissements et surtout douleurs.

Laparotomie, 28 mars 1901.

Cancer du pylore étendu à une grande partie de la face antérieure. Envahissement du côlon.

Gastro-entérostomie postérieure.

Soulagement immédiat. Alimentation plus facile.

Encore vivante actuellement, mais en voie de généralisation cancéreuse.

OBS. X. — Ch..., Charles, 57 ans, du Creusot.

Cancer de l'estomac à marche rapide. Cachexie.

Douleurs, mais peu de vomissements. Alimentation seulement avec des liquides.

Laparotomie, 14 mai 1901.

Grosse tumeur pylorique adhérente et étendue.

Gastro-entérostomie postérieure.

Quitte l'Hôtel-Dieu, le 10 mai, avec moins de douleurs, mais avec une cachexie qui fait de rapides progrès.

Mort un mois après.

OBS. XI. — C..., Amable, 48 ans.

Cancer étendu. Laparotomie, 27 juin 1900, simplement exploratrice.

Quitte l'Hôtel-Dieu un mois après.

OBS. XII. — L..., Etienne, du Creusot, 40 ans.

Cancer étendu. Laparotomie simplement exploratrice, 20 juin 1901.

OBS. XIII. — G..., Germain, 56 ans, du Creusot.

Cancer du cardia et pôle postérieur.

Laparotomie simplement exploratrice, 29 juin 1901.

OBS. XIV. — D..., 45 ans. Sténose pylorique d'origine néoplasique. Vomissements totaux. Amaigrissement extrême. Poids: 40 kilos.

Gastro-entérostomie postérieure, le 30 novembre 1901.

Broncho-pneumonie. Guérison.

Actuellement, le poids est de 48 kil., l'état général excellent.

* * *

En laissant de côté les trois laparotomies exploratrices, il reste dix observations, deux pylorectomies et huit gastro-entéro-anastomoses sans un seul décès opératoire.

Les suites immédiates ont toujours été des plus simples, souvent sans aucune élévation de température, quelquefois avec : 38 ou 38,5 dans les premiers jours, sans qu'il y ait jamais eu aucune réaction péritonéale. Cette légère et passagère élévation de température me semble due à l'infection de la plaie stomacho-intestinale par les liquides de l'estomac. Malgré leur fréquence, souvent signalée, je n'ai jamais eu d'accidents pulmonaires graves.

Au point de vue opératoire, j'ai eu toujours recours, pour les gastro-entérostomies, à la voie postérieure trans-méso-colique. La méthode en Y, de Roux, me semble peut-être plus satisfaisante théoriquement, mais elle est certainement plus complexe. Dès lors, pourquoi y recourir, puisque la simple anastomose postérieure donne toute satisfaction au point de vue fonctionnel ?

Pour ce qui est des pylorectomies, j'ai eu recours, dans les deux cas, à la méthode de Billroth (2^e manière), fermeture des deux bouts et gastro-entérostomie postérieure secondaire.

Je ne nie pas la possibilité de la pylorectomie typique ou de l'abouchement du duodénum en arrière de la ligne des sutures, suivant le procédé de Kocher. Mais je crois qu'en pareille matière, une des premières conditions de réussite est qu'il n'y ait aucun tiraillement sur les sutures, ce qui arrive fatalement avec ces derniers procédés, surtout quand la lésion nécessite un sacrifice étendu. En un mot, je crois que ces procédés ne sont pas applicables dans tous les cas, tandis que la pylorectomie, avec fermeture des deux bouts et gastro-entérostomie secondaire, est une méthode générale bien réglée et applicable dans tous les cas.

Peu de choses à signaler au point de vue de la technique. Un seul aide — jamais de bouton anastomotique, toujours des sutures à la soie fine — jamais de clamp coprostatique, du moins pour la gastro-entérostomie.

Au point de vue des résultats fonctionnels, j'ai toujours eu toute satisfaction et n'ai jamais observé d'accidents de *circulus viciosus*.

Les observations sont encore en trop petit nombre, ou trop récentes, pour que je puisse donner une appréciation des résultats éloignés. Ces malades bénéficient tous de l'opération, soit au point de vue de l'alimentation, soit au point de vue des douleurs. Quand il s'agit de sténose cicatricielle, bien entendu, l'opération est curative.

Reste la question de savoir si, en présence d'un cancer encore limité et mobile, il est préférable de tenter l'opération radicale ou de s'en tenir à l'opération palliative. Bien que la pylorectomie soit certainement plus complexe, les deux cas que j'ai rapportés plus haut se sont passés avec une telle simplicité qu'il me semble que l'opération doit être tentée toutes les fois que l'état du malade n'est pas trop précaire et que la tumeur est suffisamment mobile.

Les Secrétaires : Dr VILLARD.

Dr SIRAUD.

Le Secrétaire Général : Dr VALLAS.

TABLE DES MATIÈRES

Table alphabétique par noms d'auteurs des Travaux de la Société pendant l'année 1901-1902

ALBERTIN. Rétrécissement œsophagien à la suite de l'ingestion de lessive de soude caustique	51
— Traitement de la tuberculose du genou par l'arthrectomie.....	53
Discussion : Nové-Josserand, Ruotte, Fochier, Vallas, Albertin.....	53
— Tuberculome synovial du genou. Synovectomie partielle.....	74
Discussion : Fochier, Jaboulay, Chandelux, Gayet, Albertin.....	74
— Fracture de l'astragale.....	182
Discussion : Gangolphe, Fochier, Vallas, Rollet, Albertin,.....	182
— Tumeur amygdalienne enlevée par voie externe	191
Discussion : Jaboulay, Vallas, Albertin.....	191
— Résection du maxillaire inférieur.....	261
— Cancer du pénis avec chaîne lymphatique...	287
Discussion : Horand, Rochet, Fochier, Chandelux, Albertin.....	287
— Cicatrice vicieuse de l'aisselle.....	315
Discussion : Vallas, Tixier.....	315
— Fractures de l'extrémité inférieure du fémur.	127
BATTUT. Ostéome des cavaliers.....	8
— Trois cas d'actinomyose.....	41

BÉRARD. Pincement latéral à symptômes latents	41
— Phlegmon. Fistule stercorale. Entérectomie. Guérison.....	22
Discussion : Chandelux, Jaboulay, Vallas, Tixier, Bérard.....	22
— Occlusion intestinale. Complication éloignée d'une Appendicite.....	108
— Fracture de la colonne vertébrale, Laminec- tomie.....	121
— Trochanterite tuberculeuse. Evidement. Gué- rison. Redressement du col fémoral.....	155
Discussion : Jaboulay, Bérard	158
— Pseudarthrose. Suture osseuse.....	194
Discussion : Vincent, Bérard.....	195
— Volumineuse hernie ombilicale	195
Discussion : Villard, Durand, Vallas, Bérard	195
— De l'arthrectomie dans la tuberculose du genou. Troubles de croissance.....	262
Discussion : Tixier, Jaboulay, Vallas, Alber- tin.....	262
— Sur l'hématocèle pelvienne.....	282
Discussion : Fochier, Chandelux, Bérard....	282
— Occlusion intestinale par coudure de l'angle gauche du côlon	302
CHANDELUX. Rein droit lithiasique avec lésions commençantes à gauche. Néphrectomie. Guérison.....	
— Phlegmon d'origine biliaire. Intervention. Fis- tule alimentaire. Guérison.....	
Discussion : Jaboulay, Villard, Battut, Tixier, Chandelux	
— Hémato-salpynx suppuré avec torsion du pédicule	300
CONDAMIN. Fibrome utérin avec hémorragies abondantes. Ligature des utérines. Hystérec- tomie abdominale totale ultérieure.....	13
Discussion : Gouilloud, Jaboulay, Fochier, Vincent, Condamin.....	13
— Grossesse extra-utérine datant de 8 ans. Ablat- tion du kyste	115

CORDIER. Les injections gazeuses interstitielles..	185
Discussion : Rochet, Vallas, Vincent, Cordier	185
DEBRIE. Fracture de la rotule. Suture des ailerons. Guérison	
DESTOT. Fracture de la colonne vertébrale. Para- plégie guérie par la suspension.....	112
— Diagnostic des lésions du tarse postérieur....	145
Discussion : Battut, Vallas.....	145
— Fracture de l'arrière pied.....	163 164
Discussion : Vallas, Ruotte	163 164
DURAND. Rapport de candidature.....	126
— Calculs salivaires intra-glandulaires.....	188
— Fibrome utérin tordu sur son pédicule. Hysté- rectomie.....	277
Discussion : Chandelux, Vincent, Bérard, Durand	277
— Rapport de candidature.....	321
FOCHIER. Allocution en quittant la présidence..	1
— Squelette d'achondroplasique.....	78
— Kystes multiples du mésentère.....	189
Discussion : Vallas, Condamin, Jaboulay....	189
GANGOLPHE. Coxa valga.....	117
Discussion : Vallas, Gangolphe.....	117
— Goitre suffocant. Isolement et luxation du goi- tre. Trachéotomie. Guérison.....	200
— Pleurésie purulente ancienne. Résection de côte. La décortication du poumon.....	201
Discussion : Nové-Josserand, Vincent, Gouil- loud, Siraud.....	201
— Présentation de malades.....	205
GAYET. Discours d'installation à la présidence..	3
— Ancienne fracture du nez.....	29
Discussion : Martin, Gayet.....	29
— Blessure du nerf optique par une bûche de paille.....	40
Tumeur de l'orbite.....	137
Discussion : Jaboulay, Gayet.....	142
— Restauration de la face.....	258
Discussion : Martin.....	258

GAYET . Opacité cornéenne par emploi de sublimé	314
Discussion : Vallas, Horand, Aubert, Gayet..	314
GAYET (Georges) . Cancer de l'utérus. Hystérectomie vaginale. Récidive kystique.....	205
— Luxation pathologique de la hanche. Reposition sanglante	235
Discussion : Gouilloud, Vincent, Fochier, Jaboulay, Albertin, Gayet.....	235
GÉRAUD . Appendicite fantôme. Appendicectomie. Guérison.....	57
— Appendicite avec étranglement du cœcum....	57
Discussion : Rigal, Chandelux, Villard, Durand	57
— Crises appendiculaires dues à des lombrics...	57
GOUILLOUD . Névralgies du trijumeau. Névrotomie	181
Discussion : Gangolphe, Tixier, Gouilloud...	181
— Deux entérectomies pour tumeur du cœcum..	246
— Amputation totale du rectum par la voie abdomino-périnéale.....	254
Discussion : Bérard, Villard, Gouilloud.....	254
— Hémato-salpynx gravidique simulant l'hématocèle par rupture de grossesse tubaire...	307
JABOULAY . Névromes multiples.....	4
Discussion : Rigal, Albertin, Chandelux, Horand, Géraud	4
Discussion : Fochier, Chandelux, Villard, Jaboulay	4
— Anévrysme artérioro-veineux de la tibiale antérieure. Extirpation.....	4
— Traumatisme du pied traité par le Wladimirof-Mikulicz.....	27
Discussion : Vallas, Albertin, Chandelux Jaboulay.....	27
— Tarsectomie totale.....	39
— La température dans l'appendicite.....	78
Discussion : Villard.....	78
— Luxation du semi-lunaire sur la face antérieure du poignet.....	86
Discussion : Albertin, Gouilloud.....	99
— Luxation paralytique iliaque et luxation congénitale de la hanche.....	118

Discussion : Vallas, Nové-Josserand, Jaboulay	118
JABOULAY . Grenouillette et calculs salivaires...	119
— Traitement alimentaire de la fistule biliaire..	140
Discussion : Gayet, Vallas, Tixier, Jaboulay.	187
— Injections d'air dans le tissu prévertébral.	
Prostatectomie périnéale.....	221
Discussion : Rochet, Villard, Vallas, Vincent	221
LAGOUTTE . Calcul salivaire énorme à siège intra-	
glandulaire	127
Discussion : Villard, Rollet, Vallas.....	127
— Collections pelviennes abordées par la périnéo-	
tomie.....	143
— Hernie rétropéritonéale de l'extrémité supé-	
rieure du jejunum.....	243
— Hernie inguinale étranglée. Réduction en	
masse	316
— Enorme tumeur. Kyste de l'ovaire et fibrome	
utérin. Guérison.....	416
MARTIN . Traitement des fistules vélo-palatines.	
Méthode de Brophy.....	268 et 276
Discussion : Nové-Josserand, Fochier, Martin	276
NOVÉ-JOSSERAND . Variété particulière d'ostéo-	
arthrite chez les enfants.....	99
Discussion : Fochier, Albertin, Jaboulay, Nové-	
Josserand.....	99
— Autopsie d'une luxation congénitale non trai-	
tée. Rôle du bourrelet cotyloïdien.....	175
— Luxation pathologique de la hanche simulant	
une luxation congénitale.....	233
Discussion : Fochier, Nové-Josserand.....	233
POLLOSSON (A) . Kyste hydatique du rein. Lapara-	
tomie médiane.	
Discussion : Claudot Guillaud.	
— Grossesse extra-utérine coexistant avec une	
grossesse utérine.....	188
ROCHET . Hypertrophie prostatique à développe-	
ment vésical.....	162
— La prostatectomie périnéale dans l'hypertro-	
phie protastique.....	211

ROCHET. Hydronéphrose due à un cancer du rectum. Noyau cancéreux englobant l'uretère.	
RUOTTE. Opération de Delorme.....	217
Discussion: Vincent, Ruotte.....	217
— Pseudarthrose de la jambe.....	238
Discussion: Albertin Vallas.....	238
— Dislocation du carpe.....	
SIRAUD. Rapport sur une candidature.....	322
TIXIER. De la fissure à l'anus chez le nourrisson.	66
Discussion: Fochier.....	66
— Tumeur de l'intestin grêle. Entérectomie.....	296
— Rapport sur une candidature.....	322
— Ostéomyélite aiguë de l'omoplate chez un homme de 48 ans.....	323
Discussion: Nové-Josserand, Vallas, Albertin Durand, Tixier.....	323
VALLAS. Résection extra-périostée de l'épaule.	
Impotence fonctionnelle absolue.....	6
Discussion: Jaboulay, Fochier, Vincent, Vallas	
— Suspension omo-cléido humérale.....	188
— Fracture de la rotule. Suture des ailerons....	224
— Fracture des deux astragales. Astragalectomie double.....	230 328
Discussion: Tixier, Vallas Destot.....	328
— Ablation de la langue du plancher buccal et du maxillaire inférieur.....	26.
— Diverticule de Meckel dans un sac herniaire..	274
Discussion: Jaboulay, Durand, Fochier.....	
— Pied-bot. Opération de Phelps.....	
Discussion: Albertin, Jaboulay, Vallas.....	
VIALLE. Contusion thoracique. Mort.....	266
— Fracture de la base du crâne. Paralysie faciale tardive.....	285
Discussion: Bérard, Chandelux.....	285
VILLARD. Traitement de la rétroversion utérine par le raccourcissement des ligaments ronds noués au devant des muscles droits.....	78
Discussion: Fochier, Guillaud, Vincent, Condamin, Villard, Condamin.....	99

VILLARD. Recherche, et traitement des fistules biliaires post-opératoires.....	153
— Ostéite du tibia.....	213 242
Discussion : Fochier, Horand Bérard, Villard.....	
VINCENT. Arrêt de croissance très considérable de l'humérus chez un enfant à la suite d'un traumatisme de l'épaule pouvant remonter à la naissance.....	10
Dicussion : Fochier, Jaboulay, Nové-Josserand, Vincent.....	10
— Broiement de l'artère fémorale droite dans le triangle de Scarpa.....	329
Discussion : Tixier, Albertin, Vincent.....	

Mémoires présentés à la Société de Chirurgie

M. DESTOT. Fracture du cubitus et luxation du radius.....	335
M. ECOT. Contribution à l'étude des corps étrangers de la partie inférieure du pharynx	345
M. VIALLE. Fracture du crâne. Méningo-encéphalite. Tumeur volumineuse du cavum de Meckel restée latente pendant la vie.....	351
LAGOUTTE. 14 cas de chirurgie gastrique.....	363

Table alphabétique par noms d'auteurs des Tra-
vanx de la Société pendant novembre-décem-
bre 1902.

ALBERTIN. Fracture de l'astragale.....	37
Discussion : Destot.....	37
— Quelques cas d'arthrectomie du genou pour tuberculose.....	44
BÉRARD. Ancien kyste de l'ovaire et tumeurs cuta- nées multiples.....	15
Discussion : Aubert, Vincent, Bérard.....	15
— Traumatisme de l'arrière-pied.....	46
Discussion : Vallas.....	46
CONDAMIN. Fracture de l'astragale.....	7
Discussion : Vallas, Jaboulay, Destot, Albertin	7
DESTOT. Fracture de l'astragale.....	7
Discussion : Vallas, Jaboulay, Albertin, Des- tot.....	7
— Fracture de l'astragale.....	22
Discussion : Jaboulay, Albertin.....	22
— Fracture du scaphoïde du carpe.....	69
Discussion : Vincent, Destot, Jaboulay.....	69
GAYET. Eloge du professeur Laroyenne.....	1
GAYET fils et TAVERNIER. Thrombose des vaisseaux mésentériques.....	64
Discussion : Condamin, Jaboulay, Vialle, Gouilloud, Villard.....	64
GOUILLOUD. De l'entéro-ano-gastrostomie.....	49
JABOULAY. Thrombose de la veine cave infé- rieure.....	62
— Récidive d'une tumeur du maxillaire supé- rieur.....	63 et 66
Discussion : Vincent, Claudot, Bérard, Jabou- lay.....	66

LAGOUTTE. Obstruction intestinale par corps étrangers. Entérotomie. Entérectomie. Guérison.....	31
NOVÉ-JOSSERAND. Rétraction des muscles de l'avant-bras consécutive à la constriction exagérée produite par un appareil à fracture. Discussion : Vallas, Durand, Martin, Fochier, Jossierand.....	
— La méthode de Lorenz dans la luxation congénitale de la hanche. Résultats éloignés..	44
POLLOSSON (M). Traumatisme du pied.....	55
Discussion : Destot, Durand, Vallas.....	55
VALLAS. Traitement des rétractions cicatricielles	40
— Fracture sus-condylienne du fémur.....	21
Discussion : Jaboulay, Destot, Albertin, Vallas	21
— Fracture de la rotule. Suture des ailerons.....	52
Discussion : Albertin.....	52
VILLARD. Fracture de l'astragale. Ablation de cet os.....	50
Discussion : Vallas, Bérard, Destot.....	50
VIALLE. Variété rare de la hernie épigastrique. Sténose de la vésicule biliaire.....	27
Discussion : Vallas, Guilloud, Claudot.....	27
— Ostéome du brachial antérieur.....	53
Discussion : Destot, Vialle, Vincent.....	53

