

100-10



137695

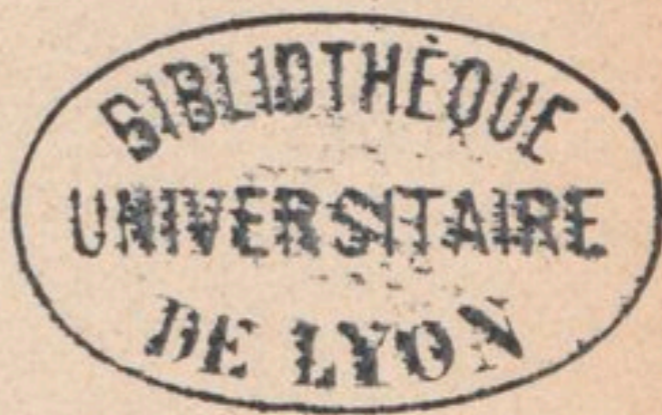
BULLETIN *et mens.*

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE
DE LYON

Année 1902-1903

Tome VI, 1^{er} Fascicule
NOVEMBRE-DÉCEMBRE
1902



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & Cie

Anc^{ie} Maison A. WALTENER

14, rue Bellecordière, 14

—
1902

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE LYON

1902-1903



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 6 novembre 1902.

MORT DU PROFESSEUR LAROYENNE

M. Gayet.— Mes chers collègues,

En ouvrant cette séance de rentrée, j'ai le regret d'avoir à vous parler de la perte douloureuse que nous avons faite en la personne du docteur Laroyenne, professeur-adjoint à la Faculté de Médecine, et [membre fondateur de la Société de Chirurgie de Lyon.

Je tiens d'autant plus à me faire, ici, l'interprète de vos regrets, que le désarroi qui se produit si souvent dans nos rapports réciproques pendant les vacances, m'a empêché de porter à notre ami défunt, et au bord même de sa tombe, l'expression de nos sentiments.

C'est là que des voix autorisées ont rappelé, en termes dignes d'eux, les services rendus par Laroyenne à la branche des sciences médicales, qu'il s'était spécialement choisie. C'est là, qu'une dernière fois, elles nous ont rappelé qu'il s'était placé à la tête de ce qu'on a appelé l'Ecole gynécologique lyonnaise.

On a dit aussi aux amis entourant son cercueil ce qu'il fut comme savant, comme professeur et comme praticien. Il m'appartient, à moi plus qu'à d'autres peut-être, de vous rappeler les qualités du cœur et de l'esprit de celui que j'ai connu au seuil de la carrière, que j'ai côtoyé dans toutes les phases de son existence, depuis les modestes concours de l'externat jusqu'à l'enseignement de l'Université. Jamais ne se sont démenties, chez lui, les qualités primordiales que nous lui avons connues. D'abord, un bon sens impeccable qui, au lieu de revêtir une forme paisible et quelquefois terne dont il se platt souvent à se voiler, éclatait chez Laroyenne en sorties pittoresques, souvent éloquentes, mais toujours contenues par une gaieté aimable et une bienveillance naturelle.

Il possédait aussi, au plus haut degré, l'envie de savoir et la façon, à la fois curieuse et insistante, avec laquelle il interrogeait, provoquait, chez ses interlocuteurs, le désir de communiquer avec un esprit aussi ouvert.

C'est avec ces deux qualités que se forma son esprit sûr de lui-même, et une pratique à la fois ferme et prudente, toujours à la hauteur d'une science qui se développait et à laquelle il apporta quelques-uns de ses succès les plus positifs.

Lorsque la Société de Chirurgie fut fondée, notre collègue entra sans peine dans le mouvement qui l'avait créée. Il lui apporta son tribut, sous la forme d'un mémoire sur le traitement opératoire des hémorroïdes, où il rappelait l'attention sur des méthodes qu'il tenait des maîtres qui nous ont précédés, payant ainsi à leur mémoire le juste prix des leçons qu'il en avait reçues.

Malheureusement, ce fut là le seul acte de sa collaboration ; bien vite, sans que ses forces morales et intellectuelles fussent touchées, ses forces physiques l'abandonnèrent. Le soin de sa santé l'écarta de nos séances et, brusquement, la mort nous enleva ce collègue si digne de notre affection et de nos respects, ce collègue dans la vie duquel la critique la plus sévère ne trouverait rien qui ne fût marqué au coin de la plus haute dignité scientifique et professionnelle.

**RÉTRACTION DES MUSCLES DE L'AVANT-BRAS, CONSÉCUTIVE
A LA CONSTRICTION EXAGÉRÉE PRODUITE PAR UN APPA-
REIL A FRACTURE.**

M. Nové-Josserand présente une fillette qui, il y a environ six semaines, s'étant fracturé l'avant-bras, fut immobilisée dans un appareil composé de deux planchettes reliées par une corde. Au bout de deux jours, devant une forte tuméfaction de la main, avec menace de gangrène, ce bandage dut être enlevé ; la constriction avait été telle qu'il s'était fait, tout autour de l'avant-bras, une série d'escharres dont on voit encore la trace.

Le membre fut alors simplement placé sur une attelle et la fracture se consolida, mais il est resté une impotence absolue de la main et des doigts.

Actuellement, l'avant-bras ne présente plus de traces de la fracture, mais la main est complètement immobile. Elle fait une griffe, résultant de l'extension des premières phalanges et de la flexion des deux dernières, mais on se convainc bien vite que cette griffe n'est pas la conséquence d'une lésion nerveuse.

Si, en effet, on cherche à mouvoir les doigts, on voit que, dans la position normale du poignet, l'extension des doigts est impossible, tandis qu'elle s'obtient presque complète lorsqu'on a préalablement fléchi le poignet, relâchant ainsi au maximum les tendons fléchisseurs rétractés. Il en est de même pour le mouvement opposé : la flexion des doigts, presque complète lorsque le poignet est étendu, se limite, lorsque la flexion du poignet diminue d'autant la longueur des tendons extenseurs.

Aucun mouvement volontaire n'est possible.

La sensibilité est diminuée progressivement, en allant de la main vers les doigts, pour devenir presque nulle à l'extrémité des doigts, et cela également pour tous les doigts, et aussi bien à la face dorsale qu'à la face palmaire.

Pas de troubles trophiques autres qu'une atrophie assez sensible de la main.

Sur l'avant-bras on retrouve la trace des escharres, et

on sent qu'au dessous d'elles tous les tissus mous sont dans une induration qui s'étend, sur la face palmaire, presque jusqu'au poignet.

La radiographie montre qu'il y a eu une fracture en bois vert de la partie moyenne des deux os; la consolidation est complète, sans hyperostose et en bonne position

Il ne s'arrêtera pas à discuter longuement l'hypothèse d'une lésion nerveuse. La diffusion des lésions, leur répartition égale sur toutes les parties de la main, le fait que les extenseurs paraissent atteints aussi bien que les fléchisseurs, enfin, et surtout, la considération, que les seules lésions qu'on puisse incriminer ont porté sur l'avant-bras à la partie moyenne, c'est-à-dire, bien au-dessous de l'origine des nerfs qui se rendent aux muscles atteints, suffisent à écarter le diagnostic de lésion nerveuse.

Tout concorde, au contraire, à faire admettre, qu'il s'agit, là, de la lésion décrite, par Volkmann, sous le nom de contracture ischémique, et qui consiste essentiellement en une dégénérescence rapide des fibres musculaires soumises à une constriction excessive.

Ce cas est le troisième observé par M. Nové-Josserand. Dans le premier, il s'agissait d'une fracture du radius au tiers supérieur, vicieusement consolidée. La main était en griffe, et les mêmes symptômes que ceux décrits précédemment démontraient l'adhérence du tendon fléchisseur. L'observation ne mentionnait pas, d'une façon précise, la circonstance d'une constriction exagérée par un appareil à fracture. Dans la pensée que le trouble moteur pouvait être dû à une adhérence des tendons au squelette vicieusement consolidé, on fit une intervention qui permit de reconnaître que cette adhérence n'existait pas, et que la rétraction des fléchisseurs se poursuivait sur toute leur hauteur et était assez forte pour résister à tous les efforts tentés pendant l'anesthésie.

Dans le second, la lésion était due également à un appareil de fracture trop serré. La main présentait la griffe caractéristique; dans ce cas, comme dans le précédent, les mouvements actifs étaient conservés dans la limite permise par la dimension des tendons, et il n'y

avait pas de troubles nerveux et les muscles fléchisseurs paraissent seuls avoir été atteints

Le cas qu'il présente aujourd'hui paraît donc être sensiblement plus grave, puisque les extenseurs ont été également frappés et qu'il y a une diminution de la sensibilité due, vraisemblablement, à la compression des nerfs par la masse cicatricielle qui occupe l'avant-bras.

Le pronostic de cette lésion paraît être des plus graves. Les massages et les essais de mobilisation ne donnent rien, et il n'y a aucune tendance à l'amélioration spontanée après quelques mois.

M. Vallas a vu un cas semblable présenté, il y a deux ans, à la Société. Il s'agissait d'un jeune homme de 20 ans dont la main était en griffe; il était impossible de redresser les quatre derniers doigts; en fléchissant fortement le poignet, on obtenait à grand peine l'extension des doigts. Il n'y avait pas de lésions des muscles extenseurs des nerfs. Seuls, les fléchisseurs offraient une déformation caractéristique.

Littlewood, dans un article récent, a décrit ces déformations et fait allusion à la théorie de Volkmann; ces cas s'observent, en général, à la suite des fractures de l'avant-bras. Le malade de M. Vallas n'avait pas eu de fracture, mais une ostéomyélite du cubitus, à 6 ans, avec abcès intra-osseux qui avait nécessité la trépanation de l'os. Au niveau de la cicatrice osseuse il y avait fusion complète de la peau, des muscles et de l'os; de là partait le travail dégénératif des muscles fléchisseurs de l'avant-bras.

On a préconisé une foule de traitements, plus ou moins pratiques, pour de telles lésions: raccourcissement du squelette pour allonger les tendons, dédoublement de ceux-ci. M. Vallas se contenta d'inciser la cicatrice et de la détacher du périoste; on put alors redresser les doigts; les muscles fléchisseurs étaient cicatriciels.

Dans le cas de M. Nové-Josserand les adhérences doivent être profondes au niveau du cal; elles doivent lier les masses musculaires à l'os et au périoste. Pourra-t-on obtenir le redressement des doigts?

M. Durand. — J'ai eu l'occasion d'observer un petit malade porteur d'une lésion analogue à celle de la malade de M. Nové-Josserand, mais au membre inférieur.

Il s'agissait d'un petit garçon qui s'était fait une fracture du tiers inférieur de la diaphyse fémorale. On avait appliqué un appareil d'extension continue, constitué par un gros tube de caoutchouc attaché au pied du lit à un de ses bouts et faisant un circulaire autour du mollet. Ce fait ne fut cependant pas très bien établi. Il y eut sphacèle de la peau du mollet, pénétration du lien constricteur dans la masse musculaire dont une partie se sphacéla, de sorte qu'il en résulta une véritable perte de substance.

La rétraction cicatricielle qui s'opéra amena le pied en varus et légèrement en équin. Au mollet il y avait un véritable coup de hache mettant nettement en lumière la destruction musculaire. On tenta de redresser le pied par des tractions continues, mais les parents emmenèrent prématurément l'enfant.

M. Martin conseille d'exercer la traction élastique. Il se propose de montrer des moulages destinés à faire voir les résultats obtenus par ce traitement.

M. Fochier considère qu'il est difficile de faire un diagnostic exact de la dégénérescence musculaire; à la suite des fractures on observe de l'inflammation musculaire diffuse, sans lésions dégénératives. Le pronostic lui semble moins grave et il espère qu'après deux ou trois mois de traitement orthopédique on serait seulement en droit d'intervenir.

M. Vallas estime qu'il y a non inflammation, mais perte de substance musculaire par suppuration et par gangrène; le pronostic est donc très réservé; néanmoins il espère une amélioration; il a vu un cas traité, par M. Martin, dans lequel les tractions élastiques ont donné un succès remarquable.

M. Nové-Josserand insiste sur la différence des lésions dans son cas personnel et ceux de MM. Vallas et Durand; dans le sien les lésions sont diffuses, dans les autres elles sont locales. Il y a des fractures de l'avant-bras avec troubles moteurs, rétraction musculaire, mais la disparition des symptômes est rapide. Ici, rien de semblable. Il essayera les tractions élastiques.

FRACTURE DE L'ASTRAGALE

M. Destot présente la radiographie d'un homme de 54 ans qui fut projeté, il y a 11 mois, hors de sa voiture. Il se cassa la jambe au tiers inférieur.

La consolidation se fit bien, quoique les deux os fassent un angle légèrement ouvert en avant, ce qui donne un pied légèrement talus. Malheureusement, depuis cette époque, malgré cette consolidation, le malade ne peut pas marcher facilement et accuse des douleurs. La radiographie permet de reconnaître une fracture de l'astragale portant sur la partie postérieure et inférieure du corps de l'os, où l'on voit que le calcanéum est entré, comme un coin, par l'extrémité de la partie postérieure et supérieure. La courbure articulaire de l'astragale est à peu près intacte; on y découvre, cependant, à la partie postérieure, une légère saillie qui paraît se continuer dans l'intérieur de l'os, par un trait noir qui interrompt la trabéculatation.

L'examen clinique de ce malade permet de trouver une altération caractéristique de l'astragale. On sait que, pour tâter le pouls à l'astragale, si on ose risquer une telle comparaison, le meilleur moyen est de saisir cet os par un doigt insinué en avant et en haut de la malléole externe, tandis que l'autre doigt passe en avant de la malléole interne. En imprimant au pied des mouvements de flexion et d'extension, on sent le corps de l'os qui se déplace sous les doigts et l'on peut ainsi juger de ces altérations. Celles-ci sont surtout marquées dans le sinus situé en avant de la malléole externe et dans lequel, normalement, on peut plonger le doigt.

Chez le blessé observé, au lieu de pouvoir enfoncer le doigt entre le pied et la malléole, on est arrêté par une saillie qui remplit la concavité normale et, d'autre part, les mouvements de flexion et d'extension sont limités. En prenant le talon à pleine main et en fixant la jambe, on détermine des craquements dans la sous-astagalienne. Les signes cliniques confirment donc l'examen radiographique. Cette observation est intéressante, en raison même des difficultés de diagnostic, et au point de vue du pronostic qui doit être réservé.

L'âge du malade ne permet guère de songer à la seule intervention qui soit ici indiquée : la résection de l'astragale, qui eût dû être faite d'emblée. D'autre part, si on examine les résultats éloignés des fractures de l'astragale non traitées, on voit qu'elles sont interminables, qu'elles s'accompagnent presque toujours d'impotence fonctionnelle et que, lorsque les malades même arrivent à marcher, ce n'est pas sans être affectés de douleurs violentes qui les font entrer dans les services de médecine sous le nom de rhumatisme, car, la plupart du temps, ces fractures ont été méconnues.

M. Vallas demande comment on peut distinguer les troubles dus à la fracture de la jambe et à celle de l'astragale; il est d'avis d'enlever l'astragale, si les troubles fonctionnels sont dûs à cet os.

M. Jaboulay reconnaît, sur la radiographie, une fracture de Shepherd; on croirait que la gouttière du long fléchisseur propre du gros orteil (laquelle se développe par un point osseux spécial) a été décollée.

M. Destot.—La fracture de Shepherd ne concorde pas avec les lésions observées : l'encoche osseuse est très en arrière de l'os trigone; la gouttière du tendon est très en arrière.

M. Albertin fait remarquer la longueur de guérison des fractures de l'astragale et la gravité des troubles fonctionnels consécutifs; l'ablation des fragments ou de l'os sur certains malades les a améliorés ou guéris.

Les fractures du calcanéum, moins graves, guérissent d'autant mieux que l'os est plus tassé, plus écrasé.

Dans un cas de fracture de l'astragale, observé chez un alcoolique réduit à l'impossibilité de marcher, il a fait une amputation du pied par le procédé Syme-Ollier.

M. Destot. — Les fractures anciennes de l'astragale, qu'on peut voir plutôt en médecine, ont pour conséquence de souder le calcanéum, l'astragale et le pilon tibio-péronier en un bloc unique. En se basant sur ces constatations, on peut arriver à conclure à la nécessité d'une intervention hâtive.

Il fait des réserves sur la formule de M. Albertin (plus

le calcanéum est écrasé, plus le pronostic est favorable); dans certaines fractures partielles du calcanéum le pronostic est assez grave.

Pour le traitement des fractures de l'astragale, en dehors des fractures du col, il faut opérer.

M. Jaboulay fait aussi des réserves sur le pronostic des fractures du calcanéum; la fracture astragalo-calcanéenne est, en effet, assez fréquente. Cette dernière, qui est le type classique de la fracture, se diagnostique facilement en examinant par derrière la région talonnière du blessé. M. Destot parle surtout des fractures exceptionnelles, parce que ce sont les seules qu'on fasse radiographier.

Séance du 13 novembre 1902. — Présidence de M. GAYET

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

* * *

A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL. — TRAITEMENT DES RÉTRACTIONS CICATRICIELLES

M. Vallas, à propos de la communication faite dans cette même séance, montre des photographies du malade atteint de griffe digitale, par rétraction des muscles et des aponévroses de l'avant-bras, avant et après l'intervention.

M. Martin, à propos de la petite malade qu'a présentée le Dr Nové-Josserand et qui est porteur d'une cicatrice vicieuse de la main, propose de soumettre cette malade au traitement par les tractions lentes et continues qu'il a préconisées, et qui ont été publiées, l'année dernière, dans la thèse de son fils. Il rapporte en même temps l'observation d'un fillette du même service qui a subi, cette année, le traitement avec un résultat très satisfaisant.

Au commencement de janvier 1902, M. le Dr Nové-Josserand examina une fillette de 18 mois qui présentait une difformité de l'avant-bras et de la main.

Jugeant, après son examen, que toute intervention sanglante dirigée contre la lésion serait inutile ou, tout au moins, prématurée, en raison du jeune âge de la malade, M. Nové-Josserand voulut bien nous la confier.

Cette petite malade présentait une malformation con-

génitale de l'avant-bras et de la main gauche caractérisée par :

1° L'absence des trois derniers doigts et de la portion carpo-métacarpienne correspondante de la main gauche



FIG. 1
Avant le traitement

2° Un déjettement tel de la portion restante de la main sur le bord cubital de l'avant-bras, que l'index arrivait presque au contact des téguments anti-brachiaux, en décrivant un trajet récurrent, d'où résultait que son axe

était devenu sensiblement parallèle à celui de l'avant-bras.

Cette attitude vicieuse, fidèlement reproduite par le moulage, était rendue permanente par la présence d'une forte bride cicatricielle, courte et épaisse, à direction transversale, unissant l'extrémité cubitale de l'avant-bras à ce qui restait de la portion carpienne et métacarpienne de la main. Ces deux parties du membre supérieur formaient par leur rencontre, un angle très aigu dont la bride occupait le sommet. Couché sur cette bride, à l'extrême sommet de l'angle existait un rudiment d'un troisième doigt, dont on distinguait assez bien l'ongle.

Tout le long du bord cubital de l'avant-bras, la cicatrice se prolongeait, mais souple et sans former de bride.

Toute tentative pour corriger l'attitude vicieuse ci-dessus décrite était absolument vaine et provoquait de vives douleurs si l'on insistait.

La radiographie nous montre que les phalanges des deux doigts restants sont absolument normales, ainsi que les deux métacarpiens correspondants. Le radius est normalement développé, mais présente, au niveau de la partie inférieure, une incurvation très sensible du côté où la main est déviée.

On constate, en outre, une absence totale de l'épiphyse inférieure du cubitus dont la diaphyse se termine par une extrémité effilée.

Avec l'aide de mon fils, j'institue immédiatement, dès les premiers jours de janvier 1902, le traitement par « les pressions et les tractions lentes et continues ».

Nous insinuons d'abord, entre l'index et le bord cubital de l'avant-bras, un simple coin en liège pénétrant à frottement dans l'angle dièdre formé par le doigt et l'avant-bras, et tendant à les écarter l'un de l'autre.

Ce simple appareil étant mis à demeure, nous vîmes peu à peu, sous son influence, l'ouverture de l'angle augmenter d'abord légèrement, puis un peu plus. Au fur et à mesure que l'index s'éloignait de l'avant-bras, nous modifions l'appareil, pour l'adapter à la forme nouvelle de la région.

Au bout d'un mois l'angle formé par la rencontre des

axes de l'avant-bras et de l'index, de très aigu était devenu presque droit.

Nous appliquons alors un autre appareil constitué de la façon suivante : un brassard en caoutchouc durci,



FIG. 2

Après le traitement

moulé sur l'avant-bras, porte, du côté cubital, un prolongement mobile en forme de gouttière, emboîtant le bord interne de la main et de l'index. Cette gouttière est attirée sur le bord radial par un anneau de caout-

chouc qui prend point d'appui sur une longue tige métallique fixée sur le bord interne du brassard. Sous l'influence de cette traction, la main tend à se redresser et à regagner peu à peu sa situation normale.

Au bout de quelque temps, le maintien de l'appareil devint des plus délicats, à cause de l'indocilité de l'enfant. Cependant, au prix d'une surveillance assidue, de la réapplication de l'appareil deux fois par jour et de son enveloppement dans une serviette solidement assujettie pour empêcher la petite malade de l'enlever, nous parvînmes à faire tolérer assez bien le traitement pendant six mois consécutifs.

A deux reprises seulement, l'apparition d'un léger œdème, puis d'une petite excoriation obligea à laisser, pendant quelques jours, la main libre de tout appareil. Cet incident tenait à ce que, en dehors de notre surveillance, on avait exagéré l'effort de traction.

Pendant une de ces suspensions, nous eûmes la satisfaction de constater, pour la première fois, des mouvements volontaires de flexion et d'extension de la phalange de l'index.

Le 20 juillet, c'est-à-dire six mois après le début du traitement, la situation des deux doigts constituant la main gauche était telle que le représentent le moulage et la radiographie. Celle-ci montre enfin que non seulement la cicatrice a cédé, mais encore que le radius, tout en continuant à se développer normalement, s'est complètement redressé.

Les moulages que je vous présente sont suffisamment démonstratifs pour vous donner une idée des beaux résultats qu'on peut obtenir de la méthode des tractions *lentes et continues*, mais à la condition, je le répète, que le traitement ne soit pas intermittent et qu'on veuille bien s'armer de patience, et ne pas chercher à atteindre trop vite le but désiré.

ÉNORME KYSTE DE L'OVAIRE ET TUMEURS CUTANÉES MULTIPLES. — ABLATION DU KYSTE ; RÉGRESSION DES TUMEURS CUTANÉES.

M. Bérard présente une malade dont l'histoire est des plus curieuses au point de vue de *l'influence que les tumeurs de l'ovaire peuvent avoir sur les dystrophies et sur les tumeurs bénignes de la peau.*

G..., Victorine. 61 ans, entrainée à la Charité, salle Sainte-Madeleine, le 5 mars 1902, pour une grosse tumeur kystique intra-abdominale qui l'avait réduite à un état d'impotence absolue.

Rien dans ses antécédents héréditaires ou personnels ne pouvait éclairer l'étiologie de son affection. Régliée à 13 ans régulièrement, mariée à 45 ans, elle n'eut ni enfant, ni fausse couche ; la ménopause survint à 48 ans, assez brusquement.

Le 25 décembre 1901, en pleine santé, la malade eut une métrorrhagie assez abondante, qui se prolongea pendant une quinzaine de jours, et s'accompagna de douleurs assez vives dans les reins et d'un œdème notable de la jambe droite. A la fin de janvier 1902, cette femme, qui avait essayé de reprendre son travail, s'aperçut que son ventre avait augmenté de volume, et qu'elle éprouvait une gêne croissante pour se baisser. En février, les pertes sanguines recommencèrent, peu abondantes mais quotidiennes, avec des douleurs surtout accentuées dans le côté droit de l'abdomen et dans le membre inférieur droit, de plus en plus œdématisé. Pendant ces trois mois, l'état général s'était beaucoup altéré : l'appétit et l'énergie avaient disparu ; un amaigrissement rapide avait été constaté.

Le 25 mars 1902, la malade entre à la salle Sainte-Madeleine, dans un état de maigreur et d'affaiblissement extrêmes. L'abdomen présente alors le volume d'une grossesse à terme ; la peau y est tendue, sans vergetures, tandis qu'au thorax elle est flasque et laisse percevoir les côtes.

A la palpation, on sent une tumeur rénitente, dure,

remplissant les flancs et l'épigastre entier. La matité est absolue, sauf dans le flanc gauche, un peu sonore. Pas de sensation de flot ; pourtant, une mince couche de liquide doit occuper les points déclives ; car, en déprimant brusquement la paroi à ce niveau, on ne heurte pas immédiatement la tumeur. La masse abdominale est relativement mobile, sauf dans le flanc droit, qui a toujours été le siège de vives douleurs, dues sans doute à des adhérences.

Par le toucher vaginal on perçoit le col utérin, petit, écrasé contre le pubis, assez haut. En arrière de lui, remplissant les culs-de-sac vaginaux, une masse arrondie, dure, de contours lisses, et enclavée dans le bassin, aplatit le rectum dans la concavité sacrée. Cette masse fait corps avec la tumeur abdominale dont elle subit légèrement les déplacements. Elle paraît indépendante du col utérin : le corps de la matrice ne peut pas être délimité.

Pollakyurie et besoin d'uriner impérieux ; urines claires. Constipation habituelle, mais modérée.

Au premier abord, ce qui frappe, en outre, chez cette malade, ce sont de très *nombreuses nodosités*, les unes *sous-cutanées*, les autres *intradermiques*, de coloration un peu jaunâtre, de consistance dure, de volume variant entre un grain de mil et une noisette, complètement indolores au palper et réparties de la façon suivante :

Les plus volumineuses recouvrent l'épigastre et la région xyphoïdienne ; elles sont plutôt sous-cutanées que dermiques. Quelques-unes occupent la face postérieure du tronc, mais le plus grand nombre est disséminé à la face antéro-interne des membres supérieurs, assez exactement, suivant le trajet des nerfs brachial cutané interne et musculo-cutané, en séries linéaires le long des veines et des ramuscules nerveux sous-cutanés. On en compte une trentaine au bras et à l'avant-bras gauche, une vingtaine à droite ; les plus petites seules sont intradermiques. Dans la paume de la main droite, il y en a trois suivant l'axe prolongé du médus, et dans la paume de la main gauche, trois suivant l'axe de l'annulaire.

En outre, de *petites taches pigmentaires* et de petits *naevi* accompagnent ces nodosités.

Il est difficile de faire préciser la date d'apparition des formations cutanées ; celles de la région xyphoïdienne remonteraient à plusieurs années ; celles des bras avaient été remarquées seulement depuis quelques mois.

Ganglions inguinaux droits augmentés de volume, peu indurés.

Les fonctions du système nerveux paraissent intactes ; aucun trouble moteur localisé, mais une asthénie très accentuée. Pas de zones d'anesthésie ou d'hyperesthésie. Réflexes patellaires normaux. Pas de troubles psychiques ; l'intelligence est plutôt vive.

L'examen des autres viscères est négatif. Pas d'albumine dans les urines. Œdème des deux membres inférieurs remontant jusqu'aux cuisses.

Le diagnostic porté par le chirurgien chargé, à ce moment, du service resta hésitant entre une tumeur de l'ovaire végétante, avec généralisation péritonéale et cutanée, ou une neuro-fibromatose généralisée, avec tumeur principale ovarique volumineuse.

La malade, jugée inopérable, rentra chez elle après quelques de jours de repos.

Elle revint à la Charité le 20 avril ; c'est alors que M. Bérard eut à l'examiner. L'état était le même que celui décrit plus haut ; toutefois, l'ascite était plus considérable, l'abdomen plus volumineux, la dyspnée mécanique plus intense. Aussi, pour amener quelque soulagement, M. Bérard évacua, au bistouri, environ trois litres de liquide ascitique citrin, sans chercher à pratiquer l'ablation de la tumeur.

Après cette évacuation, la malade se trouva très allégée ; elle rentra chez elle et put fournir quelque travail jusqu'à la fin de juin.

Le 20 juin, elle rentra une troisième fois à Sainte-Madeleine, incapable d'aucun effort, très gênée dans la marche à cause du volume véritablement énorme de son ventre, les membres inférieurs œdématiés jusqu'aux aines. On la mit au repos au lit, en attendant qu'on évacuât à nouveau son ascite.

Mais alors M. Bérard constata, avec quelque étonnement, que l'œdème régressait très rapidement par le décubitus horizontal, que, d'autre part, la malade, très

maigre, il est vrai, n'avait ni le teint jaunâtre, ni l'anémie profonde des cancéreux, ni aucune métastase viscérale. Aussi résolut-il de faire une large laparotomie pour extraire la tumeur, si par hasard il s'agissait d'un kyste de l'ovaire, et non d'un cancer.

L'opération fut pratiquée le 30 juin. L'abdomen incisé, une grande quantité de liquide citrin un peu brunâtre s'écoula d'abord. Puis on arriva sur un kyste multiloculaire, très adhérent dans toute la moitié droite de la cavité péritonéale, dont la ponction, plusieurs fois répétée, donna issue à 7 litres d'un liquide tantôt clair et citrin, tantôt chocolat, tantôt filant comme du blanc d'œuf, suivant les poches ouvertes. Un plan de clivage fut assez facilement trouvé entre la poche kystique et les organes voisins; toute la tumeur put être ainsi enlevée, après ligature en chaîne de son pédicule, qui appartenait au bord droit de l'utérus; un prolongement important comblait le petit bassin, tandis qu'en haut il fallut poursuivre la décortication bien loin sous les fausses côtes. A la fin de ces manœuvres, on eût dit que l'abdomen avait été vidé de tout son contenu; les portions solides extirpées pesaient 3 kil. 500, et, certainement, la quantité du liquide qui s'écoula, soit ascitique, soit kystique, atteignait près de 15 litres.

Bien que la décortication eût causé peu d'hémorrhagie, un gros Mickulicz de sûreté fut laissé dans l'abdomen, surtout pour que les anses intestinales, toutes soudées entre elles, ne reprissent pas brusquement possession de toute la cavité péritonéale, ce qui eût exposé à une occlusion post-opératoire. Suture à deux plans de la paroi au-dessus et au-dessous du drainage.

Le 7 juillet, puis le 10, toutes les mèches du Mickulicz furent extraites sans difficulté; le 18 juillet, l'œdème des membres inférieurs avait presque disparu; le 12 août, la malade avait retrouvé ses forces et commençait à s'occuper dans les salles. Le 2 septembre, elle quittait l'hôpital et reprenait son travail au dehors.

Vers le milieu de juillet, M. Bérard avait prélevé quelques-unes des tumeurs sous-cutanées pour les soumettre à l'examen histologique. Voici les diagnostics portés par M. Paviot :

A. *Tumeur de l'ovaire.* — Sur les coupes, c'est au kyste dit papillaire que l'on a affaire. Supporté par de grosses travées fibreuses, apparaît un épithélium cylindrique, avec une seule assise de cellules hautes, à protoplasma très clair, et à noyau refoulé vers le pied. Cet épithélium décrit des festons nombreux et élégants. Çà et là, dans le plein des travées conjonctives, on voit de petites cavités, ayant le même revêtement épithélial cylindrique, et un contenu colloïde. Nulle part il n'y a d'infiltration diffuse de l'épithélium, comme dans les tumeurs malignes.

B. *Tumeurs dermiques et sous-cutanées.* — Ce sont de petits utricules, dont la paroi est constituée par un épithélium stratifié, du type ectodermique, et dont le contenu renferme de la graisse ainsi que des débris cellulaires lamelleux. A la base de cet épithélium on distingue une couche génératrice cubique, puis plusieurs étages de cellules malpighiennes, et enfin une couche de cellules lamelleuses étalées.

Rien n'a l'aspect cancéreux. Ce sont des formations intermédiaires entre le kyste dermoïde et le kyste sébacé.

Là ne s'arrête pas l'histoire de cette malade. La particularité la plus intéressante qu'elle a présentée, c'est que vers le milieu d'octobre, on constata la *disparition des nodosités cutanées*; à la fin d'octobre, les petites tumeurs des membres n'étaient presque plus perceptibles. Actuellement, on reconnaît encore celles de la région xyphoïdienne; mais elles ont déjà notablement diminué. Sans doute, les téguments ne tarderont pas à reprendre leur aspect normal.

C'est à ce titre, surtout, que l'observation méritait d'être rapportée.

Le retentissement des affections des glandes à sécrétion interne sur la trophicité des téguments et du tissu cellulaire n'est pas exceptionnel; les lésions du corps thyroïde peuvent donner le myxœdème avec ses tumeurs pseudo-lipomateuses sous-cutanées; on a attribué récemment aux lésions des capsules surrénales (Chauffard), indépendamment des troubles pigmentaires de la maladie d'Addison, la production des tumeurs de la neuro-fibromatose

généralisée. Enfin, en ce qui concerne l'ovaire, la castration double donne parfois des perturbations du côté de la sécrétion sudoripare et sébacée ; et, même, elle est suivie de l'apparition d'affections cutanées diverses (Brocq).

Chez la malade de M. Bérard, il est difficile d'établir une relation exacte de cause à effet entre le kyste de l'ovaire et les tumeurs cutanées.

Certaines de ces tumeurs étaient déjà perceptibles bien avant que le kyste eût signalé sa présence par quelque symptôme physique, ou par quelque trouble fonctionnel. Il est incontestable, pourtant, que les tumeurs les plus confluentes, celles des membres supérieurs, n'ont été remarquées que depuis la période d'extension active du kyste ovarique. Et, surtout, ce qui est encore plus net et plus digne de remarque, c'est la régression presque complète, effectuée en deux ou trois mois, des néoformations des téguments, après l'ovariotomie.

Probablement, on doit invoquer, pour expliquer ce phénomène :

1° D'abord la résorption des produits du kyste ovarique qui avaient irrité les glandes sébacées et déterminé dans leur intérieur la prolifération de l'épithélium et la formation de kystes comparables à ceux des adénomes sébacés.

2° Après l'ablation de l'ovaire malade, le rétablissement de l'équilibre trophique des téguments, par un processus qui nous échappe encore.

De tels faits paraissent rares ; les recherches bibliographiques faites à propos de ce cas n'en ont pas fait découvrir d'analogues dans les publications de ces dernières années.

En tous cas, il ne s'agissait pas, là, de noyaux métastatiques d'un épithélioma mucoïde de l'ovaire devenu malin, comme dans les faits rapportés par Poupinel et par Faure. Les épithéliomes mucoïdes, en effet, ne se généralisent que suivant le type épithéliomateux, à évolution progressive, et non par des néoformations bénignes, susceptibles de régression.

M. Aubert. — Il y a normalement relation entre les organes génitaux et les glandes sébacées, à l'époque de la

puberté : il semble qu'une excitation particulière provenant de l'ovaire agisse sur le développement des glandes sébacées.

M. Vincent a observé, après l'ovariotomie des dermatoses telles que érythème, papules, prurigo, etc. Brocq a étudié ces cas chez les ovariectomisées. Le kyste de l'ovaire nécessitant la suppression des fonctions ovariennes, on peut admettre qu'il y a relation de cause à effet entre la suppression de la fonction ovarique et les manifestations cutanées. Celles-ci peuvent-elles se dissiper par absorption du suc ovarique ?

M. Bérard.— Il me semble que chez cette femme, âgée de 61 ans, dont l'ovaire n'était plus actif, la suppression de la tumeur ovarique et, par conséquent, de ses produits de sécrétion eût entraîné celle des tumeurs cutanées.

* * *

FRACTURE SUS-CONDYLIENNE DU FÉMUR

M. Vallas.— On a parlé ici, l'an dernier des fractures sus-condyliennes du fémur et de leur pronostic réservé ; voici un malade pour lequel j'ai obtenu un résultat satisfaisant. Il y a 6 mois il fut atteint d'une fracture sus-condylienne typique, le fragment supérieur pointait sous la rotule et était intra-articulaire. Ce malade fut soumis, dans la position voulue, à l'extension continue au moyen de poids variant de 6 à 8 kilogs. La réduction et la coaptation des fragments furent obtenues au bout d'un certain temps. Pour éviter l'ankylose du genou, on fit, pendant la période de traction, varier l'attitude du membre, l'élevant, le fléchissant peu à peu. Maintenant, le malade marche, fléchit la jambe jusqu'à l'angle droit. Le raccourcissement du membre fracturé est peu considérable.

M. Jaboulay.— Les fractures sus-condyliennes, obtenues par l'ostéoclaste dans le genu valgum, se rapprochent de ce type de fracture.

M. Destot.— Il y a une différence entre la fracture sus-

condylienne vraie et celle, artificielle, obtenue par l'ostéoclaste. Dans la première, la fracture est en rave, il y a un déplacement nul des fragments ; l'ostéoclaste donne des fragments nets, dont la coaptation est facile. Dans les vraies fractures traumatiques le fragment supérieur est en baïonnette, la bascule de fragment inférieur est toujours marquée et la réduction difficile.

M. Jaboulay. — Le même déplacement s'observe dans les fractures ostéoclastiques mal réussies. Ainsi, M. Robin a vu des chevauchements semblables à la suite de l'ostéoclasie, sans accident d'ailleurs.

M. Vallas. — Dans les fractures obtenues par l'ostéoclaste, le mécanisme de fracture est en sens inverse, puisqu'on produit la flexion de l'os d'arrière en avant.

M. Albertin. — Chez l'enfant, le pronostic de ces fractures est moins grave ; on observe, d'ailleurs, du décollement juxta-épiphysaire fréquent, avec un peu d'hydarthrose. Dans trois cas, observés, chez l'adulte, par lui, il y a eu un raccourcissement du membre, limitation des mouvements du genou. Donc, le pronostic des fractures traumatiques est plus grave chez l'adulte.

* * *

FRACTURE DE L'ASTRAGALE

M. Destot. — Si l'on recherche systématiquement les suites éloignées du traumatisme du pied, on trouve que la plupart des cas d'anciennes fractures de l'astragale ont exigé, pour arriver à l'ankylose, souvent plusieurs années. Dans quelques cas, l'ankylose du bloc postérieur du tarse se produit dans de bonnes conditions, et les malades ne souffrent plus et s'accoutument très bien d'un pied enkylosé à angle droit. Mais, souvent aussi, l'ankylose se produit en position mauvaise, soit que le pied soit subluxé en avant, soit en arrière, soit en équinisme. Tantôt, au contraire, l'ankylose n'est que partielle, il persiste une légère mobilité, soit dans l'articulation sous-astragalienne, soit dans la tibio-tarsienne, et ces pseudo-ankyloses s'accompagnent de douleurs et d'impotence telles, que les malades reviennent, comme

des hirondelles d'hiver, prendre leur quartier dans les hôpitaux. Ils accusent alors des douleurs et des impotences qu'un examen objectif minutieux ne permet pas de rapporter à leur véritable cause, et que l'on englobe sous le nom général de rhumatisme, terme commode pour couvrir tout ce que l'on ignore. En effet, la plupart du temps, le diagnostic vrai n'a pas été fait. Ce n'est guère que depuis que la radiographie a permis d'exercer un contrôle, que ces pseudo-rhumatismes sont rapportés à leurs véritables causes.

Lorsqu'en 1897, j'ai écrit la thèse de Bergeret, il n'existait guère, dans toute la littérature médicale, que cinquante cas de fractures de l'astragale, trouvailles d'autopsie, ou fractures compliquées de plaies ou, encore, fractures s'accompagnant de luxation, soit du pied en totalité, soit de la tête de l'astragale, venant faire saillie sous les téguments.

Depuis cette époque, j'ai pu recueillir, dans les services hospitaliers, quatre-vingt-sept cas de fractures de l'astragale, et si j'indique ce chiffre c'est que, dans un récent article de la *Revue de Chirurgie*, M. Ombrédanne a paru étonné du chiffre de trente cas, cité dans la thèse de Bergeret.

En présence de cette gravité du pronostic, il semble donc urgent de poser une indication opératoire immédiate, la résection de l'astragale, lorsque le diagnostic de fracture de cet os est posé d'une façon indiscutable. Le malade dont je présente la radiographie est un homme de 55 ans, boucher, qui, au mois d'avril fut culbuté de sa voiture par un tramway. Il me fut adressé par M. le Dr Lassalle, de Villefranche, qui diagnostiqua une fracture de l'extrémité inférieure de la jambe. Aujourd'hui on voit nettement que cette fracture est consolidée, mais que les deux os font un angle ouvert en avant, ce qui donne au pied une apparence de talus. Si on examine la radiographie, on voit qu'il existe un changement dans la trabéculation de l'astragale, un léger ressaut sur la courbure de la poulie articulaire, enfin que la face inférieure du corps de l'os, au lieu d'être plane, pour s'articuler avec la surface calcanéenne, présente, au contraire, une encoche et que la partie postérieure du corps est légèrement sub-

luxée en arrière sur la face supérieure du calcaneum. Cliniquement, il existe une saillie anormale dans le sinus du tarse, saillie qui tient, d'une part, à l'éclatement du plateau tibial, avec fragment externe et, d'autre part, à une saillie légère que l'on sent plus profondément et qui se meut sous le doigt, lorsque, tâtant le pouls de l'astragale ou pinçant le corps de cet os entre le pouce et l'index, au-devant des malléoles, on fait subir au pied des mouvements d'extension et de flexion. Il existe, d'autre part, des craquements articulaires ; rien dans le calcaneum. La variété à laquelle on a affaire est celle du type malléolaire, et toute l'affection a plutôt le masque de fracture de l'extrémité inférieure de la jambe que d'une fracture de l'astragale. Le malade accuse de l'impotence et des douleurs qui, loin de diminuer avec le temps, semblent, au contraire, augmenter. Comme il s'agit d'une expertise, je crois qu'il est très difficile de formuler un pronostic. En tout cas, la marche générale de la maladie, la présence d'aspérités sur la courbure de la poulie qui entretiennent et favorisent l'arthrite, doivent imposer les plus grandes réserves.

On sait que le moindre grain de sable entrave les engrenages et les font crier, le moindre clou dans la chaussure amène la boiterie, et il n'est pas facile d'apporter un remède à une pareille situation. L'âge du malade est une contre-indication opératoire, d'ailleurs le blessé refuse toute intervention.

Ces fractures du type malléolaire sont peut-être les plus difficiles à diagnostiquer. En dehors des fractures de Dupuytren et de Tillaux, on trouve souvent des fractures de l'extrémité inférieure de la jambe qui ne rentrent pas dans les cadres classiques. Fractures marginales antérieures ou postérieures, décrites dans la thèse de Bondet et dont M. Vallas a rapporté de beaux exemples. Fractures par éclatement de l'extrémité inférieure de la jambe avec fragments antérieurs, internes et postérieurs tel que le cas rapporté par M. Durand. Fractures non défensives à fragments multiples internes, externes, antérieurs et postérieurs siégeant sur l'épiphyse tibiale et ne dépassant pas deux travers de doigt au-dessus de l'interligne articulaire. Fractures par flexion forcée de l'ex-

trémité inférieure de la jambe, s'accompagnant d'une déformation typique : formation d'un angle ouvert en avant avec ou sans luxation du pied en avant, et fissuration de l'épiphyse tibiale s'accompagnant souvent de fracture de l'astragale qui disparaissent sous le masque de la fracture de l'extrémité inférieure de la jambe et qui, consécutivement, donnent naissance à des impotences, à des douleurs ou à des ankyloses dans des positions vicieuses.

J'ai cité, dans la thèse de Bergeret, un autre type de fracture de jambe par diastases, où le tibia fracturé à 0,08 cent. au-dessus de l'interligne était projeté en avant et en dedans, et luxé de telle manière que la surface articulaire venait s'appuyer par sa lèvre postérieure sur le col de l'astragale, tandis que celui-ci était fracturé au milieu de son corps et que le péroné, également fracturé, se dirigeait en dehors et en arrière.

On voit l'énorme complexité des cas cliniques et les difficultés du diagnostic clinique en dehors de la radiographie. Cette simple énumération permet de voir pourquoi, la plupart du temps, les fractures de l'astragale qui accompagnent les fractures de l'extrémité inférieure de la jambe ont été méconnues.

M. Jaboulay rappelle une observation, publiée par lui dans le *Lyon Médical* de 1891, de fracture semblable, pour laquelle l'astragalectomie fut pratiquée. Il maintient ses conclusions sur la fréquence de ces fractures ; la lésion du calcanéum, bien visible quand on observe ces malades par derrière, provoque l'élargissement du tarse postérieur au niveau des surfaces calcanéostragaliennes ; mais la fracture du calcanéum étant la plus visible, celle de l'astragale passe souvent inaperçue. La facilité de leur diagnostic les rend évidentes, aussi ne les fait-on pas d'ordinaire radiographier. M. Destot, comme spécialiste, ne voit que les cas, plus rares, pour lesquels le secours de la radiographie est utile.

M. Albertin.— Il y a lieu de distinguer le mécanisme de la chute, suivant que le sujet tombe sur un pied ou les deux, pour expliquer l'existence, ou non, des fractures isolées ou complexes du calcanéum et de l'astragale. On confondait souvent, avant la radiographie, les fractures calcanéostragaliennes et bi-malléolaires ; l'étude des

clichés radiographiques fait voir la fréquence des fractures de l'astragale.

M. Destot. — Le diagnostic de ces diverses fractures est souvent difficile. Souvent ces prétendues fractures du type Pouteau-Dupuytren égalent les fractures du calcanéum. On peut diagnostiquer, par le seul fait de l'examen, ces fractures de l'astragale; elles provoquent l'élargissement du cou de pied, mais c'est surtout en avant que le doigt peut arriver à les percevoir. Les gouttières rétro-moléculaires disparaissent dans les fractures calcanéennes. Je maintiens que l'association des fractures calcanéennes et astragaliennes est rare : la gravité des fractures isolées du calcanéum est moindre

Seance du 20 novembre 1902. — Présidence de M. GAYET.

M. Siraud, secrétaire, lit le procès-verbal de la dernière séance.

* * *

VARIÉTÉ RARE DE HERNIE ÉPIGASTRIQUE (HERNIE DE LA VÉSICULE BILIAIRE)

M. Vialle. — Parmi plusieurs cas de hernie épigastrique que j'ai eu l'occasion d'observer et d'opérer, au cours de cette année, il en est un qui, en raison de son extrême rareté, m'a paru devoir être signalé à la Société de chirurgie.

1^o *Observation clinique (résumé).* — D..., soldat au 52^e d'infanterie, cultivateur, entre dans mon service à l'hôpital militaire Desgenettes, le 8 juillet 1902. Il a été incorporé au mois de novembre 1901. Quelque temps avant son incorporation il a eu une fièvre typhoïde. Il est de constitution plutôt robuste et, dans sa famille, un oncle maternel seul est atteint de hernie inguinale.

Lors des premières marches un peu pénibles qu'il fit au régiment, à une date aujourd'hui assez imprécise, il ressentit pour la première fois dans la région épigastrique quelques douleurs d'abord vagues et peu accusées. Ces douleurs n'existaient que pendant le jour, étaient calmées par le repos, mais réapparaissaient à l'occasion des exercices militaires. Elles devinrent bientôt plus vives et prirent en même temps le caractère de véritables douleurs gastriques : elles survenaient, en effet, plus volontiers aussitôt après les repas et s'accompagnaient alors de nausées, de plus elles irradiaient de l'épigastre vers l'hypocondre droit.

A la suite d'une marche plus longue et plus fatigante, ces douleurs prirent un tel caractère d'acuité que le malade se décida à se présenter à la visite. Il fut aussitôt envoyé à l'hôpital.

A son entrée dans mon service je trouvai dans la région épigastrique, à quatre travers de doigt au-dessous de l'appendice xyphoïde, exactement sur la ligne médiane et immédiatement au-dessous des plans superficiels, une petite tumeur, du volume d'une aveline, de consistance molle, de configuration peu nettement lobulée, se laissant facilement et complètement réduire dans la cavité abdominale sans donner la sensation de gargouillement. Après réduction la pointe du doigt pouvait s'engager dans un orifice arrondi, non dilatable, creusé dans l'épaisseur de l'aponévrose de la ligne blanche ; le doigt enlevé, la petite tumeur se reproduisait à l'occasion d'un effort, de la toux, de la marche.

L'examen de l'estomac, du tube intestinal, du foie, et celui des régions inguinale, crurale, lombaire, obturatrice et périnéale restait négatif.

Le diagnostic de hernie épigastrique graisseuse, avec ou sans diverticule péritonéal, fut posé et, en raison de l'intensité des phénomènes douloureux, la cure radicale fut conseillée et acceptée.

L'opération fut pratiquée le 16 juillet dernier : la petite tumeur était constituée par un agglomérat de pelotons cellulo-adipeux sous-péritonéaux ; à l'incision en son milieu, elle me donna, non pas seulement un diverticule péritonéal, mais un véritable sac séreux muni d'un collet serré et inextensible. En ouvrant le sac je fus quelque peu surpris de rencontrer dans sa partie initiale le fond de la vésicule biliaire. J'essayai alors de refouler avec le doigt la vésicule, mais des adhérences solides unissaient son fond à tout le pourtour du collet du sac, et la libération de cet organe ne fut possible qu'après ouverture large du sac et incision du péritoine pariétal au-dessus et au-dessous de lui. L'exploration de la vésicule libérée complètement me montra qu'elle était saine et ne renfermait pas notamment de calculs : elle jouissait cependant d'une mobilité tout à fait anormale, et, au lieu d'être solidement fixée dans sa fossette, elle était lâchement

appendue à la face inférieure du foie par un long pédicule.

Après résection du sac au-dessus et au-dessous du collet, et des pelotons adipeux qui le doublaient, la paroi abdominale fut refermée et reconstituée à l'aide de trois plans de suture, l'un pour le péritoine, l'autre pour l'aponévrose, le troisième pour la peau.

Les suites opératoires furent des plus simples, réunion par première intention, ablation des fils au huitième jour ; le malade complètement guéri quitta l'hôpital le 15 août suivant porteur d'un congé de convalescence.

2^o *Considérations.* — Cette observation tire évidemment tout son intérêt de la présence de la vésicule biliaire dans la partie initiale d'un sac herniaire et de son adhérence très intime à tout le pourtour du collet.

Pour comprendre la pathogénie de cette variété tout à fait exceptionnelle de hernie épigastrique, il est nécessaire de rappeler ici quelques données anatomiques :

Normalement, chez l'adulte, et à l'état de moyenne distension, 1^o le fond de la vésicule biliaire se trouve en arrière du bord tranchant du foie (Siraud, notes sur l'anatomie de la vésicule biliaire, *Lyon Médical*, 1896) : on déborde à peine ce bord de 10 à 15 millimètres (Testut). 2^o ce fond reste à 1 centimètre 1/2 environ en dehors du bord externe du muscle droit et à 5 ou 6 centimètres de la ligne médiane (Siraud).

Normalement aussi, la vésicule biliaire est solidement fixée, par le péritoine, dans la fossette cystique, entre la face inférieure du foie.

Si ces dispositions anatomiques étaient constantes, la hernie de la vésicule biliaire au niveau de la région épigastrique ne pourrait, évidemment, pas se produire, en dehors, du moins, d'un état pathologique.

Mais, assez souvent, quinze à vingt fois pour cent environ, ainsi que l'ont établi les recherches de M. Siraud et ainsi que, après lui, nous l'avons nous-même constaté, la vésicule biliaire possède un véritable mésocyste, grâce auquel, en dehors de tout état pathologique du foie et des voies biliaires, elle peut quitter la fossette

cystique et balloter plus ou moins dans la cavité abdominale.

Cette disposition anormale était particulièrement exagérée chez mon malade, et elle rendait possible la hernie de la vésicule au niveau de la région épigastrique. L'étiologie me paraît avoir été la suivante : les pelotons graisseux qui comblent normalement les quelques orifices aponévrotiques que renferme la ligne blanche, avaient disparu au cours de la fièvre typhoïde dont le malade avait été atteint quelque temps auparavant, le coussinet que le tissu cellulo-adipeux sous-péritonéal forme, à l'état normal, en arrière de la paroi abdominale antérieure et en avant du grand épiploon et des divers viscères abdominaux, avait disparu ou diminué lui aussi et pour la même raison. Une voie était toute ouverte à la hernie ; celle-ci s'est produite à l'occasion des premières fatigues du service militaire.

Du tableau symptomatique présenté par mon malade, je retiendrai seulement l'intensité très grande des douleurs, leurs irradiations de l'épigastre vers l'hypocondre droit, leurs caractères gastriques au moment et à l'occasion des repas, leur absence complète pendant la nuit. Ces douleurs étaient donc, évidemment, causées par les adhérences cysto-péritonéales, et exagérées par les tiraillements dont ces adhérences étaient, par instants, le siège. De telle sorte que ces particularités cliniques me paraissent corroborer cette opinion que M. le professeur Jaboulay formulait devant la Société, à l'occasion d'une de ses maladies atteintes de fistule de la vésicule biliaire, à savoir que la bile se met en réserve dans la vésicule biliaire pendant la nuit et en sort le jour pendant les périodes d'activité de l'estomac et de l'intestin.

Cette observation est, enfin, encore intéressante au point de vue thérapeutique. Le chirurgien doit prévoir l'éventualité opératoire, en présence de laquelle je me suis trouvé placé et, par conséquent, il doit toujours inciser de parti pris les hernies péritonéo-graisseuses de la ligne blanche pour en vérifier la constitution anatomique exacte. Ceci fait, il ne saurait y avoir de cure radicale, au sens vraiment chirurgical du mot, qu'à la

condition expresse, en présence d'un cas analogue au mien, de faire précéder la résection du sac de la libération attentive et prudente de toutes les adhérences existantes.

M. Vallas a observé une anomalie semblable, bien que moins accentuée et pouvant servir à interpréter le cas précédent. Il s'agissait d'une femme atteinte de coliques hépatiques, présentant dans l'hypocondre droit une tumeur simulant une cholécystite calculeuse.

Après laparotomie, disparition de la sensation de tumeur ; on se rendait compte, alors, que celle-ci était produite par le fond de la vésicule biliaire qui, débordant le foie, venait se coïncier entre son bord libre et la paroi abdominale, produisant ainsi, par tension de liquide, la pseudo-tumeur.

Une cholécystotomie pratiquée démontra l'absence de calculs ; l'intervention fut terminée par une résection étendue de la paroi de la vésicule. Soulagement très marqué des phénomènes douloureux.

Il s'agit, en somme, dans ce cas, du premier temps de la hernie épigastrique présentée par M. Vialle.

M. Vallas se demande s'il n'aurait pas été plus simple de réséquer plus largement, en dehors des limites des lésions.

M. Goullioud croit l'entéro-anastomose préférable, car c'est là une conduite qui tend à être préférée à la suture bout à bout, après les résections intestinales.

M. Claudot se rallie à l'opinion de M. Vallas.

* * *

OBSTRUCTION INTESTINALE PAR CORPS ÉTRANGERS

ENTÉROTOMIE. — ENTÉRECTOMIE. — GUÉRISON

M. Lagoutte. — Mme B... du Creusot, 25 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, le 25 août 1902, avec des symptômes d'obstruction intestinale.

Réglée à 14 ans, elle a joui, nous dit-elle, d'une excellente santé jusqu'à l'âge de 18 ans.

A cette époque elle commença à souffrir de douleurs abdominales. Les coliques s'accompagnaient fréquemment de diarrhée; cet état se prolongea pendant plusieurs années, jusqu'en septembre 1899 sans que, du reste, la santé générale ait subi une grave atteinte.

Alors, les douleurs s'accroissant, avec maximum du côté de la fosse iliaque droite, quelques vomissements étant survenus, la malade se décida à consulter un chirurgien qui fit, dit-elle, le diagnostic d'appendicite et conseilla une intervention. Il semble bien qu'il en ait été ainsi, puisque l'incision abdominale pratiquée fut celle de l'appendicite parallèle à l'arcade crurale. Au dire, de la malade, le chirurgien aurait déclaré, devant elle et plusieurs autres médecins, qu'il s'agissait d'une invagination intestinale.

Au bout de 18 jours, elle quittait l'hôpital en bon état. Mais ses parents étaient prévenus que l'amélioration ne serait que temporaire, la malade étant atteinte d'une tumeur cancéreuse de l'intestin.

Cette amélioration se maintint pourtant pendant deux ans et demi.

En février 1902, cette jeune femme se marie et, au mois de juillet suivant, les mêmes douleurs abdominales qui avaient motivé la première opération reparaisent. Pendant les premiers jours, les symptômes se bornent à une constipation opiniâtre et à des douleurs vives dans le bas-ventre. Bientôt des vomissements viennent s'ajouter à la scène pathologique. Enfin, le 13 août 1902, elle est amenée à l'Hôtel-Dieu avec des symptômes d'occlusion intestinale absolue. Il n'y a plus aucune émission de gaz par l'anus, depuis plusieurs jours. Les vomissements sont devenus de plus en plus fréquents et depuis l'avant-veille, ils ont une odeur fécaloïde. La malade souffre énormément. La température est à 36°,8; le pouls petit et précipité, est incomptable. Le ventre n'est que modérément distendu. Au niveau de l'incision de la fosse iliaque droite existe une éventration et on voit, surtout à ce niveau, les anses intestinales se distendre et se dessiner sous la paroi au moment des coliques. A gauche on sent une masse dure, mal limitée remontant du côlon descendant. Enfin le toucher vaginal fait percevoir éga-

lement une tumeur dure occupant le cul de sac postérieur.

Il est évident qu'il s'agit d'une obstruction intestinale. Quant à son siège et à sa nature, il est difficile de les préciser, surtout en l'absence de renseignements exacts sur la lésion trouvée lors de la première intervention et aussi sur la nature de l'opération pratiquée.

La laparotomie est faite le jour même, à trois heures du soir.

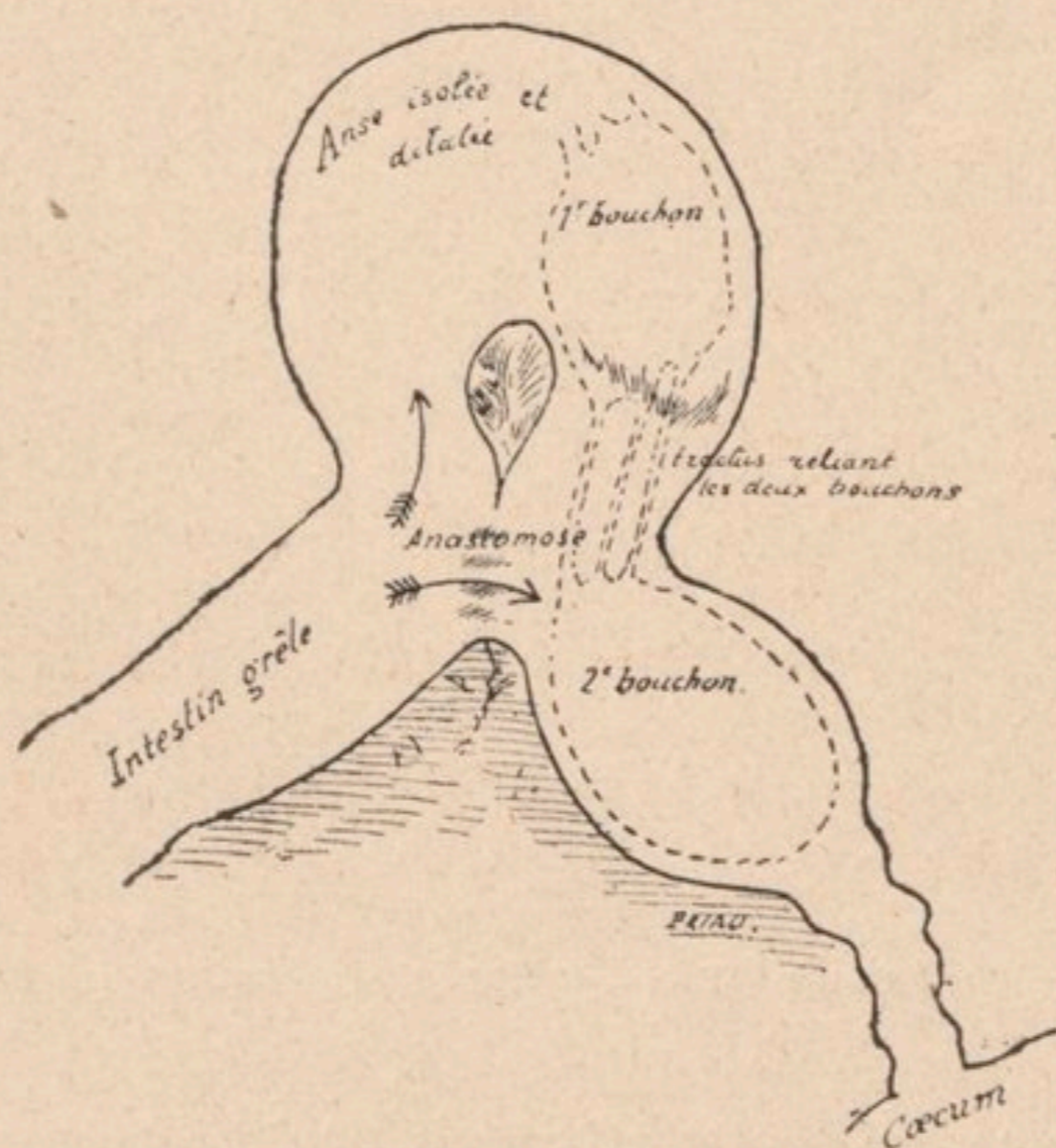


FIG. 1

Disposition de l'anse intestinale pathologique
(Schématique)

Incision médiane sous-ombilicale, de l'ombilic au pubis. Issue immédiate hors du ventre d'une anse intestinale énormément distendue ressemblant, par sa forme, sinon par sa couleur, à un volumineux estomac à convexité tournée en haut vers le diaphragme. Cette anse distendue par des gaz, renferme à son intérieur nombreux corps étrangers de consistance variable. A sa partie moyenne,

on constate des cicatrices larges et irrégulières. Rapidement on s'aperçoit de l'existence d'une entéro-anastomose entre les deux branches de l'anse.

Passant à l'examen des branches afférente et efférente, on constate que l'une est volumineuse, quoique sa dilatation soit bien moindre que celle de la boucle; que l'autre, au contraire, renferme à son intérieur, immédiatement après l'anastomose, un volumineux corps étranger en forme de boudin, long de 0.12 environ, ayant un

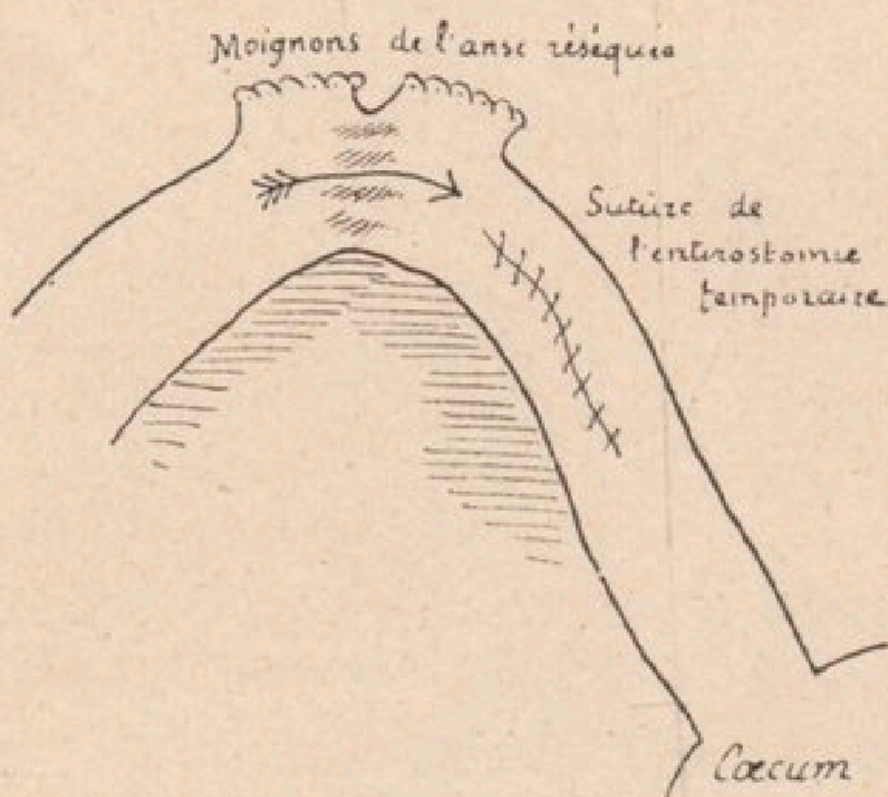


FIG. 2

Etat de l'intestin après l'opération

diamètre de six à sept centimètres, qui obstrue complètement la lumière de l'anse inférieure. Au-dessous de ce bouchon, l'intestin est flasque et semblable à un boyau de poulet. Au niveau du corps étranger, l'anse intestinale est rouge et présente, par places, des îlots ecchymotiques noirâtres.

Evidemment, c'est là qu'est l'obstacle.

L'anse intestinale, bien isolée, est fendue sur une longueur de 0,08 centimètres environ, le long du bord libre. Le corps étranger est énucléé, pour ainsi dire, après section de quelques tractus unissant le bouchon à un autre corps étranger situé dans la boucle; puis, l'incision est suturée immédiatement par deux plans, le premier comprenant toutes les tuniques, le second séro-séreux.

Comment se comporter alors à l'égard de la boucle située au-dessus de l'anastomose ? Bien qu'une partie des gaz qui la distendaient aient pu s'échapper, elle reste énorme et, à son intérieur, on sent des corps étrangers dont l'un, en particulier, est dur et volumineux, quoique de moindre proportion que celui extrait par l'entérotomie. Ne connaissant pas la nature de ces corps étrangers, craignant qu'ils n'eussent pris naissance dans cette sorte de boucle aberrante, située au-dessus de l'anastomose et que, de nouveau, les mêmes accidents ne se reproduisent, ayant, du reste, de la peine à réintégrer cette anse à cause de son volume anormal, je préfère la réséquer, ce qui est fait immédiatement et de chaque côté au-dessus de l'anastomose.

Les orifices intestinaux sont, comme d'habitude, oblitérés par deux plans de suture à la soie.

Suture de la paroi avec un seul plan de points métalliques.

14 août. — Matin : T. 37°4. Pouls encore incomptable.

Soir : T., 38°. Pouls, 100.

Ventre souple, mictions spontanées ; pas de selles, ni de gaz, malgré un lavement.

15 août. — Matin : T., 37°4. Pouls, 88. Selle abondante après lavement.

Soir : T., 38°. Pouls, 100.

16 août. — Matin : T., 38°5. Pouls, 88. Excellent état.

Depuis, convalescence rapide et sans incident.

La malade quitte l'Hôtel-Dieu, le 4 septembre.

Le corps étranger, examiné de suite après l'opération, a la forme d'un gros boudin dur et est constitué par une agglomération de morceaux de fils assez gros, tels de la charpie, entremêlés de quelques fragments de bois ou d'écorce et englobés, bien entendu, dans des matières fécales plus ou moins durcies. Sa longueur est de douze centimètres et son diamètre est de six.

Dans l'intérieur de l'anse réséquée, on trouve des débris alimentaires de toute espèce et un second amas de fils analogue au précédent, mais de moindre volume.

L'interrogatoire de la malade et l'analyse des symptômes permettent d'établir la nature du corps étranger et aussi la succession des accidents.

Cette femme a avoué, en effet, que, pendant sa jeunesse, alors qu'elle était occupée à garder des bestiaux, il lui arrivait fréquemment de manger de longs morceaux de fils roux et aussi des fragments de bruyère et des morceaux d'écorce. Il est probable que tous ces corps étrangers se sont amassés en un bloc qui a commencé à déterminer des douleurs vers l'âge de 18 ans. Pendant quatre ou cinq ans, ce bouchon a séjourné dans l'intestin qu'il n'obturait que partiellement, donnant seulement naissance à des crises de coliques. Mais, peu à peu, à mesure que son volume a augmenté, les accidents douloureux se sont accentués et ont nécessité la première intervention qu'a subie la malade en 1899.

Il est possible que le bouchon intestinal ait déterminé une invagination que le chirurgien découvrit et mit sur le compte d'un néoplasme de l'intestin. Une entéro-anastomose fut pratiquée faisant communiquer les parties de l'intestin sus et sous-jacentes à l'obstacle. Les accidents cessèrent immédiatement et, pendant deux ans et demi, la malade jouit d'une santé à peu près parfaite.

Par la suite, il est possible encore que la pression diminuant en amont de l'obstacle, l'anse se soit désinvaginée d'elle-même, en même temps que le tampon progressait lentement dans l'anse exclue et se rapprochait peu à peu de l'anastomose. A un moment donné, il est arrivé à son niveau, puis, bientôt, au delà. Alors les conditions de l'obstruction se trouvèrent de nouveau réalisées et les accidents recommencèrent, mais, cette fois, avec plus de violence, l'obstruction étant plus parfaite.

En somme, il semble bien qu'il se soit agi d'une obstruction intestinale déterminée par un tampon formé par un assemblage de fils et de fragments végétaux divers.

Cet obstacle siégeait dans l'intestin depuis sept ans.

Pendant quatre ou cinq ans, il a déterminé des maux causés par une obstruction incomplète. Ces accidents ont fait poser le diagnostic d'appendicite et ont conduit à une opération qu'on a faite simplement palliative (entéro-anastomose), probablement dans l'hypothèse d'un cancer.

Le cours des matières s'est rétabli pendant plus de deux ans jusqu'au moment où, par suite de la progression lente de l'obstacle, l'obstruction s'est de nouveau rétablie.

Actuellement (15 novembre) la malade est en excellente santé; elle est même enceinte de cinq mois environ, le début de la grossesse semblant remonter au mois de juillet dernier, c'est-à-dire peu de temps avant l'intervention.

* * *

FRACTURES DE L'ASTRAGALE

M. Albertin. — Je vous présente une pièce extrêmement intéressante, que j'ai recueillie il y a deux mois; il s'agit d'une fracture de l'astragale survenue chez un homme de 57 ans, à la suite d'une chute d'un lieu élevé sur le pied. Depuis l'accident, le blessé n'avait pu, malgré tous les traitements, utiliser le pied malade en aucune façon. Lorsqu'il me fut présenté, il y a deux mois, alors que l'accident datait de dix-huit mois, je trouvai un malade accusant de vives douleurs, soit spontanées, soit à l'occasion de mouvements.

Le pied était dévié en varus équin, dans l'extension sur la jambe, les orteils ankylosés dans la flexion. Lorsque le malade avait à subir un mouvement pour le transport, par exemple, il prenait son pied à deux mains pour l'immobiliser. De plus, cet homme était un artério-scléreux éthylique. En présence de cet état général défectueux et de cet état local aussi peu satisfaisant, je n'hésitai pas à poser l'indication de désarticulation du pied, par le procédé de Syme-Ollier, pour faire marcher le malade sur le talon et faire disparaître la cause de l'impotence fonctionnelle.

Il ne fallut pas songer à l'ablation de l'astragale, à cause de l'état des articulations du pied ankylosées et douloureuses. De plus, l'état général, sénilité précoce, artério-sclérose, me paraissait contre-indiquer une intervention palliative à résultat attendu à longue échéance.

Le blessé accepta l'amputation presque avec joie. Je la pratiquai le 30 septembre 1902. La cicatrisation fut rapide,

mais une fistule persista quelque temps, à la suite du sphacèle de la peau, au niveau d'un point de suture, mais d'emblée, le moignon ne fut plus douloureux à une pression quelque énergique qu'elle fût.

Vous pouvez voir sur la pièce, que le col de l'astragale a été le siège d'une fracture transversale complète.

De plus, la tête astragaliennne a éclaté en deux fragments qui, par un trait vertical sur la face antérieure de la région articulaire scaphoïdienne, constituent un fragment interne et un externe.

C'est donc une fracture de l'astragale en trois fragments. La pointe astragaliennne a basculé, de telle façon, que la face supérieure est devenue presque antérieure, et la périphérie de la tête astragaliennne est rugueuse, présente des stalactites osseux.

Voilà donc un cas de fracture de l'astragale pour lequel j'ai dû pratiquer la désarticulation du pied. C'est là, évidemment, une indication rare et qui doit être réservée pour les blessés âgés ou cachectiques.

Dans un autre cas, où l'astragale avait été tassé de façon à ce que le col disparut par fusion de la tête et du corps, un fragment de la tête astragaliennne s'était détaché et était venu se placer au-dessus de l'interligne astragalo-scaphoïdien, de façon à ce que, dans la flexion du pied sur la jambe, ce fragment venant s'appliquer contre le rebord tibial, gênait notablement la flexion. J'ai pratiqué l'ablation de ce fragment osseux et ai amélioré, d'une façon considérable, l'état fonctionnel du pied.

Dans la fracture de l'arrière-pied, il faut bien distinguer deux grandes variétés cliniques: 1^o celle où l'astragale est lésé. 2^o celle où l'astragale est intact, les lésions siégeant sur le calcaneum.

Ce qui domine l'histoire clinique des fractures de l'arrière, c'est l'état d'intégrité ou de lésions de l'astragale et surtout les lésions qui intéressent la portion articulaire, tibio-tarsienne de l'astragale.

En effet, une lésion, quelque minime soit-elle, de cette portion articulaire de l'astragale trouble profondément les fonctions du pied. Soit au point de vue de l'appui, soit au point de vue des mouvements, la gêne est considérable et durable. Le pronostic des fractures tibio-

tarsienne de l'astragale est grave et à longue échéance. J'ai observé une douzaine de malade. Pendant quatre à cinq mois la marche est presque impossible. Au bout de six mois les blessés marchent mais avec de la claudication et de la douleur.

Chez quelques-uns, dix-huit mois après l'accident, on constate, non-seulement des troubles fonctionnels, mais encore des signes d'arthrite chronique : craquements, frottements, infiltrats sous-synoviaux péri-articulaires.

Les traitements appliqués aux fractures de l'astragale sont les suivants : immobilisation plus ou moins longue puis massages, révulsion, hydrothérapie, mobilisation électrisation, etc.

Je crois que ces traitements, dans la plupart des cas, ne donnent que des mauvais résultats.

Après un an ou dix-huit mois de traitement, le résultat fonctionnel reste mauvais, aussi, après cette constatation chez mes blessés, j'avais, lors d'une présentation de malade, émis cette opinion, que chez les jeunes sujets au moins, l'ablation de l'os pourrait donner un meilleur résultat. A cette époque, mon collègue Vallas déclarait avoir pratiqué l'ablation de l'astragale en pareil cas et appuyait ma conclusion. De cette discussion, je crois bien que cette opinion va sortir renforcée par l'approbation d'autres chirurgiens. Actuellement la question n'est pas encore résolue par la publication d'un assez grand nombre de résultats, mais je crois bien que, dans un grand nombre de cas de fracture de l'astragale ayant un retentissement articulaire tibio-tarsien, l'ablation de l'astragale deviendra la méthode de choix comme traitement.

La seconde variété des fractures de l'arrière-pied dans laquelle l'astragale est indemne et le calcanéum seul est lésé comporte un pronostic bien différent. On peut dire que les fractures du calcanéum, même comminutives, modifiant profondément la forme de l'os comme dans les radiographies ci-jointes où les deux calcanéum du même malade ont pris l'aspect de masses plus ou moins arrondies ressemblant à de grosses pommes de terre, guérissent assez rapidement en deux, trois, quatre mois au plus et avec un bon résultat fonctionnel.

Quel que soit le traitement employé, repos pendant trente à quarante jours, puis massage et mobilisation, l'évolution de cette fracture est bien différente de celle de l'astragale et il est nécessaire de bien souligner cette différence de pronostic, grave et à longue échéance pour les fractures de l'astragale, bénin et à bref délai pour les fractures du calcaneum.

La gravité du pronostic fonctionnel, les mauvais résultats obtenus par les autres traitements dans les fractures de l'astragale me paraissent justifier l'ablation de cet os chez les jeunes sujets, une opération plus radicale pouvant s'imposer chez les malades âgés comme dans l'observation que je vous ai communiquée.

* * *

M. Destot. — En réponse à l'affirmation de M. Jaboulay qui dit : 1^o Que les fractures de l'astragale sont faciles à diagnostiquer en dehors de la radiographie ; 2^o Que leur association avec des fractures du calcaneum est un type fréquent et de règle, je ferai observer que ces opinions sont paradoxales. Le diagnostic des fractures de l'astragale autrefois se faisait lorsqu'il existait une plaie ou une luxation.

En 1897, au moment où j'ai fait faire la thèse de Bergeret, on trouvait cinquante cas dans la littérature et, en éliminant les trouvailles d'autopsie, on arrivait au chiffre de vingt-neuf. Aujourd'hui M. Ombredanne, rassemblant tous les cas, arrive au chiffre de cent douze. Pour ma part, j'en ai vu quatre-vingt-sept cas et j'affirme que la plupart du temps les fractures de l'astragale avaient été méconnues même la radiographie en mains. Il y a là une question de lecture assez délicate.

Aujourd'hui, suivant que les chirurgiens ont vu des fractures de l'astragale ou non, ils exagèrent dans un sens ou dans un autre leur fréquence. Après la thèse de Bergeret, on ne voyait pas une fracture simple des malléoles qui ne fût cataloguée fracture de l'astragale et cette fracture ne mérite cependant « ni cet excès d'honneur, ni cette indignité ». Quant à l'association calca-

néenne, je l'ai décrite comme type clinique assez fréquent dans la thèse de Bergeret, mais, si toutes les fractures du calcaneum s'accompagnaient de fracture de l'astragale, le nombre des fractures de l'astragale serait décuplé, car les fractures du calcaneum isolées sont très banales et ont d'ailleurs un pronostic bénin. Dans la plupart des cas, elles guérissent seules, sans aucune espèce de troubles fonctionnels consécutifs, alors que les associations avec la fracture de l'astragale ont un pronostic sévère surtout par ce fait que dans un mouvement de sonnette de l'astragale, il s'est fait des arrachements du côté du sca-phoïde et de la tête articulaire qui entretiennent des arthrites médio-tarsiennes avec leur cortège de douleurs et d'impotence.

Les fractures du calcaneum se reconnaissent facilement :

1° A l'aplatissement de la voûte plantaire, que l'on constate à l'œil, et par la méthode des empreintes.

2° A l'élargissement du talon qui déborde et efface les gouttières sous-malléolaires, et il n'est pas besoin de faire mettre à genou le malade, comme le conseillait M. Ollier suivant un procédé antique, pour constater ce fait.

3° A la présence d'une saillie anormale qui siège entre le tendon d'Achille et le bord postérieur des os de la jambe.

4° A l'abaissement des malléoles qui se rapprochent de la plante du pied.

Ces signes sont propres à la fracture du calcaneum, mais ce n'est pas ainsi que l'on peut diagnostiquer les fractures de l'astragale sans luxation, ni déplacement, ni plaie; c'est en cherchant en avant, en saisissant le cou-de-pied entre le pouce et l'index au-devant des malléoles et en enfonçant l'index dans les tissus du tarse, pendant que le pied exécute des mouvements de flexion et d'extension : on tâte ainsi le pouls à l'astragale.

Les fractures partielles du calcaneum ont un pronostic plus grave que les éclatements de l'os. Lorsque la résistance calcanéenne est faible, l'astragale entre dans cet os comme une pierre dans du mortier et la force s'épuise ainsi. Il en résulte une ankylose en bonne position sans

lésion de l'astragale, mais si au contraire le calcanéum résiste, une partie de la force s'épanouit dans l'astragale où elle détermine des lésions. Souvent, dans la fracture isolée de la grosse apophyse du calcanéum, l'astragale est lésé par ce fait que le corps du calcanéum tiré par le triceps sural, et la grosse apophyse soulevée par les péroniers font faire un angle calcanéen inverse de celui qui existe normalement et l'astragale se trouvant en porte-à-faux, bascule par un mouvement de sonnette qui fait bailler son articulation avec le scaphoïde et produit des arrachements, ou bien son angle s'ouvre et on constate une fracture à la face inférieure du col.

Enfin, dans la fracture de la grosse apophyse, il existe du diastasis de l'articulation avec le cuboïde et des douleurs consécutives dans la médio-tarsienne.

Dans la fracture isolée de la petite apophyse, qui co-existe souvent avec une fracture des deux malléoles, par adduction on a souvent des compressions vasculaires et nerveuses et les tendons des fléchisseurs sont gênés, là, des griffes spéciales du pied. J'ai trouvé chez M. Chappet un beau cas de ce type datant de 20 ans et qui avait guéri par le fait d'une pseudarthrose de la malléole interne, qui, par une adaptation singulière, permettait les mouvements du pied.

Les fractures du type direct par brisure, par arrachement, méritent une place à part. Voici à l'appui de ce que je viens de dire, les radiographies d'un homme de 35 ans que j'ai vu le 15 novembre et que j'ai montré à MM. Vallas et Durand.

Cet homme est tombé il y a 15 mois du sommet d'un peuplier verticalement et d'aplomb sur les pieds, soit 15 mètres de haut. Un certificat donné à Saint-Etienne dit qu'il y a fracture malléolaire double et fracture de l'astragale probable. Le malade fit un séjour de 3 mois dans le service du professeur Poncet au mois d'octobre 1901, et la radiographie qui se fit à cette époque révéla une double fracture du calcanéum avec une décapitation de l'apophyse postérieure de l'astragale du côté droit (fracture de Shephard).

Aujourd'hui, ce malade présente tous les signes de fracture du calcanéum, mais, tandis qu'il marche sans fati-

gue et sans douleur avec son pied gauche, en revanche, son pied droit où il existe une fracture associée demeure impotent et douloureux.

Cette double lésion chez le même sujet démontre bien la différence du pronostic. Il faut ajouter qu'il existe à droite une fracture consolidée de la malléole externe qui fait un cal assez considérable mais qui siège au-dessus de l'articulation tibio-tarsienne:

Séance du 27 novembre 1902. — Présidence de M. HORAND

M. Villard, secrétaire, lit le procès-verbal qui est adopté.

★ ★

M. Nové-Josserand présente quatre malades pour montrer les résultats éloignés de réduction de luxation congénitale de la hanche, par la méthode de Lorenz.

★ ★

QUELQUES CAS D'ARTHRECTOMIE DU GENOU POUR TUBERCULOSE

M. Albertin.— Je vous présente quelques cas de tuberculose du genou que j'ai traités par l'arthrectomie : un cas très ancien et d'autres plus récents.

Voici, tout d'abord, un grand garçon de 27 ans que j'ai opéré, il y a 7 ans, pour une tuberculose grave du genou. Il portait un véritable type classique de tumeur blanche avec masses fongueuses, foyers ramollis abcédés. Au point de vue fonctionnel, depuis plus de deux ans, la marche, la station debout avaient subi une gêne progressive ; le malade, instituteur, vint me demander de lui rendre un membre utilisable à la place du membre boulet dont il était porteur.

Je lui ai fait une arthrectomie-type suivant le procédé opératoire que j'ai décrit, soit dans les *Archives Provinciales de Chirurgie*, soit dans la thèse de Clavel (Lyon 1900) ou de Couturier (Lyon 1901).

La guérison fut rapide et vous voyez quel est le résultat éloigné tant au point de vue de la cure radicale de la

tuberculose locale que de la fonction et de l'état du membre opéré.

Dans le cours de l'intervention j'ai fait à ce malade la mobilisation temporaire des surfaces condyliennes d'insertion des ligaments latéraux, vous pouvez voir, sur l'observation du malade, qu'à cette époque j'ai fait moi-même le schéma de ce temps opératoire.

On peut constater que la pratique de ce temps opératoire, que quelques chirurgiens considèrent comme dangereux pour le cartilage d'accroissement du fémur ne paraît pas avoir autrement influencé le développement régulier de l'os aux dépens de ce cartilage. Il est vrai que le malade avait déjà 20 ans, mais, depuis cette époque, sa taille a encore subi un certain accroissement.

Le développement des membres inférieurs est resté parallèle et il n'existe, du côté opéré qu'un raccourcissement de un centimètre et demi, représentant l'épaisseur des ménisques et des cartilages diarthrodiaux enlevés.

Dans le cas particulier il s'agissait d'une forme synoviale de tuberculose du genou. Je fis l'ablation de nombreux paquets de fongosités doublant la synoviale; je trouvais, dans le cul-de-sac sous-tricipital, une énorme collection purulente.

Une ablation soigneuse des fongosités, une désinfection aussi complète que possible des surfaces cruentées me permit de stériliser ce foyer d'infection et d'avoir une guérison opératoire en trois semaines, sans élévation de température.

Au point de vue fonctionnel, le résultat est parfait: mon opéré peut faire des marches prolongées: dix, quinze kilomètres; il n'éprouve aucune gêne, aucune fatigue.

Voilà donc un cas de tuberculose du genou chez l'adulte, ou plutôt l'adolescent, traité par l'arthrectomie avec un succès complet au triple point de vue de la cure radicale de la tuberculose locale, de l'esthétique du membre et de la fonction.

Je vous ai fait venir ici quatre enfants de 6, 7, et 8, 10 ans, opérés récemment, c'est-à-dire depuis moins d'un an, vous pourrez constater que, chez tous, l'état local est excellent et que la guérison opératoire se maintient.

Au point de vue fonctionnel, ces enfants doivent être surveillés ; il est nécessaire de les munir d'un tuteur complet du membre inférieur, pendant un certain temps, pour éviter la flexion secondaire qui est l'écueil à éviter lorsqu'on intervient chez des enfants de cet âge.

En effet, les surfaces juxtaposées sont exclusivement cartilagineuses et la symphyse conserve toujours une certaine mobilité. Les résultats fonctionnels sont d'autant plus rapides que l'ossification intervient dans la synostose fémoro-tibiale.

Toutes ces observations seront, d'ailleurs, publiées en détail par MM. Gallois et Rivière, qui sont en train de réunir tous les documents qu'il me reste à publier sur mes cas d'arthrectomie du genou.

Je vous ai fait venir également un enfant de 11 ans, atteint de tumeur blanche grave du genou, avec flexion permanente du membre.

Ayant constaté l'état actuel, vous pourrez juger du résultat obtenu par l'intervention, dans quelques mois.

Je proteste, en effet, contre cette opinion formulée dans le cours d'une discussion que si les résultats obtenus par l'arthrectomie sont aussi satisfaisants, c'est que l'intervention est pratiquée pour des cas bénins. Voilà un cas arrivé au dernier degré du développement de la tumeur blanche, c'est un cas extrêmement grave ; je vous le montrerai guéri de sa tuberculose locale et ayant un membre jouissant du maximum d'utilisation fonctionnelle.

* * *

TRAUMATISME DE L'ARRIÈRE-PIED

M. Bérard, à propos de la discussion sur les traumatismes de l'arrière-pied, rapporte l'observation suivante, qui concerne un cas des plus complexes, par la diffusion et par le type un peu exceptionnel des lésions.

Le 28 décembre 1901, le nommé Emile L..., âgé de 40 ans, sujet vigoureux et d'une bonne santé habituelle, tombait d'un échaffaudage dressé à la hauteur d'un 1^{er} étage (environ cinq mètres). Le pied droit rencontra le sol le premier et vint frapper de tout le poids du

corps, sur le rebord d'un trottoir. Craquement, douleur vive, impossibilité pour le blessé de se relever seul. Le traumatisme a été aggravé encore par la chute des bois de l'échafaudage sur le blessé.

Celui-ci est conduit immédiatement à l'Hôtel-Dieu, dans la salle Saint-Sacerdos, où M. le Dr Gallois, chef de clinique, constate une fracture complexe de l'extrémité inférieure de la jambe, avec luxation de l'astragale sur le dos du pied et petites excoriations de la peau.

Le lendemain, sous anesthésie, la luxation de l'astragale est assez facilement réduite au moyen de la bande d'Esmarch (procédé préconisé par le professeur Jaboulay) et, de suite après, la fracture est immobilisée dans une attelle plâtrée, dans la meilleure position possible; le pied, toutefois, n'a pas pu être relevé à angle droit avec la jambe; il reste un peu d'équinisme.

Au bout de vingt jours, le premier plâtre est remplacé par un second, qu'on laisse encore vingt-cinq jours, en l'enlevant de temps à autre, pour pratiquer du massage de la jambe et quelques mouvements dans la tibio-tarsienne. Ces mouvements, très douloureux, ne peuvent atteindre qu'une faible amplitude, et quand le membre est enfin libéré de tout appareil, vers le 50^e jour, l'appui du pied par terre ne se fait que par le talon antérieur; toute pression sur la plante, surtout en arrière, est très douloureuse.

Les massages, les bains de vapeur, les mouvements méthodiques sont mis en œuvre pour rendre la marche possible, mais sans succès marqué. Le pied semble déjeté en dehors de l'axe de la jambe.

Il y a un épaissement considérable du cou-de-pied, surtout au niveau de la malléole externe, et à la face interne et antérieure du plateau tibial; en avant de celui-ci, on sent nettement une saillie osseuse, qui surplombe le col de l'astragale et qui l'empêche de se relever dans les mouvements de flexion. Le calcanéum, élargi en masse, est douloureux. D'autres points très sensibles à la pression sont notés tout autour des malléoles, sur le dos du tarse et même au niveau de la tête du premier métatarsien, anormalement saillante.

La radiographie confirme ces données; on voit, sur

l'épreuve prise alors, le tibia en angle obtus sur le pied, avec un trait de fracture par éclatement de l'épiphyse et une saillie très marquée du bord antérieur du plateau. Fracture du péroné, à quatre centimètres de la pointe de la malléole tibiale. Pas de lésion nettement systématisée dans l'astragale qui a repris sa place normale, ni dans le calcanéum, ni dans le reste de l'arrière-pied.

C'est l'équinisme et un certain degré de pied creux, dû surtout à la rétraction du fléchisseur du gros orteil, qui paraissent les altérations de statique les plus graves, en dehors de tous les phénomènes d'arthrite du tarse postérieur.

L'état restant stationnaire, M. Bérard décide, vers le 5 mars, une intervention sanglante destinée à supprimer la crête osseuse tibiale antérieure, qui limite la flexion du pied. Une double incision au devant des malléoles permet la résection, avec le ciseau et le maillet, d'un coin osseux à base inférieure; le pied est redressé immédiatement sans peine et immobilisé, après pansement, dans une simple gouttière en treillage de fer. Quinze jours après, les plaies sont cicatrisées et les mouvements repris.

Les premiers jours d'avril, le malade commence à appuyer le pied droit par terre; toutefois, si l'appui de ce pied se fait par toute la plante, il est surtout marqué au niveau du bord externe, et il ne peut être obtenu qu'au prix de douleurs encore vives, avec deux béquilles pour alléger le poids du corps.

La mobilisation du pied est continuée avec la bande de caoutchouc; les massages, les douches de vapeur sont repris également. Le 15 avril, le malade quitte l'Hôtel-Dieu.

M. Bérard l'a revu, tout récemment, à propos d'une expertise que demande la Compagnie d'assurances.

Le pied est encore déformé; il semble plus cambré que le pied gauche, avec des malléoles plus épaisses, le calcanéum un peu élargi, la tête du premier métatarsien saillante. Douleurs peu vives, mais persistantes, à la pression du cou de pied tout autour des malléoles. La marche est possible, sans occasionner de gonflement comme il y en avait à la sortie de l'hôpital. Toutefois, le

malade affirme qu'il ne peut encore pas prolonger longtemps l'appui du corps sur le pied droit, bien que l'axe de ce pied soit dans le prolongement de celui de la jambe, et que la plupart des mouvements de la tibio-tarsienne aient été récupérés. Il persiste de la raideur, ainsi que de la douleur dans les articulations médio-tarsiennes et tarso-métatarsiennes (surtout la première).

Le raccourcissement du membre inférieur droit est environ de 2 centimètres à 2 centimètres et demi. L'atrophie musculaire s'est beaucoup atténuée.

La dernière radiographie, prise le 21 novembre 1902, montre que le tibia et le péroné ont des cals peu déformés ; le tibia n'a plus son marginal antérieur en saillie au-dessus et au devant de l'astragale. Le squelette du pied sain.

Les points à relever dans cette observation sont les suivants.

1^o Complexité des lésions déterminées par une chute d'une hauteur relativement faible (5 mètres). Le pied semble avoir porté à plat sur un sol dur ; il aurait été secondairement, au dire du malade, projeté en dehors par une pièce de bois tombée de l'échafaudage. Donc le lassement et la torsion combinés ont donné : *luxation de l'astragale en avant, fracture bimalléolaire avec éclatement marginal antérieur du tibia, tassement du tarse et entorse tarso-métatarsienne.*

2^o Chez ce blessé, la réduction de l'astragale fut facile, grâce au procédé de la bande d'Esmarch. Mais, malgré cette réduction, il fut impossible d'obtenir, sous anesthésie, une coaptation exacte des fragments malléolaires et une bonne position du pied par rapport à la jambe. Avant de remédier au trouble de statique résultant de la projection du pied en équinisme, on rechercha la consolidation de la fracture et le maintien de l'astragale luxé. Ce n'est qu'après la formation du cal définitif que les portions exubérantes de celui-ci furent réséquées. Il fallut, à la suite de cette intervention, six mois de massages, de mouvements méthodiques et de douches de vapeur pour rendre au blessé l'usage de son membre, sans que la marche fût trop douloureuse.

Pourtant, même maintenant, on ne peut pas parler de guérison complète ; le résultat doit s'améliorer encore.

Le blessé pourra-t-il reprendre sa profession d'ouvrier en bâtiments ? Seules les douleurs d'arthrite s'opposent encore à la liberté des mouvements du pied ; malheureusement, on sait, en pareil cas, combien ces douleurs sont tenaces.

On peut donc se demander si pareil traumatisme doit-êtré rapproché des fractures de l'astragale, avec ou sans fracture des malléoles, et si ce malade aurait eu un plus grand bénéfice à ce qu'on lui extirpât d'emblée l'astragale, au lieu de le réduire.

3^o Enfin, au point de vue du diagnostic, il est important de savoir que les fractures marginales antérieures du tibia, consolidées avec saillies du fragment en avant de l'astragale, en imposent, à l'examen direct, pour une fracture ancienne de l'astragale : l'empâtement du cou de pied est le même en avant des malléoles, les points douloureux sont également répartis dans cette zone, la limitation des mouvements dans la tibio-tarsienne est identique. Il faut souvent le contrôle de la radiographie pour pouvoir affirmer la nature et la localisation exacte de la lésion.

M. Vallas a vu un malade analogue. Le diagnostic est difficile, dans ces cas, car on perçoit bien en avant une saillie, cause de la limitation des mouvements, mais on ne sait à quoi la rattacher. Ces fractures qui étaient mal connues l'année dernière, sont maintenant beaucoup mieux étudiées depuis les cas qui en ont été présentés. C'est ainsi que M. Durand a montré, l'année dernière, un malade analogue aux faits rapportés aujourd'hui. Il s'agissait d'un traumatisme du pied s'étant accompagné de fracture des bords marginaux antérieurs et postérieurs du tibia. Ces variétés de fracture relèvent plus de l'éclatement que de l'arrachement.

*
*
*

FRACTURE DE L'ASTRAGALE.— ABLATION DE CET OS

M. Villard. — Je viens apporter comme complément aux observations de fracture de l'astragale présentées dans les précédentes séances, un cas de fracture, par écrase-

ment de l'astragale, qui a nécessité la résection de cet os. Il s'agissait d'une fracture ancienne, remontant à un an et méconnue pendant plusieurs mois. Elle s'était produite chez un homme qui, accomplissant une période militaire, avait voulu sortir frauduleusement de la caserne en descendant d'un deuxième étage, au moyen d'une corde ; celle-ci s'étant rompue, le malade était tombé verticalement sur les deux pieds. Il en était résulté un traumatisme grave du pied droit, soigné comme fracture bimalléolaire. Lorsque le malade sortit de l'appareil plâtré dans lequel il avait été immobilisé, le pied se trouvait en extension, avec impossibilité de fléchir sur la jambe ; il en résultait une gêne fonctionnelle à peu près complète dans la marche.

Lorsque ce malade entra dans mon service à l'hôpital de la Croix-Rousse, je me rendis compte par l'examen clinique et radiographique qu'il s'agissait d'une fracture malléolaire avec écrasement de la partie postérieure de l'astragale, la partie antérieure de cet os faisait saillie en avant et, en venant buter au devant du rebord antérieur du tibia, empêchait totalement la flexion du pied. J'ai pratiqué il y a trois mois l'astragalectomie, le résultat a été excellent, ce malade a une très bonne conformation extérieure du pied, il fait déjà deux à trois kilomètres chaque jour et présente de légers mouvements de flexion de son pied ; ces mouvements ne feront qu'augmenter dans la suite, et le résultat définitif obtenu sera certainement parfait. Cette observation vient confirmer les idées émises dans les précédentes séances, à savoir que l'astragalectomie est le plus souvent le traitement de choix des fractures de l'astragale.

M. Vallas a présenté, l'année dernière, deux fractures de l'astragale, survenues chez le même sujet, à la suite d'un traumatisme et d'un mécanisme analogue à ceux de l'observation de M. Villard ; l'ablation des deux astragales lui a donné également un très bon résultat.

M. Bérard. — Ces cas sont intéressants à rapprocher de celui que j'ai rappelé tout à l'heure ; le mécanisme en est identique : chute dans la station verticale ; si le tibia est moins résistant, il se fracture au niveau de son plateau ; si au contraire il résiste, l'astragale est écrasé

dans sa partie postérieure. Au point de vue thérapeutique, c'est à la résection de l'astragale qu'il faut recourir, si cet os est fracturé, et la réduction sera de mise en cas de luxation.

M. Destot ne croit pas que le mécanisme soit identique dans les deux cas, comme le veut M. Bérard ; la fracture présentée par M. Villard est une fracture par hyperextension, la pointe du pied portant la première ; dans le cas de M. Bérard, au contraire, la fracture du tibia a lieu par éclatement, le pied portant à plat sur le sol.

* * *

FRACTURE DE LA ROTULE. — SUTURE DES AILERONS

M. Vallas présente un malade opéré, depuis un mois, d'une fracture de la rotule par la suture des ailerons ; huit jours d'immobilisation plâtrée ; actuellement, ce malade marche sans canne. Il a revu récemment un malade opéré l'année dernière : le résultat est excellent, car cet opéré a pu faire le métier de porteur au moment des vendanges dans le Beaujolais.

M. Albertin.—J'ai présenté un malade qui, à la suite de la suture des ailerons rotuliens, marchait vers le 30^e jour et qui, au 40^e, pouvait monter sur une chaise avec la jambe malade ; j'ai été vivement frappé de la rapidité remarquable des résultats obtenus. Par contre, dans les cas d'hémarthrose non opérés, on a souvent une gêne fonctionnelle très marquée et très persistante. C'est ainsi que j'ai vu un malade chez lequel, trois ans après une hémarthrose du genou, l'impotence était telle qu'une arthrectomie fut pratiquée, celle-ci démontra des altérations synoviales chroniques et deux brides cicatricielles limitant les mouvements. Leur section a amené une amélioration considérable. Ces faits ne doivent-ils pas encourager à faire l'arthrectomie d'emblée dans les épanchements sanguins articulaires ?

Séance du 4 décembre 1902. — Présidence de M. GAYET.

OSTÉOME DU BRACHIAL ANTÉRIEUR

M. Vialle présente, au nom de M. Ruotte, un malade qui, à la suite d'une luxation du coude gauche en arrière, a vu se développer dans le muscle brachial antérieur, au niveau de la partie tout-à-fait inférieure de ce muscle, un ostéome. Cet ostéome est apparu très vite, six ou sept jours après la luxation, a d'abord été très gros, puis a diminué progressivement.

Actuellement, cet ostéome, quoique peu volumineux, gêne notablement le mouvement de flexion du coude; ce mouvement ne dépasse pas l'angle droit. Les radiographies faites paraissent établir que si la flexion est gênée, c'est parce que la tumeur forme taquet et vient buter contre la face antérieure de l'humérus.

Aussi M. Ruotte exprime l'opinion qu'il y aurait peut-être, dans ce cas particulier, un indication à intervention opératoire.

M. Destot. — Ces ostéomes sont souvent des arrachements périostiques faits par le brachial antérieur; ainsi, sur la radiographie présentée, il existe, en arrière, une tache noire qui pourrait bien être un lambeau périostique.

M. Vialle reconnaît la justesse de l'observation de M. Destot, mais il pense plutôt que la tache radiographique est due à un hématome de la bourse rétro-olécraniennne, aujourd'hui résorbé.

M. Vincent. — Je ne pense pas qu'il faille attribuer la limitation des mouvements à l'ostéome, car celui-ci est libre et, comme le malade a eu une luxation, la raideur articulaire doit plutôt être mise sur le compte de l'arthrite. C'est dire que je ne crois pas à la nécessité d'une intervention.

M. Vialle. — Si l'on se rapporte à la radiographie, l'ostéome semble faire taquet. C'est, du moins, l'opinion de M. Ruotte. Pour ma part, je me rallierais plus volontiers à l'opinion de M. Vincent.

TRAUMATISME DU PIED

M. Mcrel, interne des Hôpitaux, présente, au nom de M. le professeur **Pollosson**, empêché, un malade atteint de traumatisme ancien du pied, dont le diagnostic prête à quelques considérations intéressantes.

Il s'agit d'un homme de 48 ans, exerçant la profession de tonnelier, qui était entré dans le service de M. Pollosson pour une fistule à l'anus et qui, incidemment, attirait l'attention sur des phénomènes douloureux localisés dans son pied gauche. Interrogé de ce côté, le malade raconte qu'il y a quinze ans, il a été victime d'un accident survenu dans les circonstances suivantes :

Il travaillait sur un échafaudage de trois mètres de hauteur, lorsque la planche sur laquelle il était, se rompit et il tomba debout sur le sol, sans qu'il puisse préciser si son pied était en flexion ou en extension. Dans l'impossibilité de se relever, il fut transporté à l'hôpital d'Oran.

Il fut mis en traction pendant cinquante jours, puis dans un appareil plâtré pendant un mois; enfin, il subit un traitement consécutif de deux mois, par le massage et les douches de vapeur. Cinq mois après son entrée, le malade pouvait, dit-il, appuyer son pied sur le sol et commencer à marcher.

A sa sortie de l'hôpital, c'est-à-dire six mois après l'accident, les fonctions étaient [à ce point bien rétablies qu'il put reprendre sans peine son travail de tonnelier; il ne l'a pas interrompu depuis quinze ans. Dans ce long intervalle, c'est à peine si, à part une gêne [notable dans les mouvements de flexion qui rendait, dit-il, son pied moins sûr que le pied droit, c'est à peine s'il éprouvait, de temps à autre, quelques douleurs dans son cou-de-pied.

Depuis deux mois seulement, en même temps qu'est apparue la fistule anale et qu'il s'est mis à tousser, ces douleurs sont devenues plus vives, persistantes, sans, toutefois, pour cela, le forcer à s'aliter.

Actuellement, à l'examen de son pied, on constate :

Un élargissement marqué du cou-de-pied qui semble épaissi, tassé dans sa partie antérieure. Le diamètre bi-malléolaire de ce côté, mesuré au compas d'épaisseur, est supérieur de trois millimètres au diamètre homologue du côté sain. Les malléoles sont notablement épaissies, allongées dans le sens antéro-postérieur et paraissent abaissées, par rapport au plan du sol. Cet abaissement malléolaire se traduit, à la mensuration, par une différence de huit millimètres en faveur du côté droit (distance de la pointe des deux malléoles externes au sol).

Pas de raccourcissement marqué du bord interne du pied.

A la palpation, on sent, au-devant des malléoles, une saillie anormale, arrondie, formant une véritable encoche sur la courbe régulière du cou-de-pied.

Limitée par un rebord net, en dehors, elle s'atténue progressivement en dedans, pour aller mourir sous le bord inférieur de la malléole interne. Il est difficile de dire si cette saillie est entraînée par les mouvements imprimés au pied.

La palpation de l'astragale par les dépressions pré-malléolaires, montre un léger épaississement dans la dépression pré-malléolaire interne. On ne sent pas, comme du côté sain, en arrière du scaphoïde, la saillie légère formée par la tête de l'astragale.

Les méplats normaux du tendon d'Achille sont effacés et comme comblés à leur partie inférieure.

Les mouvements spontanés de flexion et d'extension sont à peu près nuls.

Quant aux mouvements provoqués, bien que limités, ils ont cependant une certaine étendue.

En présence de ces signes, M. le professeur Pollosson avait porté le diagnostic de fracture de l'astragale avec bascule de la tête en avant et subluxation du corps, dont la partie la plus antérieure viendrait faire saillie sous les téguments.

La radiographie a révélé :

Une fracture complète de l'astragale ; la tête de l'os a fui en avant, conservant ses rapports normaux avec le scaphoïde. Quant au corps, écrasé et aplati, il est légèrement subluxé en avant sous la mortaise tibio-péronière.

Il est difficile de préciser, d'après l'épreuve radiographique, si la saillie révélée par le palper au devant des malléoles appartient au tibia où à l'astragale.

M. le professeur Pollosson a cru intéressant de présenter ce malade :

A cause des récentes communications faites à la Société de Chirurgie ;

A cause du peu de troubles fonctionnels amenés, dans ce cas particulier par, une fracture grave de l'astragale, fait d'autant plus intéressant que de tels traumatismes sont considérés, généralement, comme entraînant un pronostic sombre et commandant une intervention précoce ;

A cause enfin de l'intérêt de la radiographie et de la difficulté qu'on éprouve à la lire..

M. Destôt. — Cette radiographie est difficile à lire ; je pense que le tibia descend très bas en avant. La partie postérieure de l'astragale est écrasée. Il y a aussi un élargissement considérable du pied, comme s'il existait un éclatement du tibia.

Le diagnostic radiographique de fracture de l'astragale est souvent difficile et cela est pourtant utile à préciser au point de vue d'une intervention possible.

M. Durand. — J'ai vu le malade de M. Pollosson. Je veux insister sur les caractères cliniques présentés par ce malade. Dans les discussions précédentes on a toujours insisté sur la gravité fonctionnelle, peut-être pas assez sur les cas moins graves. Ce malade a peu présenté de troubles fonctionnels. Il a pu marcher au bout de six mois et on n'avait pas eu l'idée de lui proposer une intervention.

D'autre part, j'ai vu une fracture du col de l'astragale survenue chez un jeune homme, à la suite d'une chute de peu de hauteur. Malgré qu'il s'agit d'une fracture compliquée, il n'y eut aucun phénomène infectieux.

Le résultat définitif fut parfait, bien que la conservation eût été le traitement suivi.

J'ai voulu montrer que, dans certains cas de fracture de l'astragale, on peut faire de la conservation, et que l'ablation ne s'impose pas d'une façon absolue.

M. Vallas. — Dans la discussion qui vient d'avoir lieu sur le pronostic et le traitement des fractures de l'astragale, des faits contradictoires ont été apportés, et des opinions assez divergentes se sont fait jour. Il me semble néanmoins qu'on peut en dégager des considérations intéressantes.

Tout d'abord, il semble que le diagnostic d'une fracture de l'astragale est chose difficile. A part les cas où la tête, détachée du corps, vient se luxer sous les téguments avec ou sans plaie de ceux-ci, la lésion astragalienne peut aisément être méconnue. Les fractures marginales du plateau tibial semblables à celles dont je vous montre ici la radiographie, et dont MM. Bérard et Durand vous ont également apporté des exemples, demandent un examen minutieux pour ne pas être confondues avec une fracture de la partie antérieure de l'astragale. Il y a aussi des cas où, à la suite d'une chute d'un lieu élevé, on trouve des dislocations considérables du tarse, fracture du calcaneum, énucléation du cuboïde, luxation de l'astragale avec bascule de cet os autour de son axe transversal, sans que, cependant, l'interligne tibio-tarsien soit altéré dans sa continuité. Je pense donc que la radiographie est nécessaire pour porter un diagnostic ferme et précis, quand il s'agit d'un traumatisme du massif tibio-tarsien.

Tous ces cas, quelle que soit leur importance, doivent être éliminés pour ramener la question au point unique en discussion : les fractures de l'astragale.

Si l'on met à part les fractures compliquées et ouvertes où l'infection de l'article prend la première place et dicte à elle seule la conduite chirurgicale, un point seulement est resté à considérer, c'est l'état dans lequel se trouvera plus tard l'interligne tibio-tarsien. Le jeu plus ou moins entravé de cette articulation, voilà le point de vue auquel il faut se placer pour apprécier le pronostic fonctionnel des fractures de l'astragale.

Dans ce but, il y a lieu de distinguer les fractures du col et les fractures du corps.

Les fractures du col, sans énucléation de la tête, ne peuvent gêner la flexion du pied sur la jambe que par les ostéophytes qui vont prendre naissance à leur niveau et s'élever comme une barrière au devant du bord antérieur du plateau tibial. Plus le trait de fracture sera rapproché de ce plateau tibial, plus il y aura de chances pour que la gêne fonctionnelle soit grande dans l'avenir. A ce point de vue il peut y avoir des différences assez importantes. Voici, par exemple, deux radiographies de fractures du col. Dans la première, le trait affleure la surface scaphoïdienne : le résultat fonctionnel a été assez satisfaisant. Dans la seconde, le col est détaché à sa base tout contre la poulie astragaliennne : la gêne fonctionnelle a été beaucoup plus accentuée.

Les fractures du corps ne sauraient exister sans que la surface articulaire de l'astragale ne soit déformée. Aussi leur pronostic fonctionnel est-il plus grave. Il est évident que des inégalités de surface, dans une jointure aussi serrée, seront la cause de douleurs perpétuelles au moindre mouvement. L'hydarthrose chronique, l'entorse continue, si l'on peut ainsi parler, tel est le sort réservé à de pareils blessés.

Les fractures du corps peuvent aboutir à un autre résultat. Dans les chutes d'un lieu élevé, le tibia peut s'enfoncer dans l'astragale et se souder avec lui. Je vous en ai présenté un exemple, M. Villard en a cité un autre. En pareil cas, le traumatisme aboutit à une ankylose tibio-tarsienne, et c'est alors la position respective des segments ankylosés qui règlent le pronostic. Dans mon cas, les deux pieds étaient ankylosés en équinisme : le malade marchait sur les pointes, comme une danseuse. J'ai dû lui enlever ses deux astragales pour corriger sa difformité, et je vous le présente aujourd'hui commençant à se tenir debout et à marcher correctement. Mais il peut arriver que l'ankylose se fasse en bonne position, le pied fléchi à angle droit sur la jambe. Alors le malade pourra obtenir un résultat fonctionnel satisfaisant, surtout s'il s'établit des mouvements de compensation et de

suppléance dans l'articulation de Chopart et dans la sous-astragaliennne.

De tout ceci, il me semble qu'on peut déduire quelques indications thérapeutiques, au moins dans les cas-types. Pour mon compte, je n'hésiterai pas à enlever l'astragale dans les fractures du corps, parce que les chances sont trop minimales d'avoir un bon résultat fonctionnel. Pour les fractures du col, sans luxation de la tête, l'indication est moins formelle. Je crois, cependant, que, pour les cas où le trait avoisine le plateau tibial, l'ablation de l'astragale fera gagner du temps au blessé et lui donnera, pour un bon résultat fonctionnel, de plus grandes chances que l'expectation.

DE L'ENTÉRO-ANA-GASTROSTOMIE

M. Goullioud. — On sait la difficulté que l'on a généralement à obtenir, par la gastrostomie, une fistule continente. Nous n'ignorons pas cependant qu'il existe des cas où ce résultat a été obtenu d'une façon parfaite et même par les procédés les plus simples. Mais nous savons aussi combien ces cas heureux sont rares, et la multiplicité même des procédés opératoires proposés montre bien la difficulté laquelle beaucoup de chirurgiens se sont heurtés. Le plus souvent, la fistule stomacale réalise le desideratum d'être continente pendant un certain temps, puis l'orifice s'agrandit et la bouche stomacale rejette en abondance les aliments injectés. L'estomac est comme intolérant et se vide par la fistule bien plus que par le pylore.

Nous nous sommes demandé si celui-ci ne jouait pas un rôle fâcheux et si nous n'obtiendrions pas une continence plus facile en supprimant l'obstacle pylorique et en perçant l'estomac au point déclive. D'où l'idée de faire précéder la gastrostomie d'une gastro-entéro-anastomose dans la même séance. Nous espérons supprimer ainsi la régurgitation gastrique, non seulement pour les aliments injectés, mais aussi pour le suc gastrique dont on connaît l'action corrosive sur l'orifice artificiel. On

peut espérer ainsi un écoulement continu du contenu gastrique dans l'intestin, à la place de l'évacuation intermittente sous l'influence des contractions de l'estomac, au moment de la dilatation physiologique du pylore. L'évacuation de l'estomac sera facilitée, bien que nous ayions encore à redouter l'action de la tension abdominale qui joue un si grand rôle dans l'écoulement des liquides de toutes les fistules abdominales. Nous savons aussi que nombre d'insuccès tiennent à ce que l'on intervient chez des cancéreux particulièrement cachectiques.

Notre méthode consiste donc à faire précéder la gastrostomie d'une gastro-entéro-anastomose préalable.

Nous conseillons le procédé opératoire suivant :

1^{er} temps : On fait d'emblée deux incisions, l'une médiane sus-ombilicale, l'autre sous-costale (incision de Labbé ou autre).

2^e temps : Par la plaie sous-costale, on repère le point de la paroi antérieure de l'estomac au niveau duquel on doit faire plus tard la bouche stomacale. Il est choisi le plus près possible du cardia. On applique une pince en cœur sur un pli de la paroi.

3^e temps : Par l'incision médiane, on fait une gastro-entéro-anastomose trans-méso-colique, donc sur la face postérieure de l'estomac dans la région pré-pylorique, c'est-à-dire au point déclive. Cependant, la pince placée au point futur de la gastrostomie est plus ou moins entraînée et attirée dans l'abdomen. La gastro-entérostomie terminée, la plaie médiane est rapidement suturée.

4^e temps : On amène facilement à la plaie sous-costale, sous forme de cône, le point de la paroi antérieure de l'estomac, déjà repéré et pincé. On termine alors par la gastrostomie.

En résumé, nous faisons une gastrostomie sur la face antérieure de l'estomac, près du cardia, et une gastro-entérostomie sur sa face postérieure, près du pylore.

Soit pour la gastro-entéro-anastomose, soit pour la gastrostomie, on peut recourir à tel procédé que l'en voudra, en donnant la préférence à un procédé rapide. Cependant, pour la gastro-entérostomie, nous avons eu

recours au procédé de Von Hacker, avec sutures ; pour la gastrostomie, au procédé de Terrier, en nous inspirant cependant des idées de Fontan, Monod, etc., c'est-à-dire en ne suturant pas la muqueuse à la peau. Rien n'empêche de modifier chaque temps opératoire ; on pourrait notamment faire les deux opérations par la même incision, cependant la ligne de conduite que nous conseillons nous paraît la plus naturelle et la plus simple.

A priori, nous ne croyons pas cette méthode beaucoup plus grave qu'une gastro-entérostomie ou qu'une gastrostomie, si l'opération n'est pas faite trop tardivement. Pour en atténuer la gravité, nous conseillons de recourir à ce que nous appelons l'anesthésie *discontinue* que nous employons fréquemment en chirurgie intestinale. Nous ne faisons endormir le malade que très superficiellement pour les temps véritablement douloureux ; incision du début, recherche des viscères à suturer, et occlusion terminale de la plaie, mais nous suspendons l'anesthésie pendant tout le temps des sutures viscérales qui ne sont pas douloureuses.

Nous voudrions pouvoir apporter ici la preuve clinique à l'appui de notre idée. Nous l'avons appliquée une fois sur le vivant, le 21 novembre dernier. Malheureusement nous avons à faire à un homme âgé, très malade, qui ne nous a autorisé à l'opérer que trop tardivement et, qui, n'ayant plus aucune résistance, a succombé rapidement. Faut-il en accuser notre opération complexe ? Nous ne le croyons pas, et il est probable qu'une gastrostomie simple aurait eu la même terminaison. Car c'est à des complications pulmonaires préexistantes, liées à la propagation du cancer de l'œsophage à la trachée, que notre malade a succombé. Ce cas, opéré *in extremis*, ne prouve rien, croyons-nous.

Il nous restera donc à démontrer par des faits ultérieurs le bien fondé de notre méthode que nous ne pouvons encore considérer que comme une espérance d'amélioration de la gastrostomie.

L'expression d'entéro-ana-gastrostomie nous paraissent la décrire, pour ainsi dire.

Séance du 11 décembre 1902.

Présidence de M. HORAND.

**THROMBOSE DE LA VEINE CAVE INFÉRIEURE. —
CIRCULATION COLLATÉRALE.**

M. Jaboulay présente un homme de 40 ans, qui a vu survenir, il y a 20 ans, à la suite d'une fracture de l'extrémité inférieure des os de la jambe droite, de l'œdème, des varices dans les deux membres, et puis des varices sur les côtés de la paroi abdominale qui vont du pli de l'aîne, c'est-à-dire de l'iliaque externe, jusqu'aux veines intercostales. Le sang remonte dans leur lumière, ainsi que le montre la pression vers un de leurs points et l'interruption de la circulation. Le bout inférieur se gonfle, le supérieur se vide. Les veines collatérales vont d'une veine tributaire de la veine cave inférieure à la veine tributaire de la veine cave supérieure, et le sang du territoire de la première remonte ainsi au cœur par cette voie dérivatrice. Il faut donc que la veine cave inférieure soit insuffisamment perméable. Il est probable que l'ancienne fracture a dû faire une thrombose qui s'est propagée dans les veines des deux membres et aussi dans la veine cave inférieure.

A noter aussi que le foie du malade est diminué de volume et qu'il existe aussi des veines sous-cutanées dans la région épigastrique.

Enfin, cet homme a été atteint récemment d'une pleurésie purulente gauche, pour laquelle il a subi une résection costale en face du cœur.

RÉCIDIVE D'UNE TUMEUR DU MAXILLAIRE SUPÉRIEUR

M. Jaboulay présente un enfant de 15 ans, atteint d'une tumeur récidivée de la mâchoire supérieure, qui a été opérée par M. Vincent, en juillet 1900 et présentée par lui à la Société à cette époque.

C'est une tumeur molle, animée de battements et d'expansion, qui disparaissent par la compression de la carotide primitive correspondante. Elle a envahi l'orbite d'où elle a chassé en partie l'œil qui est en exophtalmie. Le nerf optique est atrophié et blanc. La voûte palatine est abaissée, la fosse nasale envahie, et puis un prolongement s'insinue sur la face postéro-externe du maxillaire supérieur.

Faut-il opérer à nouveau ce malade? et si oui, ne faut-il pas commencer par lier la carotide externe, et passer un fil temporaire sur la carotide interne pour la couder au cas d'une hémorrhagie récurrente par l'ophtalmique?

Après quoi seulement, on pourrait enlever le massif de la mâchoire supérieure envahie par ce néoplasme extraordinairement vasculaire.

M. Vincent. — J'ai parfaitement présent à l'esprit le cas de l'enfant dont vient de parler M. Jaboulay. Lorsqu'il entra dans mon service, il était porteur d'une tumeur de la région malaire gauche, s'accompagnant de douleurs et d'un peu d'exorbitisme. L'hypothèse d'une saillie dans les fosses nasales et des épistaxis me décidèrent à l'intervention. J'ai passé par l'antra d'Higmore. Il s'agissait d'un fibrome naso-pharyngien dont l'ablation s'est accompagnée d'une hémorrhagie formidable, car il y avait une dilatation angiomateuse périphérique considérable. M. Ollier m'avait conseillé, comme voie d'accès, l'ostéotomie verticale et bilatérale du nez; je ne pense pas que cette intervention m'eût permis l'ablation de la tumeur. Actuellement il s'agit d'un véritable angiome et je crois que le plan opératoire proposé par M. Jaboulay, consistant dans la compression de la carotide interne et la ligature de la carotide externe, est prudent.

M. Claudot. — Pourquoi M. Vincent a-t-il porté le

diagnostic de fibrome naso-pharyngien, puisqu'il n'y avait rien du côté du pharynx ?

M. Vincent connaît un certain nombre de cas atypiques de fibrome naso-pharyngien, dans lesquels le point d'attache originel est rompu, et où le fibrome contracte des adhérences nouvelles secondaires.

M. Bérard. — La tumeur était-elle contenue toute entière dans l'antre ; ne pouvait-on pas admettre, dans ce cas, un point de départ à ce niveau ?

M. Jaboulay. — La rhinoscopie n'a rien donné : il n'y a pas eu de surdité, on peut donc parfaitement admettre ce point de départ initial dans l'antre.

THROMBOSE DES VAISSEaux MÉSENTÉRIQUES

MM. G. Gayet et Tavernier, présentent des pièces provenant d'un malade opéré par l'un d'eux au titre de chirurgien de garde.

C'était un homme de 47 ans, mécanicien, qui avait été atteint, plusieurs années auparavant, d'une phlébite double des membres inférieurs ; il en avait gardé des ulcères et des douleurs, surtout à la jambe gauche.

Il y a dix jours les douleurs augmentent, avec un peu de fièvre et de malaise. Il y a deux jours, violente douleur abdominale généralisée. Vomissements, ballonnement, arrêt des matières et des gaz. A son entrée, on observe un malade anhélant, avec régurgitations, hoquet, vomissements fréquents ; agitation, face vultueuse. Ventre tendu, sillonné de grosses veines très développées. Pouls à 80.

Le diagnostic était hésitant, mais une intervention s'imposait. Immédiatement, laparotomie sous-ombilicale médiane ; les anses apparaissent noires et poisseuses, semblables à celles qu'on trouve dans un sac de hernie étranglée ; presque tout l'intestin grêle a ce caractère. On fait alors le diagnostic de thrombose des vaisseaux mésentériques ; on referme le ventre en plaçant un Mikulicz.

Mort 12 heures après; on trouve, à l'autopsie, une embolie de l'artère mésentérique supérieure d'une longueur de 12 centimètres environ, commençant presque immédiatement après que ce vaisseau a quitté l'aorte.

M. Condamin. — J'ai observé un cas de thrombose de la veine mésentérique supérieure à la suite de l'ablation d'un kyste de l'ovaire induré, ayant nécessité une décortication difficile; la mort survint 12 jours après l'intervention.

M. Jaboulay. — J'ai vu à l'amphithéâtre une hernie du gros intestin qui s'était accompagnée d'une gangrène de l'artère mésentérique inférieure.

M. Vialle. — Le siège de la douleur peut-il aider au diagnostic?

M. Goullioud. — J'ai pensé dans un cas à la péri-phlébite à une thrombose de l'artère mésentérique chez une malade atteinte de phlébite du membre supérieur qui, brusquement, avait présenté des signes de péritonite suraiguë. Cette malade avait eu des melœna et il existait chez elle une gangrène très étendue de l'intestin.

M. Villard — Un traumatisme opératoire comme celui rapporté par M. Condamin, ou une inflammation herniaire comme dans le cas de M. Jaboulay, peuvent provoquer des accidents de thrombose mésentérique; du reste ces faits doivent être plus fréquents qu'on ne le dit, beaucoup doivent passer inaperçus et ne sont pas diagnostiqués; l'observation de M. Goullioud est très vraisemblablement une thrombose mésentérique.

Quant à la question de M. Vialle, relative à la situation de la douleur abdominale, il ne semble pas que l'on puisse en retirer grande indication dans le diagnostic, car elle est péri-ombilicale, comme dans beaucoup d'infections péritonéales.

Séance du 18 décembre 1902

Présidence de M. HORAND.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

* * *

PRÉSENTATION DE PIÈCES ANATOMIQUES

M. Jaboulay. — Le malade présenté dans la dernière séance a été opéré suivant le plan qui avait été proposé et qui n'avait pas rencontré d'opposition.

1^o Ligature de l'artère carotide externe du côté de la tumeur, et passage d'un fil provisoire sous la carotide primitive, destiné à couder l'artère en cas d'hémorrhagie récurrente par l'artère ophtalmique. Ce temps opératoire ne montre d'autre particularité que du sang pâle, sortant par plus d'orifices que d'habitude, mais arrivant cependant à se coaguler.

2^o Résection du maxillaire supérieur avec la tumeur. Une fois la mâchoire enlevée, un prolongement profond du néoplasme fut visible vers l'œil et vers la base du crâne. Une excision d'un morceau en fut faite avec des pinces et les ciseaux. A ce moment, un aide dit : « La carotide ne bat plus ». Le malade venait de prendre une syncope. Elle céda à l'inversion, à la respiration artificielle, à la pression alternative du thorax, aux tractions rythmées de la langue. L'opéré revint à lui au bout d'une minute environ et cria ; il comprenait les questions ouvrant et fermant l'œil droit comme on l'en priait. Un tampon fut appliqué dans le fond de la plaie, et les téguements recousus par devant. L'enfant, transporté dans son lit pour y subir une injection de sérum artificiel, mourait d'une syncope au bout d'une heure.

Réfléchissant aux circonstances de la mort, il fut évident pour moi qu'elle avait été due aux manœuvres d'extraction de la partie profonde du néoplasme, comme si celui-ci avait été un fungus de la dure-mère que j'aurais refoulé contre le cerveau, en le contusionnant, et j'affirmais l'existence d'une tumeur intra-cranienne.

L'autopsie la démontra, en effet, mais avec bien d'autres particularités. Il existait trois tumeurs saillantes dans le crâne : l'une derrière l'apophyse clinôïde antérieure droite, une autre derrière l'apophyse clinôïde antérieure gauche ; celle-ci avait filé le long du nerf optique en l'envahissant et avait déterminé son atrophie qui est, en pareil cas, considérée comme caractéristique des prolongements intracraniens ; une troisième, enfin, grosse comme un œuf, siégeait dans la fosse cérébrale moyenne gauche, englobant les trois branches du trijumeau et ayant ainsi causé les grosses douleurs dont se plaignait le malade de M. Vincent. Celle-ci avait fusé, dans la fente sphénoïdale et aussi à travers les tissus de la base du crâne, contribuant à former la tumeur, que j'avais tenté d'exciser. Enfin, en retournant la base du crâne, on constatait, implanté sur l'apophyse basilaire, un vulgaire polype naso-pharyngien, qui avait deux pédicules secondaires, l'un sur la face supérieure du voile du palais, l'autre dans la fosse nasale gauche. Ce polype avait ramolli la base du crâne, en l'infiltrant à distance dans tout le territoire occupé par les tumeurs secondaires.

C'est ce ramollissement qui explique la contusion du cerveau, le shok cérébral, par les manœuvres d'extraction profonde et par le tamponnement qui devait servir de pansement.

C'est ce shok direct, porté sur le cerveau après la résection du maxillaire supérieur, qui a dû entraîner la syncope, puis la mort.

Mais rien, sauf l'atrophie du nerf optique gauche, ne faisait soupçonner un prolongement intracranien.

Enfin, si ce polype a passé inaperçu à l'exploration digitale, faite par plusieurs chirurgiens, c'est qu'il était extrêmement vasculaire et qu'il disparaissait sous le doigt qui l'explorait.

Tels sont les renseignements que le mort donne aux vivants.

M. Vincent. — J'ai écouté avec un grand intérêt l'exposé de l'autopsie de ce jeune malade que j'avais opéré, il y a deux ans, à la Charité.

A l'appui de ce que j'ai eu l'honneur de dire dans la dernière séance, sur la nature fibreuse de la tumeur que j'avais extraite de l'antre d'Highmore, j'avais apporté cette tumeur même que voici.

Cette présentation n'a plus d'intérêt en présence des pièces anatomiques que nous apporte M. Jaboulay.

Les prolongements du néoplasme du côté des apophyses clinoides antérieures droite et gauche, dans la fosse cérébrale moyenne du côté gauche, dans les régions traversées par le trijumeau et par le nerf optique gauches, dans le sinus du maxillaire supérieur, m'expliquent l'exorbitisme, la cécité par atrophie du nerf optique et les douleurs très vives qu'accusait l'enfant.

La mollesse du fibrome au niveau de son implantation basilaire explique aussi pourquoi il a été pris pour une simple hypertrophie de la muqueuse, soit au toucher, soit à l'examen rhinoscopique.

J'ai publié le cas en le qualifiant de polype pharyngien à siège anormal. J'avais donc bien raison. La nécropsie complète mon observation, en éclairant les signes restés obscurs.

M. Jaboulay vient de dire que j'avais approuvé l'opération qu'il a faite et qui l'a conduit à ce désastre. Je regrette de n'avoir pas exprimé mon avis plus nettement. Je lui ai simplement déclaré, en le remerciant de sa déférence, qu'il se trouverait dans des conditions moins bonnes que je ne l'ai été dans mon opération, il y a deux ans. A cette époque, je fis la résection de la paroi antérieure de l'antre d'Highmore, pour en extraire un fibrome que voici. Ce fibrome était entouré d'une muqueuse transformée en tissu érectile tellement vasculaire qu'un jet de sang suivit mon extraction avec une abondance si formidable que je ne pus faire autre chose que tamponner vigoureusement. Le jeune opéré resta plusieurs jours dans un état lipothymique inquiétant. Le souvenir du danger couru, le souvenir de la faiblesse

de résistance du sujet m'aurait empêché de pratiquer l'opération qu'a faite M. Jaboulay et dont vous avez les résultats sous les yeux. J'ai timidement proposé de recourir à la compression pour obtenir la formation d'un caillot dans le tissu caverneux qu'on sentait animé de pulsations au niveau de la brèche de ma résection partielle du maxillaire supérieur. Loin de moi la pensée de blâmer la conduite de M. Jaboulay. Je suis intimement persuadé que notre collègue a, dans ce cas, comme toujours, uni la prudence à l'audace. Du reste, ce pauvre enfant était condamné par les prolongements cérébraux de son fibrôme.

FRACTURE DE SCAPHOÏDE DU CARPE

M. Destot présente les radiographies d'un malade qui, par suite de la rupture d'une roue, fut précipité d'un tricycle à pétrole marchant à 60 kilom. à l'heure. Outre une blessure légère à la jambe, le blessé se releva avec une déformation du poignet singulière, en cou de cygne. Traitée par le massage depuis cette époque, la tuméfaction dorsale du poignet disparut et, aujourd'hui, le poignet ne présente aucune déformation; pourtant, le malade ne peut se servir de sa main, les mouvements de flexion sont très limités, les mouvements d'abduction et d'adduction n'existent pas. En examinant plus attentivement, on voit que le radius a conservé sa forme, que l'interligne est respecté. Mais il existe en avant une saillie légère, mais anormale, du côté de la base de l'éminence thénar. En l'absence de radiographie, il serait impossible de faire le diagnostic, mais celle-ci permet de constater les désordres. On voit, en effet, qu'il existe une *fracture du scaphoïde*, et cette fracture est tout à fait anormale; en effet, si la partie supérieure de l'os est restée en place, en revanche, la partie inférieure et son apophyse ont été luxées de l'alvéole qui les contient; d'une part, sur la face externe du grand os et, d'autre part sur la face trapézienne. Si on cherche à reconstituer l'histoire du blessé, on voit qu'il s'est produit une luxation médio-carpienne, qui a été réduite par

le massage, et que le scaphoïde qui, par sa forme, fait partie des deux rangées, s'est cassée précisément à l'union de la première rangée avec la seconde. Le malade présentait, d'ailleurs, des écorchures sur le dos de la main, qui indiquaient que cette luxation avait dû se faire par flexion forcée et, en même temps, on voit que l'interligne carpo-métacarpien est légèrement béant.

Ce cas diffère sensiblement des cas de fracture du scaphoïde que j'ai vus et que j'ai signalés; le premier, en 1897, dans l'*Echo Médical* et dans la thèse de Cousin. Ces cas sont extrêmement rares, puisque je n'en ai vu que sept authentiques. Ils échappent à l'examen clinique et la radiographie seule permet de faire le diagnostic exact; encore faut-il se défier de ce moyen et n'accepter comme cas authentiques que ceux dans lesquels le trait de séparation du fragment est nettement visible.

Au Congrès de Chirurgie de 1900, on présenta, sous le nom de fracture du scaphoïde, des cas où la fracture n'existait pas. Certains chirurgiens profitèrent de la circonstance pour décréter que la radiographie était un moyen trompeur. L'erreur démontrait seulement l'ignorance de ceux qui interprétaient mal les figures. En effet, on sait que le scaphoïde est pourvu d'une apophyse inférieure qui n'apparaît pas lorsque l'os est bien placé. Mais, s'il existe une légère flexion du poignet ou une subluxation du scaphoïde, la forme naviculaire de l'os se change en une forme globuleuse à travers laquelle on voit un trait noirâtre plus marqué, formé précisément par l'apophyse qui transparait à travers la masse de l'os.

J'ai montré, dans la thèse de Gallois, que cette apparence était très fréquente dans les fractures de l'extrémité inférieure du radius, et que le dos de fourchette était précisément constitué par la face postérieure du radius soulevé par le scaphoïde. La pathogénie de cette fracture a été bien élucidée par les expériences rapportées dans cette thèse, et nous avons montré que le scaphoïde, astragale du poignet, recevant le poids du corps par son apophyse inférieure, cherchait à se luxer sur le dos du poignet, en soulevant la lèvre postérieure du radius.

Cette théorie pathogénique nouvelle s'appuyait sur un grand nombre d'observations et d'expériences, et la

physiologie pathologique nous a montré que, si on empêchait le scaphoïde de basculer en arrière, par un mouvement de sonnette, en engainant profondément, sous la face articulaire du radius, par un mouvement d'abduction forcée, on cassait le scaphoïde deux fois sur trois.

Tel est, d'ordinaire, le mécanisme de la fracture du scaphoïde isolé que l'on rencontre dans les chutes portant sur l'éminence thénar de la main en abduction.

Mais il ne faut pas oublier que la luxation médio-carpienne n'est pas très rare ; on la rencontre d'habitude dans les chutes de cheval. Cette luxation peut être incomplète et s'accompagner de fractures du scaphoïde.

Si l'on considère, en effet, la première rangée des os du carpe, on voit que, seul, le scaphoïde a des attaches sérieuses et basses avec la seconde rangée. Semi lunaire, pyramidal et fusiforme se dévient facilement, mais le scaphoïde descend sur la face externe du grand os, pour s'articuler avec le trapèze et le trapézoïde, si bien qu'il forme comme une attelle externe au grand os. Or, celui-ci est la véritable genouillère autour de laquelle tournent tous les os du carpe, et l'on conçoit que, dans les mouvements de luxation de cet os en arrière, l'effort tend à fracturer cette attelle, tandis que les autres os de la première rangée restent en place.

En effet la première rangée des os du carpe et la partie supérieure du scaphoïde sont maintenues dans la gouttière radiale et accompagnent les deux os de l'avant-bras tandis que la seconde rangée et la partie inférieure du scaphoïde tendent à basculer en sens inverse et accompagnent la main dans la flexion. L'angle tend de plus en plus à se fermer et on conçoit que le scaphoïde pris entre ces deux forces antagonistes, se fracture. Si on radiographie la main de profil, on voit que le trait de fracture est béant sur la face dorsale, et c'est là la signature du mécanisme.

Il existe donc deux types principaux de fracture du scaphoïde : l'un qui se produit sur l'éminence thénar, la main en abduction, et qui peut s'accompagner de fractures du radius ; l'autre qui se produit dans un mouvement de flexion forcée de la main sur l'avant-bras et qui s'accompagne ordinairement de luxation médio-carpienne.

Cette dernière affection est d'ailleurs très singulière ; il est rare de la trouver absolument typique, et les traumatismes du carpe présentent de grandes variétés, témoins les luxations du semi-lunaire isolées rapportées par MM. Albertin et Jaboulay.

L'observation présentée offre un gros intérêt ; autrefois on l'eût cataloguée fracture du radius, sans pouvoir expliquer les douleurs et l'impotence persistantes.

La question du pronostic et du traitement est tout à fait nouvelle. Le premier cas de fracture du scaphoïde que j'ai eu l'occasion d'observer s'accompagnait de douleurs dans certains mouvements au bout de trois ans. Le malade qui en était porteur avait été traité pour du rhumatisme. Il avait subi un traitement systématique par le massage, et les eaux d'Aix ne l'avaient pas amélioré ; mais, comme il n'avait pas un métier manuel et que les douleurs ressenties se manifestaient à l'occasion de mouvements d'abduction de la main, soit en jouant du piano, soit en fermant une porte, il avait fini par prendre son mal en patience. Un second cas avait trait à un officier d'ordonnance qui était gêné pour conduire son cheval et qui avait des douleurs encore au bout de dix-huit mois.

Un troisième cas a été vu par M. Vallas et présentait de l'arthrite et de l'impotence au bout d'un temps très considérable. Trois autres cas n'ont pu être suivis, mais il résulte des quelques faits observés longtemps, que le pronostic doit être très réservé. Il est bien évident que, suivant la profession, il faudra tenir une conduite différente. S'agit-il d'un manouvrier, il importe avant tout de lui permettre de gagner sa vie le plus tôt possible ; l'indication de l'intervention peut se poser pour supprimer l'impotence et les douleurs le plus tôt possible. S'agit-il, au contraire, d'un homme qui ne travaille pas de force, on peut temporiser et attendre que le temps ait fait son ouvrage ; secondairement, si les douleurs et l'impotence persistent on pourra conseiller une résection partielle du poignet.

M. Vincent. — La communication de M. Destot sur les fractures du scaphoïde est intéressante. Je n'en ai jamais vu, mais j'en ai peut être méconnu chez les vieil-

lards. La raréfaction du tissu spongieux sous l'influence de l'âge doit prédisposer à cette fracture. Peut-être que bien des entorses du poignet qui laissent des douleurs et des raideurs interminables sont des fractures scaphoïdiennes méconnues. M. Destot a-t-il radiographié des fractures scaphoïdiennes chez les vieillards? Il ne parle que des fractures chez des gens qui ne sont pas des travailleurs manuels, puis il nous développe les indications de l'extirpation des fragments du scaphoïde cassé, en se plaçant surtout au point de vue du travail manuel. Je crois qu'il prévoit des raretés, surtout s'il a en vue le manouvrier réel, car les maçons, les charpentiers et autres ouvriers obligés de déployer de la force ont une structure carpienne rendue solide par l'exercice. Quand ils se cassent quelque chose, c'est un os plus important qu'un petit osselet du carpe. S'ils le font, ce sera par un concours de circonstances exceptionnelles.

Mes réflexions sont tout-à-fait théoriques, car je n'ai pas souvenance d'avoir vu un seul cas de fracture du scaphoïde.

M. Destot. — Chez les vieillards les fractures portent surtout sur l'épiphyse radiale qui s'émiette, alors que les petits os échappent. De plus, il y a chez eux des troubles circulatoires qui entretiennent les œdèmes.

Chez les ouvriers, au contraire, la lésion doit être plus fréquente qu'on ne le pense, mais, comme il est impossible de la diagnostiquer, sans radiographie, elle échappe aux chirurgiens et on renvoie les malades qui ne trouvent pas de soulagement. Il suffit de rappeler qu'autrefois on distinguait des fractures du radius qui ne guérissaient pas et il est possible que, parmi ces cas, il faille ranger les fractures du scaphoïde non diagnostiquées.

Depuis la loi de 1898, il n'en va pas de même, et l'ouvrier, qui se sent protégé, exagère souvent ses douleurs et son impotence. D'ailleurs les conditions qui président à la fracture du scaphoïde : chute violente, précipitation, attitude de la main au moment de la chute, ne se rencontrent pas facilement. Quant à l'intervention, elle est légitimée par l'étude des cas signalés.

En effet, deux malades examinés souffraient encore au bout de 3 ans et un autre au bout de 18 mois. Le sujet

qui fait l'objet de la présentation a été vu par M. Vallas qui a conseillé la résection du scaphoïde et cela parce que l'extrémité inférieure de l'os fracturé était subluxée et formait un taquet d'arrêt dans les mouvements de flexion.

D'une part l'observation montre la persistance des douleurs et, d'autre part, on sent la cause du délit et l'avenir seul permettra de juger cette question. Mais, comme les cas de fracture du scaphoïde sont rares, que leur diagnostic échappe, on ne peut pas être trop affirmatif dans une indication opératoire, et il est regrettable que le malade n'ait pu être présenté pour que l'on puisse juger de l'étendue des désordres.

Il n'existe pas, dans ce cas, de fracture du radius ; la ligne sombre qui coupe l'extrémité inférieure du radius est le vestige de la soudure de l'épiphyse et la radiographie de profil démontre l'intégrité du radius.

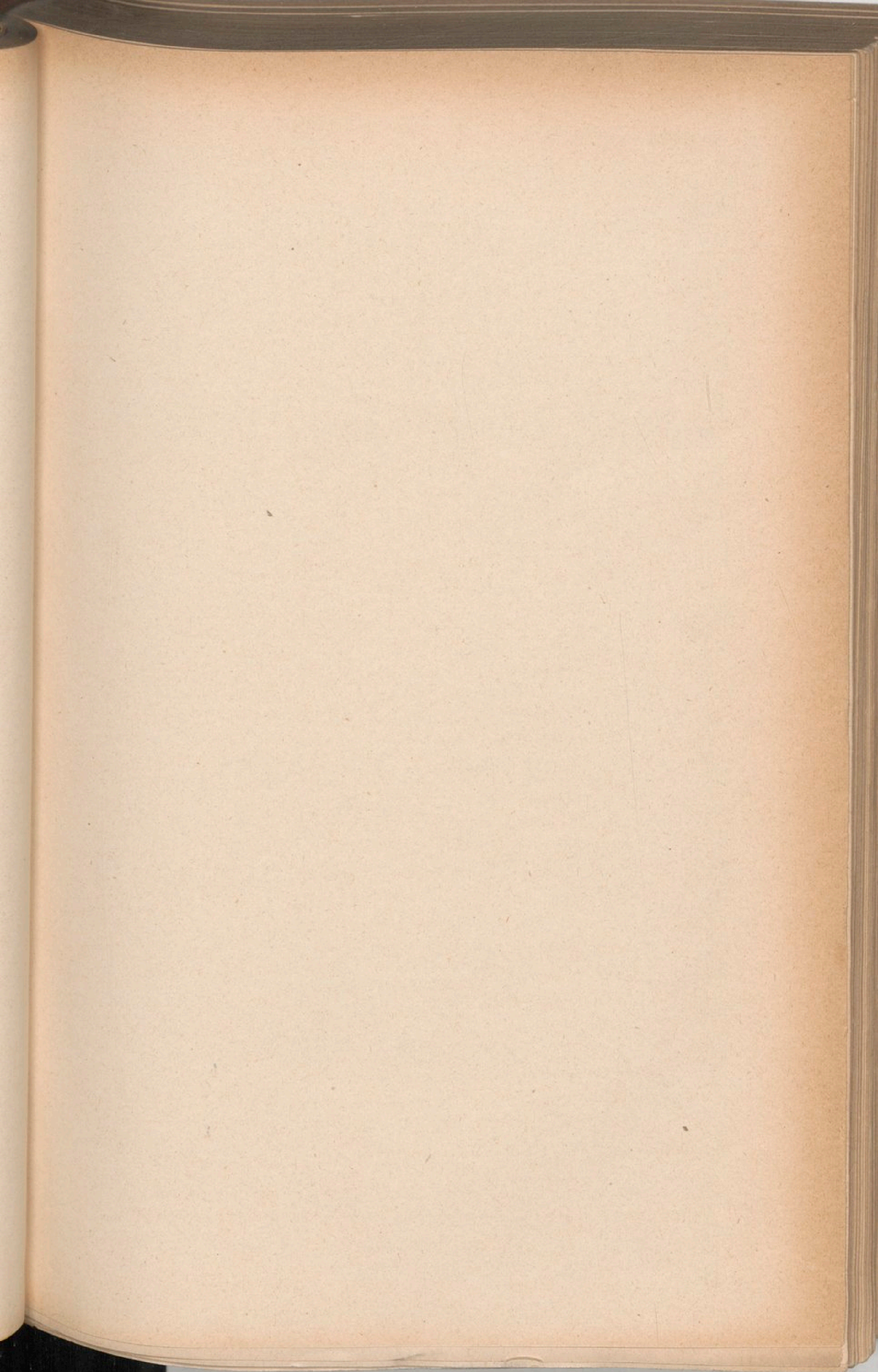
M. Jaboulay a vu le malade qui fait l'objet de la communication de M. Destot et ne se déclare pas partisan d'une intervention.

M. Vincent. — Nous n'avons pas à discuter les conséquences de la loi de 1898, sur les accidents du travail. L'ouvrier en abusera, nous dit M. Destot, pour prolonger la durée des indemnités, c'est possible ; mais, comme M. Destot n'a pas encore radiographié une fracture scaphoïdienne du carpe chez les manouvriers, mon observation reste.

J'espère, avec lui, que la radiographie, en révélant ces fractures, permettra d'apprécier mieux le bien ou le mal fondé des plaintes des ouvriers et empêchera de renvoyer des hôpitaux ceux qui ont réellement besoin d'y être soignés pour ces fractures, jadis plus exposées à être méconnues

Les Secrétaires : D^r VILLARD.
D^r SIRAUD.

Le Secrétaire Général : D^r VALLAS.



BULLETIN

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DE LYON

ANNÉE 1903 — TOME VI

LYON

ASSOCIATION TYPOGRAPHIQUE

12, RUE DE LA BARRE

—
1903

BILLIETIN

DE LA

UNIVERSITE DE GUYANE

DE LA

ANNEE 1970 - 1971

—

—

—

—

—

—

—

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE LYON

1903

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

MEMBRES CORRESPONDANTS

| | |
|------------|---------------------------|
| BATUT. | LABONNARDIÈRE. |
| CURTILLET. | LAGOUTTE. |
| DEBRIE. | RUOTTE. |
| ECOT. | SEVEREANU (de Buckarest). |
| JACOB. | VIALLE. |

MEMBRES DÉCÉDÉS

| | |
|------------|---------|
| BERNE. | OLLIER. |
| LAROYENNE. | MARCUS. |

BULLETIN
DE LA
SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE
DE LYON

Séance du 8 Janvier 1903.

Présidence de M. HORAND.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

HYPOSPADIAS PÉRINÉAL OPÉRÉ PAR LA MÉTHODE
DE LA GREFFE AUTOPLASTIQUE.

M. NOVÉ-JOSSERAND présente un enfant de 6 ans opéré par ce procédé qu'il a décrit dans la *Revue de chirurgie* de 1896.

Cet enfant présentait un hypospadias complet. Le méat anormal représenté par deux orifices étroits séparés par un pont de muqueuse, se trouvait en arrière des bourses, à la partie antérieure du périnée. Au devant de lui se trouvait une gouttière muqueuse qui se prolongeait en avant jusqu'à la base du gland, et constituait une sorte de frein, retenant la verge et le gland fortement incurvés en bas. Ceux-ci avaient un développement à peu près normal; le prépuce long et large, non fermé par dessous, pendait au devant du gland comme un capuchon clitoridien. Enfin les bourses entièrement séparées présentaient deux testicules d'apparence normale.

22 mai 1902. Libération et redressement de la verge. Incision transversale au milieu du repli muqueux servant de frein. Pour obtenir un redressement complet on est obligé

d'intéresser l'enveloppe fibreuse des corps caverneux : il en résulte un suintement sanguin assez abondant qui oblige à laisser un petit drain dans la plaie. Suture longitudinale au fil métallique.

17 juin. Reconstitution de l'urètre antérieur par la méthode autoplastique.

En avant du méat anormal on fait une petite boutonnière transversale, longue de 2 centimètres. Un instrument mousse introduit dans la plaie décolle la peau et fait dans le tissu cellulaire sous-cutané un tunnel qui se dirige vers le gland et perfore les téguments immédiatement à la base de celui-ci.

Au cours de ce décollement, la cicatrice résultant de l'incision de libération de la verge cède dans sa partie antérieure et sur une longueur de 2 cent. environ, le tunnel sous-cutané est ouvert sur sa face inférieure. On la ferme par quelques points de suture.

Une greffe autoplastique d'Ollier est taillée sur la face antérieure de la cuisse, longue d'environ 7 centimètres, large de 4. Elle est enroulée sur une sonde n° 10, face cutanée en dedans, face cruentée en dehors et fixée par quelques ligatures au catgut. La sonde ainsi chargée de sa greffe est introduite dans le canal sous-cutané et fixée par un point de suture au gland. Sonde à demeure dans l'urètre postérieur.

25 juin. La sonde est retirée. La greffe a pris et le nouveau canal est reconstitué. Mais les sutures faites pour fermer la partie antérieure n'ont pas tenu, et il y a une perte de substance de 2 cent. sur la face inférieure du nouveau canal à sa partie antérieure.

Le nouveau canal est soumis à un cathétérisme régulier.

12 septembre. Pour fermer la partie antérieure du canal on pratique l'opération suivante : on dissèque de chaque côté un volet de peau qui est rabattu face cutanée en dedans ; on les suture l'un à l'autre au catgut, et ainsi le canal se trouve complété. Puis après avoir fait une incision transversale dans la base du prépuce, on fait basculer ce dernier

sur la face inférieure de la verge, comme une jugulaire sous le menton, et on l'étale pour recouvrir la face cruentée des volets latéraux précédemment décrits. Il est fixé par des points de suture en U.

17 septembre. L'autoplastie a tenu et le canal est fermé. Il reste au niveau des bords deux petits trajets fistuleux qui ne semblent pas communiquer directement avec le canal.

29 novembre. Fermeture de la fistule périnéale : deux lambeaux latéraux sont disséqués, rabattus, face cutanée en dedans sur une sonde à demeure préalablement introduite dans le canal, et suturés à la Lembert avec du catgut fin. On recouvre cette couche par les plans fibreux du périnée ramenés au contact par des fils interstitiels, comme dans une périnéorrhaphie, puis suture de la peau.

4 octobre. Légère désunion de la plaie à l'union de son tiers inférieur avec ses deux tiers supérieurs ; il se constitue à ce niveau une fistule longue de un demi-centimètre.

29 octobre. L'enfant, qui était parti chez lui, et dont les cathétérismes avaient été négligés, revient parce que ce cathétérisme est impossible. On se rend compte que le canal autoplastique est resté parfaitement perméable, mais qu'il s'est fait une petite oblitération cicatricielle à l'union de ce canal et de la partie reconstituée par le basculement du prépuce.

29 décembre. On ferme la fistule périnéale suivant le même procédé que celui employé dans le temps précédent.

14 janvier 1903. La fermeture du canal est complète ; il ne persiste dans la région périnéale qu'un ou deux petits pertuis des dimensions d'une pointe d'aiguille et par où sourd parfois une gouttelette d'urine. La miction se fait bien, le jet est large, mais pas très fort en raison du fort élargissement que présente le canal dans sa partie antérieure recouverte par le prépuce.

La verge ne présente pas de tendance à s'incurver, et, sauf la largeur de la partie antérieure du canal, les petites irrégularités que laisse encore persister l'abaissement du prépuce, et l'absence d'un anneau érectile autour de la partie

antérieure de l'urètre, l'état de ce malade est à peu près normal.

M. JABOULAY. Que sont devenus les premiers opérés de M. Nové-Josserand ?

M. NOVÉ-JOSSERAND. Mon premier opéré a été perdu de vue au bout d'environ un an, son état est resté satisfaisant.

J'ai eu l'occasion depuis de faire deux fois l'application de ma méthode. Dans les deux cas le canal persista, mais le traitement ne put être terminé à cause des difficultés de fermeture de la fistule périnéale qui finirent par lasser la patience des malades.

Mais j'ai eu le plaisir de voir présenter à la Société de Chirurgie de Paris deux malades opérés par cette méthode avec un bon résultat éloigné.

Actuellement je pense que la méthode que j'ai décrite est le traitement de choix pour les hypospadias périnéaux. La grande difficulté n'est pas en effet la reconstitution du canal, mais la fermeture de la fistule qui persiste au point de réunion du canal postérieur avec le nouveau canal. Or à la région périnéale, il y a assez d'étoffe pour atteindre ce résultat sans trop de difficultés, en faisant à la rigueur des interventions successives.

Au contraire, au niveau de la portion pénienne, on échoue à peu près toujours, du moins chez les enfants. Du reste, nous avons actuellement d'autres procédés opératoires plus parfaits pour les hypospadias péniers. La méthode de la greffe autoplastique présente, en effet, cette imperfection de ne pas permettre la reconstitution d'un canal balanique. Dans le tissu érectile du gland le canal ne se maintient pas, ou bien il est étranglé par une rétraction invincible, ou bien il se déplace peu à peu et finit par sortir en quelque sorte du gland pour se placer au-dessous de lui. Il faut donc renoncer, dans les cas où on l'emploiera, à poursuivre le but idéal de faire un canal entouré de tissu érectile à son extrémité.

Or, ce desideratum peut être atteint par le procédé de l'allongement de l'urètre auquel j'ai recours ordinairement maintenant, lorsque la perte de substance n'excède pas 2 centimètres. Ce procédé m'a donné de très beaux résultats : il n'est peut-être pas aussi dépourvu d'inconvénients qu'on a paru le dire, et même en l'employant la cure de l'hypospadias reste une chose un peu aléatoire : cependant il est véritablement la méthode à employer dans les hypospadias péniers.

FIBROCHONDROMES MULTIPLES DU SEIN CHEZ UNE KABYLE.

M. VALLAS lit au nom de M. REY (d'Alger) l'observation suivante :

La malade qui fait l'objet de cette observation est née à Tizi-Ouzou, au cœur de la grande Kabylie; *Fathma Mouski* est ménagère; mariée, elle allaite un enfant de 10 mois. Son état civil accuse 25 ans, mais elle paraît et doit être certainement beaucoup plus jeune.

Père et mère en bonne santé; quatre frères et sœurs également bien portants.

La malade elle-même, de taille moyenne, mais robuste et bien constituée, n'a jamais eu d'affections antérieures. On ne relève sur elle aucune tare constitutionnelle, héréditaire ou acquise.

Le 18 mai 1901, elle entre à l'hôpital civil d'Alger pour des tumeurs du sein droit, dont elle désire être débarrassée, uniquement pour des raisons d'ordre esthétique.

Voici d'ailleurs ce que nous constatons : Sur le sein droit et tout au pourtour du mamelon existe un groupe de saillies nombreuses et de dimensions qui varient du volume d'une noisette à celui d'une grosse noix. Elles offrent l'aspect de masses charnues qui tranchent par leur coloration rouge sombre sur la teinte brune des tissus sains.

Ces saillies sont dures au toucher, indolentes spontanément et à la pression; elles semblent faire corps avec la peau. Elles ne sont le siège d'aucune ulcération. Pas de ganglions dans l'aisselle du côté correspondant.

La fonction de la glande mammaire du côté malade ne paraît pas sensiblement atteinte, l'expression du mamelon fait sourdre une certaine quantité de lait et, au moment de son entrée à l'hôpital, la malade allaite son enfant avec ses deux seins. Toutefois le gauche, très volumineux, fonctionne de préférence à son congénère et donne du lait en abondance.

Cette indigène nous apprend que son affection a débuté, il y a environ six ans, par deux noyaux du volume d'un petit pois siégeant l'un au-dessus et en dehors du mamelon, l'autre plus bas et plus en dedans; ce sont ces nodosités du début qui ont atteint aujourd'hui le plus fort développement.

D'après les explications fournies par la malade, ces nodosités ont pris naissance dans l'épaisseur de la peau; elles se sont développées d'une façon lente et régulière; peu à peu d'autres saillies, suivant la même évolution que les deux premières, se groupaient autour du mamelon. Ce dernier toutefois reste intact, ainsi que son aérole et une certaine portion de la peau environnante, sur une distance de un à deux centimètres environ.

La malade ne se souvient pas d'avoir jamais subi quelque traumatisme en ce point.

Au point de vue clinique et dès le premier coup d'œil, l'aspect tout spécial de ces tumeurs et leur coloration d'un rouge brun fait songer à la chéloïde. Les plus minimes rappellent à notre souvenir une femme européenne, jeune encore à qui on avait appliqué, pour une affection bronchique passagère, une ventouse sèche au-dessus de chacun des deux seins. Cette médication, soit par suite d'une stase trop prolongée de ces ventouses, soit à cause d'une prédisposition spéciale des téguments de cette malade, avait donné naissance à deux larges anneaux chéloïdiens qui constituaient, dans une région délicate, des stigmates indélébiles.

Mais, chez notre Kabyle, rien ne peut faire soupçonner dans son passé une origine cicatricielle. Du reste la forme mamelonnée, arrondie, des lobes principaux, leurs bosselures, leur consistance ferme et élastique nous font poser le diagnostic de chondromes avec mélange d'éléments fibreux.

L'opération, avec extirpation de la glande mammaire, a été des plus simples; la réunion s'est faite par première intention.

Voici le résultat de l'examen histologique dont a bien voulu se charger notre collègue, M. le professeur Planteau :

Ces tumeurs sont dures, résistantes, de consistance élastique.

Après avoir pratiqué une coupe, nous examinons la surface de section à l'œil nu.

Sur un fond grisâtre, se détachent de nombreux tractus blanchâtres qui s'entrecroisent entre eux et donnent ainsi à cette surface un aspect lobulé. Aucun suc ne s'écoule de cette surface de section.

Après durcissement, des coupes ont été pratiquées et colorées par le picro-carmin.

A un faible grossissement, dans les petits et moyens nodules on voit de nombreux faisceaux fibreux s'entrecroisant dans tous les sens, formant par leur feutrage de petits lobules d'aspect scléreux, séparés par des faisceaux se colorant fortement en rouge par le carmin. Cette disposition semblerait indiquer un changement clinique dans la substance fondamentale qui par place devient lamellaire.

Entre ces faisceaux, se rencontrent çà et là des éléments anguleux, de coloration jaunâtre, infiltrés de granulations. Il y aurait peut-être là des éléments cartilagineux ayant subi l'infiltration calcaire.

Par place, sous forme d'îlots ou de travées on trouve de petits amas d'éléments embryonnaires, arrondis ou fusiformes, ce qui semblerait indiquer que ces tumeurs étaient toujours en voie d'accroissement.

Dans les formations les plus volumineuses, on voit distinctement des îlots cartilagineux plus ou moins arrondis, avec une tendance à se transformer en fibro-cartilage à la périphérie. Du tissu fibreux s'interpose en quantité notable et rappelle le chondro-fibrome de Virchow.

Par la dissection, nous avons pu nous assurer que ces tumeurs sont absolument indépendantes de la glande mammaire qui était en voie de lactation.

Contrairement aux coutumes kabyles, ainsi qu'on peut le voir par la peinture ci-jointe et les photographies, il n'existe aucune trace de tatouages à la face et au front; on n'en

observe que sur la partie postérieure de l'avant-bras et de la main.

Ce mémoire est envoyé à l'étude d'une Commission composée de MM. Bérard, Goullioud, Chandelix, rapporteur.

Séance du 15 Janvier 1903.

Présidence de M. HORAND.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

GOITRE MÉTASTATIQUE.

M. JABOULAY présente une malade de 65 ans qui est entrée dans son service il y a trois mois pour une tumeur de la paroi supéro-interne de l'orbite gauche, qui avait elle-même débuté trois mois auparavant. La marche en avait été rapide, douloureuse, envahissante, et avait dévié l'œil gauche en bas et en dehors. De gros vaisseaux la recouvraient; elle était elle-même pulsatile, expansible, et animée d'un mouvement de projection en avant, synchrone au pouls. Deux hémorragies nasales survenues deux nuits consécutives avaient nécessité le tamponnement des fosses nasales. Aussi une intervention s'imposait-elle. Le diagnostic était: ostéosarcome primitif de l'angle supéro-interne de l'orbite; il n'y avait pas de tumeurs ailleurs, sauf une tuméfaction très ancienne de la glande thyroïde qui n'avait pas augmenté ces derniers temps, et jamais la malade n'avait été opérée.

Une incision courbe parallèle au sourcil mena sur la tumeur sous les téguments; elle fut enlevée et à sa place existait une perforation du frontal au travers de laquelle se percevaient les méninges et les battements propagés du cerveau. C'étaient eux qui donnaient à la tumeur ses pulsations antéro-postérieures avant son ablation. Les bords de la perforation furent agrandis pour enlever le tissu suspect et un tamponnement placé dans la plaie opératoire. Celle-ci évolua normalement; les tampons furent peu à peu retirés;

il ne reste aujourd'hui qu'une perforation large comme une pièce de 50 centimes ; l'œil est revenu à peu près parallèle à l'œil droit.

Or, l'examen de cette tumeur montra qu'il s'agissait d'un goitre osseux métastatique. Il y avait des vésicules thyroïdiennes, et puis à côté des végétations, des cordons pleins indiquant une assez grande malignité. Bref, goitre malin. Cependant la glande thyroïde est hypertrophiée, mais sans signes physiques, ni fonctionnels de malignité. Elle a ce volume depuis 30 ans ; elle est uniformément dure, non douloureuse, mobile à la déglutition, sans douleur spontanée ou provoquée, sans surtout ces fameuses douleurs occipitales qui sont caractéristiques de la dégénérescence d'un vieux goitre. Cette glande, qui a été malaxée, triturée, un nombre incalculable de fois depuis deux mois, depuis l'époque où l'on connaît les résultats de l'examen histologique, n'a pas varié dans ses caractères physiques. On peut donc dire qu'elle est *cliniquement* bénigne, de même que la tumeur orbitaire était *cliniquement* maligne. Il semble qu'il puisse y avoir une discordance entre la tumeur primitive et la tumeur secondaire, cette dernière pouvant évoluer pour son propre compte et indépendamment de la tumeur qui lui a donné naissance.

Les tumeurs secondaires sont d'ailleurs souvent plus malignes que les primitives : exemple, les tumeurs des ganglions du cou consécutives à l'épithélioma de la lèvre inférieure.

J'ai dans mon service un homme qui a fait une tuberculose ostéo-articulaire bénigne du poignet gauche, terminée par simple induration, et qui dans la convalescence de cette localisation tuberculeuse a fait une adénopathie secondaire sous-épitrochléenne qui, elle, a suppuré et laissé une cicatrice.

En tout cas, cette femme est à rapprocher d'un homme que j'ai opéré il y a un an, et qui a été présentée ici porteur d'une tumeur maligne énorme de la paroi orbitaire externe. C'était un malade de M. Gayet. L'ablation mon-

tra qu'il s'agissait d'un épithélioma osseux à globes cornés. Celui-ci ne pouvait qu'être consécutif à un épithéliome du dos du nez, petit, que le malade portait depuis une quinzaine d'années.

M. VALLAS. Ces faits sont évidemment assez curieux; on a, du reste, des exemples analogues dans d'autres variétés de tumeur. Les kystes de l'ovaire notamment ont fréquemment des généralisations plus malignes que la tumeur originelle. La théorie de M. Bard sur les tumeurs à tissus multiples rend bien compte de la possibilité de ces faits.

M. BÉRARD. On a vu dans les épithéliomas du corps thyroïde les évolutions les plus capricieuses. On peut rencontrer dans un goitre en apparence bénin, un seul petit point dégénéré difficile même à trouver. Le goitre métastatique vrai est extrêmement rare. Je ne veux pourtant pas nier les faits de M. Jaboulay; j'ai vu en effet dans le même ordre d'idées un épithélioma verruqueux d'apparence très bénigne qui avait donné naissance à une volumineuse tumeur ganglionnaire de généralisation.

*
**

CORPS ÉTRANGER DE L'ŒSOPHAGE.

M. VALLAS. J'ai eu à extraire, il y a quelques jours, un corps étranger de l'œsophage par l'œsophagotomie externe dans des conditions intéressantes. Je vous présente aujourd'hui le malade et le gros fragment d'os de bœuf qu'il avait avalé. Cet homme s'est présenté à moi dans un état d'anxiété assez grand, car en mangeant sa soupe, il venait d'avalé un morceau d'os qu'il sentait à la base du cou et qui l'empêchait de déglutir. La respiration était libre. Je fis prudemment avec une petite bougie à boule un cathétérisme explorateur, et eus, aussi bien à l'aller qu'au retour, la perception d'un corps dur et rugueux arrêté à 18 centimètres des arcades dentaires. Je décidai aussitôt de faire l'œsophagotomie externe que le malade accepta.

Cette œsophagotomie fut mouvementée. Je trouvai, en effet, un corps thyroïde volumineux dont le lobe gauche fortement développé plongeait dans la base du cou et cachait la face latérale de l'œsophage. Comme il s'agissait

d'une hypertrophie totale sans noyaux adénomateux dont l'énucléation sous-capsulaire aurait réduit le volume du goitre, je luxai le corps thyroïde au dehors pour dégager l'œsophage. Au cours des manœuvres nécessaires pour opérer cette luxation, une hémorragie veineuse très abondante m'arrêta brusquement. C'était une des veines thyroïdiennes qui venait de se déchirer presque à son embouchure dans la jugulaire interne, et je dus placer une ligature à peu près sur la paroi latérale de la jugulaire. Alors seulement il me fut possible d'aborder l'œsophage et de retirer le corps que voici. C'est un fragment d'os plat, de la largeur d'une pièce de deux francs au moins, mais irrégulier, tranchant sur ses bords et muni d'aspérités très pointues. Je terminai par la mise en place d'une sonde à demeure dans l'œsophage et d'un tamponnement à la gaze sur le point où avait porté la ligature veineuse. La guérison s'obtient sans incidents.

Malgré les obstacles nombreux que j'ai trouvés sur ma route au cours de cette œsophagotomie, je n'ai pas hésité à la conduire jusqu'au bout, car j'estime qu'on ne doit pas plus temporiser en face d'un corps étranger de l'œsophage qu'en présence d'une hernie étranglée. Les complications qui suivent la déchirure ou l'ulcération de l'œsophage sont si redoutables et souvent si foudroyantes qu'il faut à tout prix prévenir cette éventualité. Le danger est encore plus menaçant quand il s'agit d'un corps étranger pointu et irrégulier. En pareil cas, je n'essaye pas même de retirer le corps étranger par les voies naturelles. Les manœuvres d'extraction, même si elles sont suivies de succès, peuvent ulcérer et déchirer l'œsophage et une blessure, même petite, de ce conduit, peut être le point de départ d'un phlegmon profond du cou et d'une septicémie mortelle. L'œsophagotomie externe, opération qui est ordinairement simple et facile, est, à mon avis, la méthode de choix pour le traitement de cet accident.

M. ALBERTIN. J'ai fait une série d'œsophagotomies pour corps étrangers, je n'ai jamais pu faire le refoulement, et je me rallie à l'œsophago-

tomie d'emblée, on peut avoir en effet des accidents excessivement rapides de gangrène.

M. AUBERT. J'ai vu un malade présenter un phlegmon grave du cou à la suite de la fixation œsophagienne d'un petit os de bécasse.

M. CLAUDOT. A côté des accidents septiques, il faut redouter aussi la perforation des vaisseaux. J'ai eu l'occasion d'en observer deux cas à l'hôpital Desgenettes. Le second de ces cas est particulièrement intéressant. Il s'agissait d'un très petit fragment de cartilage. Le malade qui était porteur de ce corps étranger était entré à l'hôpital militaire, en présentant des accidents septiques peu marqués. Aucune incision ne fut faite. Brusquement il succomba à une hémorragie de l'aorte. Le corps étranger avait perforé l'œsophage, puis ulcéré l'aorte. Celle-ci avait laissé passer un violent jet de sang qui avait inondé l'œsophage et l'estomac en refoulant devant lui le corps étranger qui fut retrouvé dans la cavité gastrique. Je terminerai en rejetant absolument l'usage du panier de Graefe.

M. ALBERTIN. La pince de Graefe est dangereuse, même pour l'extraction des pièces de monnaie. Il faut toujours leur préférer l'œsophagotomie.

*
* *

HÉMATOCOLPOS AVEC HÉMATOMÉTRIE ET HÉMATOSALPINX
DOUBLE VOLUMINEUX ; ÉVACUATION ; AUTOPLASTIE VA-
GINALE ; INFECTION ASCENDANTE TARDIVE ; ABLATION
DES ANNEXES.

M. BÉRARD. La malade dont j'ai l'honneur de vous présenter aujourd'hui l'observation, est un bel exemple de toutes les complications qui peuvent survenir dans l'imperforation congénitale du vagin.

Agée de 19 ans, bien portante jusqu'à l'âge de 17 ans, elle commença à ressentir à cette époque des douleurs lombaires et pelviennes, revenant par crises chaque mois, de plus en plus vives à chaque crise, avec nausées, sensation de défaillance et parfois vomissements. Au bout d'un an, l'abdomen avait subi une augmentation progressive de volume ; les mictions étaient devenues fréquentes, impérieuses et cuisantes ; les souffrances s'étaient exaspérées au point de nécessiter parfois le séjour au lit. Pourtant ce n'est que

deux ans après le début de ces phénomènes, que cette jeune fille me fut envoyée à la Charité.

A son entrée, elle était depuis quinze jours dans une de ses périodes de bien-être; l'état général paraissait bon, la figure reposée et colorée; les fonctions digestives s'accomplissaient normalement, il y avait une pollakiurie peu considérable.

A l'examen, l'abdomen apparaissait tendu dans la région sous-ombilicale, où l'on voyait se dessiner sous les téguments une masse ovoïde, allongée verticalement avec deux prolongements latéraux. Au palper, cette masse se délimitait facilement, rénitente, fluctuante, mate, ainsi qu'un kyste uniloculaire ou une vessie très distendue; les prolongements, dirigés vers chacune des fosses iliaques, étaient au contraire plus durs, de consistance moins homogène, plus douloureux à l'exploration. Pas d'ascite. Au toucher rectal on trouvait la paroi antérieure de l'ampoule bombant fortement en bas et en arrière, refoulée par une collection qui fluctuait avec la collection abdominale antérieure (palper et toucher combinés).

La vulve était infantile; grandes lèvres atrophiées, petites lèvres confondues en un rideau par leur bord interne, raphé médian se poursuivant vers l'anus.

Au-dessous du clitoris et du méat urétral, rien ne laissait soupçonner le vagin; il n'y avait aucune dépression, aucune coloration spéciale des téguments. Par le toucher rectal on constatait une épaisseur des parties molles de trois centimètres environ entre la collection fluctuante et le périnée.

Le diagnostic s'imposait.

Le 18 novembre, intervention destinée à évacuer le sang des règles accumulé dans les cavités génitales, et à calibrer le segment inférieur du vagin. L'index gauche placé comme conducteur dans le rectum, j'incise suivant une ligne concave en avant, le périnée au niveau du bord postérieur des grandes lèvres, et, après avoir traversé environ 3 à 4 cent. de tissus fibreux et musculaire, j'ouvre la collection san-

guine dont l'écoulement est assurée aussi lentement que possible ; plus d'un litre de liquide sirupeux, noirâtre, est ainsi évacué avec précaution. Sachant combien l'infection ascendante des voies génitales est à redouter dans de tels cas, je ne fais aucun lavage, mais bien un tamponnement soigné de l'utérus et du vagin avec de la gaze aseptique.

Le dédoublement de la cloison recto-vaginale me permet ensuite de suturer l'extrémité inférieure du vagin aux téguments du périnée sans exercer trop de tiraillements.

Suites opératoires simples : la température ne s'élève qu'une fois à 38°, le surlendemain de l'intervention. Chaque jour le tamponnement vaginal est renouvelé avec les mêmes précautions ; il persiste un suintement muco-sanguin par le vagin. Pour assurer la perméabilité de l'orifice inférieur du vagin nouvellement créé, une dilatation méthodique de cet orifice est faite à chaque pansement.

Au bout de trois semaines, alors que la malade s'apprêtait à quitter l'hôpital, brusquement la température s'élève de 37°,2 à 39°,3, des douleurs vives éclatent dans le bas-ventre, avec maximum au niveau de la région appendiculaire.

L'abdomen se ballonne un peu, des nausées, puis des vomissements bilieux, viennent compléter le tableau d'une poussée de péritonite. L'examen local est rendu très difficile par les souffrances qu'il occasionne ; néanmoins on perçoit dans chaque cul-de-sac latéral (par le toucher et le palper combinés) une masse indurée très douloureuse.

Diète, glace, opium ne peuvent calmer cet orage, et au bout de cinq jours, les accidents ne s'étant pas amendés et l'état général déclinant, je me décide à intervenir de nouveau. La température est de 40°,2.

Le 18 décembre, *laparotomie sous-ombilicale*. Les anses intestinales apparaissent congestionnées, surtout dans le pelvis où elles baignent dans de la sérosité louche ; pas de trace de cloisonnement. Les deux annexes, volumineuses, livides, rénitentes, sont fixées dans le petit bassin par des adhérences fibrineuses heureusement peu résistantes. Je

les libère sans trop de peine et je les extirpe en masse sans les perforer ; ligature au catgut des pédicules. Large tamponnement à la Mikulicz pour drainer le péritoine du Douglas.

Le soir même, la température tombe à 38°,6, le lendemain à 38°,2. Pourtant le pouls reste rapide et peu tendu, malgré de copieuses injections de sérum. Pendant 5 ou 6 jours encore, la malade présente des oscillations thermiques de 38°,3 à 39°,8, et même 40°,6 avec un état de septicémie des plus graves. Puis la défervescence se fait ; au 12^e jour les dernières mèches du Mikulicz sont retirées.

Aujourd'hui, 15 janvier, la guérison peut être considérée comme accomplie ; il reste un trajet insignifiant au niveau de la plaie de laparotomie.

En résumé, chez cette jeune femme affectée d'une imperforation congénitale du vagin, avec hémocolpos, hémato-mètre et volumineux hématosalpinx double par accumulation progressive du sang des règles, l'évacuation du contenu vaginal a donné lieu à des accidents particulièrement graves :

1^o Comme le bouchon périnéal était très épais et très résistant, il n'a subi aucune dépression sous la poussée des menstrues. Le sang accumulé dans les cavités génitales les a distendues en totalité ; le vagin et l'utérus confondus en une même cavité, remontaient presque à l'ombilic ; et chacune des trompes, contournées et distendues, avaient le volume du poing. Il nous a été difficile de juger de l'hypertrophie de la paroi utérine. Mais la paroi des trompes se contractant sur leur contenu s'était peu à peu épaissie, au point d'atteindre par places un centimètre et demi et plus. Les ovaires étaient scléreux et kystiques.

2^o L'évacuation de ces cavités communicantes fut pratiquée aussi lentement et aussi soigneusement que possible, en évitant toute chance d'infection ascendante. Et pourtant après trois semaines d'apyrexie, la suppuration, brusquement, envahit les trompes, toutes préparées à cet accident par leur état de distension, de congestion, et par les cou-

dures favorisant la rétention du sang dans leur intérieur. Il fallut pratiquer une castration double pour éviter un désastre. L'incision des annexes enlevées montra qu'elles étaient remplies de caillots et de pus.

3° En présence de telles complications qui sont presque la règle dans les cas de distension utéro-tubaire par rétention des règles et qui trop souvent ont causé la mort des opérées, on est en droit de se demander s'il ne faudrait pas d'emblée compléter l'évacuation de l'hématocolpos par l'ablation des annexes, lorsque l'examen préalable des malades a montré, comme dans ce cas, les lésions profondes de celles-ci. Car, alors même que la malade a échappé aux premiers accidents d'infection ascendante, elle n'est pas à l'abri de tout danger. Fuld, en 1889, a rapporté 48 cas de mort par rupture spontanée de ces trompes distendues dans le péritoine, et sur ces 48 cas 39 fois cependant l'hématocolpos avait été préalablement évacué. C'est en se basant sur ces considérations, que Säger avait déjà publié dans le *Centralblatt für Gynäkologie* de 1896, trois observations de salpingoophorectomie double pour rétention des règles.

Séance du 22 Janvier 1903.

Présidence de M. GAYET.

OSTÉITE TUBERCULEUSE DU FRONTAL CHEZ UN ENFANT.

M. TIXIER. — Le petit garçon dont je veux vous raconter l'histoire, est âgé de 6 ans. Il appartient à une famille très nombreuse ; en effet, les parents, vivant et en bonne santé à l'heure actuelle, ont eu huit enfants. Ils en ont perdu trois : l'un de méningite à deux ans et demi, les deux autres de broncho-pneumonie, entre neuf et dix mois.

Mon petit malade s'est bien porté jusqu'à l'âge de trois ans et demi ; à ce moment il aurait eu une fluxion de poitrine suivie bientôt d'une rougeole. A cinq ans, varicelle légère. Dans les mois qui suivirent cette dernière maladie, la mère aurait remarqué un changement de caractère de l'enfant qui devint triste, irritable, se plaignant de la tête presque constamment. La constipation était marquée, mais il n'y eut jamais de vomissements. Entre temps l'enfant était atteint de kératite phlycténulaire pour laquelle il fut soigné dans le service du professeur Gayet.

Au mois de mars 1902, apparut sur le côté gauche du crâne une tumeur molle qui augmenta insensiblement jusqu'au mois de juillet ; à cette époque elle avait les dimensions d'un gros œuf de poule. Les céphalées de l'enfant avaient beaucoup diminué et son caractère s'était amélioré.

Au commencement d'août, la tumeur fut incisée au bistouri par un médecin ; il s'écoula du pus et malgré les pansements répétés faits avec soin par la mère, une fistule s'établit.

C'est pour demander la guérison de cette fistule que

l'enfant fut amené dans mon service de Saint-Pothin, où il entra le 6 janvier 1903, à la salle Saint-Mathieu.

Le petit garçon qu'on me montra alors était un enfant chétif, à squelette rachitique, porteur d'adénites cervicales, atteint de photophobie intense due à sa kératite. Il présentait sur le côté gauche du crâne une fistule à bords décollés et bourgeonnants par laquelle la pression faisait couler du liquide sanieux et purulent. Un stylet introduit sous le cuir chevelu, rencontrait l'os à nu et irrégulier. Je fis le diagnostic d'ostéite tuberculeuse et décidai une intervention sanglante.

Celle-ci fut faite le 9 janvier : par une large incision en croix des parties molles j'arrivai rapidement sur le point malade. Celui-ci me rappela immédiatement l'aspect des lésions si bien décrites par notre collègue M. Gangolphe, c'était un cas type d'ostéite tuberculeuse. Au niveau du quadrant antéro-supérieur du pariétal, on aurait dit une rondelle de trépanation réimplantée et mal soudée encore. Un sillon circulaire isolait, large comme une pièce d'un franc, d'un os poreux, friable, comme taraudé. En un point de ce ravin le stylet pénétrait à travers l'os jusqu'aux enveloppes du cerveau. Ablation large de l'os malade par une trépanation qui me conduisit sur un nid volumineux de fongosités bourgeonnant sur la dure-mère ; à coups de curette il fut aisé de les enlever.

Les suites opératoires ont été parfaites.

Cette observation est intéressante tant au point de vue anatomo-pathologique qu'au point de vue clinique. Ce sont bien là les lésions classiques de la tuberculose des os du crâne avec la séquestration circulaire des parties malades. Et au point de vue clinique, les phénomènes cérébraux sont expliqués par la constatation des fongosités sus-dure-mériennes. Cette irritation méningée avait donné lieu à de véritables signes de méningisme.

On pourrait peut-être supposer, l'enfant ayant eu la varicelle dans le mois qui précédait l'apparition de la lésion crânienne, que celle-ci était une ostéite post-fébrile. Nous

ne le pensons pas tant à cause de l'habitus extérieur de l'enfant qui est celui d'un scrofuleux, que de l'aspect macroscopique des lésions. Un examen microscopique des fongosités enlevées, a d'ailleurs été fait; je n'en connais pas encore le résultat.

M. BÉRARD. J'ai eu en 1901 l'occasion d'opérer un enfant de 18 mois qui présentait une ostéite double des deux frontaux; à droite l'ostéite était térébrante, et j'ai dû pratiquer une trépanation au davier-gouge et cureter des fongosités. D'autre part, il y a deux jours, j'ai dû inciser un abcès du pariétal non perforant, mais c'était là un abcès survenant chez un malade présentant des tuberculoses osseuses multiples. Ces cas ne sont peut-être pas très rares.

M. FOCHIER. J'ai observé chez une enfant de 12 mois un cas analogue l'année dernière. Il y avait un séquestre flottant du frontal, des fongosités et au point de vue clinique des symptômes pseudo-méningitiques; cet enfant eut depuis une ostéite zygomatique.

M. DURAND. J'ai eu l'occasion de voir un malade identique à celle de M. Fochier. Il existait chez lui au niveau du frontal un séquestre libre, uniquement formé par la table externe. L'arcade zygomatique également présentait un point d'ostéite avec un séquestre externe.

M. TIXIER. Comme M. Durand, j'ai pu me rendre compte que les lésions étaient dans le cas que je viens de rapporter plus avancées au niveau de la table externe.

*
* *

UN CAS D'HÉMATOCOLPOS.

M. VILLARD. — J'ai eu l'occasion d'intervenir, il y a quelques années, pour un hémato-colpos avec dilatation tubaire, et dans des conditions à peu près identiques à celles où M. Bérard s'est trouvé. (*Voir séance du 15 janvier.*)

Il s'agissait d'une jeune fille de 21 ans qui entra à la Charité pour une tumeur pelvienne dépassant le pubis de quatre à cinq travers de doigt. Cette jeune fille n'avait jamais été réglée et chaque mois régulièrement était prise de phénomènes douloureux abdominaux suppléant la périodicité menstruelle. L'examen vaginal démontrait un vagin bien conformé, mais oblitéré dans sa partie profonde par une

cloison qui bombait en avant. Il était facile de percevoir par le toucher combiné une grosse collection liquide venant faire saillie derrière l'imperforation vaginale. Le diagnostic d'hématocolpos s'imposait, mais il me fut impossible, par l'examen clinique, de savoir s'il existait des dilatations tubaires.

Je pratiquai l'incision cruciale de la membrane vaginale de cloisonnement et évacuai la collection sanguine, j'assurai la béance de l'orifice par un drainage à la gaze, en prenant des précautions rigoureuses d'asepsie. Tout alla bien pendant une dizaine de jours ; à ce moment la malade qui était toujours restée apyrétique commença à prendre de la fièvre, et celle-ci ne cessa de s'accroître malgré de minutieux lavages de la poche incisée. L'état général s'altéra ; mais comme il était impossible d'examiner la malade par le toucher bimanuel, étant donnée sa pusillanimité, je me décidai alors, après avoir été obligé de promettre formellement à cette jeune fille de ne pratiquer sur elle aucune intervention nouvelle, je me décidai, dis-je, à recourir à un examen sous anesthésie. La malade étant endormie, il me fut très facile de percevoir, à droite et à gauche de l'utérus, deux masses volumineuses qui représentaient indubitablement les trompes dilatées et suppurées. Je fis constater les lésions à un de mes internes et, réexaminant quelques instants plus tard cette malade, je constatai, non sans émotion, que la collection gauche était beaucoup moins tendue que lors de mon premier examen ; certainement cette poche à contenu purulent venait de se rompre dans la cavité abdominale. Je n'hésitai pas alors, malgré la promesse faite à la malade, à pratiquer la laparotomie, ce qui me permit de découvrir rapidement la trompe rompue, d'assécher la cavité péritonéale déjà largement souillée par le liquide septique ; j'enlevai les deux trompes dilatées et suppurées et je fus assez heureux pour guérir une malade, qui du reste je dois l'avouer, ne m'a nullement gardé rancune d'avoir outrepassé sa volonté.

Cette observation, très analogue par bien des points avec celle de M. Bérard, vient de nouveau confirmer le fait déjà signalé de la gravité opératoire des hématocolpos compliqués

de dilatations tubaires ; dans ces cas-là, il faut redoubler de précautions aseptiques lors de l'ouverture de la collection sanguine et se décider vite à la résection tubaire secondaire, si des phénomènes inflammatoires, liés à l'infection ascendante des trompes, se manifestent. Mais je ne pense pas qu'il faille, comme le veut M. Bérard, recourir d'emblée à cette castration dans le traitement des hémocolpos avec dilatation des annexes. Pourquoi stériliser des femmes auxquelles on vient d'ouvrir les portes de la fécondation ?

M. GOULLIQUET. Les cas qui viennent d'être rapportés sont intéressants, car ils montrent que, malgré les précautions prises, l'infection ascendante des trompes est encore possible, et que d'autre part une intervention tardive est utile dans ces circonstances.

Que faut-il faire en présence de ces hémocolpos ? Si l'on utilise la voie vaginale, j'estime qu'il faut suivre les conseils de Laroyenne qui préconisait les incisions vaginales larges comme exposant moins aux infections. Mais en présence de distensions tubaires ne pourrait-on pas faire une incision abdominale complémentaire permettant d'évacuer les trompes et de les conserver ?

D'autre part les trompes ne sont pas toujours dilatées, et alors les choses se passent simplement à la suite de l'incision vaginale.

Je me suis demandé ce que devenaient ces malades ; j'en ai retrouvé deux : l'une d'elles a eu deux enfants sans incident et l'autre est en parfait état.

M. ALBERTIN. J'ai eu à traiter une malade atteinte d'imperforation complète du vagin. Le toucher permettait de percevoir au-dessus du dôme vaginal un globe mobile paraissant être l'utérus ; cette malade souffrait beaucoup à chaque période menstruelle, et j'ai essayé après colpotomie de fixer le globe utérin dans le fond de la plaie ; j'y suis parvenu, j'ai pu ouvrir la cavité utérine et en évacuer le contenu formé par 100 grammes environ de liquide sanguin. Cette malade alla bien pendant quelque temps, mais peu à peu se montrèrent des phénomènes de rétraction cicatricielle, contre lesquelles toutes les tentatives de dilatation échouèrent. Des phénomènes d'infection ascendante des trompes apparurent qui nécessitèrent une laparotomie à laquelle la malade succomba.

M. BÉRARD. Il faut distinguer les oblitérations de l'hymen qui le plus souvent ne s'accompagnent que de dilatations des voies génitales inférieures et les oblitérations plus haut situées qui dilatent les voies génitales supérieures. Lorsque la dilatation tubaire existe, les fonctions de la trompe sont très compromises au point de vue de l'ovaire, en raison

des coudures et des oblitérations qui s'y produisent. Ne vaudrait-il pas mieux faire la castration tubaire d'emblée que de risquer les ruptures secondaires et l'infection menaçante lorsque les trompes sont distendues, altérées et reconnues telles à l'examen clinique ?

M. VILLARD. Je ne puis m'associer à cette dernière conclusion de M. Bérard ; il est irrationnel de causer à des femmes atteintes d'imperforation vaginale la perte de la maternité et la castration tubaire doit leur interdire. D'autre part, les accidents d'infections ascendantes, bien que fréquents, ne sont pas constants ; je pense donc qu'il faut redoubler de précautions aseptiques lorsqu'on incise un hémato-colpos, et lorsque cliniquement, la dilatation tubaire peut être reconnue, je me rattacherai plus volontiers à la salpingotomie préventive dont a parlé M. Goullioud ; cette opération paraît rationnelle car elle évacue la trompe et la conserve.

*
* *

HÉMATOMÉTRIE UNILATÉRALE MINUSCULE.

M. GOULLIoud. — Au mois de septembre 1902, je reçus dans mon service une religieuse, âgée de 33 ans, qui nous était amenée pour des douleurs insupportables, siégeant dans le bas-ventre, du côté gauche.

Elle racontait que, entrée au couvent à seize ans et demi, elle n'avait jamais été malade, que ses règles étaient apparues à l'âge de quinze ans et demi, régulièrement et normalement, et qu'elle n'avait jamais souffert avant ses douleurs actuelles qu'elle faisait remonter à un an.

A ce moment, sans cause appréciable, elle avait commencé à souffrir à gauche après ses règles. Ces souffrances duraient alors trois à quatre jours ; elles revenaient par crises paroxystiques ; puis elles avaient augmenté d'intensité et de durée, débutant toujours vers la fin des règles, arrivant à se prolonger durant quinze jours.

Ces douleurs reviennent par crises, aussi bien la nuit que le jour, crises violentes au point d'arracher des cris à la malade. La douleur revêt la forme d'une sensation de déchirure dans le bas ventre du côté gauche avec irradiation dans le dos du même côté. Dans l'intervalle des crises la malade ne

souffre à peu près pas, elle n'a qu'une vague sensation douloureuse.

Les premiers jours de son séjour à l'hôpital, aucune crise ne s'étant produite lors de ma visite, je pensai à quelque ovarialgie hystérique. Mais on me signalait que cette malade souffrait beaucoup et l'examen que je pratiquai alors me fit renoncer à cette idée et même décider la laparotomie.

On remarqua d'abord à gauche d'un vagin normal une dépression de 4 à 5 centimètres de profondeur, donnant l'idée d'un second vagin, terminé en cul-de-sac.

Par le palper bimanuel, on trouvait un utérus de volume normal incliné à droite; mais dans le Douglas à gauche, il y avait une induration, sensible au toucher, dure, peu mobile, du volume d'une mandarine.

Devant la persistance des douleurs qui ne cédaient qu'aux piqûres de morphine, j'intervins.

Le 18 septembre : laparotomie. On rencontre d'abord l'ovaire gauche, d'aspect normal que l'on enlève. Puis on examine l'utérus et on voit qu'il est double. A côté de l'utérus droit presque normal, portant des annexes droites normalement constituées, on remarque un second corps utérin, implanté sur le bord gauche de l'utérus droit, au niveau de l'isthme et portant à gauche une trompe atrophiée.

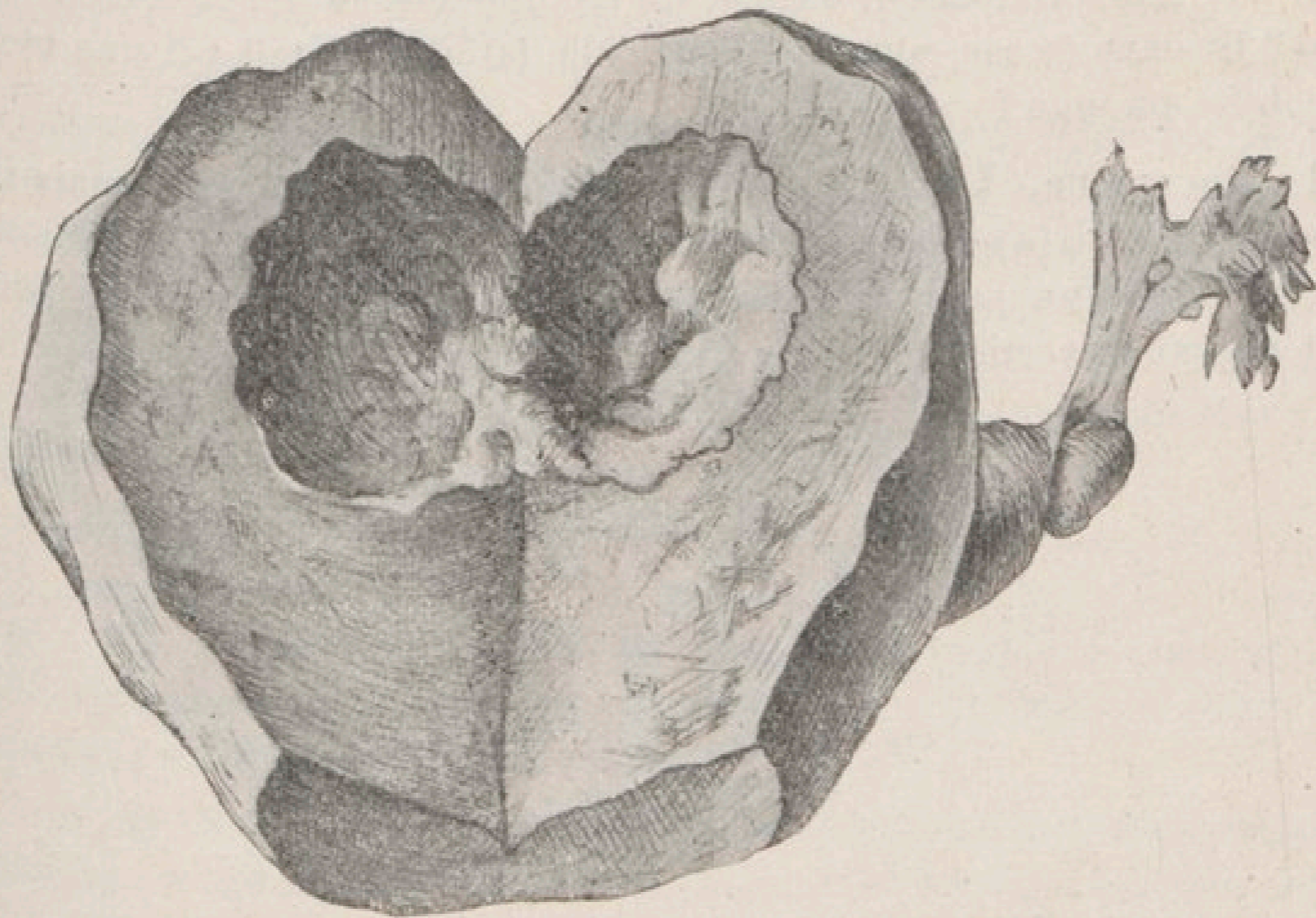
On enlève cet utérus rudimentaire comme on ferait d'un fibrome sous-péritonéal, car il adhère à l'utérus principal par du tissu fibro-musculaire. L'utérus droit et ses annexes sont laissés en place.

L'utérus enlevé est globuleux, du volume d'une petite mandarine. L'utérus ouvert présente une petite cavité, centrale, quoique plus rapprochée du fond, et ayant les dimensions d'une noisette à peine. Elle est remplie de sang ressemblant à celui que l'on rencontre dans toutes les rétentions congénitales. Elle est tapissée d'une muqueuse, d'aspect normal, à peine un peu boursoufflée. Quant à la paroi musculaire elle est très épaisse, atteignant jusqu'à deux centimètres, en certains points. Il n'existe aucune communication de cette cavité avec les cavités de l'utérus droit, des

vagins, de la trompe gauche. Celle-ci d'ailleurs est très atrophiée, sans canal appréciable, mais présentant une sorte de pavillon.

Cette opération a amené une entière et durable guérison.

Les hématométries unilatérales dans les cas de dédoublement du canal génital sont très bien connues et déjà admirablement décrites dans Schröder; mais en général elles se présentent sous un autre aspect; la paroi de l'utérus imperforé, plus mince, se laisse distendre, et l'hématomètre se



présente sous l'aspect d'une tumeur kystique. Schröder fait le diagnostic avec la cystocèle, les kystes du vagin, les entérocéles, les abcès périvaginaux, les kystes de Bartholin, etc.

Dans les cas d'hématométrie dans une corne accessoire rudimentaire, c'est avec un fibrome pédiculé ou avec une salpingite interstitielle qu'on pourrait confondre l'affection.

Dans notre cas, ce qui nous a paru curieux, c'est que la rétention d'une si faible quantité de sang, qu'une aussi minuscule hématométrie, pût amener de telles douleurs.

Un fait aussi curieux, c'est que la malade n'ait commencé

à se plaindre qu'à l'âge de 32 ans. Le fait est loin d'ailleurs d'être unique. Il est vrai aussi qu'en insistant, on arrive à faire dire à la malade que dès sa première menstruation elle a souffert; mais ces douleurs étaient fugaces et très tolérables. Ce n'est qu'à 32 ans qu'elles ont augmenté d'intensité et qu'elles sont devenues assez insupportables pour légitimer une opération.

M. FOCHIER. A-t-on fait l'examen histologique et ne pourrait-on pas expliquer par une hémorragie interstitielle les lésions présentées ?

M. VILLARD. Existait-il une seule trompe sur le corps utérin principal? Et dans ce cas, sur le diverticule latéral existait-il une trompe atrophiée ou non ?

M. GOULLIoud. L'examen histologique n'a pas été fait, mais il est indubitable qu'il s'agissait d'un utérus bifide, car le corps principal ne présentait qu'une seule insertion tubaire, et ce rudiment de trompe était fixé au diverticule atteint d'hématométrie.

Séance du 29 Janvier 1903.

Présidence de M. GAYET.

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

HÉMATOMÉTRIE.

M. CONDAMIN (à propos du procès-verbal). Je désire insister sur la pratique de Laroyenne qui, contrairement à ce qui a été dit dans la précédente séance, conseillait, lorsqu'il existait des dilatations tubaires, une évacuation très lente des hémato-colpos, afin d'éviter que l'utérus en se rétractant trop hâtivement n'oblitére l'ostium uterinum, et n'empêche ainsi l'évacuation des trompes, assurées, au contraire, par un écoulement lent du liquide sanguin.

M. GOULLIoud. La contradiction entre ce que vient d'exposer M. Condamin à propos de la pratique de Laroyenne, et ce que j'en ai dit moi-même, n'est qu'apparente, car j'ai eu surtout en vue les collections siégeant dans l'utérus et le vagin, et M. Condamin a insisté sur celles qui s'accompagnent de dilatations tubaires.

M. BÉRARD. Je reste un peu sceptique sur le mécanisme d'oblitération de l'ostium uterinum, dans les évacuations rapides des hémato-colpos ; dans un cas j'ai tamponné l'utérus, l'ostium uterinum a dû rester béant, et pourtant les collections tubaires ne se sont pas évacuées.

*
* *

TOPOGRAPHIE CARDIO-PULMONAIRE.

M. DESTOT présente un orthodiagraphe de Grunnach qu'il a complètement transformé, de telle façon que cet appareil est devenu aujourd'hui universel.

En effet, il permet d'employer un grand écran qui donne un examen général du sujet, en même temps qu'un dispositif très simple permet d'analyser les sensations perçues : chercher une balle, vérifier la forme, le volume, le siège, la

profondeur d'un corps opaque. Sans que le sujet soit dérangé, par une simple mutation on obtient un appareil enregistrant des projections orthogonales et inscrivant les formes perçues grâce à l'emploi d'un papier quadrillé au millimètre. Enfin on peut inscrire sur le sujet directement au moyen d'un crayon dermatographique les ombres portées.

La connaissance de la topographie cardio-pulmonaire sur le vivant est un des points les plus intéressants que permet de résoudre cet appareil.

Situation du cœur dans la poitrine, ses obliquités variables suivant les sujets, les rapports de la pointe avec les côtes, avec le tétou, chez l'homme, la femme et l'enfant, dans les différents moments respiratoires, tout est enregistré d'une façon absolument rigoureuse, et les notions acquises de cette façon diffèrent sensiblement des données cliniques et anatomiques enseignées jusqu'alors.

La physiologie pulmonaire, les altérations du rythme respiratoire, fournissent encore des données précieuses. Dans le domaine de la pathologie le chirurgien ne saurait se désintéresser de ces questions. Pleurésie purulente, libre ou enkystée, opérée ou à opérer, sont vues nettement.

Les résultats de l'empyème peuvent être inscrits et on peut se rendre compte de la fixation du poumon ou de son ampliation. Les différentes tumeurs des poumons s'aperçoivent aussi. Tumeurs du médiastin, ganglionnaires, tuberculeuses ou cancéreuses, exploration de l'œsophage, des rétrécissements, de leur siège, de leur forme, de leur diverticule, grâce à l'emploi du cachet de bismuth et de l'examen oblique droit, sont facilement résolus.

Anévrisme de l'aorte, péricardite avec ou sans épanchement, corps étrangers des bronches et de l'œsophage, sont nettement perçus.

Mais on peut encore apprécier les lésions parathoraciques. C'est ainsi que les tumeurs du cou, goitre plongeant et les tumeurs de l'abdomen, abcès du foie, kyste hydatique de la face convexe, sont rendus très sensibles par cette méthode d'examen.

Il me resterait à montrer que la radioscopie orthogonale sert non seulement à préciser un diagnostic, mais encore à conduire le chirurgien en lui indiquant le siège exact et la profondeur où se trouve la lésion à atteindre.

Jusqu'à présent, la chirurgie du cœur et des poumons s'est bornée à quelques tentatives, mais il est à croire que l'avenir en élargissant le champ permettra et légitimera des interventions plus hardies. C'est ce qui semble résulter du rapport de Raymond et Terrier au dernier Congrès de chirurgie.

*
**

DE L'ENTÉRO-ANA-GASTROSTOMIE

M. GOULLIoud. — On sait la difficulté que l'on a généralement à obtenir, par la gastrostomie, une fistule continente. Nous n'ignorons pas cependant qu'il existe des cas où ce résultat a été obtenu d'une façon parfaite et même par les procédés les plus simples. Mais nous savons aussi combien ces cas heureux sont rares, et la multiplicité même des procédés opératoires proposés montre bien la difficulté à laquelle beaucoup de chirurgiens se sont heurtés. Le plus souvent, la fistule stomacale réalise le desideratum d'être continente pendant un certain temps, puis l'orifice s'agrandit et la bouche stomacale rejette en abondance les aliments injectés. L'estomac est comme intolérant et se vide par la fistule bien plus que par le pylore.

Nous nous sommes demandé si celui-ci ne jouait pas un rôle fâcheux et si nous n'obtiendrions pas une continence plus facile en supprimant l'obstacle pylorique et en perçant l'estomac au point déclive. D'où l'idée de faire précéder la gastrostomie d'une gastro-entéro-anastomose dans la même séance. Nous espérons supprimer ainsi la régurgitation gastrique, non seulement pour les aliments injectés, mais aussi pour le suc gastrique dont on connaît l'action corrosive sur l'orifice artificiel. On peut espérer ainsi un écoulement continu du contenu gastrique dans l'intestin, à la place de l'évacuation

intermittente sous l'influence des contractions de l'estomac, au moment de la dilatation physiologique du pylore. L'évacuation de l'estomac sera facilitée, bien que nous ayons encore à redouter l'action de la tension abdominale qui joue un si grand rôle dans l'écoulement des liquides de toutes les fistules abdominales. Nous savons aussi que nombre d'insuccès tiennent à ce que l'on intervient chez des cancéreux particulièrement cachectiques.

Notre méthode consiste donc à faire précéder la gastrostomie d'une gastro-entéro-anastomose préalable.

Nous conseillons le procédé opératoire suivant :

1^{er} temps : On fait d'emblée deux incisions, l'une médiane sus-ombilicale, l'autre sous-costale (incision de Labbé ou autre).

2^e temps : Par la plaie sous-costale, on repère le point de la paroi antérieure de l'estomac au niveau duquel on doit faire plus tard la bouche stomacale. Il est choisi le plus près possible du cardia. On applique une pince en cœur sur un pli de la paroi.

3^e temps : Par l'incision médiane, on fait une gastro-entéro-anastomose trans-méso-colique, donc sur la face postérieure de l'estomac dans la région pré-pylorique, c'est-à-dire au point déclive. Pendant ce temps, la pince placée au point futur de la gastrostomie est plus ou moins entraînée et attirée dans l'abdomen. La gastro-entérostomie terminée, la plaie médiane est rapidement suturée.

4^e temps : On amène facilement à la plaie sous-costale, sous forme de cône, le point de la paroi antérieure de l'estomac, déjà repéré et pincé. On termine alors par la gastrostomie.

En résumé, nous faisons une gastrostomie sur la face antérieure de l'estomac, près du cardia, et une gastro-entérostomie sur la face postérieure, près du pylore.

Soit pour la gastro-entéro-anastomose, soit pour la gastrostomie, on peut recourir à tel procédé que l'on voudra, en donnant la préférence à un procédé rapide. Cependant, pour la gastro-entérostomie, nous avons eu recours au procédé de

Von Hacker, avec sutures; pour la gastrostomie, au procédé de Terrier, en nous inspirant cependant des idées de Fontan, Monod, etc., c'est-à-dire en ne suturant pas la muqueuse à la peau. Rien n'empêche de modifier chaque temps opératoire; on pourrait notamment faire les deux opérations par la même incision; cependant la ligne de conduite que nous conseillons nous paraît la plus naturelle et la plus simple.

A priori, nous ne croyons pas cette méthode beaucoup plus grave qu'une gastro-entérostomie ou qu'une gastrostomie, si l'opération n'est pas faite trop tardivement. Pour en atténuer la gravité, nous conseillons de recourir à ce que nous appelons l'anesthésie *discontinue* que nous employons fréquemment en chirurgie intestinale. Nous ne faisons endormir le malade que très superficiellement pour les temps véritablement douloureux: incision du début, recherche des viscères à suturer, et occlusion terminale de la plaie, mais nous suspendons l'anesthésie pendant tout le temps des sutures viscérales qui ne sont pas douloureuses.

Nous voudrions pouvoir apporter ici la preuve clinique à l'appui de notre idée. Nous l'avons appliquée une fois sur le vivant, le 21 novembre dernier. Malheureusement nous avions affaire à un homme âgé, très malade, qui ne nous a autorisé à l'opérer que trop tardivement et, qui, n'ayant plus aucune résistance, a succombé rapidement. Faut-il en accuser notre opération complexe? Nous ne le croyons pas, et il est probable qu'une gastrostomie simple aurait eu la même terminaison. Car c'est à des complications pulmonaires préexistantes, liées à la propagation du cancer de l'œsophage à la trachée, que notre malade a succombé. Ce cas, opéré *in extremis*, ne prouve rien, croyons-nous.

Il nous restera donc à démontrer par des faits ultérieurs le bien fondé de notre méthode que nous ne pouvons encore considérer comme une espérance d'amélioration de la gastrostomie.

L'expression d'entéro-ana-gastrostomie nous paraît la décrire, pour ainsi dire.

GASTROSTOMIE VALVULAIRE

M. VALLAS. — J'ai été frappé, comme M. Goullioud, de l'état lamentable dans lequel se trouvaient la plupart des gastrostomisés pour rétrécissement de l'œsophage. Tant que j'ai employé le procédé opératoire, minutieusement décrit par Terrier, avec sutures péritonéo-péritonéales et muco-cutanées, je n'ai eu à enregistrer que des insuccès. La fistule devenait rapidement incontinente, les liquides injectés dans l'estomac ressortaient presque aussitôt, souillaient le pansement, et leur action, combinée à celle du suc gastrique, ulcéraient la peau qui devenait rouge, eczémateuse, suintante et douloureuse. Aussi l'inanition continuait et les survies ne dépassaient guère quelques semaines. J'en étais arrivé à ne plus faire de gastrostomies et, dans cet état d'esprit, j'aurais parfaitement accepté l'idée proposée par M. Goullioud.

Je crois cependant qu'il y a mieux à faire aujourd'hui. Depuis que j'utilise dans l'établissement de la fistule gastrique le procédé de Fontan, dit encore procédé valvulaire, je n'ai eu qu'à me louer des résultats obtenus. L'orifice reste petit, et parfaitement continent. On peut alimenter immédiatement les malades et jamais les liquides ne ressortent. Chez un opéré qui avait eu, comme cela se voit souvent après l'intervention, une amélioration du côté de son œsophage et qui, par suite, avait négligé d'entretenir son conduit intrapariétal par le passage de sondes, j'ai vu la fistule se fermer spontanément, si bien que j'ai dû refaire une seconde gastrostomie. Cela démontre évidemment que la bouche stomacale est, par ce procédé, établie dans d'excellentes conditions de continence.

Dès lors, j'estime qu'il est au moins inutile de recourir à une opération aussi compliquée que celle de M. Goullioud. Il ne faut pas oublier que les malades atteints de rétrécissement de l'œsophage sont ordinairement très cachectiques et

fort chancelants quand ils se soumettent à l'intervention chirurgicale. Il n'est pas rare d'en voir succomber au léger choc opératoire de la gastrostomie. Que sera-ce lorsqu'on leur infligera une double opération, gastro-entérostomie postérieure et gastrostomie? Ces deux opérations sont, je l'accorde, l'une et l'autre très bénignes en elle-mêmes, mais leur réunion sur un sujet affaibli m'inspire les craintes les plus sérieuses. C'est à ce point de vue surtout que tiens à formuler des réserves sur le procédé, d'ailleurs original et élégant, de notre collègue.

M. TIXIER. J'ai fait, en 1898, une gastrostomie par le procédé de Fontan, j'ai pu suivre très attentivement cette malade pendant deux mois, le résultat fonctionnel fut parfait, la bouche artificielle était absolument continente, à chaque repas la malade se cathétérisait elle-même avec une petite sonde, et il n'y eut jamais aucun reflux. Cette malade a succombé plus tard au progrès de son néoplasme œsophagien, et à l'autopsie j'ai constaté que le canal, opératoirement créé, avait complètement disparu. Il semble que très régulièrement la disposition valvulaire, artificiellement créée, disparaît, la muqueuse se décolle et il se constitue une valvule muqueuse qui maintient la continence. Un résultat identique est obtenu, semble-t-il, dans les nombreux procédés qui ont été préconisés pour assurer la continence des liquides gastriques après la gastrostomie.

M. VILLARD. Le procédé de Fontan donne de bons résultats, non pas à cause de la valvule artificielle qui le caractérise, mais en raison des circonstances accessoires de son manuel opératoire; parmi celles-ci, les plus importantes sont la fixation de la paroi gastrique seulement à la face profonde de la paroi abdominale, la création d'une bouche très petite, et l'absence de suture de la muqueuse à la peau. Cette suture de la muqueuse à la peau est une pratique détestable, elle a été la ruine du procédé initial de Terrier.

La pratique d'une bonne gastrostomie ne réclame aucune manœuvre compliquée pour la création d'un canal, comme dans le procédé de Franck Villar ou d'une valvule, comme dans celle de Fontan, par exemple. Ce qu'il faut, c'est fixer, à la face profonde de la paroi abdominale, un péritoine pariétal, une zone voisine de la petite courbure et aussi près que possible; faire ensuite une incision très petite au travers des tuniques de l'estomac, sans aucune suture des bords de cette ouverture à l'incision abdominale, et laisser une sonde en place pendant le minimum de temps. Grâce à cette pratique simple, on aura une bouche gastrique continente et parfaite.

J'ai, pour ma part, toujours recours à cette manière de faire et je m'en suis toujours bien trouvé ; dans deux cas notamment, l'un avait trait à un néoplasme de l'œsophage, qui survécut cinq mois avec un orifice parfaitement continent ; dans l'autre, il s'agissait d'un rétrécissement cicatriciel de l'œsophage qui, après un certain laps de temps, put être de nouveau cathétérisé ; cette femme est aujourd'hui complètement guérie et son orifice de gastrostomie est fermé.

Quant à la corrosion de la paroi abdominale par l'acide gastrique, il faut l'empêcher, dans les cas où elle se produit, par de larges placards de vaseline qui isolent les téguments ; l'emploi des poudres alcalines est illusoire et ne donne que des résultats déplorables.

M. NOVÉ-JOSSERAND. J'ai fait des observations semblables à celles de M. Villard, chez trois malades adultes, à l'hôpital de la Croix-Rousse et chez deux enfants à la Charité, je n'ai jamais eu d'ulcération de la paroi, ni les graves inconvénients signalés par les auteurs. J'utilise un manuel opératoire analogue à celui qui vient d'être exposé ; je ne fais aucune suture des lèvres de la plaie, et j'enlève la sonde le plus tôt possible, et ne fais que des cathétérismes rares de l'orifice.

Grâce à cette pratique, j'ai toujours observé une continence parfaite de l'orifice gastrique, j'ai même pu, chez un enfant atteint de rétrécissement cicatriciel, injecter dans l'estomac une certaine quantité de liquide sous pression, dans le but de tenter un cathétérisme rétrograde de l'œsophage à l'aide du cystoscope ; je ne suis pas parvenu à pénétrer dans l'orifice cardiaque, mais j'ai pu me rendre compte que l'orifice de la gastrostomie était parfaitement continent.

M. DURAND. Je suis entièrement de l'avis de MM. Villard et Nové Josserand, et depuis longtemps j'ai adopté leur manière de faire. Je veux cependant insister sur un point qu'ils n'ont pas mis en lumière. J'ai eu l'occasion de voir pendant mon internat un malade qui avait une incontinence complète de sa bouche gastrique. A l'autopsie je vis que celle-ci se trouvait sur l'anse pylorique, près du bord inférieur de l'estomac, et que par conséquent elle devait forcément être incontinente. J'accordai dès lors une grande importance à la situation de la bouche, et pensai qu'on doit la faire très haut sur le bord convexe du grand cul-de-sac. Pour la reporter plus haut je fis même des recherches cadavériques tendant à instituer un procédé qui par la voie transthoracique ferait porter l'incision au point le plus élevé de l'estomac, dans la coupole diaphragmatique. Je n'aboutis pas, l'opération étant ainsi trop compliquée. Partant de ce principe, j'attire très fortement l'estomac après avoir fait ma laparotomie le plus haut possible et je fixe l'estomac seulement au péritoine pariétal sans faire la suture cutanéomuqueuse de Terrier. J'ai toujours eu ainsi d'excellents résultats et n'ai aucune tendance à adopter le procédé de M. Goullioud, trop compliqué à mon avis pour des malades en

général très cachectiques et hors d'état de subir une longue intervention.

M. GOULLIQUÉ. Le procédé que j'ai proposé, et qui est le point de départ de cette discussion, vise un accident de gastrostomie, qui reste, malgré tout, fréquent. Si les procédés de gastrostomie qu'on vient de rapporter donnent de bons résultats, il est bon d'y avoir recours, mais il faut attendre peut-être une expérience plus longue. Je reste pourtant bien convaincu, pour ma part, que, dans la gastrostomie ordinaire, il ne faut pas suturer la muqueuse à la peau.

M. AUBERT On a parlé tout à l'heure des mauvais résultats obtenus par les poudres alcalines, dans le traitement des érosions de la paroi abdominale par le suc gastrique; ce fait n'a rien d'étonnant, car les alcalins sont nuisibles à la peau et dissocient l'épiderme. Quand on applique des alcalins sur une pareille ulcération, on ne fait qu'ajouter un nouvel agent caustique, et la peau est lésée par l'acide gastrique et par l'alcalin appliqué sur elle.

Le Gérant, D^r VALLAS.

Séance du 5 Février 1903.

Présidence de M. GAYET.

— — —

Le procès-verbal, par suite d'un fait matériel, ne peut être lu et cette lecture est reportée à la prochaine séance.

*
**

KYSTE ABDOMINAL PRÉRÉNAL PROBABLEMENT HYDATIQUE
SIMULANT UNE HYDRONÉPHROSE VOLUMINEUSE DU CÔTÉ
DROIT ; EXTIRPATION, GUÉRISON.

M. VINCENT. — La communication que j'ai l'honneur de faire présente un grand intérêt, tant au point de vue de la rareté du fait en lui-même, qu'au point de vue de la difficulté du diagnostic. Je ne puis rigoureusement localiser l'origine de la tumeur que j'ai extraite de la cavité abdominale, il est impossible également de m'appuyer sur l'examen microscopique du liquide de la tumeur, puisque, par une inadvertance regrettable, il a été jeté à l'égout.

Je m'attacherai à mettre en relief les motifs de confusion d'un kyste siégeant en avant du rein avec une hydronéphrose et les motifs de les différencier, en se plaçant uniquement sur le terrain clinique.

L'enseignement qui découle de cette observation importe aussi bien à la chirurgie urinaire qu'à la chirurgie abdominale.

Une dame de 55 à 60 ans a été prise, au commencement du mois de novembre dernier (1902), d'une infection gastro-entérique, qualifiée en premier lieu de grippe intestinale, puis de fièvre typhoïde. La température oscilla pendant cinq semaines entre 38° et 39°.

Le traitement consista en médicaments ayant pour but la désinfection du tube digestif. Le 15 décembre, qui était le 33 ou 35^e jour de la prétendue fièvre typhoïde, il survint une crise caractérisée par des frissons, une ascension du thermomètre à 40°, des vomissements, de la douleur dans le flanc droit, du météorisme, si bien qu'on crut à une péritonite. On examina l'abdomen (D^r Jacquin) et l'on découvrit une tumeur dure, sensible au toucher, occupant la fosse iliaque droite, ou plutôt le côté droit du ventre. Le premier diagnostic porté fut celui d'un phlegmon du ligament large. Un chirurgien pensa à un kyste de l'ovaire en voie de suppuration ou de gangrène, par suite d'une torsion de son pédicule. Ayant été appelé, je ne reconnus aucun signe légitimant le diagnostic d'un phlegmon du ligament large, ni d'un kyste à pédicule tordu.

Frappé de la teinte subictérique du facies de la malade j'ai pensé à un kyste hydatique de la face inférieure ou du bord postérieur du foie, kyste qui se serait énucléé ou séparé de son attache primitive et qui aurait continué à végéter au milieu des masses intestinales ; je pensai également à un kyste hydatique du rein. C'étaient de simples impressions cliniques, il fallait les justifier.

Le toucher démontrait que la sphère des organes génitaux internes était tout à fait étrangère à la tumeur en cause. Celle-ci n'appartenait plus au foie, si elle avait jamais rien eu de commun avec lui, car une bande de sonorité s'étendait entre cet organe et la tumeur. D'autre part, on faisait remarquer que la malade était très brune, que son teint n'avait pas changé. Renonçant à soutenir l'hypothèse d'une tumeur parasitaire primitivement hépatique ou d'une altération concomitante du foie, nous étudiâmes la possibilité d'une tumeur rénale.

Tout était en faveur de cette idée. La tumeur à surface lisse, tendue, mesurant 18 cent. en largeur et 12 cent. en hauteur, occupe le flanc droit, la fosse iliaque droite, sans remplir ces deux régions ; elle déborde un peu la ligne blanche, elle paraît se prolonger vers la vessie ; elle soulève la paroi abdominale au point de rencontre du flanc, de l'hypochondre et de la fosse iliaque du côté droit. Elle est mobile dans une certaine étendue, mais elle ne se porte pas dans le côté gauche de l'abdomen sous l'effort de la main, ni dans le décubitus latéral. La constatation de ce degré restreint de mobilité conduit aux deux notions suivantes, à savoir que la tumeur n'est pas rivée au squelette et qu'elle est retenue dans le flanc droit, juste en avant du siège normal du rein.

Sa partie la plus saillante est réellement mate à la percussion. Il n'y a donc pas d'anse intestinale qui la sépare de la paroi abdominale. Entre elle et le rebord des côtes existe un espace dépressible et sonore. Le flanc est submat. La matité hépatique paraît descendre plus que normalement en arrière. La région lombaire n'est pas très saillante. Quant à la fluctuation, c'est celle des poches à liquide sous pression. On a donc de la rénitence plutôt que de la fluctuation. Lorsqu'on empaume la tumeur d'avant en arrière, des lombes à la partie antérieure saillante, on sent bien cette rénitence, et, en même temps, on se rend compte que la tumeur vient buter contre le milieu de la crête iliaque et qu'elle ne peut bomber dans l'espace de J.-L. Petit.

La tumeur n'est pas influencée par les mouvements du diaphragme.

Cet ensemble de symptômes cadre tout à fait avec l'idée d'une tumeur rénale liquide ayant atteint un gros volume.

Quelle est sa nature ? quel est son contenu ? L'hésitation ne peut exister qu'entre un kyste hydatique ou une hydronéphrose, l'un ou l'autre infecté par la grippe ou par une cause indéterminée.

On a vu des kystes hydatiques du rein atteindre de grandes proportions, rester limpides et apyrétiques ou

devenir purulents avec de la fièvre, de la douleur et un aspect terreux des téguments. En ce cas, il arrive que des vésicules s'éliminent avec les urines. C'est une recherche à faire.

Le diagnostic d'hydronéphrose réunit plus de suffrages. En effet, l'hydronéphrose forme une tumeur ayant le même siège, elle a une surface lisse et régulière quand elle est grosse, elle se prolonge plus ou moins vers l'uretère et la vessie, elle est mobile, elle provoque des crises douloureuses avec fièvre, nausées, vomissements; l'urine est habituellement claire avec un peu d'albumine, avec perte d'une partie de ses sels minéraux; parfois l'urine contient beaucoup de mucus et du sang; à la fin, ce liquide devient jaunâtre, noirâtre, mucilagineux et comme gélatineux et plus tard séreux avec de la cholestérine. Dans une analyse récente de Bazy (*Revue de Chirurgie*, janvier 1903, Contribution à la pathogénie de l'hydronéphrose intermittente; bassinets et uretères des nouveau-nés), l'urine d'une hydronéphrose contenait: 8,82 d'urée par litre, des traces indosables d'acide urique, ni indican, ni acétone et 3 gr. 10 de chlorure en NaCl. Les urines n'avaient pas encore été examinées à tous les points de vue.

En faveur de l'hydronéphrose, on invoquait le souvenir de douleurs lombaires, survenues un an ou deux auparavant, et enfin et surtout le souvenir d'une tumeur mobile flottante du flanc droit, apparue après une couche, il y a 22 ans.

On sait, depuis les travaux de Glénard, combien est fréquente la néphroptose après les grossesses multiples. Le médecin avait conseillé une ceinture qui avait été portée plus ou moins régulièrement. La malade avait l'habitude de réduire sa tumeur, *son rein flottant*, qui ne lui faisait pas mal et auquel elle était loin de supposer un rôle quelconque dans l'état actuel.

Ne sait-on pas que la néphroptose est plus fréquente à droite qu'à gauche, et les travaux de Tuffier et Baudoin (*Revue de Chirurgie*) n'ont-ils pas démontré que l'hydronéphrose

intermittente d'abord, puis permanente, est une complication des reins mobiles ?

La cause de l'hydronéphrose parut donc gagnée. Les symptômes relevés ultérieurement confirmèrent le diagnostic. Les urines, dont le volume quotidien était descendu à 500 grammes, lors de la crise du 15 septembre, devinrent plus abondantes à mesure que la douleur devint moins aiguë et la tumeur moins tendue. Le 23 décembre, elles atteignaient 1.200 gr., le 26, elles montèrent à 2.150 gr. Il s'agissait donc bien d'une hydronéphrose avec crise douloureuse par rétention d'urine à la suite d'une torsion ou d'une courbure de l'uretère. D'autre part, l'analyse faite à Grenoble, le 20 décembre, révèle : densité 1028, dépôt abondant rouge, aspect très louche, acidité ; 20 gr. d'urée par litre, 1 gr. acide phosphorique, 2 gr. chlorures ; légère quantité d'albumine, beaucoup de cellules épithéliales, beaucoup d'urate de soude, pas de globules de sang, pas de cylindres, pas de crochets d'hydatides.

L'analyse faite à Lyon le 5 janvier, présente les renseignements suivants : état trouble, couleur ambrée, flocons, peu d'acidité ; 8 gr. d'urée (au lieu de 20 à 32), 6,63 chlorure de sodium (au lieu de 10 à 12), des traces d'albumine, pas d'indican, ni d'albumoses, ni de matières grasses, traces d'urobiline, quelques globules de pus, des cylindres muqueux, des pigments biliaires, 1 gr. 37 de phosphates (au lieu de 2 gr. 50).

Une troisième analyse faite le 10 janvier se résume ainsi : sucre 0, albumine 0, pas de crochets, pas de cylindres, pas d'acide urique libre, pas d'oxalate de chaux ; urée 12 gr. 31 par litre (au lieu de 20 à 32), acide phosphorique 1,35, chlorure de sodium 4,17, couleur foncée ; pas d'acides biliaires, mais forte réaction de l'urobiline.

En somme, le caractère anormal constant de l'urine a été la faible proportion de l'urée et du chlorure de sodium par rapport à la densité 1026 à 1028. Or, l'abaissement du taux de l'urée et des sels urinaires n'est-il pas signalé dans l'hydronéphrose, et récemment encore dans l'observation précitée de Bazy ? Aucun doute n'était plus

permis. Il s'agissait bien d'une grosse hydronéphrose infectée, qui avait du être intermittente et qui était persistante maintenant; elle avait été la conséquence d'une néphroptose gravidique. Du reste, la description de l'hydronéphrose opérée par Bazy (II^e observation), répondait mot pour mot à notre cas. Voici le texte même du chirurgien de Beaujon : « On sent dans le flanc droit une grosse masse qui va presque à la ligne médiane, descend à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic, de consistance ferme, tendue, fluctuante, régulière, prenant contact avec la fosse lombaire et se déplaçant d'avant en arrière et d'arrière en avant par la palpation bimanuelle. »

L'hydronéphrose était donc le diagnostic le plus rationnel d'après les apparences, et cependant il manquait des nuances à ce tableau clinique; l'urination n'avait pas entraîné la diminution ni du volume, ni de la consistance de la tumeur, celle-ci était plus dure qu'une hydronéphrose, la matité en arrière et dans le flanc n'était pas assez franche; jamais il n'y avait eu de coliques néphrétiques à proprement parler; dès le début, la tumeur avait été sous la peau, tandis que le rein flottant, les tumeurs rénales sont recouvertes par le côlon ascendant et les autres parties des intestins, un certain temps avant d'être tout à fait sous-cutanées. La teinte subictérique des téguments, les urines acajou, la constipation habituelle, la cachexie hépatiforme, me ramenaient toujours à la crainte d'une lésion du foie, bien que les matières alvines ne fussent pas décolorées. Je ne pensais pas à une hydropisie de la vésicule biliaire, parce que ce genre de tumeur s'accompagne de plus de douleur et d'un ictère plus accentué; elle est précédée par des coliques hépatiques, parfois on y détermine des collisions de calculs, et enfin elle est en continuité avec le foie.

Malgré toutes ces réflexions qui contiennent tous les éléments d'un diagnostic différentiel, le plan opératoire fut dressé en vue d'une opération d'hydronéphrose.

Je n'ai jamais été partisan de la néphrectomie, j'ai toujours pratiqué la néphrotomie, c'est-à-dire la fistulisation de

la poche pyélo-rénale dans la région lombaire. On est unanime aujourd'hui à déclarer que l'extirpation du rein malade doit être une opération d'exception. Les faits ont démontré, dit Wagner (Wagner docent z. Leipzig : *Centralblatt für die Krankh. der Harn und sexual organe*, avril 1898) que, dans plus de la moitié des cas, l'hydronéphrose est bilatérale et que, d'autre part, le processus morbide ne conduit qu'exceptionnellement à la destruction du parenchyme.

L'opération fut pratiquée le 10 janvier 1903.

Éthérisation, incision lombaire verticale en dehors du carré des lombes : *décollement du péritoine avec les doigts*. A une profondeur de 7 à 8 cent., on touchait bien la tumeur, mais il était impossible de pincer sa paroi et de l'attirer dans l'orifice de la plaie opératoire.

Les choses ne se passent pas ainsi dans les hydronéphroses vraies ; il s'agissait donc d'autre chose. Sans perdre de temps, je fis donc une nouvelle incision de 15 cent. environ sur la partie la plus saillante de la tumeur, à 15 cent. de la ligne blanche, soit à peu près au milieu de la ligne ombilico-iliaque, dit point de Burton. Après la peau et les aponévroses, le bistouri sectionna le péritoine pariétal et diverses couches péritonéo-épiploïques avant d'arriver sur la surface même de la tumeur, qui était en contact immédiat avec la paroi abdominale. M. le D^r Berchoud, qui avait bien voulu me prêter son concours, eut de la peine à réprimer l'issue des anses intestinales (côlon) qui firent irruption. La tumeur elle-même était noyée et fixée dans les masses des circonvolutions de l'intestin.

J'essayai de décortiquer, mais je ne persistai pas et me décidai à marsupialiser la tumeur en avant. Après avoir garni le pourtour de l'incision abdominale antéro-latérale avec de la gaze, je ponctionnai la tumeur au bistouri. Il s'en écoula, non point un liquide urinaire plus ou moins altéré, mais un flot de matière visqueuse, crémeuse, puriforme, grisâtre, rougeâtre par endroits, que l'on peut évaluer à un litre. Il n'était plus question d'hydronéphrose, mais d'un kyste à contenu altéré, comme on le voit dans les kystes

hydatiques anciens et dégénérés. Ayant incisé une partie de la poche, j'en suturai les bords aux lèvres de l'incision de laparotomie. J'allais capitonner la cavité, lorsque la malade se mit à tousser; refoulée au dehors par les intestins, la poche se retroussa comme un bonnet de coton. Un kyste hydatique du rein n'aurait pu se détacher de la sorte. Du reste, j'avais constaté, en explorant par l'incision lombaire, que le rein droit était bien à sa place et n'avait que le volume auquel il a droit.

L'éthérisation étant parfaite, j'entrepris de dissocier avec les doigts toutes les adhérences intestinales de ce kyste étrange, dépourvu de pédicule et de connexions avec les organes de l'abdomen.

L'opération fut achevée en une heure et demie.

Les suites opératoires n'ont rien offert d'anormal, tout s'est passé aseptiquement, rien d'intéressant à signaler (si ce n'est que la malade est rentrée chez elle le 21 février).

Il nous reste à déterminer la nature de ce kyste qui n'avait d'attache ni avec le rein, ni avec aucun organe, qui vivait sans racine, comme un parasite au milieu des masses intestinales.

Où siégeait-il au juste ?

Ces deux questions sont difficiles à résoudre. En comparant l'enveloppe de ce kyste à l'enveloppe des kystes hydatiques que j'ai extraits du foie, ou que j'y ai ouverts, je ne puis pas ne pas l'assimiler à la poche d'un kyste hydatique. Vous la voyez, elle est assez épaisse, peu vasculaire, elle est très résistante, sauf en un point, point qui aurait pu éclater à la longue et causer de grands désastres. La surface externe présente des îlots de graisse provenant de l'épiploon et des lambeaux des adhérences rompues; sa surface interne offre des saillies qui ressemblent à des traces de cloisonnements, si l'on veut.

Je ne vois pas ce que peut être ce kyste, si ce n'est pas un kyste hydatique.

Il nous manque, il est vrai, la démonstration par les cro-

chets, mais on sait bien que cette preuve n'est pas indispensable. Je pourrai citer un jour des cas analogues dans une monographie particulière. Aujourd'hui, je ne veux en référer qu'au témoignage de Spillmann et Ganzinotty (Dict. enc. de Dechambre, art. *péritoine*). « Cependant, dans l'observation de Cortes, qui paraît bien être un kyste hydatique volumineux (du mésentère), l'examen du liquide a donné au microscope un résultat négatif. Cette absence de crochets a été plusieurs fois notée pour des kystes hydatiques d'autres organes. Le plus ordinairement les kystes du mésentère sont secondaires à la présence de kystes hydatiques dans d'autres organes, notamment dans le foie et l'épiploon ».

On ne saurait opposer contre l'idée du parasitisme hydatique l'*unicité* du processus, car il y a d'autres observations de kystes hydatiques uniques. Villar, dans le traité de *Chirurgie de Delbet et Le Dentu*, cite les observations de Portal et de Pravaz, Quénu, les observations de Freing, de Sutherland, de Cymbal; Masqueray, dans sa thèse (*Kyste hydatique du mésentère*, 1895), en ajoute d'autres. J'en citerai d'autres qui me sont personnels, si je me décide à faire un travail plus étendu que cette note, en utilisant les renseignements bibliographiques qui m'ont été obligeamment fournis par M. Pellenda, interne de nos hôpitaux.

Le contenu de notre kyste abdominal s'était altéré, à la suite de traumatismes fréquents, par le fait même de son ancienneté (Villar, Spillmann); peut être avait-il été infecté par le poison grippal et de ce chef avait-il contribué à entretenir l'état fébrile de la malade. Nous n'osons pas avancer que l'altération du kyste en a été l'unique cause.

Où siégeait exactement ce kyste ?

Est-ce dans le mésentère ? Alors le minimum de la saillie est près de l'ombilic, dit Masqueray; les tumeurs du mésentère sont médianes, ombilicales, dit Besnier (art. Mésentère du Dict. de Dechambre). Or, dès le début, notre tumeur a été logée dans le flanc; la malade l'affirme.

Est-ce un kyste hydatique de l'épiploon ?

On cite les observations de Budd, Levais, Cadet de Gas-

sicourt, etc. Spillmann dit qu'il coexiste souvent, avec d'autres kystes de la séreuse abdominale : intestin, bassin, méésentère ; qu'il peut se trouver seul dans le ventre mais exister en même temps que d'autres kystes semblables dans les viscères : foie, rate, poumon. Le kyste hydatique de l'épiploon siège à la région ombilicale, tout comme le kyste du méésentère, mais il est plus mobile et, signe pathognomonique, il est en contact direct avec la paroi abdominale, tandis que le kyste hydatique du méésentère est séparé de la paroi par des anses intestinales. Notre kyste a bien été primitivement sous la peau, au dire de la malade, comme un kyste de l'épiploon, mais il n'a pas été médian ; il a été et il est resté *latéral*. Qui l'a retenu dans le flanc droit ? Est-ce un hasard de migration et de fixation ? Ou bien est-ce une circonstance anatomique ? Nous ne reviendrons pas sur notre impression première d'un kyste détaché du foie et s'étant logé dans l'arrière-cavité des épiploons suivant son bord droit. Nous voulons espérer que le foie et les autres parties de l'organisme sont et resteront indemnes de tout autre manifestation de ce parasitisme vésiculaire.

Il ne serait pas impossible que l'insertion parasitaire se fût opérée dans le *mésocôlon*, comme dans le cas de M. Le Domany. (1895, *Bull. de la Soc. méd.*)

Quoi qu'il en soit du siège de ce kyste : *mésocôlon*, ou bord droit du grand épiploon, il ressort de l'observation que nous venons de présenter et d'analyser, il ressort cette notion que des kystes abdominaux logés en avant du rein, peuvent être pris pour une hydronéphrose et que même l'étude attentive et raisonnée de tous les symptômes et de l'anamnèse ne saurait préserver d'une erreur, je veux dire d'un mécompte dans la diagnose précise, mécompte qui, d'ailleurs, ne saurait avoir de conséquence interventionnelle préjudiciable au patient.

Cette observation montre une fois de plus que le ventre est un mystère comme la vie est une énigme (1).

(1) Cette observation était déjà rédigée, lorsque nous avons pu prendre

M. ROCHET fait remarquer que le fait de ne pouvoir amener à la peau les lèvres de la poche devait amener M. Vincent à éliminer l'origine rénale.

M. VINCENT avait justement eu cette idée.

connaissance du très important mémoire inséré dans les *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1902, sur *Les Kystes hydatiques du bassin et de l'abdomen au point de vue de la dystocie*, par le Dr Fanta, de Prague. Ce travail est un précieux index bibliographique de la littérature étrangère : allemande, russe, anglaise, et de la littérature française. Outre le recueil de tous les cas, publiés sur ce point spécial de dystocie, le mémoire renferme des aperçus intéressants sur les kystes hydatiques en général. Nous y lisons : que le traumatisme a pour effet de faire augmenter de volume les kystes à contenu purulent ; que la suppuration des kystes et leur toxicité sont la conséquence d'une maladie intercurrente (scarlatine, rougeole, etc.), et de la formation de ptomaïne ; que la grossesse, l'accouchement et les suites de couches impriment une accélération au développement des kystes hydatiques et que cette influence explique pourquoi c'est souvent après une couche qu'on s'aperçoit pour la première fois de leur existence ; que leur durée peut dépasser 30 et 40 ans parfois ; que leur diagnostic, toujours difficile, est souvent impossible ; que toutes les surprises ont été signalées. Entre autres déceptions, Fanta rapporte que M. Poncet, de Lyon, prit des kystes du petit bassin pour des fibromes pédiculés sous-séreux de l'utérus (Voir *Lyon Médical*, 1892, et thèse de Lyon : Monéger, *Des kystes hydatiques de l'épiploon et du bassin* ; 32 observations. « Le sujet porteur de kystes de l'épiploon, conclut l'auteur, est sans cesse sous le coup de la mort subite, que celle-ci arrive par intoxication, par infection et par un autre mécanisme. Si l'affection ne se termine pas aussi brusquement, elle aboutit fatalement à la cachexie et à la mort »).

Le Dr Goullioud a réséqué tout le grand épiploon transformé en une énorme grappe de kystes hydatiques ; il en laissa d'autres sous les côlons transverse et ascendant ; cette opération, quoique partielle, procura une guérison stable (*Lyon Médical*, 1892). Le Dr Jaboulay a fait une opération analogue suivie de mort en 1890 (Thèse Monéger).

Lorsque nous publierons toute la série de nos opérations de kystes hydatiques, nous mettrons à profit les riches documents de Fanta et la thèse du Dr M. Gangolphe sur *Les kystes hydatiques des os*.

KYSTE INTRA-ABDOMINAL A POINT DE DÉPART INCONNU.

M. TIXIER : L'observation si intéressante que vient de nous rapporter M. Vincent m'autorise à vous parler d'un cas que j'avais toujours hésité à publier faute d'un diagnostic précis. Il s'agit aussi d'un kyste intra-abdominal à point de départ inconnu.

Au mois d'octobre 1902 je recevais dans mon service de Saint-Pothin une petite fille de 28 mois qui portait dans le ventre une très grosse tumeur. La mère racontait que dès l'âge de six mois la nourrice à laquelle était confiée cette enfant s'était aperçue d'une tumeur siégeant dans l'hypochondre gauche.

Cette tumeur avait grossi progressivement et un médecin consulté, le docteur Drey, de Vaise, avait parlé d'un kyste de la rate. Il avait vivement conseillé aux parents de faire opérer leur enfant. Ceux-ci qui ont déjà perdu quatre enfants en bas âge ont renvoyé autant que possible la visite à un chirurgien.

Mais dernièrement la grosseur a pris un tel volume, de plus l'enfant a tellement maigri, qu'ils se décident à la faire entrer à l'hôpital.

Au moment où je vois la petite malade je suis en présence d'un enfant n'ayant que ventre. Cet abdomen prodigieusement distendu fait paraître encore plus malingre les membres de l'enfant. A la palpation on perçoit nettement une tumeur fluctuante occupant tout le ventre, allant des fausses côtes gauches à l'épine iliaque du même côté, dépassant nettement à droite la ligne médiane. La peau au-dessus est lisse et tendue sans modification.

On a du flot, de la sonorité seulement dans la partie droite de l'abdomen. Il y a de la fièvre, 39°, de la diarrhée; l'enfant est profondément cachectique, donc la tumeur suppure.

Prudemment, le 14 octobre, j'endors la fillette pour répon-

dre au désir exprimé par le père, je fais une ponction avec une seringue de Roux, je retire du liquide marron purulent.

Incision sur le bord gauche du grand droit gauche; la poche épaisse est adhérente partout : au péritoine pariétal, à l'épiploon et à l'estomac en haut, tout autour à l'intestin. Je l'ouvre largement, il s'écoule trois quarts de litre d'un liquide couleur chocolat sirupeux, sans odeur. Avec la main introduite dans la poche j'enlève deux grosses poignées de caillots purulents.

J'espérais pouvoir ainsi reconnaître l'organe siège de ce kyste, mais sous l'influence de l'ablation de ces caillots une hémorragie considérable, surtout pour un enfant de 28 mois, m'obligea à marsupialiser rapidement la poche et à la tamponner avec des mèches entourant un énorme drain.

L'enfant eut un shock considérable, mais se remit cependant, malgré des oscillations thermiques qui persistèrent jusqu'au 4 novembre; actuellement elle a quitté mon service gardant une simple fistulette.

Même par la laparotomie large je n'avais pas pu reconnaître la nature précise de ce kyste. J'espérais que les examens bactériologiques du liquide recueilli et histologique d'un morceau de la poche que j'avais réséquée m'éclaireraient. Il n'en fut rien : pas de crochet, suppuration banale, disent les bactériologistes; sur les coupes impossible de dire la provenance répondent les histologistes.

Je suis donc toujours dans l'ignorance de l'organe point de départ de ce kyste.

*
* * *

ÉPITHÉLIOMA DU CÆCUM CHEZ UNE JEUNE FEMME. —
OBSTRUCTION SUBAIGUE : ENTÉRO-ANASTOMOSE. — ENTÉ-
RECTOMIE SECONDAIRE ILÉO-CÆCALE. — GUÉRISON.

M. BÉRARD : Un cas personnel me permet de confirmer les remarques présentées récemment à la Société de chirurgie

par M. Goullioud, au sujet des tumeurs du cæcum : à savoir la fréquence relative de ces tumeurs chez les individus jeunes, et surtout l'impossibilité où l'on se trouve le plus souvent de poser le diagnostic entre le cancer et la tuberculose avant l'examen histologique.

Rose P..., âgée de 30 ans, est soumise à mon examen le 1^{er} août 1902. Sans antécédents pathologiques autres que la dothiéntérie à l'âge de 10 ans, réglée à 16 ans, vierge, elle fait remonter le début de sa maladie à cinq mois. Brusquement, après un dîner de fête, elle a été prise de douleurs vives dans la région appendiculaire, avec diarrhée et état nauséux, quelques vomissement bilieux. Au bout de quatre ou cinq jours, ces accidents cessèrent, pour se reproduire trois semaines après, un peu moins intenses. Et depuis ce moment, un point douloureux persiste dans la fosse iliaque droite, en même temps que la malade a maigri considérablement, plus de 4 kilogs en deux mois.

A l'examen je constate dans la région cæcale une masse arrondie, du volume du poing, indurée, assez mobile, peu douloureuse à la pression, à laquelle aboutissent des ondes péristaltiques de l'intestin. Le toucher rectal combiné au palper fait constater que la masse bombe vers le bassin.

A l'auscultation, submatité des deux sommets, obscurité avec quelques craquements à droite.

Le diagnostic de tuberculose cæcale hypertrophique paraissant le plus probable, une intervention est proposée et acceptée. A cause des hésitations de la famille et aussi de l'état d'amaigrissement considérable de la malade, on se bornera d'abord à une entéro-anastomose, pour faire cesser les phénomènes d'obstruction. Cette opération est pratiquée le 4 août : incision de Jalaguier sur le bord du grand droit, constatation sur la face antérieure du cæcum d'une masse indurée qui l'infiltré largement, jusque et y compris l'appendice ; quelques ganglions dans le méso. Anastomose latérale rapide au bouton de Murphy, environ à 15 centim. de part et d'autre de la tumeur.

Suture à deux plans de la paroi.

Les suites opératoires ont été des plus simples ; les douleurs disparaissent rapidement, et la malade qui s'alimente bien, quitte l'hôpital le 2 septembre sans avoir rendu le bouton.

Rentrée chez elle, elle accuse un soulagement notable, reprend de l'embonpoint. Pourtant, à la fin d'octobre, les douleurs reviennent après les repas, et les digestions se font plus pénibles. Craignant un retour des premiers accidents, la malade demande elle-même qu'on la débarrasse de sa tumeur. Cependant, comme la masse semble avoir diminué de volume, j'attends encore un mois et demi une rétrocession possible des symptômes fonctionnels. Ce n'est que le 9 décembre, à cause des douleurs plus vives que je me décide à faire l'entérectomie, après avoir constaté que la masse est encore relativement mobile.

L'*entérectomie iléo-cæcale* a été pratiquée le 10 décembre, elle a été très pénible à cause des adhérences nombreuses et solides de la tumeur avec la paroi abdominale antérieure et, avec la fosse iliaque, et avec l'épiploon. L'iléon dégagé est sectionné à 5 centimètres environ de son abouchement dans la masse néoplasique, suture en cæcum, à double plan en surjet, du bout proximal ; pince sur le bout distal. Alors commence la phase laborieuse de l'intervention : le cæcum, l'appendice et leurs ganglions sont enfouis dans des adhérences qui les accolent à la fosse iliaque, et que je dois décortiquer progressivement de bas en haut, en faisant l'hémostase au fur et à mesure. Je dépasse enfin la zone envahie du côlon ascendant, que je sectionne entre deux pinces ; une recoupe du bout distal est faite à 2 centimètres en aval pour dépasser largement la tumeur ; puis ce bout est suturé en cæcum à deux plans, comme l'iléon.

La masse enlevée a le volume du poing ; elle comprend environ 15 centimètres du segment iléo-cæcal, plus les ganglions et le mésentère correspondant à cette portion de l'intestin. Après que l'on a vérifié le bon état de l'anastomose iléo-colique pratiquée trois mois avant, la paroi abdominale est suturée à deux plans : mèche de drainage.

Suites simples malgré une poussée d'ictère et de température qui se déclare au troisième jour, et persiste presque une semaine, avec décoloration des selles et pigments biliaires dans les urines. Quinze jours plus tard une fistule purulente se forme à l'un des angles de la suture abdominale et donne passage à un fil de soie. Le bouton est expulsé enfin, après quatre mois de séjour dans l'intestin.

La malade quitte l'hôpital avec toutes les apparences de la guérison le 23 décembre : la plaie est fermée, l'état général se relève, les digestions se font sans douleurs et sans ballonnement.

L'examen histologique, pratiqué par M. Paviot, fait reconnaître :

Sur les coupes du cæcum, une infiltration en nappe de toutes les tuniques par un épithélioma du type intestinal cylindrique.

Sur les coupes de l'appendice, une infiltration inflammatoire de leucocytes, avec épaissement des parois, sans cellules néoplasiques.

Les points dignes d'être relevés sont les suivants :

1° Développement d'un cancer du cæcum chez une jeune fille de 30 ans, dont l'histoire clinique devait faire songer plutôt à la tuberculose.

2° Nécessité pour des raisons d'ordre extra-chirurgical d'opérer en deux temps ; d'abord, entéro-anastomose latérale au bouton, puis trois mois après, entérectomie iléo-cæcale commandée par le retour des douleurs et des troubles digestifs. J'estime que l'opération radicale, pratiquée tout d'abord, en un temps, eût été beaucoup plus simple, car j'ai trouvé à la seconde laparotomie des adhérences étendues fort gênantes qui n'existaient pas à la première. Pour éviter les inconvénients de ces adhérences, si l'on se décidait en pareil cas à opérer en deux temps, il y aurait intérêt à placer d'abord l'anastomose loin du cæcum, par exemple entre l'iléon et le côlon iliaque, en faisant une laparotomie médiane, puis à extirper ensuite le cæcum par une incision latérale droite.

3° Séjour pendant quatre mois dans l'intestin d'un bouton anastomotique qui fut évacué seulement après la seconde opération. Ce séjour, rare dans les anastomoses intestinales, fréquent dans les gastro-entéro-anastomoses s'explique ici par la présence des récessus en cæcum de l'intestin, où le bouton a pu se loger dans l'intervalle. En effet, à la deuxième intervention, il n'était plus en place.

Séance du 12 Février 1903

Présidence de M. GAYET.

M. VILLARD, secrétaire, lit le procès-verbal des deux dernières séances.

*
* *

M. TIXIER (à propos du procès-verbal de la dernière séance) :

Comme complément à l'observation que j'ai rappelée dans la précédente séance, j'ajouterai que ni la bactériologie, ni l'histologie n'ont pu éclaircir l'origine de la tumeur de mon malade. Cet enfant, que j'ai revu récemment, conserve une petite fistule; le liquide qui s'en écoule rappelle un peu par ses caractères le liquide pancréatique. Si je puis tirer quelques éclaircissements de l'analyse de cette sécrétion, je les transmettrai à la Société.

*
* *

SUR LA GASTROSTOMIE.

M. BÉRARD. — Les procédés de gastrostomie les plus simples sont également les meilleurs, à condition qu'ils réalisent les conditions suivantes :

a) Incision de la paroi abdominale haut située, presque sous les fausses côtes.

b) Fixation au péritoine de la paroi d'une zone de l'estomac aussi rapprochée que possible du cardia ou de la grosse tubérosité.

c) Pas de fixation de la muqueuse gastrique aux téguments.

d) Ponction aussi étroite que possible de l'estomac, fixation d'une sonde fine dans cet orifice, au maximum pendant 48 heures.

Instruit des inconvénients que présentent les incisions trop

larges de l'estomac, et surtout la fixation de la muqueuse à la peau, M. Bérard a pratiqué la gastrostomie d'après les principes énoncés ci-dessus : 2 par le procédé de Fontan, et 4 par la méthode ordinaire, sans invagination de la paroi gastrique. Aucun de ses malades n'a eu d'incontinence de l'orifice, ni par conséquent de la paroi :

Deux moururent rapidement, l'un 3 jours, l'autre 12 jours après l'intervention. Ils étaient très cachectiques.

Quatre survécurent de 2 à 5 mois après l'opération. Une jeune femme qui faisait partie de ce dernier groupe, fut perdue de vue au bout de cinq mois ; elle était alors très cachectique : sa photographie quinze jours après l'opération est présentée à la Société ; on peut remarquer que l'orifice est très étroit et qu'il n'y a aucune altération des téguments au pourtour.

Quand l'inanition n'est pas complète, M. Bérard attend 48 heures pour ouvrir l'estomac. Dans ce cas, il repère le point à ponctionner au moyen d'un fil de soie ou d'un fil métallique.

M. VALLAS. De la discussion qui vient d'avoir lieu il semble résulter que plusieurs procédés permettent d'obtenir la continence de la néobouche gastrique, un seul procédé semble mauvais, c'est celui de Terrier ; il est nécessaire de le répéter pour éviter son emploi à l'avenir.

M. VIALLE. Je désire confirmer par une observation personnelle les mauvais résultats du procédé de Terrier. J'ai eu l'occasion de l'employer chez un gendarme, âgé de 48 ans, atteint d'un cancer de l'œsophage. J'ai suivi point par point la technique décrite par Terrier, j'ai eu une incontinence complète du suc gastrique et des aliments, le résultat fut très mauvais.

*
* *

ENTORSE DU GENOU COMPLIQUÉE IMMÉDIATEMENT DE
PARALYSIE DU NERF SCIATIQUE POPLITÉ EXTERNE.

M. VIALLE. — Le malade que je vous présente est un soldat du 96^e d'infanterie qui est actuellement en traitement à

l'hôpital militaire Desgenettes dans mon service depuis le 15 décembre et qui, le 15 novembre dernier, a eu, à la suite d'un faux mouvement du membre inférieur gauche, une entorse externe du genou de ce côté, dont les signes sont encore à l'heure actuelle bien évidents : il existe, en effet, dans l'extension des mouvements de latéralité très nets et très étendus.

Aussitôt après l'accident, cet homme constata une paralysie complète motrice et sensitive dans tout le domaine de distribution du nerf sciatique poplité externe. Cette paralysie ne s'est pas modifiée depuis lors et s'accompagne maintenant de réaction de dégénérescence et d'une légère atrophie musculaire.

La radiographie a démontré l'intégrité absolue de la tête du péroné.

Il s'agit d'interpréter cette paralysie, qui est en somme une complication tout à fait exceptionnelle de l'entorse du genou.

a) L'examen du malade démontre qu'il ne s'agit pas ici d'hystéro-traumatisme.

b) S'agit-il d'une simple contusion du nerf par le tendon du biceps ? Cela est bien invraisemblable malgré les rapports intimes que les deux organes présentent entre eux.

c) S'agit-il d'une rupture complète du nerf ? Elle se comprend difficilement avec l'intégrité absolue de la tête du péroné.

d) Il s'agit sans doute d'une élongation qui s'est produite lors de l'entrebâillement de l'articulation du genou : le nerf sciatique poplité externe fixé en haut, à son origine, et en bas au niveau de son point de pénétration dans le muscle long péronier latéral, s'est trouvé tendu sur le condyle externe du fémur et sur le col du péroné, comme sur un double chevalet et a pu ainsi subir une élongation notable.

Dans ces conditions je me suis contenté de traiter le malade par le massage et l'électrisation. Faut-il faire davantage, aller à la recherche du nerf et en vérifier l'état anatomo-

mique exact ? Je serais heureux d'avoir sur ce point particulier l'avis de la Société.

M. TIXIER. L'accident remontant au 15 novembre seulement, il peut ne s'agir que d'une simple contusion nerveuse ; il faut attendre avant de recourir à une intervention chirurgicale.

M. RUOTTE. Je suis aussi d'avis d'attendre. J'ai eu à soigner un malade qui, à la suite d'un simple choc contre le montant d'une porte, présentait une paralysie de la branche postérieure du radial. Celle-ci guérit par la simple expectation.

M. VIALLE. J'ai présenté ce malade, car ces troubles du sciatique poplité ne sont pas fréquents ; d'autant plus que dans le cas particulier il n'y a pas eu de traumatisme direct. On peut penser à une élongation ou à une compression du nerf par le tendon du biceps.

M. VALLAS. J'admettrais plutôt le premier mécanisme ; en tous cas il est contre-indiqué de faire actuellement une intervention sanglante.

M. GAYET. L'anesthésie a-t-elle été immédiate ?

M. VIALLE. L'anesthésie et la paralysie motrice ont été immédiates.

*
* *

UN THERMOMÈTRE MÉDICAL DANS LA VESSIE D'UNE FEMME.

M. TIXIER. — Voici un thermomètre que j'ai enlevé dans la vessie d'une femme. Il y avait été introduit, par un de nos jeunes confrères, dans une intention essentiellement thermométrique.

Le lundi, 2 février dernier, je recevais d'un jeune médecin d'une ville voisine une dépêche m'invitant à venir immédiatement enlever un corps étranger de la vessie chez une femme. Je partis muni des instruments convenables.

A mon arrivée à la gare, je trouvais notre confrère qui, très ému, me raconta sa mésaventure. Le matin même, appelé auprès d'une de ses clientes fébricitantes, il avait voulu prendre sa température. Et pour ce faire, sous la couverture, il avait introduit dans le vagin, croyait-il, le thermomètre. Au bout de quelques minutes réglementaires, il avait voulu reprendre

l'instrument. De thermomètre, point, rien dans le vagin, rien dans le lit. La femme n'accusait aucune douleur.

Justement inquiet de cette mystérieuse disparition, il avait immédiatement supposé que la vessie recélait le corps du délit. Il était allé se munir de pinces pour en faire la recherche et l'extraction. Pendant son absence, la malade éprouva une vive envie d'uriner et, dans le cours d'une miction abondante, accusa des sensations anormales de telle sorte qu'elle-même indiqua au docteur, revenu près d'elle, la situation du malheureux thermomètre.

Quelques tentatives d'extraction n'amènèrent aucun résultat. C'est alors qu'on me télégraphia.

Nous étions arrivé chez la malade. Dans une petite chambre modeste mais propre d'ouvrier, je trouvai une femme de 40 ans environ. Très simplement et très courageusement elle accepta que, sans l'endormir, je fis l'ablation du maudit thermomètre. Deux braves voisines requises vinrent tenir les jambes écartées, tandis que mon confrère m'éclairait avec une lampe fumeuse.

Un petit lithotriteur introduit dans la vessie me révéla la présence du thermomètre dans la partie supérieure de celle-ci. Il était transversalement placé. Je distendais la vessie avec de l'eau bouillie et dilatais très légèrement l'urètre avec des bougies d'Hegard.

Puis, avec les petites pinces courbes de Terrier, j'allais saisir le corps étranger en son milieu et l'amenais dans la partie supérieure de la vessie. Mais il était toujours transversalement placé. Alors, avec deux doigts introduits dans le vagin, j'arrivais lentement mais progressivement à faire pivoter le thermomètre entre les mors de la pince modestement serrée. Bientôt je le sentais nettement dirigé dans le sens antéro-postérieur, je commençais à le retirer. Malheureusement, la courbure de ma pince s'opposait à la sortie du thermomètre. Je dus y renoncer avec cet instrument.

Mais je connaissais maintenant la manœuvre utile, j'eus tôt fait de remplacer ma pince courbe par une pince droite et ayant à nouveau amené le thermomètre bien parallèle entre

les branches de ma pince, je retirais le tout. L'opération n'avait pas duré dix minutes.

Rapidement j'avais dissimulé, aux voisines étonnées, le thermomètre que son propriétaire serrait religieusement, tandis que la malade se confondait en remerciement chaleureux.

J'essayais alors de me donner quelques explications à cet incident réellement étrange. Y avait-il des raisons physiologiques ou anatomiques du passage si facile de ce thermomètre dans la vessie.

Au point de vue physiologique, je ne trouvais rien. Cette femme n'avait aucun trouble des sphincters, urinait quand elle voulait et normalement. Je lui demandais si elle avait quelque insensibilité locale, ce à quoi elle me répondit malicieusement que, quoique veuve, elle avait conservé toute espèce de sensation.

La disposition anatomique serait-elle en cause? peut-être. Cette femme avait subi, il y a deux ans, à l'hôpital de la Charité, une périnéorrhaphie pour chute de matrice et cystocèle. Par suite de cette cystocèle, son méat est évidemment nettement projeté en avant, tandis que la paroi antérieure du vagin bombe à la vulve. C'est l'urètre qu'on voit le premier quand on regarde la vulve de face.

Quoi qu'il en soit de ces explications, il est étrange et instructif de voir qu'un thermomètre médicalement placé peut si aisément aller se perdre dans une vessie.

Ce thermomètre a exactement 8 cent. de long; il est intact.

*
* *
*

ÉPANCHEMENT SANGUIN INTRACRANIEN SOUS-DUREMÉRIEN.

M. VILLARD : J'ai eu l'occasion d'observer récemment dans mon service un malade atteint d'un traumatisme du crâne qui était accompagné d'un volumineux épanchement san-

guin sous-duremérien, intéressant au double point de vue des lésions anatomo-pathologiques et des symptômes cliniques. Il s'agissait d'un sujet de 35 ans, vigoureux, homme d'équipe, qui tomba en arrière d'un marchepied de wagon sur le bitume d'un promenoir de la gare. Il put se relever au bout de quelques instants après avoir présenté quelques symptômes passagers de commotion cérébrale. Ramené chez lui il gardait le repos pendant une dizaine de jours, et put reprendre au bout de ce temps son travail ordinaire; mais peu de jours après il présentait un ictus, tombait dans le coma et était amené dans cet état dans mon service de l'hôpital de la Croix-Rousse. A ce moment le pouls était à 45 pulsations, la respiration était très ralentie et étant donné les commémoratifs, le diagnostic de compression cérébrale par un épanchement sanguin intracrânien s'imposait. Mais il n'existait aucun phénomène moteur, aucune paralysie, aucune contracture pouvant indiquer non seulement le siège de l'épanchement, mais même le côté sur lequel il fallait faire porter la trépanation; l'examen des fonds d'œil, permettait de voir un léger degré d'œdème pupillaire bilatéral.

L'état général ne paraissant pas inquiétant j'ai alors attendu qu'un phénomène quelconque localisât un peu le siège de l'éclosion; bien que le malade fut très rigoureusement observé, il nous fut impossible de décèler le moindre symptôme révélateur.

Au bout de dix jours la situation du malade s'aggravant, je me décidai à une trépanation, faite un peu à l'aventure, résolu à trépaner successivement les deux fosses pariétales s'il était nécessaire. Je trépanai tout d'abord sur le côté où avait porté le traumatisme; et malheureusement cette trépanation me conduisit sur un foyer de contusion cérébrale. Je dis malheureusement, car en présence des lésions que je constatais je ne crus pas utile de trépaner du côté opposé, ce fut une faute.

En effet, au niveau du foyer de contusion cérébrale que j'avais ouvert, s'établit par le trajet d'une ponction faite avec

l'aiguille d'une seringue de Pravaz, une fistule laissant passer chaque jour une grande quantité de liquide céphalo-rachidien ; cet écoulement très abondant fut très bien supporté pendant une dizaine de jours, mais peu à peu, sous l'influence de l'élimination des portions cérébrales mortifiées, l'orifice fistuleux s'agrandit, il devint impossible de le défendre plus longtemps contre une infection extérieure, et quelques jours plus tard, ce malade succombait à une infection ventriculaire.

L'autopsie nous a alors révélé l'existence d'un volumineux épanchement sanguin siégeant à gauche, c'est-à-dire du côté opposé à notre trépanation. Cet épanchement offrait des particularités anatomiques intéressantes ; il était situé au-dessous de la dure-mère au contact des circonvolutions et constitué par 3 à 400 grammes de sang liquide sans caillots ; ce sang était contenu dans une poche absolument fermée, à parois minces, paraissant constituée par l'arachnoïde ; cette poche a pu être enlevée en totalité sans se rompre. Elle s'étendait dans toute la face latérale de l'hémisphère depuis le lobe temporal jusqu'au lobe de la partie la plus antérieure du lobe frontal. Tout l'hémisphère sous-jacent était déprimé, excavé profondément, notamment dans toute la région rolandique, mais les circonvolutions étaient intactes sans trace de contusion. J'insiste sur cette forme spéciale d'épanchement sous-durémérien ; et aussi sur ce fait clinique que m'offre cette compression très étendue et la profonde dépression qui existait au niveau des circonvolutions motrices, il n'a existé chez notre malade que des symptômes généraux de compression cérébrale et aucun signe de localisation motrice.

M. JABOULAY. J'ai observé, chez un malade que j'ai trépané et guéri, une hémorragie sus-durémérienne analogue à celle rapportée par M. Villard ; par contre, j'estime que l'écoulement du liquide céphalo-rachidien auquel il attribue la mort de son malade a été au contraire un phénomène favorable ; j'ai pu voir chez un trépané une amélioration notable par le fait de cet écoulement. Enfin M. Villard a-t-il recherché l'hémianopsie chez son malade.

M. GAYET demande s'il existait des lésions du cunéus justifiant la recherche de l'hémianopsie ?

M. JABOULAY. L'hémianopsie peut s'observer sans lésions du cunéus, par compression ou destruction des fibres venues du cerveau, dans leur trajet sous-cortical.

M. VILLARD. M. Jaboulay a mal interprété ma pensée en croyant que j'attribuai la mort de mon malade à l'écoulement trop abondant du liquide céphalo-rachidien par la fistule accidentellement créée. J'ai voulu dire que cette fistule a été la cause de la mort, parce qu'il devenait impossible d'en assurer indéfiniment l'asepsie et que dès lors l'infection des cavités ventriculaires devenait pour ainsi dire fatale.

Quant à l'hémianopsie, je l'ai recherchée avec soin, connaissant du reste une observation de M. Jaboulay et de M. Vauthey où ce symptôme avait été constaté au cours de l'évolution d'un abcès temporal. Chez mon malade l'état semi-comateux où il était plongé m'a empêché de pouvoir retrouver ce symptôme, en raison de la difficulté d'analyse qu'il présente. Peut-être existait-il.

Une conclusion serait peut-être à tirer de l'observation que je viens de rapporter, à savoir qu'en présence de symptômes bien nets de compression cérébrale, sans localisation, il vaut mieux pratiquer une trépanation bilatérale, si la première ouverture ne révèle pas de lésions pouvant expliquer suffisamment le symptôme compression cérébrale.

Séance du 19 Février 1903.

Présidence de M. GAYET.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

*
**

STÉNOSE INTESTINALE TARDIVE CONSÉCUTIVE A UN ÉTRAN-
GLEMENT HERNIAIRE ; ENTÉRECTOMIE ; GUÉRISON.

M. VILLARD. — Parmi les accidents tardifs auxquels l'étranglement herniaire peut donner naissance, le rétrécissement intestinal est certainement un des mieux caractérisés. Le malade que je vous présente peut être considéré comme un type de cette complication.

Entré dans mon service au commencement de septembre dernier pour une hernie étranglée inguinale congénitale droite, cet homme, âgé de 27 ans, fut opéré sans aucun incident. Je pratiquais chez lui la kélotomie 20 heures après le début des accidents, et terminais l'intervention par une cure radicale suivant le procédé de Bassini, c'est dire que l'état général et local étaient excellents. Une seule particularité attira mon attention, ce fut la longueur de l'anse intestinale étranglée ; celle-ci pouvant être évaluée à 40 centimètres ; les tuniques étaient d'autre part en parfait état, sans aucune menace de sphacèle possible. Les suites de l'intervention furent normales, et seize jours plus tard le malade quittait l'hôpital complètement guéri.

Peu de jours après sa sortie, il commençait cependant à éprouver quelques coliques, quelques douleurs fugaces,

dans la fosse iliaque gauche, des nausées. A partir de ce moment les digestions se font mal, il y a des alternatives de constipation et de diarrhée, de la perte de l'appétit, de l'amaigrissement. Malgré quelques améliorations passagères, l'état va en s'aggravant, oblige le malade à se mettre au lit au mois de novembre et à revenir finalement dans mon service le 24 novembre 1902.

A ce moment, cet homme était très amaigri, les traits étaient tirés, il avait de la fièvre et un état général inquiétant. L'examen du ventre démontrait facilement l'existence d'une volumineuse collection suppurée dans la région sous-ombilicale du côté gauche. Malgré cette localisation à gauche, alors que la kélotomie antérieure avait été pratiquée à droite, en raison des commémoratifs que je viens de vous exposer, je n'hésitais pas à rattacher à l'étranglement herniaire antérieur les accidents actuels, sans toutefois pouvoir préciser absolument leur nature anatomique exacte.

Une intervention nouvelle s'imposait, je la pratiquais le 27 novembre. Je marchais droit au pus par une laparotomie latérale faite sur le bord externe du muscle droit gauche et je tombais très rapidement dans une abondante collection purulente fétide, que j'évacuais. Cherchant alors à reconnaître l'origine de ce foyer de péritonite enkystée, je découvris une perforation intestinale laissant échapper des gaz et quelques matières. Le champ opératoire était obscurci par les exsudats purulents, les fausses membranes, l'anse intestinale perforée était excessivement friable, se déchirait au plus léger effort, je ne pouvais abandonner ce malade au hasard d'une large perforation pyo-stercorale, et il était impossible de tenter une suture quelconque de la brèche intestinale. Je me résolus donc à faire une intervention rationnelle poussée jusqu'au bout; protégeant le champ opératoire avec des compresses, j'agrandis en haut et en bas mon incision de laparotomie et je luxais au travers de la paroi abdominale tout le foyer d'enkystement, et le paquet des anses intestinales qui le limitaient. Je reconnus alors que la perforation siégeait sur une anse considérablement distendue, à tel point

que je pus la considérer pendant quelques instants comme étant l'estomac ; cette anse d'intestin grêle était très altérée, friable, rouge, congestionnée ; en un point existait une coudure amenant un rétrécissement très serré de la lumière intestinale, et au-dessous s'était produite la perforation cause des accidents. Cette anse était indubitablement, d'après ses caractères, l'anse réduite lors de ma première opération.

En présence des lésions que je constatais, je ne pouvais que faire une large résection terminée rapidement, j'enlevais 30 centimètres d'intestin, et en raison de l'énorme différence de calibre du bout supérieur et du bout inférieur de l'anse sectionnée, je fermais en cæcum le bout supérieur et implantais le bout inférieur, au moyen d'un bouton anastomotique, dans le bout supérieur. Je réintérais alors le tout dans la cavité abdominale.

Pendant toutes ces manœuvres, de larges compresses de gaze avaient isolé le paquet des anses infectées du reste du péritoine ; je laissai beaucoup de ces compresses en place dans le but de fixer et d'immobiliser les anses intestinales, qui, voisines du champ opératoire, avaient pu être souillées au cours des manœuvres faites dans le foyer purulent. Car, je puis le dire en passant, je ne comprends nullement le drainage de Mikulicz comme un drainage, mais bien au contraire comme un moyen de limiter l'infection péritonéale, en immobilisant par adhérence toutes les anses intestinales qui peuvent avoir été infectées au cours d'une laparotomie septique.

Les suites de cette deuxième intervention furent simples, elles aussi ; deux mois plus tard, le malade quittait l'hôpital complètement guéri, sans éventration abdominale, et aussi sans que l'élimination du bouton anastomotique ait été notée.

J'attire tout d'abord votre attention sur l'anse intestinale réséquée que je vous présente, et sur laquelle on note plusieurs ulcérations et perforations consécutives au rétrécissement intestinal que je vous signalais. Cet homme, à la suite de la réduction de son intestin étranglé, a présenté des

adhérences qui ont fixé en position vicieuse l'anse réduite, l'ont coudé et déterminé les accidents de rétrécissement qui ont abouti à l'infection et à la péritonite.

Je désire enfin insister sur le manuel opératoire que j'ai suivi, qui démontre qu'il ne faut pas trop redouter les larges opérations abdominales, même pour des lésions septiques, la protection par de larges compresses est très efficace, à condition d'être bien faite, et le malade que je viens de vous présenter en est un exemple vivant.

M. VALLAS. Je voulais vous présenter, dans quelques jours, une observation analogue à celle que vient de développer M. Villard, l'occasion est trop favorable pour que je ne vous la présente pas aujourd'hui.

J'opérai l'an dernier dans mon service un homme porteur d'une hernie étranglée. Quelque temps après ce malade présenta des troubles intestinaux et des coliques. Il revint se montrer. On constata les phénomènes suivants : une colique partait de l'ombilic, se poursuivait à gauche pendant qu'on voyait une anse se gonfler sous la peau. Il se produisait un fort glouglou comme celui d'un robinet qu'on ouvre, et une selle diarrhéique suivait à bref délai.

Le diagnostic de sténose consécutive à l'étranglement s'imposait et je résolus d'intervenir. Je fis une laparotomie médiane, puisque rien n'indiquait le siège précis des lésions. Immédiatement j'arrivai sur une bride mésentérique fixant une anse intestinale à la paroi abdominale antérieure, comme par un crochet.

Cette anse offrait un bout afférent dilaté comme un estomac, et un bout efférent aplati et peu volumineux. L'anse atteinte présentait une masse confuse peu facile à débrouiller, mais dont les deux bouts étaient nets. Quelques tentatives de libération amènent une perforation et je décidai rapidement la résection de l'anse malade.

Voici la pièce. Le bout supérieur très dilaté se termine par un petit orifice très rétracté par le formol et s'ouvre par lui dans l'inférieur très rétréci. Je tentai de réunir mes deux sections intestinales bout à bout par le bouton de Villard. J'arrivai à faire tenir mon bout dilaté sur la pièce mâle et à rétablir la continuité intestinale. Tout étant propre, je pus rentrer et ne pas drainer.

L'élimination du bouton se fit après treize jours. Dans le cas de M. Villard au contraire le bouton mis en implantation latérale est resté dans la portion dilatée. Tout alla pour le mieux. Mon malade est parti complètement débarrassé.

Pourquoi ces phénomènes bizarres ? Pourquoi ces adhérences après une kélotomie simple ? Pourquoi cet accolement à la paroi antérieure de

l'abdomen ? Ces faits sont encore rares et je ne sais pas trop comment les expliquer.

M. GOULLIoud a présenté une observation analogue. Il s'agissait probablement d'une anse non malade qui a subi un sphacèle partiel et une cicatrisation irrégulière sténosante et adhérente aux tissus voisins. Dans un de ces cas il a fait non la résection, mais l'entéro-anastomose.

Dans un cas plus récent, la réduction avait été faite par taxis, sans kélotomie. Des accidents s'étant produits, il fit une résection de l'anse malade. Dans ce cas, comme il arrive souvent, il y avait rétrécissement des deux bouts de l'anse herniée. C'est là une lésion rare, mais non exceptionnelle, et elles deviennent de plus en plus fréquentes.

M. BÉRARD. Le bouton reste souvent quand il y a un cæcum. Dans un cas récent d'étranglement herniaire avec gangrène il fit une résection intestinale, et malgré l'inégalité des deux bouts, il put faire une anastomose bout à bout.

M. VILLARD. La cause de ces accidents est la suivante : l'anse subit un vice de position pariétale, secondairement il y a rétrécissement et abcès. Le vice de position s'explique par l'irritation que présente toute anse intestinale étranglée qui la fixe en quelque point de la cavité abdominale. Il a pu surprendre sur le fait ce mécanisme. Une femme est opérée par kélotomie simple d'un étranglement de hernie crurale. Quarante-huit heures après, il persistait des phénomènes d'étranglement qui exigèrent une intervention. La laparotomie montra que l'anse était soudée au péritoine pariétal au voisinage de la ligature du sac et ne présentait aucun sphacèle.

Il estime que la suture bout à bout est l'idéal, mieux vaut un rétrécissement de l'intestin que de créer un cæcum. Il n'a fait l'implantation que parce qu'il lui a paru qu'il ne pouvait faire autrement. Il voulait aller vite et c'est pourquoi il n'a pas eu recours à la suture, mais au bouton.

M. GOULLIoud. L'adhérence pariétale suffit à expliquer beaucoup de ces cas. Mais quand on trouve sur une anse, autrefois herniée, deux sténoses correspondant au point où chacun des bouts de l'anse était serré par le collet herniaire, il faut bien songer à autre chose qu'à des adhérences, et le sphacèle paraît devoir être incriminé.

SARCOME FUSO-CELLULAIRE DU GROS ORTEIL OPÉRÉ DEPUIS
3 ANS 1/2. — ABSENCE DE RÉCIDIVE.

M. CLAUDOT lit au nom de M. DEBRIE, médecin chef de l'hôpital militaire de Briançon, l'observation suivante :

Le nommé M..., infirmier à l'hôpital militaire de Briançon, présentait depuis longtemps une sorte de durillon sur la face interne du gros orteil droit lorsque, sous l'influence d'une contusion, ce durillon se mit à augmenter de volume, à devenir suffisamment gênant pour que M... se décidât à nous demander un conseil au cours de la visite journalière, le 3 août 1899. A cette date, l'orteil se présentait sous l'aspect suivant : la phalange tout entière était le siège d'une tuméfaction qui débordait légèrement en dedans, la peau était de teinte rosée et très vascularisée, elle adhérait intimement aux parties sous-jacentes. La tumeur était de consistance molle et légèrement douloureuse à la pression, le reste du membre était sain et les ganglions de l'aîne ne présentaient rien d'anormal.

Par exclusion nous portons le diagnostic d'ostéo-sarcome et nous pratiquons le 7 août la désarticulation métatarso-phalangienne du gros orteil.

Premier pansement le 17 août : réunion par première intention. Dès le 20 août, M... commence à se lever, et le 22 août il est surpris gambadant dans la salle.

L'instruction sur l'aptitude physique faisant de l'amputation du gros orteil une cause d'exclusion de l'armée, M... est proposé pour la réforme n° 2 et nous quitte le 28 août.

Examen anatomique de la pièce. Examen microscopique.
— Sur une coupe cruciforme de la pièce pratiquée immédiatement après l'opération, nous avons pu constater que la phalange osseuse avait complètement disparu et qu'elle était remplacée par une masse molle présentant l'aspect de la « chair d'huître. »

Examen histologique. — La pièce fut ensuite envoyée au

Laboratoire de l'École du service de santé militaire. Cet examen fut pratiqué et le résultat nous en fut communiqué en ces termes le 16 décembre 1899 par M. le médecin major Benoît, répétiteur chargé des travaux anatomo-pathologiques :

« M. le médecin major Debrie pense qu'il s'agissait vraisemblablement d'un ostéo-sarcome. L'examen histologique a, en partie, confirmé son diagnostic en ce qu'il s'agit évidemment d'un sarcome fuso-cellulaire de type très malin. La pièce préparée au picro-carmin et coupée en deux endroits différents, montre une intrication de tractus coupés en long et en travers et formés exclusivement de cellules fusiformes à gros noyaux fortement colorés qui ne laissent aucun doute sur le caractère malin de la tumeur.

« Quant à l'origine de ce sarcome, elle est difficile à déterminer en l'absence de renseignements cliniques sur le mode de début. En aucun point de la tumeur il n'y a trace de néoformations osseuses qui permettent de lui assigner une origine osseuse. Toutefois sur certains points qui comprennent la coupe de l'os lui-même de la phalange qui a été décalcifiée, il est possible d'observer une adhérence intime de la tumeur et du tissu osseux qui permet de supposer qu'il s'agit d'une tumeur d'origine périostique. »

L'amputation a été pratiquée en août 1899, c'est-à-dire depuis plus de trois ans et demi. Nous avons eu la curiosité de rechercher ce qu'était devenu notre opéré. Or, le 6 février courant la gendarmerie nous a fait parvenir des renseignements desquels il résulte que le nommé M... se trouve encore actuellement en parfaite santé à Saint-Genix (Savoie). Il continue à exercer son métier de zingueur et travaille des journées entières. Il se plaint seulement d'être quelque peu gêné dans la marche par la perte de son orteil. (Réflexion sans importance, inspirée évidemment par le désir de se rendre intéressant au point de vue militaire.)

Il n'y a donc jusqu'à ce jour aucune menace de récurrence.

Pour cette raison le fait nous a paru d'autant plus intéressant à rapporter que certains auteurs ont exprimé l'avis que les sarcomes fasciculés du périoste dépassaient tous les autres en malignité.

M. JABOULAY. Dans le cas de M. Debrie, la nature fuso-cellulaire à grande cellule, témoigne d'un sarcome de faible malignité. Les tumeurs myéloïdes guérissent facilement alors que les sarcomes globo-cellulaires donnent des généralisations pulmonaires, et Daniel Mollière, auquel M. Claudot vient sans doute de faire allusion, en était arrivé à ne plus les toucher.

Les sarcomes sont donc des maladies très différentes, et les myéloïdes semblent devoir en être distraits.

M. CLAUDOT. Il serait intéressant de connaître la pratique de nos collègues et les résultats qu'ils ont obtenus.

Séance du 26 Février 1903.

Présidence de M. GAYET.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

*
**

TRAITEMENT CHIRURGICAL DES PRURITS PÉRINÉAUX,
ANAUX ET VULVAIRES.

M. ROCHET. Celui qui n'a pas vu des malades atteints de ce genre d'affection ne peut se figurer pareil tourment; les dermatologistes connaissent le prurit cutané et ano-scrotal en particulier, les gynécologistes connaissent le prurit vulvaire.

Quelle que soit l'étiologie exacte de ces affections, et elle est bien controversée, on ne peut nier qu'à une certaine période, tout au moins dans les formes invétérées, le système nerveux ne soit en cause, et que ce ne soient alors de véritables névrodermies.

Certaines formes sont bénignes ou très intermittentes, se font par poussées, par périodes, comme pour beaucoup d'affections cutanées; d'autres sont atroces, *ni répit le jour, ni surtout la nuit*. Tout va bien encore quand le malade n'a pas perdu confiance dans les médications ou qu'il en retire un peu de soulagement, mais on peut voir des sujets absolument exaspérés par leurs souffrances et devenus tout à fait et gravement neurasthériques par la perte totale de repos.

La démangeaison est épouvantable et irrésistible; pen-

dant la marche, pendant les repas il faut que le malade se gratte ; certains arrivent à se faire saigner, à s'emporter la peau avec des brosses très dures pour éloigner l'insupportable prurit ; la démangeaison se poursuit parfois jusque dans l'intérieur de l'anus, du vagin, de l'urètre, même chez la femme, et les malades cherchent à y faire pénétrer des corps étrangers pour calmer le prurit.

Extérieurement on ne voit rien, où plutôt aucune des lésions élémentaires de la maladie de peau ordinaire, ni papules, ni vésicules, ni pustules ; la peau est seulement épaissie, sèche et rugueuse, comme parcheminée, avec coloration plus foncée que celle des parties avoisinantes. Ça et là quelques sillons, quelques points excoriés, de simples lésions de grattage, jamais de suintement.

J'ai eu l'occasion de voir deux malades atteints de ces prurits localisés à forme spécialement graves, et qui avaient couru de tous côtés pour demander soulagement de leurs maux. A ces deux malades j'ai proposé la section des principaux rameaux innervant le territoire du prurit. Chez la femme j'ai pratiqué la section du tronc même du honteux, elle est guérie depuis trois ans. Le prurit ne touchant pas à l'anus, et n'étant qu'urétro-vulvaire, je n'ai rien coupé autre, comme rameaux nerveux.

La malade, âgée de 48 ans, était atteinte de prurit vulvaire depuis plus de dix ans, la sensation prurigineuse s'étendait même chez elle jusque dans l'urètre et le vagin. Elle avait été soignée à Paris et à Nancy dans les services de MM. Guyon et Spilmann, et contre les crises de prurit et de brûlure urétrale, on lui avait même fait des instillations et des lavages innombrables et avec différentes substances.

L'homme était âgé d'une cinquantaine d'années, il souffrait depuis plus de deux ans d'un prurit anal et scrotal, d'abord supportable au début, puis devenu intolérable dans les derniers mois. Toute application locale aggravait la sensation, plutôt que de l'adoucir, et quand son médecin, M. C..., me fit appeler, ce malade, caissier d'une grande maison, en était arrivé à prendre, pour se procurer quelques

minutes de repos, 3 centigr. de morphine par jour, de la cocaïne, du chloral, le tout en même temps; très bon père de famille, de mœurs très douces, il couchait près de son fusil chargé, tout prêt à se suicider quand il ne pourrait plus y tenir.

Chez l'homme j'ai fait la section de la branche périnéale du honteux, car il avait bien stipulé qu'il voulait conserver la sensibilité et la fonction pénienne; j'ai en outre sectionné la plupart des branches du nerf anal cutané, conservant celles qui me paraissaient aller au sphincter anal, et enfin les rameaux périnéo-scrotaux de la branche génitale du petit sciatique, car le malade, outre le prurit anal et péri-néal, avait le prurit scrotal. La guérison qui fut complète date maintenant de huit mois.

M. le professeur Tavel, de Berne, qui publia l'an passé un travail sur la résection des honteux dans le traitement du prurit vulvaire et m'avait demandé auparavant de lui envoyer la description du procédé que j'avais suivi pour cette section nerveuse, est arrivé à cette conclusion : c'est qu'il faut, non seulement sectionner le tronc, mais poursuivre une à une toutes les branches de la périphérie en les arrachant. C'est peut-être exagérer et compliquer l'acte opératoire. J'enroule simplement le bout périphérique sur une pince à torsion, et je continue jusqu'à arrachement total.

Le véritable traitement des prurits invétérés de l'anus, de la vulve, du scrotum qui ont résisté aux moyens médicaux, et qui peuvent devenir graves par leur intensité, c'est l'énervation du territoire malade. Le plus souvent la résection de la branche périnéale du honteux interne suffit à ce but; chez des sujets un peu âgés la résection du tronc principal (avec la branche pénienne ou clitoridienne) n'aurait pas grande importance. On peut en se servant de la même incision que pour la recherche du honteux (en l'agrandissant ou en la déviant) y ajouter la section de la branche génitale du petit sciatique.

RÉSECTION DES NERFS HONTEUX INTERNES.

M. ALBERTIN. — J'ai opéré dernièrement une malade atteinte de cystite chronique, de cystalgie rebelle datant de 8 ans. Après l'insuccès de la dilatation urétrale poussée à l'extrême j'ai eu recours à la résection des nerfs honteux internes.

Un symptôme sur lequel la malade attirait beaucoup l'attention était une sorte de prurit vulvo-vaginal s'accompagnant de chaleur, de sensations de brûlure.

La malade se plaint autant de l'incommodité causée par cette brûlure vulvo-vaginale que du ténesme vésical. J'ai fait à cette malade la résection des nerfs honteux internes. A droite j'ai pu très facilement isoler le nerf et réséquer seulement la branche périnéale du nerf sur une étendue de un centimètre au moins. A gauche l'opération est plus difficile parce que les manœuvres de la main droite sont gênées par la position. Pour être sûr de ne pas laisser intact, j'ai fait à gauche la section complète du nerf et de l'artère honteux internes à leur émergence.

J'ai réuni les deux plaies par quatre points de suture profonde et cela a une grosse importance, car, avec des sutures serrées, on peut avoir une réunion par première intention dans les trois jours malgré la situation fâcheuse de la plaie au point de vue du maintien de l'asepsie.

Le résultat a été excellent et se maintiendra, je l'espère, car il y a seulement quarante-cinq jours que la malade a été opérée. Pendant la nuit qui a suivi l'opération la malade au lieu de se lever tous les quarts d'heure, n'a uriné que cinq fois, et depuis l'intervention la vessie est devenue presque indolore.

Le cathétérisme urétral est devenu plus facile, mais reste douloureux. Le prurit vulvo-vaginal, la sensation de brûlure du vagin ont totalement disparu.

La vessie est plus maniable en quelque sorte, on peut

faire des lavages au nitrate d'argent sans douleur pour la malade. Le pus persiste dans les urines, mais j'espère que la possibilité d'agir sur la muqueuse vésicale nous permettra d'en amener la modification.

M. HORAND. Je tiens à féliciter à M. Rochet de l'excellent résultat qu'il a obtenu dans le cas de prurit génito-anal chez l'homme et chez la femme.

Cette démangeaison est parfois si violente que les malades la qualifient de *dévoraison* et cherchent à se soulager en employant des moyens bizarres pour se gratter, tels qu'une brosse en fil de fer.

Jusqu'à ce jour, on arrivait avec beaucoup de peine à calmer cette démangeaison par des applications locales et des médicaments à l'intérieur. C'est donc un véritable service que M. Rochet rendra à cette catégorie de malades si au moyen de l'opération qu'il préconise et qui lui a déjà si bien réussi, il parvient non seulement à les soulager, mais encore à les guérir.

Toutefois, je demande à M. Rochet de vouloir bien essayer les injections d'air ou d'acide carbonique préconisées par M. Cordier dans le voisinage des régions prurigineuses, avec massage après l'injection, ainsi que le recommande notre collègue.

M. JABOULAY n'est pas ennemi de la résection du nerf honteux interne. Ne pourrait-on faire une opération plus simple, l'élongation, par exemple ? L'incision transverse couperait la branche périnéale du petit sciatique. L'injection d'air et de sérum dans le tissu pré-sacré a amélioré beaucoup une malade qui, opérée par M. Bérard pour une lésion abdominale, souffrait énormément de la vessie.

Comment M. Albertin pense-t-il agir sur la vessie par le honteux interne, puisque celui-ci n'innerve que l'urètre et n'envoie aucun rameau à la vessie ?

L'injection de 2 ou 3 gr. de solution de quinine dans le liquide céphalo-rachidien amène ainsi des anesthésies de très longue durée ; la cocaïne en donne de transitoires, ne pourrait-on trouver une substance ?

M. ALBERTIN. Je répondrai à M. Jaboulay que dans la cystite douloureuse le point de départ des réflexes me paraît bien être dans la portion de l'urètre membraneux au voisinage du col ; la vessie étant par elle-même peu sensible. Aussi la section du nerf honteux agit sur la portion la plus irritable en supprimant son irritabilité.

Ce n'est pas ma première observation. J'ai publié, il y a quelques années, l'observation d'un prostatique atteint de ténésme permanent (40 à 50 mictions par 24 heures), et qui, après l'intervention, urinait 5 à 6 fois par jour et sans douleur.

Quoi qu'il en soit de l'explication physiologique qui pourra d'ailleurs être précisée, le résultat est là.

Les douleurs de la cystite sont des douleurs de l'urètre profond et du périnée, les douleurs du corps vésical sont tout ce qu'il y a de plus discutable.

M. ROCHET. Il serait plus économique de pratiquer l'élongation simple, mais ce qu'on voit sur les membres après l'élongation n'est guère encourageant. On a des améliorations suivies à bref délai de récurrences. Dans une affection comme le prurit, dont la ténacité est le grand caractère, il semble donc que l'élongation ne doive donner que des résultats transitoires. On peut cependant l'essayer, quitte à arriver après échec à une thérapeutique plus complète. Il avait demandé à M. Cordier si dans les affections douloureuses rebelles on avait essayé les injections d'air, mais celui-ci avait répondu qu'il n'avait rien obtenu. L'injection de sérum pourrait être essayée, il n'y a pas d'inconvénient, mais peut-on compter sur elle?

Tous les petits traitements locaux, même la clitoridectomie, ne donnent rien, comme le montre l'histoire des innombrables procédés autrefois en honneur.

*
* *

NOTE SUR L'EXTRACTION DE CORPS ÉTRANGERS ARTICULAIRES; ARTROPHYTES DU GENOU.

M. RIGAL. — Au cours de l'année 1901-1902, j'ai eu l'occasion de pratiquer, sur cinq militaires en traitement à l'hôpital militaire de Villemanzy, l'extraction de corps étrangers articulaires que j'ai l'honneur de vous présenter. Je n'ai pas, à l'occasion de cette courte série, l'intention de reprendre à fond une question bien connue, mais bien plutôt de chercher à apprécier la valeur de l'appoint que l'examen de ces faits peut apporter à la solution des questions demeurées en litige.

Les cinq soldats sur lesquels j'ai eu à intervenir se présentèrent porteurs d'artrophytes nettement manifestes et siégeant tous à l'articulation du genou. Unique chez trois d'entre eux, le nombre en était double chez les deux autres.

Aucun n'accusa d'antécédents héréditaires, mais tous déclarèrent que le début de l'affection s'était révélé, depuis un laps de temps variable de six mois à trois ans, par des douleurs spontanées, soit à l'intérieur de l'articulation intéressée, soit le long de la cuisse, plus particulièrement le long du trajet du nerf sciatique, soit par des craquements articulaires suivis ou non d'épanchement, soit enfin par des douleurs rhumatismales généralisées.

Chez tous ces militaires, les corps étrangers manifestèrent leur présence à l'occasion d'un *traumatisme léger et sans violence* : une fois consécutivement à une entorse du genou, chez un autre au saut du lit, sans effort, chez un troisième elle a été provoquée par un faux pas, au cours de l'exercice sans autre explication chez le dernier. Tous se plaignirent, au moment de l'accident présumé, d'une douleur brusque et vive qui, par la suite devenue intermittente, s'est aggravée, rendant la marche de plus en plus difficile au point de les mettre dans l'obligation de réclamer une opération libératrice.

Dans chacun de ces cas, la présence du corps fut facile à reconnaître, la perception au toucher ne pouvant laisser subsister aucun doute ; toutefois en deux circonstances leur extrême mobilité en rendit la recherche laborieuse. De forme à peu près identique sous des volumes différents, le plus gros a l'aspect d'une rotule en miniature, d'un diamètre longitudinal de 3 centimètres sur 2 pour le transverse et un demi pour l'épaisseur ; la consistance en est dure, osseuse ; l'une des faces a l'aspect d'un tissu fibreux, l'autre apparaît blanche nacréée comme du cartilage ; chez l'un des malades qui en présentait deux, l'un beaucoup plus volumineux que l'autre, est dur, résistant au toucher, le deuxième est blanc, sous forme de lame cartilagineuse hyaline. L'examen histologique de ces corps, fait par M. le D^r Benoît au laboratoire de l'École du service de santé militaire, a permis de constater qu'ils sont constitués pour la plus grande partie par du tissu cartilagineux hyalin dont les cellules sont disséminées comme au hasard et sans affecter de disposition spéciale

reconnaissable ; la substance fondamentale est sans aucune formation élastique ou fibreuse. La périphérie est constituée par un tissu fibreux avec des cellules assez nombreuses. Les autres sont formés de tissus ostéo-cartilagineux tel que nous les connaissons décrits dans les ouvrages classiques. Chez notre dernier malade, le corps était constitué par une tumeur globuleuse du volume d'une grosse noisette donnant à l'ensemble l'aspect d'un lipôme encapsulé. Cette masse assez dure et résistante, plongée dans l'alcool, s'est ramollie et partiellement dissoute ; la capsule ouverte montre un amas de matière grasse et onctueuse séparée de l'enveloppe fibreuse.

Pour l'extraction de ces corps je me suis conformé à la technique suivante : après une asepsie très rigoureuse et soigneuse de la région, à l'exclusion de l'anesthésie générale, insensibilisation à la cocaïne au niveau de l'artrophyte lorsque la fixation en a été facile, incision courte et rapide au niveau du corps étranger ; extraction par expression, quelques fils cutanés et immobilisation dans une gouttière plâtrée. Deux fois l'extraction s'effectua sans difficulté, l'artrophyte s'échappa sous pression comme le noyau qui serait expulsé d'une cerise ; dans un cas la mobilité fut telle que seul, le malade, les doigts recouverts de compresses stérilisées et à l'aide de mouvements combinés de l'articulation, put le maintenir fixé à la face externe du condyle fémoral pour permettre au chirurgien de l'embrocher à l'aide d'une pince à griffe et d'en assurer l'extraction ; enfin pour le corps lipomateux, les adhérences à la synoviale nécessitèrent la dissection d'un pédicule à base assez large d'implantation et l'application d'un drain avec suture profonde.

Cette pratique, conforme dans ses grandes lignes à la technique généralement adoptée, m'a fourni de bons résultats, puisque tous nos malades ont pu continuer leur service ; elle me paraît susceptible de prévenir les redoutables accidents septiques auxquels il faut toujours songer et dont j'ai été tout récemment appelé à constater, sur un malade étranger à mon service, les redoutables conséquences qui se sont

traduites par un phlegmon du membre inférieur suivi d'ankylose de l'articulation du genou.

En résumé, au point de vue pathogénique, ces faits viennent à l'appui de l'opinion qui envisage les artrophytes comme un simple épiphénomène se surajoutant aux lésions articulaires de l'arthrite sèche. Tous nos malades ont accusé des douleurs localisées ou généralisées rhumastismales comme symptôme concomitant des altérations anatomiques qui ont évolué par degrés successifs jusqu'à la pédiculisation des corps; et ce n'est qu'à l'occasion d'un traumatisme banal et sans importance que la mise en liberté s'est révélée par une douleur vive et suraiguë suivie de l'apparition fugace, mais nettement perçue par le malade, du corps mobile autour de l'articulation.

En outre de l'intérêt clinique, la notion pathogénique de ces faits peut servir au mode d'interprétation de l'action traumatique et fournir des indications pour permettre d'en apprécier le degré de gravité au double point de vue de l'application de la loi sur les accidents du travail et de la concession des pensions et retraites dans l'armée.

M. TIXIER. Le corps graisseux a-t-il été examiné histologiquement? n'était-il pas entouré d'une coque fibreuse? Il y a toute une théorie invoquant les lipomes sous-synoviaux.

M. RIGAL. Non, mais il y avait une coque épaisse paraissant fibreuse.

M. VINCENT. Les corps étrangers ne sont pas toujours d'origine rhumastismale. Il semble démontré que la plupart de ces cas sont précédés de traumatismes; il se produit des arrachements qui sont l'origine du corps étranger.

M. GAYET possède une très ancienne observation: une jeune fille qu'il connaissait bien a eu un beau jour le syndrome corps étranger sans avoir jamais eu ni traumatisme, ni arthrite. Peu après, et à plusieurs reprises le phénomène caractéristique se produisit avec arthrite consécutive. Malgré l'horreur qu'on avait d'ouvrir son genou il eut l'idée d'en essayer la fixation par un appareil en forme de cupule qui emprisonnait le corps dans la partie externe du genou. Elle l'a porté dix ans, se maria, et vécut jusqu'à sa mort sans avoir eu aucun accident. Ne pourrait-on encore imiter cette conduite.

M. VINCENT. J'ai vu M. Gayet lui-même faire, pendant mon internat, une extraction chirurgicale suivie du plus beau succès.

M. HORAND rappelle une observation du corps étranger du genou, recueillie dans son service et publiée en 1879 par M. Genevey-Montaz, son interne.

Dans ce cas le corps étranger n'ayant pu être extrait par le procédé de Goyrand, d'Aix, à cause de son volume, fut enlevé directement par la méthode antiseptique. Les suites furent simples, sauf un peu d'hydarthrose, le malade s'étant levé trop tôt, mais qui se dissipa en peu de jours et le malade sortit du service complètement guéri.

M. GAYET. On a ainsi beaucoup de moyens de traitement.

M. RIGAL. Il n'y a plus de doute possible. Les procédés anciens n'ont plus de raison d'être et ne réussissent pas toujours. La fixation est souvent impossible. L'arthrotomie régulière s'impose aujourd'hui.

Les malades n'ont eu aucun traumatisme et tous ont eu des douleurs rhumatismales. Les traumatismes invoqués sont trop insignifiants pour qu'on puisse leur accorder de l'importance. Sans doute il y a des corps étrangers provenant d'arrachements osseux, mais ce n'est pas de ceux qu'il vient de parler.

Le Gérant, D^r VALLAS.

Séance du 5 Mars 1803.

Présidence de M. GAYET.

A propos du procès-verbal, M. HORAND précise et rectifie quelques points de l'observation (corps étranger articulaire) dont il a parlé dans la dernière séance.

*
* *

FIBROCHONDROME DU SINUS MAXILLAIRE PROPAGÉ A L'ORBITE ; RÉSECTION PARTIELLE DU MAXILLAIRE SUPÉRIEUR ; ÉVIDEMENT DE L'ORBITE AVEC CONSERVATION DE L'OEIL ; GUÉRISON MAINTENUE DEPUIS 20 MOIS.

M. BÉRARD. — On a remis en discussion, dans une des dernières séances de la Société, la question des opérations conservatrices pour les tumeurs osseuses de malignité moyenne.

Voici une observation intéressante dans cet ordre d'idées :

La malade, que j'ai l'honneur de vous présenter, est une religieuse, âgée actuellement de 53 ans, sans antécédents pathologiques dignes d'être notés.

En 1895, elle s'aperçut que les dents de la mâchoire supérieure gauche étaient progressivement ébranlées, sans douleurs vives, et lui semblaient refoulées vers la bouche. La gêne qui en résultait pour la mastication, et l'apparition de quelques névralgies sous-orbitaires, la décidèrent à se faire arracher toutes ces dents. Néanmoins le bourrelet gingival

continua à proéminer vers la cavité buccale, et les névralgies ne cédèrent pas.

Un chirurgien consulté à ce moment fit le diagnostic de sinusite chronique, à cause d'un écoulement un peu louche survenu par la narine gauche. Il incisa le plancher du sinus par les alvéoles, ne trouva pas de pus et tamponna la cavité.

Cette intervention apporta quelque soulagement à la malade. Mais par la suite, la voûte palatine s'affaissa davantage à gauche, la joue devint saillante, et peu à peu l'œil gauche se trouva refoulé vers l'angle supéro-externe de l'orbite. Ce déplacement de l'œil se traduisit par de la dipoplie et du vertige.

Pendant quatre ans, les lésions évoluèrent. Ce n'est que lorsque la mastication devint très laborieuse, et lorsque la pupille eut presque disparu sous la paupière supérieure, que la malade s'adressa à un autre chirurgien. Celui-ci conclut à un ostéosarcome et se mit en devoir de pratiquer la résection totale du maxillaire supérieur gauche. Les téguments incisés, alors qu'il dénudait la face antérieure de l'os, il arriva sur la tumeur et reconnut un chondrome assez consistant. Il se borna alors à évacuer la cavité du sinus maxillaire dans lequel le chondrome avait pris naissance, et à abraser le rebord alvéolaire en même temps qu'une portion de la paroi antérieure du sinus.

Les suites opératoires furent simples; la joue reprit ses contours normaux, l'œil rentra un peu dans l'orbite, sans toutefois que la vision redevînt normale. C'est qu'il restait un prolongement orbitaire de la tumeur qui, en quelques mois, eut une marche assez rapide pour causer un exorbitisme considérable et un refoulement extrême de l'œil en haut et en dehors.

Sur ces entrefaites, la malade vint à l'Hôtel-Dieu où je l'examinai, salle Saint-Pierre, pendant une suppléance à la clinique. Il y avait un chémosis considérable et un écoulement roussâtre par la narine gauche. Ma première impression fut celle d'une tumeur maligne à évolution fatale. Mais la constatation déjà faite d'un chondrome, l'absence de cachexie,

et surtout la tolérance remarquable de la malade, qui n'accusait que peu de douleurs locales ou irradiées, l'absence d'ulcérations malgré une saillie volumineuse de la joue et malgré un déplacement énorme de l'œil, me décidèrent à intervenir.

L'opération eut lieu le 10 juillet 1901. La portion horizontale sous-orbitaire de l'incision faite pour la première résection servit de voie d'accès; le rebord orbitaire inférieur fut abrasé au davier gouge, et la tumeur attaquée aux ciseaux et à la curette. Les fragments retirés ainsi avaient tous l'aspect sucre d'orge et la cassure cristalline du chondrome. En procédant avec précaution et en faisant une hémostase soigneuse, de façon à éviter la blessure des muscles et des nerfs de l'orbite, j'enlevai toute la masse récidivée, qui était tassée dans la cavité orbitaire, presque jusqu'au trou optique, et qui avait effondré partiellement la paroi inféro-interne; des prolongements avaient envahi les fosses nasales. L'ensemble des fragments morcelés correspondait certainement au volume d'un abricot.

Comme la portion déclive du sinus semblait intacte, et qu'il n'y avait aucune infiltration par continuité des tissus voisins, je ne jugeai pas à propos de réséquer tout le maxillaire, et je terminai l'intervention par un tamponnement orbito-nasal. L'hémorragie n'avait pas été trop gênante.

En quinze jours la cicatrisation fut obtenue; deux mois après l'œil gauche avait regagné sa place et récupéré une vision à peu près normale.

Aujourd'hui, il ne reste que des traces peu apparentes des lésions, qui étaient pourtant si étendues; la cicatrice de la joue est linéaire, la pommette, peu affaissée, a conservé quelque sensibilité. L'œil gauche est symétrique par rapport à l'œil droit; la malade, depuis longtemps presbyte, lit aussi bien de cet œil que de l'autre. Seuls certains mouvements sont restés paresseux; ce sont ceux du globe oculaire en haut et en dehors, que commande le petit oblique, dont la suppression partielle du point d'insertion fixe au rebord orbitaire, a modifié les conditions de dynamique. La narine gauche est libre, la respiration nasale gauche est facile.

Bref, au bout de vingt mois, la malade déclare quelle se

croit guérie, et nous avons toutes les raisons de le croire avec elle.

L'examen histologique de la tumeur a montré qu'il s'agissait d'un fibrochondrome.

Voilà donc un cas de tumeur du maxillaire supérieur guéri par des opérations partielles successives. La seconde intervention pourtant semblait avoir donné un coup de fouet aux lésions.

Les *fibrochondromes du sinus maxillaire* sont rares, d'après Le Dentu, Giraldès et Berger (4 cas dans la littérature en 1885. Société de chirurgie de Paris). Le plus souvent ces tumeurs ont une marche lente et une évolution bénigne, ou du moins une évolution locale, sans métastase à distance et sans infection ganglionnaire. Mais elles peuvent, soit par envahissement des cavités voisines, soit à la suite d'une poussée aiguë à un moment donné (chondrosarcome) causer les désordres les plus graves. Celle que nous avons opérée avait déjà fortement compromis la vision de l'œil gauche, et rempli l'orbite.

M. VINCENT. M. Bérard n'ayant pas fait une ablation systématique de tout le maxillaire, il est peut-être prématuré de parler de guérison; deux ans constituent un intervalle trop court encore. Le résultat est fort heureux néanmoins.

*
* *

PÉRIOSTITE ALBUMINEUSE DU FÉMUR D'ORIGINE PROBABLEMENT SYPHILITIQUE.

M. TIXIER. — Le malade que j'ai l'honneur de vous présenter est connu de plusieurs d'entre vous: c'est, en effet, un des nombreux malades qui avaient été proposés à l'épreuve clinique du dernier concours de chirurgie. Il était porteur d'une tumeur de la cuisse droite dont l'histoire est digne d'attirer votre attention.

Cet homme, âgé de 39 ans, est grand et vigoureux. Il a

cependant un passé pathologique assez chargé. Depuis l'âge de 20 ans, il a eu successivement la fièvre typhoïde, plusieurs blennorragies sérieuses avec localisation articulaires, enfin la syphilis à 31 ans. Cette syphilis fut soignée seulement pendant les deux mois correspondant aux accidents secondaires les plus intenses.

En 1899, alors que le malade était atteint d'une arthrite gonococcienne des deux genoux, il s'aperçut d'une grosseur à la partie moyenne du fémur droit, grosseur non douloureuse, du volume d'un œuf. Un médecin consulté donna de l'iodure pendant quelques jours et la tumeur diminua sans cependant disparaître.

Les choses restèrent en l'état jusqu'en 1902. A ce moment, la tumeur de la cuisse se mit à grossir progressivement, il y eut de l'œdème de la jambe correspondante, tandis que l'état général périclitait. Aussi, au mois de décembre dernier, le malade vint-il consulter le professeur Gailleton lequel, en présence de cette grosse tumeur, voulut bien le faire passer dans mon service de Saint-Pothin.

On était alors frappé de la grosseur de la cuisse droite, laquelle, renflée en gigot à l'union de son tiers supérieur avec le tiers moyen paraissait à première vue être le siège d'un ostéo-sarcome. La peau sous-jacente était sillonnée de grosses veines indiquant une circulation collatérale intense. Le membre était chaud : près de deux degrés de plus du côté malade que du côté sain ; la température générale oscillait le soir entre 38° et $38^{\circ},5$ au maximum. La palpation n'était pas douloureuse, mais la pression forte et la percussion amenaient des lancées très pénibles dans tout ce membre. On ne sentait pas de battements, il n'y avait pas de souffle, pas de crépitation parcheminée. A la partie interne on percevait comme un ressaut osseux constitué par un rempart qui semblait surplomber la tumeur.

Peau mobile, mais adhérence profonde de la tumeur fixée contre l'os. Une radiographie, que je vous montre ici, indiquait un épaissement très considérable de la diaphyse fémorale qui semblait comme soufflée. Œdème des malléoles

correspondantes, hydarthrose dans le genou. Pas de douleurs nocturnes.

Le diagnostic était hésitant ; cependant au bout de quelques jours d'observation et de palpations répétées, j'arrivais à percevoir une fluctuation nette à la partie centrale de la tumeur. Je pensais alors à une périostite, et pour assurer le diagnostic je fis, le 23 décembre, une ponction avec une seringue de Roux. Je retirais un liquide citrin, d'apparence analogue au liquide d'une pleurésie séro-fibrineuse. Au point de vue clinique, c'était une périostite albumineuse ; j'envoyais le liquide à l'examen bactériologique.

Le lendemain 24 décembre, anesthésie : grande incision à la partie moyenne de la cuisse. Sous les fibres musculaires étalées, je trouvais une poche très résistante, laquelle, largement ouverte, laissa écouler au moins 200 grammes d'un liquide citrin. Dans la poche on aurait logé les deux poings.

A la partie profonde la poche se continuait directement avec le périoste du fémur, lequel n'était pas dénudé. Je voulais cependant m'assurer que l'os était sain, j'incisais le périoste, le décollais largement et appliquais une couronne de trépan au point que vous voyez si épaissi sur cette radiographie. L'os était éburné, j'arrivais dans le canal médullaire, lequel était rempli d'une moelle un peu rouge et vineuse pour celle d'un homme de 40 ans. Mais pas de lésion appréciable. Je continuais le décollement du périoste jusqu'à la partie postérieure du fémur pour m'assurer qu'il n'existait pas de lésions au niveau de la ligne. Après, je ne trouvais rien.

Je me contentais alors de réséquer la demi-circonférence supérieure de la poche et garnissais la profondeur de gaze. La cicatrisation se fit lentement, elle est aujourd'hui complète.

Au point de vue clinique, j'avais donc eu affaire à une périostite externe, à une périostite albumineuse. Les examens bactériologique et anatomo-pathologique pouvaient-ils m'en révéler la nature ?

Le laboratoire de bactériologie, auquel j'avais envoyé le

liquide recueilli par la ponction, me répondit : « Examen direct, rien de net : les cultures donnent naissance à du staphylocoque abondant, gardant le Gram. » Je n'insiste pas.

M. Paviot, auquel j'avais envoyé une portion de la poche réséquée et que j'avais étiquetée : poche de périostite albumineuse, me fit cette réponse intéressante : « Sur les coupes, le tissu qui répond à l'intérieur de la cavité a une constitution répondant à la constitution dite scléro-gommeuse, ou bien encore à une nappe de bourgeons charnus de plus en plus scléreux à mesure que l'on s'avance vers leur base..... A tout prendre, c'est bien probablement à une gomme syphilitique que l'on a affaire. »

Cet examen histologique est très important, car il nous permet d'admettre que cette périostite, qui correspondait à ce que nous connaissons en clinique sous le nom de périostite albumineuse, était due à la syphilis. Je ne sache pas qu'on ait décrit des périostites de cette importance, de ce volume et de cette nature dues à la syphilis.

Il est bien entendu que le traitement spécifique, déjà institué avant que nous ayons eu cet examen histologique, a été continué ; il ne semble du reste pas avoir activé la guérison qui est aujourd'hui complète.

*
**

DES PAROTIDITES CONSÉCUTIVES AUX INTERVENTIONS DANS LA SPHÈRE GÉNITALE DE LA FEMME.

M. CONDAMIN. — Nous avons eu l'occasion récemment d'observer un cas de parotidite survenu après un curetage pour môle, en dehors de toute infection locale. Il s'agissait d'une jeune femme ne présentant pas d'antécédents pathologiques intéressants autres que deux fausses couches antérieures. Enceinte pour la troisième fois elle commença au deuxième mois à présenter des hémorragies qui allèrent en augmentant et qui aboutirent à l'expulsion à peu près totale

d'une môle. Comme les hémorragies persistèrent, nous dûmes pratiquer un curetage qui ne présenta rien de particulier. La température resta normale pendant les cinq premiers jours qui suivirent cette intervention.

A ce moment (nuit du quatrième au cinquième jour) la malade présenta un gonflement d'abord léger de la région parotidienne gauche. Le lendemain en même temps qu'augmentait cette tuméfaction qui nous en imposa tout d'abord pour une simple parotidite ourlienne, nous vîmes la température s'élever jusqu'à 39°,8 sans aucune manifestation pathologique du côté de l'utérus ou de l'abdomen. Les deux jours suivants augmentation très marquée de la tuméfaction parotidienne qui présentait une forme arrondie, très limitée, très tendue, rouge et douloureuse. Pas de fluctuation, mais tension assez forte en même temps que la température se maintenait élevée. La malade depuis l'opération se plaint d'une grande sécheresse de la bouche.

Au cinquième jour, après l'apparition de cette tuméfaction, il se produisit une détente marquée qui nous empêcha d'intervenir par une incision que nous étions sur le point de faire, surtout pour calmer les douleurs atroces que présentait la malade. Les jours suivants la température qui était restée oscillante entre 38°,5 et 39°,5 descendit progressivement en même temps que s'effectuait la résolution de cette tuméfaction parotidienne.

Nous fûmes un peu effrayé par l'apparition de cette parotidite, qui nous le répétons ne présentait aucun des caractères des ourles. Quelques recherches bibliographiques, nous firent connaître deux mémoires assez importants sur cette question et sur la pathogénie qui peut être invoquée en pareille circonstance.

L'une de ces monographies est la thèse de Benoit (Paris, 1901-1902) sur « Les parotidites consécutives à l'ovariotomie ». L'auteur relate trente-cinq observations d'ovariotomie sans infection opératoire probable et où cette complication fut observée. Ces observations sont la partie la plus

importante de ce travail qui se termine par ces conclusions assez banales :

1° C'est une complication due le plus souvent au staphylocoque de provenance buccale. On peut observer également l'infection de la glande par la voie sanguine.

2° L'inflammation peut se terminer par la régression ou la suppuration. Le pronostic est généralement grave.

3° Le traitement doit être : *a*) prophylactique (hygiène de la bouche); *b*) curatif, incision aussi large que possible, transversale pour éviter le canal de Sténon et le facial.

La seconde monographie, plus documentée et plus critique est l'article publié dans l'*American Gynecology* de décembre 1902, par H. Morley, assistant de Gynécologie à l'Université de Michigan.

Dans un tableau, l'auteur relate cinquante-une parotidites survenues à la suite de laparotomie pour kystes de l'ovaire, kystérectomie, salpingite, ovariectomie, gastrotomie, etc., toujours dans les premiers jours après l'intervention chirurgicale et en dehors de ces grandes infections où la parotide se prend comme d'autres organes, par métastases pyogéniques, ou comme complications cachectiques.

Il invoque une pathogénie qui nous paraît parfaitement rationnelle et applicable à la plupart des cas signalés. Il ne croit pas que l'infection se fasse par voie sanguine, car cette interprétation devrait supposer d'abord une infection dans un point de l'organisme et ensuite n'expliquerait pas pourquoi les toxines ou les microbes auraient une action électives sur les glandes salivaires, la parotide en particulier.

Il croit plus rationnel d'admettre l'action des connexions nerveuses entre les organes abdominaux et en particulier l'ovaire, d'une part, et les glandes salivaires de l'autre, et cela d'autant plus que les phénomènes inverses du retentissement sur l'ovaire des inflammations parotidiennes est admis par tous. Voici alors qu'elle serait la pathogénie des parotidites consécutives aux interventions sur l'abdomen en général et sur la sphère génitale féminine en particulier.

Il existe entre les organes génitaux et les organes du cou

des connexions nerveuses, par l'intermédiaire du sympathique, connexions qui ont été prouvées expérimentalement par les physiologistes sur les animaux. Les opérations abdominales, et surtout celles intéressant les organes génitaux, retentissent par le sympathique sur les ganglions cervicaux qui tiennent sous leur dépendance la sécrétion des glandes salivaires. Il se produit un défaut de la sécrétion salivaire, se manifestant par la sécheresse de la bouche à la suite de ces interventions et qui permet aux microbes de la cavité buccale de pénétrer jusqu'à l'intérieur de ces glandes.

Dans l'observation que nous avons relatée, nous ne voyons que cette théorie pathogénique qui explique parfaitement les symptômes observés. Si elle se confirme, on pourrait être amené à faire d'une façon plus complète l'asepsie buccale dans les jours qui suivent les interventions sur les organes génitaux et peut-être même à ramener par une injection de pilocarpine la sécrétion salivaire quand celle-ci paraîtrait interrompue d'une façon trop complète par le mécanisme que nous venons d'invoquer.

M. ALBERTIN a observé un cas de parotidite consécutive à une ovariectomie simple ; en réalité, c'était probablement un cas d'oreillons : il y en avait une épidémie dans le pays d'où venait le malade. Il faut distinguer les parotidites suppurées, — il en a vu une rapidement mortelle, par exemple, au cours de l'ostéomyélite infectieuse, — et celles dont vient de parler M. Condamin qui lui paraissent de toute autre nature.

Il est possible que ces parotidites soient peut-être des oreillons.

M. VINCENT ne se rappelle pas un cas de sa pratique où une opération ait été suivie de parotidites. Il a vu des oreillons, au même titre que des scarlatines ou des varioles, apparaissant par simple coïncidence après des opérations.

M. GOULLIoud a vu plusieurs cas de parotidite qui évoluèrent vers la suppuration et furent graves, car elles s'étaient développées chez des opérés cachectiques. Il peut y avoir des cas bénins, c'est possible, mais ceux qu'il a observés étaient très graves. Il se rappelle en avoir vu chez une femme atteinte de suppuration pelvienne, chez une malade atteinte de cancer des ovaires, chez une pyélo-néphrite grave de la grossesse. Dans ces cas, il a fallu inciser et il n'y avait pas lieu d'incriminer les actions nerveuses du sympathique. C'étaient des déprimés cachectiques

qui, ayant des infections buccales, faisaient des parotidites infectieuses qui ne lui ont pas paru présenter de caractère spécial.

M. TIXIER a vu deux cas d'infection parotidienne, l'une chez une malade atteinte d'affection gynécologique grave, l'autre chez une cancéreuse du pylore, opérée de gastro-entérostomie et qui mourut.

M. CONDAMIN. On ne peut admettre qu'il s'agisse d'oreillons dans les cas qu'il vient de rapporter, puisque la tuméfaction était unilatérale et énorme.

Les 25 cas de Bruneau montrent que ces faits ne sont pas exceptionnels. Il y a 13 morts sur 51 cas de Morley. Ce n'est pas le pronostic des oreillons. Enfin on y a trouvé des microbes divers : staphylocoques, streptocoques, ce qui enlève tout caractère de spécificité à ces infections.

M. ALBERTIN. Les parotidites septiques consécutives aux opérations septiques ne sont pas rares et ne présentent rien de bien spécial, sauf le caractère de gravité pronostique qu'elles offrent.

Quant à celles dont parle M. Condamin, par excitation sympathique, il ne semble ni nécessaire ni exact de créer pour elles un cadre à part. Il vaut mieux les considérer comme une maladie : les oreillons par exemple, évoluant pour son propre compte et par simple coïncidence après l'opération.

Séance du 12 Mars 1903.

Présidence de M. GAYET.

—◆—
Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

*
**

LUXATION COMPLÈTE EN ARRIÈRE DU COUDE, SANS FRACTURE DU CONDYLE EXTERNE, COMPLIQUÉE IMMÉDIATEMENT DE PARALYSIE RADIALE.

M. VIALLE. — S..., âgé de 22 ans, est un soldat du 11^e bataillon de chasseurs à pied qui, avant son incorporation, exerçait la profession de tourneur sur métaux, et dans les antécédents personnels duquel je note la scarlatine à 12 ans, une angine diphtérique à 18 ans, et une atteinte de coliques de plomb à 17 ans. Pas d'alcoolisme, aucun signe d'hystérie; pas de saturnisme évident lors de l'arrivée au régiment en novembre 1901.

Le 4 janvier 1902, étant à la barre fixe, il fit une chute sur le coude droit et eut une luxation complète du coude en arrière; cette luxation se compliqua immédiatement de paralysie radiale; la réduction fut aisément faite sous le chloroforme à l'hôpital d'Annecy quelques heures après l'accident; le membre supérieur droit fut immobilisé pendant six jours dans une gouttière métallique, puis il fut soumis à des séances de massage et d'électrisation faradique. L'impotence fonctionnelle ne s'atténuant pas, le malade fut évacué d'Annecy sur l'hôpital militaire Desgenettes, où il

entra le 10 juillet dernier, c'est-à-dire plus de six mois après l'accident.

La paralysie était alors moins accusée, mais elle portait, comme aujourd'hui, sur tous les muscles des régions postérieure et externe de l'avant-bras innervés par le radial. Les symptômes par lesquels elle se manifeste actuellement sont des plus évidents, et à elle seule la chute de la main est pathognomonique.

En outre des troubles de motilité, il existe des troubles de sensibilité qui leur sont superposables : bande verticale d'hypoesthésie qui occupe la partie médiane et postérieure de l'avant-bras, et zone d'anesthésie qui, à la face dorsale de la main et des doigts répond exactement à la distribution anatomique du radial.

Il y aussi quelques troubles trophiques : peau de la main violacée et amincie, sudation exagérée de la paume, abaissement notable de la température locale et atrophie musculaire très accusée qui, suivant les points examinés, varie à l'avant-bras de 1 à 3 centimètres et au bras de 1 à 4 centimètres $1/2$.

Tous les muscles paralysés offrent la réaction complète de dégénérescence.

Le pronostic actuel et ultérieur est donc sérieux ; il l'est d'autant plus que le traitement institué (massage, électrisation) n'a pas influencé jusqu'ici la paralysie radiale existante.

La radiographie a été faite ; elle paraît démontrer l'intégrité du squelette de la région, et notamment du condyle externe ; on y voit bien une ligne plus foncée qui part de l'interligne articulaire et remonte verticalement sur la face antérieure de l'humérus en longeant le bord externe de la trochlée humérale jusqu'à 2 centimètres environ au-dessus de la fossette sus-coroïdienne ; mais cette traînée noirâtre, dans laquelle on pourrait voir tout au plus la branche verticale d'une fracture en T, à peine ébauchée, ne saurait évidemment avoir joué un rôle quelconque dans la production de la paralysie radiale. D'ailleurs à la palpation la plus atten-

tive on ne trouve actuellement aucun épaissement local du squelette ; il n'y a pas et il n'y a jamais eu aucune gêne notable dans le fonctionnement de l'articulation du coude. En serait-il ainsi s'il y avait eu une fracture articulaire ?

B) *Considérations.* — La paralysie radiale relève donc ici exclusivement de la luxation du coude.

Les lésions nerveuses isolées sont, dans les conditions ordinaires, comme les lésions vasculaires et même plus qu'elles, des complications fort rares des luxations du coude, contrairement aux lésions osseuses qui sont des complications plus communes.

Ces lésions nerveuses exceptionnelles ne s'observent ordinairement que dans les luxations complètes en arrière ; elles résultent tantôt de la luxation elle-même, tantôt des tentatives inconsidérées faites pour la récidive.

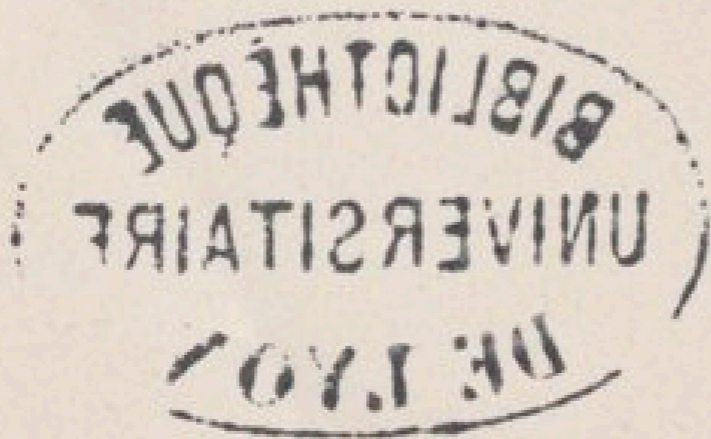
Parmi les trois nerfs de la région du coude, le médian est le plus fréquemment lésé, le cubital vient ensuite ; la lésion du radial est particulièrement rare.

Cette invulnérabilité, au moins relative du radial, au cours des luxations du coude, paraît tenir à une disposition anatomique spéciale. Ce nerf donne, dans la région du coude, plusieurs branches collatérales et ses deux branches terminales ; toutes ces branches doivent constituer pour la force traumatisante, des points d'arrêt ou tout au moins des voies multiples le long desquelles cette force s'épuise d'ordinaire en se diffusant avant d'avoir pu produire une lésion nerveuse appréciable.

Certains états constitutionnels, l'hystérie, certaines intoxications, le saturnisme, par exemple, comme chez mon malade, ont sans doute une part dans l'étiologie de ces paralysies, en rendant plus efficace l'action de la force traumatisante.

Ces paralysies résultent de l'élongation du nerf ; cette élongation peut d'ailleurs aller jusqu'à la rupture complète du nerf dans sa gaine névrilemmatique étirée, effilée comme un tube de verre passé à la lampe.

Le diagnostic du nerf lésé, du siège exact de la lésion



s'impose ; le diagnostic de l'étendue des désordres anatomiques est à peu près impossible : c'est l'évolution ultérieure de la paralysie, c'est aussi l'étude de la réaction électrique musculaire qui le feront.

Il y a dans cette imprécision du diagnostic du début une condition fâcheuse au double point de vue du pronostic à poser et du traitement à instituer.

M. BÉRARD. Il y a bien une fissure marquée sur la radiographie ; mais ce n'est pas la fracture qui donne ordinairement la paralysie radiale. En raison cependant de la bénignité de l'intervention, il croit qu'on pourrait découvrir le radial pour voir s'il n'y a pas une lésion du nerf. Il a obtenu chez trois enfants des succès qui l'encourageaient à tenter une opération.

M. VIALLE est disposé à intervenir. Il ne croit pas qu'il y ait de fracture, il n'y a pas suffisamment de signes cliniques. Il pense donc à une élongation nerveuse suite de luxation.

*
* *

CONTRIBUTION A LA PATHOLOGIE INFANTILE DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR. — SUBLUXATION CONGÉNITALE DES GENOUX EN AVANT ET DES COUDES EN ARRIÈRE PAR CONTRACTURE DES EXTENSEURS ET ANOMALIE DE CONFORMATION DES SURFACES ARTICULAIRES ; CARACTÈRES PROPRES A CETTE MALADIE CONGÉNITALE PEU CONNUE ; EN QUOI ELLE SE DISTINGUE DE LA MALADIE DITE « DE LITTLE ».

M. VINCENT. En attendant que la science de l'embryologie, associant ses lumières à celles de la clinique, ait débrouillé les obscurités, les mystères de la tératologie et des maladies de la vie intra-utérine, nous allons faire connaître quelques cas d'une anomalie dont il sera peut-être possible de former plus tard une entité morbide à forme spéciale, à laquelle on donnera une étiquette plus précise que celle que j'ai formulée en tête de cette note.



Avant de vous montrer deux photographies et une radiographie de subluxation congénitale du tibia en avant par suite de la contracture spasmodique des extenseurs du genou, je dois essayer de tracer à grands traits la symptomatologie de cette maladie de naissance. Je parlerai surtout du genou qui est le plus souvent en cause, mais il est évident que mon essai de description et les réflexions qui l'accompagnent sont applicables à d'autres jointures, au coude, par exemple.

Symptômes. — Immédiatement, après leur naissance, les sujets présentent une flexion des genoux en avant, au lieu de la flexion normale en arrière. Au palper, on trouve que les condyles des fémurs ont glissé en arrière sur le plateau tibial sans l'abandonner complètement, comme si les ligaments croisés faisaient défaut ou étaient atteints congénitalement, comme les ligaments latéraux, d'une laxité ou d'un excessif développement dans le sens de la longueur. On peut, en déployant un réel effort et en faisant crier l'enfant, vaincre la contracture du triceps fémoral et replier imparfaitement le genou en arrière, mais on ne parvient pas à placer exactement les surfaces tibiales et fémorales dans leurs rapports normaux, quel que soin qu'on mette à réduire le déplacement des os. Dès qu'on abandonne le membre à lui-même la contracture du triceps fémoral le replace en hyperextension, c'est-à-dire en flexion antérieure pouvant former un angle obtus plus ou moins ouvert en avant. Au moindre attouchement, la contracture reparaît comme chez les grenouilles strychnisées, l'excitation de la peau détermine comme la détente d'un ressort et l'on voit la flexion à contre sens du genou s'accompagner de l'induration et du raccourcissement de tous les muscles de la face antérieure de la cuisse. Le spasme paraît être douloureux si l'on en juge par les plaintes du sujet. Le sommeil apporte une détente, mais au réveil le spasme réapparaît lorsque l'enfant veut bouger où lorsqu'on le prend pour le langer, le baigner, le porter, etc. Les sujets naissent souvent avant terme et dans des conditions physiques fâcheuses, et plus tard se montrent

pour compléter le tableau, les signes d'un arrêt de développement intellectuel plus grave encore que les imperfections physiques dont ils sont affligés. Les tares ataviques appartiennent au cadre des maladies nerveuses ou de diathèses qu'on suppose sans pouvoir en obtenir l'avœu ou la preuve. J'ai noté, dans plusieurs cas l'absence de rotule ou du moins le retard de son apparition.

Thérapeutique. — Les attelles plâtrées, les bandages silicatés faits sans ténotomie préalable, n'empêchent pas la contracture de se reproduire, de reconstituer l'anomalie articulaire, dès qu'on les a enlevés.

Je n'ai obtenu d'amélioration quelque peu stable qu'au moyen de la section du tendon fémoral suivie de l'application d'attelles plâtrées en flexion postérieure, renouvelées toutes les trois ou quatre semaines, suivant les accidents journaliers auxquels il faut s'attendre de la part de tout nouveau-né. La durée de l'emploi des attelles doit être de plusieurs mois. Pour lutter ensuite contre la tendance au glissement du fémur en arrière, même après la ténotomie et l'attitude prolongée en flexion, je fais porter des tuteurs orthopédiques spéciaux.

État anormalique des surfaces articulaires. — La radiographie ne nous apprend rien, à cause de l'état cartilagineux des extrémités épiphysaires. Il est bien évident que si les surfaces articulaires se répondaient normalement, que si l'appareil ligamenteux interarticulaire et latéral avait sa texture habituelle, l'articulation devrait jouer à l'ordinaire, dès que la ténotomie a fait cesser l'action disloquante de la contracture. Or, la subluxation se reproduisant d'une façon invincible, il est logique d'en inférer que les surfaces articulaires ne sont pas conformées comme elles doivent l'être et qu'il y a primitivement ou secondairement une anomalie dans les rapports et les surfaces.

Mécanothérapie modelante. — C'est en partant de cette idée que j'ai voulu corriger l'anomalie de forme par un traitement mécanique destiné à remplacer les mouvements incessants à l'aide desquels l'enfant parachève ses jointures

après la naissance. Pour modeler artificiellement les jointures nous avons la ressource des mouvement imprimés par une personne étrangère ou par un agent mécanique. Le chirurgien peut seul graduer et diriger l'effort nécessaire pour les mouvements communiqués; mais ils sont bien rares les enfants qui se laissent manipuler par le médecin, et, le plus souvent, les parents n'osent pas ou ne peuvent pas le remplacer. Après bien des recherches d'appareils capables de remplacer la main, j'ai fait construire une réduction de l'appareil inventé par notre compatriote Amédée Bonnet pour rendre la mobilité au genou. M. Aubert, mécanicien orthopédiste m'a construit cet appareil en l'adpatant à une chaise d'enfant, comme on le voit sur la photographie que je fais passer sous vos yeux. Les petits malades s'habituent facilement à être installés sur la chaise et peu à peu, moitié par jeu, moitié par docilité, ils s'accoutument et laissent leur mère ou leur bonne actionner la machine de Bonnet modifiée pour leur âge. Lorsqu'ils sont arrivés à un certain âge ils pourront être fort utilement soumis à l'action modelante de la mécano-thérapie de Zander soit à Aix-les-Bains, soit à Vichy.

Résultats.—A l'aide de la ténotomie, à l'aide de bandages en flexion, à l'aide de notre machine imitée de celle de Bonnet, à l'aide de l'instrumentation orthopédique suédoise, à l'aide de tuteurs orthopédiques soignés, et, aussi, je puis le dire, à l'aide d'une patience à toute épreuve, je suis arrivé à faire marcher un enfant; c'est tout et c'est beaucoup. Quant à la subluxation, elle a persité, au moins pour une jambe; le tibia reste porté en avant, le roulement du fémur se fait sur la partie postérieure du plateau tibial.

Observations. — Je compte dans ma pratique hospitalière ou urbaine, sept cas de l'anomalie que je viens de décrire. Je n'ai pu retrouver que deux photographies sur les quatre cas observés à la Charité.

Des trois cas de ma clientèle civile, je n'ai la radiographie que d'un seul. Voici la photographie des deux cas observés

dans mon service de la Charité. Quelques mots d'explication sont nécessaires :

1° Il s'agit d'une petite fille qui était à la salle Ste-Marguerite, en 1887. On voit ses jambes en flexion antérieure sous l'influence d'un spasme des extenseurs de la cuisse, les membres supérieurs participaient au spasme des extenseurs ;

2° Il s'agit encore d'une petite fille ; elle offre, en outre, des mains botes congénitalement ;

3° et 4° Les photographies des deux autres cas se sont égarées. Je n'ai pu suivre aucun de ces enfants de la Charité. Je ne sais ce qu'ils sont devenus.

Les trois autres cas observés en ville sont :

5° Un enfant de Rive-de-Gier, qui avait la flexion du genou au rebours, avec absence de rotule et contracture marmoréenne du triceps fémoral. Pendant la première année de son existence, on lui a placé plusieurs fois des attelles plâtrées ; le résultat final m'est inconnu, car on ne m'a pas ramené l'enfant ;

6° Une fille de Lyon, qui a maintenant cinq ans. Elle a présenté tous les caractères de l'anomalie que nous avons décrite. A 18 mois, je lui ai pratiqué la ténotomie fémorale. Des attelles plâtrées successives en flexion lui ont été mises à des intervalles plus ou moins éloignés. Elle a porté des tuteurs orthopédiques articulés, dès l'âge de deux ans ; à ces tuteurs des membres inférieurs il a fallu ajouter un corset pour redresser la colonne vertébrale, car, de bonne heure chez cette enfant, la déformation spasmodique des genoux s'est compliquée d'une déformation de même ordre du tronc. Cette scoliose faisant partie du complexe pathologique en cause, reconnaît évidemment pour facteur étiologique la contracture spasmodique, mais il ne faudrait pas se baser sur un fait aussi anormal pour en tirer, avec J. Guérin, que la scoliose en général résulte d'abord d'une contracture, puis d'une rétraction musculaire et, par conséquent, la vouer, en principe, à la ténotomie.

C'est pour cette malade que nous avons imaginé l'adapta-

tion de l'appareil de A. Bonnet à la thérapeutique de ces cas particuliers pour imprimer des mouvements rythmés et modeler les surfaces articulaires du genou.

La contracture a cessé d'exister depuis la ténotomie; mais les rapports anormaux des surfaces articulaires n'ont pas subi de modification sensible, bien que les ligaments soient assez lâches. A l'heure actuelle, l'enfant commence à marcher, à la condition d'être soutenue par ses tuteurs et de s'aider d'une petite chaise qu'elle pousse devant elle.

En une détresse organique aussi profonde, il faut savoir apprécier ce faible résultat qui, du reste, ne peut que s'améliorer avec le temps et le développement général du sujet.

7° Le dernier cas observé a pu être soumis aux rayons X. Il s'agissait d'une fille née depuis trois semaines à huit mois de vie intra-utérine. La radiographie faite par M. le D^r Destot ne nous apprend rien de plus que ce que la vue et le palper apprennent, à savoir la subluxation du tibia en avant et du fémur en arrière résultant d'une contracture congénitale, intra-utérine du droit antérieur de la cuisse. Le père de cet enfant, qui habite Kairouan et là son médecin m'ont sollicité d'intervenir. Je ne veux pas, leur ai-je dit, faire encore la ténotomie chez cette enfant, née avant terme et depuis dix-huit jours à peine. L'opérer maintenant, serait vouloir la tuer; cliniquement elle est à peine viable. Quand elle sera plus vigoureuse, dans un ou deux ans, on pourra l'endormir et l'opérer. Les surfaces articulaires ne seront pas plus altérées que maintenant, car l'enfant n'aura pas marché. Alors dans la mesure du possible, je conseille de combattre l'hyperextension au moyen d'une gouttière-attelle, en cuir, par exemple, ou au moyen de petites attelles plâtrées. Vous comprenez bien, disais-je à mon correspondant, M. le D^r Bugnon, qu'il s'agit là d'une irritation corticale du cerveau et que le cas relève de la pathologie nerveuse. Vous chercherez peut-être vainement l'influence atavique ou personnelle qui a donné lieu à cette malformation congénitale. L'alcoolisme n'est pas en cause, on me l'affirme, ni la syphilis

non plus, ni une tare nerveuse. En savez-vous plus long ?
A cette question pas de réponse.

Caractères différenciels de notre maladie d'avec la maladie dite de Little ; réflexions et conclusions. — Il ne faut pas confondre ces subluxations et ces anomalies articulaires caractérisées par la contracture des extenseurs et la flexion à contre-sens du genou avec le tabes spasmodique, avec les diverses modalités spasmodiques rangées sous le nom global de maladie de Little. Dans cette dernière maladie, les surfaces articulaires ne sont ni primitivement ni secondairement altérées, il n'y a pas de déplacement des os. Les groupes musculaires mis en contracture sont plus spécialement les adducteurs de la cuisse et les extenseurs du pied, d'où le croisement des membres inférieurs en X, en branches de ciseaux et l'attitude du pied en varus, chaque fois que l'on force l'enfant ou que celui-ci a le désir spontané de se mettre debout et d'essayer de marcher. Est-il possible d'établir un départ distinct des centres nerveux pour ces deux maladies congénitales ? Nous pensons qu'il est rationnel d'admettre en principe cette possibilité, puisque les lois physiques exigent des causes différentes pour des effets distincts, mais la rareté des autopsies et la difficulté des travaux d'histologie en matière cérébrale laisseront sans doute encore longtemps ce point d'anatomie pathologique et embryologique en suspens. Nous avons déjà dit que l'on incline à faire rentrer ces anomalies du système locomoteur dans le domaine plein d'obscurité encore des arrêts ou des absences de développement de l'axe cérébro-spinal. Si la maladie de Little se rattache à une anomalie du corps restiforme, doit-on penser que notre maladie est une modalité de ce même type morbide avec, en plus, une malformation articulaire consécutive ou indépendante du spasme intra-utérin ? On est libre de se former une explication à son gré, mais il est plus conforme à la science de savoir attendre que les neurologistes et les embryologistes se soient fait une opinion, car eux seuls ont autorité et mandat pour parler en l'espèce.

Notre rôle, à nous cliniciens, est d'observer les faits, de les

synthétiser et de chercher les moyens de remédier à une situation toujours précaire. On doit borner son ambition à améliorer l'état des sujets, à faire un traitement *palliatif*. Ce traitement consistera en divers moyens orthopédiques ou chirurgicaux, dont l'emploi devra être retardé jusqu'à dix-huit mois ou deux ans. Avant cet âge il est difficile de faire supporter des attelles plâtrées et des tuteurs orthopédiques. Si on le peut, il faut de bonne heure essayer les mouvements communiqués : on façonne ainsi les surfaces articulaires et l'on prépare le sujet au traitement ultérieur. Dès que l'enfant sera jugé en état de supporter l'anesthésie, on procédera à la ténotomie du tendon du triceps à une certaine distance du bord supérieur de la rotule, puis on immobilisera le genou en flexion normale au moyen d'une série de plâtres ; plus tard, on fera porter des tuteurs articulés et pendant longtemps on soumettra le genou aux exercices rythmés de la machine motrice de A. Bonnet ou de ceux du système Zander. On doit dresser, par cette gymnastique incessante, les centres psychiques à exécuter volontairement les mouvements qu'ils font par un réflexe automatique. Inutile d'insister sur ces soins et l'hygiène physique et morale que réclament incessamment ces avariés dont on arrivera, à force de patience, souvent à modifier les conditions de statique et de locomotion, non pas jusqu'à obtenir l'état normal, mais simplement un état tel qu'il puisse marcher un peu.

C'est en ayant recours à cette thérapeutique variée et patiente, chirurgicale et orthopédique, physique et morale, que nous avons eu la satisfaction d'arracher de leur grabat un certain nombre de malheureux atteints de tabes spasmodique, de leur apprendre à marcher avec, puis sans tuteurs, et même à se mouvoir sur un tricycle avec grâce et habileté.

AMPUTATION TOTALE DU RECTUM PAR VOIE ABDOMINO-PÉRINÉALE.

M. GOULLIoud. J'ai l'honneur de vous présenter une pièce, comprenant partie de l'S iliaque et totalité du rectum que j'ai dû enlever pour un cancer de la portion recto-sigmoïde du gros intestin.

M^{me} B..., âgée de 48 ans, ménagère dans un village près de Lyon, fut envoyée d'urgence à l'hôpital Saint-Joseph le 8 février dernier pour une obstruction intestinale. Son état était tel, que je fus appelé et dus intervenir aussitôt, un dimanche soir, en créant un anus contre nature sus-pubien.

La malade racontait qu'elle avait une constipation opiniâtre ; que depuis un mois surtout son état s'était aggravé ; qu'à deux ou trois reprises les selles s'étaient suspendues pendant plusieurs jours, pendant qu'apparaissaient du ballonnement et des vomissements. Des lavements avaient amené d'insuffisantes débâcles et un peu de soulagement.

Cette fois l'état était grave : le ballonnement du ventre considérable, le pouls petit, à 120. C'était tout à fait là l'histoire de l'obstruction par cancer sténosant du côlon ou de l'S iliaque.

Je fis une incision médiane pour confirmer ce diagnostic et préciser le siège du néoplasme, si possible. J'arrivai bientôt à un cæcum distendu, et la main introduite dans les fosses iliaques ne m'ayant rien révélé, je me hâtai d'établir sur l'extrémité inférieure de l'intestin grêle, une fistule stercorale, sans autre suture qu'une suture séro-séreuse.

Il fallut plusieurs jours pour que le ballonnement disparut, et partiellement d'ailleurs.

Après quatre semaines, un examen nouveau ne révéla qu'une chose : au toucher recto-vaginal on sentait profondément, une induration lointaine qu'on pouvait croire être le néoplasme supposé.

Le 6 mars, je fis une seconde opération, destinée à enlever cette tumeur si cela était possible.

Les conditions opératoires étaient difficiles : ventre gros, énorme couche adipeuse, anus sus-pubien déversant des matières liquides.

Après avoir légèrement tamponné et collodionné cet orifice, et incliné la femme sur le côté droit, je fis une laparotomie latérale, sur le bord externe du muscle droit du côté gauche.

Une anse énorme, formée par l'S iliaque, se présenta aussitôt et fit hernie hors du ventre. J'apprenais à mes dépens qu'une entérostomie sur l'extrémité inférieure de l'intestin grêle, n'amène pas l'affaissement du gros intestin.

La main plongée dans le bassin, sentit profondément derrière l'utérus, dans la concavité sacrée, une tumeur peu mobile, et cependant non adhérente, ayant un méso libre, mais infiltré d'une graisse dure et friable. Je ne pouvais amener la tumeur à la plaie. Ce gros intestin, encore en obstruction limitée, tardive, ne se prêtait aucunement à une entérectomie au fond du pelvis.

Il fallait me résoudre pour enlever la tumeur sans trop de risques à faire une amputation totale de l'extrémité inférieure du gros intestin.

Je suivis à peu près le manuel opératoire de Quénu que j'avais appliqué déjà :

Dans mon premier temps abdominal, je sectionnai l'S iliaque entre deux pinces de Kocher et fermai avec soin le bout inférieur à deux plans; tandis que le bout supérieur était mis dans l'angle supérieur de la plaie.

Je sectionnai ensuite le méso de l'anse recto-sigmoïde au ras du sacrum, entre deux rangées de pinces, puis de ligatures. L'hypogastrique gauche qui se présentait à nous dénudée, fut liée en passant. L'adhérence de l'intestin grêle au-dessus du pubis rendait difficile l'accès de l'hypogastrique droite : on ne la lia pas.

Par l'abdomen encore je sectionnai soigneusement le péritoine au-dessous de la tumeur dans le Douglas.



Savory
del 1903

L'intestin, détaché ainsi, fut tassé dans le bassin et recouvert d'une grosse mèche de gaze iodoformée.

Dans un second temps périnéal, l'anus isolé, fermé par une pince, circonscrit largement par l'incision de Lisfranc, je détachai les adhérences périnéales du rectum, puis j'attirai tout le gros intestin isolé et la gaze iodoformée mise par l'incision abdominale, qui resta comme membrane d'occlusion et mèche de drainage du bassin.

Dans un troisième temps, la plaie de la laparotomie fut fermée et un anus iliaque terminal établi en son milieu.

Grâce à l'anesthésie discontinue et au sérum, il y eut peu de shock. Mais mon intestin distendu et malade laissa, au niveau des points muco-cutanés, filtrer des matières dans la couche adipeuse, d'où désunion partielle de la plaie.

Au quinzième jour, la malade est en bonne voie de guérison, avec un anus sus-pubien et un anus iliaque. Le premier devra être fermé ultérieurement, s'il tarde à guérir spontanément.

La pièce enlevée fraîche avait 59 centimètres de longueur; de la tumeur à l'anus, 27 cent.; de la tumeur à la section de l'S iliaque, 23 cent.; longueur de la tumeur, 9 cent.

Elle montre un gros intestin distendu comme dans les occlusions aiguës, puis un rétrécissement allongé, fusiforme, qui ne laissait pas passer une sonde de femme. Celle-ci était arrêtée dans une petite cavité centrale par deux ou trois pepins de fruits et des lamelles dures, moulées sur cette cavité, rappelant l'aspect d'écailles d'huître, simples concrétions, semble-t-il.

Le méso enlevé, assez important, renfermait de nombreux ganglions.

La nature cancéreuse ne pouvait faire aucun doute. Elle a été confirmée par l'examen histologique.

En voyant au-dessous de la tumeur 27 cent. d'intestin sain, réséqué, on regrette l'impossibilité, faite par les circonstances, de conserver ce bout d'intestin qui renferme le sphincter. Il faut reconnaître que jusqu'ici toutes les fois que nous avons voulu faire une opération conservatrice,

nous avons eu le regret plus grand d'une exérèse insuffisante. Quand un malade a le malheur d'avoir un cancer haut situé du rectum et de l'obstruction aiguë, il faut pour le moment qu'il se résigne à l'anus iliaque terminal et définitif. C'est d'ailleurs le moins pénible de tous.

Deux interventions analogues antérieures nous ont donné deux succès durables. Une fois au contraire nous avons pu faire l'exérèse par entérectomie du cancer sigmoïde avec plein succès : les circonstances s'y prêtaient.

Ce cas nous a montré la nécessité, quand l'obstacle siège bas sur le gros intestin, de faire l'anus artificiel sur le cæcum, ou mieux sur l'S iliaque pour obtenir l'évacuation de son contenu, liquide et gazeux, pour faire cesser sa distension.

Il nous montre aussi que l'amputation abdomino-périnéale est une bonne opération, permettant une exérèse très large et cependant bien supportée. Mais il faut chercher encore le moyen d'enlever aussi bien la tumeur, en conservant un sphincter à l'intestin.

M. VALLAS. Il n'est pas toujours nécessaire, pour enlever des cancers de l'S iliaque, d'adopter la voie abdomino-périnéale. Il a présenté, il y a quelques mois une pièce comprenant 45 ou 50 centimètres de gros intestin qu'il avait pu enlever par le périnée, après ablation du coccyx, mais sans toucher au sacrum. Dans ces cas la tumeur subit, par la poussée constante des matières, une sorte d'invagination qui mobilise l'intestin et en favorise l'ablation.

M. VINCENT demande pourquoi on enlève ces gros cancers ; ne vaudrait-il pas mieux se contenter du traitement palliatif excellent qu'est l'anus iliaque ?

M. GOULLIoud. Faire des opérations larges, attaquer franchement le cancer, telle est la tactique actuelle, et les nombreux cas de succès opératoires suivis de survies longues ou définitives, montrent que c'est là la vraie voie.

M. DURAND. Les statistiques modernes montrent en effet que la cure opératoire du cancer rectal n'est pas une utopie. Quand on n'obtient pas de guérison définitive, une période souvent très longue s'écoule avant la récurrence. Même quand celle-ci est rapide, l'ablation de la tumeur garde des avantages, car l'état général des malades se relève beaucoup mieux quand on les a débarrassés du foyer d'infection qu'est la tumeur, que

quand on s'est contenté de pratiquer un anus de dérivation. On peut dire qu'aujourd'hui la question du traitement opératoire du cancer rectal est résolue dans le sens de l'intervention, elle ne se pose plus.

M. VINCENT. Il est constant que l'ablation de la tumeur est préférable dans les cas simples à l'anus iliaque ; mais au lieu de faire une opération grave et compliquée, ne vaut-il pas mieux se contenter de l'anus iliaque comme l'a préconisé M. M. Pollosson.

M. TIXIER. La méthode proposée par M. Pollosson, et généralement adoptée aujourd'hui, consiste non à pratiquer un simple anus iliaque, mais à faire suivre celui-ci de l'opération radicale, rendue plus facile et moins nocive par la désinfection de la tumeur qui est mise au repos par l'anus iliaque et nettoyée par des lavages.

Séance du 19 Mars 1903.

Présidence de M. GAYET.

M. DURAND lit le procès-verbal de la dernière séance, qui est adopté.

* *
*

RÉSECTION DU CÆCUM. — TUMEUR PÉDIGULÉE INTRA-CÆCALE APPARUE DEUX ANS APRÈS UNE OVARIOTOMIE DU CÔTÉ DROIT.

M. CONDAMIN. — Nous venons de pratiquer une résection du cæcum dans des conditions un peu particulières et méritant d'être relatée.

La malade chez qui cette opération fut pratiquée avait été opérée d'un kyste de l'ovaire deux ans et trois mois auparavant. Nous avons relaté cette observation à la Société de Chirurgie en raison des particularités suivantes qui peuvent se résumer ainsi : kyste de l'ovaire développé pendant la grossesse ; rupture pendant l'accouchement ; ovariectomie un mois après ; adhérences multiples à la face inférieure du foie.

Voici maintenant les détails les plus intéressants :

M^{me} O..., 22 ans. État de santé assez bon pendant l'enfance. Tendances aux manifestations scrofuleuses.

Réglée régulièrement à 14 ans. Rien de particulier jusqu'à l'âge de 20 ans. A ce moment, la malade se marie, n'éprouvant rien d'anormal du côté de l'abdomen. Grossesse presque dès le début du mariage qui, pendant les quatre premiers mois, ne présenta rien de particulier. A partir du cinquième mois un médecin constata un développement de

l'abdomen, qui n'était pas en rapport avec l'âge de la grossesse. Le D^r P..., d'Annonay, qui la surveillait, constata pendant toute la fin de celle-ci une sensation de fluctuation au devant de l'utérus et qui empêchait de percevoir, soit les parties fœtales, soit les bruits du cœur.

Accouchement sans incident particulier; mais après la délivrance, le D^r P... constata que l'abdomen n'avait que faiblement diminué.

Un jour après, augmentation de volume du ventre, qui devint douloureux. Vomissements bilieux, état de péritonisme assez marqué, légère élévation de température jusqu'à 38°, pouls très rapide.

Appelé à voir la malade cinq jours après, je constate un abdomen très distendu, de volume très supérieur à celui que présente une femme à terme. Le diagnostic porté fut celui de kyste de l'ovaire avec torsion du pédicule survenue après l'accouchement. Il conseille l'intervention dès que la période puerpérale serait passée, et que la température, qui s'était élevée à 39°,3 se serait abaissée.

L'intervention fut pratiquée environ un mois après. Le ventre, à ce moment, avait diminué; mais ce qui frappait, c'était des douleurs au-dessous du foie, et une zone de matité remontant du bassin à la région hépatique.

Après l'ouverture du ventre, issue de matière colloïde répandue dans le péritoine et difficile à détacher complètement des anses intestinales.

On constate plusieurs ruptures du kyste. On trouve des adhérences multiples à l'intestin, à l'épiploon, mais surtout à la face inférieure du foie, où on est obligé de laisser quelques lambeaux adhérents. On place un Mikulicz simplement dans le bassin.

Les suites opératoires furent simples. La température, qui n'était pas tombée complètement au moment de l'opération, était redevenue normale huit jours après. Treize jours après le Mikulicz fut enlevé.

Revue quatre mois après, la malade paraît bien guérie. Il n'y a pas d'éventration, mais la malade doit être sur-

veillée, car la rupture du kyste, ses adhérences au foie, tout fait craindre pour plus tard une récurrence par greffe sur le péritoine des débris prolifères du kyste.

Deux ans et trois mois après cette intervention la malade s'aperçut d'une douleur dans la fosse iliaque et revint à Lyon se faire examiner. Nous constatâmes alors à ce niveau une grosseur qui était mobile, non douloureuse et du volume d'une orange moyenne. En raison de l'intervention précédente, nous fîmes le diagnostic de récurrence de kyste, et une nouvelle intervention proposée fut acceptée. La malade subit cette seconde intervention à la fin de février 1903.

Après la laparotomie on trouve que toute la cavité abdomino-pelvienne est indemne. Pas de végétations secondaires comme on devait s'y attendre, mais dans l'intérieur du cæcum une masse mobile qui paraissait s'insérer à la base interne de l'appendice.

La résection du cæcum et l'abouchement de la terminaison de l'intestin grêle au côlon ascendant devenait la seule intervention rationnelle.

Dans un premier temps nous pratiquâmes l'abouchement de l'intestin grêle bout à bout avec le commencement du côlon ascendant au moyen du bouton de Murphy. Une anastomose latérale dans le côlon fermé en cæcum eût été peut-être plus classique, mais, mal outillé, en dehors du milieu hospitalier, l'abouchement bout à bout au bouton nous parut plus facile et plus expéditif.

Ceci fait, le cæcum avec son appendice et son méso fut réséqué. Quelques petits ganglions que nous espérons être simplement inflammatoires furent trouvés dans ce dernier et enlevés avec lui. Drainage par le vagin, qui fut enlevé huit jours après, et fermeture complète de l'abdomen.

Le lendemain de l'opération la malade eut une légère élévation de température qui tomba rapidement. Pendant huit jours elle fut tenue sous l'influence de la morphine avec une alimentation nulle les premiers jours et seulement liquide les suivants.

Au bout de huit jours, selles spontanées qui devinrent quotidiennes dans la suite.

Au 18^e jour, la malade, qui se sent bien, demande impatientement à rentrer chez elle. Nous accédons à sa demande, malgré la non-expulsion du bouton anastomotique que l'on sent à travers la paroi abdominale qui est très mince.

L'examen macroscopique de la pièce montre une tumeur pédiculée non ulcérée, incisée à la base interne de l'appendice, en un point qui est adhérent au niveau où était le pédicule de la tumeur primitive de l'ovaire.

Nous pensons cliniquement qu'il s'agit d'une récurrence du kyste ovarien opéré deux ans auparavant, quoique un examen histologique ait fait penser à une tumeur nettement de provenance intestinale.

M. VILLARD. La tumeur caecale que vient de présenter M. Condamin n'est-elle pas une véritable tumeur de récurrence du kyste de l'ovaire présenté antérieurement par la malade; macroscopiquement il s'agit d'une forme de tumeur rare au niveau de l'intestin, cadrant mieux avec l'idée d'une tumeur secondaire à un kyste de l'ovaire malin. D'autre part l'examen histologique a bien démontré qu'il s'agissait d'un néoplasme à type cylindrique; mais on sait que les kystes ovariens dégénérés donnent eux aussi naissance à des formations épithéliales cylindriques et même caliciformes. Il pense qu'il faut faire des réserves très sérieuses sur la nature de la tumeur présentée.

M. GOULLIoud a pu en effet penser à une tumeur secondaire; mais en général les récurrences de tumeurs kystiques ovariennes sont elles-mêmes kystiques, et n'ont pas cette formation en profondeur.

M. CONDAMIN. Comme M. Villard, j'ai songé à une récurrence de kyste de l'ovaire. L'examen de M. Paviot a révélé une tumeur épithéliale du type cylindrique paraissant d'origine intestinale. Néanmoins il faudra recommencer attentivement l'examen, car macroscopiquement il y avait de petits kystes.

L'affirmation de M. Goullioud est peut-être incomplètement exacte, car dans des récurrences de kystes ovariens on a pu voir des généralisations sous forme de masses solides analogues à celles qu'on observe en certains points des kystes ovariens malins.

M. GAYET. Il me semble nécessaire de faire à nouveau un examen histologique attentif de la tumeur présentée, afin que M. Condamin puisse nous donner une solution définitive.

*
**

DE LA FRACTURE SUS-MALLÉOLAIRE.

M. DESTOT. J'appelle l'attention de la Société sur une variété de fracture de l'extrémité inférieure du tibia, sus-malléolaire, qui a pour caractère de se produire dans la zone sus-épiphysaire, ce qui la rend intermédiaire entre les fractures des malléoles et la fracture spiroïde de Gosselin.

Cette fracture n'est qu'une variété des fractures par écrasement de l'épiphyse mais elle en diffère en ce que tout le bloc épiphysaire est déplacé en masse, ce qui ainsi que je le démontrerai constitue une grosse complication.

Le trait est oblique de haut en bas et d'avant en arrière, et quelquefois cette obliquité porte aussi sur la face interne, si bien que le bord externe du fragment tibial inférieur est plus long que le bord interne.

Cliniquement ces fractures se présentent, soit au moment de l'accident, soit longtemps après sous une forme caractéristique spéciale. Au moment de l'accident il est très malaisé de reconnaître la fracture sous le flot de l'épanchement. Le pied en totalité est ballant, tantôt projeté directement en avant, tantôt au contraire, si le trait est légèrement oblique du dedans en dehors, le pied est projeté en dehors comme dans la fracture par abduction, et dans ces cas la fracture est souvent compliquée de plaie et celle-ci horizontale comme coupée au couteau semble produite par la lèvre inférieure du bord supérieur du tibia.

Nous allons étudier séparément ces deux variétés.

La fracture simple sus-malléolaire n'est guère sensible que quelques jours après l'accident lorsque l'épanchement s'est résorbé; à ce moment on sent que tout le bloc épiphysaire est porté en avant et fait une saillie à un ou deux travers de doigt au-dessus de l'interligne articulaire. Si on essaie de réduire ce fragment on s'aperçoit qu'il est absolument impossible de le maintenir réduit. Les mouvements de

réduction, se faisant sur le pied d'arrière en avant comme dans la réduction de la fracture malléolaire, exagèrent la déformation, puisque l'épiphyse glisse sur le plan incliné du tibia et que c'est par un mouvement absolument inverse que la réduction devrait s'opérer.

Si donc, la fracture étant reconnue, ce qui est rare, on essaie de la réduire, on se heurte à une impossibilité : 1° en raison de l'obliquité du trait; 2° en raison des manœuvres qui tendent toutes à ramener le pied d'arrière en avant alors qu'au contraire il faudrait laisser tomber celui-ci en arrière en porte à faux.

Aussi voit-on plus souvent les résultats éloignés de cette fracture, soit qu'elle ait été méconnue, soit que malgré les efforts la réduction n'ait pas été opérée. La déformation est alors typique. Le tibia est incurvé en avant pendant que le talon est avalé et paraît diminué de longueur ce qui tient à une projection totale du pied en avant par glissement du fragment épiphysaire sur le plan oblique supérieur du tibia.

Cette déformation s'accompagne d'impotence et d'arthrite. Il se produit un pseudo-équinisme. Le levier calcanéen raccourci de toute la longueur du glissement n'offre plus aux muscles la même puissance, si bien que le mollet diminue et que les malades pour marcher sont obligés de relever la pointe du pied et glissent le talon au ras du sol, au lieu du jeu normal en sonnette du pied sur la jambe.

J'ai eu l'occasion de présenter à la Société un de ces cas et il se rencontre assez fréquemment.

Lorsqu'il existe une légère obliquité taillée aux dépens de la face interne, la fracture s'accompagne ordinairement de plaie et dans ces cas le chirurgien opère en régularisant les fragments et en pratiquant une suture osseuse. M. Gangolphe a obtenu ainsi de beaux résultats. Mais dans les cas ordinaires il n'est pas de pratique courante d'opérer, et cependant en raison de la gravité du pronostic, en raison de l'impossibilité presque absolue de réduire les fragments et de les maintenir réduits, il y a lieu de se demander si une

intervention hâtive, lorsque le diagnostic est absolument établi par la radiographie, ne serait pas indiquée.

Il y a lieu de remarquer que la fracture que nous venons de décrire n'est qu'une variété de la fracture épiphysaire par écrasement et qu'elle diffère de ce type en ce que la force qui l'a produite s'est arrêtée à temps pour que le fragment supérieur n'ait pas pénétré dans l'épiphyse en la faisant éclater et en ne s'engrenant pas avec elle. Le bloc épiphysaire est d'un seul morceau, ce qui constitue précisément la difficulté de réduction, car quand l'épiphyse est éclatée il est beaucoup plus facile de ramener les différents fragments et de les maintenir avec un léger chevauchement les uns sur les autres.

La déformation et la forme de cette fracture la rapprochent comme mécanisme des fractures par flexion de l'humérus décrites par Kocher. La forme du trait et son siège sont en faveur de cette hypothèse.

M. DURAND. M. Destot vient de mettre en lumière les caractères très particuliers de certaines fractures sus-malléolaires, je désire insister sur des points spéciaux que soulève sa communication, me hâtant de dire que je partage entièrement les opinions qu'il vient d'émettre.

J'ai pu observer un certain nombre de malades porteurs de semblables fractures, et comme M. Destot, j'ai pu constater que ces fractures sont très différentes des fractures diaphysaires, elles se rapprochent plutôt par la déformation immédiate et secondaire qu'elles entraînent des fractures malléolaires. Elles en diffèrent cependant beaucoup, car ce ne sont pas des fractures articulaires et on ne saurait les rapprocher des cas dans lesquels la fracture des deux malléoles se complique, comme l'a montré Tillaux, d'arrachement du plateau tibial.

Le trait de fracture ne pénétrant pas dans l'articulation, cette variété n'expose pas, comme les fractures malléolaires, aux troubles articulaires secondaires ; elle offre un danger de tout autre espèce. Elle est en effet très difficile à maintenir correctement réduite : on amène assez facilement les fragments en bonne position, mais dès que les doigts lâchent les os pendant l'application de l'appareil plâtré, le court fragment inférieur, grâce à son obliquité, file en arrière et la déformation se reproduit. Aussi voit-on de ces malades présenter, après consolidation, une bascule du pied en arrière accompagnée d'équinisme et les troubles de la marche sont très considérables.

Il résulte des observations que j'ai pu faire de ces fractures, qu'elles

méritent peut-être une thérapeutique plus active que celle qu'on leur a jusqu'à présent opposée. Depuis deux ans, on a beaucoup parlé de l'intervention opératoire immédiate dans les fractures fermées. Je crois fermement que cette conduite n'est pas à adopter en thèse générale, et que le souci d'obtenir une coaptation parfaite ne constitue pas le point important et indispensable d'une guérison correcte. Je crois cependant que ces hardiesses ont des indications précises et même impérieuses. Jusque là, et sans tenir compte des cas où on a la main forcée par une véritable complication (compression ou section nerveuse ou vasculaire par exemple), j'ai cru trouver deux sortes de fractures qui, par elles-mêmes, peuvent être justiciables de l'intervention immédiate. La première est justement celle dont vient de nous entretenir M. Destot, la seconde est une variété spéciale de fracture de l'avant-bras, la fracture de la partie moyenne de la diaphyse radiale avec déplacement interne des fragments, sans lésion du cubitus, fracture généralement de cause directe, et dans laquelle le déplacement du foyer de fracture et sa situation au milieu des masses musculaires rendent vaines les tentatives de réduction.

Pour ne parler aujourd'hui que de la fracture sus-malléolaire, je crois pouvoir prétendre que l'impossibilité où nous sommes d'assurer une réduction correcte, la gravité des troubles de la marche qui résultent secondairement de la déformation, nous autorisent à faire plus qu'une tentative de réduction par la méthode ordinaire.

Je propose donc de traiter ces fractures, quand on aura constaté que le maintien de la réduction est impossible, par l'intervention sanglante. Je ne pense pas que la suture par la technique classique soit ici de mise, cette opération réclame un procédé spécial. Il est facile de comprendre, en effet, qu'on ne peut songer à ouvrir le foyer de fracture assez largement pour pouvoir traverser au perforateur les extrémités osseuses et y passer un fil à suture. Cette opération serait grave et mutilante. Elle serait, de plus, très difficile et on pourrait, je crois, dire comme Farabœuf à propos de la suture rotulienne : que l'assistance s'amuserait si le chirurgien n'était pas très adroit et très bien outillé. Je propose une technique beaucoup plus simple, moins grave, moins mutilante pour les parties molles et beaucoup plus facile. On pourrait utiliser là, en effet, les agrafes métalliques de M. Jacoel.

Elles consistent, comme on sait, en une petite tige d'acier dont les deux extrémités, recourbées à angle droit, constituent chacune une pointe qu'on a barbelée pour leur donner plus de solidité une fois qu'elles sont implantées dans les os. Pour les mettre en place, il suffit d'un très petit jour sur les extrémités osseuses coaptées, et non de la large béance du foyer de fracture que nécessite la suture ordinaire. Ces agrafes sont enfoncées par martelage, après perforation préalable si le fragment le plus petit risque d'éclater sous les coups du marteau. On mettrait en place deux ou trois de ces agrafes suivant le cas, et suivant la disposi-

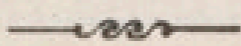
tion des fragments. L'appareil plâtré assurerait le maintien des parties. La consolidation faite, de petites incisions des cicatrices opératoires permettraient d'enlever les agrafes. J'insiste sur la faible dimension des incisions qui seraient nécessaires pour mettre en bonne place ces appareils; deux ou trois petites incisions des parties molles et du périoste réparées sur le pourtour de la fracture suffiraient et donneraient à peu de frais je crois un excellent moyen de contension. Je n'ai pas encore eu, je le répète, l'occasion de mettre à exécution ce plan opératoire, mais je crois fermement qu'il y a dans la fracture sus-malléolaire une indication assez nette et à l'occasion je n'hésiterai pas à l'employer après avoir constaté que les méthodes ordinaires ne suffisent pas à obtenir et à maintenir la réduction.

Il ne me semble pas qu'on doive rejeter de parti pris toute intervention sanglante dans les fractures fermées; cette méthode n'a que des indications exceptionnelles, mais elle me paraît en avoir quelques-unes, à nous de les reconnaître et de les préciser.

M. DESTOT. Dans les fractures dont je viens de parler, il se produit assez souvent une bascule du pied en dehors pouvant ulcérer la peau, auquel cas la suture osseuse s'impose; il faut alors régulariser et souvent sur une longue étendue, les surfaces osseuses en présence.

Séance du 26 Mars 1903.

Présidence de M. GAYET.



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

*
**

M. CONDAMIN (à propos du procès-verbal). — Les nouvelles recherches que j'ai fait faire sur la tumeur que j'ai présentée dans la dernière séance semblent confirmer qu'il s'agissait à n'en pas douter d'une tumeur du type intestinal.

*
**

CANCER DE L'OVAIRE DROIT ET CANCER DE L'S ILIAQUE;
ABLATION DES DEUX TUMEURS.

M. GOULLIoud. — Le lendemain du jour où M. Condamin vous présentait un cas très intéressant de tumeur du cæcum qu'il avait enlevée chez une malade précédemment opérée pour un kyste de l'ovaire, j'avais l'occasion de trouver et d'enlever dans la même séance un cancer de l'ovaire et un cancer de l'S iliaque. Il m'a paru intéressant de rapprocher ces deux observations. Voici l'histoire résumée de ma malade :

Il s'agit d'une femme de 42 ans, II-pare, qui m'était adressée avec le diagnostic de grossesse extra-utérine probable.

Elle faisait remonter sa maladie actuelle à deux mois, au

commencement de janvier. A ce moment, elle avait présenté des douleurs vives dans le bas-ventre, une constipation opiniâtre et des troubles menstruels, caractérisés par des pertes utérines se répétant à des intervalles de huit à quinze jours, en même temps qu'apparaissait une tuméfaction dans le bas-ventre du côté droit.

A l'examen de la malade, il était facile d'éliminer le diagnostic de grossesse extra-utérine, car les signes de grossesse faisaient défaut.

La malade n'avait pas de fièvre, mais elle en avait eu, on pouvait donc penser à une lésion inflammatoire subaiguë, ou à une affection néoplasique développée au niveau des annexes droites. Le toucher combiné montrait une tumeur liquide, haut située, abdominale plutôt que pelvienne, refoulant l'utérus à gauche. Elle s'accompagnait de constipation et d'un peu de ballonnement du ventre. Elle était fixe, peu douloureuse, à limites diffuses.

Après quinze jours de repos, il était manifeste que l'état de la malade ne s'améliorait aucunement. Elle souffrait et le ventre était plus volumineux.

Le 20 mars, la malade étant endormie, au moment de commencer l'opération, je constatai avec surprise que la tumeur perçue encore la veille avait disparu. Après une courte hésitation, pensant à la possibilité d'une rupture intra-abdominale, je fis une incision qui devenait exploratrice.

Aussitôt il s'écoula un liquide séreux, teinté de sang, qui confirmait mon hypothèse. Bientôt je trouvais un cancer ovarien, mollasse, dont le kyste principal s'était rompu. Cette tumeur, manifestement maligne, avait de nombreuses adhérences à l'intestin grêle et à son mésentère. Je crus devoir enlever également l'ovaire gauche, non kystique, mais déjà adhérent, le considérant comme probablement atteint d'un début de dégénérescence.

J'allais refermer le ventre, quand je fus frappé de l'aspect de l'S iliaque, très développée, distendue par des matières pâteuses. Bientôt je trouvais un cancer de l'S iliaque encore mobile. Je réséquai 26 centimètres d'intestin pour atteindre

dans le mésentère des ganglions indurés. Puis, pour gagner du temps, je réunis les bouts de l'intestin avec un bouton de Murphy-Villard. Malgré la coprostase sus-jacente, mèche iodoformée mise par prudence.

Les suites ont été simples ; mais on veilla à ne pas trop mobiliser hâtivement les matières que je craignais de voir boucher le bouton de Murphy. Celui-ci fut expulsé le onzième jour, bientôt suivi d'une débâcle.

La tumeur ovarienne est [manifestement maligne, d'un aspect un peu spécial, caractérisé surtout par une dégénérescence caséiforme très prononcée.

L'intestin ouvert montre un rétrécissement squirrheux de l'S iliaque. A la coupe, il présentait des points ramollis, comme caséux, très petits, rappelant l'aspect de la tumeur ovarienne. Mais, dans son ensemble, il avait la disposition annulaire, habituelle aux cancers de l'S iliaque.

Aussi pensions-nous qu'il s'agissait d'un cancer de l'ovaire secondaire à un néoplasme de l'abdomen. Le siège le plus habituel de ces néoplasmes est le pylore, et nombreux sont les cas de cancer ovarien double coïncidant avec un squirrhe de l'estomac. La localisation primitive sur l'intestin est plus rare, quoique déjà signalée, de même que le cancer initial développé sur les voies biliaires.

Cependant l'examen histologique, dû à l'obligeance de M. Cade, est venu donner une autre interprétation de ce fait. Le voici :

« Tumeur kystique de l'ovaire : Il s'agit nettement d'un épithélioma à végétations nombreuses. L'épithélium tend à circonscrire des cavités dans le sein desquelles poussent des végétations simples ou ramifiées, recouvertes par le même épithélium. Cet épithélium est constitué par des cellules cylindriques formant plusieurs couches. Il semble être en voie de prolifération active.

« Tumeur de l'S iliaque : Cette tumeur présente exactement le même aspect que la précédente : mêmes cavités revêtues par plusieurs assises de cellules épithéliales cylindriques, même bourgeonnement dans le sein des cavités. Ce

bourgeonnement des villosités recouvertes d'épithélium m'a paru cependant un peu moins intense, et les cavités un peu moins vastes que dans la tumeur ovarienne. Cette tumeur est incluse en pleine paroi intestinale, dans l'épaisseur de la tunique musculaire et au voisinage de la couche sous-séreuse. Elle est distincte de la muqueuse. En un point celle-ci est visible et les glandes de Lieberkühn ne sont pas hyperplasiées.

« Ganglion : Au milieu du tissu connectif qui remplit cette préparation, on trouve des tubes épithéliaux, revêtus du même épithélium, mais beaucoup moins bourgeonnants. »

M. Cade conclut qu'il s'agit partout de la même tumeur, que cette tumeur est un épithélioma; qu'il ne s'agit pas d'une tumeur de l'intestin, mais d'une tumeur de l'ovaire généralisée, cysto-épithéliome de l'ovaire.

Il est curieux que, quoique secondaire, la tumeur intestinale ait présenté la disposition annulaire habituelle au cancer primitif de l'S iliaque, et qu'elle ait suivi l'évolution ordinaire, si longtemps latente de ce genre de tumeur.

M. CONDAMIN. Je pense que le bouton anastomotique a évidemment quelques inconvénients au niveau du gros intestin, car des accidents peuvent être à redouter, si la lumière du bouton est obstruée par des matières épaisses. A un autre point de vue je répondrai à M. Goullioud que l'on ne peut penser chez ma malade à un cancer primitif du cæcum et à une tumeur secondaire de l'ovaire, en raison de la date récente des accidents ovariens et de la nature très kystique de la tumeur ovarienne; j'estime qu'il s'agissait plutôt dans ce cas de deux tumeurs primitives dans deux tissus différents; je ne sais même s'il ne s'agit pas d'une coïncidence analogue dans le cas de M. Goullioud.

*
* *

SUR DIFFÉRENTES VARIÉTÉS DE FRACTURES DE JAMBES.

M. DESTOT présente, au nom de M. POLLOSSON, une malade qui, depuis deux mois, a une fracture de jambe non consolidée. L'examen clinique de cette malade est très difficile et

c'est à peine si à un travers de doigt au-dessus de l'interligne articulaire on sent une légère saillie surplombant une dépression dans la ligne du tibia. La jambe est incurvée en avant, le talon avalé, si bien qu'au premier abord on serait tenté de croire à une fracture sus-malléolaire. La radiographie démontre qu'il s'agit d'une fracture de l'extrémité inférieure du tibia extrêmement oblique, de bas en haut et d'avant en arrière.

Ce cas vient compléter ce que j'ai dit des fractures de l'extrémité inférieure de la jambe et montre que la déformation observée tient aux manœuvres de réduction.

En effet, lorsque la fracture siège sur les malléoles mêmes, le point de réflexion des fragments se trouve dans le centre de l'articulation et il faut, pour rétablir le pied dans une bonne situation, tirer d'arrière en avant sur le pied, tout en ramenant la pointe du pied en dedans. Au contraire lorsque la fracture siège dans le tibia, au-dessus de l'articulation, les mouvements de réduction opérés sur le pied font basculer le fragment inférieur. L'articulation étant saine, il se produit un angle ouvert en avant tenant à la bascule du fragment inférieur du tibia qui se déplace d'une façon angulaire.

En effet, si le trait est oblique de haut en bas et d'avant en arrière, toute l'épiphyse tibiale se porte en avant lorsqu'on réduit le talon et lorsque le trait est oblique de bas en haut et d'avant en arrière, il se produit une flexion dans le foyer de fracture, qui a pour effet de faire basculer le fragment inférieur en arrière par sa partie supérieure, tandis que la mortaise est amenée en avant.

Les fractures sus-malléolaires aboutissent donc à cette déformation spéciale, caractérisée par une jambe à arc de cercle antérieur et à talon avalé : ce n'est pas une déformation tenant à la fracture elle-même, mais bien aux manœuvres de réduction intempestives.

En pareil cas, il faut faire de l'extension continue, en ayant soin de n'embrasser que le pied et en soutenant le fût inférieur de la jambe en porte à faux. Malgré cette manœuvre, on échoue souvent et cela surtout lorsque l'épiphyse est déta-

chée en bloc ; c'est pourquoi une intervention précoce, lorsque le diagnostic est assuré par la radiographie, permettrait de rendre de grands services aux malades, si on aperçoit que les tentatives de réduction sont infructueuses.

Lorsque l'épiphyse est fragmentée, la réduction est bien plus facile, puisque chaque fragment se mobilise plus facilement. Enfin, il existe un cas intermédiaire dans lequel le fût du tibia est engrené dans l'épiphyse ; dans ce cas, les manœuvres de réduction échouent, et comme la déformation est fatale, l'indication d'une intervention sanglante se pose.

En résumé, il existe une variété de fractures sus-malléolaires qui se distingue nettement des fractures des malléoles et des autres types de fractures de l'extrémité inférieure de la jambe ; ces fractures sont de cause indirecte et succèdent à des chutes sur le pied ordinairement de peu de hauteur. On peut en distinguer deux types, l'un dont le trait oblique de haut en bas et d'avant en arrière, avec projection de l'épiphyse cassée en avant par glissement sur le plan incliné du fragment supérieur ; l'autre, par extension forcée dont le trait est oblique de bas en haut et d'avant en arrière. Dans ce dernier cas les manœuvres de réduction ramènent la mortaise en avant pendant que le biseau fracturé bascule en arrière.

L'angle ouvert en avant, que ferme l'épiphyse avec le tibia, est donc de cause bien différente, mais imprime à la déformation de la jambe ce caractère commun d'une courbure antérieure du tibia avec effacement du talon et pseudo-équinisme. Le pronostic de ces fractures est grave, la réduction et son maintien des plus difficiles. Les déformations sont dues, la plupart du temps, à des manœuvres intempestives et notamment aux tentatives de réduction par projection d'arrière en avant du talon. Ces manœuvres classiques et utiles dans les fractures malléolaires provoquent dans un cas le glissement de l'épiphyse sur le plan incliné du fragment supérieur, dans le second la flexion du fragment inférieur. Ces fractures sont ordinairement d'un diagnostic difficile, au milieu du gonflement traumatique. La radiographie

permet de lever toutes les difficultés. Dans quelques variétés, lorsque l'extension continue et les manœuvres de réduction ont échoué, il faudra recourir à une intervention sanglante, notamment lorsque la diaphyse du tibia s'est engrenée avec l'épiphyse.

M. DESTOT présente toute une série de fractures de jambes provenant du service de M. Pollosson et qui présentent cet intérêt de se distinguer des types courants :

1° Deux fractures des malléoles avec troisième fragment postérieur, telles qu'elles ont été décrites dans la thèse de Boudet. L'une n'a pas été reconnue cliniquement, mais la radiographie sous plâtre a nettement démontré son existence qui coïncidait avec une légère subluxation du pied en arrière.

La seconde a été très typique au point de vue clinique.

Le malade se présentait avec une véritable luxation du pied en arrière, la malléole externe n'était pas cassée, si bien que M. Morel, l'interne du service, réduisit cette luxation d'arrière en avant, comme si elle avait été seule.

2° M. DESTOT présente la radiographie d'un homme qui, étant dans le délire de cause inconnue d'ailleurs, se précipita on ne sait comment et fut trouvé par le garde, avec un pied cassé. Ce malade présente un éclatement de la voûte plantaire, qui est disloquée, une fracture du calcaneum à fragments multiples, une fracture de l'astragale et une fracture des malléoles. De plus, on reconnaît sur la radiographie une fissure longitudinale double du tibia, qui remonte et vient se perdre à 15 centimètres au-dessus de la mortaise. Cette variété de fractures du tibia est rare et elle suppose une chute d'aplomb sur le pied, d'une grande hauteur, ainsi qu'en témoigne d'ailleurs les fractures des différents os et l'aplatissement du pied.

M. DESTOT présente un autre malade qui a une fracture de l'extrémité inférieure du péroné, très oblique, dont le trait semble se prolonger sur l'extrémité inférieure du tibia en formant une fracture dont l'obliquité semble se continuer avec celle du péroné et qui réalise ainsi la loi posée par Poncet de Cluny.

Enfin une fracture intra-condylienne de l'extrémité supérieure du tibia, chez une vieille femme de 60 ans, qui est tombée d'une échelle à la renverse et a été suspendue par le pied en exécutant un mouvement de rotation autour de sa jambe. L'extrémité supérieure de la jambe est très étalée, le tubercule du tibia fait une saillie en avant, tandis que le fragment supérieur bascule en arrière. Les deux moitiés de l'extrémité supérieure sont évasées, et le trait de fracture se prolonge jusqu'au milieu de l'articulation. Malgré un traitement de six mois, il existe encore de la mobilité anormale.

La tête du péroné a été arrachée aussi.

Cette fracture est assez rare et son mécanisme est différent suivant les cas.

Tels sont les différents cas de fractures un peu anormales que nous avons rencontrés dans le service de M. Pollosson.

Le hasard de la clinique a permis de rassembler des cas aussi variés et aussi nombreux.

*
* *

LUXATION ANCIENNE DE L'ÉPAULE COMPLIQUÉE DE FRACTURE ; RÉSECTION.

M. RUOTTE. — J'ai l'honneur de vous présenter un malade à qui j'ai pratiqué la résection humérale du côté gauche pour une luxation ancienne compliquée de fracture du col chirurgical de l'humérus avec pénétration du fragment inférieur dans la tête.

C'est un douanier de 29 ans qui, en juin dernier, fit une

chute dans un ravin des Alpes; il ressentit une douleur assez forte du côté de l'épaule gauche et vit rapidement se former une vaste ecchymose; les mouvements étaient absolument abolis. Il ne vit de médecin qu'au 20^e jour; on reconnut alors une luxation intra-coracoïdienne qu'on essaya en vain de réduire; dans ces conditions, le blessé arriva à l'hôpital Desgenettes où l'on reconnut nettement une luxation intra-coracoïdienne, mais compliquée d'une fracture du col.

La réduction fut impossible, et des massages journaliers avec exercices de mobilisation furent absolument infructueux; le coude restait appliqué contre le tronc, et aucun mouvement ne se passait du côté de son épaule.

Le 23 octobre 1902, nous avons pratiqué la résection par une incision verticale très antérieure sur le bord du deltoïde. Bientôt nous avons été obligé d'y ajouter une incision complémentaire sur le grand pectoral, perpendiculairement à la première; le dégagement de la tête de sa position intra-coracoïdienne, après dénudation à la rugine et destruction des adhérences, fut impossible à obtenir; il nous fallut alors sectionner au ciseau le col chirurgical, et même après morceler l'extrémité supérieure de l'humérus mobilisé. La cavité cotyloïde apparut alors parfaitement conservée, recouverte par des débris de capsule.

L'incision fut réunie en totalité, à part le passage d'un drain à la partie inférieure, drain qui fut enlevé le troisième jour.

La guérison par première intention fut rapidement obtenue, les fils étaient enlevés le 8^e jour, et dès le 15^e nous avons commencé les exercices de mobilisation.

Vous pouvez constater aujourd'hui le résultat; le deltoïde est intact et se contracte vigoureusement. Passivement on peut, en fixant l'omoplate, amener l'humérus à l'horizontale; activement l'opéré y arrive presque seul, et vous voyez qu'en utilisant la mobilité de l'omoplate, il met facilement la main sur la tête; le résultat s'améliorera encore, car cet homme est énergique et s'exerce journellement, mais sa si-

tuation est déjà bien différente de ce qu'elle était avant l'intervention avec une immobilisation absolue du bras collé au corps.

M. DURAND. Le résultat obtenu est excellent. Je ne pense donc pas qu'il faille faire une nouvelle intervention. D'autre part, le malade présenté est une nouvelle preuve que les luxations avec fractures de l'humérus peuvent donner de l'ankylose. Au point de vue opératoire, dans ces cas là l'incision antérieure d'Ollier est insuffisante, et dans un fait personnel analogue, j'ai dû faire une incision complémentaire axillaire.

M. DESTOT. Les fractures de l'humérus avec luxation donnent des résultats différents suivant les âges et suivant les formes. Chez les jeunes sujets on a de l'ankylose, chez les gens âgés des pseudarthroses. Dans les fractures avec engrenement le résultat définitif est différent de celui des autres variétés. Il y a aussi des consolidations vicieuses, ainsi M. Manoury a présenté un cas où la tête humérale regardait directement en dehors. La radiographie est alors éminemment utile.

M. RUOTTE. Les difficultés opératoires signalées par M. Durand, je les ai rencontrées au cours de mon intervention. Peut-être, dans d'autres cas, faudrait-il réséquer l'apophyse coracoïde de l'acromion.

*
* *

FRACTURE DE LA BASE DU CRANE (ROCHER GAUCHE)
AVEC PARALYSIE FACIALE TARDIVE ET PROGRESSIVE.

M. VIALLE. — J'ai eu déjà l'occasion l'année dernière, de présenter à la Société de chirurgie deux observations de paralysie faciale tardive et progressive, consécutive à une fracture du rocher : la première de ces observations est relatée in extenso dans un mémoire que j'ai lu à la Société dans la séance du 5 juin 1902 ; la deuxième observation est consignée, en résumé, dans le Bulletin de notre Société (séance du 19 juin 1902).

Je désire aujourd'hui rapprocher de ces deux observations une troisième observation à peu près identique qui vient de m'être fournie par un malade encore en traitement dans mon service à l'hôpital militaire Desgenettes.

Il s'agit d'un soldat du 14^e escadron du train, âgé de 22 ans, qui, le 5 mars dernier, a fait une chute de cheval sur la partie gauche de la tête, et a eu à la suite de cet accident une fracture du rocher gauche.

Les symptômes immédiats ont été les suivants : perte de connaissance qui n'a duré que quelques minutes, perte de l'audition et otorragie gauche. Cette otorragie a été peu abondante et n'a duré que trois heures environ. Il n'y a jamais eu d'écoulement de liquide céphalo-rachidien, aucun écoulement purulent, ni douleurs d'oreille, ni maux de tête.

Cinq jours après l'accident, c'est-à-dire le 10 mars, j'ai vu débiter une paralysie faciale gauche qui, d'abord peu nette, s'est caractérisée de plus en plus pour devenir totale en quatre jours, c'est-à-dire le 14 mars.

Actuellement l'audition n'est plus que diminuée ; quant à la paralysie faciale elle est encore fort évidente, bien qu'elle soit déjà un peu atténuée : l'occlusion de l'œil gauche qui se faisait fort incomplètement, se fait déjà assez bien ; l'étalement de la moitié gauche de la face est moins accusé qu'au début, l'accumulation des aliments entre les arcades dentaires et la joue gauche n'incommode plus autant le malade et on n'observe plus la déviation de la lnette vers la droite.

J'ai la conviction que, ainsi qu'il est de règle en pareil cas, la régression déjà commencée ira en s'accroissant et que, dans quelque temps, s'il ne survient aucun incident fâcheux, je pourrai vous présenter de nouveau ce malade, cette fois complètement guéri.

Je vous demande la permission de profiter de cette nouvelle observation pour examiner rapidement devant vous, mais cependant un peu plus complètement que je ne l'ai fait dans mes deux communications antérieures, la pathogénie de cette variété de paralysie faciale qui a pour caractères essentiels d'être tardive et flasque et assez souvent progressive.

1^o Cette paralysie ne résulte évidemment pas d'une contusion ni d'une déchirure du nerf facial dans son trajet intra-

pétreux, puisque chez mes trois malades elle est apparue deux fois deux jours, et une fois cinq jours après l'accident. Avec une contusion ou une déchirure du nerf, la paralysie devrait être et serait immédiate comme les lésions qui la produisent. Elle serait d'ailleurs définitive.

Cette considération m'empêche aussi d'accepter l'opinion de M. Jaboulay et de penser avec lui que le bout périphérique du facial sectionné dans son trajet intra-pétreux subit du fait de cette section une sorte d'excitation qui le charge d'influx nerveux et qui fait que la paralysie ne s'installe que lorsque cette charge électrique est épuisée. L'explication donnée par M. Jaboulay permet bien de comprendre que la paralysie ne soit pas immédiate, mais elle ne nous dit pas pourquoi, une fois constituée, elle n'est pas définitive.

2° Cette paralysie est-elle ici le résultat, comme celle qui peut accompagner la déchirure du tympan observée dans certains traumatismes du crâne, d'une névrite parenchymateuse du facial, consécutive à une otite moyenne suppurée ? (Duplay).

Je ne peux pas l'admettre ; d'abord parce que chez mon malade, comme d'ailleurs chez celui que je vous ai présenté le 19 juin 1902, il n'y a eu aucun signe d'otite, et ensuite parce que, comme l'a justement fait remarquer Demoulin dans son très intéressant mémoire (in *Gaz. méd. de Paris*, 1888) : « La névrite donne naissance à des spasmes, à des mouvements convulsifs, à des crampes, à une contracture et enfin à des troubles trophiques », qui font défaut ici comme ils ont fait défaut chez mon autre malade que j'ai pu suivre jusqu'à complète guérison. Dans ces deux cas, en effet, la paralysie était flasque. D'ailleurs l'observation et l'expérimentation démontrent que la gaine conjonctive déposée autour du facial est résistante et ne saurait être entamée aisément par l'inflammation née dans la caisse.

3° Cette variété de paralysie faciale est en réalité le résultat d'une compression :

a) Cette compression n'est pas due à un cal exubérant,

car il n'y a pas de cal à une époque aussi rapprochée de l'accident, et puis, ainsi que le fait remarquer Demoulin, « la réparation des fractures du rocher ne se fait pas ordinairement, ou quand elle se fait, le cal n'est pas saillant ».

b) Pour Demoulin, « une partie seulement du tissu osseux, le périoste qui tapisse l'aqueduc, est l'agent de la compression. Le travail de réparation, bien imparfait du reste, qui suit les fractures du rocher, s'accompagne d'une périostite secondaire qui est suffisante pour déterminer un rétrécissement du canal de Fallope et par suite la paralysie faciale ». Pour Demoulin, la congestion du nerf interviendrait aussi en l'augmentant de volume, mais accessoirement.

L'opinion de Demoulin peut sans doute expliquer certains cas de cette variété de paralysie faciale, ceux notamment où la paralysie est vraiment tardive, mais elle ne saurait expliquer ceux où la paralysie, quoique non immédiate, se montre deux ou trois jours après la fracture : il n'y a pas encore alors un effet de travail de réparation, il ne saurait donc pas y avoir de périostite.

c) Peut-on penser avec Stéphanoff (thèse de Montpellier, 1900), que la paralysie soit ici le résultat d'une périostite de l'aqueduc qui, au lieu d'être liée, comme le veut Demoulin, « à un travail de réparation », serait d'origine inflammatoire et consécutive à une otite légère survenue en dehors de toute fracture du rocher, à la suite d'une rupture du tympan ?

La pathogénie invoquée par Stéphanoff s'applique peut-être à certains cas de traumatismes du crâne compliqués de déchirure du tympan ; mais, pas plus que la théorie pathogénique de Duplay, et pour les mêmes raisons, elle ne convient aux cas que je vous ai rapportés.

d) Je crois donc, ainsi d'ailleurs que j'ai déjà cherché à l'établir précédemment devant vous, que la paralysie faciale tardive, brusque ou progressive, observée à la suite des fractures du rocher, est assez souvent, sinon toujours, le résultat d'une compression produite par un exsudat sanguin. Cet exsudat est fourni tantôt par le foyer de fracture, tan-

tôt par l'une des deux artères ou par les deux artères (artère stylo-mastoïdienne et une petite branche de la méningée moyenne) qui cheminent dans l'aqueduc en compagnie du facial. Il se fait, soit autour du nerf, soit plus rarement sans doute, dans l'épaisseur de sa gaine si celle-ci a été entamée lors de la fracture; il commence à manifester son action compressive, plus tard dans le premier cas, plus tôt dans le deuxième, lorsqu'il est suffisamment abondant et surtout organisé, en diminuant d'abord et en annihilant ensuite la fonction du nerf facial.

Si cette pathogénie est exacte on comprend que cette compression cessant, son action, à un moment donné, par résorption du sang épanché, la paralysie faciale doit diminuer d'abord, puis disparaître même et complètement.

M. DESTOT. Dans le cas de M. Vialle, y avait-il une hémorragie sous-conjonctivale ?

M. VIALLE. Il n'existait pas d'hémorragie sous-conjonctivale, mais du reste c'est seulement dans les fractures obliques ou transversales que l'on note ces ecchymoses.

M. DESTOT. C'est pourtant là un caractère classique. Les trois cas de M. Vialle ne le présentent pas. N'y aurait-il pas à revenir sur la valeur de cette ecchymose qui manque dans certaines fractures de la base et existent au contraire dans les fractures des voûtes orbitaires par contre-coup, alors que la base est intacte.

M. VIALLE. On ne peut douter de la réalité du diagnostic : un de mes malades est mort et n'avait présenté aucune ecchymose sous-conjonctivale, et pourtant il existait chez lui des fractures très multiples de la base.

*
* *

TUMEUR A MYÉLOPLAXE.

M. ALBERTIN présente un malade opéré et guéri d'une tumeur à myéloplaxe.

Le Gérant, D^r VALLAS.

Séance du 2 Avril 1903.

Présidence de M. GAYET.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

*
* *

TUMEUR PÉDICULÉE INTRA-CÆCALE.

M. CONDAMIN (à propos du procès-verbal). Je viens apporter une conclusion à la discussion qu'a soulevée ma communication sur un cas d'extirpation du cæcum pour tumeur. L'examen histologique a infirmé les premières constatations faites dans un examen rapide sur des coupes par congélation. Il s'agit bien réellement d'une tumeur secondaire, généralisation cæcale de la tumeur ovarienne que j'avais enlevée auparavant chez ma malade. J'ai prié M. Porot de vouloir bien vous montrer ces préparations et de vous donner quelques explications anatomo-pathologiques sur ce sujet.

*
* *

M. POROT, interne des hôpitaux. — J'ai l'honneur de soumettre à la Société, sur la demande de M. Condamin, quelques préparations histologiques d'une tumeur ayant nécessité la résection du cæcum dont il vous a parlé dans une précédente séance.

Cette tumeur, du volume d'une mandarine, nettement

pédiculée et intra-cæcale, était survenue chez une malade opérée deux ans auparavant d'un kyste de l'ovaire.

Dans un premier examen histologique hâtif et fait par congélation d'un tout petit fragment (on nous avait demandé une réponse urgente), nous avons trouvé une tumeur épithéliale du type cylindrique. N'ayant pas vu la pièce anatomique et ignorant l'histoire clinique de la malade, nous avons pu répondre en raison du type histologique : origine intestinale.

Mais un examen plus complet de tout le fragment envoyé nous révéla certaines particularités histologiques qui confirmaient pleinement le diagnostic de récurrence d'une tumeur de l'ovaire. Nous retrouvions bien, en effet, des amas épithéliaux semblables à ceux que nous avons vu dans notre premier examen partiel : petites cavités à revêtement épithélial cylindrique. Mais à côté, se trouvaient d'autres cavités beaucoup plus grandes, très vastes même, au point de dépasser les limites de la coupe, quelques-unes reconnaissables seulement à une de leurs parois, mince bande conjonctive doublée d'un épithélium. C'était là un premier aspect incompatible avec l'idée d'une tumeur d'origine intestinale et bien en faveur d'une tumeur kystique de l'ovaire.

Mais un second caractère important, le caractère capital pour le diagnostic histologique, réside dans le *polymorphisme des éléments épithéliaux*. On peut voir en effet et simultanément sur une même préparation de belles rangées de cellules calciformes reconnaissables à leur cupule mucigène ; puis des lignes continues de cellules cylindriques à plateau ou ciliées ; en d'autres endroits on trouve des bandes basses de cellules cubiques. Il n'est pas jusqu'à la disposition pavimenteuse des cellules que nous n'ayons trouvée en quelques points, formant, soit des amas solitaires, soit des couches profondes de soutien pour les cellules calciformes ou cylindriques. Ces variétés différentes d'épithélium se présentent le plus souvent en amas similaires. C'est sur un de ces amas d'éléments cylindriques que nous étions tombés lors de notre premier examen. Mais souvent aussi on voit

ces différents types cellulaires voisins sur le bord d'une même cavité kystique.

Nous insistons à dessein sur ce caractère polymorphe du revêtement épithélial des petites cavités kystiques ; il caractérise essentiellement au point de vue histologique les productions végétantes du kyste de l'ovaire. L'accord est unanime sur ce point auprès de tous les histologistes. C'est ce dont nous avons pu nous convaincre en relisant à ce propos les travaux de Malassez et de Sinéty, ceux de Poupinel, de Cazenave, ou en consultant les traités d'anatomie pathologique ; Bard en particulier souligne ce caractère.

Les constatations histologiques nous obligent donc à rattacher cette tumeur à l'ovaire, ce que les raisons cliniques et l'aspect macroscopique de la pièce imposaient. Cette tumeur du cæcum doit donc être considéré comme une tumeur végétante de l'ovaire.

Ces tumeurs végétantes de l'ovaire sont, du reste, bien connues dans leur évolution. Parties de formations kystiques ovariennes, elles envahissent le petit bassin, le péritoine ; dans certains cas, les prolongements se font plus loin, dans le tube digestif, par exemple. Dans un travail de la *Revue de chirurgie*, de 1886, Poupinel a rassemblé 148 cas. Sur ces 148 cas, il a noté les localisations suivantes : estomac, 6 cas ; rectum, 5 cas ; méso-côlon transverse, 1 cas. Il rappelle en particulier un cas de Klebs, bien comparable à celui de M. Condamin, où, par suite d'adhésions entre le kyste et le gros intestin, des papillomes ovariens se sont fait jour dans le rectum.

Nous signalerons aussi, d'après Malassez et Poupinel, la possibilité d'un pronostic de ces tumeurs végétantes. Étant donné un kyste de l'ovaire, ces auteurs pensent que la prolifération cellulaire abondante, la dégénérescence muqueuse, et surtout le polymorphisme cellulaire d'un kyste ovarien, indiquent une plus grande activité de la néoformation épithéliale et font prévoir la possibilité des prolongements ultérieurs.

Nous avons cru devoir souligner par cet exposé histolo-

gique les conclusions cliniques de M. Condamin, car la localisation d'une tumeur secondaire au niveau de l'intestin rendait le diagnostic d'origine doublement délicat : il l'était au point de vue macroscopique, il l'était aussi au point de vue microscopique, quelques points des préparations ayant pu en imposer un instant pour un épithélioma intestinal.

*
* *

APPENDICITE TUBERCULEUSE ; FISTULE CONSÉCUTIVE ;
RÉSECTION ILÉO-CÆCALE.

M. RUOTTE. — Aux communications qui ont été faites ces derniers temps à la Société de chirurgie, sur la résection du cæcum, je viens joindre ma modeste contribution en rapportant un cas dans lequel j'ai été conduit à pratiquer cette résection au cours d'une intervention que je croyais devoir être beaucoup plus simple.

Le malade était un jeune soldat, du 22^e bataillon de chasseurs alpins, sans antécédents héréditaires ou personnels, qui, au mois de juin 1902, avait été opéré à Albertville pour une appendicite à marche aiguë ; au dire du malade, la veille de l'opération, la température était montée à 41°, et, après incision, il s'écoula une grande quantité de pus ; un drain, placé dans la cavité, fut laissé en place 28 jours, à cause de la persistance de la suppuration ; au pus était mélangé parfois une très petite quantité de matières intestinales. En même temps les ganglions de l'aîne du côté gauche se tuméfaient considérablement et un abcès froid s'ouvrait au-dessous de l'arcade crurale, dans le triangle de Scarpa.

C'est dans cet état que le malade nous arrive à l'hôpital Desgenettes, le 5 décembre 1902, porteur d'une fistule au niveau de la cicatrice consécutive à l'intervention, et d'un abcès ganglionnaire à gauche.

L'exploration de la fistule donne les résultats suivants : à la palpation de la région, on sent comme une petite masse

dans la profondeur, un peu sensible à la pression; une sonde, d'assez gros calibre, introduite dans l'orifice, se porte en haut et en dehors dans l'étendue de cinq à six centimètres; on a la sensation qu'elle est dans un trajet et non dans une cavité, elle ramène un peu de pus, d'odeur intestinale; en pressant un peu, on fait sourdre quelques gouttes de liquide purulent, mélangé à certains moments de matières intestinales, mais la présence de ces dernières n'est pas constante. Il existe quelques craquements aux deux sommets des poumons.

Le diagnostic était, d'après cela, fistule consécutive à une appendicite, d'origine fort probablement tuberculeuse, l'appendice n'avait pas été enlevé lors de la première intervention, et nous espérions nous trouver en présence d'un appendice porteur d'une perforation tuberculeuse assez petite pour ne permettre que de temps en temps le passage des matières intestinales.

Le malade présentait bien de temps en temps des troubles diarrhéiques, mais rien ne permettait de songer à une lésion importante de l'intestin.

Après incision sur le trajet de la fistule, dans lequel une sonde cannelée a été introduite, nous nous rendons compte tout de suite que le cæcum lui-même est malade; adhérent de tous côtés, il est tellement friable, qu'il suffit d'essayer de le décoller pour le déchirer; la paroi s'effondre immédiatement sous le doigt, dans ces conditions, nous ajoutons à notre incision, suivant le tracé de Jalaguier, une incision perpendiculaire qui se porte vers le flanc et essayons de décoller le cæcum par sa face interne; les anses grêles et l'épiploon qui apparaissent sont protégés par des compresses; après des manœuvres assez longues, nous arrivons à attirer tout le paquet au dehors, le cæcum déchiré à plusieurs endroits.

Nous reconnaissons très nettement l'appendice, gros, friable et perforé à son insertion au cæcum. Nous réservons alors un segment du tube digestif représenté par six centimètres environ de l'iléon et dix centimètres de gros

intestin, puis les deux bouts sont fermés et ensuite réunis par une antéro-anastomose latérale faite au moyen du bouton de Murphy ; nous enlevons ensuite quelques ganglions volumineux et réunissons en partie la plaie pariétale après établissement d'un tamponnement et d'un drain.

Disons tout de suite que l'examen histologique de l'intestin a montré des lésions nettement tuberculeuses, des cellules géantes en grand nombre, même là où nous avons pratiqué la section du gros intestin, ce qui nous laissait un peu d'appréhension sur la solidité de la fermeture du segment du gros intestin.

Les huit premiers jours après l'intervention, tout marcha à souhait ; les mèches et le drain furent retirés et nous escomptions une réunion parfaite dans la profondeur, lorsque le dixième jour survint, par la plaie, un écoulement de matières intestinales ; un des bouts s'était donc ouvert comme nous le redoutions.

L'état général se met dès lors à faiblir d'une façon inquiétante, le malade tousse et on peut suivre par l'auscultation la progression des lésions pulmonaires. Les matières intestinales s'écoulent par la fistule et une grande partie du contenu intestinal est néanmoins expulsé par l'anus normal, preuve du bon fonctionnement de la bouche iléo-colique.

Le 5 février, à la partie inférieure de la plaie, s'ouvre une deuxième fistule, petite, mais extrêmement douloureuse et qui persiste jusqu'à la mort, arrivée le 21 mars 1903, par consommation.

Parmi les résultats de l'autopsie, nous passerons sous silence les lésions pulmonaires, consistant en cavernes énormes ; du côté de l'intestin nous avons trouvé : au niveau de l'anastomose une bouche parfaite, fonctionnant très bien ; elle avait été faite très près de l'extrémité sectionnée de l'iléon, mais plus loin que nous ne pensions de celle du gros intestin, environ 15 centimètres ; ce dernier portait des lésions ulcéreuses très considérables, de nature certainement bacillaire et qui dépassaient le niveau de la bouche anastomotique pour arriver jusque sur le côlon transverse ; c'était

bien par ulcération du bout inférieur du gros intestin que s'était faite la fistule secondaire à l'intervention. Quant au bout de l'iléon, il était bien fermé, mais présentait, immédiatement au-dessous de l'anastomose, une petite ulcération qui avait donné lieu à la fistule secondaire.

De cette observation, rapportée seulement pour augmenter le nombre des cas publiés, nous ne tirerons qu'une conclusion, c'est que lorsqu'on se trouve en présence de lésions tuberculeuses, de forme surtout ulcéreuse, il est difficile de préciser exactement la limite entre la zone saine et la zone infectée, et, par conséquent, dans le doute, il vaut mieux réséquer plus que moins ; on ne regardera donc pas à enlever un peu plus d'intestin, pour être sûr de trancher en tissu sain ; peut-être aussi devra-t-on poser en principe d'éviter la formation de cæcum de trop grande dimension. Si nous avions réséqué au ras de l'anastomose, peut-être aurions-nous obtenu une fermeture définitive et évité à notre opéré les ennuis d'un anus contre nature et cet écoulement de matières, qui a certainement contribué l'affaiblir et à précipiter la marche de sa tuberculose.

*
* *

PROSTATECTOMIE POUR HYPERTROPHIE DE LA PROSTATE.

M. DURAND. — J'ai cru devoir vous présenter ce malade parce qu'il est une démonstration frappante de la bénignité de la prostatectomie et des bons résultats immédiats que donne cette opération.

B..., Jean, âgé de 62 ans, est entré dans le service de M. Vallas le 22 février dernier pour des accidents de prostatisme. Sans antécédents personnels ou héréditaires, sans passé vénérien, cet homme a vu débiter les premiers signes de sa maladie il y a 13 mois seulement. Ce furent d'abord des mictions plus fréquentes, surtout la nuit, un caractère plus impérieux des besoins, de la diminution de la force du

jet. Au bout de quatre à cinq mois, c'est-à-dire avec une rapidité un peu insolite, les symptômes s'accrurent de telle sorte que le jet d'urine n'eut plus aucune force, et que les besoins constants et impossibles à satisfaire rendirent la vie très pénible. Il semble que dès ce moment la vessie fut en état de rétention et ne se vida qu'incomplètement. L'infection ne tarda pas dès lors à s'établir, et il y a huit mois environ que l'urine est sale et fétide. La fièvre s'alluma, le malade maigrit et perdit l'appétit.

Au moment où il entra dans le service, l'état général était assez mauvais, la température dépassait 39°, la langue était rôtie, le facies pâle, l'appétit nul. Il y avait de l'incontinence continuelle des urines qui s'écoulaient par regorgement, le cathétérisme ramenait chaque matin près d'un litre de liquide purulent et fétide, la vessie était très élevée au-dessus du pubis. La sonde de Nélaton n° 18 passait assez facilement.

Au toucher rectal, la prostate était très volumineuse, étendant très loin surtout à droite, ses lobes latéraux. Elle était de consistance moyenne, plutôt molle cependant. Le cul-de-sac du bas fond était très perceptible au-dessus de la prostate.

On fit pendant quelques jours des cathétérismes biquotidiens et des lavages au nitrate qui améliorèrent rapidement la situation ; l'urine devint à peu près claire, et le résidu ramené par la sonde après la miction diminua, sans toutefois être au-dessous de 300 gr. L'état général remonta aussi.

C'est dans ces conditions, sur une vessie rétentionniste, mais peu infectée, que je crus devoir pratiquer la prostatectomie, estimant que cet état doit être celui qui donne les meilleurs résultats.

Je suivis la technique indiquée ici par M. Rochet, telle que je la lui avais vu mettre en pratique. Il n'y eut aucun incident opératoire, mais la glande était très friable et se déchirait sous les pinces de Museux, de sorte que je n'eus la prostate que par petits fragments, et c'est pourquoi j'ai re-

noncé à vous la présenter. J'eus recours dès que la vessie fut ouverte à une manœuvre qui m'a été très utile : l'index gauche, introduit dans le col vésical, abaissait et fixait la glande qui n'avait ainsi aucune tendance à remonter et à se perdre, comme l'ont remarqué plusieurs opérateurs. Ceci me permit d'extirper avec une certaine facilité un volumineux lobe moyen qui faisait dans la vessie une grosse saillie en croupion de poulet, déterminant un profond bas-fond. Celui-ci contenait un liquide uro-purulent très épais que les cathétérismes n'avaient pas suffi à évacuer et qui aurait sans doute été la cause de l'échec du drainage par la voie haute si on avait pratiqué la taille hypogastrique.

La prostate enlevée, je mis deux gros tubes dans la vessie par la plaie périnéale qui fut diminuée par deux ou trois points de suture et bourrée lâchement de gaze ; pas de sonde à demeure, inutile et nocive pour l'urètre. Il n'y avait eu au cours de l'intervention qu'un écoulement sanguin insignifiant, quelques cuillerées à bouche ; le tissu prostatique notamment n'avait pas donné.

Il n'y eut aucune complication, le malade ne présenta aucun choc, garda ses tubes périnéaux 5 jours, après quoi il évacua sa vessie par la plaie qui se ferma rapidement, de sorte que le 30^e jour, elle ne donnait plus passage à une goutte d'urine. Celle-ci avait commencé à sortir par le méat dès le 15^e jour. Aujourd'hui, un mois jour pour jour après l'intervention, la miction s'effectue entièrement par la verge. La miction est redevenue volontaire, elle peut même être interrompue, si le malade le désire, quand elle est commencée. Elle s'effectue toutes les deux heures et cet intervalle augmente rapidement dans ces derniers jours. Il n'y a pas d'incontinence dans la journée, quelques gouttes seulement s'écoulent parfois le soir, encore ce phénomène va-t-il en s'amendant rapidement. Le jet d'urine qu'expulse volontairement le malade est volumineux, est projeté jusqu'à 60 ou 70 centimètres environ. Le cathétérisme, que j'ai pratiqué ce matin avec un Nélaton 18, est très facile, non douloureux et ne ramène aucun résidu : la vessie se vide donc parfaite-

ment. Le toucher rectal montre que la masse prostatique a disparu. Il y a de chaque côté une sorte de bride assez dure qui correspond aux débris capsulaires, la vessie est souple ; l'urine est tout à fait claire.

Tels sont les résultats très encourageants que m'a donnés la prostatectomie un mois seulement après l'opération. Je crois devoir faire à ce sujet quelques remarques.

Je suis intervenu sur une vessie très rétentionniste (900 à 1000 gr. de résidu) qui était incontinente, mais qui présentait ce point peut-être avantageux que les accidents n'étaient pas anciens. L'infection n'était pas très profonde et avait diminué beaucoup par les lavages. C'est là, je crois, d'excellentes conditions pour la suppression de l'obstacle prostatique. Il me semble, en effet, que la prostatectomie doit être dirigée avec plus de profit contre les rétentions que contre les infections. Sans doute, il n'est pas d'opération qui donne un drainage plus déclive et plus complet ; mais ce n'est pas comme opération de drainage que la prostatectomie doit surtout être employée. Je crois fermement que ses prétentions doivent être plus hautes et qu'elle peut viser à la cure radicale du prostatisme. Sa gravité est nulle ou faible maintenant que son manuel opératoire est bien réglé, et ceci peut et doit étendre ses indications. De nombreuses observations, et celle que je vous présente figure dans ce nombre, montrent que la vessie peut reprendre ses fonctions musculaires après disparition de l'obstacle, et il me semble en résulter que, pratiquée tôt, avant la période des grandes infections irrémédiables, cette opération doit donner d'excellents résultats. La restauration rapide des fonctions vésicales de mon malade m'a paru digne de vous être rapportée : je me propose de le suivre et de vous montrer dans quelques mois ce que seront devenus les résultats éloignés de cette opération qui par ses résultats immédiats me donne le plus grande satisfaction.

M. VILLARD. M. Durand vient de nous présenter un beau résultat de prostatectomie périnéale ; il est de toute importance que des cas semblables soient publiés, car ils nous permettent de nous faire une idée

exacte de la valeur de cette opération de date encore très récente. La prostatectomie, si longtemps délaissée, méritait mieux ; il ne faut pourtant pas croire que ce soit une opération idéale, véritable cure radicale de l'hypertrophie prostatique et devant être utilisée d'une façon précoce. J'ai à l'heure actuelle pratiqué un certain nombre de prostatectomies, et je suis heureux de pouvoir dire en cette circonstance ce que je pense personnellement de la valeur de cette opération.

Tout d'abord au point de vue vital, c'est une opération innocente à laquelle on peut avoir recours même chez des malades atteints d'une infection avancée. La brèche périnale créée constitue un excellent drainage de la vessie qui pare aux accidents infectieux. Tous mes opérés, sauf un très profondément infecté, ont bien supporté cette intervention. Le manuel opératoire est facile, la seule difficulté réside peut-être dans la peine que l'on a dans certains cas à abaisser la glande. Celle-ci se déchire en effet facilement sous la prise des pinces ; peut-être le désenclaveur de Proust faciliterait les manœuvres, je n'y ai pas eu recours encore.

Les suites opératoires immédiates sont ordinairement simples ; j'ai pourtant été frappé d'un accident que j'ai observé deux fois : je veux parler d'hémorragies secondaires sérieuses, et facilement explicables par la difficulté d'avoir une aseptie parfaite de la plaie opératoire souillée par des urines infectées, et la recherche des plexus veineux péri-prostatiques.

Les résultats éloignés méritent de retenir l'attention. Les accidents infectieux cessent rapidement, la clarification des urines s'obtient en général assez facilement, et la fistule périnéale n'a qu'une durée très temporaire ; à ce point de vue là le résultat est excellent. Il y a pourtant des côtés moins séduisants. Beaucoup de malades ont de l'incontinence, incontinence surtout diurne. Pendant la nuit les opérés gardent bien leurs urines, mais dans la station verticale la miction involontaire se produit, plusieurs de mes malades doivent encore porter un urinal dans la journée.

Cette incontinence n'est pas constante, mais elle est fréquente ; bien souvent non plus elle n'est pas absolue, mais se produit à l'occasion de certains efforts, à certaines heures du jour après des fatigues. Un de mes malades retenait ses urines dans la matinée, et les perdait dans l'après-midi, alors qu'il était déjà plus fatigué par son travail.

Cette incontinence, difficile à prévoir, tient vraisemblablement à l'état de tonicité musculaire du malade, aux délabrements opératoires nécessités par la variété d'hypertrophie prostatique en présence de laquelle on se trouve, est un point noir dans l'avenir des prostatectomisés et diminue la valeur de la prostatectomie. A mon sens, d'après ce que j'ai observé ici même, ce n'est pas là une opération de choix devant être proposée à tous les prostatiques au début, mais une opération de nécessité dont

l'indication se posera chez les prostatiques à cathétérisme difficile, chez les infectés, et chez ceux qui commencent la distension ascendante des voies urinaires.

M. TIXIER. Le malade de M. Durand présentait une prostate très volumineuse; peut-être s'agissait-il alors d'une rétention par congestion prostatique, ce qui expliquerait le bon résultat obtenu, la vessie ayant gardé une contractilité intacte. Par contre, il est probable que l'incontinence est plus fréquente lorsqu'on opère des malades plus âgés.

M. AUBERT. Ne pourrait-on pas utiliser comme abaisseur prostatique un ballon dilatable que l'on introduirait dans la vessie ?

M. DURAND. Je répondrai à M. Tixier qu'il s'agissait chez mon malade d'une prostate très volumineuse, mais peu vasculaire et pas congestionnée; il existait encore un croupion vésical faisant obstacle. La vessie était très molle, distendue, paraissant forcée; il existait un grand bas-fond. L'infection par contre était assez superficielle.

Au point de vue opératoire, le seul temps difficile est le temps urétral; il est pourtant très important, car on aura un résultat d'autant meilleur que l'urètre aura été mieux dégagé.

Quant à la nécessité d'un abaisseur prostatique, je ne pense pas qu'il soit bien utile.

M. JABOULAY. La simple dénudation prostatique peut faire atrophier la glande. Il y a quelques années même M. Laguaite avait proposé de luxer la prostate au périnée, c'est une idée analogue qui a été reprise par Delagénière.

M. GAYET. Quels résultats M. Jaboulay a-t-il obtenu par la dénudation ?

M. JABOULAY. J'ai vu une atrophie manifeste au moins une fois.

M. DURAND. Il s'agit moins de savoir quelle fut l'atrophie subie par la prostate que de préciser quelles furent les fonctions vésicales et comment se fit la miction.

M. JABOULAY. Le résultat fonctionnel fut excellent à la suite de la dénudation.

Séance du 23 Avril 1903.

Présidence de M. GAYET.

— 1227 —

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

* *
*

TRAITEMENT DE L'INCONTINENCE NOCTURNE D'URINE
ESSENTIELLE PAR LES INJECTIONS ÉPIDURALES ET RÉTRO-
RECTALES DE SÉRUM ARTIFICIEL.

M. VIALLE. J'ai eu l'occasion de soigner en décembre et janvier derniers quatre militaires de mon service atteints d'incontinence nocturne d'urine essentielle, par la méthode de Cathelin : j'ai fait à chaque malade trois injections de 20 cc. de sérum artificiel. Ces injections épidurales sont faciles à faire; elles ne sont pas douloureuses; elles ne m'ont donné aucun accident. Mais le résultat thérapeutique a été négatif.

La méthode de Cathelin ne m'ayant pas donné de résultat, j'ai eu recours chez mes deux malades aux injections rétro-rectales de sérum artificiel conseillées par M. Jaboulay. J'ai fait à chaque malade une seule injection de 250 cc., car cette injection est fort douloureuse et a amené un état de dépression et de faiblesse extrêmes. Les injections rétro-rectales, comme les injections épidurales, n'ont pas amélioré mes deux malades : ils ont conservé leur incontinence nocturne et leur pollakiurie diurne.

Je vous rapporte simplement ces quatre faits sans en tirer aucune conclusion pour ou contre les méthodes préconisées par MM. Cathelin et Jaboulay, car il faut tenir compte de la mentalité tout à fait particulière des malades que nous avons l'occasion d'observer dans le milieu militaire. Ces malades en effet n'ont pas, pour la plupart, le désir de se voir débarrassés de leur infirmité quelque répugnante qu'elle soit. Cette mentalité intervient peut-être pour une certaine part, soit pour produire la maladie, soit pour l'empêcher de guérir quand elle existe, quelle que soit la méthode thérapeutique dirigée contre elle. Une mentalité tout à fait différente, faite du désir de guérir, peut peut-être expliquer dans une certaine mesure l'excellent résultat que M. Bérard a obtenu récemment par des injections rétro-rectales d'air stérilisé chez une jeune fille de 18 ans dont l'observation a été consignée dans l'un des derniers numéros du *Bulletin médical*.

M. ROCHET. Les réflexions de M. Vialle, à propos de la mentalité des incontinents est très juste pour les adultes. J'ai vu trois cas de simulateurs : sur 3 malades, 2 avaient été pris d'incontinence au moment d'une période de 28 jours ; en sortant du service ils étaient guéris. Je n'ai jamais essayé les injections de Cathelin ni celle d'air ou de sérum. Dans beaucoup de cas l'incontinence devrait être examinée de près ; beaucoup de ces sujets sont des rétentionnistes. Les cathétérismes bi-hebdomadaires donnent alors d'excellents résultats. Pour les véritables incontinents, les résultats thérapeutiques sont bien variables. Dans les cas de paralysie l'électrisation de Guyon est indiquée. Dans tous les cas où il y a, au contraire, du spasme il faut recourir aux calmants.

M. CONDAMIN. J'ai vu un cas se rapprochant des cas de distension décrits par M. Rochet. Chez une jeune fille incontinente devant se marier, j'ai fait une dilatation. Le résultat a été surprenant. La dilatation fut faite jusqu'au n° 38 à 36 des bougies d'Hegar. A-t-on essayé la dilatation chez l'homme ?

M. ROCHET. Le fait précédent est très intéressant : la dilatation chez l'homme a été faite ; elle doit être portée très haut, jusqu'au n° 36 de filière Charrière.

M. RIGAL. Je voudrais appuyer les idées de M. Vialle au point de vue de la simulation. Il y a 90 % de simulateurs pour les incontinents militaires ; les dix autres ont de la paralysie des sphincters ou des

spasmes. Bien souvent il est difficile de se prononcer sur la réalité de l'affection.

M. BÉRARD. Je connaissais le travail de MM. Rochet et Jourdanet sur les incontinenances par rétention. Dans le cas de ma malade j'avais fait la dilatation, j'ai eu un échec; c'est alors après les injections de Cathelin que j'ai eu recours à celle d'air qui m'ont donné un résultat définitif. J'ai vu depuis un cas où une incontenance rebelle chez une jeune fille de 19 ans a été guérie par une injection péri-rectale. Dans un autre cas même succès, mais ce dernier ne date que d'un mois seulement.

J'ai vu d'autre part dans un cas une circoncision et injection épidurale de Cathelin suivies de succès; dans un autre cas une circoncision n'a point donné de résultat chez un jeune homme de 14 ans, alors qu'une injection épidurale de Cathelin a donné une guérison depuis deux mois et demi.

M. VIALLE. Mes quatre malades n'avaient ni atonie, ni contracture, mais de l'irritabilité vésicale, la vessie ne tolérait que 200 gr. Je pense que beaucoup de malades ont aussi cette même irritabilité vésicale se traduisant par la pollakiurie diurne.

*
* *

VALEUR DU BOUTON DE JABOULAY DANS LE TRAITEMENT DU CANCER DE L'ESTOMAC.

M. Georges GAYET. La pièce que j'ai l'honneur de présenter à la Société provient d'un malade opéré par M. le Prof. Jaboulay. Ce malade atteint depuis dix-huit mois d'un cancer du pylore subit la pyloréctomie par le procédé suivant: dans un premier temps, gastro-entérostomie trans-mésocolique postérieure au moyen du bouton de Jaboulay; dans un second temps, résection de la partie cancéreuse, puis suture complète du bout stomacal et du bout duodéal, Durée totale de l'intervention: 35 minutes.

Le malade supporta remarquablement le shock et les premières suites étaient satisfaisantes; mais il se mit ensuite à tousser et mourut 25 jours plus tard. A l'autopsie, tout allait bien du côté du champ opératoire, mais il y avait une poussée de granulie pleuro-pulmonaire généralisée qui seule doit être incriminée comme cause de la mort.

La pièce que je vous présente montre que l'anastomose est parfaite, bien que sur cet estomac conservé dans le formol, elle paraisse moins grande qu'elle n'était en réalité.

Je ne veux pas insister sur cette pylorectomie, l'observation et la méthode devant faire l'objet d'un autre travail. Mais je tiens à faire remarquer combien ce procédé d'anastomose simplifie une opération ordinairement longue et complexe et diminue par suite le shock traumatique.

Cet avantage du bouton de notre maître est plus net encore dans le cas de simple opération palliative, telle qu'on a trop souvent à la pratiquer chez des malades qui n'arrivent au chirurgien que profondément cachectiques. Ici je puis apporter mes impressions personnelles, car j'ai utilisé plusieurs fois le bouton en pareil cas.

J'ai fait en tout sept gastro-entérostomies au bouton pour cancer, et j'ai eu la chance de ne pas avoir eu de mort opératoire. C'est là évidemment le hasard d'une bonne série, mais je dois faire remarquer que je n'ai aucunement choisi mes cas; tous concernent des malades déjà très affaiblis. Une fois il s'agissait d'un cancéreux qui avait en outre 45 gr. de sucre par jour dans ses urines et une proportion notable d'albumine. Un autre malade était si faible qu'on l'apporta sur un brancard dans le service et qu'il ne pouvait se tenir assis sur son lit. Il est évident que chez de tels sujets le meilleur procédé opératoire est celui qui est le plus rapide.

Le bouton permet des interventions qui ont, pour ainsi dire, l'innocuité d'une laparotomie exploratrice. M. Jaboulay met de 6 à 8 minutes pour exécuter la gastro-entérostomie (sutures cutanées comprises). Nous avons mis à peu près le double, car c'étaient mes premières interventions de ce genre.

On a accusé ce procédé d'approximation, de certains inconvénients. Le plus grave serait la rétraction secondaire de l'orifice anastomotique, et en effet, M. Jaboulay l'a observé une fois chez une malade qu'il dut réopérer un an après la première intervention; cette femme a encore vécu six mois.

Mais c'est là un accident exceptionnel sur la série d'environ 100 opérations de ce genre pratiquées dans son service. On doit en tenir compte pour les cas de sténose non cancéreuse où l'on cherche un résultat absolument idéal; pour les cancéreux le vrai danger est qu'ils ne supportent pas l'opération, et l'on ne doit pas renoncer à l'avantage d'une manœuvre très bénigne pour éviter un inconvénient très rare et toujours lointain. Il ne faut pas se figurer, en effet, que cette rétraction soit fréquente; j'ai vu des malades opérés ainsi depuis deux ans et ayant un très bon fonctionnement de leur anastomose.

Ma conclusion, c'est que le bouton de Jaboulay est susceptible de rendre de très grands services dans les cas où il faut absolument aller vite, et où, comme l'a dit Roux, le succès est une question de minutes.

M. VALLAS. M. Gayet vient de défendre le bouton anastomotique, et celui de M. Jaboulay en particulier. Pour ma part, je me déclare suturiste. Le bouton de Jaboulay fait un orifice trop petit, il expose à la rétraction cicatricielle; il est très souvent d'autre part retenu dans l'estomac. Lorsqu'il s'agit d'une sténose non cancéreuse, le bouton pour ses raisons me paraît formellement contre indiqué. La suture, en effet, permet de faire une bouche aussi grande que l'on veut, et pare ainsi aux accidents de rétrécissement du nouvel orifice. La grande objection qu'on lui a adressée est le choc et la longueur de l'intervention. M. Gayet parle d'une heure. Ce temps me paraît long; pour ma part, je ne mets jamais plus de 30 à 35 minutes. Quant au choc, il est surtout dû à l'anesthésie. Il est facile de réduire celle-ci au minimum. J'ai eu environ 20 % de mortalité, et n'ai jamais observé de rétraction secondaire de l'orifice de l'anastomose.

M. GOULLIoud. En fait d'entéro-anastomose, je suis éclectique; j'ai utilisé tous les procédés, et je me rattache actuellement de préférence à la suture. J'attache la plus grande importance à diminuer l'anesthésie, et la fais très superficielle et très courte, discontinue même, c'est-à-dire que je fais suspendre celle-ci pendant le milieu de l'intervention, toutes les manœuvres gastriques et intestinales étant indolores.

M. VALLAS. M. Goullioud a développé ce que je voulais dire à propos de l'anesthésie; une seule circonstance oblige à la maintenir, ce sont les efforts de vomissements.

Séance du 30 Avril 1903.

Présidence de M. GAYET.

M. VILLARD lit le procès-verbal de la dernière séance, qui est adopté.

* *
*

RÉSULTATS UN PEU ANCIENS DE LA PROSTATECTOMIE
PÉRINÉALE.

M. ROCHET. — Il y a un an, j'ai eu l'honneur de communiquer à la Société quelques observations de prostatectomies périnéales récentes; aujourd'hui je viens vous faire part de résultats un peu anciens déjà, et qui, sans être très éloignés à proprement parler, sont cependant suffisamment lointains pour poser certaines conclusions concernant la valeur de cette opération.

J'ai opéré 23 malades de la sorte; quelques-uns d'entre eux sont encore de récents opérés, je ne vous en parlerai pas, ne visant ici aucuns détails opératoires ou post-opératoires; je vous parlerai seulement de ce que j'ai constaté sur 14 de ces malades revus depuis l'opération à des dates variant, comme limites extrêmes, entre 8 et 18 mois après l'intervention.

Pour établir un peu de méthode dans l'exposé des résultats, et en mieux faire comprendre la portée, je les classerai en :

- 1° Résultats au point de vue de la plaie opératoire;
- 2° Résultats au point de vue de la fonction du sphincter urétral profond;

3° Résultats au point de vue de la fonction vésicale ;

4° Résultats au point de vue de la modification des urines.

Chez tous nos malades, sauf un, la plaie périnéale s'est fermée complètement, sans complication, par bourgeonnement progressif, dans un laps de temps variant entre six semaines et deux mois et demi. Plus la décortication des lobes a été soignée et facile, moins on a fait de dégâts par conséquent à l'urètre, plus la réparation est rapide ; je n'ai jamais eu cependant une cicatrisation aussi prompte que celle que mon collègue et ami, M. Durand, nous a signalée dans la belle observation qu'il nous a présentée dernièrement. *Je n'ai donc eu aucune fistule durable*, sauf dans un cas que je mentionne plus haut, et qui avait trait à un opéré dont le rectum avait été accidentellement perforé pendant l'opération ; nouvelle preuve de l'importance qu'il y a à ménager ce conduit pendant les premiers temps opératoires.

Nous avons obtenu, chez sept de nos malades, une restauration complète de la fonction sphinctérienne de l'urètre profond ; ils sont restés parfaitement continents dans n'importe quelle attitude et à n'importe quel moment de leurs occupations. Six fois nous avons constaté une certaine faiblesse sphinctérienne se traduisant dans des conditions un peu variées. Les uns, ne perdant aucune urine quand ils sont couchés, laissent échapper un peu d'urine quand ils sont restés debout un certain temps ; les autres ne perdent un peu d'urine qu'à l'occasion d'un effort, d'une secousse de toux, et se trouvent à peu près dans les mêmes conditions que certaines femmes à sphincter congénitalement faible.

Une fois seulement, nous avons observé une incontinence presque complète, la nuit comme le jour ; mais la prostate de ce malade, dure et scléreuse, avait présenté des conditions d'extirpation particulièrement difficiles et pénibles (1). Il faut, en effet, faire encore là une large part aux difficultés opéra-

(1) Cette incontinence paraît aller du reste en s'amendant, chez ce malade, et à la longue peut être certaines incontinenes provisoires peuvent arriver à disparaître.

toires, aux manœuvres qui serrent la prostate de près ou qui s'en éloignent trop au contraire, à la conservation d'une partie plus ou moins étendue de la paroi urétrale pendant l'énucléation prostatique, etc. Même avec une incontinence vraie et durable (et elle sera infiniment rare), la situation du malade serait encore bien supérieure à celle d'un cystostomisé, car ce sera une incontinence par l'urètre antérieur, par la voie naturelle, et le port d'un urinal la palliera bien plus facilement.

Chez tous nos malades la miction est *facile* et *libre*. La *dysurie n'existe plus*. Plus d'épreintes, plus de douleurs expulsives impuissantes; plus d'accès de rétention complète. La prostate est donc la grande cause de la dysurie; mais, chose intéressante, la perfection de la miction dépend bien aussi de l'état du muscle vésical. Les jeunes opérés, ceux qui le sont avant la grosse distension vésicale et les gros résidus de 5, 6, 700 grammes et plus, récupèrent vite une miction puissante; leur vessie se vide facilement et complètement, les mictions nocturnes disparaissent chez eux. Les autres, sans avoir de dysurie véritable et en ayant une miction aisée sur le moment, ne l'ont pas encore bien complète pendant longtemps; cette miction est plus lente que chez les précédents, sans grande force quand elle arrive à la fin, et la persistance chez eux de deux, trois ou quatre mictions nocturnes fait supposer une *légère rétention incomplète* pendant plusieurs mois encore après l'opération. Chez dix de mes malades, porteurs de grosses vessies déjà épuisées au moment de l'opération, j'ai observé la persistance de quelques mictions nocturnes; à la longue cependant, s'il n'est pas trop dégénéré, le muscle vésical peut reprendre sa force, et plusieurs de ces malades s'améliorent progressivement à ce point de vue. J'ai sondé quelques-uns de ces malades pendant le jour, après les mictions spontanées, et je n'ai cependant ramené que des quantités insignifiantes d'urine; peut-être en trouverait-on davantage la nuit, quand la vessie, plus paresseuse à ce moment, se serait laissée distendre un peu.

Quand les reins n'ont pas été trop malades avant l'opération (et s'ils le sont trop alors, les malades supportent difficilement l'intervention ; mais quelle opération supporteraient-ils dans ces conditions, même la simple taille ?), les urines mêmes très sales, les vraies urines du catarrhe vésical, s'éclaircissent assez rapidement, et de façon parfois surprenante, dans les deux premiers mois qui suivent l'intervention ; cela vient évidemment de l'excellent et idéal drainage vésical réalisé par l'opération qui fait une brèche au bas-fond vésical lui-même, et qui, seule, peut évacuer le pus et les produits infectieux qui y stagnent. La preuve en est fournie souvent pendant l'opération elle-même ; lors même que des cathétérismes faits à fond et des lavages répétés avaient montré des urines presque propres ou peu purulentes, on voit, sitôt la prostate enlevée et l'orifice uréthro-vésical largement débarrassé et ouvert, du pus presque pur et abondant sortir du bas-fond, comme de la cavité d'un abcès.

Le cathétérisme métallique de nos malades a été très facile dix à quinze jours après l'opération et s'est maintenu tel depuis lors dans douze cas. Dans deux cas seulement nous avons eu quelques difficultés de retrouver avec le bec de la sonde l'orifice uréthro-vésical ; l'un de ces cas a trait au malade de l'incontinence complète et chez lequel de graves dégâts urétraux avaient probablement été commis ; l'autre vise un malade que j'avais laissé pendant un mois systématiquement sans sonde à demeure, et sans le sonder au bout de dix ou quinze jours, comme je le fais ordinairement pour amorcer la réparation urébrale. Ce cas m'a servi d'enseignement et je ne procéderai plus ainsi.

Voici le résumé, avec chiffres, de nos résultats :

- 1° 1 fistule persistante seulement, due à une perforation opératoire du rectum ; 13 résultats sans fistule :
- 2° Continence parfaite dans 7 cas ; 6 fois, faiblesse sphinctérienne à des degrés divers ; 1 incontinence presque complète (qui s'améliore cependant un peu avec le temps) ;
- 3° Suppression de la dysurie et des douleurs dans les 14 cas.

Miction redevenue complètement normale, facile et *complète*, sans aucun degré de rétention, sans mictions nocturnes, dans 4 cas.

Miction redevenue facile, mais encore un peu *incomplète*, avec mictions nocturnes considérablement diminuées de nombre, mais persistant encore deux ou trois fois la nuit dans 10 cas.

4° Urines redevenues complètement normales dans 11 cas; urines restées troubles dans 3 cas (sur ces 3 cas est compris le cas de la fistule uréthro-rectale accidentelle).

M. VILLARD. Les résultats que vient de rapporter M. Rochet concordent d'une façon absolue avec ceux que j'ai pu observer moi-même sur une plus petite statistique. J'ai toujours vu, comme je l'ai déjà dit, la fistule périnéale guérir rapidement; dans un cas seulement où le rectum avait été blessé et où les sutures n'avaient pas tenu, la fistule a persisté. L'opération n'est pas grave en elle-même. Au point de vue du drainage de la vessie, la prostatectomie est une excellente opération; chez tous mes opérés la désinfection vésicale a été obtenue. Quant à la miction, après l'ablation de la prostate, elle se fait facilement, trop facilement même, car l'incontinence diurne tout au moins est un des gros inconvénients de cette opération.

Plusieurs de mes opérés l'ont présentée, il faut pourtant savoir que cette incontinence a une tendance spontanée vers la guérison.

En résumé, comme M. Rochet, je considère la prostatectomie comme une opération recommandable, et s'il y avait à redouter l'incontinence consécutive, je dirais même comme l'opération de choix de l'hypertrophie prostatique: c'est une intervention à laquelle on devra donc avoir recours en présence d'un prostatique qui commence la distension et est menacé de l'infection.

M. CHANDELUX. Un point est resté dans l'ombre, l'état du résidu vésical. Le résidu urinaire est-il modifié? Il serait intéressant de le savoir, car s'il persiste il serait nécessaire de continuer les cathétérismes, et la valeur de la prostatectomie serait diminuée.

M. GOULLIQUOUD. Je n'ai pas d'expérience personnelle, mais j'ai vu les résultats de M. Rafin, et je suis émerveillé de la bénignité de cette intervention. Le rectum a été blessé dans certains cas, mais les sutures ont tenu, et il n'en est résulté aucun accident. Un certain nombre de malades garderaient un résidu vésical, mais il y a tout lieu d'en espérer la disparition.

M. DURAND. Il est bon de discuter, en effet, ce que devient le résidu vésical. Chez mon malade il existait un petit bas-fond vésical puru-

lent ; après l'intervention, ce bas-fond avait totalement disparu, et la désinfection vésicale était complète. Je vis que, après la miction spontanée, le cathétérisme ne ramenait point d'urine, et même deux doigts introduits dans le rectum et soulevant la vessie, ne ramènent pas une goutte de liquide à l'orifice de la sonde. Si même, dans certains cas avancés, il persistait un bas-fond après l'opération, ce que nous ignorons, il faudrait en rendre responsable non la prostatectomie, mais la date trop reculée où elle aurait été pratiquée. Quelle méthode, alors, pourrait-on préférer à la prostatectomie ? Je n'en connais aucune quant à moi.

Au point de vue de la fonction vésicale M. Rochet pense qu'elle sera ce que le muscle vésical sera. Ceci nous pousse donc à des interventions précoces, devançant l'affaiblissement de l'appareil musculaire de la vessie.

Un point mérite aussi d'attirer l'attention, celui de savoir comment se rétracte l'urètre, et s'il est à craindre de voir survenir des rétrécissements, mais je ne crois pas qu'on en ait signalé.

Les blessures du rectum sont faciles à éviter ; il faut rester en avant et décoller surtout avec les doigts.

En résumé, la prostatectomie est bénigne. Pratiquée de bonne heure, elle donne d'excellents résultats au point de vue infection et miction ; aussi désirerai-je beaucoup que M. Rochet nous donne, non les indications, mais bien plutôt les contre-indications de la prostatectomie. •

M. ROCHET. Répondant à la question de M. Chandelux, je dirai que le bas-fond peut persister encore quelque temps, mais qu'il a une tendance à diminuer, et en tout cas ne s'accroît plus. Pour mon compte, ce qui me rassure, c'est que sur deux malades qui me semblaient légèrement rétentionnistes après la prostatectomie, les mictions étaient cependant devenues moins fréquentes la nuit.

La prostate n'étant plus là, il n'y a plus de raison pour qu'un bas-fond se constitue, seule l'atonie vésicale peut persister. Chez un de mes malades, après miction volontaire, la sonde ne donnait rien, la vessie était complètement vidée.

M. Durand redoute les rétrécissements, je ne crois pas qu'il faille les craindre, les rétrécissements profonds de l'urètre sont rares.

Quant aux indications de la prostatectomie elles me semblent posées toutes les fois que la rétention incomplète s'installe et nécessite plus de deux ou trois cathétérismes par 24 heures.

Séance du 7 Mai 1903.

Présidence de M. GAYET.

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

*
* *

FRACTURE DU CALCANÉUM.

M. DESTOT présente les observations avec radiographies de cinq malades atteints de traumatismes du pied qui ont ce caractère commun de succéder à des chutes, le pied étant d'aplomb, d'une hauteur variant de deux à cinq mètres.

On a constaté trois fractures différentes du calcanéum et deux fractures semblables de l'extrémité inférieure du tibia et de l'astragale.

Les trois fractures du calcanéum présentent ce caractère commun que la chute n'a eu lieu que sur un pied. La première observation a trait à un jeune homme de 30 ans qui, descendant un escalier, manqua une marche et sauta sur le palier sous-jacent. Douleur très vive, empêchant la marche, pas de gonflement, pas d'ecchymose, pas de déformation. Une recherche aussi minutieuse que possible permit de reconnaître que les gouttières rétro et sous-malléolaires sont libres, que les malléoles sont intactes, que la voûte et la cambrure du pied ne sont pas altérées, et n'était la douleur réveillée par la pression, sous le talon et sous les chevilles,

le pied paraît absolument intact et le diagnostic serait contusion avec entorse légère.

La radiographie permet de reconnaître une fracture très petite et très limitée siégeant sur le tubercule interne de la grosse tubérosité du calcaneum. Cette fracture se présente sous la forme d'une écaille basculant en avant avec l'extrémité pointue faisant saillie dans les téguments du pied. Cette forme bizarre, spéciale, comporte un pronostic réservé, car elle peut devenir l'origine d'une de ces talalgies rebelles et persistantes contre laquelle l'effort chirurgical sera peut-être obligé de se donner carrière, et l'on peut être frappé de l'antithèse entre l'intégrité apparente du pied et la gravité relative du pronostic tenant à la forme anatomique de cette fracture.

J'ai déjà observé des fractures isolées de la tubérosité du calcaneum portant sur un seul tubercule et détachant une écaille qui s'engrène plus ou moins dans le corps de l'os et qui apparaît sur la radiographie sous la forme d'une véritable écaille d'huître dont la ligne de fracture interrompt la trabéculatation normale de l'os ; mais c'est la première fois que je constate la forme anatomique décrite, tandis que les fractures conchoïdes de la tubérosité guérissent spontanément, lorsque leur éclat ne fait pas saillie sous les téguments ; au contraire, le type présenté impose des réserves.

La seconde observation a trait à un homme de 45 ans, qui, depuis 20 mois, ne peut guérir d'une fracture de la petite apophyse qui s'est fissurée et montre sur la radiographie un trait longitudinal noir, coupant la trabéculatation en même temps que l'on constate que les malléoles sont abaissées et que l'astragale paraît s'éclipser derrière la grosse apophyse du calcaneum.

L'examen clinique démontre que le pied est absolument plat, la gouttière sous-malléolaire interne est remplacée par une saillie anormale ; on sent la gouttière sous-malléolaire externe, mais elle est légèrement diminuée de hauteur quoique on n'y sente aucune saillie anormale. Le pied est légèrement en valgus, la peau est livide ; il existe de légers

troubles de sensibilité et des crampes notamment dans les orteils. Le malade accuse de l'impotence et des douleurs dans la marche.

Le pronostic est très grave, car on tourne dans un cercle vicieux : comme aucune intervention ne peut soulager le blessé, que les vaisseaux, les nerfs et les tendons sont comprimés, il ne peut marcher, et c'est le mouvement seul qui pourrait user et déliter le cal formé.

La troisième observation a trait à un homme de 35 ans, qui se trouvait dans la cage d'un ascenseur et qui est tombé en même temps que cette cage, par suite d'une rupture. Le calcanéum est fissuré dans tous les sens, il a éclaté, chassant en dehors de lui, vaisseaux, nerfs et tendons. Le malade est en pleine voie de guérison, il marche et s'appuie sur son pied, sans douleurs, si bien que malgré la forme anatomique plus grave en apparence, malgré les désordres osseux qui ont changé la forme du calcanéum, le pronostic est plus bénin que dans les deux cas précédents.

Les deux autres observations sont absolument semblables au point de vue anatomique, elles relèvent de la même étiologie et de la même pathogénie. Elles ne diffèrent que par leur durée. La première date de deux mois, la seconde de vingt mois et elles s'éclairent l'une l'autre par ce fait que tandis que l'une, les fragments soudés, épaissis avec des exostoses de néo-formation et de l'ankylose tibio-tarsienne, est d'une lecture radiographique difficile, l'autre au contraire est d'une lecture très simple.

Il s'agit dans l'espèce, d'une fracture du tibia, dont un coin antérieur, haut de 4 cent., s'est détaché et est venu faire une masse antérieure au-dessus de l'astragale, tandis que le corps de l'os se subluxait en arrière et présentait même une fissure oblique postérieure sans déplacement.

Cette fracture spéciale du tibia est accompagnée accessoirement d'une fracture du péroné, siégeant à 12 cent. au-dessus de la malléole.

Cette fracture de l'extrémité inférieure est associée à une fracture de la partie postérieure du corps de l'astragale.

Cliniquement le malade se présente avec une déformation considérable. Le pied en totalité est subluxé en avant et paraît allongé, le talon est diminué d'autant. Le pied est en léger varus.

Si on fait coucher le malade, on constate :

1° Que les deux pieds son égaux ;

2° Que la jambe droite est refoulée en arrière ;

3° Que la région malléolaire est cylindrique, augmentée de volume dans le sens antéro-postérieur et dans le sens transversal et qu'il existe un angle rentrant, siégeant à 5 cent. au-dessus de la malléole interne. Celle-ci est portée en avant et l'on sent au-dessous d'elle et en arrière une grosse masse osseuse qui efface la gouttière rétro-malléolaire et en partie la gouttière sous-malléolaire.

Au-dessous de cette masse il existe un vaste sillon dans lequel on perçoit nettement le calcanéum qui n'est ni augmenté de volume, ni changé de forme. La voûte du pied est intacte et la saillie mamelonnée du calcanéum en arrière n'est pas élargie. L'ankylose tibio-tarsienne est complète. La face antérieure du tibia se prolonge sur le dos du pied par une pente insensible oblique et l'on sent en déprimant les tendons extenseurs une masse osseuse qui répond à l'astragale et aux fragments antérieurs.

La question qui se pose est celle d'une intervention, il est certain que ces malades ont une infirmité permanente, qu'elle s'atténuera avec le temps, mais au bout de 20 mois un de mes malades marche avec difficulté en s'aidant d'une canne, il fauche et ne peut reprendre son travail pénible. Une résection de l'astragale permettrait seule de lui rétablir l'équilibre de son pied en corrigeant le varus et la subluxation en avant.

Un point médico-légal se soulève à propos de ce malade : la chaîne du monte-charge sur lequel il était monté s'est rompue et a causé l'accident ; si le malade invoque la loi de 1898, il recevra une légère pension, le dommage étant estimé à 30 % de son salaire et celui-ci étant de 1.500 fr., la Compagnie ne lui devra qu'une pension de 15 % sur son

salaire total, mais s'il invoque la responsabilité de son patron en se basant sur le défaut d'entretien du matériel, le patron pourra être rendu civilement responsable et être obligé de payer une indemnité à son employé.

M. FOCHIER. Pourquoi M. Destot porte-t-il un pronostic aussi grave chez son premier malade ?

M. DESTOT. J'ai déjà vu des fractures analogues ; chez tous ces malades il existait des talalgies persistant pendant plusieurs années, et cela en raison de la forme du fragment.

M. FOCHIER. Cette talalgie ne se produit peut-être pas dans tous les cas où il y a une fracture en éclat.

M. DURAND. J'ai observé un malade atteint de fracture du calcanéum analogue à celui de M. Destot. L'exostose siégeait à la face postérieure vers le tendon d'Achille et non à la face plantaire ; néanmoins elle déterminait des douleurs très violentes empêchant le malade de faire un pas. L'ablation a amené une guérison rapide. Je me rallie donc à l'opinion de M. Destot.

M. DESTOT. Le cas que je présente est rare ; il ne s'agit pas d'une fracture banale du calcanéum ; la forme de l'aiguille osseuse présentée me semble impliquer un pronostic grave au point de vue fonctionnel, alors que par contre l'écrasement du calcanéum ne donne presque jamais d'accidents.

M. VALLAS. Le malade de M. Destot se trouve dans une situation analogue à celle d'un individu qui aurait une épingle dans le pied ; il y a gros à parier qu'il y aura des douleurs ultérieures ; mais à mon sens je conseillerais d'attendre, quitte à opérer secondairement.

*
* *

DE LA VALEUR DES BOUTONS ANASTOMOTIQUES DANS LA CHIRURGIE DE L'ESTOMAC.

M. VILLARD. La communication de M. Georges Gayet sur l'emploi du bouton de Jaboulay-Lumière dans la pratique de la gastro-entéro-anastomose a réveillé une discussion déjà vieille.

Ayant utilisé le premier à Lyon la méthode des boutons anastomotiques il y a dix ans, je désire apporter ici les

conclusions qu'une expérience déjà longue me permet de formuler. Dans la chirurgie de l'intestin, je suis resté fidèle au bouton et pour des raisons que je n'ai pas le temps d'exposer, c'est toujours à lui que j'ai recours dans les résections intestinales. Mais je ne veux m'occuper ici que de sa valeur dans la chirurgie de l'estomac.

Après avoir été très *boutoniste* au début, je suis revenu à une pratique beaucoup plus éclectique : le bouton a des avantages et de réels inconvénients ; dans la chirurgie de l'estomac ceux-ci doivent faire restreindre son emploi à mon sens.

Ses avantages sont : la rapidité de l'intervention qui permet de réduire au minimum le choc opératoire, et quelque habitude qu'on ait de la pratique de la suture, il est indubitable que la mise en place d'un bouton est plus rapide que cette dernière. Un gros avantage me paraît être la solidité immédiate de l'anastomose et sa parfaite étanchéité. Il en résulte que l'on peut sans inconvénient alimenter de suite les malades, et j'ai l'habitude de commencer cette alimentation quelques heures seulement après l'intervention chez les individus profondément inanitiés. De même la mise en place du bouton assure une évacuation immédiate de l'estomac plus parfaite que l'anastomose à la suture dont les bords tuméfiés laissent un moins libre passage aux liquides gastriques. C'est ainsi qu'il m'a paru voir revenir plus vite la sensation de faim chez les malades opérés avec le bouton que chez les autres. Ceci a son importance lorsqu'il s'agit d'individus très affaiblis.

Un dernier avantage réside en ce fait que la suture expose davantage aux rétrécissements consécutifs que le bouton. Je m'élève avec force contre l'opinion qui a été soutenue et qui accuse le bouton de rétrécissement tardif ; tous les auteurs boutonistes ont noté cette absence de rétrécissement cicatriciel, et, pour ma part, les recherches que j'ai faites expérimentalement chez les animaux, les autopsies que j'ai pu pratiquer chez des malades opérés longtemps auparavant m'ont démontré l'absence de rétrécissement ultérieur de l'anastomose,

et à ce point de vue je vous soumets cette pièce sèche qui démontre le résultat parfait obtenu à la suite d'une gastro-entéro-anastomose au bouton. Si des cas de sténose ont été observés, je suis convaincu qu'ils l'ont été chez des malades auxquels on avait fait par dessus le bouton une suture de renforcement. A mon sens, ce qui cause dans les sutures le rétrécissement secondaire, c'est la présence permanente dans les tuniques intestinales d'un fil de soie, corps étranger irritatif, produisant autour de lui le tissu scléreux réactionnel cause de la sténose.

Par contre, les inconvénients du bouton seront tout d'abord sa chute possible dans l'estomac et sa non-évacuation; cet accident, qu'on observe dans la moitié des cas, sans importance chez les cancéreux, doit être évitée dans les rétrécissements cicatriciels du pylore.

Il ne s'agit là, en somme, que d'un inconvénient, mais il y a des dangers véritables. C'est ainsi que l'épaisseur des tuniques gastriques rend souvent difficile l'adossement des surfaces séreuses lors du rapprochement des deux moitié du bouton. Il est quelquefois difficile de refouler la muqueuse, et l'interposition de celle-ci est une cause certaine de perforation lors de la chute de la pièce métallique.

L'accident le plus redoutable, celui qui m'a fait renoncer dans la plupart des cas à l'emploi du bouton anastomotique pour la chirurgie gastrique, consiste dans le manque d'adhérence entre les surfaces séreuses adossées.

J'ai observé, il y a plusieurs années, deux cas de mort où l'autopsie a démontré qu'aucune soudure ne s'était faite entre l'intestin et l'estomac. Pensant qu'il s'agissait d'une irritation insuffisante des surfaces péritonéales, j'ai cherché dans la suite à irriter mécaniquement celles-ci au cours de l'intervention par des frictions vigoureuses avec des tampons; malgré ces précautions, j'ai eu de nouveau un insuccès par un mécanisme analogue, et la possibilité de ce défaut d'adhérence, que je ne sais véritablement pas à quoi attribuer, m'a fait rejeter l'emploi du bouton dans les gastro-

entéro-anastomoses, tout au moins comme méthode de choix.

Des faits analogues ont du reste dû être observés par d'autres chirurgiens; Murphy lui-même ne conseille-t-il pas de gratter et de scarifier avec un bistouri les surfaces péritonéales pour les irriter et favoriser les adhérences.

De toutes ces considérations, j'estime qu'il faut tirer les conclusions suivantes :

En raison de ses dangers, il faudra rejeter l'emploi des boutons anastomotiques dans la pratique des gastro-entéro-anastomoses faites pour les rétrécissements cicatriciels du pylore, et pour les rétrécissements néoplasiques chez tous les sujets dont l'état général sera encore bon et où l'inanition ne sera pas menaçante à brève échéance.

Par contre, le bouton anastomotique rendra de très réels et de très précieux services dans les sténoses cancéreuses du pylore, avec état général mauvais et faiblesse considérable. Chez de tels malades, le bouton en permettant une intervention excessivement courte, en assurant une évacuation parfaite de l'estomac, et surtout en autorisant une alimentation immédiate abondante, sauvera des sujets chez lesquels toute autre opération n'aurait pu être pratiquée.

M. CONDAMIN. J'ai entendu avec plaisir M. Villard dire que le bouton ne prédisposait pas au rétrécissement secondaire; ce fait permettrait peut-être d'être plus boutoniste. Je désirerais pourtant éclaircir un certain nombre de points. Tout d'abord ne serait-il pas possible, pour éviter la chute du bouton dans l'estomac, de construire l'une des moitiés de l'appareil plus large que l'autre et de placer celle-ci du côté de l'intestin? Au point de vue de la solidité, il me semble qu'il est bon de faire par dessus le bouton une suture de renforcement à un ou deux rangs. Enfin, ne pourrait-on pas expliquer les faits où les adhérences ont fait défaut par une insuffisance de serrage des deux moitiés de l'appareil? Il est utile peut être de faire ce rapprochement d'une façon très énergique.

M. BÉRARD. J'ai eu l'occasion de faire quelques recherches sur les moyens d'assurer l'élimination par les voies naturelles du bouton anastomotique. Un bouton à deux valves de diamètre inégal, tel que le propose M. Condamin, n'est pratique que si les deux surfaces d'adossement

restent néanmoins rigoureusement superposables et égales. Il serait préférable de construire un bouton dont la valve destinée à occuper le point déclive (l'intestin, dans la gastro-entéro-anastomose) serait d'un poids plus considérable que l'autre ; cette valve serait de préférence la valve femelle.

Quant à l'absence de coaptation entre les deux anses anastomosées latéralement au bouton, je crois qu'il faut incriminer surtout l'insuffisance du serrage des deux valves, dont parfois l'engrènement absolu ne se réalise pas, malgré des pressions fortes. Pour éviter la séparation des deux anses au bout de quelques jours, le moyen le plus efficace et le plus simple est de placer six ou huit points de suture de renforcement séro-séreux, de chaque côté du bouton et en avant de lui, car c'est surtout sur cette face antérieure que s'exercent les tractions dans la gastro-entérostomie postérieure ; un ou deux points en arrière suffisent. Cette mesure de précaution n'allonge pas notablement la durée de l'acte opératoire.

Dans ces conditions j'ai pratiqué depuis dix-huit mois 6 gastro-entérostomies pour cancers avec le bouton dont se sert M. Jaboulay, et je n'ai eu aucun accident à déplorer

Pour les sténoses cicatricielles, je suis tout à fait partisan de la suture à l'exclusion du bouton.

M. DURAND. Je suis entièrement partisan de la suture et n'emploierai jamais le bouton en raison de la possibilité du défaut d'adhérence.

Je viens d'observer cet accident dans deux cas récents pour lesquels on ne pouvait invoquer le défaut de serrage, car le sphacèle des tuniques gastro intestinales, qui était parfait, ne se serait pas produit. Du reste le bouton n'est peut-être pas seul à ne pas provoquer d'adhérence. Si mes souvenirs sont exacts, M. Nové-Josserand a publié autrefois un cas où la suture elle-même avait lâché. D'autre part, à mon sens, le grand inconvénient du bouton consiste dans le rétrécissement ultérieur. Je rappellerai à M. Villard que nous avons opéré ensemble, par la suture, un malade atteint de sténose cicatricielle du pylore. Cet homme avait subi en février 1901 une gastro-entérostomie par le bouton ; en juin les phénomènes de sténose s'étaient entièrement reproduits et l'opération nous montra que l'orifice s'était considérablement rétréci. Je sais d'ailleurs que plusieurs autres faits semblables ont été observés à Lyon dans ces derniers temps. Je n'ai par contre jamais observé de sténoses à la suite des sutures.

M. VALLAS. Je reste suturiste pour la chirurgie gastrique, bien que partageant l'opinion de M. Villard sur l'emploi du bouton dans la chirurgie intestinale. Pour l'estomac je préfère la suture, la question de temps n'est pas très importante, et ce procédé n'expose pas au rétrécissement.

M. Villard n'a pas observé de rétrécissement avec l'emploi de son

appareil, cela est possible ; je serais du reste assez disposé à croire que le bouton de Jaboulay expose davantage à la sténose si j'en juge d'après une observation publiée dans une thèse récente sur ce sujet : la nouvelle bouche avait disparu, les parois de l'estomac et de l'intestin s'étaient même complètement séparées.

Je reconnais que le bouton, en permettant l'alimentation immédiate des malades, offre un avantage à considérer. Quant à l'amélioration immédiate après la gastro-entérostomie, je l'ai trouvée égale avec les deux méthodes.

M. BÉRARD. Je ne crois pas l'objection de M. Durand irréfutable, à savoir qu'un serrage incomplet maintiendrait néanmoins les valves engrenées et ne laisserait pas les surfaces anastomosées s'écarter complètement l'une de l'autre. Un serrage incomplet peut suffire à sphacéler la muqueuse et quelques points de la séreuse qui en se gangrénant livreront passage au bouton et permettront ainsi aux surfaces adossées de s'écarter.

Je ne crois pas non plus, ainsi que le dit M. Villard, que les points de suture de renforcement placés autour du bouton facilitent la sténose ultérieure ; aucune observation ne le prouve encore.

M. VALLAS reproche au bouton Jaboulay de favoriser cette sténose ultérieure, qui ne se produirait pas avec les boutons Murphy-Villard. Cette distinction est inadmissible, car les surfaces de coaptation dans les trois types du bouton Murphy, Villard et Jaboulay sont de même diamètre ; et l'écrasement des tuniques s'opère de même.

Enfin, même avec les points de renforcement, l'anastomose au bouton Jaboulay reste beaucoup plus rapide que l'anastomose à la suture : M. Vallas opère en 30 minutes à la suture. Il y a quelques jours j'ai fait dans le service de M. Jaboulay ma dernière anastomose au bouton, avec points de renforcement : de la première incision de la peau à la dernière suture, l'opération a duré 16 minutes.

M. ALBERTIN. J'ai pratiqué sept gastro-entéro-anastomoses avec le bouton de Jaboulay. Je n'ai eu aucun accident, et ai toujours pratiqué quelques points de suture complémentaires.

M. VILLARD. L'idée émise par M. Condamin visant la construction d'un bouton à moitiés inégales pour éviter la chute dans l'estomac me paraît bonne, mais je ne partage point son opinion ni celle de M. Bérard au sujet du mécanisme du défaut d'adhérence des séreuses. Il ne s'agit certainement pas d'un serrage insuffisant, car pour ma part je ne crois pas que tel reproche puisse m'être adressé. Dans les discussions qui ont marqué le début de l'emploi des boutons anastomotiques j'ai toujours insisté sur la nécessité d'un serrage très énergique sans craindre de léser les tuniques intestinales, et dans le modèle de bouton que j'ai fait construire, j'avais supprimé la bague mobile intermédiaire du bouton

de Murphy type pour permettre une constriction plus énergique. Je le répète, la pathogénie de cet accident redoutable reste encore obscure.

Quant au reproche que l'on a fait au bouton de favoriser la sténose ultérieure de l'orifice, je le crois mal fondé comme je l'ai déjà dit, et les faits où un rétrécissement a été observé visent très probablement des cas où une suture de perfectionnement avait été faite. A mon avis, c'est une grosse erreur de vouloir surajouter une suture; la présence du fil de soie non résorbable créera la sténose. Je réponds donc ainsi à la fois à ceux qui recommandent ce procédé et à ceux qui accusent le bouton de favoriser la sténose tardive. Si je ne l'ai pas observée personnellement, c'est peut-être parce que je ne fais jamais de suture de perfectionnement, et dans le cas auquel a fait allusion M. Durand, il serait intéressant de savoir si lors de la première opération un fil n'avait pas été placé dans un but de renforcement de l'anastomose.

En résumé, comme je l'ai dit tout à l'heure, le bouton est un procédé de nécessité dans la chirurgie gastrique, mais doit être conservé, car souvent encore il rendra de précieux services.

Séance du 14 Mai 1903.

Présidence de M. GAYET.

M. VILLARD lit le procès-verbal de la dernière séance, qui est adopté.

*
* *

TRAUMATISME ANCIEN DU PIED ; FRACTURE DE LA MALLÉOLE INTERNE ET ÉCRASEMENT PROBABLE DE L'ASTRAGALE ; TROUBLES TROPHIQUES CONSÉCUTIFS (PIED BOT VARUS, ULCÈRES, ATROPHIE MUSCULAIRE) PAR NÉVRITE TRAUMATIQUE DU TIBIAL POSTÉRIEUR.

MM. BÉRARD et PATEL, à propos de la discussion engagée sur les fractures du tarse postérieur, rapportent une observation curieuse, avec pièces anatomiques à l'appui. Il s'agit d'un *écrasement du cou-de-pied*, datant de quinze ans, avec troubles dystrophiques secondaires du pied et de la jambe, assez graves pour avoir nécessité une amputation au lieu d'élection.

L'histoire clinique du malade peut se résumer ainsi :

G. J..., 43 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Sacerdos, le 21 avril 1903, dans le service de M. le Prof. Jaboulay, alors suppléé par M. Bérard. Il vient pour une difformité du pied droit, très marquée, survenue, depuis longtemps, dans les circonstances suivantes.

Il y a quinze ans, le malade était en train de décharger un wagon de charbon, lorsqu'il reçut sur le cou-de-pied droit un bloc de charbon d'un poids de 30 kilogs ; le choc porta au niveau de la malléole interne, et, le

soulier étant déchiré, une petite plaie se produisit à cet endroit. Il a été impossible de savoir à quelle variété de traumatisme on avait eu affaire. Le malade put rentrer chez lui à pied, mais il fut obligé de garder le repos en raison des douleurs qu'il ressentait.

Toute la face dorsale du pied était tuméfiée; il n'y avait aucune déformation; une légère ecchymose apparut deux jours après. Aucun fragment osseux ne faisait saillie à l'extérieur; la plaie se cicatrisa parfaitement. Au bout de dix jours, le malade reprit peu à peu son travail; son pied était gêné dans ses mouvements, un peu douloureux, mais peu déformé.

Pendant deux ans, cet état se maintint. A cette époque, un abcès survint au niveau de l'ancienne plaie, cicatrisée depuis bien longtemps. Il s'ouvrit et laissa sortir du pus franc, sans débris osseux.

C'est à partir de ce moment que le pied commença à se déformer; peu à peu il sembla se dévier du côté interne; son bord externe vint à appuyer directement sur le sol. Au fur et à mesure que la déviation s'accroissait, la gêne fonctionnelle augmentait. La déformation mit trois ans avant d'atteindre son stade définitif, et, en somme, depuis dix ans elle n'a pas varié.

Dès lors, survinrent des désordres, intéressant seulement les parties superficielles; un durillon se forma au niveau du point saillant du bord externe, puis s'ulcéra; sur la face externe du cou-de-pied, au-dessus de la malléole externe, une ulcération se forma. D'abord petite, elle s'agrandit bientôt; sa cicatrisation fut obtenue par intervalles, mais jamais complètement, et elle persiste encore actuellement. De plus, au niveau même de la malléole externe, une petite ulcération se produisit, sans tendance à la cicatrisation. Plus récemment, l'ancienne plaie, située au niveau de la malléole interne, se rouvrit et laissa écouler un liquide sanieux. Et enfin, toute la partie inférieure de la jambe prit une coloration violacée.

État actuel : C'est dans cet état que le malade se présente à l'hôpital, se plaignant seulement d'une grande difficulté dans la marche; celle-ci ne peut s'effectuer que si le malade s'appuie sur un bâton; un soulier spécial a dû être fabriqué pour essayer d'adoucir les contacts des points saillants et ulcérés avec le sol.

L'état général du malade est parfait; c'est un homme de taille élevée (1^m,90), avec une charpente osseuse très forte; il est imberbe, présente un facies féminin: ses deux testicules, descendus dans les bourses, sont restés de dimensions et de consistance infantiles.

L'examen de ses différents appareils pulmonaire, digestif et cardiaque demeure négatif. Les organes génitaux sont peu développés.

Examen du pied droit : Le pied droit, qui amène le malade à l'hôpital, est considérablement déformé; il est en varus très prononcé, avec un léger degré d'équinisme. La face plantaire regarde directement en de-

dans ; mais il n'existe pas de torsion d'enroulement de cette face, comme dans les pieds bots congénitaux. La face interne du pied forme avec la face interne de la jambe un angle dépassant peu l'angle droit ; une ligne continuant la crête tibiale passe bien en dehors du bord externe du pied.

Toute la région du tarse postérieur est considérablement déformée ; il existe là un bloc osseux, au milieu duquel on reconnaît difficilement les éléments du squelette normal. La malléole externe seule est perçue nettement ; la malléole interne n'est pas sentie. Il est impossible de distinguer ce qui pourrait être l'astragale, le calcaneum, le scaphoïde ; pourtant l'astragale et le scaphoïde doivent être très hypertrophiés et déformés, à en juger par les contours extérieurs du pied.

Les mouvements spontanés dans le pied sont réduits à quelques mouvements d'extension et de flexion des orteils, pendant lesquels l'avant-pied est légèrement entraîné.

Les mouvements provoqués ne sont pas plus étendus : il est impossible de distinguer des mouvements dans la tibio-tarsienne ou la sous-astragalienne.

La palpation ne révèle aucun point bien douloureux, sauf au niveau de la région interne, où il existe une petite plaie. Le squelette est directement accessible ; il n'y a aucun œdème de voisinage. Le pied paraît être absolument sec, sans fongosité. Pas de tuberculose greffée sur l'ancien traumatisme.

Depuis le tiers inférieur de la jambe jusqu'à l'interligne de Lisfranc, la peau est pigmentée, ulcérée ; il y a une desquamation très marquée. Les ulcérations sont nombreuses ; la plus grande siège au-dessus de la malléole externe ; elle affecte tous les caractères de l'ulcère calleux avec sa périphérie indurée, épaissie, son fond grisâtre, sanieux ; elle intéresse environ le tiers de la circonférence du membre, sur une hauteur de 10 centimètres.

La jambe est très amaigrie (30 cent. au lieu de 35 cent. du côté sain). Les masses musculaires sont flasques ; il n'y a guère que celles de la loge antéro-externe qui se durcissent pendant les mouvements. Quelques légères varicosités. Pas de ganglions inguinaux.

L'examen de la sensibilité a été pratiqué : il n'a montré aucun changement, sauf au niveau du bord interne du pied, où il existe une légère diminution de la sensibilité à la piqûre. Partout ailleurs, même au voisinage des ulcérations, aucun trouble sensitif (piqûre, chaleur). Sudation exagérée.

Du côté du *pied gauche*, on constate que le dernier orteil présente la déformation classique de l'orteil en marteau. Le fond est dévié de sa direction normale. La voûte plantaire est affaissée : l'axe est brisé en pied plat valgus ; cette attitude résulte sans doute de la surcharge imposée au pied gauche ; depuis l'accident, c'est sur lui surtout que porte le poids du corps.

Au niveau de la partie inférieure du pied gauche, il existe une pigmentation anormale des téguments, relevant de l'existence de varices, peu marquées, du reste.

Le reste de l'examen du squelette est négatif; la colonne vertébrale n'est ni déformée, ni douloureuse; la face, le crâne ne présentent aucune irrégularité. Aucun signe de tabes ou de syringomyélie. Rien aux membres supérieurs et au thorax.

Les urines ne renferment ni sucre ni albumine.

Le diagnostic anatomique des lésions était simple : pied bot varus équin avec phénomènes névritiques consécutifs à un ancien traumatisme du pied.

La pathogénie était plus difficile à suivre dans chaque stade des lésions. Y avait-il eu d'emblée une contusion, un écrasement d'un nerf assez violent pour causer de la névrite ascendante, ou bien la névrite était-elle due à l'englobement ultérieur d'un tronc nerveux dans le col d'une fracture complexe de l'arrière-pied? Cette dernière hypothèse semblait plus vraisemblable, à cause de l'apparition relativement tardive des troubles névritiques, deux ans après le traumatisme initial.

La radiographie ne permit pas de trancher le différend; elle montra seulement que la malléole interne avait sûrement été fracturée, et d'une façon assez peu nette, que tout le squelette de l'arrière-pied était raréfié, en même temps que les contours de l'astragale et du scaphoïde semblaient très élargis.

Quant au *traitement*, il demandait à être discuté dans ses indications et dans sa technique.

Si le pied bot varus équin traumatique ne s'était compliqué d'aucun trouble névritique, l'opération de choix eût été une large tarsectomie modelante, en coin à base externe. Mais le peu de vitalité des tissus eût exposé au sphacèle consécutif des lèvres de la plaie, ainsi qu'on l'a signalé dans plusieurs observations analogues.

Une désarticulation tibio-tarsienne de Syme eût été aussi hasardeuse, car il aurait fallu prendre dans les téguments, relativement indemnes de la plante du pied, un large lambeau

pour recouvrir, par bascule en haut et en avant, la vaste surface ulcérée et calleuse de la jambe.

Néanmoins, nous aurions sans doute tenté une intervention conservatrice, malgré le mauvais état de la peau, des muscles et de l'ensemble des parties molles, si le malade n'avait exigé que l'on choisit le traitement le plus rapide, le plus radical et de l'efficacité la plus certaine.

On eut donc recours, le 3 avril 1903, à l'amputation classique de la jambe au lieu d'élection (méthode circulaire, Patel). Le lambeau postérieur ne se rétracta pas très bien, en raison de l'état dystrophique des muscles de la loge postérieure; le nerf tibial postérieur, gros, œdématié, fut sectionné un peu haut, afin d'éviter un englobement du nerf dans la cicatrice.

Les suites opératoires furent très simples : la réunion par première intention eut lieu au bout de huit jours, et, actuellement, la plaie est entièrement cicatrisée, sans menace de gangrène au niveau de la saillie tibiale.

Examen de la pièce. La dissection du membre amputé montra un épaissement considérable du tissu cellulaire sous-cutané, infiltré et induré. Les muscles de la loge postérieure étaient complètement dégénérés, réduits à des masses jaunâtres, sans substance musculaire contractile; les muscles péroniers étaient dégénérés seulement en partie; les muscles de la loge antéro-externe avaient leur aspect normal. Au niveau du cou-de-pied, les tendons étaient adhérents au tissu osseux; dans la gouttière calcanéenne, au niveau de la voûte plantaire, ils formaient un bloc unique, fixé sur les os voisins.

Le nerf tibial postérieur, à la face postérieure de la jambe, même au-dessus du lieu de l'amputation, était épaissi, infiltré de tissu graisseux; *sa dissection, au niveau de la gouttière calcanéenne, fut des plus laborieuses; il passait sous un véritable pont osseux, auquel il adhérait, et il fut impossible de le suivre dans les parties molles de la plante du pied.*

Le squelette du pied était très friable, se laissait facile-

ment entamer par la rugine et on dut employer la macération pour obtenir la séparation des parties molles.

On put constater alors :

1) Une fracture de la malléole interne ; celle-ci a été sectionnée ou arrachée à la pointe et le fragment inférieur a été reporté en dedans de sa situation normale.

2) L'*astragale* est aplati et comme étalé ; il semble avoir été tassé par pression verticale ; il en est résulté un élargissement notable de l'os en entier ; le corps de l'os est affaissé ; la poulie astragaliennne n'existe plus ; la tête, réduite dans ses dimensions, s'attache directement au corps sans intermédiaire d'une partie rétrécie. Du côté du bord interne de l'os, il existe une forte saillie, qui dépasse la malléole interne et sous laquelle le tibial postérieur passait, serré très fortement entre elle et la face interne du calnéum.

3) Le calcanéum est peu modifié dans sa forme et dans sa consistance ; sa face inférieure est peu déviée par suite du varus du pied, et l'une des facettes vient s'articuler avec la malléole interne.

4) Le scaphoïde est énorme, très élargi, il occupe toute la longueur de l'avant-pied. Il répond à la tête de l'*astragale*, elle-même très hypertrophiée. Le cuboïde est caché au-dessous de lui.

Tous ces os sont réunis par une ankylose partielle. Les synoviales articulaires n'existaient plus ; à leur place se trouvaient des brides fibreuses qui se sont laissées séparer par la macération, mais qui empêchaient tout mouvement.

D'après l'examen de ces pièces, on peut ainsi reconstituer l'histoire du malade : lors du traumatisme initial, il y a eu une fracture de la malléole interne, dont le cal est encore visible, avec écrasement probable de l'*astragale*.

L'explication de la déformation est plus difficile à interpréter ; comme elle est survenue deux ans après l'accident, il faut admettre des troubles trophiques, musculaires et osseux, résultant d'une lésion du tibial postérieur, comprimé sur des saillies osseuses anormales, réalisées par l'écrase-

ment astragalien. C'est un pied bot névritique par écrasement et englobement d'un tronc nerveux.

Le traumatisme initial n'a pas agi directement sur le nerf; il s'est épuisé sur le squelette du cou-de-pied. Et c'est au cours de la réparation des désordres osseux, que peu à peu le tibial postérieur a été pincé entre l'astragale et le calcanéum et a dégénéré.

Un détail digne d'être relevé à cause de sa rareté, c'est l'apparition des troubles trophiques au bout de plusieurs années. Ce fait est à rapprocher des paralysies que l'on a observées longtemps après certaines fractures du coude, par exemple, et qui ont été signalées récemment par A. Broca et ses élèves.

M. DESTOT. Il est curieux dans le cas de M. Bérard de voir les déformations du pied se produire deux ans après; d'autre part, devant l'énorme développement du scaphoïde, on en est à se demander s'il ne s'agit pas là de troubles trophiques nerveux consécutifs. Ce qui semble ainsi dominer, c'est l'altération du pied, du tibia, si bien qu'il est difficile d'établir à l'heure actuelle un diagnostic rétrospectif certain.

M. VALLAS. Je suis d'avis également que le pied bot est d'origine secondaire et dû aux phénomènes nerveux consécutifs à la lésion du nerf tibial postérieur.

Il s'agit en somme d'une fracture par cause directe du tibia et de l'astragale ayant déterminé des lésions de névrite du nerf tibial postérieur. Cet exemple vient à l'appui de l'opinion que j'ai déjà émise ici d'après laquelle, en présence d'une fracture de l'astragale de cette nature, l'ablation de cet os s'impose.

M. BÉRARD. Je reconnais très volontiers le rôle des phénomènes nerveux; mais j'ai pensé qu'il était intéressant de montrer l'ensemble des lésions résultant d'une fracture de l'astragale.

*
* *

UN CAS DE FRACTURE DE LA ROTULE.

M. RIGAL. — Dans les fractures de la rotule en dehors des cas où l'écartement des fragments est peu considérable et ne nécessite que des soins, compressions, massage, immobili-

sation, le traitement de choix consiste actuellement dans le rapprochement direct des fragments après arthrotomie.

Pour l'obtenir et en assurer le maintien, les chirurgiens ont recours à trois procédés répondant chacun à des indications spéciales et sur le mode d'emploi desquels, nous trouvons en outre, des nombreux documents publiés, les renseignements les plus détaillés et les plus précis dans les bulletins de février à avril 1903 de la Société de chirurgie de Paris. Il est admis que la suture osseuse avec fil métallique (procédé Lucas-Championnière) est employée avec avantage quand le volume des fragments est suffisant, qu'il y a peu ou pas d'esquilles ; elle assure une coaptation parfaite et constitue un agent de solidité tel que la marche peut être immédiate ; la souplesse articulaire est précoce et avec elle s'obtient la moindre atrophie constituant une condition favorable du rétablissement fonctionnel. A ce procédé qui a fait ses preuves et s'appuie sur la haute compétence de celui qui le préconise, on peut cependant objecter la difficulté de placer les fils dans certains cas, le danger de provoquer l'éclatement des fragments et l'impossibilité de son emploi en présence de la multiplicité des fragments.

Le cerclage (procédé Berger) ou l'hémicerclage, plus récent (procédé Quenu) sans donner des résultats inférieurs, satisfait à des indications spéciales dont il importe de tenir compte. Il obvie aux inconvénients signalés précédemment et se montre d'une application plus facile, ce qui n'est pas sans importance pour des chirurgiens dont la pratique ne permet pas de compter sur une fréquence de cas à traiter suffisante pour acquérir le coup de main et le coup d'œil nécessaire au perfectionnement.

Malgré les brillants résultats opératoires et thérapeutiques obtenus à l'aide de ces procédés, certains inconvénients subsistent donc, qui leur sont communs et justifient la recherche des perfectionnements dont ils peuvent être susceptibles. En outre des difficultés de leur application il est reconnu que les fils métalliques peuvent se rompre, se relâcher et n'être pas toujours supportés sans dommage ; aussi, pour

certains opérateurs le progrès dans la chirurgie des fractures de la rotule consiste-t-il à ne plus avoir recours aux fils métalliques? Si l'on ajoute à ces inconvénients les dangers et les accidents redoutables auxquels s'exposent par l'intervention sanglante des mains inexpérimentées, il n'est pas étonnant que chacun cherche à s'en affranchir en ayant recours à des moyens plus simples s'ils sont suivis de résultats équivalents. Aussi voyons-nous un certain nombre de chirurgiens de plus en plus disposés à abandonner les méthodes précédentes pour la suture au catgut des tissus fibro-périostiques et juxtarotuliens.

Dans un article de la *Revue de Chirurgie*, de 1899, M. Vallas préconise ce mode de traitement dont il décrit minutieusement le manuel opératoire. Employée seule, dit ce chirurgien, la suture des plans fibreux juxtarotuliens est supérieure à la suture osseuse, puisque, outre la réparation des déchirures fibreuses latérales, elle peut donner par surcroît un cal fibreux très serré et même un cal osseux. De ce fait l'opération est simplifiée en donnant d'une façon constante des résultats excellents au point de vue fonctionnel.

Dans l'observation suivante, nous avons cherché à réaliser dans la pratique les préceptes tirés de ces renseignements.

Le nommé X..., 14^e section d'infirmiers, en traitement à l'hôpital militaire de Villemanzy, pour bronchite suspecte, tombe en se balançant au trapèze, le 23 février, veille de sa sortie de l'hôpital pour se rendre en convalescence, sur le genou gauche, et dans sa chute se fracture la rotule.

A l'examen on constate un gonflement assez notable de l'articulation, la douleur est vive, le point contus au niveau de la portion moyenne de la rotule est le siège d'une ecchymose assez marquée; la fracture transversale s'est produite au lieu d'élection; l'écartement des fragments est manifeste et de plus de deux centimètres. On constate la présence de trois fragments: le supérieur est le plus volumineux; de l'inférieur, qui a un diamètre moindre, se détache à son angle supéro-interne, un troisième fragment beaucoup plus

petit. Ils sont facilement mobilisés l'un sur l'autre. Le membre enveloppé d'un pansement légèrement compressif est placé dans une gouttière. T. S. 38°.

Le lendemain 24, le gonflement est plus marqué, l'articulation est le siège d'une hémarthrose qui distend fortement la capsule, les mouvements sont très douloureux. Il semble que l'écartement des fragments se soit légèrement accru, l'index y est facilement logé. T. 37°,5. Le malade, très intelligent, est éclairé sur sa situation ; les avantages et les inconvénients d'une intervention sanglante sont portés à sa connaissance. Il se décide pour l'opération qui est décidée pour le lendemain matin.

24 février. Après un nettoyage antiseptique aussi complet que possible du champ opératoire, sans anesthésie en raison des lésions suspectes des sommets et de sa bronchite récente, incision en fer à cheval de la peau au-dessous du niveau du trait de fracture.

Par le lavage intra-articulaire à l'eau bouillie, de nombreux et volumineux caillots sont détachés ; nettoyage soigné de la tranche osseuse des fragments ; le troisième fragment est si petit qu'il est détaché complètement et extirpé. L'hémostase est assurée par torsion de fines artérioles.

Les fragments rapprochés s'engrènent avec facilité ; leur coaptation parfaite est maintenue par le refoulement forcé de l'un contre l'autre et l'application de trois points de suture au catgut sous-périostique ; trois autres points sont placés de chaque côté de la rotule pour réunir les déchirures des tissus fibreux périrotuliens.

Suture de la peau aux crins de Florence ; un drain sous-cutané est placé à l'angle externe. Pansement antiseptique légèrement compressif, attelle plâtrée.

Le 28 février le drain, et le 6 mars les fils de suture de la peau sont enlevés.

A dater du 15 mars, la plaie étant cicatrisée, sont commencés le massage des muscles et la mobilisation passive. Vers la fin du mois, les mouvements passifs de flexion de l'articulation se produisent parallèlement avec les mouve-

ments d'extension provoqués. A la date du 15 avril la guérison est complète, le malade peut monter les escaliers, bien que la flexion du genou soit encore limitée à l'angle droit.

Tout d'abord dans le cas précité se posait la question de l'intervention sanglante, car étant donné les indications fournies par l'état du sujet, on pouvait se demander s'il ne rentrait pas dans la catégorie de ceux dont le mauvais état général était une contre-indication au traitement opératoire de la fracture. Notre infirmier, de constitution assez chétive, était convalescent de bronchite suspecte ; on constatait de la toux, de la rudesse respiratoire avec une légère induration des sommets et nous pouvions redouter chez lui les conséquences d'une localisation nouvelle dont on aurait peut-être pu rendre l'opération sinon l'opérateur responsable. Je pensai néanmoins que l'abstention serait plutôt nuisible, quelle pourrait favoriser la genèse des complications redoutées et que, somme toute, la meilleure thérapeutique devait être celle qui tendrait à rétablir le plus tôt possible et dans les meilleures conditions le fonctionnement de l'articulation. Avec l'assentiment du malade, nous nous décidâmes pour l'intervention chirurgicale.

Le procédé adopté fut celui qui nous semblait offrir le plus de facilité et de rapidité dans l'exécution. Le souvenir d'un cas où nous nous trouvâmes assez mal d'avoir eu recours aux fils d'argent et qui se termina par une semi-ankylose, joint à la nécessité d'une intervention rapide dans le cas particulier, nous fit donner la préférence à la suture au catgut des seuls tissus fibreux ; le résultat acquis, et qu'il est facile de constater sur le sujet, nous semble favorable ; la conformation du genou est absolument normale, il est impossible de retrouver la trace du trait de fracture ; et les mouvements de l'articulation s'exécutent sans frottement ni douleur.

Séance du 28 Mai 1903.

Présidence de M. GAYET.

—
M. VILLARD, secrétaire, lit le procès-verbal de la précédente séance.
Adopté.

*
* *

TRAITEMENT DE L'EMPYÈME.

M. CLAUDOT lit, au nom de M. Debrie, un mémoire sur cinq cas d'empyème traités et guéris par l'incision simple et les lavages de la plèvre.

M. CLAUDOT. — L'auteur conclut à l'innocuité absolue (?) et à l'utilité des lavages pleuraux après l'opération de l'empyème, recommandant même de les renouveler quotidiennement pendant huit à quinze jours. Liquide adopté : permanganate de potasse à 2‰.

Il apporte à l'appui cinq observations de pleurésie purulente et métapneumonique (l'examen bactériologique n'a pas été fait) par conséquent relativement bénignes, de plus assez récentes, incisées entre le huitième et trentième jour, en moyenne dans le troisième septenaire. D'ailleurs chez tous les sujets l'épanchement était abondant, l'un des cas même était grave et assez menaçant (observation IV), deux autres (observation V) ont présenté des phénomènes de rétention et il existait chez le second un abcès enkysté interlobaire, qui fut ouvert secondairement par effraction.

Durée moyenne du séjour à l'hôpital, quatre à cinq semaines, au maximum deux mois, et l'on doit tenir compte de ce que nous gardons les militaires à l'hôpital jusqu'à guérison complète. Chez les cinq sujets, guérison absolue sans fistule. Rétablissement complet des fonctions et de l'aptitude au travail, sans déformation thoracique. Tous les malades ont été revus au moins un an, deux fois deux ans et les autres quatre et douze ans après la sortie de l'hôpital ; ils étaient en parfaite santé et avaient repris leurs occupations antérieures.

En somme les résultats sont très satisfaisants et dignes d'être enregistrés. Ce n'est pas à dire pour cela que les lavages, pour utiles qu'ils soient (mais non indispensables) dans quelques cas, ne présentent pas de graves dangers, surtout quand on les renouvelle. Passe encore le jour de l'incision où généralement on a affaire à une plèvre épaissie, doublée de pseudo-membranes ou de pus concret et dont les filets nerveux sont enfouis sous une couche protectrice et réagissent sans doute plus difficilement. Mais au cours de la cure et d'autant plus qu'on s'éloigne d'avantage du jour de l'opération et que la plèvre a repris avec son élasticité et sa vascularité, une susceptibilité exaltée par l'inflammation, toute injection, toute irritation peut provoquer des réflexes tumultueux et très redoutables. Et une longue accoutumance ne garantit nullement contre leur apparition.

J'ai par devers moi une observation ancienne, remontant à 15 ans, très démonstrative à cet égard. Chez un sujet que j'avais opéré d'empyème plusieurs mois auparavant et chez qui les dimensions de la cavité et la lenteur de la rétention m'avaient porté à examiner l'opportunité de l'intervention de Létievant-Estlander, j'avais obtenu, en fin de compte, une rétraction progressive de la cavité purulente, mais je pratiquais encore suivant la méthode généralement suivie à cette époque (1888) des lavages légèrement antiseptiques à chaque pansement, c'est-à-dire une fois ou deux par semaine. Or, sans aucune effraction apparente, il survint un beau matin, au cours d'un lavage, une véritable attaque épileptoïde, très

violente et mouvementée, suivie de syncopes répétées dont j'eus grand'peine à tirer mon malade. Il guérit d'ailleurs sans autre incident quelques semaines plus tard et je me gardai bien de refaire aucun lavage.

Depuis lors, j'ai complètement renoncé à tout lavage de la plèvre; c'est là, je crois, la pratique actuelle de presque tous les chirurgiens, et je ne pense pas que le mémoire, très intéressant d'ailleurs, de M. Debrie, la leur fasse changer.

Sur un point, toutefois, je suis parfaitement d'accord avec l'auteur; c'est que, dans les cas simples, la résection même d'une seule côte, n'est nullement indispensable. Ceci est affaire d'indications, et la majorité des chirurgiens français — à la différence des allemands — pensent de même.

*
* *

DONNÉES DE LA RADIOSCOPIE DANS LES EMPYÈMES CHRONIQUES.

M. DESTOT. — Le traitement des empyèmes chroniques a donné naissance à des méthodes chirurgicales bien différentes quoique concourant au même but.

Les unes tendent à mobiliser la paroi thoracique en désosant la paroi et en appliquant le volet dans la cavité de l'empyème. Opération de Létievant-Estlander, de M. Scheede, en enfonçant dans la cavité le volet contenant encore les côtes. Opération de Quénu, désternalisation de Jaboulay, section de l'angle costal de Boiffin.

Les autres cherchent à décortiquer le poumon (opération de Delorme, à le suturer au volet ostéo-plastique (opération de Gassi). Enfin les méthodes sont associées et combinées et portent à la fois sur la paroi et le poumon.

Tous ses efforts tendent à combler la cavité de l'empyème et nous ne voulons pas les analyser ici. Il suffit de donner les résultats suivants et de les comparer.

Sur 135 cas de résection costale réunis par Zuppinger, on trouve :

| | | | |
|------|---|-------|-------------------------------|
| 36,3 | % | ..... | guérisons. |
| 20 | — | ..... | améliorations. |
| 3 | — | ..... | résultats nuls. |
| 20 | — | ..... | morts, dont 6 de tuberculose. |
| 1 | — | ..... | douteux. |

Sur 56 cas, dont 31 étaient favorables et 25 mauvais, Garré donne comme résultat de la décortication :

| | | | |
|------|---|-------|----------------|
| 35,7 | % | ..... | guérisons. |
| 19,7 | — | ..... | améliorations. |
| 33,9 | — | ..... | rien. |
| 10,7 | — | ..... | morts. |

Delorme indique 30 à 40 % bons résultats.

| | | | |
|---------------------------|----|-----|----------------------|
| Cestan, sur 28 cas, donne | 13 | cas | dilatation complète. |
| — | 2 | — | dilatation passable. |
| — | 13 | — | dilatation nulle. |

Ce qui fait :

| | | | |
|------|---|-------|----------------|
| 40,7 | % | ..... | guérisons. |
| 11,1 | — | ..... | améliorations. |
| 35 | — | ..... | rien. |
| 14,8 | — | ..... | morts. |

Sur 6 tuberculeux : 4 morts ; 2 améliorations.

Enfin la statistique de Fowler portant sur 30 cas, donne :

- 17 guéris ;
- 9 non guéris ;
- 3 morts ;
- 1 douteux.

Malheureusement tous ces chiffres ne renseignent que d'une façon approximative sur la valeur de deux procédés, et on sait combien les cas d'empyème varient suivant leur étiologie, leur nature et des conditions anatomiques mal définies.

Toutefois, la méthode de Delorme a l'avantage de donner des renseignements sur certains points précis, à savoir la valeur physiologique du poumon.

Ainsi, sur 27 cas la décortication a été possible 21 fois, et 6 fois impossible, et ces chiffres démontrent que l'idée de Cornil se réalise le plus souvent, puisque c'est cet anatomo-pathologiste qui a indiqué le premier la possibilité de la décortication.

De même, dans 29 cas, l'opération de Delorme a permis de constater que 13 fois on observa une dilatation pulmonaire immédiate, dans 9 cas la dilatation fut progressive, et dans 7 cas le poumon resta atélectasié.

A Lyon, l'opération de Delorme a été peu pratiquée : 1 cas de Siraud, 2 de Gangolphe, 1 de Pollosson, 1 de Jaboulay forment tout le bilan. Les chirurgiens n'ont pas eu à se louer de cette opération qui est très grave et présente des difficultés souvent insurmontables.

Le nombre et la qualité des cas auxquels elle s'applique sont extrêmement restreints. Aussi si j'ai rapporté les chiffres précédents, ce n'est pas pour faire un parallèle forcément faux, puisque les cas ne sont pas comparables, non plus pour tirer des chiffres des indications de gravité, car si on publie les cas heureux, il n'en est pas de même des succès, et de l'aveu des chirurgiens qui ont essayé l'opération de Delorme, la gravité de l'acte opératoire est beaucoup plus grande que ne l'indique les chiffres.

Je veux seulement montrer qu'il est possible de décortiquer le poumon, et que quelquefois la coque des fausses membranes séquestre un organe relativement sain.

Ces deux données fournies par l'opération de Delorme ne sont pas constantes, et il est de plus regrettable qu'on ne les constate que le bistouri à la main.

Il est certain, sans qu'on sache d'ailleurs pourquoi que dans certains cas la décortication est impossible, et d'autre part dans certains cas, malgré la décortication, le poumon ne se dilate pas. La radioscopie permet de formuler à l'avance quelques indications précises sur l'état du poumon et sur la fixation. On sait que lorsque la pleurotomie est faite on aperçoit à l'écran un grand espace clair rempli d'air, et collé contre la colonne vertébrale, le poumon noir revenu sur lui-

même. On sait aussi que quand le cœur est refoulé en ectopie droite ou gauche, son retour brusque et rapide, soit après la pleurotomie, soit après la ponction, n'est pas observé généralement ; le retour est, la plupart du temps, progressif et lent, et la mort subite que l'on rattache à un brusque retour du cœur est surtout une hypothèse qui manque de vérification.

Mais lorsque le retour du cœur ne se produit pas, alors que les causes de compression ont cessé, on peut considérer la fixation en ectopie comme un signe d'épaisseur et de solidité des adhérences, et si l'opération de Delorme réduite à de simples incisions et accompagnées du procédé de résection costale a quelques indications, elle doit les tirer de l'examen radioscopique d'une part et de la persistance de fistules et d'écoulements que la pleurotomie, accompagnée ou non de thoracoplastie n'aurait pas réussi à tarir.

M. GAYET. Je me demande ce que l'on entend par tendance spontanée du poumon à se dilater. Lorsque le vide pleural n'existe pas, l'élasticité du poumon ne peut tendre qu'à rétracter cet organe. C'est l'adhérence à la paroi par ce vide pleural qui seule peut communiquer au poumon les mouvements d'expansion de cette paroi.

Personnellement, je me suis beaucoup occupé de la question à un moment où, bien avant tout autre chirurgien, j'avais proposé les larges résections thoraciques dans le traitement des empyèmes chroniques. J'avais eu à traiter un jeune homme victime de l'accident suivant : il descendait à cheval sur une rampe d'escalier qui au lieu de se terminer comme d'ordinaire par une boule ne présentait que la pointe aiguë destinée à porter cette boule ; il vint s'embrocher sur cette pique qui pénétra dans la poitrine et provoqua un pneumothorax. Je pus remarquer que le poumon très rétracté ne se dilatait que par l'obturation de l'orifice au moment de l'inspiration ; le vide pleural étant ainsi rétabli partiellement, le tampon obturant étant enlevé au moment de l'expiration, l'air sortait en sifflant.

A ce propos, je fis des expériences à l'école vétérinaire ; je vis, chez une vache, qu'en faisant une petite incision à la paroi thoracique, on pouvait suivre à travers la plèvre intacte les mouvements de va-et-vient du poumon ; une petite boutonnière à cette plèvre ne troublait en rien la fonction. Mais il suffit de repousser à travers cette boutonnière le poumon pour amorcer le pneumothorax ; immédiatement le poumon se rétracta vers la colonne vertébrale.

Je serais très heureux que M. Destot me fournisse quelques explications sur l'opération de Delorme et sur ses résultats.

M. DESTOT. Delorme, après avoir taillé un large volet thoracique, incise les fausses membranes, décortique le poumon, et c'est à ce moment que l'expansion se produit si l'organe n'est pas trop altéré. Cette expansion au travers des adhérences est un fait observé dans un assez grand nombre de cas, 22 fois sur 29 opérations.

Je ne crois pas qu'il faille espérer beaucoup dans les empyèmes chroniques, de l'oblitération digitale intermittente de la plaie, préconisée par M. Gayet, je lui préférerai l'emploi d'un siphon permanent, procédé utilisé, je crois avec succès, également par M. Gayet.

M. GOULLIoud. J'ai employé une fois le procédé de Delorme, la décortication du poumon s'est faite facilement et s'est accompagnée d'une expansion très notable; le malade a guéri, et j'ai gardé de cette opération une bonne impression.

M. RUOTTE. J'ai communiqué ici même une observation heureuse de l'opération de Delorme; après décortication du poumon, j'ai parfaitement constaté l'expansion pulmonaire. Le malade est mort longtemps après, et j'ai pu vérifier la complète dilatation du poumon.

M. VILLARD. M. Gayet demandait tout à l'heure pourquoi l'expansion pulmonaire se produisait après la décortication, alors que l'aspiration pleurale n'existait plus. En réalité, ce n'est pas le vide pleural qui produit l'expansion du poumon rétracté contre le rachis, c'est l'insufflation de l'organe par le poumon sain, et en fait l'expansion se produit dans les mouvements d'expiration et dans les efforts de toux. La dilatation ne se produira, il est vrai, que lorsque le parenchyme pulmonaire sera resté sain, les poumons tuberculeux ne peuvent se dilater; je considère donc les recherches de M. Destot comme très intéressantes si elles nous permettent de savoir d'avance l'état d'expansibilité du poumon et de prévoir aussi le résultat de l'opération de Delorme.

M. GAYET. Je suis satisfait d'avoir provoqué ces explications. Il paraît en effet indiscutable que le poumon, s'il a été rétracté au delà de son élasticité propre par les adhérences qui l'ensserrent, tend à se dilater spontanément dès qu'on a incisé cette coque.

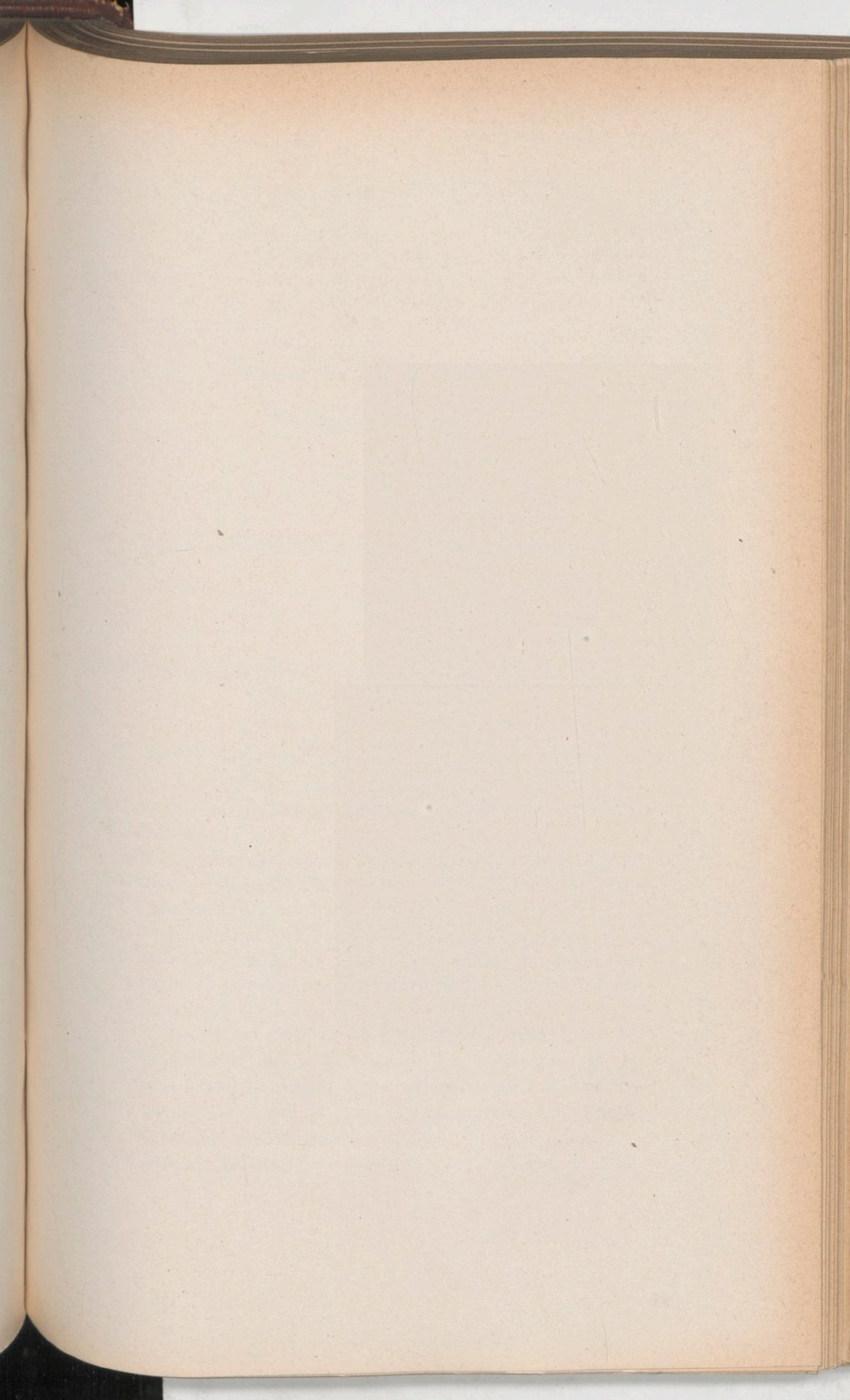
Il est non moins certain que pour aider à cette expansion et attirer le poumon vers la paroi on peut avoir avantage à se servir de l'aspiration continue. J'ai utilisé ce procédé, comme on vient de le rappeler, chez un enfant atteint d'empyème chronique avec forte déformation thoracique. Au moyen d'un appareil à double réservoir dont l'un se vidait dans l'autre et vice versa, j'ai guéri cet enfant; les déformations se sont corrigées, et il est devenu un vigoureux jeune homme, ainsi qu'en témoignent les photographies prises avant et après le traitement.

M. DESTOT. Je désire insister sur ce que M. Villard a dit de l'insufflation du poumon malade par le poumon sain; c'est là en effet le méca-

nisme de l'expansion pulmonaire après la décortication. Je suis d'avis qu'avant de tenter une opération, il faut faire faire aux malades des séances de gymnastique pulmonaire pour lutter contre la rétraction des adhérences en leur recommandant de faire des efforts d'expiration forcée après oblitération des narines. Colrat avait observé dans son service d'enfants que les empyèmes guérissaient beaucoup plus rapidement chez ceux de ses malades qui étaient atteints de coqueluche, les quintes de toux favorisant l'ampliation du poumon. Il faut donc recommander aux malades une gymnastique expiratoire spéciale, et en contrôlant par la radioscopie ces manœuvres d'expiration forcée, on voit s'éclairer le moignon pulmonaire, c'est là un précieux renseignement. J'ai pu constater chez un malade de M. Villard la réalité de ces considérations.

M. VALLAS. Le malade auquel M. Destot a fait allusion était atteint de pyo-pneumothorax tuberculeux, la radioscopie avait démontré l'inextensibilité du moignon pulmonaire, une résection pariétale extrêmement étendue lui a permis de voir le poumon, aplati, tuberculeux et inextensible. Les lésions tuberculeuses sont une contre-indication formelle à l'opération de Delorme.

Le Gérant, D^r VALLAS.



Séance du 4 Juin 1903.

Présidence de M. GAYET.

—
M. VILLARD, secrétaire, lit le procès-verbal de la précédente séance.
Adopté.

*
* *

A PROPOS DU TRAITEMENT DE L'EMPYÈME ET DES RÉSULTATS DE LA RADIOSCOPIE.

M. DESTOT fait remarquer qu'en Suisse et en Allemagne, Revillot, Bard, Perth, emploient l'aspiration continue, non pas telle que Revillot l'a décrite au Congrès de Bordeaux, mais très simplifiée.

Il était intéressant de constater de visu les effets de cette aspiration, qui, pour être tolérée exige d'être lente, graduelle et d'une si faible hauteur de chute que l'on demeure très frappé de la sensibilité des cavités de l'empyème et de leur facile congestion. Ce sont les recherches nouvelles que j'ai poursuivies avec le concours dévoué de M. Violet, interne des hôpitaux.

Il résulte de la pratique de MM. Revillot et Bard, que les malades accusent des malaises pour des aspirations qui ne dépassent pas 0,80 d'eau. Nous avons constaté dans différents cas que la cavité de l'empyème diminuait sous l'aspiration. Le fait est important à noter.

Le malade est angoissé, souffre, a des vertiges, et tom-

berait en syncope si l'aspiration était plus forte. Ce traitement des empyèmes par l'aspiration continue donne d'ailleurs de très bons résultats.

Quant aux résultats de Delorme, on peut se demander si les militaires jeunes, opérés de bonne heure, ne sont pas dans de meilleures conditions que les civils qui comprennent de vieux empyèmes souvent très bien tolérés, et qui se présentent dans des conditions d'âge et de résistance très différente.

M. DURAND. Puisque la question est posée, il est nécessaire, je crois, de bien la préciser. S'agit-il en ce moment d'empyème avant la pleurotomie ou après celle-ci ? s'agit-il d'empyèmes infectieux ou d'empyèmes tuberculeux. Vis-à-vis des pleurésies infectieuses, on peut encore s'entendre, mais vis-à-vis des tuberculeuses, on ne sait trop que faire. J'ai en ce moment deux malades atteints d'un empyème tuberculeux, qui constitue un véritable abcès froid pleural sans infection surajoutée, évoluant chez deux hommes atteints de tuberculose fibreuse bénigne. Je ne sais trop quoi faire, et me borne en ce moment à des ponctions évacuatrices suivies d'injections d'air.

M. DESTOT. Il est bien évident qu'il ne s'agit pas des empyèmes tuberculeux, pour lesquels tous les auteurs sont d'accord pour ne pas pratiquer la décortication. D'une part parce que les adhérences et scléroses pulmonaires sont souvent les premières en date. La décortication est impossible et de plus nuisible, en raison du coup de fouet donné aux lésions pulmonaires et d'autre part quand il s'agit d'une tuberculose pleurale primitive, la décortication n'amène qu'une infection plus rapide du sujet.

Sur 6 cas, on donne 4 morts et 2 cas nuls.

Les observations que j'ai faites s'adressent à une petite catégorie de faits que la radioscopie permet de préciser et qui n'ont été guéries ni par la pleurotomie simple, ni par la thoracoplastie. Estlander ou Scheede, qui restent toujours les opérations de choix.

* *
*

AMPUTATION TOTALE DU RECTUM PAR VOIE ABDOMINO-PÉRINÉALE.

M. GOULLIoud présente, guérie, la femme à qui il a fait une amputation totale du rectum par voie abdomino-péri-

néale et dont l'observation a été relatée dans la séance du 12 mars 1903. A ce moment la malade présentait un double anus artificiel : un anus sus-pubien, établi en pleine occlusion intestinale, sur l'extrémité inférieure de l'intestin grêle, et un anus iliaque qui représentait l'extrémité de l'S iliaque sectionnée lors de l'amputation du rectum. Actuellement ce seul anus persiste, l'autre s'étant guéri spontanément. M. Goullioud est tellement persuadé du moindre désagrément de cet anus iliaque du gros intestin, qu'il vient d'établir cet anus secondairement chez un homme à qui il avait, trois semaines auparavant, fait l'amputation du rectum suivant la méthode de Lisfranc.

M. VALLAS. Relativement à l'anus iliaque, la question est jugée, et depuis longtemps M. Pollosson a démontré tous les avantages de ces anus.

Pourquoi M. Goullioud a-t-il fait un anus médian et sur une anse grêle, a-t-il été conduit là par l'idée de la laparotomie exploratrice. Je crois qu'une incision latérale gauche suffit à explorer le bassin d'une façon satisfaisante et permet en même temps le meilleur des anus.

Il a actuellement dans son service une malade qui s'est présentée avec des phénomènes d'obstruction dus à un cancer sigmoïdo-rectal et qui, en même temps, offrait des symptômes d'infection du côté de la cloison recto-vaginale et de la rétention d'urine par compression. Une incision fut faite sur la région iliaque pour créer un anus contre nature et explorer l'intérieur du bassin. Par cette laparotomie latérale, il a pu voir ce qui se passait d'une façon très suffisante. Il y avait eu perforation du cancer rectal, déterminant dans le Douglas une grosse collection suppurée qu'il dut évacuer par colpotomie postérieure. L'intestin s'est drainé par le vagin et il n'a pas eu à ouvrir l'S iliaque fixée. La laparotomie latérale a donc répondu aux deux indications : 1° l'exploration du bassin ; 2° établir un anus iliaque au meilleur point.

M. CONDAMIN. Pourquoi s'éloigner du bord des droits, il semble que les fibres musculaires des droits peuvent jouer le rôle de sphincter que ne peuvent remplir les aponévroses.

M. VALLAS. La ligne de découverte du gros intestin est à droite comme à gauche le bord externe des droits.

Quant à constituer un sphincter avec des muscles abdominaux, il n'y faut pas songer, et cela aussi bien pour une bouche intestinale que gastrique ou vésicale, tous les procédés qu'on a imaginés suivant cette donnée n'ont fourni que des insuccès.

M. GOULLIoud a voulu parler de trois opérations :

1^o La malade qu'il vient de présenter était en occlusion ; il l'a opérée d'urgence, sans diagnostic précis du siège de la tumeur, il était donc conduit à la laparotomie médiane plus exploratrice. Il aurait mieux valu sans doute amener l'S iliaque à la plaie, les conditions cliniques ne l'ont pas permis ; il l'a fait, du reste, dans un autre cas où il a pu faire sur l'S iliaque un anus médian ;

2^o Pour attaquer directement la tumeur dans sa seconde opération, il a cherché à se rapprocher le plus possible de la ligne médiane pour y voir plus clair ;

3^o Pour l'autre malade, il a fait d'abord l'opération de Lisfranc et n'a établi son anus que secondairement, parce que le malade se plaignait vivement de l'incontinence de son anus périnéal. L'anus iliaque a donné dans ce cas beaucoup plus de satisfaction au malade que l'anus périnéal établi dans la première opération.

*
* *

DEUX OBSERVATIONS D'OBSTRUCTIONS CALCULEUSES DU CHOLÉDOQUE.

M. LAGOUTTE. — J'ai eu récemment l'occasion d'intervenir chirurgicalement chez deux malades atteintes de lithiase biliaire avec obstruction du cholédoque, dont voici les observations :

*
* *

OBS. I. — M^{me} B..., du Creusot, âgée de 42 ans, ne présente aucun antécédent pathologique intéressant. Elle a été réglée à 15 ans, s'est mariée à 21 ans et a eu 5 enfants dont 2 jumeaux. Dès sa seconde grossesse, elle a commencé à souffrir de l'estomac. Il y a cinq ans, elle fut atteinte de crises abdominales douloureuses qui, depuis, se reproduisent de plus en plus fréquemment. Bien qu'elle n'eût pas d'ictère, les médecins qui la soignaient qualifièrent ces crises de coliques hépatiques. Au mois de décembre 1901, la situation empira. Aux crises douloureuses, vinrent s'ajouter de la fièvre et des frissons. Les digestions devinrent de plus

en plus pénibles, de l'ictère apparut qui depuis ne fit que s'accroître.

Quand la malade vient consulter, en novembre 1902, elle présente tous les signes de l'obstruction complète du cholédoque : ictère intense, coloration générale vert-foncé des téguments, matières fécales décolorées, pigments biliaires abondants dans les urines. De plus en plus, la malade se plaint de douleurs continues dans la région sous-hépatique. Elle s'alimente à peine; l'amaigrissement est considérable.

Le diagnostic d'obstruction calculuse du cholédoque s'impose en raison des symptômes et de l'histoire pathologique de la malade.

L'intervention chirurgicale est proposée et acceptée.

3 novembre. Laparotomie latérale sur le bord externe du grand droit de l'abdomen complétée par une incision transversale perpendiculaire à la première et sectionnant le grand droit. On trouve assez facilement la vésicule qui est petite, atrophiée, rétractée sur les calculs que l'on sent à son intérieur. Ceux-ci se perçoivent sur tout le trajet du cystique et dans le cholédoque. Après isolement avec des compresses, incision de la vésicule sur sa face inférieure. Puis des pinces sont placées sur les lèvres de l'incision vésiculaire pour attirer l'organe au dehors et on prolonge, de proche en proche, la section des voies biliaires sur le cystique à l'aide de pinces mises progressivement sur les lèvres de l'incision du canal; 12 calculs sont ainsi extraits tant de la vésicule que du cystique. Le doigt introduit dans l'hiatus de Winslow sent encore une grosse masse dure située dans la première partie sus-duodénale du cholédoque. Il est facile, avec des pinces amarrées sur l'incision du cystique, d'attirer un peu la masse calculuse, puis de prolonger sur elle l'incision des voies biliaires jusque sur le cholédoque. Avec des ciseaux courbes qu'on cherche à faire passer en arrière des calculs, on arrive à luxer deux volumineuses concrétions, la plus grosse du volume d'une petite noix. La bile s'écoule alors avec abondance dans la plaie. Il n'est pas pratiqué de suture des voies biliaires incisées; on place un gros drain entouré

de mèches de gaze qui isolent et drainent méthodiquement l'espace sous-hépatique.

Dès le lendemain, l'ictère s'atténue. La première selle est colorée; le drainage est enlevé au cinquième jour. Rapidement la plaie se cicatrise, la fistule biliaire s'oblitère et la malade peut quitter l'Hôtel-Dieu le 4 décembre, un mois après l'intervention, complètement guérie.

Actuellement, 25 mai 1903, la guérison se maintient absolue.

*
* *

OBS. II. — C..., Claudine, 37 ans, a joui d'une excellente santé pendant toute sa jeunesse. Réglée à 16 ans, mariée à 19 ans, a eu successivement 7 enfants, un tous les deux ans.

La malade a commencé à se plaindre de l'estomac après son premier accouchement. Depuis lors, elle a toujours eu des troubles digestifs et des douleurs dans la région épigastrique.

En août 1901, crise violente de coliques mais sans ictère. Depuis cette époque, digestions de plus en plus pénibles, vomissements bilieux très fréquents, mais jamais de coloration ictérique des téguments.

La malade entre en septembre 1902, à l'Hôtel-Dieu du Creusot, se plaignant de douleurs continuelles d'estomac et de ne pouvoir plus tolérer aucune alimentation à cause des vomissements répétés.

A l'examen, on remarque au-dessous des fausses côtes droites, dans la région de la vésicule biliaire, une tumeur dure, mobile, douloureuse au toucher.

Diagnostic : Cholécystite calculuse.

Opération le 12 septembre 1902 : Laparotomie latérale sur le bord externe du droit. On tombe sur une grosse vésicule à parois épaisses et bourrée de calculs. Elle est adhérente au côlon et à la face inférieure du foie. On la libère partiellement, puis on la ponctionne. Il s'écoule un liquide clair, filant. La tumeur est incisée; les parois scléreuses sont épaissies (1/2 centim.), on en extrait 90 calculs à facettes dont le volume varie de celui d'une tête d'épingle à celui d'un

gros pois. Le pôle supérieur de la vésicule est réséqué et les parois suturées d'abord au péritoine par un plan séro-séreux, puis au plan musculo-aponévrotique.

Suites opératoires simples. Les premiers jours après l'opération, il ne s'écoule de la vésicule que du liquide muqueux, puis au bout de huit jours, un peu de bile. La malade quitte l'Hôtel-Dieu le 25 octobre, conservant une fistule qui le plus souvent laisse suinter uniquement du mucus et de temps en temps un peu de bile.

Au point de vue fonctionnel, le résultat est parfait, les vomissements et les douleurs ont disparu; la malade s'alimente bien.

Cet état se maintient pendant plusieurs mois, puis, peu à peu, la fistule laisse suinter une quantité plus grande de bile. Elle se rétrécit, s'oblitére de temps à autre, puis se rouvre. De vives douleurs surviennent quand le petit orifice est bouché. En même temps, la malade remarque que ses selles se décolorent.

M^{me} C..., qui avait quitté le Creusot pour aller habiter Charolles, est renvoyée à l'Hôtel-Dieu, en mai 1903, par son médecin, le D^r Frarier, qui juge une autre intervention nécessaire.

Quand elle arrive, la fistule est oblitérée depuis trois jours, mais les douleurs sont vives. Les matières sont tout à fait décolorées; il existe un peu d'ictère; les urines sont chargées de pigments.

Diagnostic : Un calcul resté enclavé dans le cystique, lors de la première intervention, a peu à peu passé dans le cholédoque, ouvrant les voies biliaires accessoires, mais oblitérant les vois principales.

Opération le 4 mai : L'orifice de la fistule est circonscrit par une incision qui détache une collerette cutanée avec laquelle on oblitére l'orifice par deux ou trois pinces hémostatiques. Puis, haut et bas, on continue l'incision dans la cicatrice ancienne. Le péritoine est ouvert et la laparotomie laisse en dehors d'elle la vésicule qui reste adhérente par son côté externe à la paroi.

Au lieu de retrouver la vésicule épaisse de 1/2 cent. et plus de la première intervention, on tombe, au contraire, sur une vésicule à parois minces, souples, présentant l'aspect bleuâtre habituel. Pour arriver sur le cholédoque, on est forcé de brancher une incision perpendiculaire en dedans de la première. Le doigt introduit dans l'hiatus de Winslow sent et amène en avant des calculs ; il est impossible de leur faire franchir le cystique malgré les efforts faits pour les ramener en arrière. Le cholédoque est incisé sur le calcul dans sa portion sus-duodénale, dans une étendue de 1 cent. 1/2 environ, et deux calculs du volume d'une petite noisette sortent par l'incision.

Suture du cholédoque par quatre points à la soie. Gros drain et mèches drainant méthodiquement l'espace sous-hépathique.

Suites simples : Dès le lendemain, selles colorées, disparition de l'ictère.

Ablation du drainage le cinquième jour ; la bile qui souille abondamment le pansement sort uniquement par l'incision du cholédoque et par la plaie. La fistule vésiculaire ne laisse suinter que du mucus.

Très rapidement, la voie de drainage devient imperméable à la bile et s'oblitère. La fistule vésiculaire laisse à son tour sortir le liquide biliaire pendant quelques jours. Enfin, le 24 mai, cette fistule s'oblitère à son tour et la guérison est complète.

*
* *

Les points intéressants à signaler dans ces deux interventions pour obstruction calculeuse du cholédoque me semblent être les suivantes :

Dans le premier cas, la grande facilité opératoire obtenue par l'incision large et de proche en proche des voies biliaires attirées peu à peu dans la plaie par des pinces mises progressivement sur les lèvres de l'incision, et la guérison rapide sans aucune tentative de restauration avec simplement un large drainage.

Dans le second cas, il s'agissait d'une lithiase vésicu-

laire avec calculs nombreux (90) ; elle fut traitée par la cholécystostomie avec résection partielle de la vésicule. Secondairement, des calculs probablement enclavés dans la cystique et l'oblitérant ont passé dans le cholédoque et l'ont oblitéré à son tour au lieu de venir faire issue au dehors de la fistule vésiculaire.

Cette observation plaide, au moins dans le cas particulier, peut-être, en faveur de la cholécystectomie primitive qui n'eût pas laissé passer inaperçus les calculs du cystique, ou plutôt encore de l'incision des voies biliaires comme dans le cas précédent, alors même que la lithiase semblait limitée à la vésicule ou aux voies biliaires accessoires.

*
**

OBSERVATION D'UNE TUMEUR CÉRÉBRALE AVEC ESSAI DE DÉCOMPRESSION PAR UNE PONCTION RACHIDIENNE.

M. GAYET. — Le 1^{er} avril 1903, s'est présentée à la consultation gratuite une fille de 30 ans, de haute stature et d'une apparence vigoureuse qui venait du Jura avec une perte complète de la vision des deux yeux, remontant à deux mois environ. Elle me raconta qu'au début elle pouvait encore lire une lettre, mais que depuis la cécité avait fait des progrès constants, des deux côtés à la fois, sans qu'elle pût dire que la marche du mal fût plus accusée d'un côté que de l'autre.

A part l'état d'hébétude de la physionomie résultant de l'état amaurotique et caractérisé par la fixité du regard à la poursuite de la lumière, par un peu de divergence des deux yeux et l'élargissement des pupilles, on ne pouvait signaler aucune particularité dans l'attitude, aucune irrégularité dans la démarche, aucune incertitude dans les mouvements, capables de faire soupçonner les appareils moteurs. Tout au plus à signaler un peu de diminution dans les réflexes rotuliens. La sensibilité au toucher nous parut aussi

intacte, ainsi que les appareils sensoriaux qui n'accusèrent ni diminution ni déviation.

Seuls les yeux révélèrent à l'ophtalmoscope des lésions caractéristiques.

Les deux papilles optiques étaient énormément gonflées, floues sur leur bord, traversées par des veines volumineuses et gorgées, et par des artères plus fines; vaisseaux tous plus ou moins dissimulés dans l'épaisseur de la saillie papillaire. On trouvait là un type de papilles étranglées.

Dès ce moment, nous portâmes le diagnostic de tumeur cérébrale, très probablement située dans la région postérieure d'un ou des deux lobes occipitaux, là où aboutissent les organes nerveux destinés à la vision.

Ce qui nous mit sur la voie de ce diagnostic, ce ne fut pas l'examen du fond de l'œil, qui aurait pu être le même dans bon nombre de lésions différentes ou différemment situées, mais le fait d'examen des fonctions, motrices, sensorielles et intellectuelles, ne nous présentant aucune altération en dehors de la perte de la vision.

Du 1^{er} au 9 avril, les moyens les plus variés furent employés pour calmer les épouvantables douleurs de tête qui *abrutissaient* la malade, sans cependant porter atteinte à aucune autre fonction que celle déjà perdue. A ce moment nous nous demandâmes si les douleurs ne venaient pas d'un excès de pression dans la cavité crânienne et s'il n'y aurait pas quelque avantage à la diminuer par une ponction rachidienne. Nous pensons aussi qu'il ne serait pas sans quelque profit d'étudier la composition du liquide encéphalo-rachidien lui-même.

Cette ponction, immédiatement acceptée par la malade, qui en avait très bien compris le but, fut pratiquée le 9 avril au matin.

Au moment où la pointe de la canule pénétra dans la portion lombaire de la cavité rachidienne, un liquide parfaitement limpide s'élança à au moins 25 centimètres de hauteur, et nous en recueillîmes environ 20 grammes.

Les suites furent très simples, en ce sens que rien dans les

jours suivants ne parut changé dans l'état de la patiente, soit au point de vue de ses yeux, soit au point de vue d'aucune des autres fonctions.

Le 14 avril, un symptôme se montre, qui n'avait jamais été éprouvé, je veux parler des vomissements. La céphalgie, un peu diminuée d'abord, s'exaspéra, la malade préféra son lit, ce qu'elle n'avait pas fait encore, et le 16 au matin, elle succomba quelques heures après dans le coma.

Autopsie. On trouva dans le lobe occipital droit, une tumeur du volume d'une moyenne orange, remplaçant toute la substance blanche de ce lobe, mais laissant intacte l'écorce, sauf à la partie postéro-externe, où le néoplasme jaunâtre, légèrement mamelonné et ombiliqué, est simplement recouvert par la pie-mère très vasculaire. En avant, la tumeur arrive jusqu'au pied des lobes pariétaux, en haut jusqu'à la scissure interpariétale.

Sur la face interne de l'hémisphère, elle s'étend en avant jusqu'à la scissure perpendiculaire externe.

En enlevant la pie-mère épaissie, la surface externe de la tumeur présente de nombreux petits foyers de ramollissement remplis d'une boue jaunâtre.

A la coupe, la tumeur est rouge sombre, avec quelques petites cavités lui donnant un aspect alvéolaire. Liquide sanguinolent. Large foyer de ramollissement rempli d'une boue rougeâtre.

La tumeur est bien limitée et comme encapsulée par une paroi plus épaisse. Elle se détache spontanément de la substance grise qui lui forme comme une enveloppe.

Les nerfs optiques et le chiasma ont été détachés avec les deux pôles postérieurs des yeux. La saillie des papilles est nettement visible; nets aussi le renflement rétro-bulbaire du nerf optique et la diminution de son calibre au niveau du canal optique. L'ablation d'une bandelette de toute la gaine vaginale du nerf permet de constater l'intégrité du nerf et la gaine.

Cette observation m'a paru intéressante pour trois motifs :

1° Elle confirme ce fait que l'observation ophtalmoscopique est incapable à elle seule de fournir des éléments d'un diagnostic certain, soit sur la nature, soit sur le siège, soit sur le volume d'une affection cérébrale. Elle ne prend de la valeur que si un examen détaillé des autres symptômes ramène par exclusion à l'importance des signes optiques.

2° Elle démontre une fois de plus la possibilité où se trouvent les tumeurs cérébrales d'acquérir un volume réellement énorme sans troubler beaucoup presque toutes les fonctions pour l'exercice desquelles il semble que l'intégrité des appareils nerveux soient nécessaires.

Vous me permettrez de vous rappeler à ce sujet le cas d'un jeune homme, qui fut présenté aux candidats d'un concours chirurgical, qui se remua sur leurs injonctions, qui répondit à leurs questions et mourut quelques jours après, laissant découvrir à son autopsie une tumeur télangiectasique de la base du crâne grosse comme un œuf de cane.

3° Cette observation nous suggère encore quelques réflexions à propos de l'influence qu'a pu exercer la ponction rachidienne. Cette ponction, à coup sûr, n'a pas été utile. A-t-elle abrégé la vie ? La chose est possible.

Évidemment, la tumeur marchait vers un terme fatal et d'un moment à l'autre elle devait l'atteindre. Mais il faut dire qu'aucun signe précurseur ne s'était encore montré. Ni vomissements, ni spasmes, ni coma, ni crises épileptiformes ne s'étaient encore montrés : la ponction est faite et trois jours après la malade succombe.

Cependant la malade terrassée par une céphalée incessante pouvait laisser croire à une compression cérébrale, et l'idée de la soulager par la soustraction d'un peu de liquide céphalo-rachidien devait nous venir.

Il était aussi intéressant de savoir si l'examen de ce liquide apporterait un élément d'observations. Il n'en a rien été : observé au microscope après avoir été centrifugé, il ne nous a présenté que quelques rares globules sanguins. La brusque décompression résultant de la soustraction de 20 gr. environ

de liquide a-t-elle pu provoquer dans la tumeur quelques-uns des phénomènes dont nous avons trouvé les traces ? La chose est possible, et il importe au moment où nous sommes de signaler une tentative qu'il faudra rapprocher de celles faites dans le même sens.

*
* *

RAPPORT SUR UNE CANDIDATURE.

M. CHANDELUX. Dans votre séance du 8 janvier vous m'avez adjoint à MM. Bérard et Goullioud pour vous présenter un rapport sur une observation qui vous a été adressée par M. le Prof. Rey, chirurgien des hôpitaux d'Alger et ancien interne des hôpitaux de Lyon, à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant de votre Société.

Cette observation se rapportait à un cas intéressant d'enchondro-fibrome du sein ayant acquis un développement assez considérable sous l'influence de la lactation. L'exérèse des tumeurs a été suivie d'une guérison rapide avec cicatrice peu apparente.

En raison des titres de M. le Prof. Rey, et comme sanction à l'observation précitée, votre Commission vous propose de l'inscrire sur la liste des candidats au titre de membre correspondant.

Les conclusions de ce rapport sont mises aux voix et adoptées à l'unanimité.

Séance du 11 Juin 1903.

Présidence de M. GAYET.

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

*
**

AIGUILLE IMPLANTÉE DANS LE LARYNX ; THYROTOMIE VERTICALE MÉDIANE ; RESTAURATION PARFAITE DE LA VOIX.

M. DURAND. — Le jeune homme que je vous présente au nom de M. Garel et au mien, avala, le 29 mars, une aiguille de couturière, longue de 4 cent. 1/2, dans les conditions suivantes. Il mettait ostensiblement dans sa bouche, une à une, 23 aiguilles qu'il feignait d'avaler, les logeant en réalité dans l'un des sillons gingivo-buccaux. Un long fil suivait le même chemin. Le jeune homme buvait ensuite un verre de vin puis, mettant délicatement dans sa bouche le pouce et l'index, il retirait aux applaudissements de la galerie 23 aiguilles enfilées d'un fil, le tout sortant du second sillon gingivo-labial. Le 29 mars, une faute dans le manuel opératoire fit que l'une des aiguilles ne prit pas le chemin habituel et fut malencontreusement déglutie.

Souffrant de la gorge, inquiet, le malade entra à l'Hôtel-Dieu, après avoir tenté vainement d'extirper le corps étranger. Resté cinq jours dans un service où on ne trouva pas d'indication à intervenir, il sortit et vint à la consultation

de M. Garel qui, à l'examen laryngoscopique, vit nettement la tête de l'aiguille apparaître au côté gauche et postérieur du larynx, entre la fausse et la vraie corde vocale. Le reste de l'aiguille n'était nulle part perceptible.

Le lendemain, la partie saillante dans le larynx était beaucoup plus considérable, et M. Garel voyant ainsi cheminer le corps étranger craignait de le voir tomber dans la trachée et pénétrer dans les bronches. Or, la situation et la direction de l'aiguille rendaient sûrement vaine toute tentative d'extraction par les voies naturelles. En effet, on voyait que l'aiguille était presque verticale, sa tête tendant à tomber dans l'arbre aérien, sa pointe se dirigeant à gauche et très fortement en haut.

Pour l'extirper il aurait fallu la saisir vers le chas, la descendre dans le larynx à travers la glotte, manœuvre difficile et au cours de laquelle la pince pouvait facilement lâcher prise puis, l'aiguille, dégagée des tissus, devait être ramenée au dehors et alors sa pointe aurait buté contre les parois laryngées et s'y serait de nouveau implantée. Pour éviter cette réimplantation, que sa direction rendait fatale, il eût fallu pouvoir la redresser et l'amener dans l'axe de la trachée ; aucun instrument n'est capable, dans l'arsenal du larynx, de mener à bien une pareille tentative.

M. Garel ne pouvait donc employer la voie naturelle. Restait la voie artificielle. Trois opérations se présentaient à nous et furent discutées entre M. Garel, M. M. Pollosson dans le service de qui avait été amené le malade, et moi-même à qui M. Pollosson avait bien voulu confier cet intéressant malade, ce dont je tiens à le remercier ici.

En abordant le larynx par la voie thyro-hyoïdienne, on était plus près du corps étranger, mais il fallait faire la même manœuvre que par la voie naturelle, saisir l'aiguille, la descendre puis la remonter, au risque de la réimplanter ou de la lâcher dans les bronches.

En abordant le larynx par la voie crico-thyroïdienne, on risquait d'avoir d'assez grandes difficultés pour saisir l'ai-

guille, la saillie de la corde vocale vraie devant gêner beaucoup la manœuvre de la pince.

Restait la thyrotomie verticale médiane : elle devait mener directement sur l'aiguille et en permettre la facile extraction. La suture immédiate donnant d'habitude une restauration parfaite des fonctions vocales et l'opération n'ayant aucune gravité, MM. Pollosson et Garel adoptèrent ce plan opératoire et je l'exécutai immédiatement. Tout se passa avec la plus grande simplicité, les plans superficiels sectionnés, je ponctionnai l'espace crico-thyroïdien, introduisis par cet orifice une branche d'une paire de ciseaux, à l'aide desquels, d'un seul coup, j'ouvris le thyroïde exactement sur la ligne médiane. Le larynx ouvert, l'aiguille fut saisie et extirpée et cinq points de suture, un au-dessus du cartilage thyroïde, un au-dessous, trois sur le cartilage lui-même, fermèrent les voies aériennes. Comme un peu d'air filtrait encore malgré la suture, lors des grandes expirations que faisait le malade anesthésié, je ne crus pas devoir fermer les plans superficiels. Mal m'en prit, car au réveil la respiration calme ne poussa plus d'air dans la suture devenue étanche et l'emphysème que j'avais redouté n'était, je crois, plus à craindre. Il résulta de ce défaut de suture que la plaie fut très longue à fermer et donna lieu à de volumineux bourgeons charnus. Si j'avais suturé les plans superficiels, avec au besoin un petit drainage, mon malade aurait guéri en une semaine.

Il n'y eut aucune complication et dès le lendemain, la voix était parfaitement normale, forte et avec son timbre habituel. L'examen laryngoscopique montra à M. Garel que la partie antérieure du larynx porte des traces à peine visibles de l'intervention et que les cordes vocales sont bien orientées; elles ne sont cependant pas tout à fait sur le même plan, léger défaut qui ne trouble en rien, comme on peut le voir, les fonctions laryngées.

Cette observation d'un corps étranger qui a pénétré dans le larynx, probablement par migration secondaire, car il a dû d'abord être pharyngien, est, par elle-même, d'un certain

intérêt, car ces cas sont assez rares. Elle permet de plus de voir que la thyrotomie pratiquée sur un larynx sain ne trouble en rien la phonation ; le fait est classique, mais il est intéressant de s'en rendre compte en faisant crier ou chanter ce malade.

J'ai tiré encore cette conclusion qu'on peut et même qu'on doit suturer les plans superficiels, même quand la suture des voies aériennes paraît insuffisante pendant l'anesthésie. J'avais déjà constaté ce fait dans un cas de plaie trachéale que j'avais suturée chez un individu qui avait tenté de se suicider. Je n'hésiterai pas désormais à suturer les plans cutanés en mettant au plus un drain destiné à parer au danger d'emphysème que pourrait produire une expiration violente, un effort de toux par exemple.

M. CLAUDOT. Une incision para-médiane des parties molles en faisant cesser le parallélisme des lèvres des plaies cutanée et viscérale sans gêner l'opération serait peut être avantageuse.

L'électro-aimant n'aurait-il pas pu servir à l'extraction de l'aiguille ?

M. DURAND. J'ai oublié en effet de dire que nous avons songé à l'électro-aimant, mais M. Garel ne tenta pas de l'employer parce que l'aiguille paraissait trop fortement implantée pour que l'aimant put l'extraire. Nous avions une aiguille pareille, l'aimant à son contact l'emportait quand elle était implantée dans trois doubles de carre des hôpitaux ; à partir de quatre doubles on ne pouvait plus l'arracher, et il nous semblait que notre aiguille était plus solidement implantée.

Quant à l'incision para-médiane, je ne crois pas qu'elle soit d'une grande utilité, puisque j'ai dorénavant l'intention de fermer la plaie des téguments en y mettant à peine un drain, car l'emphysème ne me paraît pas à craindre, la suture laryngée est imperméable dès que la respiration devient régulière.

M. DESTOT. Avec un aimant on agit puissamment sur un corps un peu volumineux ; on a peu d'action, au contraire, sur un corps de faible volume. On retire un clou par exemple, on a la plus grande peine à retirer une aiguille. Il a pu suivre avec M. A. Pollosson, une jeune fille de 14 ans. On hésitait à l'opérer à cause des cicatrices ; d'autre part, le séjour du corps étranger dans les voies aériennes n'était que peu rassurant. Il essaya avec M. Garel de faire cheminer le corps étranger. Les tentatives faites sous l'écran radioscopique montrèrent que l'aiguille ne bougeait pas. Il faut que le corps ait un certain volume et que les tissus soient perméables.

La malade prit de la bronchite et expectora son épingle enrobée dans des mucosités.

*
* *

OSTÉOMYÉLITE PROLONGÉE DE L'EXTRÉMITÉ INFÉRIEURE
DU FÉMUR GAUCHE; FRACTURE PATHOLOGIQUE CONSO-
LIDÉE VICIEUSEMENT; ABLATION TARDIVE DE SÉQUES-
TRES; OSTÉOMALACIE DU CAL; REDRESSEMENT; GUÉ-
RISON.

M. BÉRARD. — Parmi plusieurs enfants actuellement en traitement dans mon service de la Charité pour des ostéomyélites graves avec des complications dignes d'être signalées, celui qui fait l'objet de la communication suivante est des plus intéressants :

C. L..., âgé de 13 ans, est entré dans la salle Saint-Augustin le 25 janvier pour une ostéomyélite prolongée de l'extrémité inférieure du fémur gauche. L'affection date de quatre ans; elle eut un début subaigu par des douleurs assez vives, du gonflement, de l'impotence à peu près absolue. Après un séjour de deux mois au lit, l'enfant peut recommencer à marcher, bien que l'extrémité inférieure du fémur gauche fût notablement augmentée de volume; quelques jours plus tard, une fistule s'ouvrit au-dessous du condyle interne et donna issue à une grande quantité de pus. Pendant un an, l'écoulement persista; trois petits séquestres furent éliminés. Puis la fistule se ferma.

Mais un an après, les douleurs, la limitation des mouvements du membre reparaissent; l'orifice fistuleux se rouvre et du pus s'écoule à nouveau. Pendant un mois, l'enfant doit garder le lit. Puis il se lève, en s'aidant d'une béquille pour marcher; mais dans un faux mouvement, la béquille glisse sur le parquet, l'enfant tombe sur le genou malade. Il ressent à ce niveau des douleurs très vives qui durent deux jours; on doit le transporter dans son lit, le membre

inférieur gauche étant complètement impotent; le fémur s'est fracturé au-dessous des condyles. Il ne semble pas qu'on ait alors surveillé de près la consolidation; car quand elle s'est effectuée, le membre apparaît notablement déformé, tel qu'il était encore au bout de trois ans, lorsque l'enfant fut reçu à l'hôpital.

A l'examen on constate alors que la marche nécessite une béquille. La jambe gauche semble fléchie en ankylose sur la cuisse à 120 degrés; le pied ne repose sur le sol que par la pointe; il est, en outre, dévié suivant l'axe du membre, par un genu varum assez marqué. Dans le décubitus, la cuisse se place en rotation externe et entraîne les autres segments du membre dans ce mouvement.

En réalité, il n'y a pas d'ankylose ni d'arthrite du genou; les mouvements de l'articulation subsistent quoique très limités; la rotule, mobile, n'est pas déplacée. C'est dans le bulbe du fémur que l'incurvation s'est faite; le sommet de l'angle de courbure est à environ 10 centimètres au-dessus de l'interligne articulaire; tout le bulbe est en outre épaissi, et les condyles participent à cet élargissement, mais ils n'ont subi aucune autre déformation. L'hyperostose du fémur se poursuit jusqu'au milieu de la diaphyse, elle est d'autant plus sensible que les muscles sont atrophiés.

La mensuration du membre malade donne un allongement apparent de un centimètre par rapport au membre sain.

Il subsiste un peu en arrière du condyle interne un orifice fistuleux par où s'échappe un liquide séro-purulent. État général assez bon.

Le diagnostic d'ostéomyélite subaiguë prolongée de l'extrémité inférieure du fémur, avec fracture pathologique consolidée vicieusement s'imposait. L'allongement dystrophique du fémur malade semblait assez net. La radiographie confirma ces données.

La première indication était de désinfecter la lésion osseuse en évolution. Une incision interne agrandit le trajet fistu-

leux; elle conduit dans une vaste cavité, creusée a la face postérieure du bulbe de l'os, et occupée par trois séquestres gothiques mobiles, que l'on extirpe sans peine. Contre-ouverture de drainage sur la face externe du membre.

Cette intervention, pratiquée le 28 janvier, a des suites très simples. L'écoulement par les drains se tarit progressivement. Le 7 mars, la désinfection du foyer est assez avancée pour que je songe à compléter le traitement par une intervention orthopédique.

L'ostéoclasie n'avait ici aucune supériorité sur l'ostéotomie; il s'agissait en effet d'une lésion ouverte; le cal, visible sur la radiographie, semblait large et très dense, donc difficile à fracturer par l'ostéoclaste. L'ostéotomie, plus précise dans son action, était facilitée par les incisions de drainage; je lui donnai donc la préférence.

Le 7 mars, après avoir agrandi l'incision interne pour mettre à l'abri, s'il y a lieu, les vaisseaux fémoraux, j'amorce la section osseuse au davier-gouge; puis je la continue à l'ostéotome, pour la terminer par fracture, quand les trois-quarts de l'épaisseur de l'os ont été ainsi traversés. Il est dès lors assez aisé de placer le membre inférieur dans la rectitude, en faisant glisser l'un devant l'autre les deux fragments après la section; cette manœuvre est facilitée par l'évidement déjà existant de la moitié postérieure du bulbe osseux.

Une grande attelle plâtrée pelvi-dorso-pédieuse immobilise le membre en bonne position. Des pansements rares permettent la consolidation sans nouveau déplacement. Aujourd'hui, la guérison est complète; il persiste au niveau de l'incision externe un petit trajet en voie d'oblitération.

L'enfant peut marcher sans canne ni béquille, malgré un raccourcissement de 2 cent. 1/2; le membre inférieur gauche est rectiligne, avec un très léger degré de genu varum. Le pied, bien en ligne dans l'axe du membre, repose sur le sol par ses points d'appui normaux. Les mouvements du genou sont encore très limités dans le sens de la flexion; il y a,

comme avant la première intervention, encore quelques mouvements de latéralité anormale.

Pour éviter que ces mouvements anormaux ne s'accroissent, et aussi pour prévenir, autant que possible, les déviations ultérieures dans l'épiphyse fémorale, dont le cartilage de conjugaison en partie détruit va croître irrégulièrement, l'enfant est muni d'un tuteur à ceinture pelvienne. Pour le moment ce tuteur est rigide. Plus tard, il permettra de laisser au genou quelques mouvements de flexion et d'extension.

Des radiographies prises il y a quelques jours, de face et de profil, montrent que le fragment inférieur du fémur est accolé à la face postéro-inférieure du fragment supérieur et que l'axe du fémur est maintenant dans le prolongement de l'axe des os de la jambe.

*
* *

LA RÉSECTION ORTHOPÉDIQUE DU COUDE.

M. VALLAS. — Je vous présente les pièces de trois résections du coude que j'ai pratiquées dans un but orthopédique.

Il s'agit de trois cas d'ankylose osseuse du coude. Je dis ankylose osseuse véritable, que M. Ollier considérait cependant comme rares. Je crois qu'il pensait ainsi parce qu'il n'osait peut-être pas, quand il a écrit, généraliser ces résections orthopédiques.

La première date de 1899. Elle provient d'un malade atteint d'arthrites blennorragiques multiples. Le malade était très gêné par l'ankylose du coude et je crus devoir l'opérer. On remarque que le cubitus est uni à l'humérus par deux fortes colonnes osseuses, il en était de même de la tête radiale qui, déformée, hyperosthosée en dehors, simulait sous la peau une luxation de cette tête.

Ces déformations étaient déjà anciennes de plusieurs années.

Dans la deuxième pièce, la soudure osseuse paraît très parfaite encore. Les os sont peu hyperostosés, mais le tissu osseux est très condensé. La malade avait eu un rhumatisme articulaire aigu suivi et soigné par M. Mouisset, et avait vu s'ankyloser un poignet, un genou, le coude. Les deux premières la gênaient peu, elle demandait à être débarrassée de son ankylose du coude.

Dans la troisième pièce, la cause est une ostéo-myélite de l'humérus n'ayant pas déterminé d'arthrite aiguë du coude. Comme j'ai suivi cette malade dès le début, je sais parfaitement que l'ankylose ne provenait pas d'une arthrite, mais des hyperostoses de la période chronique de l'ostéo-myélite et de l'inflammation de l'articulation par simple voisinage. L'ankylose est complète comme on peut le voir.

Je pense donc que les ankyloses du coude sont relativement moins rares qu'on ne le pense généralement, surtout d'après l'avis formulé par M. Ollier dans son *Traité des résections*.

Je désire appeler l'attention sur un point de manuel opératoire. Dans le premier cas, j'ai employé l'incision en bayonnette et les sections osseuses au ciseau et maillet. Ma résection me parut insuffisante et je dus faire l'ablation d'une nouvelle tranche de l'humérus.

Le résultat fut satisfaisant, la pronation-supination laissait un peu à désirer.

Dans les deux autres cas, au lieu de créer à coups de ciseau l'interligne articulaire, je sectionnai l'humérus à la scie à chaîne à l'endroit où je voulais commencer ma résection ; je luxai l'os, le dénudai, fis à la scie ordinaire ma section inférieure. Ce procédé me semble meilleur que le précédent, car il est plus facile de sectionner l'os où il est moins altéré que de l'attaquer au point des lésions maxima, sur l'articulation. De plus, la dénudation olécrânienne est plus facile et le tendon du biceps mieux ménagé. Les fonctions du membre sont ainsi mieux restaurées. La malade rhumatisante a eu, en effet, un résultat excellent, elle

n'avait pas de pronation ni de supination, mais cela était dû à l'ankylose du poignet du même côté.

La troisième malade est encore un peu récemment opérée.

Je propose donc de faire la section de l'humérus en tissus plus sains, la section est plus facile et le tendon tricipital est aussi mieux ménagé.

Séance du 18 Juin 1903.

Présidence de M. GAYET.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

*
* *

M. DESTOT (à propos du procès-verbal). — J'ai observé cette semaine un certain nombre d'épingles sous-cutanées. L'aimant ne m'a donné aucun résultat, et l'examen radioscopique ne m'a pas permis de constater aucun mouvement sous cette influence. J'ai des observations identiques pour deux corps étrangers métalliques de la poitrine.

*
* *

ABLATION D'UNE VOLUMINEUSE TUMEUR DE LA PORTION
RECTO-SIGMOÏDALE DU GROS INTESTIN. — MÉTHODE
ABDOMINO-PÉRINÉALE.

M. DURAND. — J'ai l'honneur de vous présenter la partie inférieure de l'S iliaque et la totalité du rectum que j'ai enlevée chez une femme, par la méthode abdomino-périnéale pour une tumeur très volumineuse développée sur l'S iliaque et la portion péritonéale du rectum.

Cette malade, sans antécédent intéressant, a commencé à éprouver, il y a un an environ, des troubles digestifs qui furent attribués à une affection gastrique. Elle était entrée dans le service de M. Bondet à cause de l'affaiblissement

progressif de son état général ne présentant aucun signe fonctionnel de sténose intestinale. L'attention ne fut attirée du côté de l'intestin que par quelques pertes rectales glaireuses assez insignifiantes et par la présence d'une tumeur sus-pubienne volumineuse. On constata, dans le service de M. Bondet, par le toucher, la présence d'une tumeur rectale et on fit passer la malade salle Gensoul.

Cette femme avait à son entrée un état général assez mauvais sans être toutefois atteinte de véritable cachexie. L'examen objectif révélait au-dessus du pubis, immédiatement sous la paroi abdominale une tumeur volumineuse, plongeant dans le pelvis, dure et régulière, non mobile.

Le doigt introduit dans le rectum traversait toute l'ampoule, parfaitement saine, avant d'atteindre une volumineuse tumeur annulaire, dure, assez régulière, dont on faisait le tour à travers la paroi intestinale saisie. Elle paraissait siéger sur la portion péritonéale du rectum. Introduit dans l'orifice de la tumeur, l'index n'en pouvait atteindre la limite supérieure et se déplaçait dans une cavité assez vaste du diamètre de l'intestin, tapissée de bourgeons durs, de consistance cancéreuse, saignant assez difficilement. Le doigt étant ainsi au sein de la tumeur, si on pratiquait le palper bimanuel, on sentait par l'hypogastre les doigts intra-rectaux et ceux-ci avaient la sensation d'être dans une cavité très haut située, comme par exemple dans une poche abdomino-pelvienne ouverte par colpotomie postérieure.

Le diagnostic ne pouvait faire de doute, il s'agissait évidemment d'une tumeur développée sur la portion recto-sigmoïdale du gros intestin. Cette tumeur était volumineuse, ce caractère ainsi que sa situation et les signes obtenus par le palper bimanuel me faisaient craindre qu'elle ne soit adhérente à la paroi abdominale et aux organes voisins, vessie, intestin, et par conséquent impossible à enlever, même par la méthode abdomino-périnéale.

Après quelques hésitations, je me décidai à intervenir, et à faire une laparotomie qui, d'abord exploratrice me per-

mettrait de faire soit un anus iliaque, soit l'ablation totale, si celle-ci était possible.

L'abdomen ouvert, je vis que le pelvis était comblé par une volumineuse tumeur recto-sigmoïdale, qui avait rejeté en avant d'elle et dissimulait complètement l'utérus et les annexes. Elle était revêtue d'un péritoine sain et ne présentait aucune adhérence pathologique et s'arrêtait juste au fond du Douglas sans plonger dans le périnée. L'ablation me parut possible. Je sectionnai l'S iliaque à sa partie moyenne entre deux ligatures, coiffai chacun des bouts d'une compresse et commençai la libération pelvienne de la tumeur sans lier les iliaques internes, ce que je n'eus pas à regretter. En effet la ligature de la mésentérique inférieure un peu au-dessus du promontoire suffit à assurer d'une façon parfaite l'hémostase provisoire et même définitive, je n'eus à lier que quelques veinules. La libération de la tumeur, difficile à cause de son volume ne rencontra pas d'autre obstacle et fut obtenue sans incident, mais demanda un assez long travail. Quand elle fut terminée, je fermai momentanément la plaie abdominale bourrée d'une compresse, sans la suturer, car la tumeur emplissait le bassin à un tel point que je craignais de ne pouvoir l'extraire par le périnée, et d'être obligé d'avoir recours à mon orifice de laparotomie.

La malade, mise en position dorso-sacrée, le périnée très relevé, regardant le plafond, je fis l'incision de Denonvilliers, et sans même réséquer le coccyx, ce qui est, à mon avis inutile, et ne m'a été nécessaire que dans des cas très particuliers; je fis la libération du rectum jusqu'au niveau du cul-de-sac de Douglas. Celui-ci fut ouvert largement d'un coup de ciseau et l'isolement de la tumeur fut enfin complet. Son volume, sur lequel je suis encore obligé de revenir, était tel que je ne pus l'amener par de simples tractions à travers la brèche, pourtant énorme, que j'avais en ce moment. Je dus mettre profondément la main dans l'excavation, saisir la masse comme une tête fœtale dans un forceps, la comprimer pour en réduire le volume, et ce fut seulement ainsi que je pus l'attirer au dehors. Après les ligatures d'usage,

un gros Mikuliez bourra le pelvis, sortant par la plaie péri-
néale rétrécie de quelques sutures.

Me reportant au-dessus du pubis, je fermai en partie
la plaie abdominale et fis sortir au dehors 10 cent. environ
d'S iliaque libérée. J'avais dès le début, décidé de faire un
anus médian, ce qui est plus simple et ne dérange pas les
compresses qui, de chaque côté, protégeaient les anses intes-
tinales et les refoulaient vers l'abdomen.

Pour protéger la plaie contre les matières intestinales, je
laissai l'intestin fermé pendant un jour et le lendemain
j'essayai d'installer un gros tube de caoutchouc, suivant la
méthode du chirurgien américain Paul. Je dois dire que cet
appareil ne me donna pas grande satisfaction et que je n'ai
pas l'intention de l'employer de nouveau.

La malade supporta bien cette grave intervention. Elle a
été opérée le 10 juin, c'est-à-dire depuis plus d'une semaine
et n'a présenté jusque-là aucune complication. J'ai enlevé
hier le tamponnement pelvien qui a été remplacé par des
mèches, il n'y a pas de température, l'anus artificiel fonc-
tionne bien, et j'ai tout lieu d'espérer que, malgré son état
général peu brillant, cette femme pourra faire les frais de
cicatrisation de sa plaie opératoire.

*
* *

Je me suis décidé à enlever cette tumeur parce que
je crois qu'on peut espérer beaucoup dans les cancers du
rectum et que leur malignité est relativement faible. La
masse était bien isolée, encapsulée dans une séreuse saine
et sans adhérence aucune, et son volume créait des difficul-
tés opératoires, à ce qu'il m'a semblé, mais non une contre-
indication. Partisan résolu de l'intervention radicale, je
poursuis encore le rêve, parfois réalisé, de la guérison défi-
nitive. Je crois de plus que, s'il survient des récidives, la vie
est souvent prolongée par l'ablation de la tumeur qui retarde
la cachexie et arrête momentanément la marche de la mala-
die. Au cas même où la récidive serait rapide, il m'a paru
que l'ablation du foyer néoplasique infecté qu'est une pareille

tumeur donne toujours une période d'euphorie plus complète que celle qu'on obtient par le simple anus contre nature et peut-être plus longue.

L'ablation décidée, et elle ne pouvait l'être qu'après laparotomie exploratrice, la voie abdomino-périnéale s'imposait ; je n'aurais jamais pu enlever par les voies basses une masse aussi volumineuse et aussi haut située.

M. GOULLIoud. Le cas de M. Durand vient confirmer mes idées sur la bénignité de l'extirpation abdomino-périnéale du cancer du rectum. Tous mes cas heureux, je les ai observés chez des femmes. Par contre, tous mes malades hommes ont succombé. Quénu a observé le même fait. J'ignore à quoi il est dû. M. Durand peut-il nous donner quelques explications à cet égard.

M. VILLARD. L'observation de M. Durand est très intéressante, car elle démontre la possibilité de faire de très larges extirpations du rectum cancéreux. Mais je me demande si un anus contre nature pur et simple n'aurait pas donné un résultat fonctionnel identique avec des risques opératoires moindres. Quel bénéfice peut-on attendre au point de vue de la curabilité définitive, en présence d'un aussi volumineux néoplasme, alors que de larges interventions pour de petits cancers du sein sont habituellement suivies de récurrence.

M. GOULLIoud. Je suis intervenu pour des tumeurs plus limitées que celle de M. Durand ; mais je ne crois pas qu'il faille comparer les cancers du rectum aux cancers du sein ; ce dernier est le plus souvent infiltré, alors que le cancer de l'intestin est limité, encapsulé. Ce point a une grosse importance au point de vue de l'avenir des interventions. Je serai heureux que M. Durand nous fournisse plus de détails sur l'emploi du tube de Paul.

M. DURAND. Comme M. Goullioud, je ne connais aucun cas de guérison chez l'homme après extirpation abdomino-périnéale. Le tube de Paul a pour but d'évacuer l'intestin sans souiller la région opératoire. Je l'ai essayé sans grande satisfaction.

Je ne partage pas l'avis de M. Villard et crois avoir rendu service à ma malade en pratiquant l'extirpation de sa tumeur. Je connais des résultats qui m'ont surpris à la suite d'interventions par la voie périnéale ; le cancer du gros intestin présente une bénignité assez marquée qui permet parfois d'obtenir de véritables cures radicales. D'autre part, l'anus contre nature est inférieur à l'extirpation. L'euphorie consécutive à cette dernière intervention est bien supérieure. J'ajouterai enfin que dans mon cas particulier la tumeur n'était pas sténosante et l'anus contre nature n'était pas de mise.

M. VALLAS. Nous n'avons à l'heure actuelle contre le cancer aucune autre arme que le bistouri; il faut s'en servir largement et mieux tout tenter que de s'abstenir. Il faut donc se féliciter du succès des larges interventions. Même pour le sein, la récurrence n'est pas fatale; j'ai vu récemment une récurrence se produire au bout de neuf ans; l'intervention avait certainement rendu service à cette malade.

M. GOULLIQUOD. Je désire insister à nouveau sur la bénignité de certains cancers encapsulés; c'est ainsi que le cancer du corps de l'utérus, qui appartient à cette forme, est d'un pronostic infiniment plus favorable que le cancer du col.

Les néoplasmes du gros intestin sont souvent encapsulés et justiciables de l'extirpation.

M. VILLARD. Ma première pensée a été mal interprétée. En fait de cancer, je suis interventionniste à outrance. J'ai seulement voulu dire que dans le cas de M. Durand je considérais la récurrence comme certaine. Quant à la bénignité du cancer du rectum, elle existe; mais certains cas de guérison ne sont-ils pas des erreurs de diagnostic? Récemment, j'ai extirpé un rectum d'apparence absolument néoplasique; la malade qui en était porteuse était entrée dans un asile d'incurables pour y terminer une vie qui paraissait condamnée. L'analyse histologique a démontré qu'il s'agissait d'une tuberculose verruqueuse. Cette femme est actuellement guérie et tout fait espérer un résultat définitif.

M. BÉRARD. Il y a des formes lentes de cancers de l'S iliaque. J'ai connu un malade qui a survécu quatre ans à la suite d'un anus contre nature. L'examen histologique avait démontré pourtant la nature cancéreuse de l'affection.

M. TXIER. J'ai opéré il y a quatre ans un malade porteur d'un double cancer du rectum et du pylore. Ce dernier a nécessité une gastro-entéro-anastomose à la suite de laquelle le malade a survécu seize mois peu incommodé par son cancer du rectum qui durait depuis trois ans. Ce fait vient à l'appui de la bénignité relative de certains cancers de l'intestin.

*
* *

SUR LA RÉSECTION ORTHOPÉDIQUE DU COUDE.

M. BÉRARD. — J'ai utilisé en mars 1902 le procédé décrit par M. Vallas pour la résection orthopédique du coude ankylosé. Il s'agissait d'une quatrième résection à faire chez un jeune Italien de 19 ans, qui avait déjà été opéré trois fois par

M. Ollier, atteint d'une arthrite bacillaire du coude à l'âge de 10 ans ; ce malade avait été traité par la méthode conservatrice jusqu'à l'âge de 14 ans. A ce moment, M. Ollier l'avait réséqué une première fois. Puis, une reproduction osseuse exubérante ayant amené une ankylose, trois fois, à 6 mois d'intervalle, M. Ollier avait fait la résection orthopédique. Quand ce jeune homme rentra à Saint-Sacerdos, en 1901, la dernière résection datait de 3 ans. Le coude gauche était ankylosé à 100 degrés avec une atrophie considérable des muscles du bras et de l'avant-bras. Ainsi qu'on peut s'en rendre compte sur la radiographie ci-jointe, une soudure osseuse étroite unissait entre eux le cubitus, le radius et l'humérus ; en outre une jetée ostéopériostique énorme comblait le sommet de l'angle huméro-cubital. Les mouvements de pronation et de supination étaient très limités.

Afin d'enlever facilement cet énorme bloc osseux, je me portai délibérément au-dessus de lui ; et après avoir dénudé par deux incisions latérales les deux bords de l'humérus, j'attaquai au davier-gouge et à la cisaille l'extrémité inférieure de l'humérus. Celle-ci sectionnée, je dénudai de haut en bas comme l'a fait M. Vallas, le bloc ankylosé, que je réséquai sur une hauteur de 5 centimètres. Puis, après avoir abrasé assez largement le périoste de la face antérieure du coude (résection sous-périostée interrompue d'Ollier), pour éviter la récurrence de l'ankylose, je modelai grossièrement les extrémités osseuses du cubitus et de l'humérus, restées encore très larges, de façon à reconstituer approximativement une trochlée et une cavité sigmoïde.

Le résultat fut satisfaisant ; quatre mois plus tard, le D^r Gallois, qui avait vu le malade à son retour de Longchêne, lui trouvait des mouvements de flexion et d'extension allant de 55 à 120°, et un coude solide avec peu de mobilité latérale. A ce moment, le malade quitta la France ; je l'ai en vain recherché au mois d'avril dernier.

Depuis cette époque, à plusieurs reprises, j'ai dû pratiquer la résection orthopédique du coude, notamment chez cinq

enfants dans mon service de la Charité. Chez ces enfants, l'ankylose était consécutive :

1° Dans un cas, à *une résection antérieure, pour tuberculose*. L'ankylose était osseuse. Ici je fis encore l'ostéotomie préalable de l'humérus, au davier-gouge et à la cisaille.

2° Dans les quatre autres cas, à *une fracture ancienne du coude, vicieusement consolidée*. Deux fois je me bornai chez ces derniers malades à des hémirésections humérales, qui furent suffisantes pour lever l'obstacle à la flexion de l'avant-bras. Dans ces quatre cas, l'ankylose était serrée, en position vicieuse à angle obtus, mais sans soudure osseuse. Là encore je préfèrai commencer par l'ostéotomie de l'humérus, pour ne pas avoir à dénuder l'olécrâne des attaches du triceps, et pour pouvoir néanmoins luxer sans peine l'épiphyse humérale.

Je ne veux pas insister plus longuement sur ces quatre derniers malades, que j'aurai l'occasion de présenter plus tard à la Société, à propos des fractures du coude et de leurs complications. Pourtant, je dois dire que chez l'un d'entre eux, j'avais été amené à réséquer le coude, non seulement pour corriger une ankylose à angle obtus, mais aussi pour essayer d'atténuer une rétraction très prononcée des fléchisseurs des doigts. Cette rétraction était survenue au cours du traitement de la fracture, à la campagne, sous un appareil plâtré immobilisateur peut-être trop serré. J'espérais, en diminuant la longueur du squelette, rendre au moins au grand palmaire et au fléchisseur superficiel un plus libre jeu. Au cours de l'opération, je découvris les trois nerfs radial, médian et cubital, dont je pus constater l'intégrité : et pourtant la résection n'atténua pas beaucoup la flexion permanente des doigts dans la paume de la main. Aussi ai-je l'intention de demander à M. Martin de vouloir bien appliquer à cet enfant son appareil à extension progressive des doigts, qui a déjà été utilisé avec succès chez deux petits malades de M. Nové-Josserand.

Pour en revenir au procédé opératoire lui-même, je dois dire que lorsque j'ai employé la résection avec ostéotomie

préalable de l'humérus, je ne l'ai pas considérée comme une opération nouvelle. Dans sa thèse de 1883, Marangos rapporte plusieurs observations de M. Fochier, où la résection orthopédique fut pratiquée avec l'ostéotomie préalable de l'humérus. Dans ce travail, Marangos distingue les ankyloses du coude en ankyloses fibreuses et en ankyloses avec soudure osseuse. « Quand la soudure osseuse est très ancienne, dit-il, « pour pouvoir réséquer, on est, bon gré mal gré, obligé de « recourir à l'ostéotomie préalable de l'humérus... » Pourtant, à cause des dangers que l'on court de blesser les parties molles en pratiquant cette ostéotomie, « M. Ollier, revenant « sur le procédé qu'il employait jusqu'en 1867, cherche à « obtenir la disjonction des os ankylosés, même à l'aide du « ciseau et du marteau, plutôt que de faire l'ostéotomie « préalable de l'humérus. Il n'a recours à cette opération « préparatoire que lorsqu'il a la main forcée, lorsque rien ne « peut faire disjoindre les os soudés, comme dans les cas « d'ankylose très ancienne, avec éburnation et fusion com- « plète des os, à la fois périphérique et centrale. »

Dans le *Traité des Résections*, ce procédé est très sommairement indiqué, car de plus en plus M. Ollier l'avait abandonné en faveur du procédé ordinaire, avec l'incision en baïonnette et la disjonction de l'ankylose.

M. VALLAS. M. Bérard a employé le même procédé que moi. Je le croyais inédit, en ayant cherché sans résultat la description dans le *Traité des résections* d'Ollier. Je crois qu'en somme dans les ankyloses peu serrées, il vaut mieux passer par l'article, et dans les formes serrées commencer par l'ostéotomie.

*
* *

RÉFLEXIONS SUR LA RÉSECTION ORTHOPÉDIQUE DU COUDE.

M. CLAUDOT. — M. Vallas nous a présenté dans la dernière séance, trois pièces extrêmement intéressantes d'ankylose osseuse complète de l'articulation du coude. Il s'est étendu

surtout sur la méthode opératoire de résection orthopédique. Mes courtes réflexions s'appliqueront uniquement aux lésions anatomiques.

I. — M. Vallas rappelle avec raison que Ollier paraît, faute d'interventions assez multipliées, s'être exagéré la rareté des ankyloses par fusion osseuse. Il est bon toutefois en pareil cas, de s'assurer par des coupes verticales en différents plans, frontal ou sagittal, qu'il ne s'agit pas d'ankylose par jetées osseuses et en partie au moins seulement périphériques. Ajoutons de suite que tel n'est certainement pas le cas de deux au moins des pièces de M. Vallas, les numéros 1 et 3 en particulier. En ce qui concerne la première, on peut ajouter en faisant remarquer la nature blennorrhagique de l'arthrite que cette espèce d'inflammation est signalée comme favorisant plus particulièrement une ankylose précoce, et souvent osseuse.

Cette même arthrite infectieuse est fréquemment déformante. Dans la pièce présentée, il convient de noter, en outre de l'exostose très remarquable que présente la petite tête radiale, que le condyle huméral présente une hypertrophie non moins considérable. En un mot toute la moitié externe de l'articulation est considérablement augmentée de volume ; par contre, il semble bien que la moitié interne a subi une certaine atrophie ; l'olécrane est très petit, et la trochlée humérale flanquée de son apophyse présente à peine une largeur équivalente à celle du condyle seul. Mais sans doute cette atrophie n'est qu'apparente par comparaison avec l'épaississement considérable de la moitié externe de la masse articulaire ankylosée.

II. — La pièce n° 2 offre un aspect tout différent, et qui paraît bien en rapport ici encore avec la nature de la maladie initiale, à savoir le rhumatisme polyarticulaire aigu, plusieurs fois récidivé. C'est ici que les coupes transarticulaires ne seraient pas inutiles pour permettre d'affirmer que la fusion osseuse est centrale et pas seulement périphérique ; l'articulation immobilisée apparaît en effet comme noyée dans une gangue représentée par les parties molles périphériques à

l'articulation, capsule et ligaments. Tel est bien sans aucun doute le cas pour le ligament annulaire du radius qui forme une saillie hémicylindrique très reconnaissable. On peut y constater l'aboutissant terminal des lésions successives, décrites par Hénocque (1876) dans le Dictionnaire des sciences médicales : infiltration gélatineuse envahissant peu à peu toute l'épaisseur des ligaments de la périphérie au centre, avec prolifération cellulaire, et finalement développement d'ostéoblastes et surtout encroûtement calcaire. Cette pièce m'a rappelé à première vue ces incrustations calcaires qu'on obtient en plongeant un objet dans des eaux pétrifiantes, la forme générale des saillies osseuses et de certains ligaments tels que l'annulaire est entièrement conservée. On s'explique sans peine qu'une série de poussées rhumatismales subaiguës aient amené graduellement cette transformation totale des parties fibreuses de l'articulation. Je ne doute pas d'ailleurs qu'il y ait aussi une fusion osseuse partielle des extrémités articulaires, mais je crois volontiers qu'elle n'est pas totale.

III. — Je n'ai rien de particulier à relever dans la troisième pièce. Il est possible d'ailleurs que, parmi mes réflexions relatives aux deux premières, il y ait quelques rectifications à apporter, car je les apprécie de souvenir sans les avoir sous les yeux.

Séance du 25 Juin 1903.

Présidence de M. GAYET.

M. VILLARD lit le procès-verbal de la dernière séance, qui est adopté.

*
* *

M. DURAND (à propos du procès-verbal). — M. Goullioud m'a demandé si je connaissais des cas de guérison chez l'homme d'ablation du rectum par la voie abdomino-périnéale. Je viens de trouver la réponse à cette question dans un mémoire de M. Gross, de Nancy (1). Ce chirurgien a trouvé dans la science 20 cas d'ablation abdomino-périnéale et en ajoute deux, pratiqués chez l'homme avec une mort et une guérison. Il a pu établir la statistique suivante :

| | | | |
|------------------------|---------------|----------|--------------------|
| 12 cas chez la femme : | 11 guérisons, | 1 mort. | Mortalité : 8,33 % |
| 10 cas chez l'homme : | 2 guérisons, | 8 morts. | Mortalité : 80 |
| — | — | — | — — |
| 22 | 13 | 9 | 40,9 — |

On voit combien est grande la différence de pronostic entre les deux sexes pour cette opération; on peut se demander dès lors, avec Quénu, si on a le droit, sauf dans des cas particulier, de l'employer chez l'homme.

*
* *

RÉSECTION ORTHOPÉDIQUE DU COUDE.

M. TIXIER. — La question de la résection orthopédique du coude ayant été mise à l'ordre du jour de notre Société, j'ai

(1) Gross : *Revue méd. de l'Est*, 1903.

cru intéressant de vous rapporter deux cas cliniques que j'ai eu l'occasion d'observer dernièrement.

La première observation s'applique à un jeune homme âgé de 20 ans, qui avait eu une ankylose fibreuse très serrée du coude gauche à la suite d'une arthrite gonococcienne. Son affection avait débuté au mois de janvier 1902, et il entra dans mon service à Saint-Pothin le 21 avril 1902.

On avait essayé déjà dans un service de chirurgie de l'Hôtel-Dieu d'obtenir quelques retours des mouvements. L'insuccès était complet : le coude reste fixé en pronation et demi-flexion ; les muscles sont très atrophiés. Ce jeune homme, ouvrier menuisier, venait réclamer des mouvements de son membre malade.

Le 28 avril, je lui pratiquais une résection typique du coude : voici les fragments enlevés tant du côté huméral que du côté cubital et radial. Les suites furent très simples. Je mobilisai à partir du 9 mai, tous les jours. Une fois le 26 mai, sous anesthésie. Au mois de juillet il quitte mon service avec un membre très utile. Les mouvements de flexion et d'extension de l'avant-bras sont très étendus. Le triceps est un peu atrophié.

Immédiatement le malade se fatigue beaucoup, reprend son métier de menuisier. Cependant son articulation reste si parfaite qu'au mois de mai dernier le malade m'écrit pour me demander un certificat attestant qu'il a eu une résection du coude, car il va passer son conseil de révision et craint d'être incorporé.

Donc, un travail pénible, tôt repris, n'a pas nui à la bonne organisation de cette nouvelle articulation.

Il n'en est plus de même dans le second cas dont je veux vous entretenir, chez cette femme que je vous présente.

Voici son histoire : Femme de 34 ans, petite, mais d'excellente santé. Elle entre dans le service le 15 octobre 1902 pour une impotence absolue du bras droit. Six semaines auparavant elle subit un violent traumatisme du coude : elle fut soignée par un rhabilleur. N'obtenant aucun résultat, elle vient à l'hôpital.

Il est facile de reconnaître une luxation en arrière et en dehors des deux os de l'avant-bras. L'avant-bras est en extension sur le bras et ne peut faire aucun mouvement de flexion. La palpation révèle une ascension considérable de l'olécrâne sur la face postérieure de l'humérus. Le diamètre antéro-postérieur du coude est très augmenté et l'extrémité inférieure de cet os est très volumineuse, de telle sorte que je suppose une fracture concomitante sus-condylienne. Ces lésions sont du reste manifestes sur cette radiographie.

Elle demande une opération.

Le 28 octobre, je pratique l'hémirésection humérale du coude. Incision en baïonnette. Impossibilité de disjoindre l'interligne huméro-cubitale. Immédiatement au ciseau et au maillet je fais sauter l'extrémité inférieure de l'humérus en passant au niveau du cal de la fracture. Cette extrémité condylienne est enlevée en deux morceaux : les voici.

Et j'essaye de faire la reposition des os de l'avant-bras au contact de cette nouvelle trochlée, c'est impossible. Il existe dans le tendon du brachial antérieur cet énorme ostéome qui forme attelle antérieure : je suis obligé de le disséquer dans le muscle. Étant donnée cette ossification exubérante en six semaines, et craignant une néoproduction post-opératoire, je m'efforce de ne pas respecter partout la continuité périostique. Petit drainage antéro-postérieur. Pas de complication.

Le 6 novembre. Huit jours après l'opération, premier pansement et mobilisation. Les mouvements sont limités et douloureux ; par un traitement journalier, je m'efforce de m'opposer à la raideur articulaire qui me fait craindre une limitation trop considérable des mouvements.

Le 31 décembre. Deux mois après l'intervention, la malade sort contre mon gré. Elle est pressée de reprendre son travail. Elle ne souffre plus de son bras et se contente des mouvements *limités* de flexion dont elle jouit.

Après huit jours de repos chez elle, elle se livre à ses occupations ordinaires : jardinière, elle travaille la terre, se fatigue beaucoup ; elle peut porter avec son bras malade un arrosoir contenant 15 litres d'eau.

Mais ceci ne dure qu'*un mois*. Au bout de ce laps de temps elle sent la force de son bras diminuer très vite; son articulation n'est plus aussi solide qu'avant; la flexion se fait sans force, l'articulation devient saillante.

Elle vient me faire constater cette modification : malgré mes prières, elle ne veut pas que je lui immobilise son coude. Aussi cet état ne fait qu'empirer, et actuellement vous constatez combien cette néoarticulation est relâchée.

Voilà donc deux malades presque superposables au point de vue du traitement post-opératoire. Tous les deux ont travaillé de peine, deux mois et demi environ après leur résection. Chez l'un, malgré une résection totale, l'articulation est restée serrée et forte : il a 20 ans. Chez l'autre, malgré une résection seulement semi-articulaire, malgré une tendance manifeste à faire rapidement des ostéophytes, malgré une raideur articulaire d'abord difficile à vaincre, l'articulation, sous l'influence de l'effort, est devenue ballante : elle a 34 ans.

Je crois donc que si, suivant les données modernes, on doit par le massage, par la mobilisation précoce, s'efforcer de donner du jeu articulaire à ses réséqués, il faut toujours proportionner la précocité et la durée du traitement à l'âge du malade. J'avoue cependant n'avoir jamais vu une telle modification tardive dans une résection du coude, et je serais heureux que mes collègues me fassent part de leur opinion à ce sujet.

Je ferais remarquer que, comme M. Vallas, j'ai commencé chez cette dernière malade ma résection par l'ostéotomie sus-condylienne.

M. VINCENT. Je n'ai pas personnellement de faits analogues à celui présenté par M. Tixier. Par contre, les Allemands ont obtenu des résultats identiques, alors qu'ils ne conservaient pas le périoste. M. Ollier en rapporte des exemples dans son ouvrage. Comme M. Tixier a conservé le périoste, je ne puis expliquer l'atrophie présentée autrement que par certaines influences nerveuses, certaines névrites analogues à celles qui produisent l'atrophie des moignons.

En 1878, M. Ollier avait indiqué le procédé de l'ostéotomie préalable. Plus tard il avait préféré la section dans l'interligne.

Mes observations personnelles m'ont montré qu'il fallait savoir attendre, que les raideurs articulaires s'améliorent souvent, et que dans les cas d'ankylose avec ossifications énormes, il fallait intervenir par la résection et surveiller d'une façon extrême les soins consécutifs, le traitement post opératoire est souvent très difficile à appliquer ; j'ai chez un enfant dû pratiquer trois fois la résection du coude, et même après cette troisième intervention il persiste encore des raideurs.

Chez les enfants, l'ankylose post-opératoire est toujours menaçante, sauf chez ceux un peu scrofuleux.

M. BÉRARD. J'ai eu moi-même à enregistrer un déboire analogue à celui que vient de vous raconter M. Tixier. Chez un sujet de 20 ans, vigoureux, atteint de tuberculose du coude, avec lésions limitées et sans altération grave des ligaments de l'articulation par les fongosités ou par le pus, j'ai pratiqué en 1901 une résection sous-périostée limitée presque exclusivement à l'extrémité inférieure de l'humérus, avec simple raclage des surfaces radio-cubitales restées saines. Les suites immédiates furent excellentes ; les mouvements, d'abord difficiles, étaient satisfaisants, quoique limités encore, quand le malade quitta l'Hôtel-Dieu. Rentré chez lui, l'opéré se remit presque de suite à son métier assez pénible de mécanicien lunetier. Et quatre mois plus tard il revenait avec un coude presque ballant. Pour lui permettre de travailler, je dus lui faire porter un appareil à double bracelet articulé seulement dans le sens de la flexion et de l'extension. Depuis une légère amélioration est survenue ; mais elle n'est pas encore suffisante pour dispenser l'opéré du port de son appareil.

Cet écueil de la résection du coude a d'ailleurs été signalé souvent par MM. Ollier et Gangolphe. Tous deux insistent sur la nécessité où l'on est, surtout après les résections orthopédiques chez les jeunes sujets, de mobiliser hâtivement l'article réséqué pour éviter l'ankylose. Et d'autre part, sur les dangers d'une mobilisation trop hâtive qui compromettrait la solidité de la néarthrose.

Quelle que soit l'affection qui ait nécessité la résection, Ollier recommandait de se contenter pendant longtemps de mouvements limités, obtenus sans violence ; nombre de ces malades, partis de l'hôpital avec un coude encore enraidí, avaient peu à peu récupéré presque tous les mouvements normaux.

Cette diversité des résultats doit reconnaître pour cause, non seulement les différences de réaction du périoste chez les opérés, mais aussi les différences de vitalité de l'os lui-même. Combien a-t-on vu de résections orthopédiques dans lesquelles le périoste avait été largement sacrifié et qui ont abouti plusieurs fois de suite à l'ankylose ? Marangos rapporte même dans sa thèse un fait de Daniel Mollière, que ce chirurgien, peu convaincu des propriétés exclusives du périoste dans la réparation osseuse, aimait à citer. Après une résection *extrapériostée* du coude

chez un jeune sujet, Mollière avait constaté une ankylose par reproduction osseuse, qui l'avait obligé à intervenir de nouveau. Peut-être par la suite arrivera-t-on à faire la part du système nerveux dans ces manifestations de la trophicité ostéopériostique.

M. VINCENT. Ollier insiste sur l'opportunité des mouvements provoqués, les mouvements trop précoces ou trop tardifs risquent de produire, soit la laxité articulaire, soit l'exubérance des productions périostiques avec ankylose.

M. TIXIER. Le cas de M. Bérard n'est pas superposable au mien, puisqu'il s'agissait de tuberculose. J'ai fait d'autre part une résection très partielle, et il y a là certainement une réaction anormale.

*
**

RÉTRÉCISSEMENTS TUBERCULEUX MULTIPLES DE L'INTÉSTIN GRÊLE ET OCCLUSION SUBAIGUE PAR BRIDE ; LAPAROTOMIE ; GUÉRISON.

M. BÉRARD. — J'ai observé pendant ces derniers mois, chez l'enfant, plusieurs cas de tuberculose intestinale, à évolution un peu spéciale. Récemment déjà nous avons communiqué à la Société des Sciences médicales, M. R. Horand et moi, une observation de péritonite aiguë due à la perforation d'ulcérations tuberculeuses du segment iléo-cæcal.

L'enfant que je vous présente aujourd'hui était atteinte de lésions encore plus curieuses, par leur complexité; ces lésions ont été très améliorées, sinon complètement guéries, par une intervention assez simple.

Victorine P..., âgée de 9 ans, entre à la Charité, salle Sainte-Renée, le 26 mai 1903, pour une affection abdominale déjà ancienne, qui s'est aggravée depuis un mois.

De parents inconnus, cette petite fille a toujours été malade; depuis longtemps elle digère difficilement, et son abdomen est volumineux. On l'amène à l'hôpital, car elle a beaucoup maigri récemment; elle vomit parfois après ses repas; elle est tantôt constipée, tantôt atteinte de diarrhée. De temps à autre l'intestin apparaît distendu à travers la paroi; l'enfant souffre surtout à ces moments-là.

A l'inspection, on trouve le ventre caractéristique du carreau : gros, un peu étalé dans les flancs, irrégulièrement saillant autour de l'ombilic. Péristaltisme assez marqué à ce niveau. — A la palpation, pas de flot, mais des masses dures, bosselées, fixées en avant de la colonne. — A la percussion, matité en damier ; submatité dans le flanc gauche, sans modifications dans les changements de position de la malade. — Le toucher rectal ne donne pas d'indications spéciales. — Pas d'augmentation de volume du foie ni de la rate ; pas d'albumine dans les urines.

Les deux sommets des poumons sont le siège de lésions discrètes : submatité, obscurité avec quelques craquements. Déformations hippocratiques des doigts. Ganglions cervicaux, axillaires et inguinaux augmentés de volume.

Pendant les trois jours où on la garde en observation, la température de la malade oscille entre 38°,1 et 38°,4 le soir, entre 37°,7 et 37°,4 le matin.

Le diagnostic de tuberculose s'imposait surtout à cause des masses ganglionnaires énormes perçues dans l'abdomen, à cause des lésions pulmonaires et du délabrement de l'état général. Les troubles digestifs et l'augmentation considérable de volume de l'abdomen, coïncidant avec la matité des flancs, nous avaient fait conclure en outre à une péritonite tuberculeuse, cloisonnée, peut-être avec des brides couvrant l'intestin ; aussi la laparotomie fut-elle décidée.

Je la pratiquai le 28 mai dernier. A l'incision du péritoine, aucune granulation n'apparaît sur la séreuse pariétale. Il s'écoule un peu de liquide citrin. Ce qui frappe d'emblée le regard, ce sont des masses solides incluses dans le mésentère et dont le volume varie d'une noix à une orange. Une première anse grêle est attirée avec quelque difficulté au dehors de l'abdomen ; elle est livide, congestionnée, un peu dépolie. A mesure qu'on la déroule dans des compresses stérilisées, son calibre apparaît plus gros ; et bientôt on constate que deux points de son bord mésentérique sont soudés l'un à l'autre pour constituer un anneau intestinal de 10 centimètres de diamètre environ. Au niveau de ce contact, les

deux portions correspondantes de l'anse sont le siège d'une infiltration tuberculeuse assez récente, à en juger par la couleur jaune orangé du piqueté qui transparaît sous la séreuse. Cette infiltration part du mésentère et tend à étrangler l'intestin. C'est elle qui, arrivée jusqu'au bord libre, a envahi la séreuse et accolé les deux portions de l'intestin. Pourtant le double rétrécissement ainsi constitué permet encore le passage de la pulpe du petit doigt à travers les parois invaginées.

Je me disposais à faire une exclusion de la portion d'intestin malade, en créant une anastomose latérale sur deux portions saines des anses grêles; mais en attirant davantage celle-ci hors du ventre, je rencontrai encore trois autres rétrécissements, en tout comparables aux deux premiers, et distants de ceux-ci de 20, 30 et 60 centimètres à peu près. De même que les deux premiers, ces rétrécissements devaient être de formation récente, car leurs parois étaient épaisses, vascularisées; et la pulpe du doigt pouvait encore, par invagination des tuniques, franchir la sténose.

Il ne fallait pas songer à pratiquer une résection étendue de l'intestin, qui eût été rendue très laborieuse, sinon impossible, par les énormes masses ganglionnaires du mésentère. D'ailleurs, rien ne prouvait qu'il n'y eût pas encore d'autres sténoses sur d'autres portions de l'intestin. Je me bornai donc à supprimer l'obstacle principal à la circulation des matières, en détruisant l'anneau que formaient les deux points accolés et coudés de l'anse grêle : la désunion de ces deux points fut assez facile. Mais comme à ce niveau la séreuse avait dû être éraillée, j'enfouis les surfaces suspectes par quelques points de suture séro-séreuse. Suture de la paroi abdominale à trois plans.

Les suites de l'opération furent simples. Pendant trois jours, l'enfant reçut des injections de sérum et des lavements nutritifs. Elle n'eut que deux vomissements dans le 24 heures qui suivirent l'intervention. A partir du 4^e jour, on reprit l'alimentation d'abord liquide, puis solide, par la voie buccale. La température s'éleva le 3^e jour à 38°,9, pour retomber

à la normale le 6^e jour et oscilla ensuite entre 37° et 37°,6, avec une seule élévation à 38°,4.

Lors du premier pansement, fait le 9^e jour, on constatait déjà une diminution notable du volume de l'abdomen ; et il semblait que les masses mésentériques eussent un peu rétrocedé. Réunion par première intention.

Dans les quinze jours qui suivirent, la petite malade engraisa de 2 kilgs. Elle reprit l'alimentation normale, puis fit de la suralimentation, sans présenter aucun trouble digestif. Selles normales comme forme et comme consistance ; pas de diarrhée.

Actuellement (25 juin), le ventre est encore saillant, un peu tympanisé, sonore partout, nullement douloureux ; les masses profondes sont de moins en moins perceptibles. L'état général s'est beaucoup remonté. Tout permet d'espérer que cette amélioration va encore s'accroître à Giens où l'enfant va partir.

En résumé, cette tuberculose de l'intestin et des ganglions mésentériques, avec des masses mésentériques énormes, avec des sténoses intestinales multiples, de date récente, et avec une occlusion subaiguë par coudure en anneau d'une anse grêle, a été très heureusement modifiée, peut-être dirons-nous plus tard guérie, par une simple laparotomie avec libération de l'anse coudée.

I. — Les sténoses multiples de l'intestin par tuberculose ne sont pas exceptionnelles, puisque Patel, dans son travail très remarquable de 1902, a pu en réunir 62 observations. D'ordinaire, comme chez notre malade, elles siègent de préférence sur l'intestin grêle, et comme chez elle également, elles sont produites plutôt par des lésions interstitielles, périvasculaires, que par des ulcérations progressives : la diarrhée et les selles sanglantes sont loin d'être des symptômes constants.

La tuberculose sténosante de l'intestin s'observe surtout chez l'adulte ; M. Weill nous a dit qu'il en avait rencontré lui-même un seul cas, dans l'ensemble des autopsies d'enfants, fort nombreuses, qu'il a faites. Dans sa thèse, Patel

signale seulement que Rotter a opéré pour sténose tuberculeuse un enfant de 8 ans, et que Doppe a soigné pour la même affection un petit malade de 12 ans.

II. — L'évolution clinique de notre cas a été très insidieuse car ce qui prédominait, c'était la tuberculose ganglionnaire mésentérique. Les lésions de l'intestin semblaient s'être développées beaucoup plus récemment. Au moment de l'intervention elles n'étaient pas encore assez accentuées pour produire des troubles graves dans la circulation des matières. Tous les rétrécissements étaient encore relativement perméables; et les signes d'obstruction incomplète reconnaissaient surtout pour cause la coudure de l'anse grêle fixée en anneau fermé.

III. — Ces caractères des lésions expliquent que la simple laparotomie, complétée par la libération de l'anse coudée, ait eu un résultat des plus heureux. Ce résultat inespéré a déjà été signalé chez l'enfant en semblable occurrence; Nové-Josserand et Billon, dans sa thèse, avaient publié des guérisons de sténose hypertrophique tuberculeuse du cæcum, à la suite de la laparotomie.

Patel, envisageant les cas de sténose multiple, où l'entérectomie et l'exclusion de l'intestion avaient été reconnues impossibles, une fois le ventre ouvert, a rapporté plusieurs améliorations ou guérisons, par laparotomie, dont voici les plus nettes :

Chez un malade de König, douze sténoses sur l'intestin grêle semblent rétrocéder après la laparotomie. Chez un autre malade de König, porteur de sept rétrécissements avec agglutination des anses intestinales en plusieurs paquets, la laparotomie est suivie d'une guérison constatée au bout de cinq ans. Pour un malade de Rotter et pour deux malades de M. Jaboulay, l'amélioration fut également rapide, mais non aussi durable.

Sans doute la laparotomie, seule, ou avec destruction des brides péritonéales, ne sera jamais qu'un pis-aller utilisable chez les malades pour lesquels l'entérectomie ou l'entéro-anastomose sont reconnues impossibles, quand on a les

lésions sous les yeux. Du moins constitue-t-elle alors une ressource précieuse pour le chirurgien.

*
* *

STÉNOSE CICATRICIELLE DU PYLORE AVEC CORPS ÉTRANGER DE L'ESTOMAC (CUILLÈRE A CAFÉ).

M. VALLAS. — Je vous présente aujourd'hui un malade que j'ai opéré il y a huit jours pour un corps étranger rare de l'estomac. Ce jeune homme, atteint d'un rétrécissement du pylore, offrait une dilatation énorme de l'estomac. Quand cet estomac était rempli de liquide, le malade avait l'habitude, pour faire cesser l'état de malaise engendré par la distension, de provoquer des vomissements. C'est dans ce but qu'il s'était introduit dans le gosier, il y a quinze jours environ, une petite cuillère à café. Une fausse manœuvre ou un spasme lui fit lâcher l'instrument qui disparut dans l'œsophage.

M. le docteur Cade, chef de clinique du Prof. Bondet, dans le service duquel il était entré, après avoir attendu quelques jours la sortie spontanée de la cuillère, le fit passer dans mon service.

Le plan opératoire était indiqué. Il s'agissait de pratiquer une gastro-entéro-anastomose pour pallier les effets du rétrécissement pylorique, et par l'incision faite à l'estomac dans ce but d'extraire le corps étranger. C'est ce qui fut fait, et vous voyez que le malade, jeune et non cachectique, puisqu'il ne s'agit que d'une cicatrice simple, a été remarquablement vite guéri. Huit jours après l'opération, il mange de la viande et est déjà debout et va bientôt quitter le service.

Il est un point du manuel opératoire sur lequel je veux insister. L'estomac une fois mis dehors, je sentis facilement la cuillère à travers ses parois; mais, en raison de la dilatation extrême du viscère, cette cuillère évoluait à son aise dans la cavité et pouvait se tourner dans tous les sens et

disparaissait facilement dans les plis que faisaient les tuniques de l'estomac. Aussi, avant de commencer la gastro-entéro-anastomose proprement dite j'eus soin de saisir le corps étranger avec une grande pince munie de drains en caoutchouc à travers les parois stomacales et de le faire maintenir en face au point où j'allais faire l'incision de l'organe. De cette façon, tout se passa très simplement. J'estime que c'est là une bonne précaution à prendre en pareil cas. Sans elle, j'aurais été obligé d'aller à la recherche de la cuillère à travers l'incision, et cette recherche eût sans doute été difficile, et en tous cas aurait pu être la cause de complications opératoires graves, telles par exemple l'issue de liquide intra-stomacal dans la cavité péritonéale. C'est surtout sur ce détail particulier que j'appelle l'attention des chirurgiens qui se trouveraient en présence d'un cas semblable.

*
**

PRÉSENTATIONS.

M. RIGAL. — 1° Présentation de la radiographie d'une rotule suturée il y a quelques mois par la suture des ailerons.

2° Radiographie d'une balle dans l'astragale. Sans la radiographie on n'aurait jamais pu la trouver. Elle donnait lieu à de très vives douleurs.

*
**

AMPUTATION ABDOMINO-PÉRINÉALE DU RECTUM.

M. GOULLIoud présente, bien portante et sans récurrence, une femme à qui il a fait, il y a quatre ans, l'ablation totale du rectum par voie abdomino-périnéale.

Cette femme présentait un cancer invaginé de l'anse recto-sigmoïde, d'abord presque inaccessible au doigt, puis qui s'était invaginé et était descendu jusqu'à l'anus en amenant

d'énormes pertes séreuses qui avaient fait croire à une fistule recto-vaginale, et des hémorragies répétées.

Dans une première opération, le 18 février 1899, M. Goullioud fit une résection de la tumeur invaginée, et une entérorraphie circulaire à l'anus après avoir fait sauter la cloison recto-vaginale (voie recto-vaginale). Comme souvent dans les opérations conservatrices, l'exérèse avait été insuffisante, et quelques mois après il constatait un point de récurrence qu'il prévoyait sous forme d'une petite tumeur intestinale bourgeonnante, à peine accessible au doigt profondément enfoncé. Une seconde opération, l'ablation abdomino-périnéale du rectum, fut alors proposée en pleine santé apparente, acceptée par la malade, et faite le 18 juillet 1899.

L'observation fut présentée à la Société de chirurgie de Lyon le 8 février 1900, et publiée dans la *Province médicale* du 17 février.

La nature maligne de cette tumeur, diagnostiquée facilement sur son aspect, fut confirmée par l'examen histologique dû à l'obligeance de M. Bret (il s'agissait d'un épithélioma colloïde), puis affirmée encore par sa récurrence après la première opération.

Ce cas de guérison constatée quatre ans après la dernière opération, est donc très probant et vient appuyer les conclusions apportées à la Société de chirurgie par MM. Goullioud et Durand, en faveur de l'ablation abdomino-périnéale du rectum, à l'occasion de leurs présentations récentes.

L'anus iliaque terminal de cette opérée lui occasionne le moins d'inconvénient possible en l'absence d'un sphincter. Elle jouit d'une constipation ancienne, ce qui lui permet d'avoir, par des laxatifs doux, des selles rares, espacées de plusieurs jours. Dans l'intervalle, elle ne présente en général aucune incontinence.

Séance du 2 Juillet 1903.

Présidence de M. GAYET.



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

*
* *

M. GAYET lit une lettre de M. Rigal demandant à être inscrit comme membre correspondant de la Société.

*
* *

M. CLAUDOT dépose un mémoire de M. Gérault sur certaines variétés de kystes hydatiques, à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant.

Une commission composée de MM. Jaboulay, Bérard et Tixier est nommée pour examiner le mémoire de M. Gérault.

*
* *

M. COMMANDEUR lit un mémoire sur l'*Opération césarienne dans le bassin cyphotique*, à l'appui de sa candidature au titre de membre titulaire de la Société.

Une commission, composée de MM. A. Pollosson, Goullioud, Fochier, rapporteur, est nommée pour examiner le mémoire de M. Commandeur.

*
* *

RÉSULTAT ÉLOIGNÉ D'UNE NÉPHRECTOMIE POUR CANCER
DU REIN.

M. ROCHET. — Voici d'abord l'observation :

X....., âgé de 50 ans, avait des hématuries depuis dix-huit mois. La tumeur rénale datait de quelques mois ; il est vrai

que le malade n'avait pas été bien examiné. Les hématuries étaient capricieuses, répétées, très copieuses parfois et avaient même, à deux ou trois reprises, déterminé un peu d'obstruction vésicale par les caillots. Douleurs assez vives au moment des hématuries et se prolongeant en bas du ventre, nettement sous la forme de coliques urétérales.

Facies jaune, amaigrissement considérable.

Opération il y a près de deux ans ; néphrectomie par une longue incision lombo-iliaque, para-péritonéale. Le rein était très gros, du volume de trois poings environ. La décoration se fit cependant assez bien sous la capsule graisseuse, tout contre la capsule propre du rein, laissant adhérents aux organes voisins les points de cette capsule qui paraissent le plus épaissis et le plus difficiles à détacher.

Au hile, on notait la présence de deux ou trois gros ganglions qu'on isola le mieux qu'on put, et derrière lesquels on mit la pince hémostatique à demeure pour les enlever en même temps que le rein. L'uretère, assez gros, fut lié et coupé à part ; il ne présentait rien de spécial à la coupe, ni aucuns noyaux durs sur ses parois.

Le malade supporta très bien l'opération ; il fit encore un peu de sang pendant quelques jours, probablement par son uretère. Puis il se releva rapidement et engraisa de 8 à 10 kilog. dans les mois qui suivirent l'opération.

Actuellement, il va toujours très bien comme état général, et on ne sent dans la région opérée, et tout le long de l'uretère, aucune récidive de la tumeur.

Nous ne pouvons pas évidemment prononcer le mot de *cure radicale*, mais il est certain que : 1° le malade serait mort depuis longtemps sans l'opération ; 2° qu'il a toutes les allures extérieures d'un homme guéri : bon appétit, embonpoint, point de douleur, etc.

C'est là un fait qui m'a paru digne d'intérêt, d'autant plus qu'on reste sous une mauvaise impression quand on lit les résultats opératoires (au moins ceux publiés déjà il y a une dizaine d'années) ; mauvaise impression : 1° au point de vue de l'inanité de l'opération, qui est suivie de récidives ou

généralisations rapides ; 2° au point de vue même de la mortalité opératoire immédiate.

On peut cependant avoir de très grands bénéfices de l'opération : notre cas en est la preuve. D'autres, analogues, ont déjà été publiés, mais ils sont rares, et se trouvent en minorité écrasante devant les succès.

Cela tient certainement à ce qu'on n'opère pas d'assez bonne heure, et que le sujet attend pour consentir, ou le chirurgien pour intervenir, que les tumeurs soient énormes, adhérentes partout, et que les sujets soient incapables de supporter une intervention.

Il ne s'agit même pas d'opérer tout à fait au début, car rien n'est plus insidieux que le cancer rénal à son début, et quand *la tumeur rénale apparaît le cancer est déjà ancien*. Au moins faudrait-il opérer dès l'apparition de cette tumeur, et on ne le fait ordinairement que bien après.

Si on y réfléchit, les conditions ne sont pas mauvaises en effet pour un cancer du rein pris dès son début. (Je n'ai en vue ici que l'*épithéliome de l'adulte* ; le *sarcome de l'enfant* n'a donné que des échecs et est tout à fait à part comme gravité.)

1° Le cancer n'est presque jamais bilatéral (deux fois sur cent on l'opéra et encore alors il y avait de la généralisation ailleurs) ;

2° Il reste très longtemps enkysté par les capsules graisseuse ou même propre du rein, alors que des masses volumineuses encombrant déjà les calices et le bassinet dilatés, la coque rénale peut ne pas encore être perforée ;

3° Les ganglions du hile ne sont pas pris de bonne heure ; s'ils le sont, ils restent assez bien circonscrits au hile sous forme de masses parfois volumineuses, mais ne s'égrènent guère à distance en longs chapelets. La généralisation ne se fait que tardivement aux autres viscères ; la propagation à la colonne vertébrale en particulier, et qui est si près cependant, est une rareté.

Le cancer rénal a donc une marche lente et il y a pendant longtemps une sorte d'isolement du cancer du reste de l'or-

ganisme; c'est ce qui peut faire espérer en l'opération précoce.

Malheureusement, son début est très difficile à surprendre; le rein a une longue tolérance pour lui, et au moment où la tumeur devient appréciable en clinique, il peut y avoir plusieurs années qu'elle existe.

Un autre avantage de l'opération aussi précoce que possible, c'est la bien plus grande *facilité* et *bénignité* opératoires.

Les statistiques anciennes de 65 à 70 % sont à réformer, car elles ne s'adressent probablement qu'à des cas très avancés et qui ont demandé de très grands délabrements.

Avec des cas pas trop avancés, en effet, on bénéficie de deux choses :

1° Possibilité de la voie para-péritonéale, évidemment moins grave que la péritonéale ;

2° Possibilité d'une décortication sous-capsulo-graisseuse, directement contre la capsule propre du rein et alors les cas de mort par blessure de la veine cave, de l'intestin, de la plèvre, etc., sont évités.

*
* *

ICTÈRE CHRONIQUE PAR OBSTRUCTION DU CHOLÉDOQUE; CHOLÉCYSTENTÉROSTOMIE ET ENTÉRO-ANASTOMOSE.

M. M. LAGOUTTE. — La récente discussion à la Société de chirurgie de Paris a attiré l'attention sur la difficulté dans certains cas à faire le diagnostic de la cause de l'obstruction du cholédoque même après la laparotomie.

L'observation suivante, intéressante, du reste, à d'autres points de vue, mérite d'être rapportée à cet égard.

*
* *

M..., âgé de 36 ans, ouvrier des usines du Creusot, a toujours joui d'une excellente santé. En particulier, jamais

de coliques hépatiques. Pour la première fois, en juillet 1902, il fut forcé d'interrompre son travail pour une indisposition caractérisée par des douleurs dans la région épigastrique, de la constipation et une anorexie absolue. Cet état se prolongea pendant quinze jours environ. Peu à peu tout rentra dans l'ordre, la santé redevint parfaite jusqu'à la fin de l'année 1902.

Le 25 décembre 1902, M... est repris brusquement de maux analogues à ceux du mois de juillet précédent : troubles gastriques, constipation, perte complète de l'appétit, puis peu à peu des forces. Mais cette fois l'état va progressivement en s'aggravant et se complique d'ictère dans les premiers jours du mois de mars. Celui-ci, d'abord limité aux conjonctives, se généralise rapidement, les selles se décolorent et les urines se chargent de pigments.

Le malade entre à l'Hôtel-Dieu le 23 mai après avoir épuisé en vain toutes les ressources du traitement médical.

A ce moment les téguments présentent une coloration vert olive ; les urines sont chargées de pigments, les selles comme du mastic. L'état général est très mauvais, l'appétit nul. Il n'y a pas de vomissements, mais une constipation opiniâtre. L'amaigrissement est considérable, plus de 60 livres, dit le malade ; enfin perte complète des forces.

A l'examen du ventre, on sent au-dessous du foie, dont le volume est un peu augmenté, une masse grosse comme le poing, résistante, un peu mobile et qui, à n'en pas douter, est la vésicule distendue.

Le diagnostic d'obstruction complète du cholédoque s'imposait. Restait à en déterminer la cause : lithiase ou cancer.

Or, M... n'avait jamais eu de coliques hépatiques ; jamais précédemment d'ictère. De plus, la vésicule paraissait distendue par la bile, fait plus en rapport avec l'obstruction néoplasique. Enfin la déchéance rapide, l'amaigrissement considérable faisaient plutôt penser au cancer qu'à la lithiase.

En présence de cet ictère intense remontant à trois mois, de l'état général de plus en plus mauvais et de l'inanité du

traitement médical, l'intervention chirurgicale fut proposée au malade qui l'accepta.

Dans mon esprit, après exploration des voies biliaires, l'opération devait consister en une anastomose des voies biliaires avec l'intestin, opération toute palliative pour rétablir le cours de la bile arrêtée par un néoplasme de la tête du pancréas.

L'opération fut pratiquée le 2 juin 1903. Laparotomie médiane sus-ombilicale complétée par une incision transversale sectionnant le grand droit.

La vésicule apparaît volumineuse, tendue, turgide, avec une teinte vert foncée. Elle est si grosse qu'on explore avec difficulté la face inférieure du foie et le reste des voies biliaires : cystique et cholédoque. Elle est ponctionnée avec une aiguille de l'aspirateur Potain et on retire un quart de litre environ d'une bile épaisse de coloration vert olive, presque noire.

Mais au cours de cette opération, je m'aperçois que le liquide tendu dans la vésicule passe autour de l'aiguille et se diffuse entre la paroi vésiculaire et la séreuse péritonéale qui la recouvre, formant là un véritable cholétome qui sépare et dissèque la séreuse de la muqueuse.

La vésicule étant en partie vidée et moins tendue, un clamp est mis transversalement sur la partie moyenne pour pouvoir pratiquer l'anastomose sans issue du liquide biliaire.

Mais auparavant, j'explore la face inférieure du foie et des voies biliaires. Nulle part on n'a l'impression d'un calcul. Mais la tête du pancréas semble augmentée de volume et d'une dureté ligneuse, ce qui paraît confirmer le diagnostic posé.

L'anastomose est pratiquée sur la première anse jéjunale à 50 centimètres environ de l'angle duodéno-jéjunal. Elle est faite au moyen de deux plans de suture à la soie, le premier contenant toutes les tuniques et le second séro-séreux. Mais en raison de l'infiltration de bile entre la séreuse et la paroi vésiculaire proprement dite, l'abouchement et les sutures se font avec la plus grande difficulté. De telle

sorte que pour assurer la solidité de l'anastomose, je surajoute quelques points séro-séreux formant un troisième plan.

Au moment de refermer le ventre, je crains que la circulation intestinale ne se fasse mal au niveau de l'abouchement. L'anse jéjunale qui passe en avant du côlon et de l'épiploon est en effet comme suspendue, coudée à angle aigu au-dessous de la vésicule. De plus, en raison des sutures multipliées, comme il a été dit, le calibre de l'intestin semble rétréci.

Pour toutes ces raisons, j'établis entre les deux branches anastomosées, qui sont du reste accolées l'une à l'autre, une entéro-anastomose distante de 6 à 8 centimètres de la bouche vésiculaire.

Enfin deux mèches placées de chaque côté de l'anastomose biliaire ressortent par la partie externe de l'incision et doivent assurer le drainage en cas d'insuccès de la suture.

Fermeture de la paroi avec un seul plan de fils métalliques.

Suites des plus simples jusqu'au huitième jour.

Les mèches sont retirées le quatrième jour.

Dès le second jour une selle provoquée par un lavement est colorée.

L'alimentation est reprise progressivement. L'ictère diminue rapidement.

Le 10 juin, le pansement est souillé par une abondante quantité de bile qui s'échappe par l'orifice de drainage.

Depuis lors, la fistule laisse s'écouler de la bile, mais de moins en moins à mesure qu'elle se rétrécit. Jamais, par contre, les matières intestinales n'ont fait issue au dehors, malgré la désunion partielle de l'anastomose vésiculo-jéjunale. La circulation intestinale est du reste parfaite.

Le malade reprend à vue d'œil et actuellement (1^{er} juillet) au moment où il quitte l'Hôtel-Dieu l'ictère a disparu à peu près totalement, les selles restent colorées et la fistule est tarie.

L'amélioration inespérée, la transformation du malade me font aujourd'hui douter du diagnostic. On sait la marche

rapidement cachectisante du cancer de la tête du pancréas, et surtout chez un sujet jeune comme celui qui fait l'objet de la présente observation. Je ne peux pas croire à un calcul resté inaperçu, en raison de l'histoire clinique du malade et de la distension de la vésicule. J'admettrais plutôt l'idée de pancréatite chronique avec oblitération du cholédoque, comme M. Schwartz, dans l'une des observations citées par lui à la séance du 17 juin dernier de la Société de chirurgie de Paris.

L'avenir seul fixera le diagnostic, mais l'observation montre dès maintenant la difficulté du diagnostic, alors même que le ventre est ouvert.

*
* *

Cette intervention me paraît intéressante à un autre point de vue.

A cause d'un incident opératoire me faisant craindre un arrêt de la circulation intestinale (coudure et rétrécissement du jéjunum au niveau de l'entérostomie biliaire), j'ai pratiqué l'entéro-anastomose des deux branches jéjunales situées au-dessus et au-dessous de la bouche biliaire.

Comme je le craignais, mes sutures ont lâché en partie. Mais l'entéro-anastomose a évité la production d'une fistule stercorale. Il n'est sorti par l'orifice de drainage que de la bile et pas trace de liquide intestinal.

Je me demande si l'anastomose intestinale de nécessité que j'ai dû pratiquer dans le cas particulier ne constitue pas un procédé de choix, et qu'il serait bon d'ajouter dans tous les cas à la cholécystentérostomie, quand on l'établit sur le jéjunum. D'abord l'intestin grêle amené au contact de la vésicule doit contourner le côlon et la masse épiploïque. De plus il est suspendu sur la vésicule sur une étendue peu considérable. Pour ces raisons, et bien qu'on prenne la précaution d'établir la bouche à au moins 50 centimètres de l'angle duodéno-jéjunal, il résulte la production d'un coude à angle aigu au niveau du fond de la vésicule, les deux branches intestinales redescendant parallèles, presque accolées en canon de fusil. A la vérité, je ne

connais pas d'observation d'obstruction intestinale à la suite de cholécystentérostomie jéjunale, mais le fait me paraît fort possible.

Mais ce qu'on a reproché souvent et avec raison à la cholécystentérostomie, c'est de favoriser l'infection des voies biliaires par pénétration à leur intérieur du contenu intestinal. L'entéro-anastomose surajoutée met à l'abri de cette complication. Dans mon observation le liquide intestinal n'a jamais remonté de l'entéro-anastomose à la fistule, et il est probable, maintenant que celle-ci est fermée, que la vésicule restera indemne du contact avec le contenu de l'intestin.

L'entéro-anastomose mettrait ainsi sûrement à l'abri tout à la fois d'une obstruction possible et de l'infection ultérieure de l'arbre biliaire.

M. JABOULAY. Je ne suis pas convaincu que dans l'observation de M. Lagoutte il ne s'agisse pas d'un cancer du pancréas, l'opération est de date trop récente pour que l'amélioration constatée puisse faire éliminer cette hypothèse. D'autre part, je considère comme au moins inutile le procédé opératoire suivi par M. Lagoutte; il ne faut pas faire l'anastomose avec l'intestin grêle, il faut aboucher la vésicule dans l'estomac; j'ai déjà eu l'occasion d'insister sur ce manuel opératoire.

M. VILLARD. Je crois aussi que le procédé de M. Lagoutte n'est guère recommandable, mais je m'élève contre le fait d'aboucher la vésicule dans l'estomac. Si la présence de bile dans ce viscère n'est pas la cause d'accidents graves, elle occasionne par contre des inconvénients et des troubles dyspeptiques que l'on ne doit pas négliger. Il faut aboucher la vésicule quelques centimètres plus à droite dans la première portion du duodénum, au-dessous du pylore, en un point anatomiquement plus en rapport avec le fond de la vésicule que l'estomac, et qui serait plus physiologique au point de vue du fonctionnement ultérieur de la digestion duodénale.

M. JABOULAY. J'ai conseillé l'anastomose avec l'estomac parce que cet organe se laisse plus facilement attirer que le duodénum, et j'ai recours habituellement pour pratiquer l'anastomose du bouton anastomotique.

M. DURAND. La méthode de M. Jaboulay est purement personnelle, et je ne crois pas qu'il faille l'ériger en méthode générale, bien que certains auteurs y aient eu recours; la conduite de M. Lagoutte doit être considérée comme classique et ne peut lui être reprochée.

M. VALLAS. Je partage tout à fait les idées de M. Villard. Il est plus physiologique d'anastomoser la vésicule avec le duodénum qu'avec l'estomac. Quant aux difficultés opératoires, elles sont diminuées par le fait de l'amaigrissement des malades qui rend le duodénum plus mobile, ainsi que j'ai pu le constater en pratiquant la gastro-duodénostomie de Villard.

M. JABOULAY. Je désire rectifier l'expression de gastro-duodénostomie de Villard ; j'ai pratiqué, en effet, cette opération avant M. Villard, qui a, il est vrai, modifié le procédé que j'avais employé.

M. VILLARD. Lorsque j'ai décrit dans un article de la *Revue de chirurgie* mon procédé de gastro-duodénostomie sous-pylorique, j'ai insisté sur les opérations faites antérieurement par M. Jaboulay, et ai décrit un manuel opératoire nouveau que j'ai qualifié de sous-pylorique. Vou-
lant préciser par là qu'il s'agissait d'une anastomose faite entre la deuxième portion du duodénum, et l'extrémité droite de la grande cour-
bure de l'estomac, j'anastomosai ainsi deux régions anatomiquement face
à face, alors que M. Jaboulay anastomosait par plicature de l'estomac,
la face antérieure de cet organe avec la première partie du duodénum.

Séance du 9 Juillet 1903.

Présidence de M. GAYET.

M. VILLARD lit le procès-verbal de la dernière séance, qui est adopté.

*
**

PHLÉBITE DE LA VEINE MÉSENTÉRIQUE SUPÉRIEURE.

M. VILLARD présente la veine mésentérique d'un malade ayant succombé à une phlébite aiguë de ce vaisseau.

*
**

FRACTURE DES DEUX OS DE LA JAMBE DROITE PAR COUP DE PIED DE CHEVAL, VICIEUSEMENT ET INCOMPLÈTEMENT CONSOLIDÉE; ENCHEVILLEMENT ET LIGATURE OSSEUSE EN CADRE.

M. VIALLE. — Le malade que j'ai l'honneur de vous présenter est un soldat du 6^e régiment d'artillerie qui, le 6 janvier dernier, à la suite d'un coup de pied de cheval reçu de plein fouet, à la distance d'un mètre, fut atteint d'une fracture des deux os de la jambe droite, siégeant à l'union des tiers inférieur et moyen de ce segment de membre. Transporté à l'hôpital de Valence aussitôt après l'accident, il fut placé d'abord dans un appareil de Scultet, où il passa 30 jours, puis dans un appareil plâtré où il resta 20 jours. La consoli-

dation ayant paru insuffisante et défectueuse, le malade fut évacué sur l'hôpital militaire Desgenette, où je le reçus dans mon service le 25 mars dernier, c'est-à-dire plus de deux mois et demi après l'accident.

Le pied droit et la partie inférieure de la jambe sous-jacente à la fracture étaient fortement déviés ensemble en dehors et en arrière, de telle sorte que la crête du tibia prolongée tombait très en dedans du gros orteil et que, au niveau du foyer de fracture, il y avait une marche d'escalier très accusée. De plus, le péroné, par son fragment inférieur, faisait sous les parties molles, au côté externe de la jambe, une saillie très sensible au niveau de laquelle on avait assez bien la sensation de la touche de piano.

La palpation montrait que la consolidation était fort incomplète puisqu'il existait, dans les deux sens antéro-postérieur et transversal, une mobilité anormale très nette, et la radiographie que je vous présente établissait : 1° que cette consolidation à peine ébauchée s'était vicieusement faite puisque le fragment inférieur du tibia s'était mis en rapport avec le fragment supérieur du péroné ; 2° que les fragments supérieur et inférieur du tibia ne paraissaient réunis l'un à l'autre que par une travée osseuse fort imparfaite d'ailleurs, obliquement étendue de haut en bas et de dedans en dehors ; 3° que le fragment inférieur du péroné était libre et flottant ; 4° enfin que le pied et le tiers inférieur de la jambe, déplacés ensemble, avaient subi, du fait du traumatisme, un mouvement de translation en masse et en dehors assez considérable.

Les mouvements de l'article tibio-tarsien existaient, mais ils étaient diminués dans leur amplitude ; les muscles de la jambe droite étaient un peu atrophiés, il y avait de l'œdème ; la mensuration montrait qu'il n'existait pas de raccourcissement du membre inférieur droit. La marche était ainsi complètement impossible. Malgré l'insuccès que faisait prévoir la soudure tibio-péronière signalée plus haut, je fis, le 28 mars, sous radioscopie, des tentatives de réduction ; elle échouèrent complètement.

Le 2 avril, après avoir décidé et fait accepter au malade

une intervention sanglante, je fis, mais encore sans résultat, une nouvelle tentative de réduction sous anesthésie.

L'opération fut donc pratiquée aussitôt; elle consista essentiellement : 1° dans la libération des deux fragments du tibia qui étaient unis l'un à l'autre par une masse de tissu fibreux au milieu duquel il y avait par places quelques îlots osseux, et dans l'avivement du fragment tibial supérieur; 2° dans la séparation, au ciseau et au maillet, des fragments supérieurs du péroné et inférieur du tibia soudés l'un à l'autre; 3° dans la réduction de la fracture; 4° dans l'enchevillement central des deux fragments du tibia à l'aide d'une cheville d'os de veau frais stérilisée à l'autoclave et dans la ligature osseuse du tibia faite au fil d'argent, après déperiostation des deux extrémités fragmentaires, suivant la technique préconisée par Lejars. Le périoste décollé fut rabattu et réuni par dessus les fils d'argent. Les parties molles furent suturées au crin de Florence et, comme l'opération avait été laborieuse, un petit drain fut placé dans la plaie. La jambe droite fut enfin mise dans une gouttière plâtrée qui remontait jusqu'au-dessus du genou. Je ne me préoccupai pas des deux fragments du péroné; ils étaient alors d'ailleurs en très bonne position.

Les suites opératoires furent des plus simples, la feuille de température annexée à cette observation, nous montre qu'il n'y eut pas de fièvre; le drain fut donc enlevé au bout de 48 heures et la radiographie faite sous le plâtre quelques jours plus tard me permit de constater que la correction osseuse s'était maintenue. Le 14 mai, c'est-à-dire 40 jours après l'intervention, j'enlevai la gouttière plâtrée. La radiographie me montra alors comme aujourd'hui que le résultat opératoire était très bon, l'examen du foyer de fracture m'indiqua une consolidation parfaite. Quant au résultat fonctionnel il est aussi très satisfaisant: le cal n'est pas volumineux, ni difforme, il n'est pas douloureux; la cheville osseuse et les fils d'argent ont bien été tolérés et ont rempli le but que je leur demandais. Sous l'influence combinée des douches locales, du massage et de l'électrothérapie, l'enrai-

dissement de l'article tibio-tarsien, l'atrophie musculaire et l'œdème ont à peu près complètement disparu et actuellement la marche s'effectue facilement, sans fatigue, sur les points d'appui normaux de la plante, comme en témoigne l'empreinte plantaire que je vous fais passer, et à peu près sans boiterie. Le raccourcissement du membre inférieur droit n'est que d'un centimètre; il est le fait de l'avivement du fragment supérieur du tibia auquel j'ai dû recourir lors de l'opération.

Je vous demande la permission d'ajouter quelques mots encore à l'observation clinique que je viens de résumer :

Je n'ai pas cru devoir m'adresser chez mon malade, ni à l'ostéoclasie, ni à l'ostéotomie qui, susceptible à première vue de me donner beaucoup plus facilement l'une ou l'autre une correction de l'attitude vicieuse, risquaient cependant de laisser interposés, entre les fragments osseux, des traînées cicatricielles, fibreuses, ou des lambeaux musculaires dont la présence aurait empêché la consolidation. J'estimai qu'il fallait, en se donnant beaucoup de jour, découvrir ce foyer de fracture déjà vieux de trois mois, en faire l'examen anatomique et recourir après modelage des fragments soit à la suture, soit à la ligature osseuse, soit enfin à l'enchevillement transfragmentaire ou intra-médullaire. L'enchevillement intra-médullaire me paraît la méthode la plus aisée; en commençant l'opération j'avais espéré pouvoir me contenter de ce mode de réunion osseuse; mais, bien que j'eusse eu le soin de faire préparer à l'avance une série de chevilles d'os de veau frais, de longueur suffisante et de grosseur variable, la plus grosse de ces chevilles, celle que j'utilisai, n'entraît pas à frottement serré dans le canal médullaire des deux fragments tibiaux, mais seulement dans le canal médullaire du fragment inférieur. Il y avait là, de ce fait, malgré une adaptation déjà très bonne et dont à la rigueur j'aurais pu me contenter, la possibilité d'une certaine inclinaison latérale des fragments du tibia qui me fit craindre leur bascule ultérieure. C'est qu'en effet, l'enchevillement intra-médullaire qui constitue une méthode de réunion osseuse excel-

lente risque d'être illusoire si le tuteur axile qu'il doit fournir au squelette fracturé n'est pas assez long et surtout assez gros pour que sa pénétration dans le canal médullaire nécessite l'emploi de petits coups de maillet. Aussi, comme la déperiostation des deux fragments du tibia était des plus faciles, comme je pouvais avoir beaucoup de place, je me décidai séance tenante à adjoindre à l'enchevillement la ligature en cadre.

Les deux méthodes combinées me donnèrent, comme vous pouvez le voir, une réunion osseuse très solide. Je reconnais cependant volontiers qu'à les combiner ainsi, l'opération se complique et s'allonge et qu'il y a tout intérêt à savoir, suivant ses préférences, ne s'adresser qu'à l'enchevillement ou qu'à la ligature. Pour ce faire, il suffit que le chirurgien trouve constamment dans son arsenal une véritable filière de tiges osseuses toujours prêtes à être utilisées.

L'os de veau frais me paraît préférable à l'os décalcifié qui est trop mou; ces tiges osseuses seront taillées de longueur suffisante et faites de grosseur variable, elles seront bien régulières, effilées un peu à leurs extrémités; enfin elles devront être très soigneusement stérilisées par le passage à l'autoclave; il sera même d'une sage pratique, avant de les utiliser, de s'assurer de leur stérilisation en les plaçant, comme je l'ai fait, pendant 24 heures, dans des bouillons de culture; si ces bouillons ne cultivent pas, la preuve de leur stérilisation parfaite sera évidente.

*
* *

NÉOPLASME VÉSICAL; PYONÉPHROSE DOUBLE.

M. LATARJET. — Au nom de mon maître, M. ROCHET, j'ai l'honneur de vous présenter les pièces d'un malade mort récemment d'un néoplasme vésical.

En 1902, il a une blennorrhagie suivie d'orchite. En 1903, au mois de mars, âgé de 29 ans, il entre à l'hôpital, souff-

frant depuis peu de temps de phénomènes urinaires : pollakiurie 15 j./15 n., mictions très douloureuses, brûlantes, hématuries fréquentes, au début et à la fin de la miction. Pas de calculs. Capacité vésicale très diminuée, 50 gr. Les urines retirées par la sonde sont uniformément rouges. Le malade est amaigri. La région inguinale a ses ganglions envahis.

Le 13 avril, M. Rochet pratique une taille hypogastrique suivie de curetage; le toucher digital confirme le diagnostic de tumeur maligne et renseigne sur l'envahissement du néoplasme qui n'a épargné aucun point des parois vésicales. L'opération a eu l'excellent résultat de faire cesser les douleurs vésicales et les hématuries.

Mais le malade ne tarde pas à se cachectiser; les membres inférieurs deviennent le siège d'un œdème considérable; le malade souffre de douleurs atroces dans les cuisses et les jambes, douleurs que la morphine seule calme à peine.

Le malade meurt à la fin du mois de juin, dans un état de consommation inexprimable.

A l'autopsie, les poumons présentaient, disséminés dans le parenchyme, quelques noyaux cancéreux.

Pas de liquide pleural. Rien dans les autres organes. La vessie a ses parois très épaisses, totalement infiltrées par la tumeur, qui se présente dans la cavité avec l'aspect typique des épithéliomas de la vessie, efflorescences frangées, poly-piformes, peu résistantes aux doigts.

Dans le petit bassin, les groupes ganglionnaires, iliaques externes, iliaques internes forment latéralement deux grosses masses qui se continuent au devant de la colonne vertébrale par cette masse énorme remontant jusqu'au pôle supérieur des deux reins, dans l'épaisseur de laquelle on a peine à retrouver la lumière de l'aorte, de la veine cave inférieure, et celle de leurs affluents. Cette énorme masse a comprimé latéralement les deux uretères, dont le calibre est très augmenté en amont. D'ailleurs les deux reins, le gauche surtout, présentent des lésions typiques de pyonéphroses avec bassinets

et calices très dilatés, diminution notable de la substance rénale.

L'âge du malade, 29 ans, l'évolution du cancer, qui a tué, en moins de cinq mois, cet envahissement total des parois vésicales par une tumeur, que l'examen microscopique a démontré être un épithélioma lobulé du type ectodermique corné, cet énorme et rapide envahissement des ganglions par ce véritable cancroïde vésical, les lésions consécutives de l'uretère et des reins, nous ont paru dignes d'être signalés.

*
**

RAPPORT SUR UNE CANDIDATURE.

M. FOCHIER. — M. Commandeur, accoucheur des hôpitaux, pose sa candidature au titre de membre titulaire de la Société de chirurgie et a lu, à l'appui de sa demande, un travail sur l'opération césarienne dans les bassins cyphotiques.

Dans le cas qui a été l'occasion de ce travail, M. Commandeur a eu affaire à une cyphose consécutive à un mal de Pott, qui présentait des conditions spéciales particulières et redoutables. L'affaissement portait sur les corps de cinq ou six vertèbres de la région dorso-lombaire, il n'y avait pas de courbure angulaire de l'épine dorsale, mais une incurvation arrondie et presque régulièrement circulaire. Cette incurvation était telle que les bords des fausses côtes chevauchaient sur les crêtes iliaques. Aussi n'y avait-il pas lieu de redouter seulement les complications obstétricales résultant de la viciation pelvienne, mais aussi celles qui pourraient provenir de la distension de la paroi abdominale, la cavité abdominale étant prodigieusement réduite.

La malade ayant réclamé les secours médicaux de bonne heure, on s'est demandé s'il n'y aurait pas lieu de provoquer l'avortement pour éviter surtout les accidents dyspnéiques ou intestinaux, qui pourraient résulter de ce fait. L'attente a démontré une fois de plus que la paroi abdominale était pour

ainsi dire infiniment extensible au moins pendant la grossesse, et l'opération césarienne a été pratiquée au voisinage du terme.

On aurait pu penser à un accouchement prématuré artificiel qui, dans un bassin dont le diamètre biischiatique était de près de 7 cent., aurait pu être tenté au septième mois. Mais cette intervention paraissait nettement contre-indiquée, par les difficultés qu'auraient présentées les manœuvres intra-pelviennes, et la nécessité d'une extraction par les pieds qu'aurait indiquée l'antéflexion utérine.

La même nécessité se serait présentée à terme avec une symphyséotomie, et l'extraction de la tête dernière, après la section du pubis sur une primipare, entraîne des aléas supplémentaires pour l'enfant. D'autre part, il y a lieu de faire beaucoup de restrictions sur les conséquences possibles du traumatisme articulaire chez des parturientes ayant présenté une tuberculose prolongée de la colonne vertébrale et qui sont restées souffreteuses et malingres, soit du fait de la maladie qui a provoqué l'affaissement de la colonne vertébrale, soit par la gêne fonctionnelle apportée par les déformations. La symphyséotomie agrandit surtout les diamètres transverses du bassin et transforme en bassins aplatis des bassins généralement rétrécis. Le bassin cyphotique présente au détroit inférieur un rétrécissement de tous ses diamètres, mais surtout du biischiatique. La symphyséotomie paraissait donc au premier abord devoir donner des résultats très heureux dans le bassin cyphotique. J'ai fait une fois cette opération sur une cyphotique très chétive, j'ai eu un enfant vivant qui est mort au bout de six mois, et la mère, a pris des arthrites sacro-iliaques non suppurées, mais tenaces, et telles qu'au bout d'un an elle marchait encore péniblement avec deux cannes. C'est pour cela que je n'engage personne à recommencer cette tentative.

Dans le cas de M. Commandeur, il n'y avait donc que l'opération césarienne à pratiquer, dût-on faire la section utérine avant le terme de la grossesse si la dyspnée devenait trop intense. Elle a été faite dans de bonnes conditions au

voisinage du terme. L'enfant et la mère sont bien portants. Et c'est une œuvre purement chirurgicale qui a eu ce résultat.

M. Commandeur n'en est pas à son premier essai et il a prouvé plus d'une fois que l'accoucheur devait savoir être chirurgien. D'ailleurs, la présence d'un collègue versé dans les difficultés du diagnostic de la pathologie de la grossesse n'est-elle pas utile au milieu des chirurgiens qui ont si souvent affaire en gynécologie à des affections compliquées de grossesse, comme on a affaire en obstétrique à des affections chirurgicales compliquant une grossesse. La distinction pourrait être poursuivie et détaillée entre ces deux nuances de situations qui paraissent se confondre au premier abord et qui sont cependant si différentes.

Je ne doute pas qu'un de ces jours M. Commandeur n'y apporte de sérieuses contributions, puisque je propose que la Société de chirurgie l'admette au nombre de ses membres titulaires.

*
**

RAPPORT SUR UNE CANDIDATURE.

M. TIXIER. — A l'appui de sa candidature de membre correspondant de notre Société, le D^r Géraud vous a présenté une : Étude sur quelques localisations peu fréquentes des kystes hydatiques. » Ce mémoire est plutôt une simple communication de faits observés.

Contrairement à ce qu'on pouvait attendre d'un chirurgien qui occupe les hautes fonctions de médecin principal, M. Géraud n'a pas jugé utile de discuter ses observations et d'en faire ressortir par suite les points intéressants.

C'est ainsi que chez son premier malade, atteint de kyste hydatique du poumon, il n'est pas étonné de constater une température de 39° et même 40°, alors que par la ponction et la vomique consécutive on a trouvé un liquide absolument

clair et limpide. On admet cependant qu'une pareille température indique ordinairement la suppuration sinon du kyste tout au moins de l'espace périkystique. C'était donc anormal.

De plus, sous l'influence d'une simple ponction exploratrice, le kyste s'est rompu et a immédiatement été évacué par une vomique très abondante. C'est là une complication redoutée de certains chirurgiens qui, à cause d'elle, rejettent la ponction d'un kyste du poumon. Chez le malade en question, cette vomique détermina la guérison spontanée du kyste.

La deuxième observation a trait encore à un kyste hydatique du poumon ouvert spontanément dans l'aisselle : une incision de la peau à ce niveau amena une guérison rapide par simple drainage.

Le troisième fait clinique est intitulé : Kyste hydatique du mésentère. Il est regrettable que ce diagnostic, en somme exceptionnel, n'ait pas été défendu par des arguments cliniques venant renforcer l'observation. Il s'agissait, en effet, dit l'auteur, d'une masse dont « la percussion délimite une matité absolue depuis le sternum jusqu'au pubis, d'un hypochondre à l'autre et cela dans toutes les positions » et plus loin : « Quant à affirmer la continuité ou la contiguïté de l'organe biliaire avec la masse morbide, il n'y faut pas songer... le rein et la rate ne semblent pas intéressés. » On est donc dans le doute. L'opération va-t-elle trancher la question ?

On fait une ponction, puis une marsupialisation du sac, on voit des anses intestinales libres, mais on ne recherche pas la situation des autres organes. C'est seulement la main qui, introduite dans le kyste, à travers une paroi décrite comme très épaisse : « la poche dépasse deux centimètres » ne semble pas communiquer à la glande hépatique les mouvements qu'elle imprime au kyste. C'est bien peu, et d'autre part, le lendemain, le liquide évacué contient des vésicules teintées en jaune vert ou gris et dans le liquide examiné cliniquement, on trouve des cristaux de cholestérine.

Il y avait donc une discussion intéressante à entreprendre pour démontrer que ce kyste était bien du mésentère et n'appartenait sûrement pas au foie. Ce sont là des diagnostics difficiles et qui vous laissent souvent un doute.

Les trois autres faits rapportés par M. Géraud ont trait à des kystes hydatiques du creux poplité, du fémur et de la fesse. Ils sont très succinctement rapportés.

Nous devons savoir gré à M. Géraud de nous avoir communiqué ces observations dont quatre sont absolument inédites et qui constituent une contribution utile à l'étude des kystes hydatiques. J'espère que vous voudrez faire un accueil favorable à sa candidature, aussi bien soutenue.

*
* *

ÉLECTIONS.

L'ordre du jour appelle l'élection d'un vice-président, de deux secrétaires, d'un membre titulaire et de deux membres correspondants.

M. Vincent est proclamé vice-président de la Société de chirurgie.

MM. Tixier et Bérard sont élus secrétaires.

M. Commandeur est élu membre titulaire par 21 voix.

M. Rey (d'Alger) est élu membre correspondant par 20 voix.

M. Géraud est élu membre correspondant par 21 voix.

Séance du 16 Juillet 1903.

Présidence de M. GAYET.

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

*
**

FRACTURE ANCIENNE DE L'ASTRAGALE.

M. DESTOT présente un malade atteint d'une fracture de l'astragale et qui offre un grand intérêt pratique.

Il s'agit d'un homme de 35 ans qui, en sautant d'une voiture où il chargeait des sacs de farine, soit d'une hauteur de 80 centimètres, se tordit le pied en rencontrant une grosse pierre. Il entendit un craquement et ne put se relever malgré ses tentatives.

Gonflement, ecchymose, pas de fracture apparente, il fut ainsi traité pendant cinq mois pour une entorse et aujourd'hui les médecins qui ont été appelés à le soigner déclarent qu'il n'a rien présenté. L'examen du malade montre cependant qu'il existe de l'élargissement des malléoles et de la portion antémalléolaire, et que les mouvements du pied sont limités, surtout les mouvements de flexion, et contribuent à un obstacle qui, manifestement, n'est pas du à une contraction volontaire. Le malade marche avec difficulté, en fauchant, sur le bord externe du pied.

La radiographie démontre qu'il existe une modification

profonde de l'astragale, que les deux bords de la poulie ne sont pas sur le même plan, que la trabéculation est changée, qu'il existe une encoche sur la face inférieure et enfin on aperçoit sur certaines épreuves un petit fragment osseux, détaché, situé au-dessus du bord inférieur du plateau tibial. L'examen objectif fait donc conclure : 1° que malgré l'opinion soutenue par les chirurgiens de Saint-Étienne et par les médecins traitants, qu'il existe bien une lésion qui légitime les plaintes et les réclamations du malade. Et si l'on tient compte de l'histoire qu'il raconte, on voit que les douleurs et l'impotence, au lieu de diminuer, vont croissant, que les mouvements du pied se limitent de plus en plus, loin de s'amender par le temps. Au point de vue expertise des accidents, c'est un cas fort difficile. En effet, le blessé a une lésion grave de l'astragale qui porte sur la partie articulaire. Il existe des lésions du côté de l'astragale seule, ce qui entraîne l'arthrite et le malade ne peut guérir que par l'ankylose en bonne position. Grâce à l'intégrité du plateau tibial, cette ankylose sera retardée et demandera un très long temps. On peut donc se demander si, au point de vue pratique, il n'y a pas intérêt à régler ce malade le plus tôt possible et à lui faire accorder une pension de suite, la guérison étant problématique et lointaine, s'accompagnant d'infirmité permanente.

De plus, au point de vue chirurgical on voit que le malade, allant de mal en pis, la lésion s'accroissant malgré un traitement de cinq mois, on peut se demander, si la résection de l'astragale ne serait pas le seul moyen d'obtenir un bon résultat ; mais cette résection, le malade n'en veut pas, il tient à tirer le plus de parti de sa blessure, et la question est encore assez discutée pour ne pas offrir une solution nette et précise. Si l'on tient compte du pronostic des fractures de l'astragale, on voit que ces fractures diffèrent essentiellement de gravité suivant leur forme et leur association. Suivant que la fracture porte sur une face articulaire (tête, poulie face inférieure ou sur le col), le pronostic est différent. Il est bien évident lors que la fracture s'accompagne de déplacement soit du tibia,

soit du pied, ou si l'os lui-même est luxé, l'intervention chirurgicale s'impose. Il n'en est pas de même lorsqu'il n'y a pas de déplacements apparents. Je conçois que lorsque la fracture porte sur le col, on remette l'intervention chirurgicale.

Lorsque la fracture porte sur la tête et qu'il existe une fracture astragalo-scaphoïdienne formant ces pieds plats valgus traumatiques si fréquents, l'urgence de l'intervention ne s'impose pas, car la suppléance de la fonction par l'articulation tibio-tarsienne, le soutien du pied et de sa voûte par une chaussure appropriée, la véritable pseudarthrose qui se fait entre le scaphoïde et la tête astragaliennne fracturée atténue la gravité et l'on trouve souvent des vieux malades qui ont continué à marcher avec une pareille lésion. C'est ainsi que j'ai pu voir dans le service de M. Vallas deux ou trois cas de ce type dont l'un remontait à la guerre de 1870 et l'accident survenu aux environs de Besançon, n'avait pas empêché le malade de faire la retraite en Suisse.

Mais il n'en est pas de même pour les lésions qui portent sur la poulie et sur le corps de l'os. Dans ces cas, il faut distinguer si l'astragale est seule cassée, ou si, au contraire, les deux surfaces articulaires sont lésées. Dans ce dernier cas, le pronostic est bien plus bénin, ce qui est paradoxal, mais qui s'explique par ce fait que la fonction articulaire était détruite, les fragments osseux s'emboîtent et s'adaptent et arrivent à constituer assez rapidement une véritable pseudarthrose, tandis que l'un des deux seul est cassé, la dénivellation et le défaut de concordance d'une seule surface articulaire détermine de l'irritation et une arthrite interminable s'accompagnant de douleurs d'atrophie et d'impotence jusqu'à ce que, par suite de cette irritation permanente, la surface articulaire restée saine arrive à constituer des ostéophytes et de l'ankylose. Cette ankylose se fait souvent alors dans une mauvaise situation et l'on peut se poser la question suivante : La radiographie permettant de se rendre compte immédiatement du siège et de la forme de la fracture, l'évolution clinique de ces sortes de fractures étant connue, leur longue durée et leur

gravité ayant été suivie durant des années, ne serait-il pas préférable de poser de suite l'indication d'une résection qui ferait bénéficier le malade d'une prompte restauration, au lieu d'attendre de longs mois un résultat problématique et de décider seulement alors une intervention à laquelle on est fatalement amené.

Il faut tenir compte encore d'un facteur, c'est l'âge du malade et sa valeur sociale. Il est bien évident que chez un sujet jeune, il vaudra mieux prendre cette décision que chez un vieillard.

M. FOCHIER se demande quel est exactement l'avenir de cette fracture qui paraît bien minime. Est-il absolument nécessaire de pratiquer dès maintenant l'astragalectomie ?

M. DURAND. La communication de M. Destot soulève deux points : l'un extra-chirurgical, la question *accidents du travail* ; l'autre vraiment chirurgicale, celle du traitement des fractures de l'astragale.

Sur le premier point, il faut dire et répéter bien haut qu'il est impossible à un expert d'apprécier un traumatisme de l'arrière-pied d'après les seules données de la clinique. Celles-ci doivent toujours subir le contrôle de la radiographie. En pareil cas, en effet, on ne peut se fier aux affirmations du blessé qui a tout intérêt à exagérer l'importance de ces troubles, et deux cas peuvent se présenter. On voit des malades, comme celui que présente aujourd'hui M. Destot qui n'offrent cliniquement aucun symptôme objectif, on s'expose à les traiter de simulateurs et à leur refuser l'indemnité qui leur est due. Il en est d'autres au contraire qui sont considérés comme ayant des troubles graves et chez qui la radiographie ne révèle pas la moindre lésion. On voit alors le patron condamné à payer des indemnités parfois importantes qu'il n'aurait jamais dû payer.

Quant au côté chirurgical de la question il serait peut-être nécessaire d'attendre encore quelques mois avant de pratiquer une opération, car toutes les fractures de l'astragale n'ont pas un très sombre pronostic. J'ai fait présenter l'an dernier à la Société, par un interne de M. Pollosson, un malade porteur d'une ancienne fracture de l'astragale dont les fonctions étaient très satisfaisantes. Il ne se plaignait pas de son pied, ne boitait pas et entra à l'hôpital pour tout autre chose.

Si dans quelques mois la situation n'est pas améliorée, on peut se demander si l'astragalectomie est la seule ressource. Je crois que nous connaissons encore très mal les opérations conservatrices intra-articulaires j'ai l'impression qu'un certain nombre d'articulations enraidies se trouveraient bien d'être traitées par l'arthrotomie. Il me semble par

exemple que si j'avais à soigner certaines demi-ankyloses du genou, je n'hésiterais pas à pratiquer l'arthrotomie et la restauration de la cavité articulaire par la section des brides fibreuses. Il me semble dès lors que l'ablation de ce fragment osseux pourrait suffire. Sans doute l'astragale est un os qu'on peut facilement réséquer sans amener de trouble, mieux vaut encore il me semble le conserver quand il est possible. Ce n'est donc qu'en dernier ressort que je pratiquerais sur ce malade l'astragalectomie.

M. DESTOT. Les fractures de l'astragale sont loin d'avoir toutes le même pronostic fonctionnel. Il est de très petites fractures, avec arrachement d'un fragment de volume insignifiant qui sont très graves, alors que les grands écrasements de l'os, les fractures du type scaphoïdien par exemple, ne donnent parfois que peu de troubles. Un malade dont l'astragale avait été réduit en fragments et avait eu ankylose de ses articulations tibio-astragaliennes et astragalo-scaphoïdiennes était capable de faire 60 kilomètres en un jour.

Dans les expertises, la difficulté de la lecture des radiographies est parfois grande, et les clichés demandent à être interprétés. Il est des chirurgiens qui voient partout des fractures de l'astragale, il en est d'autres qui n'en voient pas assez.

Pour être juste, il faut que l'interprétation tienne compte, moins peut-être des contours de l'os que de sa trabéculature. Telle fracture se révèle seulement par des déplacements trabéculaires et il faut bien avouer que l'on manque encore un peu de point de repère à ce sujet. Il serait nécessaire d'avoir des atlas de radiographie normale pour pouvoir comparer à leurs planches les faits supposés pathologiques. Ce travail considérable n'est pas encore ébauché et il faut actuellement une grande habitude pour interpréter correctement une radiographie.

*
* *

FRACTURE DU CORPS DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR GAUCHE
SIÉGEANT A L'UNION DU CORPS ET DE LA BRANCHE
MONTANTE, TRAITÉE PAR LA SUTURE OSSEUSE.

M. VIALLE. — B... (Marius), soldat au 16^e bataillon d'artillerie, âgé de 21 ans, est entré dans mon service à l'hôpital militaire Desgenettes, le 4 avril 1902, porteur d'une fracture complète, de cause directe (coup de poing), du corps du maxillaire inférieur gauche que j'ai traitée par la suture.

La première radiographie que j'ai l'honneur de vous présenter, faite l'avant-veille de l'opération, vous montre que cette fracture siégeait presque exactement à l'union du corps et de la branche montante, et s'accompagnait d'un déplacement fragmentaire notable.

L'examen clinique me fit voir que le trait de fracture passait entre la 2^e et la 3^e grosses molaires, et s'ouvrait dans la cavité buccale, que l'arcade dentaire inférieure gauche était irrégulière, car sa partie postérieure, toute petite, était portée en haut et en dehors, tandis que sa partie antérieure était portée en bas et en dedans. Il y avait un trismus très prononcé, et la mastication, la déglutition et l'articulation des sons étaient difficiles et douloureuses.

La réduction de la fracture était aisément obtenue, mais cette réduction ne se maintenait pas, malgré l'application d'un appareil prothétique construit sur les principes de celui de Kingsley. Cet appareil était d'ailleurs difficilement supporté.

Je ne crus pas que la simple gouttière moulée en gutta-percha, qui, parmi plusieurs avantages, a celui de passer à peu près inaperçue du malade, fût ici applicable : il faut en effet la réserver aux fractures dont la réduction se fait et se maintient facilement.

Ce n'était pas le cas.

J'avais eu trop peu de satisfaction avec un appareil analogue à celui de Kingsley pour essayer l'appareil de M. Cl. Martin : ces appareils, le dernier surtout, quelque ingénieux et utiles qu'ils soient, sont en somme d'une préparation et d'une application assez compliquée et nécessitent l'intervention d'un dentiste. J'y renonçai donc.

Fallait-il se contenter de recourir à « l'attitude bouche ouverte » obtenue, comme le conseille M. Martin, par l'interposition d'un coin en liège entre le fragment postérieur et la portion correspondante du maxillaire supérieur aidée de l'application d'une mentonnière en caoutchouc ?

Ce moyen, qui a le grand avantage d'être simple, a celui aussi d'être parfois suffisant pour obtenir et maintenir la

coaptation. Mais il est pénible, et il était d'ailleurs inapplicable chez mon malade, en raison même de la situation de la fracture juste au devant de la branche montante.

La ligature n'était pas davantage de mise ici : elle ne me paraît, en effet, susceptible que de corriger les faibles déplacements, elle donne volontiers de la gingivite et déchausse souvent les dents ; or j'avais tout intérêt à éviter chez mon malade toute cause d'irritation au voisinage d'un foyer de fracture largement ouvert dans la cavité buccale. D'ailleurs, pour réaliser la ligature, il faut qu'elle puisse prendre point d'appui sur plusieurs dents solides et peu serrées ; or il n'y en avait qu'une seule implantée sur le fragment postérieur, et encore était-elle peu solide, car le trait de fracture avait sans doute ouvert son alvéole. Dans la suite j'ai dû en pratiquer l'extraction, car elle ne tenait plus à l'os.

Je décidai donc de recourir à la suture osseuse. Je la pratiquai le 15 avril 1902. Je fis le long du bord inférieur du corps du maxillaire, à partir de l'angle de la mâchoire, une incision de 8 centimètres environ. Après dénudation à la rugine des faces externe et interne de l'os, sur une étendue de 2 centimètres en avant et en arrière du trait de fracture, je trouvais deux fragments osseux taillés en biseau ; le biseau, pour le fragment antérieur, était taillé aux dépens de la face externe, et pour le fragment postérieur aux dépens de la face interne.

Je creusai à l'aide du perforateur de Nélaton, à un centimètre du trait de fracture, quatre trous, deux en avant, deux en arrière ; je fis au fil d'argent une suture en croix qui mit exactement au contact les deux fragments osseux. Le périoste fut suturé au catgut par dessus les fils d'argent. La plaie cutanée fut réunie au crin de Florence, sauf en un point par lequel sortaient, faisant drainage, les fils d'argent tordus quatre fois sur eux-mêmes. L'existence d'une plaie buccale me fit craindre en effet que les fils d'argent ne fussent pas, sans cette précaution, parfaitement tolérés.

Par dessus le pansement aseptique, j'appliquai enfin une

gouttière plâtrée, en fer à cheval, qui laissait aux mâchoires un écartement suffisant pour rendre possibles l'alimentation liquide par la bouche et des lavages intra-buccaux fréquents au permanganate de potasse.

Les suites opératoires furent excellentes ; il n'y eut pas de fièvre ; l'état général du malade resta constamment excellent ; il n'y eut pas immédiatement de suppuration locale malgré l'ouverture du foyer de fracture dans la bouche. Les fils d'argent furent d'abord bien tolérés et le résultat opératoire fut celui que vous indique la deuxième radiographie faite 34 jours après la suture. Vous y verrez et vous verrez aussi sur le malade lui-même que la correction obtenue par la suture s'était maintenue. L'articulation dentaire avait sa conformation absolument normale, et il l'a encore aujourd'hui.

Localement il y avait un peu d'épaississement osseux, et le malade se déclarait en somme satisfait du résultat fonctionnel.

Lorsque la consolidation me parut très solide je songeai à enlever les deux fils d'argent, mais lors de leur détorsion l'un d'eux se rompit ; je ne pus l'extraire que beaucoup plus tard et sa présence prolongée amena l'élimination d'un petit séquestre et entretint pendant un certain temps un léger suintement séro-purulent qui avait pris fin lorsque le malade sortit de l'hôpital complètement guéri le 25 juillet 1902, c'est-à-dire un peu plus de trois mois après l'opération.

Je reconnais en terminant que si le traitement prothétique et le traitement chirurgical ont ici chacun leurs indications et que si celles du traitement prothétique sont plus étendues que celles du traitement chirurgical, la suture osseuse me paraît trouver formellement les siennes, notamment dans les circonstances suivantes ;

1° Lorsque, comme dans le cas que je vous ai rapporté, la fracture siège à l'union du corps et de la branche montante, car alors la ligature n'est pas applicable et aucun des divers moyens que la prothèse met à notre disposition ne

peut, ainsi que je m'en suis assuré, corriger la déformation de l'arcade dentaire inférieure et rétablir l'articulation normale des dents.

2° Lorsque, quel que soit le siège de la fracture, il s'agit d'un jeune sujet, car chez lui le développement du maxillaire n'est pas encore terminé; lorsque la mâchoire est sinon édentée, du moins pourvue d'un trop petit nombre de dents, ou enfin lorsque, comme dans un cas qui me revient à l'esprit et qui est dû à mon collègue militaire, M. Loison, et qui a été rapporté par M. Picqué à la Société de chirurgie de Paris, il y a interposition d'un lambeau musculaire entre les fragments.

M. COMMANDEUR. La correction se faisait-elle quand la bouche était ouverte ?

M. VIALLE. Oui, mais on ne pouvait la maintenir, car il n'y avait pas de point d'appui postérieur. Une seule dent était insuffisante pour servir de point d'appui au coin. De plus la position bouche ouverte est pénible.

M. COMMANDEUR. La gêne est assez grande en effet dans les premiers moments, mais les malades s'y habituent rapidement et s'alimentent très facilement en sortant leur coin buccal au moment des repas.

M. DURAND. M. Vialle vient de mettre en parallèle la suture osseuse et les méthodes non sanglantes. Je voudrais insister sur ce point que la suture ne doit hériter que des contre-indications absolues de la prothèse.

Je dirai d'abord que la suture est loin d'être un moyen de contention parfait; j'en ai eu la démonstration frappante. Un malade arrive avec une fracture de la mâchoire si largement ouverte que la joue sectionnée sur le bord du maxillaire formait un lambeau flottant. J'avais ainsi sur le foyer de fracture le jour le plus large qu'on puisse rêver et pus mettre deux points de suture croisés avec la plus grande facilité. Quelques jours après mes fils avaient créé une ostéite raréfiante, et la coaptation était très mal assurée. M. Martin appliqua alors sa petite gouttière dentaire, et dès lors tout alla pour le mieux, la consolidation fut rapide et très régulière. Ce fait me paraît démontrer que la gouttière dentaire est supérieure à la suture, même quand celle-ci est pratiquée dans les meilleures conditions.

J'ai pu voir dernièrement un malade soigné il y a quelque huit ans par la gouttière de M. Martin: la consolidation est tellement parfaite que sans les affirmations du malade, je n'aurais pas vu cette fracture.

La position « bouche ouverte » que M. Martin donne maintenant à ses malades est parfois difficilement supportée dans les premiers moments, les malades s'y habituent vite. Il faut du reste bien savoir que la méthode de M. Martin ne consiste pas dans l'immobilisation bouche ouverte. Cet auteur insiste ensuite sur ce fait qu'il a été guidé dans l'établissement de sa méthode par les mêmes principes qui ont inspiré plus tard M. Lucas-Championnière quand ce chirurgien a établi le traitement des fractures des membres par la mobilisation. Il s'efforce de réaliser le massage du maxillaire fracturé et ne cherche pas du tout, au contraire, l'immobilisation. Le coin assure la coaptation intermittente et doit être enlevé au moment des repas.

Ces méthodes simples non sanglantes qui ne laissent aucune cicatrice me paraissent supérieures à la suture osseuse qui est loin d'assurer l'immobilisation à laquelle elle prétend. Je crois donc qu'elle n'est indiquée que quand les autres méthodes ne peuvent être mises en pratique.

M. VIALLE n'a pratiqué la suture que parce que la brièveté du fragment postérieur qui ne comportait qu'une seule dent lui a paru empêcher tout autre méthode de traitement. La suture est par elle-même insuffisante, il faut maintenir la mâchoire par une attelle plâtrée externe. Les conditions particulières aux hôpitaux militaires rendent presque impossibles l'intervention d'un dentiste, seul capable de faire la pièce intra-buccale. La suture ne lui paraît avoir que de très rares indications.

Séance du 23 Juillet 1903.

Présidence de M. GAYET.

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

*
* *

M. GAYET donne lecture d'une lettre de l'Administration des hospices demandant une somme de 300 francs comme prix de location de la salle et des frais que l'Administration peut y faire pour l'éclairage et le chauffage.

La Société charge son Bureau d'étudier la question.

*
* *

HYSTÉRECTOMIE POUR FIBROME ET GROSSESSE.

M. FOCHIER rapporte l'observation d'une malade atteinte d'un fibrome peu volumineux et chez laquelle le début d'une grossesse provoqua des accidents qui nécessitèrent l'hystérectomie.

M^{me} F..., âgée de 43 ans, n'a présenté rien de particulier dans ses antécédents. Régulée à 12 ans, elle a eu quatre enfants, tous bien portants.

Il y a dix ans, elle a eu des phénomènes douloureux du côté des annexes et a depuis ce moment souvent souffert du ventre.

Elle est vue pour la première fois en 1891. L'on constate

l'existence d'un utérus fibromateux du volume d'une tête de fœtus. Ce fibrome est si bien toléré, sans douleurs, sans métrorragies, sans phénomènes de compression, qu'on conseille à la malade l'expectation.

En avril 1893, le fibrome n'a pas augmenté. Il arrive en haut à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic, et il n'y a toujours pas de phénomènes de compression. La santé générale est excellente et l'on rejette toute idée d'intervention.

Mais en mai 1903, les règles, qui jusque-là étaient d'abondance moyenne, très régulières comme date d'apparition, s'arrêtent; en même temps apparaissent tous les symptômes d'une grossesse au début : nausées et vomissements le matin, élancements du côté des seins. En même temps des douleurs violentes se produisent dans le ventre.

Trois semaines après l'arrêt des règles, la tumeur abdominale a nettement augmenté. On conseille un nouvel examen pour un mois après afin de pouvoir être plus affirmatif sur l'existence de la grossesse.

Vers le 5 juillet, la malade souffre de plus en plus, elle ne peut plus faire son travail ; elle urine fréquemment la nuit. La constipation a augmenté, les vomissements sont plus fréquents.

Vers le 10 juillet, elle est obligée de rester au lit, et un soir elle doit faire venir son médecin qui constate de la rétention d'urine et pratique le cathétérisme.

Le début de la grossesse avait donc dans l'espace de deux mois transformé complètement l'état de la malade, et celle-ci réclame maintenant une intervention pour soulager ses douleurs et la difficulté qu'elle éprouve pour uriner.

Elle entre dans le service de M. Fochier, le 12 juillet, et l'hystérectomie est décidée. L'utérus remonte à l'ombilic. Il est nettement bilobé. La masse située du côté gauche est volumineuse et dure. Du côté droit, il semble que la tumeur soit liquide et nettement fluctuante.

Le 16 juillet. Intervention.

M. Fochier expose à cette occasion à la Société la tech-

nique qu'il suit dans les hystérectomies. Il pratique ce qu'il appelle l'hystérectomie par étages successifs.

Section du ligament large entre deux pinces languettes, à droite et à gauche. Section du péritoine en avant et en arrière, puis dénudation des utérines et ligature de ces dernières des deux côtés. Enfin section de l'utérus au niveau de l'isthme; suture du moignon utérin après cautérisation de la cavité au termocautère et suture du péritoine au-dessus.

L'hystérectomie subtotale ainsi pratiquée lui donne depuis plusieurs années des résultats excellents. Ses malades se lèvent au dixième jour et partent parfois chez elles au bout de deux semaines. La perte de sang est insignifiante et évaluable à 50 gr. au plus.

M. Fochier est partisan absolu, dans les interventions *pour fibromes compliqués de grossesse*, de l'hystérectomie subtotale ou totale. Il condamne l'opération de Porro, opération surannée qui doit, dit-il, disparaître de la chirurgie obstétricale, comme l'hystérectomie avec pédicule externe a disparu de la chirurgie gynécologique. L'opération de Porro doit être réservée pour les seuls cas où, après la section césarienne par exemple, une hémorragie abondante a mis la malade en état d'anémie aiguë et où l'on est obligé d'aller au plus pressé et de songer surtout à l'état général de la malade.

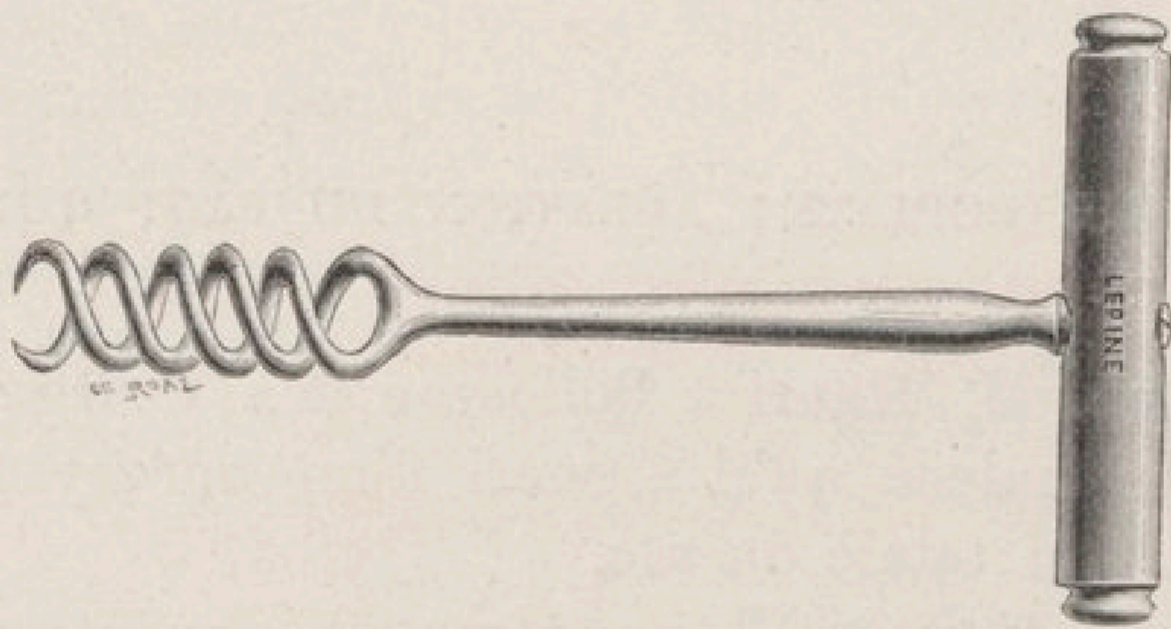
Hormis cette indication, l'opération de Porro doit céder le pas à l'hystérectomie subtotale ou totale.

La pièce anatomique montre un gros fibrome, refoulant sur une partie latérale un petit kyste fœtal de deux mois et demi environ, très déformé et allongé en forme de croissant.

DÉSENCLAVEUR TIRE-FIBROMES.

M. ALBERTIN. — Je crois devoir vous présenter un désenclaveur, un tire-fibrome que j'emploie déjà depuis plusieurs années et qui se trouve dans les arsenaux des services de chirurgie de Lyon.

C'est le vulgaire tire-bourre, accessoire indispensable des anciens fusils à baguette. Pour vaincre la difficulté si fréquente d'attirer le fibrome hors du ventre, plusieurs instruments ont déjà été préconisés : l'érigne hélicoïde de Doyen, le tire-bouchon de Delagénère. Ces instruments sont constitués par un seul tour de spire et ne paraissent pas assurer une prise aussi solide que l'instrument que je vous pré-



sente. Mon désenclaveur est en effet constitué par deux tours de spirale à direction inverse.

Outre la solidité de la prise, cet instrument a encore un avantage : à la suite de la pénétration dans le fibrome de l'érigne de Doyen ou du tire-bouchon de Delagénère, on voit souvent se produire des hémorragies au niveau de l'orifice d'entrée. Pour supprimer cet inconvénient je fais passer mon tire-fibrome à travers un tampon de gaze, et lorsque la pénétration de l'instrument dans la tumeur est complète, le tampon s'applique sur les orifices d'entrée et arrête toute hémorragie.

Cet instrument peut être de volume différent suivant la grosseur des tumeurs à pénétrer, c'est le principe des deux tours de spire qui me paraît constituer son avantage.

M. CONDAMIN a utilisé cet appareil et l'a abandonné parce que le petit tire-fibrome arrache facilement le tissu et donne des hémorragies. Le gros appareil pénètre très difficilement, surtout dans les fibromes durs.

Donc, le petit tire-bouchon arrache, le gros pénètre difficilement. L'hélice de M. Doyen paraît supérieure à celle de M. Albertin.

M. FOCHIER. Le manche de l'appareil paraît trop long et gêne le mouvement d'éversion en détruisant la malléabilité de l'utérus. La faible longueur de l'appareil Doyen, qui a l'inconvénient d'arracher parfois, a aussi l'avantage de laisser la souplesse de l'utérus.

M. ALBERTIN. Si MM. Condamin et Fochier ont constaté des inconvénients à mon appareil, c'est qu'ils ont utilisé les premiers modèles construits. Je ne défends que le principe des deux spires. Il est facile d'avoir un appareil de trois tours de spire seulement et de lui donner le diamètre voulu. Les inconvénients signalés disparaîtront par le fait de l'adaptation et de la longueur et du calibre de l'instrument.

*
* *

ANÉVRYSME POPLITÉ; ABLATION DU SAC; GUÉRISON.

M. DURAND. M. Maurice Pollosson m'a chargé de vous présenter ce malade qu'il a guéri d'un anévrisme poplité par la résection totale du sac.

Cet homme, âgé de 57 ans, alcoolique avéré, mais sans antécédent syphilitique connu, s'est aperçu, quatre ou cinq mois avant son entrée à l'hôpital, de la présence d'une tumeur animée de battements de la région poplitée gauche. Au commencement d'avril 1902 parurent des crampes, des picottements et de l'engourdissement de la jambe gauche. Les douleurs devenant plus vives, le malade entra le 23 avril 1902, salle Président-Carnot. On constate la présence d'un anévrisme gros comme un citron dans la partie tout inférieure du losange poplité, c'est-à-dire au point où ces lésions sont le plus dangereuses et amènent le plus facilement de la gangrène. Il est à noter que les artères sont partout athéromateuses et que les deux pieds présentaient dès ce moment des téguments lisses, minces et rosés, d'un aspect assez peu rassurant. On ne trouve aucune autre lésion.

M. Pollosson pratiqua l'ablation du sac anévrysmal avec ligature des deux bouts de l'artère. Au cours de cette opération, relativement facile, car le sac était peu adhérent, la veine poplitée vide de sang, amincie et étalée sur la tumeur, fut ouverte et dut être liée, toute opération conservatrice de son calibre étant impossible.

Le résultat fut excellent, il a déjà la sanction d'une ancienneté relative puisque l'opération date de quinze mois, et vous pouvez voir que cet homme marche sans boiter; il ne souffre pas de la jambe, le genou est sain.

M. Pollosson me charge de vous présenter ce malade en insistant sur ce point : l'ablation du sac anévrysmal et la ligature artérielle n'ont compromis en rien la vitalité et les fonctions du membre, bien que les tissus soient d'assez faible résistance, et bien que la lésion portât sur la partie de la poplitée où les anévrysmes sont le plus dangereux. Une méthode capable de donner de pareils résultats dans d'aussi mauvaises conditions ne peut-elle pas dès lors être considérée comme excellente ?

*
* *

HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE ET OPÉRATION CÉSARIENNE.

MM. FOCHIER et COMMANDEUR. — L'opération de Porro introduite dans la chirurgie obstétricale fut, à n'en pas douter, un progrès réel et on ne saurait contester les services qu'elle a rendus. Complétant la césarienne, elle a permis de se mettre à l'abri des complications qui aggravent dans certains cas particuliers le pronostic de celles-ci et d'éviter des morts qui en auraient été souvent la conséquence. Il faut remarquer néanmoins que bien que bénéficiant comme la césarienne des améliorations de l'antisepsie et de la technique, ses résultats n'ont pas suivi une amélioration parallèle de cette dernière. Dans ces dernières années le remarquable

essor de la chirurgie abdominale a fait de l'hystérectomie abdominale totale une opération relativement bénigne, et l'obstétrique n'a pas tardé à bénéficier des perfectionnements de cette dernière.

Les résultats de l'hystérectomie abdominale totale sont aujourd'hui si satisfaisants, les suites en sont ordinairement si simples qu'on tend de plus en plus à l'utiliser dans les cas où, il y a quelques années, l'opération de Porro semblait seule de mise.

Cette préférence est encore plus justifiée lorsque l'utérus est atteint de dégénérescence néoplasique et qu'on peut espérer obtenir par l'ablation totale de l'utérus la cure radicale de la tumeur. Elle se combine d'ailleurs admirablement à la section césarienne, et pour notre part nous n'avons pas hésité à y avoir recours chez une femme atteinte de cancer du col avec grossesse à terme et dont nous allons d'abord rapporter l'histoire.

OBSERVATION.

Cancer du col utérin. — Grossesse près du terme. — Opération césarienne avant le début du travail. — Hystérectomie abdominale totale. Résection de l'uretère droit englobé dans la tumeur. — Abouchement uretéro-vaginal.

Enfant vivant ; mère en bonne voie de guérison.

M^{me} Rose B... est une jeune femme de 28 ans, de santé robuste. Régliée à 12 ans, régulièrement, elle a eu déjà quatre accouchements : trois normaux, l'un au forceps, à 19, 20, 22 et 23 ans. Ces enfants sont morts en bas âge. Il y a cinq ans, deux fausses couches, l'une de deux mois, l'autre deux mois et demi.

Elle se présente à la visite de la Maternité le 5 juin parce qu'elle souffre de varices de la jambe droite. Sa grossesse est d'environ huit mois. Dernières règles le 10 octobre 1902. Celles-ci ont toujours été normales. Elle raconte que vers le sixième mois elle a eu quelques légères pertes rosées, parfois jaunâtres, sans caillots. Pertes qui ont beaucoup diminué lorsqu'elle cessa le travail fatigant qu'elle faisait alors.

Elle se plaint de quelques douleurs du ventre ; depuis quelques mois elle a perdu l'appétit, éprouve du dégoût pour les aliments et a maigri de façon sensible.

Au palper l'utérus est régulièrement développé, le fœtus vivant, en présentation et position régulière OIGA.

Au toucher notre surprise fut extrême de sentir un col volumineux et dur donnant les sensations suivantes : la lèvre antérieure et la moitié gauche est très augmentée de volume et formée par un tissu lisse et régulier, très dur, donnant la sensation d'une masse cartilagineuse ; cette portion est doublée du côté de cavité cervicale par une masse de consistance semblable, mais à surface mamelonnée. La lèvre postérieure est moins volumineuse, mais également très dure.

Ce n'est que dans une étendue très faible à gauche que le col présente le ramollissement normal de la grossesse, mais cette partie correspond à peine à un quart ou à un cinquième de la circonférence du col. Elle saigne très légèrement, et le doigt retiré après le toucher est légèrement teinté de sang. Ces signes ne sauraient permettre d'hésiter sur le diagnostic.

Il s'agit d'un cancer du col ayant envahi la presque totalité de l'organe et dont l'évolution a été presque latente, qu'elle n'a donné naissance à aucun symptôme caractérisé qui ait pu attirer l'attention de la malade.

La malade fut examinée par le professeur Fochier qui confirma notre diagnostic. Il était évident qu'on ne pouvait songer à un accouchement spontané ni même à une dilatation appréciable du col, et comme le terme était proche, l'opération césarienne était la seule opération rationnelle. Comme, d'autre part, la tumeur paraissait limitée au col, le vagin restant souple et les ligaments larges ne paraissant pas envahis, il fut convenu qu'on ferait suivre la césarienne de l'hystérectomie abdominale totale.

L'état se maintint sans modifications jusqu'au 11 juillet, date à laquelle le terme étant tout proche. L'opération fut pratiquée.

Anesthésie à l'éther. Laparotomie médiane sous-ombilicale remontant au-dessus de l'ombilic et descendant très bas jusqu'au bord supérieur de la symphyse. Incision de l'utérus sur sa face antérieure. On ne rencontre pas le placenta. Ruptures des membranes avec le doigt. Saisie d'un pied et extraction facile d'un fœtus vivant de 2980 gr. qui cria très vite. L'hémorragie est peu abondante. Néanmoins, pour économiser le sang, un tube élastique est jeté sur l'utérus. On pratiqua alors l'extirpation totale. Ligature des deux ligaments ronds et des deux pédicules utéro-ovariens.

La ligature de l'utérine gauche est facile. A droite on ne la perçoit que difficilement, et sa ligature demande quelque attention. On pénètre alors dans le vagin. L'ouverture des culs-de-sac antéro-postérieur et latéral gauche se fait sans difficulté. A droite on voit que le néoplasme s'étend dans l'étage inférieur du ligament large. La section faite pour isoler l'utérus, ce point intéresse l'uretère droit qui est coupé transversalement et montre sa coupe cylindrique qui est manifestement dilatée au volume d'un gros porte-plume.

L'utérus extrait, on complète l'hémostase de quelques vaisseaux du ligament large et de la tranche vaginale. Le bord supérieur de l'uretère est alors suturé à la tranche vaginale de manière à créer une fistule urétéro-vaginale. Un Mikulicz est placé dans le petit bassin et vient sortir dans le vagin. Puis la paroi abdominale est complètement suturée.

Les suites opératoires furent simples. La température ne dépassa pas 38°,2. La mèche du Mikulicz fut enlevée le 9^e jour, le sac du Mikulicz lui-même le 12^e jour.

Actuellement, 12 jours après l'opération, la malade est en excellente voie de guérison. Les urines s'écoulent par le vagin.

La pièce extraite montre une infiltration du col dans une bonne moitié de sa hauteur, remontant plus haut encore à droite où la tumeur est le plus développée. En ce point une certaine longueur de l'uretère, environ 2 à 3 centimètres,

a été enlevée avec la tumeur dans laquelle elle est totalement englobée.

Sur les coupes microscopiques extemporanées que nous en avons faites, on trouve des îlots épithéliaux séparés par de larges lames conjonctives et épithéliales. Sur certains points des traînées épithéliales semblent gorger les espaces lymphatiques. Il s'agit, à n'en pas douter d'un carcinome du col.

Plusieurs points sont à noter dans cette observation. C'est d'abord l'allure torpide de la lésion se révélant à peine par quelques symptômes légers, puis la forme clinique de cancer dur, non ulcéré, térébrant, infiltré profondément, au point d'envahir l'uretère droit sans que rien cliniquement n'ait pu faire soupçonner une extension semblable. Cette forme clinique semble rare pendant la grossesse où on observe surtout la forme végétante bourgeonnante très vasculaire et à marche rapide.

Les observations d'hystérectomie abdominale totale après l'opération césarienne pour cancer compliquant la grossesse ne sont pas très nombreuses dans la science. Cela tient d'une part à la rareté relative du cancer compliquant la grossesse et à la diversité des traitements employés. C'est ainsi que les chirurgiens allemands sont restés fidèles à l'hystérectomie vaginale et interviennent de très bonne heure dès que la tumeur est constatée. Si le fœtus est viable ou à terme, on l'extrait par une section césarienne vaginale suivie d'hystérectomie vaginale. Néanmoins ils ne sont pas systématiquement opposés à l'extirpation par voie abdominale et la considérons comme une intervention très acceptable. Tels sont Fritsch, Accouci, Michelini, Wagner, Ols-hausen. D'autres même, comme Kunchert, Podebinski, Morisani, font de l'hystérectomie abdominale le procédé de choix et conseillent la césarienne au voisinage du terme, suivie si le cancer est seul enlevable de l'ablation totale de l'utérus par le ventre.

Il est surprenant de voir Bosche en 1897, dans une thèse inspirée par le professeur Tarnier, s'élever contre l'ablation

totale de l'utérus et même contre le Porro pour leur préférer la césarienne conservatrice. Ses statistiques diffèrent à l'excès d'autres plus récentes. En effet, d'après lui, l'hystérectomie totale donnerait 66 % de morts, la césarienne 9 % seulement. Or, en réunissant les statistiques de Bar et de Gailly, nous arrivons aux chiffres suivants :

| | | | |
|----------------------|----|----------|------|
| Césarienne | 17 | 12 morts | 70 % |
| Porro | 4 | 3 — | 75 — |
| Hystérectomie .. | 16 | 6 — | 37 — |

Même en prenant pour base une statistique de Freund, rapportée par Michelini (18 cas, 8 morts = 44 %), l'avantage reste encore et de beaucoup à l'hystérectomie. Il peut, il est vrai, faire remarquer que nombre des cas de césariennes remontent à une période où le pourcentage général de celles-ci était encore très élevé alors que les observations d'hystérectomie sont plus récentes et ont bénéficié des perfectionnements et de l'antisepsie et de la technique. Néanmoins, il semble que l'hystérectomie abdominale totale n'est pas plus grave que la césarienne et le Porro, et dans ces conditions on est absolument en droit de tenter la cure radicale de la tumeur. Dans ce cas, en effet, si on gagne, on gagne tout, si on perd, on ne perd rien. Il est bien entendu que nous ne discutons ici que les cas où l'enfant est viable et où le cancer semble opérable. Nous ne voulons pas aborder le problème avant la viabilité, car cette question a déjà été discutée longuement à la Société de chirurgie il y a deux ans.

Pouvons-nous actuellement nous faire une idée des résultats éloignés de l'extirpation des cancers du col faites dans ces conditions? Les faits sont trop peu nombreux et surtout ses résultats éloignés passés sous silence dans nombre d'observations. Si la récurrence a eu lieu dans les cas de A. Polloson, Delanglade, Spencer-Wells, il en est d'autres, tels que ceux de Mackeurodt, de Freund, où elle ne s'était pas produite longtemps après. L'hystérectomie abdominale totale présente de grandes chances de succès opératoires et peut être suivie d'une guérison longue sinon définitive.

Donc, étant donné que la mortalité opératoire semble inférieure à celle de la césarienne et de Porro, on est en droit de donner aux malades ces chances de guérisons si faibles qu'elles soient.

Les avantages de l'hystérectomie abdominale totale après césarienne dans la grossesse compliquée de cancer du col sont donc incontestables. Mais c'est surtout dans les fibromes utérins que cette supériorité éclate et cela de plus en plus, à mesure que les faits deviennent plus nombreux. L'expérience de ces dernières années a été particulièrement fructueuse et le chemin parcouru est déjà grand depuis 1899, où le Prof. Pinard disait au Congrès d'Amsterdam : « Nous ne pouvons, à l'heure actuelle, juger de la valeur de la laparo-hystérotomie suivie d'hystérectomie totale, car les cas où cette opération a été pratiquée ne sont pas assez nombreux pour émettre une opinion en connaissance de cause. »

Déjà en 1897, Maygrier avait montré la supériorité de l'hystérectomie sur la césarienne et le Porro et avait conclu qu'il était préférable d'enlever l'utérus après avoir enlevé l'enfant, bien que les cas d'hystérectomie abdominale totale fussent peu nombreux à cette époque.

Sa statistique se résumait ainsi :

| | |
|--------------------------------------|-------|
| Césarienne, mortalité..... | 50 %. |
| Porro — | 20 %. |
| Hystérectomie totale, mortalité..... | 0 %. |

Depuis lors, il n'y aura plus qu'une voix pour proclamer la supériorité de celle-ci. C'est Delagénière, en 1900, qui déclare que le Porro est très inférieur à l'hystérectomie. Turner, dans sa thèse, Boursier en 1901 fait de celle-ci la méthode de choix; de même Grosse, dans sa thèse de 1902.

L'ensemble des hystérectomies abdominales, totale ou subtotale pour grossesse compliquée de fibrome que nous avons relevées jusqu'en 1902, s'élève à 50 avec 5 morts. De celle-ci 2 sont dues à des embolies, 1 à une albuminurie grave. La mortalité globale est donc de 10 %, c'est-à-dire moitié moins forte que celle du Porro. Sur ces 50 opérations, 16 ont été

faites à terme avec 14 guérisons et 2 morts, soit 12 %. La mortalité à terme n'est donc pas sensiblement supérieure à la mortalité avant terme. Sur ces 16 cas, 7 fois la césarienne n'a pas été pratiquée parce que l'enfant était mort, 9 fois la section césarienne a été faite avant l'hystérectomie totale avec une seule mort, soit 11 %, c'est-à-dire que la section césarienne précédant l'ablation de l'utérus, n'aggrave nullement le pronostic de celle-ci. Cette dernière donnée est très importante à noter, car elle amène à cette conclusion qu'à moins d'avoir la main forcée par des accidents immédiatement menaçants, il ne faut pas se hâter d'intervenir avant la viabilité du fœtus. Les risques opératoires courus par la malade ne seront pas sensiblement plus grands au voisinage du terme qu'au début de la grossesse, et on aura l'avantage de ne pas sacrifier l'enfant. Dans beaucoup de cas d'ailleurs ce sacrifice de la grossesse pendant les premiers mois a été bien involontaire, car fréquemment la grossesse avait été méconnue et dans quelques cas même, au voisinage du terme. A ce point de vue nous rappellerons les conclusions exprimées par Pinard dans la thèse de Méheut (1902), à savoir :

Que les accidents commandant l'intervention au cours de la grossesse sont rares, que ceux qui peuvent se produire au moment de l'accouchement ne peuvent être pris en considérations pour décider d'une intervention au cours de la grossesse.

Tous les opérateurs d'ailleurs reconnaissent que l'hystérectomie abdominale totale ne présente pas de difficultés techniques plus grandes que hors l'état de gravidité. Certaines conditions même peuvent la faciliter, en particulier la mobilisation plus facile de l'organe et l'élongation du vagin (Eustache). Enfin si la vascularisation de la région est plus intense, les vaisseaux sont aussi plus apparents. La recherche des pédicules vasculaires et leur ligature se trouve aussi facilitée.

Il semble donc établi que l'hystérectomie abdominale totale peut, dans le plus grand nombre des cas, être substituée à l'opération de Porro après la section césarienne. Elle s'im-

pose toutes les fois qu'on peut faire bénéficier la malade de la suppression d'un néoplasme, qu'il s'agisse d'un cancer ou de fibrome. Dans le cas de cancer, elle doit évidemment toujours être totale. Pour les fibromes on pourra, suivant les cas, la faire totale ou subtotale. Quelle que soit la méthode employée, la mortalité est sensiblement la même. La totale, il est vrai, est un peu plus longue, un peu plus complexe, expose davantage à la blessure de l'uretère et de la vessie, l'hémostase est parfois plus difficile, car la tranche vaginale peut saigner. Néanmoins, malgré ces quelques inconvénients, nous préférons la totale à la subtotale pour les raisons suivantes :

Il est souvent difficile de préciser les insertions du vagin sur le col et les limites de celui-ci, à cause du ramollissement physiologique de la grossesse. La présence d'un fibrome à ce niveau peut rendre son exécution impossible. Le moignon peut être infecté au moment de l'opération et il y a alors intérêt à l'enlever. Enfin la persistance du moignon expose à la dégénérescence épithéliomateuse secondaire, comme le montre les cas rapportés par Bouilly-Ricard, Zweifel, Sheuk et Condamin.

Quant à la combinaison des deux opérations césarienne et hystérectomie, nous croyons qu'il faut, si l'enfant est mort, pratiquer l'ablation de l'utérus sans ouvrir celui-ci. Si, au contraire, l'enfant est vivant, il vaut mieux pratiquer d'abord la césarienne classique sans hémostase préalable. Il est dangereux de mettre d'abord en place le tube de caoutchouc, car la suppression de la circulation fait courir des risques de mort à l'enfant, comme le montre l'observation de Delassus. Mieux vaut mener rapidement l'incision utérine et l'extraction de l'enfant ; la perte sanguine est alors très faible et la mise en place du tube de caoutchouc assure une hémostase rapide après laquelle on peut se débarrasser du placenta et des membranes. Ce sera dès lors facile et commode de pratiquer à l'abri du sang l'extirpation de l'utérus et de ses annexes. Par l'un des procédés habituels, lequel peut varier suivant les cas et suivant les préférences du chirurgien.

Comme le conseille Pozzi, il est bon, pour opérer, de ne pas attendre tout à fait jusqu'au terme, pour ne pas s'exposer à être surpris par le travail qui peut compliquer la situation, soit par suite de la souffrance de l'enfant, soit par ouverture de l'œuf et infection de sa cavité. Mieux vaut intervenir quelques jours avant l'époque présumée de l'accouchement. C'est la ligne de conduite que nous avons adoptée chez notre malade et nous n'avons eu qu'à nous en louer.

Ainsi donc actuellement, l'hystérectomie abdominale totale tend, avec raison, à se substituer presque complètement à l'opération de Porro, qui ne reste que comme une opération d'urgence ou de nécessité. Dans le cancer elle reste réservée au cas où l'extension du néoplasme est telle que l'ablation totale des tissus malade obligerait à des dégâts extrêmes. Dans les fibromes, ces indications sont encore plus restreintes et l'opération césarienne au voisinage du terme suivi de l'ablation reste incontestablement le procédé de choix, tant pour ses suites immédiates que ses résultats éloignés.

M. FOCHIER. On peut discuter les procédés rapides et lents dans les cas ordinaires; dans les cas de grossesse il faut faire l'hystérectomie dite par étage, ou ordinaire : section de chaque ligament large avec hémostase provisoire, puis on arrive de chaque côté sur l'utérine.

Il a été frappé de la facilité de la recherche de l'utérine, parfois difficile à trouver en dehors de la grossesse. Quand il y a grossesse, la gaine de l'utérine est comme œdématiée et la ligature est très simple. Cette hystérectomie en étage est très facile, ne donne pas de sang. Quand il ne s'agit pas de cancer, une fois les utérines liées, il n'y a qu'à entrer au hasard dans le canal cervico-vaginal d'un coup de ciseau, peu importe en quel point est faite la section de l'utérus. L'opération devient ainsi d'une grande facilité et tout médecin un peu habitué à la pratique chirurgicale est capable de la mener à bien.

Elle est aussi simple que l'opération de Porro qui a eu un instant son utilité, mais ne trouve guère maintenant que de très rares indications. C'est ainsi, par exemple, que, en cas d'extrême urgence, un chirurgien privé d'aide ferait facilement le Porro, alors qu'il ne pourrait mener à bien une hystérectomie; c'est ainsi encore que, au cours d'une césarienne, si la section avait porté sur le placenta et que l'hémorragie soit menaçante, l'amputation de Porro trouverait son indication.

M. DURAND a observé autrefois un cas qui lui semble aussi rentrer dans les indications de l'opération de Porro. Une malade arrive à la

Maternité porteuse d'un volumineux fibrome interstitiel de la partie inférieure du corps utérin. La tumeur empêchait la descente de la tête, et repoussée par celle-ci, obstruait l'excavation. La poche des eaux était rompue depuis plusieurs jours, l'enfant mort, et l'utérus avait subi en ville des manœuvres répétées. La malade, infectée, avait près de 39°. La tumeur déjetant l'orifice utérin derrière le pubis ne permettait pas l'embryotomie. Le chirurgien appelé fit une césarienne, mais l'infection utérine donna lieu à une péritonite et la malade mourut.

M. Fochier ne pense-t-il pas que l'infection utérine, dans un cas pareil, serait une bonne indication du Porro ?

M. FOCHIER. En pareil cas, en effet, l'opération la plus simple est la meilleure, car l'utérus est comme une éponge gorgée de liquides septiques, et moins on exprime ce liquide, plus on a de chances d'avoir un bon résultat.

Le Gérant, D^r VALLAS.

Séance du 5 Novembre 1903.

Présidence de M. GAYET.

M. le Président GAYET, arrivé au terme de ses fonctions, prononce l'allocution suivante :

Mes chers collègues,

La séance qui nous réunit aujourd'hui au retour des vacances est aussi celle où je dois quitter la présidence à laquelle votre confiance m'a appelé. Vous comprendrez le prix que j'y attache en songeant que c'est la dernière fois que je recevrai de mes collègues une pareille marque d'estime.

Pendant les deux ans que j'ai dirigé vos travaux, vous m'avez rendu la vie très douce, et tandis que mes deux prédécesseurs ont été à la peine, je puis vous affirmer que je n'ai eu qu'à constater, dans la paix, votre développement et vos progrès.

Pour préciser cette impression, j'ai voulu revivre vos séances, et j'ai parcouru les comptes-rendus qui en consacrent le souvenir.

J'y ai vu tous nos collègues prendre part, soit à des travaux de longue haleine, soit à de brèves discussions, et chacun selon son humeur apporter son tribut à l'étude commune. Peu à peu les groupes se sont naturellement formés et il s'est produit ce résultat utile entre tous, que les questions ont été étudiées chacune par ceux d'entre nous qui ont le plus de compétence pour les résoudre.

C'est tout ce qu'on peut demander à une Société savante qui n'a pas d'arrêts à prononcer, mais qui a des plaidoiries à faire entendre.

Ces plaidoiries ont toujours été intéressantes et surtout courtoises. Trop courtoises peut-être, comme le disait il y a deux ans notre collègue Fochier, lorsqu'il vous invitait à défendre vos idées avec ce grain de passion qui vivifie les discours et force l'attention des auditeurs. Vous êtes tous d'avis qu'une preuve matérielle de vitalité pour une Société c'est le nombre des attentifs qu'elle groupe autour d'elle, et pour moi je suis convaincu que les grands jours de l'Académie de médecine ou de la

Société de Chirurgie parisienne ont toujours puisé leur attrait dans les voix plus ou moins vibrantes dont je garde le souvenir.

Quelle que soit la valeur de ce conseil, et quel que soit le nombre des oreilles pour vous entendre, il n'en reste pas moins vrai que sur bien des points de vue de la chirurgie contemporaine, la Société de Chirurgie de Lyon a posé des assises destinées à ne plus se déplacer.

Pour vous en convaincre, il suffirait de faire ce que j'ai fait, d'analyser vos comptes-rendus, et si votre temps n'était pas si précieux, je le ferais avec vous, sûr que vous prendriez à ce travail autant de plaisir que j'en ai goûté moi-même. Je vous rappellerai seulement quelques points.

N'avez-vous pas élucidé autant qu'elle peut l'être aujourd'hui l'histoire des fractures des os du tarse ? Vous y êtes revenus à maintes reprises, bon nombre d'entre vous ont mis en évidence des documents aussi nouveaux que nombreux, et vous vous êtes éclairés par les radiographies mises sous vos yeux, par celui qui a dirigé le service, à l'Hôtel-Dieu.

Les fractures des os du carpe ont profité de la même attention et d'observations soumises au même contrôle, et si l'on met en parallèle les solutions de la Société de Chirurgie de Lyon avec celles fournies par les auteurs classiques, il est facile de juger où est la lumière.

La chirurgie du ventre, celle de la poitrine vous ont aussi souvent préoccupés. Mieux qu'un autre, je puis vous redire la surprise causée par vos entreprises si hardies et cependant si sûres que je compare à la pratique si timide et si désastreuse des temps prémicrobiens.

Des opérations nouvelles vous ont été présentées, vous avez eu à les discuter, à les apprécier et les juger dans la mesure où peut le faire une Société savante.

Les manifestations de votre activité scientifique vous ont été présentées de deux façons : tantôt sous la forme magistrale de mémoires étudiés, tantôt sous celle plus saisissante de malades amenés sous vos yeux. Ces deux formes méritent d'être conservées, parce qu'elles répondent aux nécessités scientifiques. L'une est plus commode pour vos ordres du jour, l'autre plus capable d'éveiller vos discussions. C'est à votre Président de résoudre la difficulté de leur emploi.

Tout ce qui se passe au sein de la Société semble devoir conserver la même allure ; mais à une condition, *sine qua non*, c'est que vos opinions et vos actes soient promptement mis par la presse médicale sous les yeux du grand public.

Une fois dans le cours de ces deux années, par des circonstances spéciales, vous avez semblé vous écarter de cette règle, et de suite votre action a semblé languir et votre vitalité s'éteindre. Le public a déserté vos séances, l'attention des journaux s'est éloignée de vous et deux ou trois fois nous avons dû nous dérober à des sollicitations relatives à vos travaux non publiés.

Tout cela tenait à une interruption dans la rédaction de vos procès-verbaux et à l'absence d'un organe hebdomadaire de votre publicité. Votre Bureau a compris le mal et l'a de suite réparé en vous ménageant un traité avec le *Lyon Medical*, auquel nous avons assuré la fourniture de procès-verbaux réguliers.

Nous n'oublierons pas cette leçon de l'expérience, et nos secrétaires resteront convaincus que depuis que les Sociétés savantes existent, elles n'ont jamais rien trouvé de mieux pour assurer leur renom et même leur existence, que leurs procès-verbaux irréprochablement rédigés.

Vous me permettez, mes chers collègues, de m'appesantir sur le cours de ces deux dernières années qui m'ont été si précieuses. Je me les rappellerais sans regrets si elles n'avaient été marquées par des deuils douloureux. L'année dernière, c'était Laroyenne que nous conduisions à sa dernière demeure. Au commencement de celle-ci c'était notre correspondant Labonnardière (de Beyrouth), que j'avais vu au Caire plein de vie et de santé, qui nous avait été rapidement enlevé. Enfin, il y a un mois à peine, une mort foudroyante emportait Fochier, notre second président et mon prédécesseur.

Le dernier acte de ma charge aura été de l'accompagner en votre nom jusqu'au bord de sa tombe et de lui adresser nos derniers adieux. Selon l'usage, je vous les redis ici :

Messieurs,

Quelques jours à peine, avant celui qui doit mettre un terme à ses fonctions, faut-il que le Président de la Société de Chirurgie de Lyon soit chargé du douloureux devoir d'accompagner ici le Prof. Alphonse Fochier et de voir se refermer sur lui pour toujours cette tombe si inopinément et si cruellement ouverte ! Il faut aussi qu'il lui adresse les suprêmes adieux et les derniers remerciements d'une Compagnie qu'il a concouru à fonder, qu'il a dirigée pendant deux ans avec un succès complet.

Il y a sept ans environ, quelques chirurgiens, parmi lesquels se trouvait le Prof. Fochier, se groupèrent autour d'Ollier, leur maître à tous, pour amener la solution d'un projet qui leur était cher.

Tous, bien que membres des deux Sociétés qui, à Lyon, s'étaient fraternellement partagé le gouvernement des idées médicales, étaient d'opinion, qu'en présence d'un développement chirurgical énorme, il était nécessaire d'associer entre eux, pour le diriger et le régler, des hommes uniformément préparés par leurs origines, leurs études et leur profonde expérience. Ces hommes étaient tout trouvés : ils travaillaient dans les hôpitaux, et aussitôt avertis ils se réunirent autour d'Ollier et de Fochier qui furent, l'un le président, l'autre le vice-président de la Société nouvelle.

Vous connaissez le résultat de cette belle entreprise, vous savez quelle

est la valeur des travaux qu'elle a publiés depuis six ans, et vous pouvez être les témoins de l'intérêt qu'elle soulève dans le monde des maîtres, des élèves et des praticiens. La preuve la plus éclatante de son opportunité est la fondation et le succès parallèle d'une Société médicale.

Fochier a puissamment contribué à notre succès. Il a apporté à l'organisation de la Société de Chirurgie des soins aussi habiles que prévoyants, et lorsque Ollier lui remit la présidence, il put donc dire aux applaudissements de tous : « Vous trouverez en lui un président aussi impartial que qualifié pour diriger vos discussions, et la haute situation qu'il occupe dans la Faculté et dans les hôpitaux ajoute à l'autorité de ses décisions. »

Ollier avait raison, et pendant les deux années qui suivirent, l'intervention de Fochier fut féconde au point de vue de la marche des séances, des discussions, de la régularité des publications, et lorsque au bout de deux ans il me remit ses fonctions, il pouvait dire en son langage un peu spécial, que la Société de Chirurgie de Lyon était viable.

Un sentiment qui s'est développé en elle avec la vie, c'est celui d'une profonde reconnaissance pour un de ceux qui l'ont aidée dans ses premières faiblesses, ont amené son développement, assuré sa sécurité.

Voilà pourquoi je suis venu apporter à notre collègue disparu le juste tribut de la reconnaissance de tous.

Il ne me reste plus qu'à remercier tous mes collaborateurs du Bureau et vous tous qui m'avez rendu ma tâche si agréable et si facile. Je laisse la présidence à celui que vous avez très judicieusement choisi. Indépendamment de ses titres scientifiques, il a pour diriger notre Société toutes les qualités d'ascendant, de compétence, de calme et de courtoisie, et l'expérience qu'il a déployée naguère à la Société de médecine vous est un sûr garant de celle qu'il va mettre au service de la Société de Chirurgie.

*
* * *

M. HORAND, en prenant possession du fauteuil de la présidence, prononce le discours suivant :

Messieurs et chers collègues,

En prenant place dans ce fauteuil où vos suffrages m'ont appelé, permettez-moi de vous renouveler mes remerciements pour l'honneur que vous m'avez fait et auquel j'attache le plus grand prix.

Grâce à votre bienveillance et au concours dévoué de notre Bureau, ma tâche sera facile, j'en suis persuadé.

Je me conformerai, du reste, au programme de notre président

sortant. Comme M. Gayet, je vous demanderai l'exactitude et l'assiduité ; comme lui, je vous prierai de vous faire inscrire à l'ordre du jour, afin que l'on puisse connaître les communications à l'avance et y réfléchir. Les discussions, ainsi que le disait M. Gayet, il y a un instant, sont utiles et rendent les séances intéressantes, car il est bon de connaître, en chirurgie, le pour et le contre. Les auteurs ne peuvent d'ailleurs qu'être flattés d'entendre les réflexions que suggèrent leurs communications, le silence dans ce cas impliquant une sorte d'indifférence de la part des auditeurs.

Messieurs, je croirais manquer à tous mes devoirs, si j'oubliais de remercier notre président sortant. Pendant deux ans, M. Gayet nous a donné l'exemple de l'exactitude et de l'assiduité, il a veillé à ce que nos séances soient toujours bien remplies, et il s'est constamment préoccupé de la publication de nos travaux, qui désormais se fera avec la plus grande régularité.

M. Gayet a donc droit à notre reconnaissance, et je crois être l'interprète fidèle de la Société de Chirurgie en le remerciant de son dévouement.

A M. Vallas, notre dévoué secrétaire général, je demande de m'accorder son concours si précieux, ainsi qu'à notre trésorier, M. Aubert. Quant à nos secrétaires des séances, MM. Tixier et Bérard, ils nous ont donné déjà des preuves si nombreuses de leur dévouement pour la Société de Chirurgie, que nous pouvons être assurés qu'ils apporteront dans leurs fonctions tout le zèle dont ils sont capables. Comme leurs prédécesseurs ils sauront par leurs procès-verbaux attirer l'attention des lecteurs sur la Société de Chirurgie de Lyon et je les en remercie à l'avance.

Messieurs, que notre devise soit : *Laboremus*.

*
* *

LITHIASE BILIAIRE ; STÉNOSE PYLORIQUE ; CHOLÉCYSTECTOMIE ; GUÉRISON.

M. VILLARD. — Les pièces que je présente à la Société proviennent d'une malade chez laquelle j'ai pratiqué l'ablation totale d'une vésicule biliaire calculeuse et distendue pour des accidents chroniques de coliques hépatiques, et des symptômes de sténose partielle du pylore.

Il s'agissait d'une femme de 38 ans, souffrant depuis une

huitaine d'années de douleurs vagues dans l'hypochondre droit et de troubles digestifs mal définis. Depuis quatre ans les phénomènes douloureux s'étaient accrus et précisés sous forme de coliques hépatiques assez nettes, bien qu'à aucun moment il n'y ait eu trace d'ictère. Parallèlement était survenue de la dilatation gastrique avec lenteur de la digestion, perte de l'appétit et amaigrissement notable.

Au moment où je me suis décidé à intervenir, la malade souffrait constamment, et il était facile de percevoir dans la région sous-hépatique une vésicule biliaire volumineuse et indurée.

Une laparotomie latérale me conduisit directement sur la vésicule qui était du volume d'une grosse poire, distendue et déprimait par sa masse la première partie du duodénum sous-jacent, causant par ce mécanisme les symptômes de sténose partielle du pylore. Les parois cystiques étaient épaissies, sans qu'il y eût d'adhérences véritables aux organes voisins. Je me décidais à pratiquer la cholécystectomie espérant ainsi mieux parer aux accidents gastriques. Je pus faire l'ablation de l'organe par décollement sous-péritonéal, ayant trouvé un plan de clivage facile, sauf du côté du foie. Arrivé au canal cystique j'enlevai la vésicule avec son contenu, après avoir placé deux pinces sur le pédicule pour éviter l'issue de tout liquide septique. La pince du canal cystique fut remplacée par une ligature au catgut enfouie dans trois points de suture. Je laissais une mèche de drainage dans l'entonnoir formé par le décollement péritonéal, et, comme il était facile de le prévoir, les suites furent simples et apyrétiques. La malade est aujourd'hui guérie, sans avoir présenté aucun écoulement biliaire par la plaie.

La vésicule contenait six gros calculs et une bile épaisse et visqueuse.

Ce fait mérite de retenir l'attention à plusieurs points de vue. Tout d'abord le manuel opératoire suivi de décollement sous-péritonéal que j'ai pu pratiquer m'a singulièrement facilité les manœuvres, et en tous cas mis à l'abri des dangers d'infection qui auraient pu se produire si la vésicule

s'était rompue au cours de l'intervention. C'est là un procédé d'un usage très probablement exceptionnel, mais qui est facilité par les épaisissements péritonéaux des parois de la vésicule, et qui le cas échéant pourra être utilisé avec avantage.

D'autre part, j'estime que le mécanisme de compression qui produisait la rétention gastrique était une indication de la cholécystectomie, peu en faveur actuellement, car, à mon sens, les faits que j'ai déjà observés me font penser que la cholécystectomie ne doit pas être aussi rarement employée qu'elle n'est. Cette opération évite les ennuis des fistules biliaires souvent interminables qui accompagnent la simple incision de la vésicule et les opérations itératives qui peuvent en devenir la conséquence.

M. CLAUDOT. La production des fistules biliaires après la cholécystectomie n'est peut-être pas aussi fréquente que le laisse supposer M. Villard. D'ailleurs l'enfouissement sous-séreux du canal ligaturé doit mettre à l'abri de cette complication, comme l'expérience l'a montré pour l'appendicectomie.

Une cause de production de ces fistules doit résider souvent dans l'existence simultanée de calculs dans la vésicule et dans les voies biliaires, d'où l'indication de toujours explorer avec soin pendant l'intervention ces différents canaux.

M. TIXIER. C'est l'existence d'une septicité plus ou moins grande de la bile qui influe beaucoup sur la production de ces fistules biliaires après la cholécystectomie. Aussi demanderais-je à M. Villard si cette vésicule qu'il a si habilement enlevée contenait du pus? On a peut-être fait l'examen bactériologique du liquide intra-vésiculaire.

M. BÉRARD. Le fait rapporté par M. Villard vient à l'appui de l'opinion des chirurgiens qui, avec Riedel et Kehr en Allemagne, Terrier, Doyen et leurs élèves en France, préconisent la cholécystectomie contre la lithiase vésiculaire lorsque les douleurs et les troubles digestifs réflexes ou mécaniques causés par la vésicule calculeuse ont fait des malades de véritables infirmes.

Pour ce type de douleurs sans migration de calculs, sans ictère et sans aucun signe de rétention biliaire, Riedel avait même créé le nom de *colique vésiculaire* ou de fausse colique hépatique.

J'ai eu l'occasion de voir, en 1898, Doyen pratiquer ses premières *cholécystectomies sous-séreuses*. A cette époque déjà, il insistait sur l'utilité du manchon péritonéal fixé à la paroi, engainant le moignon du

cystique comme une garantie de drainage et comme un mode de protection contre la fistule biliaire possible.

La cholécystectomie, un moment éclipsée par la cholécystostomie, est de nouveau en grande faveur depuis plusieurs années, surtout en Allemagne, en Amérique, et à Paris (Lejars). On lui reprochait un peu théoriquement de favoriser les récidives de coliques hépatiques, puisque les calculs ne pouvant plus s'emmagasiner dans la vésicule, devaient s'engager dans les conduits extra-hépatiques; on lui reprochait aussi l'infection péritonéale et la fistule biliaire, par défaut d'oblitération du moignon du canal cystique. De la première objection on a fait justice; Naunyn a montré en effet que presque tous les calculs se forment dans la vésicule; et Kehr, qui a fait de très nombreuses cholécystectomies pour lithiase, prétend n'avoir eu jamais de récidives quand la première opération avait été complète.

Quant à l'infection, c'est affaire de drainage, prétend-il. Et les fistules ne sont qu'un accident; tandis qu'après la cholécystostomie, elles constituent un des résultats mêmes de l'opération.

M. Villard a fait allusion à ces fistules biliaires paradoxales que l'on observe parfois longtemps après la cholécystostomie, alors même que les voies biliaires inférieures ont pu être cathétérisées. Il déclare renoncer à les expliquer. Voici peut-être une interprétation: après que le cystique et le cholédoque ont été débarrassés de leurs calculs, leurs parois, anfractueuses, indurées, hérissées de pseudo-valvules, ne laissent pas un libre cours à la bile et aux sables biliaires. On ne saurait mieux comparer cette disposition qu'à un urètre rétréci en aval d'une fistule urinaire périnéale; dans cette dernière éventualité, quelques séances de dilatation suffisent parfois pour calibrer l'urètre et pour amener l'oblitération spontanée de la fistule urinaire. Pour les voies biliaires de même, quand le cathétérisme par la bouche vésiculaire était possible, on a signalé des fistules tarries après quelques-uns de ces cathétérismes.

M. VINCENT. Je suis très heureux de constater avec quelle facilité M. Villard a fait profiter sa malade de cette opération radicale, la cholécystectomie. Il me souvient d'un enfant chez lequel une cholécystostomie pratiquée pour une énorme cholécystite suppurée, se termina d'une façon fatale par suite de l'impossibilité que j'avais éprouvée à fixer à la paroi les bords de la vésicule ouverte. Peut-être que la cholécystectomie sous-séreuse aurait permis d'enlever l'organe malade.

Je crois donc que ce procédé de cholécystectomie sous-séreuse est indiqué et rendra des services lorsqu'on se trouvera en présence d'une très grosse vésicule purulente à parois rigides n'ayant aucune tendance à revenir sur elle-même.

M. VILLARD. La fistulisation en somme est rare quand la vésicule est

grosse et fermée, mais fréquente quand elle est petite et ouverte. L'enfouissement du moignon que défend M. Claudot est illusoire souvent parce que le passage des fils se fait à une trop grande profondeur.

Je répondrai à M. Tixier que la vésicule enlevée contenait de la bile épaisse, infectée, mais pas de pus proprement dit. Il n'y eut pas d'examen bactériologique.

M. Bérard nous dit qu'à l'étranger la cholécystectomie est actuellement fréquemment pratiquée. Je ne l'ignorais point. J'ai simplement signalé ce fait, qu'à Lyon c'est une opération exceptionnellement exécutée.

M. CLAUDOT. Évidemment l'enfouissement sous-séreux du moignon est difficile, mais c'est un avantage de la cholécystectomie sous-séreuse de faciliter cette manœuvre, puisqu'on a à sa disposition un lambeau séreux.

M. VALLAS. L'enfouissement n'a pas grande importance, même pour l'appendicectomie. Je ne le pratique jamais et me contente de cautériser après ligature la tranche muqueuse de l'appendice. Aucun accident n'est jamais survenu dans ces conditions.

M. VILLARD. La ligature seule de l'appendice ne suffit pas, car nous savons de par la physiologie normale et pathologique que deux surfaces muqueuses ne s'accolent pas.

M. TIXIER. Pour en revenir spécialement à la cholécystectomie sous-séreuse, je dirai que ce procédé, qui paraît spécialement indiqué, pour M. Vincent, dans les cas où la vésicule est énorme et purulente, ne doit malheureusement pas alors être possible. En effet, quand la vésicule contient du pus, ses parois même épaissies sont friables. Il y a des adhérences souvent multiples entre son revêtement séreux et les organes voisins, et on risque fort en essayant de pratiquer l'opération sous-péritonéale de rompre tout à coup les parois mêmes de l'organe. C'est ce qui m'est arrivé tout dernièrement chez un vieillard qui est encore dans mon service. Il présentait une grosse vésicule suppurée : aux premières manœuvres de décollement sous-séreux la vésicule s'est rompue et j'ai dû faire une cholécystostomie simple.

Donc, dans ces cas où l'ablation sous-séreuse serait le plus indiquée, je crois qu'elle sera souvent impossible. M. Villard a eu affaire à une vésicule peu infectée, car il n'y avait pas de pus dans l'organe et le malade ne présentait pas de température avant l'intervention. C'est une des raisons pour lesquelles il a pu aisément pratiquer la cholécystectomie sous-séreuse et qu'il n'a pas vu survenir de fistule post-opératoire.

FRACTURE ANCIENNE DE L'ASTRAGALE ; RÉSECTION DE CET OS ;
GUÉRISON.

M. VILLARD. — Je vous présente de nouveau aujourd'hui un malade dont je vous ai déjà donné l'histoire lors de la discussion dans les fractures de l'astragale. Cet homme que je vous montrais alors avec un très bon résultat à la suite de l'ablation d'un astragale fracturé s'opposant aux mouvements de flexion du pied, a aujourd'hui un résultat excellent ; il marche sans aucune boiterie, sans fatigue, et la statique de son pied est parfaite. Il est évident que l'intervention a donné à ce malade une récupération rare des mouvements de son membre inférieur.

Séance du 12 Novembre 1903.

Présidence de M. HORAND.

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

*
**

COUP DE FEU DE L'ORBITE GAUCHE; HÉMORRAGIE SOUS-
MÉNINGÉE TARDIVE.

M. GAYET. — M. Gayet rapporte l'observation d'un malade entré dans son service, il y a deux mois, pour un coup de feu de l'œil gauche. L'arme, bien que douée d'une force vive peu considérable et chargée de plombs très fins, avait occasionné, en même temps que des plaies très superficielles, une destruction complète de l'œil atteint. L'énucléation fut pratiquée quelques jours après, et la cicatrisation fut rapide. Le malade quitta le service le 21 octobre; mais trois jours après il se représenta à la consultation pour de l'exophtalmie accompagnée de quelques phénomènes douloureux du côté de l'œil droit. Il est hospitalisé à nouveau, M. Gayet ayant songé dès le début à la possibilité de lésions cérébrales ultérieures, consécutives au coup de feu.

A son entrée, il présente (outre du ptosis), une propulsion en avant manifeste du globe oculaire qui est tendu, saillant, volumineux. La paupière supérieure est le siège d'une légère teinte ecchymotique. La cornée est intacte comme

transparence et comme sensibilité, la conjonctive présente un chémosis des plus prononcés faisant le tour de la cornée, mais pas de sécrétion conjonctivale. La pupille réagit bien à la lumière et à l'accommodation. Le fond d'œil est normal; cependant les veines sont légèrement dilatées.

Les phénomènes oculaires persistent sans modification appréciable pendant les jours qui suivent. A noter que, à aucun moment, le malade n'a présenté de troubles de l'intelligence ni de la motilité. A diverses reprises cependant, il s'est plaint d'une céphalalgie frontale droite assez vive.

Le 9 novembre, il accuse brusquement vers six heures du soir un malaise général subit: c'est un frisson assez intense, suivi de transpirations abondantes. Lorsque ce malaise est un peu dissipé, il se plaint d'une sensation de constriction temporale, sans douleur vive proprement dite; progressivement alors s'installe une torpeur de plus en plus accusée et le malade meurt à 11 heures du soir dans le coma, après avoir présenté quelques manifestations épileptiformes du côté gauche.

Autopsie le 11 novembre 1903, pratiquée 32 heures après la mort, par M. Perretière, interne du service. Ouverture de la cavité crânienne à la scie. On note une hyperhémie généralisée des méninges. Après incision de la dure-mère, qui est plus tendue, plus foncée du côté droit, on constate la présence d'un hématome sous-dure-mérien recouvrant toute la convexité de l'hémisphère droit. Son épaisseur, sensiblement uniforme sur toute la hauteur, ne dépasse pas 1 centimètre. Cet épanchement est formé par des caillots cruoriques peu consistants, peu organisés. Après ablation du cerveau, la fosse temporale droite apparaît emplie de sang liquide.

L'examen de la face interne de l'hémisphère droit permet de constater la présence dans l'intérieur du ventricule droit d'une certaine quantité de sang liquide et de caillots cruoriques.

Sur la face inférieure de l'hémisphère droit, on note un foyer d'attrition de la substance cérébrale, siégeant plus

spécialement à la partie antérieure des circonvolutions 2^o et 3^o temporales. Il s'agit d'une perte de substance telle que le doigt introduit à son niveau pénètre facilement dans l'intérieur du ventricule. Son volume dépasse celui d'un œuf de pigeon. Ses bords sont assez nettement coupés et son trajet bien délimité.

L'hémisphère gauche ne présente rien d'anormal à l'examen macroscopique. L'épreuve des coupes de Pitres ne révèle aucune trace d'épanchement ni de corps étranger. L'examen de la base du crâne, après dissection attentive de la dure-mère, ne démontre aucune fissure ni trait de fracture appréciable.

Le 4^e ventricule renferme un caillot cruorique volumineux.

L'examen des viscères ne présente rien autre à signaler qu'une congestion asphyxique intense des deux poumons et une rate assez volumineuse (poids, 980 gr.)

M. DESTOT. La radiographie nous avait montré quelques plombs dans la région orbitaire gauche et à la surface du frontal gauche, mais rien du côté droit.

M. GAYET. Il n'y a rien d'étonnant que les plombs, très fins, qui ont lésé l'hémisphère droit aient échappé jusqu'ici à nos recherches forcément superficielles. Nous allons pratiquer en tous cas une autopsie plus minutieuse du cerveau.

M. TIXIER. Le malade observé par M. Gayet semble avoir succombé à son hématome. J'ai eu l'occasion de soigner dernièrement un enfant qui, lui aussi, eut un hématome occasionné par un coup de feu pénétrant. Les suites, heureusement, furent tout autres, car le malade guérit. Voici son histoire.

Un enfant de 11 ans, garçon vigoureux pour son âge, reçoit vers le 30 avril 1903 une balle de carabine Flobert dans le crâne. Il était à Bourg devant un tir forain. Le coup est tiré face à lui, et la balle pénétrant au niveau de la bosse frontale droite a une direction d'avant en arrière. L'enfant tombe, mais ne perd pas connaissance. Il peut se relever, marcher, aller chez un médecin qui immédiatement l'envoie à l'hôpital de Bourg.

Quand l'enfant y arrive, deux ou trois heures après son accident, il présente une hémiplegie gauche complète, membre inférieur, membre supérieur et face sont paralysés. Un médecin examine le blessé, enlève quelques esquilles, retire un fragment de balle, et, je ne sais trop pourquoi, résèque un morceau de cerveau. Désinfection et pansement

Pendant quelques jours il y eut de la fièvre, de la céphalée, un état d'hébétude. mais bientôt le malade va mieux, sauf son hémiplegie qui persiste toujours.

Le 12 septembre, on le conduit dans mon service, afin, m'écrit-on, que j'agisse sur la cause probable de cette hémiplegie qu'on considère être le corps étranger. C'était une balle de 6 millimètres, et la radiographie que voulut bien me faire M. Destot m'en fit reconnaître deux petits fragments dans la zone rolandique droite.

Cependant, je ne pensais pas que ces petits débris fussent la cause de l'hémiplegie. En effet, il était difficile d'admettre qu'une aussi petite balle, pénétrant directement d'avant en arrière, aient pu simultanément léser les trois centres moteur. D'autre part, il y avait eu un véritable espace libre, l'enfant avait pu marcher pendant quelques instants après l'accident.

Je pensais donc que j'avais affaire à un hématome comprimant la zone rolandique, et que, comme les symptômes allaient en s'amendant, j'étais en droit d'attendre.

D'ailleurs, en examinant avec soin l'enfant on constatait que l'hémiplegie gauche n'était plus absolue, le membre inférieur réagissait aux vives incitations : seuls le bras et la face présentaient une véritable paralysie flasque.

Il n'y avait pas de fièvre.

Les réflexes étaient un peu exagérés à gauche ; de ce côté existait de la trépidation épileptoïde.

Je me contentais de faire de l'asepsie soigneuse au niveau de la plaie frontale tout en y exerçant une légère compression, car il y avait à ce niveau un peu de hernie cérébrale.

Le 15 septembre, je constatais l'apparition de légers mouvements dans le bras gauche.

Le 21, les mouvements étaient déjà actifs et forts. La face restait paralysée.

Enfin, le 23 octobre, l'enfant pouvait quitter mon service n'ayant plus aucun signe de paralysie.

Je l'ai revu le 4 novembre, à l'occasion d'une expertise médico-légale dont M. Boyer est chargé ; l'enfant est guéri.

C'est un cas intéressant de coup de feu intra-cérébral ayant produit un hématome sous-dure-mérien, lequel s'est résorbé spontanément sans laisser aucune suite fâcheuse.

M. DESTOT. Le cerveau a parfois une tolérance singulière, dans le cas de M. Gayet, deux mois s'écoulèrent entre le traumatisme et les accidents terminaux. Chez un Arabe qui avait eu une fracture du frontal compliquée avec embarrure, par un coup de matraque, et que j'ai soigné en Algérie, on n'observa pendant deux mois et demi aucun autre signe local et à distance que la suppuration de la plaie du cuir chevelu. Puis,

brusquement, à la suite d'une discussion très animée avec un de ses parents, le blessé tomba dans le coma et mourut en quelques heures ; l'autopsie montra le lobe frontal et le ventricule droit distendus par un énorme abcès.

M. VILLARD. J'ai présenté ici l'an dernier des pièces provenant d'une contusion cérébrale grave avec déchirure des vaisseaux sous-dure-mériens. Le blessé n'avait eu aucun symptôme cérébral ou oculaire, mais seulement des signes légers de compression cérébrale. Je le trépanai du côté du traumatisme, n'ayant aucun indice de localisation ; je ne trouvai que de petits exsudats sanguins. L'hémorragie s'était faite dans l'autre hémisphère, gravement contusionné par le contre-coup. Et cette hémorragie, qui entraîna la mort, avait passé inaperçue, à cause de la tolérance des centres correspondants.

*
* *

ÉNORME TUMEUR DU MÉSO-COLON.

M. VALLAS. — M. Vallas présente une grosse tumeur myxo-lipomateuse, du poids de 13 livres, qu'il a extirpée la veille chez une vieille femme tuberculeuse cavitaire, en croyant intervenir pour une ascite bacillaire. Le ventre était énorme, la fluctuation manifeste ; le seul symptôme défavorable à l'hypothèse d'une tuberculose péritonéale consistait dans la fixité et la diminution de la sonorité intestinale.

A cause du mauvais état général de la malade, on s'était borné à une anesthésie locale de la paroi avec la cocaïne. Le péritoine ouvert, la tumeur apparut sous un second feuillet séreux. Aussitôt la malade fut chloroformée, l'incision de la paroi agrandie : alors la masse graisseuse devint largement accessible. Elle était étalée sur une énorme surface, et il fallut un long clivage pour arriver jusqu'à une sorte de pédicule qui englobait le côlon ascendant et transverse avec leur méso. La libération de l'angle colique fut particulièrement laborieuse ; pourtant on n'eut pas à réséquer l'intestin.

La loge rétrocolique de cette tumeur, une fois vidée, un

suintement sanguin insignifiant se produisit ; un seul vaisseau dut être lié, et si l'on plaça un Mikulicz, ce fut plutôt en prévision d'un suintement ultérieur.

Pour le moment, l'état de l'opérée n'offre rien d'inquiétant.

Le point de départ de cette tumeur a dû se faire dans le mésocôlon, dont les feuillets ont été dédoublés et refoulés progressivement. Le siège, la nature et l'évolution d'une telle masse myxo-lipomateuse sont également dignes d'être notés.

M. CONDAMIN. On voit parfois des fibromes du ligament large dédoubler les feuillets du mésentère et s'insinuer entre eux. Est-ce que, réciproquement, la tumeur présentée par M. Vallas s'était engagée jusque dans un ligament large ?

M. VALLAS. Cette tumeur n'avait aucune relation avec le ligament large.

*
* *

DES FRACTURES DE LA TÊTE DU RADIUS.

M. DESTOT. — Dans un mémoire récent, MM. Latarjet et Gazet ont appelé l'attention sur les fractures isolées de la tête du radius et je désirerais rapporter certains faits intéressants sur cette question.

Tout d'abord, je dois éliminer de mon sujet les fractures du radius chez l'enfant. MM. Mouchet et Broca ont publié sur ce point des mémoires importants basés sur la radiographie, et comme les fractures de la tête du radius, observées à la Charité, ne répondent pas, soit comme fréquence, soit comme cadre clinique, avec les faits observés à Paris, je dois réserver cette question qui appelle de nouvelles recherches anatomiques et cliniques.

Les fractures isolées de la tête du radius se rencontrent soit comme complication de luxation du coude, et alors elles disparaissent derrière le masque de la luxation, soit comme complication de certaines fractures du cubitus.

Les fractures de la tête sont rares si on élimine ces deux classes.

Les unes sont directes, très rares. J'en ai vu un cas causé par une balle.

Les autres sont indirectes et leur fréquence est assez grande, puisque depuis le mois de juillet j'en ai vu trois cas : un en expertise pour une Compagnie d'assurances, et deux autres dans le service de M. Villard, à la Croix-Rousse.

Si on examine ces cas, en dernière analyse on voit qu'ils ressortissent à deux mécanismes : le tassement, l'écrasement et l'arrachement.

Les formes anatomo-pathologiques diffèrent dans les deux cas :

Dans le premier, la pastille qui constitue la tête radiale est fracturée, et le petit fragment détaché oblique en avant et en dehors descend sur le col de l'os et s'engrène plus ou moins avec lui, si bien que la cupule radiale est abaissée et oblique en dehors et en bas.

Dans le second, au contraire, le fragment de la cupule est attiré directement en avant et en haut, si bien que la cupule paraît élargie et étalée.

Si on considère les fractures de la tête du radius, compliquant les luxations dans les fractures du cubitus, les deux formes signalées se recontrent.

Ainsi, dans un cas de luxation du coude en arrière directe, où l'humérus était descendu jusqu'au milieu de l'avant-bras, la cupule du radius écrasée s'était enfoncée dans le col, tandis que dans une luxation du coude en arrière et en dedans par torsion, la cupule radiale était étalée.

Dans les fractures du cubitus, au tiers supérieur, on voit surtout le mécanisme de l'arrachement, et ce fait même démontre que les luxations dites secondaires du radius, sont en réalité primitives. Si on en voulait une autre preuve, l'observation de Delorme, présentée à la Société de chirurgie, en serait une complète démonstration.

Ce chirurgien, partant de l'idée erronée, qui veut faire

jouer un rôle à l'angle des fragments du cubitus, commença par suturer le cubitus. Le radius se montra luxé.

Il eut alors l'idée d'attacher le radius par le cou et de le fixer au cubitus; mais la luxation se reproduisit et il accusa la faiblesse des fils. Il se décida enfin à supprimer la tête du radius, ce qui trancha la question. Or, s'il avait d'emblée fait de l'extension forcée en supination en conservant l'avant-bras en arrière et s'il avait ainsi maintenu peu de jours son blessé, il avait de grandes chances en réduisant ainsi toute la luxation de l'avant-bras, projeté en avant par le traumatisme, de remettre la tête du radius sous le condyle, ce qui est la condition essentielle.

Quoi qu'il en soit, la fracture de la tête du radius peut se montrer aussi dans les fractures de l'olécrâne, et la dislocation de l'articulation radio-cubitale supérieure amène aussi des arrachements de la tête du radius.

Si on analyse les cas de fractures isolées de la tête radiale, on voit que la plupart du temps c'est au mécanisme de l'écrasement que l'on peut rapporter les cas, et à part le cas de M. Tixier, où la contraction musculaire provoqua de l'arrachement, j'ai toujours vu les fractures isolées de la tête du radius sans luxation produite par l'écrasement.

Le mécanisme clinique est le suivant et je prends pour exemple ma dernière observation : Un homme travaillait au pont de la Boucle, il tomba du haut d'une poutre en fer sur le pont. Dans sa chute, il porta le bras droit en avant et en dehors, si bien que tout le corps vint porter sur le bras en extension et en demi-pronation. Il se releva, mais son bras qui était pris sous lui refusa tout service. On le mit dans un appareil plâtré dans l'attitude classique et aujourd'hui il a perdu tous les mouvements de pronation et de supination.

L'analyse de cas semblables révèle le mécanisme, il s'agit de flexion latérale du bras sur l'avant-bras. En effet, quand le choc est droit, la cavité sigmoïde qui embrasse l'extrémité inférieure de l'humérus supporte la majeure partie de la force, et comme le cubitus est matelassé à la partie inférieure par des ligaments et que son extrémité ne touche pas

les os du carpe, la force s'amortit ; la plus petite partie passe par la tête du radius, mais les colonnes osseuses qui les constituent sont verticales et résistent, et si la cupule est bien directement sous le condyle, la force se transmet à l'extrémité inférieure qui offre moins de résistance. Il ne faut pas oublier que la cupule est matelassée d'un épais cartilage qui la protège et que sa densité osseuse est plus forte que celle de l'extrémité inférieure. Si l'extrémité inférieure résiste pour des conditions d'attitude et de point d'application de la force peu favorable à la fracture, c'est le condyle qui sautera. Ce fait, est très évident, si on fait une coupe sagittale de l'humérus, on voit que son extrémité inférieure est évidée et réduite à une faible épaisseur, comparée à la tête du radius.

Il faut donc des conditions spéciales pour que la tête radiale cède, et ces conditions sont l'inflexion latérale qui tend à fermer l'angle normal que fait le bras avec l'avant-bras.

Si MM. Latarjet et Gazet avaient expérimenté dans ce sens, je ne doute pas qu'ils aient réussi, car je sais que M. Gallois est arrivé à reproduire deux fois la fracture de la cupule en suivant le mécanisme que j'indique. C'est parce que l'extrémité inférieure de l'humérus bascule sur son axe transversal et que le condyle rencontre la tête du radius oblique dans la demi-pronation que la fracture se produit.

Le point capital, fort important au point de vue pronostic et thérapeutique, qui fait de cette petite fracture une fracture importante, c'est l'impotence fonctionnelle consécutive et on ne saurait trop insister sur les conséquences médico-légales de cette fracture.

La suite presque fatale de la fracture de la tête du radius est la suppression du mouvement de pronation et supination, soit par gêne directe dans l'articulation radio-cubitale supérieure, soit par ankylose secondaire dues aux ostéophytes ou au cal qui enserre le ligament orbiculaire.

Un autre facteur de gravité, c'est la lésion rare du radial qui peut être comprimé ou lésé directement ou par un cal exubérant.

A part quelques réserves pour les cas où la fracture suc-

cède à l'arrachement, on peut dire que la perte des mouvements de pronation et de supination est la règle, si on n'intervient pas de bonne heure.

Le pronostic est donc grave, car cette impotence s'estime aujourd'hui à beaux deniers comptants. Toute la thérapeutique doit donc être dirigée contre cette éventualité.

Quelle que soit la variété de fracture de la tête du radius à laquelle le diagnostic a conduit, il faudra s'efforcer de lutter contre l'impotence fonctionnelle consécutive, et le meilleur moyen est la mobilisation précoce faite sans douleur et sans brusquerie. Il faudra donc recourir à une gouttière amovible et plusieurs fois par jour provoquer des mouvements de pronation et de supination. Malgré le traitement préventif, il arrive souvent, surtout chez les jeunes sujets, que l'impotence s'établit malgré tous les efforts. Dans ces cas, il faudra avoir recours à la résection de la tête du radius. Dans les cas qui accompagnent les luxations, il ne faudra pas se laisser imposer par le traitement de cette dernière et mobiliser de bonne heure. Mais pour instituer cette thérapeutique, il est de toute importance d'être fixé sur le diagnostic.

Cette fracture échappe d'habitude ou est d'un diagnostic tellement difficile que la radiographie s'impose. Ce dernier mode d'exploration permettra de reconnaître non seulement la fracture du radius, mais sa forme et de faire ainsi un pronostic de très bonne heure. Lorsqu'il s'agit de fracture du radius accompagnant le cubitus, le cas devient très difficile, car si d'un côté on ne réduit pas la luxation de l'avant-bras, les mouvements de pronation et de supination persisteront, mais les mouvements de flexion de l'avant-bras sont très limités. Si on réduit, la tête du radius fragmentée gêne les mouvements de pronation et de supination. Dans ces cas, après avoir tenté la réduction par extension et la supination, on verra si les mouvements de pronation et de supination sont abolis, à faire secondairement la résection de la tête du radius. De toute façon, cette résection de la tête radiale amènera une diminution de la fonction, et l'on peut

poser en principe, au point de vue médico-légal, que la fracture de la tête du radius constitue une infirmité permanente dont le degré devra être apprécié pour chaque cas.

M. VALLAS. J'ai traité un certain nombre de ces fractures de la tête radiale, et je ne puis que confirmer la gravité de pronostic admise par M. Destot. Jamais je n'ai eu de guérison intégrale avec récupération de tous les mouvements; presque toujours j'ai dû proposer ou pratiquer plus tard la résection de la tête du radius. Et comme il se produit rapidement après le traumatisme causal des ossifications ligamenteuses et des jetées ostéo-périostiques qui englobent plus ou moins cette tête, le résultat de la résection tardive laisse lui-même à désirer. Pour ces raisons, je serais assez partisan de la résection d'emblée.

M. VINCENT. Chez l'enfant comme chez l'adulte, la fracture de la tête radiale comporte un pronostic grave. Elle est très rare d'ailleurs comme lésion isolée. De même que pour les autres fractures du coude chez l'enfant, qui intéressent surtout l'épiphyse humérale, et parfois aussi l'olécrâne ou l'apophyse coronoïde du cubitus, le traitement doit débiter par l'immobilisation en extension suivant la méthode de Laroynne. Au bout de 8 ou 10 jours, alors que les fragments coaptés sont en voie de consolidation, l'extension est remplacée par la flexion, également sous appareil plâtré. Et on alterne ainsi prudemment la flexion et l'extension, en pratiquant entre temps une mobilisation progressive. Je ne suis en tous cas pas partisan de la mobilisation et du massage immédiats.

M. TIXIER. Dans les cas de fracture de l'extrémité supérieure du radius par arrachement, M. Destot considère la lésion comme grave, et la thérapeutique comme indiquant l'immobilisation prolongée en flexion forcée. Il a parlé à cette occasion d'une observation qui m'appartient. Je me permettrais de la lui rappeler avec quelques détails pour lui montrer que les événements ne se sont pas passés comme il le laisserait supposer.

Un charpentier de 26 ans marchait sur une poutre en se maintenant en équilibre à l'aide du bras droit à une corde pendant perpendiculairement à la poutre. Tout à coup la pièce de bois bascule. L'homme est projeté dans le vide, mais se raccroche énergiquement à la corde par son bras droit. Il tombe à terre debout.

Au moment où tout le poids du corps est brusquement suspendu à son bras droit, il ressent une vive douleur au niveau du coude, et il ne peut plus se servir de cette articulation.

Quand j'examine ce jeune homme, je constate une ecchymose assez étendue sur la partie latérale externe du coude avec un empâtement assez localisé au niveau de la tête du radius. A ce niveau on sent nettement un craquement dans les mouvements de pronation et de supination. Il n'existe rien au niveau du coude.

Je pense donc qu'il s'agit d'une fracture par arrachement de l'extrémité supérieure du radius et une radiographie me confirme ce diagnostic.

En plaçant l'avant-bras dans la demi-flexion et la demi-pronation, je m'aperçois que la réduction, à l'aide du pouce placé sur la tête du radius, est satisfaisante. Je place un appareil plâtré dans cette position, appareil que je laisse au plus dix jours en place. Immédiatement après, je fais du massage, des mouvements légers de flexion et de supination.

Au bout de quelques jours le malade repart chez lui avec un résultat très satisfaisant.

Je l'ai revu depuis, six à huit mois après son accident, il est parfaitement guéri. Seuls les mouvements de pronation et de supination sont un peu gênés.

Donc, contrairement à ce que proposait M. Destot, voici un cas de fracture par arrachement où, sans résection de la tête radiale, sans immobilisation en flexion forcée, j'ai eu un excellent résultat. Ce charpentier a repris son métier qui est pénible, délicat et trop souvent périlleux.

M. DESTOT. Je n'ai pas voulu, dans cette communication, envisager les fractures de la tête radiale chez l'enfant. C'est là une question encore à l'étude et qui demande de nouveaux éléments.

Les conclusions de MM. Broca et Mouchet ne sauraient être acceptées sans contrôle : l'épaisseur considérable des cartilages articulaires de la radio-humérale, et le développement tardif du noyau d'ossification dans la tête radiale exposent à des erreurs d'interprétation et peuvent faire croire à une disjonction de la tête, alors qu'il s'agit seulement d'une disposition normale. Je suis en train d'établir par la radiographie des coudes sains à différents âges chez l'enfant, une série d'étalons qui montreront les variations de distance entre les noyaux osseux radial et condylien huméral.

Depuis un an, j'ai recherché parmi toutes les radiographies faites à la Charité dans les services d'enfants de MM. Nové-Josserand et Bérard, des fractures de la tête du radius ; je ne crois en avoir rencontré qu'une.

En ce qui concerne les fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus, je ne crois pas que la simple immobilisation en extension suffise pour en obtenir la réduction. Souvent, semble-t-il, le fragment supérieur de l'humérus embroche les parties molles du bras, et, du moins chez l'adulte, il peut être nécessaire, comme il nous est arrivé dans un cas de M. Vallas, de joindre à l'extension une très vigoureuse pression directe sur les fragments pour les amener au contact l'un de l'autre.

Quant à M. Tixier, s'il a obtenu un aussi beau résultat par la flexion en position moyenne, c'est qu'il s'agissait dans son cas non d'une fracture oblique de la tête radiale, lésion la plus fréquente, mais d'une fracture au-dessous du col.

Séance du 19 Novembre 1903.

Présidence de M. HORAND.

—◆—

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

Adopté.

*
* *

FRACTURE DE L'EXTRÉMITÉ SUPÉRIEURE DU RADIUS.

M. DESTOT. — M. Destot présente : 1° toute une série de radiographies correspondant aux différents types de fractures de la tête du radius qui ont fait l'objet de sa dernière communication ;

2° Une fracture du calcanéum par arrachement du type de Boyer. Ces fractures sont relativement rares, puisque sur plusieurs centaines de fractures du calcanéum, M. Destot ne les a rencontrées que trois fois. Mais ce qui distingue le cas présenté, c'est qu'il s'agit d'une fracture par arrachement, qui s'est compliquée d'une luxation du pied en avant et en dehors.

Le trait de fracture horizontal se poursuit jusqu'au milieu de l'articulation sous-astragaliennne, ce qui a permis la luxation du pied et ce qui constitue la gravité du cas.

Il s'agit d'un homme qui lui fut adressé par le Dr Lhoste, de Beaujeu. Cet homme fut précipité de sa voiture et tomba le pied étant en extension. Les médecins appelés au moment de l'accident constatèrent une luxation du pied en dehors et en

avant et réduisirent comme ils le purent. Aujourd'hui, deux mois et demi après l'accident, on constate que le talon présente une double saillie séparée par une encoche profonde. Il existe de l'épaississement de l'os que l'on sent jusque sous les malléoles. Il existe de l'arthrite tibio-tarsienne, des douleurs, et enfin toutes les gaines des péroniers et du tendon d'Achille sont empâtées et rénitentes. Le malade marche difficilement, l'appui du pied sur le sol est douloureux. Tous ces symptômes rendent le pronostic grave.

D'ordinaire la fracture de Boyer est d'un pronostic bénin, soit que l'on rapproche les fragments en mettant le pied en extension forcée, soit qu'on les fixe par la suture osseuse, la guérison est facile à obtenir.

Dans le cas présenté, le trait qui a séparé en deux parties, supérieure et inférieure, le calcanéum est venu disjoindre l'articulation sous-astragaliennne et a modifié d'une façon grave la statique du pied.

*
* *

GANGRÈNE DES FIBROMES UTÉRINS NON PÉDICULÉS.

M. Auguste POLLOSSON. — M. Pollosson présente les pièces de deux hystérectomies pratiquées dans des cas de fibromes compliqués de gangrène et rapporte l'histoire clinique de ces malades. Dans les deux cas il s'agit de fibromes volumineux faisant saillie dans la cavité utérine, mais non pédiculés.

M. Pollosson insiste d'abord sur un certain nombre de signes cliniques qui peuvent faire porter le pronostic de fibromes gangrénés. Ces signes sont au nombre de quatre :

- 1° L'élévation de la température, qui atteint 39°, 5 ou 40° ;
- 2° L'apparition de douleurs aiguës survenues brusquement, ressemblant à des douleurs d'accouchement, survenant par crises qui peuvent durer plusieurs heures, cesser, puis reparaitre. Ces douleurs sont dues à l'augmentation de vo-

lume que le fibrome subit par le fait de la gangrène et aussi à des contractions expulsives;

3° L'apparition de pertes noirâtres, fétides, associées parfois à l'expulsion de petits débris sphacelés;

4° L'augmentation brusque du volume des fibromes, dans le cas où on a pu constater leur volume primitif avant la gangrène.

La gangrène des fibromes est une complication des plus graves. Elle a été le sujet d'une thèse remarquable du D^r Louis Bisch, en 1901. On peut constater, d'après les observations rapportées dans ce travail, l'effrayante mortalité due à l'évolution gangréneuse des fibromes.

M. Auguste Pollosson étudie les cas qui ont été traités par hystérectomie abdominale. Il montre que les cas rapportés dans la thèse de Bisch comportent une mortalité de 60 à 70 %. Cette mortalité semble due à la septicité très grande des sécrétions utérines et à l'infection du péritoine insuffisamment protégé.

Dans les deux cas opérés par M. Pollosson, la guérison a été obtenue, grâce à une technique particulière. Dès que la paroi abdominale est ouverte, l'utérus est attiré fortement en dehors; une broche est placée au raz de l'ouverture abdominale et une ligature élastique est posée au-dessous de la broche. On pratique alors la suture du péritoine. Puis des plans musculo-aponévrotiques, puis de la peau. Quand l'abdomen est ainsi complètement refermé, l'utérus est sectionné au thermo-cautère, hors de l'abdomen. Il est facile de protéger la suture contre les sécrétions contenues dans la cavité utérine et le péritoine ne risque pas d'être souillé. C'est donc une méthode d'hystérectomie avec pédicule externe, à laquelle on ajoute la précaution de ne sectionner l'utérus qu'après la fermeture complète de la paroi abdominale.

Le pédicule conservé est le plus souvent volumineux; il se trouve infecté par la portion de cavité utérine qu'il contient; aussi est-il nécessaire de l'extirper secondairement. M. Auguste Pollosson procède par une méthode qu'il avait

préconisée il y a dix ans et à laquelle il avait donné le nom d'extirpation secondaire précoce du pédicule.

Sept ou huit jours après l'opération primitive, le moignon utérin est attaqué avec des pinces et des ciseaux et extirpé par morcellement. On enlève d'abord la portion située hors de la broche et du lien de caoutchouc; puis, quand la ligature élastique est enlevée, le moignon sous-jacent est extirpé par morceaux jusqu'au col. Cette extirpation est faite sans anesthésie; la portion excisée est mortifiée et ne saigne pas. S'il survient une petite hémorragie, on interrompt le travail d'extirpation qui est complété un jour ou deux plus tard. Le plus souvent l'extirpation totale est possible en une seule séance. Quand le moignon utérin est ainsi extirpé, on établit un drainage abdomino-vaginal, le drain passant par l'orifice externe du col encore représenté par un petit bourrelet.

Ce drainage est maintenu dix à quinze jours puis supprimé. La cicatrisation complète est obtenue dans une période de vingt à vingt-cinq jours, à partir du jour de l'opération.

M. Pollosson pense que l'on peut employer plusieurs procédés pour empêcher la contamination du péritoine par des sécrétions utérines septiques pendant l'hystérectomie abdominale; mais la méthode qu'il a suivie, bien que peu brillante, lui paraît être celle qui donne le maximum de sécurité.

M. BÉRARD. L'hystérectomie abdominale à pédicule externe, avec l'évidement secondaire du moignon, telle que la préconise M. A. Pollosson, ne peut malheureusement convenir qu'à la catégorie des fibromes gangrénés encore inclus en totalité dans la cavité utérine.

D'ordinaire, au contraire ces tumeurs, même quand elles sont implantées au fond de l'utérus, ont déjà commencé leur migration vers le vagin et partiellement franchi le col, au moment où le sphacèle les atteint. C'est pour cette raison que la plupart des opérateurs ont cherché à les enlever alors par myomectomie ou par hystérectomie vaginale. Dans ces conditions et par cette voie, la statistique est un peu moins sombre que ne l'indique la thèse de Bisch, bien que la mortalité dépasse encore 50 %, ainsi qu'on le trouve dans la thèse de Gruyotat (Lyon, 1899).

Personnellement, j'ai eu à intervenir deux fois, à la Charité, pour des fibromes sous-muqueux du corps, à large pédicule, saillants dans le va-

gin, et en voie de sphacèle, Chez ces deux malades les douleurs atroces, continues, à caractère déchirant et expulsif, avaient l'intensité toute spéciale qu'indique M. Pollosson : l'une de ces femmes avait fait un trajet de deux heures en voiture, en hurlant, et dans la position gène-pectorale, la seule qui lui fût favorable. J'ai pratiqué le morcellement par le vagin du fibrome qui dépassait dans les deux cas le volume du poing. La première des malades est morte, par continuation de la septicémie; la seconde a guéri sans autre complications. Dans les deux cas, le drainage de l'utérus avait été assuré par un tamponnement à travers le col largement béant.

M. GOULLIoud. A première vue, la mortalité que nous signale M. Pollosson dans les cas de gangrène aiguë des fibromes paraît exagérée. Pour mon compte, j'ai vu, soit chez M. Laroyenne, soit dans mon service, de nombreuses malades sauvées par l'intervention.

La conduite de M. Laroyenne était celle-ci : intervention par la voie vaginale, morcellement, antiseptie puissante à l'aide d'injections avec une solution de chlorure de zinc, tamponnement. Jamais d'hystérectomie vaginale.

Le procédé que nous recommande M. Pollosson semble indiqué surtout quand il s'agit de fibromes du fond de l'utérus. Dans ce cas on peut pratiquer l'hystérectomie totale par voie abdominale en se mettant à l'abri de toute contagion du péritoine par les produits septiques vaginaux. Il suffit, comme je le fais habituellement, de sectionner le vagin entre deux pinces spéciales placées transversalement sur le vagin. On pratique ensuite une cautérisation profonde au fer rouge de la tranche vaginale.

M. POLLOSSON. J'ai parlé uniquement des fibromes du *fond de l'utérus* présentant des phénomènes de gangrène septique aiguë.

Il est bien certain que les fibromes pédiculés s'accumulent dans le vagin. Par le morcellement on peut avoir une ablation rapide et donnant d'excellents résultats. Mais quand ces fibromes sont sessiles le morcellement laisse une large surface infectée qui est le point de départ de nouveaux phénomènes de septicémie.

M. GOULLIoud a-t-il eu beaucoup de cas de fibromes du fond de l'utérus atteints de gangrène et opérés par la voie abdominale ?

M. GOULLIoud. Je ne me rappelle pas en effet de cas semblables. Et je suis d'avis que le procédé que M. Pollosson nous préconise doit être indiqué dans de telles circonstances.

CHOLÉCYSTITE CALCULEUSE OUVERTE SPONTANÉMENT DANS
L'ESTOMAC ET A LA PAROI ABDOMINALE; INTERVENTION;
GUÉRISON.

M. BÉRARD. — La fistulisation spontanée de la vésicule serait un fait trop banal pour mériter de vous être présenté, si les voies anormales de la migration des calculs n'avaient été, dans le cas présent, multiples, et à ce titre, exceptionnelles.

L'ouverture à la peau est, de toutes, la plus fréquente; déjà en 1876, Charcot (1) rapportait une statistique de Murchison où, sur 109 cas de fistulisation, 70 concernaient l'issue de calculs par la paroi abdominale. A côté de 28 fistules duodénales et de 7 fistules coliques, il y en avait 4 seulement de gastriques. Depuis cette époque, la chirurgie des voies biliaires a été créée; les cas se sont multipliés, mais la proportion des divers organes fistulisés spontanément n'a pu être modifiée, les conditions anatomiques restant les mêmes. Cette année, Snésely a fait dans le *Journal of the american medical Association* (10 avril 1903) une revue très complète des fistules cholécystogastriques en particulier; nous n'avons pu consulter l'article original; mais l'auteur considère encore ces fistules comme peu fréquentes, alors même qu'on y fait rentrer des cas tels que celui de Oglé (St-Gorges Hospital Reports), où la fistule était d'origine gastrique et non vésiculaire, par perforation d'un ulcère de l'estomac.

Voici notre observation personnelle : M^{me} X...., 57 ans, avait souffert il y a dix, à plusieurs reprises, de coliques hépatiques avec léger ictère. Depuis cette époque elle n'avait plus eu d'accès franc; mais elle avait gardé de la pesanteur au côté droit, sans ictère, des digestions lentes et pénibles, de temps à autres des douleurs dans l'épaule droite, bref, le syndrome de la « fausse colique vésiculaire ».

Il y a deux ans, apparut sous les fausses côtes droites, une

(1) Charcot, in *Progrès médical*, 1876.

masse indurée, faisant corps avec le foie, très sensible à la palpation, douloureuse à la pression. Le fils de la malade, qui est médecin, ayant remarqué que sa mère maigrissait beaucoup, perdait l'appétit, demanda l'avis d'un de nos maîtres en pathologie des voies digestives; ce dernier porta le diagnostic de cholécystite calculeuse, peut-être avec dégénérescence néoplasique, et de ce chef ne sembla pas partisan d'une intervention chirurgicale. Par la suite, le volume de la masse sembla stationnaire; le foie ne grossissait pas, l'appétit augmentait plutôt, sans dégoût pour les viandes; l'amaigrissement cependant s'accroissait.

Vers le mois de mai 1902, la peau de l'abdomen au niveau de la grosseur rougit, s'ulcéra; un calcul de la grosseur d'une châtaigne, constitué de sels biliaires et de cholestérine, fut éliminé par là au bout de quelques jours, les phénomènes avaient évolué sans retentissement fâcheux sur l'état général. Mais il subsista un suintement purulent, un état d'irritation des téguments, des douleurs, de l'anorexie, qui affaiblirent peu à peu la malade, et la firent beaucoup maigrir.

Pour désinfecter ce foyer, on tenta d'injecter par un des quatre orifices de la fistule pariétale, de l'eau boriquée tiède; au premier lavage, des nausées immédiates survinrent, puis des vomissements de matières alimentaires mêlées à l'eau du lavage. Chaque tentative eut le même effet; la malade disait elle-même qu'elle sentait le liquide injecté passer de suite dans l'estomac; elle rendait aussitôt, *sans mélange de bile*.

C'est dans ces conditions que j'eus à examiner la malade. Elle était très émaciée, faible, mais sans ictère, sans ascite, sans teinte cachectique ni œdème des jambes; l'alimentation était restreinte, sans anorexie élective; les digestions lentes, s'effectuaient sans troubles graves. Les selles n'étaient pas décolorées. Il n'y avait ni sucre, ni albumine, ni pigments biliaires dans les urines qui contenaient 25 gr. d'urée par jour. Localement, la masse vésiculaire, adhérente à la paroi, semblait assez limitée; elle communiquait avec l'extérieur

par plusieurs petits pertuis donnant issue à un liquide franchement purulent, sans bords indurés; le stylet explorateur, introduit par un de ces orifices, arrivait à quelques centimètres de profondeur au contact de calculs fixes. Le foie ne paraissait pas gros, bien que la succussion, pratiquée la main à plat sous les lombes, donnât un ballottement qui paraissait mobiliser ensemble tous les organes profonds, rein, foie, côlon.

Tous ces signes me firent pencher pour la cholécystite culculeuse simple, sans dégénérescence néoplasique et conseiller une intervention.

La constatation faite des deux fistules, l'une cutanée, l'autre probablement gastrique, me détournèrent d'entrer délibérément dans le grand péritoine; je préfèrai d'abord évacuer, par la fistule pariétale, si c'était possible, les calculs.

Le 7 mai, l'opération fut pratiquée. Je réséquai d'abord assez largement les téguments et les parties molles, en cheminant très prudemment pour ne pas tomber dans le péritoine. L'ouverture de la vésicule ainsi séparée, je l'agrandis en réséquant les bords muqueux, de façon à pouvoir introduire facilement une pince forte dans la cavité; un premier gros calcul fut broyé sans peine; puis quatre autres, encore volumineux, extirpés presque entiers. Immédiatement un peu de liquide filant, non teinté, fit issue au dehors.

Le cathétérisme des voies biliaires avec une sonde de Nélaton me montra la liberté du cystique et des voies inférieures, en même temps, une autre sonde en gomme, poussée doucement dans la direction de l'estomac, s'engagea dans un autre orifice profond, plus latéral et ramena le liquide clair, filant, déjà constaté au moment de l'extirpation des calculs.

Comme le cholédoque semblait perméable, que d'autre part il n'y avait eu aucun signe de sténose pylorique malgré les adhérences avec l'estomac, je résolus de m'en tenir là, et d'attendre l'oblitération spontanée des fistules cutanée et gastrique. La cavité de la vésicule fut tamponnée à la gaze.

Le soir, la température s'éleva à 39°,3, pour s'abaisser deux jours après à 37°,8, sans réaction péritonéale. Le troisième jour, l'ablation de la mèche donna issue à une certaine quantité de liquide teinté en jaune, mais d'odeur aigre et mêlé de grumeaux de lait. Un drain ayant remplacé la mèche, il s'établit de suite un écoulement abondant du même liquide, avec prédominance de suc gastrique et de substances alimentaires (vin, lait, semoule, vermicelle) et avec très peu de bile.

Pendant dix jours, le contenu de l'estomac fut ainsi partiellement évacué; puis l'écoulement diminua peu à peu, la plaie cutanée était presque cicatrisée au bout de trois semaines, vers le milieu de juin, la malade était complètement guérie; elle l'est restée depuis cette époque.

Sans doute il s'agit là d'un fait exceptionnellement heureux. Car il est rare, avec de si gros calculs dans la vésicule, qu'il n'y en ait pas dans le cystique et dans le cholédoque. Peut être la communication avec l'estomac a-t-elle facilité l'évacuation par l'intestin des sécrétions vésiculaires.

En tous cas, cette observation montre une fois de plus la curabilité spontanée des fistules cutanées ou gastriques de la vésicule quand les voies naturelles sont redevenues libres.

*
* *

BLÉPHAROPLASTIE POUR ECTROPION
AVEC LAMBEAUX CICATRICIELS.

M. TAVERNIER.— J'ai l'honneur de vous présenter, au nom de M. ROLLET, un malade auquel il a fait une blépharoplastie pour ectropion, avec deux lambeaux pris en plein tissu cicatriciel.

B... (Félicien), âgé de 23 ans, de Saint-Michel-de-Maurienne, sans antécédents héréditaires intéressants, épileptique depuis l'âge de 16 ans. Deux à trois crises typiques par mois.

Il y a trois ans, au cours d'une crise, il tomba dans le foyer et y resta jusqu'à son réveil, personne ne se trouvant dans la salle. Il avait une vaste brûlure occupant toute la moitié droite de la face, tous les cheveux étaient brûlés.

Il fut soigné à l'hôpital de Saint-Jean-de Maurienne, il fut pansé à la vaseline, et au bout d'un mois avant cicatrisation complète il subit pour un ectropion débutant une opération sur laquelle nous n'avons aucun renseignement, mais sans succès, car il quittait l'hôpital deux mois après avec un énorme ectropion des deux paupières.

C'est pour cette infirmité qu'il est entré dans le service de M. Rollet, qui lui fit, il y a quatorze jours, une autoplastie par la méthode indienne avec un lambeau à pédicule inférieur pris dans la région temporo-frontale pour la paupière supérieure et une autre pour la paupière inférieure pris sur le front au-dessus du nez avec pédicule inférieur. Ces deux lambeaux étaient composés uniquement de tissu absolument cicatriciel, sans souplesse, à surface lisse et blanche, tellement durs que pendant la suture l'aiguille de Reverdin se brisa. Malgré cela, réunion par première intention, cicatrisation rapide.

Ce résultat nous a paru assez remarquable, étant donnée la mauvaise qualité des tissus qui semblait indiquer d'après les données classiques une autoplastie par greffe ou par la méthode italienne, procédé plus long, beaucoup plus pénible pour le malade, et d'un résultat parfois aléatoire.

M. ROLLET. Je vous ai présenté ce malade parce qu'il est exceptionnel d'avoir de bons résultats dans les cas d'autoplastie exécutée avec des lambeaux cicatriciels. Je l'ai tentée et avec succès sur ce sujet, parce que toutes les greffes que l'on emploie ordinairement pour faire des paupières ne donnent pas de résultat. Les lambeaux que j'ai empruntés au front et à la joue étaient cependant adhérents et tout entiers cicatriciels.

M. GAYET. Le résultat est vraiment surprenant, car des lambeaux si sclérosés, si fixes, si adhérents ne satisfont pas ordinairement le chirurgien.

M. DURAND. J'ai eu l'occasion de me servir souvent des greffes dermo-épidermiques d'Ollier, et toujours avec succès. Quand on les fait minces, ne comprenant que la peau et non le panicule, elles ne se sphacèlent pas.

M. ROLLET. Je n'ai jamais eu que des insuccès dans les cas de blépha-roplastie exécutée avec des greffes dermo-épidermiques.

*
* *

SUR LA CHOLÉCYSTECTOMIE SOUS-SÉREUSE.

M. Eug. VINCENT. — Dans la dernière séance, j'ai rappelé, à l'occasion de la communication de M. Villard, le cas de cholécystostomie à fixation première et à incision dernière que je pratiquai sur une fille de huit ans, à la Charité, et que j'ai publiée dans la *Revue de chirurgie* de 1888. J'ai exprimé le regret de n'avoir pas eu alors l'idée de recourir à la décortication sous-séreuse, au moins partielle, de la vésicule biliaire, en s'inspirant du procédé d'Ollier pour la décortication sous-capsulaire du rein, néphrectomie sous-capsulaire. J'ai émis l'idée d'appliquer la cholécystectomie sous-séreuse, dont M. Villard nous a apporté un si beau cas, aux vésicules biliaires devenues énormes, par suite d'une longue rétention, jusqu'à faire penser à un kyste de l'ovaire comme chez ma petite malade. Dans ces cholécystomégalies, les parois de la vésicule s'épaississent beaucoup et deviennent incapables de se rétracter ni de se contracter, tout comme les vessies des vieux prostatiques, d'où l'inévitable persistance de fistules biliaires ou de sécrétions muqueuses après la cholécystostomie simple. J'ai dit aussi que pour les vésicules biliaires à contenu plus ou moins puriforme, je ne serais pas éloigné d'adopter aussi la cholécystectomie sous-séreuse totale ou partielle. Ces propositions lancées dans l'improvisation d'une discussion ont soulevé des réflexions fort justes auxquelles je n'ai pu répondre à cause de l'heure avancée de la séance.

On objecte que si la vésicule biliaire est devenue trop grosse à la suite d'une longue rétention, que si son contenu est devenu purulent et septique, sa couche séreuse sera soudée à sa tunique moyenne; et enfin que, si des phénomènes

septiques plus ou moins aigus en sont le siège, il y aura en plus des adhérences entre la séreuse de la vésicule et les viscères circonvoisins, d'où les difficultés, d'où les dangers d'une décortication sous-séreuse.

On ne peut nier ni ces difficultés, ni ces dangers résultant soit des adhérences péritonéales, soit de la friabilité des tissus altérés et enflammés, soit de la septicité des liquides qui peuvent tomber dans la grande cavité péritonéale. Il faut penser à tous ces *aléas* et y penser très sérieusement avant d'opérer. Mais on doit agir, car il n'est pas impossible, en y pensant, de réséquer, d'essayer de réséquer, tout ou partie de la vésicule par le procédé d'exérèse extra-péritonéale.

Il faut distinguer les cas et les circonstances.

1° Est-on en présence d'un empyème aigu ou subaigu de la vésicule ? il est manifeste qu'on ne doit pas songer à décortiquer. Il faut d'abord suturer, fixer la vésicule à la paroi abdominale, pour inciser et drainer, comme s'il s'agissait d'un abcès chaud. Plus tard, on fera une décortication secondaire, s'il y a lieu, pour mettre fin à la fistule persistante. On se comportera comme pour les cas à allure chronique et froide, dont nous allons parler.

2° S'agit-il de phénomènes chroniques, d'un état de rétention chronique avec grand développement de la vésicule, avec altération de son contenu, qui est à la fois de la bile, du mucus, des exsudats puriformes ? On se trouve alors dans les conditions d'une appendicectomie à froid, d'une extirpation de vessie à froid, d'une décortication sous-séreuse pour kyste inclus dans le ligament large. On admet bien que l'extirpation sous-séreuse est exécutable ou tout au moins recevable, dans ces cas. Pourquoi ne pas la tenter sur la vésicule biliaire ? Lorsqu'on aura trouvé un plan de clivage en disséquant les lèvres de la bouche biliaire, on décollera le péritoine avec les doigts et uniquement avec les doigts disponibles ; on sera parfois plus heureux qu'on ne l'espérait dans ce travail de dissociation délicate. On aura plus de peine que pour l'ablation sous-capsulaire du rein évidemment. La tunique péritonéale de la vésicule n'est pas comparable à la capsule du

rein, et d'autre part cette tunique peut adhérer plus que la capsule n'adhère au parenchyme rénal; elle peut se fusionner avec la musculuse, comme cela a lieu pour les vieilles vessies hypertrophiées. On doit alors manœuvrer lentement, en clivant avec les doigts ou avec des ciseaux mousses, dans l'épaisseur de la tunique moyenne et en ayant toujours sous la main une pince prête à saisir et à fermer les trous du manteau séreux. Si on le déchire, on coudra à mesure les déchirures au-dessous de la prise de la pince. En admettant qu'on ne parvienne pas à extirper ainsi toute la vésicule, j'estime qu'on aura fait œuvre utile en abrégeant le temps du retrait et la durée de la fistulisation et ce, dans la proportion de la résection accomplie. Il est à prévoir qu'on aura, en général, plus de difficulté au niveau de la paroi postérieure à cause de la gêne qu'on peut avoir à manœuvrer sur un champ opératoire profond, si la tumeur ne peut être attirée en masse au dehors. Mieux vaudrait abandonner cette paroi à elle-même que de s'exposer à la déchirer largement, sans pouvoir parer immédiatement au danger d'écoulement de liquides infectieux dans le péritoine. A quelque degré qu'on ait conduit la décortication, j'estime qu'il est indispensable de terminer en confectionnant avec la séreuse, tantôt un canal déversant les liquides biliaires ou exsudatifs, par une portion de l'incision cutanée disposée en bouche biliaire, tantôt un cordonnet capitonné ou lié, qui servira à soutenir la ligature posée sur le pédicule ou sur le canal cystique. Si les parties restantes de la vésicule doivent entraîner un écoulement prolongé, on les canalisera soigneusement jusqu'à la bouche cutanée, dans laquelle on mettra un drain. Quelle importance faut-il accorder à l'objection des adhérences de la vésicule aux organes voisins? Tout simplement celle de leur étendue et de leur solidité.

En parlant tout à l'heure de la décortication sous-séreuse ou intra-musculaire, je me plaçais dans l'hypothèse d'adhérences s'opposant à la mise au dehors de la vésicule, cette extraction en masse facilite toutes les manœuvres. Je crois qu'il ne faut renoncer à la tentative d'extraire, au travers de

l'incision de laparotomie, la masse de la vésicule qu'après avoir reconnu, à la faveur d'une large incision, que les adhérences ne peuvent être ni décollées, ni rompues ni sectionnées sans témérité périlleuse. Dans ce cas, on diminuera le plus possible la vésicule et l'on marsupialisera.

Si le volume seul de la tumeur rendait l'extraction en totalité dangereuse, à cause de la grandeur de l'incision du cutané à faire, on pourrait ponctionner et extraire comme on procède pour les kystes de l'ovaire.

Je suppose que l'on a réussi à mettre la vésicule sur la peau de l'abdomen, à l'extraire en totalité ou presque totalité : que faire ? Tout d'abord, placer au-dessous d'elles des compresses aseptiques qui l'isolent de la grande cavité péritonéale et empêcheront tout liquide d'y pénétrer. Cette précaution prise, la conduite variera suivant le degré d'adhésion de la séreuse à la musculaire.

a) *Adhérence faible.* On commence par inciser la tunique sur une certaine étendue et on la détache avec les doigts et les ciseaux fermés. Si l'on a pu la dissocier jusqu'au pédicule de la tumeur, on placera une ligature en masse sur ce pédicule et l'on sectionnera au-dessous. On pourrait enlever ainsi la vésicule sans l'avoir ouverte ; mais cela ne se conçoit que pour une vésicule peu considérable. Avant d'enlever, il faut être bien sûr que la suppression radicale du réservoir biliaire n'est pas contre-indiquée par l'imperméabilité du cholédoque. La décortication séreuse a été facilitée par la non ouverture de la vésicule, je le suppose, mais cette dissection faite, il faut inciser et explorer ; pour faire une opération trop brillante, on perdrait l'avantage d'une exploration nécessaire de la perméabilité des canaux vecteurs de la bile. On fendra donc la musculuse et la muqueuse, on videra la tumeur pour explorer les canaux, les désobstruer en retirant ou refoulant les calculs avant de lier son pédicule et de l'extirper ; car si le cholédoque était oblitéré momentanément ou définitivement, il faudrait conserver une partie du réservoir et le fixer à la peau. D'une manière générale, il est donc plus sage d'inciser et d'explorer avant de disséquer la séreuse. La notion de per-

méabilité étant acquise, on saura mieux ce que l'on aura à faire. Si l'ablation totale est possible (cholédoque perméable) on dissociera la séreuse jusqu'au pédicule, on extirpera la vésicule et l'on entourera ce pédicule et sa ligature d'une collerette séreuse qui sera conservée à l'état de canal virtuel ou de cordonnet jusqu'à l'incision de la peau, où l'on ménagera, par le placement d'un ou deux tubes à drainage debout, une porte de sortie pour les exsudats. Cette soupape de sûreté est utile. Les fils de la ligature du pédicule et de la suture de la collerette peuvent lâcher ou se résorber mal. Si le cholédoque est imperméable, la dissociation sous-séreuse n'est pas à poursuivre au delà du point qui devra être fixé à la peau pour former une bouche biliaire; on amènera, après le retranchement de la vésicule, une étendue de séreuse suffisante entre les lèvres de l'incision cutanée pour assurer l'étanchéité des bords après la fixation à la paroi abdominale.

b) Dans l'hypothèse d'une *adhérence très étroite* de la tunique séreuse à la tunique musculuse, il ne semble pas qu'on puisse mieux agir qu'en incisant la vésicule sur toute son étendue, pour la vider et vérifier la perméabilité du cholédoque. S'il est imperméable, s'il ne peut être imperméabilisé, on fera une bouche biliaire sur le flanc de la vésicule sans en rien retrancher, ou sur le fond de la vésicule si elle est de grandeur moyenne, ou après en avoir retranché le plus possible si elle est volumineuse. Si le cholédoque est reconnu ouvert, ou si le chirurgien l'a débouché, en enlevant les calculs, ou si, par la coloration des selles et les symptômes présentés par le malade, il est rationnel d'admettre que le cholédoque est perméable au-dessous d'un canal cystique oblitéré, on procède à l'extirpation totale, sans dissection, on isole, on lie le canal cystique avec de la soie ou du catgut. On place une pince à forcipressure, un peu plus bas que la ligature et, après avoir sectionné entre les deux, on donnera un coup de thermo-cautère sur le moignon. Si je pratiquais ainsi une cholécystectomie, je ferais tous mes efforts pour ménager une petite collerette séreuse

ou séro-musculaire autour du moignon, afin de l'encapuchonner comme je le fais pour les pédicules ovariens; j'aurais, en outre, la précaution de placer un drainage dans l'incision abdominale en la fermant. La ligature peut céder, il vaut donc mieux prévoir cet accident et se prémunir contre ses suites.

Je ne me fais pas d'illusions sur les difficultés de l'isolement de la vésicule qui est parfois solidement collée contre la face inférieure du foie par son mésocyste, qui a contracté parfois des adhérences irréductibles avec l'épiploon, l'intestin, le foie, l'estomac.

Il n'y a pas alors d'autre parti à prendre que celui de se limiter à une simple et prudente cholécystostomie, ou à une cholécystectomie partielle avec fixation de la portion restante de la vésicule à la paroi abdominale.

L'extirpation de la vésicule biliaire par décortication sous-séreuse ou résection extra-péritonéale, qui a été proposée ou préconisée par Doyen en 1899 et dont M. Villard nous a apporté un cas si heureux, me paraît, en somme, un *idéal* trop rarement accessible dans la pratique, je l'accorde, mais dont nous devons essayer de nous rapprocher, en étant moins timide que je ne le fus en 1888, lorsque j'eus à intervenir pour une énorme (volume d'une grosse carafe) vésicule biliaire chez un enfant, dont le canal cystique s'était oblitéré par un mécanisme que je n'ai pu déterminer.

La chirurgie hépatique croyait être fort audacieuse, il y a vingt ans, en attaquant les vésicules biliaires comme les kystes hydatiques à la façon de Récamier. L'asepsie et les perfectionnements de la technique permettent de faire mieux, d'oser davantage aujourd'hui. L'ablation directe des kystes hydatiques et la cholécystectomie extra-péritonéale sont des progrès dont on doit s'inspirer, en demeurant, cela va de soi, dans les bornes de la prudence et de la sagesse clinique. La témérité d'aujourd'hui peut être la sagesse de demain. On taxe parfois de témérité simplement ce qui heurte une conception habituelle, et l'on qualifie de sagesse ce qui est de l'inerte sérénité dans l'incurie et l'imprévoyance. Il est possible de

marcher en avant sans témérité; cette marche en avant, sous l'égide de la réflexion, constitue le véritable progrès. On est dans cette voie progressive vraie, lorsque, pouvant la pratiquer, on pratique l'extirpation extra-péritonéale de la vésicule biliaire, cette méthode procurant une cure radicale, rapide et l'on peut dire avec moins de dangers, car la tunique séreuse constitue une barrière préservatrice pendant et après l'opération.

Séance du 26 Novembre 1903.

Présidence de M. HORAND.

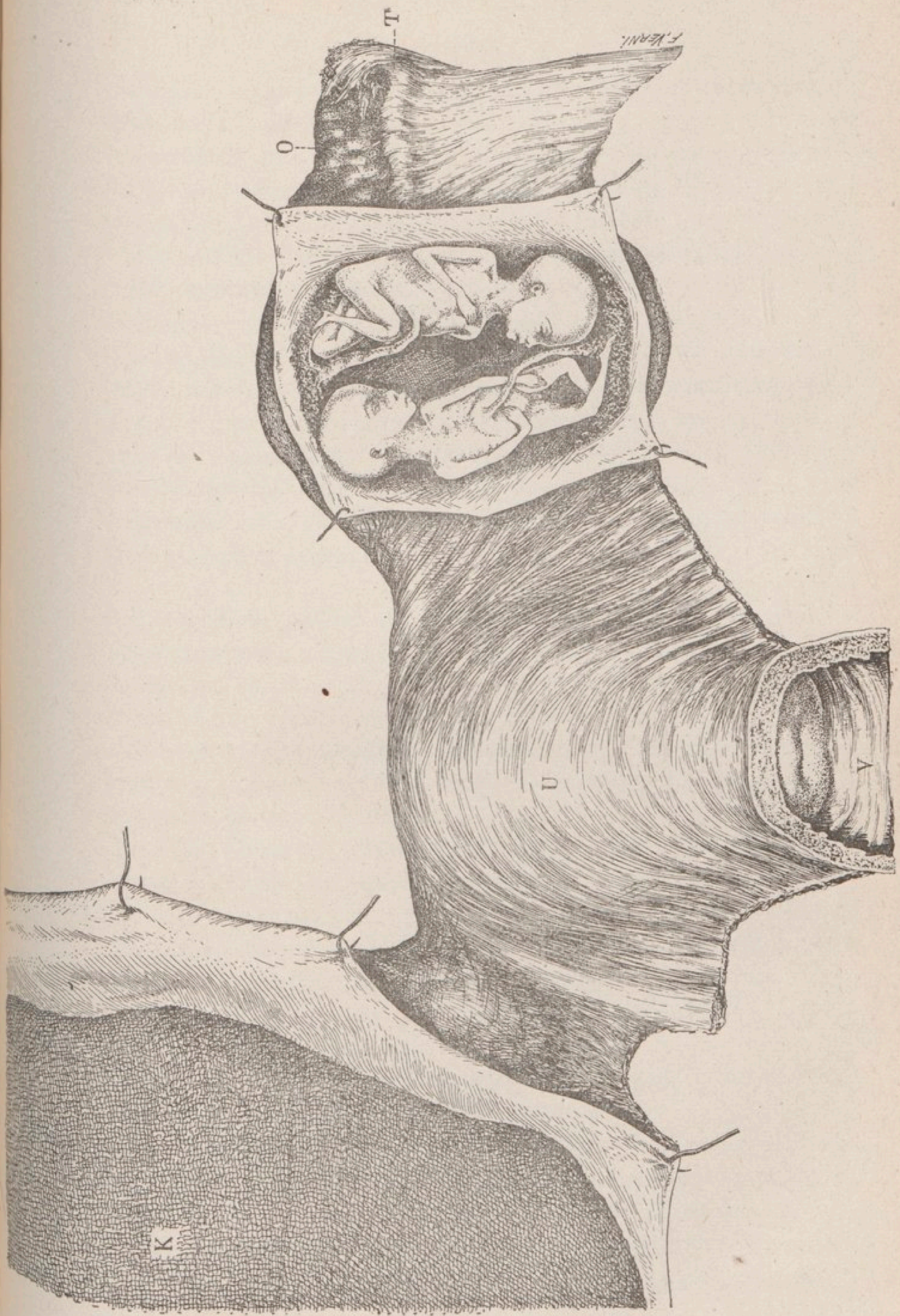
M. TIXIER, secrétaire, lit le procès-verbal de la précédente séance.
(Adopté.)

* *
*

GROSSESSES ECTOPIQUES.

M. ALBERTIN. — J'ai à vous présenter deux pièces ayant trait à des grossesses ectopiques pour lesquelles je suis intervenu.

Dans ma première observation, il s'agissait d'une femme de 28 ans, entrée dans mon service à la Charité, le 14 septembre et sortie guérie le 4 octobre 1903. Cette malade présentait un volumineux kyste de l'ovaire, pour lequel elle réclamait une intervention. Elle eut un enfant à vingt-quatre ans et une fausse couche de six mois dans les trois premières années de son mariage. En octobre 1902, elle nota une *suppression de règles* pendant deux mois et se crut enceinte. Après deux mois d'interruption, les règles réapparurent et la menstruation se fit normalement. Mais le ventre continua à grossir progressivement. Je diagnostiquai un kyste de l'ovaire pour lequel je fis une laparotomie, le 17 septembre 1903. Après avoir pratiqué l'ablation du kyste de l'ovaire droit, je constatai au voisinage de la corne utérine gauche, très rapprochée de l'utérus, plus que cela ne l'est indiqué sur la *figure* ci-jointe, une tumeur du volume



du poing, sur la nature de laquelle je n'osai me prononcer, mais dont je décidai l'ablation.

En l'enlevant, je fus obligé d'entamer l'utérus, et pour éviter de laisser une surface utérine cruentée dépourvue de péritoine, je fis l'ablation subtotale de l'utérus.

La malade quittait le service complètement rétablie, dix-sept jours après l'intervention.

L'ouverture de la tumeur contenue dans l'insertion de la trompe gauche, sur l'utérus, me montra, comme vous pouvez le voir sur la pièce, une grossesse gémellaire interrompue après la fin du deuxième mois. La paroi de la trompe avait subi un épaissement notable et l'ensemble de la tumeur constituait une masse dure sans liquide intérieur.

Je note que cette grossesse ectopique a probablement coïncidé avec la suppression des règles en octobre 1902.

La seconde pièce a trait à une observation de grossesse ectopique intra-abdominale. Il s'agissait d'une malade âgée de 36 ans, ayant eu dix enfants avec des accouchements normaux et une fausse couche.

Rien à noter dans les antécédents, si ce n'est une suppression des règles en octobre 1902. En même temps, anorexie complète et vomissements.

Le 10 décembre, légère perte qui s'est reproduite d'une façon intermittente pendant deux mois.

Le 25 décembre 1902, la malade se réveilla dans la nuit, en proie à un malaise intense et perd connaissance dans son lit. Après cette syncope, elle est prise de vomissements tenaces.

Elle interrompt tout travail et, le 14 janvier 1903, elle entre à l'hôpital de Tarare.

Son état général devient rapidement mauvais, teint subictérique, état syncopal, anorexie complète.

Le 14 février 1903, elle entre à la Charité, où on constate l'état suivant : État général cachectique, teint jaune paille, douleurs vives dans la région lombaire et hépatique, présence d'une tuméfaction sous-hépatique assez accusée.

En rapprochant les modifications graves de l'état général,

de la présence d'une tumeur occupant la région de la vésicule biliaire, on pouvait songer soit à une cholécystite suppurée (il n'y avait pas de fièvre, pas d'ictère vrai), soit plutôt à un néoplasme de la région pyloro-hépatique. Je ne fis aucun diagnostic, mais décidai d'élucider la question par une laparotomie.

L'incision classique sur le bord du muscle droit me conduisit sur une tumeur occupant la région sous-hépatique antérieure; je constatai des adhérences, une masse kystique, je l'incisai, et je vis apparaître un pied de ce fœtus qui, d'un seul coup, fixa le diagnostic. J'agrandis l'incision de la poche et enlevai rapidement fœtus et placenta, puis je tamponnai la poche kystique et m'en tint là. Malgré la rapidité et la simplicité de l'intervention, la malade, à bout de force, ne put supporter le shock et succomba le lendemain.

Il ne s'était produit aucune hémorragie.

Vous voyez que ce fœtus, qui était vivant, correspond à une grossesse de cinq mois environ. Le placenta n'est pas très volumineux.

Cette observation me paraît intéressante à plusieurs points de vue :

1° Le siège anormal de cette grossesse ectopique. L'œuf est venu se greffer sous le foie et a évolué. A ce propos je citerai l'opinion de Zweifel qui admet que l'ovule fécondé se fixe primitivement sur les franges du pavillon, puis secondairement dans l'abdomen. L'idée d'une grossesse d'abord tubaire, puis devenant secondairement abdominale, soit par issue à travers le pavillon, soit par effraction de la tompe, me paraît devoir être admise. La rupture de la trompe a pu coïncider avec les accidents graves observés chez la malade, le 25 décembre, c'est-à-dire deux mois après la suppression des règles.

En second lieu je ferai remarquer que le symptôme suppression absolue des règles pendant deux mois a existé aussi chez cette malade.

Enfin, j'insiste sur la gravité exceptionnelle des phéno-

mênes généraux qui ont accompagné l'évolution de cette grossesse sous-hépatique.

Il y eût eu grand intérêt à faire un diagnostic précoce, car l'intervention me paraissait devoir donner un excellent résultat si elle eût été pratiquée chez une malade offrant encore quelque résistance.

Je crois donc qu'il faut tenir grand compte de la suppression des règles lorsqu'on peut rapprocher ce symptôme de phénomènes locaux tubaires ou abdominaux pouvant faire songer à une grossesse ectopique.

En faisant un diagnostic précoce on pourra intervenir et mettre les malades à l'abri des accidents graves et quelquefois formidables qui accompagnent les grossesses ectopiques.

Lorsqu'on aura affaire à une grossesse ectopique abdominale, l'intervention hâtivement pratiquée sauvera la malade. Quand même le diagnostic, ne pourrait être ferme, pour peu qu'il apparaisse comme possible, la laparotomie me paraît indiquée.

Sans qu'on eût à faire un diagnostic ferme chez ma seconde malade, la suppression des règles pendant deux mois, la présence d'une tumeur sous-hépatique eût pu faire songer à la grossesse ectopique.

Mais la présence seule de la tuméfaction avec les signes généraux suffisait à justifier l'intervention qui eût pu être pratiquée plus hâtivement si la malade eût été vue par un chirurgien.

M. GOULLIoud. Dans le cas de M. Albertin où il s'agissait d'une grossesse intra-péritonéale, a-t-on eu dans l'histoire de la malade des signes permettant de supposer que la grossesse fût primitivement intra-tubaire? M. Albertin a-t-il vu la trompe dans le cours de son intervention?

Dans un cas que j'ai observé, grossesse intra-péritonéale de sept mois, il y avait eu à deux mois des signes manifestes de rupture intra-péritonéale de la grossesse intra-tubaire.

J'insiste à nouveau sur la discordance fréquemment constatée entre l'âge de la grossesse indiqué par la suppression des règles et l'âge constaté au cours de l'intervention. Dans la grossesse ectopique, c'est un signe important au point de vue du diagnostic et de l'intervention.

M. VINCENT. La suppression des règles chez une femme durant la période génitale active ne doit pas indiquer d'emblée une intervention abdominale. La moindre affection intra-péritonéale peut amener la suppression du flux menstruel. On pourrait donc faire des opérations inutiles et dangereuses.

J'ai observé souvent des grossesses ectopiques, mais surtout à la phase hémato-cèle. Je me rappelle cependant quelques cas intéressants de grossesse extra-utérine.

Dans un cas, la grossesse évolua dans la cavité abdominale jusqu'au septième mois. A ce moment, mort du fœtus. L'intervention sauva la malade.

Un cas de grossesse tubaire, suivi régulièrement, se termina brusquement par la mort de la malade avec des phénomènes d'inondation péritonéale.

Chez une de mes malades la grossesse ectopique évolua dans le cul-de-sac antérieur et c'est par cette voie anormale aussi que l'intervention fut conduite. Guérison.

Dans un dernier cas, où la grossesse développée dans le segment le plus interne de la trompe] formait une tumeur intimement accolée à la corne gauche, je pus voir peu à peu l'œuf gagner la cavité utérine. Un accouchement normal termina la scène.

Je suis d'avis d'être moins interventionniste que M. Albertin, et je crois qu'on peut souvent attendre la vitalité du fœtus.

M. VILLARD. Comme M. Goullioud, je crois que la grossesse tubaire ne retentit que tardivement sur les règles. Toute grossesse tubaire diagnostiquée commande l'intervention.

M. ALBERTIN. Je répondrais à M. Vincent que je n'ai jamais dit, comme il veut le laisser entendre qu'il faut intervenir chez une femme dès que les règles sont supprimées. Mais je soutiens que pour peu qu'un symptôme la justifie, l'intervention est moins dangereuse que l'expectation.

Pour moi, toute grossesse ectopique diagnostiquée indique l'opération. Et je ne vois pas comment une grossesse extra-utérine peut tomber dans la cavité utérine. Elle est ou dans la trompe ou dans l'utérus, réserve faite pour la grossesse interstitielle.

Il vaut mieux sacrifier un fœtus qu'une femme.

M. VINCENT. La grossesse abdominale peut évoluer naturellement.

M. ALBERTIN. Pour moi, dans les cas de grossesse abdominale l'intervention est encore plus indiquée.

M. GOULLIOUD. Dans la grossesse extra-utérine je suis très interventionniste, mais lorsqu'on se trouve en présence d'une grossesse tubaire déjà rompue et dont l'évolution se continue dans la cavité abdominale,

je crois qu'on peut attendre. C'est ce que j'ai fait dans le cas auquel je faisais allusion. J'ai pu ainsi conduire l'enfant jusqu'à sept mois. Malheureusement il est mort à cette date.

Je signalerai chez ce fœtus l'absence de toute adhérence capable d'amener des malformations.

L'enfant était normal.

M. DURAND. La formule actuellement classique est : avant cinq mois intervention, après le cinquième mois expectation.

*
* *

RÉTRACTION DES FLÉCHISSEURS TRAITÉE ET GUÉRIE PAR LA MÉTHODE MARTIN.

M. NOVÉ-JOSSERAND.— La petite fille que j'ai l'honneur de vous présenter aujourd'hui a déjà fait le sujet d'une communication à la Société de chirurgie l'année dernière. Il s'agissait d'une fracture de l'avant-bras chez une enfant de quatre ans ayant amené une rétraction complète des tendons fléchisseurs. On peut voir sur ce moulage exécuté avant le traitement, combien les doigts étaient crochetés dans la main.

M. Martin a bien voulu appliquer à cette enfant sa méthode des tractions élastiques lentes et continues. Le traitement, commencé fin décembre 1902, avait donné un résultat satisfaisant et définitif au mois de juillet 1903. Voici le deuxième moulage exécuté à cette époque.

Depuis le résultat s'est absolument maintenu. Vous pouvez voir que l'enfant peut actuellement étendre et fléchir à volonté et complètement les doigts. Seul le poignet est encore légèrement fléchi sur l'avant-bras. C'est que la mère ne s'applique plus à remettre de temps à autre l'appareil.

Ce résultat est absolument remarquable : la méthode de M. Martin était seule capable de nous donner une semblable guérison d'une affection que dernièrement encore dans un article de la *Gazette des Hôpitaux* on déclarait incurable.

M. VINCENT. Je félicite vivement M. Martin de cette cure merveilleuse. Je lui demanderai si sa méthode est applicable aux adultes ?

M. Claude MARTIN. J'ai eu l'occasion de traiter de la même façon un jeune homme âgé de 25 ans et le résultat fut le même. D'ailleurs toutes les observations, avec la description des appareils employés, ont été publiés par mon fils Francisque Martin qui a consacré son travail inaugural à l'étude de ma méthode.

*
* *

MYOMECTOMIE ANCIENNE ; HYSTÉRECTOMIE SECONDAIRE
POUR UN UTÉRUS FIBROMATEUX.

M. VILLARD. — L'utérus fibromateux que je vous présente a été enlevé ce matin dans mon service sur une femme âgée de 50 ans qui avait subi il y a onze ans de la part de M. le Prof. Jaboulay une énucléation interstitielle de corps fibreux. Cette femme se présentait avec une tumeur de la paroi abdominale du volume d'une tête de fœtus et simulant à s'y méprendre un fibrome pariétal. Une cicatrice gaufrée existait sur la partie la plus saillante, vestige de l'opération antérieure. De grosses veines sous-cutanées sillonnaient la surface externe du néoplasme. Le toucher vaginal permettait de sentir très haut et très difficilement un col petit réfugié dans la partie supérieure d'un vagin démesurément long.

Le palper bi-manuel révélait l'existence d'un corps utérin fibromateux en continuité avec la tumeur de la paroi.

L'interrogatoire de la malade nous apprit qu'elle avait subi l'énucléation de plusieurs noyaux fibromateux, et il est probable qu'une hystéropexie de sécurité avait été faite expliquant ainsi la récurrence de la tumeur dans la paroi abdominale.

J'ai pratiqué chez cette femme l'hystérectomie abdominale totale par le procédé américain que j'utilise toujours et l'intervention n'a présenté de particulier que la dissection des adhérences pariétales et prévésicales. Il existait une

infiltration de la paroi d'apparence néoplasique, et je ne suis pas sans redouter un certain degré de malignité pour l'avenir.

J'ai tenu à vous présenter cette pièce, car elle vient à l'appui de la répulsion que j'éprouve à pratiquer la myomectomie, opération si séduisante pourtant à première vue. En fait, l'énucléation des fibromes interstitiels m'apparaît comme une opération dangereuse en raison des accidents infectieux et hémorragiques auxquels elle expose. Accidents infectieux liés sans doute à l'ouverture fréquente de la cavité utérine au cours des manœuvres de décortication et aussi peut-être à la faible vitalité des tissus dilacérés de la zone péri-fibromateuse. Les hémorragies consécutives à l'énucléation sont à redouter par les hématomes infectables auxquels elles donnent naissance et aussi par leur abondance. Elles sont insidieuses et fréquentes ; leur apparition tardive est peut-être due au relâchement de la constriction hémostatique des fibres musculaires utérines momentanément contractées par le traumatisme opératoire.

L'observation que je viens de rapporter souligne un autre inconvénient de la myomectomie : la récurrence de la lésion initiale, récurrence même d'une malignité probablement accrue, et me confirme dans l'opinion que les indications de cette opération ne doivent être que tout à fait exceptionnelles.

M. GOULLIQUET. Je serais moins sévère que M. Villard. La myomectomie est une opération grave sans doute et qui demande beaucoup de minutie. Je ne crois cependant pas qu'on doive la condamner.

Je l'ai pratiquée souvent avec d'excellents résultats. Assez fréquemment on a de la température après l'opération, ce qui est dû à un léger hématome intra-péritonéal qu'il est difficile d'éviter, mais qui n'est pas grave. Je n'ai eu qu'une fois une infection dans un cas où le fibrome ainsi enlevé communiquait largement avec la cavité utérine.

Chez une femme jeune, lorsque l'utérus n'est pas très modifié de volume, lorsque les fibromes ne sont pas multiples, c'est une opération très défendable.

THROMBO-PHLÉBITE DU SINUS LONGITUDINAL SUPÉRIEUR
CONSÉCUTIVE A UNE RÉSECTION DU MAXILLAIRE SUPÉRIEUR.

M. TIXIER. — J'ai l'honneur de vous présenter un cerveau provenant d'une malade que j'ai opérée d'un cancer du maxillaire supérieur. La relation entre la cause et l'effet me semble digne d'attirer votre attention.

Une femme de 38 ans est envoyée dans mon service le 27 octobre dernier par M. Lannois qui l'a examinée pour une obstruction des fosses nasales. Elle raconte en effet que depuis un an environ elle présente de la gêne de la respiration du côté de la narine gauche. Elle est obligée de dormir la bouche ouverte.

Il y a deux mois elle se met à moucher du pus abondamment et elle éprouve de terribles lancées douloureuses dans la face. Un médecin consulté lui découvre des polypes sois-disant muqueux et les extirpe : hémorragie abondante.

Peu à peu apparition d'une grosse masse bourgeonnante au niveau des alvéoles postérieures, chute des dents.

Le diagnostic s'impose : il s'agit d'un cancer du maxillaire supérieur remplissant le sinus et débordant dans les fosses nasales.

Le 30 octobre, je pratique une résection totale du maxillaire. L'opération est régulière, en quelques minutes l'os est enlevé. Il s'écrase cependant sous le davier au moment de la saisie, car il est réellement réduit en bouillie néoplasique. J'enlevai un gros bourgeon intra-nasal. Tamponnement ordinaire à la gaze iodoformée. Point de prothèse. Suites immédiates simples.

Les jours suivants la malade a de la température, elle oscille entre 39° et 39°,5. Je fais exécuter des lavages presque continuels de la cavité buccale. Le 2 novembre, ablation du tampon. Grand lavage, chute de la température à 38°,8.

Les jours suivants sont bons, malgré une température anormalement élevée.

La cicatrisation de l'incision se fait normalement : elle était terminée complètement le 10 novembre.

Le 11 novembre, la malade avait 38°,4, elle était légèrement somnolente.

Brusquement, le 12 novembre, grand frisson, température 40°,8, hémiplegie flasque complète du côté droit. J'examine la malade, pas de suppuration intra-buccale. Rien dans l'orbite.

Je pense immédiatement à une phlébite du sinus longitudinal supérieur ayant amené un trouble de circulation dans la zone rolandique gauche. M. Lannois veut bien, à ma demande, examiner la malade. Il se rattache au même diagnostic.

Il est décidé que le lendemain j'interviendrai.

Malheureusement pour la malade le lendemain la température était à 37°, l'hémiplegie était en décroissance, le bras droit jouissait de quelques mouvements, la malade allait mieux. Nous croyons devoir attendre.

L'état général s'améliore encore les jours suivants : il n'y a plus de frissons, pas de température.

Mais, brusquement, le 19, état comateux, température 39°, incontinence totale. Nous n'osons plus intervenir. Le 24, la malade s'éteint dans le coma avec 40°,5.

Vous pouvez voir sur cette pièce, dont M. Lannois voudra bien vous faire la description, que notre premier diagnostic s'est trouvé confirmé : il existe une phlébite du sinus longitudinal supérieur.

J'ai vivement regretté d'avoir manqué d'audace et de n'avoir pas immédiatement exécuté l'opération que je m'étais proposée : ouverture du sinus en avant ; incision, drainage ; Deuxième trépanation en arrière au niveau du pressoir. Ligature. J'aurais peut-être pu sauver ma malade.

Je juge que dans un cas de complications infectieuses du système veineux de la face et du crâne l'intervention seule est capable de donner des résultats. L'année dernière j'ai

eu la bonne fortune de guérir une malade atteinte de phlébite du sinus latéral par l'opération de Zaufall, de guérir aussi par la ligature de l'angulaire un homme présentant une phlébite très grave de la face. J'aurais été très heureux de suivre une conduite semblable chez cette malade.

Dans tous les cas c'est là une complication très rare de la résection du maxillaire supérieur.

M. LANNOIS. J'ai suivi de près le malade dont M. Tixier vous a raconté l'histoire. Ce cas m'a vivement intéressé.

Le diagnostic de phlébite du sinus longitudinal que nous avons adopté me semblait expliquer par la présence dans la narine gauche d'un gros bourgeon néoplasique qu'il avait fallu enlever dans l'intervention. Je connaissais les relations vasculaires veineuses étroites qui existent entre le cornet moyen et la circulation sinusale.

Déjà chez une femme opérée d'une simple cautérisation du cornet moyen, j'avais vu apparaître des symptômes endo-crâniens très graves rapidement terminés par la mort. Je crois qu'il s'agissait comme chez notre malade d'une phlébite; malheureusement je n'avais vu la malade qu'en consultation à la période ultime de son affection et l'autopsie ne put pas être faite.

Chez la malade de M. Tixier, quand je vis les symptômes s'amender et principalement la température s'abaisser, je pensais à une encéphalite aiguë infectieuse contre laquelle l'intervention aurait été impuissante.

Je crois devoir vous signaler un fait intéressant observé dans le cours de cette maladie. Pour éclairer notre religion je voulus pratiquer une ponction lombaire afin d'examiner le liquide céphalo-rachidien. Malgré des expériences répétées, et alors que je puis affirmer que j'ai fait réellement une ponction intra-durale, je n'ai pas réussi à retirer une seule goutte de liquide. Et cette absence de liquide a été confirmée sur la table d'autopsie lorsque nous avons ouvert le crâne. J'avoue ne pas en trouver l'explication.

Sur ce cerveau vous pouvez voir que tout le sinus longitudinal supérieur est occupé par un caillot purulent, lequel s'arrête au presseur: il n'y a pas de prolongement dans les autres sinus. Une grosse veine affluente venant de la région rolandique gauche est thrombosée.

Il existe de la périsinusite suppurée, et à la partie postérieure une plaque, large comme une pièce de 5 fr., de méningite suppurée. Rien dans la substance corticale, rien dans la profondeur.

L'opération proposée par M. Tixier était donc rationnelle et aurait peut-être pu sauver la malade.

Le Gérant, D^r VALLAS.

Séance du 3 Décembre 1903.

Présidence de M. HORAND.

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

Adopté.

*
*
*

DISCUSSION SUR LA CHOLÉCYSTECTOMIE SOUS-SÉREUSE.

M. VILLARD. Je désire revenir sur un certain nombre de points soulevés par ma communication sur un cas de cholécystectomie sous-séreuse. Je crois qu'il ne faut pas s'exagérer la valeur et le nombre des indications de ce procédé. M. Vincent a bien voulu le qualifier d'idéal ; je crois que c'est là en effet le terme propre, car, comme tout idéal, il est difficile à atteindre et à réaliser. La méthode sous-séreuse, en effet, ne pourra être utilisée que dans un nombre de cas très limités ; elle nécessite un épaissement notable du péritoine, réalisé seulement dans les suppurations de la vésicule, et d'autre part une conservation suffisante des parois de celle-ci pour permettre un décollement facile. C'est dire que, dans les hydropisies de la vésicule, notamment dans celles qui distendent considérablement l'organe, et c'était le cas de l'observation de M. Vincent, le décollement péritonéal sera impossible par manque d'épaisseur de la séreuse ; aussi M. Vincent ne doit-il point trop se reprocher d'avoir ignoré cette méthode.

De même, dans les vésicules rétractées ou fistuleuses, il sera bien difficile de pratiquer le décollement péritonéal sur un organe souvent réduit à l'état de canal, et les manœuvres de décortication ne tarderaient pas à être pratiquées difficilement et profondément au fond de l'entonnoir séreux. Il serait à craindre que, dans ces conditions, l'intervention ne soit très laborieuse par suite de l'exiguïté du champ opératoire. Enfin, il va sans dire que la cholécystectomie sous-séreuse devra être rejetée en cas de néoplasme de la vésicule. L'indication type de ce procédé me paraît fournie par les cas de suppuration de la vésicule avec distension moyenne, alors que l'on cherche à faire la cholécystectomie avec le mini-

mum de danger d'infection possible du péritoine. C'était le cas dans l'observation que j'ai rapportée.

En résumé, les indications de la cholécystectomie sous-séreuse sont bien limitées ; inapplicable dans les hydrophisies avec énorme distension, dans les atrophies ou les fistules persistantes de l'organe, et enfin dans les néoplasmes, elle devra être réservée aux cholécystites suppurées, calculeuses ou non, justiciables de l'ablation, afin d'éviter aux malades les ennuis des fistules persistantes qui sont l'habituel résultat des cholécystostomies.

Faut-il regretter beaucoup cette limitation des indications de la cholécystectomie sous-séreuse ? Je ne le crois pas ; à mon sens, je considère cette opération comme élégante, intéressante à pratiquer lorsqu'elle est possible, mais nullement comme une méthode indispensable.

Nous sommes à l'heure actuelle suffisamment habitués aux modes de réaction de défense péritonéale pour savoir nous protéger contre l'infection au cours de la cholécystectomie ordinaire. Une série de compresses de gaze aseptique bien disposées, l'utilisation de l'épiploon gastrohépatique, permettront le plus habituellement de remplacer efficacement la collerette péritonéale qu'une tentative de cholécystectomie sous séreuse n'aura pas permis de pratiquer

M. VINCENT. Je suis un peu surpris d'entendre M. Villard condamner dans ses conclusions une opération qu'il avait prônée d'abord, et qui lui a donné un si beau succès.

Je maintiens, pour ma part, ma première opinion ; l'ablation sous-séreuse de la vésicule biliaire est à tenter toutes les fois que l'on redoute l'infection péritonéale. Un feuillet séreux est une barrière plus isolante que des compresses. Et, même pour les vésicules de grande capacité, la décortication est admissible, sinon primitive, du moins secondaire : on n'a qu'à fixer d'abord la vésicule à la paroi, avant ou après son incision ; puis, quand le retrait de la cavité est obtenu par un drainage plus ou moins prolongé, on peut très bien disséquer un manchon muqueux continu, en taillant dans la couche musculaire dont une portion peut parfaitement rester adhérente à la séreuse. La muqueuse supprimée, on n'a plus que des risques minimes de fistule définitive.

M. TIXIER. En somme, les indications à discuter sont doubles : ou il s'agit d'une cholécystectomie sous-séreuse primitive, ou d'une cholécystectomie secondaire.

Pour la première opération, je me rattache absolument aux idées émises par M. Villard. Ce sont en partie celles que j'avais exposées dans une précédente séance.

Pour la deuxième opération, la cholécystectomie sous-séreuse secondaire, je ne crois pas que les propositions de M. Vincent puissent être acceptées. En effet, il nous propose ce procédé opératoire dans les cas de fistule persistant après une cholécystostomie ou une cholécystectomie

partielle avec fixation de la vésicule à la peau. Or cette fistule correspond alors souvent à une vésicule réduite au minimum, à un simple conduit gros comme un porte-plume.

Si on veut en pratiquer l'ablation par la voie sous-séreuse, on ne verra rien, on sera perdu dès qu'on aura franchi l'orifice externe de la fistule. On sait actuellement que pour tous ces trajets fistuleux, aussi bien pour une fistule stercorale que pour une fistule purulente à point de départ génitale, il faut de propos délibéré entrer dans le grand péritoine pour en faire l'extraction. C'est seulement lorsqu'au grand jour on a reconnu les rapports du trajet fistuleux, ses adhérences aux organes voisins, qu'il est possible de commencer la dissection du trajet. Cette dissection se fait alors de dehors en dedans et non pas de dedans en dehors, comme il faudrait l'exécuter dans la cholécystectomie sous-séreuse.

*
*

DE LA MYOMECTIONIE.

M. GOULLIQUOUD. — A la suite de la présentation de M. Villard, invitation nous a été faite d'apporter à la Société de chirurgie nos résultats sur la myomectomie. Je réponds volontiers à cette invitation, en vous communiquant toutes les observations de mon service intitulées : myomectomies. Elles sont au nombre de 24.

Ces myomectomies, je dois le faire remarquer aussitôt, renferment des cas de fibromes sous-péritonéaux plus ou moins pédiculés, sans qu'aucun ait eu un pédicule assez fin pour être traité comme un pédicule de kyste de l'ovaire, et aussi des cas de myomes interstitiels enlevés par l'énucléation abdominale. Si ces cas sont réunis, c'est qu'il y a des transitions insensibles entre les deux types de tumeurs, et il est souvent difficile de dire où commence la limite de l'énucléation.

Nous avons cherché à grouper les considérations qui ressortent de nos observations, et nous les envisagerons à des points de vue divers : étiologie, symptomatologie, anatomie pathologique, thérapeutique. Toutes nos considérations concorderont au but pratique de faire ressortir les résultats et de préciser les indications. Nous réservons à un de nos internes, M. Bonnier, le soin de publier nos observations dans sa thèse.

J'ai opéré 13 femmes ayant environ 30 ans (de 26 à 35 ans); 9 femmes ayant environ 40 ans (de 36 à 45 ans); 1 femme de 50 ans; 1 femme de 64 ans.

Ici la question d'âge a de l'importance, car dans le second groupe de nos cas les femmes approchent de la ménopause et on peut espérer que l'action de celle-ci viendra compléter le résultat de la myomectomie.

Chez les femmes plus jeunes, ayant 25, 30, 35 ans, il y a plus de chances peut-être de voir survenir une récurrence à longue échéance, mais aussi un intérêt plus grand à faire une opération conservatrice. En employant d'ailleurs peut-être à tort le terme de récurrence, c'est simplement du retour d'autres fibromes importants que nous voulons parler.

Le nombre des femmes mariées égale dans notre statistique le nombre des célibataires. Sans entrer dans la question de l'étiologie des fibromes, ce fait montre déjà par lui-même l'influence prédisposante du célibat, dont nous sommes convaincu.

Évidemment chez une femme jeune, non mariée, il y a un intérêt moral réel à être plus conservateur. Il en est de même chez des femmes mariées tard, alors qu'elles portaient déjà des fibromes, et souhaitant cependant être mères.

Ces considérations morales nous ont quelquefois influencé. C'est ainsi que l'une de nos opérées était une femme de 39 ans, ayant eu cinq enfants; quatre étaient morts d'affections diverses; une seule restait, réséquée des deux hanches par M. Vincent et otorrhéique. On pouvait craindre que cette mère fût un jour sans enfant et regrettât alors une castration utérine totale. Nous avons eu le plaisir de retrouver, cinq ans après, la mère et la fille en parfait état de santé.

La *symptomatologie*, l'examen des malades permettent quelquefois de prévoir, avant l'opération, la possibilité ou la facilité probable de la myomectomie. Dans un cas, on sentait dans le Douglas l'utérus en rétroversion avec ses annexes prolabées et rapprochées, alors qu'une volumineuse tumeur s'élevait au-dessus du bassin. Ailleurs c'était

un utérus plaqué contre le pubis par une grosse tumeur développée aux dépens de sa face postérieure.

Nous avons aussi étudié avec soin le caractère des hémorragies, pour savoir s'il n'y avait pas là une contre-indication à la myomectomie. Évidemment, les pertes intercalaires, les pertes plus ou moins continues, indice de fibromes sous-muqueux, contre-indiquent la myomectomie qui, dans notre esprit, convient plutôt aux fibromes à développement sous-péritonéal, et on sait que les hémorragies sont alors moins fréquentes ou moins continues.

Mais c'est surtout, le ventre ouvert, qu'il faut s'accorder quelques instants d'examen et de réflexion pour juger de l'opportunité de la myomectomie.

C'est alors, en faisant pour ainsi dire l'*anatomie pathologique* sommaire de la tumeur, qu'on devra prendre une décision.

Quel est le siège de la tumeur? Dans nos observations un bon nombre de cas correspondent à des fibromes sous-péritonéaux mal pédiculés ou sessiles, mais à développement excentrique. Beaucoup partent du fond ou des points voisins des faces antérieure et postérieure. L'utérus forme le pédicule de la tumeur. Ces tumeurs ont un développement facile : elles peuvent atteindre un grand volume. Elles avaient, dans nos cas, les poids suivants : 2 kil. 500, 1 k. 7, 2 k. 500, 4 k. 100, 5 k. 200, etc.

Les résultats ont été très bons dans ces cas, et l'indication est des moins discutables. La ménopause n'influence aucunement ces tumeurs, témoin notre malade de 64 ans. Il faut donc les opérer, mais il est bien inutile d'enlever l'utérus.

Le poids tombe immédiatement pour les fibromes interstitiels, à 400 gr., 500 gr. 750 gr., avec des cas intermédiaires d'un poids plus élevé, 2 kil. 500, etc.

Les rapports deviennent tels avec la cavité utérine que celle-ci risque plus d'être ouverte. Ceci nous est arrivé trois fois, et il n'en est pas résulté d'accident fâcheux, dans un cas excepté dont nous reparlerons.

Nous avons plusieurs fois fait deux incisions, l'une antérieure, l'autre postérieure, pour enlever deux tumeurs bien distinctes ; ou bien une ou deux incisions moins importantes et ovalaires nous ont permis d'enlever de petits fibromes, satellites de la tumeur principale.

Mais le nombre des fibromes augmente-t-il, l'utérus est-il bourré de fibromes, nous préférons l'hystérectomie. On peut craindre d'ailleurs dans ces cas la concomitance de myomes sous-muqueux, cause de pertes persistantes.

Procédé opératoire. — Le choix fait de la myomectomie, nous cherchons à faire l'incision médiane recommandée par Tuffier, autant que le permet le siège de la tumeur.

Nous avons assez bien choisi nos cas, pour avoir pu faire nos énucléations avec assez de facilité et n'avoir pas eu à changer notre plan opératoire à quelques rares exceptions près.

Volontiers nous lions quelques artérioles, pas toujours. Puis nous procédons au capitonnage par un premier surjet qui ne laisse aucun point mort au fond de la coque. Souvent un second surjet a été nécessaire pour la tranche de section épaisse de la paroi utérine ; et enfin un surjet superficiel séro-séreux parachève la suture et l'hémostase.

Nous nous servons pour ces surjets d'aiguilles courbes et rondes, comme des aiguilles intestinales, mais de grandes dimensions. Dans un cas d'hémorragie post-opératoire grave, nous avons eu recours à une aiguille de Reverdin un peu grossière et tranchante.

Nous employons pour ces surjets un catgut résorbable ; mais nous recourons, pour un surjet au moins ou pour quelques points de renforcement, à un catgut lentement résorbable, au catgut chromique, par crainte d'une déhiscence secondaire de la coque suturée.

Dans deux ou trois cas, nous avons en passant jeté un fil sur les hypogastriques. Cette ligature est si simple ! Évidemment elle peut faciliter l'hémostase immédiate, et nous avons vu pâlir des fibromes au moment du serrement du fil. Mais cette ligature n'a pas d'action durable, d'action atrophiante importante. Dans un cas où cette ligature dou-

ble avait constitué toute l'opération, les pertes avaient été arrêtées, mais la tumeur n'avait subi aucune régression. Nous avons aussi fait, d'un côté du moins, cette ligature, dans le seul cas de reproduction des fibromes que nous ayons constaté.

Le plus souvent nous n'avons pas drainé, même après ouverture de la cavité utérine. Nous l'avons fait plusieurs fois par notre procédé de drainage vaginal.

Enfin quelques opérations complémentaires se sont imposées : ablations de petits kystes tubo-ovariens ou ovariens, ventro-fixation, etc.

Suites opératoires. — Les suites opératoires ont été en général simples. Cependant, dans quelques cas, il y a eu de la fièvre sans réaction péritonéale, fièvre qui a été attribuée à la formation et à la résorption d'une hématocele post-opératoire et comparée à la fièvre des fractures.

Chez une malade, la dernière opérée, les suites furent graves et inquiétantes, quoique devant se terminer par la guérison. Il s'agissait d'une femme de 41 ans, mariée à 35 ans ayant déjà un fibrome. Elle souhaitait vivement une grossesse ; aussi avais-je décidé de faire, s'il était possible, une myomectomie. Sous cette impression, je me laissai entraîner à une myomectomie un peu hardie : la malade était affaiblie par des pertes antérieures, je dus faire une double incision sur des fibromes multiples, et la cavité utérine fut très largement ouverte. Heureusement, j'avais fait la ligature des hypogastriques et drainé. La malade eut de la fièvre, un pouls très rapide, mais elle finit par bien guérir.

Il n'en fut malheureusement pas de même chez une autre malade, la seule que nous ayons perdue. Il s'agissait d'une religieuse, jeune, chez qui la myomectomie ne présenta aucune difficulté spéciale, mais une hématocele post-opératoire se produisit avec peu de réaction péritonéale au début, avec un tracé rapidement ascendant. C'était ma vingt-deuxième opérée. Ayant vu guérir les précédentes, malgré un peu de fièvre, je ne fus pas alarmé. Le sixième

jour, au soir, les phénomènes péritonéaux apparaissaient; le septième jour, un large débridement vaginal était fait, donnant écoulement à du sang altéré. Malheureusement ce débridement était trop tardif, et la malade succombait le huitième jour.

Cette malade est bien morte du fait de la myomectomie, puisque les accidents ont pris naissance par suite du suintement sanguin péritonéal post-opératoire, complication un peu spéciale à la myomectomie.

Probablement cette malade aurait guéri par l'hystérectomie, mais d'autre part on ne saurait affirmer qu'aucune des 23 autres malades guéries n'aurait pu succomber par suite d'une complication imprévue à la suite de l'hystérectomie. Il m'est impossible de donner une statistique exacte de la gravité comparée de l'hystérectomie et de la myomectomie abdominales. Les cas sont peu comparables, puisqu'en somme les cas où la myomectomie a été faite étaient plutôt favorables.

En 1901, 21 cas d'hystérectomies et de myomectomies réunies n'ont donné aucune mort.

En 1902, 29 cas donnent une mort à la suite de l'hystérectomie.

En 1903, pour un nombre sensiblement égal d'interventions, c'est à une myomectomie que nous devons un décès opératoire.

Pour compléter le tableau de nos opérations abdominales pour fibromes, nous devons dire qu'en 1901 et 1902 nous avons fait en outre quatre castrations, avec une mort, chez une malade trop cachectique et trop anémiée pour que ayons osé faire l'hystérectomie.

Nous pouvons néanmoins conclure que dans notre pratique personnelle, c'est-à-dire avec des indications restreintes, la myomectomie n'est pas une intervention sensiblement plus grave que l'hystérectomie. Sa mortalité a été de 4%. Notre cas de mort est un exemple attristant de ce risque opératoire que nous n'avons pas pu encore supprimer dans nos interventions abdominales.

Résultats éloignés. — Nous avons revu dernièrement presque toutes nos opérées.

Pour apprécier ces résultats nous considérerons l'âge des malades et la disposition des tumeurs.

Une malade, âgée de 64 ans, présentait un fibrome mal pédiculé du fond de l'utérus. Ce fibrome, qui devait dater de quelque vingt ans, et ne s'était pas atrophié avec la ménopause, présentait sur sa face en rapport avec la paroi abdominale une large plaque cartilagineuse; une plaque semblable existait sur le péritoine pariétal. Cette malade fut opérée pour des crises récidivantes d'occlusion intestinale. Ces crises ont cessé depuis l'opération. Nous sommes donc tenté de les attribuer à un pincement de l'intestin entre les plaques cartilagineuses.

Une femme de 50 ans présentait également un volumineux fibrome du fond de l'utérus; elle fut opérée par myomectomie. Cinq ans après, la malade était en parfaite santé et ce résultat était à prévoir.

Pour les femmes opérées vers l'âge de 40 ans, et qui sont au nombre de 9, toutes moins une, sont restées bien guéries.

Nous avons cru remarquer chez trois ou quatre comme une sorte de ménopause précoce, alors que dans les fibromes l'arrêt des règles est au contraire en général différé.

Ainsi, M^{me} C... opérée à 39 ans d'un fibrome de 1700 gr., et revue cinq après, avait déjà, à 44 ans, de longues périodes d'aménorrhée.

Il en est de même chez d'autres malades où déjà se fait sentir la ménopause: la guérison, qui s'est maintenue trois ou quatre ans, sera définitivement assurée, la ménopause étant atteinte.

Cependant nous trouvons dans cette série notre seul insuccès, c'est-à-dire une femme qui a repris des pertes graves et chez qui nous avons dû réintervenir.

Il s'agissait d'une vieille fille de 39 ans, hystéro-épileptique ayant des antécédents, chez qui nous fîmes l'énucléa-

tion d'une tumeur de 400 gr. Une opération conservatrice nous avait semblé particulièrement indiquée par l'état cérébral de la malade que nous ne voulions pas aggraver par une ménopause anticipée. Nous joignîmes à la myomectomie la ligature d'une hypogastrique. La malade, qui avait de grandes pertes, fut soulagée pendant les premiers mois, mais, dix-huit mois après, je fus conduit à lui faire une hystérectomie et à lui enlever ainsi des fibromes du poids de 900 gr.

Cette observation fait ressortir un des inconvénients possibles dont on a vite fait grief à la myomectomie, je veux dire la reproduction des fibromes obligeant à une opération nouvelle. Mais d'après notre expérience, cet accident doit être rare, et un cas de récurrence observé de loin en loin, ne nous paraît pas une objection suffisante pour condamner une opération qui conserve à la femme la possibilité de la grossesse, et plus encore la conservation de l'importante fonction de la menstruation. L'ennui d'une seconde opération ne serait-il pas compensé par la conservation de la vie génitale normale pendant nombre d'années ?

C'est surtout chez les femmes plus jeunes, femmes opérées autour de 30 ans, que l'on pourra peut-être dans l'avenir avoir à redouter ces récurrences bénignes. Notre expérience est à ce point de vue certainement un peu courte. Cependant les cas que nous avons observés nous ont paru extrêmement favorables à la myomectomie. Qu'il nous soit permis d'en citer quelques-uns.

M^{lle} G..., opérée à l'âge de 33 ans d'un fibrome interstitiel de la paroi postérieure, n'a pas de récurrence sept ans après. Elle est atteinte actuellement d'une maladie de Basedow, et l'on peut se demander si la suppression de la menstruation n'eût pas retenti fâcheusement sur son système nerveux. Toujours est-il qu'elle est restée bien guérie au point de vue local.

M^{me} B..., opérée à l'âge de 30 ans, est revue quatre ans après, bien guérie.

M^{lle} C..., institutrice, opérée à l'âge de 34 ans par énu-

cléation d'un fibrome interstitiel, est revue trois ans après, très satisfaite. Les règles, jadis ménorragiques, sont plutôt faibles. Le cathétérisme utérin, fait exceptionnellement chez elle, et qui était de 11 centimètres, n'est plus que de 7 cent. Aucun autre fibrome ne s'est développé; il y a eu là une régression manifeste de l'utérus.

Excellent résultat aussi chez une femme de 27 ans, qui portait un fibrome de 2 kil. 500, développé dans la corne droite de l'utérus. L'utérus s'est étrangement rétracté et paraît presque d'un volume moindre que le volume normal.

Malgré ces bons résultats de la conservation utérine, nous n'avons observé aucun cas de grossesse. La moitié de nos opérées, il est vrai, sont célibataires; une autre est veuve, d'autres sont récemment opérées.

En résumé, nos 24 cas de myomectomie nous ont donné un cas de mort, un cas de récurrence nécessitant une hystérectomie secondaire. Dans tous les autres cas nous pouvons estimer le résultat comme bon; les malades se considèrent comme guéries.

Nous croyons à une action régressive sur l'utérus du fait de l'opération, d'où la ménopause anticipée chez les femmes les plus âgées, et chez les plus jeunes la diminution des pertes et la rétraction de l'utérus.

Nous restons donc, quant à présent, partisan de la myomectomie, à la condition que les indications en seront limitées aux cas favorables: tendance au développement sous-péritonéal des tumeurs, nombre limité de celles-ci, facilité de leur énucléation.

C'est sans parti pris qu'il faut agir, et, la laparotomie faite, opter entre la myomectomie qui reste une opération d'exception et l'hystérectomie qui est plus généralement indiquée.

Nous présentons, comme démonstration, une pièce anatomique provenant d'une intervention récente. C'est un fibrome qui avec l'utérus atteignait le poids de 7 kil. 600; il était à développement sous-péritonéal, ne tenant à l'utérus,

plaqué en avant de lui, que par sa face postérieure et son bord latéral ; mais la tumeur était très vasculaire, comme télangiectasique ; son pédicule s'étendait à la zone dangereuse de l'abord des vaisseaux : nous n'avons pas hésité à préférer l'hystérectomie qui seule pouvait nous donner une hémostase sûre.

Séancedu 10 Décembre 1903.

Présidence de M. HORAND.

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

* * *
RÉTRACTION DES MUSCLES FLÉCHISSEURS DES DOIGTS DE
LA MAIN, CONSÉCUTIVE A UNE LÉSION INFLAMMATOIRE.

M. MULLER présente au nom de son maître, M. Nové-Joserand, une petite malade âgé de 11 ans, entrée salle Sainte-Amélie, le 2 décembre 1903.

Cette fillette offre, dans ses antécédents, des poussées multiples de rhumatisme articulaire aigu, ayant déterminé, au niveau du cœur, des lésions valvulaires complexes, dont la plus manifeste est d'insuffisance aortique.

L'affection qui l'amène à l'hôpital remonte à deux mois environ. A cette époque, elle fut piquée par une mouche au niveau de l'éminence hypothénar de la main gauche. Il s'en suivit un gonflement de l'avant-bras, sans douleurs vives, ni réaction fébrile bien marquée. Les mouvements des doigts ne présentaient aucune gêne à ce moment.

Le gonflement disparut au bout d'une huitaine de jours et la malade crut que tout était fini. Mais dix jours après environ, elle remarqua la présence sur la face antérieure de son avant-bras d'une petite tuméfaction; en même temps il lui devint impossible d'étendre complètement ses doigts.

A son entrée, on constate que la tuméfaction, allongée dans le sens de l'avant-bras, sur une étendue de trois à quatre travers de doigt, occupe la portion interne de la moitié inférieure de l'avant-bras. Il n'y a pas d'altération de la peau, celle-ci glisse sur la tuméfaction. La palpation, non douloureuse, donne la sensation d'empâtement, avec fluctuation nette profonde.

Il n'y a rien du côté du poignet, ni des gaines synoviales de la main. Les os de l'avant-bras ne présentent aucun point douloureux.

Au niveau de la main on constate une griffe, à peine marquée au pouce, allant en augmentant de plus en plus du côté du petit doigt, où elle atteint son maximum.

Les doigts sont fléchis sur leurs deux dernières phalanges, le reste de la main a son attitude normale. Si l'on cherche à étendre les doigts, on voit immédiatement le poignet se fléchir, et l'extension des trois dernières phalanges l'une sur l'autre n'est possible que par la flexion du poignet et des premières phalanges sur les métacarpiens.

La motilité volontaire et la sensibilité sont absolument intactes.

M. NOVÉ JOSSERAND prend la parole ; il pense qu'il s'agit là d'une rétraction des muscles fléchisseurs des doigt sous la dépendance d'une lésion inflammatoire ayant déterminé autour de la portion musculo-tendineuse une collection purulente. Cette rétraction se marque par une griffe digitale vraiment typique.

Le 16 décembre, M. Nové-Josserand fait une incision au niveau de la tuméfaction, en passant entre le petit palmaire et le cubital antérieur. Il ouvre la collection qui laisse s'échapper un liquide séro-purulent, légèrement roussâtre, et place ensuite un drain.

M. BÉRARD. J'ai observé, au printemps dernier, un cas de rétractation cicatricielle des muscles fléchisseurs, développé dans les conditions décrites comme les plus habituelles par Volkmann, c'est-à-dire dans une fracture du coude chez un enfant, traitée par l'immobilisation trop prolongée dans un appareil plâtré trop serré. J'aurai l'occasion de vous présenter cet enfant, lorsque les tractions et mobilisations progressives, pratiquées suivant la méthode de M. Martin, lui auront rendu l'usage de ses doigts.

Plus récemment, j'ai eu dans mon service à la Charité, un petit blessé

dont le cas se rapproche beaucoup plus de celui que vient de vous présenter M. Nové-Josserand.

Ce garçon, âgé de 11 ans, s'était coupé avec un éclat de verre la région interne du poignet; la plaie, béante et infectée quand il entra à l'hôpital au bout de quinze jours, intéressait les parties molles, jusqu'à l'aponévrose inclusivement. Elle avait éraillé partiellement le tendon du cubital antérieur et les plus internes des fléchisseurs superficiels, sans intéresser ni l'artère ni le nerf cubital.

A l'examen de la main, ce qui frappait, c'était l'attitude en *adduction et flexion cubitale* où elle se mettait, dès qu'on l'abandonnait à elle-même, et surtout dès qu'on voulait en forcer l'extension. Cette contracture intermittente du cubital antérieur, déterminée par la mise à nu, l'infection du muscle et ses adhérences avec les parties molles voisines, persista durant plusieurs semaines. Pourtant, à mesure que des pansements plus nombreux amenaient la désinfection du foyer, l'attitude vicieuse se corrigeait d'elle-même. La guérison fut obtenue sans autre intervention sur les muscles lésés.

M. NOVÉ-JOSSERAND. Chez ma malade, je n'ai pas non plus l'intention de faire autre chose que d'évacuer la collection que l'on perçoit dans l'épaisseur des masses musculaires des fléchisseurs. J'espère que la contracture actuelle n'aboutira pas forcément à une rétraction cicatricielle définitive.

*
* *

ANCIENNE FRACTURE DE L'EXTRÉMITÉ INFÉRIEURE DE
L'HUMÉRUS ; ARTICULATION DES OS DE L'AVANT-BRAS
SUR UN CAL DIAPHYSAIRE LATÉRAL ET EXTERNE ; RÉ-
CUPÉRATION DES FONCTIONS DU COUDE.

M. ALBERTIN. — Je vous présente un voiturier âgé de 52 ans qui a eu, il y a six ans, le coude droit écrasé par la roue de sa voiture. Il fut à ce moment soigné à l'hôpital de Villefranche, où pendant deux mois on immobilisa le coude dans un appareil. Progressivement le membre reprit ses fonctions et le blessé reprit son métier de charretier.

Le mode de reconstitution de l'articulation du coude droit présente un intérêt tout particulier. Vous pourrez en juger encore mieux par l'examen de cet excellent cliché radiographique dû à M. le D^r Chanoz.

L'épiphyse humérale a été transportée en bloc sur le côté externe de l'humérus à trois travers de doigt de l'extrémité diaphysaire. Cette apophyse s'est greffée latéralement et a conservé ses rapports avec les extrémités articulaires du radius et du cubitus qui l'ont accompagné dans son déplacement. En dedans de cette néarthrose la pointe diaphysaire inférieure de l'humérus fait saillie sous la peau qui la recouvre à la façon d'un manchon. Les mouvements de flexion et d'extension, de pronation et de supination, se font bien et le membre supérieur a récupéré presque toute sa vigueur.

Cette luxation en bloc de l'épiphyse inférieure de l'humérus accompagné des extrémités articulaires de l'avant-bras est intéressante à noter. Le fait de sa greffe sur le côté externe de l'humérus à 5 centimètres au moins de l'extrémité diaphysaire ne l'est pas moins. Malgré son âge, 46 ans, ce blessé a pu probablement, grâce à un déroulement périostique, faire les frais de l'ossification qui a fixé l'épiphyse sur le côté de la diaphyse. Enfin la conservation de tous les mouvements de l'articulation du coude, malgré ce traumatisme en apparence si grave, est curieux à noter et s'explique par le déplacement en bloc de l'articulation du coude.

M. DURAND. J'ai été appelé à diriger le traitement du malade que M. Albertin vous présente aujourd'hui. Je le vis trois ou quatre jours après l'accident. Il présentait alors une volumineuse collection, hématome infecté, qui masquait le coude et rendait difficile tout diagnostic. La radiographie que vient de montrer M. Albertin me permit de voir ce qui s'était passé et de faire le départ entre les lésions anciennes et les lésions récentes. Le premier traumatisme datait de six ans, avait détaché et reporté en haut et en dehors la partie externe de l'extrémité inférieure de l'humérus. Cette portion s'était hypertrophiée par ossifications nouvelles et fixée à l'humérus. Le traumatisme récent avait fracturé la portion terminale de ce fragment antérieurement déplacé. La collection suppurée fut incisée et drainée, et je suis heureux de voir que mon malade a tiré bon profit de cette intervention. Les mouvements sont en effet assez satisfaisants, ils ne peuvent que s'améliorer dans l'avenir.

M. NOYÉ-JOSSERAND. La restitution ad integrum des fonctions de ce coude est surtout remarquable à cause de l'âge du blessé. Chez les enfants il n'est pas rare de constater des résultats aussi heureux dans les fractures anciennes du coude consolidées en mauvaise position ; chez eux en effet la grande vitalité du périoste favorise l'adaptation des extrémités osseuses, déviées ou exubérantes, à des mouvements voisins de la normale par un modelage progressif.

MM. ALBERTIN et DURAND, interprétant au tableau les radiographies qui se rapportent à ce cas, montrent que dans la masse épiphysaire de l'humérus, fixée à angle droit sur l'extrémité inférieure de la diaphyse, il est facile de reconnaître ce qui revient à l'épiphyse elle-même, et ce qui revient aux néoproductions périostiques.

*
* *

MYOMECTOMIE SUR UTÉRUS GRAVIDE.

M. CONDAMIN. Il semble qu'actuellement la myomectomie, opération avant toute conservatrice, ait perdu du terrain. Les hystérectomies totale et subtotale ont vu leur technique et en même temps leurs résultats s'améliorer sensiblement dans ces dernières années. Aussi, la question de gravité opératoire moindre, mise en avant pendant un certain temps par les partisans de la myomectomie, s'est retournée contre elle sous cette influence et malgré un éloquent plaidoyer de Tuffier, à la Société de Chirurgie, 1900 et 1903, l'opinion générale est qu'une hystérectomie pour fibrome, est moins grave qu'une énucléation au point de vue opératoire et pour l'avenir ne laisse pas de crainte de récurrence.

Nous croyons qu'il n'y a pas lieu de poser la question sur ce terrain et de comparer la myomectomie et l'hystérectomie. La myomectomie a des indications : quand celles-ci n'existent pas, c'est à l'ablation totale que la préférence doit être donnée en face d'un utérus fibromateux.

Pour nous, il y a lieu de tenir compte dans l'appréciation des deux méthodes :

- 1° De l'âge ;
- 2° Du volume et de la situation de la tumeur ;
- 3° Du désir formel de la malade de conserver sa capacité maternelle ou, en d'autres termes, ses espérances de maternité ;
- 4° De la gravidité de l'utérus.

De 28 à 40 ans, la considération tirée de l'âge a son importance. S'agit-il de vierge, il est d'usage de déconseiller jusqu'à un certain point le mariage à celles qui en mani-

festent le désir. Cette conduite est légitimée par les dangers relatifs à la grossesse et à l'accouchement. Pour cette catégorie nous ne croyons pas que la question du maintien des règles soit suffisante pour faire préférer la myomectomie à l'hystérectomie. La malade qui se soumettra à l'une de ces interventions, demandera avant tout de n'avoir pas à y revenir une seconde fois.

Pour les malades mariées, manifestant le désir formel d'une maternité, même au risque de certains dangers à courir, la question de la myomectomie se pose d'une façon non douteuse et, à notre avis, se résout de même. Le chirurgien doit tout faire pour laisser à sa cliente ses espérances ou tout au moins ses illusions de maternité. L'expérience, du reste, est là pour démontrer que les grossesses ne sont pas extrêmement rares sur les utérus fibromateux et, d'autre part, on ne compte plus actuellement les grossesses survenues après une myomectomie conservatrice de l'utérus.

C'est pour cette catégorie de malades que la question du volume et de la situation de la tumeur fibreuse vient souvent faire pencher la balance en faveur de l'opération conservatrice ou de l'hystérectomie totale.

Il est bien évident que nous n'accepterions pas la ligne de conduite de Tuffier qui pratique l'énucléation même quand celle-ci doit porter sur 12 ou 15 lobes fibromateux. Il reconstitue « la loge utérine » et si, immédiatement après l'opération, « l'utérus n'est plus guère présentable » et « ne présente plus une forme humaine », on est surpris de voir, dit-il, combien au bout de quelque temps, la forme et la fonction sont revenues.

*
* *

La gravidité est pour nous une des conditions où la myomectomie s'impose, quand, pour une raison ou une autre, le fibrome n'est pas compatible avec la continuation de la grossesse ou constitue un empêchement à peu près certain à l'accouchement.

Ainsi, dans les deux observations qui vont suivre, l'indication de la myomectomie était tirée, en outre des dou-

leurs, de la quasi certitude que l'accouchement ne pourrait se faire dans le premier cas par la présence d'un fibrome rétro-cervical, refoulant le col derrière la symphyse et pour ainsi dire enclavé dans la concavité du sacrum. Sans doute, on voit parfois de telles masses fibreuses remonter au moment de l'accouchement et laisser libre à la tête le passage pelvien, mais rien ne permet d'affirmer une telle probabilité.

Dans le second, l'obstacle était constitué par un fibrome à développement intra-ligamenteux obstruant également la cavité pelvienne et présentant, en outre, des connexions telles avec l'utérus, que celui-ci, vraisemblablement, n'aurait pas pu se développer jusqu'au terme de la grossesse.

OBSERVATION I. — *Myomectomie vaginale*. — Marie R..... entre à la Charité dans le service de M. le Prof. Laroyenne, le 27 mars 1900.

La malade est âgée de 33 ans. Elle a fait, il y a huit ans, une fausse couche de deux mois. Premières règles à 16 ans, règles régulières, tous les mois, mais durant huit jours chaque fois. Pas de douleurs menstruelles.

Il y a deux mois et demi que la malade n'a pas vu ses règles. Elle se plaint de douleurs dans le ventre, principalement dans le côté gauche et dans les reins. Constipation habituelle, pas de pertes blanches; pas de troubles du côté du rectum et de la vessie.

Actuellement on constate que l'abdomen est gros. On sent une grosse masse sur la ligne médiane. L'épaisseur du pannicule adipeux, ne permet pas de sentir d'autres détails au palper. Au toucher le col est mou, le cul-de-sac gauche est douloureux; l'utérus est volumineux et l'on sent une grosse masse en arrière qui lui est adhérente et qui en épouse les mouvements. Étant donné l'état pigmenté des seins et de la vulve, le volume de l'utérus, ainsi que l'absence des règles, on diagnostique une grossesse d'environ deux mois et demi, compliquée de fibrome.

9 Avril. Opération (M. Condamin). — Ouverture du cul-de-sac postérieur. On attire, avec les pinces de Péan, une grosse masse fibromateuse sous-péritonéale qui est pédiculée sur la face postérieure de l'utérus.

Ligature à la soie sur le pédicule et section. On enlève un fibrome du volume de deux poings. Suites opératoires simples; la malade sort guérie le 30 avril.

Revue quelques mois après, la grossesse suivait son cours normal.

Revue récemment, nous avons su que son accouchement s'était effectué sans incident.

OBSERVATION II. — *Grossesse de deux mois; fibrome à développement intra-ligamentaire.* — X..... âgée de 29 ans, multipare. Entrée le 10 avril à la clinique gynécologique. Suppression des règles depuis deux mois. Annexée à la corne droite de l'utérus, tumeur bosselée du volume d'une tête fœtale; cette tumeur est intimement fixée à l'utérus et peu mobile, ce qui fait présager un développement intra-ligamentaire.

Opération le 12 avril. On tombe sur un fibrome attaché à la corne utérine droite. Décortication, puis ligature de tout le ligament large droit avec extirpation de l'ovaire correspondant.

L'opération ne présente rien de particulier en dehors des difficultés habituelles de la décortication. Capitonnage du ligament large dédoublé et fermeture du tout sans Mikulicz. Suites simples, apyrétiques. Une des premières questions posées par la malade à son réveil fut relative à l'état de sa grossesse. On lui dit qu'on espérait la voir continuer, ce à quoi elle répondit que si elle avait su, elle ne se serait pas fait opérer.

Malgré toutes les précautions qu'on lui fit prendre presque de force, elle fit, au douzième jour, une fausse couche effectuée très rapidement et qui eut peu de suite.

La malade sort guérie.

* *
*

Dans d'autres circonstances, la présence d'un fibrome est la cause de douleurs tellement vives, s'accompagnant de contractures utérines énergiques et en dernier lieu provoquant l'avortement. Ce fait est habituel. La fréquence des avortements dans les utérus fibromateux est une notion

classique. Dans ces cas, n'y a-t-il pas lieu, si surtout la malade en manifeste le désir formel, d'intervenir au cours de la grossesse pour remédier à cette situation. Nous croyons une telle intervention, à l'époque actuelle où les résultats favorables sont la règle générale, parfaitement légitime.

Voici deux autres observations rentrant jusqu'à un certain point dans la catégorie de faits que nous venons d'exposer. Sans doute, dans la première de ces observations, c'est une erreur de diagnostic qui a forcé la main du chirurgien, et lorsqu'il fut constaté qu'il ne s'agissait pas d'une récurrence de kyste de l'ovaire, mais d'un simple fibrome, la ligne de conduite était nette. Chez cette malade, les crises douloureuses étaient telles, que l'indication opératoire en était suffisamment établie.

Dans le second cas, le diagnostic de fibrome, posé d'abord, fut presque abandonné en raison de l'intensité des crises douloureuses qui étaient plus en rapport avec un kyste tordu. C'est donc un fait connu, mais insuffisamment démontré, que la présence d'un fibrome dans un utérus gravide, donne parfois lieu à des douleurs, vraisemblablement de contractions utérines, qui, à elles seules, peuvent légitimer l'intervention.

Sans doute, sur ces quatre cas, il eut deux avortements, mais les conditions dans lesquelles ils se sont produits, relatés dans l'observation, laissent espérer un meilleur résultat en dehors de telles circonstances. D'ailleurs rien ne dit que ces femmes laissées inopérées n'auraient pas eu les mêmes accidents, par le fait seul de leur fibrome et les deux qui ont mené à terme leur grossesse ont probablement bénéficié d'un accouchement normal, par l'intervention qu'elles ont subie.

OBSERVATION III. — *Ancien kyste de l'ovaire; grossesse et apparition d'une tumeur du côté de l'ovariotomie; fibrome; énucléation; guérison.* — Bl. L....., entrée à Sainte-Thérèse, le 3 décembre 1901, âgée de 33 ans. Pas d'antécédents pathologiques importants.

Réglée à 10 ans et depuis cette époque toujours réguliè-

rement. Deux couches, dont une gémellaire; la dernière, il y a trois ans (l'observation relate une série de détails relatifs à l'évolution d'un kyste de l'ovaire qui fut opéré par MM. Condamin et Repelin, le 11 décembre 1901). Elle relate, après l'ablation du *kyste* siégeant sur l'ovaire gauche, l'examen de l'ovaire droit qui paraît normal. Il n'est pas fait mention de l'utérus. On lui enleva, par cette même opération, une hernie ombilicale. Suites très simples; la malade rentre chez elle le 3 janvier 1902.

Le 4 septembre 1903, la malade revient à Sainte-Thérèse, souffrant de nouveau du ventre, chose qui avait complètement cessé depuis son opération. Elle raconte que depuis deux mois ses règles ont été moins abondantes, que ses seins ont grossi, bref, elle se croit enceinte.

Au palper combiné au toucher, on sent un utérus gros, de consistance molle. Au niveau du point où fut enlevé le kyste précédemment, on sent une petite masse *extrêmement* douloureuse qui paraît reliée à l'utérus. Examen du reste assez difficile, en raison de l'embonpoint de la malade. Après plusieurs examens, on s'arrête à l'hypothèse d'une récurrence de son kyste de l'ovaire et l'on propose immédiatement une intervention qui est acceptée.

Laparotomie. On tombe sur un utérus qui, effectivement, est gravide; mais la masse latérale gauche, que l'on croyait un kyste ovarien récidivé, est un fibrome très dur, calcifié dans certains points et dépourvu de pédiculisation. Incision de la coque sur son grand axe et énucléation facile et sans résection de l'enveloppe. Capitonnage et suture.

Cure concomitante d'une légère éventration due à la première intervention.

Suites extrêmement simples et apyrétiques les quinze premiers jours. A ce moment, une voisine de lit, est prise de délire aigu, se jette sur la sœur de service et d'autres malades. L'opérée prête secours pour la maîtriser et, très effrayée de cette scène, demande à quitter la Charité le soir même. En rentrant chez elle (trajet en voiture), elle commence à perdre un peu de sang, ce qui l'effraye. Elle revient

le même soir à Sainte-Thérèse et fait, dans la nuit, une fausse couche de deux jumeaux. Suites apyrétiques.

OBSERVATION IV. — *Grossesse et fibrome; énucléation du fibrome; guérison.*—B., entrée à Ste-Thérèse le 19 août 1903, 34 ans. Pas d'antécédents pathologiques ou héréditaires à signaler. Réglée pour la première fois à 15 ans. Jusqu'à 20 ans, règles douloureuses. Amélioration sensible de ce côté depuis son mariage qui date de 4 ans. Fausse couche de six semaines au début du mariage.

Dernières règles en mars. Au commencement de mai elle commence à sentir une petite grosseur qui augmente progressivement de volume en donnant lieu à des douleurs assez vives pendant la marche. A ce moment survenaient des crises de nausées et de vomissements.

Vers le 15 août, les crises douloureuses vont en augmentant et la malade les compare à des torsions de l'intestin.

A son entrée dans le service, on sent à droite une tumeur assez dure, relativement peu mobile, sensible à la pression et paraissant profondément se relier aux parties latérales de l'utérus. Celui-ci est plus volumineux; la tumeur qui lui est annexée se montre à deux travers de doigt de l'ombilic.

L'observation signale que par le toucher combiné, on constate que la tumeur développée à gauche semble se continuer avec le col. Les mouvements imprimés à la paroi abdominale sur la tumeur se communiquent au col. En raison des phénomènes extrêmement douloureux que vient de signaler la malade, on pense, soit à un kyste de l'ovaire tordu, soit à une lésion annexielle inflammatoire et malgré l'état de grossesse, on propose une laparotomie qui est acceptée.

25 août. Laparotomie médiane en position de Trendelenburg. Pas d'ascite. On tombe immédiatement sur un utérus gravide à gauche et au milieu, bien reconnaissable par sa coloration violacée. A droite on aperçoit une tumeur bosselée, blanchâtre, rappelant assez bien les tumeurs de l'ovaire. Il n'en est rien : elle appartient à l'utérus et est

implantée sur la partie antéro-latérale et comme hauteur sur sa portion moyenne.

La tumeur, à peine pédiculisée, est enlevée par myomectomie sans difficulté. Péritonisation soignée. Malgré cela légère hémorragie au niveau des points de suture. Celle-ci cède à un tamponnement local, légèrement compressif de quelques minutes.

Suites opératoires extrêmement simples. La malade, soumise aux opiacés au début, dans la crainte d'une fausse couche, sort du service le 30 septembre, allant très bien ; on entend le bruit du cœur très distinctement. Revue en novembre, sa grossesse suivait un cours régulier et la malade n'a plus ressenti les douleurs qu'elle éprouvait avant l'opération.

Nous croyons pouvoir résumer cette étude en disant :

1° Les indications de la myomectomie doivent être tirées surtout de l'état gravide de l'utérus, quand celui-ci s'accompagne de phénomènes extrêmement douloureux et persistants ;

2° Quand la situation du fibrome paraît incompatible avec un accouchement normal, il faut intervenir le plus tôt possible pour éviter les risques d'avortements causés par la présence de ce fibrome et surtout les complications possibles au moment de l'accouchement ;

3° Quand la présence d'un fibrome aura déterminé un ou plusieurs avortements, l'indication d'une telle opération se posera d'une façon très légitime ;

4° En dehors de la grossesse, le simple désir de la femme de conserver sa capacité maternelle, sera suffisant au-dessous de 38 à 40 ans pour faire accepter cette intervention.

Séance du 17 Décembre 1903.

Présidence de M. HORAND.

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

*
* *

TRAUMATISME ANCIEN DU COUDE; VOLUMINEUX OSTÉOME
DU BRACHIAL ANTÉRIEUR.

M. REYNARD fait, au nom de M. MOUISSET, une communication sur ce sujet.

M. DESTOT fait remarquer, à propos du malade de M. Mouisset, que les ostéomes du brachial antérieur, consécutifs aux luxations du coude, prennent un développement énorme, surtout chez les jeunes sujets dont l'activité périostique est à son maximum, et il cite l'observation d'un malade du Prof. Ollier dont la radiographie est superposable à celle du malade de M. Mouisset.

On peut voir dans les deux cas que le périoste a été arraché à la face antérieure de l'humérus, sur une longueur que la radiographie permet d'apprécier. La corne osseuse chez le malade de M. Ollier mesurait dix centimètres de hauteur. Le malade guérit grâce à une immobilisation complète et absolue du bras. Des radiographies successives montrèrent la rétrocession spontanée de l'ostéome, et M. Destot insiste sur les effets néfastes du massage pratiqué à outrance et de la mobilisation hâtive dans ces cas.

La pratique de M. Ollier démontre qu'au contraire il faut immobiliser, et il est à peine croyable qu'une exostose de la taille que l'on peut voir sur les clichés a cédé à une immobilisation de trois mois.

L'origine périostique de cette variété d'ostéome n'est pas douteuse. L'âge auquel on rencontre ces cas est là pour le prouver, et les radiographies présentées démontrent très nettement jusqu'à quel point le périoste a été arraché.

Le dernier malade de M. Mouisset a eu son accident il y a dix ans, et il est curieux de constater qu'il ne plaint pas et que ses fonctions sont diminuées mais non entravées. Cela tient peut-être à ce fait qu'à côté de la fracture de l'apophyse coronoïde avec arrachement antérieur du périoste, il existe une fracture de l'olécrâne qui a permis au coude d'être moins serré par les végétations périostiques antérieures.

M. VINCENT. Le cas qu'on nous présente me paraît réclamer une thérapeutique active; pour mon compte, je n'hésiterais pas à faire sauter à la gouge cet ostéome qui forme cale et limite à l'extrême les mouvements de flexion. Ollier, j'en suis sûr, aurait agi ainsi; car une telle opération ne comporte aucun risque.

L'immobilisation secondaire a une réelle valeur, mais seulement pour des ostéomes récents: celui-ci date de dix ans.

M. RUOTTE. M. Destot a incriminé le massage: ce n'est pas toujours cette pratique qui se trouve à l'origine des ostéomes. Pénétré des idées que j'avais entendu soutenir ici, j'ai immobilisé, aussitôt après réduction, une luxation du coude survenue chez un réserviste de 30 ans; on ne fit aucun massage: à l'ablation de l'appareil, on constata la présence d'un ostéome du brachial antérieur.

L'origine périostique de ces productions, je l'admets dans la plupart des cas. Pourtant parfois l'ostéome intra-musculaire est dû à une myosite ossifiante; tel cet ostéome que j'ai extirpé en plein biceps, loin du squelette, et qui s'était développé autour d'une aiguille.

M. DESTOT. Pour le malade de M. Mouisset, la question d'une thérapeutique active ne se pose pas: il s'agit d'un bacillaire avancé, cavitaire, que l'on traite en médecine pour des lésion pulmonaires.

Quant à la myosite ossifiante, on ne doit pas la nier; mais les productions qu'elle détermine sont à distinguer nettement des ostéomes périostiques traumatiques.

Dans le massage, ce qui est condamnable, ce sont les pressions souvent excessives exercées par les doigts du masseur, qui veut écraser les « exsudats » périarticulaires, et qui produit ainsi de petites déchirures périostiques.

M. VINCENT. L'influence mauvaise du massage précoce et actif dans les traumatismes articulaire est indéniable. Je me déclare absolument opposé aux manœuvres qu'a si fort vantées Lucas-Championnière. Elles sont particulièrement dangereuses chez les jeunes sujets et surtout pour l'articulation du coude.

CHIRURGIE CONSERVATRICE DES OSTÉO-SARCOMES ; RÉSECTIONS
DIAPHYSAIRES ET DIAPHYSO-ÉPIPHYSAIRES.

M. MOLIN. — Je vous présente, au nom de M. Gangolphe, un ostéo-sarcome supérieur de l'humérus, dont M. Gangolphe a pratiqué l'ablation chez une jeune fille de 16 ans. Cette tumeur, très volumineuse, avait débuté depuis environ seize mois, s'étendant, suivant la forme classique, de l'articulation scapulo-humérale, respectée dans ses mouvements, jusqu'au milieu de la diaphyse humérale.

Il n'existait, avant l'intervention, aucun signe de généralisation ; l'état général, malgré la longue durée de la maladie, était plutôt satisfaisant.

M. Gangolphe, devant la répugnance des parents et de la malade à accepter une intervention aussi mutilante qu'une désarticulation de l'épaule, profita de cette occasion qui lui était offerte d'appliquer encore une fois, à ce cas, une thérapeutique conservatrice, consistant dans la résection de l'humérus aussi large qu'il serait nécessaire. La veille de l'opération, un large bandage plâtré avait été confectionné de façon à éviter, au membre ballant, tout tiraillement, toute compression pendant la mise en place et la consolidation de l'appareil.

Le manuel opératoire fut le suivant :

On traça d'abord une vaste incision en V renversé, dont la branche antérieure beaucoup plus longue descend sur la face antérieure du bras jusqu'au delà des limites présumées du néoplasme.

Le deltoïde est coupé par le travers, près de ses insertions supérieures et de même le grand pectoral et le grand dorsal sous-scapulaire et le grand rond près de leurs insertions humérale.

Plus bas on sectionne la longue portion du biceps, puis en arrière les sus-épineux, sous-épineux, petit rond et triceps. Alors seulement on peut énucléer par en haut l'extré-

mité supérieure de l'humérus après incision de la capsule. Entre temps, on a trouvé dans l'espace delto-pectoral un gros cordon veineux blanc oblitéré sur un espace de cinq à six centimètres, très dur, qui n'est autre que la céphalique bourrée de néoplasme. Sous le grand pectoral existe également un cordon veineux ; de même nature, s'avancant profondément vers le thorax, une pince peut être posée néanmoins sur ce vaisseau, à distance de la métastase. On sépare le nerf radial de la diaphyse humérale après l'avoir repéré dans la partie supérieure de la gouttière de torsion, l'humérale profonde accolée au nerf est aussitôt liée.

Dans un dernier temps, l'humérus est sectionné à deux bons travers de doigt au-dessous des insertions du deltoïde.

Cette opération s'est passée avec la plus grande simplicité, le paquet vasculo-nerveux du bras, constamment repéré, n'a donné aucun ennui au point de vue de l'hémostase.

A la fin de l'intervention, celle-ci était parfaite, chaque gros vaisseau ayant été lié au fur et à mesure de sa section. Enfin on suture presque totalement la vaste brèche cutanée, sauf à l'extrémité inférieure laissée libre pour un large drainage.

Les suites opératoires ont été très simples jusqu'à présent, pas de suppuration. Malheureusement, cinq jours après l'intervention, la malade, qui toussait légèrement depuis quelque temps, a commencé à expectorer quelques crachats gelée de groseille, qui ne laissent guère de doute sur une généralisation pulmonaire en d'évolution.

Cette intervention est la seconde de ce genre qu'ait pratiqué M. Gangolphe, pour ostéo-sarcome malin de l'humérus.

Il y a deux ans, il réséqua la presque totalité de la diaphyse de l'humérus, ne laissant que les deux épiphyses chez une femme de 35 ans, qu'on lui avait envoyé avec le diagnostic de fracture spontanée due probablement à une ostéomyélite gommeuse. Cette malade a été revue il y a quelques mois, bien portante, par un des médecins ayant assisté à l'opération.

Munie d'un appareil orthopédique construit par M. Aubert, elle peut remplir, dans une petite ville de la Drôme, l'office de servante de café.

M. Gangolphe se propose, dans une prochaine communication à la Société de Chirurgie, de vous donner des détails plus précis sur cette malade, ainsi que sur l'état ultérieur de la jeune opérée dont je vous présente aujourd'hui la pièce.

Il développera devant vous les raisons qui, pour lui, militent en faveur de cette chirurgie conservatrice, même dans les cas les plus malins, estimant que s'il y a récurrence, elle se fait toujours par généralisation, dont les interventions les plus radicales ne mettent pas plus à l'abri les malheureux porteurs de ces affections que la simple résection parostale, toujours mieux acceptée des malades et qui a l'immense avantage, en cas de succès définitif, de respecter l'avant-bras et surtout la main, en qui se résument, comme l'a dit M. Gangolphe, les fonctions du membre supérieur.

*
* *

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA MYOMECTOMIE.

M. VINCENT. Je tiens à remplir tout d'abord l'agréable devoir de féliciter M. Goullioud de sa communication si instructive, parce qu'elle est éminemment pratique et claire. Évitant de se perdre dans des considérations théoriques qui ne laissent rien après elles, il nous a apporté une série de 24 cas de myomectomies pour fibrome pratiquées et suivies par lui avec un sens clinique parfait. En toute loyauté il nous a dit : Voilà ce que j'ai fait, voilà ce que j'ai vu. Il a perdu une opérée sur 24, ce n'est pas une mortalité qui dépasse celle de l'hystérectomie totale. Il fait la myomectomie pour des fibromes sous-péritonéaux plus ou moins pédiculés, uniques ou supposés uniques, facilement énucléables et de préférence sur des sujets jeunes qui ne veulent pas être mutilés, parce qu'elles désirent avoir des enfants.

Je dois avouer que le plaidoyer de M. Goullioud a ébranlé quelque peu mon antipathie pour la myomectomie. J'ai toujours donné la préférence à l'hystérectomie totale que je pratique suivant le procédé de Richelot ou de Doyen. Dans l'exécution, on apporte à ces procédés, suivant les cas, des modifications de circonstance qui constituent des incidents de détail

et ne méritent pas de prendre rang dans la technique, comme on a trop de tendance à le faire aujourd'hui. L'hystérectomie est une intervention radicale qui n'est pas plus et qui est peut-être moins dangereuse que la myomectomie.

Je me suis toujours abstenu de cette dernière opération parce que je crois que la myomectomie :

1° Expose davantage aux hémorragies post-opératoires ;

2° Davantage aussi à l'infection ;

3° Parce qu'elle ne résout pas le problème pathologique d'une manière définitive, dès lors qu'elle laisse un organe ou des noyaux fibromateux susceptibles d'évoluer plus tard ;

4° Parce qu'elle fait courir, par la persistance de parties fibromateuses, le danger d'une transformation du fibrome en tumeur maligne, à la période de la ménopause.

Cette transformation n'est pas une crainte chimérique. Nous l'avons tous observée, rarement il est vrai.

Tous ces dangers sont compensés, dit M. Goullioud, par l'avantage de conserver aux femmes jeunes l'organe gestateur.

Cet avantage est purement moral, car en fait M. Goullioud n'a pas encore recueilli un cas de grossesse chez ses opérées.

Un des côtés les plus sérieux au point de vue physiologique est la conservation des annexes, des ovaires, si importants pour l'équilibre nerveux des femmes. J'ai sans cesse protesté contre la castration. L'ablation des ovaires, dont on a si lamentablement abusé, n'a fait que nuire la mentalité des neurasthéniques. On a augmenté leurs troubles nerveux en les privant de leurs annexes. On est bien forcé de le reconnaître aujourd'hui.

Intimement persuadé du rôle essentiel des sécrétions internes pour l'équilibre nerveux des femmes, j'ai toujours eu soin de laisser les annexes dans mes hystérectomies totales pour fibromes ; bien entendu, il faut les supprimer dans les hystérectomies pour cancer.

Nous pouvons donc avec l'hystérectomie nous assurer le principal avantage de la myomectomie, à savoir la conservation des ovaires. La communication de M. Goullioud nous montre qu'il est possible, sans plus de mortalité, de sauvegarder l'utérus lui-même en le débarrassant de ses fibromes dans telles ou telles conditions qu'il a bien exposées. On est bien obligé parfois de tenir compte des désirs des malades.

Il m'est arrivé aussi de renoncer à l'hystérectomie devant le refus des malades. Je n'ai fait qu'une fois la myomectomie. Il s'agissait d'une femme d'un certain âge qui avait été envoyée à la Charité pour un kyste de l'ovaire compliqué. Ce n'était pas un kyste de l'ovaire, mais bien un fibrome utérin pédiculé très volumineux et devenu kystique. J'excisai le pédicule de la paroi utérine et cette myomectomie me donna le meilleur résultat. Néanmoins, je suis toujours resté partisan de l'hystérectomie

totale, chaque fois que j'ai été autorisé à intervenir pour fibrome en pratiquant la laparotomie. Lorsque l'ouverture du ventre a été refusée, et qu'il y avait des indications déterminées, soit à cause des hémorragies, soit à cause d'un développement sensible des fibromes j'ai eu recours un certain nombre de fois à ce que je pourrais appeler une *myomectomie interne*, sous-muqueuse, par opposition à la myomectomie abdominale externe, sous-séreuse.

Il ne faut pas confondre mon opération palliative avec l'évidement de Péan. Voici comment je procède : Je saisis et abaisse les lèvres du col, je fends les commissures aussi loin que possible. Ces incisions rendent la cavité utérine accessible. Alors j'attaque la partie saillante du fibrome sous-muqueux avec de forts ciseaux ou le bistouri et j'en excise une tranche plus ou moins longue en forme de tranche de melon. Ensuite je pose le thermo-cautère sur les surfaces et je capitonne avec de la gaze aseptique. Je n'ai pas ainsi la cavité anfractueuse d'une énucléation, et par suite moins de danger de rétention et d'infection. Je puis mieux prévenir l'hémorragie et j'ai plus de facilité pour l'arrêter par le vagin qu'on en peut avoir avec les myomectomies abdominales.

J'ai eu quelquefois des hémorragies sans gravité. Le plus gros inconvénient que j'ai observé est la formation d'escharres des parties restantes du fibrome. Leur élimination s'est accompagnée de fièvre dans plusieurs cas, d'autres fois d'un écoulement sanieux apyrétique.

Le résultat final a été chez les jeunes, une régression des portions restantes du fibrome par inhibition nutritive par affaissement ou un simple temps d'arrêt dans leur évolution. Chez les femmes voisines de la ménopause, la régression s'est produite plus souvent, mais elle est imputable en partie à l'influence de la ménopause elle-même.

Un résultat immédiat à peu près constant est la cessation des hémorragies.

On peut comparer la myomectomie par la voie muqueuse à l'action des caustiques et particulièrement du chlorure de zinc, suivant la pratique du professeur Laroyenne.

L'emploi de l'un ou l'autre procédé dépendra des cas, mais nous les réservons l'un et l'autre pour les fibromes sous-muqueux, car les fibromes sous-péritonéaux ne peuvent relever que de la myomectomie abdominale ou de l'hystérectomie totale.

S'il s'agit d'un fibrome petit on arrêtera souvent les hémorragies et le développement du néoplasme au moyen du chlorure de zinc sous forme de crayons, qui sont portés dans la cavité utérine, ainsi que le professeur Laroyenne l'a préconisé dans la thèse du docteur Deydier.

S'il s'agit de fibromes sous-muqueux de moyenne grandeur, et montrant une tendance à grossir assez vite, on pourra recourir à notre procédé de myomectomie par la voie vaginale lorsqu'une femme aura refusé de laisser pratiquer l'hystérectomie totale par la voie abdominale, qui

nous paraît mériter les préférences du chirurgien parce qu'elle n'est pas plus dangereuse et qu'elle procure une guérison radicale et définitive. Elle ne laisse inclus dans la bergerie ni loup ni louveteau.

M. VILLARD. J'ai été surpris et heureux de l'intéressante discussion qu'a soulevée ma présentation d'un utérus fibromateux enlevé par hystérectomie, alors qu'une récurrence était survenue à la suite d'une myomectomie faite dix ans auparavant,

L'importance des communications provoquées par ce sujet m'oblige à revenir sur des points que j'avais à peine effleurés, et à préciser les raisons qui me font préférer l'hystérectomie à la myomectomie, malgré le si brillant et si consciencieux plaidoyer que M. Goullioud nous a fait en faveur de cette dernière.

Je dois dire tout d'abord que la discussion doit être limitée aux fibromes interstitiels les seuls que j'aie eu en vue dans ma communication. J'admets en effet et je pratique la myomectomie pour les fibromes pédiculés sous-péritonéaux avec intégrité de l'utérus; hier encore j'avais recours à cette intervention dans un cas de cette nature.

Dans les fibromes interstitiels, l'hystérectomie me paraît préférable à la myomectomie pour des raisons anatomo-pathologiques et des raisons cliniques.

Anatomiquement, en effet, le fibrome est rarement une tumeur unique, la multiplicité des noyaux est la règle, et bien qu'on en ait dit, la myomectomie ne peut comporter que l'ablation d'un nombre très limité de tumeurs. D'autre part, l'exploration clinique est incapable de déceler les noyaux fibromateux en voie de formation, aurait-on même enlevé tous ceux cliniquement appréciables, qu'il serait très possible de laisser en place de nouvelles tumeurs plus jeunes. Enfin il semble que l'apparition des fibromes soit due le plus souvent à une véritable dégénérescence fibromateuse de l'utérus. Toutes ces raisons nous font comprendre combien est à redouter la récurrence à la suite de la simple énucléation, et si je n'avais peur d'employer une expression trop forte, je dirais qu'au nom de l'anatomie pathologique, la myomectomie est une opération irrationnelle.

En fait, la clinique nous montre la fréquence de ces récurrences; je vous en ai apporté un exemple, M. Jaboulay m'en rapportait un autre identique observé chez une de ses anciennes opérées. D'autres observations de récurrences ont été publiées à la suite d'hystérectomies subtotaux dans le moignon cervical, à plus forte raison peut-on les supposer lorsque l'utérus est conservé entier.

Du reste, ces récurrences n'ont pas toujours la bénignité de la tumeur primitive. Des cas de dégénérescence maligne ont été publiés, et, pour ma part, je mets hors de doute que la tumeur que je vous ai présentée offrait déjà une allure envahissante, étant donné le développement

des veines de la paroi abdominale et l'infiltration de la tumeur dans celle-ci.

Au point de vue clinique, la myomectomie me paraît plus dangereuse que l'hystérectomie. Elle expose à l'hémorragie et à l'infection, les cas que j'ai observés m'ont donné de cette opération une impression très défavorable.

L'hémorragie est particulièrement insidieuse ; nulle au moment de l'intervention, c'est tardivement, dans les heures qui suivent qu'elle apparaît, laissant suinter du sang dans la cavité abdominale, s'infiltrant dans le tissu utérin, distendant la poche d'énucléation. J'ai vu mourir une malade dans ces conditions. M. Goullioud lui-même reconnaît la fréquence des hématomes intra-péritonéaux à la suite de la myomectomie.

En réalité il semble que les vaisseaux sanguins soient momentanément oblitérés par les fibres musculaires de l'utérus traumatisées et contractées, et que, secondairement, le relâchement de celles-ci permette à l'hémorragie de se produire.

Le second danger est l'infection paradoxalement à redouter ; sa fréquence paraît liée le plus ordinairement à l'ouverture de la cavité utérine et de fait celle-ci a lieu toutes les fois où l'on intervient pour un fibrome avec métrorragies, c'est-à-dire sous-muqueux ; mais elle se produit aussi alors que la cavité utérine est respectée et il semble qu'il faille admettre pour expliquer son développement facile le peu de vitalité des tissus dilacérés par l'énucléation, la formation de lambeaux de fibres musculaires utérines souvent déchiquetées et aussi l'épanchement sanguin plus ou moins abondant, infiltré dans la plaie utérine. Cet épanchement sanguin facilitera encore la marche de l'infection vers la cavité péritonéale, et M. Goullioud nous a apporté un fait de ce genre.

On m'a opposé enfin en faveur de la myomectomie la conservation de la fonction ovarienne chez les femmes et une mutilation moindre. Ces arguments me paraissent de peu de valeur, car j'ai toujours l'habitude dans une hystérectomie de conserver au moins un des ovaires, et de fait aucune de mes malades n'a présenté des troubles de la ménopause artificielle. Quant à la mutilation imposée par l'hystérectomie, je la considère comme favorable puisqu'elle débarrasse la femme d'un organe dangereux.

Toutes ces considérations me conduisent à cette première conclusion : l'hystérectomie est au point de vue anatomo-pathologique et au point de vue clinique une opération plus rationnelle et moins dangereuse que la myomectomie.

Le seul avantage de la myomectomie est la conservation possible de la fécondité. Cette indication ne peut entrer qu'exceptionnellement en ligne de compte, et cet argument qui est la pierre angulaire des myomectomistes n'a pas en fait toute la valeur qu'on pourrait lui supposer à

première vue. En réalité, il est rare d'intervenir avant 35 ans pour un fibrome, et la majorité des opérées dépassent 40 ans, c'est à-dire un âge où les chances de fécondation ne doivent plus entrer en ligne de compte. Je ne comprends pas les myomectomies qui ont été pratiquées chez des malades ayant dépassé la cinquantaine et même la soixantaine.

Cette question d'âge restreint déjà beaucoup la valeur de l'argument de la fécondation possible. Si nous examinons maintenant le cas des femmes ayant moins de 40 ans, il faudra que nous nous trouvions en présence d'un fibrome unique ou simplement double nécessitant une intervention, un accroissement rapide ou par des accidents d'hémorragie. L'accroissement rapide devra nous faire redouter, soit la dégénérescence fibromateuse totale de l'utérus, soit l'évolution d'un de ces léiomyomes malins dont on connaît la tendance aux récurrences : l'hystérectomie dans ces cas là nous donnera plus de récidive.

S'agit-il au contraire d'un fibrome hémorragique, l'énucléation s'accompagne certainement de l'ouverture de la cavité utérine, et par conséquent il faudra redouter tous les dangers d'une infection grave.

Enfin si la myomectomie est pratiquée quand même, donnera-t-elle le résultat attendu, c'est-à-dire l'évolution d'une grossesse ? M. Goullioud n'en rapporte aucune observation malgré ses nombreuses énucléations. Il est vrai de dire qu'un assez grand nombre de cas de fécondation ont été publiés, mais on a rapporté seulement les cas heureux, et le pourcentage des grossesses est certainement très faible par rapport aux cas de myomectomies.

En résumé, je considère qu'au point de vue opératoire pur, l'hystérectomie est supérieure à la myomectomie, et que les indications de cette dernière sont très restreintes, en raison de l'âge habituel des opérées et des formes anatomiques des fibromes.

Je reconnais que dans des circonstances exceptionnelles, en présence du désir formellement exprimé par une femme encore réglée, de conserver des chances d'être mère, je recourrais à la myomectomie ; mais en règle générale je préférerais à cette opération si séduisante à première vue, mais si paradoxalement dangereuse, l'hystérectomie totale, si bien réglée dans son manuel opératoire et si définitivement radicale.

M. GOULLILOUD. Si on admet avec M. Villard la légitimité de l'ablation des fibromes sous-péritonéaux sans hystérectomie, on admet par cela même la légitimité de la myomectomie dans des cas de fibromes sessiles ou même encore intra-pariétaux ; car c'est reconnaître qu'il y a des fibromes se développant dans l'utérus sans que tout l'utérus doive dégénérer en noyaux fibromateux, et sans que la récurrence des fibromes doive suivre toujours la myomectomie. Les fibromes sous-péritonéaux les mieux pédiculés ont été à un moment donné sessiles et même interstitiels, on eût donc pu à ce moment guérir les malades par une simple énucléation.

Nous reconnaissons le danger de l'hémorragie post-opératoire, d'où la nécessité de préférer l'hystérectomie dans les fibromes trop vasculaires, d'où aussi l'attention extrême qu'il faut apporter à l'hémostase.

Nous reconnaissons aussi que les troubles dus à la ménopause anticipée après l'hystérectomie sont en général peu importants quand on conserve un ovaire, ce que nous faisons aussi toujours. Ces troubles sont moindres que ceux qu'on observait jadis après la castration. Cependant la conservation de l'utérus a bien, à ce point de vue, un avantage réel, comme aussi au point de vue moral. La possibilité de la grossesse, même réduite, la conservation des règles suffisent à faire préférer l'opération conservatrice quand elle est possible.

Quant aux résultats lointains l'avenir viendra peut-être modifier ou préciser nos connaissances actuelles. Cependant j'ai été frappé de l'excellence des résultats que j'ai observés chez des malades suivies de un à sept ans.

M. Vincent a soulevé la question très intéressante du sarcome possible et de son évolution post-opératoire. Évidemment le moindre doute sur la nature de la tumeur fera pencher pour l'hystérectomie. En s'adressant aux fibromes facilement énucléables on n'a pas à redouter ce danger que nous n'avons pas observé pour notre part.

En résumé, notre expérience personnelle nous engage à rester partisan de la myomectomie, mais avec des indications restreintes.

Séance du 24 Décembre 1903.

Présidence de M. HORAND.

— *res* —

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

*
* *

LES FRACTURES DE LA TÊTE FÉMORALE.

MM. DURAND et DESTOT. — La radiographie a modifié beaucoup, dans ces dernières années, les connaissances que nous avions classiquement sur un assez grand nombre de fractures; nous la croyons encore capable d'ouvrir entièrement un certain nombre de chapitres qui figuraient jusqu'ici seulement pour mémoire dans les traités et de nous révéler des lésions que le seul examen clinique était impuissant à nous faire connaître ou même supposer. Nous nous proposons de vous communiquer aujourd'hui trois observations de fracture de la tête fémorale. Ces trois cas auraient été considérés comme des arthrites post-traumatiques, si les rayons X n'avaient permis de faire le véritable diagnostic et cette erreur doit être assez fréquente, nous ne pouvons nous empêcher de penser qu'un certain nombre de fractures restent souvent méconnues et que beaucoup de raideurs articulaires sont sous la dépendance, après les traumatismes, de fractures méconnues se dissimulant sous le nom d'arthrite. Si nous ne considérons que la hanche, par exemple, nous allons tenter de mettre en lumière deux lésions encore peu fréquemment reconnues dans leur forme bénigne, les fractures

de fond du cotyle dont nous vous entretiendrons prochainement et celles de la tête fémorale que nous allons exposer aujourd'hui.

La littérature chirurgicale n'a pu nous en révéler que trois cas, dus à Birkett (*Medico-chirurgical transactions*, 1869), Riedel (14^e Congrès des chirurgiens allemands, 1885), Braun (*Arch. für Klin. Chirurgie*, 1891).

Nous possédons trois observations personnelles (1); nous ne pouvons donc, avec six cas, tracer le tableau complet de cette lésion, nous ne pensons que l'ébaucher.

Étiologie, pathogénie. — Les fractures de cause indirecte rentrent seules dans notre étude, et se trouvent soit seules, soit comme complication d'une luxation en arrière de la hanche. Dans ce dernier cas, il est possible que le ligament rond arrache une écaille de la tête, comme en témoigne une observation de Mouchet, dans laquelle on vit, à l'autopsie d'un sujet mort après réduction d'une luxation ischiatique, mort due à une fracture du crâne, que le ligament rond avait arraché à son insertion fémorale une partie des bords de sa fossette. Il ne semble pas que ce soit là le mécanisme ordinaire et nous pensons plutôt que ces fractures se font par tassement de la tête contre le rebord du cotyle. Celui-ci fait éclater comme un coin la tête fémorale et, suivant le point de celle-ci où portera le choc, le fragment qui en sera détaché se trouvera plus ou moins considérable. Or, comme l'articulation est à ce moment fléchie, le coin cotyloïdien portera son action sur la partie inférieure de la tête et c'est un fragment inférieur qui sera le plus souvent détaché. Riedel avait admis ce mécanisme dans le cas qui lui est personnel, et avait appuyé cette opinion sur ce fait que la partie postérieure du cotyle, qui avait joué le rôle de coin, s'était elle-même écrasée.

La luxation avait existé dans une de nos observations et dans celle de Birkett et de Braun, dans celle de Riedel, le déplacement du fragment principal n'est pas certain, c'est du

(1) Rapportées dans la thèse récente de Colin (Lyon, 1903).

reste au cours d'une intervention que les constatations ont été faites.

Dans nos deux derniers cas, il n'y avait pas eu luxation, de sorte que l'arrachement par le ligament rond ne saurait être invoqué, et la fracture suppose un écrasement de la tête, moins résistante, contre le bord du cotyle.

Les difficultés que l'on rencontre dans la lecture des radiographies de la hanche chez des sujets souvent très musclés sont telles que, dans une de nos observations, on avait conclu à une absence de lésion, malgré une radiographie, et ce fait démontre qu'il ne suffit pas de faire une radiographie mais qu'il faut surtout apprendre à lire les épreuves et à les interpréter.

Il ne faut pas dire que la radiographie trompe, car elle ne trompe que ceux qui n'ont pas appris à débrouiller les nuages qu'elle fournit. Cette difficulté, dans le cas qui nous occupe, est particulièrement accrue, soit parce que les épreuves n'ont pas la netteté d'un cliché de main, soit parce que l'attitude du patient n'est pas symétrique sur la plaque, soit enfin parce qu'il existe des projections de la tête fémorale déformée. Il faut toujours se méfier de la possibilité d'une déformation congénitale de la tête fémorale, et il faut avoir soin, lorsqu'on fait de telles recherches, de prendre deux épreuves. L'une du bassin complet en plaçant l'ampoule au milieu de la ligne qui unit les deux épines iliaques antéro-supérieures, l'autre partielle, en comprimant avec un cylindre en plomb la hanche incriminée et en centrant ainsi le faisceau de rayons. On arrive ainsi à voir très nettement, soit par comparaison avec la hanche saine, soit sur l'épreuve isolée, la déformation pathologique. Dans nos trois observations, deux ressemblent un peu à des fractures intra-capsulaires du col fémoral, avec cette distinction toutefois qu'au lieu de porter sur le col et d'avoir une simple décapitation, le trait de fracture porte sur la sphère articulaire, et qu'au lieu d'avoir une tête isolée, les deux fragments sont engrainés et solidaires.

Dans la troisième, on constate que le trait de fracture est oblique de haut en bas, de dedans en dehors, et laisse ainsi

un fragment inférieur, tandis que toute la partie supérieure n'a pas été altérée et se continue directement sur le col du fémur.

Cette différence dans les lésions observées explique pourquoi, dans certains cas, il n'existe pas de raccourcissement appréciable du membre lésé, alors que dans d'autres, le léger chevauchement des fragments de la tête peut entraîner une légère diminution de longueur.

Ce sont donc là des fractures par éclatement ou par tassement donnant un fragment libre dans le premier cas, un fragment engrené dans le second cas.

Le sexe joue un rôle étiologique important, cinq de nos cas sont des hommes, l'observation de Birkett seule concerne une femme.

L'âge est compris entre 15 ans (Riedel) et 44 ans (cas personnel). Ce facteur est sans doute important, car à un âge plus avancé, la réfaction des trabécules du col fémoral crée sur celui-ci une prédisposition aux fractures qui localise volontiers sur lui l'action du traumatisme.

Quand il y a luxation, celle-ci exige, pour se produire, une violence considérable, il est à noter, au contraire, que l'une de nos fractures isolées a eu pour origine une simple chute à la renverse. Un homme de 24 ans glissa et tomba de sa hauteur, se faisant par ce faible traumatisme une fracture de la tête du fémur. Ce fait étiologique est à retenir car il semble d'abord peu vraisemblable.

Symptômes. — Ils demandent à être considérés à deux périodes : 1° au moment de l'accident; 2° longtemps après le traumatisme.

1° Les signes immédiats paraissent bien peu nets. S'il y a luxation, ils se dissimulent sous les signes bruyants du déplacement; s'il n'y a pas luxation, ils se cachent sous le masque trompeur d'une violente contusion. Dans le premier cas, si la luxation se réduisait et se reproduisait facilement, on pourrait tout au plus songer à cette lésion, et alors il serait plus logique de penser à la fracture du bassin, plus fréquente. En dehors de la luxation, on pourrait peut-être

songer à la fracture si les signes de contusion étaient particulièrement violents, il est peu probable qu'on puisse faire ce diagnostic sans le secours de la radiographie.

2° Plusieurs mois après l'accident, les malades présentent les signes fonctionnels de l'arthrite chronique de la hanche, raideurs, douleurs, faiblesse musculaire, impotence relative. Nos trois malades accusaient des troubles fonctionnels très marqués, il faut dire que tous trois avaient subi des accidents du travail et exagéraient peut-être leur impotence ; il est établi, cependant par l'examen objectif, que leur hanche fonctionnait comme atteinte d'ankylose incomplète et douloureuse.

Objectivement, nous avons trouvé :

L'attitude était peu modifiée, l'un était en légère flexion, et en rotation interne du membre, la pointe du pied regarde directement en avant. Deux présentaient un léger raccourcissement, peu appréciable à la mensuration, mais accusé à l'œil par l'attitude légèrement hanchée sur le membre blessé.

Les mouvements actifs et passifs sont très diminués, les malades ne peuvent s'accroupir ni croiser leurs jambes, abduction et adduction entraînent rapidement le bassin et sont douloureuses.

Deux présentaient d'importants craquements lors des mouvements, le troisième avait un symptôme très particulier. Ce jeune homme, tombé de sa hauteur seulement, présentait dans sa hanche un claquement très intense, se produisant toujours au même point du mouvement de flexion provoquée. On entendait ce claquement même à distance. Le malade revu en octobre, dix mois après l'accident, huit mois après son entrée à l'Hôtel-Dieu, ne présentait plus ce signe.

La palpation locale ne révèle, dans deux cas, rien de spécial ; dans le troisième, la tête fémorale est manifestement augmentée de volume, saillante dans le triangle de Scarpa, où elle apparaît même à la vue ; elle est douloureuse à la pression.

Le trochanter, non déformé, n'a jamais paru nettement

déplacé, sauf dans un de nos cas où, sans dépasser la ligne de Roser-Nélaton, il était peut-être plus près de l'épine iliaque antéro-supérieure.

Les muscles de la cuisse et de la fesse peuvent présenter une notable atrophie.

Pronostic. — Nous n'avons en vue, dans cette étude, que les fractures discrètes, bénignes au point de vue de la vie, et non les grands traumatismes qui broient la région coxo-fémorale et lèsent les organes voisins.

Le type que nous cherchons à mettre en lumière n'a de gravité qu'au point de vue fonctionnel. La fracture de la tête fémorale a pour résultat de déformer la sphère articulaire et, comme celle-ci prend part à l'énarthrose si parfaite qu'est son articulation, il est facile de comprendre que les moindres mouvements vont faire « accrocher » les surfaces qui roulent l'une sur l'autre et causer ainsi un traumatisme perpétuellement répété. Douleurs, raideurs, attitudes vicieuses, tous les signes étudiés plus haut vont se produire. Le point important serait de savoir quelle va être la durée de ces phénomènes. Sont-ils capables de disparaître ? Il est possible, car le temps et la mobilisation peuvent arranger bien des choses ; nos malades ont été blessés, l'un le 13 février 1903, l'autre en janvier 1903, le plus ancien a subi son traumatisme le 1^{er} mai 1902. Aucun d'eux ne semble près de la guérison. Le pronostic fonctionnel est donc grave et on peut le schématiser en disant que nos malades se comportent comme s'ils étaient atteints de demi-ankylose douloureuse de la hanche. Cette question du pronostic est très certainement subordonnée, d'une part, à l'importance du déplacement fragmentaire et de l'irrégularité céphalique qu'il entraîne ; d'autre part, à la susceptibilité particulière à chaque malade, aux tendances diathésiques qu'il peut présenter.

Traitement. — Au moment de l'accident on ne peut que réduire la luxation si elle existe, le diagnostic de fracture, s'il était fait, ne modifierait guère la thérapeutique. Il est peu probable qu'on ait jamais à intervenir plus activement

dans les fractures limitées que nous étudions. Des complications, luxation du fragment, menaces ou compressions nerveuses, etc., paraissent seules, semble-t-il, indiquer l'opération.

A la période des troubles articulaires, il semble de même que seuls sont indiqués les moyens ordinaires : massages, douches chaudes et de vapeur, électricité, mobilisation active et passive ; peut-être la jeune mécanothérapie, qui n'a pas encore acquis droit de cité parmi nous.

Riedel a pratiqué, trois mois après l'accident, la résection d'un important fragment déplacé, il a eu ankylose de la hanche et nous pensons que les opérations sanglantes seront bien rarement pratiquées et ne viseront que des cas exceptionnels.

M. VALLAS. — Je n'ai pas d'expérience concernant ces cas de fractures parcellaires de la tête du fémur, n'en ayant encore jamais observé. Il me semble qu'au point de vue de la chirurgie orthopédique, ces fractures se rapprochent, dans leurs symptômes et dans leur évolution, des fractures de l'astragale, atteignant le dos articulaire de cet os. Ce sont ces fractures qui demandent d'emblée l'ablation de l'astragale.

Mais pour la tête fémorale, l'indication opératoire ne doit pas être de même ordre ; la résection de la tête fémorale donne, d'une façon générale, de mauvais résultats. Aussi, à moins de douleurs vives, je serais d'avis de ne pas intervenir. Si on était conduit à l'opération sanglante, je conseillerais l'ablation du fragment osseux et non pas la résection de la tête. Le plus souvent on aura l'ankylose de la hanche.

*
* *

KYSTES DERMOÏDES BILATÉRAUX DES OVAIRES ET GROSSESSE.

M. CONDAMIN.—L'étude si complète de MM. Robert Lévy et Paul Guéniot, sur les kystes dermoïdes bilatéraux des ovaires publiée dans le n° 2 de la *Rev. de Gynéc. et de Chir. abdominale* 1902), nous a rappelé une observation intéressante sur

ce même sujet. En étudiant de près les divers cas signalés par ces auteurs, nous avons pu nous convaincre qu'il y avait peut-être, en raison de la fréquence des grossesses observées en pareilles circonstances, lieu de modifier une conduite chirurgicale adoptée généralement et de préconiser, quand la malade est encore éloignée de la ménopause, une intervention plus conservatrice que l'ablation bilatérale des deux ovaires avec la tumeur qu'ils portent. Voici tout d'abord cette observation :

Kyste dermoïde des deux ovaires chez une malade ayant eu cinq accouchements antérieurs, torsion du pédicule de l'un des kystes. Transposition de côté des deux kystes.

M. B....., 36 ans, habitant, 42, rue Vauban, entre à la Charité, dans la salle Sainte-Thérèse, n° 10, le 4 octobre 1897, pour des douleurs qu'elle éprouve depuis quelque temps dans le bas-ventre.

Voici quelques détails sur ses antécédents.

Réglée à quatorze ans, elle l'a toujours été très régulièrement pendant quatre jours et sans douleurs. Depuis deux ans, elle s'est cependant aperçue de quelques irrégularités. Dans ces derniers mois, les règles ont duré plusieurs fois plus de huit jours en s'accompagnant de quelques douleurs; leucorrhée légère. A l'âge de quatorze ans, elle a eu une attaque de rhumatisme articulaire aigu qui dura deux mois et envahit successivement les deux membres inférieurs.

A l'âge de 24 ans, elle a souffert d'une sciatique double. Actuellement, on constate un souffle systolique très net à la pointe du cœur. Elle a eu cinq accouchements antérieurs, tous normaux et à terme. Cependant, au dire de la malade, le dernier, encore récent, s'est accompagné de fièvre puerpérale et de péritonite. Depuis cette époque, la malade a eu à plusieurs reprises des douleurs assez vives dans le bas-ventre. Dans ces derniers temps, celles-ci ont été prédominantes à droite et dans la région lombaire. Il y a dix jours, les douleurs se sont exaspérées en s'accompagnant de quelques vomissements.

A l'examen de la malade, on trouve l'utérus légèrement

dévié à gauche ; à droite, on sent une tumeur légèrement arrondie, peu mobile, rénitente, plus grosse que le poing, indépendante de l'utérus, mais attenante à la trompe droite et au ligament correspondant. Elle est douloureuse au palper bimanuel. On fait le diagnostic de kyste à développement intra-ligamenteux, ou ayant subi la torsion de son pédicule et s'étant créé des adhérences dans le voisinage.

On propose à la malade une intervention, elle refuse, promettant de l'accepter si les douleurs persistent. Elle quitte la Charité le 11 octobre 1897, pour y rentrer le 12 janvier 1898. Les douleurs, en effet, n'ont pas cessé, elles auraient même, à certains moments des règles, présenté un degré d'acuité extrême. L'examen pratiqué à ce moment révèle quelques nouveaux détails. L'utérus est toujours dévié à gauche. La tumeur constatée précédemment à droite paraît plus libre et surtout beaucoup plus mobile. Elle n'a pas sensiblement augmenté de volume. A gauche, on sent une petite masse que l'on croit être un lobe de la masse droite.

Intervention. Le 14 janvier 1898, M. Condamin pratiqua la laparotomie sur le lit de Trendelenburg et en position inclinée. On tombe sur deux kystes présentant les mêmes caractères. L'un est à droite, c'est le plus volumineux, l'autre à gauche.

Celui de droite, le plus volumineux, est en réalité un kyste de l'ovaire gauche, dont le pédicule très long, plusieurs fois tordu sur lui-même, a permis cette migration de gauche à droite. Quelques adhérences épiploïques et intestinales qui sont détachées sans de trop grandes difficultés. Le second kyste situé à gauche est, en réalité, le droit ; comme le précédent, il est appendu à un long pédicule et, comme le premier, a subi une torsion. Il n'est pas adhérent aux organes voisins. Suites opératoires entièrement simples, sans température, la malade rentre chez elle le 28 janvier.

Examen des pièces. Le premier kyste renferme un liquide séro-sébacé, légèrement huileux. Dans son intérieur on trouve des cheveux, une dent et deux fragments d'os. Dans

le deuxième kyste on trouve également et la matière sébacée et un contenu huileux. Dans l'épaisseur des parois, on constate une masse ossifiée, et enfin des cheveux.

Ces deux kystes sont uniloculaires, on ne trouve rien à la surface qui rappelle le tissu ovarien.

Guérison sans complication.

*
**

L'intérêt de cette observation repose sur ces deux faits : cinq grossesses avant l'intervention, dont l'une toute récente et ensuite la disposition croisée des deux dermoïdes, qui faisait que celui de gauche en réalité appartenait à l'ovaire droit et vice versa pour le droit. Mais cet intérêt augmente si on recherche dans les observations publiées antérieurement de kystes dermoïdes bilatéraux, ce qu'il est advenu de la menstruation et de la grossesse en pareil occurrence. C'est ce qui constituera seulement les points que nous voulons étudier. Pour les renseignements détaillés et bibliographiques de cette étude, nous renvoyons le lecteur au travail que nous avons cité, et auquel nous avons fait de nombreux emprunts.

Sur les 97 cas relatés par Lévy et Guéniot auxquels il faut ajouter celui qui nous est personnel, la menstruation, quand les observations en font mention¹, a toujours été signalée comme normale ou à peu près. Si dans quelques-unes il est fait mention de troubles de cette fonction, c'est dans le cas où la tumeur avait subi des modifications importantes de volume ou de vitalité, par exemple après une torsion de pédicule. On peut, d'autre part, considérer les cas où l'état menstruel n'est pas noté, comme ne présentant pas d'absence de cette fonction, sans quoi vraisemblablement les auteurs auraient signalé cette particularité. Donc, au point de vue menstruel, un fait paraît établi, c'est que la bilatéralité d'un kyste dermoïde n'entraîne que tardivement des modifications du côté des règles et, à l'appui de ce dire, on peut invoquer la fréquence des grossesses, soit avant, soit au moment de l'intervention chirurgicale, qui a pu faire

préciser le diagnostic de kystes dermoïdes bilatéraux des ovaires.

Sur les 98 observations auxquelles nous venons de faire allusion, nous trouvons un minimum de 30 cas où des grossesses antérieures à l'intervention ont été notées, mais il en existe probablement davantage. Ces trente faits se décomposent ainsi :

Une seule grossesse avant l'opération est signalée dans cinq cas, ce sont ceux de Lévy et Guéniot, de Bouilly, de Queirel, de Tacheport et de Reymond.

Deux accouchements signalés dans les observations de Guinard, de Le Dentu, de Pernice, de Segond et de Pereire.

La malade de Taylor, avant d'être opérée, eut trois accouchements et une fausse couche ; celle d'Omori et Ikeda, chirurgiens japonais, eut quatre grossesses ; celle de Condamin cinq, celle de Walter six.

On peut se demander si, dans les cas suivants, les kystes dermoïdes n'ont pas excité les fonctions normales de l'ovaire :

Les observations de Routier portent sept grossesses, et cinq fausses couches, celle de Himmelfort neuf grossesses et enfin celle Cullingworth relate la naissance de douze enfants et la production d'un avortement avant l'intervention chirurgicale.

On pourrait se demander si la grossesse peut être possible avec deux dermoïdes des ovaires ayant déjà atteint un volume suffisant pour légitimer une intervention. Voici la réponse : Dans neuf observations, l'opération fut pratiquée sur des malades présentant une grossesse de deux à cinq mois. Plusieurs chirurgiens les virent aboutir au terme normal après l'opération, ce qui, actuellement, n'a rien qui doive nous surprendre. Les opérateurs dans ces neuf cas furent : Thornton, Bantock, Mundé, Flaischen (deux grossesses antérieures), Braün, Mouglin, Merse, Cortiguera.

Mais ce qui est encore plus important et qui nous servira d'argument irréfutable pour établir l'opportunité d'un traitement conservateur dans les cas de kystes bilatéraux des ovaires, ce sont les quatre observations suivantes où les

chirurgiens Mathœi, Schrœder et Terrier eurent l'heureuse inspiration de conserver un fragment d'ovaire, tout en enlevant les deux dermoïdes et la satisfaction de voir leur malade faire, après l'opération, une nouvelle grossesse. Il est difficile de dire si, dans la généralité des cas, il est possible de faire la conservation d'un fragment d'ovaire. Les observations dont nous avons fait mention ne mentionnent pas toujours si un fragment d'ovaire resté sain aurait pu être respecté; mais cependant dans quelques-unes, celle de Potherat, notamment, il est dit que la conservation d'une notable partie d'ovaire sain eût été possible, et si cela n'a pas été fait, c'est que l'attention n'a pas été, jusque là, appelée sur ce point intéressant.

Nous concluons donc, de cette étude, que dans tous les cas de kystes dermoïdes bilatéraux des ovaires, il faudra toujours, quand l'âge de la malade sera au-dessous de 40 ans, vérifier, avant de faire une ablation totale, examiner s'il n'y a pas possibilité de conserver un fragment d'ovaire avec la trompe correspondante, fussent-ils assez profondément modifiés par des phénomènes de compression, et cela non seulement pour conserver une fonction menstruelle toujours utile à cette période de la vie, mais encore pour laisser à la malade la possibilité, actuellement bien prouvée par des faits cliniques, des grossesses ultérieures.

M. VINCENT. — Les cas de conservation d'une partie de l'ovaire, que vient de nous rapporter M. Condamin, m'ont vivement intéressé. Je me demande si je n'aurais pas dû appliquer cette méthode chez une jeune femme que j'ai opérée il y a un an. Cette femme de 34 ans, mère de trois enfants, présentait une tuméfaction bilatérale qui amenait des douleurs constantes.

Je pratiquai la laparotomie, les deux ovaires étaient atteints de dégénérescence dermoïde et étaient prolykystiques, je fus radical, et fit la castration totale des annexes.

M. VILLARD. — Les kystes dermoïdes de l'ovaire ne doivent pas gêner la menstruation, car ils se développent, non pas aux dépens de l'ovaire, mais dans l'ovaire, aux côtés des éléments nobles. D'après les observations que nous venons d'entendre, on pourrait même supposer que les

kystes dermoïdes exciteraient plutôt la fonction ovarique. Les femmes qui les portaient ont été souvent de grandes multipares.

M. COMMANDEUR. — J'ai eu l'occasion d'observer une femme qui était atteinte de kystes papillaires des deux ovaires : elle devint enceinte et eut une môle.

M. DURAND a eu l'occasion d'enlever, pour ainsi-dire accidentellement, au cours d'une laparotomie faite pour toute autre chose, un très petit kyste dermoïde ; il était assez séparé de la portion saine de l'ovaire, et l'ablation, s'il se fût agit d'une jeune femme, aurait pu se faire en conservant l'ovaire. Ces petits kystes sont rarement l'objet d'une intervention et il est intéressant de savoir qu'ils sont faciles à séparer des portions saines de l'ovaire.

M. CONDAMIN. — Chez la malade dont nous a parlé M. Vincent, il y aurait eu danger à faire de la conservation, car à côté des kystes dermoïdes de l'ovaire, il y avait une dégénérescence kystique des organes. Il fallait donc être radical.

Mais lorsque le tissu ovarien paraît sain à côté d'un kyste dermoïde développé dans son intérieur, il faut tenter la conservation.

Le Gérant, D^r VALLAS.

MÉMOIRES

PRÉSENTÉS A LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DE LYON

OPÉRATION CÉSARIENNE CONSERVATRICE

POUR BASSIN CYPHOTIQUE

Par le Dr F. COMMANDEUR

Accoucheur des hôpitaux de Lyon.

La déformation du bassin en entonnoir dont le type le plus parfait est réalisé par la cyphose pure, semble être une de celle où l'opération césarienne semble le moins souvent indiquée. Cela s'explique par ce fait que la dystocie se produit ordinairement au détroit inférieur, que la lésion est rarement extrême et permet souvent l'accouchement spontané ou artificiel à terme ou avant terme. Mais il est des cas extrêmes et complexes où elle devient la seule intervention rationnelle, en présence des mécomptes que donnerait fatalement tout autre genre d'intervention.

L'observation que je présente à la Société de chirurgie de Lyon constitue précisément un de ces cas complexes où l'opération césarienne est la seule ressource qui s'impose à l'accoucheur.

M^{lle} Catherine V..., âgée de 22 ans, entre à la 1^{re} Infirmerie de la Charité le 5 janvier 1903, enceinte de quatre mois et demi.

Dans ses antécédents héréditaires, on note que son frère est bien portant, mais que sa mère est morte à 42 ans d'une bronchite sans hémoptysie après quatorze mois de maladie. Une sœur est morte à 7 ans d'une tumeur cérébrale, un frère

à 8 ans et demi d'une méningite. Un autre frère s'est suicidé au régiment.

Elle-même a été bien portante jusqu'à l'âge de 7 ans. A ce moment apparut au milieu du dos une bosse, d'abord de la grosseur d'un œuf, qui s'accrut peu à peu à mesure que sa taille se tassait. Jamais elle n'a éprouvé de douleurs dans les membres inférieurs, ni de difficultés dans la marche. Elle souffrait seulement dans les reins et était incapable de porter un fardeau. Examinée à ce moment à la consultation de la Charité, on lui conseilla le port d'un corset qui d'ailleurs ne fut jamais fait.

A son entrée dans le service, l'examen nous montre une femme de petite taille, 1^m24, et l'exiguïté de la taille tient surtout au tassement du tronc en hauteur. Le thorax en effet vient au contact du grand bassin, sa base est comme télescopée dans celui-ci. La partie antérieure des dernières fausses côtes plonge tout entière dans le grand bassin et l'angle inférieur de l'omoplate vient au contact de la crête iliaque. La colonne vertébrale présente une gibbosité très développée, formant une courbure concave en avant englobant les huit dernières vertèbres dorsales et les deux premières lombaires. En aucun point la colonne ne forme de saillie à angle aigu. Pas de déviation latérale. Le sternum est fortement projeté en avant avec une courbure vers son tiers supérieur. Bref, l'ensemble du thorax et de la colonne présente les déformations types de la cyphose pure. (Fig. 1 et 2.)

Les membres inférieurs ne présentent pas de déformations rachitiques ; leur longueur : 81 centimètres.

L'examen extérieur du bassin permet déjà de soupçonner la déformation caractéristique du bassin cyphotique. Les ailes iliaques sont éversées en dehors et les diamètres externes donnent à la mensuration :

| | |
|-----------------------|----|
| Conjugué externe..... | 17 |
| Bi-crête iliaque..... | 27 |
| Bi-épine iliaque..... | 24 |

Les fesses sont grêles, étroites, et les deux lignes ilio-trochantériennes au lieu de converger vers le haut convergent au contraire vers le bas. Le losange de Michaelis ne présente aucune asymétrie, mais l'apophyse épineuse de la 5^e lombaire est presque au niveau des fossettes latérales qui ne sont séparées que par un intervalle de 8 centimètres.

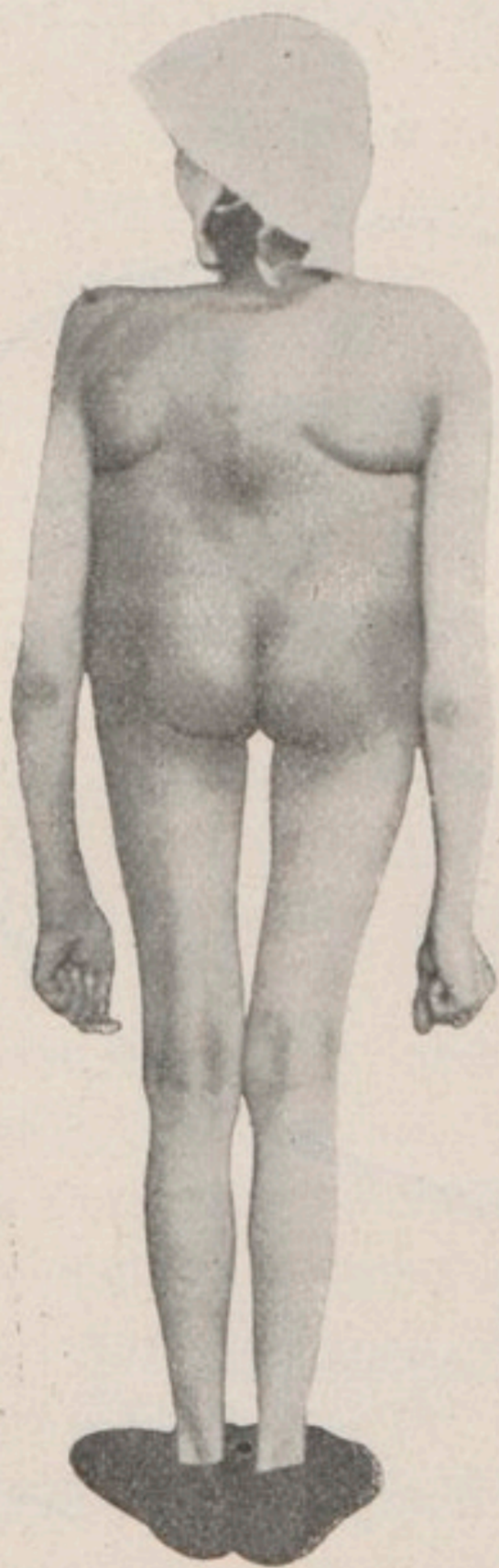


Figure 1.



Figure 2.

L'examen interne par le toucher ne décèle aucune réduction des diamètres du détroit supérieur. Le promontoire est inaccessible. C'est seulement à la partie inférieure de l'excavation qu'on trouve les modifications types du bassin cyphotique à un degré très prononcé. C'est surtout la déformation de l'arcade pubienne qui est accentuée. Elle admet

à peine deux doigts à sa partie supérieure et le diamètre biischiatique, mesuré par les procédés de Frankenhauser et de Tarnier est évaluable à environ 7 centimètres. Les épines sciatiques sont saillantes et rapprochées, le coccy-sous-pubien mesure 8 cent. 3.

La radiographie permet difficilement d'apprécier le contour du détroit supérieur. On a au contraire une image assez claire du détroit inférieur dont l'exiguïté est très re-

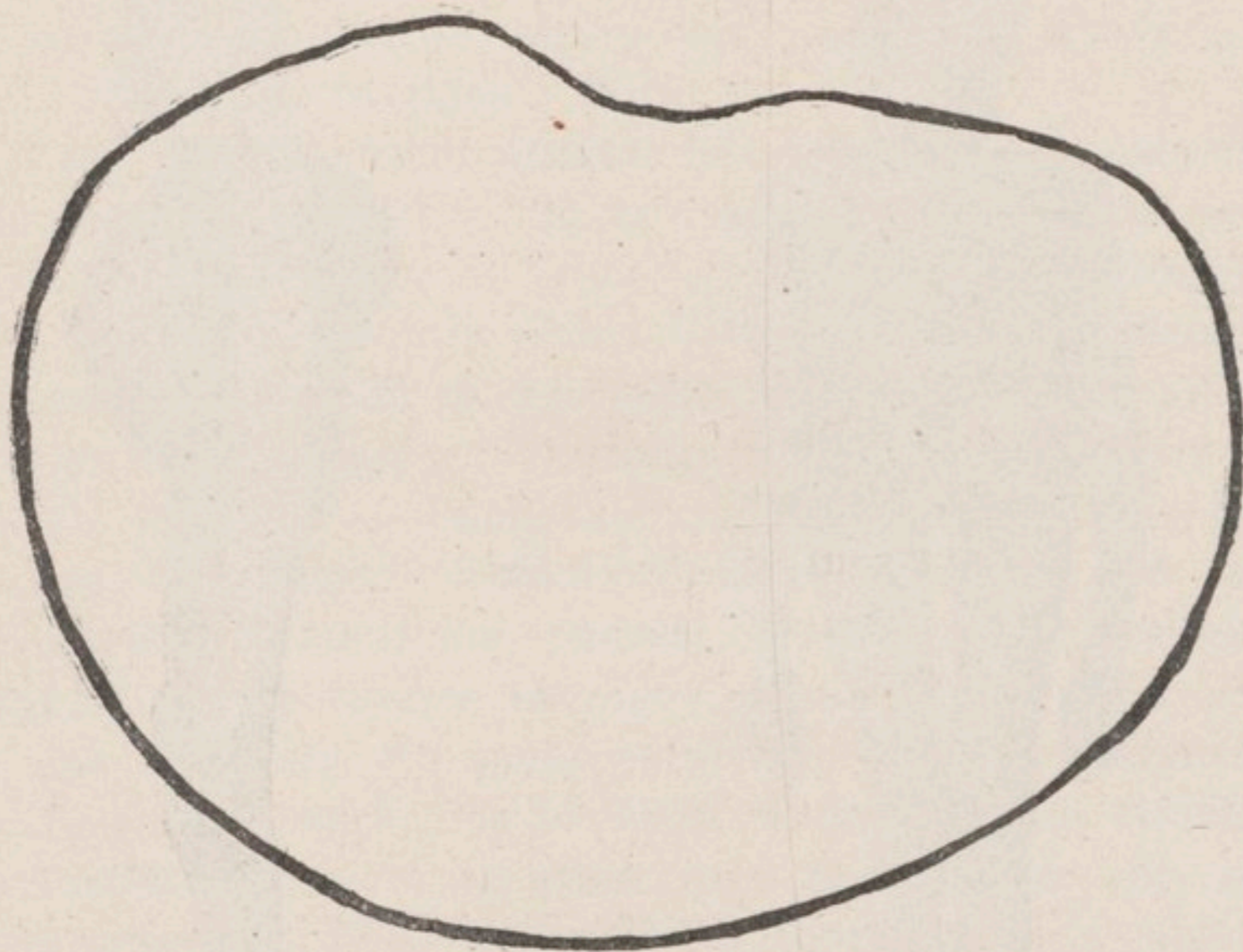


Figure III.

Projection obtenue par la radiographie.

marquable sans qu'il soit possible d'apprécier de façon très précise ses dimensions. (Fig. III.)

Ce qui frappait tout d'abord à l'observation c'était l'étendue extrêmement faible de la paroi abdominale, celle-ci en effet mesure 13 centimètres du pubis à l'appendice xiphoïde et à 7 cent. de l'arcade de Fallope à la 9^e côte antérieure. Cette étendue était si réduite que M. Bérard, qui avait examiné la malade vers le troisième mois de la grossesse, s'était demandé si cette paroi pourrait se distendre suffisamment

au cours de la grossesse, et si cet élément joint à l'angustie pelvienne ne pourrait pas indiquer l'interruption de la grossesse. Au moment de notre examen, l'utérus gravide de quatre mois et demi est déjà en antéversion forte et déborde au-dessus de la symphyse pubienne. Le col est très loin, très élevé, et il nous paraît que l'avortement provoqué aurait présenté des difficultés techniques considérables. Sur le conseil de M. Fochier, qui voulut bien examiner la malade, nous décidâmes de laisser évoluer la grossesse, de tâcher d'atteindre le moment de la viabilité du fœtus, quitte à intervenir dès cette époque s'il survenait quelque accident, mais il devenait évident dans ces conditions que la seule intervention rationnelle était la section césarienne qui fut décidée en principe et acceptée par la malade qui désirait vivement avoir son enfant vivant. La malade fut gardée dans le service pour être surveillée de très près.

Un peu à notre surprise, la grossesse évolua sans accident grave. A six mois et demi l'utérus est en antéversion très marquée, presque tout entier hors du ventre, la paroi abdominale déjà fortement tendue, mais cependant souple permettant de sentir facilement le fœtus qui est en présentation du siège.

A mesure que l'abdomen se distendait la malade accusait des tiraillements et des douleurs. Vers le septième mois la malade s'enrhuma et présente une toux quinteuse violente avec de fortes secousses abdominales. En même temps apparurent quelques contractions utérines douloureuses avec menaces d'accouchement prématuré. Une médication opiacée eut raison de ces accidents qui cessèrent au bout de cinq jours.

La malade supporta assez bien la fin de sa grossesse. Une mutation spontanée se fit qui amena la tête du côté de l'entrée du bassin. A ce moment l'abdomen est toujours pendulum. Le fond utérin regarde en bas et l'axe utérin forme avec l'axe du bassin un angle très aigu. La malade est obligée de rester au lit. Elle garde une attitude accroupie, les cuisses modérément fléchies sur le bassin, le ventre repo-

sant sur la face antérieure des cuisses. La paroi abdominale est très mince, très distendue, permettant de sentir très aisément les parties fœtales.

L'utérus est comme pédiculé hors du plan xiphoïdo-pubien.

La tension abdominale occasionne bien quelques douleurs, mais pas de contractions utérines douloureuses. Le sommeil n'est pas troublé, la respiration peu gênée, l'alimentation se fait assez bien. En somme, l'état général reste bon.

Bien que les dernières règles eussent eu lieu du 8 au 12 août 1902, le terme devait être reculé jusqu'aux environs du 27 mai, la seule date possible de la fécondation remontant au 27 août. Aussi, arrivé à l'approche du terme, je décidai de faire l'opération avant le début du travail et l'opération fut fixée au vendredi 22 mai.

Le matin du 22 mai, en arrivant dans le service je trouvai la malade entrée spontanément en travail pendant la nuit. Les contractions sont fortes, rapprochées, le col est dilaté à plus de 5 francs avec une poche des eaux volumineuse descendant dans le vagin. La tête n'est nullement engagée et non perceptible par le toucher.

La malade est transportée dans la salle d'opération de M. Albertin avec la collaboration duquel l'opération césarienne fut pratiquée.

L'incision de la paroi abdominale fut faite sur le point culminant de la tumeur utérine dans la région correspondante au fond et sur une étendue de 20 cent. L'utérus mis à découvert est d'abord incisé au bistouri dans la partie supérieure de la plaie, puis fendu rapidement aux ciseaux de haut en bas; dans l'angle inférieur on rencontre le placenta. Les membranes viennent faire hernie entre les lèvres de la plaie utérine, on les rompt avec la main. On saisit un pied qui vient facilement au dehors, suivi du siège. Avec deux doigts les membres supérieurs sont extraits. La tête offre une certaine résistance à l'extraction, elle est en effet encerclée par l'anneau de contraction, et il est nécessaire pour l'extraire d'introduire un doigt dans la bouche et de l'attirer comme

dans la manœuvre de Mauriceau. L'enfant est une fille vigoureuse qui crie rapidement. Elle pèse 2890 gr.

Jusqu'à ce moment l'hémorragie est peu abondante. Le placenta est décollé manuellement. L'extraction des membranes demande une certaine attention, car les parties les plus inférieures sont en partie retenues par l'anneau de contraction. L'utérus est luxé au dehors.

La plaie utérine est alors suturée. Elle siège surtout sur le fond et en partie sur la paroi antérieure. Son étendue est d'environ 16 centimètres. Quinze points séparés à la soie, prenant le muscle et la séreuse, sont placés à un centimètre de distance, le péritoine est suturé par un surjet. Après la toilette péritonéale, l'utérus est rentré facilement dans l'abdomen et plonge profondément dans le détroit supérieur.

L'épiploon est ramené sur la face antérieure de l'organe. La paroi abdominale est suturée à deux plans, un surjet est placé sur les deux couches péritonéale et aponévrotique qu'il est impossible de dissocier pour les suturer isolément. La peau est réunie par des agrafes. Après la suture se déclare une petite hémorragie par la vulve qui cesse au bout de quelques minutes de compression utérine.

Les suites opératoires furent simples, à part une élévation passagère de la température à 39°. Elle tomba le troisième jour, le fils furent enlevés le dixième. Bref, la malade est actuellement entièrement guérie. La paroi abdominale reste flasque, relâchée, ratatinée sur elle-même, mais facilement maintenue par une ceinture à plaque.

L'observation de cette jeune femme présente plusieurs points qui méritent d'être signalés et discutés :

La première particularité intéressante est l'atrésie de la paroi abdominale antérieure qui était telle au début de la grossesse qu'il semblait peu probable qu'elle puisse subir une distension suffisante au développement de l'utérus jusqu'à terme. L'évolution de la grossesse jusqu'à plus de huit mois et demi de grossesse a montré que cette crainte était excessive. Le fait est d'ailleurs conforme à ce qu'on peut

observer dans les tumeurs abdominales à grand développement, telles que certains kystes de l'ovaire qui, chez des femmes normales amènent, toutes proportions gardées, une distension plus excessive encore ; celle-ci est bien tolérée par les parois abdominales, grâce à la lenteur de cette distension, ce qui est le cas pour la grossesse. L'utérus, d'autre part, n'a pas subi de contre-coup sensible malgré la pression assez forte que devait exercer la paroi par son élasticité. Ce n'est que vers le septième mois qu'il y a eu une légère menace d'accouchement prématuré, et il semble d'ailleurs qu'à partir de cette époque, les aponévroses étant définitivement forcées, l'utérus ait été plus à l'aise que vers le sixième ou septième mois. Du moins, les sensations de tiraillements et de douleurs étaient-elles moins vives. Il est donc établi que le rétrécissement même excessif de la paroi abdominale est compatible avec l'évolution de la grossesse jusqu'au voisinage du terme et qu'elle ne peut être considérée comme une indication à l'avortement provoqué. Celui-ci, d'ailleurs, à quatre mois et demi de grossesse eût présenté du fait de l'antéversion utérine déjà très accusée à cette époque des difficultés techniques qui eussent pu en faire une opération sérieuse.

Mais en supposant, et l'événement a montré cette possibilité, que l'ampliation de la paroi abdominale permît à la grossesse d'arriver à terme, pouvait-on espérer un accouchement spontané ? Évidemment non. D'abord à cause des déformations excessives du détroit inférieur, le biischiatique mesurant environ 7 centimètres seulement, et d'autre part du fait de l'antéversion excessive de l'utérus, l'axe de celui-ci formait un angle aigu avec l'axe du bassin, ce qui viciait d'une façon complète la direction donnée au fœtus par la contraction utérine. La tête était chassée, non dans le détroit supérieur, mais contre la colonne vertébrale.

Aussi chez cette malade, même après plusieurs heures de douleurs, la tête ne s'était pas engagée dans le détroit supérieur, contrairement à ce qu'on observe ordinairement dans le bassin cyphotique où l'engagement est ordinairement pré-

coce et profond. L'absence d'engagement s'explique par la réduction de la distance puboxiphoïdienne qui créait une sorte de défilé que le fœtus devait d'abord franchir avant de pénétrer dans le bassin.

La constatation de ce fait suffisait pour permettre d'affirmer l'impossibilité de l'accouchement à terme.

Aurait-on pu avoir plus de succès avec l'accouchement avant terme ? Je ne le crois pas. Les conditions anatomiques le rendaient bien aléatoire, d'autant qu'il eût fallu le provoquer tout à fait aux limites de la viabilité et avec la perspective à peu près certaine du terme et par une extraction artificielle de l'enfant. Or, faire une extraction artificielle un peu laborieuse sur un enfant de sept mois augmente considérablement les chances de mort déjà si grandes, du seul fait qu'il est très prématuré.

Pouvait-on espérer plus de succès à terme ou avant terme en pratiquant la symphyséotomie ? Bien des auteurs la considèrent comme une opération de choix dans le bassin cyphotique. Déjà Chantreuil l'avait dit, et les expériences de MM. Jaboulay et Auguste Pollosson ont montré son efficacité pour l'agrandissement du diamètre biischiatique. Elle était cependant contre-indiquée chez cette malade pour deux raisons : l'opération ne peut et ne doit être pratiquée que lorsque la tête est engagée et arrêtée sur les épines sciatiques ou derrière les branches ischiopubiennes. Or, précisément l'engagement ne se faisait pas même après plusieurs heures de douleurs et cela pour les raisons que j'ai énoncées plus haut. On ne conçoit plus dès lors l'utilité de la symphyséotomie.

La deuxième raison a trait aux conséquences éloignées de la symphyséotomie. Celle-ci implique fatalement un certain degré de traumatisme des articulations sacro-iliaques, qui doivent toujours s'ouvrir et bailler plus ou moins. Ce traumatisme articulaire présente une importance considérable ; M. Fochier, dans son enseignement, signale l'inconvénient qu'il y a à traumatiser les articulations des femmes tuberculeuses ou en puissance de tuberculose. Or, les cyphotiques sont souvent d'anciennes pottiques et notre malade

présentait en outre des antécédents maternels et collatéraux des plus suspects. Cette double considération devait nous faire rejeter la symphyséotomie.

Je ne discuterai même pas l'opération de Kraske, c'est-à-dire l'ablation du coccyx et de la pointe du sacrum destinée à agrandir le détroit inférieur de façon définitive. Elle suppose la possibilité de l'engagement qui n'existait pas chez ma malade.

L'opération césarienne était donc la seule opération légitime commandée d'ailleurs par deux faits dominant :

La réduction du détroit inférieur, telle que le dégagement d'une tête d'enfant à terme ou même avant terme, était impossible.

L'antéversion extrême de l'utérus ne permettant pas l'engagement de la tête dans le détroit supérieur.

L'antéversion utérine présente enfin l'avantage de permettre de reporter l'incision de la paroi utérine le plus haut possible sur le fond. Les avantages de l'incision haute ont été démontrés par Caruso, Muller, et nombre d'accoucheurs tendent aujourd'hui à l'adopter. C'est l'hémorragie moindre, l'hémostase plus facile, les risques moins grands de tomber sur le placenta, la certitude d'éviter la section de l'anneau de contraction et d'intéresser le segment inférieur. Nous en avons bénéficié au cours de l'intervention.

Il nous reste à signaler une difficulté qui s'est produite au cours de l'opération au moment de l'extraction de la tête. Celle-ci a été retenue par l'anneau de contraction. Ces difficultés ont déjà été signalées par Demelin, Duchamp. Le plus habituellement une petite manœuvre analogue à celle de Mauriceau, consistant à aller saisir la bouche de l'enfant, suffit pour terminer l'extraction.

ÉTUDE

SUR

QUELQUES LOCALISATIONS PEU FRÉQUENTES

DES KYSTES HYDATIQUES

Par M. Louis GÉRAUD

Médecin principal de 2^e classe à Clermont-Ferrand.

L'étude des ténias et des kystes hydatiques est aujourd'hui suffisamment complète pour écarter les nouveaux essais sur la question. Aussi bien n'entre-t-il pas dans notre pensée d'ergoter sur des faits scientifiques vulgarisés autant qu'ils puissent l'être et moins encore de faire de la compilation bibliographique. Nos fonctions nous ayant appelé à satisfaire en des régions lointaines notre désir de recherches, et le hasard nous ayant fourni des sujets d'observations comme il est rare d'en rencontrer sous notre latitude, nous les avons réunis dans un simple intérêt de collectionneur, parce qu'ils sortaient de la banalité.

De ces observations personnelles, deux ont été insérées, l'une dans les *Archives du service de santé militaire* (9 septembre 1899), l'autre dans le *Bulletin Médical* (8 septembre 1897).

Hormis ces deux publications, les notes rappelées ici ne sont jamais sorties de nos dossiers. Puisse la Société de Chirurgie de Lyon dont les membres éminents nous ont en de fréquentes occasions honoré de la plus touchante bienveillance leur réserver un accueil favorable.

Les observations de kyste hydatique du poumon publiées dans ces dernières années, montrent que cette affection est

le plus souvent une trouvaille d'autopsie. Aussi croyons-nous devoir attirer à nouveau l'attention sur un signe spécial : *la limitation très nette de la zone de matité et de silence respiratoire*, qui, indiqué déjà par Duncan Bird en 1877 (1), nous a permis, dans un cas, de poser un diagnostic exact, et nous paraît devoir être considéré comme tout à fait pathognomonique.

OBSERVATION I.

Kyste hydatique du poumon évacué par vomique (Géraud et Remlinger, *Bull. méd.*, 8 sept 1897.)

Em. (Jules), 22 ans, deux mois de service à la 21^e section d'administration.

Em... est né dans le département du Doubs ; mais depuis cinq années il habite l'Algérie (2) où il exerce la profession d'instituteur. Il a contracté le paludisme et est sujet à des accès assez fréquents. Il n'a jamais possédé de chiens et il a toujours été très peu en contact avec ces animaux.

Il entre à l'hôpital du Belvédère, le 9 janvier 1897, pour une affection dont le début remonte à trois semaines environ. A cette époque, et sans aucune raison apparente, il se mit à tousser. La toux était sèche, quinteuse et n'était suivie d'aucune expectoration. Il n'y avait aucun autre symptôme. L'état général demeurait excellent. Dix jours environ après l'apparition de cette toux, le malade ressentit dans l'aisselle droite un point de côté peu intense qui disparut spontanément au bout de cinq à six jours. Mais à dater de ce moment, la toux se fit plus fréquente et plus violente, et le 6 janvier, le malade, qui jusque-là avait fait son service, se décida à se présenter à la visite. La température était à 39°.

Il fut gardé à l'infirmerie pendant deux jours au cours desquels la température oscilla entre 37°,6 le matin et 39° le soir. Le 8 janvier, la température s'éleva à 40° et le malade fut dirigé sur l'hôpital.

A l'hôpital il se plaint d'une toux sèche, fréquente, sans expectoration. Il accuse un peu de fièvre le soir et c'est tout. L'état général est bon. Le malade n'est pas gêné pour respirer. Il ne ressent dans la poitrine aucune douleur. Pas d'hémoptysie. Pas de dyspnée.

Du côté gauche du thorax, la palpation, la percussion, l'auscultation ne révèlent rien que de très normal. Du côté droit, on ne constate ni

(1) Duncan Bird : Hydatid of the lungs, Melbourne, 1877, cité in *Traité de médecine*, p. 550.

(2) M. Laveran a signalé l'augmentation de fréquence des kystes hydatiques en Algérie. (*Méd. mod.*, 1892, n° 5.)

déformation, ni voussure, mais on observe sous la clavicule une matité presque absolue qui se poursuit sur une étendue de cinq travers de doigt; elle cesse brusquement au niveau du mamelon pour faire place d'emblée, c'est-à-dire sans zone de matité intermédiaire au son pulmonaire normal. Ce son pulmonaire s'obtient sur une étendue de deux centimètres, puis au-dessous commence la matité hépatique qui se poursuit jusqu'au rebord des fausses côtes qu'elle ne dépasse pas. Au sommet du creux axillaire, il existe une zone de sonorité sur une étendue de deux centimètres, puis au-dessous, sur une étendue de trois travers de doigt, on a une matité franche qui, brusquement, fait place au son pulmonaire. En arrière, il existe de la submatité dans la fosse sus-épineuse. La percussion de la fosse sous-épineuse donne par contre de la matité qui s'étend jusqu'à deux centimètres au-dessus de la pointe de l'omoplate. Cette matité n'est pas aussi nettement limitée en arrière qu'en avant. Au-dessous de la zone de matité jusqu'à deux centimètres au-dessous de la pointe.

La palpation révèle en avant une abolition complète des vibrations dans toute la partie du thorax qui est le siège de la matité. On constate en même temps un degré notable de résistance au doigt. Dans l'aisselle et la fosse sus-épineuse, ces vibrations sont simplement diminuées. Elles sont abolies dans la fosse sous-épineuse.

En avant, l'abolition de la respiration est complète dans toute la portion du thorax, siège de la matité. Au-dessous de la ligne de matité, la respiration réapparaît brusquement, absolument normale. Dans l'aisselle et dans les fosses sus et sous-épineuses, la respiration est seulement diminuée. Il n'y a aucun souffle, mais on entend quelques sibilances.

La pectoriloquie aphone, l'égophonie, existent non seulement sous la clavicule droite, mais encore dans les fosses sus et sous-épineuses.

Rien à noter du côté du creux sus-claviculaire. La base du poumon droit ne présente rien que de très normal.

L'appareil circulatoire, l'appareil digestif, le système nerveux n'offrent aucun symptôme à signaler.

La rate est hypertrophiée et sa matité s'étend sur une largeur de cinq travers de doigt.

Les urines ne renferment ni sucre ni albumine.

Les diagnostics d'induration tuberculeuse ou de pneumo-paludisme du sommet droit (1) ne sont agités que pour être éliminés immédiatement. On discute beaucoup plus sérieusement l'hypothèse d'un kyste hydatique, mais finalement la rareté de cette affection, comme aussi le point de côté du début, la toux sèche, la pectoriloquie aphone et l'égophonie, symptômes rarement notés dans les kystes hydatiques, font qu'on adopte plutôt le diagnostic de pleurésie enkystée. Traitement par le salicylate de soude, l'iodure de potassium, la révulsion.

(1) Le malade avait contracté le paludisme en Algérie. Il était encore sujet à des accès et la rate était hypertrophiée de façon très notable.

Les jours suivants, la température descend à 37° où elle se maintient. Les quintes de toux cèdent à quelques potions calmantes, mais les signes physiques demeurent identiquement ce qu'ils étaient lors de l'entrée du malade à l'hôpital.

L'état général continue à être bon, et bientôt le malade demande instamment à reprendre son service, faisant valoir qu'employé aux écritures, il occupe un bureau très chaud et n'est exposé à aucune fatigue. Le 5 février, on accède à son désir, mais à la condition qu'à la moindre douleur ou au moindre trouble fonctionnel, il se présentera à nouveau à l'hôpital.

Le 17 février, — douze jours plus tard, — le malade rentre au Belvédère. Il est pâle, anémié, il a maigri et les quintes de toux qui avaient complètement cessé ont reparu. Il n'y a toujours pas d'expectoration, pas de douleurs thoraciques, pas d'hémoptysies. Mais il existe de la dyspnée (32 respiration par minute).

A l'inspection du thorax, on constate un peu de voussure au niveau des cinq premiers espaces intercostaux du côté droit. Les mensurations pratiquées au niveau du 3^e espace fournissent au profit de ce côté une ampliation de 3 centimètres).

Il y a également une légère voussure du creux sus-claviculaire droit et la percussion y donne une matité absolue qui contraste avec la sonorité obtenue du côté opposé. A droite du creux sus-claviculaire au mamelon la matité est complète. Au niveau du mamelon la percussion donne brusquement, sans la moindre zone de submatité intermédiaire, le son pulmonaire normal. Dans le creux axillaire comme dans les fosses sus et sous-épineuses, la matité est absolue jusqu'à une ligne qui passerait par le mamelon; la démarcation entre la matité et le son pulmonaire est des plus nettes.

L'abolition de la respiration, des vibrations, l'égophonie, la pectoriloquie aphone prêtent à des constatations analogues.

La base du poumon droit est saine; le poumon gauche est sain. Tous les organes sont en bon état.

Le foie, en particulier, est tout à fait normal et ne paraît recéler aucune hydatide.

La limitation si remarquable des signes physiques, leur constance, leur durée, la voussure des premiers espaces intercostaux et du creux sus-claviculaire, imposent aujourd'hui le diagnostic de kyste hydatique et étant donnée l'intégrité absolue de tous les organes, il s'agit certainement d'un kyste hydatique primitif du poumon. L'absence de frémissement hydatique ne saurait infirmer ce diagnostic, car outre que ce signe est très inconstant dans les kystes hydatiques en général, sa présence n'a jamais été notée dans les kystes hydatiques du poumon (1).

(1) Traité de médecine.

Dès le lendemain de l'arrivée du malade à l'hôpital; on projette de ponctionner le kyste et de faire suivre cette ponction d'une injection parasiticide.

Après une antisepsie minutieuse de la paroi antérieure du thorax, on fait sous la clavicule droite, dans le 2^e espace intercostal, une ponction capillaire à l'aide de la seringue de Strauss. On retire un liquide transparent, limpide, qui confirme le diagnostic posé.

Mais comme on s'apprête à remplacer par l'aiguille de l'appareil Pottain, l'aiguille de la seringue de Strauss, le malade est secoué par une violente quinte de toux (1); il ressent dans la bouche un goût de sel, et au milieu de quintes très vives il rend environ un litre de liquide aqueux transparent à saveur salée, filant, au milieu duquel nagent de nombreuses membranes blanches.

La communication des kystes avec les bronches fait renoncer à l'injection parasiticide. L'expectoration (2) se poursuit pendant toute l'après-midi et la soirée. Une potion au kermès est administrée dans le but de favoriser l'élimination la plus complète possible du kyste. Le soir, la température atteint 40°. Potion calmante pour la nuit.

Le lendemain 19 février, l'expectoration reprend avec les mêmes caractères. Le malade est un peu fatigué, un peu courbaturé par cette expectoration continuelle. Mais à part de la fièvre, il ne présente aucun symptôme à signaler. En particulier, pas d'urticaire. Température 39° le matin, 40° le soir.

20 février. Température 38° le matin, 38°,6 le soir. L'expectoration continue. La matité est remplacée sous la clavicule droite et — mais à un moindre degré — dans les fosses sus et sous-épineuses par une sonorité exagérée. Les vibrations sont augmentées; la respiration s'entend rude et soufflante partout où, avant l'évacuation du kyste, existait un silence respiratoire. Des râles humides, donnant parfaitement l'impression de gargouillement, complètent ces signes cavitaires.

Antisepsie de la bouche et du pharynx. Térébenthine à l'intérieur de façon à s'opposer à la suppuration de cette poche.

(1) L'aiguille de la seringue n'a pénétré dans la poitrine que d'un centimètre environ. Il est peu vraisemblable qu'elle ait elle-même perforé une bronche. La perforation de la paroi kystique a été sans doute le point de départ d'un réflexe violent qui a provoqué une forte quinte de toux. C'est à la faveur de cette quinte que le kyste s'est rompu dans la bronche.

(2) L'examen microscopique du liquide kystique a montré des échinocoques très nombreux et tout à fait typiques avec leurs ventouses, leur couronne de crochets et leurs corpuscules calcaires. Quelques crochets nageaient en liberté dans le liquide. Les deux centimètres cubes de liquide prélevés aseptiquement à l'aide de la seringue de Strauss ont été ensemencés sur différents milieux nutritifs. Tous ces ensemencements sont demeurés stériles. L'absence de germe dans les kystes hydatiques est du reste chose connue.

21 février. Température 37°,8 le matin, 39° le soir. L'expectoration a beaucoup diminué.

23 février. Le malade ne tousse ni ne crache plus. La température est redevenue normale et elle ne cessera plus de l'être. On assiste peu à peu à la réparation de la cavité intra-pulmonaire. L'état général se relève rapidement.

30 mars. La réparation de la poche est complète. A la percussion, à la palpation, il n'existe aucune différence entre les deux côtés.

Le 2 avril. Le malade quitte l'hôpital du Belvédère complètement guéri et avec un congé de convalescence d'un mois.

Nous le revoyons le 10 août, et il a repris son service et ne se plaint absolument de rien.

L'état général et l'état local sont de tous points excellents.

Ce malade, en résumé, a présenté au sommet du poumon droit les signes classiques d'un épanchement pleurétique : matité, abolition des vibrations, abolition de la respiration, pectoriloquie aphone, égophonie. Pas de souffle; mais on sait que dans la pleurésie le souffle peut manquer. Ces signes différaient de ceux de la pleurésie non seulement par leur siège (les pleurésies enkystées des sommets sont exceptionnelles), mais surtout par ce fait qu'au lieu de s'atténuer *progressivement* au fur et à mesure qu'on se rapprochait de la partie de la séreuse demeurée saine, ils cessaient *brusquement* de se manifester. Le kyste hydatique du poumon peut seul, croyons-nous, rendre compte de cette particularité qui acquiert ainsi une véritable valeur pathognomonique. Elle doit être pour le diagnostic du kyste hydatique du poumon ce qu'est pour le diagnostic des kystes du foie et de l'abdomen le frémissement hydatique. Il serait bien à désirer que ce signe-là se montrât moins inconstant que celui-ci.

OBSERVATION II.

Kyste hydatique du poumon évacué par l'aisselle gauche.

P... (Pierre), 11^e escadron du train des équipages, de la caserne Forgemol, à Trèves. Originaire de Machelmel (Loire-Inférieure).

Entré à l'hôpital du Belvédère le 14 février 1899 avec diagnostic : Adéno-phlegmon de l'aisselle et du bras gauche, compliqué d'arthrite de l'articulation scapulo-humérale et de lymphangite.

Antécédents héréditaires : Parents bien portants.

Antécédents personnels : Maladies habituelles de l'enfance.

Exerce le profession de roulier. Fait volontiers usage de salades et de légumes crus depuis son incorporation en Tunisie.

État à l'entrée : Pas de traces constatées de ténia. Pas de dysenterie antérieure. Constitution robuste. Bonne musculature. En Tunisie depuis six mois. Le malade présente un gonflement très marqué de toute la région scapulo-humérale gauche depuis la base du cou jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'insertion du biceps. Sous l'aisselle un engorgement considérable effaçant la cavité normale. Pas de fluctuation nette. L'examen est rendu difficile par l'impotence du malade et la douleur provoquée au simple attouchement. De plus, une toux sèche, spasmodique, sans expectoration empêche le décubitus dorsal. Le malade ne peut dormir que dans la position assise et la toux est devenue fréquente dans la dernière semaine qui a précédé l'hospitalisation.

Température, 40°,2 : pouls, 85.

Légère dyspnée. Pas d'hémoptysies. Pas d'expectoration. Auscultation normale à droite. Matité sur quatre travers de doigt en avant et en arrière depuis la clavicule jusqu'au-dessus du rein gauche. Pas de submatité intermédiaire au-dessus de la zone de matité. La sonorité est normale dans tout le reste du poumon.

Abolition complète des vibrations en avant et en arrière sur la zone mate. Abolition de la respiration dans la même zone. Ni souffles ni sibilances.

Les quatre premiers espaces intercostaux sont effacés. Pectoriloquie aphone dans la même zone. Douleurs thoraciques claviculaires.

Le diagnostic de pleurésie enkystée semblerait s'imposer si le souvenir du malade traité en 1897 dans le même hôpital et qui a fait l'objet d'une de nos observations ne nous était resté.

Il n'a jamais eu de vomiques.

Tous les organes fonctionnent bien ; rien aux urines. Foie débordant de 0,01 au-dessous des fausses côtes droites.

Rate sensiblement hypertrophiée.

Le 15 février, une incision est pratiquée dans le creux de l'aisselle. Écoulement de pus bien lié d'abord. L'introduction de la sonde donne cours à un écoulement de pus, non plus aussi lié, puis aussitôt à un liquide séro-purulent dont la couleur pâlit à mesure de la sortie. Le malade présente en ce moment de la dyspnée au lieu du soulagement attendu. Une toux spasmodique quinteuse active l'évacuation du liquide tout à fait limpide, sauf stries sanguines à la fin.

La toux persiste, quoique bien diminuée pendant la journée du 15 et la nuit du 15 au 16 février.

Température du soir, 38°. Pouls, 72.

Analyse du liquide : le premier pus évacué sous le bistouri n'a rien

présenté de particulier. La collection, mise de côté après l'introduction de la sonde, contient des débris de membranes conjonctives à cellules allongées, aplaties en voie de dégénérescence. Dans le liquide plus limpide de la dernière collecte on constate la présence de nombreux crochets sans couronnes.

17 février. La matité fait place à de la sonorité dans la fosse sus-épineuse gauche et sur les quatre premiers espaces du même côté en avant. Vibrations rétablies. Respiration rude, quelques râles humides.

Température du matin, 37°,3. Pouls, 72.

Sortie le 15 avril par convalescence; il ne subsiste alors qu'un léger degré d'induration du poumon gauche.

Ici encore il faut souligner la brusquerie de transition entre la zone mate et la zone sonore du poumon, brusquerie de transition ne se réduisant pas à la matité, mais à toute la symptomatologie par nous passée en revue. Pectoriloquie aphone. Absence de murmure vésiculaire des vibrations, etc. La valeur pathognomonique de cette brusquerie de transition entre la présence et la suppression de symptômes particuliers à la pleurésie des sommets trouve dans cette observation nouvelle une nouvelle confirmation.

OBSERVATION III.

Kyste hydatique du mésentère. — Marsupialisation. (M. Géraud, médecin-major de 1^{re} classe. (*Archives de médecine militaire*, 1893.)

V..., du 3^e bataillon d'Afrique, âgé de 24 ans, entré à l'hôpital de Tunis le 21 avril 1897, dans un état d'amaigrissement extrême, contrastant de façon singulière avec le développement anormal du ventre.

Au passif du malade, des bronchites fréquentes dans la première jeunesse. Il a tenu garnison depuis 1894 à Kébili dans l'extrême sud de la régence et à Gabès, où il a été hospitalisé pendant huit jours en 1896. La perte des forces et l'amaigrissement dateraient de cette époque, comme aussi le ballonnement du ventre devenu sensible alors au point de rendre pénible le port de la ceinture de laine. La gêne douloureuse s'exagère encore dans la troisième hospitalisation à Gabès après deux courts séjours à Mosinato et à Tatahouine. La douleur se généralise en même temps que se dessine davantage la saillie abdominale, uniformément répartie au flanc droit et au flanc gauche avec crête très accusée dans la ligne blanche. Telle est la physionomie du malade à son entrée.

Les bruits du cœur sont mal timbrés et sourds. Aux deux poumons des râles nombreux, plus denses aux sommets. Expectoration abon-

dante, épaisse, adhérente, presque nummulaire, sans bacille de Koch. Traces d'albuminurie dans les urines. La percussion délimite une matité absolue depuis le sternum jusqu'au pubis, d'un hypochondre à l'autre, et cela dans toutes les positions.

Le flot est aisément provoqué, sans frémissement. On se rend très bien compte que la masse liquide n'est pas tout à fait superficielle et qu'une couche épaisse de tissus est interposée entre la nappe fluctuante et la main. La matité abdominale se confond tout d'abord avec la matité hépatique. Cependant il est possible de délimiter le bord antérieur du foie, immédiatement au-dessous des fausses côtes, l'épaisseur de la bande étant de 6 centimètres. Quant à affirmer la continuité ou à la contiguïté de l'organe biliaire avec la masse morbide, il n'y faut pas songer. L'intestin est tout entier recouvert par cette cuirasse, dont il reste à déterminer la nature. Le rein et la rate ne semblent pas intéressés. Les téguments ont une teinte terreuse qui jointe aux plissements des traits de la face donne au sujet un air de souffrance et miséreux. A ces signes s'ajoute un état gastrique sans fièvre, l'appétit est diminué, la langue est sèche, fendillée.

Une ponction exploratrice est pratiquée le 25 avril, à l'aide de l'appareil Potain. On retire deux petits verres de liquide louche, et au moment où le trocart est enlevé, la plaie donne issue à de la matière colloïde. L'examen au microscope révèle la présence de cristaux de cholestérine et de crochets en petit nombre.

Le diagnostic de kyste hydatique étant ainsi posé, et le malade exprimant le désir d'être opéré, il est décidé en consultation des médecins de l'hôpital qu'il sera procédé, le 27 avril, à l'ouverture du kyste.

27 avril. La laparotomie médiane est pratiquée. Il a été convenu d'avance que l'intervention se réduirait à une marsupialisation si les adhérences de la poche ne permettaient pas de faire la cure radicale.

Par une incision de 12 centimètres ayant pour centre l'ombilic, le kyste est mis à jour. Il est par places adhérent à la paroi abdominale ; mais par des entrebâillements, l'intestin apparaît faisant hernie à droite et à gauche, à la partie supérieure de l'incision principalement. Avec beaucoup de peine est attaquée la poche, par l'aiguille de Reverdin et de nombreux points de suture au catgut fort la relie aux deux lèvres de la plaie, après que l'exploration avec les doigts a permis de constater des adhérences tellement intimes entre le kyste et la masse intestinale à sa partie profonde, qu'il y aurait folie à risquer l'énucléation. La poche dont les tuniques sont épaisses, au point de se laisser difficilement entamer par le couteau, est alors incisée entre les deux lignes de suture, et s'il s'en échappe à flot de la sérosité louche, grumeleuse, dans laquelle nagent des membranes déchiquetées et macérées, de toutes dimensions jusqu'à 6 et 8 centimètres, des vésicules de tous volumes, depuis la noisette jusqu'à l'œuf de poule, les unes intactes, les autres

éclatées. Par expression des parois on en fait jaillir de partout, et en telles quantités, qu'on a de la peine à comprendre les dimensions du sac qui les renferme. Plus de cent vésicules sont rejetées en cette première séance.

Quand la paroi du kyste vient s'appliquer sur l'ouverture par pression des hypochondres, on la voit tapissée de plaques blanches très adhérentes, très épaisses, de nature calcaire et formant à l'intérieur un revêtement à peu près ininterrompu. La main, promenée dans la cavité kystique, rencontre des cloisons très résistantes, évidemment dues à des soudures partielles de revêtement calcaire ci-dessus décrit. On se rend facilement compte que le soulèvement ou le déplacement de la poche entraîne l'intestin.

Vers le foie le cul-de-sac kystique est abordable avec les doigts qui lui impriment des mouvements de retrait sans action sur la glande hépatique.

Dans ces mouvements le sillon déjà signalé entre le rebord antérieur du foie et la zone de matité s'élargit de manière sensible. Le kyste a bien ses attaches dans le mésentère et non dans le foie.

L'incision a permis de mesurer l'épaisseur de la poche qui dépasse deux centimètres. Les différentes tuniques sont farcies de carbonate de chaux, on dirait par places d'une ossification véritable.

Une sonde à double courant fouille les diverticules que la main ne saurait atteindre et permet de reproduire sur les téguments les dessins du kyste. Nous ne saurions mieux le comparer qu'à une cornemuse à grande courbure, orientée vers le flanc gauche, le grand cul-de-sac occupant l'hypochondre droit et la petite tubérosité obliquant vers le foie.

Par cette même sonde, il est fait un abondant lavage à l'eau bouillie. Sous l'action du courant des vésicules retenues derrière les cloisons sont encore chassées au dehors; mais pour ne pas exagérer la durée du sommeil il est procédé au pansement. Mèche de gaze iodoformée par dessus laquelle on applique plusieurs couches de la même gaze, de l'ouate de tourbe et un bandage de corps. Diète lactée. Température du soir, 37°,6.

28 avril. Le pansement est souillé de telle sorte que sa réfection s'impose. Température du matin, 37°, du soir 37°,5.

Le lavage à la sonde entraîne une collection nouvelle de vésicules teintées en jaune vert ou gris.

Toux pénible provoquée par des mucosités bronchiques abondantes.

Expectoration difficile de par le décubitus dorsal et l'immobilité nécessaire.

29 avril. Lavage et expulsion de six vésicules. Lait glacé. Lavement laxatif. Pas de fièvre. Même état pulmonaire que la veille.

Du 30 avril au 14 mai. Le lavage quotidien provoque chaque jour la sortie de vésicules pleines ou à l'état de débris.

14 mai. Le courant ne ramène pas de vésicules, mais l'eau qui sortait

limpide auparavant prend une teinte louche, et sont recueillis pour la première fois quelques débris calcaires. Le revêtement intérieur de la poche donne maintenant l'impression d'une mosaïque en ruines, les pierres calcaires alternant avec des bourgeons charnus imprégnés de matière purulente. Pendant toute cette période le thermomètre oscille entre 38° et 39°.

15 juin. Sous l'influence de la suppuration les plaques calcaires ont diminué en étendue, mais on en rencontre encore formant îlots et tellement adhérentes qu'il faut renoncer à les arracher.

1^{er} juillet. Le sac, aplati et soudé, ne présente plus qu'une cavité restreinte, et la sonde ne pénètre plus dans l'ouverture artificielle que de quelques centimètres. Néanmoins par cette ouverture, notablement rapetissée, elle aussi, on distingue encore des débris de plaques.

Toute tentative d'arrachement d'un îlot provoque une hémorragie et une douleur assez violente.

En septembre, il reste un court trajet fistuleux dont le stylet mesure la longueur (5 centimètres environ), lequel fournit encore un peu de sanie purulente et de poussière calcaire. A l'émaciation des premiers jours a succédé un fort embonpoint. L'état général est aussi satisfaisant que possible.

La sortie est prononcée le 4 janvier 1898.

M. le pharmacien de 1^{re} classe Roeser a bien voulu analyser le contenu de la poche, et nous reproduisons ici le résultat de son examen.

De très nombreuses vésicules de volume variable existent au niveau d'un magma de matières albuminoïdes grasses, dans lequel l'examen microscopique décèle : 1° de rares crochets d'échinocoques ; 2° des cristaux de cholestérine ; 3° des amas très réfringents de matières grasses en globules ou cristallisés en fines aiguilles agglomérées le plus souvent en petites masses sphériques, radiées ; 4° des granulations calcaires, carbonate et phosphate de chaux.

Les vésicules sont formées de la membrane anhiste à couches concentriques, particulières aux kystes hydatiques, et d'un liquide clair comme l'eau. Elles sont généralement très fragiles, se rompant à la moindre pression, et cela d'autant mieux qu'elles sont plus grosses. Dans l'intérieur ou sur les parois des vésicules on ne trouve pas traces d'échinocoques. Quant à la membrane, elle est le plus souvent opaline, plus rarement teintée en jaune plus ou moins clair ; le liquide intérieur est toujours incolore. Il nous a été possible d'isoler de quelques vésicules restées intactes 72 grammes de liquide. Les autres vésicules s'étant rompues, leur contenu s'était quelque peu mêlé au magma environnant et n'offrait plus la pureté relative que nous tâchions d'obtenir.

L'analyse a donné les résultats suivants :

Réaction franchement alcaline.

Densité (prise au flacon à 15°) : 1.

Résidu d'évaporation : 14,180.

Le résidu laissait par calcination :

| | | | |
|---|--|---|-----------|
| 8 gr. 486 de cendres se décompo- sant en.... | Cendres solubles dans l'eau, 7 g. 56. | Chlorure de sodium..... | 6,304 |
| | | Sels (carbonate, phos- phate de potasse), traces. Sels de soude et de ma- gnésium, traces. | ... 1,241 |
| | Cendres insolu- bles dans l'eau. | Sels (carbonate, sulfate, phosphate) de chaux... | ... 0,712 |
| | | Sels de magnésie, pertes..... | 0,214 |

Les matières organiques correspondant à 6 gr. 294 pour 1000 centi-
mètres cubes se décomposent ainsi :

| | |
|---|-------|
| Albumine précipitable par la chaleur et l'acide acétique | 0,970 |
| Matières grasses | 0,285 |
| Matières extractives indéterminées | 5,039 |

Le glucose existe en trop petite quantité pour être dosé, surtout étant
donnée la petite proportion du liquide recueilli.

Les recherches chimiques ou micro-chimiques des diverses substances
signalées dans le liquide des kystes hydatiques n'ont donné que des
résultats négatifs, tels sont : l'acide succinique, les peptones, la cholesté-
rine, l'inosite, l'urée, l'acide urique, les oxalates, la tyrosine, la xan-
thine, la créatine, l'hématoïdine, les acides biliaires. Quelques réac-
tions calorimétriques, sur ces substances extractives, après sépara-
tion de l'albumine précipitable par la chaleur et l'acide acétique, ont
donné très nettement les colorations rapportées aux matières albumi-
noïdes. La trop faible quantité de liquide à examiner n'a pas permis de
pousser plus loin les recherches.

Il n'est pas sans intérêt de rappeler la présence de la
cholestérine dans le magma très abondant au milieu duquel
existaient les vésicules qui, par suite de leur fragilité, et
sous des pressions extérieures pouvaient se rompre et laisser
échapper leur contenu liquide. Ce dernier se résorbait-il et
les substances extractives qu'il contenait subissaient-elles
des régressions qui donnaient, entre autres produits, de la
cholestérine? D'autre part, les matières grasses et les sels
calcaires par suite de la soustraction d'eau, se précipitaient
en granulation ou venaient se déposer en larges plaques à
certains endroits de la poche principale qui présentait alors
des parois comme ossifiées. Dans ces dépôts se trouvaient

des carbonates et des phosphates de chaux avec traces de magnésie.

« L'avenir des malades atteints de tumeurs solides ou liquides du mésentère est très sombre si on les abandonne à eux-mêmes, la mort en est le terme presque obligé. Heureusement la chirurgie est venue modifier le pronostic, aussi bien pour les kystes que pour les tumeurs solides. » (Bégouin : Tumeurs solides et liquides du mésentère, *Revue de chirurgie*, 10 mars 1898).

L'observation qui précède est une preuve nouvelle à l'appui de cette assertion.

Contre les kystes du mésentère, quatre sortes d'interventions peuvent être mises en œuvre : la ponction évacuatrice simple, la ponction suivie de l'injection d'un liquide modificateur, la marsupialisation, l'extirpation.

Il est de toute évidence que la ponction ne pouvait ici suffire ; la structure du sac, le revêtement pierreux de sa cavité ne permettait pas d'avoir foi dans le pouvoir modificateur d'une injection quelle qu'elle fût.

L'extirpation nous eût davantage convenu, mais les adhérences profondes ne rendaient pas seulement l'opération difficile, les statistiques en ont souligné les dangers.

Nous ne saurions mieux expliquer notre choix qu'en reproduisant les conclusions de M. Bégouin (1), qui s'appuie lui-même sur Péan et sur les chiffres recueillis par Braquehay.

« L'extirpation est la méthode idéale, mais sa gravité dépasse tellement celle de la marsupialisation qu'on ne devra l'entreprendre que dans les cas où il est évident que son exécution sera facile.

« Si dans les premières tentatives on rencontrait des difficultés inattendues, il faudrait se souvenir qu'elles ne feront qu'augmenter à mesure qu'on avancera vers la profondeur (Péan), et la prudence recommande de renoncer tout de suite à l'extirpation totale. On excisera la partie de la poche dé-

(1) Bégouin. *Loc. cit.*

cortiquée et on en suturera les bords aux lèvres de la plaie abdominale. »

OBSERVATION IV.

Kyste hydatique du creux poplité.

Le [soldat M..., du 27^e régiment d'infanterie, en garnison à la Goulette, entre le 27 mars 1899, à l'hôpital militaire du Belvédère, à Tunis. Profession de cultivateur à Pont-de-Veyle (Ain). Ancienneté de service en Tunisie : quatre mois. Age : 23 ans.

Diagnostic d'entrée : Kyste du creux poplité droit.

Antécédents héréditaires : Néant.

Antécédents personnels : Maladies habituelles de l'enfance, rougeole, coqueluche; pas de crises pernicieuses.

État à l'entrée : Constitution robuste. Tempérament sanguin. Appétit capricieux depuis l'entrée en campagne. Digestions quelquefois pénibles avec bâillement. Alternatives de diarrhée et de constipation. Sensation de lourdeur à la marche, surtout depuis les dernières semaines, avec fourmillements à la jambe droite.

L'examen général ne dénote rien de particulier. Pas de coloration suspecte des tissus. Organes sains. Un peu de lenteur du pouls. Le foie dépasse à peine les fausses côtes et n'est pas douloureux. Réflexes normaux. Pas d'éthylisme.

Il déclare avoir fait grande consommation de légumes crus en tous temps depuis la venue à Tunis surtout, où l'épandage est de règle pour tous les jardins potagers suburbains. Il a cru remarquer parfois des taches blanches dans ses selles, mais il n'en a pas été frappé autrement.

Les réponses sont peu précises. A la suite d'une marche, il s'est aperçu qu'une grosseur s'était formée à la portion extérieure du creux poplité droit.

Envoyé à l'hôpital sans traitement préalable.

Examen local : Le creux poplité droit présente une saillie semi-sphérique de la grosseur d'une noix. La peau n'est pas colorée à ce niveau. La grosseur occupe à peu près la moitié externe du creux poplité. Elle s'enfonce dans la direction du condyle externe du fémur sur lequel on croirait qu'elle prend racine; mais elle n'a d'adhérence ni avec la face postérieure du condyle, ni avec les tendons du biceps desquels on la sépare sans aucune peine. Elle n'exerce pas une compression sur les vaisseaux, car il n'y a point d'œdème du membre.

En la refoulant vers la profondeur et en dedans on provoque des fourmillements dans le mollet. Il n'y a pas d'adhérence non plus sous la peau.

Ce qui frappe surtout à l'examen de la tumeur, c'est une sensation de grésillement sous les doigts. Le diagnostic d'anévrysme est écarté.

Une ponction exploratrice donne un liquide huileux et filant.

L'énucléation de la poche kystique est faite avec peu de difficulté, après qu'elle a été en partie vidée au trocart.

Examen de la poche. La capsule extérieure ne présente pas de traces de vascularisation, Elle est transparente et élastique. Elle est constituée par du tissu conjonctif comme il est décrit pour les kystes adventices.

A la coupe s'échappe un liquide épais comparable à de la glycérine. Nageant dans le liquide, des vésicules de la grosseur moyenne d'une tête d'épingle.

Examen microscopique. Tunique et contenu ont été examinés au microscope. La tunique adventice est constituée par du tissu conjonctif. Dans le liquide on retrouve des cristaux rhomboïdes de cholestérine, des fragments de crochets.

Quelques-unes des vésicules ont subi des altérations, mais la plupart sont intactes.

L'analyse chimique n'a pas été pratiquée.

Suites de l'intervention. — Le malade quittait l'hôpital le 29 avril suivant, avec une cicatrisation définitive et sans gêne articulaire.

Entre temps, le traitement du ténia lui avait été appliqué en pure perte.

OBSERVATION V.

Kyste hydatique du fémur (1898).

M. X..., négociant à Tunis, originaire du midi de la France, en résidence à Tunis depuis quinze ans, âgé de 43 ans.

Antécédents personnels : Maladies habituelles de l'enfance, sans troubles vermineux connus. Ténia il y a deux ans. Plus de traces depuis cette époque.

Antécédents héréditaires : Père mort à 68 ans par affection cardiaque, mère bien portante.

Examen : Le malade se présente à nous le 2 juillet 1898. Constitution débilitée par le séjour et par le travail. Cirrhose commençante du foie par éthylisme avoué. Œdème des membres inférieurs même sans fatigue. Digestions pénibles. Anorexie habituelle. Papules syphilitiques en différentes régions.

Cœur hypertrophié, la pointe dans le 7^e espace. Battements mal frappés avec léger souffle au 2^e temps à la pointe, et propagation vers l'aisselle. Marche pénible avec boiterie à droite depuis cinq ans.

L'examen local fait constater ce qui suit : En apparence, hydarthrose très volumineuse du genou droit. L'épanchement semble considérable et

occupe toute la région comprise entre la tubérosité du tibia, jusqu'à deux largeurs de main au-dessus de la base de la rotule. Le creux poplité n'est pas effacé et ne semble pas envahi par l'épanchement. La fluctuation est manifeste et les doigts laissent leur empreinte à chaque pression.

Dans la profondeur, on constate la présence d'un cal irrégulier, volumineux, depuis la base d'implantation des condyles jusqu'à l'anneau des adducteurs. Sous la main, on a la sensation du flot, avec quelque chose comme l'impression de corps ténus, mobiles, s'entrechoquant et se déplaçant avec grande facilité.

Le malade déclare avoir eu deux fractures au fémur. Ces fractures se sont chaque fois produites sans chute, dans un faux-pas à la marche et à la descente d'un tramway. Elles ont été chaque fois attribuées à la prédisposition acquise par la syphilis ancienne.

La consolidation a été longue, dépassant de beaucoup les limites habituelles. Le traitement antisiphilitique intensif a toujours été suivi. L'amputation du membre, proposée à diverses reprises, n'a pas été acceptée.

La rotule n'est pas soulevée; le choc rotulien n'existe pas, et un minutieux examen de l'articulation du genou montre que l'épanchement est extra-articulaire, prérotulien et sus-condylien, à l'exception de la bourse séreuse sous-tricipitale. Pas de chaleur de la peau. Sensibilité normale.

Une ponction exploratrice est pratiquée au trocart. Un verre à bordaux de liquide est recueilli et conservé pour l'analyse.

Analyse microscopique. — Le liquide est huileux, filant, épais, couleur safran. On y découvre sur plaques des globules graisseux en grande proportion, des globules blancs en nombre considérable et quelques hématies provenant de la ponction.

Sur deux préparations apparaissent très nets des crochets détachés. Pas de vésicules.

Le lendemain, une incision est pratiquée à la partie antérieure de la cuisse, au centre de la fluctuation. Un flot du même liquide oléagineux s'échappe par les lèvres de la plaie. Les vésicules foisonnent et il serait difficile de les compter. Quand la poche est vidée, les doigts en détachent encore de la paroi et le lavage en ramène de tous les culs-de-sac. La poche est à son tour excisée, un simple curetage ne paraissant pas devoir suffire. Très dense à ses parties antérieure, interne et externe, elle s'amincit jusqu'à disparaître au niveau de l'extrémité inférieure de la diaphyse fémorale, au niveau du cal précité. Le périoste recouvrant le cal est transparent, réduit à l'état de pellicule extrêmement ténue. Les hydatides sont de dimensions diverses : tête d'épingle, pois chiche. Les unes sont nettes et transparentes, la plupart aplaties et de coloration variée, la plupart à teinte jaune de Sienne. Parmi elles, des débris de membranes provenant de vésicules détruites et macérées.

Au microscope on constate que les vésicules intactes sont constituées par des enveloppes superposées en lamelles avec stries fréquentes. L'épaisseur varie à l'infini. Pas traces de vésicules filles fertiles; mais, en revanche, des granulations disséminées sur la paroi interne des vésicules n'ayant pas encore subi de macération.

En vain avons-nous recherché des échinocoques complets. Dans nombre de vésicules, des crochets ou des débris de crochets isolés. Cristaux de cholestérine sur toutes les préparations.

Il ne paraît pas douteux que les lésions osseuses anciennes ont eu pour origine la syphilis; les deux fractures relatées se sont produites sous cette influence. *Les hydatides se sont donc développées plus à l'aise sur ce point de moindre résistance.*

L'intervention a été pratiquée sous le chloroforme avec l'aide de MM. les médecins-majors Benoit et Vigier.

OBSERVATION VI.

Phlegmon profond de la fesse droite par carie de l'ischion. — Découverte de crochets isolés dans le pus du phlegmon. — Absence d'hydatides et de poche.

P... (Louis), soldat de 2^e classe au 4^e zouaves, né à la Grand'Combe, département du Doubs, colon à Blidah, âgé de 22 ans.

Service : six mois.

Entré à l'hôpital du Belvédère à Tunis le 3 mai 1897. Sorti le 17 juin de la même année.

Antécédents héréditaires : Néant. Parents vivants et bien portants.

Antécédents personnels : Maladies ordinaires de l'enfance. A été traité pour le ténia à 20 ans, avant l'incorporation. Fait grand usage de légumes crus depuis son arrivée en Afrique. Pas de syphilis antérieure. Au régiment n'a jamais eu d'indispositions sérieuses.

Début il y a dix jours, à la suite des fatigues de la marche. Douleur sourde dans la région fessière droite, avec exaspération au mouvement et à la pression. Gonflement rapide.

Infirmierie d'abord, hôpital du Belvédère ensuite.

État actuel. — Toute la région est tendue et douloureuse, sans rougeur. Œdème profond, fluctuation difficilement déterminée. Mouvements de flexion de la cuisse sur le tronc très pénibles, presque impossibles. Ganglions inguinaux.

La pression exercée simultanément sur les iliaques antérieures est douloureuse. Température élevée, constipation.

Intervention immédiate sous le chloroforme. Une incision profonde au niveau de l'ischion donne issue à une quantité considérable de pus phlegmoneux mal lié, dans lequel nagent des débris de membranes à l'état de filaments recroquevillés; les plus grands ne dépassant pas un

centimètre en longueur et deux ou trois millimètres en largeur. Il en est recueilli plusieurs débris pour examen ultérieur, ainsi qu'une petite quantité de pus.

L'exploration du doigt montre un ischion dénudé sur une étendue de deux centimètres. Pas de poche organisée, cavité tomenteuse bridée par places.

Curetage, lavage et drainage.

L'examen du pus sur plaques fait découvrir la présence de deux crochets isolés d'échinocoque. En vain sont recherchées des hydatides et des couronnes.

Les débris de membranes examinés à leur tour sont formés de lamelles macérées à base de tissu conjonctif. Ce sont là probablement des restes de vésicules depuis longtemps dégénérées et sur lesquelles n'apparaissent aucunes granulations.

CONSIDÉRATIONS MOTIVÉES PAR LES FAITS EXPOSÉS CI-DESSUS.

Dans la séance du 7 mars 1898, de la Société de chirurgie de Paris, M. Potherat, présentant un malade opéré pour kyste hydatique du poumon, rappelle que son sujet se présentait comme un tuberculeux « toussant la nuit, expectorant des crachats puriformes, nummulaires, maigrissant rapidement, ayant des sueurs nocturnes, une fièvre à grandes oscillations... »

Dans les deux cas relatés par nous, le premier en collaboration avec le D^r Remlinger, les malades n'avaient présenté aucun de ces différents symptômes. L'un d'eux, le premier, avait toutes les apparences d'un pleurétique ; le second n'avait été observé que pour accidents extra-pulmonaires. L'interrogatoire de celui-ci n'avait rien trouvé qui pût faire déceler une lésion tuberculeuse du poumon. L'analogie de notre second malade avec celui dont M. Michaux a rapporté le cas dans la même séance, est frappante.

L'intérêt principal de ces observations réside dans le fait de la brusquerie de transition entre l'auscultation de la zone hydatisée et de la zone pulmonaire saine.

Les autres observations qui ont fait l'objet de ce mémoire doivent leur intérêt à l'étendue des lésions comme dans

le kyste du mésentère marsupialisé, ou à la variété de localisation.

Les kystes hydatiques du fémur et de la fesse rappellent ceux décrits dans la thèse de M. Michel Gangolphe (1886).

L'étiologie de ces kystes s'explique du reste dans les régions où nos observations ont été recueillies : ingestion d'œufs de ténia par les légumes cultivés en champs d'épandage. A Tunis on n'en consomme point d'autres. A Tunis encore les chiens errants sont légions. On n'a pas le droit de s'étonner de la fréquence des maladies helminthiques, du lombric et du ténia, dans ce pays où le mode d'alimentation est éminemment favorable à la pullulation et à la propagation des helminthes de toutes catégories.

Le Gérant, D^r VALLAS.

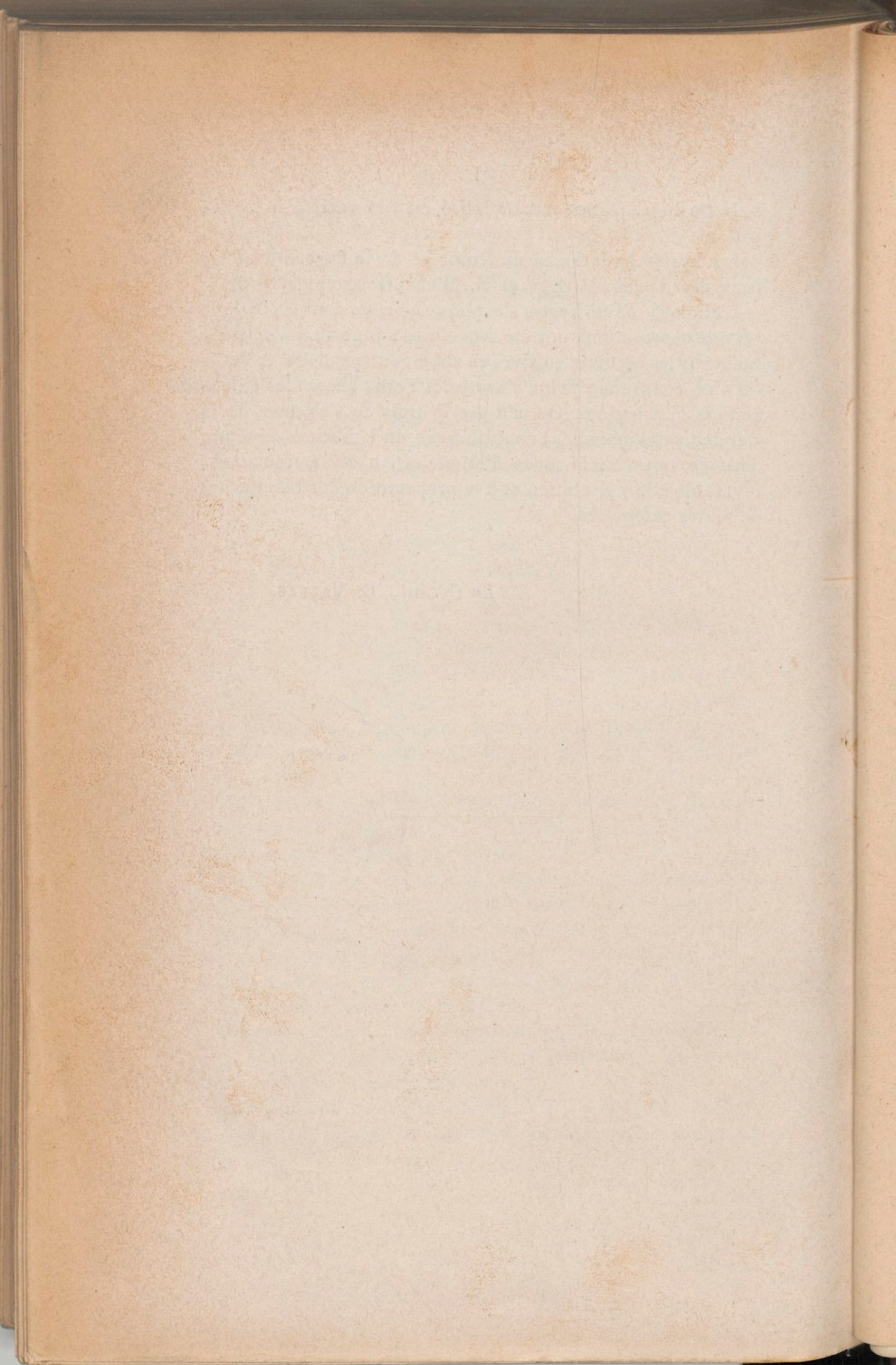


TABLE DES MATIÈRES

Table alphabétique par noms d'auteurs
des Travaux de la Société de Chirurgie de Lyon
pendant l'année 1903.

| | |
|---|-----|
| ALBERTIN. — Résection des nerfs honteux externes..... | 78 |
| DISCUSSION : Horand, Jaboulay, Rochet, Albertin..... | 79 |
| — Désenclaveur tire-fibromes..... | 275 |
| DISCUSSION : Condamin, Fochier, Albertin..... | 276 |
| — Grossesses ectopiques..... | 328 |
| DISCUSSION : Goullioud, Vincent, Villard, Durand, Albertin. | 333 |
| — Ancienne fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus ; récupération des fonctions du coude..... | 355 |
| DISCUSSION : Durand, Nové-Josserand, Albertin..... | 356 |
| BÉRARD. — Hématocolpos avec hématométrie et hématosal- pinx double volumineux ; évacuation ; autoplastie vagi- nale ; infection ascendante tardive ; ablation des annexes. | 17 |
| — Épithélioma du cæcum chez une jeune femme ; obstruction subaiguë ; entéro-anastomose ; entérectomie secondaire iléo-cæcale ; guérison..... | 53 |
| — Sur la gastrostomie..... | 58 |
| — DISCUSSION : Vallas, Vialle..... | 59 |
| — Fibrochondrome du sinus maxillaire propagé à l'orbite ; guérison obtenue depuis 20 mois..... | 85 |
| DISCUSSION : Vincent..... | 88 |
| — Traumatisme ancien du pied ; fracture de la malléole in- terne et écrasement probable de l'astragale..... | 172 |
| DISCUSSION : Vallas, Bérard..... | 178 |
| — Ostémyélite prolongée de l'extrémité inférieure du fémur gauche ; redressement, guérison..... | 210 |

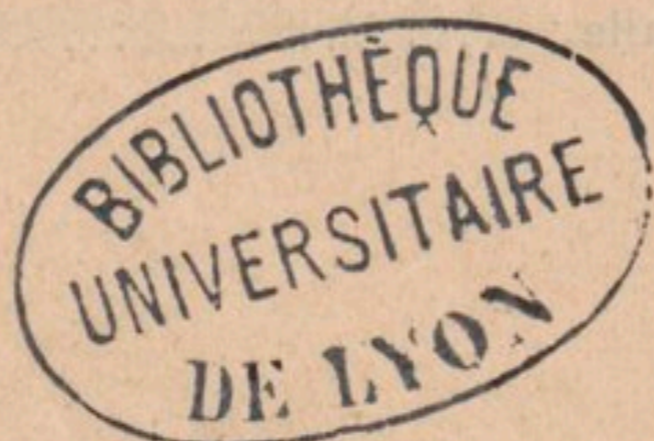
| | |
|--|----------|
| BÉRARD. — Sur la résection orthopédique du coude..... | 221 |
| DISCUSSION : Vallas..... | 224 |
| — Rétrécissements tuberculeux multiples de l'intestin grêle et occlusion subaiguë par bride; laparotomie; guérison. | 232 |
| — Cholécystite calculeuse ouverte spontanément dans l'esto- mac et à la paroi abdominale; intervention; guérison. . | 316 |
| CHANDELUX. — Rapport sur la candidature de M. Rey..... | 205 |
| CLAUDOT. — Sarcome fuso-cellulaire du gros orteil opéré depuis trois ans et demi; absence de récurrence..... | 72 |
| DISCUSSION : Jaboulay, Claudot | 74 |
| — Traitement de l'empyème..... | 183 |
| — Réflexions sur la résection orthopédique du coude..... | 224 |
| COMMANDEUR. — Hystérectomie abdominale totale et opé- ration césarienne | 277 |
| DISCUSSION : Fochier, Durand | 286 |
| CONDAMIN. — Des parotidites consécutives aux interventions dans la sphère génitale de la femme..... | 91 |
| DISCUSSION : Albertin, Vincent, Goullioud, Condamin, Tixier | 94 |
| — Résection du cæcum; tumeur pédiculée intra-cæcale appa- rue deux ans après une ovariectomie du côté droit..... | 114 |
| DISCUSSION : Villard, Goullioud, Gayet, Condamin.... | 117, 137 |
| — Myomectomie sur utérus gravide | 357 |
| — Kystes dermoïdes bilatéraux des ovaires et grossesse | 382 |
| DISCUSSION : Vincent, Villard, Durand, Condamin..... | 388 |
| DESTOT. — Topographie radio-pulmonaire..... | 31 |
| — De la fracture sus-malléolaire..... | 118 |
| DISCUSSION : Durand, Destot..... | 120 |
| — Des différentes variétés de fractures de jambe..... | 126 |
| — Fractures du calcanéum | 161 |
| DISCUSSION : Fochier, Durand, Vallas, Destot..... | 165 |
| — Données de la radioscopie dans les empyèmes chroniques.. | 185 |
| DISCUSSION : Gayet, Goullioud, Ruotte, Villard, Vallas, Destot..... | 188 |
| — A propos du traitement de l'empyème et des résultats de la radioscopie..... | 193 |
| DISCUSSION : Durand, Destot..... | 194 |
| — Fracture ancienne de l'astragale | 262 |
| — DISCUSSION : Fochier, Durand, Destot..... | 265 |
| — Des fractures de la tête du radius..... | 304 |
| DISCUSSION : Vallas, Tixier, Destot..... | 309 |

| | |
|--|----------|
| DESTOT. — Fracture de l'extrémité supérieure du radius..... | 311 |
| — Les fractures de la tête fémorale | 376 |
| DURAND. — Prostatectomie pour hypertrophie de la prostate. | 143 |
| DISCUSSION : Villard, Tixier, Aubert, Jaboulay, Gayet, Durand..... | 146 |
| — Aiguille implantée dans le larynx; thyrotomie verticale médiane; restauration parfaite de la voix..... | 206 |
| DISCUSSION : Claudot, Destot, Durand..... | 209 |
| — Ablation d'une volumineuse tumeur de la portion recto- sigmoïdale du gros intestin; méthode abdomino-périnéale. | 216 |
| DISCUSSION : Goullioud, Villard, Vallas, Bérard, Tixier, Durand..... | 220 |
| — Les fractures de la tête fémorale | 376 |
| DISCUSSION : Vallas | 382 |
| ÉLECTIONS : de M. Vincent comme vice-président, de MM. Tixier et Bérard comme secrétaires, de MM. Rey et Géraud comme membres correspondants..... | 261 |
| FOCHIER. — Rapport sur la candidature de M. Commandeur. | 257 |
| — Hystérectomie pour fibrome et grossesse..... | 272 |
| — Hystérectomie abdominale totale et opération césarienne... | 277 |
| GAYET. — Observation d'une tumeur cérébrale avec essai de décompression par une ponction rachidienne..... | 201 |
| — Allocution en quittant le fauteuil de la présidence..... | 289 |
| — Coup de feu de l'orbite gauche; hémorragie sous-méningée tardive..... | 299 |
| DISCUSSION : Destot, Tixier, Villard, Gayet..... | 301 |
| GAYET (G.). — Valeur du bouton de Jaboulay dans le traite- ment du cancer de l'estomac..... | 151 |
| DISCUSSION : Vallas, Goullioud..... | 153 |
| GOULLIOUD. — Hématométrie unilatérale minuscule..... | 27 |
| DISCUSSION : Fochier, Villard, Goullioud, Condamin, Bérard. | 31 |
| — De l'entéro-ana-gastrostomie..... | 33 |
| — Amputation totale du rectum par voie abdomino-périnéale. | 107 |
| DISCUSSION : Vallas, Vincent, Durand, Tixier, Goullioud. | 112, 227 |
| — Cancer de l'ovaire droit et cancer de l'S iliaque; ablation des deux tumeurs..... | 123 |
| DISCUSSION : Condamin | 126 |
| — Amputation totale du rectum par voie abdomino-périnéale. | 194 |
| — DISCUSSION : Vallas, Condamin, Goullioud..... | 195 |
| — Amputation abdomino-périnéale du rectum..... | 238 |
| — De la myomectomie..... | 343 |
| DISCUSSION : Vincent, Villard, Goullioud..... | 369 |

| | |
|--|-----|
| HORAND. — Allocution en prenant possession du fauteuil présidentiel..... | 292 |
| JABOULAY. — Goitre métastatique..... | 13 |
| Discussion : Vallas, Bérard..... | 15 |
| LAGOUTTE. — Deux observations d'obstructions calculeuses du cholédoque..... | 196 |
| — Ictère chronique par obstruction du cholédoque ; cholécystentérostomie et entéro-anastomose..... | 244 |
| DISCUSSION : Jaboulay, Villard, Durand, Vallas..... | 249 |
| LATARJET. — Néoplasme vésical ; pyonéphrose double..... | 255 |
| MOLIN. — Chirurgie conservatrice des ostéosarcomes ; résections diaphysaires et diaphyso-épiphysaires..... | 367 |
| MULLER. — Rétraction des muscles fléchisseurs des doigts de la main consécutive à une lésion inflammatoire..... | 353 |
| DISCUSSION : Nové-Josserand, Bérard..... | 354 |
| NOVÉ-JOSSERAND. — Hypospadias périnéal opéré par la méthode de la greffe autoplastique..... | 5 |
| DISCUSSION : Jaboulay, Nové-Josserand..... | 9 |
| — Rétraction des fléchisseurs traitée et guérie par la méthode Martin..... | 335 |
| DISCUSSION : Vincent, Cl. Martin..... | 336 |
| PATEL. — Fracture de la malléole interne et écrasement de de l'astragale..... | 172 |
| POLLOSSON (A.). — Gangrène des fibromes utérins non pédiculés..... | 312 |
| DISCUSSION : Bérard, Goullioud, Pollosson..... | 317 |
| POROT. — Sur une tumeur pédiculée intra-cæcale..... | 137 |
| REY (d'Alger). — Fibrochondromes multiples du sein chez un Kabyle..... | 9 |
| REYNARD. — Traumatisme ancien du coude ; volumineux ostéome du brachial antérieur..... | 365 |
| DISCUSSION : Destot, Vincent, Ruotte..... | 365 |
| RIGAL. — Note sur l'extraction des corps étrangers articulaires ; arthrophytes du genou..... | 88 |
| DISCUSSION : Tixier, Vincent, Gayet, Horand, Rigal..... | 83 |
| — Un cas de fracture de la rotule..... | 178 |
| — Présentations de radiographies..... | 238 |

| | |
|--|-----|
| ROCHET. — Traitement chirurgical des prurits périnéaux, anaux et vulvaires..... | 75 |
| — Résultats un peu anciens de la prostatectomie périnéale.... | 154 |
| DISCUSSION : Villard, Chandelux, Goullioud, Durand, Rochet. | 158 |
| — Résultats éloignés d'une néphrectomie pour cancer du rein. | 241 |
| RUOTTE. — Luxation ancienne de l'épaule compliquée de fracture ; résection..... | 130 |
| DISCUSSION : Durand, Destot, Ruotte..... | 132 |
| — Appendicite tuberculeuse ; fistule consécutive ; résection iléo-cæcale | 140 |
| TAVERNIER. — Blépharoplastie pour ectropion avec lambeaux cicatriciels | 319 |
| TIXIER. — Ostéite tuberculeuse du frontal chez un enfant..... | 22 |
| DISCUSSION : Bérard, Fochier, Durand, Tixier..... | 24 |
| — Kyste intra-abdominal à point de départ inconnu..... | 52 |
| — Un thermomètre médical dans la vessie d'une femme..... | 61 |
| — Périostite albumineuse du fémur d'origine probablement syphilitique..... | 88 |
| — Résection orthopédique du coude..... | 227 |
| DISCUSSION : Vincent, Bérard, Tixier..... | 230 |
| — Rapport sur la candidature de M. Géraud..... | 259 |
| — Thrombo-phlébite du sinus longitudinal supérieur consécutive à une résection du maxillaire supérieur..... | 338 |
| DISCUSSION : Lannois..... | 340 |
| VALLAS. — Corps étranger de l'œsophage..... | 15 |
| DISCUSSION : Albertin, Aubert, Claudot..... | 16 |
| — Gastrostomie valvulaire..... | 36 |
| DISCUSSION : Tixier, Villard, Nové-Josserand, Durand, Goullioud, Aubert..... | 37 |
| — La résection orthopédique du coude..... | 213 |
| — Sténose cicatricielle du pylore avec corps étranger de l'estomac (cuillère à café)..... | 237 |
| — Énorme tumeur du mésocolon..... | 303 |
| DISCUSSION : Condamin, Vallas..... | 304 |
| VIALLE. — Entorse du genou compliquée immédiatement de paralysie du nerf sciatique poplitée externe..... | 59 |
| DISCUSSION : Tixier, Ruotte, Vallas, Gayet, Vialle | 61 |
| — Luxation complète en arrière du coude, sans fracture du condyle externe, compliquée immédiatement de paralysie générale..... | 96 |
| DISCUSSION : Bérard, Vialle..... | 99 |

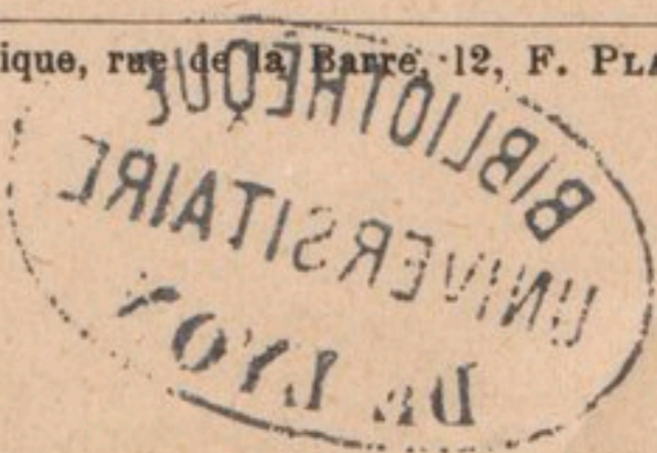
| | |
|--|-----|
| VIALLE. — Traitement de l'incontinence nocturne d'urine essentielle par les injections épidurales et rétro-rectales de sérum artificiel..... | 149 |
| DISCUSSION : Rochet, Condamin, Rigal, Bérard, Vialle..... | 150 |
| — Fracture des deux os de la jambe droite par coup de pied de cheval, vicieusement et incomplètement consolidée; enchevillement et ligature osseuse en cadre | 251 |
| — Fracture du corps du maxillaire inférieur gauche siégeant à l'union du corps et de la branche montante, traitée par la suture osseuse..... | 266 |
| DISCUSSION : Commandeur, Durand, Vialle..... | 270 |
| VILLARD. — Un cas d'hématocolpos... .. | 24 |
| DISCUSSION : Goullioud, Albertin, Bérard, Villard..... | 26 |
| — Épanchement sanguin intra-crânien sous-duremérien..... | 63 |
| DISCUSSION : Jaboulay, Gayet, Villard..... | 65 |
| — Sténose intestinale tardive consécutive à un étranglement herniaire; entérectomie; guérison..... | 67 |
| DISCUSSION : Vallas, Goullioud, Bérard, Villard..... | 70 |
| — De la valeur des boutons anastomotiques dans la chirurgie de l'estomac..... | 165 |
| DISCUSSION : Condamin, Bérard, Durand, Vallas, Albertin, Villard..... | 168 |
| — Phlébite de la veine mésentérique supérieure | 251 |
| — Lithiase biliaire; sténose pylorique; cholécystectomie; guérison | 293 |
| DISCUSSION : Claudot, Tixier, Bérard, Vincent, Villard, Vallas | 295 |
| — Fracture ancienne de l'astragale; résection de cet os..... | 298 |
| — Myomectomie ancienne; hystérectomie secondaire pour un utérus fibromateux..... | 336 |
| DISCUSSION : Goullioud..... | 337 |
| VINCENT. — Kyste abdominal prérenal probablement hydatidique simulant une hydronéphrose volumineuse du côté droit; extirpation; guérison..... | 41 |
| DISCUSSION : Rochet, Vincent | 51 |
| — Subluxation congénitale des genoux en avant et des coudes en arrière par contracture des extenseurs et anomalie de conformation des surfaces articulaires..... | 99 |
| — Sur la cholécystectomie sous-séreuse..... | 321 |
| DISCUSSION : Villard, Tixier, Vincent..... | 341 |



Mémoires présentés à la Société.

(fascicule du mois d'août).

| | |
|---|----|
| COMMANDEUR. — Opération césarienne conservatrice pour bassin cyphotique | 3 |
| GÉRAUD. — Étude sur quelques localisations peu fréquentes des kystes hydatiques..... | 13 |



Méthodes pratiques à la clinique

de médecine interne

COMMANDEUR - GÉNÉRAL DE BRIGADE

DE MÉDECINE

CHÉVALIER - GRAND OFFICIER DE LA LÉGIION D'HONNEUR

DE MÉDECINE

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANTES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE TOULOUSE

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE VALENCIENNES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANTES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE TOULOUSE

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE VALENCIENNES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANTES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE TOULOUSE

1

