

137695

BULLETIN
DE LA
SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE
DE LYON

—
ANNÉE 1912. — TOME XV.
—



LYON
ASSOCIATION TYPOGRAPHIQUE
12, RUE DE LA BARRE
—
1912

BULLETIN

DE

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DE LYON

TOME IV - ANNÉE 1912

LIBRAIRIE

SCIENTIFIQUE ET MÉDICALE

DE LYON

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE LYON

1912

BUREAU

<i>Président</i>	MM. Aug. POLLOSSON.
<i>Vice-Président</i>	JABOULAY.
<i>Secrétaire général</i>	VALLAS.
— — — — — <i>adjoint.</i>	DURAND.
<i>Trésorier-Archiviste</i>	GAYET.
<i>Secrétaires annuels</i>	DESGOUTTES. LERICHE.

MEMBRES

ALBERTIN.	MARTEL.
AUBERT.	MOLIN.
AUGAGNEUR.	NIMIER.
BÉRARD.	NOVÉ-JOSSERAND.
CHANDELUX.	PATEL.
COMMANDEUR.	POLLOSSON (Auguste).
CONDAMIN.	POLLOSSON (Maurice).
DELORE.	ROCHET.
DESTOT.	ROLLET.
DESGOUTTES.	SABATIER.
DURAND.	SIRAUD.
FABRE.	TAVERNIER.
GANGOLPHE.	THÉVENOT.
GAYET.	TIXIER.
GOULLILOUD.	VALLAS.
HORAND.	VÉRON.
JABOULAY.	VIGNARD.
LAROYENNE.	VILLARD.
LERICHE.	VINCENT.

MEMBRES CORRESPONDANTS

BATUT.	PIOLLET (de Clermont-Ferrand)
CANTAS (d'Athènes).	REY (d'Alger).
CURTILLET (d'Alger).	RIGAL.
ECOT.	ROUVILLOIS.
GAUDIER (de Lille).	RUOTTE.
GÉRAUD.	SEVEREANU (de Buckarest).
JACOB.	SOREL (de Dijon).
JACQUES (de Montceau-les-Mines).	VIALLE.
KAEPPELIN (du Puy).	VIANNAY (de St-Etienne).
LAGOUTTE (du Creusot).	TERMIER (de Grenoble).
LECLERC (de Dijon).	

BULLETIN
DE LA
SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE
DE LYON

Séance du 11 janvier 1912

Présidence de M. A. POLLOSSON

COXA FLECTA DES ADOLESCENTS (COXA VARA ESSENTIELLE)
ET FRACTURE SPONTANÉE JUXTA-ÉPIPHYSAIRE DU COL DU
FÉMUR.

M. GANGOLPHE. — A deux reprises, j'ai communiqué, à la Société, des faits de fracture spontanée juxta-épiphytaire du col du fémur survenue chez des adolescents. J'avais insisté sur les caractères suivants :

Période de douleurs, de claudication intermittente précédant l'apparition des phénomènes de fracture ; absence complète de toute cause générale (tuberculose, syphilis, rachitisme) susceptible d'expliquer cette moindre résistance du tissu osseux ; absence de réaction fébrile pouvant faire songer à un processus d'ostéomyélite, etc.

Je faisais remarquer que ces sujets étaient de taille élevée, à croissance rapide, enfin je mettais en vedette un signe clinique

permettant de différencier d'emblée ces cas bizarres d'avec la coxalgie *l'absence d'ensellure*.

En 1910 j'avais bien envisagé la possibilité d'une relation de ces cas avec l'affection, ou mieux le groupe nosologique décrit sous le nom de coxa-vara, mais ne possédant pas d'éléments suffisants pour être affirmatif, je m'étais contenté de dire qu'il s'agissait de fracture spontanée, de cause difficile à préciser et que l'on ne pouvait, par cela même, les désigner sous le nom de coxa-vara traumatique.

Aujourd'hui, grâce à l'observation prolongée d'un fait dont je vous ai précédemment entretenu, il m'est possible de reconstituer l'évolution de cette maladie et d'apporter des données précises sur cette question restée obscure : j'ai eu, en effet, la bonne fortune de recueillir des radiographies qui montrent bien que *cette fracture spontanée est l'aboutissant, le dernier terme de l'affection décrite sous le nom de « coxa-vara »*.

Je n'ai pas pour but, dans ma communication, d'étudier en détail les diverses questions qui se rattachent à ces faits. Ce sera l'objet d'un travail en préparation, qui paraîtra incessamment. Je veux seulement vous exposer la filiation des faits, les commenter sommairement et mettre sous vos yeux les radiographies qui justifient mes conclusions.

Voici l'observation du premier malade, que j'ai eu, du reste, l'honneur de vous présenter il y a huit ans :

OBSERVATION I. — Enfant de 15 ans. Pas d'antécédents héréditaires, rougeole dans l'enfance. Hypertrophie des amygdales. Ablation de l'amygdale droite.

Débuts : Vers le milieu de décembre, un peu de boiterie seulement, remarquée par les parents. L'enfant avait observé un peu d'engourdissement de la jambe, le soir, et une fatigue plus marquée.

Le malade se promenait avec son père le 4^{er} janvier, lorsqu'il ressentit subitement une douleur violente sur le cou-de-pied et dans la hanche gauche. Il reste debout, ne peut faire un pas et se met à crier. Son père, qui marchait en avant, se retourne et vient à son aide. Il le charge sur ses épaules et l'emporte chez lui. Dans ce transport, les moindres secousses font crier le malade.

Les parents font venir le docteur puis le rhabilleur.

Le docteur Denier, qui a l'occasion de l'examiner, pense ensuite à une coxalgie.

Le 20 janvier on le transporte à l'Hôtel-Dieu.

A son entrée : Le sujet étant dans le décubitus dorsal sur un plan ré-

sistant, le membre inférieur gauche paraît raccourci, la pointe du pied légèrement tournée en dehors, *il n'existe aucune ensellure lombaire*. Impotence fonctionnelle absolue.

Les mouvements imprimés au fémur entraînent absolument le bassin et provoquent des douleurs pour peu qu'on les exerce avec force. La pression est douloureuse au niveau du pli de l'aîne. On sent, au-dessous et en dedans de l'épine iliaque antéro-inférieure un corps dur qui donne l'impression de la tête fémorale. Le grand trochanter paraît plus haut, dépasse, en effet, la ligne de Nélaton-Roser. La mensuration faite entre l'épine iliaque antéro-supérieure et le trochanter donne environ 2 cent. 5 de moins que du côté sain. La mensuration prise de l'épine iliaque supérieure à la malléole externe donne un raccourcissement de 3 à 4 centimètres.

Les deux pieds présentent l'aspect des *pieds creux*, mais le pied gauche surtout est remarquable par l'exagération de sa cambrure, l'attitude en griffe des orteils et l'atrophie, qui est au moins de 2 cent. 5 dans le grand diamètre du pied. Notons en passant que ni le sujet, ni ses parents ne se sont jamais aperçus de cette différence entre les deux pieds et que le cordonnier n'a jamais fait de remarques. Il n'y a aucun signe de paralysie des muscles de la jambe et du pied. Nous n'avons d'ailleurs pu obtenir aucun renseignement sur ces pieds creux. Le sujet aurait marché à l'âge de 16 ou 18 mois.

On porte le diagnostic de *fracture du col* ; la radiographie le confirme absolument. Le sujet est immobilisé dans une grande gouttière.

7 février 1904. — Le malade peut détacher le talon du lit. Quelque temps après il quitte le service pourvu d'un tuteur.

23 octobre. — On constate que le sujet est en très bon état et marche toute la journée sans douleur. On décide de supprimer l'emploi du tuteur.

8 décembre 1905. — Nous revoyons le malade dans des conditions très satisfaisantes.

Il travaille toute la journée sans difficulté. Depuis quelque temps il peut lacer son soulier, ce qui, jusqu'alors, était impossible.

Le membre inférieur paraît toujours aussi raccourci. La mensuration prise du bord supérieur du grand trochanter au bord inférieur du condyle externe donne des résultats identiques, tandis que la mensuration prise de l'épine iliaque antéro-supérieure à la malléole externe donne 89 centimètres du côté malade, 94 centimètres du côté sain.

Le périmètre des deux cuisses indique une différence de 3 centimètres au moins pour le membre malade.

Le périmètre des deux jambes est identique.

Ayant redemandé des renseignements sur le pied creux constaté à gauche, nous n'obtenons rien ; il n'existe à coup sûr aucun signe de paralysie musculaire ; la colonne vertébrale est intacte, ainsi que le reste du squelette.

Aujourd'hui le malade détache facilement le talon du plan du lit. Il y a un enraidissement considérable de la hanche. Les mouvements d'abduction, flexion, adduction et rotation entraînent le bassin.

Le membre inférieur paraît légèrement éversé en dehors, sans abduction marquée.

Quelques années plus tard, nous avons appris que le malade marchait parfaitement et n'éprouvait plus aucune gêne.

Deux faits étaient restés gravés dans mon esprit : d'une part, *l'apparition brusque de phénomènes d'impotence sur un membre déjà souffrant, la fracture n'étant qu'un épisode terminal* ; d'autre part, *l'absence d'ensellure* permettant, à première vue, de rejeter l'idée de coxalgie. Quant à la radiographie, d'ailleurs obscure, elle nous avait montré une fracture juxta-épiphysaire confirmant mon diagnostic clinique. J'eus certainement tort de ne pas faire exécuter la radiographie du côté sain, car j'aurais sans doute été frappé par un détail plus important encore que le trait de fracture, c'est la flexion du col du fémur.

Depuis cette époque, je ne cessais de rechercher sur mes malades des faits plus ou moins analogues ; aussi étais-je tout prêt, lorsque mon ancien interne et ami le docteur Duvernay, d'Aix-les-Bains, m'envoya un jeune garçon atteint d'une affection indéterminée de la hanche, « coxalgie peut-être » ?

Nous l'avons relaté en ces termes à la Société de chirurgie (3 février 1910) :

OBS. II. — J'ai eu l'honneur de présenter à la Société de chirurgie de Lyon un garçon atteint de fracture spontanée du col du fémur gauche.

Aujourd'hui je puis vous en montrer un cas identique comme pathogénie, symptômes et résultats. Le jeune homme que vous avez sous les yeux est âgé de 14 ans, de taille très élevée (1 m. 71) ; il paraît en bonne santé, n'a jamais eu aucune maladie ayant nécessité la visite d'un médecin ; ses parents, que j'ai vus, sont très bien portants : le père, âgé de 61 ans, a une taille de 1 m. 80 ; la sœur de ce jeune homme a 20 ans et est très grande. On ne peut rien trouver dans les antécédents, si ce n'est la brusquerie et l'intensité de la croissance. J'ai analysé avec détails les circonstances qui ont présidé à la production de la lésion ; les voici, telles que je les ai notées :

Le 24 juillet 1909, ce malade m'est adressé par le Dr Duvernay, pour une affection de la hanche gauche datant de quelques semaines. Le Dr Duvernay l'avait vu une huitaine de jours avant de me l'adresser,

et c'était huit jours auparavant qu'un incident plutôt qu'un accident avait paru être la cause déterminante de l'affection.

Ce jour-là, étant à la piscine d'Aix-les-Bains, ce garçon fit un écart en glissant, mais ne tomba pas. Il n'éprouva qu'une douleur insignifiante et put rentrer chez lui, mais en boitant fortement.

Il soupa, se mit au lit, et remarqua qu'il lui était impossible de soulever la jambe gauche; sa mère dut lui aider à se coucher; il ne souffrit pas pendant la nuit. Le lendemain, il sortit faire une course, remarqua qu'il boitait et, en rentrant, se mit au lit à cause surtout de l'impotence relative du membre.

En cherchant à faire préciser davantage, on apprend qu'il allait à l'école, mais qu'il ne pouvait pas courir, qu'il ne pouvait pas jouer, car il boitait.

C'est dans le courant du mois de décembre 1908 et en 1909, que ses parents et lui avaient commencé à remarquer cette claudication très légère, très intermittente : pendant quinze ou vingt jours, il ne boitait pas, puis, s'il se fatiguait, la claudication apparaissait. Il n'a jamais, je le répète, eu aucune affection fébrile et n'a reçu aucun choc : seul, *l'incident de la piscine a laissé une trace dans son souvenir.*

Aussitôt après, il ne lui fut plus possible de détacher le talon du lit et il marcha très péniblement. Le 24 juillet, en l'examinant, étendu sur un plan résistant, je fus frappé surtout de l'absence d'ensellure. Le membre inférieur gauche, dans une extension parfaite, paraissait légèrement éversé, très peu raccourci; il existait une gêne très marquée dans la flexion de la hanche; l'abduction était possible dans une certaine mesure, la rotation était relativement facile, quoique incomplète; elle ne s'accompagnait d'aucune douleur. La gêne extrême de la flexion, autant que l'absence d'ensellure, m'avait paru singulière et fait rejeter d'emblée l'idée d'arthrite, de coxalgie. Je songeais à une modification trophique du col, peut-être fracture, analogue à celle que j'avais déjà observée : l'excellente radiographie ci-jointe, faite par M. Arcelin, permet de se rendre compte qu'il s'agissait bien d'une *fracture du col du fémur préalablement modifiée dans sa structure et sa forme.* J'insisterai sur l'impossibilité absolue pour le malade de détacher le talon du lit, alors qu'il pouvait marcher encore avec une canne, plus ou moins péniblement, mais sans souffrir. Je les fis immobiliser dans un bandage silicaté pendant trois mois environ.

Le 29 octobre 1909, je constatai l'état suivant : les deux membres inférieurs paraissent en position normale; les deux épines iliaques sont sur le même plan; aucune ensellure; le raccourcissement paraît être d'un centimètre et demi environ. La flexion peut se faire plus facilement, alors qu'elle était à peu près nulle, elle dépasse 45°. La rotation imprimée à la tête du fémur se fait aussi bien que du côté sain. L'abduction est très étendue, sans qu'on entraîne le bassin; il n'existe aucune adénopathie, aucune douleur, mais la palpation comparée des

régions cervico-trochantériennes droite et gauche permet de sentir un épaissement notable du côté lésé. Le malade détache le talon du lit avec la plus grande facilité, peut s'appuyer très fortement sur le pied gauche ; d'autre part il peut s'asseoir comme tout le monde.

J'ordonne la reprise progressive de la marche, des massages, et actuellement, vous pouvez vous assurer que le résultat fonctionnel est excellent.

Je concluais en insistant sur le caractère spontané de cette fracture, en refusant de la ranger dans la coxa-vara traumatique *tout en signalant néanmoins le changement apporté dans la forme du col du fémur*. Cette modification me paraissait d'autant plus nette, que l'on avait sous les yeux l'image du côté sain.

Désireux de poursuivre jusqu'au bout l'observation de ce fait, j'écrivais huit ou dix mois plus tard, au docteur Duvernay, pour avoir des renseignements. Celui-ci m'apprit que depuis quelque temps ce jeune homme commençait à ressentir *dans la hanche saine* des symptômes analogues à ceux qui avaient précédé sa fracture juxta-épiphysaire. Je me hâtais de le prier de me le renvoyer, espérant trouver la clef de l'é-nigme : mon attente ne fut pas trompée ; voici, du reste, ce que je constatai :

Depuis l'époque où il rentra chez lui (janvier 1910) jusqu'au moment où il nous fut donné de l'examiner à nouveau (décembre 1910) ce malade avait pu reprendre en partie ses occupations : à partir du mois de mai de cette année, il occupait même les fonctions d'employé dans un magasin, chargé de faire les courses.

Cet état de bien-être dura jusqu'à la fin du mois de juin 1910. A cette époque, le malade s'aperçut qu'il éprouvait quelque gêne pour réaliser certains mouvements. Il se baissait notamment avec une certaine raideur, et s'asseyait avec une difficulté peut-être plus grande encore ; néanmoins, comme cette gêne dans ses mouvements ne s'accompagnait d'aucune douleur, notre malade ne crut pas devoir abandonner ses occupations.

Pourtant, cet état de choses, loin de s'atténuer, ne fit que s'accroître. De plus en plus la position baissée et surtout *assise* devenait difficile. Tenu au courant de la situation, le docteur Gangolphe la fit revenir au commencement de *décembre 1910*.

La position qu'adopte la malade, une fois assis, est en effet des plus bizarres. Il s'assoit sur la fesse gauche, tout au bord du siège : le membre inférieur gauche, on se le rappelle, primitivement malade, est

dans une position normale, mais il n'en est pas de même du membre droit. Ainsi qu'un examen ultérieur le démontrera, la hanche droite ne peut se fléchir; il en résulte que l'axe de la cuisse se dirige vers le sol; que la cuisse elle-même, ainsi étendue, se trouve plus ou moins en éversion; que la jambe elle-même — tout en continuant ce mouvement d'éversion — doit, pour se loger à son aise, se replier en arrière sous la cuisse. Pour se lever, le malade est obligé de prendre appui exclusivement sur le membre inférieur gauche, tout en s'aidant, autant qu'il le peut, des deux mains. A ce moment, comme d'ailleurs dans tous les mouvements qu'il tente, il ne ressent que des douleurs peu marquées, légères, s'irradiant surtout le long de la face antéro-externe de la cuisse droite jusqu'au genou; jamais pendant *il n'a éprouvé de douleurs spontanées, toujours il a fallu l'occasion d'un mouvement : jamais non plus il n'a ressenti de douleurs nocturnes.*

En même temps que ces symptômes, le malade constatait que ses forces diminuaient. Cependant il peut marcher encore : il est venu à pied, sans difficulté appréciable, de l'hôpital Saint-Joseph à notre cabinet. Suivant lui, enfin, depuis un peu plus de deux mois, son pied, son genou, sa tourneraient en dehors. Tels sont les renseignements que nous recueillons, voici ce que nous observons :

EXAMEN. — Etat général semble bon. Le malade présente une taille bien supérieure à la moyenne pour son âge. Il a grandi encore depuis la dernière fois que nous l'avons vu. Mesuré avec toute la précision possible, nous comptons 1 m. 76, peut-être même légèrement plus. Sa démarche est assez particulière, ce n'est pas une claudication vraie, mais plutôt une sorte de raideur qui en donne l'apparence. Le *membre inférieur gauche, réellement raccourci à notre examen du mois d'octobre, est aujourd'hui plus long.*

Rien de particulier du côté des organes génitaux et du corps thyroïde.

Membre inférieur gauche. — Deshabillé et examiné sur un plan horizontal résistant, nous constatons que le *membre gauche, anciennement malade*, paraît en très bon état, malgré une certaine attitude en éversion. La diaphyse fémorale, le genou, n'offrent rien de particulier, notamment aucune laxité articulaire anormale. On ne constate pas la moindre ensellure. Les membres ne présentent aucune courbure rachitique.

Le malade exécute tous les mouvements qu'on lui demande : la flexion de la cuisse est excellente, dépasse même l'angle droit, mais l'abduction — qu'elle soit faite la cuisse fléchie ou tendue — paraît très limitée. La rotation de la tête du fémur dans la cavité cotyloïde — le membre étant tendu — se fait parfaitement.

Pas d'adénopathie inguinale.

Membre inférieur droit. — Le membre inférieur droit, *actuellement*

malade, présente une attitude en éversion caractéristique, une déformation de la région trochantérienne et un raccourcissement évident.

L'attitude en éversion est telle que la face interne du genou est presque antérieure et que le bord externe du pied touche le plan du lit.

Le grand trochanter paraît plus saillant et peut-être un peu plus haut que le trochanter gauche. Il n'existe pas de point douloureux à la pression.

Pas d'adénopathie inguinale.

Le membre étant complètement étendu, on ne constate ici — pas plus qu'à gauche — la moindre ensellure. Le malade peut à peine détacher le talon du plan du lit : c'est avec la plus grande difficulté qu'il l'élève à 15 ou 20 centim., sans pouvoir d'ailleurs l'y maintenir. Ce mouvement n'est pas très douloureux, mais s'accompagne néanmoins d'un certain engourdissement.

L'examen des mouvements passifs nous permet de faire les constatations suivantes : *la flexion* est presque complètement abolie, on ne peut la tenter sans presque entraîner le bassin : *l'abduction, l'adduction, la circumduction* sont également impossibles : enfin bien que l'on puisse percevoir facilement la transmission des mouvements de rotation de la diaphyse fémorale à la tête du fémur, on se rend compte par ces mouvements, d'un enraidissement évident. On a l'impression singulière d'une articulation libre, non ankylosée, mais à mouvements limités, enraidie.

Le raccourcissement du membre inférieur droit, par rapport au membre inférieur gauche — anciennement malade, guéri maintenant — est d'environ 1 centimètre.

Nous avons tenté également d'examiner le malade debout, mais comme il éprouve une difficulté marquée à s'appuyer sur le membre inférieur gauche seul, nous n'insistons pas, de crainte de fracture. Pour la même raison aussi, nous n'avons pas essayé de lui faire exécuter le grand écart, car l'abduction déjà réduite du côté du membre inférieur gauche est nulle à droite.

Comme on peut le voir, les symptômes sont tout à fait les mêmes que ceux notés à propos de la hanche primitivement malade : absence d'ensellure, attitude du membre, raccourcissement, gêne des mouvements, etc. Rien ne manque au tableau, sauf l'épisode terminal, la fracture.

La radiographie éclaire très nettement la situation. Le *col*, que nous avons vu sain quelques mois avant, et dont voici l'image, commence à se *courber comme un bâton de cire molle*, ses contours si nets sont fortement empâtés et le bord supérieur a perdu très notablement de sa direction ascendante

pour se rapprocher, sans l'atteindre cependant, de l'horizontale. La tête du fémur n'a pas encore perdu ses rapports normaux avec le col : elle s'est seulement infléchie un peu avec lui. Les limites du cartilage diarthroïdal sont des plus nettes ; quant à la région juxta-épiphysaire, c'est elle certainement qui paraît ramollie. La base du col n'a pas encore été trop intéressée par le ramollissement ; sa direction ne paraît pas sensiblement modifiée. Si l'on compare les modifications subies par ce col avec celles présentées par le col atteint de fracture juxta-épiphysaire, on voit non seulement que les lésions sont à un stade moins avancé, mais encore que la fracture juxta-épiphysaire est nettement accusée par un espace clair : sur le col *sain* de ce sujet on ne voyait, en effet, aucun espace clair ; sur ce même col devenu malade, ramolli, *mais non encore fracturé*, nous ne voyons non plus aucun espace clair.

La conclusion qui s'impose et à laquelle conduisaient les faits cliniques, c'est qu'en empêchant le malade de marcher, en l'arrêtant à temps nous nous sommes opposé à la production de la fracture, ou si l'on préfère, d'un décollement épiphysaire. A ce sujet, je disais que je n'attache pas une importance excessive à l'une ou à l'autre de ces dénominations, mais que j'attendrais, pour me rallier à l'étiquette ferme de décollement épiphysaire, que l'on ait prouvé qu'il y avait bien eu décollement dans la zone cartilagineuse sans effraction trabéculaire osseuse.

Jette-t-on maintenant un regard sur la hanche primitivement malade, la radiographie montre que les contours sont redevenus nets, que la tête fémorale qui avait glissé sur le col et en était séparée par la zone claire précitée, est nettement soudée à celui-ci par un tissu osseux résistant ; la guérison s'est effectuée d'une façon complète.

En décembre 1910, je possédais donc un fait indéniable de cette affection connue sous le nom de coxa-vara, *et il m'était possible d'établir que la coxa-vara dite « essentielle » n'est pas d'origine traumatique, qu'elle est caractérisée par :*

1° Un ramollissement initial du col du fémur ; 2° une flexion progressive de ce col ramolli ; 3° par la production (possible, mais non obligatoire) d'une fracture ou d'un décollement juxta-épiphysaire.

Contrairement aux idées admises, *je pouvais affirmer que*

ce n'est pas cette fracture qui est cause de cette déformation du col, mais que c'est le ramollissement avec flexion qui constitue la première étape de la maladie.

Espérant recueillir d'autres faits, et soucieux de parachever cette observation, j'ai attendu jusqu'à ces derniers temps. Le 9 janvier 1911, j'ai revu ce malade et ai constaté l'état suivant :

Le jeune C... jouit d'une excellente santé et paraît posséder l'intégrité de tous les mouvements ; sa démarche est aisée et son père nous dit qu'il peut faire les courses qu'il lui plaît, sans éprouver de fatigues spéciales.

Le traitement que nous avons conseillé (bandage silicaté pendant 50 jours et repos au lit durant un mois, reprise progressive de la marche) le 5 décembre 1910, a donc été suivi d'un résultat parfait. En juillet 1911, il ne restait absolument aucune trace de la gêne de la marche, qui était redevenue aussi libre qu'aujourd'hui.

Ayant fait déshabiller C..., je constate l'aspect absolument normal des membres inférieurs, la région trochantérienne droite serait cependant un peu plus saillante.

Le faisant étendre sur un plan horizontal résistant, je note l'absence d'ensellure, l'égalité de longueur des membres inférieurs. Il n'existe pas la moindre tendance au genu valgum, pas de pied plat. La musculature est normale.

La hanche gauche (première malade) possède l'intégrité de ses mouvements : flexion, extension, rotation de la tête et même adduction ; somme toute, c'est une restitution « ad integrum » parfaite.

La hanche droite, guérie depuis moins longtemps, présente des mouvements excellents, mais un peu moins nets, si on les pousse à l'extrême. La flexion et l'abduction sont certainement moins étendues qu'à l'état normal. La rotation de la tête est parfaite.

Le sujet peut s'asseoir en tailleur, se tenir debout, les membres inférieurs en abduction, ainsi que le montrent les photographies ci-jointes.

Aucune douleur, si légère soit-elle, pendant ces recherches ou à la palpation.

Pas d'adénopathie inguinale. Développement normal des testicules, du corps thyroïde.

Pas de scoliose, de cubitus valgus, de radius curvus, etc.

Les radiographies, faites à nouveau, ne nous apprennent pas de détails notables : il faut du rester remarquer qu'elles ne sont pas prises dans une position identique, puisque actuellement les membres inférieurs ont repris une position normale. On voit très nettement la saillie signalée par Sudeck à la partie supérieure du col fémoral.

Quelle est la cause essentielle de cette affection ? Nous mettons immédiatement hors de doute qu'il ne s'agit pas de processus syphilitique, tuberculeux, infectieux, etc. C'est en parfaite santé, chez des sujets vigoureux, de souche indemne, que la maladie apparaît. Je me suis toujours élevé contre l'étiquette rachitisme tardif accolée faute de mieux, à une foule de lésions : scoliose, genu valgum, radius curvus. En ce qui concerne le cas que nous étudions, un seul fait est certain : la croissance exagérée, l'hyperactivité des zones juxta-épiphysaires. Comment parler de rachitisme quand il s'agit d'une lésion localisée ? Tout le reste du squelette est indemne, solide, sans inflexion, même au voisinage du col incurvé. Cette hypothèse est d'ailleurs si peu défendable, que ceux qui l'acceptent au chapitre anatomo-pathologique ont soin de distinguer, dans leurs descriptions, les incurvations rachitiques des tout jeunes enfants de celles observées chez les adolescents, qu'ils dénomment essentielles.

Quant au mot d' « ostéomalacie localisée », il est tout à fait déplacé, car il pourrait conduire à cette pensée qu'il y a là une localisation de la maladie générale connue sous le nom d'ostéomalacie ; personne ne pourrait défendre une telle opinion. Je le répète, de plus en plus s'impose à l'esprit cette idée qu'il s'agit d'un trouble de nutrition, dû à une hyperactivité juxta-épiphysaire. C'est une *maladie de l'adolescence*.

Faut-il ranger la coxa-flecta, maladie de l'adolescence dans le même groupe que le genu-valgum des adolescents ? Je ne le pense pas. L'observation démontre que, dans la coxa-flecta, il y a courbure, flexion d'une région du squelette primitivement normale ; dans le genu valgum, il y a croissance dans une région *inusitée*, d'apparence normale. Je pense que dans la coxa-flecta, il s'agit d'un processus pathologique, et dans le genu valgum de l'apparition, au moment de l'adolescence, d'une prédisposition originelle, congénitale.

Au surplus, que de réflexions viennent à l'esprit ! Le mot de coxa-vara est impropre parce que l'attitude en varus très fréquente manque pourtant dans un certain nombre de cas pour faire place à une attitude en valgus. L'élément essentiel, c'est la flexion, l'incurvation du col, c'est pour cela que je proposerai le nom de « coxa flecta » des adolescents. N'est-il pas regrettable que l'on continue à englober sous le nom de

coxa-vara toute une série de faits absolument différents les uns des autres quant à leur nature, leurs symptômes, leur traitement, pronostic, etc., et n'ayant rien de commun que l'angle d'inclinaison du col fémoral ? Je sais bien que l'on distingue, dans tous les traités, à propos de ce chapitre, de nombreuses espèces sous les noms de coxa-vara « traumatique », « ostéomalacique », « rachitique », « infectieuse, et enfin celle dite « essentielle ». Pourquoi ne pas renvoyer au chapitre « fractures du col du fémur », « ostéomalacie », etc., les faits qui en ressortissent rationnellement ? L'affection étudiée pour la première fois par Müller mérite une place à part : elle constitue une entité pathologique définie et doit cesser de faire partie d'un groupement aussi grossièrement établi. Ce serait procéder avec une rigueur aussi peu scientifique si l'on établissait dans un traité un chapitre intitulé « des boiteux », dans lequel successivement on étudierait la claudication due à une fracture, une arthrite, etc. En attendant mieux, je proposerai le nom de « coxa flecta » des adolescents.

Un point particulièrement intéressant, sur lequel je ne puis cependant vous fournir maintenant de données bien précises, se sont les rapports de la coxa flecta avec la déformation connue sous le nom de coxa-valga. Ainsi que Mauclaire, j'ai pu constater, sur un sujet observé en 1905, et dont j'ai publié l'observation (1), l'exagération de la croissance osseuse, le redressement du col du fémur ; l'agrandissement de l'angle d'inclinaison était considérable ; le cas est tout à fait typique, comme vous pouvez en juger par cette photographie. Il semble bien que la coxa valga et la coxa flecta ne sont pas deux entités différentes, mais relèvent toutes deux d'une même cause : hyperactivité de la région juxta-épiphysaire. Ne peut-on pas supposer que cette hyperactivité puisse se traduire par un redressement du col du fémur, un agrandissement de l'angle d'inclinaison, *sans autre symptôme*, si le tissu osseux reste toujours suffisamment solide ? Dès lors, la coxa valga est constituée.

Au contraire, le ramollissement du tissu osseux accompagne-t-il l'activité du tissu juxta-épiphysaire, nous aurons la coxa flecta. Il peut même arriver qu'après une période d'attitude en

(1) *Lyon Médical*, 1906, CVI, 20-22.

valga la résistance osseuse venant à diminuer, l'attitude en flecta lui succède. L'observation seule permettra de juger de la valeur de cette hypothèse.

L'évolution si caractéristique de la coxa-flecta permet de penser que le *diagnostic différentiel* d'une coxalgie n'est pas aussi difficile qu'il peut paraître à première vue : *il faut d'abord y penser* et, j'ajoute, se hâter de faire exécuter une et même plusieurs radiographies. L'image est si caractéristique qu'un praticien, en voyant cette *flexion du col*, ne pourra pas songer à la coxo-tuberculose. *L'absence d'ensellure*, qui n'a été indiquée par aucun auteur, mais qui m'avait frappé, permettra d'éliminer aussi l'idée d'arthrite. C'est ainsi que la coxa-flecta des adolescents, mieux connue, paraîtra plus fréquente qu'on ne le croit. Chacun de nous, en fouillant dans ses souvenirs, peut retrouver des cas de soi-disant coxalgies miraculeusement guéries en peu de temps avec un retour fonctionnel idéal. Ne s'agissait-il pas alors de coxa-flecta ? C'est du moins ce que je pense en me basant sur mon expérience personnelle.

Le fait que la coxa-flecta peut s'accompagner de fracture juxta-épiphysaire mérite de retenir l'attention. Il est possible que certains cas de fracture considérés comme traumatiques chez des adolescents seront, à l'avenir, attribués à leur véritable cause. L'interrogatoire minutieux, comme celui que nous avons fait subir à notre malade, éclairera certainement la question ; ce détail peut avoir une certaine importance dans les questions d'expertise judiciaire.

Ajoutons, en terminant cette communication, que vous m'excuserez d'avoir fait aussi longue, une seule réflexion sur la facilité de la guérison et par suite sur l'absurdité du *prurigo secandi* déployé par certains auteurs.

*
* *

OCCLUSION POST-OPÉRATOIRE PAR VOLVULUS DU CÆCUM.

MM. GAYET et LAROYENNE présentent une malade qui, huit jours après l'ablation d'un kyste de l'ovaire, dut être réopérée pour des symptômes d'occlusion intestinale. Cette opération fit constater l'existence d'un volvulus du cæcum que l'on détordit et que l'on fixa à la paroi abdominale. L'occlusion intestinale disparut immédiatement.

M. GOULLIQUET. — M. Laroyenne a fait allusion à un cas d'occlusion tardive par adhérence, que je vous ai présenté, il y a quelques mois. C'était un cas typique de lésion limitée, où le plissement de l'intestin ne s'était produit que lentement au niveau d'une adhérence au pédicule d'une ovariectomie, et où l'intervention secondaire a amené la guérison.

Aujourd'hui c'est un autre ordre d'accident occlusif post-opératoire qu'il nous indique : le déplacement, avec torsion, du cæcum.

Contre ces accidents divers j'avais recommandé il y a quelques années (Congrès français de chirurgie de 1905) de terminer la laparotomie par l'*étalement pelvien du côlon terminal*.

Pendant la bascule en Trendelenburg, anses grêles et gros intestin, côlon pelvien, remontent au-dessus du détroit supérieur, et quand, brusquement, on change la position de l'opérée, les anses grêles peuvent se précipiter dans le petit bassin alors que le côlon pelvien reste au-dessus, et les anses grêles, venant au contact des surjets pelviens ou des pédicules plus ou moins péritonisés, peuvent contracter des adhérences occlusives. Il faut avoir soin, à la fin de la laparotomie, d'étaler le côlon terminal dans le petit bassin, et de l'interposer ainsi entre les surfaces plus ou moins privées de péritoine et les anses grêles.

On évite aussi, de la sorte les torsions de l'S iliaque.

M. Laroyenne nous apprend que, dans cette manœuvre complémentaire de reposition des organes si mobile de l'abdomen, il faut songer au cæcum.

D'ailleurs, à la suite de ma communication au Congrès, le professeur Depage avait pris la parole pour signaler plusieurs faits où la négligence de cette précaution avait déterminé des accidents d'occlusion par torsion du côlon ascendant dans un cas, et torsion de l'épiploon et de l'estomac dans un autre.

M. LERICHE. — J'ai été très heureux d'entendre M. Laroyenne rappeler les travaux de Cavillon sur la mobilité cæcale et sur le volvulus du cæcum ; ils marquent une date importante en France tout au moins, dans l'histoire des torsions du gros intestin et on les a quelque peu passées sous silence dans des mémoires récents, qui en sont pourtant visiblement inspirés.

Le fait rapporté par M. Laroyenne établit un facteur nouveau dans l'étiologie de ces torsions. Quand on a remarqué la mobilité et la longueur considérable de certains cæcums, on est étonné qu'après la position déclive leur coudure et la persistance de leur bascule ne soient pas plus communes. En tout cas, les petits accidents de la mobilité du cæcum ne sont pas rares : j'en ai, pour ma part, observé deux ; dans ces deux cas, le cæcum, perceptible par le toucher rectal, donnait l'im-

pression d'un kyste de l'ovaire peu tendu et les crises cæcales avaient été interprétées pour des crises de torsion.

Quant au volvulus complet post-opératoire, je n'en ai point vu, mais il me semble avoir lu récemment une observation comparable à celle de M. Laroyenne.

M. BÉRARD. — Il n'est pas douteux qu'il existe des occlusions vraies post-opératoires, dues à des causes mécaniques et complètement indépendantes d'un processus infectieux. Les occlusions dues à la chute de l'angle gauche, que nous avons étudiées autrefois avec M. Patel, en sont une des formes.

M. POLLOSSON. — Parmi les faits d'occlusion vraie post-opératoire que j'ai observés, j'ai été frappé de noter quelquefois, à la réouverture du ventre, une issue abondante de gaz venant directement de la cavité péritonéale non enflammée et sans liquide. Ces cas ont été suivis de guérison. Je serais heureux de savoir si de tels faits ont été observés, et quelle explication on peut en fournir.

M. CONDAMIN. — J'ai observé un fait de ce genre.

* * *

APPENDICECTOMIE A FROID. OCCLUSION INTESTINALE POST-OPÉRATOIRE. LAPAROTOMIE. GUÉRISON.

M. GAYET. — Les hasards de la clinique ont amené dans mon service, précisément en même temps que la malade que M. Laroyenne vient de nous présenter, un autre cas d'occlusion post-opératoire, que j'ai eu également le bonheur de guérir par la réouverture du ventre. Je crois intéressant de rapprocher cette observation du fait qui vient de vous être rapporté.

OBSERVATION. — D... Antoine, 25 ans, est un garçon malingre qui a des antécédents lourdement chargés. A 16 ans il eut une fièvre typhoïde. Depuis, il s'enrhume tous les hivers ; il y a trois ans, débuta une arthrite bacillaire du genou gauche, qui fut d'abord traitée par la ponction, le drainage et enfin l'amputation de la cuisse fut pratiquée, il y a sept mois, à Limoges. Quelque temps après, débuta l'affection qui le fit entrer à l'hôpital. Il eut une première crise d'obstruction intestinale traitée médicalement. Depuis, ces crises se répètent constamment, elles s'accompagnent de douleurs abdominales violentes, généralisées à l'abdomen. Le malade ne va à la selle que tous les dix ou douze jours.

Une crise plus forte, accompagnée de vomissements légèrement por-

racés, a éclaté ces jours-ci. A l'examen, le ventre est ballonné, un peu douloureux à la palpation. On ne sent pas de gâteaux péritonéaux, mais une certaine crépitation quand on palpe un peu brusquement. Pas de matité en damier ; sonorité abdominale presque tympanique. Pas de douleur localisée à la palpation. Au poumons, légère submatité des fosses sus-épineuses sans autres signes nets. Rien au cœur, pas d'albumine, pas de fièvre.

Il existe enfin une paralysie radiale droite qui est apparue il y a cinq jours et paraît due à l'usage de mauvaises béquilles.

Nous pensons à de la tuberculose entéro-péritonéale avec brides ou rétrécissements de l'intestin. Le malade accepte l'intervention après avoir hésité pendant quelques jours.

22 novembre 1911. — Laparotomie médiane. On trouve l'estomac dilaté, l'intestin grêle atone et rétracté, très pâle. Pas de brides ni de rétrécissements, mais l'appendice adhère à la paroi abdominale, il est entouré d'adhérences fibreuses. Appendicectomie. (L'appendice examiné au laboratoire de la Faculté présente des lésions discrètes d'appendicite chronique, nous répond-on, mais pas de tubercules.)

Le 2 décembre, soit dix jours après l'opération, le malade qui avait paru aller très bien jusqu'alors, est pris de malaises, de vomissements. Dans la journée, l'état s'aggrave brusquement, vomissements fécaloïdes, pouls filant, face grippée. L'interne de garde me fait appeler et je vois l'opéré à 11 heures du soir. Nouvelle laparotomie sous anesthésie rachidienne avec 0 gr. 40 de novocaïne de Creil. Les sutures sont enlevées, la plaie désunie doucement. En arrivant au plan péritonéal, je vois une anse grêle, un peu rouge, accolée à la face profonde de la paroi dans toute son étendue, par des adhérences fibrineuses lâches. Le doigt suffit à la décoller et immédiatement cette anse et celles qui sont en amont se dégonflent, on voit la circulation intestinale se rétablir. On se contente de réséquer un morceau d'épiploon paraissant un peu enflammé et après réduction soigneuse des anses, on ferme la paroi au fil métallique en un seul plan.

Le malade a très bien supporté l'intervention. L'anesthésie totale eût été impossible en raison des vomissements continuels ; mais l'anesthésie rachidienne a été très suffisante ; seules les manipulations de l'épiploon enflammé ont été douloureuses. Les suites furent excellentes. Dès le lendemain, le malade se déclarait très bien, la circulation des matières se fit parfaitement et le malade est sorti de l'hôpital ces jours-ci en très bon état.

Ce fait d'obstruction post-opératoire est donc bien net. Il y avait peut-être un très léger degré d'infection locale, puisque l'anse adhérente était rouge et l'épiploon enflammé. Mais les résultats de la libération de cette anse et l'absence de toute

température semblent bien montrer qu'il y avait surtout une
coudure de l'intestin et non pas de la péritonite avec paralysie.
On peut donc se baser sur cette observation, comme sur celle
de M. Laroyenne, pour dire, avec M. Goullioud : l'obstruction
post-opératoire existe bien, il faut y penser et savoir la diffé-
rencier de la péritonite, de façon à agir vite et à guérir son
malade par une intervention faite à temps.

"
2
"
"
"

Séance du 18 janvier 1912

Présidence de M. A. POLLOSSON

DE LA VALEUR DU PÉRISTALTISME INTESTINAL DANS LE PRO-
NOSTIC ET LE TRAITEMENT DES OCCLUSIONS POST-OPÉRA-
TOIRES.

M. VILLARD. — L'évolution des obstructions intestinales post-opératoires est extrêmement variable ; tantôt le météorisme s'accompagne des phénomènes les plus graves et la mort survient rapidement par péritonite septique ; tantôt, au contraire, malgré l'intensité des phénomènes d'occlusion, hoquet, vomissements porracés, altération de l'état général, on voit, après quelques émissions gazeuses par l'anus, la situation se dénouer heureusement et les fonctions intestinales se rétablir rapidement.

Cette variabilité de l'évolution des occlusions post-opératoires s'observe également dans les résultats donnés par l'anus contre nature pratiqué comme ressource suprême de ces accidents. En présence de malades présentant un abdomen distendu par un météorisme souvent considérable, torturés par des secousses violentes de vomissements, devant l'impossibilité d'obtenir par le rectum aucune émission gazeuse ou stercorale, la création d'un anus contre nature permet une extrême mais rationnelle ressource. Et cependant, combien sont déçues les espérances que l'on attendait de cette intervention. L'ouverture de l'intestin distendu ne laisse échapper que les quelques gaz renfermés dans l'anse incisée, et, dans les heures qui suivent, aucun liquide, aucune matière stercorale ne s'écoulent par l'organe, l'anus artificiel reste sec et le malade meurt plus ou moins rapidement, sans que les phénomènes d'obstruction aient été en rien modifiés. Pensant avoir fait porter trop bas

leur entérostomie, quelques chirurgiens ont fait, plus haut, une nouvelle ouverture à l'intestin, et, malgré une série d'anuses artificiels ainsi étagés sur le même malade, l'obstruction intestinale n'en a pas moins continué son évolution.

A côté de ces interventions sans résultat, d'autres faits montrent que l'anuse contre nature est une intervention de tout premier ordre dans les occlusions post-opératoires, une véritable opération de sauvetage. Alors que la situation paraissait désespérée, l'entérostomie a permis une évacuation abondante du contenu intestinal, suivie d'une guérison rapide.

De cette inconstance dans les résultats sont nées les différentes appréciations des chirurgiens sur la valeur de l'anuse artificiel dans les obstructions post-opératoires graves ; les uns considérant cette intervention comme une ressource de tout premier ordre, les autres comme une opération inutile.

J'estime que ces résultats variables sont dus aux causes multiples qui produisent les obstructions intestinales post-opératoires ; celles-ci étant, les unes des obstructions infectieuses par péritonites, les autres, plus rares, résultant d'obstacles purement mécaniques, et les dernières enfin, mixtes, réalisées à la fois par des infections localisées et des positions vicieuses de l'intestin.

Dans les occlusions par péritonites, on se trouve en présence d'une paralysie étendue à toute la musculature du tractus intestinal, la situation est extrêmement grave et la création d'un anus artificiel ne peut donner aucun résultat, l'ouverture de l'intestin ne servant qu'à évacuer le contenu immédiat de l'anse incisée ; ce sont des cas de ce genre qui expliquent, sans les justifier, les entérostomies multiples que j'ai signalées tout à l'heure.

La situation est tout autre dans les deux autres cas : l'obstruction intestinale peut être produite par une cause purement mécanique, une bride, une torsion, une coudure. Le cas est relativement assez rare ; plus souvent il s'agit d'une pathogénie mixte ; une infection atténuée, localisée, paralyse un segment de l'intestin, ou crée une faible adhérence vicieuse, le météorisme qui en est la conséquence augmente la compression et la gêne mécanique au niveau du point malade, ou détermine des compressions secondaires au niveau des coudes du côlon iliaque, il en résulte une obstruction, d'origine infectieuse il

est vrai et liée à une infection localisée, mais qui se comporte comme une obstruction mécanique, car seule une partie de l'intestin est privée de ses fonctions motrices.

Le pronostic est, dans ces cas-là, infiniment meilleur. Que, sous l'influence d'une thérapeutique bien dirigée, l'obstacle soit franchi, ou qu'en désespoir de cause on pratique un anus artificiel, le malade verra cesser ses accidents.

Il y a donc le plus grand intérêt à pouvoir reconnaître, en présence des obstructions intestinales post-opératoires, celles qui relèvent d'une paralysie intestinale par péritonite, et celles qui sont sous la dépendance d'un obstacle mécanique pur ou mixte par infection associée.

Il est certain que le diagnostic sera le plus souvent facile entre les occlusions paralytiques par péritonite et les obstructions mécaniques pures par brides, torsions, etc. L'absence, dans le second cas, des signes habituels de la péritonite, accélération du pouls, élévation de la température, dyspnée toxique, indiquera la cause réelle des accidents.

Mais, dans les obstructions mixtes, où il y a une gêne mécanique avec accidents infectieux localisés, le diagnostic devient extrêmement difficile, et il y a grand intérêt à le faire, au point de vue pronostic, pour rassurer, s'il y a lieu, un entourage alarmé, et surtout au point de vue thérapeutique. S'il s'agit d'une péritonite, il faut éviter de traumatiser le tube digestif par des lavements répétés ou des purgatifs, même prudents; s'il s'agit d'un obstacle par infection atténuée et localisée, ces ressources thérapeutiques peuvent être utilisées; on peut en attendre, sans trop d'anxiété et sans trop de hâte, de bons résultats, et en tout cas, si la situation s'aggrave, il restera la ressource de l'anus artificiel.

C'est à propos de ces cas à diagnostic obscur, et à pronostic difficile à préciser, que je désirerais insister sur un signe clinique qui m'a rendu de grands services et qui a, je crois, une très grande valeur. Je veux parler de l'*existence ou de l'absence de péristaltisme intestinal* dans les météorismes post-opératoires.

Lorsqu'on examine, en effet, l'abdomen distendu d'un malade atteint d'obstruction intestinale post-opératoire, deux cas peuvent se présenter. Tantôt la distension du ventre est sensiblement uniforme, sans que l'œil puisse reconnaître, se dessinant

sur la paroi, les ondulations péristaltiques de l'intestin ; tantôt, au contraire, on peut percevoir celles-ci et la palpation permet de sentir le durcissement intermittent des anses. Dans le premier cas, il s'agit d'un météorisme par paralysie intestinale consécutive à une péritonite généralisée ; dans le second cas, au contraire, l'intestin se défend, lutte contre un obstacle mécanique, et, s'il s'agit d'une infection, celle-ci est localisée et d'un pronostic infiniment meilleur.

J'ai eu très souvent l'occasion de vérifier l'exactitude de ce symptôme, et il m'a rendu de précieux services dans l'appréciation du pronostic et la conduite à tenir chez des laparotomisés qui, vers le troisième ou quatrième jour, présentaient du météorisme abdominal, avec obstruction. Toutes les fois que j'ai pu constater le péristaltisme des anses intestinales, j'ai porté avec raison un pronostic favorable, les grands lavages rectaux, les lavements glycélinés ou purgatifs m'ont habituellement suffi et, dans quelques cas exceptionnels, l'anus contre nature, pratiqué très tardivement, m'a permis d'obtenir la guérison. Parmi mes observations, je puis citer à l'appui de ces considérations deux cas très typiques. Dans le premier il s'agissait d'une malade chez laquelle M. Desgouttes, qui me suppléait, avait pratiqué une hystérectomie ; vers le cinquième jour, l'obstruction intestinale paraissait complète, un météorisme considérable, des vomissements, de l'agitation et une altération marquée de l'état général faisaient redouter une complication septique grave. M. Desgouttes, sur le point de réouvrir le ventre, m'ayant demandé conseil, je constatais au niveau de l'abdomen un péristaltisme intestinal très net, et je portais alors un pronostic favorable et obtenais le lendemain, par des lavements purgatifs, l'évacuation de l'intestin.

Dans le second cas, l'indication a été particulièrement délicate. Il s'agissait d'un enfant d'une douzaine d'années que j'avais opéré d'une appendicite à chaud, à forme très grave ; vers le quatrième jour, la situation paraissait désespérée, la température oscillait autour de 39°, le pouls était à 140, et une obstruction intestinale complète avec gros météorisme s'accompagnait de vomissements presque incessants. Un délire d'agitation complétait ce tableau clinique. Ayant constaté nettement, chez ce petit malade, l'existence d'un péristaltisme violent, je réclamaï avec insistance auprès des parents l'autorisation de

faire un anus contre nature. Ceux-ci hésitaient, considérant que la fin était proche ; ils consentirent cependant, et, avec une anesthésie très incomplète, je pratiquais, en quelques minutes, l'ouverture d'une anse grêle. Le lendemain, la situation était très améliorée, et la guérison fut obtenue, non sans quelques incidents, parmi lesquels la nécessité de fermer au douzième jour l'entérostomie qui, placée haut sur le grêle, s'accompagnait de dénutrition rapide et d'auto-digestion de la paroi.

Je pourrais multiplier les exemples, mais l'observation précédente est particulièrement typique, car il y avait, dans ce cas, à la fois des accidents infectieux d'origine appendiculaire et des troubles mécaniques d'obstruction intestinale. La constatation du péristaltisme m'a permis de mettre les choses au point et d'apprécier l'exacte valeur des symptômes.

J'estime donc que le péristaltisme intestinal, au cours des obstructions post-opératoires, est un signe de première valeur pour distinguer les obstructions mécaniques des obstructions paralytiques par péritonite. La difficulté réside dans la constatation du symptôme. Il est des cas où celle-ci est facile, lorsque les anses dessinent leurs ondulations sur la paroi abdominale, mais dans d'autres circonstances, le phénomène est plus fruste ; il faut alors le rechercher avec soin. La palpation lente et prolongée de la paroi permettra le plus souvent d'observer pour l'intestin un phénomène analogue à celui qu'a décrit M. Bouveret pour l'estomac sous le nom de tension intermittente.

Par la main posée à plat sur l'abdomen, et promenée en effleurant celui-ci, on percevra de temps à autre le contour arrondi et rénitent d'une anse intestinale momentanément durcie ; quelques secondes plus tard, le phénomène aura disparu. Cette *tension intermittente intestinale* a la même valeur que le péristaltisme visible à l'œil nu.

Il faudra rechercher aussi l'existence des bruits hydroaériques intestinaux, qui sont la manifestation acoustique de la contraction de l'intestin ; *les ventres météorisés qui gargouillent sont le siège d'un obstacle mécanique.*

Enfin, il faut attacher aussi une certaine valeur aux sensations de coliques accusées par les malades, car c'est là la manifestation sensitive du péristaltisme intestinal. La recherche

du péristaltisme sera donc faite le plus habituellement par la constatation visuelle des mouvements ondulatoires de la paroi, et, dans les cas frustes, par la perception manuelle de la tension intermittente de l'intestin, l'existence de bruits hydroaériques et la sensation subjective de coliques accusée par les malades.

La valeur du signe du péristaltisme intestinal n'existe pas seulement pour les occlusions post-opératoires ; la recherche de ce signe peut être utilisée dans les cas un peu obscurs où, chez des malades atteints d'une infection péritonéale primitive, existent des symptômes inquiétants d'obstruction intestinale : infection appendiculaire, poussées de péritonite pelvienne par annexites ; sa constatation permettra d'apprécier à sa juste valeur la part qui revient à l'infection dans les accidents d'obstruction, et permettra de préciser s'il s'agit d'une péritonite extrêmement grave à type occlusif, ou d'une infection localisée, à pronostic bénin, malgré l'alarme de l'obstruction intestinale. L'année dernière, j'ai eu l'occasion de voir, avec M. Goullioud, une malade âgée qui présentait tous les signes d'une péritonite grave avec occlusion, température moyennement élevée, pouls rapide, vomissements fréquents, arrêt des matières et des gaz, météorisme marqué. Malgré un état général mauvais, la constatation d'un péristaltisme intestinal net, s'accompagnant de bruits hydroaériques, de coliques, nous fit conclure à l'opportunité d'un anus artificiel. Cette intervention amena une détente rapide des accidents et la guérison, bien qu'une certaine quantité de liquide louche ait été constatée dans la cavité péritonéale au cours de l'opération. Il s'agissait très probablement d'une obstruction mixte, dans laquelle l'obstacle dominait la scène clinique.

Dans ce cas encore, la constatation du péristaltisme intestinal a permis une exacte appréciation des phénomènes pathologiques et conduit à une thérapeutique rationnelle.

J'estime, en effet, qu'au point de vue des indications dans le traitement des obstructions post-opératoires, le signe du péristaltisme doit tenir la première place. S'il n'existe pas de péristaltisme, il s'agit d'une occlusion paralytique infectieuse, et le traitement devra s'adresser à la péritonite ; c'est dire qu'il consistera dans une réintervention précoce ou dans le traitement symptomatique, constitué par la strychnine à doses éle-

vées, l'huile camphrée, l'irrigation rectale continue, suivant la méthode de Murphy. Mais il faudra soigneusement éviter de recourir à l'usage des purgatifs.

Lorsque, au contraire, il existe du péristaltisme, le traitement doit s'adresser à l'obstacle. Lorsqu'on soupçonnera une cause mécanique pure, bride ou torsion, de par l'absence de température, un pouls peu accéléré, la brusquerie des accidents du début, on pourra aller à la recherche de l'obstacle. Mais, toutes les fois qu'il s'agira d'une cause mixte, infection légère et localisée, adhérence lâche, vice de position temporaire, parésie partielle de l'intestin, il faudra savoir attendre ; la plupart de ces obstructions sont passagères, l'existence de coliques ressenties par le malade, la constatation de borborygmes sont l'indice d'une détente prochaine, et l'on devra s'adresser tout d'abord au traitement médical : glace sur l'abdomen, grandes irrigations rectales, lavements huileux, glycerinés ou purgatifs. Si, malgré cette thérapeutique, la situation s'aggrave, et l'obstacle persiste, on pourra discuter l'opportunité d'une intervention dirigée contre lui, ou l'établissement d'un anus artificiel transitoire. Pour ma part, je préfère l'anus artificiel, moins séduisant en théorie, moins dangereux en pratique, car il s'agit de malades fortement météorisées, chez lesquels, dès l'ouverture de l'abdomen, les anses intestinales vont se précipiter au dehors en gênant considérablement les manœuvres de découverte. D'autre part, comme il s'agit d'infections atténuées et localisées, je considère comme dangereuse la manipulation de l'intestin, qui expose à l'extension de la péritonite.

L'anus contre nature est une opération très rapide, facile à pratiquer, ne réclamant pas forcément une anesthésie générale ; c'est une véritable opération de sauvetage, telle que peut la réclamer la situation grave des malades.

Je crois qu'il est possible de résumer les considérations précédentes dans les formules suivantes :

1° Dans les obstructions intestinales post-opératoires ou liées à des infections primitives (appendicite, salpingite), la distension de l'abdomen peut être constituée par un météorisme immobile, sans contractions intestinales, ou par un météorisme animé de contractions péristaltiques. Ce péristaltisme pourra être visible, ou fruste, révélé seulement par la tension inter-

mittente de l'intestin, les bruits hydroaériques ou la sensation subjective de coliques.

2° Les obstructions sans péristaltisme sont dues à la distension paralytique des anses intestinales et sont la conséquence d'une infection péritonéale étendue. Au point de vue thérapeutique, elles relèvent du traitement hâtif de la péritonite, laparotomie itérative, injections de strychnine, d'huile camphrée, irrigation continue rectale de Murphy, etc.

3° Les obstructions avec péristaltisme sont le résultat de causes mécaniques ou d'infections localisées, faisant obstacles (adhérences, paralysie partielle). Leur pronostic est beaucoup moins sévère. Le traitement consistera dans des moyens médicaux : lavements, grandes irrigations rectales, laxatifs légers ; une intervention chirurgicale ne s'imposera qu'après échec des moyens précédents, et sans hâte ; elle consistera soit dans la recherche de l'obstacle, soit dans l'établissement temporaire d'un anus artificiel.

M. DELORE. — J'ai observé un cas d'occlusion post-opératoire dont la cause était tout à la fois mécanique et inflammatoire. Il s'agissait d'une femme de 48 ans, à laquelle j'avais incisé, par voie vaginale, une collection suppurée. Dès le lendemain, alors que la température avait baissé, on constatait un fort météorisme, l'arrêt des gaz et l'apparition de vomissements à caractère fécaloïde. Devant cette complication évoluant sur un sujet atteint de péritonite enkystée, je pratiquai une entérostomie sur le grêle, et les accidents d'occlusion cessèrent.

Les jours suivants se déroulèrent des crises d'occlusion duodénale qui cédaient à des cathétérismes de l'estomac. Mais je passe sur ces accidents pour insister sur un fait qui intéresse davantage la question que l'on discute : toutes les fois qu'on oblitèrait l'orifice artificiel, l'opérée souffrait, éprouvait des coliques et l'on devait laisser libre l'incision du grêle. Il y avait donc un obstacle véritable sur le trajet de l'intestin.

C'est ce que démontra une laparotomie pratiquée, plusieurs mois après, en dehors d'accidents aigus. Au-dessous de l'angle iléo-cæcal existait une collection contenant du pus, au centre de laquelle se perdait l'appendice en partie détruit. Les parois de cet abcès étaient épaissies, dures et englobaient l'intestin grêle vers sa terminaison. Cette portion du grêle *était elle-même coudée, épaissie, et avait tous les caractères d'un intestin atteint de rétrécissement inflammatoire*. J'enlevai l'appendice, l'utérus et les deux trompes dans un magma inflammatoire. Un mois après, l'anus artificiel fut traité par la cure radicale et cette opérée n'a jamais plus présenté d'accidents abdominaux.

En somme, en pleine péritonite, les accidents d'occlusion ont apparu, évolué et ont dû être traités par l'entérostomie chez une malade opérée la veille. L'opération n'a joué qu'un rôle minime dans la pathogénie de cette complication. En réalité, l'intestin était coudé, épaissi et probablement rétréci au contact d'un foyer d'inflammation péritonéale. Obstacle mécanique et péritonite s'associaient ainsi pour produire l'occlusion. A notre avis, du reste, ces faits sont rares ; ce sont des occlusions post-opératoires si l'on veut, puisque le syndrome apparaît après l'opération ; mais l'acte opératoire ne joue qu'un rôle bien discutable dans son apparition.

M. LAROYENNE. — Parmi les occlusions post-opératoires à causes associées, les « iléus combinés », dont vient de parler M. Villard, je puis citer la coexistence d'une hernie ombilicale étranglée et d'un étranglement interne par bride. On conçoit que les deux étranglements réagissent mutuellement, que l'on puisse être la cause de l'autre, et, si on lève par kélotomie l'étranglement herniaire qui est le plus évident, l'occlusion interne n'en persiste pas moins.

MM. Desgouttes et Arnaud ont d'ailleurs publié en détail une observation analogue.

M. POLLOSSON. — Je suis très étonné de voir M. Villard préconiser l'expectative quand il a constaté du péristaltisme et fait le diagnostic d'occlusion non paralytique. Il me semble, au contraire, que, dans ces cas, la réintervention doit être aussi rapide que possible. Il y a tout à y gagner.

M. VILLARD. — Je crois que dans les occlusions post-opératoires non paralytiques, il n'y a pas lieu de se hâter d'intervenir, beaucoup cédant par des moyens médicaux, qui doivent toujours être essayés. Il s'agit, le plus souvent, de vices de position temporaires, d'adhérences faibles qui se modifient facilement. Par contre, la réintervention présente une gravité dont il faut tenir compte.

*
* *

CORPS ÉTRANGER VÉSICAL (ÉPINGLE A CHEVEUX). VOLUMINEUX
CALCUL SECONDAIRE. EXTRACTION PAR TAILLE HYPOGAS-
TRIQUE TRANSVERSALE MODIFIÉE (INCISION DE PFANNENS-
TIEL) (1).

M. STÉFANI (de Bastia). — Nous avons eu l'occasion de donner nos soins en mai dernier, à une jeune malade dont l'histoire nous a paru présenter quelque intérêt.

(1) Présentée par M. Rochet.

OBSERVATION. — M^{lle} P. M..., 28 ans, entre à ma clinique le 10 mai 1911. C'est une campagnarde, pitoyable : porteuse d'une luxation congénitale bilatérale de la hanche, non soignée, elle présente de plus, tous les attributs d'une faible d'esprit, érotomane.

A Pâques 1910, elle dit avoir avalé, par mégarde une épingle à cheveux qui, d'après elle, ayant traversé tout le tube digestif, se serait arrêtée dans le bas-ventre. Depuis cette époque, elle a présenté tous les signes d'une cystite intense.

Actuellement, les mictions sont fréquentes, impérieuses, et de plus très douloureuses. Les urines sont troubles, avec un dépôt purulent abondant. Il n'y a aucun signe net d'infection ascendante ; les reins ne sont pas perceptibles ni douloureux. Pas de fièvre ni d'altération apparente de l'état général. Ce sont surtout les phénomènes douloureux qui ont forcé la malade à se faire soigner. Le médecin traitant a constaté de visu, une fois, l'issue par le méat urinaire de l'extrémité de l'épingle à cheveux et a essayé de l'extraire, mais non seulement il n'y a pas réussi, mais encore l'épingle à cheveux s'est cachée dans la profondeur et n'a pas reparu. Le cathétérisme avec une sonde métallique indique la présence dans la vessie d'un corps étranger, et la sensation perçue est celle d'un calcul rugueux et volumineux.

Sous anesthésie mixte ou chlorure d'éthyle-éther, incision transversale légèrement curviligne, cachée dans les poils du pubis (incision esthétique). Puis *écartement* des grands droits et des pyramidaux, refoulement au doigt du cul-de-sac prévésical du péritoine et incision verticale du globe vésical. Ce premier temps réalise une incision de Pfannenstiel basse.

Le doigt introduit dans la vessie permet d'y vérifier la présence d'un énorme calcul dont l'extraction nécessite l'agrandissement de l'incision vésicale, qui atteint ainsi 4 à 5 centimètres de longueur. Il est alors possible avec une tenette et en s'aidant des doigts, d'extraire de la vessie un volumineux corps étranger composé de l'épingle à cheveux recherchée, complètement recouverte, du côté de son anse, d'un calcul dur, d'aspect phosphatique, gris blanchâtre, de forme ovoïde, et de dimensions intermédiaires entre celles d'un œuf de pigeon et d'un œuf de poule. Les extrémités libres et pointues de l'épingle à cheveux, du modèle fort, sont fichées dans la muqueuse du bas-fond vésical, sans que l'hémorragie venant de la tranche permette d'en repérer plus exactement la situation.

Le corps étranger une fois enlevé, et après vérification au doigt de la complète vacuité du corps vésical, suture à deux plans, au catgut, de la paroi vésicale, et suture de la peau aux agrafes de Michel, après mise en place d'un gros drain prévésical de sûreté. Sonde de Malécot à demeure.

Les suites opératoires furent des plus simples. Le lendemain soir,

élévation thermique à 38°8, puis baisse progressive les jours suivants, et disparition complète des douleurs. Mais le surlendemain, la présence de l'urine dans le pansement suspubien indique que la suture vésicale n'a pas parfaitement tenu. Urotropine, 1 gr. 50 par jour.

Le sixième jour, pansement, ablation, nettoyage et remise en place de la sonde à demeure, suivis d'un bon lavage de la vessie, renouvelé les jours suivants.

Progressivement, les urines s'éclaircissent, l'issue d'urine par la plaie diminue de plus en plus, et la fistule se ferme complètement dès le douzième jour, ce qui permet d'enlever la sonde le treizième.

Le dix-huitième jour, la malade quitte ma clinique à peu près complètement rétablie. Les urines sont beaucoup plus claires et il ne persiste plus que quelques douleurs légères au moment de la miction. Quant à l'incision hypogastrique, elle est parfaitement cicatrisée. Guérison complète par la suite.

Cette observation présente un exemple remarquable de corps étranger vésical longtemps retenu dans la vessie et dont l'aspect des plus caractéristiques reproduit parfaitement la figure des vieux traités classiques. De nos jours, les pièces de ce genre sont devenues une rareté grâce aux soins immédiats dont sont entourés les malades qui en sont porteurs et à la précocité générale de leur extraction. Il faut nécessairement avoir affaire à des malades d'un milieu tout spécial pour extraire de leur vessie des pierres secondaires de ce calibre.

En présence d'un cas de ce genre, il est certain qu'il ne faut pas songer à l'ablation par les voies naturelles. Outre que l'urètre féminin, malgré sa souplesse bien connue, serait difficilement dilatable à un degré suffisant pour livrer passage à un calcul secondaire de ces dimensions, il y aurait tout lieu de craindre la production, par les extrémités acérées de l'épingle, de délabrements qui pourraient n'être pas sans danger.

Aussi, en présence d'une épingle à cheveux avec dépôt secondaire considérable, sera-t-il toujours préférable de recourir d'emblée à la taille hypogastrique. Dans notre cas, nous avons pratiqué cette intervention suivant un procédé recommandé par Kelley, de Baltimore (1). Ce procédé n'est autre qu'une application à la taille sus-pubienne de l'incision bien connue de Pfannenstiel.

(1) *Surgery Gynecology and Obstetrics*, tome VII, f. 1, janvier 1911, p. 30 à 34.

Au cours de notre intervention, nous avons été frappés des avantages de cette incision : l'écartement facile des grands droits donne immédiatement sur les plans profonds un jour remarquable qui permet d'éviter à coup sûr et le cul-de-sac péritonéal, qu'il est on ne peut plus facile de voir et de récliner au doigt, et la cavité de Retzius, si facile à infecter.

De plus, on obtient ainsi une cicatrice pariétale d'une irréprochable solidité, contrairement à ce qui a lieu quand les muscles grands droits ont été sectionnés en travers.

Pour ces différentes raisons, l'incision de Pfannenstiel doit être considérée comme un appréciable perfectionnement dans la technique de la taille hypogastrique et nous paraît recommandable particulièrement dans tous les cas où le chirurgien a besoin d'opérer avec beaucoup de jour.

*
* *

SYNOVECTOMIE ET ÉVIDEMENTS PARTIELS DANS UNE
TUMEUR BLANCHE DU GENOU. DES RÉSULTATS DE
L'HÉLIOTHÉRAPIE.

M. VIGNARD. — La première malade que je vous présente est une enfant qui est entrée au mois d'avril 1909 pour une tumeur blanche du genou gauche datant de six mois, qui fut traitée pendant vingt mois par une immobilisation rigoureuse accompagnée d'un séjour de quatre mois à Giens. L'enfant rentra à la fin de 1910 dans sa famille paraissant guérie.

Nous la revîmes le 2 mai 1911 ; des fongosités avaient repullulé dans l'articulation, les extrémités osseuses étaient douloureuses à la pression, et devant ces signes manifestes de récurrence, je résolus d'intervenir, chose que je fais toujours, depuis deux ans, quand la gravité des lésions, leur persistance malgré tous les soins, ou leur aggravation me démontrent que le seul et le meilleur résultat que je puisse attendre est l'ankylose. Or, ce résultat, je l'obtiens plus vite, mieux, avec moins de chances de récurrence et une certitude plus grande de supprimer les lésions par l'opération.

Elle consiste à ouvrir le genou, à enlever la synoviale en respectant la rotule, à peler les cartilages d'encroûtement et, au-dessous d'eux, à curetter, évacuer, cautériser et plomber tou-

tes les lésions tant tibiales que fémorales. Ici, seul le plateau interne du tibia était sain. Dans les deux condyles fémoraux et dans le plateau tibial externe infiltrés de pus, j'ai creusé des cavités que j'ai plombées. Suture complète, sans drainage, et plâtre.

Au bout de cinq semaines, j'ai exposé l'enfant au soleil et l'ai envoyée ensuite à Giens pour compléter la cure.

Actuellement le genoux est sec, indolore, et ressemble à celui du côté opposé. Grâce à la conservation de la rotule, le tendon du quadriceps, bien nourri lui-même par l'insolation, est capable de maintenir et de ramener la jambe dans une extension vigoureuse. Les mouvements de flexion sont insignifiants, mais ce qui est précieux, c'est cette extension, qui préviendra sûrement la flexion passive et inévitable qui ne manque jamais de se produire dans les ankyloses molles qui succèdent aux synovectomies les plus réussies.

Quelque précaution que l'on prenne à suturer le quadriceps, rien ne vaut la conservation de la rotule, dont l'ablation interrompt dans une large mesure la continuité du tendon et lui enlève une grande partie de ses moyens d'action.

Une grande partie des bons résultats obtenus dans ce cas revient à l'héliothérapie, dont le succès a été encore plus manifeste chez ce deuxième malade.

Vous ne vous douteriez guère, en voyant ce grand et beau garçon, que j'ai, au mois de novembre 1910, refusé de le recevoir dans mon service parce que porteur d'un mal de Pott, volumineux, avec deux gros abcès fistuleux, dont l'un depuis huit mois ; il m'avait paru si cachectique, si émacié, que je n'augurais rien de bon pour lui d'un séjour à l'hôpital. D'autre part, le sort de ces porteurs d'abcès fistulisés est si misérable et les soins qu'on leur consacre si mal récompensés, que j'hésitais à me charger de celui-ci.

J'y consentis cependant sur les instances de sa mère et lui fis, pendant six mois, des ponctions, des injections et, quand la sécrétion me parut presque tarie, un corset plâtré avec lequel il quitta le service en avril 1911.

Il y revint le 26 mai, avec un état général un peu meilleur ; les fistules s'étaient rouvertes et, comme j'avais eu la fâcheuse idée d'y injecter du mélange de Beck, la suppuration, qui semblait tarie et n'était que retenue, avait repris de plus belle.

C'est alors que j'eus la pensée, en présence de l'été magnifique qui s'annonçait, de lui faire faire de l'héliothérapie, dont j'avais pu apprécier, par ailleurs, les résultats remarquables. Je dois rendre ici hommage au dévouement, à l'intelligence de sa mère et aussi à la docilité du malade. Vivant au quatrième étage d'une maison de la montée des Epies et n'ayant guère de soleil que trois ou quatre heures par jour, il s'y exposa toujours étendu et immobile, ne s'asseyant jamais, même pour manger, et lorsque, par deux fois dans le courant de la saison, il nous fut ramené, je le trouvai d'abord très amélioré, puis transformé comme je vous le montre ici. Il lui a manqué, hélas ! quelques semaines de soleil pour parachever sa guérison. Il existe encore à gauche un suintement insignifiant, mais il a reconquis un état général qui le rend méconnaissable pour ceux qui se rappellent ce qu'il était à son entrée à l'hôpital.

*
* *

TRAITEMENT DES FRACTURES DE L'EXTRÉMITÉ SUPÉRIEURE DE L'HUMÉRUS.

M. VALLAS. — J'ai eu simultanément à soigner, l'année dernière, deux adolescents de 16 ans atteints de fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus. J'ai pu obtenir dans les deux cas un résultat fonctionnel excellent, mais j'ai dû employer des moyens bien différents : c'est pourquoi la comparaison est intéressante.

Le premier fut anesthésié, et au moyen de tractions relativement modérées, c'est-à-dire sans l'emploi d'aucun appareil, je parvins à réduire la fracture et à remettre la tête humérale à sa place sur la diaphyse.

Une radiographie faite sous plâtre le lendemain de l'intervention, montra que la réduction était bonne et s'était maintenue. Après une dizaine de jours d'immobilisation, je fis faire du massage et de la mobilisation progressive. Le blessé sortit rapidement guéri avec un bon résultat fonctionnel.

Pour le second, les choses n'allèrent pas aussi simplement. Comme on peut le voir sur la radiographie, la fracture, située un peu plus bas que dans le cas précédent, portait sur le col

chirurgical. Une tentative de réduction, faite sous anesthésie, échoua, comme le démontre la radiographie faite le lendemain.

Je me décidai alors à une réduction sanglante. J'obtins assez facilement la réduction de la fracture et, pour maintenir les fragments en place, je n'employai aucune attelle métallique aucune vis, aucune broche ; j'engrenai simplement les fragments l'un dans l'autre en utilisant les dépressions et les saillies que je trouvai dans le foyer de la fracture. Une radiographie montra que la réduction était bonne et se maintenait.

Le petit blessé est revenu me voir aujourd'hui, comme je le lui avais demandé, et je vous le présente. Vous pouvez constater que le résultat fonctionnel est parfait. Tous les mouvements de l'épaule existent dans toute leur amplitude et toute leur intégrité.

Je désire, sans insister autrement sur ces deux cas, appeler votre attention sur les deux points suivants, que j'ai d'ailleurs plusieurs fois développés devant vous :

1° L'intervention sanglante, dans les fractures, ne peut être qu'une méthode d'exception. C'est une question d'espèces et de cas particuliers. Deux fractures en apparence identiques peuvent nécessiter l'emploi de moyens différents.

2° Dans les réductions sanglantes de fractures, il faut, autant que possible se contenter des accidents naturels pour obtenir la contention des fragments. L'emploi des corps étrangers est un pis-aller auquel il ne faut se résoudre que par nécessité.

Séance du 25 janvier 1912

Présidence de M. JABOULAY.

LARYNGECTOMIE TOTALE POUR CANCER DU LARYNX.

M. TIXIER. — Voici un homme auquel j'ai pratiqué, le 10 janvier dernier, l'ablation totale du larynx pour cancer : il y a donc exactement quinze jours. Vous pouvez constater dans quel excellent état il se trouve déjà. Son opération a été exécutée en deux temps : trachéotomie préalable le 11 décembre 1911.

Je vous résumerai ainsi son observation dont la partie clinique a été rédigée par mon ami, le docteur Chavanne, qui avait bien voulu me confier ce malade.

OBSERVATION. — G. Albert, 58 ans.

Antécédents héréditaires : père mort à 75 ans en vomissant du sang ; mère morte à 70 ans.

Antécédents personnels : bonne santé habituelle ; pas de syphilis. Au commencement de 1911, apparition d'un peu d'enrouement, sans douleur, ni expectoration de sang ; augmentation progressive de ce symptôme jusqu'au moment du premier examen. Huit jours avant ce dernier était survenu de l'oppression, se manifestant surtout comme dyspnée d'effort.

2 octobre 1911. — Le malade est un peu cyanosé, sa respiration un peu rapide ; on constate une légère tendance de la compression au niveau des veines du cou, avec un peu de stase. Les ganglions juxtalaryngés sont gros, durs, mobiles. Le larynx est mobile, indolore à la pression, sans empâtement, ni déformation. L'état général est bon ; pas d'amaigrissement ; pas de perte d'appétit ; pas d'albumine.

Radioscopie (Dr Barjon) : la crosse aortique est légèrement dilatée, mais sans que ce phénomène dépasse ce que l'on rencontre souvent à l'âge du malade.

Laryngoscopie : état bourgeonnant des cordes vocales et de la région sous-glottique, plus accentué à droite ; de ce côté se détache de la tumeur un bourgeon du volume d'un petit pois, qui obstrue la lumière interglottique et qui fut enlevé ultérieurement à la pince de Krause, à fin d'examen microscopique. L'épiglotte, les replis ary-épiglottiques, la région aryténoïdienne sont normaux.

Lors du premier examen, les mouvements des cordes vocales étaient un peu paresseux ; ils devinrent, dans la suite, presque nuls ; en même temps, la tumeur augmentait de volume, l'aphonie et la gêne respiratoire d'intensité amenant du tirage et du cornage, sans que l'état général cessât d'être bon.

7 décembre 1911. — A l'entrée : respiration très difficile, cyanose, cornage et tirage intenses, mouvements respiratoires rapides ; aphonie complète.

Dans la région sus-hyoïdienne, sur les côtés du larynx, quelques ganglions durs et mobiles. Le larynx n'est pas déformé : il garde sa mobilité dans le sens latéral, au milieu de tissus qui paraissent sains, nullement infiltrés ; le craquement laryngo-trachéal est net.

Bon état général ; pas d'amaigrissement notable. Pas d'albumine ; rien au cœur.

11 décembre. — Trachéotomie basse banale ; suites opératoires nulles.

4 janvier 1912. — *Examen laryngoscopique* (M. Collet) : état bourgeonnant des cordes vocales et de la région sous-glottique, formant une sténose assez prononcée pour qu'il n'y ait pas d'écartement appréciable dans les mouvements d'abduction.

La laryngo-fissure paraît donc absolument indiquée.

Le vestibule laryngé (épiglotte, replis ary-épiglottiques, région aryténoïdienne) paraît absolument normal.

10 janvier. — Laryngectomie totale : incision en T, dont la branche horizontale passe au niveau de l'os hyoïde. Dissection successivement à gauche et à droite des deux moitiés du larynx, puis section de l'os hyoïde : petite incision transversale inférieure au-dessus de la trachéotomie, qui était trop haute et par suite gênante ; section en travers de la membrane thyro-hyoïdienne et ablation de haut en bas du larynx en terminant par la section de la trachée, exactement au niveau de la plaie de la trachéotomie primitive.

Rapidement, on isole la paroi postérieure de la trachée de la paroi antérieure de l'œsophage, et on arrive à fixer solidement par des fils de soie la section transversale de la trachée à la peau. Puis on isole sur deux centimètres de hauteur et on referme aussi haut que possible l'œsophage, dans lequel on place une sonde de Nélaton. On fixe aux tissus péri-œsophagiens les deux parois du pharynx par des points au catgut perdu, puis par des points au crin on fixe la peau en pont entre la trachée fixée en bas et le passage de la sonde dans l'œsophage.

Cette opération, sanglante, émouvante, est très bien supportée par le malade.

Scopolamine-morphine et anesthésie locale à la novocaïne Creil.

14 janvier. — *Suites opératoires* : quatrième jour après l'intervention : malade assis sur son lit, souriant : l'état général excellent. Il demande à se lever : on lui permet de le faire pendant une heure. La température qui, le lendemain de l'opération, avait atteint 40° (petit abcès des plans superficiels droits que l'on draine), est retombée en lysis à 38° ; pouls 90. Pas de s. pulmonaires. Les bords de la plaie sont toujours tuméfiés, néanmoins l'aspect en est bon ; on enlève le drain placé le 11. Bon état digestif.

18 janvier. — Le fond et les bords de la plaie bourgeonnent activement ; on enlève la sonde cervicale qu'on remplace par une sonde nasale. Etat général toujours excellent ; le malade se promène dans la salle, exubérant ; température 37°4.

23 janvier. — Premier essai d'alimentation par la bouche : la déglutition des liquides est possible, sans douleur ; l'essai n'est pas repris, la fistule œsophagienne supérieure n'étant pas encore complètement fermée.

Réflexions. — Quelles sont les conditions particulières qui ont pu, chez cet homme, favoriser l'excellence du résultat obtenu.

En première ligne, je place l'emploi de l'anesthésie purement locale avec injection, au préalable, de scopolamine-morphine. On obtient ainsi une anesthésie suffisante pour exécuter lentement et méthodiquement les premiers temps de l'opération : sans doute, quand on arrive à l'ablation même de l'organe, des douleurs violentes sont ressenties, mais paraissant cependant être bien supportées.

Mais aussi, quel avantage ! Pas d'irritation bronchique par l'anesthésique et moins de chances d'infection des voies respiratoires. Le malade assiste à son opération et expulse lui-même par des efforts de toux le sang qui filtre toujours un peu dans la trachée. Cette façon d'agir avait donné un très beau résultat à M. Bérard, et j'avais été frappé de la faveur dont jouit actuellement auprès de beaucoup de chirurgiens laryngologistes la simple anesthésie locale dans l'ablation du larynx.

Puis, grâce aux cabinets d'isolement dont nous disposons actuellement on peut mettre ces opérés à l'abri des intempéries propres aux immenses salles anciennes, et les faire sur-

veiller nuit et jour par un infirmier attaché à leur personne. Ces soins minutieux durant les premiers jours sont indispensables. Je me souviens d'un malade opéré par le professeur Pollosson, que j'avais l'honneur d'assister, et qui est mort subitement huit jours après son opération, alors qu'il était guéri ; sa canule de trachéotomie était brusquement sortie dans un effort et personne dans la salle n'avait pu la remettre à temps.

Chez mon malade, on percevait de chaque côté, dans la région carotidienne, de très petits ganglions, durs, mais très mobiles. J'ai hésité beaucoup à aller les enlever : je ne l'ai pas fait pour ne pas compliquer immédiatement mon intervention. Et ne savons-nous pas, actuellement, que beaucoup de ces ganglions, examinés histologiquement, sont simplement inflammatoires, ainsi, pour les ganglions de la grosse courbure enlevés dans une gastrectomie pour cancer ; de plus, une considération importante m'a fait agir ainsi ; mon opéré habite Lyon et accepte de venir se faire surveiller minutieusement : à la moindre alerte, je pourrai lui pratiquer l'ablation de ses ganglions.

*
**

DEUX CAS D'OSTÉOTOMIE POUR CALS VICIEUX.

M. GAYET. — Je désire vous présenter un malade chez qui j'ai pratiqué l'ostéotomie du fémur pour cal vicieux ; j'en rapporterai un second cas très analogue, que j'ai eu l'occasion d'opérer dans le courant de l'année précédente. Je n'ai malheureusement pu faire revenir ici ce second malade pour vous le montrer, et c'est dommage, car le résultat était de beaucoup supérieur à celui-ci. Il est vrai que ce second opéré n'était pas un accidenté du travail, et qu'il a mis une bien plus grande bonne volonté à me seconder dans mes efforts pour le guérir !

OBSERVATION I. — Il s'agit d'un ouvrier de 30 ans qui, au début de janvier 1911 fit une chute de 4 mètres de hauteur du bout d'un poteau télégraphique. Chute sur le côté gauche : fracture du fémur à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen. En outre, grosse plaie contuse de la région temporale gauche avec mise à nu des os du crâne, sans fracture évidente. Cette plaie est pansée aseptiquement, une injection antitétanique est pratiquée. Le membre fracturé est mis en traction à l'aide de bandelettes de diachylon et d'un poids de 8 kilogrammes. Sous l'in-

fluence de la traction, les fragments se réduisent en bonne position, ainsi que nous le montre une radiographie faite au bout d'un mois.

Vers le 15 février, notre attention est attirée par des douleurs du cou, un torticolis dont se plaint le blessé ; puis une paralysie faciale du côté droit s'installe avec contracture du côté opposé. Nous pensons à des lésions à frigore tout d'abord ; mais bientôt apparaît de la contracture de la nuque, ensuite, des contractures tétaniformes des membres, et il nous faut nous rendre à l'évidence : il s'agit d'un cas de tétanos tardif. Nous instituons immédiatement un traitement énergique. Une injection antitétanique est pratiquée. En outre, injections journalières d'acide phénique, et chloral à haute dose en lavements. Les accidents persistent pendant quinze jours avec une température très peu élevée, puis cèdent progressivement. On peut considérer le blessé comme hors de danger.

Mais, du côté du membre fracturé, les contractures avaient eu de graves conséquences. Surmontant la traction, elles avaient abouti à placer les fragments dans une position très vicieuse, en crosse de pistolet, avec un chevauchement énorme et un raccourcissement de dix centimètres. Malgré tous nos efforts, nous ne pouvons que remettre les fragments en bonne direction axiale, mais le chevauchement et le raccourcissement persistent. La radiographie que je vous présente vous en montre toute l'importance. Sur ces entrefaites, la consolidation se faisait par un cal énorme et tout accident technique ayant disparu, nous dûmes songer à traiter cette déformation.

Le 15 mars, le foyer de fracture est mis à découvert par une longue incision antérieure. Le fémur était bien dénudé, nous pratiquons la séparation des fragments avec le plus large ostéotome de Mac Ewen. Puis nous faisons exercer une puissante traction au moyen d'une vis de Lorenz, et nous servant des daviers de Lambotte, nous cherchons à replacer les fragments bout à bout. Cette partie de l'opération fut laborieuse, mais put être menée à bien. Une mortaise fut pratiquée sur le bout inférieur, et l'extrémité époutée du fragment supérieur y fut introduite. Malgré cela, il se produisait des glissements, et pour les éviter, nous dûmes enclouer les fragments au moyen de deux puissantes agrafes métalliques.

Ceci fait, suture totale sans drainage, grand appareil plâtré, et traction pour maintenir l'extension musculaire. Au bout de cinquante jours, il fallut céder aux demandes du malade, très impatient. Le plâtre fut enlevé, mais il restait de la mobilité. La traction fut réinstallée. La consolidation ne se faisait toujours pas, et le 30 juin, nous essayâmes le traitement par la thyroïdine. Est-ce l'effet de ce médicament, est-ce simplement parce que le moment de la consolidation était venu, toujours est-il que le 15 juillet on pouvait constater la solidité parfaite des fragments. La radiographie avait été faite avec les agrafes. Celles-ci

furent alors enlevées et peu à peu le blessé fut autorisé à se servir de son membre. Il était parfaitement droit, présentant un raccourcissement de 2 centimètres, et la radiographie dernière, que je fais passer sous vos yeux, montre que les fragments sont absolument bout à bout.

Il restait encore à combattre la raideur du genou, qui avait présenté dès le début une grosse hydarthrose et qui, longtemps immobilisé ensuite, avait des mouvements de flexion très limités. Cette articulation est encore loin d'être souple, et cela constitue la principale cause de la raideur dans la démarche que présente actuellement notre blessé. Quoiqu'il en soit, le résultat tel qu'il est est déjà fort satisfaisant et susceptible de s'améliorer encore beaucoup par l'exercice.

OBSERVATION II. — Mon second malade est un cultivateur de Miribel (Ain), âgé de 47 ans, tombé au mois de septembre 1910 d'une voiture de foin et s'étant fait une grosse fracture des deux os de la jambe au tiers supérieur. Le tibia était brisé d'une façon très oblique en bas et en avant, et le fragment supérieur avait tendance à glisser sur l'inférieur. Le Dr Durand, appelé, lui appliqua un appareil plâtré en réduisant le mieux possible la fracture. Au bout de trente-cinq jours, le plâtre fut enlevé par le malade lui-même, qui, mécontent de ne pouvoir marcher de suite, fit appeler divers empiriques, se soumit à divers traitements et finit par où il aurait dû commencer, c'est-à-dire qu'il rappela son médecin, lequel, constatant une pseudarthrose et une position défectueuse des fragments, me fit l'honneur de m'adresser le blessé, qui entra le 15 novembre dans mon service.

Nous essayâmes d'abord l'ostéoclasie sous anesthésie avec fortes tractions et application d'un appareil plâtré pendant que la traction était exercée au moyen de bandelettes de diachylon. L'appareil était du type Delbet, avec deux anneaux malléolaires et sous-condyliens et deux attelles latérales. Le blessé se trouva très bien dans cet appareil, qui lui permettait la marche avec des béquilles, et il demanda à rentrer chez lui pour attendre la consolidation. Je le revis au début de janvier 1911, et l'appareil étant enlevé, je constatai que la consolidation était encore incomplète, mais que les fragments étaient encore dans la mauvaise position que vous indique la radiographie : c'est-à-dire qu'ils faisaient l'un avec l'autre un angle ouvert en avant et en dehors ; le pied était ainsi rejeté en valgus, et au moment de la marche, le poids du corps portant exclusivement sur le condyle interne, le ligament latéral interne était distendu et il y avait une sorte de dislocation de l'articulation du genou. A chaque pas se produisait un claquement dans le genou, accompagné d'une vive douleur ; la marche était absolument impossible dans ces conditions, et le blessé réclamait une nouvelle intervention.

Je me décidai alors à pratiquer une ostéotomie des deux os en plein

foyer de fracture. Sous anesthésie, je traçai un grand lambeau elliptique par une incision descendant le long du bord interne du tibia, puis s'incurvant en dehors et remontant le long du péroné. Un coup d'ostéotome sectionna d'abord le péroné : puis je fis une section oblique en plein cal du tibia. Quand les fragments eurent bien repris leur mobilité, je fis exercer une forte traction sur le pied, et ayant corrigé l'angle vicieux que faisaient ces fragments, je les fixai en bonne position au moyen de deux fortes agrafes de Dujarier. Après quoi, un plâtre fut appliqué, l'incision ayant été complètement suturée sans drainage. Suites opératoires très simples, pas de température.

Mais dans ce cas encore, la consolidation fut extrêmement lente. Au bout de trois mois seulement, je pus enlever les agrafes et constater encore une très légère mobilité des fragments. La consolidation complète ne fut constatée qu'à la fin du mois de mai. Il fallut encore un certain temps de massage et d'assouplissement pour que le résultat fût parfait. Mais j'ai revu ce malade au mois de septembre dernier, marchant très bien avec 1 cent. 1/2 de raccourcissement, dissimulé par un talon plus élevé. Il a repris les travaux des champs et se déclare enchanté de son état. Je lui avais donné rendez-vous pour ce soir, et il m'avait promis sa présence. Je regrette qu'il n'ait pas tenu sa promesse.

Quoi qu'il en soit, je désire ajouter quelques réflexions au sujet de ces deux opérations d'ostéotomie pour cals vicieux.

Tout d'abord, je veux insister sur la lenteur de la consolidation en pareil cas ; c'est là un fait déjà connu que la section nette produite par l'instrument tranchant se cicatrise plus lentement que le foyer irrégulier des fractures ordinaires. Il m'a semblé aussi, dans ces cas comme dans tous ceux où j'ai laissé un corps étranger dans l'os, que la consolidation en était encore plus retardée. Je crois qu'il se produit là un phénomène d'ostéite raréfiante autour des agrafes, qu'on retrouve en général plus mobiles qu'au moment où on les a placées ; l'apparition des sels le long des travées directrices est languissante, et il m'est arrivé d'enlever des agrafes avant consolidation complète et de retrouver peu de temps après la cristallisation faite.

Je ferai remarquer ensuite que le rôle des agrafes métalliques est tout à fait secondaire dans le maintien des fragments en bonne position. C'est surtout par l'appareil plâtré, par la traction longtemps continuée, par la disposition de coussins de sable repoussant les déformations, c'est par cette surveillance continuelle de son opéré que l'on arrive au bon résultat final. Pour mon premier malade surtout, ce fut très net.

Enfin, je tiens à signaler que je n'ai eu recours à l'ostéotomie que dans les cas très rares où des causes indépendantes de mon traitement, par exemple les crises tétaniques de mon premier blessé, sont venues s'opposer à un traitement régulier. Presque toujours, je crois qu'avec la mise en œuvre de bons appareils de traction, de réduction, sous anesthésie, et contrôlées par des radiographies répétées, on peut arriver à éviter ces cals vicieux, qui nécessitent une opération aléatoire et dont les suites sont ordinairement très longues et nécessitent des soins très minutieux.

M. GANGOLPHE. — Je relève, dans les deux observations de M. Gayet, la lenteur de la consolidation, après ses interventions. Dans les faits de ce genre, j'ai toujours vu qu'elle demandait quatre à cinq mois. Je crois, d'autre part, que dans ces cas, la suture osseuse est absolument inutile sinon nuisible. Le point fondamental est, à mon sens, d'obtenir une immobilisation parfaite et de maintenir une traction suffisante.

M. DURAND. — M. Gangolphe vient d'insister à juste titre sur la rapidité variable avec laquelle se consolident les fractures, anciennes ou récentes, traitées par l'ostéo-synthèse. Lambotte a pour principe de faire une coaptation assez parfaite pour que le membre soit devenu absolument solide, qu'on en puisse faire jouer les articulations sus et sous-jacentes à la fracture, sans qu'il se produise de mouvement entre les deux fragments. Ce principe est probablement excellent, et c'est peut-être à sa mise en pratique systématique que sont dus les excellents résultats obtenus par cet auteur. Il est peut-être difficile à appliquer toujours, car il nécessite une instrumentation spéciale très compliquée, capable de prévoir, pour y parer, à toutes les fractures des différents os. En examinant, au récent Congrès de la Société internationale de chirurgie, les innombrables radiographies présentées par Lambotte, je remarquai un assez grand nombre de fractures anciennes du fémur, réduites et guéries sans raccourcissement. L'une d'elles, entre autres, avait un chevauchement atteignant 10 centimètres, plus même, peut-être. Je demandai à Lambotte comment il avait pu obtenir la juxtaposition, bout à bout, des fragments pareillement chevauchés. Il me dit qu'il employait deux manœuvres : les tractions avec son levier, qui agit comme une vis de Lorenz, et un autre moyen ; après avoir bien libéré les fragments, il les fait saillir en angle, au dehors, puis il les arc-boute l'un contre l'autre, en angle, et réduit de force, en redressant l'angle. Il pratique ensuite l'ostéo-synthèse très exacte. Quoi qu'il en soit des manœuvres souvent pénibles de réduction, le principe sur lequel M. Lambotte insiste, est qu'il est indispensable de réunir les fragments avec une extrême solidité.

M. DESTOT. — On est très étonné, lorsqu'on parcourt la littérature, de voir que les auteurs ne sont pas d'accord sur l'augmentation ou la diminution de durée de consolidation des fractures après intervention sanglante. Le cas de M. Gayet a eu de nombreuses vicissitudes, qui peuvent expliquer la longue durée de la consolidation. En revanche, M. Lambotte déclare que cette durée n'est pas augmentée et ses observations semblent le démontrer. Il attribue ses beaux résultats à sa technique et à son aseptie, qui est bien plus complète que la petite aseptie que font les chirurgiens du ventre. Ce fait expliquerait la différence des résultats obtenus. Quant à la technique, c'est un merveilleux virtuose, qui sait se servir de ses doigts, et son génie, a dit M. Alglave, est inimitable. Ces qualités expliquent ses succès, mais je ne partage pas l'enthousiasme de ses partisans. Un fait m'a beaucoup frappé au Congrès de chirurgie. M. Lambotte a commencé par déclarer qu'il ne prétendait pas ériger en méthode générale l'intervention sanglante, et qu'il n'opérait que dans un petit nombre de cas spéciaux, puis, cette déclaration de loyalisme faite, il a abordé la discussion. Or depuis ces paroles, je suis allé voir son exposition, et qu'est-ce que j'ai vu ? Des fractures de phalanges, de métacarpiens, de l'extrémité inférieure du radius, de l'humérus, toutes fractures simples et banales, guérissant très bien toutes seules, même sans l'intervention du chirurgien, et je me suis expliqué pourquoi M. Lambotte avait étendu ses procédés à toutes les fractures. En effet, si l'on cherche à voir les fractures qui légitiment le plus l'intervention sanglante, c'est-à-dire, par exemple, les fractures de cuisses accidentelles, on trouve neuf cas de mort par intervention sanglante, et l'on comprend de suite pourquoi M. Lambotte a chargé son dénominateur de beaucoup de cas où l'intervention sanglante n'était pas indiquée pour diminuer son pourcentage. Les opérations, disait Ollier, réussissent d'autant mieux qu'elles sont moins indiquées, et cette constatation m'a beaucoup refroidi, d'autant plus que M. Tuffier, qu'on ne peut taxer d'esprit réactionnaire, a fait remarquer que les attelles, agrafes, vis, etc., devaient être enlevées dans le quart ou le tiers des cas ; par conséquent, même entre les mains de M. Lambotte, la méthode sanglante n'est pas sans inconvénients. Je ne partage donc pas l'opinion de M. Durand, et si j'admire l'habileté, la science, la virtuosité du merveilleux ouvrier d'art qu'est M. Lambotte, je ne crois pas que sa méthode ait, en d'autres mains, les mêmes effets. Tout le monde ne peut pas faire le saut périlleux, dirait M. Poncet. Je crois, comme le dit M. le Prof. Willems, de Gand, qu'une grande partie du succès revient à la largeur de l'opération, et qu'il faut détruire tout ce qui s'oppose au maintien sans peine de la réduction sanglante. Si l'on place des fils, des attelles, des vis, des boulons, sans avoir coupé tout ce qui tirait, la contraction musculaire a vite cassé et tordu tous ces moyens artificiels de contention. L'affron-

tement osseux doit être absolu, et il ne peut l'être si quelque chose tire sur les fragments. En résumé, je rends hommage volontiers à l'habileté de M. Lambotte, mais je fais de grandes réserves sur ses indications opératoires, et j'estime que pour se livrer à cette espèce de chirurgie, il faut un entraînement, un matériel, une asepsie qu'on ne rencontre pas dans la chirurgie abdominale.

M. LAGOUTTE. — J'ai fait une quinzaine d'opérations pour fracture, à la façon de Lambotte, et j'ai toujours obtenu une consolidation rapide, plus rapide que celle que j'avais eue par les autres modes de traitement. Dans deux cas, j'ai dû réintervenir, ayant observé une fracture secondaire.

M. GAYET. — Je suis heureux que ma présentation ait soulevé cette intéressante discussion. On s'y est un peu écarté de mon sujet, modestement limité à l'ostéotomie pour cal vicieux, et l'on a abordé la question brûlante du traitement immédiat des fractures fermées par l'intervention sanglante. Sans vouloir continuer la digression, je me contenterai de répéter ce que j'ai dit tout à l'heure. Il est bien peu de fractures qui ne puissent donner un bon résultat fonctionnel avec les moyens non sanglants judicieusement appliqués, et surtout par l'emploi de la traction parfois poussée très loin. C'est ainsi que, pour des fractures de cuisse, l'emploi de moufles tirant à 80 et 100 kilos sous anesthésie m'ont permis de réduire et d'obtenir ensuite un raccourcissement à peu près nul dans des cas qui présentaient tout d'abord un très grand chevauchement.

Le Gérant, D^r VALLAS.

Séance du 1^{er} février 1912

Présidence de M. A. POLLOSSON

FRACTURE ANCIENNE DU RADIUS.

M. DESTOT présente les pièces d'autopsie d'une femme de 82 ans, morte à Albigny, et qui présentait depuis trente ans une énorme déformation du poignet, consécutive à une fracture du radius. Malgré la difformité, la malade avait tous ses mouvements et n'était nullement incommodée, ce qui démontre que la déformation n'est pas un grand facteur de gravité, et qu'il existe des adaptations fonctionnelles merveilleuses. Le point particulier sur lequel j'insiste, est la forme singulière du scaphoïde, qui présente une exostose dorsale, d'adaptation. On voit que cet os, pour suivre le fragment uni, s'est modelé sur lui et a pris une forme spéciale qui explique son rôle dans la pathogénie de la fracture, et qui confirme la lésion scaphoïdienne du dos de fourchette, que j'ai montrée dans la thèse de Gallois (1898).

*
* *

11 CAS DE NÉPHRECTOMIE AVEC TUBERCULOSE RÉNALE
BILATÉRALE.

M. ROCHET. — J'ai l'honneur de vous communiquer les résultats de 11 néphrectomies pratiquées pour tuberculose rénale, mais avec inoculation positive des urines du rein laissé en place (par conséquent avec tuberculose de ce rein, ou tout au moins bacillurie de ce côté).

Voici, brièvement résumées, les conditions caractérisant ces 11 cas :

1° Et d'abord, *l'état du rein le moins malade*, celui qui fut laissé en place.

Dans 8 de ces cas, urines de ce rein à peu près claires, *jamais tout à fait limpides cependant*, toujours un peu filamenteuses ou finement grumeleuses. Léger disque *d'albumine* en même temps. *Teneur en urée et chlorures* parfois un peu plus faible qu'à l'état normal, mais toujours satisfaisante néanmoins. Pas ou peu de cylindres.

Dans trois cas, urines de ce rein plus louches que précédemment ou identiques aux précédentes, mais la grosse différence était dans la diminution de la valeur fonctionnelle du rein, dont *l'urée et les chlorures* étaient en déficit notable. Nous verrons que c'est alors une mort plus ou moins rapide après l'intervention.

Au point de vue positivité de l'inoculation, résultats assez variables ; tantôt, inoculation rapidement et très nettement positive ; tantôt (le plus souvent), lésions d'inoculation assez discrètes, parfois limitées à un viscère du cobaye (rate ou foie), ou même à un ganglion caséux lombaire, ou encore simplement à une petite ulcération au point d'inoculation.

2° Ensuite, *l'état du rein nettement malade*, celui qui fut enlevé par la néphrectomie.

Dans tous nos cas, *rein gros, parfois énorme*, rein en état de destruction ou de rétention purulente plus ou moins avancées, *rein ne pouvant être conservé tel quel*, et nécessitant, soit par ses lésions propres, soit par l'altération de l'état général, au moins la néphrotomie. Dans trois cas même, le rein, très gros et très suppuré, était spontanément déjà ouvert dans sa loge au moment de l'intervention.

J'ajoute que c'est l'intensité de ces lésions, jointe aux complications du côté général, fièvre, etc., qui ont excusé la néphrectomie dans ces cas à inoculation positive des deux côtés. Si l'un des reins n'avait pas commandé une intervention de son côté, par les accidents locaux ou généraux graves, ces cas n'eussent pas été justiciables de la chirurgie ; et, puisqu'on était forcé d'intervenir, il valait mieux tenter une guérison par néphrectomie, que faire une simple ouverture pour le pus, l'expérience ayant suffisamment montré que ces ouvertures ne

soulagent que pour très peu de temps, et donnent même plus tard de nouveaux accidents locaux (fistules multiples, fusées, inoculations tuberculeuses de la loge rénale et des plans superficiels, etc.). Le mieux serait alors, comme Jaboulay et moi l'avons proposé (1) dans ces cas, de *simples ponctions*, répétées si besoin à certains intervalles, de la collection purulente rénale et péri-rénale ; mais il faut pour cela une *certaine torpidité de lésions*, et de hautes températures, de vastes décollements locaux, etc., commandent souvent une intervention plus large.

Voici maintenant ce qui est advenu après les néphrectomies dans les cas dont nous parlons.

Trois sont morts *rapidement* après l'intervention. L'un, au bout de huit jours d'anurie absolue, et ayant gardé jusqu'au matin du neuvième jour un état d'euphorie parfaite ; l'autopsie montre le rein laissé en place réduit à une très faible épaisseur de parenchyme sécrétant, et creusé de plusieurs abcès en forme de caséum épais, rein petit comme volume et perdu dans une atmosphère lipomateuse considérable ; il avait dû être complètement stupéfié par l'ablation de son congénère. Un autre est mort au bout d'une dizaine de jours, avec une diminution progressive de la sécrétion urinaire, continuation de la fièvre, etc. ; l'autopsie montra le rein laissé en place porteur de loges purulentes assez nombreuses, avec une épaisseur encore assez considérable de la substance corticale, mais cette dernière, congestionnée, couleur lie de vin. Le dernier a survécu trois semaines, et est mort à peu près comme le précédent. Le rein laissé présentait plusieurs cavernes, assez petites, sans augmentation du volume général de l'organe d'ailleurs. Le sujet était porteur d'un mal de Pott guéri, datant de l'enfance ; il était âgé de 24 ans seulement. *Chez ces trois malades*, l'urine du côté supposé le moins atteint, avait montré, avec un louche assez accentué du liquide : 1° une *diminution considérable de l'urée et des chlorures* ; 2° une *rareté de sécrétion notable* pendant le cathétérisme urétéral.

Sur quatre opérés deux sont encore vivants, mais présentent des signes manifestes de la progression de la tuberculose

(1) In thèse Landret. Lyon, 1910.

dans le rein restant. L'un d'eux, opéré depuis près de sept ans, et ayant engraisé considérablement après l'opération (de près de 18 kilos), a vu reparaître des douleurs de cystite assez vives depuis deux ans, avec retour de la pyurie, etc. L'état général se maintient encore très bon, mais, évidemment, les choses ne tarderont pas à se gâter. Un autre, opéré depuis quatorze mois, a eu aussi une amélioration étonnante pendant quelque temps; depuis quatre mois, la cystite, la purulence des urines ont reparu, la fièvre est revenue, et je crois qu'il va bientôt succomber. Les deux autres opérés sont morts, l'un (une femme), deux ans après la néphrectomie; chez elle, l'amélioration avait duré plus d'un an, puis les douleurs de cystite avaient reparu tellement intenses que je fus obligé, à titre purement palliatif, de lui pratiquer une boutonnière vaginale, qui la soulagea notablement, du reste, des horribles douleurs qu'elle éprouvait. L'autre a succombé, *près de deux ans après la néphrectomie*, après une certaine période de bien-être; les accidents dus à la destruction progressive du rein laissé en place s'étaient installés petit à petit après l'opération.

Deux opérés sont encore vivants et très bien portants; ils paraissent guéris. L'un est une femme de 42 ans, opérée depuis quatre ans; l'autre une femme de 30 ans, opérée depuis bientôt neuf ans.

Un autre malade a été opéré, il y a un an; il se porte bien, mais le résultat est trop récent encore pour que je puisse le faire figurer dans une des catégories précédentes. De même pour un dernier sujet, opéré depuis huit mois, et qui va très bien pour l'instant.

Ces faits sont utiles à connaître pour plusieurs motifs. Ils montrent d'abord que la néphrectomie, dans les cas où les urines des deux côtés tuberculisent le cobaye, ne peut être qu'une opération *de nécessité*, justifiée par d'énormes désordres du côté de l'état local, toutes conditions forçant le chirurgien à intervenir sur ce rein.

La mort peut survenir rapidement, ou, au contraire, longtemps après, à la suite d'une période d'amélioration trompeuse. Ils montrent cependaht que, même dans ces cas aussi graves de tuberculose bilatérale, on peut parfois espérer mieux qu'une survie un peu longue. Il faut faire remarquer, enfin, l'importance capitale de la teneur de l'urine du rein qu'on laisse, au

point de vue du pronostic opératoire. Si l'urine est rare pendant le cathétérisme urétéral, si elle contient peu d'urée et de chlorures, il faudra se méfier beaucoup ; et si on ne veut pas avoir de morts rapides après l'intervention, peut-être vaudra-t-il mieux se contenter alors d'une néphrotomie ou de ponctions sous-cutanées des abcès rénaux.

M. GANGOLPHE. — Je désire appeler l'attention sur les faits de pyonéphroses tuberculeuses bilatérales, caractérisées par leur volume considérable, leur indolence et, en général, l'absence de retentissement vésical. Dans ces cas, l'abstention opératoire est de règle, et l'on peut observer une tolérance étonnante de la part de l'organisme. J'ai vu un sujet porteur de telles lésions, atteint de phlébite double, finir par guérir, après être resté six mois dans une gouttière. Il semble que, contrairement aux *reins tuberculeux, petits*, ceux-ci ont moins d'influence du côté vésical.

*
* *

ÉNORME REIN SUPPURÉ EXTIRPÉ AVEC LA TOTALITÉ DE L'URETÈRE OBLITÉRÉ A SON EMBOUCHURE VÉSICALE PAR UN CALCUL. VOIE INTRA-PÉRITONÉALE PAR INCISION OBLIQUE LOMBO-ILIAQUE.

M. ALBERTIN. — Je vous ai apporté cette pièce curieuse autant au point de vue anatomo-pathologique qu'au point de vue opératoire.

OBSERVATION. — Il s'agit d'une malade de 30 ans venue pour un avortement, en décembre 1911, chez mon collègue, le Dr Commandeur, à la Maternité de la Charité.

A cette époque, elle présentait déjà cette énorme tuméfaction du rein, mais elle refusa de se laisser opérer. Elle est revenue dans mon service avec de la pyurie intermittente, et le toucher vaginal nous permit, à mon assistant, le Dr Reynard et à moi, de percevoir la présence d'un calcul à l'extrémité vésicale de l'uretère. C'est une pyonéphrose d'origine calculeuse avec urétérite réactionnelle hypertrophique.

En présence du volume de ce rein, de la nature de son contenu, des adhérences probables de la capsule, je décidai de me donner du jour par une longue incision oblique allant de l'extrémité de la dernière côte jusque sur l'arcade fémorale, en suivant le trajet de l'uretère.

Jugeant que, dans le cours de la décortication rénale, la cavité

péritonéale serait fatalement ouverte, je décidai de faire d'emblée l'incision de la séreuse parallèlement à l'incision cutanée, de façon à pouvoir protéger la cavité en l'isolant par un mur de compresses.

Sur la face antérieure du rein, je trouvai le côlon ascendant reporté plus près de la ligne médiane. En dedans du côlon, je fermai la cavité péritonéale par un mur de compresses de gaze stérilisée. J'incisai ensuite le péritoine sur le bord externe du côlon et cherchai à cliver la séreuse en la séparant de la face antérieure du rein. Ce que j'avais prévu arriva. Au voisinage de l'angle du côlon, une cavité purulente s'ouvrit au niveau d'un point où la séreuse amincie s'était fusionnée avec la coque du rein réduite à une pelure très mince.

Je fis incliner la malade du côté droit et le pus s'écoula loin de la cavité péritonéale. Le clivage fut laborieux, je fis encore une effraction de la séreuse près du bord antéro-externe du foie. Je pus luxer cet énorme rein en dehors de l'hypocondre, puis je fis le décollement de la séreuse sur tout le trajet de l'uretère, que je libérai progressivement et complètement de ses adhérences.

Je rentrai de nouveau dans la cavité péritonéale au voisinage de l'extrémité inférieure de l'uretère pour l'isoler jusqu'à son embouchure vésicale. J'eus dans les doigts les annexes du côté droit. Sur les côtés de l'utérus, je fis la ligature de l'utérine pour dégager l'uretère, et je pus placer une ligature au ras de la vessie, le calcul urétéral restant pris dans l'extrémité de l'uretère, que je sectionnai. J'ai donc fait l'extirpation en un bloc du rein droit et de la totalité de l'uretère. Je n'ai fait que trois ligatures : celle du pédicule rénal, celle de l'utérine et d'une grosse veine ovarienne.

Cette ablation a été singulièrement facilitée par la longue incision analogue à celle faite pour la néphrectomie para-péritonéale. Le large accès que j'ai eu d'emblée sur la tumeur par l'ouverture de la cavité séreuse pré-rénale m'a permis d'effectuer plus facilement le clivage du péritoine.

Le rein et l'uretère enlevés, je procédai à la fermeture de la cavité péritonéale de bas en haut. Au voisinage des annexes du côté droit, j'utilisai le pourtour du cæcum pour combler la brèche et je continuai à suturer le bord antéro-externe du méso-côlon à la lèvre pariétale du péritoine. En haut, je fermai la brèche en péritonisant sur le pourtour du coude du côlon.

En résumé, je fermai la cavité péritonéale par une longue suture latérale droite. A l'origine du côlon ascendant, dans le point où il adhérerait au pôle inférieur du rein, je constatai un amincissement notable de la paroi intestinale, et je laissai cette partie en dehors de la cavité péritonéale, de façon à ce que, dans le cas où une fistule se produirait, elle communiquât avec la cavité primitivement occupée par le rein, cavité restée extrapéritonéale après ma suture. J'assurai le drai-

nage de cette grande loge par une incision lombaire et la mise en place de deux gros drains, le supérieur se recourbant jusque sous les dernières côtes, l'inférieur allant jusqu'au moignon de l'uretère en passant sous le cæcum.

Je résume en disant qu'en certains cas analogues à celui-là, plutôt que de m'exposer à des effractions inattendues du péritoine avec issue du pus dans la cavité, je préfère ouvrir d'emblée la cavité péritonéale, la protéger efficacement et faire ensuite la décortication de la tumeur rénale, que j'extériorise par rapport à la cavité séreuse. Il y a lieu ensuite de fermer la cavité séreuse par l'adossement et la suture des lèvres plus ou moins irrégulières de la brèche péritonéale. Le drainage reste postérieur et sous-péritonéal.

M. GAYET. — L'incision longue que préconise M. Albertin donne en effet beaucoup de jour, et c'est la meilleure pour aborder l'uretère dans tout son trajet; c'est celle que préconisait Liaudet dans sa thèse de 1894; c'est une voie analogue qu'a bien étudiée Grégoire dans ses travaux sur l'extirpation des ganglions, soit dans le cancer du testicule, soit dans le cancer du rein.

Par cette incision, on peut faire des extirpations très larges en restant en dehors du péritoine. Et c'est là que je me sépare de M. Albertin, qui préfère entrer franchement dans le péritoine. Je ne crois pas, comme lui, qu'il soit impossible d'éviter la déchirure de la séreuse, et dans deux opérations personnelles, j'ai pu éviter cet écueil.

Dans le premier cas, il s'agissait de faire, suivant la méthode Grégoire Chevassu, l'extirpation des ganglions lombaires pour un cas de cancer du testicule. En commençant par en bas, en décollant lentement, je suis arrivé à repousser la séreuse et son contenu jusque sur la ligne médiane, et j'ai eu sous les yeux une région anatomique admirablement découverte, où se voyaient, comme dans une dissection cadavérique, l'uretère dans tout son trajet, la veine cave, les vaisseaux spermaticques, etc. L'opération fut simple, et les suites d'abord excellentes. Mon malade mourut, il est vrai, de pneumonie au dixième jour, mais à l'autopsie, la plaie était déjà cicatrisée, et cette complication ne peut être mise à la charge du procédé.

Dans un second cas, j'ai pratiqué par cette voie, et en restant en dedans du péritoine, une néphrectomie pour une tumeur graisseuse qui avait envahi toute la région rétro-péritonéale, depuis l'arcade de Fallope jusqu'à la capsule diaphragmatique. Il s'agissait d'une récidive à distance d'une volumineuse tumeur de la cuisse, que j'avais enlevée l'année précédente, et pour laquelle M. Paviot avait fait le diagnostic

histologique de lipome malin. Cette observation est tout au long dans la thèse de Delachanal sur ces tumeurs rares.

L'ablation de cette récurrence fut, en somme, facile, grâce à une incision allant de l'angle costo-vertébral, en arrière, jusqu'au pubis, en avant ; je fis un décollement prudent du péritoine, et j'enlevai 3 kilos environ du tissu lipomateux par morcellement, y compris le rein, qui était complètement entouré par la tumeur. Les suites furent cette fois des plus simples, et la malade se releva très bien. Elle eut, un an après, une récurrence dans la colonne vertébrale et revint mourir dans mon service, où l'autopsie put être pratiquée et les noyaux de généralisation constatés.

Je conclus donc en me déclarant très partisan de la longue incision en écharpe, qui donne un jour énorme, mais en restant attaché à la voie rétro-péritonéale toutes les fois que les lésions sont restées limitées en dehors de la séreuse. Que si, au cours du décollement, des déchirures du péritoine se produisent, il suffit de suturer soigneusement et de continuer ensuite en reprenant son plan de clivage.

M. GANGOLPHE. — Je crois que l'heureuse issue de l'opération de M. Albertin aurait pu être tout autre si un autre chirurgien moins habile, à technique moins réglée, avait pratiqué une ablation transpéritonéale.

Pour moi, je reste fidèle à la méthode sous-scapulaire imaginée et employée par Ollier en 1883, je crois. J'étais alors son assistant. Il éprouvait les plus grandes difficultés pour enlever une pyonéphrose calculeuse, lorsqu'il songea à décortiquer le rein : ce fut alors un jeu de terminer l'opération.

M. ALBERTIN. — Les objections contre l'ouverture de la séreuse péritonéale, faite dès le début de l'intervention, sont, à mon avis, plus théoriques que pratiques. Les cas de M. Gayet ne me paraissaient pas comporter des adhérences très intimes, et le clivage a été assez facile. Mais dans mon cas particulier, j'ai pu, la séreuse étant ouverte, choisir la ligne d'incision du péritoine et mener à bien le décollement d'un lambeau péritonéal postérieur, dont j'ai suturé le bord libre au péritoine pariétal. Lorsque la voie extra-péritonéale paraît possible, et que l'on croit avoir quelques chances de rester en dehors du péritoine jusqu'à la fin de l'intervention, il n'y a pas lieu de la rejeter. Mais plutôt que d'isoler des lambeaux de séreuse, qu'il faut rapiécer ensuite, il vaut mieux se reporter plus près de la ligne médiane et choisir le lambeau à décoller après ouverture de la séreuse. Dans le cas que je vous ai rapporté, il n'était pas possible d'extirper la totalité de l'uretère en passant derrière le péritoine. Il eût fallu ouvrir la séreuse sur le bord de l'uretère, auquel elle adhérait intimement, et les manœuvres

ont été très facilitées par l'ouverture de la cavité abdomino-pelvienne. A chaque cas convient une technique appropriée, mais il ne faut pas se laisser impressionner par le contact de la séreuse péritonéale. Il est bien facile d'y manœuvrer, sans s'exposer à des réactions dangereuses.

Séance du 8 février 1912

Présidence de M. POLLOSSON.

UN CAS DE SEPTICÉMIE HÉMORRAGIQUE AU COURS
D'UNE BLENNORRAGIE.

M. THÉVENOT. — Les faits cliniques nous ont depuis longtemps conduit à considérer la blennorragie comme une infection de l'organisme à point de départ urétral. Que l'on mette en cause le gonocoque ou les microbes ordinaires de la suppuration, il n'en est pas moins vrai que ces agents pénètrent dans le sang chez beaucoup de malades. S'il n'en résulte pas toujours des phénomènes de septicémie, c'est que ces germes se fixent sur un viscère, sur une séreuse, pour donner une arthrite, une synovite, une endocardite, etc.

A titre exceptionnel, l'infection reste diffuse et se manifeste véritablement par des signes de septicémie. L'observation suivante, qui a été recueillie dans le service de notre maître M. Rochet, par son interne, M. Michel, en est un bel exemple :

OBSERVATION. — Jules C..., âgé de 31 ans, entre à l'Antiquaille, le 27 novembre 1911, pour des phénomènes généraux graves, accompagnés d'hématurie et de rétention d'urine.

Cet homme ne présente dans ses antécédents héréditaires rien qui mérite d'être signalé. Dans ses antécédents personnels, on relève, en juillet 1910, une blennorragie qui fut traitée par un pharmacien, mais qui n'aurait pas guéri. En août 1911, elle paraissait cependant s'améliorer. Au début d'octobre 1911, le malade commença à se plaindre de douleurs violentes dans les reins, les jambes, les hanches, et à présenter des phénomènes de cystite.

Subitement, le 19 novembre 1911, il fut pris d'une rétention complète d'urine. Le docteur Laroche put le sonder facilement, mais fut très surpris de trouver des urines renfermant une assez grande quantité

de sang. Depuis ce jour, le malade dut être sondé, soit par son médecin, soit par sa femme ; les urines restèrent toujours hématiques. Depuis ce jour aussi, on constata chez lui de la température et, par la narine droite, un écoulement sanguin assez abondant. Ces divers symptômes allant en s'aggravant, et J. C... prenant de plus en plus l'aspect d'un *infecté*, d'un *anémique*, son médecin l'envoya à l'hôpital.

A son entrée, le 27 novembre, son état est le suivant : le malade, très anémié, a l'aspect extérieur des sujets gravement infectés. La peau est décolorée, jaunâtre, et présente, au niveau du cou et de l'abdomen, de petites taches de purpura. Du sang s'écoule aussi par le nez et par les gencives.

La température est à 38°8 ; le pouls bat à 90.

La vessie remonte jusqu'à l'ombilic. Le cathétérisme, fait facilement avec une sonde n° 14, évacue 1.200 grammes d'un liquide sanglant, sans caillots. L'urètre, qui saigne facilement, présente deux rétrécissements au niveau de la région membraneuse.

Les deux reins sont un peu douloureux au palper ; le droit semble légèrement augmenté de volume.

La prostate est volumineuse, douloureuse surtout à droite ; on ne sent, dans son intérieur, aucun point fluctuant ou rénitent.

Comme autres lésions viscérales, on note seulement une hypertrophie considérable de la rate. Il n'y a aucune lésion du cœur ou des poumons.

On institue un double traitement : contre les hémorragies, on emploie les injections de sérum antidiphthérique, les agents hémostatiques (ergotine, etc.) ; et contre l'infection, l'électrargol. Quelques lavages de vessie sont sans action, et la sonde à demeure ne peut être supportée.

Au point de vue hémorragie, le traitement échoue en partie ; non seulement les hématuries persistent, mais le malade présente, en outre, un peu de mélæna. Par contre, les épistaxis, les hémorragies gingivales ont cessé.

Quant aux phénomènes d'infection générale, ils ne sont en rien modifiés ; la température oscille entre 38 et 40. Le malade s'affaiblit très rapidement ; le pouls devient rapide et petit ; il s'élève progressivement à 128, 132, 140 pulsations. De la dyspnée survient, en l'absence de toute lésion pulmonaire (32, 36 respirations à la minute).

La mort arrive dans le collapsus le 1^{er} décembre.

A l'autopsie, on a trouvé :

Les reins un peu gros et pâles, sans lésions inflammatoires.

Les uretères normaux.

La vessie remplie de caillots, de débris gangrenés recouvrant une paroi non épaissie, enflammée avec de petites ulcérations blanchâtres et granuleuses.

La *prostate* augmentée de volume, avec quelques petits abcès miliaires. La *rate*, hypertrophiée, pesait 630 grammes.

Du côté de l'*appareil respiratoire*, on note une symphyse totale de la plèvre gauche, partielle à droite, et des tubercules cicatrisés aux deux sommets.

Le *cœur* pèse 370 grammes ; il est flasque, décoloré ; on ne trouve aucune lésion d'endocardite, mais de nombreuses petites ecchymoses, soit sous le péricarde, soit dans l'endocarde.

Le *foie*, du poids de 2.950 grammes, est pâle, décoloré, et présente aussi des petites ecchymoses au-dessous de la capsule de Glisson.

Des ecchymoses existent aussi en divers points sous le péritoine pariétal.

Une ulcération en coup d'ongle, entourée d'une légère zone ecchymotique, existe enfin au voisinage de l'angle gauche du côlon.

Ces constatations nécropsiques confirment le diagnostic clinique de septicémie hémorragique.

Les septicémies pures, sans métastases, sont, nous l'avons dit, rares au cours de la blennorrhagie. Dans une revue générale de la *Gazette des Hôpitaux*, de 1906, Lemierre et Faure-Beaulieu, reprenant les travaux antérieurs, ont montré que ces accidents, de même que les septicémies avec métastases immédiates, surviennent de préférence au cours d'une blennorrhagie banale, lorsque l'infection a envahi l'urètre postérieur et la prostate.

Dans la majorité des cas, ils se localisent, et le malade guérit lorsqu'il n'y a pas d'endocardite. Quelle que soit l'évolution clinique, la localisation de l'infection, elle détermine toujours une anémie des plus marquées.

Il est du plus haut intérêt de chercher pour ces septicémies, ce que l'on a fait pour les localisations de l'infection, c'est-à-dire la nature de l'agent pathogène. Il est établi, à l'heure actuelle, que les lésions localisées, les arthropathies en particulier, sont dues soit à des gonocoques, soit aux agents ordinaires de la suppuration ; quelquefois, l'examen bactériologique ne relève aucun microbe, sans doute, à cause de la difficulté que l'on a à faire pousser le gonococque dans les milieux appropriés. Dans le sang, la constatation de cet agent pathogène est encore plus difficile. Dans le cas qui nous intéresse, du sang a été prélevé pendant la vie par le docteur Lucien Thévenot et mélangé à du bouillon ascite, milieu favorable au développement du gonococque. Aucun germe n'a poussé, ni

gonocoque, ni streptocoque, ni staphylocoque, etc. Ceci est en faveur de l'origine gonococcique de notre observation, mais n'autorise cependant pas d'autres diagnostics que celui de septicémie hémorragique au cours d'une blennorrhagie.

Il est exceptionnel, d'ailleurs, de pouvoir faire la preuve bactériologique de la nature gonococcique de ces septicémies, et Faure-Beaulieu, dans sa thèse (Paris 1905-1906, De la septicémie gonococcique prouvée par la constatation du gonocoque dans le sang circulant) n'en avait réuni que trois cas, publiés par Krause, Thayer et Prochaska. Plus récemment, Cholzow (*Zeitschrift für Urologie*, déc. 1911) en publiait un nouveau et en recueillait 8 dans toute la littérature (Barbiani, Prochaska, Krause, Grisconi, Dieulafoy).

M. LERICHE. — Dans une série de mémoires, et surtout dans une récente brochure, consacrée à l'étude des vaccins de Wright, Meauté, qui en a une grande expérience, préconise dans les septicémies blennorrhagiques le vaccin antigonococcien. Inefficace dans la blennorrhagie urétrale, il donnerait de très bons résultats dans les gonococchémiés. Je connais un cas d'infection générale où son emploi fut tout à fait démonstratif.

M. THÉVENOT. — Dans l'article de Cholzow, il est rapporté huit cas, plus un cas personnel. D'après le résumé que j'en ai lu, un de ces cas a été traité par le sérum antigonococcique et a guéri ; malheureusement notre malade est entré le 27 novembre au soir et est mort le 1^{er} décembre, à six heures du matin ; on n'a pas eu le temps de faire venir du sérum.

*
* *

CHONDROSARCOME DE L'EXTRÉMITÉ SUPÉRIEURE DE L'HUMÉRUS. DÉSARTICULATION INTERSCAPULO-THORACIQUE.

MM. BÉRARD et JALIFIER. — Nous avons l'honneur de vous présenter une malade de 52 ans, sur laquelle a été pratiquée une désarticulation interscapulo-thoracique pour un volumineux chondro-sarcome de l'extrémité supérieure de l'humérus droit.

OBSERVATION. — Nous ne trouvons à noter dans les antécédents de notre malade que ce fait que sa mère est morte de cancer utérin.

Le début de son affection remonte au mois de mars 1911. Ce début se

fit par des douleurs au niveau de l'épaule droite, douleurs continues dans la tête de l'humérus, avec parfois irradiations le long de cet os. Le médecin appelé à voir la malade à ce moment découvrit dans l'aisselle une petite tumeur du volume d'une noix, qui lui parut animée de battements ; il fit palper la tumeur à son entourage, fit percevoir les battements et parla d'anévrisme.

Deux mois plus tard (mai 1911), les douleurs s'exagèrent et deviennent de plus en plus vives, soit au niveau de l'épaule, soit le long de l'humérus. La tumeur axillaire augmente de volume et présente à ce moment le volume d'un œuf. Le médecin parle alors d'intervention, mais la malade, sans rejeter l'opération de parti pris, temporise et laisse évoluer sa tumeur.

Vers la fin de décembre 1911, la malade fit une chute de sa hauteur sur son côté droit. Tout le côté porta, mais il y eut particulièrement une douleur vive au niveau de l'épaule droite. A la suite de ce traumatisme s'établit une impotence fonctionnelle marquée. Les mouvements étaient bien limités auparavant déjà, mais à la suite de ce traumatisme l'immobilisation est plus marquée à cause des douleurs provoquées par les tentatives de mouvement. A aucun moment il n'y eut d'hématome ; un peu d'œdème seulement parut trois jours après l'accident. L'évolution de la tumeur ne semble pas avoir subi une poussée brusque après ce traumatisme.

Trois semaines environ après cette chute (exactement le 22 janvier 1912), la malade entre à l'hôpital. A ce moment, le moignon de l'épaule est énorme, du volume d'une tête de fœtus environ. Toute la région deltoïdienne est soulevée par une masse partie de la profondeur, au-dessous du muscle. L'aspect est généralement lisse, arrondi ; toutefois deux points sont particulièrement saillants, à la région antérieure et à la région antéro-externe. Ces deux éminences sont parfaitement limitables, du volume d'une grosse noix, et d'une consistance cartilagineuse. En voulant palper la paroi inférieure du creux de l'aisselle, on s'aperçoit que du côté du thorax, la cavité axillaire est libre et le grillage costal est bien senti à travers les téguments. Mais en se rapprochant du bras, on a bientôt sous les doigts une sensation de carton due à l'induration très marquée de la peau et des tissus sous-jacents. A travers les plans superficiels, on devine plutôt qu'on ne délimite bien nettement une grosse tumeur, lisse, arrondie, qui fait corps avec l'humérus. L'induration des téguments est telle en ce point, qu'il est impossible de les déprimer pour rechercher la présence de ganglions axillaires.

Dans tous les autres points, la peau a gardé sa mobilité normale sur les plans sous-jacents ; elle est seulement tendue par le développement de la masse partie de la profondeur. La coloration des téguments est normale. A noter cependant un peu d'œdème allant de la partie infé-

rière de la tumeur jusqu'au pli du coude ; cet œdème, d'ailleurs très léger, est peut-être un reste de traumatisme subi quelque temps auparavant, ou plutôt un œdème par compression veineuse.

Le grand pectoral est considérablement atrophié ; il ne se présente plus que sous la forme d'une mince lame, de consistance dure, sur la paroi antérieure du creux de l'aisselle, avec infiltration néoplasique plus marquée au niveau de l'insertion humérale. Le deltoïde est bien conservé en arrière ; mais dans sa portion antérieure et externe il semble très atrophié, plus ou moins dissocié par la tumeur, qui pousse à travers ses fibres, sous la peau, les prolongements notés plus haut.

Les mouvements du membre supérieur sont à peu près impossibles, soit actifs, soit passifs. Les seuls petits mouvements encore possibles se font par l'intermédiaire de l'omoplate.

Les battements de la radiale sont à peine plus faibles du côté malade. Les veines ne sont pas particulièrement dilatées. Il existe quelques fourmillements dans les doigts, mais ils sont assez légers pour que la malade n'y attire pas d'elle-même l'attention. Le début de ces fourmillements remonterait aussi à l'époque du traumatisme.

L'état général est bon.

On ne note rien aux viscères ; en particulier, on ne trouve rien du côté du foie ou des poumons. Pas de douleurs le long de la colonne. Pas d'œdème malléolaire. Ni sucre ni albumine. La recherche de l'albumosurie n'a pas été faite.

Radiographie. — La radiographie montre que toute l'extrémité supérieure de l'humérus, sur une hauteur de 12 centimètres environ, présente des lésions profondes. Seuls les contours articulaires de la tête humérale sont à peu près normaux. Immédiatement au-dessous d'elle, la trabéculatation normale a disparu et les contours diaphysaires se perdent dans une masse indistincte, de densité variable à en juger par l'inégalité de la coloration. Les limites de la tumeur ne peuvent pas être repérées sur la radiographie ni du côté des parties molles, ni du côté des surfaces articulaires. En tout cas, on voit nettement la fracture spontanée dont le trait est oblique de haut en bas et de dedans en dehors, et qui siège environ à 10 centimètres de l'articulation. Cette radiographie ne peut donner aucune indication sur l'opération à pratiquer, car elle n'indique aucune limitation de la tumeur, ni, par conséquent, l'étendue du sacrifice à faire.

Dans ces conditions et étant donné les signes d'envahissement probable des muscles de l'épaule au niveau de leur insertion humérale, la simple ablation de la tumeur par résection extra-périostée semble impossible, de même que la désarticulation de l'épaule, pour laquelle on ne trouverait pas un lambeau suffisamment étoffé. C'est pourquoi on se résout à une désarticulation interscapulo-thoracique.

L'opération est pratiquée le 26 janvier 1912, d'après la technique

classique établie par Berger et Ollier : résection du tiers moyen de la clavicule ; ligature des vaisseaux sous-claviers, puis amputation à deux lambeaux sous lesquels on est obligé de sacrifier une portion étendue du grand pectoral qui paraît un peu infiltré et suspect. Un large drainage est assuré à l'angle inférieur de la plaie d'amputation, qui est suturée au-dessus. L'intervention, suture comprise, a duré une demi-heure.

Les suites ont été extrêmement simples, sans shock, sans élévation thermique. Au sixième jour, la malade se levait et venait déjà seule au pansement. Le drainage est supprimé le neuvième jour et aujourd'hui, quinze jours après l'intervention, ainsi que vous pouvez vous en rendre compte, la malade est considérée comme opératoirement guérie.

La pièce fut disséquée le soir même de l'intervention et l'on put alors se rendre nettement compte que l'on se trouvait en présence d'une tumeur bien encapsulée, à point de départ au niveau de la tête humérale et ayant peu à peu refoulé devant elle tous les organes avoisinants.

La dissection se fait en effet très facilement pour les régions antérieure, externe et postérieure. Mais quand on atteint le bord inférieur du grand pectoral et que l'on veut arriver dans le creux axillaire, le scapel rencontre autour du paquet vasculo-nerveux un tissu cellulo-adipeux dense, que l'on est obligé d'enlever aux ciseaux, alors que partout ailleurs la pince à disséquer avait suffi. Cette trouvaille de dissection explique bien la sensation perçue lors de l'examen clinique.

Les muscles ne sont pas envahis par des prolongements de la tumeur ; celle-ci s'est contentée de les repousser et certaines masses musculaires sont considérablement atrophiées. Le grand pectoral a conservé ses rapports normaux, mais s'est étalé au-devant de la masse néoplasique. Au-dessous de lui, le coraco-brachial et la courte portion du biceps brident la tumeur, délimitant du côté interne une grosse masse bien lisse, bien arrondie, et, du côté externe, entre leurs fibres communes et la longue portion du biceps, une autre saillie bilobée, chaque lobe ayant le volume d'un œuf environ. A la partie toute supérieure de la tumeur se voit un autre bourgeon de même volume que les précédents, mais sa partie antérieure seule est visible en amont du bord antérieur du deltoïde. Toute la partie postérieure de la tumeur est recouverte par ce muscle. Le tendon de la longue portion du biceps passe sur la tumeur, refoulée par elle, mais non inclus dans la masse.

Notons que si, à la dissection, tous ces muscles peuvent parfaitement être isolés de la tumeur sous-jacente qui est bien encapsulée, on est obligé de libérer les muscles aux ciseaux en raison de la condensation du tissu celluleux qui les enveloppe.

Revenant alors au creux de l'aisselle, nous cherchons à isoler les vaisseaux et les nerfs. Cette dissection est facile jusqu'à la partie inférieure du col chirurgical de l'humérus. En cette région, nous tombons

dans ce tissu cellulo-graisseux précédemment noté, qui engaine en particulier le radial et le circonflexe. Cette condensation de la coulée adipeuse qui enveloppe les vaisseaux et les nerfs ne descend guère à plus de 3 ou 4 centimètres sur la face interne du bras. L'artère axillaire est aplatie sur la face interne de la tumeur et la circonflexe postérieure suit la destinée du nerf circonflexe. Les autres branches ont gardé leur aspect normal et n'ont pas leurs parois accolées comme celles de leur tronc d'origine. Les veines sont complètement aplaties et vides de sang. Tous ces organes, vaisseaux et nerfs, contournent la face interne de la tumeur, décrivant un arc de cercle pour en épouser les contours.

En pratiquant cette dissection, nous sommes assez surpris de trouver un ganglion assez volumineux (du volume d'une petite noix). Nous recherchons alors avec soin dans le tissu adipeux enlevé avec la région scapulo-humérale, et nous trouvons un autre ganglion du volume d'une noisette environ, avec de la microadénie tout autour.

Après avoir photographié la pièce ainsi disséquée, nous la fimes congeler pour en pratiquer une coupe qui nous fixerait mieux sur les rapports de la tumeur et sur sa structure macroscopique.

Une première coupe fut pratiquée en sens frontal suivant l'axe de l'humérus, ouvrant par conséquent toute sa cavité médullaire et passant par l'articulation scapulo-humérale. Sur cette coupe, on se rend compte qu'il existe une infiltration néoplasique de la moelle osseuse, descendant jusqu'à 6 centimètres environ de l'extrémité inférieure de l'os. L'extrémité supérieure de l'humérus, dans la région correspondant au col chirurgical et à l'extrémité supérieure de la diaphyse, au col anatomique et aux tubérosités, est complètement déformée par un épaissement considérable de consistance osseuse, sur lequel se superposent des saillies mamelonnées de consistance plus faible et ressemblant à du cartilage. On trouve une de ces saillies immédiatement en dehors de la tête humérale, au niveau du trochiter, l'autre se trouve au-dessous de la tête humérale et en dedans d'elle; elle n'est d'ailleurs que le début de la grosse masse que l'on percevait dans le creux axillaire.

Sur cette coupe enfin, on voit très nettement *un trait de fracture oblique* de dedans en dehors et de haut en bas, à 3 centimètres environ du col chirurgical. On aperçoit encore *un autre trait de fracture* transversal au niveau du col chirurgical, mais nous n'oserions affirmer que cette fracture existait avant l'intervention. Il est fort possible qu'elle se soit produite dans les manipulations qui se sont faites au cours de la dissection ou de la congélation.

Une deuxième coupe fut ensuite pratiquée suivant le même plan que la première, mais à 4 cm. 1/2 en avant de celle-ci. Elle passe un peu en avant du plus grand diamètre de la tumeur. Sur cette coupe, on a un tissu d'aspect cartilagineux avec des travées plus dures, contenant dans leurs mailles un tissu plus mou, d'aspect pulpeux blanchâtre. A la

partie inféro-interne de cette coupe se voit une petite cavité teintée de substance hématique.

Sur nos deux coupes, nous avons trouvé la tumeur enveloppée sur tout son pourtour par une coque d'aspect fibro-cartilagineux, sans aucune solution de continuité qui laisse échapper des bourgeons néoplasiques.

M. BÉRARD. — C'est la troisième fois que j'ai l'occasion de pratiquer la désarticulation interscapulo-thoracique. Les deux premiers malades étaient des hommes atteints, comme cette femme, de chondro-sarcome de l'épaule. L'un de ces opérés a été présenté à la Société des sciences médicales de Lyon le 28 mars 1906. Je l'avais opéré pendant une suppléance dans le service de M. le Prof. Poncet.

Chez tous les trois l'opération fut aussi simple et rapide, et les suites immédiates également heureuses. Mais chez les deux premiers opérés, la survie fut de courte durée, huit mois chez l'un et treize mois chez l'autre. Tous les deux moururent avec des signes de généralisation pulmonaire. Chez l'un d'eux d'ailleurs, au moment de l'intervention, nous avons constaté la thrombose de la veine sous-clavière elle-même au moment de la ligature.

Pour cette troisième malade, nous sommes peut-être en droit de porter un meilleur pronostic à longue échéance, car les parties molles qui paraissaient largement envahies, n'étaient, en réalité, qu'infiltrées d'œdème. L'examen histologique nous dira si les ganglions engorgés de l'aisselle étaient déjà envahis. Nous saurons de même, d'après les caractères des cellules de la masse chondro-sarcomateuse, dans quelle catégorie ces lésions devront être classées.

Nous nous félicitons en tout cas de n'avoir pas cédé à la tentation que nous avons eu tout d'abord de faire une opération moins mutilante : à la rigueur, celle-ci eût semblé permise d'après la radiographie, puisque, à 12 centimètres au-dessous de l'articulation de l'épaule, l'os semblait intact. En réalité, cette apparence était due simplement à ce que les bourgeons néoplasiques, infiltrés très loin dans le canal médullaire, avaient une pénétration aux rayons X égale à celle de la moelle osseuse, et, par conséquent, ne pouvaient pas devenir perceptibles sur le cliché.

C'était là la raison principale pour laquelle l'amputation interscapulo-thoracique s'imposait. Elle fut, en outre, préférée à la désarticulation de l'épaule à cause de l'œdème du moignon de l'épaule et de l'empâtement induré des muscles des parois axillaires, surtout du grand pectoral.

M. GANGOLPHE. — J'ai écouté avec beaucoup d'intérêt la communication de M. Bérard. En effet, le chirurgien qui n'aurait pas apporté autant d'attention à l'examen de cette malade aurait certainement été

tenté de faire une opération conservatrice comme celles que j'ai préconisées devant la Société.

J'ai assisté Ollier en 1883 lorsqu'il fit, je crois, la première désarticulation interscapulo-thoracique : il opéra très rapidement, préoccupé surtout par une hémorragie venant d'une veine sous-scapulaire. Le résultat immédiat fut excellent et les suites très simples.

Bref, contrairement à ce que nous savions lorsqu'on entreprit l'opération, le malade s'en trouva fort bien et guérit avec la même simplicité que la malade de M. Bérard. Depuis lors, j'ai fait deux désarticulations interscapulo-thoraciques ; ces deux malades succombèrent assez rapidement, après guérison opératoire ; je ne peux pas préciser d'une façon exacte, mais je crois qu'ils ne dépassèrent pas un an. En ce qui concerne le malade d'Ollier, j'ai pu le suivre et avoir de ses nouvelles jusqu'à ces derniers temps ; il fut opéré en 1883, autant que je me le rappelle ; cela représente environ une survie de vingt-huit ans. Il s'agissait d'une lésion évidemment chondromateuse. Ceci nous prouve que, en fait de tumeurs, nous sommes tout à fait ignorants quant au pronostic ; Ollier lui-même ne pensait pas obtenir une survie pareille.

J'ai eu l'occasion d'appeler l'attention de la Société sur les relations qui existent les chondromes et les exostoses ostéogéniques. J'ai vu un malade exostosique, représentant la quatrième génération d'exostosique, mourir d'un chondrome costal développé sur une exostose. Par ailleurs, j'ai vu un homme de 70 ans, porteur d'un énorme chondrome de l'humérus, pesant plusieurs kilogrammes, datant du jeune âge. Je fis l'amputation à cause du volume du chondrome. Il n'y eut aucune généralisation.

Cette observation me rappelle le cas d'un malade réséqué du genou par un de nos collègues des plus compétents, où le diagnostic ne fut pas fait, même après l'opération. Ce malade, qui avait été catalogué dans le service d'Ollier comme réséqué du genou pour tumeur blanche, fut pris de phénomènes du côté de la colonne vertébrale, de la plèvre, des poumons, et finalement succomba ; nous avons alors trouvé des noyaux cartilagineux chondromateux du côté de la colonne vertébrale et dans les poumons. En ce qui concerne la malade présentée par M. Bérard, la seule conduite à tenir était celle qu'il a tenue, mais je crois qu'elle peut être considérée comme perdue dans un délai assez court.

M. DESTOT. — Je voudrais m'associer à ce que vient de dire M. Bérard au sujet des mauvais renseignements fournis par la radiographie dans ces tumeurs des os.

M. TIXIER a présenté, il y a dix-huit mois, un malade qu'il avait pensé opérer dans des conditions favorables ; c'était un jeune homme qui racontait une histoire d'entorse de l'épaule ; il me demanda de le radiographier ; la radiographie montra une tumeur limitée siégeant

dans la tête humérale, au niveau du col chirurgical. Cette tumeur était tellement petite qu'on annonça à la famille qu'on allait faire une toute petite opération partielle. Or si la radiographie avait montré une petite tumeur limitée, très limitée au col chirurgical, au moment de l'opération, lorsque la section fut faite, on aperçut des bourgeons de mauvaise nature descendant dans toute la diaphyse ; finalement l'opération se termina par la désarticulation de l'épaule. Ce qui démontre qu'en l'espèce l'étui osseux qui couvre la moelle osseuse est suffisamment dense pour ne pas permettre de découvrir les irrégularités ou les bourgeons charnus, et que les renseignements qu'elle fournit sont incomplets et sujets à correction.

Le malade dont je parle est encore vivant, ou du moins l'était encore il y a deux mois.

En ce qui concerne le malade d'Ollier, dont Gangolphe me rappelle le souvenir, je m'en souviens très bien ; à ce moment j'étais jeune étudiant — j'ai commencé ma médecine chez Ollier — lui si tâtilon, si pointilleux, qui nous tenait jusqu'à deux heures de temps pour une résection, fit cette opération avec un brio, une vitesse qu'on n'aurait jamais pu lui supposer. C'est là un de mes vieux souvenirs du commencement de mes études, et je me souviens très bien de ce malade, car j'étais chargé de le panser.

M. GANGOLPHE. — Je crois me rappeler qu'Ollier était très ennuyé que Berger, dans son mémoire, ne lui donnât pas ce qui lui revenait, c'est-à-dire la priorité au point de vue du manuel opératoire.

M. BÉRARD. — Le mémoire princeps de Berger est de 1887.

M. GANGOLPHE. — J'étais à ce moment chef de clinique d'Ollier, et mon clinicat a duré de 1882 à 1884 ; c'était donc à ce moment-là.

*
* *

DÉPLACEMENT DU SEMI-LUNAIRE VERS LE DOS DE LA MAIN. ABLATION.

M. DURAND. — Le malade dont je vais vous rapporter l'histoire représente un cas probablement unique : je lui ai, en janvier 1907, enlevé par la voie antérieure son semi-lunaire droit déplacé en avant du grand os ; je viens — janvier 1912 — de lui enlever son semi-lunaire gauche, déplacé en arrière dans un accident survenu en avril dernier. Il a, dans deux accidents, à cinq ans d'intervalle, luxé, l'un en avant, l'autre en arrière, ses deux semi-lunaires.

La première partie de son histoire, celle qui concerne le poignet droit, vous est connue, je l'ai publiée dans notre séance du 11 avril 1907. L'ablation du semi-lunaire a donné un excellent résultat, comme vous pouvez le voir, et sauf une légère réduction de latéralité radiale, les mouvements sont sensiblement normaux.

OBSERVATION. — Le 4 avril 1911, il tomba de plusieurs mètres sur le côté gauche et se fit une grave fracture de cuisse, dont il a bien guéri, et un traumatisme du poignet gauche. La mobilité de ce poignet se restaura mal et les troubles fonctionnels qui persistèrent lui parurent tout à fait analogues à ceux qu'il avait subis autrefois à droite. Voyant qu'il restait très gêné, il vint me demander de rendre à son poignet gauche le service que j'avais rendu à sa main droite.

Je le vis pour la première fois au début de janvier.

Il souffrait un peu de son poignet, mais accusait surtout des troubles de la mobilité; la flexion palmaire était assez satisfaisante; la flexion dorsale nulle, le mouvement était arrêté très brusquement, comme si le poignet était « callé »; latéralités diminuées. Diminution de la force; pas de troubles de la sensibilité cutanée.

A l'examen, rien d'apparent au squelette de l'avant-bras, les apophyses styloïdes ont leurs rapports normaux.

En avant, on sentait, dans le canal carpien, une masse dure, ressemblant un peu à ce que donne un semi-lunaire luxé. La sensation, pourtant, n'était pas tout à fait la même, et il me parut que la masse osseuse était moins saillante et plus profondément dissimulée dans la paume, sous les tendons, que ne l'est d'ordinaire le semi-lunaire luxé. Saillie un peu anormale de l'apophyse thénarienne du scaphoïde.

La tabatière anatomique était peu libre, en partie comblée.

Sur la face dorsale, on voyait et sentait, au niveau de l'interligne, une saillie osseuse très nette, faisant relief, et qui paraissait siéger plutôt sur le radius que sur le carpe, mais comme elle se prolongeait en plein carpe, il était impossible d'en préciser nettement l'origine, radiale ou carpienne. Le massif carpien était profondément modifié, on sentait, plus bas que la masse osseuse, une dépression, peu nette, qui ne donnait en rien l'impression du creux surmontant normalement la tête du grand os.

M. Destot fit deux radiographies, et voici ce que nous y trouvâmes : le semi-lunaire, quittant en grande partie son contact avec la tête du grand os, avait passé en quelque sorte sur la nuque de celui-ci; sa corne antérieure appuyait sur la face dorsale de cette tête du grand os, sa corne postérieure, abandonnant la surface articulaire, reposait sur le corps de l'os. Il y avait donc déplacement du semi-lunaire sur le

grand os, semi-lunaire en arrière, grand os en avant. Le scaphoïde fracturé avait vu son fragment supérieur suivre en arrière le mouvement du lunaire.

Un mouvement corrélatif s'était produit entre le radius d'une part, le lunaire et le scaphoïde d'autre part; ces deux derniers os s'étaient déplacés en arrière, tendant ainsi à être énucléés sur la face dorsale du poignet. Le radius n'était pas absolument sain, et la portion de son bord postérieur en contact avec le lunaire et le fragment supérieur du scaphoïde avait été fracturée, rejetée sur le dos de la main; c'était elle qui formait la partie supérieure de la saillie osseuse perçue cliniquement. Je vous fais passer ces radiographies, montrant très nettement ce déplacement exceptionnel.

L'importance des troubles fonctionnels justifiait une intervention chirurgicale et, comme l'ancienneté de la lésion rendait impossible la réduction, l'opération sanglante s'imposait.

Le plan consista à réséquer le lunaire et le fragment supérieur du scaphoïde et à abattre la crête formée par la lame postérieure du radius.

Ceci fut fait le 26 janvier. Par une incision axiale postérieure, menée sur la saillie osseuse, je découvris celle-ci. Recherchant d'abord, pour les mettre en sûreté, les tendons, je trouvai : le paquet des fléchisseurs rejeté en masse sur le versant cubital de la masse osseuse, le long extenseur du pouce sur le versant radial, le second dissimulé sous le premier.

J'attaquai d'abord le scaphoïde, dont le fragment supérieur fut enlevé. Le semi-lunaire subit le même sort. Je dois dire que cette résection est infiniment plus difficile que quand on enlève ces os par voie antérieure. Ceci est dû à ce que, dans le cas actuel, le lunaire est resté fortement fixé au puissant ligament antérieur, qui est, au contraire, disloqué dans les déplacements en avant.

J'abattis ensuite la saillie radiale.

Je vous présente ces pièces.

C'est le premier cas de déplacement postérieur du semi-lunaire que j'aie rencontré encore, et vous savez que cette lésion est très exceptionnelle. M. Goullioud nous a présenté, il y a deux ans, une observation encore unique, je crois, de déplacement complet en arrière, sans fracture, et il a eu le bonheur de réduire le déplacement et de guérir son malade. Mon cas n'est pas aussi pur, puisqu'il y a fracture d'une partie de la lèvre postérieure radiale, ni aussi satisfaisant, parce que j'ai dû réséquer, huit mois après l'accident, les os que je ne pouvais remettre en place. J'ai tout lieu de croire, cependant,

que le résultat que j'aurai par résection du semi-lunaire gauche placé en arrière, sera aussi bon que celui obtenu par ce malade après que lui eus enlevé, il y a cinq ans, son semi-lunaire droit, luxé en avant.

M. DESTOT. — Le cas de M. Durand est très intéressant, mais je ne partage pas complètement les idées qu'il lui suggère. Je voudrais envisager séparément les deux parties de son observation. A propos de la dislocation du carpe, je désirerais demander à M. Nimier si l'ablation du semi-lunaire est un cas de réforme ?

Je pourrais présenter un cas opéré il y a un an et qui soulève un problème assez délicat. Le malade dont je veux parler est un malade de Bourgoïn, qui s'était fait une contusion à la tête et une dislocation du carpe. Je l'ai opéré avec M. Gallois, et il a parfaitement guéri. Au bout de huit jours, son carpe avait récupéré tous ses mouvements. Cet homme, qui est un travailleur des champs, accuse, depuis trois mois, des phénomènes douloureux très singuliers, mais qui semblent en rapport plutôt avec l'approbation du Conseil de revision qu'avec une affection nouvelle.

Est-ce que l'ablation du semi-lunaire constitue un cas de réforme ?

C'est ce que le blessé cherche à faire valoir.

Quant à la seconde main du blessé, j'ai apporté ici quelques clichés qu'on peut comparer à ceux de M. Durand, et qui montrent que dans certaines fractures du radius, le semi-lunaire peut accompagner le fragment postérieur du radius et rouler sur la tête du grand os comme un chapeau qui serait rejeté en arrière.

Le semi-lunaire n'abandonne pas la tête de l'os, et ses rapports avec le grand os ne sont pas absolument changés.

Aussi, le cas de M. Durand me semble plutôt se ranger dans cette catégorie de fractures que se rapprocher du cas exceptionnel de M. Goullioud.

La fracture du radius est prédominante, la subluxation en arrière du lunaire est accessoire, tandis que dans le cas de M. Goullioud, il s'agissait bien d'une luxation dorsale du grand os. Dans ce cas, en effet, l'accident a un mécanisme singulier (il s'agissait d'un domestique qui, tombant d'un escabeau, s'était accroché par les doigts au bord d'une fenêtre, et l'extension forcée avait été tellement violente, que la peau et l'aponévrose palmaire avaient éclaté), le lunaire avait absolument perdu ses rapports avec le grand os, les cornes étaient libres. Ce grand os faisait saillie sur le dos du poignet, tandis que dans les cas de la catégorie de ceux que rapporte M. Durand, si on suit la ligne droite de l'avant-bras et de la main, on voit que le grand os reste dans le prolongement de l'axe, et, cliniquement, le blessé se présente plutôt comme une fracture du radius, accompagnée peut-être de fracture du

scaphoïde, que comme une luxation dorsale du grand os. C'est d'ailleurs sous ce diagnostic que M. Durand m'avait envoyé radiographier son blessé. Le cas de M. Goullioud reste exceptionnel. J'ai bien recueilli, aujourd'hui, une centaine de cas de dislocation du carpe, je n'ai rien vu de comparable; en revanche, j'ai pu trouver de suite trois cas comparables à celui de M. Durand.

Quant à l'intervention de M. Durand, il y a longtemps que l'on sait que la voie dorsale est mauvaise. Les os se recouvrent en écaille, et autant il est facile de cueillir un lunaire dans les dislocations du carpe par la voie antérieure, autant les dégâts osseux sont considérables par la voie dorsale.

Le fait rapporté par M. Durand présente un gros intérêt, et il serait important, dans les radiographies des fractures du radius, de toujours noter les rapports réciproques du scaphoïde et du lunaire, et de ces deux os avec les fragments du radius. C'est une question que j'ai abordée il y a quatorze ans dans la thèse de Gallois, et j'estime que l'état du condyle carpien est plus utile à connaître pour juger de l'avenir d'une fracture, que le déplacement du radius même.

M. NIMIER. — Le meilleur moyen de faire disparaître la crainte du conseil de revision dans le cas particulier est d'incorporer le blessé.

*
* *

KYSTES DERMOÏDES BILATÉRAUX.

M. A. POLLOSSON présente une observation de débris ovariens dans un cas de kystes dermoïdes bilatéraux.

OBSERVATION. — Il s'agit d'une jeune femme de 27 ans, mariée depuis quatre ans, présentant une santé parfaite, et qui est venue, il y a quelques semaines, me consulter pour sa stérilité. Les règles, jusqu'à ce jour, ont été régulières. Il n'y a dans le passé aucune trace d'une infection blennorragique.

A l'examen, on constate aisément l'existence de deux kystes, celui de gauche plongeant dans le Douglas, du volume d'une orange; celui de droite un peu moins volumineux. La constatation de plaques indurées à la surface du kyste gauche fait faire le diagnostic probable de kyste dermoïde.

Intervention le 7 février 1912. On extirpe d'abord le kyste gauche, relativement pédiculé par rapport au ligament large, de telle façon que la trompe est conservée. Mais le kyste est bien développé aux dépens de l'ovaire, dont il ne reste pas trace.

Le kyste droit est attiré au dehors; il se présente à peu près comme

le premier, mais un examen attentif laisse voir à sa surface, près de l'insertion, un épaississement des parois dans lequel on peut reconnaître une couche de tissu ovarien étalé. Aussi le kyste est-il enlevé en disséquant une couche de tissu ovarien en forme de mince croissant ; puis, ce résidu ovarien étant replié sur lui-même et capitonné par des sutures, reconstitue un ovaire petit, mais convenable.

Cette intervention a eu pour but d'éviter la castration totale, chez une femme dont le premier souci était d'être stérile.

Il est assez fréquent, dans les cas de kyste dermoïde, de voir à leur côté l'ovaire totalement ou relativement indépendant ; dans ces cas, la conservation est facile.

Dans le cas que nous présentons, le résidu du tissu ovarien n'aurait pas été reconnu sans une recherche attentive. Il sera intéressant de savoir si, par la suite, cette malade sera régulièrement réglée.

M. CONDAMIN. — Je ne sais si je me serais comporté de la même façon que M. Pollosson, puisque la malade dont il vient de nous parler ne demandait qu'une chose, de remédier à son état de stérilité. Je vous ai communiqué, il y a quelques années, deux observations de kystes dermoïdes doubles, s'étant accompagnés de plusieurs grossesses, ayant évolué sûrement au cours de la dégénérescence dermoïde des deux ovaires. Quelques recherches m'ont démontré que ces cas n'étaient pas rares, et j'en arrivais à cette conclusion que la dégénérescence dermoïde avait plutôt exalté la fécondité de ces femmes.

Néanmoins, je reconnais qu'au point de vue chirurgical, la conduite de M. Pollosson était non seulement légitime, mais encore la seule possible.

M. ALBERTIN. — Dans un cas, après une ablation de trompe pour grossesse tubaire, j'ai trouvé de l'autre côté un ovaire kystique ; j'ai fait comme M. Pollosson : j'ai conservé le hile ; or, dix-huit mois après, cette malade présente, du côté de la portion de l'ovaire conservé, un autre kyste assez volumineux et dont j'ai fait l'incision par le Douglas en réséquant la plus grande partie de la poche.

Tout s'est passé très simplement ; cette femme continue à avoir ses règles ; j'ai enlevé les deux ovaires en respectant un morceau du hile.

Je me souviens avoir fait deux ou trois fois cette résection, et les malades ont continué à être bien réglées ; dans ces cas, au lieu d'enlever les ovaires complètement, je laisse le hile et, faisant deux petits feuillets que je suture de façon à accoler ces petites surfaces ovariennes ; les règles persistent.

Séance du 15 février 1912

Présidence de M. A. POLLOSSON

UTÉRUS MYOMATEUX AVEC MYOME INTERSTITIEL A FOYER
CENTRAL DE NÉCROBIOSE ET AUTRE MYOME « LIE DE
VIN ».

M. ALBERTIN. — J'ai inspiré, en décembre 1911, à un de mes élèves, M. Trotabas, une thèse intitulée : « *De la nécrose et de l'infection larvées dans les myomes interstitiels de l'utérus* » (1).

Je vous présente cette pièce intéressante parce qu'elle offre, au centre d'un myome interstitiel volumineux, un foyer de nécrobiose et, dans un autre point, un myome rouge « lie de vin ».

J'ai rencontré une dizaine de fois ces myomes à coloration spéciale rouge brun sur les 450 hystérectomies que j'ai pratiquées pour utérus myomateux dans le cours de ces sept dernières années. Mon collègue et ami, M. Auguste Pollosson, a attiré l'attention sur cette variété de myomes, qu'il considère comme étant en voie d'accroissement rapide. J'ai eu plutôt l'impression que ces myomes étaient le siège de thromboses multiples, produisant une infiltration sanguine et donnant aux tissus cette coloration rouge « lie de vin ». Je me propose de continuer l'étude de cette variété de tumeurs.

Je reviens à ce qui fait l'intérêt capital de cette observation. Il s'agit d'une malade ayant 45 ans, que j'ai opérée il y a cinq ans pour une appendicite aiguë à la campagne. Il est probable qu'elle portait déjà ce fibrome qui, actuellement est plus volumineux qu'une tête d'adulte.

(1) TROTABAS. — Thèse de Lyon, 1911.

Depuis trois mois, cette malade avait de l'embaras gastrique, des malaises généraux, de petites poussées fébriles sans causes connues. Il y a six jours, son médecin, le Dr Edouard, appelé auprès d'elle, constatant qu'elle avait encore une température de 39° et sachant qu'elle portait un volumineux myome, n'hésita pas, et avec raison, à attribuer à l'évolution de la tumeur abdominale les phénomènes observés. L'ablation de l'utérus myomateux nous a donné raison, et c'est certainement à la présence de ce foyer central de nécrobiose qu'étaient dues les manifestations morbides. Il faut noter l'absence de réaction abdominale, ce qui justifie l'épithète de « larvées » donnée à ces modifications des tumeurs utérines.

Il faut tirer de ces faits un enseignement clinique : c'est que lorsqu'une malade portant un fibro-myome présente des phénomènes gastro-intestinaux, de petites poussées fébriles, quelquefois de la bronchite des bases, il faut, en l'absence de cause connue, et nettement définie, rapporter ces symptômes à l'évolution de la tumeur utérine et en pratiquer l'ablation.

M. GOULLIoud. — M. Albertin a fait allusion à une observation intéressante publiée par M. Monin, concernant une de mes malades, qui, dix ans après la ménopause, prit une fièvre hectique, sous l'influence de la formation d'un abcès dans un volumineux fibrome. Cet abcès, survenu après une grippe, était inclus dans le fibrome et ne déterminait ni douleurs, ni accroissement de volume du ventre, ni phénomènes réactionnels locaux. Le diagnostic fut des plus difficiles ; mais le succès de l'opération, mettant fin à la fièvre, montra que ce petit abcès était bien la cause de celle-ci.

Je crois intéressant de publier dans nos comptes rendus cette observation résumée :

OBSERVATION. — *Fibrome très ancien chez une femme de 59 ans. Infection grippale ; fièvre continue ne cessant qu'après l'ablation de la tumeur. On constate un petit abcès inclus dans l'épaisseur d'un fibrome de 3 kilos. Guérison (1).*

M^{lle} X..., âgée de 59 ans, est soumise à mon examen par le Dr Monin,

(1) Cette observation a été publiée sous le nom de fibrome utérin suppuré, par le Dr F. Monin (*Journal des Médecins Praticiens de Lyon et de la région*, 15 avril 1911). Nous en donnons un résumé.

le 1^{er} octobre 1910, pour une fièvre continue, dont la cause peut être due à un volumineux fibrome qu'il a constaté, le fibrome a été reconnu il y a vingt-deux ans; il a été la cause d'hémorragies abondantes au moment de la ménopause, vers l'âge de 50 ans.

M^{lle} X... était en bonne santé lorsqu'elle contracta une grippe en juillet 1910. Le Dr Monin la vit fin août et constata des troubles digestifs, de la tachycardie, 112 à 120 pulsations, un léger état bronchitique. Il constata aussi un énorme fibrome remontant presque jusqu'aux fausses côtes gauches, indolore, n'ayant pas sensiblement augmenté de volume dans les derniers temps, mais ayant grossi d'une façon indiscutable après la ménopause. La fièvre persistant, et l'état général de la malade paraissant s'aggraver, le Dr Monin se demande si le fibrome qu'il a constaté n'est pas la cause de la fièvre, malgré l'absence de tout symptôme apparent d'inflammation. Déjà, il a fait examiner les crachats, inoculer un cobaye, et pratiqué le séro-diagnostic tuberculeux; toutes ces recherches ont eu un résultat négatif.

Cependant, ne trouvant aucun phénomène nouveau du côté de ce fibrome ancien, frappé de l'état général mauvais, de la bronchite prolongée, je crois à une affection médicale, conseille un traitement symptomatique, et une surveillance de la tumeur abdominale. Je fais noter la circonférence du ventre prise au niveau de l'ombilic (85 centimètres). Du 1^{er} octobre au 1^{er} février, la malade continue à avoir de la température, à maigrir et à se cachectiser lentement, présentant de l'inappétence, des vomissements, de l'œdème des jambes. Le Dr Monin a longuement décrit toutes les recherches faites avec lui par plusieurs médecins, professeur Teissier, D^{rs} Arnaud, Arloing, Leclerc, pour éclaircir le diagnostic. On pense successivement à la tuberculose, à la fièvre de Malte, à une endocardite infectieuse, mais tous les examens de laboratoire sont négatifs.

Devant l'aggravation de la malade et après un retour de la fièvre succédant à une courte période d'accalmie, je suis appelé de nouveau. Les phénomènes pulmonaires ont cessé, rien aux voies digestives, rien aux reins, pouls rapide, mais rien au cœur; le Dr Monin et moi nous en arrivons à suspecter la tumeur; cependant la circonférence abdominale a diminué d'un centimètre environ, mais ce peut être le fait de l'amaigrissement de la paroi.

J'accepte l'idée de l'intervention, mais demande à prendre l'avis du professeur A. Pollosson; on peut, en effet, soupçonner un abcès dans la tumeur ou penser à une forme de dégénérescence s'accompagnant de fièvre.

M. Pollosson se montre partisan de l'ablation de la tumeur pour les mêmes motifs et en l'absence de toute affection médicale affirmée de nouveau par M. Leclerc et M. Monin.

Opération le 11 février 1911. — Malgré le volume et l'ancienneté de

la tumeur, il n'y a pas d'adhérences ; aucun signe apparent d'inflammation ; le col forme un pédicule facile à sectionner, l'ablation de la tumeur est donc facile par hystérectomie subtotale : durée, trente minutes. Injections de sérum pendant l'intervention et dans la soirée.

Examen de la pièce. — Fibrome de 3 kil. 200 ; grande cavité utérine de 14 centimètres, sans rétention. A la section de la pièce on remarque deux masses fibromateuses, l'une droite et antérieure, l'autre gauche et plus volumineuse. Toutes deux ne présentent rien de spécial à l'extérieur ; à la coupe de la tumeur droite on reconnaît un fibrome sans caractères spéciaux, mais en incisant la masse gauche, j'ai la surprise de voir s'écouler un peu de pus séreux de la valeur de deux à trois cuillerées. Ce fibrome a un aspect très particulier : à la périphérie, il paraît spongieux, rappelant le tissu du sarcome ; au centre, trainées de tissu jaune, tissu de dégénérescence caséuse : c'est dans ce tissu que se trouvent quelques vacuoles pleines de pus séreux. Le liquide, cultivé, a donné lieu à la production de nombreuses colonies de streptocoques. L'examen histologique, pratiqué également par M. le Dr Fraysse, porte sur trois fragments :

- 1° Fragment de tissu sain, en avant (myome normal) ;
- 2° Fragment de tissu déjà altéré, plus en arrière ; aspect myxoïde, cellules musculaires moins nettes, plus courtes, à noyaux altérés, irréguliers, nombreux vaisseaux (tissu en voie de dégénérescence) ;
- 3° Fragment de tissu vers l'abcès, en arrière, tissu dégénéré, sphacélé, aucun élément figuré.

Les suites de l'opération furent assez mouvementées. L'état de la malade devint précaire le troisième jour, la température montant à 40 et le pouls à près de 140, très irrégulier et intermittent. Elle reçut des injections de sérum artificiel (par litres) de caféine, d'huile camphrée ; elle prit des potions à la digitale. Le ventre restait souple et aucune complication opératoire n'était en cause. Le cinquième jour, la température était au-dessous de 39° ; l'état général moins mauvais et on put commencer à alimenter la malade. Après quelques oscillations, la température revint progressivement à la normale, au bout d'une quinzaine de jours, et la fièvre ne reparut pas.

26 janvier 1912, c'est-à-dire près d'un an après, M^{lle} X... est méconnaissable, elle a rajeuni, engraisé ; elle n'a jamais repris de fièvre ; elle a eu, après l'opération, une sorte de poussée rhumatismale portant sur les genoux, les épaules, les doigts : il n'en reste pas de traces. On note seulement un pouls rapide, 124, des yeux un peu brillants (basedowisme fruste déjà constaté avant l'opération, dont elle ne se doute aucunement).

M. POLLOSSON. — Il me paraît utile de ne pas vouloir trop vite confondre et grouper dans un même chapitre les diverses infections qui

peuvent survenir dans les fibromes. A mon avis, il faut distinguer la suppuration du fibrome et la gangrène du fibrome; cette distinction correspond à deux choses essentiellement différentes, qui ont peut-être une pathogénie microbienne voisine, mais non identique, et qui sont certainement, au point de vue clinique, aussi différentes que l'est, en chirurgie générale, la suppuration et la gangrène.

La suppuration du fibrome est chose rare, je n'en ai jamais observé : je connais indirectement le cas dont a parlé M. Goullioud : il avait eu l'amabilité de me le faire voir.

La gangrène du fibrome est quelque chose d'essentiellement différent; c'est alors la tumeur qui devient noire, le plus souvent avec des putrilages, quelquefois avec des gaz, toujours avec un cortège de phénomènes généraux extrêmement aigus. Lorsqu'on a sous les yeux une pièce de gangrène de fibrome, personne n'hésite à caractériser de ce nom; le cas est du reste grave, et il existe des procédés opératoires spéciaux pour éviter l'infection quand on les opère.

En dehors de cela, il y a les cas dont M. Albertin a parlé tout à l'heure; il y a des myomes rouges, sur lesquels M. Violet et moi avons, les premiers, appelé l'attention, et qu'il serait dommage de vouloir, d'emblée, mettre dans la catégorie des fibromes infectieux ou gangréneux; s'il y a parenté entre eux, elle est douteuse, en tout cas, assez éloignée. Ces fibromes, lie de vin, se montrent en général comme une tumeur utérine qui subit une poussée aiguë; on voit un accroissement rapide de la tumeur et des douleurs; mais lorsqu'il s'agit de déterminer leur nature gangréneuse, lorsqu'il s'agit de savoir s'il y a des phénomènes d'infection à l'origine de cette complication particulière, on ne peut conclure. De sorte que, tout en étant très intéressé par la vue d'une pièce qui rentre dans cette catégorie, j'ai plutôt tendance à insister sur la nécessité de différencier les trois choses dont nous avons entendu parler et non pas à les fusionner.

*
* *

RÉTRÉCISSEMENTS TUBERGULEUX MULTIPLES DE L'INTESTIN.
OCCLUSIONS PAR STÉNOSES SERRÉES. ENTÉRO-ANASTOMOSES ÉTAGÉES.

MM. BÉRARD et RONOT. — Quand l'occlusion intestinale par tuberculose sténosante est due à des rétrécissements multiples, le traitement radical par entérectomie peut devenir d'une exécution impossible. En même temps, il arrive que plusieurs sténoses, très serrées et éloignées les unes des autres, ne per-

mettent pas de tourner l'obstacle par une seule entéro-anastomose, ou par une seule exclusion. Il faut alors avoir recours à des opérations combinées, comme nous l'avons fait dans le cas suivant, où nous avons dû réaliser, dans la même séance opératoire, une *jéjuno-iléostomie*, et une *iléo-sigmoïdostomie*. La longueur d'intestin exclue ainsi est une des plus considérables que l'on ait signalées : elle comprenait 1 m. 50 cent. pour le jéjunum et l'iléon, plus toute la longueur du gros intestin, depuis le cæcum jusqu'à la portion moyenne de l'S iliaque.

OBSERVATION. — Félicie R..., 37 ans, nous est adressée à l'Hôtel-Dieu par le Dr Dumarest, médecin du sanatorium d'Hauteville, pour des crises abdominales douloureuses avec signes d'occlusion progressive.

Au premier examen, pratiqué le 18 janvier 1912, nous trouvons :

Antécédents : tuberculeux, nets, tels que bronchites répétées et adénites cervicales suppurées, dans l'enfance. A l'âge de 30 ans, un ulcère de l'estomac avec hématoméses, semble guérir après cinq mois de régime lacté absolu. Pendant la convalescence, se met à évoluer une tuberculose pulmonaire, pour laquelle la malade est admise une première fois au sanatorium d'Hauteville, en 1909.

A partir de janvier 1911, des troubles intestinaux se font sentir ; ils débutent par une diarrhée rebelle, avec selles sanglantes. Puis s'installent des douleurs abdominales à peu près continues, à type de coliques, présentant des paroxysmes après les repas, suivant le syndrome de König : péristaltisme douloureux d'intensité croissante, dont on suit les ondes à travers la paroi abdominale soulevée, bruits musicaux, affaissement des anses plus ou moins complet et rapide, avec quelque soulagement. C'est pour ces crises, pour la diarrhée sanglante, et pour l'affaiblissement qu'elles entraînent que M. Dumarest nous envoyait la malade.

Elle nous arriva très affaiblie, émaciée, pâle, le ventre fortement météorisé, au point qu'elle ne pouvait faire le moindre effort sans dyspnée, le diaphragme étant très refoulé vers le thorax.

A l'inspection, à la palpation et à la percussion, il semblait qu'il y eût deux centres de lésions : l'un assez élevé sur le jéjuno-iléon, immédiatement au-dessus de l'ombilic, avec une zone de péristaltisme limitée, occupée par une anse, très distendue, que l'on voyait ramper sous la paroi amincie, et qui donnait à la percussion ou à la succussion un son hydroaérique assez grave ; l'autre, beaucoup plus diffus et plus bas situé, correspondait à la région iléo-cæcale et occupait l'hypogastre avec la fosse iliaque droite ; dans celui-ci, le péristaltisme était plus diffus, le timbre des bruits musicaux plus élevé. On percevait à la main le cæcum et le côlon ascendant empâtés, douloureux dans l'intervalle des crises.

En dehors du clapotement intestinal, on ne trouvait aucun signe de collection liquide, pouvant faire croire à une ascite enkystée.

Les crises étaient presque continues ; depuis quelques jours, malgré la persistance de la diarrhée, l'émission des matières devenait de plus en plus difficile. Une purgation à l'huile de ricin resta presque sans effet.

Lésions pulmonaires fibreuses assez étendues, avec quelques râles un peu plus humides au sommet droit. Pas de température. Pouls rapide, 100-110, sans lésion organique du cœur. Pas d'albuminurie.

L'intervention eut lieu le 25 janvier 1912. Une laparotomie médiane avec incision de part et d'autre de l'ombilic permet d'aborder sur toute sa longueur l'intestin grêle où les lésions semblent disséminées : aussitôt se présente dans la plaie, à la partie supérieure de l'abdomen, une première anse volumineuse violacée, semée de tubercules, avec deux rétrécissements annulaires visibles dès le premier abord. Cette anse, repérée et maintenue par des compresses hors du ventre, l'inventaire de l'intestin grêle est continué du haut jusqu'en bas jusqu'à une distance de 1 m. 50 environ du cæcum, sans que dans ce trajet on remarque autre chose que quelques lames fibrineuses vascularisées, semées sur le péritoine viscéral, avec un intestin aminci et comme délavé dans l'intervalle de ces points enflammés.

Environ à 1 m. 50 du cæcum on aborde une nouvelle série de rétrécissements étagés sur l'iléon ; ces rétrécissements sont au nombre de 5, séparés les uns des autres par une distance de 10 à 20 centimètres, tous annulaires, sans lipomatose. Le plus rapproché et le plus éloigné du cæcum sont les plus serrés et semblent admettre à peine une plume d'oie autant qu'on peut en juger par la palpation extérieure.

L'examen de l'angle iléo-cæcal, où l'on sent une induration diffuse, exige que l'on branche une incision horizontale sur toute l'épaisseur du grand droit à droite ; on reconnaît alors que l'appendice, le cæcum et la première portion du côlon ascendant sur une hauteur de 15 centimètres environ sont infiltrés par des lésions de tuberculose hypertrophique avec adhérences au péritoine pariétal postérieur ; des ganglions dont le volume varie d'un pois à une grosse noisette infiltrèrent le méso dans l'anse iléo-cæcale.

Des lésions aussi profondes et aussi disséminées ne pouvaient permettre qu'une intervention palliative, qui fut exécutée sur-le-champ. Afin de contrôler le premier inventaire fait de haut en bas, l'intestin grêle fut de nouveau examiné sur toute sa longueur de bas en haut. Une première entéro-anastomose latérale et large à la suture fut faite entre le jéjunum et le début de l'iléon, de façon à éviter le passage des aliments au niveau de trois rétrécissements siégeant à ce niveau, dont l'un, extrêmement serré à cause de cette stricture, le segment du jéjunum en amont était extrêmement épaissi, du diamètre environ d'une

bouteille d'un demi-litre ; il y eut en conséquence quelques difficultés à réaliser des sutures exactes entre ce segment et le segment iléal aplati et aminci.

Quant à la dernière portion de l'intestin grêle et au segment iléo-cæcal, où siégeait la seconde série de rétrécissements et de lésions hypertrophiques, ils furent exclus au moyen d'une simple entéro-anastomose à la suture entre l'iléon et l'Siliaque. Comme l'un au moins des deux derniers rétrécissements de l'intestin grêle était à peu près infranchissable, il nous sembla tout à fait superflu de compléter l'exclusion par une ligature de l'intestin grêle en aval de l'anastomose iléo-sygmoidienne.

Cette intervention dura une heure ; elle ne permit de constater aucune autre lésion abdominale, soit péritonéale, soit annexielle ; il n'y avait dans le petit bassin qu'un peu de liquide séreux rosé. La paroi fut suturée à trois plans. Injection de 20 cc. d'huile camphrée dans la cuisse, et au cours de la journée, injection d'un litre de sérum dans le tissu cellulaire sous-cutané de la région pectorale.

Les suites immédiates furent des plus simples. La malade n'eut plus aucun vomissement et fit des gaz dès le second jour. Après quelques oscillations, la température revint à la normale le quatrième jour. L'alimentation presque normale fut reprise le huitième jour. Réunion per primam.

Aujourd'hui, vous pouvez constater que chez cette femme l'abdomen est encore un peu tympanisé, mais sans péristaltisme visible et sans empatement localisé.

La malade va à la selle assez facilement ; mais elle a besoin de prendre des laxatifs. Contrairement à ce que l'on observe après des exclusions étendues de l'intestin, bien que chez elle plus de 3 mètres du tube digestif aient été mis momentanément hors d'usage, il n'y a pas de diarrhée ni lientérie.

En terminant, nous signalerons un fait, que nous avons été à même d'observer déjà plusieurs fois : dès le huitième jour après l'opération, cette malade fut soumise au chauffage lumineux de l'abdomen par l'appareil Miramont à lampes électriques ; pendant dix jours, où ce chauffage fut continué une heure matin et soir, la température rectale présenta une élévation de 1 degré environ, qui céda dès que le chauffage fut suspendu.

Cette malade, guérie chirurgicalement, va reprendre au sanatorium d'Hauteville le traitement de sa tuberculose pulmonaire.

M. LERICHE. — A l'appui de l'absence de diarrhée soulignée par

M. BÉRARD, je puis citer une observation d'iléo-sigmoïdostomie avec exclusion du gros intestin, qui ne fut pas suivie de diarrhée. Il s'agissait d'une malade que j'avais gastro-entérostomisée dans le service de M. Poncet, pour un ulcère et qui avait conservé une constipation opiniâtre avec coliques douloureuses ; je pensais à un obstacle colique, que la radioscopie disait probable. Cet obstacle n'existait pas, mais le côlon transverse, démesurément long, remplissait une partie du petit bassin. Je fis une iléo-sigmoïdostomie par implantation et prévins la malade qu'elle aurait de la diarrhée. A ma grande surprise, elle demeura aussi constipée qu'avant. J'ai déjà noté une fois ce résultat chez une malade atteinte d'une vieille sigmoïdite, mais, dans ce cas, les selles furent régularisées et le résultat demeura très satisfaisant.

M. GOULLIQUET. — Lorsque j'ai fait des résections étendues de l'intestin, j'ai toujours vu s'installer une diarrhée prolongée. Dans un de mes premiers cas, la diarrhée a persisté pendant plusieurs mois, et je m'en méfie toujours un peu. Aussi je me demande si, à la place de M. Bérard, je n'aurais pas fait une implantation dans le côlon transverse.

M. GAYET. — Je demanderai à M. Leriche s'il avait fait une iléo-sigmoïdostomie par anastomose simple ou par un abouchement terminal de l'iléon dans l'S iliaque ? Je crois qu'il ne faut pas confondre les deux choses ; l'abouchement complet donne toujours de la diarrhée pendant un certain temps, après quoi, les malades s'habituent à ce nouveau régime et finissent très bien par avoir des selles normales ; mais quand on fait une simple anastomose, il est très probable que toutes les matières ne passent pas par là ; il est fréquent de voir, à la suite d'une anastomose faite pour anus contre nature par exemple, une très grande partie des selles continuer à passer par l'anus contre nature. Aussi, si l'on veut faire une exclusion, il faut absolument sectionner l'intestin et faire une implantation dans l'S iliaque. Je me demande si, dans le cas de M. Bérard et dans celui de M. Leriche, ce n'est pas le procédé employé qui est cause de l'absence de dénutrition et de diarrhée.

M. LERICHE. — Il s'agit bien, dans mon cas, d'exclusion vraie, d'iléo-sigmoïdostomie par implantation termino-latérale ; mais, même dans ces cas, l'absence de diarrhée n'est pas inexplicable et elle a déjà été notée. On peut invoquer, pour l'expliquer, tout d'abord la longueur de l'S iliaque qui se trouve en aval de la nouvelle bouche. Si l'anse sigmoïde est longue, les matières y séjournent et peuvent s'y concentrer presque normalement, c'était probablement le cas chez ma malade. Et inversement, si l'anse est courte. D'autre part, les matières peuvent, après une exclusion, remonter dans le cæcum à contre-courant. Le fait a été observé après une exclusion, alors que le cæcum était fistulisé à la

peau. Dans mon cas, il en était peut-être ainsi, car, ayant fait la radioscopie quelque temps après l'intervention, pour voir comment s'effectuait le transit intestinal, j'ai trouvé dans le cæcum le bouton anastomotique que j'avais employé. Or, je le répète, l'iléon avait été coupé transversalement et le bout cæcal complètement fermé.

M. BÉRARD. — En ce qui concerne ma malade, je ne crois pas que l'interprétation de M. Gayet puisse être adoptée, au moins quant à présent. Quant à l'anastomose iléo-transverse, je ne l'ai pas faite parce qu'on peut avoir une lésion au voisinage, à l'angle gauche du côlon transverse, ou à une circulation défectueuse ; les malades continuent à souffrir. C'est après avoir eu deux résultats médiocres, avec des anastomoses au côlon transverse que, de parti pris, maintenant, je fais toujours l'anastomose sigmoïdienne, qui donne une descente directe vers l'extérieur.

*
* *

SALPINGOSTOMIE.

M. Auguste POLLOSSON présente une pièce opératoire montrant la conservation favorable d'une salpingostomie pratiquée il y a sept ans.

OBSERVATION. — Il s'agit d'une femme de 39 ans, mariée à l'âge de 25 ans, et qui n'a jamais eu ni grossesse ni fausse couche. Elle a déjà fait un séjour dans mon service en 1905. Elle avait à ce moment 32 ans, se plaignait de douleurs pelviennes déjà anciennes et présentait des lésions salpingo-ovariennes bilatérales. Je fis une intervention le 7 juin 1905. Les annexes gauches furent enlevées. Elles consistaient en un volumineux hydrosalpinx et un kyste tubo-ovarien. On constatait du côté droit l'existence d'une trompe kystique et fermée et d'un ovaire présentant un kyste du volume d'un œuf de poule. Je fis sur ce côté droit une intervention partielle et conservatrice, le kyste ovarien fut enlevé et la moitié du tissu ovarien fut conservée. Quant à la trompe, on fit l'ablation partielle de la portion distendue et sur la moitié interne conservée on établit une salpingostomie en fendant l'orifice abdominal et en étalant un petit pavillon, au moyen de quelques points de suture tubo-péritonéaux.

Cette malade a depuis son opération été revue à plusieurs reprises et pouvait être considérée comme complètement guérie. Ce n'est que depuis six mois qu'elle présente des pertes utérines sanglantes, qui non seulement prolongent les règles, mais sont presque permanentes.

L'utérus présente un col sain et fermé, mais son corps est augmenté

de volume et un peu irrégulier. On décide une hystérectomie abdominale, qui est pratiquée le lundi 12 février 1912, par voie abdominale.

Dès que l'utérus est attiré au dehors, on constate vers sa corne gauche un petit moignon correspondant à l'insertion des annexes enlevées. Du côté droit on constate une trompe courte terminée par un petit pavillon dont la surface rouge tranche sur le péritoine blanchâtre. A côté se trouve un petit ovaire sur lequel on constate l'existence de deux corps jaunes. L'utérus extirpé laisse voir, dans sa cavité, un noyau fibromateux bombant du côté de la muqueuse et expliquant bien les métrorragies.

Quant à la trompe droite, on peut constater qu'elle est perméable et qu'un cathéter introduit sur une section de cette trompe vient bien ressortir sur le petit pavillon constaté.

Cette pièce présente un intérêt en démontrant la conservation du pavillon tubaire reconstitué et la perméabilité de la trompe. De semblables résultats doivent être bien exceptionnellement constatés.

Ils doivent encourager les tentatives d'opérations conservatrices que nous devons substituer le plus souvent possible aux castrations totales.

Je rappellerai à cette occasion que parmi les salpingostomies dont j'ai pu suivre les résultats éloignés, il en est une qui a présenté ultérieurement une grossesse.

C'est encore une raison encourageante pour la chirurgie conservatrice.

M. GOULLIQUET. — La pièce présentée par M. Pollosson est d'un grand intérêt pour la question de la salpingostomie, puisqu'elle démontre la persistance de la perméabilité de la trompe, après cette opération. Plus intéressante encore son observation de grossesse.

Cette question m'a beaucoup intéressé à l'époque où j'ai inspiré la thèse de Jarsaillon (Lyon 1899). Je suis resté fidèle aux opérations conservatrices dans les lésions inflammatoires peu graves des annexes, chez les femmes jeunes. Cependant, je n'ai pas eu de grossesse à terme après cette opération. Une seule opérée devint enceinte, mais fit une fausse couche. Le détachement du pavillon tubaire est préférable quand il est possible, et j'ai observé des grossesses heureuses à la suite de cette libération du pavillon, qui comporte des lésions moins importantes que la salpingostomie. En dehors d'autres circonstances défavorables, les lésions concomitantes de la surface de l'ovaire expliquent aussi bien que les lésions tubaires la difficulté de la conception dans ces cas.

Séance du 22 février 1912

Présidence de M. A. POLLOSSON

ÉNORME HÉMATOME RÉTRO-PÉRITONÉAL DE LA RÉGION
PANCRÉATIQUE. PANCRÉATITE HÉMORRAGIQUE PROBABLE.
MARSUPIALISATION DE LA POCHE. GUÉRISON.

M. TIXIER. — Cet homme a été opéré par moi le 2 février dernier pour un hématome abdominal considérable. La pathogénie et l'histoire clinique de cette affection méritent de vous être rapportées.

OBSERVATION. — Agé de 41 ans, très vigoureux, sans aucun antécédent, ce solide cultivateur reçoit le 11 avril 1911 un coup de pied de cheval en plein ventre, le coup fut reçu à bonne portée. La douleur immédiate fut atroce et c'est à peine si le blessé put rentrer à sa demeure, distante de 200 mètres environ. État de collapsus très inquiétant et signes de réaction péritonéale intenses : vomissements, sueurs froides, pouls rapide, etc. Ces renseignements très précis nous ont été fournis par le Dr Cultil, qui suivit de très près l'évolution de la maladie. Les vomissements furent intenses et fécaloïdes : ils durèrent deux semaines en conservant longtemps un aspect porracé. Une selle diarrhéique ne contenant pas de sang survint dans la nuit qui suivit l'accident, puis constipation opiniâtre.

Malgré la diète absolue et l'application de glace sur le ventre, des douleurs persistèrent très vives dans la région épigastrique. Pas de phénomènes respiratoires : l'auscultation fut toujours négative. Pas d'ictère, pas d'hématurie, la quantité d'urine fut toujours normale. La température oscille entre 37° et 38°. Jamais d'hypothermie.

Malgré la défense de la paroi, le Dr Cultil reconnut, presque dès les premiers jours, une tuméfaction de la région sus-ombilicale, tuméfaction mal limitée.

Au bout d'un mois, il y eut une amélioration considérable des phénomènes généraux, le malade put se lever, marcher un peu, en s'ap-

puyant sur une canne : il était obligé de fléchir légèrement le tronc en avant. Des douleurs continues persistaient dans la région sus-ombilicale.

Sa vie fut misérable pendant les mois d'octobre, novembre et décembre, mais il semblait devoir guérir. Brusquement, au commencement de janvier, exagération de tous les symptômes : coliques très violentes, apparaissant régulièrement trois à quatre heures après le repas, vomissements bilieux très abondants. Inappétence générale avec pertes des forces et du poids très rapides : en quinze jours, le malade perdit 10 kilos. L'asthénie fut rapidement telle que le malade ne pouvait plus se soulever dans son lit. Constipation toujours opiniâtre. La tumeur abdominale augmenta progressivement. Le malade est envoyé dans mon service le 29 janvier.

On constate alors une déformation curieuse de l'abdomen : au-dessus de l'ombilic pointe une tumeur arrondie formant comme un second petit ventre. Cette tumeur, plus développée à droite qu'à gauche de la ligne médiane, a le volume d'une tête d'adulte. Elle est indépendante de la paroi abdominale.

Solidement fixée dans la profondeur du ventre elle ne subit pas l'action du diaphragme : il est impossible de la mobiliser dans aucun sens. Elle est indépendante du foie à droite, car il existe une zone de sonorité très nette entre le bord inférieur du foie et le bord supérieur de la tumeur. Elle paraît complètement indépendante du rein droit et de la rate.

Absolument mate, elle est cerclée par une zone de sonorité qui, à gauche et en haut, correspond à l'estomac, refoulé sous les fausses côtes gauches, car le tympanisme stomacal est très net à ce niveau, tandis qu'au-dessous la sonorité a une tonalité grave, qui correspond au côlon transverse.

Elle est indolente à la pression, rénitente, uniformément lisse. Sur elle, au niveau de la ligne blanche, on perçoit une hernie de la ligne blanche hémi-épiploïque.

Pas de compression vasculaire, notamment pas d'œdème des membres inférieurs, pas de circulation complémentaire. Les battements de l'aorte sont mal transmis par la tumeur, pas de souffle à son niveau. Rien au cœur, ni dans les urines, ni sucre, ni albumine.

Par élimination, je portais le diagnostic d'hématome rétro-péritonéal, d'origine pancréatique. Le siège anatomique, les grands symptômes cliniques : inappétence, amaigrissement rapide, asthénie, étaient en faveur de cette origine pancréatique : le traumatisme violent antérieur expliquait la nature hémorragique de la tumeur.

Je m'efforçais d'appuyer ce diagnostic clinique sur des recherches de laboratoire. La radioscopie du malade, exécutée par M. Destot, ne fournit pas de notions précises : il reconnut l'existence de la tumeur

prévertébrale, indépendante du foie, mais il eut un doute sur son développement aux dépens de la grande courbure de l'estomac ; à M. Sarvonnat je demandais de bien vouloir examiner les fèces de mon malade, afin d'y rechercher la réaction de Cammidge ; voici la note qu'il a bien voulu me remettre : « La réaction de Cammidge est faiblement positive. Les fèces ne renferment pas une quantité exagérée de fibres musculaires : assez nombreux grains d'amidon, quelques gouttes de graisses, très nombreux cristaux d'acides gras. La présence de la réaction de Cammidge n'a probablement pas grande signification. L'examen microscopique indique un certain degré d'insuffisance de la sécrétion pancréatique. »

Le diagnostic est donc ainsi formulé : hématome rétro-péritonéal refoulant le foie en haut et à droite, l'estomac en haut et à gauche, le côlon transverse en bas et venant pointer contre le péritoine pariétal, à la façon des tumeurs du pancréas.

Intervention le 2 février 1912. — Grande laparotomie médiane sus-ombilicale dépassant en bas l'ombilic. Dans toute la portion gauche de l'abdomen (loge stomacale et splénique), le péritoine est absolument sain. A droite, une partie du grand épiploon est légèrement adhérente au péritoine pariétal, mais on peut aisément le détacher. On s'aperçoit que la tumeur bombe au point prévu entre l'estomac et le côlon transverse. Le ligament gastro-colique est indépendant de la tumeur, sous-jacent, et c'est par là, en le traversant, qu'on pourrait aborder la tumeur. Mais le côlon transverse étant libre on préfère le relever franchement en haut, hors du ventre, comme pour une gastro-entéro-anastomose. Alors, distendant l'insertion du méso-côlon, on perçoit très aisément la voussure que forme la tumeur au-devant de la colonne et surtout à droite d'elle.

Le péritoine pariétal postérieur fait partie de la poche qui est intimement accolée à lui. Après avoir isolé soigneusement le champ opératoire avec de larges compresses de gaze, je pratique une ponction exploratrice à l'aide de la seringue de Roux : du sang franchement noir se précipite dans le corps de la seringue.

Alors, de haut en bas, longue incision du péritoine pariétal postérieur de la base du méso-côlon, qui est infectée, œdématiée, et l'on cherche un plan de clivage. Mais le décollement détermine une hémorragie en nappe considérable et une grosse veine du volume du petit doigt monte verticalement : il faudrait la couper et l'on ignore sa nature. Aussi on se décide pour la large incision de la poche hématique et la marsupialisation. Il s'écoule les deux tiers de litre d'un sang noir, graisseux, sans aucun caillot, la poche est soigneusement asséchée. Le doigt qui l'explore reconnaît en dedans la colonne et l'aorte et en dehors le foie et le rein, sans qu'il n'existe aucune connexion avec ces organes.

Rapidement, on marsupialise la poche en en fixant les bords au péri-

toine pariétal antérieur : le côlon transverse était maintenu au-dessus sous le foie. Une compresse de gaz est tassée dans son intérieur. La plus grande partie de la laparotomie est suturée.

Les suites opératoires ont été remarquablement simples : localement il n'y eut aucune complication. Seule une bronchite aiguë diffuse, avec crachats purulents, fut cause de l'élévation de température que vous constatez.

Le 14 février, le malade se lève et se sent déjà vigoureux : l'appétit est revenu, les fonctions digestives sont parfaites. La cavité se rétrécit très rapidement. Le malade reprend ses forces.

Pour préciser, si possible, l'origine exacte de cette tumeur sanguine, j'avais envoyé aux laboratoires compétents, d'une part le sang recueilli dans la seringue de Roux, et d'autre un fragment de la poche. Voici le résultat de ces divers examens :

1° Réponse du laboratoire d'anatomie pathologique :

a) L'examen du *liquide* ne montre, au microscope, que des globules rouges, de rares leucocytes et aucun élément permettant de préciser l'origine de la lésion ;

b) L'examen *histologique* de la *paroi* ne montre aucun élément cellulaire qui permette de reconnaître le rein ou le pancréas. Elle est formée d'un tissu fibreux dense. Nombreux vaisseaux atteints d'artérite. Bref, paroi d'aspect inflammatoire.

2° Réponse du *laboratoire de bactériologie* :

Les préparations faites après une longue centrifugation n'ont montré aucun élément microbien.

Les ensemencements pratiqués sur différents milieux (bouillons ordinaires, bouillon ascite, gélose, gélose-ascite) sont, au bout de six jours, absolument stériles.

En somme, ni les constatations opératoires, ni les recherches de laboratoire ne permettent d'affirmer que la tumeur sanguine était développée dans l'intérieur même du pancréas et aux dépens de la glande. Mais comme siège anatomique, elle reconnaissait absolument cette origine.

D'autre part, l'amaigrissement considérable subi par le malade, l'asthénie progressive s'expliquent aisément par le trouble ainsi apporté aux fonctions pancréatiques.

Il semble qu'il y eut deux phénomènes successifs au niveau du pancréas : d'abord une hémorragie considérable déterminée par le coup de pied de cheval, puis amélioration et secondairement une véritable pancréatite hémorragique, ayant abouti

à la grosse tumeur constatée et ayant produit les graves troubles de dénutrition (1).

*
**

TORSION D'UN FIBROME UTÉRIN SOUS-PÉRITONÉAL.
HYSTÉRECTOMIE TOTALE.

M. PATEL. — J'ai l'honneur de vous présenter une malade, qui était porteur d'un fibrome utérin sous-péritonéal, tordu, et que j'ai eu l'occasion d'opérer dans des conditions assez intéressantes.

OBSERVATION I. — Il s'agit d'une femme de 54 ans, M^{me} M..., entrée à l'hospice de la Charité, salle Sainte-Thérèse, le 20 octobre 1911, dans le service de mon maître, le Prof. Pollosson, que j'avais l'honneur de suppléer. Cette malade racontait que six jours auparavant, exactement le 14 octobre 1911, dans le milieu de la journée, alors qu'elle était occupée à son travail, elle ressentit brusquement une très vive douleur dans l'abdomen; elle fut obligée de s'aliter et fut prise immédiatement de vomissements. La douleur et les vomissements ne cessant pas, la température s'élevant (elle était de 39° la veille de l'entrée), la malade fut dirigée à l'hôpital.

Son histoire antérieure est nulle; elle n'a jamais été malade; pas d'enfants, pas de fausse couche. Les règles ont toujours été régulières, peu abondantes; elles ont cessé sans incident depuis deux ans. La malade s'apercevait seulement qu'elle prenait un peu d'embonpoint; elle croyait à un phénomène normal, n'éprouvant aucun trouble pathologique.

Son état, à l'entrée, sans être très grave, ne laissait pas de présenter quelque inquiétude. La douleur existe toujours, moins aiguë, moins localisée, mais suffisamment accentuée pour empêcher la malade de dormir et de marcher. Les vomissements persistent, fréquents, alimentaires. Il n'y a pas eu de vraie débâcle intestinale. Le pouls est bon, plein, la température oscille entre 38° 3 et 38° 7. A l'examen de l'abdomen, on constate immédiatement une tuméfaction énorme qui dépasse l'ombilic; elle est médiane, très dure; le toucher vaginal montre qu'elle est solidaire de l'utérus, il s'agit manifestement d'un fibrome

(1) Ce malade a quitté le service le 3 mars, complètement guéri. Pendant quelques jours les bords de sa plaie ont été fortement irrités par le passage d'un liquide corrosif, liquide pancréatique probablement.

utérin, dont l'existence n'avait jamais été révélée à la malade par quelque trouble que ce soit. Cherchant les relations qui pouvaient exister entre l'état général actuel et le fibrome utérin, on acquérait la notion qu'elles étaient difficiles à préciser exactement. Le fibrome n'était pas douloureux; aucune perte anormale; aucune tuméfaction latérale. C'est avec le diagnostic peu précis de fibrome compliqué de salpingite que l'intervention fut décidée.

Le 23 octobre 1911, incision sous-ombilicale médiane. Après ouverture du péritoine, la tumeur utérine se présente noirâtre, congestionnée à la périphérie; le grand épiploon et quelques anses intestinales lui adhèrent faiblement; leur libération se fait sans peine. La tumeur est extériorisée et l'on se rend compte aussitôt qu'il s'agit d'un fibrome utérin, volumineux, inséré sur la corne droite, par un pédicule court et très épais. La tumeur est tordue sur son axe, au niveau du pédicule; la torsion s'est effectuée suivant le sens des aiguilles d'une montre; il y a plus d'un tour complet de torsion; aucune lésion annexielle. L'utérus est volumineux; aucun noyau fibromateux n'est aperçu à sa surface. Dans le but de faire une intervention conservatrice, en raison de l'état général de la malade, le pédicule est sectionné au niveau de l'utérus, que l'on entame, de façon à créer deux petits lambeaux faciles à réunir. L'hémorragie à ce moment est considérable et se fait par trois ou quatre troncs artériels volumineux. La suture, avec du gros catgut, coupe le tissu utérin, œdémateux et congestionné en cette région. Voyant que l'hémostase sera assurée difficilement et peut-être même insuffisamment, une hystérectomie totale est décidée; elle est exécutée par l'ouverture du cul-de-sac antérieur (procédé de Richelot). Péritonisation classique; suture de la paroi en trois plans.

Les *suites opératoires* ont été simples. La température s'est élevée à 39° les trois premiers jours. A partir du 27 octobre 1911, elle s'est abaissée régulièrement. Le 6 novembre 1911, la malade a fait une légère poussée de bronchite; elle s'est plainte en même temps d'une douleur dans la jambe droite. Elle est sortie de l'hôpital le 5 décembre. Comme vous pouvez le voir, son état actuel est des plus satisfaisants.

Examen de la pièce. — L'utérus et les annexes ne présentent aucune lésion macroscopique. La tumeur enlevée pèse 3 kg. 450; elle est arrondie assez régulièrement; sa surface extérieure est faiblement bosselée. Sur la moitié supérieure, infiltrations hémorragiques des plus nettes, se traduisant par des taches noires étoilées. La moitié inférieure est blanche et tranche sur la coloration de la zone sus-jacente. La consistance de la tumeur est remarquablement dure et son poids élevé contraste avec son volume; aucun point ramolli. Le *pédicule* mesure environ 3 centimètres de hauteur et presque autant de largeur; il conserve le sens de la torsion; aucun indice de sphacèle, aucun point ramolli à son intérieur pouvant laisser supposer qu'il était sur le point de se détacher.

A la coupe, la tumeur est extrêmement dure, surtout dans sa moitié inférieure, où le couteau rencontre une résistance presque osseuse. On se rend compte qu'elle est fermée de deux parties, la moitié supérieure, noire, avec infiltrations hémorragiques nombreuses, la moitié inférieure, d'une dureté ligneuse, avec dégénérescence calcaire évidente. Aucune masse colloïde à l'intérieur, pas de points sphacelés ou suppurés.

Il s'agit ici d'un accident bien connu au cours de l'évolution des fibromes utérins, mais qui est néanmoins assez rare, surtout dans de semblables conditions. Dans les thèses de Berniolle (thèse de Paris, 1906), de Lemeland (thèse de Paris, 1910), on relève 68 cas ayant trait à des fibromes utérins sous-péritonéaux tordus ; il est vrai qu'ils sont assez dissemblables, et que nombre d'entre eux ont trait à des fibromes multiples, dont l'un, plus mobile, s'est tordu sur son pédicule.

a) Ici la tumeur était unique et très volumineuse ; son pédicule était court et inséré sur la partie latérale, condition essentielle pour que seule la tumeur se torde, sans entraîner l'utérus ; insérée sur le fond utérin, la tumeur, dans son mouvement de torsion, amène une torsion axiale de l'utérus, le corps de celui-ci lui servant de pédicule. Les modifications subies à l'intérieur du fibrome sont également très curieuses. Dans la plupart des observations, on trouve signalée une différence nette entre la zone voisine du pédicule et celle qui en est le plus éloignée. La moitié inférieure est infiltrée de foyers apoplectiques, tandis que la moitié inférieure a subi la dégénérescence calcaire, fait antérieur, certainement, à la torsion. Il est assez peu ordinaire de ne constater aucun point en voie de dégénérescence colloïde ou de transformation.

b) La symptomatologie de la torsion des fibromes utérins est des plus variables. Maintes fois, comme dans un cas de Villard (thèse de Pellanda, Lyon, 1905), les accidents sont aigus. Ici l'évolution a été aiguë, également, mais avec une symptomatologie assez vague, étant donné que la malade n'avait jamais attiré l'attention du côté de son abdomen ; les phénomènes d'intoxication paraissaient plus marqués que les signes péritonéaux, si bien que le diagnostic exact du rapport entre l'état général de la malade et de la présence du fibrome pouvait être discuté.

c) Au point de vue thérapeutique, nous insisterons particulièrement sur le danger qu'il y aurait eu à pratiquer une

opération conservatrice, toujours plus tentante. Elle ne peut s'exécuter que si le pédicule est long, grêle, indépendant de l'utérus. Dans notre cas, le pédicule étant trapu, l'utérus était congestionné, friable, et devant la difficulté de la suture et le peu de survie qu'elle aurait fournie, l'hystérectomie totale paraissait bien préférable.

M. CONDAMIN. — Au point de limitation de la torsion, le pédicule était-il extrêmement aminci ? Ce cas me rappelle en effet une observation dans laquelle j'ai trouvé le fibrome complètement séparé de l'utérus ; ce fibrome avait presque le volume de celui-là ; il était enkysté dans l'épiploon, qui avait contracté des adhérences avec toute sa masse ; chose singulière, il rampait à sa surface des vaisseaux lymphatiques ayant le volume du petit doigt ; on ne trouvait plus, à la surface du fibrome, trace de son implantation. Il ne pouvait cependant pas s'agir d'autre chose que d'un fibrome. Si cette tumeur n'avait pas été enlevée de suite, elle se serait peut-être transformée comme celle dont je parle. C'est pour cela que je demande à M. Patel si, à l'endroit où la torsion s'est produite, il y avait un amincissement du pédicule ?

M. PATEL. — Je crois que ce fibrome ne se serait jamais détaché de l'utérus, dans tous les cas il tenait très fortement par un pédicule extrêmement gros, très large et distant du fond de l'utérus. Néanmoins, dans les observations que j'ai lues, on a bien signalé des fibromes, surtout de petits, qui sont libres à l'intérieur de la cavité abdominale.

M. GOULLIoud. — J'ai vu deux cas de torsion de fibrome ; dans le premier, la torsion s'était produite non pas à l'insertion du fibrome et de l'utérus, mais au niveau de l'isthme utérin, c'est-à-dire que, dans son mouvement de torsion, le fibrome avait entraîné l'utérus. Dans le deuxième cas, la torsion avait abouti à la séparation complète du point d'insertion primitif de l'utérus. Il s'agissait d'une femme dont l'utérus était hérissé de plusieurs fibromes ; l'un d'eux était tout à fait isolé dans la cavité péritonéale ; il avait contracté des adhérences avec l'épiploon ; on trouvait sur le fond de l'utérus une petite saillie qui nous sembla représenter le point d'insertion de ce fibrome, qui en avait été complètement détaché par la torsion. Il y avait sur ce corps utérin tout un certain nombre de fibromes pédiculés, et l'on se rendait bien compte de la possibilité d'un pareil mécanisme.

M. PATEL. — Il faut bien distinguer entre la torsion du fibrome et la torsion de l'utérus fibromateux. Il y a de nombreux mémoires consacrés aux torsions axiales de l'utérus dans lesquelles les fibromes entraînent tout le corps utérin dans leur torsion ; les lésions sont, dans ce cas, beaucoup plus graves.

PÉRITONITE LIBRE PAR PERFORATION D'UNE VÉSICULE CALCULEUSE (CHOLÉCYSTITE GANGRÉNEUSE). CHOLÉCYSTECTOMIE. DRAINAGE DE L'HÉPATIQUE. FERMETURE DE L'ABDOMEN APRÈS INJECTION D'HUILE GOMÉNOLÉE. GUÉRISON.

MM. LERICHE et MURARD. — Nous avons l'honneur de vous présenter un malade que nous avons eu l'occasion d'opérer pour une péritonite diffuse dans le service de M. Villard.

OBSERVATION. — Cette femme, âgée de 51 ans, vue le 28 au matin, était dans un état encore bon, la langue encore humide; le pouls était à 100, la température à 38° 5. La veille, elle avait été prise, au réveil, d'une vive douleur mal localisée, suivie de ballonnement et de vomissements. Dans l'interrogatoire; on ne trouvait aucun renseignement spécial, elle avait presque toute sa vie été bien portante. C'était là sa première maladie.

Le ventre était ballonné, un peu douloureux; nous eûmes l'impression d'une obstruction du gros intestin, sinon d'une péritonite, et fîmes, séance tenante, une *laparotomie sous-ombilicale*. Sitôt le péritoine ouvert, du liquide séro-purulent s'écoula en assez grande quantité: l'appendice et les annexes furent trouvés sains; le gros intestin [fut exploré vainement dans sa totalité, le grêle déroulé en entier. Partout il y avait des exsudats et du liquide, sans la moindre tendance à l'enkystement, mais la cause n'apparaissait pas, lorsque la main, glissée vers l'épigastre, perçut une grosse masse sous-hépatique qui fit songer à un cancer de l'estomac.

La laparotomie fut immédiatement agrandie vers le haut; elle montra que l'estomac n'avait rien, mais que la vésicule, accolée au côlon, était volumineuse, rougeâtre, et qu'elle laissait échapper du liquide biliaire. Une incision transversale menée sur la droite permit de l'explorer: elle renfermait des calculs et présentait une perforation à gauche, en plein corps vésiculaire. Après assèchement rapide de l'abdomen, le foie fut extériorisé sur des compresses, et la vésicule enlevée; un drain, entouré de trois ou quatre mèches, fut placé au contact de l'hépathique et le ventre, refermé dans presque toute son étendue, après qu'on y eut versé 100 grammes d'huiles goménolée.

Les suites de cette opération furent des plus simples: elles ne donnèrent aucune inquiétude. L'écoulement bilieux assez abondant s'est tari presque complètement. Son arrêt n'est plus qu'une question de temps, et cette malade est actuellement complètement guérie.

Sur la vésicule que voici, on voit de grands placards rougeâtres. Ils correspondent à des lésions pariétales ulcéreuses. On aperçoit nette-

ment deux perforations au centre d'une plaque sphacélique. La vésicule renfermait plusieurs calculs, de la bile et du pus.

L'examen histologique, fait par M. Cotte, a montré des lésions de cholécystite gangréneuse.

Il s'est agi, en somme, d'une *péritonite libre, diffusée à tout l'abdomen*; elle a eu pour point de départ la perforation d'une vésicule lithiasique atteinte d'inflammation gangréneuse.

Le diagnostic n'ayant pas été fait, l'incision exploratrice fut pratiquée dans la zone sous-ombilicale. La recherche de la cause exigea l'examen de tout l'abdomen, on peut donc bien affirmer qu'il s'agissait ici de *péritonite généralisée*.

A cette péritonite, nous avons appliqué le traitement logique, c'est-à-dire la suppression de la lésion causale par la cholécystectomie, avec drainage de l'hépatique et fermeture du ventre après injection d'huile goménolée; cette fermeture ne réservait que l'espace nécessaire pour le drainage de l'hépatique.

Le résultat obtenu montre que c'est bien là, la thérapeutique de choix, puisque ce malade a été du coup guéri de sa péritonite et de sa lithiase; mais le succès tient évidemment en bonne partie également, à la précocité de l'intervention, qui est à coup sûr l'élément le plus favorable qui puisse intervenir dans l'évolution post-opératoire d'une infection péritonéale aiguë.

*
* *

CURE IDÉALE DU CANCER DU HAUT RECTUM ET DE LA PARTIE INFÉRIEURE DE L'ANSE SIGMOÏDE CHEZ LA FEMME.

M. ALBERTIN. — Une rapide revue des opérations instituées ces dernières années contre le cancer du rectum chez la femme peut nous permettre d'établir les divisions suivantes :

1° *Opérations périnéales* avec conservation du sphincter (Kocher, Martin du Pan, Cunéo).

2° *Opérations abdomino-périnéales* avec anus iliaque.

a) Sans toucher à l'appareil génital interne (Goullioud).

b) En faisant l'ablation de l'appareil utéro-annexiel :

— en un temps préalable, opération en deux temps (Tixier).

— occasionnellement (Goullioud).

— systématiquement en un seul temps et en un bloc unique (Albertin).

3° *Opérations abdomino-périnéales avec ablation en bloc* du rectum cancéreux et de l'appareil utéro-annexiel, conservation du sphincter et rétablissement de l'anus normal (Albertin). Cette dernière opération nous paraît mériter le nom d'« idéale » pour les raisons suivantes :

a) Elle réalise au maximum l'ablation large de la tumeur avec l'atmosphère celluleuse et les groupes ganglionnaires périphériques.

b) Elle rétablit d'une façon absolument normale la fonction ano-rectale par la conservation du sphincter et l'abouchement du bout sigmoïde à l'anus reconstitué.

Je vous ai déjà présenté les pièces provenant d'une malade opérée il y a environ un an, qui continue à se très bien porter et ne présente pas d'incontinence des matières fécales. Son poids a augmenté de 12 kilos.

Je vous présente aujourd'hui une très belle pièce, où j'ai encore réalisé systématiquement une condition opératoire que je considère comme indispensable à la cure radicale du cancer du haut rectum, c'est-à-dire l'ablation en bloc du rectum cancéreux et de l'appareil utéro-annexiel, malgré l'intégrité de ces derniers organes.

Vous pouvez constater que le néoplasme occupait la portion du rectum adossé au cul-de-sac péritonéal de Douglas, et que ce n'est pas une vaine précaution que d'enlever l'atmosphère celluleuse péri-viscérale du bassin baignant à la fois le rectum et l'utérus.

Je crois avoir, dans cette dernière intervention, établi définitivement ma technique opératoire en trois temps : périnéal ; deuxième temps : abdominal ; troisième temps : périnéal.

Dans le premier temps périnéal, que j'exécute les mains revêtues de gants de caoutchouc stérilisés, je fais tout d'abord, par une incision circulaire, la libération de la muqueuse anale et son décollement, à la façon de Whitehead, sur une hauteur qui dépasse le sphincter externe, qui est soigneusement ménagé, puis, au-dessus du sphincter, j'incise circulairement sur le pourtour du rectum la musculature, de façon à quitter le plan sous-muqueux pour gagner l'espace périrectal et libérer le rectum qui pend à la façon d'un battant de cloche, libre au

milieu du périnée. Ce premier temps périnéal est complété par la fermeture solide, en bourse, de l'extrémité inférieure du tube rectal.

Dans le deuxième temps, je lie et sectionne les pédicules utéro-ovariens et les ligaments ronds, puis j'isole la vessie et les uretères, comme dans le Wertheim, en liant l'utérine, décroisant le conduit urétéral et isolant très bas le pourtour du vagin en avant et sur les côtés.

On aborde alors le côlon pelvien et on le sectionne au-dessus du néoplasme entre deux pinces.

L'artère hémorroïdale est liée au lieu d'élection d'Hartmann, le méso sectionné aussi bas que possible et relevé. A ce moment, la main gauche va, en rasant le sacrum, décoller le rectum (j'opère toujours en me plaçant à droite de la malade), en arrière, puis sur les côtés, où l'isolement des uretères a déjà préparé ce décollement.

La vessie et les uretères étant réclinés et protégés, je sectionne le vagin en avant, vers son milieu, sur les côtés, obliquement, de façon à laisser la face postérieure du vagin adhérente au bloc à enlever.

D'un coup de ciseau, on sépare les quelques insertions du releveur qui séparent le centre du périnée pour rejoindre la zone périnéale déjà libérée.

On enlève d'un seul coup le bloc recto-utéro-annexiel.

Il s'agit maintenant de reconstituer la région ano-rectale.

Le côlon iléo-pelvien doit être abaissé, et cette manœuvre est facilitée soit par le décollement externe de Duval, soit par la mobilisation pré-vertébrale, l'abaissement du pédicule vasculaire constitué par l'hémorroïdale supérieure. Une pince passée à travers l'anus va chercher l'extrémité du côlon et l'amène à la peau.

Il ne reste plus qu'à faire la péritonisation pour séparer la cavité abdominale du périnée. On suture la collerette péritonéale au côlon, sur la ligne médiane, et au méso sur les parties latérales.

Le péritoine fermé en bas, on suture l'abdomen.

J'arrive au troisième et dernier temps, le temps périnéal terminal.

Le côlon abaissé est solidarisé par quelques points de catgut aux releveurs.

A ce moment on installe le drainage. De chaque côté du coccyx, je fais une incision pour le passage d'un drain venant, d'autre part, sortir par l'orifice vulvaire et contournant le néo-rectum. Il me paraît nécessaire de doubler ces drains par des mèches tassées dans le grand espace créé par l'ablation du rectum, et assurant une bonne hémostase.

L'extrémité libre de ces mèches sort, avec les drains, par l'orifice vaginal.

Le drainage et l'hémostase assurés, on place quelques points au catgut entre le sphincter et le côlon, et il ne reste plus qu'à fixer celui-ci à la peau suivant la méthode ordinaire.

Ce manuel opératoire comporte trois temps principaux et toute une série de manœuvres sur lesquelles nous reviendrons plus en détail.

Il nous a paru répondre aux exigences du but que se proposait le chirurgien ; en tout cas, il nous a permis de mener à bien, et très facilement, cette dernière intervention.

M. GOULLIQUET. — Comme M. Albertin, je suis partisan de l'ablation simultanée en bloc de l'utérus et du rectum cancéreux, et une différence secondaire dans l'étendue des indications nous sépare seule. Comme M. Albertin, je suis arrivé à cette période de l'évolution de la méthode abdomino-périnéale, où il faut chercher à rétablir les fonctions anales normales, à la suite de cette intervention complexe.

Quant au manuel opératoire, je préfère, au lieu de faire un premier temps périnéal, commencer par le temps abdominal. On détache les attaches supérieures du rectum et de l'utérus, on péritonise : on n'a plus qu'à enlever, par les voies basses, les organes mobilisés.

C'est à la méthode de Villard, élargie, que je me suis adressé dans mon dernier cas, et c'est à travers l'anus, largement dilaté, que j'ai abaissé le bloc formé par l'utérus et le rectum cancéreux. Peut-être vaudrait-il mieux, dans le but d'un meilleur fonctionnement du sphincter, faire passer ces organes par le vagin en le débridant du côté de la fosse ischio-rectale, et en amenant ensuite, à travers l'anus, l'extrémité terminale du côlon pelvien, libéré par l'abdomen. C'est, je crois, ce qu'avait fait M. Albertin dans un cas précédent.

M. TIXIER. — Je viens d'examiner avec beaucoup d'intérêt la superbe pièce que nous présente M. Albertin : c'est un cas très encourageant de l'ablation en bloc d'un cancer de l'utérus et de l'appareil génital de la femme. On doit féliciter l'opérateur de l'avoir menée à bien.

Je me permettrai cependant deux réflexions : l'une concernant la manœuvre de l'invagination à travers le sphincter dilaté, l'autre ayant

trait à l'exécution préalable d'un anus de dérivation non établi dans ce cas.

L'invagination du bout supérieur du rectum à travers le sphincter conservé est une manœuvre séduisante. Je l'ai exécutée plusieurs fois, et je vous en ai signalé les dangers. Il s'organise, au niveau de l'anus, une zone cicatricielle très rétractile, constituant rapidement un rétrécissement très difficile à combattre. Jamais cette invagination ne donnera, comme souplesse et comme élasticité, le résultat qu'on obtient par une entérorraphie circulaire, à la suture entre le bout supérieur abaissé et la zone inférieure conservée anale et sus-anale. Et je crois que chez la malade de M. Albertin, ainsi qu'on peut le constater sur la pièce actuellement ouverte, on aurait pu établir à la suture cette continuité de l'intestin.

M. Albertin n'a pas jugé bon d'exécuter un anus préalable de dérivation. Le cancer n'étant pas sténosant, il n'y avait pas rétention par obstruction chronique, et cette conduite chez cette malade était très justifiée. Mais je voudrais que cette façon de faire ne fût pas trop généralisée. Je puis vous citer une observation toute récente, qui démontre bien la nécessité d'opérer cette résection de l'intestin à l'abri de toute circulation des matières.

OBSERVATION. — Une femme de 56 ans est entrée dans mon service le 25 janvier 1912, en état d'occlusion intestinale : elle avait du météorisme considérable, des vomissements incessants. Il fallait courir au plus pressé, supposant un cancer du côlon (le toucher rectal était négatif), j'établis un anus contre-nature cæcal. L'amélioration fut rapide et manifeste : l'obstacle était certainement au-dessous du cæcum.

Malgré des purgations et les précautions ordinaires, le ventre restait un peu gros et tendu. Cependant, comme la résistance du sujet était suffisante, je me décidais à pratiquer une laparotomie médiane pour chercher à enlever l'obstacle qui était très probablement un cancer.

Le 14 février, longue incision médiane. Le côlon descendant, très dilaté, me conduit rapidement sur un rétrécissement néoplasique en virole, siégeant à l'union du haut rectum et du côlon descendant. La tumeur est enlevable.

De suite, hystérectomie abdominale totale de l'utérus sain, suivant mon procédé. Entérectomie entre deux pinces; dans le bout supérieur sont amassées des matières fécales très dures, qui n'ont pu s'écouler par l'anus cæcal.

Le bout supérieur étant très dilaté, tandis que le bout intestinal anal est très rétréci, l'entérorraphie circulaire bout à bout est impossible. Je ferme le bout colique et j'établis une anastomose recto-colique termino-latérale. Le tout est très convenablement exécuté à la suture. Par dessus j'abaisse le grand feuillet péritonéal antérieur que m'a donné l'hystérectomie totale. Fermeture totale du ventre, simple drainage par le vagin.

Les deux premiers jours le résultat est parfait : l'anus cæcal fonctionne bien, aucune réaction péritonéale. Le quatrième jour, la sœur m'annonce triomphalement que la malade a fait une grosse selle par l'anus normal. Je suis ennuyé, car je crains fort les tiraillements au niveau de ma suture.

Brusquement, le lendemain, envie irrésistible d'aller à la selle : douleur abdominale vive, passage de matières fécales par l'anus et aussi un peu par le vagin. Il y a eu désunion partielle de mon entérorraphie ; le lendemain, enfin signes de péritonite par perforation et mort. L'autopsie n'a pas pu, malheureusement, être pratiquée.

Voilà donc un cas où, malgré une dérivation cæcale, le bout inférieur du gros intestin était resté tellement encombré de vieilles matières, que leur évacuation prématurée a détruit le travail du chirurgien. J'ai regretté vivement de n'avoir pas, à la fin de mon intervention de résection, établi un deuxième anus de dérivation sur le côlon descendant. Lorsque les suites sont simples, c'est si aisé de fermer un anus.

Donc, quand le néoplasme est sténosant et qu'on veut et peut faire de larges ablations, tout en conservant le fonctionnement du sphincter et de la région anale saine, il faut que le passage des matières sur la zone opératoire soit retardée par une dérivation parfaite et complète. C'est à ce prix qu'on pourra, grâce à l'hystérectomie abdominale totale complémentaire, faire sans danger des entérorraphies bout à bout ou termino-latérales qui, seules, assurent une continuité parfaite des deux bouts de l'intestin et vous mettent à l'abri des rétrécissements ultérieurs.



Séance du 29 février 1912

Présidence de M. A. POLLOSSON

HÉMATOME RÉTRO-PÉRITONÉAL, PRÉ-RÉNAL DROIT, CONSÉ-
CUTIF A UNE CONTUSION DE LA PAROI ABDOMINALE
ANTÉRIEURE. LAPAROTOMIE. GUÉRISON.

M. DURAND. — Dans notre dernière séance, M. Tixier nous a communiqué une observation très intéressante d'hématome rétro-péritonéal, consécutif à une contusion de l'abdomen. Je vais vous exposer une observation dans laquelle il s'agit également d'hématome rétro-péritonéal traumatique, mais avec localisation et évolution très différentes. Le malade de M. Tixier avait eu une hémorragie pré-pancréatique, et son histoire acquit de ce fait une symptomatologie pancréatique ; le mien eut une localisation pré-rénale, avec une symptomatologie immédiate de contusion grave abdominale, que je dus traiter par la laparotomie rapide.

Voici cette observation :

OBSERVATION. — S..., 32 ans, reçoit, vers 6 heures du matin, plusieurs ruades d'un mulet. Les coups portèrent sur les six dernières côtes droites et sur la moitié droite de l'abdomen.

Il entre dans mon service vers 9 heures du matin, souffrant beaucoup du ventre et de la région thoracique traumatisée. Le pouls était à 90 ; la respiration à 30, le facies angoissé, les traits tirés. L'abdomen tendu, un peu météorisé. Je notai que la portion inférieure de l'hémithorax droit, c'est-à-dire la partie préhépatique du thorax, paraissait soulevée, plus saillante, plus bombée que sa portion gauche. Urines claires, sans trace de sang.

A 11 heures, l'état général avait empiré, le pouls était à 150, la respiration à 40, les douleurs plus vives, le facies plus grippé ; la palpation abdominale montrait à droite une sensation de dureté marquée.

En raison de ce « ventre en bois », de la tuméfaction de la zone hépatique, de l'état général rapidement aggravé, je diagnostiquai une hémorragie intrapéritonéale, probablement due à une rupture du foie. Il en résultait l'indication formelle d'une laparotomie immédiate, qui fut pratiquée de suite avec l'aide de M^{lle} Mouret, interne du service.

Laparotomie latérale verticale droite sur le bord du grand droit. On trouva dans le péritoine environ 300 grammes de sang, qu'on éponge. L'intestin est sain, pas de signe de perforation.

Examen complet du foie, qui ne montre aucune rupture. Ce faisant, nous constatons que le sang répandu dans le péritoine provient du fond de l'espace sous-hépatique. Le foie relevé, le côlon abaissé, on voit que le ligament hépato-rénal est soulevé par un très volumineux hématome et que le sang répandu dans le péritoine provient de cet hématome, à travers des éraillures du ligament hépato-rénal.

Ne jugeant pas à propos de toucher au rein, et ayant constaté le bon état des viscères abdominaux, je refermai l'abdomen après avoir tamponné la région hépato-rénale par une forte compresse, sortant à la partie supérieure de l'incision.

Amélioration très rapide; dans la soirée, diminution des phénomènes de shock, et guérison rapide.

Revu ces jours, le malade ne présente aucun trouble.

Il s'agit, comme vous le voyez, d'un cas d'hématome rétro-péritonéal, pré-rénal, par contusion de la paroi antérieure de l'abdomen et du thorax.

Il est infiniment probable que cette hémorragie a eu pour origine une rupture superficielle du rein qui, n'atteignant pas les calices, n'a donné lieu à aucune hématurie. Il ne s'agit donc pas là d'un de ces cas si fréquents de contusion hémorragique du rein avec hématurie.

Cette lésion traumatique a donné lieu à un syndrome péritonéal, présentant tous les signes d'hémorragie intrapéritonéale, que je devais logiquement rapporter à une rupture probable du foie. Partisan convaincu de la laparotomie immédiate dans les contusions de l'abdomen, je devais intervenir par une laparotomie, et c'est ce que je fis.

Le ventre ouvert et débarrassé du sang qu'il renfermait, je constatai qu'aucun viscère abdominal n'était atteint, et que la lésion consistait en un hématome rétro-péritonéal périnéal.

Que devais-je faire? Je m'arrêtai à l'idée de tamponner à la gaze les éraillures du ligament hépato-rénal, qui amenaient le sang dans le péritoine. Je ne crus pas utile de toucher à la

région rénale. Deux raisons m'y conviaient : la première est que, en l'absence d'hématurie, je ne pouvais songer à une rupture importante du rein ; la seconde est que, même en présence d'une lésion rénale, je ne crois pas qu'il faille intervenir, sauf dans des cas tout à fait exceptionnels. J'ai appris autrefois cette donnée clinique de Maurice Pollosson, mon maître, et je m'y suis toujours conformé avec succès. La suite des événements me donna raison, et mon malade a parfaitement guéri, sans aucun incident immédiat ou consécutif.

M. DESTOT. — J'ai vu un malade très singulier, qui m'a été présenté par un médecin militaire de l'hôpital Desgenettes. Cet homme, militaire à Brest, avait reçu un coup de pied de cheval à l'épigastre et s'était fait délivrer un certificat de blessure. Il racontait une histoire fantastique ; il nous disait qu'à la suite de ce traumatisme, il avait vu une grosseur lui venir dans le ventre. Cette grosseur avait été vue par un premier médecin, qui lui avait fait une ponction et avait retiré 1 litre 1/2 de liquide chocolat ; puis, à la suite de cette première ponction, il avait été soulagé, mais sa grosseur était ensuite revenue. Dans l'intervalle, le premier médecin qui l'avait visité étant mort, il se fit ponctionner par un deuxième médecin qui, par comble de malchance, mourut aussi, de sorte qu'il était venu ici avec, dans une bouteille, un liquide hématique dégoûtant, chocolat ; il nous déclarait ne pas pouvoir manger. Étant donné les circonstances un peu bizarres dans lesquelles se présentait l'observation, on mit en doute la parole de cet homme, d'autant plus que les deux références qu'il nous fournissait ayant disparu, il était difficile de savoir exactement ce qui avait été fait. Néanmoins, comme il était venu de Brest, et qu'il s'agissait, en somme, d'une pension à donner ou à refuser, ce qui est une grosse question militaire, on le fit examiner très sérieusement.

Cet homme accusait des phénomènes très singuliers : il ne pouvait pas manger beaucoup à la fois. De guerre lasse, le directeur de l'École de santé voulut bien me le présenter, et je l'examinai. Ce malade avait un estomac qui n'était pas dilatable ; on voyait, de plus, une masse noire à droite et à gauche ; on constatait surtout des phénomènes d'immobilisation du diaphragme gauche, symptôme qui ne se simule pas ; en même temps qu'on insufflait, on voyait se dilater une petite poche au milieu de l'épigastre, bordée par deux masses sombres. Il était impossible de trouver à l'estomac sa forme normale.

Ce malade, qui avait reçu un coup de pied de cheval, n'était donc pas un simulateur. D'autre part, le premier médecin avait retiré, par la ponction, 1 litre 1/2 de liquide hématique et le deuxième médecin 2 litres du même liquide. Ce liquide siégeait-il dans l'estomac, provenait-il d'une plaie gastrique ou d'une plaie pancréatique ? Toujours

est-il que la poche était très limitée, on sentait sous la main une résistance de bois, comme pour une tumeur gastrique.

Naturellement, ce malade se refusait à toute espèce d'intervention, il ne souffrait pas, il se plaignait seulement de ne pas pouvoir manger plus d'un quart de litre à la fois, il mangeait donc souvent et ne se portait pas mal.

Je crois que ce cas se rapproche assez de celui de M. Tixier. J'insiste sur cette singularité, que ce malade a présenté ces phénomènes pendant trois ans, qu'on ne l'a pas opéré et qu'il a guéri d'une façon à peu près spontanée.

M. BÉRARD. — L'observation qui vient d'être présentée par M. Durand est d'un caractère un peu moins exceptionnel que celle de M. Tixier; de tels faits ne sont pas très rares; j'ai eu, pour ma part, l'occasion de publier autrefois deux cas que j'avais observés l'un comme interne, l'autre comme chef de clinique de M. Poncet, ces deux cas ont fait l'objet de la thèse de Fargier en 1899: il s'agissait, dans l'un, d'un coup de madrier, et, dans l'autre, d'un coup de pied de cheval; peu de réaction, gros hématome. Je me rappelle que dans un cas l'intervention avait eu lieu par la voie lombaire; ce fut une simple incision, et le blessé guérit.

M. PATEL. — J'ai observé un cas d'hématome périrénal dans des circonstances qui ne sont pas tout à fait analogues. Il s'agissait d'une femme de 22 ans qui, en se promenant dans la rue, un soir de fête, fut saisie brusquement par un jeune homme qui, la prenant par les épaules, mit son genou dans le dos de cette femme et tira fortement en arrière. Elle ressentit une douleur extrêmement vive dans l'hypocondre du côté droit, et le lendemain fut transportée à l'hôpital.

On crut tout d'abord à une appendicite, d'autant plus qu'il se développait une masse énorme dans l'hypocondre du côté droit; l'évolution aurait dû faire penser à autre chose. Une incision fut faite sur le bord externe du grand droit, on réclina le colon ascendant et l'on trouva du sang autour du rein. Cette malade n'avait présenté aucune hématurie; elle a guéri très simplement; on a pensé que c'étaient les veines de la capsule adipeuse qui avaient été déchirées dans le mouvement brusque qu'elle avait subi, mais on n'a pas pu être fixé sur la nature de la lésion. Le rein était absolument intact; il s'agissait d'un hématome périrénal rétro-péritonéal. Cette malade était dans le service de M. Jaboulay.

DEUX NÉPHRECTOMIES POUR HÉMATURIES, SANS LÉSIONS DÉCELABLES DE TUBERCULOSE, DE CALCULOSE OU DE TUMEUR RÉNALE.

M. BÉRARD. — J'ai eu l'occasion d'intervenir deux fois depuis deux ans par la néphrectomie chez deux malades (deux femmes) pour combattre des hématuries rebelles, qui avaient entraîné un état alarmant d'anémie et même de cachexie. Ainsi que vous le montrera le détail de ces deux observations, on aurait pu croire, au premier abord, qu'il s'agissait de tuberculose ou de cancer du rein : en réalité, nous avons pu reconnaître, pièces en mains, que, dans un cas, il n'y avait qu'une hydronéphrose manifeste avec néphrite des portions non encore distendues du parenchyme rénal, et que, dans l'autre, tout se bornait à une néphrite diffuse, scléreuse, sans altération anatomique caractéristique d'une affection déterminée. Ce sont des faits analogues qui ont ouvert, il y a quinze ans, la discussion sur la néphrite hémorragique, sans que l'on ait apporté encore à ce sujet toutes les clartés nécessaires. C'est donc à titre de documents que nous rapportons les deux observations suivantes :

OBSERVATION I. — La malade que j'ai amenée ici est âgée de 43 ans. Mariée, sans enfants, elle aurait eu à plusieurs reprises des poussées de bronchite pendant l'hiver, et un zona intercostal droit.

Cinq mois avant son entrée à l'hôpital s'étaient produites brusquement, sans cause apparente, sans douleur, des hématuries abondantes qui durèrent trois jours et cessèrent par le repos au lit. Il s'agissait d'hématuries totales, d'origine rénale, ainsi que le démontra au médecin l'épreuve du cathétérisme et de la miction dans les trois verres.

Trois semaines après, les hématuries reparaissent aussi inopinément, avec les mêmes caractères. Elles durent cette fois cinq semaines et affaiblissent beaucoup la malade. Le 12 janvier 1912 enfin, après deux mois de délai, pour la troisième fois, cette femme urine du sang; effrayée, elle entre dans notre service.

Lors de notre premier examen, nous ne pouvons que confirmer les données déjà acquises. Les urines sont rouges, assez foncées, sans caillot volumineux; l'émission quotidienne varie de 800 à 1.200 grammes, avec un maximum de 1.800 grammes le lendemain de l'entrée. Cette femme n'accuse qu'un peu de pesanteur lombaire à droite, elle dit ne jamais avoir eu de coliques néphrétiques, jamais de troubles vésicaux, jamais de douleurs à la miction.

La palpation bimanuelle est négative à gauche : à droite, elle permet de reconnaître un rein un peu augmenté de volume, un peu ptosé, douloureux à la pression. Rien de particulier des uretères.

Par le toucher, on constate l'intégrité des organes génitaux. Le plancher vésical est souple, indolore, notamment au niveau de l'embouchure des uretères.

L'état général de cette malade est mauvais ; elle se plaint de dyspnée au moindre effort, et présente une anémie considérable. Rien au cœur ni au poumon cependant.

Les urines des vingt-quatre heures, examinées après centrifugation, montrent des globules rouges plus ou moins altérés, avec une formule leucocytaire du sang normal. On y trouve de grands placards épithéliaux provenant de la muqueuse vésicale, mais pas de cylindres rénaux, pas de cellules néoplasiques.

De nombreux bacilles coli et des microbes de la putréfaction proviennent sans doute d'infection du liquide après émission.

La *cystoscopie* a été faite par M. le Dr Thévenot ; à gauche, l'orifice urétéral est normal ; à droite, il paraît élargi et laisse écouler du sang par éjaculation. Le cathétérisme de l'uretère droit ne peut être poursuivi qu'à quelques centimètres. Il n'y a pourtant pas de calcul rénal ou urétéral, ainsi que le démontre la radiographie pratiquée par M. le Dr Cluzet.

Opération. — La néphrectomie du rein droit est décidée et pratiquée le 6 février 1912. Elle présente quelques difficultés, car le rein est assez adhérent par sa capsule propre à son atmosphère graisseuse. Il doit être disséqué par place au ciseau ; et cette dissection est assez délicate, car en certaines zones, la substance corticale est réduite à l'épaisseur d'une feuille de fort papier.

L'*uretère* droit, disséqué sur une assez grande longueur, est peu dilaté. Les vaisseaux du hile sont liés séparément, et la plaie drainée par une mèche et un gros drain de caoutchouc.

Suites simples. Dès le lendemain, les hématuries disparaissent. Grâce à quelques lavements de sérum, la quantité des urines émises en vingt-quatre heures monte rapidement de 600 à 800, puis 1.500 grammes. L'examen microscopique n'y décèle plus aucun élément anormal ; elles sont très claires.

Sur la pièce que voici, on constatait, au moment où elle fut ouverte, que le bassin et les calices étaient tous distendus plus ou moins ; avec certaines dilatations, du volume d'une noix, au fond desquelles apparaissait le sommet des pyramides, sans ulcérations ni érosions, mais avec des taches violacées répondant à la coupe à des zones de congestion : des fragments de ces zones ont été soumis à l'examen histologique.

En résumé, il s'agissait d'une *hydronéphrose* probablement ancienne, sans malformation appréciable actuellement de la glande, des vaisseaux ou du bassinnet, avec des lésions de néphrite scléreuse et congestive, dont le microscope nous donnera la clef. J'ai présenté cette malade aujourd'hui parce qu'elle doit quitter l'hôpital, guérie opératoirement.

OBSERVATION II. — Il s'agit encore d'une femme, âgée de 52 ans, non mariée, que je vis en mars 1910 avec M. le Dr Reverdy, pour des hématuries apparues trois mois auparavant, sans douleur, sans pyurie, sans pollakyurie, sans coliques néphrétiques. La malade, déjà émaciée de longue date, par des troubles digestifs, avec ptose gastro-intestinale, qui entravaient beaucoup son alimentation, avait été rapidement anémiée et affaiblie par ses mictions sanglantes. Elle accuse un peu de pesanteur dans la région lombaire droite, avec quelques douleurs sourdes le long de l'uretère et du nerf sciatique du même côté. Le palper avait montré le rein droit augmenté de volume, abaissé, mobile, sans empâtement de l'atmosphère péri-rénal. Pas d'autre lésion viscérale appréciable. Bronchite de la base gauche, avec quelques adhérences pleurales.

Une séparation des urines, facilement réalisée, avait donné des urines rouges à droite, claires à gauche, si bien qu'on avait jugé d'abord inutile de faire le cathétérisme urétéral. La *radiographie* du rein et de l'uretère droit n'avait décelé aucun calcul.

L'examen microscopique des urines, après centrifugation, n'avait décelé ni cellules néoplasiques, ni bacilles de Koch. Un cobaye fut inoculé avec le culot centrifugé.

Un mois après, le cobaye sacrifié ne présentait aucune lésion caractéristique de la tuberculose. Les hématuries ayant cessé pendant quelque temps, les urines étaient claires, à peine ambrées, avec très peu d'albumine. Puis, sans cause appréciable, les mictions redevinrent sanglantes. Dans l'hypothèse d'un néoplasme du rein, la néphrectomie fut proposée avec incision exploratrice préalable de l'organe s'il le fallait.

Elle fut pratiquée le 15 avril 1910, par la voie lombaire, très facilement, car le rein était abaissé et peu volumineux. Il était même si peu gros qu'avant de l'enlever nous l'avons amené dans la plaie, et incisé sur son bord convexe, pour l'explorer, après avoir comprimé le pédicule vasculaire entre les doigts. Cette exploration fit constater qu'il n'y avait pas de tumeur, pas de calcul, mais une sclérose diffuse de la substance corticale, avec des îlots congestifs rouge brun qui tranchaient sur le fond pâle du parenchyme et qui nous firent conclure à une tuberculose probable d'origine vasculaire, encore sans ulcération ni caséification. Dans ces conditions, la néphrectomie fut décidée et

facilement terminée, avec une ligature distincte pour chacun des pédicules vasculaires.

Dans ce cas encore, les suites opératoires furent des plus satisfaisantes : les urines redevinrent claires dès le lendemain de l'opération. On y trouva de l'albumine encore pendant quelques semaines, en petite quantité. Au bout de trois mois, la malade reprenait sa vie habituelle ; et bien qu'elle ait conservé les troubles gastro-intestinaux qu'elle accusait déjà depuis longtemps, elle a repris de l'embonpoint. Son état général est satisfaisant actuellement.

L'examen *macroscopique* du rein enlevé n'avait montré qu'une très légère distension du bassinet avec des plaques violacées semées irrégulièrement sur son revêtement interne. Le parenchyme était, comme l'avait montré l'incision exploratrice, gris rosé très pâle, les vaisseaux à peine perceptibles dans la substance corticale, aspect qui contrastait vivement avec la couleur rouge plus ou moins foncée des zones congestives. La capsule propre du rein était très adhérente à la glande.

Au *microscope*, on ne reconnut aucune formation caractéristique de la tuberculose ou d'un infarctus, ou d'une tumeur, mais simplement une sclérose diffuse, avec des amas de globules rouges mêlés de leucocytes, autour des glomérules et des canalicules dans les zones congestives.

Chez ces deux malades, donc, le symptôme hématurie qui imposa l'ablation du rein se présentait en dehors de sa pathogénie habituelle : dans un cas, avec une hydronéphrose combinée, comme il arrive d'ordinaire à de la néphrite interstitielle du parenchyme encore non distendu ; dans l'autre, avec de la néphrite interstitielle simple. Sur les deux pièces enlevées, des zones congestives rouge violacé correspondant, semble-t-il, à des hémorragies ou à des thromboses interstitielles, sans infarctus vrai, semblaient indiquer les points d'où venait le sang éliminé avec l'urine. En aucune de ces zones ne peut être décelée une ulcération des pyramides.

Sans doute, chez ces deux femmes, très émaciées et d'un état général délabré depuis longtemps, on a l'arrière-pensée d'une infection tuberculeuse discrète, avec lésions toximicrobiennes du filtre d'élimination. C'est la pathogénie que l'on a attribuée, faute de mieux, à quelques cas de telles *néphrites hématuriques* ; ici vraiment, les présomptions de tuberculose étaient trop faibles pour que nous osions proposer une semblable explication.

Quant à la thérapeutique employée, chez la première malade

le rein distendu, bosselé par l'hydronéphrose, ressemblant, par places, à une feuille de papier, ne pouvait rester que comme une cause permanente d'hématurie nouvelles, si on l'avait conservé. Chez la seconde, nous avions songé, en découvrant le rein si rétracté, si adhérent à la capsule, à commencer par une décapsulation ; mais quand l'incision exploratrice du bord convexe nous eut révélé la sclérose diffuse et les taches violacées qui semaient le parenchyme, il nous parut, là encore, plus prudent de supprimer un organe sûrement malade, dont les capacités d'excrétion semblaient des plus réduites.

M. ALBERTIN. — J'ai eu l'occasion de pratiquer chez un homme de 70 ans une néphrectomie pour hématurie, c'était le seul symptôme qui motivât l'opération ; cet homme ne pouvait plus faire aucune marche sans avoir de l'hématurie assez abondante, il en avait été réduit au repos. Lorsqu'on l'examina, on trouva un rein assez gros et qui paraissait kystique ; l'examen avait montré que l'uretère était perméable, mais il donnait une quantité d'urine beaucoup moindre que celui de l'autre côté ; on s'était assuré de la perméabilité de l'autre rein qui fournissait une quantité d'urine normale.

En présence de ces hématuries répétées, qui duraient depuis trois mois, et qui avaient réduit cet homme à l'inaction la plus complète, il demanda une intervention.

J'ai pratiqué une néphrectomie ; j'ai trouvé un rein avec un gros kyste comme un œuf, puis trois ou quatre autres kystes plus petits. L'intervention date de trois ou quatre mois, j'ai eu récemment des nouvelles de ce malade, il va très bien, il a repris ses habitudes et ses occupations, en somme, il est guéri ; son rein suffit amplement à la sécrétion de l'urine.

Dans cette observation, on ne trouvait également aucune raison causale à l'hématurie qui se faisait probablement au niveau d'un de ces foyers kystiques ; je n'ai trouvé ni calculs, ni tuberculose.

M. ROCHET. — Comme M. Bérard le dit lui-même, l'hydronéphrose est parfois le siège de véritables hématuries ; mais je voudrais lui demander quelques explications complémentaires. A voir la pièce, on est amené à penser que c'est une pièce de pyélo-néphrite plutôt que d'hydronéphrose. Les urines étaient-elles infectées ? M. Bérard a parlé de coli-bacille ; cela pourrait très bien s'appliquer à une pyélo-néphrite avec diminution des calices. La pièce elle-même, au point de vue macroscopique, ne permet pas d'affirmer une véritable hydronéphrose.

M. Bérard a parlé de lésions de néphrite concomitantes ; si on admet la pyélo-néphrite, ces lésions s'expliquent tout naturellement, bien

entendu. Elles s'expliqueraient aussi, d'ailleurs, avec une simple hydro-néphrose, car, dans ces vieilles poches rénales distendues, la substance rénale, tassée à la périphérie, est toujours atteinte de néphrite scléreuse.

Mais, encore une fois, pour mon compte, je me rangerais plus volontiers à une pyélo-néphrite avec distension considérable des calices et de l'intérieur du rein. Sa pièce me fait l'effet d'une inflammation, plutôt que d'une distension simple.

M. BÉRARD. — Les urines ont été examinées au laboratoire après être restées dans la cantine pendant toute une journée ; par conséquent, qu'il y ait eu des coli-bacilles, je crois que c'est là un caractère secondaire ; je n'avais jamais constaté d'urines troubles avant son hématurie et, dans l'intervalle, elle avait des urines claires.

Je savais bien que la lésion était unilatérale ; depuis qu'on a enlevé le rein la malade urine clair, et l'analyse n'a pas révélé d'albumine ; par conséquent, je crois que l'élément inflammatoire, s'il a existé, a été transitoire et unilatéral. Ce qui dominait, c'était l'hématurie sans douleurs ; au point de vue macroscopique, il s'agit d'une hydro-néphrose.

M. ROCHET. — M. Bérard dit que l'unilatéralité serait un caractère contre la pyélonéphrite ; je crois, au contraire, que la pyélonéphrite est très souvent unilatérale ; beaucoup plus souvent, en tous cas, qu'on ne le croit et qu'on ne l'a dit.

*
* *

OSTÉITE TUBERCULEUSE PRIMITIVE DE L'ACROMION ET DE L'ÉPINE DE L'OMOPLATE. ENVAHISSEMENT SECONDAIRE DE L'ARTICULATION SCAPULO-HUMÉRALE. ABLATION PRESQUE COMPLÈTE DE L'OMOPLATE ET DRAINAGE DE L'ARTICULATION DE L'ÉPAULE AVEC CONSERVATION DE LA TÊTE HUMÉRALE.

MM. BÉRARD et RONOT présentent un malade, dont voici l'histoire clinique :

OBSERVATION. — Le malade, âgé de 23 ans, n'a rien de particulier dans ses antécédents et a fait son service militaire.

L'affection débuta le 8 novembre 1911 : arrachant une pierre dans un champ, il ressentit une légère douleur dans l'épaule droite, mais cela ne l'a pas empêché de continuer son travail. C'est le lendemain seulement qu'apparait une impotence fonctionnelle très marquée, puisqu'il

ne peut même pas se servir de son bras pour manger ; l'épaule est tuméfiée, douloureuse, il doit s'aliter avec de la fièvre (39°).

Huit jours après, un médecin consulté trouve un abcès dans la région de l'acromion ; il l'incise et voit s'écouler un demi-verre environ de pus jaunâtre. Consécutivement, le malade ne ressentit aucune amélioration et présenta au contraire une phlébite du membre supérieur qui dura trente jours. L'épaule était toujours douloureuse et enflée et dès qu'il put être transporté, le malade vint à l'hôpital.

A son entrée, on constate un état général peu satisfaisant.

Localement, le malade se présente soutenant son bras de l'autre main ; le pli du grand pectoral est abaissé, il y a une fistule suppurante sur l'acromion. La tête humérale paraît hyperostosée, tandis qu'une poche fluctuante semblant communiquer avec l'aisselle occupe la partie postérieure de l'articulation ; le grand pectoral est infiltré, dur, vers son insertion humérale.

Toutefois, on peut imprimer à l'articulation des mouvements de va-et-vient dans le sens antéro-postérieur, alors que tous les autres mouvements sont très gênés par une contracture de défense extrêmement violente. L'omoplate est solidaire de l'humérus. L'atrophie musculaire est cependant peu marquée, alors qu'on note une légère adénite axillaire.

Aux poumons : Lésions discrètes à droite.

Au cœur : Tachycardie à 140 d'origine toxinienne, car il n'y a pas de lésions orificielles et qui n'est que très peu améliorée par un séjour en médecine.

Albuminurie considérable.

Radiographie. — Pas de tumeur blanche de l'épaule ; ostéite primitive de l'acromion et de l'omoplate tout entière.

Devant ces lésions on décide d'intervenir le 3 février 1912.

Incision postérieure et supérieure. L'acromion et l'épine de l'omoplate apparaissent extrêmement dénudés ; ils sont largement réséqués et l'on a la main forcée pour faire sonder toute la partie moyenne de l'aile de l'omoplate, qui est perforée en deux endroits avec une infiltration générale puriforme.

L'articulation de l'épaule est ensuite ouverte et laisse s'écouler un liquide séro-purulent ; cependant, la tête humérale est saine.

On termine l'intervention par un drainage en dehors de la ligne de suture en avant et dans le sommet de l'aisselle.

Consécutivement, il y a un peu d'élévation thermique (38°8), mais le malade se sent beaucoup mieux ; pendant quelques jours, du liquide séro-purulent s'écoule.

Actuellement (29 février), guérison presque complète de la plaie opératoire ; disparition des douleurs, diminution de la tachycardie. Les mouvements ne sont guère plus marqués qu'avant l'intervention, mais absolument indolores.

M. BÉRARD. — Nous avons voulu vous présenter ce fait à cause de l'évolution exceptionnelle de cette tumeur blanche de l'épaule, secondaire à une ostéite tuberculeuse qui, partie de l'acromion, n'arriva à la cavité articulaire, qu'après avoir envahi la presque totalité de l'omoplate.

De telles lésions ont été signalées à titre de rareté par MM. Poncet et Gangolphe, dans leurs articles de traités. Elles impliquent presque toujours une imprégnation profonde par le bacille de Koch et un état toxémique grave, comme celui que nous avons relevé dans notre cas.

Enfin, au point de vue thérapeutique, nous ferons observer que l'hémirésection de l'épaule, à laquelle nous avons été conduits après l'ablation subtotale de l'omoplate, a été faite en sens inverse de la technique habituelle, puisque l'articulation a été abordée d'arrière en avant et de haut en bas, et que la tête humérale seule a été conservée comme élément articulaire osseux.

Actuellement, le membre supérieur droit est encore un peu ballant, mais comme toute la portion antérieure des insertions supérieures du deltoïde a été conservée, nous pouvons espérer qu'il n'y aura pas, dans la suite, une trop grande gêne fonctionnelle.

Le Gérant, D^r VALLAS.

Séance du 7 mars 1912

Présidence de M. POLLOSSON.

LAXITÉ LIGAMENTEUSE CONGÉNITALE.

M. GANGOLPHE. — J'ai déjà eu l'occasion d'entretenir la Société d'une malformation articulaire consistant dans une laxité anormale des ligaments. Je désire compléter aujourd'hui les idées exposées précédemment.

C'est à l'occasion d'hydarthrose récidivante du genou, et aussi dans des cas de méniscite que mon attention a été fixée sur cette disposition anatomique ligamenteuse anormale.

Le plus souvent, les conditions dans lesquelles s'observent ces cas sont les suivantes :

Un sujet jeune, en bonne santé, constate au retour d'une course un peu longue un épanchement modéré dans un genou, avec certaine fatigue.

Le repos, parfois une légère compression, quelques applications résolutives suffisent pour faire disparaître toute trace de liquide. Le sujet vient-il à effectuer une nouvelle marche prolongée, le liquide reparaît, et disparaît encore avec la même facilité, par les mêmes moyens simples ; toutefois, si un médecin a constaté l'hydarthrose, cette deuxième poussée commence à inspirer quelque méfiance. Observe-t-on une troisième, une quatrième récurrence, l'idée d'une lésion bacillaire s'impose de plus en plus, surtout si l'interrogatoire fait découvrir quelque tare tuberculeuse, héréditaire ou collatérale.

A ce moment, la scène va changer, et, au lieu de traiter ce genou par le repos simple, on va faire intervenir une immobilisation prolongée de six, huit mois et davantage, des pointes de feu, etc.

J'ai vu des malades ainsi traités, et j'avoue avoir été très

suggestionné au premier abord par les trous de pointes de feu, l'aspect plus ou moins œdémateux, l'atrophie musculaire du membre immobilisé. A un examen plus précis, je constatais la sécheresse du genou, l'absence de tout épaissement synovial, notamment à l'interligne interne, et, par-dessus tout, la fréquence d'une laxité ligamenteuse anormale, identique à celle du côté sain.

Alors que dans l'extension complète, sur un genou normalement constitué, il est impossible de faire exécuter des mouvements de latéralité, de porter le tibia dans l'abduction, chez ces sujets, on peut, aussi bien du côté sain que du côté malade, produire ce mouvement d'abduction; la laxité anormale du ligament latéral interne est ainsi démontrée.

Je passe sur l'absence de tout signe indiquant une lésion de la synoviale, ou des os; il n'y a pas non plus d'adénopathie inguinale. Ce qui domine, c'est l'atrophie musculaire due à l'immobilisation.

Pendant assez longtemps, je ne me proposais pas de rechercher l'état des autres articulations; ultérieurement, je pus constater cet état de laxité indiscutable sur les articulations métacarpo-phalangiennes du pouce, au poignet, au coude et au pied. Bien entendu, je n'ai pu faire de constatations sur la hanche; quant à l'épaule, je dois dire qu'aucun sujet atteint de laxité du genou n'avait eu de luxation récidivante.

Je crois cependant qu'il serait bon de vérifier l'état de toutes les articulations, chez ces derniers malades; peut-être trouverait-on que la luxation récidivante n'est qu'une manifestation d'une laxité congénitale générale.

Quand la laxité ligamenteuse du genou existe, elle est bilatérale, et m'a paru associée, le plus souvent, à la luxation volontaire des pouces, à l'hyperextension du coude, avec cubitus valgus; en outre, peut s'adjoindre la disposition en valgus des pieds.

La pathogénie de l'hydarthrose qui survient dans ces cas est facile à comprendre; en raison de la laxité, des frottements anormaux pénibles résultent d'une marche prolongée, d'où sécrétion de la synoviale.

Si l'atrophie musculaire due à l'immobilisation momentanée est un peu prononcée, les frottements anormaux articulaires s'exagéreront; c'est le cas de répéter que les muscles constituent bien les ligaments actifs des articulations.

Une bonne musculature peut suppléer à l'insuffisance de l'appareil ligamentaire. C'est la base même de la thérapeutique de cette malformation.

Le diagnostic est facile à établir, à la condition tout d'abord de connaître l'existence de cette affection, passée jusqu'ici sous silence par les auteurs ; et ensuite, d'avoir affaire à des cas récents, non traités par une immobilisation prolongée. Ces derniers, comme je le disais, peuvent facilement suggestionner l'observateur par les troubles trophiques déterminés par la thérapeutique.

En principe, l'examen du genou sain, précédant ou accompagnant toujours celui du genou malade, on aura tôt fait de vérifier l'absence ou non de laxité du ligament latéral interne.

Si l'on trouve la luxation volontaire des pouces, l'hyperextension du coude, etc., on pourra, en l'absence d'épaississement synovial, à l'interligne ou dans les culs-de-sac, conclure à l'existence de la laxité congénitale. Sur un sujet observé avec M. le docteur Frécon, de Vienne, j'avais noté cette laxité bilatérale du genou et conclu à l'indication de cesser toute immobilisation, de remplacer la gouttière par des massages des muscles de la cuisse ; ce malade avait été immobilisé pendant une année ; il y a, maintenant, au moins dix-huit mois qu'il a recommencé à marcher ; la guérison est parfaite.

Du moment où l'on ne peut songer à resserrer, à raccourcir l'appareil ligamenteux, deux moyens peuvent être employés, soit isolément, soit concurremment : le massage des muscles de la cuisse, un tuteur genouillère.

C'est tout à fait exceptionnellement que j'ai eu recours à des tuteurs articulés ; cependant on peut être dans la nécessité de les employer. C'est ce que j'ai fait avec grand succès sur une jeune fille de l'Allier qui me fut amenée, marchant péniblement avec deux béquilles. Les deux genoux étaient atteints d'une laxité prononcée, et contenaient un peu de liquide. Depuis plusieurs années (quatre ou cinq), la malade avait vu peu à peu diminuer la possibilité de marcher, et avait été soignée, à diverses reprises, comme tuberculeuse. Quand je la vis, elle était tout à fait impotente et ne pouvait se passer de béquilles. Sa bonne santé, le fait qu'elle ne présentait aucun épaissement de la synoviale, qu'il y avait de la laxité des autres articula-

tions, pouces, poignets et coudes, me fit conclure à l'absence de toute lésion bacillaire.

Je lui fis faire deux tuteurs articulés et ordonnai en même temps l'emploi de massages bi-quotidiens.

Elle cessa aussitôt de porter des béquilles, et j'ai su qu'après s'être servie de tuteurs pendant dix-huit mois ou deux ans, elle les avait abandonnés.

J'avais, en outre, recommandé d'éviter toute course fatigante et de continuer indéfiniment les massages sur la cuisse, et non sur le genou.

Ce n'est que dans des cas de laxité très marquée que les tuteurs trouveront leur emploi : on comprend, en effet, que ce n'est qu'un moyen passif de soutenir l'articulation.

Au contraire, le massage, qui doit toujours être employé, donne une musculature capable de compenser l'appareil ligamenteux déficient. Il suffit de se rappeler des excellents services que rendent des coudes réséqués, mobiles latéralement, lorsque la musculature est bonne. C'est là que l'on vérifie la justesse de cette opinion : les muscles sont les ligaments actifs des articulations.

La marche prolongée peut, disions-nous, déterminer des épanchements dans un genou atteint de laxité ; je dois ajouter que, dans le saut, les mouvements brusques, comme ceux de se relever rapidement étant à genou ou accroupi, de se retourner étant debout, etc., le relâchement du ligament latéral interne peut être une cause adjuvante de la subluxation du ménisque articulaire. Bien plus, elle peut favoriser l'arrachement de l'insertion supérieure du ligament latéral interne.

Cette variété d'entorses, que j'ai étudiée et décrite à la *Société de chirurgie*, et plus tard avec Thévenet, est la plus fréquente. Il semble logique d'attribuer à une laxité préalable un certain rôle étiologique.

Après avoir montré l'utilité, la nécessité même de distraire du groupe encore confus des hydarthroses celles qui résultent d'une laxité ligamenteuse, je dois dire que l'on peut évidemment observer des localisations tuberculeuses sur des genoux anormalement lâches ; peut-être même sont-ils plus prédisposés que les autres à être touchés ; je ne possède cependant aucune preuve convaincante à l'appui de cette opinion. Du fait qu'une laxité ligamenteuse bilatérale et même généralisée existe, on

ne devra pas en conclure forcément à la nature non tuberculeuse d'une synovite, mais pour être affirmatif dans un sens ou dans l'autre, il faudra serrer de très près l'examen clinique.

Je voudrais ajouter encore quelques mots sur certains cas, rares, bien difficiles à démontrer : je fais allusion à des cas de claudication, de gêne très légère dans les mouvements de la hanche, rappelant de loin l'allure des luxations congénitales. Dans les cas que j'ai vus, il s'agissait d'adultes, de jeunes gens ; l'un d'eux avait été jadis soigné par Ollier, pour une luxation congénitale ; c'est seize ou dix-huit ans plus tard que je le vis ; dans l'intervalle il avait fait son service militaire, et c'est après qu'il avait éprouvé un peu de gêne douloureuse dans les deux hanches : la marche était à peu près correcte ; la radiographie ne révéla aucune lésion. Je fis faire surtout du massage et recommandai de cesser les exercices violents. Le malade est resté guéri.

Il m'avait semblé constater une laxité ligamenteuse de la hanche.

Comme à cette époque je n'examinais pas systématiquement les autres articulations, je ne puis dire s'il s'agissait d'une malformation généralisée.

Deux fois, dans des circonstances à peu près analogues, j'ai observé semblables symptômes ; dans un cas, il s'agissait d'un soldat du train, qui me fut présenté par M. Brisset, médecin chef de Villemanzy : ce jeune homme n'avait commencé à boiter de la hanche gauche que depuis son arrivée au corps, après les exercices gymnastiques, alors qu'antérieurement sa démarche était normale. Sa claudication rappelait bien celle d'une luxation congénitale unilatérale.

Autant que je me le rappelle, la radiographie montra l'intégrité de l'articulation, mais une cavité cotyloïde à sourcil plus effacé. Il est possible que d'autres faits plus précis viennent nous éclairer sur l'existence et le rôle de la laxité congénitale de la hanche.

En somme, j'ai tenu à appeler l'attention sur une malformation articulaire jusqu'alors passée inaperçue, et dont l'importance clinique me paraît cependant mériter d'être connue.

Séance du 14 mars 1912

Présidence de M. A. POLLOSSON

LAXITÉ LIGAMENTEUSE CONGÉNITALE.

M. DESTOT. — Je regrette beaucoup de n'avoir pas été présent lors de la communication de M. Gangolphe, car il y a longtemps que j'ai été frappé, en faisant la radiographie, de voir que certains sujets présentaient une laxité articulaire véritablement curieuse ; on la voit surtout dans des régions où il ne devrait pas s'en produire, ainsi au pied où, au premier abord, elle donne naissance à un aspect de pied plat ; dans ces cas, on voit, en effet, que la voûte s'effondre avec une très grande facilité ; il est très difficile de trouver un procédé pour arriver à définir le degré d'aplatissement du pied, ce qui, cependant, est une question importante, car si les enfants sont atteints de tuberculose, on voit la tuberculose se localiser sur ce pied. C'est ainsi que j'ai été appelé à voir un certain nombre de cas de pieds tuberculeux sur lesquels M. Poncet avait appelé l'attention et qui n'étaient pas autre chose primitivement que des pieds plats relâchés ; il y avait eu là une sorte d'appel à la tuberculose.

Il est difficile de trouver une méthode pour arriver à mesurer le degré d'aplatissement de ces pieds, car lorsqu'on met les malades dans leur lit et qu'on les examine sans que le poids du corps porte sur le pied, celui-ci est normal, mais dès qu'ils mettent le pied à terre, la voûte s'effondre.

Je crois que la laxité articulaire existe dans les autres régions, notamment dans le poignet où il y a des gens qui ont une laxité invraisemblable, dans le pouce — le coup de pouce est chose connue — ou ailleurs. Tout le monde connaît l'histoire de ce casseur d'assiettes qui a figuré, il y a

quelques années dans les cirques ; c'était un clown qui m'intéressait beaucoup et que j'ai étudié ; il avait pour spécialité de porter des piles d'assiettes et de les laisser tomber ; il avait l'air tellement bête en renversant ses assiettes que cela faisait rire le public, mais il présentait quelque chose de plus curieux : il marchait les talons en avant. Je m'étais demandé où siégeait la laxité articulaire qui lui permettait de renverser complètement les deux pieds en dedans. Cette laxité existait dans les genoux et dans les hanches ; on pouvait prendre la hanche et la tordre au point d'amener le genou presque dans la partie postérieure.

Pour en revenir à la question traitée par M. Gangolphe, je crois qu'il y a là quelque chose d'intéressant à connaître, surtout lorsqu'on est obligé de donner une opinion sur la valeur de certaines lésions du pied où la laxité finit par entraîner des troubles douloureux. C'est une affection qui constitue une infirmité des plus douloureuses. C'est une infirmité qu'on rencontre chez les gens qui ont l'habitude de porter des savates, les garçons de café, les sœurs des hôpitaux par exemple, et qui ne doit pas être confondue avec l'exostose calcanéenne.

*
* *

NÉPHRECTOMIE AVEC URETÉRECTOMIE TOTALE.

M. ALBERTIN. — Je tiens à vous montrer la malade dont je vous ai présenté l'énorme rein atteint de pyonéphrose calculuse et dont j'ai fait l'ablation en même temps que celle de l'uretère y attenante.

Vous pouvez constater que la longue cicatrice allant de la dernière côte droit au milieu de l'arcade crurale du même côté, est solide, résistante, ne pouvant pas avoir de tendance à céder. Grâce au drainage lombaire, j'ai obtenu une réunion rapide par première intention de la longue cicatrice antérieure.

*
* *

TUMEUR UTÉRINE PÉDICULÉE SUR LE FOND PÉRITONÉAL ET CONSTITUÉE PAR DES MASSES SOLIDES AVEC DE GRANDS KYSTES SÉREUX AVEC ÉVOLUTION MALIGNE.

M. ALBERTIN. — La pièce que je vous présente, n'offre rien de spécial au niveau des annexes. Ovaires et trompes sont mi-

macroscopiquement sains. Le col et le corps même de l'utérus sont de volume normal.

Mais au sommet même du fond utérin, en un point à peu près médian, un pédicule de 1 cm. 1/2 environ de diamètre et présentant à la coupe l'aspect du myome à évolution rapide relie ce corps utérin à la tumeur kystique d'origine utérine qui nous intéresse.

Les dimensions de cette tumeur, plus étendue de gauche à droite que de haut en bas, sont de 28 cm. dans un sens, de 18 dans l'autre. Mais comme la masse n'est nullement ovalaire, mais bosselée et difforme, ces chiffres ne peuvent donner qu'une appréciation inexacte de son volume.

Elle est constituée de parties solides et surtout d'un certain nombre de vastes cavités kystiques à contenu mucoïde très clair, légèrement filant.

Les parties solides se constituent surtout, en avant de la tumeur, en un placard allongé, sur les côtés duquel se sont développées les masses polykystiques. Parmi ces dernières, les plus petites sont situées au-dessous, les plus volumineuses à gauche des masses solides. Les premières sont du volume d'un œuf de poule, les dernières présentent 12 et 17 centimètres de diamètre.

A la coupe, les parties solides de la masse offrent l'aspect d'une certaine malignité et sont creusées de petites géodes à parois lisses, très arrondies, remplies d'un liquide clair et filant, analogue à celui contenu dans les grands kystes de la masse.

En résumé, il s'agit d'une tumeur semblant assez maligne, tumeur extérieure mixte polikystique, développée sur le fond utérin, auquel elle n'est rattachée que par un mince pédicule inséré au centre de ce fond.

Cette tumeur kystique de l'utérus est très rare et certains de mes collègues m'ont déclaré n'avoir jamais rien vu de semblable.

J'ai déjà observé un cas analogue, mais les kystes ne s'étaient développés qu'à la suite de la récurrence de la première tumeur.

Il résulte des faits que j'ai observés, qu'il existe une variété de tumeurs malignes partant du fond de l'utérus (face péritonéale) se pédiculisant et présentant dans le cours de leur

développement de grandes cavités kystiques contenant un liquide citrin.

Je me propose d'ailleurs d'étudier avec plus de détails cette curieuse variété de tumeur. Leur malignité ne fait pas de doute pour moi et il y a lieu, non de sectionner le pédicule, mais de faire l'hystérectomie totale pour éviter la récurrence.

M. GOULLIQUET. — J'ai observé toute une série de fibromes pédiculés du fond de l'utérus, à rapprocher comme forme ou comme aspect des tumeurs que nous présente M. Albertin. La plus récente est cependant tout à fait remarquable. Mais je n'avais pas interprété comme lui les complications qui se produisent souvent avec ces grosses tumeurs pédiculées.

Une fois il a constaté leur évolution maligne puisque le pédicule de la tumeur a été le siège ou le point de départ d'une récurrence; mais le cas est exceptionnel.

Ces gros fibromes pédiculés se présentent souvent avec des caractères tout particuliers qui modifient complètement leur aspect initial: le tissu de la tumeur devient myxoïde d'aspect; la tumeur contracte des adhérences très vasculaires avec le mésentère et l'intestin; d'énormes veines vont de la tumeur à l'épiploon, adhérent aussi; ailleurs, on observe de grosses varices lymphatiques. L'état général des malades peut devenir grave, par suite de la réaction péritonéale de voisinage et par suite de phénomènes de compression des divers viscères abdominaux; l'opération est d'une difficulté considérable.

La cause de toutes ces complications est dans l'étranglement du pédicule, comparée au volume énorme des tumeurs. Il y a une sorte d'étranglement des vaisseaux, de menace de sphacèle pour la tumeur qui va puiser ses éléments de nutrition dans de nouvelles adhérences vasculaires.

Ces phénomènes peuvent être aigus et faire croire à une affection plus grave qu'elle n'est en réalité.

L'interprétation que je donnais à ces phénomènes concorde avec les résultats des examens histologiques qu'en a donnés M. Albertin. Le tissu du fibrome est dissocié par des œdèmes; il renferme de faux kystes, sans cellules épithéliales.

M. ALBERTIN. — Je ferai remarquer que toutes les fois qu'on se trouve en présence d'une tumeur contractant des adhérences, il faut se méfier, parce qu'on est en présence ou de modifications impliquant une circulation complémentaire, ou d'une tumeur maligne, manifestant ainsi ses tendances à envahir les organes voisins. On peut avoir d'énormes fibromes, qui, lorsqu'ils présentent des troubles de circulation, peuvent donner lieu à des adhérences, mais en dehors de ces cas et de ceux où

il existe de l'infection, il faut se méfier de la malignité des tumeurs qui adhèrent soit à l'épiploon, soit au péritoine pariétal, soit aux organes voisins.

Celle-ci était extrêmement vasculaire, malgré qu'elle eût un pédicule très petit, j'ai été obligé de mettre une pince sur un point périphérique de la tumeur qui saignait beaucoup ; cette vascularisation n'est pas en faveur de troubles vasculaires ; au reste, dans ces cas, j'ai eu des récurrences ; il y a donc là un caractère de malignité suffisant pour attirer l'attention.

M. GAYET. — J'ai eu l'occasion d'opérer une femme pour une tumeur de ce genre-là ; M. Bérard, lui avait fait une amputation du col pour un très petit épithélioma. Cette femme entra avec une tumeur abdominale ; je pensais tout de suite à une récurrence et je fis une laparotomie ; je tombai sur un kyste pareil à celui-là ; je croyais alors à un kyste de l'ovaire, j'en fis l'ablation, qui fut très pénible, et je finis par m'apercevoir que l'appendice n'était autre chose que l'utérus. Je fis une hystérectomie totale et j'envoyai la pièce au laboratoire qui m'a répondu : épithélioma kystique et malin de l'utérus. Les suites ne firent que confirmer la chose car, au bout de six à huit mois, la malade était en pleine récurrence et elle est morte. Il y a donc une généralisation kystique de l'épithélioma de l'utérus.

M. BÉRARD. — J'avais opéré la malade à laquelle vient de faire allusion M. Gayet, dans les conditions suivantes : c'était une jeune femme vigoureuse, floride, âgée de 28 ans, qui présentait au niveau du col utérin une ulcération très limitée, des dimensions d'une pièce de 50 centimes, saignante et un peu indurée. La biopsie nous ayant démontré qu'il s'agissait d'un épithélioma cervical au début, je proposai à cette femme l'hystérectomie. Elle s'y refusa absolument, et je dus me borner à une amputation large du col, sus-vaginale. Sur mes instances, elle vint à la visite régulièrement tous les trois mois pendant un an et demi ; puis je la perdus de vue et c'est deux ans après cette opération que M. Gayet eut à intervenir chez elle pour l'extirpation d'un pseudo-kyste abdominal juxta-utérin, qui n'était qu'une propagation de l'épithélioma.

Ces faits sont rares, autant que nous avons pu en juger lorsque nous avons étudié, avec M. Paviot, le léiomyome malin de l'utérus. D'ordinaire, les tumeurs utérines œdémateuses ou pseudo-kystiques sont d'origine conjonctive ou musculaire lisse. Exceptionnellement on les voit constituées par de vraies et volumineuses cavités à parois minces et à contenu séreux, ainsi que nous les avons montrées M. Albertin sur une de ses pièces. Presque toujours ce ne sont que des masses mi-solides, tremblantes comme de la gélatine, et qui ne donnent l'impression de tumeurs kystiques que lorsqu'on les palpe à travers la paroi abdominale

ou sous un linge, ainsi que Fochier en avait fait la démonstration ici même au sujet d'un de ses cas personnels.

*
* *

DILATATION KYSTIQUE INTRA-VÉSICALE DE L'URETÈRE.
OPÉRATION PAR TAILLE HYPOGASTRIQUE.

M. GAYET. — Je vous présente, pendant qu'elle est encore fraîche, une pièce obtenue au cours d'une intervention assez rarement pratiquée jusqu'ici. C'est une petite poche kystique provenant de la dilatation intra-vésicale d'un uretère par suite de la rétention produite dans ce conduit sous l'influence d'une stricture de méat urétéral. Voici dans quelles conditions j'ai eu à pratiquer cette opération.

OBSERVATION. — Au commencement de janvier, j'étais appelé à voir en consultation avec le Dr Repelin, une jeune femme de 27 ans, pour des troubles urinaires. Cette malade était mariée, sans enfants, sans antécédents personnels, ni héréditaires intéressants. Quatre mois auparavant, elle avait commencé à présenter des phénomènes de cystite qu'on avait combattus par des lavages au nitrate d'argent, par l'administration d'helmitol et d'urotropine. Plusieurs médecins furent consultés, on pensa à de la tuberculose rénale, en raison de la pâleur et de l'amaigrissement, de quelques douleurs lombaires, surtout à droite. Une inoculation des urines au cobaye fut pratiquée, dont le résultat n'était pas encore connu lors de ma première visite.

Lorsque je la vis, le 10 janvier 1912, elle se plaignait de douleurs lombaires bilatérales, de cuissons pendant la miction. Celle-ci était fréquente, trois ou quatre pendant la nuit, et le jour toutes les heures environ. Les urines étaient généralement troubles avec dépôt abondant. Jamais d'hématuries.

La palpation bimanuelle permettait de sentir nettement les deux reins, mais surtout le droit, gros et abaissé. De ce côté seulement la palpation était douloureuse. On retrouvait des points douloureux dans la fosse iliaque droite et surtout un point urétéral vaginal droit. Rien de particulier aux organes génitaux.

La capacité vésicale est de 250 grammes. La température oscille entre 38° et 39°.

Rien aux poumons ni au cœur.

On pouvait certainement penser avec quelque raison à de la tuberculose rénale droite. Je fis la récolte aseptique de l'urine pour en faire l'examen. Celui-ci me montra des globules de pus, du bacille coli commune avec quelques cocci, pas de bacilles de Koch. Ceci confirmait un

examen pratiqué déjà par Mérieux. Malgré cela je pratiquai une nouvelle inoculation et ordonnai le repos, l'urotropine, les lavages au gomenol, pour éclaircir les urines et faciliter une cystoscopie.

Le traitement eut pour effet de faire tomber la fièvre et d'éclaircir les urines.

Le 2 février, je pus pratiquer la cystoscopie, dans le but surtout de faire un cathétérisme urétéral. Cet examen me fit découvrir immédiatement une tumeur polypeuse implantée dans la région urétérale droite. Cette tumeur a le volume d'une noix, en forme d'œuf, reposant sur sa petite extrémité, de coloration très blanche, translucide, rosée à la base, où l'on voit quelques vaisseaux. On ne peut y percevoir l'orifice urétéral. En appuyant sur la tumeur avec la sonde urétérale, on voit cette saillie s'affaisser sous la pression et se regonfler dès qu'on cesse d'appuyer.

En outre, on assiste à des modifications de tension et de volume très spéciales, tantôt la tumeur grossit et vient s'appliquer sur le cystoscope, tantôt elle diminue et semble s'éloigner.

L'uretère gauche est visible dans une zone congestionnée et un peu verruqueuse. La face postérieure de la vessie présente plusieurs cellules et colonnes.

Dès ce moment, mon diagnostic fut posé d'une façon presque formelle. Il devait s'agir d'une dilatation kystique intra-vésicale de l'uretère droit.

Autant pour habituer la malade à l'idée d'une intervention que pour compléter notre diagnostic, nous décidâmes d'attendre le résultat de l'inoculation et de refaire un nouvel examen un plus tard.

Le 3 mars 1912, nous sommes en possession du résultat : les deux inoculations ont été négatives. Nous pratiquons une seconde cystoscopie qui nous montre que la tumeur a encore grossi tout en gardant ses autres caractères très spéciaux. L'intervention est alors proposée et acceptée après quelques difficultés.

Le 12 mars, opération. Anesthésie à l'éther. Taille hypogastrique longitudinale. Dès que la vessie est ouverte nous pouvons vérifier l'exactitude de notre diagnostic. Dans la région urétérale droite existe bien une tumeur kystique, de coloration blanc bleuâtre, comme bulleuse et on peut assister à des alternatives de réplétion et d'évacuation. Tantôt la tumeur est tendue, tantôt elle s'affaisse et en même temps sa surface se couvre d'une rosée montrant que l'urine a trouvé son chemin. Mais il nous est impossible de trouver le moindre orifice. Nous incisons alors à la base de la tumeur au bistouri et nous tombons dans une poche dont s'échappe, sous pression, une certaine quantité d'urine trouble. Nous complétons au ciseau l'ablation de la poche, puis suture en couronne au catgut fin, à points séparés, muqueuse urétérale à muqueuse vésicale. Nous terminons par une suture totale de la vessie, laissant seulement un petit drain dans l'espace prévésical. Sonde à demeure.

Les *suites* immédiates ont été très favorables : nous avons fait faire des lavages journaliers à l'eau goménolée, et tout fait prévoir une guérison très simple.

Nous espérons que, ainsi que dans les cas précédemment publiés, le large drainage du rein par cet uretère désormais très ouvert suffira à obtenir la guérison de la pyélonéphrite par rétention déjà établie.

Sur la pièce, il est très difficile encore de percevoir le moindre orifice. Ce n'est qu'avec la loupe que nous avons pu cathéteriser avec un crin de Florence très fin un étroit opercule. Il s'agit évidemment d'une lésion congénitale.

Les cas de ce genre ne sont pas absolument rares, on en connaît plus de 70 observations. Mais plus rares sont les diagnostics cystoscopiques et les opérations. Cependant, depuis l'usage du cystoscope, ces diagnostics et ces opérations se multiplient. Pasteau à lui seul en a opéré plusieurs cas. La voie habituellement suivie a été la voie hypogastrique. En Allemagne, on a fait des opérations au cystoscope opérateur (Klose, Wolff), et il n'est pas douteux que cela est très tentant à condition d'être muni de l'outillage délicat et dispendieux qu'exigent de telles manœuvres.

M. BÉRARD. — J'avais vu un cas analogue chez M. Poncet, mais je ne me rappelle pas ce qui avait été fait.

Je voulais demander à M. Gayet comment il avait fait la suture de la muqueuse : sous-muqueuse ou intra-vésicale.

M. GAYET. — J'ai fait toute une collerette de catguts simples qui vont s'éliminer et tomber dans la vessie.

M. POLLOSSON. — Est-ce qu'on a fait ce diagnostic chez le vivant ?

M. GAYET. — Oui, M. Pasteau en a présenté, je crois, trois ou quatre cas; cela se généralise, c'est une maladie qui n'est pas absolument rare, il y a encore peu d'opérations, on a fait cette intervention par la voie endo-vésicale, c'est même assez tentant avec l'appareil de Luys; on peut faire, comme à l'emporte-pièce, un trou dans l'intérieur de ce kyste et cela suffit à rétablir la perméabilité, on voit la tumeur s'affaisser. Si j'avais eu l'instrument de Luys, j'aurais pu faire comme cela, malheureusement cet appareil est assez coûteux.

Séance du 21 mars 1912

Présidence de M. AUBERT

CANCER ÉTENDU DU PHARYNX MOYEN, AYANT NÉCESSITÉ
TRACHÉOTOMIE, GASTROSTOMIE ET PHARYNGECTOMIE.

MM. BÉRARD et SARGNON. — Le malade qui fait l'objet de cette communication est un homme de 47 ans qui, depuis plusieurs mois déjà, présentait des troubles dysphagiques et dyspnéiques quand il est entré à l'Hôtel-Dieu.

Au mois de décembre 1911, il avait été soumis, à Dijon, au traitement mixte pour des lésions bourgeonnantes de la gouttière pharyngo-laryngée droite, que l'on croyait de nature spécifique.

A son entrée dans le service, le 25 janvier 1912, il se présentait avec un état de cachexie avancée, déclarant que depuis quelques jours il n'avait pu prendre à peu près aucune nourriture à cause d'une dysphagie douloureuse intense et qu'il avait de fréquents accès de suffocations nocturnes. L'examen direct et le laryngoscope révélèrent la présence d'une tumeur bourgeonnante, saignant assez facilement au contact des instruments, qui semblait avoir pris son point de départ dans la moitié droite du pharynx, immédiatement au-dessous de l'amygdale, pour gagner peu à peu du côté du repli aryténo-épiglottique. Le larynx lui-même ne paraissait pas encore envahi; mais il était le siège d'un œdème infectieux subaigu, avec infiltration rouge violacé de la muqueuse sus-glottique. L'extension progressive de cet œdème rendit, au bout de quelques jours, la dyspnée continue et l'asphyxie imminente : c'est pourquoi, le 3 février, fut faite une trachéotomie basse, sous anesthésie locale à la novocaïne, sans incident et avec des suites très simples.

Le 6 février, la dysphagie douloureuse s'étant encore accentuée et la mise à demeure d'une sonde œsophagienne ayant été reconnue impossible à cause du volume de la tumeur et à cause des souffrances provoquées par le contact du corps étranger à son niveau, nous nous résignons à exécuter, toujours sous *anesthésie locale*, à la novocaïne, une *gastrostomie* qui put être faite rapidement, facilement. Dès le lendemain matin, le malade était alimenté par la sonde gastrique, fixée suivant la méthode de Fontan ; il reprenait rapidement des forces.

Une biopsie fut dès lors possible ; elle confirma le diagnostic de cancer épithélial du pharynx auquel on s'était rallié, à cause de la présence de ganglions indurés dans les deux régions carotidiennes et supérieures.

Ce malheureux était à l'abri de l'asphyxie et de la mort par inanition ; mais il continuait à souffrir beaucoup, avec des élancements dans la nuque et vers l'oreille, surtout du côté droit. Il manifesta même à plusieurs reprises l'intention de se suicider si l'on ne pouvait rien tenter pour le soulager. Les rémissions obtenues par la morphine étaient passagères et insuffisantes.

C'est dans ces conditions que nous résolûmes, le 22 février, de tenter l'ablation de la tumeur, cette intervention devant nous permettre tout au moins de sectionner les nerfs sensitifs de la région pharyngée et de réaliser ainsi une anesthésie durable. Cette fois encore, nous dûmes à l'anesthésie locale par infiltration sous-cutanée et par infiltration des nerfs laryngés supérieurs de pouvoir mener à bien une pharyngectomie par voie sous-hyoïdienne, en réduisant la narcose au strict minimum : durant l'heure que demanda cette opération, le malade ne fut pas endormi pendant plus de vingt minutes environ, au moyen de quelques vapeurs chloroformiques insufflées par le tube de Meltzer dans la canule trachéale.

Une large incision transversale, menée au-dessous de l'os hyoïde, nous permit d'abord l'ablation des ganglions carotidiens envahis, ainsi que la ligature des deux artères carotides externes. A droite, le nerf pneumogastrique dut être dénudé sur une certaine étendue et soulevé plusieurs fois sur la sonde cannelée, sans conséquences fâcheuses pour le cœur ou le poumon.

Puis, le larynx ayant été ouvert à travers les insertions in-

férieures de l'épiglotte, dont le corps resta fixé à la base de la langue, un tampon de gaze assura la protection des voies respiratoires contre l'écoulement du sang dans la trachée. Par une brèche suffisamment large, on reconnaissait alors que toutes les parois latérales et postérieures du pharynx, sur une hauteur de 3 centimètres environ, étaient bourgeonnantes, infiltrées par le cancer et adhérentes aux plans prévertébraux. Il fallait donc renoncer à une opération radicale, et se borner à une ablation aussi large que possible des tissus infiltrés ; cette ablation nécessita la résection large des parois pharyngées, sans toucher à la muqueuse, ni aux cartilages du larynx. Et, comme il était impossible de songer à reconstituer le conduit alimentaire, un tube en caoutchouc fut placé à demeure par la bouche dans l'œsophage, suivant la pratique de Glück, et entouré d'un tamponnement à la gaze dont les mèches sortaient par la plaie cutanée sous-hyoïdienne. Ainsi se trouvaient assurés à la fois le drainage et la déglutition de la salive.

Contre notre attente, les suites de cette intervention furent extrêmement bénignes, et le shok peu prononcé, à cause sans doute du peu de durée de la narcose. Les douleurs furent immédiatement supprimées ; pendant quatre jours, une élévation thermique jusqu'à 39° coïncida avec une poussée de bronchite. Puis la température revint peu à peu à la normale. Au sixième jour, cet homme se levait à côté de son lit ; le quinzième jour, il fumait une cigarette, bien que l'aspiration de la fumée par la bouche fût à peu près impossible, du fait de la trachéotomie.

Actuellement, ainsi que le montre la photographie ci-jointe, il a ses orifices superposés : sous-hyoïdien, trachéal, gastrique, qui fonctionnent aussi bien qu'on peut le souhaiter. Le pharynx tend à se reformer autour du tube de caoutchouc que maintiennent un fil supérieur et un fil inférieur.

Ce n'est pas là sans doute un idéal thérapeutique, et, sans les sollicitations de ce malheureux, nous n'aurions jamais songé à lui proposer au moins la dernière de ces interventions. Du moins avons-nous pu lui procurer ainsi déjà plus d'un mois de survie, avec très grand soulagement de ses douleurs, et dans des conditions telles, que son sort ne lui paraît pas trop misérable ; il faut lui reconnaître une admirable philosophie.

En terminant, nous insisterons encore sur les services que nous rend de plus en plus, pour de telles opérations, l'anesthé-

sie locale à la novocaïne, dont nous avons maintes fois démontré les avantages dans la chirurgie du cou, de la glande thyroïde, de la trachée, de l'œsophage et de l'estomac.

M. DELORE. — Avec l'anesthésie locale, il est merveilleux de voir l'absence de shok chez des malades qui, la plupart du temps, ne pourraient pas être opérés sous anesthésie générale; elle rend des services énormes pour la trachéotomie qu'on était obligé de faire autrefois sans anesthésie: j'ai opéré deux malades le même jour, l'un avec anesthésie locale, l'opération a duré une heure pendant laquelle on pouvait causer avec la malade, et elle a eu des suites locales idéales; l'autre malade, avec une anesthésie générale, a eu des phénomènes inquiétants. Il est certain que l'anesthésie locale permet de remplir l'acte opératoire chez des malades qui ne supporteraient pas l'intervention avec anesthésie générale. A ce point de vue, la conduite de M. Bérard paraît très intéressante.

*
* *

DE L'OPÉRATION DE KEHR SOUS-SÉREUSE.

M. TIXIER. — En 1908, au Congrès de chirurgie, et la même année, dans la thèse de mon élève Schangel, j'ai décrit quelques modifications personnelles que j'ai apportées au mode opératoire ordinairement suivi dans l'opération de Kehr.

Malheureusement, j'ai intitulé ces diverses communications « de la cholécystectomie sous-séreuse dans l'opération de Kehr », et à cause de ce titre mauvais, j'ai été souvent mal compris. En réalité, ce que je propose c'est l'opération de Kehr tout entière sous-séreuse en commençant l'intervention non pas par l'ouverture des voies biliaires principales, mais bien par la décortication sous-séreuse de la vésicule biliaire et en poursuivant de proche en proche la décortication sous-séreuse du cystique, de l'hépatique et du cholédoque.

Voici un malade chez lequel j'ai exécuté d'une façon typique cette opération et à propos de ce cas je me propose d'attirer votre attention sur les avantages de cette méthode. Opérée le 8 février 1912, cette femme, âgée de 43 ans, était complètement guérie le 4 mars. Dès le 17 février, j'avais supprimé tout drainage des voies biliaires. Vous pouvez constater chez elle com-

bien sa cicatrice est déjà solide. Malgré la grande incision au travers du droit, qu'elle a subie, vous percevez nettement la reconstitution *ad integrum* des différents plans de la paroi. Elle portait cette grosse vésicule à parois épaissies, bourrée de gros calculs : par compression de la région pylorique, des phénomènes de sténose intense s'étaient déclarés chez elle, déterminant un amaigrissement considérable et une cachexie capable d'en imposer pour un cancer du pylore.

Voici comment je pratique cette opération sous-séreuse de Kehr :

Premier temps. — Incision en baïonnette de Kehr, mise en place de larges compresses limitant la région sous-hépatique. Extériorisation du foie.

Deuxième temps. — Recherche du *fond* de la vésicule, qu'on libère des adhérences pathologiques aux organes voisins. Incision en raquette de la séreuse péritonéale sur la vésicule au niveau de l'union du tiers antérieur avec le tiers moyen du corps de la vésicule.

Troisième temps. — Dépéritonisation progressive et lente de toute la vésicule en repérant avec des pinces de Tuffier le lambeau péritonéal ainsi conservé. Il est inutile quand elles existent de rompre les adhérences, qui peuvent unir ce feuillet péritonéal aux organes voisins : pylore, côlon, duodénum : au contraire, elles constituent un épaississement utile de la séreuse qui facilite le dépouillement de la vésicule. La portion verticale de l'incision en raquette ne doit donc pas être poussée plus loin que le col de la vésicule au maximum.

Quatrième temps. — Exploration des voies biliaires. Le cystique servant de conducteur on continue à récliner en bas le feuillet péritonéal soigneusement repéré. Le cystique se sépare du péritoine comme l'appendice dans l'appendicectomie sous-séreuse : en effet, au niveau du col de la vésicule et le long du cystique, il existe un tissu cellulaire sous-péritonéal de plus en plus lâche, qui permet le détachement très aisé du péritoine. Au passage, on lie avec soin l'artère cystique.

Arrivé à l'abouchement du cystique dans le cholédoque, le carrefour canaliculaire est largement ouvert. Avec les instruments appropriés on explore en haut l'hépatique, en bas le cholédoque. Les calculs engagés dans ces canaux sont ou enlevés facilement avec des pinces, ou progressivement exprimés par pression excentrique. Lorsqu'un calcul est profondément engagé dans la partie inférieure du cholédoque, on continue la dissection de ce canal, en respectant complètement le feuillet péritonéal qui le recouvre en avant : cette dissection *sous-péritonéale du cholédoque est parfaitement possible.*

Toutes les fois que la vésicule n'est pas trop distendue par des liquides septiques, on la conserve jusqu'à ce moment, car elle constitue le meilleur mode de traction et sur le foie et sur les voies biliaires.

Cinquième temps. — Hépatique-drainage, constitution du tunnel séro-hépatique, suture de la paroi.

Un drain est introduit et fixé dans l'hépatique à l'aide d'un très petit fil de catgut : très souvent, un deuxième drain est introduit et fixé dans le cholédoque. Le rideau péritonéal, conservé et repéré par des pinces, est rabattu en haut contre la face inférieure du foie, contre la surface cruentée que représente la loge hépatique vésiculaire. Les larges compresses de gaze qui limitaient le champ opératoire sont retirées du ventre : le billot lombaire est enlevé. La plus grande partie de l'incision de la paroi est suturée plan par plan, en ayant soin de reconstituer surtout avec soin la gaine du grand droit.

Puis le bord antérieur superficiel du feuillet péritonéal est suturé avec soin au péritoine pariétal, le plus souvent au niveau du bord externe du grand droit et ainsi est constitué un tunnel séro-hépatique, par lequel sort le drainage des voies biliaires sous la forme d'un ou de deux drains (hépatique ou cholédoque). Ce tunnel est constitué en haut par la loge hépatique vésiculaire, en bas par le feuillet péritonéal constituant une gouttière séreuse qui se dispose naturellement en cornet.

Bien souvent, pour tarir le petit suintement de la surface cruentée vésiculaire je tasse à côté des drains une petite mèche de gaze. La plaie extérieure par laquelle sortent ces drains et cette petite mèche est ordinairement large comme une pièce de 2 francs.

Le ou les drains plongent dans un récipient, où va se déverser la bile. Un simple pansement occlusif au leucoplaste recouvre les incisions.

Suites opératoires. — Elles sont remarquables de simplicité. Il suffit de s'assurer que le siphonage de la bile fonctionne bien. Quand il n'y a aucune élévation de température, quand la bile paraît être absolument normale, on supprime le drainage de l'hépatique (la petite mèche est bien souvent enlevée au quatrième jour, le drain du douze au quinzième jour).

Et alors, dès que le drain est enlevé, grâce aux tendances naturelles du péritoine vésiculaire à venir adhérer à la loge sous-hépatique, très rapidement la petite fistule biliaire se tarit. En trois semaines le plus souvent la guérison complète est obtenue.

Avantages du procédé. — Il supprime complètement le *Mikulicz sous-hépatique* et, par suite, tous les dangers et inconvénients inhérents à tout tamponnement intra-abdominal. Ces *dangers* nous les connaissons tous pour les avoir que trop observés au temps où florissait le Mikulicz pelvien en gynécologie. Suintement mal odorant nécessitant des pan-

sements répétés causes de contagions septiques réitérées, douleurs extrêmes dans l'extraction des compresses, inoculations secondaires au moment de cette extraction de la grande cavité abdominale par rupture des adhérences protectrices, fistules secondaires viscérales créant des perforations plus ou moins larges, plus ou moins persistantes de l'estomac, de l'intestin, etc., etc.

Inconvénients. — Nécessité de laisser béante la plus grande partie de l'incision pariétale, d'où éventration fréquente et considérable, retard dans la cicatrisation de la large logette suintante, ainsi créée sous le foie. C'est au *quatorzième* jour que Kehr commence à enlever son tamponnement sous-hépatique : à ce moment, le plus souvent mes opérés n'ont plus qu'une fistulette pariétale large comme une pièce d'un franc. Certains de mes malades ont pu se lever entre le seizième et le vingtième jour, tandis que le traitement consécutif de l'opération de Kehr ordinaire nécessite cinq ou six semaines.

Dernièrement, chez une malade du docteur Favre-Gilly, femme obèse, peu résistante, de 52 ans, une opération de Kehr conduite suivant mon procédé lui a permis de se lever au dix-huitième jour. Une autre malade, M^{me} R..., opérée dans les mêmes conditions, a quitté la clinique le vingt et unième jour (du 9 juin au 30 juin 1911).

Enfin, il me semble pouvoir affirmer qu'ainsi exécutée l'opération de Kehr est moins dangereuse ; on se met au maximum à l'abri des inoculations secondaires de la grande cavité abdominale. L'exclusion artificielle de la région sous-hépatique dont la réaction à l'infection est si sensible constitue un procédé incontestablement supérieur à n'importe quel tamponnement, fût-il fait dans les meilleures conditions et avec le plus grand soin. Un feuillet séreux constitue toujours une barrière plus isolante que des compresses ; cette loi de l'extériorisation des foyers opératoires, nous l'observons tous les jours dans la chirurgie abdominale ; on peut l'appliquer avec fruit à l'opération de Kehr.

Mais je suis loin de prétendre que cette technique opératoire est applicable dans tous les cas. Lorsque les foyers de péricholécystite sont récents et encore très septiques, lorsque les parois de la vésicule sont friables, elle ne peut être en cause. Il serait absurde de perdre son temps à une décortication sous-séreuse de la vésicule et des canaux biliaires qui serait ou complètement impossible ou illusoire. Je veux simplement attirer à nouveau l'attention de mes collègues sur la possibilité,

quand on opère à froid, d'exécuter avec un moindre danger et avec une simplicité de suites opératoires immédiates et tardives remarquables, cette opération toujours délicate de Kehr. Il suffira souvent pour eux d'en accepter le plan que je viens de tracer, pour la mener à bien et en reconnaître les avantages réels.

M. GOULLIoud. — Quoique n'ayant pas eu l'occasion d'observer de complication sérieuse du tait du tamponnement recommandé par Kher, je ne doute pas que le procédé de M. Tixier qui permet de remplacer ce tamponnement par un drain, ne soit un progrès. C'est un progrès surtout au point de vue des opérés : le drain affaiblissant moins la paroi que le tamponnement, et supprimant les douleurs pénibles de l'ablation des mèches.

Je veux seulement demander à M. Tixier si, dans l'opération sous-séreuse, on peut aussi bien explorer les voies biliaires, spécialement le cholédoque, dans lequel j'arrive généralement à introduire l'index ou le petit doigt, pour explorer ce canal jusqu'à son abouchement dans l'intestin, mieux qu'on ne le fait avec un instrument quelconque.

Je veux aussi lui demander si cette décortication sous-séreuse des gros vaisseaux biliaires est possible dans les cas où la vésicule est remplacée par une poche méconnaissable, sorte de bourse rétractée sur des calculs et adhérente de toutes parts aux organes voisins. C'est l'état où aboutit la vésicule dans les cas de lithiase graves et anciens. Le péritoire n'est-il pas, dans ces cas, adhérent aussi et plus ou moins difficile à reconnaître et à décoller ?

M. LAGOUTTE. — Je crois qu'il est souvent possible de faire l'opération de Kehr en évitant de faire ce tamponnement ; Kher, au reste, a en vue un autre résultat, il se propose de laisser une voie largement ouverte de façon à ce que, si on a oublié des calculs, ceux-ci puissent sortir ultérieurement ; je crois qu'il insiste assez sur ce traitement secondaire.

M. TIXIER. — J'avoue que je ne pratique pas l'optimisme de M. Goullioud vis-à-vis du Mikulicz abdominal. En gynécologie, nous l'avons pour ainsi dire complètement abandonné et cependant combien il est plus facile à établir et à enlever dans le pelvis de la femme, si complaisant, qu'au niveau du grand ventre dans la portion sus-ombilicale surtout. Les adhérences qui s'organisent tout autour des compresses sont difficiles à rompre et il faut pour ne pas devenir dangereux, avoir recours à l'anesthésie. Et on dépérétonise par ces tractions les anses intestinales voisines, d'où de fistules secondaires très redoutables. Pour ma part, j'ai perdu ainsi une jeune malade chez laquelle j'avais dû au cours d'une opération de Kehr non sous-séreuse fermer la paroi stomacale

prépylorique dans laquelle s'engageait un gros calcul sorti de la vésicule. J'avais placé un Mikulicz : lorsque je le retirai, une fistule gastrique s'établit qui déterminâ la mort par inanition malgré l'exécution d'une jéjunostomie.

Et ces déchirures de l'estomac, de l'intestin (côlon, duodénum), elles peuvent si facilement se produire quand on s'efforce de rompre les adhérences qui unissent les organes à la vésicule enflammée. Quel danger de placer ensuite des compresses contre les sutures d'une perforation spontanée !

Et, contrairement à ce qu'on peut croire de prime abord, ces adhérences de la vésicule ne s'opposent pas au décollement sous-séreux ; elles le facilitent. Ces petites vésicules ratatinées, que l'on rencontre dans l'obstruction calculuse du cholédoque, ont des parois très épaisses, à revêtement séreux très augmenté. Les adhérences qui doublent ce revêtement péritonéal facilitent la recherche du bon plan de clivage et empêchent de crever par endroits le feuillet péritonéal. Ce sont plutôt les vésicules encore distendues, à parois minces, que je redoute pour la décortication sous-séreuse.

Quant à l'exploration du chéleodoque, elle se fait très aisément sous le péritoine. Si le calcul est bas arrêté, le canal est distendu au-dessus et le tissu cellulaire œdématié qui l'entoure double le péritoine et le rend plus résistant.

Enfin, je ne vois pas pourquoi des calculs qui auraient échappé aux investigations du chirurgien lors de l'opération sortiraient plus difficilement par le tunnel lisse séro-hépatique qu'au travers des compresses tassées sous le foie et formant bien souvent bouchon. Du reste, j'en ai vu sortir ainsi secondairement et, comme Kehr, pour faciliter leur issue, j'ai fait des lavages dans mes drains, avec cette seule différence que je ne craignais pas, grâce à ma solide barrière péritonéale, de faire fuser du liquide dans la cavité péritonéale.

Je répète que cette opération n'est pas toujours possible avec la technique opératoire que je viens de décrire, et je ne prétends pas qu'elle soit indispensable. Mais l'opération ainsi conduite est délicate, je dirais même élégante, c'est de la chirurgie française, moins brutale et moins grossière que la chirurgie allemande.

*
* *

PETITE CORNE UTÉRINE RUDIMENTAIRE NON PERCEPTIBLE AU TOUCHER.

M. GOULLIoud. — Quand une femme accuse, au moment des règles, des douleurs exceptionnelles que n'expliquent ni la dys-

ménorrhée habituelle d'origine cervicale, ni des lésions nettes du côté des annexes, il faut penser à la possibilité d'une malformation, et spécialement à l'existence d'un petit hématomètre dans un utérus double, ou dans une corne rudimentaire accessoire qui en est comme l'ébauche.

Des faits précédemment observés et l'inspiration récente de la thèse de mon fils (1) m'avaient bien prévenu de la fréquence relative de cette cause de douleurs menstruelles. Aussi ai-je de suite pensé à la possibilité de cette affection, au récit de ses douleurs que me fit dernièrement une femme qui était porteur de la pièce anatomique que je vous présente.

Cette femme, cultivatrice, âgée de 38 ans, s'était mariée et avait eu quatre accouchements à terme et une fausse couche, entre le troisième et le quatrième accouchement.

Elle m'était adressée pour des douleurs très pénibles, revenant à chaque époque menstruelle, et que l'on avait attribuées à l'ovaire. Ces douleurs avaient paru, vers l'âge de 16 ans, deux ou trois ans après l'apparition des règles ; elles s'étaient atténuées un mois ou deux, après chaque enfant, et elles avaient pris une acuité telle que le médecin de la malade avait confié une seringue de Pravaz au mari pour qu'il fit à sa femme une ou deux injections de morphine, à chaque époque menstruelle. Les règles apparaissaient d'abord, puis la douleur survenait le troisième et le quatrième jour, pour cesser avant la fin des règles.

Toujours cette douleur était à gauche ; jamais, dit la malade, elle n'a souffert du côté droit.

Les règles terminées, la femme soulagée pouvait se livrer à un travail pénible, sans aucune fatigue.

Cette forme de dysménorrhée est typique : elle est unilatérale ; elle ne rappelle en rien les caractères de la dysménorrhée habituelle par sténose du col, qui n'aurait pu se reproduire ainsi après quatre accouchements, ni ceux des douleurs liées aux lésions des annexes, qui ne coïncident pas avec une telle fécondité et qui persistent plus ou moins en dehors des règles quand elles ont pareille acuité au moment de celles-ci.

(1) P.-E. GOULLIQUOUD. — Du traitement des malformations utérines justiciables de la laparotomie. *Thèse de Lyon*, 1911.

L'intensité des douleurs était telle chez cette femme qu'elle acceptait d'emblée, ainsi que son mari, l'idée d'une intervention.

Or, à l'examen local, on trouvait une rétroversion incomplète, mais on ne sentait aucune tuméfaction anormale sur les côtés de l'utérus.

Cependant, soupçonnant fortement quelque hématomètre minuscule, dans un rudiment de corne d'utérus double, je ne refusai pas l'opération désirée.

La laparotomie faite (15 mars 1911), j'eus un instant de déception en ne voyant rien d'anormal à l'examen de l'utérus et des annexes gauches.

Cependant, la trompe gauche, le ligament de l'ovaire et le ligament rond étaient le siège d'une sorte de dépoli, avec piqueté vasculaire et apparence d'une légère sclérose inflammatoire. Je décidai de les enlever.

Ce n'est que pendant leur ablation que je sentis un épaississement du bord gauche de l'utérus, dissimulé d'abord par les ailerons du ligament large gauche. Cet épaississement, à peine du volume d'une amande fraîche, pouvait être un petit fibrome ou la corne utérine rudimentaire que je recherchais. J'en fis donc l'énucléation, après ligature des vaisseaux utéro-ovariens et ligature de l'utérine, du côté gauche. Puis je fermai la brèche comme s'il se fût agi d'une myomectomie. Ventrofixation isthmique et fermeture de la laparotomie, faite suivant l'incision de Pfannenstiel.

L'épaississement réséqué montra à la coupe une petite cavité du volume d'un gros pois, tapissée d'une muqueuse et remplie de sang noir et épais.

Les annexes gauches enlevées ne présentaient que les petites lésions superficielles déjà signalées. La trompe aboutissait à la cavité utérine principale, ce pour quoi elle n'était pas le siège d'un hématosalpinx.

C'est là un fait un peu exceptionnel. Le plus souvent la trompe communique avec l'utérus hématométrique et est le siège d'un hématosalpinx. Celui-ci peut être considérable et son ablation crée parfois de grandes difficultés.

Dans un cas antérieur que j'ai opéré, la corne rudimentaire simulait un petit fibrome ou une annexite : les annexes étaient atrophiées et la trompe imperforée.

Ce cas montre donc une nouvelle disposition : la communication de la trompe du côté anormal avec la cavité utérine, ce qui paraît une anomalie surajoutée.

On trouvera dans la thèse citée toutes les variétés de ces lésions hématométriques, dans les observations de Rossa, Lambret, Carl von Pauer, Zillensen, Halban, Gröss, Pollosson, Violet, etc.

L'observation dont la lésion se rapproche le plus de celle de notre cas, est due à Werth (obs. XIV) : on trouve un utérus de forme normale, mais élargi en son corps ; le fond est régulièrement arrondi, un nodule dur siège dans l'épaisseur de la moitié gauche de l'utérus, mais sans en modifier la surface. Aucune altération des trompes, ni des ovaires. Une petite incision de la paroi antérieure de l'utérus rencontre un tissu fibreux dense, puis ouvre une petite cavité remplie d'une demi-cuillerée de sang noir.

Il faut bien connaître ces hématomètres minuscules, pour rechercher et attaquer d'aussi petites lésions. C'est cependant le seul moyen de délivrer ces femmes de douleurs réellement pénibles, tout en leur conservant leurs fonctions sexuelles.

Chez notre malade, les règles qui ont suivi l'opération ont été sans douleur.

*
* *

FRACTURE DU COL DU FÉMUR, AVEC ENGRÈNEMENT ET MARCHÉ POSSIBLE IMMÉDIATE.

M. GANGOLPHE. — Il m'a semblé intéressant de vous présenter cette radiographie concernant un cas de fracture du col du fémur avec engrènement. La plupart des symptômes cliniques habituels font défaut, notamment l'impotence du membre. Il s'agit d'une femme de 58 ans qui tomba de sa hauteur sur la hanche gauche. Elle éprouva une douleur extrêmement vive ; on dut lui aider à se relever, mais elle put regagner son appartement avec l'aide d'une canne. Elle habite à un cinquième étage et vint me consulter cinq ou six jours plus tard. Il n'y avait pas de raccourcissement bien appréciable, ni de rotation en dehors. La malade pouvait détacher le talon du lit.

Je ne constatai pas d'ecchymose mais seulement une douleur vive au pli de l'aîne, spontanée, et à la pression ; quelques

secousses nocturnes. Cela me suffit pour supposer qu'il y avait eu fracture avec engrènement et conseiller un repos aussi complet que possible.

La radiographie, faite par M. le docteur Nogier, montre nettement la fracture.

C'est le quatrième fait de ce genre que j'observe ; mais, pour les autres, je n'ai pas eu la preuve radiographique de la fracture : c'était avant la découverte de Röntgen.

La conclusion pratique à tirer de ce cas est qu'il faut se méfier de l'existence d'une fracture, alors que cliniquement, certains symptômes manquent.

La radiographie peut et doit aujourd'hui toujours être faite dans les cas douteux. Le chirurgien pourra, du reste, imposer une immobilisation absolue, et le malade s'y soumettra, alors qu'autrefois on se heurtait le plus souvent à la résistance du patient. En 1882, j'ai vu une malade atteinte de fracture du col avec engrènement ; elle avait pu parcourir deux kilomètres environ pour rentrer chez elle.

La douleur au pli de l'aîne, et surtout les secousses nocturnes, m'avaient fait faire un diagnostic formel de fracture, et conseiller le repos complet. La malade ne me crut pas, fit appeler un rebouteur dont les manœuvres détruisirent du coup l'engrènement. Je fus appelé et je guéris ma malade, convaincue, mais trop tard, de l'exactitude de mon diagnostic.

*
* *

APPAREIL RADIOGRAPHIQUE POUR RÉDUCTION DE FRACTURE.

M. LAGOUTTE. — Messieurs, je désire présenter à la Société de chirurgie un appareil que j'ai fait construire récemment pour le traitement des fractures de jambe. En faisant construire cet appareil, je me suis proposé d'essayer de réduire les fractures de jambe sous le contrôle de la radiographie.

Voici en quelques mots de quoi se compose cet appareil. Il comprend deux parties principales : une première destinée à immobiliser le membre et à réaliser un certain degré d'extension continue et progressive du membre. Cette première partie comprend deux colliers doubles, ce sont deux cercles métalliques ; chacun de ces colliers porte une partie latérale qui est,

en haut, complètement perforée et, en bas, à moitié perforée, puis deux tendeurs latéraux lisses à la partie inférieures et munis d'un pas de vis à leur partie supérieure, terminés par une poignée à la partie supérieure. Cette première partie est destinée à immobiliser le malade et à réaliser de l'extension. Pour y parvenir, je rends solidaires les deux colliers métalliques inférieur et supérieur de la partie inférieure et supérieure de la jambe, et ce, au moyen de bandes plâtrées, de bouillie que j'entoure autour de la jambe puis autour des cercles métalliques, de telle sorte que cela forme un seul et même tout, une sorte de plâtre armé. De la sorte, en prenant un point d'appui sur une surface extrêmement large, on peut réaliser un certain degré d'extension sans courir le risque de léser les parties molles, tant qu'on n'exagère pas l'écartement; pour obtenir cet écartement, il suffit de tourner cette vis.

Le membre est d'abord immobilisé et on a réalisé un certain degré d'extension continue.

La deuxième partie de l'appareil a pour but de réaliser la réduction sous radiographie, et pour y parvenir, j'ai construit un dispositif qui permet de saisir les extrémités des fragments, supérieur et inférieur, au voisinage des extrémités, suffisamment près pour qu'on puisse les ramener, mais pas trop. Il permet de déplacer les fragments en contrôlant avec l'écran radiographique par l'intermédiaire du dispositif que je vais vous exposer.

La deuxième partie se compose de deux fiches de l'appareil de Lambotte, l'une enfoncée dans l'extrémité du fragment supérieur et l'autre dans l'extrémité du fragment inférieur, puis d'un système de tiges métalliques que voici. Ce système de tiges, on le rend solidaire des fiches par l'intermédiaire de ce dais composé de deux parties, une première se mouvant autour d'un axe horizontal et une deuxième qui se meut autour d'un axe perpendiculaire; il résulte de ces deux axes perpendiculaires un véritable mouvement qui permet de saisir les fiches quelle que soit la position qu'elles occupent. Ce dais est porté sur cette tige horizontale par l'intermédiaire d'un pas de vis, et la tige est goupillée à l'extrémité, de telle sorte que lorsqu'on tourne dans un sens, le dais se déplace.

Il est très facile de déplacer les extrémités inférieure et supérieure des fragments dans tous les sens et de leur donner la position la plus favorable.

L'appareil n'est pas trop encombrant et par conséquent il permet de regarder avec l'écran radiographique. Il est excessivement commode pour traiter les fractures compliquées, parce que toute la partie médiane de la jambe reste à découvert et il est très facile de panser la plaie, on voit le malade autant qu'on peut le voir ; je ne pense pas arriver à un degré de précision aussi grand qu'avec l'ouverture à la Lambotte, mais les résultats sont suffisants pour obtenir une bonne réduction pratique. D'autre part, ce que je présente c'est simplement une tentative, je crois qu'on pourrait améliorer dans certains sens cet appareil, de façon à le rendre plus parfait et peut-être aussi plus pratique.

J'ai eu deux fois l'occasion d'appliquer cet appareil, une première fois dans une fracture compliquée et une autre fois dans un cas beaucoup plus simple de fracture du tibia, croyant avoir obtenu un résultat parfait. Voici ce que j'ai obtenu, ce n'est pas aussi bon, aussi idéal qu'on aurait pu l'obtenir, mais cela est bien suffisant, et je me propose d'appliquer cet appareil chaque fois que j'en aurai l'occasion, pour juger du résultat.

Séance du 28 mars 1912

Présidence de M. A. POLLOSSON

SUR LA CURE DE LA FISSURE PALATINE.

M. VIGNARD. — Je voudrais, à propos d'un cas de fissure palatine totale, dont la cure a été un peu laborieuse, développer quelques considérations sur le traitement de cette infirmité.

OBSERVATION. — Le malade que je vous présente est entré dans mon service, il y a près de deux mois, pour une fente palatine qui commençait à environ 1 cm. 1/2 derrière les incisives et divisait complètement la voûte osseuse et le voile du palais. J'en pratiquai la suture en un temps; mais du fait d'une infection amygdalienne qui donna à l'enfant une très forte température, tous les fils lâchèrent au quatrième jour.

Je recommençai l'intervention quinze jours plus tard, mais pour plus de sûreté, je procédai en deux temps, c'est-à-dire qu'après avoir libéré les lambeaux, j'attendis pendant cinq jours que les plaies latérales fussent complètement cicatrisées pour pratiquer l'avivement et la suture. Le résultat répondit à mon attente, car celle-ci, faite après ce délai, réussit complètement et le résultat, comme vous le voyez, est aussi parfait que possible. La fente palatine est complètement fermée.

Cette question de l'opération en deux temps a soulevé déjà bien des controverses et mis aux prises deux opérateurs également habiles : M. Broca, de Paris, et M. Ehrmann, de Mulhouse.

Sans entrer ici dans le détail des arguments pour ou contre cette manière de procéder, je voudrais indiquer comment, à mon avis, elle doit être posée.

La palatoplastie a deux écueils : le premier résulte de la longueur de l'anesthésie au chloroforme, qui n'est pas sans faire courir des risques, surtout aux jeunes sujets (au-dessous

de 5 ans); le second tient à ce fait que le succès final dépend de la vitalité des lambeaux, vitalité dont il nous est difficile d'apprécier l'étendue. Lorsqu'il s'agit d'un jeune enfant et que l'on suppose, en raison de difficultés particulières, que l'opération durera plus d'une demi-heure (ce qui est rare), il est préférable de la faire en deux temps et de se borner à libérer les lambeaux. Ce premier acte dure à peine un quart d'heure.

Dans un deuxième acte, cinq jours après, on les suture, ce qui fait, en somme, deux interventions très courtes, suffisamment espacées et incapables de causer le moindre shock ou de donner lieu à des complications pulmonaires.

Il faut observer la même ligne de conduite, même chez des sujets plus âgés, lorsqu'on soupçonne que la réunion se fera avec difficultés et que les lambeaux subiront une traction trop forte. Si la fente est large, si les berges en sont escarpées, si les lambeaux sont minces, il vaut mieux remettre à quelques jours leur suture. Et c'est pour cela que, contrairement à la pratique classique, j'ai renoncé à faire de l'avivement des bords de la fente le premier temps de l'opération.

En effet si après avoir décollé les lambeaux on s'aperçoit qu'il vaut mieux attendre pour les réunir, les quelques millimètres d'étoffe nécessaires de chaque côté à l'avivement préalable sont perdus. Il est bien préférable de réserver celui-ci pour le moment qui précède immédiatement la suture. Après avoir libéré les lambeaux complètement en largeur et à fond en arrière, en décollant le voile jusqu'aux apophyses ptérygoïdes, on les attire sur la ligne médiane; s'ils sont étoffés, amples, s'ils arrivent à se toucher facilement par leurs bords, ou même à s'entrecroiser un peu sur la ligne médiane, on avive et l'on suture, sinon on remet à un deuxième temps.

Donc, âge du sujet, durée probable de l'anesthésie, vitalité, souplesse et largeur des lambeaux, voilà les divers éléments qui doivent entrer en ligne de compte et faire opter l'opérateur pour une intervention en un ou deux actes. Il est peu clinique d'orienter son choix seulement d'après l'âge, qui n'a d'importance qu'à la condition de faire en même temps entrer en ligne d'autres éléments d'appréciation.

Je disais plus haut que la rapidité opératoire était un facteur de réussite considérable, et à ce propos, je voudrais vous signaler des simplifications d'instrumentation et de technique susceptibles d'abrégé beaucoup la durée de l'intervention.

Vous savez comme moi à quelle véritable débauche d'ouvre-bouches, d'aiguilles, de serre-nœuds, de pinces, a donné lieu la palatoplastie; on pourrait faire un livre consacré uniquement à leur description et à leur représentation. J'y ai eu recours au début, et j'avoue que je n'ai eu, à ce moment, que des insuccès ou des succès partiels. C'est à l'école de M. Broca que j'ai eu la notion d'un matériel simple, facile à manier. Il se compose de l'écarteur des mâchoires classique, à deux branches métalliques et à crans, qui tient tout seul en place et que l'on met du côté opposé à celui où l'on opère, d'une aiguille de Reverdin droite et de fil de bronze aluminium mince et souple; joignez à cela une paire de pinces à griffes longues et un peu courbées, et vous aurez tous les éléments nécessaires pour mener à bien et très vite une palatoplastie. Depuis que j'en ai acquis l'habitude, je ne crois pas avoir jamais dépassé quarante minutes, et plus d'une fois il m'est arrivé de tout achever en vingt-cinq.

Mes résultats opératoires se sont d'ailleurs complètement modifiés. J'ai eu l'occasion d'opérer 17 cas, sur lesquels j'ai eu 1 décès, survenu dans la première année de ma pratique, par œdème aigu du poumon (20 heures après), que je crois devoir attribuer à une anesthésie trop prolongée. Dans 4 autres cas, la suture a complètement lâché; 5 fois elle n'a que partiellement tenu, c'est-à-dire que le voile mou et la luette sont restés bifide. Enfin, 7 fois le résultat a été complet.

Sur ces 7 succès, 2 fois j'ai opéré en 2 temps, et je vous en ai présenté il y a 2 ans un exemple de cette pratique qui, je crois, n'avait jamais été suivie à Lyon.

Or, si je considère les dates de mes interventions, je vois que presque tous les succès datent de l'époque à laquelle j'ai adopté le matériel simplifié dont je vous ai parlé, en même temps que je modifiais ma technique dans le sens que je vous indiquais en commençant.

Grâce à l'ensemble de ce perfectionnement, la cure de la fissure palatine apparaît comme une opération bénigne, même chez de jeunes enfants de 3 et 4 ans, et dont le succès peut être presque assuré.

M. POLLOSSON. — J'ai été très intéressé par la communication de M. Vignard, qui me rappelle la période au cours de laquelle j'ai fait des opérations palatines. Depuis lors, des progrès ont été réalisés: c'est

d'opérer en position renversée, tête basse, au lieu d'opérer sur l'enfant assis; il est certain que ça été là un changement du tout au tout. Un autre grand progrès, ça été la taille des lambeaux. A ce point de vue, je voudrais demander à M. Vignard ce qui, à l'heure actuelle, peut être considéré comme une règle, lorsqu'il s'agit de mobiliser deux lambeaux pour les rapprocher; à quelle distance fait-il l'incision, dans quelle longueur par rapport aux deux extrémités de la fente palatine, à quelle profondeur, à quoi ressemblent ces lambeaux?

M. VIGNARD. — L'incision se fait en partant de la dernière molaire visible, et suivant la sertissure des dents jusqu'à la canine, de façon à ne pas trop décoller les lambeaux en avant; il faut laisser un point d'attache derrière l'incisive et la canine; on décolle à la rugine, on pousse très loin jusqu'à l'insertion du pilier du voile dans la joue. Pour que le pilier ne fasse pas de traction, on décolle les lambeaux, de façon que la rugine vienne apparaître dans la fente médiane; les lambeaux sont alors complètement flottants. L'ennui du décollement ainsi poussé, c'est qu'on a une surface cruentée considérable, c'est pour cela que l'opération en deux temps est agréable; au bout de cinq jours, lorsqu'on a bien fait rincer la bouche de l'enfant, on s'aperçoit que les à-côtés sont presque cicatrisés; on n'a rien à craindre de l'infection des parties en profondeur et, par conséquent, les sutures peuvent être faites en bonnes conditions. Tandis qu'au contraire, dans l'opération en un temps, on a une large surface qui s'infecte facilement, ce qui donne des poussées de température qui font lâcher les fils vers le troisième ou quatrième jour.

Le Gérant, D^r VALLAS.

Séance du 18 avril 1912

Présidence de M. AUBERT

UN CAS DE KYSTE PARARÉNAL.

M. GOULLIoud. — C'est à l'instigation de notre collègue, M. Rochet, que je vous présente cette simple observation de kyste pararénal. C'est un type clinique d'une rareté relative, d'un diagnostic difficile, et qu'il y a intérêt pratique réel à avoir aussi présent à l'esprit que les autres variétés de kystes de la région rénale.

OBSERVATION. — Le 21 février dernier entra dans mon service de l'hôpital Saint-Joseph une femme paraissant très souffrante, qui était porteur d'une volumineuse collection du flanc et de l'hypochondre droits. C'était une cultivatrice, âgée de 45 ans, III pare, sans antécédents héréditaires ou personnels bien dignes d'être rapportés.

Il y a un an cependant, une crise d'albuminurie nécessita le régime lacté pendant quelques semaines. La malade raconte qu'à cette époque elle avait déjà le ventre développé, toutefois elle put continuer son travail, et elle fait remonter son état aigu actuel à quatre semaines seulement.

A cette époque, sans cause appréciable, sans refroidissement, sans traumatisme, elle se mit à souffrir dans l'hypochondre et le flanc droits ; jamais elle n'avait présenté de coliques hépatiques ou néphrétiques.

Au moment de sa réception à l'hôpital, la malade paraît très gravement atteinte, faible et amaigrie.

Dans l'hypochondre droit, on a l'impression d'une grosse collection qui tend à pointer au-dessous de la région vésiculaire ; il y a, à ce niveau, une voussure apparente à la vue et de la fluctuation. La collection se prolonge dans le flanc ; en bas elle se termine par un bord arrondi qui reste distant de deux travers de doigt de l'épine iliaque antérieure et supérieure. Toute la région occupée par la collection est mate ; on ne distingue pas de zone de sonorité due à la présence du côlon

ascendant ou transverse. Par contre, la région du cæcum est libre et sonore.

On remarque un fort œdème de la région des lombes et du haut de la cuisse ; toute la région tuméfiée paraît cependant peu douloureuse.

Les fonctions gastriques et intestinales ne sont pas troublées ; il n'y a pas d'ictère et la matité hépatique n'est pas remontée. Pas de frémissement hydatique.

Les urines sont limpides, mais présentent un disque minime d'albumine. Le toucher vaginal n'indique aucune affection pelvienne.

La malade reste au repos, en observation pendant huit jours. La température oscille entre 37° et 37°,8, elle ne monte qu'un jour à 38°2. Pouls à 80. Mais la tumeur de l'hypochondre droit ne paraît avoir aucune tendance à la résorption. Elle reste aussi volumineuse, légèrement sensible, faisant saillie comme un abcès qui menace de s'ouvrir.

Le diagnostic ne paraît devoir être hésitant qu'entre un abcès d'origine biliaire ou un kyste hydatique du foie. Aussi néglige-t-on, de propos délibéré, de pratiquer la séparation des urines. Celle-ci, d'ailleurs, ne nous eût probablement donné que des résultats sans importance, pour les raisons qui découleront de la lecture de l'observation.

Une intervention s'impose : on se décide donc à faire d'abord une ponction exploratrice au point fluctuant et saillant, en avant, et de la faire suivre séance tenante d'une incision.

Le 29 février 1912, la ponction donne un liquide légèrement trouble, ressemblant à une urine pâle. Examinée immédiatement au laboratoire, ce liquide ne renferme pas de crochets et son examen rapide fait penser à un liquide d'hydronéphrose ou de kyste rénal.

L'intervention est continuée. On fait une incision le long du bord externe du grand droit, qui donne accès dans la cavité péritonéale ; une poche volumineuse se présente, dont la paroi péritonéale est épaissie, friable, d'aspect un peu inflammatoire vers le point le plus saillant de la poche. Le côlon transverse est inclus dans le bord inférieur de la poche. On aperçoit le foie et la vésicule, d'aspect normal. La collection est donc rétropéritonéale comme une poche d'origine rénale.

Après qu'on a retiré deux litres de liquide avec le trocart de Potain et fait saillir la poche, on l'incise hors du ventre par une section parallèle à celle de la paroi. On accole le péritoine de cette poche avec le péritoine pariétal antérieur avec quelques pinces de Kocher ; on s'efforce d'énucléer la poche, car on pense avoir affaire à une poche d'hydronéphrose ou à un kyste rénal, mais on doit bientôt renoncer à l'énucléation complète de cette poche, car elle se confond avec son revêtement péritonéal.

Profondément, on sent le rein plaqué, adhérent contre la paroi postérieure de l'abdomen. On le décolle dans la profondeur pour l'amener

à la plaie, et on incise sur lui la capsule propre, croyant faciliter ainsi sa décortication car on croit toujours qu'il est le point de départ de la collection, mais bientôt on reconait cependant qu'il est entier, intact, déformé seulement, et que la poche ouverte n'est ni une hydronéphrose ni un kyste du rein. On pense alors à le conserver, déjà on a mis une forte pince sur le pédicule qui saignait, et on croit devoir faire l'ablation du rein. (Ligature du pédicule et résection de la partie exubérante de la coque ; mèche de drainage sous-hépatique ; d'autres mèches sont placées dans la poche, dont on suture les bords avec le péritoine pariétal.)

Le rein enlevé est déformé, par la pression du kyste qui le refoulait en arrière et en dedans : sa face antérieure transformée en un bord, faisait saillie dans la poche ; le hile du rein était au contraire étalé et adhérait à la face postérieure de l'abdomen.

Les suites de l'opération ont été simples, et la malade est partie bien portante, gardant encore un léger disque d'albumine ; mais avec des urines abondantes et une teneur en sels normale. Le cœur est sain.

Examen du liquide du kyste, dû à l'obligeance de M. Faysse :

1° Le liquide, de couleur jaune ambré, contient une quantité considérable d'albumine, comparable à l'albumine des ascites ; il ne contient pas d'urée.

2° Examen cytologique après centrifugation : on trouve dans le culot de nombreux globules rouges, quelques globules blancs appartenant au groupe des polynucléaires, avec quelques rares mononucléaires ; pas de cellules épithéliales.

3° Examen bactériologique négatif, soit à l'examen direct, soit après cultures.

Examen histologique de la paroi kystique. — Les différentes coupes pratiquées sur cette paroi nous montrent toutes la constitution suivante : une lame assez épaisse, de tissu conjonctif ordinaire, avec çà et là quelques ilots inflammatoires et plus superficiellement une couche de tissu cellulo-graisseux avec une vascularisation assez riche, mais en aucun point on ne retrouve de revêtement épithélial, ni d'éléments histologiques permettant de rapporter cette paroi à un organe. Le rein se présente avec ses caractères absolument normaux, sauf en certains points une trainée de sclérose peu accentuée.

Toute cause étiologique avait échappé lors des premiers interrogatoires de la malade. Ce n'est que tardivement que j'arrivai à obtenir un renseignement important qu'elle n'avait pas révélé jusqu'alors. *Huit ans* auparavant, elle avait fait une chute de voiture et était tombée sur le côté droit, mais, dit-elle, ce sont la tête et la hanche qui ont porté. Elle était enceinte,

et eut une menace de fausse couche ; sa grossesse continua cependant son cours.

Il y a de grandes probabilités pour que le point de départ de ce kyste remonte à ce traumatisme lointain. On ne peut pas dire que les données fournies par l'anatomie pathologique fournissent la preuve de cette hypothèse, mais elles ne la contredisent pas.

Cette étiologie nous permet de rapprocher ce cas des observations de kystes paranéphrétiques, de pseudo-hydronéphroses traumatiques, d'épanchements périrénaux hématiques ou uro-hématiques, étudiés par Maas, Tuffier, Monod, Paul Delbet, et qui forment un chapitre spécial de l'important rapport de Brin, d'Angers, présenté au dernier Congrès français d'urologie (1911). C'est de la variété des kystes extracapsulaires qu'il s'est agi dans ce cas, c'est-à-dire des kystes développés entre la capsule propre et la capsule adipeuse, celle-ci refoulée formant la coque du kyste.

Si la possibilité d'avoir affaire à un kyste pararénal, aussi bien qu'à un kyste rénal, avait été plus présente à notre esprit, nous eussions décollé le rein avec plus de prudence et conservé ce rein à la malade. Nous le regrettons, bien quelle soit partie allant bien, sous l'impression d'avoir été guérie d'une affection grave.

M. DURAND. — J'ai opéré autrefois deux kystes pararénaux, en prenant cette expression dans le sens très étendu que lui a donné M. Goulioud. L'un était un kyste post-traumatique, comme celui dont il vient de parler. Ces collections étaient à ce moment à l'ordre du jour, car c'était quelques années après le mémoire de M. Tuffier sur les collections uro-hématiques consécutives aux traumatismes. Dans ces cas, j'avais été obligé d'intervenir parce que la collection augmentait de volume, donnait de l'œdème et des troubles importants. Alors, je trouvai une collection calquée sur le type décrit par Tuffier.

Une autre fois, je me suis trouvé en présence d'un kyste qui mérite véritablement alors le nom de kyste pararénal ; il y a une dizaine d'années, l'observation n'est pas très présente à mon souvenir : c'était, je crois, une femme qui ne présentait aucun antécédent important et notamment pas de traumatisme notable, et qui avait vu croître une tumeur assez considérable dans la région réno-sous-hépatique droite ; on fit le diagnostic d'hydronéphrose. J'intervins par la voie lombaire et je trouvai une collection remplie d'un liquide clair, mais il n'y avait ni poche distincte ni vésicule hydatique ; l'examen montra que c'était

une poche simplement constituée par le tissu cellulaire tassé ; le rein apparaissait parfaitement sain dans la partie profonde de la collection, de sorte que je n'eus pas à intervenir sur le rein, je le laissai en place ; je me bornai à rétrécir mon incision et à drainer : la malade guérit sans avoir perdu son rein. Je n'ai pas pu savoir quelle était l'origine de ce kyste.

*
* *

GREFFES D'UN KYSTE OVARIEN ET D'UN FIBROME UTÉRIN,
DÉTACHÉS DE LEURS POINTS D'ORIGINE.

M. GOULLIoud. — Dans plusieurs séances récentes de la Société de chirurgie, des cas ont été rapportés de greffes à distance de tumeurs ovariennes ou fibromateuses, séparées de leurs lieux d'origine et greffées en différents points de la cavité abdominale.

Nous avons l'honneur de vous présenter une pièce qui a le mérite de montrer un kyste de l'ovaire ainsi greffé dans le cul-de-sac vésico-utérin et en même temps son point d'origine, le ligament large du côté droit, privé de toute trace d'ovaire. Il paraît donc manifeste, à la vue de cette pièce, que le kyste adhérent à la vessie et à la face antérieure de l'isthme utérin, est bien un kyste de l'ovaire droit qui, à un moment donné, a subi des accidents de torsion et s'est séparé complètement du ligament large par suite du sphacèle de son pédicule.

Nous profiterons de cette occasion pour présenter en même temps le dessin d'un utérus fibromateux opéré antérieurement ; il présentait sur sa face supérieure plusieurs fibromes pédiculés ; l'un de ces fibromes, détaché de l'utérus par le même mécanisme certainement, avait perdu toute connexion avec lui et était greffé entre l'S iliaque et une des dernières anses de l'intestin grêle.

Il nous a paru intéressant de rapprocher ces observations :

OBSERVATION I. — Le kyste de l'ovaire a été opéré le 17 avril 1912 ; il s'agissait d'une femme de 35 ans, cultivatrice, III pare. (C'est probablement à la suite de sa dernière couche, il y a trois ans, que se sont produits des accidents de torsion ; car à ce moment la malade a souffert de coliques violentes, a vu son ventre augmenter de volume et rester depuis douloureux au point de lui rendre pénible son travail habituel.

Elle est d'ailleurs en bon état de santé générale ; elle se plaint, en outre de ses douleurs abdominales, de besoins fréquents d'uriner, de douleurs en urinant, bien que ses urines soient claires.

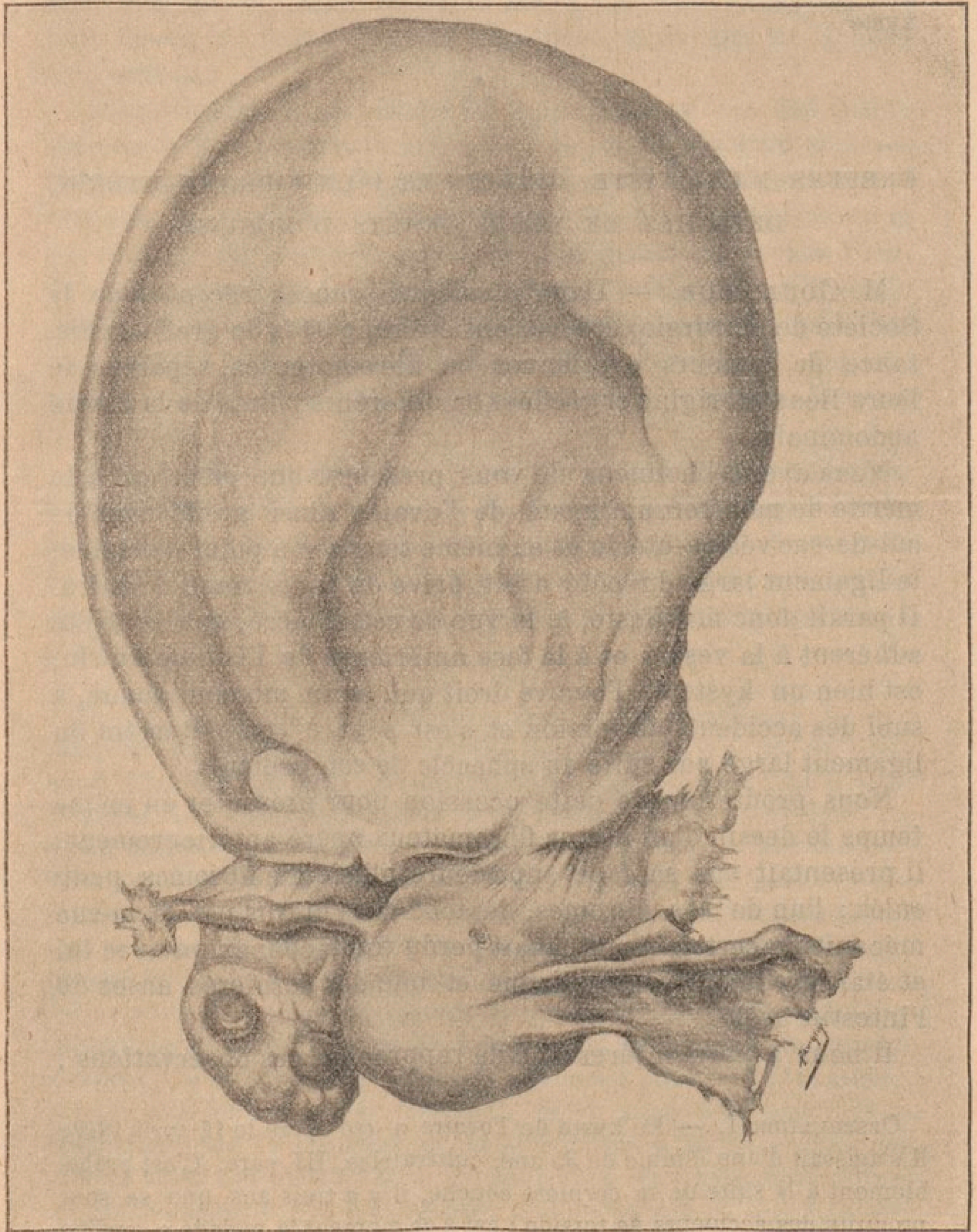


Fig. 1. — Kyste de l'ovaire droit isolé de son point d'origine et greffé dans le cul-de-sac vésico-utérin.

L'examen local révèle un kyste de l'ovaire plus développé du côté droit, et de forme un peu irrégulière.

Le ventre ouvert, on rencontre de suite des adhérences intimes entre le kyste et le péritoine de la face antérieure de l'excavation, d'où l'impossibilité d'énucléer la tumeur, malgré une grande incision. En contournant sa face postérieure on reconnaît que ce kyste adhère aussi à la face antérieure de l'utérus au niveau de l'isthme d'une façon très intime ; d'autre part l'ovaire gauche paraît également kystique, quoique peu développé : les adhérences constatées font penser à une certaine malignité, et l'on juge devoir enlever en bloc le kyste, l'utérus et ses annexes. Pour libérer la face antérieure du kyste, on est amené à détacher tout le péritoine de la face antérieure de l'excavation, de disséquer la tunique musculaire de la vessie, et l'on ouvre celle-ci au cours de cette dissection.

On libère ensuite la pièce en faisant l'hystérectomie, c'est-à-dire que l'on sectionne le ligament rond et le ligament infundibulo-pelvien du côté droit ; on remarque alors qu'il n'y a pas d'ovaire au niveau de ce ligament large. Du côté gauche, on agit de même en enlevant l'ovaire. La pièce ne tient plus que par le col utérin et l'on se comporte comme dans une hystérectomie subtotale.

La pièce enlevée comprend un kyste de l'ovaire renfermant environ 3 litres d'un liquide légèrement noirâtre ; ce kyste est épaissi, comme fibreux sur sa face externe ; la face interne est tapissée de granulations qui semblent montrer un certain degré de malignité. La base du kyste adhère, comme nous l'avons dit, à la face antérieure de l'utérus, au niveau de l'isthme. Du côté gauche, on remarque une trompe normale, mais le ligament ovarien se perd dans une lame péritonéale cicatricielle, scléreuse, qui s'étend jusqu'à la trompe ; il n'y a pas trace de tissu ovarien à ce niveau, bien que tout le ligament large ait été réséqué. Il est à remarquer que la trompe n'a pas pris part à la torsion, dont on ne trouve comme trace à ce niveau que l'état scléreux du péritoine. Le pédicule du kyste devait donc être seulement formé par le méso-ovarium, celui du côté opposé est d'ailleurs très développé. Aucun doute ne paraît possible sur l'origine ovarienne du kyste et l'absence de l'ovaire droit fait admettre qu'il s'est développé aux dépens de celui-ci.

Les suites opératoires ont été bonnes, bien que le lendemain de l'opération il y eût une forte élévation de la température et du pouls, heureusement passagère.

L'examen histologique pratiqué par M. Faysse a confirmé le diagnostic de kyste ovarien.

OBSERVATION II. — *Notre deuxième observation* « fibrome isolé de l'utérus » concernait une femme âgée de 39 ans, religieuse, tubercu-

leuse, ayant présenté quelques années auparavant une série de crises douloureuses abdominales ; depuis lors, elle se plaignait d'une douleur atténuée persistante, qui était réveillée par tout travail un peu pénible.

Par le toucher rectal, on sent toute l'excavation occupée par un fibrome, mais celui-ci est irrégulier de forme et fait saillie dans le bas-ventre.

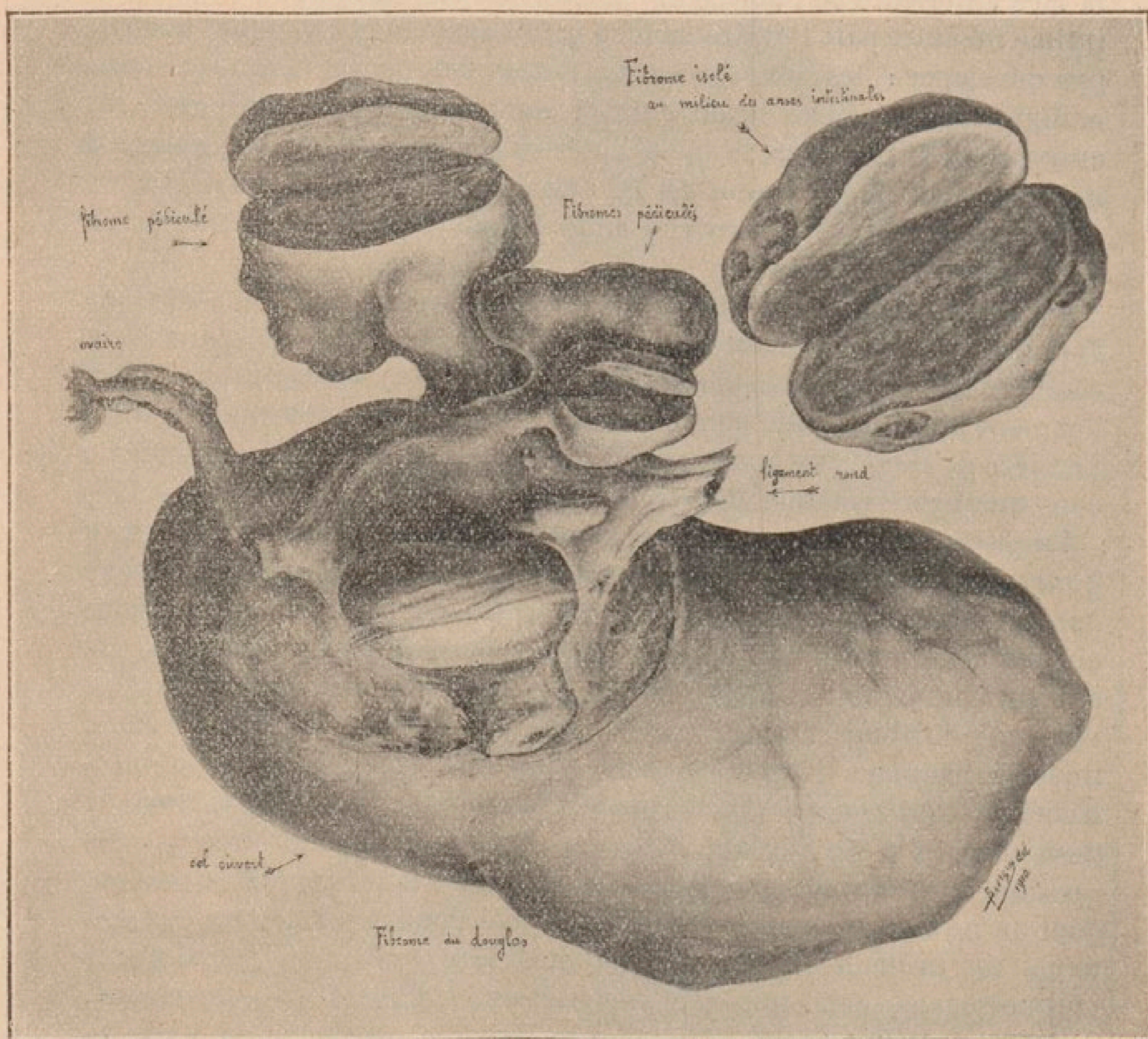


Fig. 2. — Utérus fibromateux : à droite, un fibrome complètement isolé de l'utérus et greffé entre deux anses intestinales.

Le 20 mars 1910, on pratique l'hystérectomie abdominale subtotale ; au moment où le péritoine pelvien étant fermé par un surjet on rentre l'intestin pour refermer le ventre, on sent une tumeur dans le mésentère. On étale sur des compresses cette tumeur et les anses intestinales auxquelles elle adhère, une anse grêle d'une part, et le côlon sigmoïde de l'autre.

La tumeur, qui adhère aux mésos de ces deux anses, est une tumeur jaunâtre du volume d'un œuf d'autruche; elle ne présente aucun pédicule, mais de très nombreuses petites adhérences vasculaires.

Les pièces enlevées comprennent d'une part un gros utérus fibromateux du poids de 1 kg. 845, et une deuxième tumeur qui était complètement isolée.

L'utérus fibromateux qui remplissait le bassin présentait sur sa face supérieure trois ou quatre fibromes pédiculés, et l'on remarque que ces noyaux fibromateux ne tenaient plus à l'utérus que par un pédicule réduit à la séreuse. En un point voisin du fond de l'utérus, on note une petite verrucosité isolée qui est probablement le vestige du pédicule du fibrome aberrant. Les annexes ne présentent rien de spécial, à part quelques petits kystes séreux ou hématiques sur l'ovaire droit.

La tumeur, qui était isolée dans la cavité péritonéale, est de forme ovoïde assez régulière et pèse 175 grammes, présentant à sa surface plusieurs dépressions. A la section de cette tumeur on note à la périphérie un tissu blanchâtre de consistance ferme; au centre, un tissu violacé très dur. A la coupe, ce tissu ressemble absolument au tissu des autres fibromes pédiculés encore appendus à la matrice. La surface extérieure de cette tumeur est inégale, verruqueuse, présentant de nombreuses adhérences vasculaires.

On ne saurait non plus dans ce cas douter qu'il s'agisse d'un fibrome utérin, dont le pédicule s'est résorbé. En effet, l'examen histologique a confirmé qu'il s'agissait d'un fibrome utérin.

Cette malade est morte le troisième jour, avec des phénomènes de pseudo-occlusion, pour laquelle on pratiqua un anus contre-nature. On n'hésite pas à admettre qu'il s'agissait d'une péritonite. Mais l'autopsie ayant été refusée, on n'a pu savoir quelle était la cause de celle-ci, faute d'asepsie, ou peut-être quelque fissure intestinale qui a pu se produire pendant la décortication de la tumeur incluse entre les anses intestinales.

Ces deux cas tendraient donc à prouver que ces tumeurs aberrantes présentent une certaine gravité parce qu'elles contractent des adhérences vasculaires intimes avec les organes voisins, d'où des difficultés opératoires un peu exceptionnelles.

M. DELORE. — Évidemment, il manque l'ovaire du côté droit, et très probablement il s'agit d'un kyste de l'ovaire, mais est-ce que M. Goullioud a fait faire l'examen histologique? Ne s'agit-il pas d'un kyste de l'ouraque? La question est, à la rigueur, discutable. J'ai eu l'occasion de voir il y a cinq ou six ans un kyste de l'ouraque énorme chez une jeune fille de 19 ans; nous

avons dit kyste de l'ovaire jusqu'à la fin de l'opération, où nous avons trouvé l'utérus et les annexes tout à fait sains ; à l'examen histologique, nous avons constaté qu'il s'agissait d'un kyste de l'ouraque.

D'autre part, j'ai eu l'occasion de voir deux kystes de l'ovaire complètement adhérents à la paroi abdominale, voilés en arrière par la membrane formée par le péritoine ; ces kystes se sont énucléés complètement sans qu'on trouve aucun pédicule ; ce seraient des kystes de l'ovaire qui se seraient séparés et qui auraient guéri ; je pose la question sans la trancher.

*
* *

OS PATHOLOGIQUES PRÉHISTORIQUES.

M. GANGOLPHE. — Je me permets de retenir votre attention pendant quelques minutes pour vous montrer des photographies de pièces osseuses, dont je regrette de ne pouvoir vous montrer les originaux ; l'intérêt de ces pièces est rétrospectif, car elles remontent bien à quelques milliers d'années. Ces pièces m'ont été présentées dans les conditions suivantes. Dans le courant de l'été dernier, je reçus du D^r Raymond une boîte renfermant un humérus et un cubitus ; j'ignorais jusqu'à ce jour que le D^r Raymond, agrégé, directeur de *la Revue préhistorique de Paris*, s'occupât de questions préhistoriques ; le D^r Raymond m'avait adressé autrefois plusieurs malades en consultation, et c'est en se rappelant ces souvenirs qu'il m'envoya ces pièces, se réservant de m'en faire connaître l'origine et la provenance. Comme vous le verrez sur les photographies, l'humérus était tuméfié dans la région diaphysaire ; l'épiphyse antérieure et la tête humérale manquaient ; à la surface osseuse, on voyait un travail périostotique avec un petit orifice vasculaire, mais en aucun point il n'était possible de retrouver de cloaque.

A première vue, il était inutile de penser à une lésion traumatique.

Ce premier coup d'œil jeté sur l'os, sur l'humérus, permettait de penser à un travail d'ostéo-myélite non suppurée. Une section faite à la scie sur cet os permit de voir dans l'intérieur du canal médullaire qu'il y avait eu une réduction de la coque

ancienne : en aucun point de travail de cloisonnement, en aucun point non plus de trace de séquestre. L'impression que j'avais, était qu'il s'agissait d'une lésion d'ostéomyélite gommeuse. En effet, cette impression-là, tous ceux qui voudront bien examiner la pièce la partageront avec [moi, surtout si l'on compare cet aspect avec l'aspect de ces os qui ont été recueillis sur des contemporains et que j'ai décrits dans une publication faite en 1883. Le cubitus était atteint d'un travail tout à fait analogue, mais moins intense ; on pouvait supposer que la coque ancienne avait disparu en grande partie et qu'il y avait de grandes cavités dans l'intérieur de l'os et là aussi une production d'os nouveau.

Ces deux pièces osseuses me parurent présenter des signes indubitables d'ostéomyélite.

Le D^r Raymond me fit connaître que ces os provenaient de recherches faites dans des grottes sépulcrales dans lesquelles on avait trouvé un grand nombre de pièces osseuses qui avaient été déposées dans le musée de Saint-Germain. Cette constatation prouvait donc que les lésions d'ostéomyélite chronique ressemblant beaucoup à l'ostéomyélite gommeuse existaient à cette époque. C'est la conclusion à laquelle je me rangeai.

Je crois que ce sont les seules pièces qui pourraient faire penser à l'origine très ancienne de la syphilis. Les documents qui tendent à faire croire qu'elle remonte à Christophe Colomb sont si peu démonstratifs que, d'après une étude faite par un auteur de Munich, ces différents travaux ne prouvent absolument rien ; les documents décrits d'après lesquels on discute et qui paraissent permettre de nier ou d'admettre l'ancienneté colombienne ou pré-colombienne de l'affection n'ont pas de valeur, il faut s'en rapporter aux pièces anatomiques ; or ces pièces sont rares.

Lortet avait cru trouver des traces de syphilis sur un crâne égyptien ; il s'agissait simplement d'un crâne travaillé par des insectes, certainement plusieurs milliers d'années après la mort du personnage.

Je crois donc que les pièces que je présente, si elles sont encore insuffisantes pour élucider la question, offrent du moins un très grand intérêt.

Au surplus, quand on regarde la collection du musée de Saint-Germain d'où proviennent ces pièces, assurément on voit

que beaucoup de lésions contemporaines existaient autrefois ; on a trouvé des lésions de tuberculose ; j'ai vu moi-même une pièce de mal de Pott ; la tuberculose existait donc à cette époque. D'autre part, on a trouvé du rachitisme sur des ossements recueillis dans la vallée de la Lozère ; il n'y a pas de motifs pour que la syphilis n'ait pas existé à cette époque, mais il n'y a pas de preuves suffisantes pour en certifier l'existence.

J'ajouterai un détail intéressant au sujet des lésions chirurgicales des ossements préhistoriques : nos ancêtres n'avaient pas de brownings, ils avaient simplement des flèches de silex, et ces flèches avaient assez de pénétration pour qu'on ait pu en trouver des fragments brisés dans un humérus et, d'autre part, dans deux colonnes vertébrales ; ces fragments de silex étaient fixés dans la partie antérieure de la colonne vertébrale, dans ce cas-là l'arme avait dû traverser toutes les parties molles.

Vous voyez donc que Mars et Vénus pouvaient déjà se disputer notre triste humanité à cette époque.

Séance du 25 avril 1912

Présidence de M. A. POLLOSSON

DE L'OCCLUSION POST-OPÉRATOIRE DANS LA JÉJUNOSTOMIE
(COUDURE BRUSQUE DE L'ANSE AU-DESSUS DE LA BOUCHE
INTESTINALE).

M. BÉRARD. — Depuis quatre ans, j'ai eu l'occasion de pratiquer une huitaine de fois la jéjunostomie : deux fois pour des ulcères de l'estomac avec hémorragies rebelles à répétition ; six fois pour des cancers avec sténose du pylore, trop étendus sur les parois pour qu'une gastro-entéro-anastomose fût possible. Mes deux opérés pour ulcères guérèrent tous deux dans de bonnes conditions ; ils ont quitté mon service, dans un cas, au bout de cinq semaines, la bouche de jéjunostomie déjà fermée spontanément ; dans l'autre, avec un orifice continent, que le malade laissa obturer un mois après son retour chez lui.

Dans les faits de cancers, les suites opératoires immédiates furent d'ordinaire satisfaisantes ; mais la survie dépassa rarement trois ou quatre mois. Dans un seul cas elle atteignit six mois, avec une bouche jéjunale continente. C'est que tous ces cancéreux jéjunostomisés avaient atteint un degré avancé de cachexie et étaient tous porteurs de tumeurs volumineuses, largement infiltrées dans les parois gastriques, avec des ganglions dans les épiploons, d'ordinaire de l'ascite, et parfois des noyaux secondaires dans le foie. Toutes les fois, en effet, où je trouve une surface saine, suffisamment étendue sur l'organe, je préfère la gastro-entéro-anastomose postérieure, ou même la gastro antérieure à la jéjunostomie.

Chez tous ces opérés, j'utilisai le procédé et la technique de Witzel-Eiselsberg, avec fixation verticale de l'anse à la paroi,

après enfouissement de la sonde sous un tunnel séro-séreux de 6 à 8 centimètres. Déjà chez les deux opérés antérieurs, j'avais constaté dans les jours qui suivirent l'intervention une gêne pour le passage de la bile et des liquides gastriques du bout supérieur du jéjunum dans le bout inférieur. Ces malades avaient présenté de la distension épigastrique, avec clapotage et péristaltisme visible; l'un d'eux, qui conservait quelque perméabilité du pylore, avait même rendu des vomissements bilieux. Ces accidents, indépendants de toute réaction du grand péritoine, survenus sans aucune élévation thermique, après des opérations particulièrement simples, pratiquées sous anesthésie très légère, avaient cédé à quelques jours de diète complète par la bouche, et au décubitus latéro-abdominal.

Aujourd'hui, l'observation que je rapporte a trait à une occlusion par coudure à angle aigu du jéjunum, immédiatement au-dessus de la bouche intestinale. L'autopsie nous a permis d'en relever toutes les particularités anatomiques.

OBSERVATION. — Il s'agit d'un homme de 50 ans, entré une première fois dans mon service au mois de novembre 1911, pour des douleurs épigastriques qui avaient débuté le mois auparavant. Ces douleurs survenaient de suite après le repas, avec des sensations de brûlure, de tiraillements, qui s'accroissaient peu à peu jusqu'à ce qu'un vomissement, parfois une véritable régurgitation, vint soulager l'estomac. Peu à peu, les souffrances s'étaient installées d'une façon continue, simplement exagérées par l'absorption des aliments.

A l'entrée dans le service, nous avons perçu, immédiatement au-dessous de l'appendice xiphoïde, une zone un peu rénitente, mal limitée, au niveau de laquelle la pression était mal tolérée. Il n'y avait pas de tension continue ou intermittente de l'estomac, pas de clapotage au-dessous de l'ombilic, pas de grands vomissements, pas de douleur en broche ou d'hématémèse, pas de sang dans les selles.

Pendant quelques jours, la dysphagie s'accroissait brusquement sous nos yeux. La plupart des aliments solides, surtout le pain, étaient régurgités aussitôt que le malade venait de les avaler. Les liquides tièdes, les potages passaient assez bien, mais les liquides froids provoquaient un spasme intolérant, qui semblait situé au niveau du cardia.

Ce spasme fut confirmé par M. Sargnon, qui avait bien voulu pratiquer l'œsophagoscopie, et qui n'avait trouvé aucune tumeur ou sténose en amont de l'orifice gastrique. Au cardia, le tube œsophagoscopique était arrêté un moment, puis il pénétrait sans nouvel effort dans l'estomac.

Bien que le malade ait été prévenu dès ce moment qu'il devrait sans doute subir une opération ; comme il avait été notablement amélioré par un régime liquide très surveillé, il préféra rentrer chez lui, où il put s'alimenter tant bien que mal, plutôt mal que bien jusqu'au 15 avril 1912.

A cette époque, il revint à l'Hôtel-Dieu, très cachectique, pâle, les malléoles infiltrées d'œdème, ayant maigri de 30 kilos depuis un an, souffrant de plus en plus, avec une sensation de constriction derrière l'appendice xiphoïde à chaque déglutition. La palpation de l'épigastre révélait un large plastron induré, mat à la percussion. Il y avait de l'ascite dans les points déclives de l'abdomen.

Le 18 avril, une intervention ayant été acceptée par le malade, nous fîmes d'abord, *sous anesthésie locale*, une laparotomie exploratrice sus-ombilicale. Elle nous permit de constater que toute la portion abordable de l'estomac était réduite à un boudin induré, infiltré de cancer, adhérent au foie, lui-même semé de taches blanches, avec des ganglions néoplasiques le long des deux courbures.

Seule une jéjunostomie était possible. Nous la fîmes immédiatement, sous anesthésie générale discontinuée, en prenant grand soin d'éviter toutes les causes de mauvaise circulation intestinale, c'est-à-dire suivant les indications de Witzel et Eiselsberg, en laissant 30 centimètres environ entre l'angle duodéno-jéjunal et la bouche intestinale, en fixant l'anse immédiatement au-dessus de l'ombilic et en prolongeant le surjet de fixation environ à 2 centimètres au-dessus du point par lequel la sonde émergerait de la paroi. Cette opération fut extrêmement simple ; le malade n'absorba que très peu d'un mélange éther et chloroforme. Il n'accusa, pendant les trois premiers jours, que la satisfaction de recevoir par la sonde des liquides alimentaires. Le troisième jour, les douleurs et le spasme œsophagien ayant cédé, il demanda et obtint l'autorisation d'absorber des liquides par la bouche. Il but ainsi dans l'espace de vingt-quatre heures la valeur de 1 litre. Dès le quatrième jour, au matin, il accusa une tension avec coliques douloureuses dans l'épigastre, sans vomissements. Il but quelques gorgées pour calmer ses malaises, mais son état empira brusquement, et dans la soirée il succomba sans avoir vomi, sans élévation thermique, sans réaction du grand péritoine.

L'autopsie fut pratiquée trente-six heures après. Nous avons trouvé notre anse jéjunale bien fixée, sans infection de la grande séreuse à son voisinage ou à distance. Mais tout l'espace libre entre la bouche jéjunale et l'insertion du méso-côlon était remplie par l'anse jéjunale d'amont, coudée à angle droit au niveau de l'abouchement à la paroi, du calibre d'une bouteille de 1 demi-litre environ, avec des éraillures du feuillet péritonéal comme si cette anse allait éclater. Et même, pendant les manœuvres de libération de cette anse, le péritoine se

décortiqua presque entièrement. Le duodénum était également distendu, et rempli d'un liquide bilieux, aussi bien au-dessus qu'au-dessous du passage des vaisseaux mésentériques. La grosse tubérosité de l'estomac, elle-même encore indemne de cancer, s'était laissée distendre par du liquide et des gaz. Il y avait donc, sans conteste, une occlusion mécanique par coudure à angle aigu du jéjunum, qui avait entraîné la mort chez ce sujet déjà très cachectique.

Nous avons cherché si dans les divers travaux consacrés à la jéjunostomie la genèse de tels accidents avait été étudiée. Voici ce que nous avons trouvé soit dans la thèse de David (Paris 1907), soit dans la thèse d'Augay (Lyon 1908), soit dans les mémoires originaux de Maydl, Eiselsberg, Pauchet, etc. La plupart des chirurgiens qui utilisent le procédé Witzel-Eiselsberg recommandent, comme nous l'avons fait, de laisser environ 25 à 30 centimètres entre l'angle duodéno-jéjunal et l'abouchement de l'intestin à la paroi, afin, disent-ils, de pouvoir faire cet abouchement assez bas, près de l'ombilic, et afin que l'anse, fixée verticalement au péritoine pariétal, sur 6 à 8 centimètres, soit assez longue pour décrire une certaine courbure entre ces deux points fixés. C'est d'ailleurs ce que l'on préconise également pour la gastro-entéro-anastomose postérieure. Nous faisons toujours nous-même cette dernière opération en fixant le jéjunum à la partie postérieure de l'estomac, environ à 30 centimètres à partir de l'anse libre. Cependant, déjà depuis longtemps, Ricard et Chevrier ont recommandé dans la gastro-entéro-anastomose postérieure, et afin d'éviter le *circulus vitiosus* par coudure, de suturer l'une à l'autre les surfaces gastriques et intestinales aussi voisines que possible de leur point fixe. Dans la gastro-entéro-anastomose antérieure et postérieure, également, afin d'éviter le *circulus vitiosus*, on a fait la gastro-entérotomie en Y de Roux, ou bien on a complété la gastro-ordinaire par une jéjuno-jéjunostomie au bouton, ainsi que le fait très souvent, je crois, M. Villard. De même, Maydl a préconisé ici la jéjunostomie en Y, et d'autres, avec Albert et Pauchet, ont complété la jéjunostomie, assurant l'écoulement de la bile vers la terminaison de l'intestin grêle. Je passe sous silence le procédé décrit par Chevrier dans la *Gazette des Hôpitaux* en 1907, qui avait pour but surtout d'assurer la continence de la bouche jéjunale.

A ne considérer que les statistiques, le procédé en Y de

Maydl serait le meilleur puisqu'il n'a donné, d'après Augay, que 15 p. 100 de mortalité avec une survie moyenne de quatre mois et demi, tandis qu'Eiselsberg accusait, avec le procédé de Witzel, 32 p. 100 de mortalité opératoire avec une survie moyenne de deux mois et demi. Mais il faut observer que Maydl a traité de parti pris par la jéjunostomie presque tous ses cancers de l'estomac avec sténose pylorique, tandis qu'Eiselsberg, comme la plupart d'entre nous, réservait la jéjunostomie aux cas les plus défavorables, aux malades cachectisés par une grosse tumeur qui avait déjà rendu toute gastro-entéro-anastomose irréalisable. Il est certain que, appliquée à ces derniers malades, la jéjunostomie en Y de Maydl les soumettrait à une épreuve opératoire trop longue et trop complexe. Il faut pour eux l'intervention minimum, la plus rapide et la moins douloureuse qui doit pouvoir se faire sous anesthésie locale.

D'autre part, si le Witzel est de pratique un peu plus simple, il me semble présenter l'inconvénient de faciliter la stase dans l'anse jéjunale en amont, en rétrécissant assez notablement le calibre du segment intestinal fixé à la paroi du fait de l'enfouissement de la sonde sous un tunnel séreux. En outre, le surjet de fixation verticale de l'intestin au péritoine pariétal exagère encore cet étranglement.

Je crois donc qu'il est d'une sage précaution de compléter le Witzel par l'anastomose rapide et facile des deux segments jéjunaux, en amont et en aval, au moyen du bouton. Peut-être pourrait-on aussi réduire au minimum la distance entre l'angle duodéno-jéjunal et la stomie, en amenant l'anse obliquement, de haut en bas, et de gauche à droite, directement jusqu'à la bouche créée aussi bas que possible, à l'ombilic, par exemple, en fixant l'anse obliquement à la paroi sans enfouissement à la Witzel, mais avec une simple valvule, à la Fontan, de façon à assurer une circulation directe et facile de la bile et des liquides gastriques. On éviterait peut-être que le côlon transverse et l'épiploon prolabés appuyant de tout leur poids sur l'anse jéjunale laissée en baldaquin ne la coudent brusquement ou progressivement au niveau de la stomie.

Comme le nombre des opérations de jéjunostomie pour cancer de l'estomac n'est pas encore très considérable, il serait à souhaiter que tous les faits comparables au nôtre fussent

analysés et commentés, de façon à pouvoir fixer ce point important de technique et de pronostic opératoire.

M. DESTOT. — Un premier point me paraît spécialement intéressant dans l'observation de M. Bérard, c'est le spasme œsophagien; on voit souvent des gens qu'on vous amène pour examiner leur œsophage, et qui ont un cancer de l'estomac. J'ai vu un malade, qui m'était adressé pour rechercher un anévrisme de l'aorte; ce malade avait un symptôme curieux: le cachet de bismuth remontait dans l'œsophage comme un œuf sur un jet d'eau, et pourtant il était facile de passer par l'œsophage une sonde d'assez gros calibre sans rencontrer aucun obstacle. Le malade présentait tous les signes de cancer de l'œsophage ou d'anévrisme de l'aorte. Ce malade fut opéré par M. Vallas. L'intervention montra un cancer de l'estomac si étendu qu'il fut difficile de trouver un espace libre pour faire une gastro-entérostomose.

Bref, au point de vue pratique, il est souvent très difficile de faire un diagnostic, même avec l'œsophagoscope, et de savoir s'il y a cancer ou non. On peut même voir des malades chez lesquels des tumeurs de voisinage déterminent des spasmes œsophagiens marqués.

Dans l'observation de M. Bérard, il y a donc ce premier fait intéressant au point de vue du diagnostic médical.

Il y a en plus autre chose que je voudrais relever, c'est l'explication mécanique de l'occlusion intestinale; je voudrais faire remarquer qu'on voit souvent des gens qui se présentent avec un énorme estomac descendant jusqu'au pubis, avec des phénomènes de rétention, et qui n'ont ni vomissements ni symptômes graves; chez ces malades, chose curieuse, on ne trouve aucun obstacle mécanique ni sur le pylore ni ailleurs; on fait une gastro-entérostomose et, malgré une ouverture large, on voit persister la rétention: l'estomac ne s'évacue pas. Ce phénomène est inexplicable; un estomac à deux trous, l'un normal et l'autre chirurgical; on y coule la bouillie de bismuth et rien ne passe par les trous, et cela pendant sept, huit ou dix heures!

J'ai vu ce cas se produire sept ou huit fois chez des femmes neurasthéniques. On peut imaginer des théories, mais le fait brutal est là, et on ne le comprend guère. Ne se produirait-il pas, dans certaines circonstances, une paralysie totale de l'estomac qui déterminerait secondairement cette obstruction? C'est une hypothèse que je propose.

M. DELORE. — Évidemment, il y a des malades qui ont l'estomac très dilaté et qui ne sont pas du tout soulagés par une gastro-anastomose; j'en ai observé un certain nombre, mais n'est-ce pas parce que l'on est arrivé trop tard? L'estomac est comme une vessie sur laquelle il faut presser pour la vider quand elle est forcée; il faudrait également presser sur l'estomac pour le vider quand il est forcé. Lorsqu'on met

une sonde dans certaines vessies, il ne sort que quelques gouttes d'urine; dans l'estomac il en est de même quand la musculature est à bout.

M. DESTOT. — C'est une explication, mais je ne crois pas qu'on puisse comparer l'estomac à la vessie. Au point de vue mécanique, qu'on prenne une vessie de porc remplie de liquide, qu'on fasse un trou au fond, elle laissera écouler son contenu.

Malgré l'observation de M. Delore, je crois insuffisante l'atonie musculaire pour expliquer le fait.

M. GAYET. — Il ne faut pas comparer l'estomac anastomosé à une vessie à laquelle on fait un trou à l'air libre; lorsqu'il s'agit de l'estomac, il n'y a pas de raison pour que le liquide coule dans l'intestin. M. Bérard a proposé de faire un abouchement entre les deux portions de l'anse fistulisée; ce procédé, je l'ai appliqué deux fois, ayant été frappé des inconvénients de Witzel; j'ai eu quand même des ennuis au niveau de l'orifice jéjuno-cutané.

M. VALLAS. — Je n'ai pas une grande expérience de cette question; lorsque j'ai fait cette intervention, je n'ai pas eu d'occlusion intestinale, mais, cependant, je n'en ai pas fait un assez grand nombre pour pouvoir affirmer que je n'en aurais pas eu; il me semble cependant que les conditions dans lesquelles on place la première anse grêle dans la jéjunostomie sont des conditions analogues à celles où on la met dans la gastro-entérostomie. Or, dans la gastro-entérostomie, certains auteurs ont eu des accidents. M. Villard a, m'a-t-on dit, cru devoir renoncer, pour cela probablement, à la postérieure, et fait toujours l'antérieure, avec abouchement latéral. Si M. Villard a des accidents de ce genre, là où moi je n'en ai pas, il doit y avoir quelque chose de particulier à lui et non au procédé, puisque ayant fait des quantités de gastro-entérostomies postérieures, je n'ai jamais eu de troubles. Je ne suis pas plus habile que M. Villard, mais il est probable que je tends la première anse grêle dans des conditions favorables, différentes de celle où la place M. Villard. Or, cette première anse grêle est, là, placée dans une position identique à celle où on la met dans la jéjunostomie. Quand j'ai fait une jéjunostomie, j'ai pris la première anse grêle et je l'ai tendue dans les limites où je le fais dans les gastro-entérostomies, et je n'ai pas eu d'accident. Il est probable que c'est dans la position de l'anse que tout réside.

Quant à la parésie gastrique dont a parlé M. Destot, je crois bien qu'il faut reconnaître notre ignorance causale sur ce point. Je ne trouve pas suffisante l'explication de M. Delore. Dans quels cas voit-on la parésie gastrique? C'est lorsqu'il y a de la sténose pylorique vraie; or dans ces cas, même avec un estomac qui descend jusqu'au pubis, qui a

été forcé, faites une gastro-entérostomie, la guérison est certaine ; au contraire, lorsqu'on a un pylore perméable, un estomac encore bon mais qui ne se vide pas, si on fait une bouche nouvelle, l'estomac percé reste atone et ne se vide pas davantage.

J'ai toujours remarqué que lorsqu'on ne trouvait aucune lésion, il fallait être réservé sur le résultat ultérieur.

M. BÉRARD. — Au sujet de cette deuxième partie de la discussion, je viens simplement répéter ce qui a été dit depuis des années par tous les médecins et chirurgiens de l'estomac : c'est que la gastro-entérostomie ne donne aucun soulagement, souvent, aux sujets que l'on a opérés pour combattre les phénomènes de rétention gastrique, lorsqu'il n'y a pas d'obstacle mécanique.

J'ai opéré ainsi deux sujets : une femme, à l'hôpital de la Croix-Rousse, dont l'estomac descendait jusqu'au pubis, sous l'écran radioscopique. Je lui ai fait une gastro postérieure sans avoir constaté d'obstacle mécanique au pylore, et son estomac clapotait après comme avant l'opération ; elle éprouvait les mêmes malaises, et pourtant, deux ans après, on pouvait constater, sous l'écran, que la stomie fonctionnait largement. Chez un homme opéré par moi il y a deux ans ; dans des conditions analgues, même échec thérapeutique, et pourtant ce névropathe, aérophage, gonflait à volonté, non seulement son estomac, resté énorme, mais encore son intestin grêle, que l'on voyait se dessiner aussitôt sous la paroi abdominale souple et amaigrie. Les gaz passaient ; les liquides restaient en rétention.

Quant à la question de la couture de l'anse dans la jéjunostomie, je me déclare aussi peu éclairé qu'avant la discussion ; je voudrais bien, si on observe des cas dans l'avenir, qu'on m'en donnât l'explication.

M. Gayet dit : j'ai eu des incontinenances et du reflux au dehors, malgré la jéjuno-jéjunostomie complémentaire. Je crois qu'en combinant le Witzel avec le bouton, si on fait un baldaquin en prenant l'anse suffisamment longue, le système de canalisation doit fonctionner. Peut-être aussi M. Vallas a-t-il raison, en prenant deux points adhérents aussi rapprochés que possible, l'angle duodéno-jéjunal et la première anse du jéjunum tendue directement et un peu obliquement en bas jusqu'à l'emplacement de la stomie vers l'ombilic.

M. DESTOT. — Chez les malades dont j'ai parlé, il y a quelquefois une onde péristaltique telle qu'on croit à un obstacle, alors qu'il n'en existe pas ; on voit tellement l'anse intestinale, qu'on croit à une obstruction absolue. Je crois qu'il y a là une question de physiologie pathologique qui n'est pas encore résolue, qu'il faudrait résoudre et qui pourrait expliquer certains cas de chirurgie.

CANCER DU PLANCHER BUCCAL.

M. VALLAS. — Je désire vous présenter deux malades que j'ai opérés pour des cancers assez étendus; ce ne sont pas là des résultats trop éloignés, mais leur histoire présente quelque intérêt au point de vue de certains détails post-opératoires.

Voici d'abord un malade que j'ai opéré il y a cinq mois; il présentait une lésion étendue, comme vous le voyez sur cette pièce : le frein de la langue, le plancher étaient pris dans la moitié gauche sur une assez grande étendue, ainsi que les ganglions; ce malade avait des douleurs considérables dans l'oreille. Je l'ai opéré suivant la technique que j'ai décrite bien souvent, en enlevant en un seul bloc la tumeur, le maxillaire inférieur et le plancher. Il a rapidement guéri, et il est venu se montrer aujourd'hui.

En examinant la pièce, vous pourrez vous rendre compte de l'étendue de la lésion, et en examinant le malade, vous verrez le résultat esthétique satisfaisant qui a été obtenu, quoiqu'il n'y ait pas du tout de prothèse. En suivant mes règles opératoires habituelles, toutes les incisions sont dans la région sous-maxillaire et sur le cou, le masque facial est respecté autant qu'il peut l'être, et surtout, la lèvre inférieure garde sa mobilité et sa tonicité, de sorte que la perte spontanée de la salive est relativement très peu considérable. L'alimentation, chez ce malade, se fait d'une façon largement suffisante puisqu'il a certainement repris et a beaucoup changé depuis son intervention.

Ce que je désirerais, c'est que vous regardiez chez ce malade la façon dont le plancher de la bouche a été enlevé. Comme vous le voyez sur la pièce, la moitié antérieure de la langue a été enlevée, et c'est le moignon lingual qui a été suturé à la portion pendante de la joue et de la lèvre pour constituer un plancher. Le malade se fait très bien comprendre de tout le monde, même de ceux qui ne sont pas habitués à l'entendre. Vous verrez qu'il a un maxillaire inférieur droit qui est projeté au milieu de la bouche parce qu'il n'y a pas eu moyen de faire une prothèse immédiate; vous verrez la muqueuse du dos de la langue qui reste enfouie au fond du plancher buccal, adhérente à la joue et à la lèvre, et constituant

une sorte de gouttière dans laquelle les aliments glissent avec la plus grande facilité.

Ce résultat date de six mois ; je ne vous le présente donc pas comme un résultat bien éloigné, mais c'est un résultat si satisfaisant, que le malade est venu voir s'il n'y aurait pas moyen de lui faire une prothèse secondaire.

Le deuxième malade a été opéré plus récemment ; vous pourrez voir, sur la pièce, qu'il présentait à peu près une lésion de la même étendue que la précédente. Il souffrait beaucoup ; je l'ai opéré le 1^{er} avril, en suivant toujours le même procédé ; les incisions ont été faites dans la région cervicale, elles sont à peu près cicatrisées, et au bout d'un mois il ne reste qu'une petite fistulette.

Ce malade, qui se lève depuis quinze jours, a donc été cicatrisé en un mois. Je ne parle pas de lui au point de vue du résultat définitif, mais j'ai voulu vous le montrer, par comparaison avec l'autre.

Le plancher de la bouche a été formé de la même façon ; il y aura une certaine déformation du maxillaire, mais lorsque la rétraction cicatricielle sera effectuée, la joue s'aplatira et les deux résultats seront identiques.

Ce qui constitue le plus grand danger chez ces malades, c'est la pneumonie, et les premières années où j'ai fait cette intervention, j'avais une mortalité très considérable ; depuis quatre ou cinq ans, les statistiques de néoplasmes du plancher de la bouche opérés se sont améliorées dans de grandes proportions, et je dois dire que c'est depuis que j'ai changé de salle et de système : depuis que j'ai dans ma salle une sœur qui s'occupe de soigner les malades activement, comme on doit le faire, la mortalité est tombée de 42 p. 100 à 15 p. 100. Je parle, bien entendu, de mortalité immédiate. Cela est dû aux soins post-opératoires, aux soins jaloux avec lesquels les lavages doivent être faits à toutes les heures, les malades surveillés au point de vue de dyspnée et des complications pulmonaires ; cela tient aussi à ce que je fais lever mes malades le plus vite possible. Dès que le shok est dissipé — et je dois dire que mes malades ont beaucoup moins de shok qu'autrefois, parce que, ayant beaucoup plus l'habitude de ces interventions, j'arrive rapidement et facilement à enlever la tumeur — je termine l'intervention en 35 ou 40 minutes. Comme il n'y a

qu'une perte de sang peu considérable, le shok est très diminué. Il m'est arrivé de faire lever des malades au troisième ou au quatrième jour; je gagne ainsi largement 50 p. 100 de chances au point de vue de la pneumonie. C'est surtout à ce point de vue que j'ai voulu vous présenter ces deux malades, qui sont de beaux exemples de guérison rapide pour de grosses lésions; ils montrent le résultat brut de l'intervention sans aucune espèce de prothèse; la prothèse immédiate est impossible dans ces cas; quant à la prothèse tardive, tout est prêt maintenant chez eux pour recevoir un appareil: la muqueuse est lisse, libre, elle peut très bien se laisser distendre et supporter n'importe quel appareil de prothèse.

M. BÉRARD. — Je désirerais demander à M. Vallas un renseignement. N'a-t-il jamais eu d'inconvénients en suturant la langue en avant; j'ai fait quelques-unes de ces opérations, et j'ai eu naturellement des déboires: c'était à l'époque où M. Martin passait dans les salles. Il disait que lorsque la langue est attirée et suturée en avant, l'épiglotte est moins mobile, et les malades font de la pneumonie de déglutition. Était-ce là une simple vue de l'esprit?

Quant aux résultats, je crois bien qu'ils tiennent surtout au changement de milieu plutôt qu'au changement de personnel. J'ai la même sœur qu'avait M. Vallas il y a quelques années. Or, depuis que j'ai des salles restreintes, avec box séparés, depuis que j'opère avec l'anesthésie locale, je perds beaucoup moins de malades. J'ai eu récemment un certain nombre de cas très graves, et je n'ai eu aucun décès. Je crois donc que c'est aussi une question de local.

M. VALLAS. — Au point de vue de la protection plus ou moins grande de l'orifice laryngé, je crois bien que ce que disait M. Martin est vrai; lorsqu'on fait une prothèse immédiate, les tissus sont assez écartés; on est obligé de suturer la langue dans des conditions un peu forcées et peut-être cette position obture-t-elle l'orifice du larynx, ce qui peut gêner les mouvements de déglutition et favoriser la pneumonie. D'ailleurs, je ne fais plus de prothèse immédiate après ces énormes interventions; je suture ce qui reste du moignon lingual à la muqueuse de la joue et de la lèvre, sans violenter les tissus par une pièce, mais en laissant le simple jeu des tissus; la langue reprend sa position normale, elle n'a pas à lutter contre une pièce, elle entraîne la joue et la lèvre à se mettre en dos d'âne, et la défense naturelle de cette région peut se faire de cette façon-là. Je crois que c'est à la présence ou l'absence de pièces de prothèse qu'il faut attribuer la plus ou moins grande fréquence de la pneumonie en pareil cas.

KYSTE DE L'OVAIRE.

M. SANTY, au nom de M. Pollosson, présente un kyste de l'ovaire enlevé chez une femme enceinte.

M. POLLOSSON. — Cette pièce ne présente d'intérêt qu'à cause de la question du diagnostic qu'on pouvait faire dans ce cas : coïncidence d'une grossesse tubaire avec une grossesse utérine, étant donnée l'histoire et l'examen objectif qui s'est trouvé exact et qu'on pouvait fortement discuter l'existence d'une grossesse avec kyste.

M. BÉRARD. — Est-ce un kyste ovarique ou un kyste parovarique ?

M. POLLOSSON. — C'est un kyste ovarique.

M. BÉRARD. — J'ai eu l'occasion d'opérer, l'an dernier, une femme que j'avais déjà opérée huit ans auparavant pour un kyste parovarique adhérent à l'ovaire droit. J'avais enlevé l'ovaire et le kyste. Elle est revenue me trouver enceinte de trois mois avec un kyste de l'ovaire gauche.

Je l'ai opérée d'un second kyste volumineux parovarique, et j'ai enlevé les annexes gauches avec le kyste. Cette femme a pourtant terminé sa grossesse et elle est accouchée d'un enfant bien constitué. Ce qu'il y a d'intéressant dans ce cas, c'est la continuation de la grossesse, malgré la suppression du second ovaire et par conséquent de toute sécrétion interstitielle, au troisième mois de la gravidité.

M. POLLOSSON. — La continuation de la grossesse après une opération pour un kyste de l'ovaire est liée uniquement à une question d'asepsie. Le cas dont vient de parler M. Bérard présente un grand intérêt à ce point de vue.

Le Gérant, D^r VALLAS.

— 077 —

Séance du 2 mai 1912

Présidence de M. AUBERT

DISLOCATION DU CARPE GAUCHE AVEC FRACTURE DU SCA-
PHOÏDE ET FRACTURE DE LA STYLOÏDE RADIALE, CONSÉ-
CUTIVE A UNE CHUTE DE CHEVAL SUR LE DOS DE LA MAIN.
RÉDUCTION LE LENDEMAIN DE L'ACCIDENT. RÉCUPÉRATION
COMPLÈTE DES MOUVEMENTS DU POIGNET.

M. VALLAS présente, au nom de M. Billet, répétiteur à l'Ecole du Service de Santé militaire, et à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant de la Société de chirurgie, l'observation suivante :

OBSERVATION (résumée). — M. B..., élève à l'Ecole du Service de Santé, tombe de cheval sur le côté gauche; le membre supérieur se trouve pris entre le corps et le sol, *la main étant en flexion forcée et en légère adduction.*

Sur-le-champ, on n'observe pas de signes bien nets, mais peu à peu le poignet augmente de volume, les mouvements de la main deviennent de plus en plus difficiles, de violentes douleurs apparaissent. Le lendemain matin, l'état du blessé, qui a dû être envoyé à l'hôpital Desgenettes, est le suivant :

La main est immobilisée, enclouée. Elle est en extension, la dernière phalange des doigts est très légèrement fléchie; le malade ne peut lui faire exécuter le moindre mouvement.

L'axe de la main est sensiblement dévié; il fait avec celui de l'avant-bras un angle des plus marqués ouvert en dehors.

On note enfin la déformation caractéristique du poignet, qui consiste dans un élargissement considérable du diamètre antéro-postérieur du poignet, siégeant, sans aucun doute possible, au-dessous de l'interligne radio-carpien.

Il n'existe pas, à la face antérieure, de saillie anormale localisée.

La palpation du squelette confirme ce que l'inspection permettait déjà de supposer : l'intégrité probable du radius et du cubitus, ou, en tout cas, l'absence de lésion importante de ces os : les apophyses styloïdes interne et externe ont leurs rapports normaux ; elles sont seulement douloureuses à la pression. (La radiographie démontrera qu'il existe une fracture du style radial.)

Par contre, la palpation du carpe va permettre d'affirmer les lésions sous-jacentes. Dans la tabatière anatomique, on perçoit une saillie anormale, exquisement douloureuse, qui révèle, à coup sûr, une fracture du scaphoïde.

Au-dessous de la lèvre postérieure du radius, on sent une dépression, puis une saillie volumineuse qui correspond au grand os.

A la face antérieure, pas plus à la palpation qu'à l'inspection, on n'arrive à percevoir de saillie anormale. Par contre, la pression sur le point qui correspond au semi-lunaire provoque des douleurs irradiées intolérables qui arrachent des cris au malade.

Il existe des troubles moteurs marqués : immobilité absolue de la main et des doigts ; des troubles sensitifs nets : diminution de la sensibilité de toute la face palmaire des doigts et de la main, et enfin, des douleurs irradiées extraordinairement vives, le long des nerfs médian et cubital, et qui causent au malade de telles souffrances qu'il demande à être soulagé sur-le-champ par n'importe quel moyen.

L'ensemble de ces signes pathognomoniques : déformation du poignet, déviation de l'axe de la main, saillie dorsale du grand os, troubles nerveux moteurs et sensitifs, rend le diagnostic évident : il s'agit d'une dislocation du carpe. La douleur et la saillie dans la tabatière anatomique permettent d'ajouter qu'il y a fracture du scaphoïde. Enfin, l'absence de saillie palmaire du semi-lunaire permet d'affirmer qu'il n'y a pas énucléation totale de cet os.

La radiographie confirme entièrement ce diagnostic ; elle le complète en démontrant l'existence d'une fracture de la styloïde radiale. Les lésions correspondent exactement au type anatomo-pathologique décrit par Tavernier dans sa thèse, sous la dénomination de « luxation dorsale du carpe, moins le semi-lunaire et le fragment proximal du scaphoïde fracturé ». Le semi-lunaire s'est décoiffé de la tête du grand os, il s'est luxé en avant, sans toutefois s'énucléer complètement et sans basculer, car ses cornes restent dirigées en bas ; il a entraîné dans son déplacement le fragment supérieur du scaphoïde fracturé.

La réduction, décidée aussitôt, fut effectuée sous anesthésie et la technique classique fut suivie presque exactement. Sans qu'un claquement net ait été perçu au cours des manœuvres de réduction, celle-ci parut obtenue du fait de la disparition de la déformation du poignet et de la déviation de la main sur l'avant-bras. En outre, quand le blessé se réveilla, il manifesta tout d'abord la disparition absolue des dou-

leurs épouvantables qu'il ressentait avant l'intervention, et il put, de suite, remuer la main et les doigts.

La radiographie, faite après le réveil, permit de constater que la réduction avait été complète : semi-lunaire et grand os avaient repris leurs connexions normales ; les deux fragments du scaphoïde étaient rapprochés et en bonne position.

Le blessé ne fut pas immobilisé dans un appareil plâtré, comme on le fait habituellement. Dès le troisième jour, on commença la mobilisation du poignet, après qu'on se fût assuré par la radiographie que cette mobilisation n'avait aucun effet fâcheux sur le bon maintien de la réduction, et quinze jours après l'accident, le blessé avait récupéré la totalité des mouvements du poignet.

Actuellement, plus d'un mois après l'accident, B... a un poignet qui fonctionne normalement ; il fait tout son service à l'École du Service de Santé, sauf les exercices d'escrime et d'équitation, qui seraient encore un peu trop dangereux.

M. Billet fait suivre son observation de quelques réflexions. Il montre tout d'abord la possibilité et les résultats heureux de la réduction de ces dislocations carpiennes, et son cas vient confirmer les idées émises dans cette Société sur la nécessité de toujours tenter la réduction en pareil cas.

Il montre en outre que, dans certaines circonstances, et bien que la pathogénie n'en ait pas encore été expliquée bien clairement, les *chutes sur le dos de la main peuvent produire des lésions en tous points analogues à celles qui sont consécutives à des chutes sur la paume.*

Enfin, il n'est pas indispensable d'immobiliser de pareils malades en appareil plâtré, une fois la réduction obtenue. On ne peut que gagner à les immobiliser précocement.

M. LE PRÉSIDENT. — Le mémoire de M. Billet sera transmis à une commission composée de MM. Vallas, Destot et Desgouttes.

*
* *

SUR DEUX CAS D'ANESTHÉSIE RACHIDIENNE.

M. DURAND. — Permettez-moi de vous faire une communication sur deux cas d'anesthésie rachidienne.

A Lyon, nous sommes tellement satisfaits de l'éther, que nous ne nous sommes guère laissés prendre aux charmes de

l'anesthésie rachidienne. La plupart d'entre nous n'affectionnent guère les méthodes nouvelles qui ne donnent comme indication que les contre-indications à l'anesthésie générale par la voie pulmonaire.

Je ne veux pas faire de comparaison entre ces deux modes si différents, je veux simplement vous rapporter deux cas d'anesthésie rachidienne, et je crois bien que je continuerai dans cette voie, à moins que je n'aie des accidents qui m'arrêtent.

OBSERVATION. — La première malade dont je désire vous parler était entrée dans mon service pour une énorme hernie ombilicale ; il s'agissait d'une de ces femmes plus large que haute et qui ne pesait pas moins de 120 kilos ; elle présentait, sur un énorme abdomen, une grosse hernie ombilicale qui s'était étranglée deux jours auparavant, et lorsqu'on l'amena dans mon service elle avait un pouls à 160 ; elle respirait à peine, si bien que le chirurgien de garde l'avait trouvée tellement shokée par le transport, qu'il avait jugé bon de différer de quelques heures l'intervention. Je crois qu'il eut raison, car au bout de quelques heures la respiration était plus facile et je pus intervenir dans des conditions sinon meilleures, au moins un peu moins désastreuses.

L'idée me vint que cette femme pourrait bien bénéficier des indications de l'anesthésie rachidienne, puisqu'elle présentait une contre-indication presque absolue à l'anesthésie par les moyens ordinaires. Je priai donc M. Gayet, qui a déjà l'habitude de cette anesthésie, de vouloir bien la pratiquer pendant que je me préparais à faire l'intervention, et j'eus le plaisir et la chance d'être assisté de M. Tavernier, dont l'aide me fut particulièrement précieuse. M. Gayet fit une injection de quelques centigrammes de novocaïne suivant la technique habituelle, en retirant un peu de liquide céphalo-rachidien, et en injectant une quantité telle que le sérum, le liquide injecté, ne crée pas de surtension ; j'attendis le temps voulu, puis je fis mon opération. A ce moment-là, le pouls était excellent, beaucoup moins mauvais qu'au moment où notre collègue l'avait vu.

Pendant toute l'intervention et pendant les heures qui ont suivi, le pouls n'a absolument pas varié, la respiration n'avait, non plus, subi aucune modification, tout s'est passé d'une façon absolument régulière ; l'opération, pourtant, dura plus d'une heure ; il s'agissait d'une énorme hernie et je dus réséquer une anse de 30 centimètres complètement gangrénée avec un gros paquet d'épiploon souillé au contact de l'intestin.

Je passe sur les détails de l'intervention ; j'ai employé la vieille méthode de Mollière, en entrant d'abord dans le ventre et n'ouvrant le sac qu'à la fin de l'intervention. Cette technique me donna toute satisfaction et l'opération put être menée à bien dans des conditions tout à fait satisfaisantes ; la malade guérit de son intervention.

Ce n'est pas sur cette guérison que je veux insister, mais seulement sur le bénéfice considérable que cette malade a certainement retiré de l'anesthésie rachidienne par rachistovainisation; j'insiste sur ce fait que notre collègue, le chirurgien de garde, avait cru devoir ne pas toucher la malade à cause de l'état de son pouls et de son poumon, c'était donc une malade extraordinairement fragile et je suis bien persuadé que si on lui avait donné de l'éther, si on l'avait anesthésiée par la méthode ordinaire, elle ne s'en serait pas tirée. Pendant tout le temps de l'opération, tout s'est passé d'une façon parfaite au point de vue de l'anesthésie, c'est-à-dire que la malade ne sentait rien; cependant la réintégration fut pénible, étant donné que la malade poussait un peu. J'avais donc conservé de cette intervention le meilleur souvenir et je me proposais de recommencer lorsque, il y a quelques semaines, j'eus l'occasion de faire la même intervention.

OBSERVATION. — On amena dans mon service une malade qui était dans des conditions moins défavorables en principe et plus défavorables en fait que la précédente; il s'agissait d'une occlusion intestinale pour tumeur de l'S iliaque; cette tumeur avait été négligée et la malade n'était entrée que le douzième ou le quatorzième jour; elle était donc dans des conditions déplorables: c'était un de ces cas qui restent volontiers sur la table d'opération, soit par suite de vomissements, soit par choc opératoire.

J'ai pensé encore à utiliser la technique mise en œuvre lors de ma première intervention et je fis une laparotomie et un anus contre nature; on aurait peut-être pu faire l'anesthésie locale, mais la malade était dans des conditions telles qu'on pouvait essayer l'anesthésie rachidienne; la malade n'a rien senti; il n'y a absolument rien eu du côté du cœur et du poumon: il y a eu un peu de céphalée; les suites furent un peu fâcheuses, mais non pas à cause de la rachistovainisation: le résultat final n'a pas été aussi bon que précédemment, la malade est morte, mais elle n'est pas morte de l'intervention ni de son anesthésie, elle est morte de péritonite, parce qu'elle avait fait, à un moment où je ne m'en étais pas rendu compte, une perforation du côlon transverse au-dessus de la tumeur, d'où une péritonite dont elle est morte.

Ces deux cas n'ont rien de bien sensationnel; dans d'autres lieux que Lyon, ils doivent être légion, mais chez nous, à Lyon, je crois que cette méthode est encore peu appliquée, et c'est pour cela qu'il m'a paru intéressant de vous rapporter ces

deux cas pour vous donner l'occasion de rapporter ceux que vous-mêmes aurez pu observer, de façon à voir si, lorsque des malades ont le cœur et le poumon qui ne permettent guère l'anesthésie, il ne serait pas meilleur d'avoir recours de temps en temps à cette méthode, qui a certainement quelques protagonistes, comme MM. Pollosson, Gayet, mais qui doit pouvoir être utilisée lorsqu'il y a des contre-indications à l'anesthésie par inhalation.

M. BÉRARD. — De ces deux observations, je ne peux pas juger la première, car je n'ai pas la pratique de l'anesthésie rachidienne. Au sujet de la deuxième observation, je crois que, si on ne peut pas endormir pour faire un anus contre nature, il faut se borner à faire une anesthésie locale ; depuis deux ans, je fais toujours ainsi et toujours j'ai pu faire une opération extrêmement simple et rapide.

Au reste, pour toutes les petites opérations sur l'abdomen, je fais l'anesthésie locale et je m'en trouve très bien.

M. VILLARD. — J'entends si souvent parler d'anesthésie locale dans la chirurgie abdominale, que je voudrais bien qu'on me donnât quelques détails sur la technique à employer ; je l'ai essayée quelquefois, sur l'inspiration de nos collègues de l'armée, qui la font si souvent, mes malades ont toujours souffert, et j'ai toujours dû terminer par l'anesthésie générale. Quand j'ai fait des cures radicales de hernie, j'ai trouvé que cela compliquait beaucoup l'acte opératoire, il fallait anesthésier la peau, puis anesthésier les muscles, et avec tout cela, l'opération était douloureuse, de sorte que, en dehors des lésions cutanées, de certains lipomes superficiels pour lesquels l'anesthésie locale m'a paru merveilleuse, je trouve que lorsqu'il faut aller profondément, l'anesthésie est toujours douloureuse. Est-ce parce que je n'emploie pas la bonne technique ?

M. BÉRARD. — L'anesthésie à la cocaïne demande surtout un peu de patience ; il faut attendre 20 à 25 minutes avant de commencer l'opération ; il ne suffit pas de dire : nous allons faire l'anesthésie locale, et laisser à l'interne le soin de la faire, car celui-ci le dit à l'externe, qui ne la fait pas ; on amène alors le malade, on se dépêche de lui injecter de la cocaïne, et on l'opère cinq minutes après : dans ces conditions, rien d'étonnant à ce que le malade ne soit pas anesthésié. Il faut que l'anesthésie soit faite 15 ou 20 minutes avant l'opération ; il faut une infiltration large avec de la novocaïne, qui n'est pas dangereuse, et dont les qualités toxiques sont inférieures à celles de la cocaïne ; il faut infiltrer non seulement la peau, mais aller plus profondément, en injecter 10 à 15 centimètres cubes, de manière à pénétrer tous les filets fibreux.

M. VILLARD. — J'ai l'impression que l'anesthésie locale anesthésie très bien la peau, mais non les parties profondes ; c'est pour cela que je crois que pour l'anesthésie cutanée, il faut attendre, mais pas très longtemps ; je me suis fait de l'anesthésie locale moi-même, je l'ai trouvée admirable, mais pour la peau seulement ; dès qu'on va dans la profondeur, on retrouve la sensibilité normale.

*
* *

TARSECTOMIE TOTALE AVEC CONSERVATION DU CALCANÉUM.

M. VALLAS. — Je désire vous présenter un résultat éloigné intéressant :

OBSERVATION. — Cette femme est rentrée dans mon service, il y a quelques années, à la suite d'une infection puerpérale avec des signes de suppuration articulaire grave.

Après quelques interventions partielles de drainage, la température continua à rester élevée. Je décidai de pratiquer une opération sur le squelette qui mit au grand jour tous les interlignes articulaires du tarse. Je pratiquai une tarsectomie totale antérieure et postérieure, en conservant cependant le calcanéum.

Voici le résultat obtenu. La malade marche bien et possède un pied, ayant conservé une esthétique suffisante dont elle se sert parfaitement, puisqu'elle peut se tenir debout toute la journée, faire des courses, etc.

C'est par le plus grand des hasards que j'ai retrouvé cette femme, qui est venue me présenter son enfant. Lorsque j'ai vu le résultat qui avait été obtenu, j'ai cru intéressant de vous la présenter ; on peut considérer ce résultat comme définitif, tout est parfaitement guéri.

Le résultat diffère de celui de l'astragalectomie simple, en ce que le pied est complètement ankylosé ; cette suppression de toute espèce de mouvement est-elle produite par l'intervention ou, au contraire, tient-elle à ce que nous avons eu affaire à une suppuration et que les cartilages ayant été détruits, l'ankylose s'en est suivie ? Je ne sais pas, mais, même dans l'état actuel, avec l'ankylose, il est incontestable que ce point constitue quelque chose de très supérieur à ce que nous aurait donné une désarticulation de Syme et, à plus forte raison, une amputation.

M. VILLARD. — Le résultat obtenu est extraordinaire ; on ne dirait

pas qu'on a enlevé tout le tarse : ce pied est dans une très bonne situation et très solide.

M. BÉRARD. — Il y a une autre remarque à faire : l'ablation de l'astragale donne habituellement un pied creux, tandis que celui-ci est un pied plat ; cette malade paraît avoir un pied très solide.

Séance du 9 mai 1912

Présidence de M. A. POLLOSSON

INTERVENTIONS MULTIPLES SUR LES RÉGIONS MASTOÏDIENNES
ET CRANIENNES POUR DES TROUBLES INFLAMMATOIRES ET
NERVEUX PSYCHIQUES, CONSÉCUTIFS A UNE OTITE MOYENNE
AVEC SIMULATION.

M. BÉRARD. — Le malade qui fait l'objet de cette communication est des plus complexes. A l'origine de l'affection actuelle se place une suppuration indéniable avec mastoïdite. Mais chez ce sujet, à antécédents nerveux chargés, et dont les capacités de simulation nous ont mis plusieurs fois en défaut, il est difficile d'interpréter exactement l'enchaînement des accidents; voici son histoire, telle qu'il nous l'a racontée pour la période antérieure à son entrée dans mon service.

OBSERVATION. — B... (E.), 28 ans, est admis à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Louis, le 9 mars 1912.

Antécédents héréditaires. — Père mort après tumeur blanche probable du genou; mère bien portante. Le malade a eu douze frères et une sœur; une sœur morte de tuberculose pulmonaire il y a trois ans; un frère mort à 4 ans, de méningite, un autre mort de fièvre typhoïde.

Personnellement, enfance malade, convulsions, caractère inquiet et agité. Otorrhée à 25 ans; [l'écoulement de pus dure un an, sans douleurs. Un jour, le pus cesse de couler: fièvre, céphalée. Le malade entre à l'hôpital Lariboisière en janvier 1910: on fait une trépanation de la mastoïde; une grande quantité de pus s'écoule et continue à s'évacuer par l'orifice pendant quelques jours. Dès que cette ouverture est comblée, le pus reparait dans le conduit auditif.

Quatre mois après cette première mastoïdite, nouvelle rétention de pus, nouvel accès douloureux. Le malade était alors à Melun. On agrandit la première brèche et la guérison semble plus durable.

Il y a un an, le malade — charretier-haleur — prétend avoir reçu un coup de pied de cheval dans la région occipito-pariétale gauche. Il ne perdit pas connaissance, mais fut simplement étourdi : il resta deux jours au repos, sans juger nécessaire de consulter un médecin. La petite plaie du cuir chevelu produite par le traumatisme fut guérie en huit jours. La malade reprit sa vie active, conduisant les chevaux de halage de Paris à Marseille, faisant parfois des étapes de 30 kilomètres.

Trois mois plus tard, en avril 1911, le malade « fut en proie à une céphalalgie si violente qu'il s'arrachait les cheveux ». Il fut apporté de nouveau à Lariboisière dans un état comateux. Trois jours après son entrée, on le trépane : un volet osseux est relevé derrière la mastoïde. On ne trouve plus alors d'abcès ; pendant quinze jours, la température reste très élevée, le malade omnubilé. En faisant un pansement et en retirant une mèche, le chirurgien voit sortir un flot de pus ; il agrandit alors l'ouverture aux dépens du pariétal gauche et trouve encore deux ou trois cuillerées à soupe de pus ; il met des drains au-dessus de la mastoïde, le pus continue à sourdre pendant un mois et demi.

« Tout était guéri après deux mois, et le malade allait quitter l'hôpital, lorsque apparut une tuméfaction assez marquée au niveau du pariétal (partie antéro-supérieure). On fit une troisième trépanation sans retrouver de pus. Le lendemain, interrogé par le chirurgien sur son état, le malade ne put répondre ; par signes, il fit comprendre que son bras droit était paralysé. Les troubles de la parole durèrent trois semaines : le blessé ne pouvait trouver ses mots, et, en particulier, les dernières syllabes. La parésie du bras dura deux mois : il avait de la difficulté pour saisir et surtout pour retenir les objets ; sa cuiller s'échappait des doigts. Troubles aussi des centres de la vision. En outre, le malade ne comprenait pas ce qu'il lisait et lui qui avait, dit-il, une bonne instruction, ne sait plus écrire. Il voit double parfois. Sa force est restée très diminuée. »

Le 8 mars 1912, cet homme est à Lyon. Il prend une syncope sur la place Bellecour. Relevé par des étudiants, il est apporté à l'Hôtel-Dieu. Au moment de la chute, hémorragie au niveau de l'ancienne trépanation et épistaxis.

A l'hôpital, nouvelle syncope. Une ponction lombaire ne retire que du liquide un peu rosé, sans leucocytes.

Interrogé le lendemain de son entrée à l'Hôtel-Dieu, le malade se plaint de céphalée intense localisée au côté gauche.

Sa parole est trainante, saccadée ; mais ses réponses sont claires et paraissent exactes.

Pas de troubles de la sensibilité. Pas de paralysie. Réflexes normaux.

Pouls à 78. T. oscillante, entre 37° et 39° 5.

Les pupilles réagissent bien, pas d'œdème de la papille. Absence complète de papillite.

Pas d'hémianopsie. Pas de diplopie. Pas de rétrécissement du champ visuel. Aucune paralysie de la musculature externe.

Le 12 mars 1912. — Le malade souffrant toujours au contact de toute sa cicatrice de craniectomie et au niveau de la mastoïde, je décide de réintervenir en suivant le chemin des lésions propagées, c'est-à-dire, en commençant par l'évidement mastoïdien, pour me porter vers le sinus, la dure-mère, et, s'il y a lieu, vers le lobe temporal.

Ce programme est exécuté à la lettre. A la gouge et au davier, est taillée, dans la mastoïde, une brèche ayant les dimensions d'une pièce de 2 francs. Dans cet évidement, nous ne rencontrons pas de pus dans l'antra mastoïdien, ni autour du sinus latéral, ni d'abcès sous-dural, mais une dure-mère gris ardoisé un peu livide, tendue, sans battements. Deux ponctions sont faites, l'une au point déclive, la deuxième au point le plus élevé de la dure-mère. Elles ne ramènent que du sang et du liquide céphalo-rachidien. Par l'orifice de ponction supérieure, avec une sonde cannelée, j'explore le cerveau dans la direction du ventricule latéral : cette exploration ramène 20 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien sous tension. Après cette exploration, la dure-mère bat. Toutes ces manœuvres sont gênées par des hémorragies profuses produites au niveau de la cicatrice de l'ancien lambeau ; dans la cicatrice fibreuse, qui donne peu de prise aux instruments, malgré nos précautions, deux ou trois grosses veines sont ouvertes. On arrête l'exploration à ce moment, on suture le lambeau pour faire l'hémostase et l'on tamponne par dessus.

11 mars 1912. — A 4 heures du matin, épistaxis violente, qui dure trois ou quatre minutes, coïncidant avec une poussée thermique. Le malade accuse une céphalée intense et diffuse. Il pousse des cris inarticulés.

15 mars. — On soulève le lambeau de craniectomie. Rien d'anormal.

25 mars. — Le malade a eu des vomissements et une nouvelle épistaxis. Ce matin, il est frappé d'aphasie et d'hémiplégie droite incomplète.

27 mars. — On soulève de nouveau le lambeau osseux sans trouver aucune collection au-dessous de lui.

29 mars. — En changeant les pièces du pansement, un peu de pus s'écoula de la profondeur de la mastoïde. A noter, en même temps, un œdème considérable de la face, *du côté gauche*, d'abord blanc, puis rosé.

3 avril 1912. — L'œdème a envahi toute la *moitié droite* de la tête. Le malade est dans le demi-coma, insensible à tout ce qui l'entoure.

7 avril. — Chute brusque de température. Le malade sort de sa torpeur.

10 avril. — Il se plaint de douleurs au niveau de la mastoïde du côté opposé. Œdème et douleur à la pression sur la pointe de cette mastoïde droite. L'examen du conduit auditif ne révèle rien.

19 avril. — Les douleurs subsistent avec de l'agitation et des cris. Après incision des téguments, on fait sauter à la gouge la paroi externe de la mastoïde droite. Pas de lésions sous-jacentes soit au voisinage du sinus, soit dans l'antré mastoïdien. A cause de l'œdème du cuir chevelu dans la région temporale droite, on pratique à la fraise de Doyen un petit orifice au-dessus de la mastoïde : il n'y a pas de collection. On fait, sur la dure-mère, une incision en croix pour créer une cicatrice filtrante et amener de la décompression cérébrale.

22 avril. — Le malade présente de nouveau des plaques limitées d'œdème, à la région malaire, côté droit et côté gauche, à la région temporale droite et au menton côté droit. Les douleurs de tête n'ont pas diminué. Malgré sa température élevée et oscillant entre 37° 6 et 40° 3, il a conservé toute sa lucidité.

26 avril. — Ce matin, à 5 heures, le malade a eu une épistaxis abondante. Aphasie consécutive.

27 avril. — L'aphasie a disparu.

29 avril. — Le matin, au pansement, le malade a pris une syncope. Il a fallu lui faire une injection de caféine. La température est toujours en désaccord avec les autres symptômes. Oscillations entre 40° et 38°, et même 36° 5.

1^{er} mai 1912. — On s'aperçoit ce matin, après avoir pris sa température, que le malade fait monter artificiellement la colonne de mercure et inscrit sur sa feuille des tracés fantastiques. Depuis qu'il est à l'hôpital, il a toujours été très fier d'être malade, disant parfois : « Vous n'en avez pas souvent vu comme ça. » Dès lors, on le surveille de près : toutes ses températures sont contrôlées. Elles ne s'élèvent plus au-dessus de 38° à 38° 2. Lui-même sort de sa torpeur ; depuis que sa supercherie a été découverte, il se déclare guéri, n'accuse plus aucune souffrance et veut quitter l'hôpital. Il reste levé la plus grande partie de la journée, et circule dans la salle, rendant de petits services aux malades. Il paraît un peu ahuri, mais ne divague plus (1).

Il m'a semblé nécessaire de donner dans tous ses détails cette observation curieuse, invraisemblable, et très probablement altérée par le malade dont le désir de simulation et d'émerveillement a toujours été la préoccupation dominante. Nous avons laissé entre guillemets la partie de son histoire dictée par lui-même.

J'aurais voulu le suivre plus longtemps ; mais quand sa supercherie fut découverte, tous ses accidents psychiques,

(1) Le 15 mai, bien que ses plaies opératoires ne soient pas encore complètement cicatrisées, il quitte le service.

vasomoteurs douloureux cessèrent comme par enchantement. Il veut quitter l'hôpital et laisse entendre qu'il ne reviendra plus au pansement, bien que les plaies des multiples opérations craniennes qu'il a subies ne soient pas encore complètement cicatrisées. Un des points les plus curieux de ce cas est précisément la facilité, la rapidité avec laquelle il se remit de toutes ces interventions, dont quelques-unes firent disparaître sur l'heure des troubles nerveux que l'on aurait crus d'origine organique.

Ce qui dominait parmi ces troubles, c'étaient les phénomènes épileptoïdes par irritation corticale ou méningée. Il n'est pas possible de préciser davantage le diagnostic anatomopathologique.

M. GAYET. — Mais c'est moi qui ai fait ce volet !

M. BÉRARD. — Ce n'est donc pas à Lariboisière qu'il a été fait ?

M. GAYET. — Je n'ai pas entendu la première partie de la communication de M. Bérard, de sorte que je ne sais pas ce qu'il a fait chez ce malade ; quant à moi, voici dans quelles conditions j'ai eu affaire à lui : il a été trouvé sur la voie publique, comateux, dans un état pitoyable. On l'avait amené à l'hôpital de la Croix-Rousse, et, en l'examinant, il était très difficile de trouver quoi que ce soit. Je l'ai laissé en observation pendant quelques jours. Il commençait à se tirer un peu de cette torpeur tout en ayant des phénomènes d'hémiplégie nette du côté droit, lorsqu'il s'est plaint de son oreille. Il nous a alors raconté l'opération qu'il avait subie à Lariboisière, il nous a parlé de mastoïdite, c'est alors que j'ai fait ce volet.

M. BÉRARD. — Il n'en avait pas avant ?

M. GAYET. — Non, il ne l'avait pas, c'est moi qui l'ai fait. Comme M. Bérard, je pensais qu'il s'agissait d'un abcès du cerveau consécutif à une lésion auriculaire ; c'était tellement net que j'ai commencé à aller au cerveau, où je n'ai rien trouvé ; puis je suis descendu du côté de la mastoïde, et au niveau du plancher cérébral j'ai trouvé un petit foyer de nécrose osseuse, quelques gouttes de pus bien net, indiquant la nécessité d'un évidement osseux. Je me rappelle avoir fait l'opération de Stacke à l'envers, avoir gagné l'oreille par le cerveau, avoir évidé la caisse et laissé un drain dans cette portion postérieure.

Les phénomènes d'hémiplégie ont disparu, il y eut amélioration, puis se produisirent les mêmes phénomènes dont M. Bérard a parlé : au bout de quelques jours, il a pris de l'œdème extrêmement curieux du côté de sa plaie jusqu'au niveau de la région temporale ; cela donnait

l'impression d'une rétention de pus, si bien que je l'ai fait venir, j'ai rouvert son lambeau et j'ai drainé plus largement. A ce moment, il avait de la température, elle est tombée et les phénomènes se sont amendés.

Ce qu'il y a de curieux c'est que, à chaque pansement, chaque fois qu'on remettait un drain, ce malade présentait des accidents d'aliénation mentale au point qu'on avait dû lui mettre la camisole de force. Je donnerai des détails plus précis dans la prochaine séance.

M. BÉRARD. — Ce malade ne m'avait rien dit de cela. Je suis enchanté d'avoir fait cette présentation, grâce à laquelle je pourrai débrouiller son histoire, mais dès à présent nous savons qu'il avait une mastoïdite autrefois et que l'histoire du coup de pied de cheval est une fable inventée par lui de toutes pièces.

*
* *

ANGIENNE RÉSECTION DU COUDE. PRÉSENTATION
DE LA NÉARTHROSE.

M. VALLAS. — Je veux vous présenter deux pièces anatomiques dont la juxtaposition est relativement rare : il s'agit d'une résection du coude et je puis vous montrer en même temps la pièce que j'ai enlevée il y a quatre ans sur la femme vivante et la néoformation articulaire que je viens de recueillir après la mort dans mon service, où cette malade est venue mourir d'un cancer de l'utérus.

Voici d'abord la première pièce : il s'agit d'une belle pièce d'ankylose du coude ; la nature de l'ankylose est douteuse ; la malade a un passé articulaire qui date de l'enfance. Toujours est-il que, à la suite d'une grossesse, je crois, elle finit par avoir une poussée du côté du coude, vaguement rhumatismale et qui aboutit à une ankylose absolument complète. Cette ankylose osseuse par fusion absolue avait cette particularité qu'elle était absolument rectiligne ; le coude était en extension complète, la malade est restée pendant seize ans dans cet état ; je l'ai vue un jour dans mon service et je lui ai proposé de lui redonner ses mouvements par une résection orthopédique. La malade a accepté : voici la pièce que j'ai recueillie il y a quatre ans environ. Vous pourrez y voir la fusion nettement osseuse et le caractère si rectiligne de l'ankylose, que les deux sections

brachiale et antibrachiale sont absolument parallèles l'une à l'autre.

Le résultat fonctionnel fut excellent et la malade en fut enchantée : la flexion était complète ; la pronation et la supination avaient reparu dans l'articulation du coude ; quant à l'extension, bien qu'elle ne fût pas très active, elle était pourtant suffisante pour que la malade pût coudre très facilement et s'en servir de façon utile, surtout en employant tous les petits artifices des réséqués du coude qui n'ont pas un triceps vigoureux.

Il y a deux ans, cette malheureuse revint pour un cancer utérin déjà inopérable. Je me contentai d'un curetage : elle a mis deux ans à mourir, et c'est il y a quelques jours que j'ai pu recueillir la néarthrose que voici :

Cette néarthrose du coude présente les particularités suivantes : tout d'abord, il y a un système de contention ligamenteux parfaitement constitué et très vigoureux ; vous verrez notamment, à la face antérieure, s'étendant au bord inférieur de l'humérus et des deux os de l'avant-bras, un énorme ligament triangulaire qu'on dirait vraiment ressembler au ligament d'une articulation du genou, tellement il est fort et vigoureux. Sur les côtés, les insertions musculaires voilent complètement l'articulation et, en arrière, le triceps est également allé retrouver son insertion sur le cubitus, de telle sorte que, au point de vue ligamenteux, nous avons une reconstitution sur un mode très simple mais parfaitement solide.

Les insertions musculaires sont également toutes conservées. Vous verrez l'insertion correspondante du brachial antérieur et du muscle biceps bien fixée à leur place ; quant à l'insertion du triceps, elle va du tendon brachial à la face postérieure du cubitus sous forme d'un ligament extrêmement solide dans lequel on trouve une pièce osseuse de néoformation. Il s'est fait dans ce tendon du triceps un véritable os sésamoïde comparable à une rotule.

Cette particularité n'est pas signalée dans les types décrits par Ollier, nous verrons à quoi on peut l'attribuer.

J'ai ouvert l'articulation par devant et vous pourrez voir alors, en entr'ouvrant la capsule, qu'il y a là une synoviale tout à fait remarquable et d'une capacité qui est un peu exceptionnelle.

Ollier parlait souvent de cavités articulaires nouvelles ; elles sont, disait-il, constituées surtout par de petites poches juxtaposées les unes aux autres, mais indépendantes les unes des autres ; ici nous avons une cavité unique très considérable qu'il serait facile de développer et que vous verrez par transparence entr'ouvrant la brèche que j'ai pratiquée en avant.

Si nous abordons l'étude de la néoformation osseuse, nous constatons que du côté de l'humérus la saillie épicondylienne qui, sur la pièce enlevée, était volumineuse, est également la saillie qui a donné une néoformation de beaucoup plus considérable sous forme de crochet qui descend à la face externe du bras et fournit une insertion aux muscles épicondyliens.

Du côté de la face interne humérale, la néoformation est beaucoup moins considérable ; il y a là un vide ; ce n'est pas sous la forme d'une fourche que l'humérus s'est constitué, mais sous forme d'une saillie dont le prolongement externe descend très bas, qui paraît être usé sur le côté interne et remplacée en partie par la grosse saillie qui devrait remplacer l'olécrâne.

C'est probablement la production de cette saillie qui, par son frottement, a empêché la saillie interne de se reproduire.

Dans tous les cas, les muscles ont trouvé un point d'insertion parfaitement solide. La saillie postérieure du cubitus est inclinée en dedans comme toujours, mais il est relativement petit ; le crochet qui adhère au cubitus lui-même est petit, mais au-dessus de lui nous trouvons une grosse production osseuse, large comme une pièce de 1 franc qui constitue cette rotule, cet os dont je vous ai parlé. Normalement, cette saillie devrait être adhérente au cubitus et former cet énorme crochet en dedans qui prolonge le cubitus. Pourquoi n'en est-il pas ainsi sur cette pièce ? Cela tient à la nature de la lésion et au procédé opératoire que j'ai employé. Je me trouvais en face d'une ankylose du coude et, pour me mettre à l'abri d'une récurrence, j'ai fait une résection sous-périostée interrompue, de sorte que la reproduction s'est faite, mais incomplète.

J'ai voulu vous présenter ces pièces parce que la juxtaposition des deux coudes constitue une coïncidence relativement rare dans la vie d'un chirurgien.

Séance du 23 mai 1912

Présidence de M. A. POLLOSSON

TRÉPANATION EXPLORATRICE POUR ACCIDENTS CÉRÉBRAUX
D'ORIGINE OTIQUE.

M. GAYET. — J'ai recherché dans mon registre d'observations l'histoire du malade que j'avais soigné l'automne dernier à l'hôpital de la Croix-Rousse, et que j'avais reconnu lorsque M. Bérard vous l'a présenté dans la dernière séance. Voici les notes qui ont été prises par le secrétaire de service :

OBSERVATION. — B... Ernest, 27 ans, est amené le 10 septembre 1911, à 10 heures du soir, par des agents de police qui l'avaient ramassé dans la rue. Au dire des personnes qui l'ont vu tomber, il avait fait une chute brusque et spontanée. Il s'agit donc d'un ictus. A son entrée, il était dans un état d'agitation violente, interrompue par moments et faisant place à des accès de dépression avec ralentissement du pouls et de la respiration.

A la visite; le lendemain, le malade ne parle pas, son regard est fixe. Il semble présenter de la mydriase bilatérale. L'immobilité est absolue, les membres sont dans la résolution. Il paraît souffrir, car il gémit continuellement.

Il ne semble pas y avoir pourtant de paralysie ni d'anesthésie. Aux piqûres d'épingle, le malade finit par réagir, mais seulement lorsque les piqûres sont violentes, en repliant ses jambes. De même, on ne peut pas dire qu'il y ait perte de connaissance. Si le malade est absolument muet, il comprend cependant ce qu'on lui dit et lorsqu'on lui demande s'il souffre, on le voit porter la main à sa tête, au niveau de la région pariétale gauche. L'examen du cuir chevelu ne révèle pas de plaie ni de contusion. Cependant, à l'entrée, le malade avait la figure couverte de sang (épistaxis ou hémorragie pharyngée?). En attirant en avant le pavillon de l'oreille gauche on découvre une longue cicatrice mastoïdienne, trace d'une opération. On pense alors à un abcès du cerveau d'origine otique. A l'examen ophtalmoscopique, il semble y

avoir, par comparaison, un peu d'œdème de la papille gauche. Pas de vomissements.

Respiration : 56. Pouls : 52. Température : 37°2. Réflexes rotuliens abolis, plantaires atténués. Pas de trépidations épileptoïdes, pas de Babinski, pas de Kernig. Enfin, le malade perd ses urines et ses matières.

12 septembre 1911. Le malade semble plus éveillé. Il ne parle toujours pas, mais se fait comprendre par gestes. Il souffre beaucoup, porte la main à sa tête ; il perd toujours ses urines. Il ne prononce toujours pas un mot.

En présence de cet ictus, de cet état de torpeur cérébrale et de son passé auriculaire, on se décide à faire une trépanation exploratrice.

13 septembre. Incision semi-circulaire partant de l'ancienne cicatrice mastoïdienne. Trépanation avec l'appareil électrique de de Martel. On fait trois orifices à la fraise qu'on relie avec le coupe-os. Le lambeau rabattu, on trouve au niveau de la paroi supérieure du rocher, en arrière, quelques fongosités qu'on enlève à la curette. Le cerveau soulève la dure-mère avec une certaine tension et bat faiblement. Incision de la dure-mère. Ecoulement de liquide céphalo-rachidien sous tension. La dure-mère adhère au cerveau par des tractus filamenteux. Quelques traînées lactescentes dans les espaces sous-arachnoïdiens. On ne sent rien de particulier à la palpation du cerveau. Quatre ponctions sont pratiquées avec un petit trocart en différentes directions, sans résultats. On place un petit drain dans la région de l'antre. On rabat le volet et on suture avec quelques crins de Florence.

Reporté dans son lit, le malade s'est mis à parler, à remuer ses membres, et depuis ce moment n'a plus fait sous lui.

Le 20 septembre, le malade se plaint de douleurs névralgiques qui lui prendraient tous les soirs à la même heure, dans la moitié gauche de toute la face et dureraient toute la nuit.

Le 24 septembre, à 7 heures du matin, l'opéré a pris brusquement une crise avec convulsions des membres supérieurs, surtout à droite. Mydriase, yeux fortement convulsés en haut. Ralentissement marqué du pouls pendant la crise. Crachements de sang abondants et épistaxis. Perte des urines, pas de morsure de la langue.

Depuis, à plusieurs reprises, nouvelles crises et dans l'intervalle agitation, cris, délire.

Le 7 octobre, la température monte progressivement. On rouvre la cicatrice en arrière et il s'écoule un peu de pus. Chute de la température.

Le 21, nouvelles crises et nouvelle température. On rouvre encore la plaie et on trouve encore une loge purulente sous-dure-mérienne. La température tombe à nouveau : on a drainé avec une sonde de Pezzer.

A plusieurs reprises, le malade prend des crises vésaniques. Une infirmière l'a reconnu pour l'avoir vu à Bron. Le 4 novembre on l'envoie à nouveau dans cet asile, son maintien dans la salle étant devenu impossible et nuisible aux autres malades.

J'ai peu de réflexions à ajouter à cette observation. Je dirai simplement que, à mon avis, il ne s'agissait pas de simulation chez ce malade pendant son séjour dans mon service, mais bien d'accidents d'origine infectieuse chez un individu prédisposé à la folie. En présence de symptômes confus, mais réels : ictus, ralentissement du pouls, œdème papillaire, douleur intracrânienne à gauche, il était difficile de ne pas intervenir.

Maintenant, il est fort possible que le malade ait appris à simuler pendant son séjour à l'hôpital, et qu'il ait joué la comédie plus tard, puisque M. Bérard l'a surpris en flagrant délit. Mais cette simulation est bien difficile à admettre pour la période où l'on voyait apparaître de l'œdème temporal, de l'élévation de température et où la réincision de la plaie donnant issue à une cuillerée de pus faisait disparaître tous ces phénomènes. J'ajoute que ces manœuvres de drainage étaient fort douloureuses, que le patient cherchait à s'y soustraire et se débattait avec des cris pendant qu'on y procédait. On ne voit guère l'intérêt qu'il aurait eu à simuler dans ces conditions.

*
* *

TARSECTOMIE COMPLEXE PAR INCISION DORSALE TRANSVERSE
POUR OSTÉO-ARTHRITE TUBERCULEUSE SUPPURÉE DU
TARSE. PLOMBAGE IMMÉDIAT. GUÉRISON PAR PREMIÈRE
INTENTION. RÉSULTAT AU BOUT DE CINQ MOIS.

M. LERICHE. — J'ai l'honneur de vous présenter une jeune fille que j'ai opérée le 16 décembre 1911 dans le service de M. Poncet pour une tuberculose suppurée du tarse.

Le résultat orthopédique et fonctionnel remarquable de la tarsectomie complexe que j'ai pratiquée à la faveur d'une incision unique dorsale transverse, m'a paru digne de vous être montré pour faire suite à la série de ces tarsectomies anté-

rieures que nous avons étudiées avec Cotte devant vous (1), dans la thèse de Bourgeon (2), et dont M. Bérard vous a également présenté l'an dernier un bel exemple (3).

OBSERVATION. — Cette jeune fille, âgée de 18 ans, entra le 8 décembre 1911, dans le service de M. Poncet, pour une ostéo-arthrite fongueuse du pied gauche. Cette arthrite avait débuté deux ans auparavant par de la douleur et du gonflement. Depuis lors, à trois reprises différentes, un médecin l'avait grattée et curettée, d'abord en dehors, puis en dedans. La malade resta ainsi en traitement pendant treize mois dans l'hôpital de son pays natal; puis, la suppuration continuant, des fistules persistant, après sept mois d'attente à la campagne sans succès, elle vint à l'Hôtel-Dieu.

Après huit jours de repos au lit, pour faire diminuer les phénomènes inflammatoires, on remarquait les signes les plus nets d'une tuberculose du cou-de-pied et du médio-tarse : le pied était œdématié dans son ensemble avec un bourrelet sous-malléolaire; la voûte plantaire était affaissée sur le bord interne.

Au niveau de la malléole, et en dedans, sous le scaphoïde, deux fistules suintaient du liquide séro-purulent.

Les mouvements de la tibio-tarsienne étaient limités, mais peu douloureux; il n'y avait pas d'adénopathie inguinale; par contre, il existait une atrophie très marquée du mollet.

La marche était impossible et s'accompagnait d'une forte boiterie.

La lésion était si typique, que M. Poncet montra la malade aux élèves de sa clinique en faisant, le 15 décembre, une leçon sur les ostéo-arthrites du tarse et il posa lui-même l'indication d'une intervention.

Opération. — Celle-ci devait évidemment comprendre une astragalectomie, mais cela ne pouvait suffire : il était certain que le scaphoïde était très malade, puisqu'il y avait des fistules à son niveau : pour être

(1) LERICHE et COTTE. Tarsectomie antérieure par incision dorsale transverse. Plombage immédiat. Guérison. Résultat datant de neuf mois. Société de chirurgie, 19 janvier 1911, in *Lyon chirurgical*, 1^{er} avril 1911, p. 390. Cette jeune femme est toujours parfaitement guérie.

(2) BOURGEON. Contribution à l'étude de la tarsectomie antérieure par incision transversale dans les cas de tuberculose du tarse antérieur. *Thèse de Lyon*, 1911. Il y a dans cette thèse, en outre de l'observation sus-citée, deux observations inédites.

(3) BÉRARD. A propos de la méthode de Mosetig dans les tuberculoses articulaires. Société de chirurgie, 28 juin 1911, in *Lyon chirurgical*, 1^{er} septembre 1911, p. 364.

plus sûr de faire une extirpation complète des lésions, je pratiquai le 16 décembre, avec l'aide de M. Cotte, une incision dorsale transverse, suivant à peu près le tracé du lambeau dorsal de la désarticulation de Chopart et découvris ainsi largement le tarse. Après avoir sectionné les tendons extenseurs des orteils, je relevai à la rugine un lambeau dorsal capsulo-périostique, puis l'astragale fut enlevé très aisément. L'ablation de cet os faite, on vit qu'il existait sur la surface astragalienne du scaphoïde une ulcération tuberculeuse au niveau de laquelle le cartilage était détruit. L'os très malade fut enlevé. Le calcanéum et le cuboïde paraissant sains, le tibia de même, la cavité fut nettoyée soigneusement de toutes les fongosités qui s'y trouvaient ; après suture des lambeaux périostiques et capsulaires, les tendons furent recousus et la cavité plombée immédiatement ; puis la peau fut suturée au catgut et le membre immobilisé dans un appareil plâtré.

Examen des pièces. — Voici le résultat de l'examen fait par M. Almartine, au laboratoire de M. Poncet ; je reproduis la note annexée à l'observation :

Les lésions principales siègent dans l'articulation astragalo-scaphoïdienne et dans les deux extrémités osseuses qui forment cette articulation.

L'astragale est atteint de lésions assez diffuses, mais prédominantes au niveau de la tête.

Le cartilage d'encroûtement de la tête a disparu, il est remplacé par des fongosités qui pénètrent l'os. A peu près au centre de la surface articulaire s'ouvre une petite cavité du volume d'un haricot et qui est remplie de fongosités. Sur une coupe, le tissu osseux du corps n'est pas normal ; il est plus dense et plus compact que d'habitude. On ne voit pas nettement les trabécules osseuses. Légère infiltration de pus en certains points. Le cartilage d'encroûtement de la face supérieure est rouge ; il adhère du reste assez bien à la substance osseuse, il ne se détache pas avec l'ongle.

Les deux surfaces articulaires astragalo-calcanéennes sont moins atteintes. Au niveau de l'articulation antérieure le cartilage se décolle assez facilement, au niveau de la postérieure il est un peu plus vasculaire que de coutume.

Le scaphoïde est encore plus malade que l'astragale. Sa face astragalienne est recouverte de fongosités et creusées de deux cavités tuberculeuses assez profondes. Quant à la face cunéiforme elle était le siège d'une ankylose osseuse qui synostosait le scaphoïde et les trois cunéiformes.

En définitive, il s'agit d'une arthrite tuberculeuse astragalo-scaphoïdienne et tibio-astragalienne d'origine osseuse, le point de départ des lésions étant à la fois au niveau du scaphoïde et de la tête de l'astragale.

Les suites de l'intervention, qui avait été très rapide, furent très simples. La malade resta apyrétique à partir du troisième jour. Au bout de trois semaines, le plâtre fut enlevé, le pansement refait : la réunion était complète : les orteils, un peu paresseux, bougeaient sans difficulté. Après un badigeonnage iodé, le pied fut replacé dans le même appareil plâtré.

Un mois plus tard, on fit un nouveau pansement : le pied, complètement sec, était solide, en bonne position. On fit un nouveau plâtre et la malade fut renvoyée chez elle, marchant avec des béquilles.

Elle vient de revenir : son plâtre est enlevé d'hier, vous voyez le résultat, qui ne peut que s'améliorer : le pied est solide, en bonne position, un peu raccourci, épais, mais sec et indolore. Il y a quelques mouvements dans la tibio-tarsienne : la malade marche sans la moindre douleur, en boitant très légèrement, les orteils sont mobiles, un peu moins que normalement, mais de telle façon qu'on peut prévoir pour l'avenir un retour à la normale.

Dans ce cas, il est certain que le procédé employé a, une fois de plus, donné un résultat remarquable comme facilité opératoire, au point de vue de l'exploration des lésions, de leur ablation et du plombage.

Grâce au jour obtenu, l'opération a pu être conduite de telle façon qu'il s'est agi d'une résection idéale dans un cas d'ostéo-arthrite *suppurée et fistuleuse*.

Aucune méthode n'aurait pu donner mieux. Aucune n'aurait offert autant de facilité. C'est pour cela que je vous ai présenté cette malade.

*
* *

CANCER DE LA FACE POSTÉRIEURE DE LA VESSIE. CYSTECTOMIE PARTIELLE AVEC ABLATION D'UN FRAGMENT DU RECTUM. GUÉRISON OPÉRATOIRE.

M. GAYET. — La chirurgie des cancers vésicaux n'est pas très consolante, les malades arrivent en général trop tard au chirurgien, et les cas favorables à la cystectomie partielle sont rares. En général, il s'agit de tumeurs du dôme ou de la face antérieure. Pour celles du bas-fond ou de la face postérieure, les difficultés sont augmentées par la présence des uretères qu'il faut ménager ou réimplanter. Aussi, les ablations de tu-

meurs malignes de cette région faites à travers la vessie, de dedans en dehors, se comptent. C'est pourquoi j'ai cru intéressant de vous présenter ce malade opératoirement guéri, ainsi que les pièces que je lui ai enlevées.

OBSERVATION. — P... Claude, 64 ans, demeurant à Villars-les-Dombes, entre le 17 février 1912 dans notre service d'urologie de Saint-Pothin, pour des troubles vésicaux. Il urine du sang et souffre dans les reins.

C'est il y a deux ans que le malade a ressenti les premiers symptômes de l'affection actuelle. Ce fut d'abord une hématurie abondante, colorant fortement et en totalité les urines, qui dura quatre jours. Depuis, l'hématurie s'est reproduite plusieurs fois, capricieuse, indolore, spontanée. Depuis peu de temps, le malade souffre dans les reins, surtout à droite. En même temps, l'hématurie est devenue plus fréquente, ne s'accompagnant pas de pyurie, ni de douleurs vésicale ou urétrale. Mictions faciles.

Comme seul antécédent, ancienne blennorragie contractée pendant le service militaire.

A l'examen, on note un état général un peu précaire, amaigrissement, appétit nul. Langue bonne. Rien aux poumons ni au cœur. Les urines sont fortement hématuriques, presque noires.

Au palper abdominal, on sent, à droite, le pôle inférieur du rein. Au toucher, prostate normale, mais on a une vague sensation d'épaississement et d'induration de la paroi vésicale.

Le 26 février, on profite d'une éclaircie des urines pour faire la cystoscopie. On voit à la partie antéro-supérieure de la masse allongée, longitudinale, donnant l'impression d'une tumeur villose, blanchâtre. Le cystoscope tourné du côté du bas-fond, on voit une masse rougeâtre, confuse, et le milieu se troublant rapidement, on n'aperçoit plus rien.

28 février. Intervention. Anesthésie rachidienne à la novocaïne. Taille transversale, section des muscles droits, ouverture transversale de la vessie, ce qui donne un jour parfait. On voit d'abord de chaque côté vers le dôme vésical deux petites tumeurs pédiculées, l'une du volume d'un pois, l'autre d'une noisette. On pince le pédicule, on passe des fils au-dessous à travers la muqueuse, le pédicule est sectionné et les fils serrés. On distingue alors à la face postérieure de la vessie une grosse tumeur sessile et même infiltrée. Pour bien reconnaître sa base d'implantation, on est obligé d'abord de pratiquer l'ablation à la curette de toute la partie végétante. On se trouve alors en présence d'une plaque d'infiltration vésicale arrondie, des dimensions d'une pièce de 5 francs, dont le rebord antérieur s'arrête à 2 centimètres de la ligne interurétérale, un peu à droite de la ligne médiane. L'uretère droit est cathétérisé et on y laisse la sonde pour servir de repère. On place sur

quatre points équidistants, au bord de la tumeur, à 1 centimètre en dehors d'elle, des points de suspension qui permettent de soulever toute la face postérieure de la vessie. Au bistouri et aux ciseaux, section de la tumeur qui est épaisse. A un moment, on pénètre dans le rectum. La tumeur extirpée, on suture le rectum par deux plans de catgut à résorption lente, passés à la Lauerstein ; puis, suture de la face postérieure de la vessie, suture de la face antérieure en laissant le passage du tube-drain. Les muscles droits sont minutieusement réunis et la peau est refermée par des agrafes.

Examen histologique. — L'examen a porté sur les végétations enlevées à la curette, sur la plaque d'infiltration et sur les petites tumeurs pédiculées extirpées en premier lieu.

Les végétations se montrent constituées par une charpente très déliée de tissu conjonctif supportant entre ses travées d'épais boyaux pleins, composés uniquement de cellules épithéliales néoplasiques. Ces cellules se présentent sous forme d'éléments cubiques ou polyédriques, avec un très gros noyau et un protoplasma fortement coloré par l'éosine et peu abondant.

La pulpe d'infiltration présente également de gros boyaux épithéliaux, mais plus typiques, se rapprochant de l'aspect papillomateux. Ce sont des lobules de hautes cellules en palissades, disposées assez régulièrement les unes des autres.

20 mars. Suites opératoires simples. La plaie se cicatrise régulièrement. On place une sonde à demeure.

30 avril. La plaie est entièrement cicatrisée, la miction se fait normalement par la verge. Il n'y a plus d'hématuries, les douleurs lombaires ont disparu.

21 mai. Examen cystoscopique de vérification. Injection préalable de novocaïne. Capacité vésicale : 100 grammes. Le cystoscope est facilement introduit. Au plafond vésical, on perçoit la cicatrice antérieure sous forme d'entonnoir à plis radiés. Aucune trace de prolifération anormale. En retournant le bec de l'instrument, la cicatrice se montre sous forme de ravin irrégulier, sur les bords duquel se voient des replis d'aspect induré. Pas de végétations. La muqueuse est uniformément rouge ; la cystoscopie ne fait pas saigner. Au toucher rectal, on a l'impression d'une cicatrice dure, pas de sensation de tumeur.

Je vous présente aujourd'hui le malade guéri, sans éventration, ne souffrant plus, débarrassé de ses hématuries. Ce résultat, après trois mois, est satisfaisant au point de vue palliatif ; on ne peut parler de cure radicale, et étant donné l'état d'infiltration de la tumeur, il est à craindre que ce résultat ne soit que temporaire. Mais on sait que la récurrence, en pareil

cas, se fait parfois attendre assez longtemps, et nous nous estimons heureux d'avoir pu pratiquer cette extirpation avec des suites aussi bénignes et en particulier sans avoir eu jamais aucune menace de fistule vésico-rectale que nous avons cependant quelques raisons de redouter.

*
*
*

NÉOPLASME DU PLANCHER DE LA BOUCHE.

M. VALLAS. — Voici un malade que j'ai déjà présenté il y a un an à la Société. Comme les résultats définitifs de l'intervention que j'ai pratiquée chez lui sont relativement rares, je crois qu'il est intéressant de vous montrer celui-ci.

Il s'agissait d'un néoplasme du plancher buccal. Pour enlever la tumeur, il avait fallu faire une résection totale du maxillaire inférieur, c'est-à-dire de toute la branche horizontale au-dessous des deux angles. La tumeur enlevée en un seul bloc comprenait donc le maxillaire inférieur, le plancher de la bouche, la partie antérieure de la langue dans sa totalité.

Le résultat s'est maintenu excellent au point de vue de la santé générale et vous pouvez voir que la région opérée est parfaitement souple; le résultat fonctionnel n'est pas trop mauvais non plus, quoiqu'il n'y ait pas eu possibilité de faire une prothèse. Le plancher de la bouche a été reformé par le procédé que j'emploie habituellement, c'est-à-dire par le doublement de la langue.

Le facial n'a pas été trop touché; dans tous les cas, l'auriculaire a conservé sa tonicité; le malade peut avaler des liquides, il commence à parler un peu, très vaguement, mais on peut le comprendre. C'est uniquement comme résultat éloigné d'une grosse intervention sur le plancher de la bouche que je désire vous le montrer. Il peut servir aussi à démontrer que, quoique ce soit une chirurgie désastreuse, cette opération est justifiée, puisque voilà un malade qui serait certainement mort et qui, à l'heure actuelle, vit d'une vie encore supportable.

*
*
*

PANCRÉATITE CHRONIQUE, DRAINAGE DU PANCRÉAS
ET DU CANAL DE WIRSUNG ; GUÉRISON.

M. VILLARD. — Je vous présente un nouveau cas de pancréatite aiguë traité par le drainage du pancréas ; la guérison a été obtenue, bien que la convalescence ait été troublée par un assez grand nombre d'incidents.

OBSERVATION. — Le 24 janvier dernier, la nommée P... (Marie), âgée de 50 ans, entra dans mon service avec tous les signes d'une infection péritonéale grave ; vomissements bilieux, arrêt des matières et des gaz, météorisme abdominal considérable. La température était à 38° 5 et le pouls à 120. Les accidents avaient débuté brusquement, la veille, par une douleur très vive siégeant dans la région ombilicale, et rapidement l'état général était devenu mauvais.

Lorsque j'examinais la malade le lendemain de son entrée, je me trouvais en présence d'une femme très grasse, avec un ventre énorme, distendu par un gros météorisme ; le facies était grippé, l'état général mauvais ; l'obstruction intestinale persistait, et le pouls s'élevait à 135, alors que la température était restée à 38° 5. L'examen de l'abdomen révélait une sensibilité douloureuse étendue à toute la paroi, avec, peut-être, un maximum au niveau de la fosse iliaque droite. Le toucher rectal et l'examen du pelvis étaient négatifs.

Le diagnostic de péritonite et la nécessité d'une intervention s'imposaient, je me décidais donc à pratiquer une laparotomie dans la fosse iliaque droite, car je songeais à une origine appendiculaire des accidents. Il s'écoula à l'ouverture de l'abdomen une assez grande quantité de sérosité louche, que j'évacuais par aspiration. En recherchant l'appendice, je constatais que celui-ci était sain, mais que, par contre, l'épiploon présentait des taches de stéato-nécrose, analogues à celles que j'avais déjà eu l'occasion d'observer antérieurement dans des cas de pancréatite. Je refermais alors l'incision de la fosse iliaque, et par une laparotomie médiane je mis à découvert le corps du pancréas. Bien que la recherche de cet organe fût rendue très laborieuse par l'adiposité de la malade et le météorisme des anses intestinales, après avoir récliné en haut l'estomac et en bas le colon transverse, je pus constater que la tête et le corps du pancréas étaient très congestionnés et tuméfiés ; les lobules de la glande étaient infiltrés d'œdème, et leur aspect me rappela très exactement ce que j'avais remarqué dans un autre cas de pancréatite aiguë. Il n'existait pas encore de nécrose hémorragique, mais le pancréas était atteint d'une violente inflammation. J'incisais alors le tissu pancréatique dans la région de la tête

de l'organe et le dilacérais au doigt, puis je plaçais un gros drain dans la brèche ainsi créée. Je terminais par une marsupialisation des feuillets péritonéaux postérieurs relevés et suturés au péritoine pariétal antérieur, et un tamponnement à la gaze traversé par un drain.

Les suites immédiates furent très bonnes, au bout de quarante-huit heures le pouls était retombé à 112, les fonctions intestinales se rétablissaient et l'état général devenait bien meilleur.

Au dixième jour, la guérison paraissait certaine lorsqu'un incident faillit tout compromettre. La malade, qui avait gardé un certain degré de météorisme, et dont les parois grasses offraient peu de solidité, fit une éviscération au niveau de l'incision de la fosse iliaque droite dans les dernières heures de la nuit. Bien que l'on ne se fût pas aperçu immédiatement de cet accident, et que l'intestin fût resté plusieurs heures dans le pansement, je réduisis les anses herniées avec précaution et laissais au niveau de la brèche un large tamponnement à la gaze. Il ne résulta de cela aucune suite fâcheuse.

Au commencement de mars, c'est-à-dire un mois et demi après le début des accidents, une ulcération spontanée se produisit au niveau du côlon transverse, dans la partie voisine de l'orifice de sortie du drain pancréatique, et il s'établit là un véritable anus contre nature. Je dus attendre, pour l'oblitérer, que la cicatrisation de la loge pancréatique fût complète, et ce ne fut que le 18 avril que je pratiquais la suture de la déchirure colique. Cette dernière intervention amena la rapide et définitive guérison de la malade.

De toute cette observation, je ne veux retenir que la lésion pancréatique et la conduite chirurgicale que j'ai suivie contre elle. Il s'est agi, dans ce cas, d'une pancréatite aiguë grave, chez laquelle je suis intervenu avant que les lésions de nécrobiose aient eu le temps de se constituer ; j'ai déjà eu l'occasion de vous présenter, il y a quelques mois, un cas semblable. On peut se demander si les cas de ce genre sont des formes d'une virulence un peu au-dessous de celles des pancréatites hémorragiques, ou si l'opération précoce a permis de devancer l'évolution nécrobiotique du tissu pancréatique. Je serais assez tenté d'admettre qu'il s'agit de formes atténuées de l'infection du pancréas, car il doit exister tous les intermédiaires entre les pancréatites scléreuses chroniques et les pancréatites foudroyantes hémorragiques. Dans une communication antérieure, je rapportais l'observation d'une malade atteinte d'un abcès du pancréas à allure si torpide que le diagnostic de néoplasme avait été porté. Entre des formes aussi atténuées de

l'infection pancréatique et les nécroses hémorragiques, il y a place pour bien des degrés, et il me semble que l'observation de la malade que je vous ai présentée aujourd'hui doit être catégorisée parmi les infections d'une virulence un peu moindre que celle des pancréatites hémorragiques. Il est cependant possible de penser que, abandonnées à elles-mêmes, ces formes pourraient, elles aussi, aboutir à la nécrose du pancréas.

Il faut donc, en pareille circonstance, intervenir le plus rapidement et le plus énergiquement possible; mais de quelle façon?

Dans les cas analogues à celui que je viens de rapporter, il n'existe pas de foyer pancréatique que l'on puisse inciser et drainer; on se trouve en présence d'un pancréas tuméfié, œdématisé en masse. J'estime que l'intervention rationnelle doit consister à ouvrir le canal pancréatique pour en assurer le drainage. Il est logique de penser qu'il s'agit là d'infections canaliculaires ascendantes, comparables aux parotidites et aux angiocholites, et par conséquent d'admettre que l'ouverture et le drainage des voies pancréatiques est aussi recommandable que le drainage de l'hépatique dans les infections des voies biliaires.

Malheureusement, le drainage du canal de Wirsung n'est pas aussi facile à réaliser que le drainage de l'hépatique, c'est à l'aveugle que sa section doit être faite.

J'ai insisté, dans la thèse de Branche (Lyon 1911), sur la technique de cette intervention. L'incision du pancréas doit être faite au niveau de la partie moyenne de la tête, à environ 2 centimètres en dehors du bord duodéal, cette incision, amorcée aux ciseaux, est ensuite agrandie avec l'extrémité de l'index, par dilacération; au cours de ces manœuvres, le canal de Wirsung est rompu, comme l'atteste l'écoulement du suc pancréatique que l'on observe pendant la convalescence. Les dangers d'hémorragie sont minimes. Un gros drain, placé dans la brèche, et un tamponnement à la gaze terminent l'intervention, qui est complétée par le relèvement des feuilletts péritonéaux profonds et leur fixation à l'incision pariétale. Il résulte de cette manœuvre un cloisonnement qui isole la cavité péritonéale du foyer infectieux.

La malade que je vous ai présentée aujourd'hui est le deuxième cas de pancréatite aiguë où j'ai eu recours au drai-

nage du canal de Wirsung par dilacération de la tête du pancréas; comme dans une première observation, cette intervention a été suivie de succès, je crois donc cette pratique recommandable, mais il est certain que les bons résultats dépendront beaucoup de la précocité de l'intervention. Il y a urgence à intervenir avant que les lésions de nécrose pancréatique soient constituées.

*
* *

UTÉRUS DOUBLE UNICERVICAL DOULOUREUX.
HYSTÉRECTOMIE.

M. LERICHE. — De récentes présentations à la Société de chirurgie et dans diverses sociétés, la thèse très intéressante de M. Paul-Émile Goullioud ont donné un regain d'actualité à l'étude des malformations utérines.

C'est pour cela que je vous présente un utérus à deux corps complètement indépendants et à un seul col, que j'ai enlevé il y a huit jours, dans le service de M. Poncet, à une malade soignée depuis six mois pour des douleurs pelviennes.

Cette femme, âgée de 34 ans, a eu trois grossesses et a trois enfants bien portants. Depuis son dernier accouchement, c'est-à-dire depuis quatorze mois, elle souffre continuellement de douleurs abdominales, dont l'intensité est arrivée à lui interdire tout travail. A l'examen, il y a six mois, ayant trouvé un col normal, un utérus rétroversé et une masse un peu douloureuse à droite, j'avais pensé qu'il s'agissait d'annexite avec rétroversion, et après un traitement convenable, j'avais mis un pessaire. Il fut bien toléré, mais n'apporta aucun soulagement, et cette femme, très active, ne pouvant plus travailler, a accepté volontiers une laparotomie exploratrice.

Une fois l'abdomen ouvert par une incision de Pfannenstiel, j'ai trouvé cet utérus à deux corps, dont un, le gauche, était en rétroversion, et dont l'autre était mobile. C'est lui que j'avais pris pour une masse annexielle.

Entre les deux, une grande cloison péritonéale allait de la vessie au rectum; elle divisait complètement le petit bassin en deux loges, renfermant chacune un utérus. La cloison adhérait étroitement à la fourche utérine, où elle s'insérait.

Voulant avant tout assurer à cette femme un bénéfice certain, je fis une hystérectomie totale en laissant un ovaire.

Voici la pièce, qui montre deux corps utérins globuleux non enflammés, sans rien d'anormal. Les trompes n'offrent rien de spécial, l'ovaire enlevé non plus.

C'est, en somme, l'hystérectomie d'un utérus douloureux. M. Goullioud a étudié ici à différentes reprises cette variété clinique de malformations utérines, et son fils a rapporté, dans un article récent, un cas de Vautrin, exactement comparable au mien.

M. GOULLIOUD. — Cette pièce m'intéresse beaucoup. En l'examinant, je ne comprends pas bien pourquoi cette femme souffrait beaucoup, étant donné que, en somme, il s'agissait d'une simple rétroversion. Dans le cas de Vautrin, cité par M. Leriche, on avait trouvé quelques adhérences dans le Douglas; il n'y avait également aucune lésion des annexes. Y avait-il, dans le cas de M. Leriche, quelque adhérence, quelque lésion inflammatoire ?

M. LERICHE. — Non, il n'y avait pas d'adhérences ni la moindre trace d'inflammation; je me suis demandé si ce n'était pas la bride vésico-rectale qui causait la douleur; cette large cloison était implantée entre la fourche des deux utérus; elle avait à peu près la hauteur d'une largeur de main. Dans la cavité pelvienne ainsi divisée, il y avait des anses intestinales d'un côté et des anses intestinales de l'autre; la cloison devait se mobiliser à tout instant, tirillant soit le rectum, soit la vessie; c'est peut-être là l'explication de la douleur.

M. VALLAS. — N'aurait-on pas pu laisser un utérus ?

M. LERICHE. — Évidemment si, mais lequel ? D'autre part, la malade demandait de ne plus souffrir pour pouvoir gagner sa vie et élever ses trois enfants. J'ai pensé qu'il fallait avant tout faire le nécessaire pour lui donner une guérison à coup sûr.

Séance du 30 mai 1912

Présidence de M. A. POLLOSSON

CANCER DE L'AMPOULE RECTALE ADHÉRENT AU VAGIN.
ABLATION ABDOMINO-PÉRINÉALE AVEC HYSTÉRECTOMIE
(MÉTHODE D'ALBERTIN).

M. LERICHE. — J'ai l'honneur de vous présenter une pièce que j'ai eu l'occasion d'enlever ce matin sur une malade du service de M. Poncet. J'ai cru intéressant, sur l'avis de mon maître Albertin, de vous la présenter toute fraîche, comme document à l'étude des opérations élargies dans le cancer rectal qui ont été étudiées ici même par MM. Albertin, Goullioud et Tixier.

OBSERVATION. — Il s'agissait d'une femme de 62 ans, atteinte d'un cancer du rectum, qui ne s'était manifesté que par le minimum de signes locaux, et que l'on avait envoyée dans le service de M. Poncet avec le diagnostic d'hémorroïdes.

En l'examinant, on trouvait un gros néoplasme bourgeonnant, qui siégeait à deux travers de doigt au-dessus de la région anale et remontait très haut dans l'ampoule ; on avait beaucoup de peine à en franchir l'extrémité supérieure à la partie supérieure de l'ampoule ; lorsqu'on faisait le toucher vaginal, on avait l'impression que la tumeur adhérait à la paroi postérieure du vagin. Malgré cela, comme la malade, en dépit de son âge, était dans un état général satisfaisant, sans signe d'obstruction, sans métastase, j'ai cru devoir pratiquer l'ablation, mais il m'a semblé que l'opération purement périméale serait insuffisante, et qu'il fallait recourir à l'opération de M. Albertin, c'est-à-dire l'ablation totale du bloc recto-utéro-annexiel.

J'avais l'intention d'opérer en trois temps, comme l'a recommandé dernièrement M. Albertin : d'abord un temps périméal, puis un temps abdominal, et enfin un nouveau temps périméal pour terminer. Par suite de l'état local, je ne pus réaliser ce programme idéal.

Sous anesthésie à l'éther, après injection de 0,02 centigrammes de pantopon, je commençai le premier temps en dilatant l'anus pour voir s'il était possible de conserver le sphincter, mais une fois l'anus dilaté, je vis que le néoplasme descendait trop bas et qu'il fallait y renoncer ; je décidais donc de me comporter comme pour une ablation périnéale ordinaire, en circonscrivant le sphincter par une incision circulaire, puis je commençai à séparer le rectum de ses connexions périnéales en avant.

Après libération sur les côtés des releveurs, je fus bientôt arrêté au niveau du tiers supérieur du vagin par une adhérence qui rendait impossible un clivage poussé plus loin ; je m'arrêtai donc là et je passai à la face postérieure ; après résection du coccyx, le clivage rétro-rectal se fit en quelques coups de doigt sur la concavité sacrée ; soudain, à ma grande surprise, je vis se produire une hémorragie assez considérable ; pour mieux la voir, je reséquai un peu du sacrum et je pus alors me rendre compte que le sang venait de l'artère sacrée moyenne, qui donnait dans le fond de la plaie ; elle était athéromateuse, très friable, et il fut difficile d'arriver à la pincer assez haut sur le sacrum ; n'étant pas très sûr de la ligature que j'avais mise sur elle, j'abrégeai le temps périnéal en tamponnant, et j'entrai dans le ventre par une laparotomie médiane. Après ligature, de chaque côté, du ligament rond et du pédicule utéro-ovarien, ainsi que M. Albertin l'a indiqué, après dissection du grand lambeau séreux antérieur, dont M. Tixier a parlé, j'abordai le côlon en arrière ; sa libération et la suture de son méso ne fut pas très facile, car il était très gras : une fois le clivage présacré terminé, le vagin fut coupé en avant et latéralement, le cul-de-sac de Douglas fut libéré et, petit à petit, tout le bloc génito-rectal fut libre dans le bassin, et je l'attirai en dehors du ventre dans des compresses.

N'ayant pas pu garder le sphincter, étant, d'autre part, obligé par cette hémorragie de la face antérieure du sacrum, à un tamponnement de sûreté, un peu préoccupé de l'énorme trou laissé par l'ablation du bloc recto-génital, je renonçai à descendre l'S iliaque dans le périnée, *ce qui eût été facile*, et je me bornai, après avoir sectionné l'intestin et enlevé la masse néoplasique, à faire une boutonnière latérale dans la fosse iliaque gauche, et à y faire passer le bout supérieur de l'S iliaque revêtu d'une compresse, c'est-à-dire à établir un anus iliaque terminal.

Je terminai en faisant une péritonisation qui fut assez facile avec l'aide du lambeau péritonéal antérieur et les débris du méso ; à la fin de l'intervention, le péritoine pelvien était intégralement reconstitué, le petit bassin était cloisonné et, après y avoir versé 100 grammes d'huile camphrée, je fermai le ventre à deux plans.

Quelles seront les suites de cette intervention ? Il m'est évi-

demment impossible de le dire ; si le malade surmonte le choc opératoire, je ne redoute guère les dangers de la péritonite, car, au point de vue aseptique, l'opération pratiquée m'a donné toute satisfaction, mais en sera-t-il ainsi ? Ce soir, la malade est réveillée et a un bon pouls, mais elle est évidemment faible. Je tiendrai la Société au courant des suites opératoires (1).

Toujours est-il qu'après l'examen de la pièce, l'opération radicale dans ce cas ne pouvait être faite que suivant la méthode de M. Albertin.

M. ALBERTIN. — La pièce que M. Leriche vient de présenter est très intéressante au point de vue de l'ablation en bloc du rectum et de l'appareil génital interne, telle que je l'ai proposée il y a quelques années pour les cancers localement très étendus du rectum. Par contre, son cas ne se prêtait pas à l'application de la méthode idéale, dont j'ai parlé récemment : la situation basse du néoplasme en rendait l'emploi impossible.

A ce point de vue, on peut dire qu'il y a lieu de changer aujourd'hui l'ancienne formule de l'opérabilité des cancers du rectum. Autrefois, on considérait que ces néoplasmes présentaient d'autant plus de gravité qu'ils étaient plus haut situés. Actuellement, on peut dire (tout au moins chez la femme), qu'un cancer du rectum est d'autant plus opérable qu'il est plus haut situé. En effet, si le sphincter est pris, comme dans la pièce de M. Leriche, on ne peut pas songer à appliquer dans son entier la technique opératoire que j'ai proposée, c'est-à-dire chercher, après une ablation élargie, la reconstitution complète du rectum, de façon à assurer le fonctionnement normal de la défécation. Or, c'est cela même qui est intéressant dans ces cancers graves ; c'est de pouvoir associer à une ablation aussi large que possible, pour prévenir la récurrence, une reconstitution complète des fonctions.

Quand il ne peut en être ainsi, comme dans le cas de Leriche, il faut, comme il l'a fait, pratiquer l'intervention que j'ai préconisée tout d'abord et dont j'ai rapporté quelques cas ; de cette manière, j'ai eu une guérison qui se maintient après une ablation en bloc ; j'ai présenté la pièce ici.

En somme, à mon avis, dans les cancers haut situés du rectum, il y a trois catégories de cas :

Dans un premier cas, l'envahissement de la zone sphinctérienne

(1) Cette malade est morte dans la nuit sans phénomènes particuliers, notamment sans hémorragie, d'affaiblissement progressif. L'autopsie n'a pas été possible.

oblige à ne faire qu'une ablation abdomino-périnéale, avec l'établissement d'un anus iliaque.

Dans un second cas, on peut conserver le sphincter et descendre l'anse sigmoïde à l'anus à travers le sphincter conservé, on obtient ainsi une reconstitution complète des fonctions. Je vous ai présenté une malade ainsi opérée, et qui va très bien.

Dans un troisième cas, lorsqu'on a affaire à un cancer purement sigmoïdien, on peut se contenter d'une résection intestinale, suivie d'une suture bout à bout, comme je l'ai pratiquée dans un cas. Mais il ne faut pas oublier qu'il est difficile de réussir cette suture circulaire, il n'est pas rare de voir les points de suture lâcher et une fistule s'établir. Dans le cas particulier où j'ai appliqué cette méthode, je me suis mis à l'abri de complications possibles dans le cas où la suture lâcherait, de la façon suivante : après avoir pratiqué la suture circulaire, j'ai fixé très lâchement, par quelques points de suture au catgut, l'anse suturée au voisinage de la brèche périnéale; j'ai donc laissé au niveau du Douglas une sorte de porte ouverte à l'écoulement des liquides ou à l'écoulement des matières fécales s'il se produisait une fistule. L'événement m'a donné raison, car j'ai eu une fistule temporaire qui a donné issue à des matières fécales.

Au point de vue opératoire, la pièce présentée rentre dans le premier groupe et me paraît bien être le type de l'ablation de l'organe malade, dans les meilleures conditions possibles, pour éviter la récurrence.

M. POLLOSSON. — Je demanderais aux chirurgiens qui ont fait cette chirurgie du haut rectum, chez l'homme, de vouloir bien colliger leurs cas pour les mettre en comparaison avec ceux opérés chez la femme; nous avons entendu, dans ces dernières années, plusieurs communications relatives à l'extirpation du rectum chez la femme, mais elles me paraissent tout à fait spéciales à ce sexe.

Je désirerais donc mettre cette question à l'étude en ce qui concerne les hommes qui, à ce point de vue, sont un peu trop laissés de côté.

M. VILLARD. — Ils sont laissés de côté surtout parce que l'opération est chez eux très meurtrière. Pour ma part, il y a deux ans, j'ai pratiqué l'extirpation de l'anse sigmoïde et du haut rectum chez un homme dans des conditions parfaites, au point de vue opératoire, je n'ai pas vu une seule faute de technique, j'ai pu descendre très bien l'anse intestinale. Après fermeture du bout supérieur, j'ai fait une péritonisation très exacte du péritoine pelvien autour de l'anse sigmoïde, descendue de telle sorte, que l'aspect du pelvis était très satisfaisant; j'étais très heureux de cette intervention, qui avait été relativement facile; tout paraissait devoir aller très bien, néanmoins le malade est mort dans les quarante-huit heures, de péritonite.

Dans d'autres cas, je suis resté en route, j'ai battu en retraite parce que le pelvis était trop étroit, parce que je me trouvais en présence d'un pelvis capitonné par le néoplasme, parce que j'avais la sensation qu'il y avait impossibilité d'obtenir la mobilisation, impossible de rien faire sans léser la vessie.

Cette question mérite d'être étudiée et mise à l'ordre du jour.

M. ALBERTIN. — N'y aurait-il pas lieu de faire, chez l'homme, ce que nous faisons chez la femme, c'est-à-dire à commencer par découvrir l'uretère, de façon à transformer le bassin en une surface opératoire, sur laquelle on n'a plus aucun organe à léser; je crois que la prostate doit gêner moins l'opérateur, une fois ce temps pratiqué.

Pour cette opération, il faut partir de ce principe qu'il faut mettre tout d'abord à l'abri les organes qu'on peut léser.

M. DURAND. — Et la vessie?

M. ALBERTIN. — En partant de l'uretère, une fois ce conduit libéré et récliné avec les écarteurs que l'on emploie dans le Wertheim, il serait facile de décoller la vessie et de récliner celle-ci en avant. Certes, l'uretère, la vessie et le rectum sont plus insolables chez la femme, dont le bassin est plus évasé, et les conditions opératoire sont, chez elle, bien meilleures, mais je crois aussi que l'on n'a pas essayé d'opérer chez l'homme, comme on le fait chez la femme, en prenant précaution d'isoler, au début, les trois organes gênants, et surtout l'uretère et la vessie.

M. VILLARD. — Quand on a l'habitude de disséquer l'uretère pelvien chez la femme, l'idée vient naturellement d'en faire autant chez l'homme. Mais chez lui, voici ce qui se passe : ou bien le néoplasme est au-dessus du cul-de-sac du Douglas, et l'opération n'est qu'une résection intestinale; ou bien, et c'est le cas habituel, le néoplasme est à cheval sur le cul-de-sac péritonéal et plonge dans la partie la plus profonde du Douglas, très rétréci chez l'homme : il n'y a rien à faire : le péritoine est infiltré, on a un bloc recto-vésical difficilement mobilisable; la région prostatique donne l'impression qu'on ne peut rien faire de bon, alors que chez la femme, lorsqu'on a enlevé l'utérus, on a une grosse brèche qui permet toutes manœuvres utiles. J'ai néanmoins l'impression que si on discute cette question dans dix ans, on sera arrivé à faire l'extirpation du rectum chez l'homme, avec des résultats satisfaisants; il se passera sans doute, un jour, pour le rectum, ce qui s'est passé pour l'utérus; par le perfectionnement de la technique, on rendra l'opération innocente. Il n'y a pas de raison pour ne pas réussir aussi bien chez l'homme que chez la femme, seulement c'est plus difficile.

M. GOULLIQUET. — Comme M. Villard, je crois que l'amélioration de la technique permettra de pratiquer l'amputation abdomino-périnéale chez l'homme comme chez la femme. Je n'ai eu qu'une fois, en 1904, l'occasion de pratiquer cette opération chez l'homme, alors que mes opérées femmes guérissaient très bien. Le cas était favorable, en ce sens que la tumeur formée par une large ulcération cancéreuse était sur la face postérieure du rectum et que, par suite, il n'y avait aucune adhérence à craindre du côté de la vessie.

Le danger vient en effet surtout de ce que, dans les cas où l'amputation abdomino-périnéale serait le plus indiquée par le siège de la tumeur, on a souvent des adhérences avec le cul-de-sac péritonéal, avec la vessie, les vésicules séminales, la prostate.

Cependant, la précision de la technique de la séparation du rectum des voies urinaires, due à la création de la prostatectomie périnéale, avait grandement contribué à éviter les complications urinaires, les plus à craindre chez l'homme.

Dans le cas d'amputation abdomino-périnéale que j'ai pratiqué chez l'homme, cas favorable, il est vrai, je n'avais pas trouvé une difficulté bien plus grande à faire cette opération que chez la femme.

A cette époque, je ne péritonisais pas le bassin après fixation de l'S iliaque sectionnée, dans la fosse iliaque gauche, comme un anus terminal. Les femmes guérissaient après quelques accidents de subocclusion. Chez mon opéré, les mêmes accidents prirent une grande gravité : j'ai cru à de l'occlusion, une anse grêle élevée étant venue adhérer, en se coudant, sur la gaze iodoformée qui fermait le bassin. Il me serait égal d'admettre qu'une péritonite occlusive a causé la mort de mon malade ; mais les lésions constatées à l'autopsie étaient plutôt en faveur de la première hypothèse.

C'est à la suite de ce cas malheureux que je me suis efforcé de conserver le côlon pelvien, par un procédé un peu spécial, que j'ai décrit en 1907, et qui me permettait de péritoniser le bassin avec ce côlon pelvien, tout en me tenant très loin de la tumeur.

Chez l'homme, depuis ce cas malheureux, j'ai évité de recourir à l'amputation abdomino-périnéale. Quand je n'ai pu abaisser suffisamment le gros intestin et que j'ai voulu remonter très haut, j'ai employé un autre procédé personnel, que j'ai décrit sous le nom *d'amputation du rectum avec occlusion du bout supérieur*. Au lieu de chercher, à tout prix, à amener l'intestin à l'anus, à travers un bassin évidé, je ferme le bout supérieur de la section par un double ou triple surjet, et je l'abandonne dans le bassin péritonéal, en établissant un anus contre nature en canon de fusil dans la fosse iliaque. Je ne risque pas ainsi de voir l'intestin se rétracter dans le bassin en y déversant son contenu. L'anus en canon de fusil avec éperon ne permet pas aux matières de descendre dans la partie du côlon pelvien, au-dessous de l'anus iliaque,

et les sécrétions de cette portion terminale de l'intestin ont leur écoulement par un des orifices de l'anus iliaque. Ce procédé a été décrit dans le *Lyon Médical* (mars 1910). Il ne convient que dans les cas haut situés, quand on ne peut rétablir un anus interfessier. Je n'y ai eu recours que chez l'homme.

Le Gérant, D^r VALLAS.

Séance du 6 juin 1912

Présidence de M. A. POLLOSSON

▲ ANCIENNE FRACTURE DU SCAPHOÏDE PAR ÉCRASEMENT,
AVEC FRAGMENTS LIBRES DANS L'INTERLIGNE ARTI-
CULAIRE CARPIEN. TROUBLES MOTEURS CONSIDÉRABLES
DU POIGNET, RÉSECTION DU SCAPHOÏDE. GUÉRISON.

M. BÉRARD. — Les interventions sanglantes pour trauma-
tisme des osselets du poignet ont consisté jusqu'ici, surtout en
ablation du semi-lunaire luxé et non réductible. Plus rarement
on a eu l'occasion d'extirper le scaphoïde seul à la suite d'une
fracture consolidée vicieusement. Si nous savons bien main-
tenant que l'ablation du semi-lunaire laisse un poignet à peu
près intact fonctionnellement, nous n'avons pas des notions
aussi précises sur les résultats de la résection du scaphoïde
seul. *A priori*, il semblerait que la vaste brèche creusée ainsi
dans la première rangée des os du carpe place le radius dans une
attitude d'équilibre instable sur le semi-lunaire qui seul trans-
met dès lors le contact entre les os de l'avant-bras et ceux de
la deuxième rangée carpienne. Dans la radiographie ci-jointe,
prise sur notre malade après l'ablation du scaphoïde, cette
statique paradoxale du poignet apparaît nettement. Et pour-
tant, ainsi que vous pouvez vous en rendre compte, cet opéré,
qui avait une main impotente après son accident, a recouvré
par l'ablation du scaphoïde une capacité fonctionnelle à peu
près complète.

Voici son histoire : B... (Pierre), âgé de 50 ans, heurte
violemment un rebord de table de la main droite au niveau du
premier espace interdigital, entre le pouce et l'index. Dans ce
refoulement de la main en arrière, il ressent une vive douleur

au niveau du poignet, sans impotence fonctionnelle immédiatement bien marquée.

Cet accident survint il y a un an. Le blessé fut traité à l'hôpital Saint-Luc par des massages et de la mobilisation progressive. Quelques semaines après, il vint à l'hôpital, dans notre service, parce qu'il ne pouvait pas se servir de la main droite; le poignet restait tuméfié et douloureux en dehors, les mouvements tous très limités, les forces de pression et de traction de la main très diminuées. Une radiographie prise à ce moment nous avait montré, sur l'épreuve de profil, un écrasement du bord postérieur du scaphoïde avec la présence de deux petits fragments osseux, engagés en arrière de lui et bloquant l'articulation radio-carpienne en position moyenne. Le blessé, qui n'avait pas encore accepté de règlement avec la compagnie d'assurances, se refusa à toute intervention. M. le Dr Patel, nommé médecin expert, lui fit attribuer, au début de 1912, une incapacité fonctionnelle permanente de 30 p. 100.

C'est alors que pour la deuxième fois B... (Pierre) revint à l'Hôtel-Dieu pour se soumettre à l'opération que nous lui avions proposée. Elle consista dans la découverte du scaphoïde par l'incision externe classique de la résection du poignet. Nous pûmes ainsi extirper le scaphoïde divisé en trois fragments : un très gros antérieur et deux plus petits postérieurs, véritables corps étrangers articulaires, qui comblaient la tabatière anatomique. Le fragment le plus volumineux, qui correspondait aux trois quarts de l'os environ, était fortement laminé par l'écrasement de son bord postérieur. La suture totale de la plaie fut faite et la réunion obtenue par première intention. Cet homme quittait l'hôpital un mois après, et aujourd'hui, au bout d'un mois et demi, il a récupéré la presque totalité de ses mouvements du poignet, ainsi que vous pouvez le constater. Il serre la main avec force, commence déjà à porter des objets pesants et se dispose à reprendre son travail.

*
*
*

A PROPOS DE LA JÉJUNOSTOMIE.

M. BÉRARD. — Dans la séance du 23 avril, j'ai eu l'honneur de communiquer à la Société un cas de *mort par occlusion*

mécanique, après la jéjunostomie. Dans la discussion qui a suivi, nous n'étions pas arrivés à dégager nettement les conditions opératoires qui devraient nous mettre à l'abri de tels accidents.

J'ai eu, il y a vingt jours, l'occasion de pratiquer une nouvelle jéjunostomie chez le malade que je vous présente ici. Cet homme, âgé de 58 ans, était atteint d'un cancer de la petite courbure de l'estomac, étendu jusqu'au voisinage du cardia; en haut, et jusqu'au pylore, d'autre part; d'où une série de troubles de canalisation, les uns spasmodiques, les autres mécaniques, qui avaient rendu à peu près impossible toute alimentation buccale. D'ordinaire, depuis deux mois, les vomissements survenaient de suite après les repas.

C'était une indication nette de jéjunostomie. J'ai fait, cette fois, l'opération d'après la technique suivante :

1° Création d'une bouche jéjunale à la Witzel sur un point de l'anse située à 25 centimètres environ de l'angle duodéno-jéjunal, de façon que cette anse se trouve, après fixation à la paroi, à peu près tendue de haut en bas et de dehors en dedans.

2° Anastomose de sûreté au bouton de Jaboulay, entre les deux portions de l'anse à fixer de part et d'autre de la bouche jéjunale.

3° Fixation oblique de l'anse jéjunale qui portait la stomie au péritoine pariétal, vers l'ombilic, sur une longueur de 4 à 6 centimètres.

4° Suture de la paroi à trois plans, au-dessus de la stomie. La sonde occupait ainsi le point déclive de la plaie.

Chez ce malade, les suites ont été des plus simples; dès le deuxième jour, le spasme du cardia était levé et l'alimentation pouvait se faire à la fois par les voies naturelles et par la sonde jéjunale. Jamais il n'y eut au niveau de celle-ci la moindre régurgitation, et aujourd'hui la sonde n'est plus introduite que pour l'administration des aliments liquides trois fois par jour. Les bords de la plaie sont absolument nets.

J'ai donc l'intention, à l'avenir, d'appliquer cette technique, déjà recommandée par Albert, Robson, Pauchet, en assurant la libre circulation des liquides venus de l'estomac et de la bile par l'anastomose complémentaire des deux segments du jéjunum de part et d'autre de la stomie.

M. VILLARD. — J'ai entendu avec plaisir la communication de M. Bérard mentionner l'emploi du procédé d'anastomose complémentaire entre les deux branches du jéjunum.

J'ai fait un certain nombre de jéjunostomies, et dans les premières que j'ai faites, un peu par instinct, j'ai toujours fait l'anastomose complémentaire au bouton parce que, après fixation de l'anse, j'ai eu cette impression de couture possible. J'ai eu cependant un accident, sur lequel il ne faudrait peut-être pas tabler pour condamner une méthode ; il s'agissait d'une jeune fille atteinte d'hémorragie gastrique due à un petit ulcère de l'estomac et qui était en état de mort imminente. J'avais fait l'exclusion de l'ulcère par la jéjunostomie. Cette jeune fille paraissait guérie lorsque, vers le huitième jour, le bouton a lâché.

J'ai l'habitude de mettre très couramment entre les deux jambes de l'anse intestinale, après gastro-entéro-anastomose, un bouton qui n'a jamais lâché. Dans le cas dont je parle, ce fut pourtant la cause de la mort, car l'alimentation de la malade se faisait bien, et lorsque nous avons fait l'autopsie, nous avons constaté que les deux ulcères étaient parfaitement cicatrisés : cette malade avait été guérie de ses hémorragies, mais elle était morte de cette complication opératoire.

Ce procédé me paraît si rationnel que je crois bien que j'y reviendrai, malgré cet accident. Je dois ajouter que j'ai fait d'autres jéjunostomies sans cette intervention complémentaire, et que je n'ai jamais eu d'obstruction. Je considère que la jéjunostomie est une opération très séduisante, qui ne donne peut-être pas encore tous les résultats qu'on peut en attendre à cause des indications dans lesquelles on l'emploie.

M. BÉRARD. — Presque toujours, quand je mets un bouton entre l'estomac et l'intestin, je fais tout de même une suture séro-séreuse de soutien, à quelque distance du bouton, non pas à son contact immédiat, ce qui serait dangereux, mais à 3 ou 4 millimètres de distance.

Je fais cette suture de soutien depuis que j'ai eu une gastro-entéro-anastomose dont le bouton a cédé au neuvième jour : l'opéré en est mort en douze heures. Je crois que lorsqu'on fait cette suture séro-séreuse rapide on a toutes les garanties nécessaires.

Je demanderai à M. Villard, lorsqu'il fait son anastomose complémentaire, quelle est la longueur d'intestin qu'il laisse entre la bouche jéjunale et l'angle fixe.

M. VILLARD. — A peu près tendue, 25 à 30 centimètres.

RÉTRÉCISSEMENT TUBERCULEUX DU RECTUM. RECTOTOMIE
POSTÉRIEURE ET DILATATIONS ESPACÉES. RÉSULTATS
DATANT DE SEPT ANS.

M. BÉRARD. — Le meilleur traitement des rétrécissements tuberculeux du rectum, pour la plupart des chirurgiens, semble être actuellement l'extirpation large du segment intestinal malade et des tissus voisins infiltrés par continuité. J'ai opéré plusieurs malades ainsi, dont j'aurai l'occasion de vous présenter les résultats éloignés. Mais cette extirpation large ne met pas fatalement à l'abri des récives, et elle n'est pas toujours praticable ; en outre, comme elle doit être précédée de l'établissement d'un anus contre nature définitif plutôt que temporaire, certains malades se refusent à accepter une semblable infirmité. Ce fut le cas du jeune homme que je vous présente aujourd'hui, âgé actuellement de 30 ans, et chez qui je suis intervenu en 1905 dans les conditions suivantes :

OBSERVATION. — Chargé d'antécédents tuberculeux héréditaires et personnels, ainsi qu'en témoignent de multiples cicatrices d'adénites cervicales, et une ancienne pleurésie, ce sujet était venu demander nos soins à l'hôpital de la Croix-Rousse, en 1905, pour une fistule périanale, avec de la diarrhée graisseuse et des matières striées de sang. Il présentait en même temps des signes d'obstruction intestinale fruste. Au toucher rectal, on constatait à 2 ou 3 centimètres au-dessus de l'an us une sténose infranchissable au doigt, et à travers laquelle on pouvait difficilement introduire une bougie d'Hégar d'un calibre de 5 millimètres. Je proposais l'établissement préalable d'un anus contre nature, pour faire ensuite une ablation du rectum qui aurait dû intéresser assez largement la peau périanale indurée au pourtour de l'orifice fistuleux. Devant le refus du malade, je dus me borner à une rectotomie postérieure, avec résection en coin d'un segment postérieur du rectum particulièrement végétant. La plaie fut tamponnée sans suture, avec applications de baume du Pérou créosoté, pendant que se faisait la réunion secondaire. Au bout de six mois, la brèche était fermée, avec conservation relative de la continence sphinctérienne. Le calibre du rectum avait été maintenu suffisant par des dilatations à la bougie d'Hégar. Mais comme nous n'avions aucune illusion sur la certitude d'une récive, le malade avait été prié de revenir à l'hôpital tous les mois pour se faire dilater. Il fut ainsi suivi par nous jusqu'en 1908, date à laquelle il cessa tout traitement, au moins sous notre direction. Je ne le revis qu'en 1914, à l'Hôtel-Dieu, pour de la diarrhée, de l'amai-grissement, avec des signes de sténose intestinale. M. Cade voulut

bien alors pratiquer la rectoscopie. Il nous confirma ce que le toucher nous avait déjà montré, c'est-à-dire un rétrécissement à peu près infranchissable, qui commençait à 2 ou 3 centimètres au-dessus de l'anus. Sous l'éclairage direct, ce rétrécissement fut à nouveau dilaté. Il s'étendait sur une hauteur de plusieurs centimètres. Au bout d'un mois, le malade, qui s'était refusé à toute opération sanglante, rentra à nouveau chez lui.

Il est revenu à l'Hôtel-Dieu il y a trois jours, non pas pour ses lésions rectales, mais pour un ganglion tuberculeux du cou suppuré en voie de fistulisation. C'est à peine s'il voulut consentir à un examen du rectum. Il nous dit que sa lésion devait être stationnaire, car il n'avait que de la diarrhée, et il déclarait évacuer suffisamment le contenu de son intestin. Au toucher, j'ai perçu, toujours avec une intégrité de la région anale, le rétrécissement fibreux, dur, ne paraissant qu'à peine ulcéré dans son segment postérieur, ne saignant pas sous le doigt, bien qu'il admit avec peine l'extrémité de l'index. La dilatation aux bougies d'Hégar permit d'arriver sans trop de difficultés à un numéro correspondant au calibre du doigt.

Le malade doit quitter l'hôpital demain. C'est pourquoi j'ai tenu à vous le présenter comme un résultat exceptionnel, inespéré, d'un traitement palliatif, considéré comme insuffisant pour des lésions qui, d'ordinaire, continuent à évoluer malgré lui. Depuis plusieurs années, cet homme fait régulièrement le service pénible d'allumeurs de réverbères.

M. DURAND. — Ce cas est en effet tout à fait exceptionnel s'il s'agit bien de lésions sténosantes tuberculeuses du rectum. Dans ceux que j'ai vus moi-même, la marche fut rapide, et l'issue fatale se produisit au bout de quelques mois. Ne s'agirait-il pas ici d'un rétrécissement syphilitique ? L'examen histologique a-t-il été pratiqué ?

M. BÉRARD. — Chez ce malade, on ne relève aucun antécédent spécifique héréditaire ou personnel. Quand je l'ai opéré en 1905 avec l'assistance de M. Patel, qui doit en avoir conservé le souvenir, un examen histologique, pratiqué au laboratoire de M. Paviot, avait fait conclure à la tuberculose. D'ailleurs, à côté des formes proliférantes et sténosantes, la tuberculose rectale peut évoluer avec des sténoses progressives peu ulcéreuses, et l'on tend de plus en plus aujourd'hui à considérer comme des rétrécissements tuberculeux cicatriciels, tuberculeux inflammatoires, dirait M. Poncet, les sténoses fibreuses sous-muqueuses du rectum, telles que j'en ai rapporté un cas ici-même il y a deux ans.

Séance du 13 juin 1912

Présidence de M. A. POLLOSSON.

LUXATION DU CALCANÉUM EN BAS ? CALCANÉUM CABRÉ !

MM. DESTOT et GALLOIS. — Voici un homme de 56 ans, qui a fait déjà l'objet d'une observation unique en son genre, présenté par M. René Horand à la Société de Médecine, le 15 avril 1912, et publié dans le *Lyon Médical* du 9 juin 1912, sous le nom de *luxation du calcanéum en bas et calcanéum cabré*.

Comme cette observation est absolument extraordinaire, je dois d'abord insister sur l'identité du malade que je présente avec celui de l'observation précitée.

Cet homme a les mêmes initiales, le même âge que celui de M. Horand et il a été victime d'un accident à la même date. Il raconte la même histoire, sauf cependant en certains points d'appréciation. Il a été vu par le même médecin, le D^r Girardet, qui l'a soigné à la *Clinique des accidents du travail*, tenue par l'ancien oculiste américain ; il a été radiographié une première fois par M. Horand, puis comme on lui proposait une opération, il s'est adressé à un autre médecin, le D^r Pélissier, qui lui a fait un certificat, fait faire de nouvelles radiographies. Comme le cas embarrassait ce dernier, M. Gallois fut appelé à donner son avis.

C'est ainsi que lorsque dans le *Lyon Médical* du 9 juin 1912, je vis les radiographies de ce blessé identiques à celles que je présente ici, je fus frappé de leur interprétation, en même temps que M. Gallois s'étonnait que le malade fût présenté sous cette étiquette de calcanéum cabré et de luxatio erecta.

Nous avons donc identifié ce malade complètement par une série de recherches ; c'est lui que nous présentons aujourd'hui.

L'histoire de ce blessé est très simple, il suffit de le voir

pour se rendre compte de l'erreur qui a été commise. C'est pourquoi au lieu de le présenter à la Société de Médecine, dont le président est à peu près seul chirurgien assidu, j'ai tenu à le présenter devant la Société de Chirurgie pour recueillir de votre part un avis compétent, et afin que le diagnostic que je vais développer rencontre ici soit une approbation autorisée, soit au contraire une infirmation sérieuse.

Cet homme, voiturier d'abord, puis terrassier par occasion, fut pris dans un éboulement de terrain en enlevant des remblais sur le quai Pierre-Scize. Il raconte qu'il fut renversé sur le côté son pied tourné en dedans.

On le retira immédiatement de dessous l'éboulement. Malgré une douleur un peu vive il put faire 50 mètres, soutenu par des passants, et le lendemain même il put aller à pied en s'aidant du bras d'un aide et d'une canne, du fond des Charpennes au cours Gambetta, soit un trajet de plusieurs kilomètres.

Ces détails permettent de réduire considérablement l'histoire dramatique racontée par M. Horand pour justifier son diagnostic. D'ailleurs, M. Horand convient que tout avait duré à peine quelques secondes et par conséquent il est bien difficile de retrouver tout le mécanisme invoqué par cet auteur.

Quoi qu'il en soit, le malade est plus intéressant à examiner qu'à écouter. Il présente en effet une *atrophie musculaire presque totale* des muscles des deux jambes qui sont réduites à deux manches à balai. Il dit qu'il a toujours eu les pieds déformés depuis l'âge de 8 ans. Il s'agit d'une double lésion paralytique infantile, un pied creux à gauche et un pied plat à droite.

Quant à son accident, il s'agit d'une violente entorse avec fracture de la malléole externe dont l'épaississement persiste encore maintenant et est facile à retrouver. Le malade se plaint toujours et marche avec une certaine difficulté et cela se comprend, car la fracture qu'il a eue, survenant dans une difformité ancienne, lui a fait perdre beaucoup de son équilibre, et il n'est pas démontré que la paralysie infantile qu'il a eue n'aggrave pas sa fracture.

Je ne veux pas discuter et m'appesantir longtemps sur les signes que présente le malade au point de vue radiographique. Si on mesure l'inclinaison du calcanéum sur le cliché de M. Horand, qui date de deux mois, et sur mes clichés qui sont

d'hier, on verra que l'angle n'a pas varié. L'érection du calcaneum est aussi grande, elle ne dure pas depuis trois mois, elle dure depuis quarante-huit ans. Les surfaces articulaires ont conservé tous leurs rapports réguliers dans l'articulation sous-astragalienne et médio-tarsienne.

Si je présente ce malade ce n'est point pour relever une erreur de diagnostic simplement, mais il faut remarquer que l'observation présentée à la Société de Médecine arriverait, si on ne coupait le mal dans sa racine, à former plus tard un de ces cas extraordinaires qu'on retrouve dans les livres et qu'on ne voit jamais. Si le chef des travaux de la clinique chirurgicale de la Faculté avait seul participé à cette erreur, je n'insisterais pas, mais elle a été confirmée par M. Jaboulay, son maître, à tel point que M. Arcelin ayant voulu, lui aussi, avoir trouvé une luxation du calcaneum, M. Jaboulay a eu soin de lui faire remarquer qu'il ne s'agissait que d'un fait connu de luxation sous-astragalienne du pied, nullement comparable à celui de M. Horand.

Si donc, après examen du malade, vous pensez devoir formuler des objections à mon interprétation, je vous serais très obligé de le faire, mais jusqu'à plus ample informé je crois que le diagnostic d'ancien pied creux paralytique avec fracture récente de la malléole externe répond à la vérité.

Les conséquences de cette discussion sont considérables tout d'abord au point de vue médico-légal.

Il y en a un autre, c'est l'histoire de l'opération qu'on a proposée au malade et qu'il a refusée d'ailleurs sagement ; je ne vois pas bien quelle opération a pu être envisagée. En tout cas, l'auto-massage sur lequel comptait M. Horand n'a pas réussi, l'érection persiste, ainsi qu'on peut le voir, malgré le temps écoulé depuis l'accident.

Enfin, un autre problème se pose. Une fracture malléolaire simple n'est-elle pas aggravée par une déformation ancienne due à une paralysie infantile ? Malgré trois mois écoulés, le blessé marche mal, il souffre, il est obligé d'avoir une canne et une béquille, il existe du gonflement périmalléolaire.

Il est vrai que c'est un accident du travail et que, par conséquent, il faut faire des réserves.

PÉRITONITE LIBRE PAR PERFORATION APPENDICULAIRE.
APPENDICECTOMIE. INJECTION D'HUILE CAMPHRÉE DANS
LE VENTRE, APRÈS FERMETURE DU PÉRITOINE SANS DRAI-
NAGE. GUÉRISON.

M. LERICHE. — Il y a quatre mois, j'ai eu l'occasion de vous présenter (1) une malade guérie d'une péritonite généralisée par une intervention précoce, qui avait consisté à supprimer la cause, à verser de l'huile stérilisée (goménolée) dans le ventre et à refermer le péritoine sans drainage.

J'ai l'honneur de vous présenter aujourd'hui un homme opéré suivant les mêmes principes, pour une péritonite libre d'origine appendiculaire. Sa guérison s'est faite sans incident. Voici tout d'abord son observation résumée :

OBSERVATION. — F. M..., âgé de 34 ans, est amené à l'infirmierie de porte le 27 avril 1912, à 6 heures du soir, pour une péritonite aiguë d'origine appendiculaire.

Le dimanche 21 avril, il a été pris d'une violente douleur dans la fosse iliaque droite. Cette douleur a rapidement diffusé à tout le ventre, des vomissements sont bientôt apparus et un médecin ayant constaté une température élevée fit le jour même le diagnostic d'appendicite. On institua le traitement classique par la glace, la diète et l'opium. Le jeudi 25 avril, après une purgation, au lieu de s'amender, les phénomènes s'aggravèrent et le samedi on se décida à l'envoyer d'urgence à l'Hôtel-Dieu, avec le diagnostic de péritonite.

Au moment où je le vis, le facies était grippé, mais pourtant ne faisait pas trop mauvaise impression, la température atteignait 39° 5, le pouls était à 110; le malade avait un peu de dyspnée et une langue sèche; il ne vomissait pas; il avait eu la veille un peu de diarrhée, mais ne faisait plus de gaz. La quantité d'urine était notablement diminuée. Le ventre était peu ballonné; la paroi était de bois et la palpation extrêmement douloureuse. Le moindre contact aussi bien que la palpation profonde arrachait des cris. La respiration se faisait uniquement suivant le type supérieur et l'immobilisation du diaphragme

(1) LERICHE et MURARD. — Péritonite libre par perforation d'une vésicule calculeuse (cholécystite gangréneuse). Cholécystectomie. Drainage de l'hépatique. Fermeture de l'abdomen après injection d'huile goménolée. Guérison. Société de chirurgie, 22 février 1912.

était complète. Tout mouvement était rendu impossible par l'hyperesthésie du ventre, et le malade ne pouvait même pas s'asseoir. A cause de ce dernier symptôme, et malgré quelques signes divergents, je fis le diagnostic de péritonite généralisée, et après un nouvel examen, deux heures plus tard, j'opérai, avec l'aide de M. Murard, interne de garde.

Une petite incision iliaque ouvrit le péritoine et laissa couler au dehors du liquide bouillon trouble en petite quantité. J'attirai le cæcum et trouvai sans difficulté un appendice très long, plongeant dans le bassin; par un point, il adhérait faiblement à la paroi pelvienne. En face de ce point l'appendice présentait une perforation complète. Tout le reste était rigide et violacé.

Avant d'enlever l'appendice, j'essayai d'aspirer le liquide intrapéritonéal. Je n'arrivai qu'avec peine à en retirer quelques cuillerées : les anses, violacées, complètement libres, étaient immédiatement aspirées par l'aspirateur de Villard, qui pouvait être promené librement dans la cavité péritonéale, nulle part cloisonnée.

Sans insister, j'enlevai l'appendice que voici, et le moignon enfoui fut fixé à la paroi. Puis, le péritoine fut refermé soigneusement autour d'une sonde de Nélaton plongeant dans le Douglas. Je mis un catgut sur les muscles en haut et, sans faire d'autre suture, je tamponnai la paroi; puis j'injectai par la sonde 100 grammes environ d'huile camphrée à 10 p. 100.

Les suites de cette intervention furent très simples.

Après vingt-quatre heures d'incertitude, il devint évident que l'on avait partie gagnée. La température tomba à 37° 2. Au quatrième jour, le malade allait à la selle et la guérison se fit sans autre incident qu'une élévation de température qui se fit par degrés vers le quinzième jour pour atteindre, en trois jours, 39° 5, comme vous le voyez sur cette courbe. Craignant *a priori* un abcès pelvien résiduel, je ne trouvai, par le toucher rectal, qu'un peu d'induration dans le cul-de-sac du Douglas. A la suite d'une purgation, tout rentra dans l'ordre et, depuis huit jours, ce malade a quitté l'hôpital parfaitement guéri. Comme vous pouvez le voir, son ventre souple, sans éviscération, ne présente qu'une petite cicatrice de 6 centimètres au plus.

Il s'est agi en somme ici d'une péritonite diffuse par perforation d'un appendice malade depuis six jours. L'opération, heureusement encore précoce, faite avant que la situation ne soit désespérée, a vérifié le diagnostic : elle s'est bornée à enlever l'appendice, à injecter de l'huile et l'infection péritonéale a guéri sans drainage.

Cette observation vient donc à l'appui de la technique défendue l'an dernier par MM. Vignard et Arnaud, Je crois, pour

ma part, que ce mode de traitement des péritonites constitue un grand progrès.

Au mois d'octobre dernier, j'avais communiqué au Congrès de Chirurgie 7 observations, dans lesquelles il avait été appliqué. Depuis cette époque j'ai pu opérer 6 malades de cette façon. Sur les 6 cas, j'ai eu 3 guérisons. Ces 6 cas se décomposent ainsi :

1° Une péritonite d'origine appendiculaire chez une jeune fille. Opération tardive. Mort dans la journée.

2° Une péritonite d'origine appendiculaire chez un enfant. Opération tardive. Mort au bout de quarante-huit heures.

3° Une péritonite d'origine vésiculaire. Cholécystectomie précoce. Guérison. C'est le cas auquel j'ai fait allusion en commençant.

4° Une péritonite d'origine salpingienne. Hystérectomie. Cas moyen. Guérison.

5° Une péritonite par perforation d'un ulcère calleux de la petite courbure. Gastrectomie à la dixième heure. Mauvais cas. Mort au quatrième jour.

6° Une péritonite d'origine appendiculaire. Cas médiocre. Guérison.

Dans tous les cas, il s'agissait de péritonite diffuse, sans cloisonnement, avec peu de liquide non collecté. Seuls ont guéri les cas précocement opérés. Pour ceux-là, je crois que la méthode suivie (injection d'huile et fermeture du ventre sans drainage) a facilité la guérison.

M. Vignard, l'an dernier, avait exprimé le désir que des observations fussent présentées en série pour étudier la question posée. C'est pour répondre à son invitation que j'ai cru intéressant, à l'occasion d'un cas favorable, de vous citer cette petite statistique intégrale, qui représente toutes les péritonites diffuses que j'ai pu voir dans l'espace de sept mois.

M. GOULLIQUET. — Les observations de M. Leriche sont des plus intéressantes. La précocité et la rapidité de l'intervention, l'attaque et l'ablation immédiate du foyer initial de la péritonite doivent être les facteurs principaux de ces succès. La question de suppression du drainage paraît plus discutable. Il est sans doute inutile dans certains cas, des observations le montrent, mais peut-on dire qu'il n'y a pas eu de

drainage dans les cas où un petit drain, une sonde de Nélaton, plonge dans le Douglas. Voit-on sourdre du liquide par ce drainage réduit ?

Pour ma part, et pour le moment, je l'accepterais plus volontiers que la fermeture complète de l'abdomen.

M. VALLAS. — La statistique de M. Leriche est très intéressante, mais en voyant une série aussi heureuse on se demande toujours s'il s'agissait bien dans ces cas de péritonite généralisée. Il y a de petits abcès pelviens avec de la sérosité autour d'eux qui simulent la péritonite, mais on ne peut pas dire que ce soit des péritonites généralisées. Il n'y a pas dans ces cas, comme dans la grande péritonite, des anses intestinales complètement libres dans le ventre. Je demanderais à M. Leriche s'il a vu les anses intestinales mobiles en faisant son incision ? N'est-il pas tombé dans une cavité suppurante ? Dans quelles conditions se trouvaient les anses intestinales au niveau de l'incision ?

M. LERICHE. — L'objection de M. Vallas est celle qu'on ne manque jamais de faire à ceux qui parlent de guérison d'une péritonite diffuse. Il est certain qu'elle est capitale. Je la connais bien, mais elle ne peut pas m'être opposée. Dans les cas dont j'ai parlé, il ne s'agissait pas d'abcès enkysté avec réaction péritonéale du voisinage, mais de péritonite libre, avec anses rouges, distendues, mobiles, non agglutinées.

Je connais bien la forme dont parle M. Vallas : j'ai opéré en même temps que le malade que voici une femme qui en était un bel exemple. Je l'ai opérée au troisième jour d'une appendicite ; elle avait du liquide séreux libre dans le ventre, et un tout petit abcès au contact de l'appendice que j'ai enlevé. Je ne compte pas les faits de ce genre dans le cadre des péritonites diffuses libres. Dans les cas dont je parle il y avait du liquide séro-purulent trouble, libre entre des anses mobiles, sans aucune adhérence ; ce liquide n'était pas sous pression, l'aspirateur n'en recueillait que quelques gouttes, sans arriver à faire une évacuation satisfaisante ; par contre, on se promenait librement dans tout le ventre, du foie au Douglas. Enfin, l'appendice perforé n'avait pas d'abcès enkysté à son contact. Il n'y a donc pas d'erreur possible sur le diagnostic.

Au reste, ma statistique donne-t-elle une telle proportion de succès que ses éléments puissent être suspectés ? J'ai opéré 6 cas depuis le mois d'octobre dernier, où j'ai communiqué 7 observations au Congrès de Chirurgie. Ces 6 cas donnent du 50 p. 100. C'est évidemment un progrès sur les résultats d'autrefois, mais ce n'est pas tellement beau que cela paraisse impossible.

En ce qui concerne l'observation de M. Goullioud, je dois une explication : la sonde de Nélaton que je laisse est mise là pour injecter l'huile et non pour drainer. Elle est si peu mise dans ce but que je la bouche avec une petite guille de bois, pour éviter que l'huile ne ressorte

et que je la laisse bouchée. Je la laisse par mesure de précaution pour pouvoir réinjecter de l'huile, ce que j'ai fait quelquefois, soit pour faire de l'aspiration au cas où des liquides s'accumuleraient dans le Douglas. Ce n'est donc même pas un drainage à la Rehn. En tout cas, autour de cette sonde, le péritoine est complètement occlus. C'est nécessaire pour que l'huile ne ressorte pas. Mais admettons même que l'on veuille considérer cela comme drainage (ce qui pour moi ne doit pas être), la méthode employée a quelque chose de particulier et ne ressemble pas à ce qu'on faisait autrefois. L'incision du malade que je vous présente mesure trois travers de doigt au maximum. Ce n'est qu'une simple incision d'appendicectomie à froid. N'est-ce pas une grosse simplification et un grand progrès?

M. BÉRARD. — M. Leriche nous apporte une série de 6 péritonites aiguës généralisées, c'est-à-dire sans cloisonnement visible de la séreuse infectée, qu'il a opérées sans drainage avec 3 morts; soit une proportion de 50 p. 100 de guérisons. Outre qu'il s'agit là d'une série restreinte comme nombre, ce sont des chiffres que donnent actuellement la plupart des chirurgiens pour les cas *dits* analogues, et où l'intervention a été terminée par le drainage à la Fowler-Murphy, avec un drain dans la plaie iliaque ou sus-pubienne, et chez la femme avec un autre drain vaginal, au point le plus déclive du Douglas.

Entre cette méthode et celle que préconise M. Leriche, il n'y a pas une différence fondamentale : en effet, il laisse une sonde de Nélaton à l'angle inférieur de la plaie. Pourquoi ne pas laisser un tube de calibre plus gros, qui aurait une utilité plus certaine pour l'écoulement des liquides péritonéaux, et qui n'exposerait pas davantage le malade aux risques d'une éventration. Est-ce à dire que ce drain plus gros exposera davantage aux infections secondaires de dehors en dedans? Je ne crois pas qu'on l'ait jamais prétendu avec quelque apparence de vérité. C'est, dit-on, que le drain est inutile et ne donne écoulement à rien, même quand il y a encore du pus dans le péritoine. Nous l'avons entendu répéter même par mon ami Vignard, par Arnaud dans sa thèse, par Leclerc (de Dijon), dans celle d'un de ses élèves. Cette assertion est vraie pour les péritonites généralisées, du type hyperseptique, où la séreuse n'a pas le temps de réagir : et alors toutes nos méthodes chirurgicales semblent vouées à l'échec. Quand, par contre, on est en face d'une péritonite suppurée, il n'est pas toujours indifférent de fermer l'abdomen, et il n'est pas inutile de laisser un drain au point déclive. J'ai suivi depuis un an avec Vignard plusieurs de ces péritonites, surtout chez des appendiculaires; après la suture de la paroi sans drain, nous avons eu, cela va sans dire, des cas de mort, mais aussi chez les malades qui guérissent, nous avons noté au niveau des sutures des phlegmons gangréneux pariétaux, qui constituent pour le pronostic un

élément sérieux de gravité. Il faudrait, pour se mettre à l'abri de cette dernière complication, supprimer toute suture des plans de la paroi autres que le péritoine; mais alors, quel avantage y a-t-il à fermer celui-ci soit pour les suites immédiates, soit pour la solidité ultérieure de la cicatrice?

Je crois au contraire qu'il n'est pas inutile de laisser un drain au point déclive du péritoine quand la grande séreuse non cloisonnée contient du pus, car malgré l'aspiration de ce pus au cours de l'opération, il est à peu près impossible de tout évacuer ainsi, et le pansement plus ou moins largement souillé par des liquides septiques et odorants pendant les jours qui suivent témoigne que le drain a servi à quelque chose. J'irai même plus loin : dans toutes les appendicites perforées avec péritonite diffuse que j'ai observées chez la femme depuis quelques années, j'ai fait une contre-ouverture dans le Douglas pour placer un drain abdomino-vaginal. J'ai l'impression que les suites opératoires en ont été améliorées, plus simples et plus courtes. Par contre, chez les opérés de l'un ou l'autre sexe où je n'avais pas établi ce drainage pelvien, j'ai dû trop souvent, au bout de cinq, six, dix jours, évacuer par le rectum ou par le vagin une collection résiduelle pelvienne.

Il n'est pas discutable que malgré le drainage on ne voie parfois de ces abcès cloisonnés à côté des compartiments péritonéaux drainés; des anses se sont accolées, qui ont formé des logettes suppurées. Mais on ne dira pas sans doute que l'absence de tout drainage nous mettrait à l'abri de ces abcès.

En réalité c'est là, comme toujours, une question de virulence des microbes, de résistance des malades, comportant des solutions d'opportunité et non une formule unique applicable à tous les cas.

M. LERICHE. — Il m'est très difficile de répondre aux objections que me fait mon maître, M. Bérard. L'une d'entre elles s'apparente à celle que me faisait M. Vallas, il y a un instant. Elle vise le diagnostic de diffusion. Je dis : « Péritonite diffuse ». On me répond : « En êtes-vous bien sûr? ». Ainsi posée, la question est insoluble en dehors de ma propre affirmation. Or, pour moi, il n'y a pas de doute, il s'agissait de péritonite diffuse, libre, sans cloisonnement, et non d'un grand abcès péritonéal enkysté ou en voie d'enkystement. L'aspirateur se promenait librement dans le ventre de mes malades, sans rien recueillir, alors qu'il vide très rapidement les abcès enkystés. Cela à lui seul est caractéristique.

J'envisage l'autre objection : l'absence de drainage n'est pas un progrès. Le pourcentage de guérison que j'indiquai (50 p. 100) et qui étonnait tout à l'heure M. Vallas, est celui que donnent toutes les méthodes actuelles, me dit M. Bérard. La méthode n'a donc aucune supériorité, et il vaut autant, puisque c'est plus sûr, drainer quand même.

Admettons-le. Il n'en reste pas moins qu'à égalité de résultat, la méthode de la suppression du drainage est plus simple, chirurgicalement parlant, que l'autre. Elle vaut donc mieux. Mais je veux raisonner autrement.

Jusqu'à l'an dernier, jusqu'aux premières recherches de M. Vignard et de M. Arnaud, j'ai opéré les péritonites que j'ai rencontrées comme je l'avais vu faire, en pratiquant une ou plusieurs ouvertures de drainage et en m'appliquant avant tout à bien drainer. J'avais 85 à 95 p. 100 de mortalité. Depuis l'an dernier, j'opère autrement, et mes résultats ont changé. En octobre, j'ai communiqué au Congrès de chirurgie 7 cas. Je n'ai plus eu que 3 morts, c'est-à-dire 40 p. 100. Cela fait un gain de 40 à 50 p. 100. Si j'ajoute à ces cas ceux dont j'ai parlé aujourd'hui, cela fait 13 cas avec 6 morts et 7 guérisons. Je trouve que c'est un progrès, et un progrès obtenu par une simplification.

Enfin, M. Bérard me dit encore : Vous laissez une petite sonde, pourquoi ne pas mettre un gros drain, qui serait certainement plus utile ? C'est que la sonde n'est pas là pour drainer la cavité péritonéale, qui est indrainable quand il n'y a pas d'enkystement. Je mets une sonde pour pouvoir, après fermeture du péritoine, injecter de l'huile camphrée. Avec un drain, l'huile ressort immédiatement. Une fois l'injection faite, comme je l'ai dit, je bouche la sonde et je la laisse en place pour réinjecter de l'huile dans les jours suivants, si cela me paraît nécessaire. Ce n'est pas du drainage et rien ne s'écoule par la plaie : mon malade s'est cicatrisé sous un pansement au leucoplaste qui ne fut changé qu'au sixième jour, alors que j'enlevai la sonde.

Au reste, il n'y a pas là une méthode définitive et des détails de technique peuvent être modifiés. Mais je crois le principe bon : j'ai drainé ces péritonitiques et je ne les draine plus. J'ai jusqu'à présent l'impression que cela vaut mieux. Parmi les malades que j'ai opérés, il y en a eu plus à guérir avec cette méthode qu'avant son emploi. Les malades qui ont guéri l'ont fait plus simplement que ceux qui guérissaient autrefois. Quant à ceux qui sont morts, l'absence du drainage n'a été pour rien dans l'issue fatale.

M. VALLAS. — Je ne crois guère effectivement qu'un drain puisse drainer réellement la cavité péritonéale. Cela ne draine que juste la zone au contact duquel il se trouve. S'il y a un abcès c'est parfait, mais s'il s'agit de péritonite diffuse, je ne vois pas ce qu'y peut faire un drain. Reste à savoir si ce sont ces cas-là que l'on a guéris en renfermant le ventre.

M. LERICHE. — Qu'il y ait des péritonites suraiguës incurables chirurgicalement parlant, c'est certain, mais il y en a bien qui peuvent guérir si on supprime à temps la lésion. J'en donnerai comme preuves des observations qui ne me sont pas personnelles, mais que j'ai pu

suivre moi-même. J'ai vu opérer, il y a quelques mois, par mon maître, M. Vallas, une péritonite aiguë, salpingienne. L'état était si désespéré que M. Vallas s'est borné à injecter de l'huile et à refermer le ventre. Sa malade a failli guérir et n'est morte que très tardivement d'occlusion, au bout d'une douzaine de jours, si je m'en souviens bien, et à ce moment M. Vallas avait trouvé ce résultat surprenant.

D'autre part, j'ai soigné, dans le service de M. Poncet, un malade que M. Molin avait opéré, comme chirurgien de garde, d'une perforation d'ulcère du duodénum. M. Molin avait bouché la perforation et fermé le ventre après injection d'huile. Ce malade a parfaitement guéri.

Ces deux cas sont nettement en faveur de la suppression du drainage.

M. POLLOSSON — Cette question du traitement des péritonites m'intéresse beaucoup. J'en ai vu un certain nombre de cas, et, d'autre part, j'ai également une impression assez nette relativement aux péritonites post-opératoires; je crois avoir été le premier à Lyon à supprimer le drainage dans la gynécologie, après avoir beaucoup drainé. Je résumerai mes impressions en disant que pour moi, là comme ailleurs, la suppression du drainage me semble correspondre à une très grande amélioration à tous les points de vue. J'ai une grande tendance à considérer le drainage réduit à un tube unique, à un petit drain, comme une modification heureuse et importante comme un progrès quiquivaut et qui achemine à la suppression du drainage. Je crois, en effet, dans les péritonites que la seule chose importante à considérer, c'est le degré de virulence que personne ne peut suffisamment apprécier en dehors des résultats. Quant au drainage, il ne fait rien. On a une tendance dans ces derniers temps à revenir au drainage par aspiration du Douglas. On présente cela comme une nouveauté. A vrai dire, cette méthode est très ancienne et nous l'avons vu employer, il y a de nombreuses années, M. Goullioud et moi, en 1885 : il y a vingt sept ans, alors que j'étais l'interne de M. Laroyenne, il était absolument classique de placer, après les laparotomies, un tube de verre dans le Douglas, à travers lequel on faisait des aspirations qui étaient censées éliminer les liquides accumulés dans le péritoine. Je n'ai jamais vu éviter, par ce drainage, l'infection du péritoine ou l'extension de cette infection. A l'heure actuelle, où la péritonite post-opératoire est exceptionnelle, je ne crois pas qu'il y ait de différence entre les cas où on met le drain dans le Douglas et ceux où on ne le met pas. En somme, j'en reviens à dire mon impression générale sur ce sujet : il me semble que la question de virulence est la seule qui domine; lorsque la virulence est insuffisante pour tuer le malade, le minimum de drainage ou sa suppression ont une égale valeur. Leur réduction ou leur suppression permettent des guérisons dans les conditions meilleures que les grands drainages.

Si, au contraire, on a affaire à des péritonites hyperseptiques on peut drainer largement, mettre un tamponnement avec des compresses, mettre un drainage ou n'en point mettre, les malades mourront. Mais que faire dans les cas discutables, là où on peut discuter l'opportunité du drainage ? Je ne crois pas que le drainage ajoute quelque chose à l'efficacité du traitement chirurgical ; je ne connais pas de drainage effectif du péritoine, même dans les péritonites déclarées. Voilà l'impression que je voulais exprimer ici.

M. BÉRARD. — M. Pollosson n'estime-t-il pas que les péritonites spontanées, suppurées et diffuses, d'origine génitale, sont assez ordinairement moins graves que celles qui résultent d'une perforation du tube digestif, sauf peut-être en ce qui concerne les péritonites consécutives aux abcès de l'ovaire plus virulents que les pyosalpinx ? Je ne parle naturellement pas des septicémies péritonéales post-opératoires, où l'infection a pu être apportée du dehors.

Même en admettant cette moindre gravité dans les péritonites d'origine génitale et leur cloisonnement plus habituel, est-il légitime, actuellement, de répandre dans le public médical la notion que pour traiter une péritonite généralisée, il suffit d'ouvrir le ventre, d'évacuer rapidement les liquides que l'on y trouve, puis de tout refermer ? Ce serait donner un argument aux médecins en faveur de la thérapeutique non sanglante : ils considéreraient sans doute qu'il ne vaut pas la peine de soumettre les malades aux aléas d'une opération réduite à si peu de chose ! Quant aux praticiens, appelés à intervenir d'urgence en pareil cas, ils seraient trop tentés d'abréger encore les manœuvres et de laisser dans le ventre l'appendice perforé, le pyosalpinx ou le kyste dermoïde rompu dont l'ablation est pourtant la première condition de guérison ?

Et si les idées venaient à être transportées dans d'autres domaines pour le traitement des lésions infectées elles pourraient devenir tout à fait dangereuses. Par exemple, dans le traitement sanglant des fractures, il est entendu aujourd'hui que pour avoir le meilleur résultat orthopédique après la suture des fractures non infectées, il convient d'opérer aseptiquement et de tout fermer. Par contre, quand il s'agit de fractures infectées et souvent de fractures simplement compliquées, si l'on n'assure pas un très large drainage du foyer ouvert, on s'expose aux pires catastrophes.

M. POLLOSSON. — M. Bérard compare les péritonites d'une septicité véritable et les fractures compliquées, infectées ou non. Il y a entre les deux d'énormes différences. Tout d'abord, il y a la différence de réaction du péritoine et du tissu cellulaire : la réaction du péritoine n'est pas comparable à celle du tissu cellulaire. D'autre part, au point de vue drainage, les deux cas ne sont pas semblables. Lorsqu'il s'agit d'un

décollement autour d'une fracture, la zone qu'on veut drainer est limitée, le drainage est facile ; lorsqu'il s'agit d'un péritoine infecté dans sa totalité, je me demande jusqu'à quel point le drainage peut être effectué, je ne vois qu'un procédé capable de faire écouler le liquide d'un péritoine infecté, c'est l'éviscération ; mais réintégrer l'intestin, mettre un drain entre des anses et croire que le péritoine est drainé par ce drain, c'est se payer de mots et d'illusions.

M. VALLAS. — C'est la septicité particulière de la péritonite qui règle le pronostic ; le drainage avec un tube de verre ou de caoutchouc, gros ou petit, ne fait pas grand'chose lorsqu'on a ouvert la grosse cavité qui était le point de départ de l'infection M. Leriche a rappelé tout à l'heure l'histoire d'une de mes malades dont je me souviens très bien. J'avais, en effet, dans ce cas, eu la meilleure impression qui soit de l'utilité de l'huile camphrée. Il est certain qu'ainsi on favorise les mouvements des anses intestinales et que l'on aide au rétablissement des fonctions de l'intestin. Cette question de l'injection d'huile camphrée est, pour moi, le point important et nouveau de la question que M. Leriche a soulevée. Pour le reste, je suis de l'avis de M. Pollosson : si vous avez affaire à une mauvaise bête, le malade mourra.

M. VILLARD. — J'arrive un peu tard pour participer à cette discussion, je voudrais cependant donner mon opinion ; elle est toujours la même, à quelques mois de distance on ne peut guère varier. A mon avis, c'est par accolement que le péritoine se défend. Les adhérences sont tout dans sa défense, et comme, d'autre part, ces adhérences se libèrent très bien dans la suite, on ne saurait parler du danger qu'il y a à en provoquer. Le danger n'est pas à comparer avec celui qu'il y a à en empêcher l'établissement. Aussi, pour ma part, je reste toujours partisan déterminé du tamponnement cloisonnant après une évacuation des liquides septiques aussi parfaite que possible. Je cherche à favoriser dans la plus large mesure possible l'accolement des anses intestinales. Je cherche à transformer l'infection diffusante en infection localisée, à transformer la péritonite généralisée en péritonite circonscrite.

Pour cela, je rejette les drains qui ne drainent rien du tout, qui ne drainent que les collections enkystées qui sont de véritables abcès.

Dès qu'il s'agit de lésion diffuse, il faut recourir à la gaze, qui fait faire de l'accolement.

*
* *

DOUBLE KYSTE TUBO-OVARIEN.

M. DELORE montre un double kyste tubo-ovarien ; le gauche, en particulier, possédait un volume un peu anormal, puisqu'il atteignait celui d'une tête de fœtus.

La malade, âgé de 29 ans, mariée, n'avait jamais eu d'enfants ni fausse couche, aucune infection génitale appréciable. Depuis quatre ans, ses règles étaient de plus en plus abondantes ; aussi constatait-on, à son entrée à l'hôpital, une teinte anémique fort accentuée.

Au toucher vaginal, à gauche d'un utérus de volume normal, on percevait une tumeur de consistance molle rappelant celle de certains kystes dermoïdes. L'opération, qui consista en une castration subtotale, nous a fourni la pièce suivante : utérus normal, dont le fond sert d'implantation à un polype petit, cause probable des hémorragies. A gauche, grand kyste tubo-ovarien adhérent : *la cavité en est formée aux dépens de l'ovaire*. Sur ce kyste passe en écharpe la trompe gauche, dont le pavillon s'ouvre largement dans la cavité. Il est probable que le liquide a reflué, à certains moments, dans la trompe et l'utérus ; on pourrait ainsi expliquer la contenance molle de la tumeur. A droite, hydrosalpinx et ovaire kystique. Dans les deux cavités, le liquide était clair.

Quant, à la nature de ces lésions inflammatoires, elle reste discutable. Mais en l'absence de passé génital, on est en droit de se demander s'il ne s'agit pas de tuberculose inflammatoire.

Séance du 20 juin 1912

Présidence de M. A. POLLOSSON

A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL.

M. DESTOT. — À la suite de ma présentation dans la dernière séance, M. Horand a reconnu son erreur d'interprétation radiographique devant la Société de Médecine ; par conséquent l'observation que j'ai présentée l'autre jour est acceptée sans condition.

RADIOTHÉRAPIE DANS LES TUMEURS.

M. VILLARD. — Il y a quelques mois une discussion s'est élevée ici sur la valeur de la radiothérapie dans les tumeurs. Je ne désire pas revenir sur cette discussion, je veux simplement vous apporter un fait à l'appui de la valeur de la radiothérapie dans un cas particulier.

OBSERVATION. — Le malade que vous voyez était entré dans mon service, il y a deux ans, pour une énorme tumeur de la région parotidienne que j'avais cataloguée parmi les tumeurs mixtes de la parotide ; cette tumeur atteignait le volume de deux grosses oranges ; il n'y avait pas d'envahissement des plans profonds, ni de compression du facial. Je décidai de l'enlever : je décortiquai cette tumeur ; ce fut une grosse intervention ; je fus obligé de réséquer la jugulaire interne sur une longueur de 15 centimètres. Je considérai que c'était une intervention *in extremis* et je pensai que ce malade aurait une récurrence presque immédiate.

Je fus donc assez surpris de le voir revenir, le 2 mai dernier ; il présentait une énorme récurrence dans le creux sus-claviculaire ; sa nouvelle tumeur avait au moins le volume d'une tête de fœtus, et en

parlant ainsi, j'ai l'impression d'être au-dessous de la vérité ; cette tumeur s'étendait jusque dans la fosse sus-épineuse, adhérait à la clavicule, déjetait le cou sur le côté ; la peau, à la partie la plus saillante, était sillonnée de petites veines ; j'eus l'impression très nette qu'aucune intervention n'était possible. Néanmoins, considérant que la lésion n'avait pas récidivé dans la région cervicale au point de la première intervention, j'espérai qu'elle serait décorticable, peut-être avec résection de la clavicule ; bref, je restai dans l'hésitation au sujet de cette intervention, lorsque, en explorant dans la région sus-claviculaire, je découvris quelques petites masses qui firent disparaître mon hésitation ; je me décidai donc à n'y pas toucher.

Je montrai ce malade à M. Regaud, qui me conseilla de lui faire de la radiothérapie, en me parlant de la possibilité d'une opération ultérieure. Cela ne m'enthousiasma guère ; je trouvais la tumeur bien grosse et je craignais que la résorption n'en fût dangereuse. Néanmoins j'acceptai une première séance de radiothérapie ; elle fut faite un lundi : le vendredi suivant, je revis le malade : je fus stupéfait de la rétrocession de cette tumeur produite en l'espace de quelques jours, à la suite d'une seule séance de radiothérapie. Depuis lors, la rétrocession a continué sous l'effet de trois nouvelles séances de radiothérapie. Le malade ne s'est pas décidé à s'en faire faire une nouvelle séance, parce qu'il a un peu d'irritation locale de la peau, et c'est pour cela qu'il est revenu me trouver ; j'ai été tellement abasourdi en voyant cette tumeur totalement disparue, que je n'ai pu hésiter à vous présenter sans plus attendre ce fait insolite de la disparition d'une tumeur énorme.

Quoi qu'il advienne dans l'avenir, il est une chose certaine : ce malade avait une tumeur du volume d'une tête de fœtus et cette tumeur n'existe plus actuellement ; en un mois, cette tumeur a disparu ; à l'heure actuelle, il n'en reste plus trace.

Il s'agissait d'une tumeur à petites cellules rondes, du type conjonctif, se rapprochant des sarcomes.

Je vous présente ce malade uniquement à titre de document ; M. Regaud, qui est là, pourra nous donner quelques éclaircissements, mais peut-être serait-il bon, au lieu de discuter ces faits complexes de façon un peu extemporanée, de grouper dans une discussion ultérieure des observations nettes, de façon à ce que l'on puisse discuter avec des documents précis.

Peut-être pourrions-nous alors arriver à connaître les règles qui président à la résorption ou à la généralisation des tumeurs et aboutir à des conclusions précises.

M. REGAUD. — Messieurs, je vous remercie d'autant plus de vouloir bien me donner par exception la parole, que votre règlement interdit, me dit-on, que des personnes étrangères à la société la prennent.

Lorsque M. Villard m'a fait part de son intention de vous présenter ce malade, il y a une heure, j'aurais voulu l'en dissuader, car des présentations de ce genre sont, à mon point de vue, prématurées.

Voilà deux ans que M. Nogier et moi nous étudions l'action des rayons X sur les tumeurs malignes ; nous avons pu réunir déjà une soixantaine d'observations, prises avec le soin le plus minutieux, au triple point de vue clinique, anatomo-pathologique et radiothérapique. Néanmoins, malgré le travail considérable que nous avons fourni, malgré le temps que nous avons passé, et l'argent que nous avons dépensé pour nos recherches, celles-ci ne sont pas terminées, loin de là ; nous ne croyons pas, M. Nogier et moi, que le moment soit déjà venu de formuler des conclusions personnelles à propos de l'action des rayons X sur les tumeurs, ni, à plus forte raison, qu'il soit opportun de préciser une technique encore incertaine, et d'orienter la thérapeutique des chirurgiens et des médecins dans un sens qui, peut-être les conduirait à des fautes et à des succès.

Mais, puisque M. Villard vous a fait cette présentation, je suis bien obligé de vous donner à son propos, au nom de M. Nogier et au mien, les éclaircissements que vous voulez bien me demander.

Il est parfaitement exact, comme vient de vous le montrer M. Villard, que l'énorme tumeur maligne que portait ce malade a disparu, avec une rapidité presque prodigieuse. Mais, en réalité, la disparition de cette tumeur n'est pas aussi absolue qu'il le paraît ; lorsqu'on palpe avec soin la région malade, on constate que si la vue ne montre plus rien, la palpation profonde décèle encore quelque chose : il y a un empâtement diffus, mais net de la région correspondante au bord supérieur du trapèze ; on sent, en outre, un ou deux petits ganglions mobiles. Ainsi je ne crois pas que ce malade soit actuellement guéri, même localement : d'ailleurs, il est encore en cours de traitement, il va revenir dans quinze jours, époque où la peau sera en état de subir une nouvelle irradiation, et le traitement sera ultérieurement continué.

Voilà donc un premier point : l'amélioration très remarquable qui a été obtenue ne peut pas être interprétée comme une guérison locale complète.

Un deuxième fait, sur lequel je désire attirer votre attention, c'est l'incertitude du diagnostic histologique. Je fais rentrer ce malade parmi les soixante observations que nous avons réunies, M. Nogier et moi ; mais j'ai le regret de vous dire que c'est la seule de nos observations qui ne comporte pas de notre part une étude histologique *personnelle*. M. Villard vous confirmera ce fait que lorsqu'il m'a proposé de traiter ce malade par les rayons X, j'ai montré très peu d'enthousiasme, M. Villard, en effet, n'était pas en état de nous donner un morceau de la tumeur récidivée, pour en faire l'examen histologique et l'examen

microscopique fait autrefois, à propos du premier néoplasme, me paraît insuffisant. Dans ces conditions, je n'ai abordé qu'à regret le traitement qui ne pouvait être qu'empirique ; et c'est pourquoi j'avais proposé à M. Villard, n'espérant pas que la régression serait aussi rapide, de procéder à l'extirpation de cette tumeur après deux séances de radiothérapie préalable.

Cette question de l'étude histologique des tumeurs soumises aux rayons X est très importante. En effet, les tumeurs se comportent de façons absolument différente vis-à-vis de ces rayons. Nous avons déjà observé, M. Nogier et moi, plusieurs tumeurs qui se sont comportées comme celle de M. Villard ; mais nous en avons observé d'autres qui se sont comportées de façon diamétralement opposée, c'est-à-dire sur lesquelles les rayons n'ont rien fait du tout ; sur d'autres tumeurs, la radiothérapie a produit une régression plus ou moins considérable, mais incomplète. Donc, il y a une très grande différence dans la manière dont les tumeurs malignes se comportent sous l'action des rayons X et d'ailleurs tout le monde le sait. A quoi sont dues ces différences ? On est encore incapable de répondre avec certitude à cette question. Une réponse sera peut-être donnée dans un avenir peu éloigné, grâce à la confrontation aussi minutieuse que possible de l'analyse microscopique des tumeurs avec l'évolution clinique et avec les résultats de la radiothérapie. Mais, pour que cette confrontation des analyses histologiques donne un résultat satisfaisant, il faut que celles-ci soient très minutieuses. Il ne suffit pas de dire de cette tumeur que c'est un sarcome, qu'elle rentre dans le groupe des sarcomes ; cela est insuffisant, étant donné que les sarcomes eux-mêmes se comportent différemment les uns des autres. Considérons un certain nombre de cancers du sein, dont nous avons les observations histologiques. Ces tumeurs se ressemblent beaucoup, en apparence, alors qu'en réalité elles diffèrent notablement. Pour l'anatomo-pathologiste, qui n'a que faire des détails cytologiques, ces cancers se ressemblent tellement qu'on n'aurait pas l'idée de leur attribuer des étiquettes différentes ; en réalité, ces cinq ou six tumeurs ont des différences extrêmement nettes de réaction vis-à-vis des rayons X et je ne crois pas me tromper en disant que ces différences de réaction tiennent aux propriétés diverses de leurs cellules, appréciables au microscope, par une étude cytologique approfondie.

Je me résume : 1° ce malade ne peut pas être considéré comme localement guéri ; 2° j'exprime le regret de ne pas avoir de précisions suffisantes au sujet des caractères histologiques de la tumeur.

Dans l'état actuel de nos résultats, nous avons cependant confiance dans l'efficacité future de la radiothérapie, non point de la radiothérapie seule (sauf dans des cas exceptionnels), mais de la radiothérapie convenablement associée à la chirurgie. Dans certaines conditions, cette « association » est capable d'amener des guérisons qui, autrement, devraient être considérées comme impossibles.

M. VILLARD. — Je constate une fois de plus l'exactitude de ce que je disais lors de la dernière discussion qui s'est élevée ici sur la radiothérapie : il faut que ce soit un clinicien qui pousse la machine pour que la radiothérapie ait l'air de subsister.

Je ne veux pas insister sur ce point. En ce qui concerne le malade que je vous ai présenté, je n'ai pas parlé de guérison, j'ai voulu simplement vous signaler une stupéfiante rétrocession de tumeur volumineuse sous l'action de la radiothérapie ; il est très probable que ce malade aura une récurrence, mais cela ne change rien au fait que je signale : une tumeur très volumineuse a disparu un instant. On me dit qu'il y a encore une induration, mais cela me paraît bien difficile à apprécier, et si M. Regaud me demandait maintenant d'enlever ce qui reste de cette tumeur, je ne sais guère où je la prendrais.

Je répète que c'est un document que j'ai apporté pour engager nos collègues à suivre cette méthode chez des malades qui en paraissent justiciables.

M. DESTOT. — Je comprend très bien les réserves faites par M. Regaud au sujet de la radiothérapie : elles montrent qu'il connaît lui aussi ces faits troublants, où après une disparition merveilleuse, comme dans le cas de M. Villard, on voit un peu plus tard survenir des désastres. Je pourrais vous apporter à ce sujet des observations que j'ai recueillies depuis treize ou quatorze ans : celle d'un avocat qui présentait une tumeur de la région de l'orbite et qui avait été opéré par MM. Gangolphe et Jaboulay, qui fut radiothérapé au début de la méthode par le Dr Schall (de Chambéry). Le traitement fut continué par M. Beclère, à Paris, et celui-ci le présenta comme une guérison tout à fait remarquable ; le malade mourut quelque temps après.

Voici encore un cas très surprenant : une petite fille appartenant au monde médical était atteinte d'un sarcome énorme de la face, l'observation en a été également présentée par M. Beclère, à un Congrès de chirurgie, comme un succès extraordinaire obtenu par les rayons X ; la tumeur avait disparu comme par enchantement ; mais, quelque temps après, la jeune fille mourait dans des conditions bizarres.

J'ai vu, il y a peu de temps, une tumeur énorme avec envahissement de la base du cou déclarée inopérable par M. Vallas. Je fis de la radiothérapie, sans grand enthousiasme ; en quelques séances, la tumeur fondit complètement ; le malade est revenu me voir il y a quatre jours ; je ne le reconnaissais pas, tant sa face était transformée ; seulement (car il y a un seulement très gros) mon malade ne se tient plus debout sur ses jambes, il est d'une faiblesse extrême et est incapable de faire un travail quelconque. Il a été débarrassé de sa tumeur, mais il est dans un état d'asthénie inquiétant.

J'ai vu un malade de M. Dor, dont j'ai la photographie, c'était un enfant qui avait d'énormes tumeurs des paupières. Elles fondirent en

une seule séance de rayons X ; le malade mourut peu après, sans qu'on sache exactement pourquoi.

J'ai toujours été frappé de voir qu'à des régressions brusques, très rapides des tumeurs, succédaient les signes d'une intoxication profonde de l'organisme ; j'ai déjà raconté l'histoire d'une femme riche qui avait un énorme sarcome du sein, qui, au début de la radiothérapie, voulut se soigner elle-même ; elle fit monter chez elle une machine statique et se soigna elle-même. Sa tumeur disparut complètement, mais elle mourut huit jours après le moment où elle vint me montrer ce brillant résultat.

Ces faits m'ont beaucoup frappé.

M. REGAUD. — Toutes les réserves que vient de faire M. Destot, je les fais comme lui ; c'est une des raisons pour lesquelles les discussions qui se sont produites sur ce sujet sont pour la plupart superflues, faute d'une étude assez complète et assez persévérante.

Cependant, au sujet des phénomènes généraux graves que vient de citer M. Destot, je crois qu'il exagère ; il semble résulter de ce qu'il a dit que toutes les fois qu'une tumeur maligne disparaît rapidement sous l'influence des rayons X, on doit s'attendre à des phénomènes d'intoxication ou de généralisation amenant une mort rapide. Cela est tout à fait exagéré. Parmi les nombreuses observations que nous avons réunies — et nous avons observé des régressions comparables à celle que vous montre M. Villard — nous n'avons vu que deux cas, tous deux des sarcomes, où la régression s'est accompagnée de phénomènes graves ; mais les malades ne sont pas morts ; du moins leur mort n'est imputable ni à ces phénomènes généraux, ni à la radiothérapie, mais à la récurrence de la tumeur.

Ainsi lorsqu'une tumeur régresse tardivement, elle intoxique parfois tout l'organisme par des produits de désintégration, mais il ne faudrait pas croire que cette intoxication amène une mort rapide : c'est une chose que nous n'avons pas observée.

Dans les cas que nous a cités M. Destot, il intervient probablement des phénomènes complexes que M. Destot ne connaît pas. Quant à nous, nous n'avons jamais vu que les rayons X faisaient du tort aux malades que nous avons traités. S'ils ont été parfois inefficaces, il est hors de doute que les rayons X, dans la majorité des cas, les ont soulagés.

M. VILLARD. — J'ai vu moi-même un cas pour un énorme cancer de la face, le malade est mort subitement sans qu'on ait pu trouver aucune cause. Mais, au lieu d'exposer ces faits d'une façon désordonnée, il vaudrait mieux les étudier de plus près.

M. DESTOT. — Je n'ai pas voulu attaquer la radiothérapie, comme a pu le supposer M. Regaud ; j'ai dit que sur le nombre assez considérable

de radiothérapies que j'ai faites, j'ai remarqué que lorsqu'on avait un succès brusque, surprenant, il fallait toujours se méfier, car j'ai toujours été payé par un retour brutal des tumeurs qui diminuaient très rapidement.

M. BÉRARD. — M. Villard nous demande d'apporter des observations, M. Regaud nous prie de ne pas en apporter, parce que cette discussion est, pour lui, un peu prématurée ; de sorte que nous ne savons pas à quoi nous en tenir. Comme, d'autre part, nos observations sont celles que M. Regaud possède, puisque c'est lui qui traite nos malades, il serait peut-être mieux d'attendre.

M. DURAND. — M. Regaud ne pourrait-il pas publier ses nombreuses observations ? On arriverait peut-être ainsi à voir les cas qui sont du ressort de la radiothérapie et ceux qui n'en sont pas. Personnellement, je crois que si nous voulons arriver à un progrès, il ne faut pas discuter en thèse générale l'importance de la radiothérapie sur les cancers, mais l'examiner sur un organe facilement accessible à l'examen clinique et anatomo-pathologique. J'ai proposé et je propose encore de prendre celui de nos organes le plus accessible, la peau. Je crois que M. Regaud a une collection considérable d'observations de radiothérapie dans les cancers de la peau ; puisqu'il est là, je voudrais lui demander si, dès aujourd'hui, il pourrait nous indiquer quelque chose au sujet des formes curables et des formes incurables de ces tumeurs.

M. REGAUD. — Messieurs, tous les malades que nous avons traités, M. Nogier et moi, ce sont vos malades ; je profite de cette occasion pour remercier une fois de plus les chefs de services de chirurgie de la confiance qu'ils nous ont témoignée. Nous publierons plus tard les observations avec votre assentiment ; mais il me semble qu'à l'heure actuelle une publication de ces observations serait prématurée. Quant aux cancers de la peau, quelque paradoxal que cela paraisse, c'est à leur sujet que je suis le moins bien fixé ; il serait peut-être trop long de vous en expliquer les raisons ; au contraire, pour les cancers du sein, nous pourrions, M. Nogier et moi, préconiser une thérapeutique plus rationnelle que celle suivie actuellement.

Puisque vous paraissez tenir à une discussion générale sur le traitement du cancer par la radiothérapie, nous vous ferons volontiers l'apport de nos observations, si vous voulez bien consentir à nous donner l'hospitalité à une de vos séances de novembre prochain.

M. POLLOSSON. — Très volontiers, nous vous accueillerons à une de nos séances de rentrée.

DÉGÉNÉRESCENCE ÉPITHÉLIOMATEUSE D'UN VOLUMINEUX
GOITRE BILOBÉ, L'UNE DES MASSES DÉVELOPPÉE DANS
UNE THYROÏDE ACCESSOIRE.

M. BÉRARD. — La malade que j'ai l'honneur de vous présenter a été opérée dans mon service il y a dix jours, pour une tumeur thyroïdienne, intéressante à la fois par son volume exceptionnel, et par ce fait qu'une des masses qui la constituaient avait pris naissance dans une thyroïde accessoire, en dehors du paquet vasculo-nerveux du cou, qui la séparait de la tumeur principale.

L'intervention fut des plus laborieuses et émouvante.

OBSERVATION. — Marie T..., 47 ans, de Saint-Christophe (Ardèche), entrée le 10 juin 1910 à l'Hôtel-Dieu.

Entre dans le service envoyée par le docteur Boujol, du Cheylard, avec le diagnostic de goitre kystique volumineux.

Antécédents héréditaires. Père mort à 62 ans. Mère morte à 74 ans. Ils n'avaient pas d'hypertrophie thyroïdienne. Huit frères ou sœurs vivants; un mort du tétanos après une plaie du doigt, en 4 jours.

Un frère, actuellement âgé de 46 ans, présente seul le cou un peu gros, sans aucune gêne.

Antécédents personnels. Pas de maladies dans l'enfance. Régulée à 14 ans et régulièrement depuis. Règles irrégulières cependant depuis trois à quatre ans. Mariée depuis vingt-trois ans. A eu six enfants; cinq sont actuellement vivants. Ils jouissent d'une bonne santé et n'ont pas, les uns et les autres, de déficit intellectuel, ni de gros cou. Le père ne présente aucune hypertrophie thyroïdienne.

De tout temps la malade s'est reconnu un gros cou; c'était un goitre diffus peu visible, n'occasionnant aucun trouble de compression.

Les grossesses furent normales, sans accidents respiratoires.

Depuis cinq à six ans, augmentation progressive du volume de la tumeur, surtout localisée au lobe médian; il y a trois ou quatre ans, le lobe gauche s'hypertrophie également et son volume s'accroît régulièrement.

Enfin, depuis quelques mois, la malade a constaté une augmentation de volume rapide; la tumeur aurait grossi de près du double.

A l'examen. — Tumeur thyroïdienne énorme, se composant de deux masses rénitentes, l'une médiane, l'autre latérale gauche. Elles sont sphéroïdes, à contour lisse. La peau est normale et glisse sur les plans sous-jacents. Dilatation veineuse sous-cutanée. La trachée et le carti-

lage thyroïde sont fortement déjetés à droite, jusqu'au delà de l'angle du maxillaire.

Le paquet vasculo-nerveux du cou, du côté droit, est libre, englobé du côté gauche. Enfin les deux masses, médiane et gauche, paraissent indépendantes.

Au point de vue fonctionnel : léger degré de dysphagie, pénétration facile des aliments dans le larynx ; dyspnée surtout marquée dans l'effort, nulle au repos ; voix goitreuse, toux de compression.

Du côté de l'appareil circulatoire : léger éréthisme. Pouls à 84, régulier.

Pointe du cœur dans le IV^e espace, en dedans du mamelon ; ni souffle, ni bruits anormaux.

Bruits musicaux à l'auscultation des veines de la base du cou.

Rougeur congestive des pommettes.

Système nerveux : léger tremblement vibratoire des extrémités. Les pupilles sont dilatées et égales. Réagissent bien.

Au poumon : obscurité respiratoire sans signes pathologiques nets. Rhumes faciles, pas d'affections pulmonaires sérieuses.

État général : satisfaisant, pas d'amaigrissement.

Urines : ni sucre ni albumine.

Intervention le 11 juin 1912. — Les deux tumeurs paraissent développées aux dépens du lobe gauche et d'un lobe aberrant séparé du précédent par le paquet musculo-nerveux du cou. Incision transversale qui passe à 2 ou 3 centimètres au-dessus de la clavicule et qui s'étend sur 30 centimètres environ. On commence à découvrir, après avoir sectionné le sterno-cléido-mastoïdien gauche, ces masses, qui ne sont pas kystiques comme elles le semblaient, mais qui représentent deux tumeurs encéphaloïdes cancéreuses encore relativement isolables des tissus voisins. On commence à dégager la masse sus-claviculaire externe gauche qui a le volume du poing et qui représente une thyroïde accessoire, logée sous le trapèze, en dehors de l'omo-thyroïdien et du paquet vasculo-nerveux.

Puis, malgré une hémorragie veineuse considérable, on aborde la masse principale, qui est située tout entière à gauche de la trachée et du larynx refoulés au-delà de l'angle de la mâchoire.

Cette masse s'étend depuis le médiastin, où elle s'enfonce environ de 3 centimètres au-dessous de la fourchette, jusqu'à la région sous-maxillaire, dans laquelle son pôle supérieur est engagé ; elle est également mollassse, encéphaloïde, mais, comme la précédente, heureusement encore encapsulée. Au moment où on la dégage de dedans en dehors, la malade présente des signes de suffocation aiguë ; le sang est noir, la respiration bruyante, saccadée et rare. L'asphyxie est imminente. On va trachéotomiser la malade quand, heureusement, M. Alamartine peut ouvrir la bouche et faire quelques tractions de la

langue qui permettent de procéder à la libération de la tumeur le long de l'arbre aérien. Dès lors la trachée est dégagée. Entre les deux masses se trouve une cloison formée par le paquet vasculo-nerveux. Cela explique que lors de la luxation en dehors de la masse médiane principale on ait eu des accidents d'asphyxie bleue, avec intermittences respiratoires, dus vraisemblablement à des tiraillements du pneumogastrique.

Hémostase. Suture. Drainage des deux loges. Les suites opératoires sont des plus simples et aujourd'hui, au quinzième jour, la cicatrisation est à peu près réalisée.

Au microscope, on reconnaît que la tumeur thyroïdienne enlevée était du cancer de moyenne malignité avec des infiltrations de cellules délimitant çà et là quelques plaques colloïdes, mais orientées le plus souvent en travées, séparées seulement par quelques vaisseaux, comme on les observe dans les épithéliomas thyroïdiens.

Les troubles cardio-pulmonaires qui ont failli causer la mort de la malade au cours de l'intervention étaient dus à la fois aux pressions et aux coutures infligées à la trachée, en même temps qu'aux tiraillements exercés sur le pneumogastrique, fortement déjeté en dehors avec le paquet vasculaire du cou.

Ces dangers sont, avec la lésion du récurrent et avec les hémorragies veineuses, les plus graves que courent de tels opérés. Même quand la tumeur plombe, comme ici, très profondément dans le médiastin, la zone dangereuse est au cou, dans le voisinage de la trachée et des pédicules vasculaires. Jamais, pour mon compte, je n'ai vu la luxation du pôle médiastinal entraîner d'entrée de l'air dans les veines par déchirure veineuse; ce pôle ne reçoit pas directement de vaisseaux provenant de l'aorte ou allant aux veines caves. Quand sa luxation en haut est prudente, elle doit être exsangue et sans incident. Seule la compression de la trachée peut être à craindre alors. La simplicité des suites opératoires a été remarquable.

Bien que nous n'ayons constaté ni à l'examen préalable ni au cours de l'intervention de ganglions suspects, je vais lui faire faire de la radiothérapie sur tout le champ opératoire, pour éviter les chances de récurrence, si redoutables dans les néoplasmes thyroïdiens. Dans ces tumeurs encore encapsulées, il faut reconnaître cependant que le pronostic n'est pas toujours bien sombre; je vous ai présenté, en 1906, un opéré d'épithélioma thyroïdien plongeant, qui vit encore aujourd'hui, à l'hospice du Perron, en parfaite santé.

Séance du 27 juin 1912

Présidence de M. A. POLLOSSON

A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL.

M. BÉRARD. — La tumeur thyroïdienne que j'ai présentée dans la dernière séance était un néoplasme. En voici, du reste, des préparations.

*
*
*

SUR DEUX CAS DE MORT A LA SUITE D'UNE ANESTHÉSIE
AU CHLORURE D'ÉTHYLE.

M. LERICHE. — On a tellement l'habitude d'employer le chlorure d'éthyle comme anesthésique général, sans avoir jamais accident, que j'ai cru intéressant de vous signaler deux cas de mort subite survenue après une anesthésie faite avec le même tube de chlorure d'éthyle, dans le service de M. Poncet. Voici brièvement les faits :

Le 21 mai dernier, M. Roque me demanda d'opérer un phlegmon sous-maxillaire chez une tabétique. Ce phlegmon n'avait rien de spécial comme gravité ; je fis endormir la malade au chlorure d'éthyle ; l'anesthésie fut très simple ; l'externe qui la pratiqua était très au courant ; il donna en tout 10 cc. de chlorure d'éthyle ; une fois le phlegmon ouvert, en quelques secondes, je mettais deux drains au niveau de l'incision, d'où le pus s'écoulait à flots, lorsque brusquement la malade s'arrêta de respirer et devint violette ; je fis faire de la respiration artificielle, mais cela ne servit à rien. Comme il s'agissait d'une tabétique, d'une femme âgée, d'un phlegmon du cou, je n'attachai pas une grande importance à ce décès,

que beaucoup de facteurs pouvaient expliquer et je ne songeai nullement à incriminer le chlorure d'éthyle.

Le lendemain matin j'avais à panser une malade particulièrement recommandée, la femme de l'infirmier de service, que j'avais hystérectomisée six jours auparavant pour une suppuration pelvienne diffuse avec phénomènes péritonéaux graves. J'avais mis deux mèches vaginales et péritonisé par-dessus, comme d'habitude ; les suites opératoires avaient été très simples, la température, qui était de 40° avant l'intervention, était tombée à 37°. Tous les phénomènes péritonéaux avaient disparu. La malade était allée à la selle, avait commencé à s'alimenter, et faisait des projets de convalescence. Bref, l'état était on ne peut plus satisfaisant. Comme il s'agissait d'une femme qui avait grand'peur de souffrir, je lui fis donner un peu de chlorure d'éthyle pour lui enlever ses mèches. A cet effet, on employa le tube dont on s'était servi la veille. L'anesthésie, faite sur un chariot de pansement, ne présenta rien de spécial. elle ne dura pas deux minutes ; la malade se réveilla en disant : Je n'ai rien senti. On la ramenait dans son lit dans l'instant qui suivit, lorsqu'on s'aperçut qu'elle était bleue et ne respirait plus ; on m'appela de suite ; elle n'avait présenté aucune angoisse, aucune dyspnée, rien qui permit de songer à une embolie. Je fis séance tenante une trachéotomie et de l'insufflation bouche à canule, suivant la méthode de mon maître Poncet ; puis je mis une sonde dans la trachée et j'entretins pendant une heure la respiration, suivant la méthode de Meltzer (1), sans réussir à ramener à la vie cette femme, à laquelle j'avais vainement pratiqué une injection à contre-courant de sérum dans l'artère fémorale.

On ne peut moins faire que d'être fortement impressionné en voyant survenir, ainsi consécutivement, des décès imprévus après des anesthésies faites avec le même tube de chlorure d'éthyle. Tout en faisant la part des choses, la coïncidence me parut trop nette et dans l'après-midi je portai le tube à M. le professeur Morel, en le priant de l'examiner pour voir s'il n'y avait pas lieu de mettre en cause quelque impureté ; il

(1) Je signale, en passant, la merveilleuse efficacité de cette méthode simple : dans ce cas, la respiration a été artificiellement entretenue pendant une heure au moins, très aisément.

en restait encore 25 à 30 cc., ce qui prouve bien que la quantité employée pour les deux anesthésies n'avait pas été trop considérable. M. Morel voulut bien, très aimablement, se charger de cet examen, et me demanda de lui envoyer, si possible, les centres nerveux des deux malades : l'autopsie de la première malade avait été faite, par les soins du service de M. Roque. On n'avait rien trouvé qui pût expliquer la mort ; je prélevai le cerveau, le bulbe, et je les fis transporter au laboratoire de M. Morel.

En ce qui concernait la deuxième malade, je ne pouvais pas songer à faire l'autopsie, étant données les conditions dans lesquelles se trouvait cette femme, mais ma conviction, c'est qu'il ne s'est pas agi d'une embolie. Même incomplets, ces faits m'ont paru devoir être rapportés, car parmi les millions d'anesthésies par le chlorure d'éthyle, on n'a presque jamais signalé d'accidents mortels.

M. Morel, qui a bien voulu venir vous exposer lui-même les résultats de ses recherches, donnera à cette brève communication l'intérêt de conclusions précises qui ne peuvent manquer de retenir l'attention.

M. A. MOREL. — Je vous remercie, Messieurs de vouloir bien m'accueillir dans votre société pour un instant.

Voici les résultats de mes recherches. J'ai pratiqué l'examen chimique des centres nerveux du sujet intoxiqué pendant une anesthésie par le chlorure d'éthyle et celui du reliquat de l'échantillon de kélène ayant servi à cette anesthésie. Ils m'ont donné les résultats suivants :

1° RECHERCHE DES ANESTHÉSQUES DANS LES CENTRES NERVEUX. — J'ai reçu le jour même de l'autopsie le cerveau, le cervelet et le bulbe enveloppés dans un paquet.

Le cerveau a été divisé en deux lobes : le droit, sans refroidissement préalable, a été broyé à la température de 17° ; la bouillie mise dans l'eau et conservée jusqu'au lendemain dans un ballon fermé ; après quinze heures, la recherche des anesthésiques y a été effectuée. Le gauche a été, avant broyage, refroidi par un séjour de 36 heures dans de l'alcool maintenu à + 5° et il a été simplement coupé avec des ciseaux au sein de cet alcool, pour éviter les pertes par volatilisation, suivant la technique de Nicloux. La recherche des anesthésiques volatils a été effectuée dans cette portion ainsi conservée, ainsi que dans le bulbe et dans le cervelet qui ont subi séparément des traitements identiques.

Comme technique, j'ai employé celle qui sert à rechercher les anes-

thésiques chlorés dans toutes les expertises toxicologiques, c'est-à-dire que j'ai fait barboter dans chacune des bouillies, pendant deux heures, un courant d'air à $+ 18^{\circ}$ et j'ai entraîné cet air dans un barboteur à nitrate d'argent, destiné à retenir les produits chlorés minéraux, puis dans un tube chauffé au rouge, destiné à minéraliser les produits organiques, enfin, dans un deuxième barboteur à nitrate d'argent, destiné à retenir le chlore, mis en liberté à partir des composés organiques lors de leur traversée du tube chauffé.

Résultats. — L'hémisphère droit broyé sans être refroidi ne m'a pas donné de dérivé chloré ; le gauche, broyé après refroidissement, à une température inférieure au point d'ébullition du chlorure d'éthyle, contenait des traces de dérivé chloré organique volatil ; de même le cervelet et le bulbe.

Conclusions. — Le système nerveux central renfermait de très faibles quantités d'un dérivé organique chloré volatil au-dessous de $+ 18^{\circ}$ (le chlorure d'éthyle bout à $+ 12^{\circ}5$) et pas de dérivé chloré bouillant au-dessus de $+ 18^{\circ}$.

2° RECHERCHE DES IMPURETÉS DANS LE KÉLÈNE. — J'ai soumis l'échantillon de kélène (17 cc. renfermés dans un tube portant l'étiquette : chlorure d'éthyle chimiquement pur, pour l'anesthésie générale ; la Plaine Suisse ; Société chimique des usines du Rhône), à la recherche des impuretés auxquelles on pouvait être tenté d'attribuer le pouvoir toxique constaté.

Je n'ai trouvé dans cet échantillon :

Aucun produit acide,

Aucun produit chloré minéral.

Aucun corps réduisant le nitrate d'argent à chaud (formiate ou aldéhyde),

Aucun corps se colorant en brun par les alcalis (aldéhydes),

Aucun produits se colorant par agitation avec l'acide sulfurique,

Point d'alcool susceptible de colorer en vert l'acide chromique ou de dissoudre la fuchsine.

Aucun produit volatil au-dessus de $+ 13^{\circ}$.

Conclusions. — L'échantillon de kélène que j'ai examiné ne contenait aucune impureté.

3° INDICATIONS DU MÉCANISME DE L'INTOXICATION PAR LE CHLORURE D'ÉTHYLE. — Les résultats de ces recherches, ainsi que les commémoratifs de l'accident, me permettent de tirer quelques indications, qu'il me paraît utile de formuler.

a) En présence d'un empoisonnement par un anesthésique chloré, il ne faut pas immédiatement penser à mettre en cause les impuretés dont la présence est rarement démontrée dans les anesthésiques, et dont la toxicité ne serait pas beaucoup plus considérable que celle des anesthésiques chlorés purs.

b) Le chlorure d'éthyle n'est pas un agent dépourvu de toxicité et facile à manier, bien qu'il soit censé s'éliminer des centres nerveux et du sang avec une grande rapidité. Voici, en effet, un cas où après une respiration artificielle prolongée pendant plus de dix minutes, *la totalité du chlorure d'éthyle n'était pas complètement partie des centres nerveux.*

c) Le chlorure d'éthyle peut manifester ses propriétés toxiques, pris à des doses que l'on a l'habitude de considérer comme normales ; cela tient à ce que la dose mortelle est impossible à fixer, même en expérimentation. Les recherches de Nicloux (Les anesthésiques généraux au point de vue chimico-physiologique, Paris, 1908) ont mis en évidence que pour *certaines chiens cette dose mortelle est quatre fois moins élevée que pour la généralité de ces animaux.*

Ce danger de l'anesthésie par le chlorure d'éthyle est d'autant plus grand que la manifestation de son pouvoir toxique peut tenir à des causes dont le chirurgien n'est pas maître et dont il ne peut même pas découvrir l'existence ; c'est que, comme le dit Nicloux, les différences dans la sensibilité au pouvoir toxique de cet anesthésique tiennent non seulement à titre de mélange respiré et au mode d'administration, mais aussi à l'état particulier du système nerveux et du cœur : état qui ne peut être décelé, dans l'état actuel de la science, par aucun signe susceptible d'être mis en évidence par l'examen préalable du sujet.

d) Le mode d'administration du chlorure d'éthyle par sidération est plus dangereux que le mode par dose progressive. En effet, les commémoratifs de cet accident montrent bien la réalité de ce que Richet a soutenu (Dictionnaire de Physiologie, article Anesthésie) : dans l'anesthésie par les anesthésiques chlorés le danger vient de la possibilité de l'intoxication du cœur et non de l'asphyxie, qui peut efficacement être combattue par la respiration artificielle.

Le chlorure d'éthyle exerce, comme le chloroforme, une action paralysante sur le cœur ; les études de Embley (Proceedings of the royal Society of London, ser. B. to 78, p. 891) l'ont mise en évidence et précisée. Cette action, qui se manifeste chez certains sujets, plus que chez d'autres, a d'autant plus de chances de s'exercer que la dose d'anesthésique est plus massive. Pour le chloroforme, Richet (loc. cit.) a signalé que l'injection de 1/2 cc. de cette substance dans la veine auriculaire d'un lapin amène instantanément la mort par arrêt subit du cœur. A la quantité près, il doit en être de même pour le chlorure d'éthyle : l'introduction brusque d'une dose massive dans le sang peut causer la fixation du poison sur certains éléments anatomiques du cœur (myocarde ou ganglions cardiaques) et ceux-ci, une fois altérés, peuvent ne pas reprendre leurs fonctions, bien que le chirurgien s'efforce de débarrasser par la respiration artificielle le sang de l'anesthésique, dont il reconnaît trop tard la toxicité vis-à-vis de l'état particulier du cœur du patient.

Il me semble que l'abandon de l'anesthésie par sidération, que Richet qualifie d'heureux, en ayant en vue principalement l'anesthésie par le chloroforme, doit être aussi réalisé pour le chlorure d'éthyle.

M. POLLOSSON. — Cette question m'intéresse d'une façon toute particulière puisque j'ai été, il y a une douzaine d'années, le promoteur à Lyon de l'anesthésie au chlorure d'éthyle. Je me rappelle qu'au moment où je suis venu dans cette société parler des cent à deux cents anesthésies que j'avais faites à cette époque, alors que personne ici n'avait encore utilisé ce produit, je fus accueilli avec une certaine ironie. Malgré cela, le chlorure d'éthyle a fait son chemin et aujourd'hui il n'y a pas un seul chirurgien qui ne l'utilise d'une façon quotidienne, soit pour des anesthésies de courte durée, soit pour des anesthésies combinées, de telle sorte que non seulement à l'étranger, et dans toutes les villes de France, mais à Lyon seulement, le nombre des anesthésies au chlorure d'éthyle est presque incalculable. Or, jusqu'ici, personne n'est venu citer des cas de mort par le chlorure d'éthyle. En voici deux rapportés par M. Leriche, au sujet desquels M. Morel nous apporte des conclusions précises. Je voudrais, avec le respect que quelqu'un qui n'est pas chimiste peut avoir pour un chimiste, qui parle une langue particulière, faire quelques objections à leur endroit.

M. Morel nous dit en somme ceci : quand il y a accident, ce n'est pas la faute du chlorure d'éthyle, mais la faute de la susceptibilité de l'individu. Je crois, au contraire, d'après les données cliniques et d'après les propres observations de M. Leriche, que ce n'est pas la sensibilité individuelle qu'il faut incriminer, mais une contamination du produit, contamination que je ne connais pas, mais qui peut exister, alors même que la chimie ne la constate pas. Je m'explique.

Il y a quelques années, j'ai eu, dans mon service, une série d'anesthésies à l'éther qui m'épouvantaient : toutes les malades anesthésiées devenaient violettes et s'arrêtaient de respirer ; il fallait employer pour toutes la respiration artificielle. Ma préoccupation existant sur ce point, je fis les recommandations les plus minutieuses aux externes qui pratiquaient l'anesthésie. Or, je vis, malgré cela, trois malades opérées pour les choses les plus diverses et les plus disparates, malades qui n'étaient pas des infectées, devenir, en quelques instants, violettes, donner des craintes de mort et ramenées très difficilement à la vie par une respiration artificielle prolongée. Immédiatement je mis dans ma poche les flacons qui avaient donné des accidents aussi graves pour les faire examiner moi-même avant de faire une réclamation à l'administration. Je fis donc faire un examen chimique par un chimiste des plus compétents de la Faculté des Sciences, qui me répondit : Il y a dans votre éther une dose assez forte de chlorure d'éthyle.

J'enregistrai le document et je le portai à notre collègue, le profes-

seur Lépine, alors administrateur de la pharmacie des hôpitaux. Il me dit : Ce que vous me racontez là m'a déjà été rapporté ; il y a quelques mois, pareils faits ont été l'objet d'une autre réclamation et d'une autre enquête.

Cette autre demande et cette autre enquête que je vous rapporterai peut-être d'une façon moins précise, se résumaient à ceci : deux ou trois mois auparavant, à l'hôpital de la Croix-Rousse, dans le service de M. Bérard, suppléé par M. Patel, des accidents semblables avaient eu lieu ; deux, paraît-il, avaient été suivis de mort ; là encore, on avait mis de côté les flacons ; ils avaient été examinés par un chimiste, qui n'était pas le mien, et dans ces flacons on avait encore trouvé du chlorure d'éthyle.

On fit une nouvelle enquête et on se rendit compte qu'il y avait dans un lot de flacons d'éther pur quelques flacons qui renfermaient du chlorure d'éthyle mélangé à l'éther.

Que faut-il retenir de ces faits ? Que M. Patel, d'une part, que moi ensuite, nous avons eu, à un moment donné, des accidents graves, mortels dans deux cas, avec de l'éther mélangé avec du chlorure d'éthyle. Ce n'est pas parce qu'il y avait du chlorure d'éthyle que ces accidents ont eu lieu, puisqu'il est classique d'utiliser un mélange d'éther et de chlorure d'éthyle pour améliorer l'anesthésie. C'est parce qu'il y avait une impureté de l'éther. Et lorsque je vois que chez M. Leriche c'est le même tube qui a donné les deux accidents, n'est-il pas plausible de penser que c'est quelque chose de particulier qui se trouvait dans ce chlorure d'éthyle, analogue probablement à ce quelque chose que je ne connais pas, qui se trouvait dans les flacons dont nous avons pâti, M. Patel et moi ? Si, dans le premier cas de M. Leriche, on pourrait incriminer l'infection, dans le second cas l'anesthésie a été faite pour une chose insignifiante, pour enlever une mèche. Je n'oserai pas parler de susceptibilité individuelle et j'aurai grande tendance à joindre ces faits aux miens, et à conclure : *de temps en temps peuvent se mêler au chlorure d'éthyle des impuretés qu'un jour les chimistes pourront connaître, et ce sont ces impuretés qui causent des accidents.*

M. VILLARD. — La communication de M. Leriche, soulignée par les observations de M. Morel, est d'une importance capitale. C'est un terrible son de cloche qui devrait nous engager à restreindre dans une proportion colossale l'emploi presque illimité que nous faisons actuellement du chlorure d'éthyle, dont nous nous servons pour un rien, à tout propos, comme dans un des cas rapporté par M. Leriche. Je crois qu'il est bon de ne pas laisser la Société sous l'impression triste de la communication de M. Leriche et des arguments chimiques de M. Morel. Personne n'était mieux qualifié pour prendre cette défense que M. Pol-

losson, dont je me rappelle la première communication. Depuis lors, nous sommes tous venus au chlorure d'éthyle, nous l'avons utilisé un nombre considérable de fois depuis bien des années, chaque jour peut-être plus de 100 anesthésies sont faites au chlorure d'éthyle, à Lyon, et ceci dans des conditions souvent déplorables. Or, les deux cas rapportés par M. Leriche, où l'on voit la mort coup sur coup avec l'emploi d'un même tube dans des conditions particulières, ne doivent pas, à mon sens, laisser notre esprit sous une impression pessimiste. A côté de la physiologie pure, il y a place pour la physiologie que nous faisons tous les jours en clinique. Celle-ci nous apprend que les accidents d'intoxication se caractérisent par un arrêt du cœur. Or, dans tous les accidents que nous avons vus (pour ma part, je n'en ai vu qu'un), aussi bien que dans les deux cas de M. Leriche, les malades sont devenus bleus. Cela indique une origine pulmonaire. Dans le cas que j'ai vu, lors d'une anesthésie faite par un de mes internes, pour une réduction de fracture du poignet, la malade était devenue violacée ; on fit la respiration artificielle, la malade revint, c'était une syncope habituelle, comme celles qu'on voit avec l'éther.

Je crois donc que, contrairement à ce que nous apprennent les phénomènes expérimentaux qui sembleraient nous faire conclure pour le danger du côté du cœur, les phénomènes cliniques ne montrent jamais de syncope cardiaque avec le chlorure d'éthyle. De plus, ces accidents sont exceptionnels sur le très grand nombre d'anesthésies pratiquées au chlorure d'éthyle ; il ne faut donc pas que la connaissance de ces accidents retentisse sur notre conduite générale et nous fasse abandonner l'anesthésie rapide au chlorure d'éthyle qui a fait ses preuves, et qui rend des services précieux.

M. DURAND. — Je veux, comme M. Villard, prendre la défense du chlorure d'éthyle : l'anesthésie au chlorure d'éthyle est, selon moi, une des plus grandes découvertes des temps modernes au point de vue chirurgical, car elle permet de supprimer la sensibilité, pour un très grand nombre de petites choses qui, autrefois, faisaient souffrir les malades.

Personnellement j'ai eu plusieurs petites alertes, et un accident qui m'a vivement impressionné au moment où il s'est produit. Il s'agissait d'un malade qui avait un gros hygroma suppuré du genou. Il avait été endormi entièrement sous mes yeux par un externe rompu au maniement du chlorure d'éthyle et de l'éther ; l'anesthésie s'était très bien passée. L'intervention faite, je me suis aperçu que le malade ne respirait plus et qu'il était blanc ; je n'ai pas pu le ramener, il est mort en syncope blanche : voilà le cas typique de la mort par anesthésie. Je n'ai pas le droit de dire que cette mort manifestement par syncope est due au chlorure d'éthyle et je ne crois pas devoir l'incriminer.

Quant aux deux cas de M. Leriche, je lui demanderais de préciser certains faits :

Dans le premier cas, il y avait un passé pathologique chargé : est-ce que cela ne suffit pas pour tout expliquer ?

Pour le deuxième, est-ce qu'il est certain que la malade est morte de syncope anesthésique ? Je ne le crois pas, et je ne sais pas si l'on peut rapporter au chlorure d'éthyle la mort d'une malade qui s'est réveillée, qu'on rapporte dans son lit et qui meurt. Il y a tant de causes de mort après une intervention, après qu'on a enlevé une mèche, comme dans le cas de M. Leriche. On ne peut pas dire forcément que cette malade est morte à la suite d'un accident d'anesthésie.

M. LERICHE. — Dans les cas que j'ai rapportés, il n'y a qu'une seule chose à retenir : c'est cette impressionnante coïncidence de deux accidents mortels après une anesthésie faite avec le même tube de kélène : une mort le mercredi et une seconde le jeudi, alors qu'on n'avait administré qu'une quantité très faible d'anesthésique. C'est cet extraordinaire rapprochement des dates qui a seul une importance ; il ne peut manquer d'impressionner tous ceux auxquels on en parle.

Quant à tirer de ces deux faits des conclusions formelles au sujet des dangers du kélène, c'est loin d'être mon intention. J'ai été endormi autrefois au chlorure d'éthyle. Si j'avais à être endormi de nouveau, je me ferais encore endormir au kélène sans la moindre arrière-pensée : depuis que j'ai observé ces deux accidents, j'ai continué à employer le chlorure d'éthyle dans le service de M. Poncet, comme auparavant et je continuerai encore ; mais j'ai cru que de pareils accidents devaient être signalés. Je me félicite de l'avoir fait puisque cela nous a valu les intéressantes explications de M. Morel. Dans ce qu'il nous a dit, il y a un conseil que je crois désormais excellent : au lieu de procéder, comme nous le faisons toujours dans l'anesthésie au kélène, par une asphyxie aussi brusque que possible, il faut aller avec progression et lentement.

M. MOREL. — Il serait exagéré de dire que dans les cas rapportés par M. Pollosson la mort doit être attribuée à des impuretés qu'on ne peut trouver. A l'heure actuelle, il est impossible de se figurer ce que cela pourrait être et une chose est bien certaine, c'est que *dans le chlorure d'éthyle il ne peut pas se produire d'impuretés plus toxiques que le chlorure d'éthyle lui-même*. D'autre part, il est évident que certains chiens sont tués très vite par le chlorure d'éthyle bien plus vite que d'autres, et que l'on en peut conclure, sans rien exagérer, qu'il y a des sujets qui sont plus sensibles que d'autres au chlorure d'éthyle.

Je ne veux pas cependant vous laisser sous cette impression et vous décourager de l'emploi du chlorure d'éthyle, mais je crois qu'il est bon de ne pas opérer avec trop de brusquerie, comme le rappelait M. Leriche, parce qu'il est certain que le chlorure d'éthyle est toxique et qu'il l'est en lui-même, en dehors de toute impureté.

M. POLLOSSON. — A propos du mode d'administration du chlorure d'éthyle, je n'ai jamais préconisé la dose brusque et massive : tout au contraire, je n'ai jamais cessé de dire combien il était nécessaire d'aller d'une façon lente et progressive : c'était un peu pour la raison que vient de donner M. Morel. Personnellement j'ai été très souvent anesthésié, j'ai essayé tous les anesthésiques que je connais. Je trouve que tous sont désagréables comme la strangulation lorsqu'ils sont donnés brusquement. Et par contre, à mon avis, tous, y compris l'éther, sont délicieux lorsqu'ils sont administrés d'une façon progressive.

Il faut donc faire des anesthésies lentes et laisser de l'air se mêler au produit : c'est dans ces conditions d'administration attentive que sont survenus les accidents dont j'ai parlé, et c'est ce qui me fait suspecter l'impureté du produit.

*
* *

FRACTURE A PLUSIEURS FRAGMENTS DE L'OLÉCRANE ET
DE L'EXTREMITÉ SUPÉRIEURE DU CUBITUS. GRANDS
DÉPLACEMENTS IRRÉDUCTIBLES. OPÉRATION SANGLANTE,
PLAQUE DE LAMBOTTE. EXCELLENT RÉSULTAT.

M. DURAND. — Je vous présente un jeune homme opéré dans mon service d'une fracture de l'extrémité supérieure du cubitus. Voici son observation et ses radiographies :

OBSERVATION. — X..., âgé de 21 ans, fait une chute grave de bicyclette le 5 avril 1912. Il tombe sur le coude gauche, en flexion sur l'olécrane. Immédiatement signes de grands traumatismes du coude ; le jeune homme entre dans mon service, et je le vois le 7 avril. La région est très tuméfiée, fortement ecchymotique. Sous anesthésie, pratiquée pour tenter une réduction, on palpe facilement, et je trouve des lésions que la radiographie précise : comme vous le voyez sur cette épreuve, il s'agit d'une fracture de la base de l'olécrane, avec ascension notable du fragment, fracture de l'extrémité supérieure du cubitus dans sa portion touchant à l'olécrane ; il y a là plusieurs fragments, et un autre, plus gros, de forme triangulaire, a été énucléé en arrière, sous la peau. De plus, le corps du cubitus a été chassé en avant, luxé de telle sorte que la petite portion de cavité sigmoïde qu'il porte est sans contact avec la trochlée. Cette dernière repose sur la tranche fracturée.

Par contre, j'insiste sur ce fait : la tête radiale était parfaitement en place.

Il est à peine besoin de le dire, les tentatives de réduction que je me

crus obligé de faire ne me donnèrent aucune satisfaction, la radiographie montra que je n'obtenais aucune réposition.

Dès lors, pour moi, qui suis partisan délibéré de l'intervention sanglante quand elle est indiquée, je devais opérer.

Intervention le 19 avril. Grande incision postérieure sur la crête oléocrano-cubitale; le corps du cubitus, saisi dans un davier, est ramené en place, réduit par rapport à la trochlée; j'enlève deux ou trois petits fragments libres.

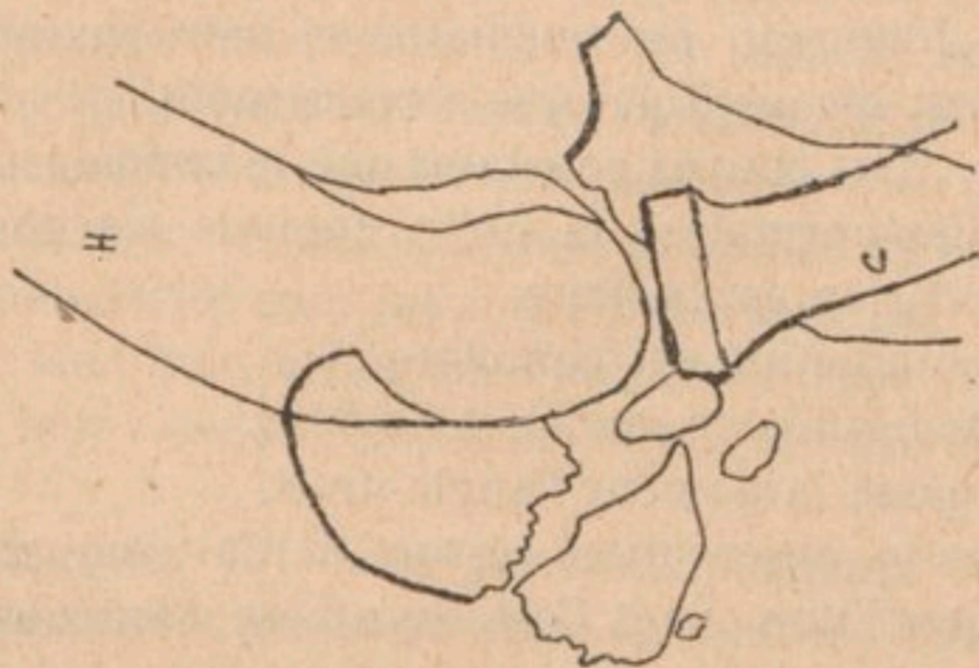


Fig. 1. — Avant la réduction.

Le gros fragment triangulaire est rejeté avec la lèvre radiale de l'incision, j'évite avec soin de lui faire perdre ses connexions avec cette lèvre pour lui conserver sa vitalité. Il est facilement réduit.

L'olécrâne, saisi dans un davier, est ramené au contact du reste de l'os, en bonne place, manœuvre sans difficulté.

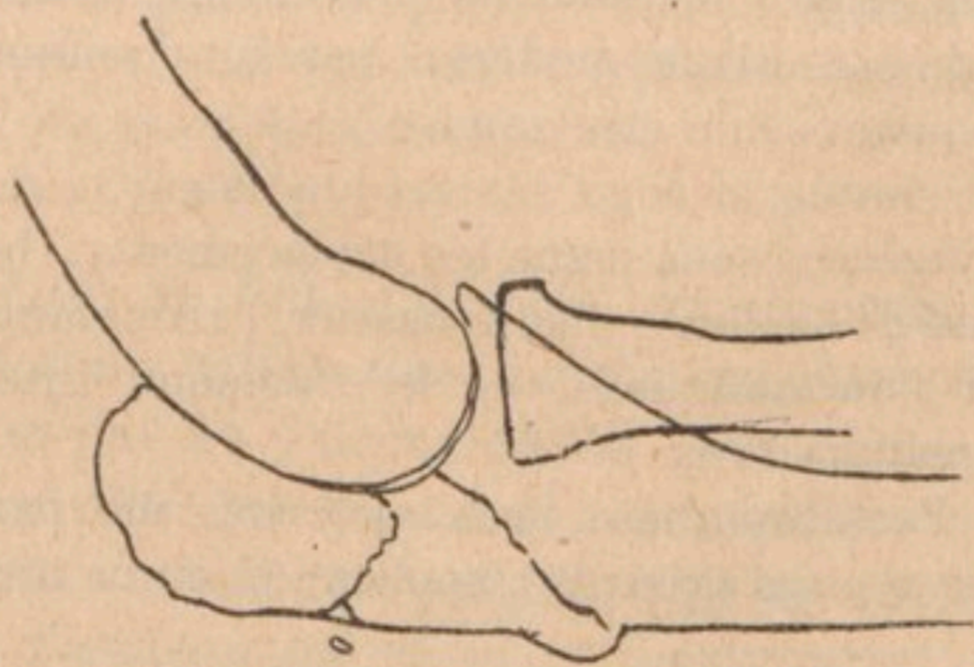


Fig. 2. — Après réduction sanglante.

L'ostéosynthèse est faite par une plaque d'aluminium vissée à la Lambotte, d'abord sur l'olécrâne, puis sur le corps de l'os, enfin sur le fragment intermédiaire qui se trouve automatiquement maintenu; une vis en assure la contention. Cette plaque n'était pas constituée par une attelle plate de Lambotte, mais par une lame moulée sur l'extrémité supérieure d'un cubitus d'homme; elle devait ainsi enchâsser et main-

tenir parfaitement les fragments. Elle fut fabriquée par M. Lépine et s'adapta très exactement.

Fermeture de la plaie. Plâtre en extension. Aucun incident post-opératoire.

La plaque est enlevée le 21 mai. Aujourd'hui, vous pouvez constater sur le malade le résultat fonctionnel, et par cette radiographie, le résultat anatomique (fig. 2).

Elle montre que le corps de l'os a été parfaitement maintenu, que l'olécrâne et le fragment intermédiaire se sont juxtaposés et que la cavité sigmoïde est reconstituée très correctement.

Sur le malade, vous pouvez constater que le coude est bien restauré, à toutes ses saillies normales; la crête cubitale est absolument rectiligne. La consolidation est parfaite.

La pronation-supination est complète.

L'extension est limitée de quelques degrés.

La flexion dépasse largement l'angle droit.

L'intérêt de cette observation ressort de la comparaison des deux radiographies faites l'une avant l'ostéosynthèse, l'autre après l'opération et la consolidation.

En regardant la première, on se rend compte qu'on ne pouvait, par les manœuvres ordinaires de réduction, ramener et maintenir en leur place l'olécrâne ascensionné vers le bras, le cubitus luxé en avant de la trochlée, les fragments multiples et déplacés qui existaient entre ces deux fractures principales du cubitus. Il était absolument impossible de reconstituer la cavité sigmoïde, et il est certain que ni l'immobilisation ni le massage méthodique n'auraient donné de résultat satisfaisant. La thérapeutique moderne, par intervention sanglante et ostéosynthèse, pouvait seule être admise.

L'opération fut simple, et deux daviers placés sur le corps du cubitus et l'olécrâne corrigèrent sans peine les déplacements; le foyer de fracture fut débarrassé de quelques débris osseux, l'articulation fut nettoyée des caillots qui l'encombraient, et le fragment intermédiaire triangulaire se réappliqua bien.

Pour réaliser l'ostéosynthèse, deux procédés me paraissent dignes d'attention : 1° le vissage axial; 2° l'application d'une attelle métallique vissée.

Dans le vissage, préconisé par Lambotte pour l'olécrâne, vous savez qu'on place une longue vis parallèlement à l'axe de l'os. Elle embroche en long l'olécrâne, qu'elle pénètre par sa partie haute supérieure, sous le tendon bicipital et s'enfonce dans le corps de l'os.

Ce procédé, très séduisant pour les fractures simples de l'olécrâne, me semble contre-indiqué ici par la présence du fragment intermédiaire, et je lui préfère l'attelle métallique.

Cela admis, il me paraît que les attelles ordinaires trouveraient diffi-

cilement un appui assez solide, et je pensais pouvoir visser plus sûrement une plaque qui épouserait la forme des os. M. Lépine voulut bien me faire une plaque d'aluminium moulée sur la partie supérieure du cubitus. Elle répondit très bien au but que je me proposais, et les multiples trous dont vous la voyez percée permettent un vissage très satisfaisant.

Il est à peine besoin d'insister sur les précautions exceptionnelles d'asepsie qu'exigent ces interventions, je les rappelle brièvement : les doigts, malgré une demi-heure de lavage au savon, et malgré les gants de fils changés fréquemment, ne doivent pas toucher les tissus ; la peau, aussitôt après l'incision, est très exactement bordée de compresses ; les tampons pour l'hémostase sont maniés uniquement par des pinces ; la plaque et les vis, bien que sortant de l'autoclave, sont flambés immédiatement avant leur mise en place et saisis exclusivement avec des pinces.

L'asepsie de la peau fut faite pendant plusieurs jours par des nettoyages à la benzine et par application de teinture d'iode. Ce malade n'a nullement été savonné.

Le résultat anatomique peut être constaté par la palpation sur le malade que je vous présente et sur l'épreuve radiographique que je vous fais passer. Vous pouvez voir que les trois fragments : corps du cubitus, olécrâne, fragment intermédiaire se sont réunis pour reconstituer la cavité sigmoïde et que cette cavité a retrouvé avec l'humérus des rapports très normaux. Le cubitus n'est plus luxé en avant, l'olécrâne est redescendu à sa place ; bref, la restauration de cette extrémité supérieure, si disloquée par la fracture, s'est accomplie aussi parfaitement qu'il est possible de le désirer.

Peut-on tirer de ce fait quelques conclusions générales ? Ces conclusions sont celles que depuis longtemps, et à nombreuses reprises, j'ai eu l'occasion de développer ici : l'intervention sanglante dans les fractures a des indications précises. Elle doit être pratiquée toutes les fois que les autres méthodes sont incapables d'assurer un *résultat fonctionnel* satisfaisant. L'intervention sanglante ne doit hériter que des contre-indications formelles de la réduction classique.

L'opération sanglante des fractures constitue une manœuvre délicate et ne peut être faite sans danger que sous le couvert d'une installation aseptique et d'une technique absolument parfaites.

TROUBLES TROPHIQUES OSSEUX POST-TRAUMATIQUES, OU
TUMEUR OSSEUSE, AVEC FRACTURES ITÉRATIVES CHEZ
UNE MALADE HYPOTHYROÏDIENNE.

M. BÉRARD. — Très complexe dans sa pathogénie, embarrassant dans son interprétation clinique et diagnostique, le cas suivant m'a semblé digne de vous être rapporté dans ses détails, en même temps que la malade vous était présentée avant toute intervention chirurgicale.

Je serai heureux des interventions thérapeutiques que l'on voudra bien me donner.

OBSERVATION. — Jeanne A..., 27 ans, entrée le 22 juin 1912, salle Ollier.

Cette jeune fille vient à l'hôpital à la suite de plusieurs fractures à la jambe droite, accompagnées de phénomènes douloureux et d'impotence du membre.

Accidents héréditaires. — Père vivant et bien portant. Mère morte de fièvre puerpérale à sa sixième couche; trois frères et trois sœurs en bonne santé, venus à terme, sans aucune tare morbide.

Antécédents personnels. — Née à terme; est le quatrième enfant. Nourrie au sein par sa mère. Premier pas à 1 an. Pas de signes de rachitisme dans l'enfance. Fluxion de poitrine à 9 ans. Réglée à 16 ans, régulièrement depuis. N'est pas mariée. Pas de signes de spécificité acquise ou héréditaire.

A l'âge de 20 ans, la malade, en courant, heurta violemment un banc au niveau de la partie moyenne du tibia droit, vers la face interne. Elle put se relever et marcher par la suite: mais la région contusionnée devint le siège de douleurs spontanées localisées, sous forme de pulsations douloureuses, d'élançements. La marche était pénible et s'accompagnait déjà de boiterie peu de temps avant la fracture de jambe, qui survint un an après le début de ces accidents.

Cette fracture fut provoquée de la façon suivante: la malade glissa dans un escalier et manqua trois marches: mais elle put se retenir à la rampe et prévint la chute, qui ne se produisit pas. Le résultat de cet accident fut pourtant une entorse du cou-de-pied et une fracture du tibia, au niveau même du point qui avait été traumatisé un an auparavant. Un médecin consulté reconnut l'existence de la fracture et de l'entorse. Cette dernière guérit bien par des massages. La fracture fut immobilisée dans un appareil plâtré pendant trente-sept jours. Pendant l'immobilisation, la malade ne ressentit aucune douleur. Le plâtre, une

fois enlevé, la consolidation fut trouvée parfaite, et la malade put marcher. Il n'y avait pas de déformation apparente du membre.

Dix-huit mois après, à la suite d'une glissade insignifiante, nouvelle fracture de jambe au même niveau. Immobilisation en plâtre pendant quarante-cinq jours. Au bout de ce temps, la consolidation est encore obtenue sans déformation. La marche est reprise sans claudication; mais l'appui forcé du pied sur le sol réveillait quelques douleurs.

Deux ans après la première fracture, la malade glisse dans une petite excavation de 20 centimètres de profondeur. Elle se casse le tibia dans deux endroits : au niveau de l'ancien foyer, c'est-à-dire à la partie moyenne, et à 3 ou 4 travers de doigt au-dessus. Ces fractures se firent sans chute vraie et sans effort violent.

C'est en voulant se retenir que la malade provoqua la double rupture osseuse. Le séjour en plâtre fut de trois mois. L'appareil une fois enlevé, l'impotence fonctionnelle était complète; il existait au niveau du tibia une déformation suivant l'axe et une tuméfaction qui ont persisté.

La marche ne peut se faire qu'au moyen de béquilles. Les douleurs étaient très vives au contact de la tuméfaction, soit spontanément.

Le traitement jusqu'à ce jour ne comporta jamais aucune médication spécifique ou opothérapique. Les urines n'ont jamais été examinées.

A l'examen, la jambe droite apparaît déformée et raccourcie.

Une première déformation consiste dans l'incurvation du tibia à concavité interne en demi-parenthèse.

Une deuxième déformation consiste dans l'incurvation du tibia à concavité antérieure, avec une légère déviation en baïonnette du genou.

Quant à la tuméfaction de la partie moyenne du tibia, elle est fluctuante, sans limites précises, douloureuses, sans pulsations ni expansion, mais avec une élévation de température des téguments.

La ponction exploratrice est négative. L'extension complète de la jambe sur la cuisse est limitée par la douleur, qui est surtout très vive à la pression, mais qui revient aussi surtout la nuit, spontanément. On réveille également quelque douleur à la palpation appuyée de la crête tibiale opposée, comme s'il y avait de l'ostéalgie généralisée.

Le raccourcissement de la jambe est de 3 centimètres.

L'état général est assez satisfaisant. Pas de signes de Westphal, malgré une certaine maigreur. Pas de signes d'Argyll Robertson, pas de douleurs fulgurantes; rien qui rappelle l'ataxie. Il n'y a pas de stigmates de spécificité ni de rachitisme ancien.

Par contre, la palpation du cou montre le défaut de développement de la glande thyroïde. La malade n'est pas sujette aux bronchites; elle ne paraît pas suspecte de tuberculose.

Ni sucre ni albumine dans les urines.

Deux radiographies de la jambe droite prises de face et de profil montrent des contours nets et une consistance assez compacte des deux

os, sauf au niveau d'un double foyer de fracture qui siège à peu près à la partie moyenne du tibia et du péroné. La fracture du péroné paraît consolidée, avec un cal compact unissant obliquement les deux fragments un peu déviés l'un sur l'autre. Quant au tibia, il donne à ce niveau une silhouette très pâle, dont les contours peu nets sont interrompus par places : on le dirait *soufflé* comme une bulle de la dimension d'un œuf de poule. On ne distingue pas de cloison de refend dans la cavité principale; on ne peut pas soupçonner d'infiltration du canal médullaire ou des parties molles par des éléments néoplasiques.

Au premier abord, l'examen clinique et radioscopique de telles lésions induirait à admettre la présence d'une tumeur relativement bénigne du tibia, avec fracture pathologique, telle qu'une tumeur à myéloplaxes.

Mais l'enchaînement des faits, le début il y a sept ans par un traumatisme, les trois fractures itératives au même point à un et deux ans d'intervalle, la consolidation deux fois répétée de ces fractures dans les délais normaux m'inclinent plutôt à penser que nous sommes en présence d'une de ces *ostéopathies trophiques* que l'on a décrites successivement sous le nom de kystes simples des os, d'ostéomalacie localisée, etc., et que j'avais fait étudier en 1903 dans la thèse de M. Trucy sur les « cals vicieux simulant les tumeurs des os ». Ici même M. Gangolphe, M. Destot, ont appelé plusieurs fois l'attention sur des faits analogues, et sur la difficulté de leur diagnostic avec les tumeurs osseuses, coïncidence curieuse, ils viennent de faire l'objet, la semaine dernière, d'une discussion à la Société de Chirurgie de Paris, à propos d'une présentation de M. Savariaud. M. Mauclaire a même proposé l'appellation nouvelle d'*ostéite vacuolaire traumatique*.

L'*origine* de telles altérations peut être multiple : toutes les infections, toutes les intoxications ont pu être invoquées, ainsi que le rappelait M. A. Broca dans la discussion ci-dessus. Je signale que l'an dernier, chez un tuberculeux avéré, j'ai dû faire une résection large du genou pour une altération diffuse des condyles fémoraux et tibiaux, avec cavités soufflées, les unes remplies de tissu myxoïde, les autres de tissu cartilagineux, les dernières à peu près vides. Chez notre malade d'aujourd'hui, j'admettrais une pathogénie assez complexe. L'insuffisance de sa glande thyroïde la prédisposait aux troubles de la nutrition du squelette. Le premier traumatisme

d'il y a sept ans a créé un lieu de moindre résistance, et sans doute déjà a provoqué le début de raréfaction osseuse, qui est allé en s'accroissant à chacune des trois fractures itératives, pour aboutir en fin de compte à la pseudarthrose douloureuse, avec cal soufflé morbide.

Quel traitement proposerons-nous à la malade? Bien qu'il n'y ait, dans son cas, aucune apparence de spécificité, j'ajouterais volontiers le mercure et l'arsenic à l'opothérapie thyroïdienne qui va être instituée de suite; mais il faut agir localement: la jambe est incurvée en dedans et en arrière; elle est raccourcie de 3 centimètres. Même en admettant que la pseudarthrose du tibia se consolide, il resterait un membre défectueux et impotent. En outre, malgré toutes les probabilités contraires, il n'est pas absolument certain que nous n'ayons pas affaire à une tumeur à myéloplaxes.

J'ai donc offert à la malade, qui l'a accepté, d'ouvrir le foyer tibial au niveau de la tuméfaction, et si nous n'y trouvons pas de tissu néoplasique, si le contenu de celle-ci est ce que je pense, de le lui évacuer en ménageant la coque osseuse encore utilisable. Puis, dans la perte de substance, j'intercalerai une greffe osseuse totale prise sur le péroné, du côté sain. Si ce programme est exécuté, je tiendrai la Société au courant des résultats obtenus.

*
* *

GURE D'UNE FISTULE VÉSICO-VAGINALE CHEZ UNE FEMME DE 80 ANS.

M. POLLOSSON. — Je vous présente une femme née en 1832, ce qui lui fait 80 ans; elle a été mariée il y a pas mal de temps, a eu un enfant vers l'âge de 35 ans; puis plus tard, sous l'influence d'un effort, elle a vu son utérus descendre et a constaté progressivement un prolapsus. En somme, depuis quarante années, son système genital descend. Pendant une certaine période, elle a porté un pessaire, dont la surveillance fut uniquement celle qu'elle en faisait elle-même: lorsqu'il sortait, elle savait le remettre elle-même et elle allait beaucoup mieux que depuis ces dernières années, où elle a eu recours aux médecins.

Elle est venue à la clinique gynécologique en 1904 pour avoir un pessaire à meilleur marché ; on lui a fait un pessaire qui soutenait très bien, qui est resté pendant cinq ans sans surveillance ni incidents, puis on lui en a mis un nouveau il y a huit mois qui n'a plus été supporté, mais cette brave femme est très tolérante et elle a vu, sans grand étonnement, apparaître des douleurs, des pertes de pus, des pertes de sang, et ce n'est qu'au bout de quatre mois qu'elle est revenue se montrer : elle présentait un cloaque d'où sortait une sanie purulente, du sang et des urines ; son pessaire avait fait une perforation vésicale, les deux tiers du pessaire se trouvaient dans la vessie et l'autre tiers dans ce qui restait de vagin, ce fut une extraction difficile, demandant une anesthésie et laissant une énorme brèche qui, peu à peu, s'est cicatrisée et s'est améliorée.

Je me demandais dernièrement ce qu'on pourrait tenter pour clore cette fistule ; cette femme est d'un optimisme charmant ; si on lui avait dit de rester comme elle était, elle aurait accepté volontiers, mais comme elle avait une bonne santé, comme d'autre part sa fistule, restée très large après quelques mois de cicatrisation, se présentait dans des conditions particulièrement favorables au point de vue opératoire (l'utérus tombant, on amenait la fistule complètement au dehors), il m'a paru possible de tenter sans grand risque une restauration. Je ne sais pas s'il s'agit d'un record, dans tous les cas ce ne doit pas être une des plus jeunes opérées. Ce fut la chose la plus simple du monde, et la guérison a été la plus rapide que j'ai jamais observée. Je m'étais demandé si elle supporterait bien l'anesthésie générale, mais la rachianesthésie a été impossible, car sa colonne a opposé une résistance trop dure à mon aiguille ; j'ai dû faire une anesthésie générale et tout fut très bien ; il reste le prolapsus ; nous essaierons de le maintenir avec un pessaire plus doux, moins volumineux, qui sera mieux surveillé que les précédents.

Je désire, à cette occasion, insister sur deux points :

1° Tout d'abord sur la possibilité pour un pessaire de donner des accidents d'ulcération, même après une période très éloignée. J'ai vu et je vois couramment des femmes qui ont supporté sans le moindre inconvénient un pessaire pendant cinq ans, dix ans ; celle-ci l'avait supporté pendant quarante ans sans accident, puis à un moment donné il s'est produit une

ulcération. Cela montre qu'il ne faut pas se lasser de recommander à ses malades, à chaque visite, d'être prudentes, de se surveiller, car un accident est toujours possible.

2° Le deuxième point que je veux signaler, c'est la possibilité de faire une restauration de fistule à un âge avancé.

Les fistules vésico-vaginales, au point de vue du diagnostic, comme au point de vue du traitement, se divisent pratiquement en deux catégories : il y a d'abord celles qu'on observe chez les femmes dont l'utérus peut s'abaisser en prolapsus ; celles-là sont faciles à diagnostiquer, faciles à opérer. Lorsqu'on n'a opéré que de celles-là, on ne se doute pas de ce que peuvent être celles de la deuxième catégorie.

Il y a ensuite celles qui se présentent chez des femmes dont l'utérus est fixé solidement dans sa position pelvienne et ne se laisse pas abaisser. Dans ce cas, le diagnostic devient extrêmement difficile : ce n'est pas le diagnostic de fistule qui est difficile, puisque la malade perd ses urines par le vagin, mais c'est l'étude de la fistule elle-même, sa description, sa visibilité. Pour certaines fistules, je puis dire cette chose paradoxale, qu'après m'être efforcé de voir dans toutes les attitudes la fistule, je n'y suis pas arrivé. Comment alors opérer une fistule qu'on ne peut pas voir ? C'est dans ces cas qu'il faut recourir à une opération abdominale transpéritonéale, ou bien encore chercher à créer du jour latéralement pour essayer de voir ces fistules invisibles.

Ces difficultés existent au même degré lorsqu'il y a des fistules multiples invisibles. J'en ai vu deux cas. Dans un de ces cas, j'ai pu avec difficulté voir qu'il s'agissait de deux fistulettes siégeant au voisinage du col et admettant chacune un petit stylet ayant environ 1 mm. 1/2 de diamètre ; ces deux fistules étaient heureusement voisines l'une de l'autre, de telle sorte que j'ai pu du même coup les voir, les aborder et les oblitérer ; mais il n'en est pas toujours ainsi.

Supposez le cas où il existe une fistule large comme une pièce de 2 francs, présentant en son voisinage une fistulette du calibre de celle dont je viens de vous parler. Si l'exploration est difficile, si l'utérus ne peut pas être amené au dehors, on fait le diagnostic de fistule. On ne voit que la principale et l'on méconnaît la fistule seconde, d'où l'échec opératoire. C'est ce qui m'est arrivé chez une femme ayant eu une fistule large, qui

avait été opérée une première fois avec insuccès : je l'ai réopérée il y a deux mois environ pour une fistule difficile à voir, ayant à peu près la dimension d'une pièce de 50 centimes ; l'avivement avait été fait avec beaucoup de soin, j'avais réalisé une suture très soignée et le résultat me paraissait devoir être définitif. Au bout d'un certain temps nous avons eu beaucoup de peine à nous rendre compte qu'il y avait encore une fistule ; ayant injecté du permanganate en rendant le vagin béant, je suis resté pendant dix minutes sans voir sortir une goutte, puis après avoir repéré la zone opératoire, j'ai pu constater d'une façon sûre qu'il ne restait plus trace de la fistule que j'avais fermée ; c'est alors que, au fond, dans un autre angle, j'ai pu découvrir une petite fistulette dont j'ai fait ce matin même l'oblitération ; cela réussira, je l'espère. Je voulais, à l'occasion de cette malade, vous signaler ce point spécial de l'histoire des fistules vésico-vaginales ; il y a des fistules multiples qui ne peuvent guère être diagnostiquées que lorsqu'on est sûr de l'oblitération de la fistule principale.

M. CONDAMIN. — J'ai vu, il y a quinze ou vingt ans, un fait qui se rapproche beaucoup de celui dont vient de parler M. Pollosson ; certaines particularités que j'ai observées méritent peut-être d'être rappelées.

Il s'agissait d'une femme toute jeune qui avait porté pendant dix-sept ans un pessaire à ailes divergentes. Cette femme est venue à la Charité pour ce fait qu'elle perdait ses urines ; en l'examinant par le vagin, on trouvait la petite pointe qui servait à dilater les deux valves du pessaire ; la moitié du pessaire était dans le vagin et l'autre moitié dans la vessie. S'il n'y avait eu que la pénétration du pessaire, c'eût été facile, mais il s'était déposé autour de la partie intravésicale des incrustations considérables faisant de ce demi-pessaire un énorme calcul.

Je me suis contenté de dilater lentement l'orifice par lequel avait passé cette branche du pessaire ; en morcelant les débris de calcaire déposés autour du pessaire, je suis arrivé à l'extirper. Ce qui est intéressant, ce sont les suites. Je me proposais de faire ce qu'a fait M. Pollosson, je voulais fermer cet orifice, dont la dimension correspondait à celle de l'ancien écu de 6 francs. Mon maître Laroyenne m'en empêcha en me disant de laisser cette malade tranquille, qu'elle guérirait toute seule. C'est en effet ce qui s'est produit : nous l'avons mise au repos, nous avons désinfecté la vessie et au bout d'un laps de temps que je ne puis pas préciser la malade est sortie complètement guérie.

M. POLLOSSON. — Je remercie M. Condamin de nous avoir rapporté

cette observation très intéressante ; peut-être ma malade aurait-elle pu guérir comme la sienne, mais à 80 ans les mois correspondent certainement à des années, et j'ai voulu ne pas trop lui faire attendre la guérison.

Le Gérant, D^r VALLAS.



Séance du 4 juillet 1912

Présidence de M. A. POLLOSSON

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS DE DEUX LARYNGECTOMIES
TOTALES.

MM. BÉRARD et SARGNON. — Le malade que nous vous présentons ici a été opéré par nous au mois de mai 1911 d'une laryngectomie totale après une trachéotomie préalable qui avait été nécessitée par des accidents de suffocation. Les pièces avaient été apportées ici même, alors que nous avons montré les résultats opératoires immédiats. L'intervention date donc actuellement de treize mois. Ainsi que vous pouvez le constater, l'état général de cet homme est excellent : il a engraisé de plusieurs kilos et il a repris ses occupations dans la mesure où le lui permet le port de sa canule à trachéotomie.

A l'examen du cou, on distingue à peine maintenant la cicatrice en H à deux lambeaux latéraux, laissée par l'intervention. Dans la profondeur, on perçoit le conduit pharyngo-œsophagien reconstitué en avant de la colonne vertébrale. Il n'y a pas d'induration suspecte ni ganglions carotidiens ou sus-claviculaires. Nous avons donc tout lieu d'espérer que ce bon résultat se maintiendra et que cet homme retirera un bénéfice durable de notre opération.

En 1911, au mois de mars, nous vous avons présenté aussi une laryngectomie totale, pratiquée comme celle-ci, après la trachéotomie préalable, et uniquement sous anesthésie locale. Cet autre malade a survécu huit mois. Chez lui, nous avons disséqué le larynx au contact même des cartilages, toutes les parties molles extérieures à l'organe paraissant saines. Au bout de cinq mois, nous avons constaté à droite de la cicatrice

une zone indurée encore limitée; dont l'extirpation eût été facile : cet homme s'y refusa et il succomba trois mois après par l'envahissement progressif des organes du cou, soit huit mois après l'opération.

*
* *

RÉDUCTION D'UNE LUXATION CONGÉNITALE
UNILATÉRALE GAUCHE A 12 ANS.

M. VIGNARD. — La malade que je vous présente me fut amenée au mois d'avril de l'année 1911, pour une claudication gauche très marquée, accompagnée de phénomènes d'arthrite qui rendaient la marche très douloureuse et très pénible. Elle présentait, comme vous le montre la radiographie que je vous sou mets, une luxation de la hanche gauche, très élevée, avec un raccourcissement de près de 5 centimètres. Cette luxation datait de la naissance. Ses parents s'en étaient aperçus vers l'âge de 2 ans et l'avaient montrée à un médecin qui, sans doute, s'était mépris sur l'origine véritable de cette démarche claudicante, car il avait prescrit le port d'un appareil que l'enfant garda jusqu'à 5 ans. A partir de cette époque, elle marcha sans soulier, mais avec une boiterie qui s'accrut et pour laquelle elle me fut amenée à l'âge de 11 ans.

Je tentai la réduction et après des efforts laborieux j'eus la satisfaction d'obtenir la rentrée de la tête dans ce qui restait de cavité cotyloïde.

Je l'y maintins par deux plâtres successifs, car depuis longtemps j'ai renoncé aux trois plâtres traditionnels, et je lui rendis sa liberté après huit mois d'immobilisation. Pour le dire en passant, je crois ce délai beaucoup trop long pour les malades ayant passé huit ans, et qui n'ont déjà que trop de tendances à l'ankylose. Les premiers essais de marche en janvier et février 1912 furent difficiles, et pour comble de malheur traversés par une chute qui amena une fracture sus-condylienne du fémur gauche, pour laquelle il fallut à nouveau recourir à l'immobilisation plâtrée.

Actuellement, la malade a le bassin d'aplomb, les deux membres égaux, et a perdu sa boiterie disgracieuse. Elle marche sans claudication, mais avec raideur, en raison de l'ankylose

partielle de sa hanche qui, je l'espère, s'améliorera par le chauffage et le massage. Mais, dût-elle rester dans cet état que je considérerais sa situation comme très supérieure à ce qu'elle était auparavant. Je sais bien qu'elle n'est pas à l'abri de phénomènes d'arthrite et de douleurs, mais elle les avait auparavant et elle aura gagné au point de vue esthétique et fonctionnel. Aussi suis-je d'avis qu'il ne faut pas fixer strictement à 7 ou 8 ans la limite d'âge pour la réduction des luxations, surtout unilatérales. Il ne me semble pas que les malades puissent perdre grand'chose à une tentative, fût-elle infructueuse, et je crois qu'ils ont gros à gagner si elle réussit.

J'espère pouvoir vous montrer dans quelques mois un autre malade, un jeune homme de 14 ans musclé comme un adulte, et chez lequel je suis parvenu, après une heure un quart d'efforts soutenus, à réduire une luxation droite très élevée. Je suis arrivé de ce côté à un résultat meilleur encore que celui que je vous présente ici. Mais chez lui j'ai dû reprendre le traitement pour une subluxation gauche moins accusée qu'à droite, moins laborieuse à réduire, mais plus difficile à maintenir en place. Le résultat d'ensemble se ressentira certainement de cette double malformation, mais si elle avait été limitée à la hanche droite, la restauration fonctionnelle eût été parfaite.

*
* *

ARTHRODÈSE PAR ENCLOUAGE A L'AIDE D'UNE VIS D'IVOIRE POUR PIED BOT BALLANT PARALYTIQUE.

M. VIGNARD. — Le petit malade que je vous présente ici me fut amené au mois de mai de l'année 1911 pour un pied bot équin et avec pied creux déterminé par une paralysie infantile grave. Il avait la démarche disgracieuse et difficile des malades qui présentent un pied ballant. En outre, pour éviter l'appui pénible sur la plante des orteils et du fait de la paralysie des péroniers, il tenait son pied enroulé sur le côté externe et marchait sur le bord.

Je me disposais à lui faire une arthrodèse sanglante et classique lorsque je lus, dans un des comptes rendus de la Réunion des chirurgiens allemands de Berlin, qu'un des leurs, dont je

n'ai pu retrouver le nom, s'était bien trouvé d'enclouer, à l'aide d'une cheville d'ivoire, la sous-astragaliennne et la tibio-tarsienne.

C'est ce que je fis chez ce malade à l'aide de la vis que je vous présente.

Depuis un an, le résultat s'est maintenu, la marche s'est beaucoup améliorée.

Comme vous le voyez à la radiographie, la vis n'a pas bougé, mais j'ai la sensation de l'avoir enfoncée un peu trop profondément, en sorte qu'elle affleure l'articulation sous-astragaliennne. L'arrière-pied a une rigidité suffisante. Un point d'interrogation se pose au sujet du cartilage de conjugaison de l'extrémité inférieure du tibia qui est encloué. La suite nous apprendra quels seront les conséquences de sa traversée par la tige d'ivoire. Aussi bien, je vous présente ce malade non point peut-être comme un exemple à suivre, mais plutôt comme une contribution à un procédé usité jadis, abandonné, je ne sais pourquoi, et qui paraît, outre-Rhin, jouir d'une faveur dont j'ai voulu faire l'épreuve.

M. VILLARD. — Pourquoi M. Vignard préfère-t-il l'ivoire? Y a-t-il un avantage réel à l'utiliser plutôt que les fils métalliques? L'ivoire n'expose-t-il pas à des cassures?

M. VIGNARD. — Je crois, en effet, que l'ivoire expose à des cassures, c'est même ce que je craignais, à tel point que j'ai fait revenir ce malade cinq ou six fois pour voir comment se comportait la cheville que j'avais mise.

Ce qui m'a donné l'idée d'employer l'ivoire, c'est qu'il semble mieux toléré dans les os que tous les autres corps métalliques. J'en ai eu l'impression, en visitant le service de Glück, à Berlin. Glück s'occupe beaucoup de chirurgie osseuse, puisqu'il a été chargé par l'impératrice d'un hôpital d'enfants; il me montra une grande quantité de pièces osseuses et me parla d'un grand nombre de cas dans lesquels il avait fait de la prothèse avec des chevilles d'ivoire: il me montra entre autres la radiographie d'un sarcome du fémur qu'il avait réséqué; il avait enlevé une longueur de 7 à 8 centimètres d'os qu'il avait remplacé par une tige d'ivoire. Les tiges d'ivoire qu'il emploie sont perforées de nombreux trous pour laisser passer les liquides à leur travers. Il insistait sur ce point qu'il faut que les tiges soient solidement fixées à leurs deux extrémités, qu'il n'y ait aucun ballonnement. Il ajoutait qu'il lui était arrivé d'être obligé de les extraire secondairement, mais toutes les fois qu'il obtenait une réunion immédiate, il n'avait jamais eu aucun

inconvenient. alors qu'au contraire, avec tous les métaux, sauf l'or, il avait eu des succès. Il m'a montré la photographie et la radiographie d'un jeune Espagnol, chez lequel il avait pratiqué la résection d'une grande partie de la mâchoire et chez lequel il avait fait de la prothèse avec une grosse pièce en or qui était restée.

M. LERICHE. — A l'appui de ce que vient de rapporter M. Vignard au sujet de la tolérance des tissus envers l'ivoire, je citerai le cas d'un opéré de M. Poncet, que j'ai eu l'occasion de voir récemment. Cet homme porte depuis *vingt et un ans* une cheville d'ivoire dans le calcaneum. Le résultat orthopédique et fonctionnel est parfait et la tolérance absolue (1).

*
* *

ÉTRANGLEMENT D'UN APPENDICE ÉPIPLOÏQUE DE L'S ILIAQUE, DANS UN SAC HERNIAIRE.

M. PATEL. — J'ai l'honneur de vous présenter le contenu — très peu souvent rencontré — d'un sac herniaire ; il s'agit d'un appendice épiploïque de l'S iliaque, tordu et étranglé, que j'ai enlevé dans les circonstances suivantes :

OBSERVATION. — Il s'agit d'un homme de 45 ans, sans aucun antécédent héréditaire ou personnel ; sa fille a été opérée, à l'âge de 15 ans, pour une tumeur inguinale double.

Lui-même était porteur, depuis l'âge de 25 ans, d'une *hernie inguinale gauche*, petite, non douloureuse, réductible, maintenue par un bandage ; elle n'avait, en somme, jamais retenu son attention. Il y a quinze jours, il changea de bandage, parce que sa hernie commençait à lui faire mal ; la douleur et la gêne ne firent que s'accroître, et, depuis trois jours, la situation était devenue un peu plus inquiétante. La hernie devenait douloureuse, volumineuse, et le bandage dut être enlevé à ce moment. Le malade se coucha, son état étant subfébrile. Le docteur Galichon, appelé, fit le diagnostic de hernie étranglée.

A l'examen, la hernie inguinale gauche se présente, ayant le volume d'un petit œuf, tendue, douloureuse à la pression, entièrement irréduc-

(1) Cette observation est résumée dans le *Lyon Chirurgical* du 1^{er} juillet 1909, t. II, n^o 2, p. 226. A ce résumé se trouve jointe une radiographie démonstrative.

tible. Les plans superficiels sont œdématisés, rouges ; il y a également de l'œdème du scrotum. Matité à la percussion

Le malade a quelques vomissements ; mais l'état général est bon ; le ventre est quelque peu météorisé, mais sans mouvements péristaltiques ; il y a eu des selles.

L'intervention fut pratiquée le jour même (20 février 1912). Incision suivant le grand axe de la tumeur ; le tissu cellulaire sous-cutané est œdémateux, lardacé. Le sac herniaire apparaît placé au milieu des éléments du cordon. L'incision du sac laisse écouler sans pression un liquide séro-purulent (environ un quart de verre). A l'intérieur, on trouve une frange graisseuse, mobile, évasée en franges multiples à sa partie inférieure et reliée, du côté de l'anneau, par un pédicule qui va en s'amincissant de plus en plus ; l'aspect est celui d'une frange épiploïque. Aucune anse intestinale dans le sac. L'incision du sac est prolongée de façon à couper l'anneau d'étranglement, très serré, formant un diaphragme, laissant passer tout juste le pédicule. Une fois dans la grande cavité péritonéale, on s'aperçoit que cette frange graisseuse vient se fixer sur la face convexe de l'S iliaque ; il s'agissait d'un *appendice épiploïque de l'S iliaque*, qui était venu se loger dans un sac herniaire. L'S iliaque, examinée autant qu'on pouvait le faire, présentait d'autres appendices épiploïques, développés. Après ligature à sa base, au ras de l'S iliaque, l'appendice fut sectionné. Dissection et résection du sac herniaire. Cure radicale de la hernie. Drainage.

Les *suites opératoires* furent troublées seulement par l'apparition d'un petit abcès à la partie supérieure de la plaie. Actuellement (juin 1912), la guérison est complète ; la paroi abdominale est très solide.

Examen de la pièce. L'appendice épiploïque enlevé est très volumineux ; il mesure 6 à 7 centimètres de long. Son pédicule est très mince, comme une ficelle de moyen volume ; il présente, à quelques millimètres au-dessous du point de section, un sillon d'étranglement très serré, de coloration bleuâtre, correspondant au diaphragme du sac herniaire. Sa partie flottante est formée par du tissu graisseux, découpé en minces lamelles ouvragées, donnant à l'ensemble la forme d'un éventail à moitié ouvert.

L'extrémité du pédicule présente une lumière, conduisant dans un canal de quelques millimètres de longueur ; ce canal communiquait avec la lumière du gros intestin, il s'agissait donc d'un véritable diverticule, avec hernie des tuniques intestinales, à l'intérieur de l'appendice épiploïque lui-même.

Des faits semblables ne sont pas très fréquents, ou du moins n'ont pas été souvent signalés par les auteurs. Kendirjy et Séjournet (*Revue de Chirurgie*, 1910, t. II, p. 36 à 53) en signalent 11 observations, dont une personnelle. Nous pouvons

ajouter plusieurs autres cas : 3 de Linkenheld (*Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie*, mars 1908), 1 de Schwemburg (*Wiener klinische Wochenschrift*, 1906, n° 50), 1 de Verga (*Gazetta medica italiana*, juillet 1907), 2 de Truffi (Tansini) (*Riforma medica*, 14 décembre 1908), 1 d'Adler (*The Lancet*, 1908, t. II, p. 377), ce qui porte à 20 le nombre des observations.

Les *conditions étiologiques* sont les suivantes : 8 fois il s'agissait de femmes ; 12 fois d'hommes ; 7 fois la hernie était crurale (toujours chez des femmes) ; 14 fois elle était inguinale.

Quant au siège, 3 fois elle était à droite ; 17 fois à gauche. Tous les sujets avaient dépassé l'âge moyen de la vie.

Les *constatations anatomiques* ont été presque toujours les mêmes : l'appendice épiploïque était long, volumineux, fortement serré au niveau du collet herniaire, tordu sur son axe et présentant de l'œdème, indiquant l'étranglement. Le sac herniaire était épaissi et contenait du liquide séreux ou séropurulent en quantité variable.

Le plus souvent, il ne semble pas s'agir de hernie de faiblesse ; la cause prédisposante paraît résider, d'une part, dans la longueur de l'appendice ; d'autre part, dans la mobilité de l'S iliaque, qui peut venir se mettre en présence de l'orifice du canal herniaire. L'introduction de l'appendice dans cet orifice étroit paraît devoir être attribuée aux mouvements de reptation, caractéristiques de toutes les formations d'origine épiploïque.

La *symptomatologie* est celle d'une épiplocèle étranglée ; le diagnostic est impossible à préciser, mais l'indication opératoire se pose d'elle-même, du fait de l'irréductibilité et de l'apparition de la douleur au niveau de la hernie. Cependant, dans nombre d'observations, et nous avons pu le constater dans notre cas, il existait de l'œdème du scrotum et des plans superficiels, ce qui n'indique du reste que l'existence de phénomènes inflammatoires sous-jacents.

L'évolution de cette hernie est, en général, bénigne, mais deux complications peuvent survenir, tenant à la présence d'un diverticule de l'S iliaque, à l'intérieur même de l'appendice. D'une part, l'existence d'une suppuration localisée dans le sac herniaire ; c'est peut-être là l'origine des péritonites

herniaires. D'autre part, la possibilité d'une péritonite généralisée par ascension du moignon appendiculaire à l'intérieur de l'abdomen.

Le *traitement* est des plus simples : il consiste dans la résection de l'appendice après ligature.

*
* *

SIGMOÏDITE ULCÉREUSE DIVERTICULAIRE (PROGRESSUS INFLAMMATOIRE OU NÉOPLASIQUE). RESECTION ET ENTÉRORRAPHIE CIRCULAIRE.

M. ALBERTIN. — Je vous présente une pièce anatomique provenant d'une femme opérée hier matin.

OBSERVATION. — Agée de 39 ans, elle est entrée dans mon service pour des troubles menstruels, des douleurs dans le ventre et des troubles digestifs gastro-intestinaux.

Réglée à 13 ans, toujours régulièrement, elle eut une vie exempte de maladies, pas d'accouchement, mais deux fausses couches.

De la fin octobre 1911 jusqu'au début de 1912, ses règles disparaissent pour revenir en janvier 1912, mais douloureuses, peu abondantes, accompagnées d'une leucorrhée très marquée.

Actuellement, elle se plaint de douleurs lombaires très accusées, surtout nocturnes, des douleurs intestinales revêtant la forme de coliques. Ses digestions sont assez mauvaises. Elle vomit de temps à autre et présente quelques troubles de la défécation : douleur, fausses envies, épreintes douloureuses.

Le toucher vaginal dénote l'existence d'une masse volumineuse comblant le cul-de-sac latéral gauche et la fosse iliaque. Très douloureuse à la palpation, cette masse est mal différenciée d'avec l'utérus, qu'elle semble coiffer et auquel elle paraît fortement adhérer. Les annexes droites paraissent intactes. On décide une opération pour l'ablation de cette masse gauche très certainement d'origine annexielle, qui est la cause des troubles de circulation intestinale.

Le 3 juillet, laparotomie. On tombe sur un utérus un peu gros, avec des annexes enflammées, surtout à gauche, où elles sont volumineuses. Mais le caractère principal de la lésion est une adhérence intime au rectum, aux parois de l'excavation pelvienne et à l'S iliaque. On pratique une hystérectomie subtotale très difficile.

En examinant ensuite l'S iliaque, on constate la présence d'un épaississement marqué, d'une longueur de 5 centimètres environ, dur,

fibreux, où il est impossible par la palpation de trouver la lumière de l'intestin. Les parois paraissent cartonneuses, épaissies, avec une réaction adipo-scléreuse très marquée.

Craignant un néoplasme, je décide une entérectomie, qui est pratiquée immédiatement, et je rétablis la continuité du tube digestif par une suture termino-terminale à trois plans ; un premier plan au catgut, qui intéresse la sous-muqueuse, sans prendre la muqueuse, et deux plans à la soie fine. Actuellement, la malade opérée depuis 48 heures, a bien supporté l'intervention (1).

La pièce que je vous présente est assez curieuse. Les parois présentent les caractères que j'ai décrits, mais l'intestin ouvert longitudinalement vous pouvez voir un pertuis de 5 à 6 millimètres de diamètre, à bords rouges, déchiquetés et donnant accès dans une cavité beaucoup plus grande, paraissant creusée dans la sous-muqueuse et autour de laquelle les franges épiploïques sont très adhérentes, épaissies et sclérosées. La paroi intestinale est très amincie et la réaction du tissu adipeux des franges paraît avoir eu pour but de parer à une perforation imminente.

Le point de départ de la lésion paraît siéger au niveau de la muqueuse, puis le processus s'est étendu dans un vaste diverticule sous-muqueux, dont les parois sclérosées ne sont peut-être que les limites d'un foyer inflammatoire.

En présence d'un pareil état local, il n'y avait pas à hésiter, il fallait réséquer la portion malade de l'anse sigmoïde, ce que j'ai fait.

S'agit-il là d'un néoplasme ou d'une lésion inflammatoire de sigmoïdite ? je n'ose me prononcer, attendant le résultat d'un examen histologique.

M. TAVERNIER. — J'ai eu l'occasion d'opérer une malade chez laquelle j'ai trouvé une pièce qui ressemble à celle-ci. Je l'ai présentée à la Société des sciences médicales ; il s'agissait d'une sigmoïdite, la tumeur était encore plus volumineuse que sur cette pièce, mais elle présentait la même consistance extrêmement dure, la paroi intestinale elle-même était plus infiltrée, mais elle avait absolument le même aspect ; il y avait des diverticules nombreux, mais aucun n'était aussi dilaté que celui-ci.

(1) 24 juillet 1912. La malade a guéri sans incident.

Au cours de l'opération que j'avais pratiquée, j'étais persuadé qu'il s'agissait d'un cancer; j'avais enlevé largement la tumeur avec l'utérus adhérent, comme l'a fait M. Albertin, et terminé par une entérorraphie circulaire. L'examen a montré qu'il n'y avait point de néoplasme. Histologiquement, on a hésité entre inflammation et néoplasme. L'évolution paraît confirmer le diagnostic de sigmoïdite pure: il y a déjà cinq mois que j'ai opéré cette malade, elle est dans un état de santé florissant. Dans la pièce de M. Albertin, il s'agit, je crois, d'une lésion de même ordre.

M. PATEL. — Comme vient de le dire M. Tavernier, je crois bien qu'il s'agit d'une lésion des diverticules, lésion presque banale dans la littérature américaine, anglaise et allemande: les inflammations chroniques des diverticules prennent volontiers cet aspect; on trouve cette perforation de la muqueuse et, tout autour, des ulcérations semblent venir se grouper.

Ce que je voulais bien mettre en évidence, c'est le rôle de plus en plus important qu'on attribue aux diverticules de l'S iliaque. Qu'il s'agisse de cancers ou de sigmoïdites, ces faits sont nombreux à l'étranger, beaucoup plus qu'en France, où on n'en publie que de rares exemples.

*
* *

TUMEUR DU CÆCUM. ABLATION PAR VOIE MÉDIANE.
ANASTOMOSE ILÉO-SIGMOÏDIENNE.

M. ALBERTIN. — La pièce anatomique que je vous présente aujourd'hui vient d'une malade opérée ce matin. C'est une volumineuse tumeur du cæcum, qui nécessita l'entérectomie avec implantation iléo-sigmoïdienne.

OBSERVATION. — Cette malade eut un passé exempt de toute maladie. Elle eut sept accouchements, tous normaux. Deux enfants seulement sont encore vivants. Pas de fausse couche. Les règles, venues à 13 ans, régulièrement, ont cessé depuis huit ans. Depuis, aucune perte n'apparut.

Depuis assez longtemps déjà, la malade avait constaté la présence d'une tuméfaction dans la fosse iliaque interne droite. Cette tuméfaction était indolore. Il y a trois semaines, survint une crise douloureuse, revêtant la forme de colique, avec irradiation aux flancs et aux lombes. Puis tout disparut. Il y a cinq jours, nouvelle crise, qui nécessite l'entrée à l'hôpital. La digestion est bonne, la miction et la défécation normales.

L'utérus est petit, en position normale. Dans la fosse iliaque droite, on constate l'existence d'une masse du volume d'une tête de fœtus. Elle est de forme irrégulièrement arrondie, assez peu mobile, submate à la percussion, et remontant en suivant la direction du côlon.

Le toucher vaginal ne permet pas l'exploration de l'extrémité inférieure de cette tumeur, et les mouvements légers qu'on peut imprimer n'ont aucune répercussion sur l'utérus.

Pas de température, l'examen des autres parties du corps est négatif.

Le diagnostic, hésitant entre une affection rénale ou intestinale, est éclairé par l'examen des urines, leur séparation. Examen négatif.

On pose le diagnostic de tumeur du cæcum et une intervention est décidée.

Elle est pratiquée le 4 juillet 1912. En présence de cette tuméfaction volumineuse, de la nécessité probable de manœuvres difficiles, en vue d'une exploration complète de la cavité abdominale, et pour faciliter l'anastomose, je fais une incision médiane sus et sous-ombilicale. Je tombe sur une volumineuse tumeur du cæcum, qui est aussitôt isolée par des compresses. En ce moment, pour dégager la région, je fais mettre la malade en position de Trendelenburg, et je sectionne l'intestin : une première section au thermocautère porte sur la partie moyenne du côlon transverse. Le bout distal est aussitôt fermé par deux plans de suture au catgut et à la soie et abandonné dans le ventre. Le bout cæcal est entouré de compresses. Une deuxième section porte sur le grêle à environ 20 centimètres de la valvule iléo-cæcale. Les deux extrémités sont fermées par une ligature et maintenues à la plaie par des compresses.

La tumeur ainsi isolée est alors enlevée : j'incise le péritoine à son insertion sur le côlon ascendant et libère du mésentère la partie du grêle qui partira avec la tumeur.

D'emblée, je découvre l'uretère et l'isole non seulement au-dessous du cæcum, mais en haut, jusqu'au voisinage de son insertion rénale. Je fais ensuite un clivage prudent, de façon à libérer le cæcum et le côlon ascendant jusqu'au delà de son angle droit, de façon à faire basculer le tout autour du bord droit du côlon descendant, le rein restant fixé dans sa loge. L'uretère, découvert sur les deux tiers de sa longueur, est récliné en dedans ; cette recherche immédiate de l'uretère, qui était adhérent à la tumeur cæcale, a permis à coup sûr d'éviter sa blessure.

Libérés sur le côté interne, le cæcum et le côlon ascendant, le sont ensuite sur le côté externe, et la tumeur, à ce moment, finit de se cliver avec grande facilité et est rapidement enlevée.

Aussitôt, je procède à l'anastomose et je fais un abouchement termino-latéral iléo-sigmoïdien, à trois plans : un plan au catgut fin

sous-muqueux, et deux plans à la soie séro-séreuse. Il reste une vaste région découverte du péritoine. Grâce aux incisions du péritoine, faites assez en avant sur le côlon ascendant, j'ai deux lambeaux suffisamment étendus pour me permettre une péritonisation facile qui, terminée, est très satisfaisante. En un seul point, l'incision n'est pas parfaite : c'est en haut, en avant du rein, au niveau de l'angle droit. Ce qui reste du côlon transverse est légèrement amené à droite, fixé aux deux lèvres du péritoine, et la paroi abdominale postérieure est à ce moment complètement recouverte par la séreuse.

Craignant un suintement sous cette péritonisation, je termine par un drainage lombaire sous-péritonéal, mais non intra-péritonéal.

Cette opération est intéressante par plusieurs points. D'abord, il m'a paru que l'incision médiane ne gênait en rien les manœuvres portant sur le cæcum, le côlon ascendant et l'angle droit, et en plus, qu'elle facilitait singulièrement l'exploration complète de l'abdomen et l'établissement de l'anastomose.

En second lieu, l'uretère doit être au début de la libération le principal souci de l'opérateur. Il paraissait tellement près, était si intimement uni au tissu graisseux de la tumeur, qu'une blessure était très à craindre. La dissection soignée, la réparation soignée du conduit urétéral doivent être un temps très net.

Enfin, la péritonisation fut très facilitée par la netteté et la longueur des lambeaux du péritoine ; la séreuse ne fut pas déchirée, grâce aux deux incisions courant le long du côlon ascendant et qui permirent une libération facile du feuillet séreux.

Je résumerai ainsi la technique que j'ai suivie :

Premier temps : laparotomie médiane.

Deuxième temps : Ligature et section de la portion iléo-cæco-colique du grêle, à 20 centimètres de la valvule iléo-cæcale du côlon au-delà de l'angle droit.

Troisième temps : incision du péritoine le long du bord interne du cæcum et du côlon, isolement de l'uretère droit, qui est récliné dans la lèvre péritonéale interne, puis incision sur le bord externe.

Quatrième temps : clivage postérieur, décollement et ablation du segment iléo-cæco-colique.

Cinquième temps : reconstitution du péritoine lombo-iliaque droit.

Sixième temps : fermeture de l'abdomen.

Septième temps : drainage lombaire postérieur extra-péritonéal, sous-péritonéal.

Séance du 11 juillet 1912

Présidence de M. A. POLLOSSON.

PERFORATIONS INTESTINALES MULTIPLES.

M. DESGOUTTES. — Le docteur Rigal, médecin aide-major de l'armée, m'a prié de vous présenter deux observations de chirurgie abdominale.

La première a trait à des perforations intestinales par coup de couteau.

OBSERVATION. — Il s'agit d'un homme ivre qui reçut un coup de couteau dans l'abdomen. La laparotomie fut pratiquée neuf heures après. Elle permit de constater une double perforation intestinale, siégeant au niveau de l'insertion mésentérique ; une troisième perforation sur une face latérale du grêle. Toutes ces perforations ont été suturées au catgut ; la cavité péritonéale est asséchée à l'aide de l'aspirateur de Villard.

Drainage dans le Douglas avec drain et longue mèche de gaze. Position de Fowler.

Les suites ont été bonnes ; le malade présenta cependant un peu de parésie intestinale et des vomissements bilieux au cinquième jour ; le malade ne fut jamais réellement en danger. La strychnine a été donnée abondamment pendant les cinq premiers jours qui suivirent l'opération.

Cette observation est intéressante à plusieurs points de vue :

Le résultat a été très heureux, le malade a guéri très simplement sans avoir présenté des signes très graves de péritonite.

L'aspiration par l'appareil de Villard a été d'un grand secours : elle a permis d'assécher convenablement la cavité

péritonéale, ce qui est évidemment une condition favorable pour la guérison.

Enfin, la strychnine semble avoir eu une influence très heureuse sur la parésie intestinale, outre que son action tonocardiaque n'a pas été sans jouer un grand rôle dans la parfaite tenue du pouls pendant les suites opératoires.

En somme, toutes les armes dont nous disposons pour combattre la péritonite ont été utilisées : intervention précoce, asséchement du péritoine par l'aspiration, injection de strychnine. Nous devons féliciter M. Rigal de ce bon résultat.

*
* *

ÉVENTRATION POST-OPÉRATOIRE.

La deuxième observation a trait à la cure d'une éventration abdominale sous-ombilicale post-opératoire.

Je vous fais grâce, Messieurs, de l'histoire de cette éventration : elle présentait cependant ceci d'intéressant, c'est que, à plusieurs reprises, des phénomènes d'occlusion intestinale survinrent, qui menacèrent la vie de la malade.

Cette éventration a été opérée en dehors de toute espèce de crise occlusive. La cure a été faite simplement : les muscles et les aponévroses ont été repérés loin de la ligne médiane, de façon à trouver de l'étoffe vraiment neuve et solide. Les droits ont été reconstitués très soigneusement, ainsi que leur gaine postérieure ; pour les renforcer, M. Rigal a fait un rideau antérieur double en croisant en portefeuille les feuilletts antérieurs de la gaine des droits. Le résultat a été parfait.

Cette observation, banale en apparence, a son intérêt, car vous savez tous combien l'éventration post-opératoire constitue une infirmité pénible et quelle peine nous avons à lutter contre elle. Il faut toujours être sceptique sur le résultat de pareilles cures et se réjouir quand on a obtenu un résultat parfait comme celui que M. Rigal nous présente.

*
* *

UN CAS D'ACTINOMYCOSE CERVICO-FACIALE.

MM. GAYET et PÉTOURAUD. — Le cas d'actinomycose cervico-faciale que j'ai rencontré ces jours-ci m'a paru digne

de vous être présenté, comme étant tout à fait typique au point de vue de l'aspect, dont la photographie que je fais passer sous les yeux, vous donne l'image exacte. Certains détails de l'observation méritent aussi l'attention au point de vue des difficultés du diagnostic au début et des dangers que peut faire courir au malade un traitement qui n'est pas adéquat aux lésions.

OBSERVATION. — M. C..., 58 ans, employé, présentait, le 7 mars 1912, depuis quelques jours seulement, un peu de difficulté et de douleur dans les mouvements de déglutition, lorsque brusquement il fut atteint d'un gonflement de la région sous-maxillaire droite avec un peu de douleur et une légère élévation de température (38°2). Le docteur Pétouraud, qui le vit le premier, pensa à un adéno-phlegmon d'origine dentaire et, au bout de deux jours, l'inflammation augmentant, le docteur Gayet, appelé, confirma le premier diagnostic et une intervention fut décidée. Le 9 mars, incision parallèle au bout inférieur du maxillaire, à 1 centimètre en dedans. On tombe sur un tissu œdémateux, lardacé, qu'on traverse à petits coups de bistouri sans pouvoir reconnaître aucun détail anatomique. On arrive ainsi dans la loge sous-maxillaire ; le doigt introduit sent le rebord du maxillaire, qui n'est pas épaissi ; la sonde cannelée va à la recherche du pus, qui n'est pas rencontré. On termine alors en plaçant un drain qui va jusque vers l'angle de la mâchoire, et en tamponnant la plaie.

Le soir même, nous sommes rappelés au lit du malade, qui est dans un état grave : œdème considérable de toute la joue, s'étendant jusqu'à la paupière inférieure. Trismus très intense, œdème du voile du palais et des piliers avec accès de suffocation faisant craindre l'œdème de la glotte.

On fait des applications chaudes sur le cou et la région faciale, grands lavages, avec un bock, de la bouche et du gosier. La température est peu élevée (38°6).

Ces accidents ne cessèrent que très lentement, et l'enflure donnait l'impression d'une énorme fluxion avec surface cutanée lisse, comme des paupières. L'alimentation était difficile à cause du trismus. Une légère suppuration s'établit bientôt par le trajet du drain, mais très peu abondante ; on y rencontrait des staphylocoques, des streptocoques et quelques bacilles.

Peu à peu, les lèvres de la plaie, au lieu de bourgeonner activement, s'indurèrent, devinrent dures et violacées, et bientôt une petite élevure, semblable, se forma à peu de distance. C'est à ce moment, dans le courant d'avril, environ six semaines après le début des accidents, que pour la première fois nous songeâmes à l'actinomyose, et ce fut l'analogie de l'aspect de ces sortes de cratères à bords indurés, avec d'autres

cas précédemment observés, qui attira notre attention. La recherche des grains jaunes, la culture d'actinomyose resta négative. Malgré cela, un traitement ioduré fut institué en même temps que l'on faisait des lavages de la bouche et de la fistule, avec des solutions iodo-iodurées. Plusieurs points suppurèrent, se fermèrent, se rouvrirent à côté, donnant à la peau cet aspect labouré et capitonné, tellement typique que, malgré l'insuccès de nouvelles cultures, le diagnostic n'était plus douteux.

Le traitement ioduré fut alors poussé plus rigoureusement. Le malade absorba jusqu'à 6 grammes d'iodure par jour et le supporta très bien sans bronchite ni coryza. Il eut seulement quelques douleurs d'allure névritique dans les membres inférieurs et remarqua très bien que ces douleurs cessaient quand il arrêtait le traitement ioduré.

Aujourd'hui, l'amélioration est considérable, la suppuration est pour ainsi dire tarie, à peine quelques gouttes de temps à autre. La peau redevient souple, les bourgeons s'affaissent et il semble bien que la guérison puisse être espérée prochaine. Ce bon résultat du traitement ioduré vient encore corroborer le diagnostic d'actinomyose cervico-faciale.

Ce qu'il y a de particulier à noter dans cette observation, ce sont les points suivants :

Absence d'antécédents ; le malade a toujours habité la ville, il n'a pas été en contact avec des bêtes malades, il ne se cure pas les dents avec des fragments de paille. Il a seulement une dentition très défectueuse.

Remarquons ensuite la brusquerie du début, jouant absolument l'adénophlegmon sous-maxillaire, sauf peut-être la fièvre qui a toujours été peu marquée. Mais je crois que personne n'eût songé à ce moment à l'actinomyose et que l'erreur était à peu près fatale. Et elle a sans nul doute été préjudiciable au patient, car l'incision et la dilacération des tissus à la sonde cannelée a dû amener un ensemenement des parties voisines et gêner la défense de l'organisme. A ce moment, nous avons plutôt pensé à une angine de Ludwig et nous avons conçu de vives craintes pour notre malade. Plus tard, nous avons pensé à un néoplasme latent de l'isthme du gosier, avec ganglion cancéro-inflammatoire. Ce n'est que l'aspect des lésions cutanées qui nous a enfin éclairés, parce que nous avons déjà vu pareille chose dans des cas d'actinomyose cervico-faciale. Et ceci nous autorise à conclure qu'arrivée à un certain degré de son évolution cette maladie est facilement reconnaissable pour

qui en a déjà vu, que l'aspect des lésions suffit au diagnostic, même en l'absence de confirmation du laboratoire. C'est pourquoi nous avons jugé utile de publier cette photographie, car de tels documents peuvent faciliter la diffusion des connaissances sur l'actinomyose et que rien ne vaut l'enseignement par l'image.

*
*
*

PLAIE PERFORANTE DE L'ABDOMEN ; PERFORATION DE LA
VÉSICULE BILIAIRE ET DU DUODÉNUM.

M. DESGOUTTES. — J'ai l'honneur de vous présenter un malade que j'ai opéré il y a un mois environ, pour une plaie perforante de l'abdomen : la vésicule biliaire et le duodénum ont été suturés.

OBSERVATION. — Dans la nuit du 16 au 17 juin dernier, au cours d'une rixe, ce malade reçut deux coups d'épée-baïonnette, qui portèrent dans l'hypocondre gauche, à quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic et à gauche de la ligne médiane ; les deux plaies étaient éloignées de 3 centimètres environ.

J'ai vu le malade une heure après l'accident, à une heure du matin : il était dans un état de torpeur que j'ai interprétée ivresse profonde, je crois que c'était une erreur. Je l'examinai : je vis les deux plaies, pareilles à des morsures de sangsues, si petites que, bien que prévenu, je n'aurai pas cru qu'elles fussent perforantes : le ventre était dur, tendu, légèrement saillant. J'explorai les trajets et j'incisai la peau qui réunissait les deux plaies de pénétration ; l'épiploon était sous la peau.

Je pratiquai immédiatement une laparotomie médiane sus-ombilicale, et je trouvai le grand épiploon qui saignait : de grosses veines avaient été déchirées : l'hémostase fut facile. A ce moment, je vis l'intestin grêle rempli de sang. Je le dévidai et trouvai un point où le sang ne remplissait plus la cavité. Je jugeai qu'il fallait chercher au-dessus ; même manœuvre en remontant, et j'arrivai à l'angle duodéno-jéjunal.

Rien à l'estomac. Restait la partie intermédiaire : le duodénum. Pour bien examiner cette région, je branchai une incision transversale droite sur l'incision verticale. Je pus voir alors le duodénum qui portait une ecchymose sous-péritonéale. Je vis la perforation et la saturai en bourse, simplement, mais avec beaucoup de peine.

Je voyais, en faisant cela, la bile s'amasser dans la région sus-mésocolique ; je cherchai la vésicule, que je trouvai rétractée et perforée largement. La bile s'écoulait abondamment, Suture de la vésicule.

Ne voyant plus rien, ni sang ni bile, couler dans la région, j'essayai bien la cavité abdominale et fermai le ventre en laissant toutefois une mèche et un drain dans la région sous-hépatique ; j'avoue que, quoique partisan de la fermeture du péritoine, je n'ai pas osé ne pas drainer.

Le malade, au cours de cette intervention, faillit succomber, les manœuvres sous-diaphragmatiques étaient un peu violentes, et il se produisit deux fois des arrêts respiratoires avec asphyxie.

Les suites furent simples ; réveil rapide. Le malade se plaça spontanément dans le décubitus latéral droit, plaçant son drainage au point déclive de la cavité abdominale, réalisant la position de Fowler pour les péritonites pelviennes drainées par le Douglas : cette position eut pour résultat de permettre l'issue d'une quantité formidable de sérosité teintée de bile.

Pas de fièvre, pouls toujours excellent : administration de strychnine pendant les trois premiers jours. Selles spontanées le troisième jour.

Ablation de la mèche et du drain le cinquième.

Actuellement, le malade est guéri : sa paroi paraît en parfait état.

Messieurs, je vous ai présenté ce malade pour plusieurs raisons :

D'abord parce que les plaies du duodénum sont très rares, ainsi que celles de la vésicule.

De plus, le trajet suivi par l'épée-baïonnette est assez curieux, il est long et n'a touché aucune anse grêle flottante. Seul l'épiploon a été écorné au passage. J'ai été surpris de la petitesse du trou d'entrée, bien que je fusse prévenu, et je crois que l'on ne saurait trop insister sur cela, car on aurait tendance à laisser passer des perforations, si on ne tient compte de cela.

Enfin, le résultat a été heureux : il est dû à la précocité de l'intervention et à la faible septicité de la bile normale. On pourra me reprocher de n'avoir pas tout fermé : j'ai regretté, devant la simplicité des suites, de ne pas l'avoir fait, mais je n'avais pas osé le faire : pour ceux qui ferment toujours je dirai que ce malade a guéri malgré le drainage.

*
* *

CALCUL STERCORAL DU CÔLON ASCENDANT CHEZ UN
LITHIASIQUE URINAIRE. COLOTOMIE. GUÉRISON.

MM. GAYET et ARCELIN. — La radiographie rend tous les jours d'immenses services en décelant des calculs du rein et de

l'uretère avec une précision, au point de vue de leur forme et de leur volume, qu'on n'aurait osé espérer il y a quelques années. Mais sous le rapport du siège exact du calcul, l'interprétation reste parfois délicate et des erreurs peuvent être commises par les spécialistes les plus expérimentés. Le cas présenté aujourd'hui est bien un des cas qui réunissent le maximum de difficultés et où il a fallu de multiples explorations et de larges interventions pour arriver à localiser et à extraire le corps étranger.

OBSERVATION. — L... Joseph, âgé de 33 ans, a un passé urinaire lourdement chargé et nous ne donnerons pas ici le détail de sa longue observation, qui sera publiée ailleurs. Qu'il nous suffise de dire que depuis neuf ans, ce malade souffre d'accidents de lithiase urinaire qui lui ont valu toute une série d'interventions de la part de nombreux chirurgiens. Il a subi des tailles hypogastriques, des tailles périnéales de multiples lithotrities, c'est, en somme, un pondeur de calcul invétéré. L'an dernier, il commença à se plaindre de douleurs dans le flanc droit et une radiographie faite à cette occasion montra à ce niveau, à 3 ou 4 centimètres au-dessus de l'ombre portée par l'épine iliaque postéro-supérieure, une ombre très nette, ovoïde, du volume d'une petite noix. M. le professeur Rochet, qui avait à ce moment le malade dans son service, décida d'explorer le rein et l'uretère de ce côté, et l'opéra le 28 décembre 1911, avec l'aide de M. Thévenot. Une incision paraparitonéale fut pratiquée et l'uretère droit examiné du haut en bas sans qu'on puisse trouver aucun calcul. En revanche, on perçut, au niveau de l'angle colique droit une masse stercorale de la grosseur d'une noix. On jugea que cette masse pouvait expliquer parfaitement l'image radiographique et on referma la plaie, qui guérit sans incident.

Quelques jours après, à l'occasion d'un purgatif, on découvrit dans les matières des débris de concrétions phosphatiques et on put espérer que le calcul avait été éliminé spontanément.

Bientôt après, le malade présenta des symptômes nouveaux de calcul vésical et dut subir une nouvelle lithotritie. Il fut ensuite envoyé à l'hôpital de convalescence, et ce ne fut qu'à son retour que M. Gayet fit faire une nouvelle radiographie par M. Arcelin. Le calcul était toujours là, et même, il avait considérablement augmenté. Une opération fut proposée au malade, qui ne l'accepta qu'après un certain délai employé à tenter sans succès les grands lavements et les purgations répétées.

Le 5 juillet 1912, en présence de MM. Rochet et Arcelin, l'opération fut pratiquée (M. Gayet). Incision sur le bord externe du grand droit, le côlon est attiré au dehors et on y sent parfaitement le corps étranger.

Tandis que les doigts d'un aide assurent la coprostase, l'intestin est incisé sur la pierre et celle-ci est extraite. Suture de l'intestin à trois plans. Suture complète de la paroi abdominale sans drainage.

Suites très simples. A noter que le cæcum était entouré d'adhérences anciennes et que l'appendice n'existait plus qu'à l'état d'un moignon cicatriciel.

La pièce retirée a le volume d'une grosse noix ; sa surface est irrégulière, poreuse, de couleur jaunâtre. Coupé en deux suivant son grand axe, le calcul se montre composé d'une partie centrale, qui n'est autre qu'un noyau de fruit, probablement de cerise, très reconnaissable, et comme tout frais, avec son enveloppe ligneuse intacte et à l'intérieur sa pulpe bien conservée. Autour du noyau se sont déposées des couches successives de sels minéraux, dont l'analyse sera faite. Ces couches étant reconnaissables aux stries veinées, qui rappellent les veines d'une agate coupée et polie.

Le fait de ce calcul stercoral immobilisé dans le gros intestin d'un individu atteint de lithiase urinaire invétérée devait forcément faire errer le diagnostic et penser à un calcul du bassinet ou de l'uretère. Il m'a donc semblé intéressant de vous le présenter.

On peut se demander pourquoi ce calcul n'a pas été éliminé avec les selles par les voies naturelles. Il faut admettre une coudure de l'angle droit, rendant le passage impossible à une masse dure du volume d'une noix, sans qu'il y ait eu jamais obstruction pour les matières molles. L'existence d'adhérences autour du cæcum et des vestiges d'une appendicite ancienne peut expliquer cette coudure.

M. JABOULAY. — J'ai eu l'occasion d'opérer deux fois des calculs stercoraux, qui faisaient de l'obstruction. Ils étaient beaucoup plus gros que celui que vient de nous présenter M. Gayet. Les deux malades en question ont succombé peu après. J'avais supposé que ces calculs étaient d'origine biliaire ; je croirais maintenant plutôt à des calculs intestinaux. On peut confondre, d'autre part, ces calculs avec des calculs urinaires.

J'ai opéré, avec M. Rochet, au commencement de cette année, un malade qui avait été soigné pour de la calculose des voies urinaires. Il avait été radiographié par M. Nogier ; la radiographie montrait le calcul dans le rein droit, en outre, il y en avait un dans la partie supérieure de l'uretère et un autre dans l'uretère pelvien. Par une grande incision

lombarde droite, nous avons découvert le bassin et l'uretère, nous avons sorti le rein, nous n'avons rien trouvé ; nous avons fendu l'uretère à la partie supérieure, nous n'avons rien trouvé non plus ; nous avons sondé l'uretère avec une grande sonde, nous n'avons pas trouvé davantage le calcul qu'indiquait la radiographie et qu'affirmait M. Nogier. Le malade a guéri admirablement. Je me demande s'il ne s'agissait pas de calcul de l'intestin grêle ?

M. GAYET. — J'ai présenté cette année même deux cailloux, que j'avais rencontrés dans un rétrécissement de l'intestin grêle ; ces calculs étaient du volume de deux dragées ordinaires.

Le Gérant, D^r VALLAS.

Séance du 14 novembre 1912

Présidence de M. A. POLLOSSON

OCCLUSION INTESTINALE ET SEPTICÉMIE D'ORIGINE
APPENDICULAIRE.

MM. BÉRARD et COTTE. — Nous avons eu l'occasion d'observer récemment deux formes graves d'appendicite qu'il nous a paru intéressant de vous signaler ici :

OBSERVATION I. — *Appendicite aiguë avec abcès dans la fosse iliaque droite. Abcès secondaires dans la fosse iliaque gauche et la région sous-hépatique. Empyème droit. Fistule pyo-stercorale. Occlusion intestinale aiguë tardive. Guérison.*

Il s'agit d'un jeune homme de 17 ans, qui était entré le 28 juillet dernier dans le service de M. Bérard pour une appendicite aiguë avec abcès. Le début avait été marqué, huit jours auparavant, par une douleur brusque dans la fosse iliaque droite, et actuellement il y avait à ce niveau un plastron tout à fait caractéristique.

Le 30 juillet, M. Desgouttes, qui remplaçait M. Bérard dans son service, opère ce malade. Par une incision iliaque il fait le drainage de deux abcès : l'un para-cæcal, haut situé, l'autre pelvien ; l'appendice ne peut être enlevé. Mais malgré cette intervention, la température reste élevée : le 13 août, on constate que dans toute la région ombilicale, le ventre est ballonné. A gauche, dans la fosse iliaque, on reconnaît l'existence d'un abcès qu'on ouvre sous anesthésie locale et dans lequel on met un drain qui plonge jusque dans le pelvis.

Quelques jours après, le malade qui a gardé encore l'aspect d'un infecté et dont la température oscille de nouveau autour de 38°6 accuse une douleur persistante au-dessous des fausses côtes droites. Le 18 août M. Desgouttes draine à ce niveau une vaste collection sous et péri-hépatique qui fuse loin en arrière du côté de la colonne. Les jours suivants, au niveau de l'incision iliaque gauche et au niveau de la dernière incision dans l'hypocondre droit, on voit se produire deux fistules

pyo-stercorales qui donnent issue chacune à une grande quantité de pus et de matières.

A la suite de cet incident, la fièvre décroît d'abord pendant un certain temps, mais le teint reste terreux, puis bientôt la fièvre se rallume. Le malade qui depuis son entrée au service avait des signes de bronchite diffuse avec expectoration muco-purulente abondante, présente une dyspnée de plus en plus marquée ; les crachats deviennent purulents ; l'hémithorax droit présente une voussure de plus en plus marquée ; bref on reconnaît peu à peu tous les signes d'un empyème.

Le 21 septembre, M. Bérard ouvre une collection pleurale enkystée, renfermant environ un demi-litre de pus à odeur franchement fécaloïde. A la suite de cette intervention, la température baisse immédiatement ; l'état général s'améliore manifestement. Du côté de l'abdomen les fistules pyostercorales donnent de moins en moins et finissent par se tarir au début d'octobre.

Bref, tout semblait devoir se terminer heureusement, lorsque le 10 octobre, au matin, le malade présente des signes d'occlusion intestinale aiguë. Depuis trois ou quatre jours déjà, le malade se plaignait de coliques abdominales violentes s'accompagnant de borborygmes perceptibles à distance. A l'examen, pratiqué la veille par M. Cotte, on avait constaté nettement sous la paroi des ondes péristaltiques violentes, mais il n'y avait pas d'arrêt des matières et des gaz : le malade ne vomissait pas. Dans la nuit du 9 au 10, cet état s'aggrave tout à coup : en quelques heures le malade a des vomissements qui deviennent fécaloïdes : l'occlusion est complète, le ventre se ballonne. Dans ces conditions, M. Cotte, qui assurait le service de M. Bérard pendant le Congrès de Chirurgie, après avoir fait laver l'estomac du malade, pratique une laparotomie médiane sous-ombilicale. A l'ouverture du péritoine il s'écoule un peu de sérosité, les anses intestinales sont très vascularisées, surtout sur le bout supérieur. Les dernières anses grèles ont un calibre fort réduit. Il s'agit manifestement d'une occlusion par soudure du grêle au voisinage de la région cæcale. Après avoir libéré quelques anses qui sont coudées par des brides péritonéales de récente formation, on fait une anastomose rapide au bouton de Jaboulay entre les anses sus et sous-jacentes. Fermeture de l'abdomen après injection intra-péritonéale de 60 cent cubes d'huile camphrée.

Dans la journée qui suit l'intervention, le malade profondément shoké continue à vomir. Le pouls est filiforme et rapide.

Malgré les injections sous-cutanées et intra-rectales de sérum artificiel, malgré la strychnine (deux fois 5 milligrammes en 24 heures) et l'huile camphrée, cet état se prolonge pendant 36 heures, puis quelques gaz s'échappent bruyamment par l'anus. Le surlendemain, le malade, qui a reçu un lavement de glycérine, expulse une quantité de pépins de raisins représentant une masse du volume du poing. Les jours sui-

vants, on retrouve encore dans les matières une grande quantité de corps étrangers de cette nature. Bref, le malade guérit, mais sur ces entrefaites sa fistule pyo-stercorale s'ouvre à nouveau avant que la cicatrisation de la paroi ne soit achevée, ce qui prolonge les suites opératoires.

A l'heure actuelle, le malade est complètement guéri. Son état général est tout à fait satisfaisant et il doit quitter incessamment le service pour rentrer chez lui.

OBSERVATION II. — *Appendicite à forme toxique. Absès multiples d'origine appendiculaire ; empyème enkysté de la base droite. Broncho-pneumonie. Mort.*

Il s'agit d'un homme de 41 ans, qui entre à l'Hôtel-Dieu pour une appendicite datant de trois jours.

Il y a deux ans, ce malade a eu déjà une poussée appendiculaire, mais depuis cette époque il n'avait pas eu d'autre crise. Il y a trois jours, à la fin de la journée, il a été pris brusquement d'une violente douleur dans la fosse iliaque droite, accompagnée de coliques, de vomissements et de frissons.

A son entrée à l'hôpital, l'abdomen est ballonné ; la région cæcale est le signe d'un empâtement diffus ; le malade est anxieux et donne l'impression d'être profondément infecté. La température est de 39°4 ; le pouls est à 150.

En présence de ces symptômes, M. Bérard intervient immédiatement. L'incision montre une paroi infiltrée. Dans le péritoine il y a une petite quantité de sérosité louche et fétide, l'appendice est impossible à trouver et, après de minutieuses recherches, on est obligé de se contenter de drainer la région appendiculaire avec un drain et des mèches.

A la suite de cette intervention, la température baisse tout d'abord. Le pouls se régularise et revient autour de 100. Mais, au neuvième jour, l'état de nouveau présente une aggravation manifeste. La température monte à 40. Le malade est dyspnéique et cyanosé ; il a des crachats purulents. Bref, la mort survient cinq jours après.

L'autopsie pratiquée le lendemain montre les particularités suivantes :

A l'ouverture du thorax, on trouve un épanchement citrin abondant dans la plèvre gauche. La plèvre droite est très adhérente. En décollant le poumon du côté droit, on trouve au niveau de la plèvre diaphragmatique un volumineux épanchement purulent enkysté. Le diaphragme est perforé et par la perforation on passe avec le doigt dans une autre collection très volumineuse, sous-diaphragmatique qui renferme environ un demi-litre de pus.

Cette collection se continue par un trajet qui contourne le bord

externe du foie jusqu'à un abcès sous-hépatique, lequel est lui-même en communication avec le foyer d'origine appendiculaire, par un trajet intra-péritonéal qui traverse le méso-côlon au niveau duquel on retrouve une perte de substance gangréneuse, de la dimension d'une pièce de deux francs. En décollant le cæcum, on trouve en outre deux petits abcès rétro-cæcaux, mais il est impossible de trouver l'appendice qui a disparu au niveau de ces foyers.

Les deux poumons présentent des lésions de broncho-pneumonie diffuse. Rien aux autres organes.

Nous ne saurions insister ici sur les différentes complications qu'ont présentées ces deux malades. Le premier, après avoir eu des abcès secondaires dans la fosse iliaque gauche, la région sous-hépatique, la plèvre, a présenté une fistule pyo-stercorale, qui a guéri spontanément, et une occlusion intestinale aiguë qui a nécessité une intervention d'urgence. Le mode de production de ces complications est aujourd'hui bien connu et on peut dire, en somme, que le principal intérêt de ce malade réside dans le nombre et la variété des lésions secondaires qu'il a présentées. A plusieurs reprises, son état général a périclité au point de faire craindre une issue fatale. Aujourd'hui cependant, grâce à la chirurgie, vous le voyez complètement rétabli.

Le second malade était un homme gras et, chez lui, l'appendicite eut d'emblée un caractère beaucoup plus toxique. L'évolution fut très rapide, puisque la maladie ne dura pas plus de quinze jours ; mais, en ce laps de temps, le malade fit néanmoins des abcès à distance jusque dans la plèvre diaphragmatique. Ce qu'il y a de curieux aussi, c'est que, à l'autopsie, nous avons trouvé une perforation du méso-côlon transverse qui semblait bien indiquer une propagation directe du processus infectieux vers la loge sous-hépatique, et c'est à point de vue surtout, qui nous a paru devoir retenir l'attention, car on sait qu'habituellement l'infection suit beaucoup plus volontiers la voie tracée par les vaisseaux sanguins ou lymphatiques.

Au point de vue thérapeutique, comme on l'a vu, il avait été impossible, chez ces malades, de faire l'ablation de l'appendice et on avait dû se borner à faire la simple incision d'un abcès appendiculaire. Les suites ont montré les inconvénients et les dangers de cette manière de faire, et, à ce point de vue, elles viennent s'ajouter aux faits qui ont été déjà signalés ici pour faire ressortir les avantages de l'appendicectomie à chaud,

toutes les fois qu'elle est possible. Elles sont, en outre, la meilleure justification des idées défendues déjà par l'un de nous sur l'utilité de l'intervention précoce.

*
* *

NÉCROSE TOTALE DU RADIUS DANS UNE OSTÉITE SUBAIGUE
CONSÉCUTIVE A UNE AMPUTATION DE L'AVANT-BRAS.

M. TAVERNIER. — Je vous présente un homme de 24 ans, dont l'histoire est assez curieuse.

OBSERVATION. — Le 14 juillet dernier, il se fit éclater dans la main une cartouche de dynamite qui lui emporta les doigts, ne laissant de sa main qu'un moignon informe. Pansé à Amplepuis, je le vis le surlendemain dans le service de mon maître Villard, que j'avais l'honneur de suppléer ; il avait une température de 39°, mais localement sa plaie n'avait pas mauvais aspect ; je lui fis une amputation basse de l'avant-bras, assez à distance pourtant du foyer traumatique pour que j'aie eu l'impression de faire une opération propre en tissus sains, et que j'aie cru pouvoir suturer le moignon sans drainage.

Ce fut une faute, car il eut le lendemain soir une température de 40°, et je dus le deuxième jour, faire sauter quelques fils et passer un drain dans le moignon. Il s'écoula peu de pus, il y avait plutôt une sorte de tuméfaction diffuse de tout l'avant-bras, sans pus collecté. La température se maintint encore trois jours au-dessus de 39°, puis tomba définitivement en même temps que s'établissait une suppuration peu abondante mais tenace du moignon. Le malade se plaignait toujours de souffrir un peu, et de ne pouvoir mobiliser sans douleurs son articulation du coude, et de fait, il avait une tuméfaction dure de tout l'avant-bras, qui me fit croire longtemps à une simple phlébite. Il était complètement apyrétique.

Pourtant, au bout d'un mois et demi, étonné de la persistance de ces phénomènes, je l'examinai de plus près, et je sentis à travers l'œdème superficiel une tuméfaction considérable de son radius. Je pensais qu'un point d'ostéite, peut-être avec séquestre, entraînait la suppuration, et je réintervins.

Le 3 septembre 1912, incisant sur l'extrémité inférieure du radius, je trouvai d'abord un périoste très épaissi, puis un os néoformé de 2 centimètres d'épaisseur au moins, friable, que j'ouvris à la rugine, et dans lequel je trouvai le radius ancien séquestré, reposant dans une gaine d'os nouveau, sans une goutte de pus autour de lui. Je prolongai mon incision sans arriver au bout du séquestre, et je me rendis

compte que l'os entier était nécrosé ; quelques tractions accompagnées de torsions suffirent à l'extraire entier à travers l'étui d'os néoformé qui entamait encore complètement son extrémité supérieure.

Vous voyez l'os nécrosé, il est éburné, toute sa surface est érodée jusqu'à quelques millimètres du cartilage d'encroûtement de la tête qui est resté intact. Il ne gardait d'adhérence qu'au niveau de la tubérosité bicipitale où s'inséraient encore quelques fibres tendineuses qui furent rompues par l'arrachement.

Le séquestre enlevé, j'étais fort embarrassé sur la conduite à tenir ; j'avais là une cavité certainement septique qui communiquait avec l'articulation du coude, l'arthrite suppurée paraissait inévitable, et j'eus un instant l'idée de sacrifier l'avant-bras. Mais songeant qu'il serait toujours temps de le faire ultérieurement si les circonstances l'exigeaient, je réséquai sur toute la longueur découverte la moitié de l'os nouveau pour supprimer sa cavité, je capitonnai la plaie par quelques points de catgut, et laissai dans le haut de l'incision une mèche de gaze remontant vers le coude à travers la gaine d'os nouveau laissée vide par l'ablation du séquestre.

Contre toutes probabilités, les suites de cette tentative furent des plus heureuses. Il y eut pendant quatre jours une réaction thermique atteignant 39° le soir, avec un peu de gonflement inflammatoire du membre, puis tout rentra dans l'ordre. La mèche fut enlevée le deuxième jour et remplacée par un drain qui laissa couler quelque temps un peu de sérosité hématique et purulente ; mais cette fistulette se tarit rapidement, et aujourd'hui vous pouvez constater, deux mois après l'opération, que les mouvements de flexion et d'extension du coude sont entièrement conservés, ceux de pronation et de supination diminués des deux tiers environ. On sent un os néoformé volumineux à sa partie supérieure, plus mince dans sa moitié inférieure qui a subi l'ostéoplastie ; l'ensemble de l'os semble d'ailleurs avoir beaucoup diminué depuis quelques semaines. La radiographie confirme le résultat de cet examen, montrant un os encore peu opaque, moins développé dans sa moitié inférieure ; du côté du coude la régénération paraît s'arrêter à un travers de doigt du condyle huméral, et la tête du radius semble faire défaut.

Cette observation est curieuse à la fois par l'extrême rareté de cas semblables, et par la simplicité de la guérison, alors qu'une arthrite du coude paraissait devoir être la conséquence normale de l'intervention. Ollier considérait les nécroses totales comme très rares et toujours consécutives à des ostéites suraiguës. M. Gangolphe, dans son livre sur les maladies infectieuses des os, cite bien quelques cas de nécrose étendues dans

des ostéites chroniques, mais comme des cas exceptionnels, et aucun d'eux ne concerne des nécroses aussi totales, ni aussi atténuées dans leur réaction symptomatique. Il semble que l'os ait subi d'emblée l'atteinte d'un processus très septique, qui l'a tué en quelques jours, processus favorisé par la suture du moignon, et manifesté alors par une forte réaction thermique. Puis la virulence de l'agent infectieux s'est très vite et spontanément éteinte sur place, permettant la longue tolérance de l'organisme pour le séquestre devenu presque aseptique, puisque la communication large de son foyer avec l'articulation du coude n'a entraîné aucune arthrite suppurée.

M. GANGOLPHE. — Combien de temps après l'amputation l'ablation du séquestre a-t-elle été faite ?

M. TAVERNIER. — Un mois et demi après.

M. GANGOLPHE. — Et avant, le malade n'avait jamais souffert ?

M. TAVERNIER. — Non. Après l'opération, il y a eu un peu d'inflammation du moignon, mais ensuite il est resté apyrétique.

M. GANGOLPHE. — Ce cas là est intéressant ; je n'ai jamais vu de séquestre aussi étendu, après les amputations, on observait souvent, autrefois, de l'ostéomyélite du moignon, mais le séquestre n'était d'ordinaire qu'une rondelle qui n'excédait jamais deux ou trois centimètres, qui était rongé, irrégulier, et n'avait rien de l'aspect du radius que nous montre M. Tavernier.

M. BÉRARD. — Ce séquestre a dû se produire dans des conditions un peu particulières, parce que les conséquences de la lésion ont été elles-mêmes spéciales. A mon avis, dans certains cas de traumatisme grave, la zone d'infection est bien plus étendue qu'il ne semble ; alors qu'il n'y a pas d'apparence d'infection à certaine distance du foyer contus, tout le membre est en réalité infecté par des hématomes diffus qui sont en communication avec le foyer de broiement ; cela suffit pour faire ensemencement de ces tissus, et, lorsqu'on a le malheur de coudre, même avec un large drain, on voit se produire l'infection générale du membre.

M. TAVERNIER. — Les suites de l'accident m'ont bien montré que j'avais eu tort de fermer, mais, si je l'ai fait, c'est que, vraiment, j'avais opéré en tissu absolument sain : l'explosion avait eu lieu au milieu de la main et les tissus de l'avant-bras ne paraissaient ni contus, ni infectés.

M. BÉRARD communique trois observations de M. Stéphani, de Bastia, à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant.

1° Trépanation tardive pour coup de feu du crâne.

2° Coup de feu à bout portant du pied ; arthrite purulente ; astragalectomie ; guérison.

3° Abscess de la cloison du nez ; nécrose totale des cartilages.

Un rapport sera fait ultérieurement sur ces observations.

Séance du 21 novembre 1912

Présidence de M. A. POLLOSSON

DEUX CAS D'ANKYLOSE TEMPORO-MAXILLAIRE TRAITÉS L'UN
PAR L'OPERATION DE ROCHET, L'AUTRE PAR L'OPÉRATION
DE GERNEZ-DOUAY.

M. André CHALIER. — Les deux cas que j'ai l'honneur de vous communiquer concernent des ankyloses temporo-maxillaires, que j'ai eu l'occasion — véritablement assez rare — d'opérer pendant les vacances, dans le service de mon maître, M. Vignard, par des procédés et avec des résultats différents chez les deux malades.

OBSERVATION I. — Voici d'abord un petit garçon de 8 ans 1/2 qui fut opéré, il y a quatre ans, en octobre 1908, pour une ostéomyélite du tibia droit (trépanation de l'os, et plombage iodoformé). Il sortit guéri le 10 février 1909. Mais, il a deux ans, il fit une nouvelle poussée d'ostéomyélite, qui se généralisa à divers points du squelette, et qui atteignit notamment le tibia droit et, un peu plus tard, la région sus-angulaire gauche de la mâchoire inférieure. Il se produisit à ce niveau une fistule qui mit longtemps à guérir, puis survint une constriction des mâchoires extrêmement serrée, rebelle à toutes les tentatives non sanglantes.

Quand nous vîmes l'enfant, en octobre dernier, il présentait, depuis un an, une ankylose temporo-maxillaire complète, maintenant presque en contact les deux arcades dentaires rendant toute mastication impossible, et gênant considérablement la parole et la déglutition.

On notait, outre un épaississement diffus de la région temporo-maxillaire gauche, une petite ulcération superficielle, en voie de cicatrisation, qui répondait à l'ancienne fistule, au-dessus de l'angle de la mâchoire, mais qui n'adhérait pas au squelette. Le stylet explorateur ne trouvait aucun orifice qui le menât dans la profondeur. A l'exploration combinée intra et extra-buccale, le maxillaire ne paraissait ni hypertrophié, ni irrégulier.

En présence d'une telle constriction des mâchoires datant d'un an et impossible à vaincre par la dilatation, — même sous anesthésie, — une intervention s'imposait. Elle fut pratiquée le 17 octobre 1912. Une incision en équerre conduisit rapidement sur l'angle gauche de la mâchoire, en évitant les branches descendantes du facial. Le masséter était sain, non rétracté ; la désinsertion à la rugine de presque tout son bord angulo-maxillaire, pas plus d'ailleurs que celle du bord inférieur du ptérygoïdien interne, ne permirent aucune mobilisation de la mâchoire au moyen de l'écarteur. Il s'agissait donc bien, comme on le pensait, d'une ankylose articulaire. On se mit dès lors en mesure de pratiquer l'opération de M. Rochet : après ablation de l'extrémité inférieure de la branche montante sur ses deux faces et ses deux bords, on pratiqua, à peu de distance au-dessus de gonion, au moyen de la scie de Gigli, une ostéotomie oblique en bas et en arrière, et, pour obtenir une résection trapézoïdale, on fit sauter avec la cisaille de Liston, sur la tranche correspondant au corps de l'os, un petit fragment cunéiforme à base postérieure. La section de l'os s'accompagna d'une hémorragie en jet par section de l'artère dentaire inférieure, hémorragie qui s'arrêta rapidement par simple tamponnement. La mâchoire paraissait peut-être un peu plus dure que de coutume, comme éburnée, mais elle ne présentait ni séquestre, ni cavité centrale.

Dès la résection osseuse, l'aide chargé de l'écarteur put obtenir une ouverture normale de la bouche. Il ne restait plus qu'à terminer l'opération par le temps de l'interposition musculaire. Sur le bord postérieur du masséter, on tailla un lambeau longitudinal d'environ 4 centimètre de largeur, de 3 à 4 centimètres de hauteur, et, après l'avoir passé au travers de la brèche osseuse, on le sutura par quelques points de catgut à la face externe du ptérygoïdien. Puis on rétablit la sangle musculaire de l'angle de la mâchoire en suturant au-dessous de celui-ci les extrémités désinsérées du masséter et du ptérygoïdien.

Après cette opération, qui fut des plus simples, on maintint l'écartement des mâchoires au moyen d'un bouchon de liège que l'on fixa à l'aide d'un fil à la joue par un morceau de leucoplaste, et qu'on laissa deux jours en place. Dès le quatrième jour, la déglutition, la mastication, la parole, s'effectuaient normalement. Au onzième jour, les fils furent enlevés, la guérison était complète ; il n'existait qu'un peu d'épaississement de la joue gauche.

Depuis, le résultat fonctionnel s'est maintenu excellent ; les mouvements d'élévation et d'abaissement de la mâchoire se font normalement, l'écartement des dents dépasse 3 centimètres ; il y a même des mouvements de propulsion, de rétropulsion et de diduction. Enfin, le résultat esthétique est plus que satisfaisant.

Voilà donc un cas qui, tout en montrant une fois de plus la

facilité de la technique proposée il y a déjà longtemps, par M. Rochet, confirme aussi ce que nous savons des bons résultats de cette méthode. J'ose espérer qu'à ce propos, M. Rochet voudra bien nous donner des détails sur les quatre malades qu'il a ainsi opérés et dont les observations figurent dans la thèse de Fondet (Lyon, 1895), et dans celle, plus récente, d'Huguier (Paris, 1905).

OBSERVATION II. — Voici maintenant une deuxième observation d'ankylose temporo-maxillaire, où je n'ai malheureusement pas pratiqué l'opération de M. Rochet, et où je n'ai eu ni les mêmes facilités opératoires, ni le même résultat.

Il s'agissait d'une fillette de quatre ans, Estelle P..., d'Aix-les-Bains. Elle était atteinte, à n'en pas douter, d'une forme très rare de constriction des mâchoires : l'*ankylose congénitale*. Les parents étaient, en effet, très affirmatifs sur ce point : dès la naissance de leur enfant, ils avaient constaté chez elle une asymétrie du visage, et une impossibilité presque complète d'ouvrir la bouche. L'allaitement au sein avait été proscrit de ce fait, et l'alimentation artificielle avait été rendue très difficile. La venue des dents avait encore diminué l'écartement des mâchoires. Malgré cela, l'enfant s'était développée à peu près normalement, sans grands incidents.

A son entrée à l'hôpital, l'enfant présentait un assez bon état général. La face, très asymétrique, était aplatie et fuyante à droite, le menton dévié un peu à gauche et en léger retrait, donnant assez bien le facies d'oiseau, le *Vogelgesicht* des Allemands.

A priori, on aurait pu croire à une ankylose bilatérale, car l'écartement des dents, de 2 millimètres à peine, avait son maximum sur la ligne médiane même, et l'enfant n'était capable d'aucun mouvement dans sa mâchoire inférieure. Nous pensâmes cependant à l'existence probable d'une ankylose unilatérale. L'aplatissement de la joue droite et la déviation du menton à gauche pouvaient faire penser à une ankylose droite, consécutive par exemple à une luxation ou à une malformation quelconque de l'articulation temporo-maxillaire correspondante. Mais la jointure paraissait normale à la palpation.

Par contre, la joue gauche, de contours en apparence plus normaux, présentait à la palpation une tuméfaction manifeste de la région temporo-maxillaire, où le doigt ne percevait aucune des saillies ou des dépressions que l'on perçoit d'ordinaire et que l'on percevait notamment de l'autre côté. Il y avait, de plus, à ce même niveau, une dilatation du réseau veineux sous-cutané très appréciable, indiquant, à n'en pas douter, une certaine gêne de la circulation en retour du sang. En outre, le gonion gauche paraissait épaissi, plus fort que le

gonion droit. Enfin, la mensuration des branches montantes nous donna une différence d'un centimètre en faveur du côté droit.

C'est pour ces diverses raisons que je conclus à une ankylose gauche et que je me décidai à intervenir de ce côté. Allions-nous agir directement sur l'articulation, siège du mal, ou nous adresser à l'opération de Rochet ? Après mûre réflexion, il nous parut préférable d'en venir à la résection temporo-maxillaire, parce qu'il s'agissait d'une fille et qu'une cicatrice à ce niveau serait plus facile à masquer qu'une cicatrice à l'angle de la mâchoire ; en outre, nous craignions qu'une résection, même limitée, de la branche montante ne vînt encore exagérer le raccourcissement de celle-ci et la déviation du menton à gauche.

L'opération eut lieu le 5 septembre 1912, sous anesthésie à l'éther. Cette anesthésie fut d'ailleurs des plus difficiles, car, dès les premières inhalations, l'enfant se cyanosa et rejeta de grandes quantités de mucosités par la bouche et par le nez, sans qu'il fut possible, en raison du trismus, d'en débarrasser l'arrière-gorge.

Dans le but d'atteindre, sans léser le facial, l'articulation temporo-maxillaire, j'aurais pu utiliser une des multiples incisions préconisées à cet effet. Je préfèrai employer une *incision en baïonnette*, dont la branche horizontale, menée sur 1 cent. 1/2 le long de l'arcade zygomatique, se prolongeant en avant et en haut par une incision oblique de 2 cent. 1/2, parallèle au trajet des filets ascendants du facial, tandis qu'elle se continuait en arrière et en bas par une incision également oblique de 1 cent. 1/2, aboutissant au-devant du tragus.

L'arcade zygomatique découverte, mon dessein était de pratiquer méthodiquement le procédé récemment décrit par Gernez et Douay (*Soc. de chir.*, 1910) ; malheureusement, en dehors de l'arcade zygomatique, seule reconnaissable, toutes les parties constituantes de l'articulation temporo-maxillaire (cavité glénoïde et racine horizontale du zygoma, condyle, col, etc.) ne formaient qu'un bloc osseux volumineux et dur, où l'on ne reconnaissait plus les formations anatomiques. Il était inutile de songer à l'emploi de la scie de Gigli. Aussi, après section de l'arcade zygomatique au-devant de ce bloc osseux, je dus pratiquer lentement et à tâtons, l'abrasion à la gouge, au ciseau et au maillet, de la base de cette apophyse et de tout ce qui me paraissait correspondre au condyle du maxillaire. Ce temps fut extrêmement long et très difficile ; non seulement à cause de la place bien infime dans laquelle il fallait se mouvoir pour ne pas blesser le facial, mais encore et surtout à cause de l'hémorragie en nappe qui se renouvelait à chaque tranche de section osseuse et qu'il fallait arrêter par tamponnement afin d'y voir clair si l'on ne voulait pas courir le risque de faire une échappée vers la maxillaire interne ou le nerf de la 7^e paire ; ces deux organes furent ainsi respectés, mais on peut dire que plus de la moitié du temps que dura l'opération se passa à tamponner. Malgré sa durée,

la perte de sang fut, au total, insignifiante. Quoi qu'il en soit, une fois que j'eus extirpé tout ce qui correspondait au bloc osseux temporo-maxillaire, l'aide préposé à l'anesthésie obtint, sans le moindre effort, un écartement des mâchoires de deux travers de doigt. L'exploration de la plaie me fit sentir une apophyse coronoïde très épaissie, en contact rétro-malaire ; l'espace manquait pour la sectionner ; aussi je me contentai de désinsérer partiellement à la rugine le temporal, pour donner plus de jeu à la néarthrose. Il ne restait plus qu'à faire l'interposition musculaire. Un lambeau du bord postérieur du crotaphyte, à pédicule inférieur, fut retourné sur lui-même, passé dans la zone évidée et saturé par son extrémité libre à l'aponévrose parotidienne.

Après cette opération, qui ne dura pas moins d'une heure et demie et qui fut très laborieuse, l'enfant était très shockée. Elle avait un facies plombé, des sueurs froides, un pouls rapide. L'anesthésie avait d'ailleurs été très difficile et, en faisant le total de ce que la fillette avait absorbé d'éther, on vit qu'elle avait pris une dose considérable pour son âge : 200 grammes. Cependant, dès son pansement fini, elle se réveilla, mais conserva un visage cyanique par places, pâle en d'autres. A trois heures de l'après-midi, elle paraissait aller mieux, puisqu'elle parla sans la moindre gêne, demanda à boire et but, en effet, quelques gorgées de limonade. Mais, quelques minutes après, nous dit la sœur de la salle, elle prit deux crises convulsives avec agitation et délire, elle eut de la dyspnée, se cyanosa et mourut à quatre heures du soir sans la moindre hémorragie. L'autopsie, malheureusement, fut interdite.

Quelle fut la cause d'une mort si rapide ? Il nous est assez difficile de le dire. En raison de la mobilité retrouvée de la mâchoire, l'enfant a-t-elle bu de travers et a-t-elle dégluti dans sa trachée ? Nous ne le croyons pas, car il y aurait eu vraisemblablement des secousses de toux, des nausées, des vomissements au moment même de la déglutition du liquide, ce dont la sœur se serait aperçue. On ne saurait, d'autre part invoquer quelque chose comme l'entrée de l'air dans les veines, car celle-ci ne se serait pas produite trois ou quatre heures après l'opération, alors que la plaie était hermétiquement recouverte d'un épais pansement ; d'ailleurs, il n'y avait eu, au cours de l'intervention, aucune plaie veineuse importante ; on n'avait aperçu ni la maxillaire interne, ni la jugulaire externe. Il nous semble donc plus vraisemblable d'incriminer non seulement le shock opératoire lui-même, qui ne saurait être nul dans une intervention longue et laborieuse, au voisinage de la base du

crâne, mais encore, et bien plutôt la dose massive d'éther inhalé par cette fillette.

Quoi qu'il en soit, ce cas ne reste pas moins instructif. Il s'est agi, en effet, d'une *ankylose congénitale*, d'un type assez rare, avec soudure complète et hypérostose de toutes les parties constituantes de l'articulation temporo-maxillaire. L'opération de Gernez-Douay a pu, malgré ces conditions pathologiques et malgré le tout jeune âge de l'enfant, être menée jusqu'au bout, mais de façon bien atypique, et a donné d'emblée un écartement normal des mâchoires. Néanmoins, elle constitue, en pareil cas, une opération trop longue, trop difficile et trop grave. En la comparant à l'opération de Rochet, telle qu'elle a été pratiquée chez le petit garçon de tout à l'heure, on ne peut s'empêcher de se demander si, malgré le raccourcissement congénital de la branche montante du côté malade, il n'eût pas été préférable de l'utiliser aussi chez notre fillette.

M. ROCHET. — Je remercie M. Chalier de la part qu'il veut bien m'attribuer dans le résultat qu'il a obtenu ; son petit malade a un résultat excellent, il a même un mouvement de diduction assez marqué, alors que, quelquefois, ce mouvement n'existe pas ou est très peu marqué.

Ce sont les difficultés opératoires sur lesquelles M. Chalier a insisté qui m'avaient amené à chercher autre chose que la résection du condyle ; c'était à l'époque où Ollier et Vallas avaient fait des travaux sur ce sujet ; ils recommandaient comme moyen de choix cette résection du condyle. J'avais vu pratiquer l'opération par Ollier lui-même et j'avais été frappé de ses difficultés en présence de cette masse où on ne reconnaissait plus rien comme os normal, même la base du crâne, et j'avais eu la sensation, pendant l'opération, que plus le marteau tapait, moins le chirurgien avançait. Il y avait bien, à cette époque, l'opération de Rizzoli-Esmarck, qui sectionnait le maxillaire inférieur dans la partie médiane de son corps ; mais j'avais vu le résultat de cette opération dans le service de M. Levrat, et cette mâchoire détachée en deux parties l'une antérieure et l'autre postérieure, donnait la sensation d'un ensemble sans la moindre force masticatrice, et le malade conservait les mêmes difficultés qu'avant pour mâcher, pour mastiquer et s'alimenter.

C'est alors que je songeai à sectionner la branche montante au-dessous de l'apophyse coronoïde : je me disais qu'il serait facile de créer une néo-articulation durable, parce que nous aurions deux bons muscles à interposer. C'est alors que j'ai fait ma première opération à Saint-Pothin, et cette opération m'avait donné un bon résultat ; depuis,

j'en ai fait trois autres, ce qui fait quatre en tout. J'ai revu trois de ces malades à l'époque où M. Huguier faisait sa thèse ; il m'avait demandé de lui faire connaître les résultats éloignés de mes opérations. Depuis, j'ai revu, il y a un an, une jeune fille, qui habite la Guillotière, que j'avais opérée à l'âge de 12 ans ; elle a maintenant 24 ans et a une fonction parfaite, l'ouverture de la mâchoire est absolument normale. Un autre malade, un garçon de l'Ardèche, va très bien également, seulement il s'est passé là quelque chose de curieux ; depuis quelques années, l'ancienne articulation temporo-maxillaire a repris une certaine mobilité ; alors, dans les mouvements d'abaissement de la mâchoire et d'élévation, on voit le phénomène suivant : quand le sujet commence à abaisser la mâchoire, un premier temps se passe dans l'ancienne articulation, un léger mouvement se fait, on croit que ce mouvement va continuer, par du tout ; s'il essaie d'abaisser davantage, le mouvement se passe dans le foyer d'interposition et il ouvre la bouche de 2 ou 3 centimètres.

Je n'ai pas observé de troubles sensitifs persistants à la suite de cette opération au point de vue de la lèvre et du menton ; ce que j'ai vu simplement, c'est peut-être un peu d'atrophie de la face du côté opéré chez la jeune fille ; mais elle avait 12 ans quand je l'ai opérée, et il est certain que si on avait affaire à des adultes, le procédé vaudrait encore mieux, car, alors, on éviterait l'atrophie ultérieure.

M. TIXIER. — M. Rochet a-t-il remarqué le non parallélisme des deux arcs alvéolaires, car si, chez le malade de M. Chalier, on voit un très beau résultat au point de vue de la bouche, on est frappé de voir que la mâchoire inférieure est très rentrée par rapport à la mâchoire supérieure. Cette complication a été signalée comme une contre-indication aux différentes opérations faites chez des malades jeunes, car ce non parallélisme gêne toujours au point de vue de la mastication des aliments solides ; il serait très intéressant de savoir si, chez ses malades, M. Rochet a constaté ce phénomène.

M. ROCHET. — La déformation dont parle M. Tixier ne s'accroît pas par la suite ; il est certain que ces malades ont une certaine difficulté à pincer avec les incisives, mais il y a bien des gens qui, congénitalement, ont les incisives inférieures très en arrière et n'en sont guère gênés ; ce qui est capital dans la fonction, c'est la trituration par les molaires.

*
* *

OPÉRATION DE KEHR SOUS-SÉREUSE PAR UN PROCÉDÉ PERSONNEL. NOMBREUX CALCULS DU CHOLÉDOQUE. GUÉRISON COMPLÈTE VINGT-QUATRE JOURS APRÈS L'OPÉRATION.

M. TIXIER. — Cette femme de 34 ans a été opérée par moi le

28 octobre dernier ; j'ai tenu à vous la montrer complètement guérie au bout de vingt - quatre jours. Voici la grosse vésicule bourrée de calculs que je lui ai enlevées et le volumineux calculs qui obstruaient son cholédoque. Elle présentait, depuis six mois environ, un ictère chronique par rétention ; l'origine calculeuse de cette obstruction du cholédoque était démontrée par une histoire de lithiase biliaire ancienne. M. Devic avait fait le diagnostic ferme de calcul du cholédoque. Il voulut bien me charger d'opérer cette malade.

Je vous ferai grâce des détails opératoires sur lesquels j'ai déjà eu l'occasion d'insister en vous décrivant l'opération sous-séreuse de Kehr que je préconise. Chez cette malade, l'opération a été typique, c'est-à-dire qu'après avoir dépéritonisé la vésicule, j'ai continué à dépouiller de son enveloppe séreuse l'hépatique et le cholédoque ; j'ai ouvert ces canaux, enlevé les calculs nombreux — c'est là une rareté — qui obstruaient le cholédoque, et pratiqué le cathétérisme des canaux hépatiques et cholédoque. Puis, lorsqu'un drain fut fixé dans l'hépatique, j'ai enlevé toutes les compresses qui garnissaient le champ opératoire et me suis contenté de fixer au péritoine pariétal le lambeau séreux qui formait le revêtement de la vésicule enlevée, ce lambeau séreux engainant complètement le drain de l'hépatique drainage. Il n'y eut aucun autre drainage de la région sous-hépatique et l'incision ordinaire de Kehr fut presque totalement fermée, laissant seulement sortir le drain de l'hépatique.

Les suites opératoires furent remarquablement simples ; il y eut un 38°1 le lendemain soir de l'opération, et, depuis, la température s'est maintenue entre 37°7 et 37°2.

Opération le 28 octobre : ablation du drain de l'hépatique le 5 novembre, huit jours après l'opération, et disparition de l'écoulement de bile à l'extérieur le 15 novembre.

Le malade se lève le 18 novembre et, aujourd'hui, vingt-quatre jours après l'opération, la cicatrisation est complète.

Si je vous donne ces détails post-opératoires précis, c'est pour vous montrer avec quelle merveilleuse simplicité guérissent ces opérés par la méthode sous-séreuse. Je prétends de plus en plus que quand un chirurgien a bien en main ce manuel opératoire, il peut dans la majorité des cas l'exécuter pour le plus grand bénéfice des malades. Rapidité de la cicatrisation, sup-

pression de tout pansement fréquent et douloureux, fermeture de la presque totalité de l'incision abdominale assurant une cicatrice solide, voilà les avantages que vous pouvez dès aujourd'hui constater chez ma malade.

*
* *

PSEUDARTHROSE DE L'HUMÉRUS DROIT CONSÉCUTIVE A UNE FRACTURE COMPLIQUÉE. PREMIÈRE INTERVENTION : AVIVEMENT SIMPLE DES DEUX FRAGMENTS ; JUXTAPOSITION DES EXTRÉMITÉS AVIVÉES PAR APPAREIL PLATRÉ. INSUCCÈS ABSOLU. DEUXIÈME INTERVENTION. AVIVEMENT. OSTÉOSYNTÈSE PAR FILS DE BRONZE ÉTABLISSANT UNE SUTURE ET UNE LIGATURE DES FRAGMENTS. GUÉRISON PARFAITE.

M. TIXIER. — Durant ces dernières années, nous avons eu l'occasion de discuter à plusieurs reprises le traitement sanglant des fractures et des pseudarthroses. La question de l'avantage et des inconvénients réciproques des appareils métalliques de contention abandonnés dans la plaie a été diversement jugée. Cependant, l'avis unanime est bien à l'heure actuelle, qu'autant qu'il est possible, il vaut mieux éviter la mise en place de tout corps étranger interne. Voici une malade dont l'histoire va à l'encontre de cette conclusion ; c'est pourquoi j'ai jugé bon de vous la présenter en vous racontant, avec quelques détails les divers traitements opératoires qu'elle a subis.

OBSERVATION. — Agée de 16 ans, Madeleine V... a été victime, le 14 juillet 1911, d'un terrible accident. Elle assistait au feu d'artifice tiré à l'occasion de la Fête Nationale. Par suite d'une explosion intempestive d'une série de fusées, elle eut le bras droit complètement traversé de part en part par une baguette de fusée. La baguette pénétrant par la face antérieure du bras, fractura sur son passage l'humérus au-dessous de la partie moyenne, déchira les muscles brachial antérieur et biceps, et vint faire une large plaie de sortie à la face antéro-interne. Le paquet vasculo-nerveux fut par extraordinaire complètement respecté.

Le docteur Barlatier, de Romans, qui donna de suite ses soins à la blessée, fut assez heureux pour éviter toute infection grave de cette énorme plaie. Il sauva le bras de l'amputation et obtint une parfaite cicatrisation des parties molles. Mais, malgré tous ses efforts (onze plâtres), il ne put pas avoir de consolidation osseuse et quand il m'expédia

la malade, une pseudarthrose définitive existait (22 février 1912, sept mois après l'accident).

A ce moment le bras était un véritable fléau : une nouvelle articulation s'était constituée sur l'humérus, à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur. Une laxité extraordinaire de cette néarthrose permettait des mouvements dans tous les sens. Il existait une légère raideur de l'articulation du coude limitant l'extension de l'avant-bras sur le bras.

A travers les tissus amincis, on percevait aisément les extrémités osseuses renflées en massue et dont la mobilisation ne déterminait ni douleur, ni crépitation osseuse. Du reste, ces jolies radiographies exécutées par M. Destot, montrent l'existence d'une véritable néarthrose parfaitement organisée. L'intervention s'imposait.

Opération (M. Tixier) le 30 mars 1912. -- Incision très longue sur le bord externe de l'humérus, en avant du bord antérieur du triceps. On va directement sur les fragments recouverts de tissu fibreux constituant une véritable capsule. On repère le nerf radial qui, en haut de l'incision, croise le squelette et est écarté et protégé par un écarteur. Avivement long, minutieux, des deux surfaces osseuses qui sont recouvertes de tissu fibreux. Pas de véritable interposition musculaire. L'os est blanc et saigne très peu. Les deux fragments bien avivés se placent très aisément au contact. Aussi, alors qu'on avait fait préparer des plaquettes d'aluminium en forme de gouttière, on se décide à ne pas les visser en place. Suture du périoste. Petit drain sous la peau. Grande attelle plâtrée.

Le 17 avril, le pansement est souillé de sang ; on enlève le plâtre et on constate la réunion per primam de la plaie. On fait un pansement contentif soigné et on replace un appareil plâtré qui est laissé en place jusqu'au 10 juin, donc pendant cinquante-trois jours. On constate alors qu'il n'y a qu'une consolidation très imparfaite : la mobilité est manifeste, mais non douloureuse. On perçoit cependant les apparences d'un cal volumineux. On immobilise à nouveau, et pendant quatre jours de suite on donne à la malade des cachets de thyroïdine Bayer. Le résultat est nul. au contraire, il semble que, sous l'influence de cette médication, le cal est fondu ; la mobilisation s'exagère, donc la guérison n'est plus possible.

Deuxième intervention, le 2 juillet 1912 (près d'un an après l'accident). — Le tube d'Esmarck est placé dans l'aisselle et maintenu par des jets de bande suivant le manuel opératoire préconisé par Maurice Pollosson. Une grande incision externe allant de l'empreinte deltoïdienne à la partie sus-condylienne de l'humérus. Le radial est repéré. On incise le périoste sur la face externe : la néarthrose apparaît avec une véritable capsule articulaire et des mouvements très aisés dans le nouvel interligne. On incise au bistouri cet interligne et on dépérioste largement les deux fragments pour pouvoir aisément les luxer à travers les bords de la plaie.

On enlève complètement le surtout fibro-cartilagineux qui les recouvre et on taille en biseau les deux fragments, d'abord l'inférieur aux dépens de sa face externe, puis le supérieur aux dépens de sa face interne. On est obligé d'enlever largement du tissu osseux qui est absolument blanc et avasculaire, pour découvrir une région où l'os est à peu près sain : sur le fragment inférieur, on est contraint d'enlever une hauteur de 3 centimètres d'os « mort ». De même, sur le fragment supérieur, on découvre, sur la concavité externe, une longue travée éburnée blanchâtre, privée de vaisseaux : on l'abrase.

Alors les deux fragments ainsi taillés en biseau sont juxtaposés et, pour maintenir la coaptation, on passe, d'une part, un premier fil de bronze en suture dans les deux fragments, puis un deuxième fil qui, passant à travers le fragment supérieur, va saisir dans une boucle le fragment inférieur (ligature). Les fils ne sont pas tordus, mais enchâssés dans deux tubes de Galli.

La coaptation est assez jolie et on a évité le décalage de l'humérus. Au niveau de la suture osseuse, on refait le périoste ; on panse à plat. Grand appareil plâtré thoraco-brachial d'Hennequin.

Suites opératoires parfaites.

22 août. — La malade a cassé son plâtre. On fait le premier pansement quarante jours après l'opération. Il existe une large plaie superficielle très bourgeonnante, qu'on cautérise énergiquement au nitrate d'argent. Pansement à plat. Nouveau plâtre.

17 septembre. — Ablation du plâtre et du pansement à peine souillé ; la consolidation osseuse paraît parfaite. Cependant, par excès de prudence, on laisse en place les fils et on immobilise à nouveau dans le plâtre.

12 octobre. — Sous anesthésie générale (afin de pouvoir faire une exploration définitive), on enlève le plâtre. La consolidation est évidente : ablation des tubes de Galli et des fils de bronze qui sont remarquablement bien conservés, sans aucune oxydation. Léger pansement ; quelques bandes dextrinées constituent une cuirasse suffisante.

1^{er} novembre. — On enlève tout pansement contentif ; la malade commence à se servir très utilement de son bras. Le cal est très net, non difforme, non douloureux. Il ne persiste qu'une atrophie des muscles fléchisseurs du bras, qui ont été déchirés par le traumatisme initial.

La malade guérie, va quitter mon service.

Voici donc, Messieurs, une malade dont l'histoire clinique a la valeur d'une véritable expérience de laboratoire. Opérée dans les mêmes conditions, par le même chirurgien, avec les mêmes suites opératoires (apyrexie absolue, etc.) elle n'a pas consolidé sa pseudarthrose quand on s'est contenté de l'aviver et de maintenir la coaptation avec une attelle externe ; elle a guéri quand,

à l'avivement, on a ajouté la mise en place d'un corps étranger interne (fils, suture et ligature). Dans les deux cas, la durée de l'immobilisation a été la même, la surveillance aussi attentive, les suites opératoires aussi parfaites.

Pour ma part, je crois que la présence dans la plaie des fils de bronze et des tubes de Galli excitant l'activité du périoste et des parties molles environnantes est arrivée à réveiller la vie dans ces fragments qui, comme je vous l'ai décrit semblaient, par leur blancheur étrange, être frappés de mort. Tout autour des tubes, des bourgeons monstrueux devant être réprimés au nitrate d'argent, apportaient une circulation intense. C'est, pour moi, une des causes les plus plausibles du bon résultat que j'ai obtenu. Ollier serait heureux de voir ainsi réhabiliter cette vieille suture aux tubes de Galli, à laquelle il tenait tant.

M. MOLIN. — Je demanderai quelques renseignements sur le temps de l'immobilisation employée après la dernière intervention ?

M. TIXIER. — La première opération est du 30 mars 1912; j'ai fait l'ablation du plâtre le 17 mai; l'immobilisation a donc été de quarante jours.

M. MOLIN. — Et après la deuxième opération ?

M. TIXIER. — La deuxième intervention a eu lieu le 2 juillet; le 22 août, on a changé le plâtre, parce que la malade l'avait cassé; cela fait donc à peu près quarante jours encore; enfin, il a été enlevé définitivement le 17 septembre.

M. DURAND. — Je prierais M. Tixier de préciser un fait extrêmement important. Il est bien évident que M. Tixier se trouvait en présence d'une pseudarthrose pure, de celles dans lesquelles la consolidation ne se fait pas, non pas parce qu'il y a interposition musculaire ou fibreuse, mais parce que les os, parfaitement en présence, ne se soudent pas. Ces faits sont assez rares et c'est, je crois, uniquement ceci qui mérite le nom de pseudarthrose vraie.

Ce qu'il y a de curieux, c'est que les rares cas que j'ai vus se sont toujours produits chez des gens jeunes et en bonne santé. Je me rappelle, entre autres, un malade du service de M. Maurice Pollosson, et pour lequel nous sommes intervenus deux ou trois fois; toujours on trouvait les os en présence l'un de l'autre, le canal médullaire à peine fermé; il n'y avait rien de particulier, si ce n'est cet état de sécheresse que M. Tixier a signalé; c'étaient des os qui ne saignaient pas. On ne comprenait pas pourquoi le malade, très bien immobilisé, chez lequel

on avait mis, dans les opérations premières, en présence les deux extrémités de l'os, ne se consolidait pas. C'est donc là la pseudarthrose vraie. Comment guérir cette pseudarthrose ? M. Tixier nous a démontré que, comme beaucoup d'autres, il a échoué en faisant la reposition simple, et alors, n'est-ce pas le cas de répéter ici que, pour la pseudarthrose comme pour le traitement des fractures récentes suivant la méthode de Lambotte, il faut amener les os, à l'aide de l'appareil de contention, à être tellement en contact et les fragments tenus si solidement qu'on puisse remuer l'articulation sans qu'il se passe le moindre mouvement dans le foyer de fracture.

Pour mon compte, je n'ai pas eu à intervenir récemment sur des pseudarthroses, mais j'ai opéré souvent des fractures récentes ; eh bien, dans les cas où je n'ai pas pu avoir une solidification suffisante des deux fragments par l'appareil de fixation, j'ai eu un résultat mauvais ; toutes les fois, au contraire, que j'ai pu faire une coaptation exacte et que j'ai eu un maintien parfait, j'ai eu un résultat excellent.

Je demanderai donc à M. Tixier si, dans sa seconde intervention, il a adopté une technique qui donne le résultat demandé par Lambotte, c'est-à-dire si son système d'enchevillement et de suture amenait une solidification suffisante des deux fragments, pour qu'il n'y ait entre eux aucune mobilisation ; autrement dit, est-ce que, dans la technique de sa deuxième intervention, il attribue le beau résultat qu'il a obtenu à ce qu'il a amené un peu de cette infection légère sur laquelle comptait Ollier, ou bien si c'est à la précision de l'enchevillement qu'il doit son succès ?

M. TIXIER. — Il est certain que les jeunes semblent plus exposés à la pseudarthrose. Les cas où j'ai été conduit à agir chirurgicalement avaient tous trait à des personnes de moins de 30 ans.

Au sujet de la coaptation vraie demandée par Lambotte, je répondrais que, pour la deuxième opération, j'ai eu une fixation plus serrée, puisque j'ai passé un fil qui réunissait les fragments, mais j'avais l'impression que cela ballottait quand même et que je n'étais pas du tout dans les conditions voulues par Lambotte, qui veut qu'on puisse prendre le pied et soulever la jambe sans que la fracture bouge ; j'ai l'impression que cela tenait mieux que dans le premier cas, mais que cela bougeait quand même.

Si donc j'interprète ce beau résultat et le pourquoi de ce résultat, je crois devoir l'attribuer à l'action des corps étrangers, du fil, du tube de Galli, au fait d'avoir laissé la plaie ouverte. Je n'oserais pas dire que c'est le fait d'avoir bien coapté la fracture qui l'a fait consolider, mais je pense que c'est le fait d'avoir irrité l'os, le périoste des deux fragments par la présence constante d'un corps étranger.

M. ALBERTIN. — Je me rappelle avoir opéré un cas analogue dans lequel tout avait échoué ; à ce moment, M. Martin s'occupait de pro-

thèse métallique ; il avait fabriqué une sorte de cage métallique dans laquelle on avait engainé les deux fragments et fixé le tout avec des vis ; l'appareil fut très bien toléré et la pseudarthrose guérit au bout de trois mois sous appareil plâtré. Ce qui était intéressant, c'est la consolidation avec tolérance d'un corps étranger.

M. MOLIN. — Je réclame ma modeste part dans le traitement de ce malade que l'on désespérait de voir consolider sa fracture ; à chaque pansement, il perdait un peu de la consolidation qu'il avait gagnée pendant l'immobilisation. On essaya alors un appareil à claire-voie, qui permettait de faire un pansement sans déplacer l'appareil ; il put alors rester immobilisé pendant quatre mois ; c'est, selon moi, ce qui a donné finalement un bon résultat.

M. GOULLIoud. — Est-ce que le corps étranger mis par Martin a été toléré ?

M. ALBERTIN. — Je n'ai pas eu des nouvelles du malade, mais je l'ai rencontré dans la rue plusieurs mois après.

M. GOULLIoud. — Il faudrait bien arriver à savoir si on peut laisser définitivement des corps étrangers en place, car on est bien embarrassé lorsqu'on est partisan de ces méthodes par l'absence de renseignements éloignés suffisants.

M. TIXIER. — Puisqu'on parle des cas où des corps étrangers abandonnés dans le tissu osseux ont été bien tolérés, je puis vous donner deux observations typiques en faveur de cette parfaite tolérance. Parmi les malades auxquels j'ai placé des attelles internes en aluminium pour fractures des os de l'avant-bras, je connais l'histoire clinique de deux. Chez l'un, professeur dans un collège des environs de Paris, une plaque d'aluminium placée sur le radius du bras droit permet un usage journalier de la main et les mouvements délicats des démonstrations au tableau noir (opération il y a plus de trois ans). Chez l'autre, jeune Anglaise, écuyère de son métier, l'attelle placée au bras droit n'a jamais déterminé de gêne ni de douleur (nouvelles du 1^{er} janvier 1912 ; opération il y a trois ans environ).

J'ai eu, du reste, l'occasion de dire dans quelles conditions déterminées je reste partisan de la mise en place définitive de ces appareils d'ostéo-synthèse.

M. TAVERNIER. — Au sujet de la tolérance de ces corps étrangers, je pourrais fournir un autre document précis ; j'ai recherché, ces jours derniers, des malades auxquels M. Villard et moi avons fait des résections sans drainage ; dans ces cas, l'os a toujours été fixé par deux agrafes Dujarier ; sur sept cas que j'ai retrouvés, il n'y a eu aucune élimination tardive des agrafes, qui ont toujours été bien tolérées.

Séance du 28 novembre 1912

Présidence de M. NIMIER

NÉPHROTOMIE DU REIN RESTANT APRÈS NÉPHRECTOMIE
POUR TUBERCULOSE.

M. ROCHET. — Voici un malade intéressant, non pas tant au point de vue du résultat, pas encore très éloigné, d'une néphrectomie, qu'au point de vue de certains détails que vous allez entendre.

OBSERVATION. — Agé de 31 ans, il est employé de tramways. Je l'avais opéré, il y a environ 2 ans et demi, pour une tuberculose rénale suppurée du côté gauche; j'avais enlevé un gros rein pyonéphrotique avec uretère très épaissi. Le malade était dans un état assez grave et, comme j'avais eu certaines difficultés pour énucléer le rein, pour lier le pédicule, etc., je ne jugeai pas à propos d'extirper l'uretère correspondant dans la même séance, quoique cet uretère, très gros, atteignit le volume de l'index.

Les choses allèrent très bien et le malade guérit rapidement de son opération; les recherches nécessaires préalablement faites avaient montré que, du côté opposé, le rein était très bon. Le malade garda pendant quelque temps cependant des douleurs assez fortes le long de son uretère gauche, et chaque fois qu'il vint nous retrouver, pendant la première année, on put sentir très nettement, à la palpation, l'uretère gauche sous forme de gros cordon induré et douloureux. De temps en temps, il faisait aussi quelques décharges purulentes dans son urine, comme on en voit fréquemment quand on laisse l'uretère malade en place.

En 1911, dix-huit mois après l'opération, ce malade est revenu me dire qu'il était très inquiet, car il sait très bien qu'il n'a qu'un rein et qu'il en a besoin. Il nous disait: « Ce qui m'ennuie, c'est que, dans le côté droit, je ressens des douleurs assez vives qui me rappellent les douleurs que j'ai eues du côté opposé, moins la fièvre, et cela me pré-

occupe. » Je lui fis prendre patience, en lui montrant que ses urines étaient claires, et que les douleurs étaient dues à ce que le rein restant avait un travail supplémentaire à faire du fait de l'absence de l'autre.

Un jour, il m'apporta de l'urine hématique avec un certain trouble ; ce trouble tenait plutôt à la présence du sang décomposé qu'à du pus véritable. Je fus surpris ; je fis une cystoscopie et, à ce moment, je vis que le sang ne venait pas de l'uretère du côté du rein enlevé.

Je lui dis de me tenir au courant de ce qui se passerait. Pendant trois mois, il fit du sang presque constamment ; il avait, en outre, des douleurs toujours persistantes du côté du rein droit laissé en place.

Le malade se frappait beaucoup, il était très tourmenté et me disait : « Que faut-il faire ? » Je continuai à le consoler de bonnes paroles qu'il comprenait très bien, mais il était dans une grande angoisse au sujet de son rein droit. Je fis une cystoscopie et pus recueillir de l'urine du côté droit dans l'intervalle d'une hématurie ; je fus rassuré en voyant que cette urine était limpide, ce qui me montrait que le rein droit n'était pas gravement atteint. Les choses durèrent ainsi pendant trois mois, le malade maigrissait, ne dormait plus, était de plus en plus inquiet. Alors, je me suis tenu le raisonnement suivant : de deux choses l'une, ou bien le rein droit est véritablement en cause comme lésion bacillaire au début ou peut-être même constituée, ou bien il ne l'est pas. S'il est en cause, on ne perd rien à aller voir ce qu'il en est ; la seule chance qu'on ait, c'est de découvrir le rein, d'aller voir si on y trouve un foyer caséux à la surface ou à l'intérieur, et de faire une extirpation locale de ce foyer qui ne peut pas être bien considérable ; c'est peut-être une chance pour lui, la seule qu'il ait, d'avoir une guérison consolidée. Si, au contraire, le rein est sain, nous le verrons également, et, dans ces conditions, il n'y aura pas d'inquiétude réelle à avoir.

Le malade accepta une lombotomie exploratrice du côté droit et je lui fis cette opération à la fin de 1911, il y aura un an au mois de décembre prochain. J'arrivai sur le rein, que je sortis complètement. Il me parut très sain, il était normal comme volume et comme surface, ni sclérosé, ni suspect en aucun point ; pas de bosses, pas de granulations sous la capsule, etc., etc. Je pris un fragment de ce rein pour l'analyse histologique. Je terminai l'opération en remplaçant soigneusement ce rein dans sa loge et dans sa graisse, et, le lendemain, je dis au malade que j'avais trouvé un rein absolument sain, qu'il n'avait pas à s'inquiéter. Le microscope montra, du reste, un tissu rénal tout à fait sain.

Les choses se passèrent très bien ; le malade guérit très vite de son opération exploratrice du côté droit, et, chose curieuse, une fois la cicatrisation faite, une fois le malade bien rétabli, il n'eut plus de douleurs dans son rein, ni aucune espèce d'hématurie. Depuis un an,

il a engraisé beaucoup, de 13 kilos; il a repris son métier d'employé des tramways.

Qu'a eu exactement le malade ? Il est bien difficile de le dire. Est-ce une poussée congestive du côté de son rein, sous l'influence du travail qu'il avait repris d'une façon un peu précoce ? C'est possible, car il souffrait, surtout au moment des arrêts de la voiture : je vous donne le fait sans chercher à en préciser l'interprétation : il m'a paru quand même intéressant de vous présenter ce malade pour plusieurs raisons :

C'est d'abord l'apparition de ces douleurs curieuses du côté du rein restant, douleurs tenaces; qui ne sont pas des douleurs imaginaires, qui ont duré plusieurs mois, puis de l'hématurie qui a duré trois mois, puis la disparition de ces phénomènes par une libération du rein et une opération purement exploratrice.

C'est aussi un fait consolant, parce que, en l'espèce, quand on aura des douleurs du côté du rein restant, et que, d'autre part, l'exploration clinique ne révélera rien de ce côté-là, on sera un peu autorisé à faire ce que j'ai fait, et dire au malade : ne vous inquiétez pas, votre rein est bon, et par conséquent prenez patience. Ensuite, si les accidents vous forcent la main, comme c'était le cas ici, on saura qu'on peut aller sans inconvénient faire une lombotomie et explorer largement le rein restant. C'était une opération à risquer; je l'ai risquée, et je crois que je n'ai pas lieu de m'en repentir.

*
* *

COXA VARA RACHITIQUE.

M. DURAND. — J'ai l'honneur de vous présenter un jeune homme atteint de coxa vara rachitique. Voici d'abord son observation :

OBSERVATION. — C... Antoine, âgé de 19 ans, enfant assisté, donc sans antécédents héréditaires connus. A eu les oreillons à 7 ans. L'enfant a été mal soigné étant en nourrice, au point que les voisins se seraient plaints à l'Assistance. N'a marché qu'à 4 ans et ne sait pas s'il avait des déformations du côté des membres inférieurs.

Il ne donne aucun autre renseignement sur son rachitisme, mais

celui-ci est évident. Il affirme qu'il marcha bien jusque vers 14-15 ans ; à ce moment, il changea de patron et, au lieu de garder simplement les vaches, fut occupé à tous les travaux des champs : piochage, etc. Au bout de quelques mois, il commença à souffrir des hanches. Il pense, sans en être sûr, que les troubles ont débuté au membre inférieur droit ; il aurait eu, sur le dos du pied, une boule douloureuse, puis des douleurs dans le genou et, enfin, dans la hanche du même côté. Les douleurs étaient surtout nocturnes, il se levait pour les calmer. Il dit qu'il avait surtout ces troubles pendant l'été, correspondant à des fatigues plus grandes.

Un médecin à qui on l'avait montré aurait dit que c'étaient des douleurs. Il lui semble que ses hanches étaient sans raideur. Il avait changé de profession, était voiturier et, comme il souffrait de plus en plus, on l'envoya chez un médecin, qui le renvoya à l'hôpital.

A son entrée, on constate les déformations et les troubles qui existent encore et, de plus, on trouve une quantité considérable d'albumine dans ses urines.

On l'envoie dans le service de M. Bret, où il reste trois mois, en février 1912 ; il s'agissait d'une néphrite subaiguë avec œdème, épanchement pleural bilatéral, grosse albuminurie, consécutive à une angine. Cette néphrite guérit en six semaines environ.

Etat actuel. Au lit, il ne souffre pas, bien qu'il ait continuellement la sensation de sa hanche. S'il est debout ou marche, il souffre davantage. S'il se fatigue ou marche beaucoup, les douleurs deviennent pénibles.

Attitude : taille, 1 m. 44 ; les deux membres inférieurs, égaux, sont si courts, qu'il y a 0 m. 72, c'est-à-dire la moitié de la hauteur totale du corps, du sol au bord supérieur du pubis. On est frappé d'abord par une lordose très accentuée qui donne un angle brusque déterminant un repli cutané exactement au niveau des crêtes iliaques, de sorte que le sommet de l'angle se trouve au niveau de l'articulation de la quatrième lombaire avec la cinquième. Le diamètre pelvien maximum se trouve reporté, comme chez la femme, à la partie supérieure des cuisses, et l'on a l'impression que les trochanters sont plus saillants en dehors que normalement. Ses genoux sont normaux. Ses pieds sont en rotation interne à peu près égale ; si on regarde de profil les membres inférieurs, on voit que l'axe fémoral reste vertical, le genou étant étendu régulièrement. Il résulte de là que la compensation de la lordose se fait entièrement dans le tronc et non dans les membres inférieurs.

Démarche : pendant la marche, il exagère encore la rotation interne, de sorte que les genoux ayant tendance à rotation et adduction, ont l'air de se toucher. Il marche très mal, avec de grands mouvements d'oscillation antéro-supérieure de chacune des hanches.

Une fois couché, ces attitudes vicieuses restent ce qu'elles étaient dans la situation debout. Sa lordose, notamment, permet de passer tout le poing entre le plan du lit et la région lombaire. La rotation interne est sensiblement la même. L'examen du squelette, grands os et côtes donne des signes nets de rachitisme : courbure diaphysaire ; un peu d'épaississement des régions juxta-épiphysaires, surtout au poignet ; chapelet costal. En palpant la région, on trouve un peu de saillie des grands trochanters, dont la partie supérieure est un peu au-dessus de la ligne Roser-Nélaton.

Mouvements de la hanche. — Flexion à peu près à angle droit. Entraînement du bassin aussitôt qu'on le dépasse. Abduction très limitée. Rotation aussi très limitée, quelques degrés seulement. Adduction, au contraire, très bien conservée. Pas de craquements. Muscles bien conservés. Etat général actuellement satisfaisant.

Voici maintenant la radiographie des deux hanches. Vous pouvez voir que les fémurs sont un peu incurvés, par rachitisme, en leur diaphyse. Vous constatez que nous sommes bien en présence d'une coxa vara bilatérale, car l'angle d'inclinaison de chacun des fémurs est manifestement diminué. La tête fémorale droite est, de plus un peu rebroussée sur le col, comme dans une coxa vara essentielle.

Il est évident, étant donnée l'attitude des membres inférieurs, que l'angle de déclinaison a subi une grande modification, mais elle est inverse de ce que donne normalement la coxa vara ; cet angle de déclinaison a dû devenir négatif.

J'ai cru intéressant de vous montrer ce malade, atteint d'une affection assez rare, à laquelle la discussion du récent Congrès de chirurgie assure de l'actualité.

Au point de vue thérapeutique, je crois que je suis ici bien désarmé, et qu'il n'y a pas lieu d'intervenir par une opération sanglante, au moins actuellement.

*
* *

DEUX NÉPHRECTOMIES POUR ÉPITHÉLIOMAS A GRANDES CELLULES CLAIRES DU REIN (HYPERNÉPHROMES ?). — SURVIE DE SIX ANS SANS RÉCIDIVE DANS UN CAS.

MM. BÉRARD et ALAMARTINE. — La pièce que nous vous présentons ici provient d'un malade de notre service que nous avons opéré d'une énorme tumeur du rein gauche, le 2 octobre dernier.

OBSERVATION. — Cet homme, âgé de 51 ans, avait eu la syphilis à 19 ans, et avait été réformé à la conscription pour une maladie de cœur. Depuis quelques mois seulement il était devenu essoufflé, sans œdème, bien que l'on eût vu de l'albumine dans ses urines.

Pour la première fois, le 10 septembre dernier, son médecin, en l'auscultant, constata dans le flanc et l'hypocondre gauches une tumeur du volume d'une tête d'adulte, dont le malade lui-même ne soupçonnait pas la présence ; tout au plus, disait-il, avait-il quelque gêne pour se baisser depuis quelque temps.

A l'entrée dans le service, nous constatons une énorme tumeur, qui soulève la paroi abdominale à gauche de l'ombilic, depuis le rebord costal jusqu'au rebord de la crête iliaque. Cette masse est mobile sous les téguments, un peu mobile aussi dans le sens transversal et dans le sens vertical. Ses contours sont arrondis, sa consistance solide, rénitente. Une bande de sonorité verticale occupe son tiers interne, correspondant sans doute au côlon descendant. Le ballottement rénal est très net ; mais il n'y a jamais eu aucun symptôme fonctionnel ayant appelé l'attention sur le rein gauche ; *jamais de pyurie ou d'hématurie*. L'examen des urines au microscope n'a montré aucune hématie, il n'y avait que de l'albumine.

L'examen cystoscopique fut fait par M. Thévenot, qui ne constata rien d'anormal au niveau des uretères ; l'uretère droit donnait de l'urine par éjaculation, ce qui permet de supposer un fonctionnement normal du rein droit.

Intervention, le 2 octobre : la tumeur étant trop volumineuse pour être enlevée par la voie lombaire et pour éviter toute manœuvre intrapéritonéale, j'ai fait la *néphrectomie para-péritonéale gauche par décollement du côlon descendant*. Une longue incision verticale menée de l'épine iliaque antéro-supérieure au point d'insertion externe du grand droit sur le rebord costal, nous conduit sur un péritoine aminci, d'abord difficile à décoller, qui s'éraïlle par places, puis qui est facilement rejeté avec le côlon descendant vers la ligne médiane, permettant une décortication sous-séreuse de l'énorme tumeur que voici. Cette décortication fut des plus simples et des plus rapides, une zone de clivage existant tout autour de la tumeur. Des ligatures distinctes furent placées sur l'uretère, sur l'artère et sur les veines rénales, celles-ci très volumineuses ; on ne vit pas de masses ganglionnaires au hile du rein. Puis, pour éviter l'infection du grand espace mort laissé entre ce péritoine et la paroi lombaire, une suture en catgut en capiton accolle les parois de cette brèche ; un autre surjet au catgut reconstitue le plan musculaire. La peau est suturée aux crins avec un drain de sûreté dans les plans superficiels pendant 48 heures.

Les *suites opératoires* furent remarquablement simples : une élévation de température à 39°3 le lendemain de l'intervention. Grâce à

quelques injections intra-rectales de sérum, la quantité des urines émises fut d'emblée de 600-800 grammes les premiers jours pour arriver bientôt à 12-1.500 grammes.

Immédiatement après l'intervention et pendant une semaine, on ne trouva que des quantités infimes d'albumine dans les urines. Puis, peu à peu l'albumine reparut en quantité croissante, en même temps que le malade présentait des signes pulmonaires de tuberculose évidente ; si bien qu'au bout d'un mois, il passait dans le service du professeur Roque, où il se trouve encore actuellement.

Ainsi qu'on peut s'en rendre compte sur la pièce et sur les photographies en couleurs ci-jointes, que nous devons à l'amabilité de M. Lumière, cette tumeur solide, ovale, de 22 sur 15 centimètres, du poids de 2 kil. 800 gr, était développée aux dépens du pôle inférieur du rein gauche, le pôle supérieur encore facilement reconnaissable est à peu près indemne. Le néoplasme est resté inclus dans la substance rénale sans aucun bourgeon qui pénètre dans les calices ou le bassinet, ce qui explique sans doute pourquoi il n'y eut jamais traces d'hématurie.

A la coupe, cette tumeur apparaissait comme une masse encéphaloïde, jaune orange, striée de cloisons rougeâtres ou violacées, qui donnaient un dessin en damier, tels qu'on les a signalés surtout dans les hypernéphromes.

L'examen histologique, fait par M. Alamartine, et confirmé au laboratoire de M. le professeur Paviot, a montré qu'il s'agissait d'un épithélioma à grandes cellules claires, telles qu'on les a décrites dans l'*hypernéphrome*. En voici d'ailleurs quelques coupes.

Ce qui est remarquable dans cette observation, indépendamment de la nature histologique probable aux dépens de debris surrénaux inclus dans le rein, c'est la latence de son évolution, ainsi que la rapidité de son développement. Un mois à peine, en effet, avant son entrée à l'hôpital, cet homme ignorait son affection ; il fallut qu'un médecin la lui signalât au cours d'un examen fait pour une autre maladie. Lui-même avait ultérieurement ressenti quelque gêne dans les mouvements de flexion du tronc, depuis une période dont il ne peut fixer le début.

*
* *

Il nous a paru intéressant de rapprocher de ce malade cet homme que voici :

OBSERVATION. — Le malade vient soi-disant pour des hématuries. Il est entré dans le service, il y a quelques jours, se plaignant d'uriner du sang de temps à autre, sans que jamais aucun médecin l'ait con-

trôlé. Il a été opéré, le 6 octobre 1906, pour une tumeur lombaire droite, dont le début remontait à trois mois. Je lui fis une néphrectomie lombaire droite ; elle me fit découvrir des adhérences au niveau du pôle inférieur de l'organe ; une déchirure péritonéale fut suturée ; je ne trouvai pas de masses ganglionnaires suspectes. Les suites de l'opération furent normales et le malade sortit au bout d'un mois.

Sur le rein était une tumeur du volume d'un poing, placée sur la moitié inférieure de l'organe ; mais elle n'avait pas dépassé les limites de la capsule.

L'examen histologique fut fait au laboratoire de M. le Prof. Paviot. Il s'agissait d'un épithélioma : grandes cellules polymorphes, cellules claires à grandes alvéoles ; il n'y avait aucune trace de tubes ; on trouvait des hémorragies interstitielles. Il s'agissait donc d'une tumeur maligne, probablement encore d'un hypernéphrome (*Lyon Médical*, 1909, t. I, p. 824).

Au mois d'août 1912, le malade entra dans le service de M. le docteur Gayet, prétendant avoir eu déjà une hématurie. On ne trouva rien au rein gauche, seulement un point douloureux urétéral à l'abouchement dans la vessie.

L'examen cystoscopique fut fait le 31 août : la capacité vésicale est très grande (350 à 400 grammes). La vessie n'est pas congestionnée ; on n'y trouve que de rares colonnes. L'orifice urétéral droit présente un point rouge au sommet du mamelon, donnant l'impression d'être atrophié comparativement à l'uretère gauche, qui est en gueule de loup et dont on voit nettement les contractions. On ne constata jamais d'hématuries.

Le malade sort de l'hôpital Saint-Pothin au milieu de septembre.

Le 26 novembre 1912, il entre à l'Hôtel-Dieu, soi-disant pour des hématuries. Celles-ci apparaîtraient, d'après lui, d'une façon très irrégulière ; quand il est très fatigué, et surtout la nuit, il ressentirait un besoin d'uriner et rejetterait un caillot ; les urines suivantes seraient uniformément teintées en rouge foncé. Les hématuries dureraient 48 heures et cesseraient spontanément. Depuis le mois d'août dernier, elles ne seraient apparues que trois ou quatre fois seulement.

Le malade ajoute avoir beaucoup maigri depuis le mois de juillet.

Placé en observation dans le service, ses urines, conservées chaque jour dans une cantine, n'ont pourtant pas encore montré trace de sang ; elles contiennent un peu d'albumine. Il faut ajouter, pour la compréhension de ces derniers phénomènes, que le malade sollicite depuis un an son admission dans un hospice d'incurables.

Comme la précédente, cette tumeur s'était développée au niveau d'un pôle du rein, également sans hématuries, avec le minimum de symptômes et avec une évolution rapide,

puisque ce sujet se croyait en bonne santé trois mois auparavant.

C'est précisément le contraste entre cette marche rapide et la survie de plus de six ans sans récurrences constatables cliniquement que nous tenions à signaler pour terminer.

M. GAYET. — J'ai examiné effectivement le malade de M. Bérard, mais je n'ai pu voir aucune hématurie ; pendant son séjour dans mon service, il nous a été impossible par conséquent de préciser de quel côté venait le sang.

J'ai vu autrefois un hypernéphrome, et cela m'a semblé quelque chose de très particulier, ne ressemblant pas beaucoup aux coupes que voici. J'étais alors chef de laboratoire de M. Jaboulay ; il s'agissait d'une malade à laquelle on avait enlevé une tumeur nettement localisée à l'un des pôles du rein sans avoir beaucoup altéré la forme de l'organe. A la coupe, on voyait la capsule du rein refoulée, de grandes cellules claires très nettement placées donnant l'aspect de capsules surrénales. Or, dans la coupe que je viens de voir, il n'en est pas de même ; les éléments du rein y sont très difficiles à reconnaître, mais ils existent et sont mélangés aux cellules claires ; cela provient probablement de la rapidité plus grande de l'évolution, mais cela n'a aucune analogie avec l'hypernéphrome que j'ai vu.

M. NIMIER. — Quelle a été la survie de la malade de M. Jaboulay ?

M. GAYET. — Je ne sais pas au juste, mais je sais que cette malade a été suivie pendant plusieurs années.

* *

TROIS RADICOTOMIES POUR CRISES GASTRIQUES DU TABES.

M. LERICHE. — J'ai l'honneur de vous présenter une tabétique à laquelle j'ai pratiqué une radicotomie postérieure, il y a quatre mois.

Elle est âgée de 26 ans et présente les stigmates nets d'un tabes certain datant de quatre ans, soigné depuis longtemps dans le service de M. Pic ; depuis trois ans il se manifeste par des crises gastriques très violentes qui ont été traitées par les médications habituelles, puis par la suspension, qui a produit une amélioration notable, mais malheureusement temporaire. En juin dernier, les crises sont revenues plus violentes que jamais, et M. Pic a bien voulu me confier cette malade pour l'opérer dans le service de M. Poncet.

Le 4 juillet dernier, j'ai pratiqué la section des 5^e, 6^e, 7^e et 8^e racines postérieures dorsales à la façon de Guleke, dans l'espace épidual. Cet espace était très réduit et l'opération fut très difficile ; au reste elle s'accompagna d'un certain écoulement de liquide céphalo-rachidien par les orifices radiculaires qui restaient béants après la section, et dont j'obturai quelques-uns à l'aide d'une suture ; les suites opératoires locales ont été simples et la malade a guéri par première intention ; elle se leva en cachette au bout de quarante-huit heures et, officiellement, dès le quinzième jour. La zone d'anesthésie montre que la section a été bien complète.

Au point de vue thérapeutique, le résultat n'est pas parfait : cette malade avait des crises extrêmement violentes : elle a été tout d'abord radicalement soulagée, puis elle a repris des douleurs quand elle a essayé, au bout de trois semaines, de reprendre sa vie de prostituée ; à cause de ses douleurs, je lui fis faire une injection intra-rectale de 606, qui ramena une petite crise ; puis la malade fut renvoyée en observation dans le service de M. Pic, où M. Bonnamour fit pratiquer à ma demande une injection, intra-veineuse celle-ci, de salvarsan Or, chose que je ne savais pas à cette époque, et que M. Fœrster m'a apprise à Breslau, le 606 provoque chez tous ces malades un redoublement des douleurs et ramène les crises. Cela ne manqua point. Puis tout rentra dans l'ordre, et en octobre, la malade, ne gardant que quelques malaises nocturnes, était, somme toute, à mon avis très améliorée, lorsque il y a une quinzaine de jours, elle a présenté sans cause de la bouffissure de la face, une sorte d'œdème diffus, infiltrant les téguments, puis, au bout de quatre à cinq jours, des douleurs très violentes dans l'abdomen, avec des phénomènes d'angoisse thoracique, des sueurs et une tachycardie intense (140). M. Pic voulut bien l'examiner à ce moment et interpréta ces phénomènes comme traduisant une crise solaire très violente ; il porta même un pronostic réservé, ayant vu mourir un malade après un semblable tableau symptomatique. Pourtant tout rentra dans l'ordre et actuellement l'état est redevenu très satisfaisant.

Cette dernière crise donnait l'impression d'une crise solaire. En l'analysant de près, j'ai pu me rendre compte que les symptômes présentés étaient purement viscéraux, qu'ils ne

s'accompagnaient d'aucun retentissement pariétal, qu'il n'y avait ni douleurs intercostales, ni sensibilité thoracique anormale, ni exagération du réflexe épigastrique. Ce tableau me paraît plutôt caractéristique d'une névrite du sympathique périphérique. Ce n'était donc pas, ou ce n'était peut-être plus une crise d'origine radiculaire.

Il faut, en effet, faire dans le groupe des crises gastriques d'origine sympathiques une distinction qui a peut-être son importance pratique : il y en a qui relèvent d'une lésion du plexus solaire, les autres qui ressortissent à une lésion du sympathique radiculaire ; dans ces dernières, on a un retentissement pariétal très net, capable d'aller jusqu'à la production du zona, comme je l'ai vu moi-même. Dans ces cas-là l'élongation du plexus solaire est absolument inutile, puisqu'elle agit en aval de la lésion. C'est à une intervention radiculaire qu'il faut recourir. Et inversement, dans les crises sans phénomènes pariétaux, c'est au système nerveux périphérique qu'il faudra s'adresser, en pratiquant l'opération de M. Jaboulay.

On voit donc l'utilité au point de vue thérapeutique d'une analyse symptomatique minutieuse.

Pour en revenir à ma malade, je crois que les symptômes présentés par elle en période de crise indiquent une origine périphérique des phénomènes observés, et c'est pour cela que je compte lui proposer prochainement une élongation du plexus solaire.

*
* *

Je voudrais rapprocher de cette observation l'histoire d'une autre tabétique, que j'ai opérée à deux reprises suivant la méthode de Fœrster, dont voici les pièces d'autopsie :

OBSERVATION. — Il s'agissait d'une femme de 48 ans, dont le tabes remontait à plus de douze ans ; elle était amaurotique depuis 1900, et présentait, depuis 1905, des crises gastriques, intestinales et rectales subintrantes. Son existence était devenue insupportable, et malgré sa cécité elle se couvrait elle-même de piqûres de morphine. A son entrée dans le service de M. Poncet je la trouvai dans un état lamentable, ayant, en plus de toutes ses misères, une rétention chronique habituelle de l'urine et ne pissant que par regorgement.

Le 24 juin, je pratiquai la section extra-durale des 8^e, 9^e, 10^e, 11^e et 12^e racines dorsales, à ce que je crus du moins. Dans ce cas l'opération

de Guleke fut très facile, ne s'accompagna sur le moment que d'un écoulement absolument insignifiant de liquide céphalo-rachidien. Il n'en fut pas de même dans les jours suivants, et pendant près de trois semaines le pansement fut quotidiennement traversé et la cicatrisation de la plaie fut lente.

Le résultat thérapeutique se précisa peu à peu : vers le 25 juillet il était merveilleux : la malade dévorait, digérait bien, ne vomissait jamais et déclarait que depuis cinq ans elle ne s'était jamais aussi bien portée.

En août, des malaises intestinaux réapparurent, déclanchés semblait-il, par l'apparition d'une douleur lombaire droite ; aussi, le 9, j'arrachais à droite, par une seule incision sous costale, le 12^e nerf intercostal et les deux abdomino-génitaux, puis je fixai le rein qui était très abaissé ; toute cette zone était très douloureuse, c'est pour cela que j'intervins à nouveau.

En septembre et en octobre il y eut des hauts et des bas, mais la situation était somme toute très améliorée. Fin octobre, elle empira et la malade me demanda de la réopérer, parlant de se suicider si je n'essayais pas de la soulager.

Le 9 novembre, j'intervins une troisième fois dans l'intention de couper les racines dorsales hautes, c'est-à-dire les 4^e, 5^e, 6^e et 7^e. L'opération se fit sans incident ; au lieu d'employer comme la première fois la voix extra-durale, j'ouvris l'étui méningé sur la ligne médiane et coupai trois racines de chaque côté ; pour cela, il fallut libérer de nombreuses brides de méningite, puis la dure-mère fut recousue très soigneusement au catgut, ainsi que les muscles et la peau.

L'opération avait été simple, et je fus surpris de voir la malade assez shockée ; dans l'après-midi, elle se plaignit d'angoisse thoracique et de dyspnée ; son pouls était faible. Elle mourut dans la nuit.

A l'autopsie, je trouvai du sang dans la partie inférieure du cul-de-sac méningé ; il était évident que cet hématorachis était la cause de la mort. Le sang ne pouvait venir que des adhérences rompues ou des racines coupées ; cependant, lors de l'intervention, je n'avais rien remarqué d'anormal à leur niveau. La dissection des méninges m'expliqua ce qui avait dû se produire : dans toute la zone de la première intervention, là où j'avais fait une opération extra-durale, la dure-mère était étroitement adhérente sur les côtés à l'os et en arrière à un surtout fibreux rigide très résistant et très épais qui remplaçait la partie réséquée du rachis ; tout le fourreau dural était là béant, sans élasticité ni souplesse ; après la seconde opération, la perte d'une certaine quantité de liquide céphalo-rachidien avait rendu sa béance plus grande encore ; le suintement des veinules radiculaires et des vaisseaux méningés normaux ou anormaux en avait été facilité et s'était fait dans une sorte de cavité préformée dans de très mauvaises conditions d'hémostase spontanée.

Quoi qu'il en soit de l'explication, le fait mérite d'être signalé.

Sur la pièce que voici, on se rend compte très nettement du résultat anatomique des deux radicotomies. Pour qu'on en puisse juger plus aisément, j'ai conservé les nerfs intercostaux en continuité avec les racines qui leur donnent naissance; à la partie supérieure de la moelle dorsale, lors de la dernière intervention, trois racines postérieures ont bien été coupées près de la moelle; et les antérieures que voici, sont intactes; en bas, là où je suis intervenu en juin, vous voyez que la 12^e racine n'a pas été coupée, contrairement à ce que j'avais cru; mon repérage n'était donc pas exact, je m'étais trompé d'une racine. Par contre, les 11^r, 10^e, 8^e et 7^e racines postérieures ont été coupées; bien que l'opération ait été purement extra-durale, les racines ont été parfaitement sectionnées et les antérieures sont intactes: chaque ganglion n'est plus rattaché qu'au tronc mixte (que repère le nerf intercostal) et à la racine antérieure, très perceptible; il n'y a plus d'attache radiculaire postérieure. Par contre, si l'on regarde les racines par l'intérieur de l'étui méningé, on dirait que rien n'a été fait: la postérieure va jusqu'au trou méningé, comme l'antérieure, mais elle s'y fixe et s'y perd.

Cette autopsie établit donc l'excellence du procédé extradural préconisé par Guleke. Je ne crois pas, cependant, qu'il faille l'adopter de façon trop exclusive: il exige un canal rachidien large, ce que l'on ne trouve pas toujours; il nécessite une laminectomie très large; or, plus on va vers les côtes, plus on court le risque des hémorragies péri-rachidiennes ennuyeuses. Enfin, on a parfois dans l'espace épidual lui-même des hémorragies très gênantes. Aussi, après avoir employé plusieurs fois la méthode extra-durale, ai-je l'impression qu'elle est plus difficile et partant plus grave que la méthode intradurale.

C'est un dernier point intéressant que cette pièce permet de trancher.

M. BÉRARD. — Je demanderais à M. Leriche ce qu'il a comme résultats éloignés de ces interventions, car, dernièrement, à la Société de neurologie de Paris, on s'est montré très sévère à l'égard de ces interventions chez les tabétiques, que ce soit l'opération de Færster, que ce soit celle de Franke, que ce soit celle de Jaboulay: de ces critiques, on

garde l'impression que les résultats ne sont pas suffisamment probants pour justifier de telles méthodes.

M. LERICHE. — De différents côtés, à Paris en ces derniers mois, on a en effet porté condamnation de ces interventions dirigées contre les douleurs des tabétiques, mais ces condamnations hâtives, si elles ont été telles que les donnent les journaux médicaux (1), ne doivent pas être acceptées sans appel. Pour ma part, je me refuse absolument à en admettre la légitimité, *tout en posant en principe qu'on ne peut pas encore, pour l'instant, porter un jugement définitif sur la valeur réelle de chacune de ces interventions*

1° On a condamné l'opération de Jaboulay parce que l'on a eu des morts dans les quarante-huit heures ou dans les deux mois qui ont suivi l'élongation du plexus solaire. Que l'on puisse avoir une mort rapide après la dénudation de la région cœliaque, c'est à coup sûr possible; toutes les fois que l'on touche au système nerveux, on s'expose à de pareils accidents. Mais de là à croire que c'est la règle, il y a un abîme: à Lyon, les trois cas opérés ont eu des suites très bénignes. Parle-t-on bien des mêmes choses? Ne confond-on pas élongation du plexus avec ablation des ganglions? Je crois, d'ailleurs, que cette opération ne convient qu'à des cas bien déterminés, et non à tous indistinctement.

2° On a condamné l'opération de Franke parce qu'inutile, nuisible et dangereuse.

Elle serait inutile parce qu'elle ne réalise jamais le but qu'elle se propose, c'est-à-dire d'actionner le ganglion spinal, en l'arrachant parfois, ou tout au moins en y produisant de la chromatolyse. C'est une objection purement théorique: certains auteurs ont amené avec les nerfs des ganglions entiers, ou des fragments de ganglions histologiquement constatés (Mouriquand et Cotte), et plusieurs fois un résultat thérapeutique manifeste a été obtenu. L'objection tombe donc d'elle-même.

Elle serait nuisible parce que agissant peu ou pas sur les éléments sensitifs qu'elle veut atteindre, elle produirait constamment des désordres dans les éléments moteurs qu'elle ne doit pas intéresser. Expérimentalement, avec Cotte, je n'ai rien vu de tel, et, cliniquement, non plus. D'autre part, on peut trouver singulier qu'après avoir fait pareil reproche à l'opération de Franke, on propose pour la remplacer de couper délibérément dans l'espace épidual la racine antérieure avec la postérieure afin d'enlever sans peine le ganglion rachidien!

(1) A la date d'aujourd'hui, le compte rendu officiel n'a pas encore paru.

On dit enfin que l'opération de Franke est dangereuse, et cela parce que dans trois cas où M. Déjerine l'a fait pratiquer, on a eu deux fois un pneumothorax unilatéral une fois mortel, et la troisième fois un pneumothorax double ! J'attends avec curiosité des détails opératoires, mais j'avoue que s'ils sont bien ainsi ces résultats effrayants me dépassent, seule une mauvaise technique peut les expliquer.

3^o Reste la condamnation de l'opération de Færster : on la rejette d'emblée à cause de sa gravité. Que ce soit une opération sérieuse, ce n'est pas douteux, mais dire qu'elle est désastreuse, c'est là encore un jugement hâtif que l'on ne peut accepter. Küttner, le chirurgien qui en a la plus grande expérience qui soit, puisqu'il l'a pratiquée plus de trente fois, n'a eu que deux morts. Il ne la considère pas comme grave. Von Eiselsberg l'a faite onze fois sans un seul décès. Il est vrai que ce n'était point chez des tabétiques ; mais, à mon avis, cela importe peu.

Pour ce qui me concerne, je l'ai pratiquée neuf fois et j'ai eu 3 morts : une par infection, tardivement, chez une malade qui, au onzième jour, fut emmenée chez elle par son fils et qui aurait, je crois, guéri si elle était restée à l'hôpital ; une, subitement, au huitième jour après une radicotomie cervicale chez un parkinsonien ; la troisième est celle que j'ai observée plus haut par hémorragie intra-méningée. De ces trois morts, deux auraient dû être évitées : une mort par infection ne charge que le chirurgien, et non la méthode ; quant à la mort par hémorragie elle ne serait pas produite, je crois, si j'avais opéré en deux temps, comme j'ai l'intention de le faire désormais, ainsi que me l'ont conseillé Küttner et Færster.

En définitive, je crois qu'il faut persévérer dans la voie indiquée par Færster ; on peut ainsi soulager des malades que l'on abandonne d'habitude à leurs souffrances, s'en s'en préoccuper beaucoup ; ces opérations ne donneront pas toujours, cela va sans dire, des résultats brillants et des guérisons définitives, mais elles en donneront parfois et, d'habitude, elles apporteront un réel soulagement aux malheureux tabétiques ; elles sont aussi efficaces que les méthodes employées contre les névralgies faciales ; elles méritent autant que celles-ci d'être conservées.

Il serait déplorable qu'on retardât chez nous, par des considérations théoriques ou des condamnations hâtives le développement de cette chirurgie de la douleur, comme on l'a fait trop souvent pour tant de méthodes chirurgicales qui ont fini cependant par s'imposer.

Journal of the ...

...

...

...

— 325 —

Séance du 5 décembre 1912

Présidence de M. A. POLLOSSON.

SARCOME DE LA MALLÉOLE EXTERNE. RÉSECTION. GUÉRISON
AVEC EXCELLENT RÉSULTAT ORTHOPÉDIQUE ET FONC-
TIONNEL.

M. LERICHE. — Je viens de rencontrer un malade que j'ai opéré, il y a trois mois, pour un *sarcome de la malléole externe*, et je suis heureux de pouvoir vous le présenter. C'est un homme de 39 ans, charcutier dans les environs, n'ayant pas d'antécédent spécial, qui, il y a un an, en novembre 1911, reçut sur la malléole externe un coup de pied violent d'un cochon qu'il saignait. Pendant quatre mois, la région traumatisée (traumatisme sans plaie) fut presque continuellement douloureuse ; elle augmentait de volume sur le soir de temps à autre ; dans le courant de février, quatre mois après l'accident, une tuméfaction définitive apparut sur la malléole externe ; cette tuméfaction était indolore, rénitente, assez bien localisée. Devant ces symptômes, un médecin fit le diagnostic d'ostéite bacillaire et soumit le malade au traitement par les pointes de feu et l'héliothérapie. Au bout de deux mois, le traitement scrupuleusement suivi, n'ayant donné aucun résultat, il conseilla au malade de se faire radiographier. La radiographie que voici montra une coque osseuse avec cloison de refend et le diagnostic de sarcome s'imposa.

C'est peu après qu'il entra dans le service de M. Delore, que j'avais l'honneur de suppléer.

La tuméfaction se présentait alors avec le volume d'une grosse mandarine ; elle était rénitente et ne résistait au doigt que par sa coque élastique. La peau était adhérente, mais non envahie ; le reste du squelette et les muscles de la jambe

paraissaient sains. Il n'y avait pas d'adénopathie à distance. Je pensai qu'il serait possible de faire une opération conservatrice, et, 7 septembre 1912, abordant le péroné par une incision longitudinale, je le sciai à sa partie moyenne, puis, le basculant en dehors, j'arrivai de proche en proche, en détachant les muscles, à isoler la tumeur sans en crever la coque. Elle occupait toute la malléole externe, qui fut finalement désarticulée. Son ablation laissa dans la continuité de l'articulation tibio-tarsienne une perte de substance ayant les dimensions d'une pièce de vingt sous. Il était impossible de l'obturer par une suture. Je me bornai à recoudre exactement les parties molles et suturai la peau sans drainage, puis le membre fut mis dans un appareil plâtré.

J'étais assez curieux de voir ce qui se produirait ultérieurement au moment de la levée de l'appareil, étant donné que la suppression de la malléole externe passe pour entraîner des troubles graves de la statique du pied ; la partie inférieure du péroné ayant la réputation d'être nécessaire à la marche normale, je pensais donc qu'il serait nécessaire pour le moins de faire porter au malade un appareil avec tuteur métallique et, qu'il faudrait, pour le plus, soit pratiquer une arthrodèse en enchevillant l'astragale à l'extrémité inférieure du tibia, soit faire une greffe osseuse : je regrettais même de ne pas l'avoir fait séance tenante, avec une partie du péroné de l'autre côté.

Les suites opératoires furent des plus simples : au bout de quinze jours, les fils furent enlevés et au bout de vingt-cinq jours le malade fut renvoyé chez lui ; un mois plus tard, il supprima de lui-même son plâtre et le remplaça par un appareil à lames métalliques de sa fabrication, qu'il porta quinze jours ; puis, voyant que la marche se faisait bien et qu'aucune déviation ne se produisait, il se remit aux chaussures ordinaires. Et c'est ainsi que je l'ai vu arriver ce matin dans le service de M. Poncet, marchant allègrement.

J'ai été surpris agréablement par ce résultat qui dépassait de beaucoup ce que l'on pouvait espérer, et j'ai prié ce malade de rester jusqu'à ce soir pour que vous puissiez juger de la perfection inattendue du résultat orthopédique et fonctionnel. Les faits sont rares, en effet, qui permettent de juger le rôle réel de la malléole externe dans la marche, et, d'autre part il est exceptionnel que l'on ait eu l'occasion de pratiquer à ce niveau

une opération conservatrice pour un sarcome. Je crois devoir ajouter que j'ai conseillé à mon malade d'avoir un peu moins confiance en la valeur de son pied et je l'ai engagé à se faire une chaussure spéciale avec tige externe qui maintienne le pied et empêche la moindre velléité de déviation en dehors.

Sans préjuger de l'avenir, il m'a paru que ce résultat, tel qu'il est, méritait d'être signalé.

M. BÉRARD. — Est-ce qu'il s'agissait d'une tumeur à myéloplaxes ? Cette tumeur en a exactement la silhouette radiographique.

M. LERICHE. — Macroscopiquement, oui : elle était faite d'une grosse coque périphérique avec des bourgeons rougeâtres, lie de vin, à l'intérieur ; elle avait l'aspect d'une côtelette dont le péroné sain faisait le manche.

La pièce est conservée dans le service de M. Delore. Pris de court, je n'ai pu l'avoir pour vous la présenter, ainsi que le détail de l'examen histologique. Je me suis borné aujourd'hui à profiter de l'occasion qui s'est présentée de vous montrer ce malade pour vous faire juger du résultat obtenu.

M. BÉRARD. — Ce résultat est parfait évidemment. Je suis très heureux de le constater, car il vient à l'appui de ce que j'ai pu voir moi-même. Il y a douze ou treize ans, j'avais été conduit à réséquer une malléole externe pour ostéite tuberculeuse, et le malade, à mon grand étonnement, avait conservé une marche à peu près normale, même après suppression d'un tuteur qu'il avait gardé quelques mois seulement : il n'avait pas eu, lui non plus, de déviation du pied. Ce fait est signalé dans la thèse de M. Vial, que j'avais inspirée il y a une douzaine d'années.

Séance du 12 décembre 1912

Présidence de M. GANGOLPHE

TUBERCULOSE RÉNALE. NÉPHRECTOMIE PRÉCOCE.
GUÉRISON RAPIDE.

M. GAYET. — C'est en raison de la rapidité de sa guérison et de la simplicité des suites opératoires que je vous présente ce malade, avec son observation et la pièce opératoire. Nul plaidoyer en faveur de la néphrectomie précoce ne vaudra celui-là : un malade ressent en juin les premiers symptômes de la tuberculose rénale ; en août il est amaigri, l'état général est très touché ; il se lève toutes les demi-heures la nuit, et l'exploration instrumentale révèle avec l'intégrité parfaite du rein gauche une diminution fonctionnelle des deux tiers du rein droit, dont les urines sont troubles, tuberculisent le cobaye. Il est opéré au début d'octobre, cicatrise sa plaie en moins d'un mois et, au début de décembre, revient nous trouver, ayant repris son poids normal, ne se levant plus la nuit, ayant des urines d'une limpidité admirable, sans albumine et sans culot à la centrifugation. En un mot, il présente aujourd'hui tous les attributs de la plus parfaite santé. Quel traitement médical aurait donné un résultat aussi rapide et surtout autant de garanties pour l'avenir ?

Voici l'observation résumée de cet opéré :

Obs. — A... (Marie-Eugène), 25 ans, cultivateur dans le département de l'Ain, vient nous trouver à la fin du mois d'août pour des phénomènes de cystite. Il nous raconte l'histoire suivante : d'une bonne santé habituelle, bien que sujet à s'enrhumer fréquemment, il s'est marié il y a quelques mois. Au commencement de juin 1912 apparaissent des douleurs à la miction, pollakiurie, le malade se levait toutes demi-heures pendant la nuit, le jour, mictions guère plus espacées. Quelques

gouttes de sang à la fin. Les urines devinrent troubles, laissant un gros dépôt au fond du vase.

L'appétit diminue et le malade maigrit et pâlit considérablement; transpirations nocturnes. Au toucher rectal, prostate un peu dure à droite.

Une première tentative de cystoscopie est impossible en raison des douleurs ressenties par le malade.

Le 24 septembre 1912 : on pratique une rachi-anesthésie. Capacité obtenue : 150 centimètres cubes. L'examen montre une vessie rouge à droite vers l'orifice urétéral dont le méat paraît entouré de plusieurs ulcérations. Une sonde urétérale peut être introduite et pénètre jusqu'au bassinnet après avoir été arrêtée plusieurs fois. Le rein gauche est également cathétérisé.

Polyurie expérimentale :

	REIN GAUCHE		REIN DROIT	
1 ^{re} demi-heure.....	8 cmc.	sanglantes.	18 cmc.	troubles.
2 ^e —	12	id.	25	id.
3 ^e —	25	id.	55	id.
4 ^e —	60	id.	125	claires.

L'inoculation des urines est pratiquée pour les deux côtés. Elle a été ultérieurement reconnue positive à droite, négative à gauche.

Examen microscopique : du côté gauche sang, pas de pus, pas de microbes. Du côté droit, nombreux globules de pus, quelques coli, Ziehl négatif.

L'examen chimique a donné les résultats suivants (M. Boulud) :

	REIN GAUCHE		REIN DROIT	
	Avant polyurie	Après polyurie.	Avant polyurie.	Après polyurie.
Volume....	7 cmc.	85 cmc.	17 cmc.	200 cmc.
Urée	22,8	9,00	7,70	2,56
Chlor. ‰	15,00	7,00	3,50	2,60
Phosph. ‰		0,95		0,30
Sucre ‰		7,10		2,62
Albumine .		4,59		traces.
Sang		beaucoup.		néant.

Le sucre est dû à une injection de phlorhidzine; la forte proportion d'albumine à gauche est due à ce que l'uretère a saigné de ce côté.

De ces résultats on conclut à une tuberculose unilatérale du rein droit, ayant détruit environ les deux tiers du parenchyme utile de ce côté.

Le 4 octobre 1912 : *néphrectomie lombaire droite*. Le rein n'est pas très gros. Il laisse voir sur sa convexité quelques granulations miliaires disséminées. A la coupe médiane on découvre plusieurs petites cavernes dont la plus volumineuse est grosse comme une petite

noisette, et de nombreuses granulations éparses dans tout le parenchyme; en outre, lésions évidentes de néphrite scléreuse.

Le malade sortait du service complètement cicatrisé le 27 octobre.

Vous le voyez aujourd'hui 12 décembre, ayant repris sa bonne mine d'avant sa maladie. Il ne se lève plus du tout la nuit, urine cinq ou six fois par jour; les urines sont, comme vous le voyez, d'une limpidité parfaite et ne renferment plus d'albumine, même à l'état de traces. Il n'y a pas de trace de hernie lombaire.

M. BÉRARD. — A côté de l'excellent résultat obtenu par M. Gayet par la néphrectomie précoce dans la tuberculose rénale, je puis rapporter trois cas de guérisons inespérées dues à la néphrectomie dans des tuberculoses anciennes du rein, avec cystite tuberculeuse et phénomènes douloureux dans le rein du côté opposé. J'ai revu ces jours derniers une malade que M. Condamin m'avait adressée pour une tuberculose rénale ayant débuté sept ans avant le moment où je l'ai opérée; trois ans auparavant, elle avait été examinée par un chirurgien urinaire, qui avait déclaré que cette malade présentait de telles lésions des deux reins et de la vessie, qu'il était inutile d'intervenir. De fait, elle était dans un état si grave que je n'ai pas osé faire une néphrectomie d'emblée; le rein droit était très gros, on n'avait pas pu faire le cathétérisme des uretères, à cause de la cystite. Je fis donc l'exclusion du rein droit, puis au bout de quinze jours, quand j'ai vu que les urines du rein gauche paraissaient abondantes et claires, j'ai fait l'ablation du rein droit; il était transformé en une grande caverne de pus urineux et nauséabond. C'était en octobre 1912.

La malade se remonta très rapidement; je lui ai fait des injections de sérum durant les premiers jours pour remettre le rein gauche en tension; et je voudrais bien, à ce sujet, connaître l'opinion des chirurgiens urinaires sur l'emploi du sérum chez ces malades; comme on ne sait guère à quel type de néphrite on a affaire, n'est-il pas dangereux? En général, je me suis assez bien trouvé de son emploi.

Cette femme s'est donc remontée assez rapidement, mais elle a conservé, malgré une ablation assez longue d'uretère, une fistule fongueuse pendant près d'un an. Sous l'influence des injections d'huile goménolée, qui fait vraiment merveille dans ces cas-là, cette fistule se cicatrisa et la cystite guérit.

J'ai revu cette femme il y a huit jours: ses urines sont claires et ne renferment même plus d'albumine; pourtant, elle en a gardé pendant deux ans avec un rein gauche douloureux; s'agit-il de lésions cicatricielles ou de phénomènes vicariants? Le rein est un peu sensible, mais l'état général est bon, la malade a engraisé de 12 kilos et semble vraiment ressuscitée; j'aurais été surpris de ce résultat si je n'avais pas observé deux autres cas aussi encourageants.

Dans le premier de ces cas, il s'agissait d'un employé de banque que j'ai opéré il y a cinq ans dans des conditions analogues.

J'ai fait une néphrectomie du rein droit; le rein gauche était sensible et m'a donné les mêmes émotions; les suites opératoires ont été également favorables, et au bout de sept mois, cet homme a pu reprendre son travail, M. Roux, de Lausanne, qui l'a revu, m'a donné récemment des nouvelles de son état, qui est satisfaisant.

Le troisième cas dont je veux parler date de six ans; il s'agissait d'une fillette que M. Weill plusieurs fois m'avait montrée à la Charité. Elle avait une tuberculose du rein droit très avancée: on n'avait pas pu faire le cathétérisme de l'uretère à cause de la cystite, très douloureuse.

Dans les suites opératoires, j'ai passé par les mêmes alternatives et les mêmes inquiétudes. J'avais perdu cette malade de vue lorsque dernièrement, entrant chez une dactylographe pour y faire copier une pièce, j'ai été reconnu par mon opérée, que je n'aurais pas reconnue moi-même, tant elle avait engraisé. Elle vit depuis six ou sept ans d'une vie absolument normale.

Il m'a semblé intéressant de rapprocher ces trois cas, dont aucun n'aurait été opéré si je m'en étais tenu aux indications strictes que l'on donnait alors.

M. CONDAMIN. — La malade à laquelle M. Bérard a fait allusion m'avait en effet vivement préoccupé en raison des douleurs présentées sur le rein opposé, qui était gros, hypertrophié. Il semble résulter d'une observation de M. Rochet à une précédente séance, de celles de MM. Bérard et Gayet aujourd'hui, qu'il est assez habituel de voir des phénomènes douloureux du côté opposé survenir après l'opération; on parle de suractivité fonctionnelle; malgré tout, on ne peut s'empêcher d'éprouver quelque appréhension au point de vue de l'infection tuberculeuse du second rein.

M. DELORE. — J'ai vu deux malades néphrectomisés pour tuberculose rénale présenter des douleurs intenses du côté du rein restant. Dans un de ces cas, j'avais fait une néphrectomie. La malade a succombé trois ans après d'une tuberculose de l'autre rein. De plus, j'ai eu l'occasion de voir dans le service de M. Poncet une malade qui avait été opérée par Albarran deux ans auparavant et qui est morte d'anurie avec une tuberculose rénale du côté opposé.

Lorsque les malades se plaignent du côté opposé, il faut donc craindre une tuberculisation du rein restant.

Comme résultat encourageant, je puis citer le cas d'une jeune fille que j'ai opérée il y a huit ans et demi; elle avait un rein droit très volumineux; les urines contenaient une grande quantité de pus; elle souffrait beaucoup, tellement, qu'on avait pensé qu'elle avait une tuber-

culose de la colonne vertébrale. J'ai fait une néphrectomie, la malade va très bien maintenant, je la rencontre souvent; elle a pu se marier et accoucher; c'est donc un succès complet du traitement chirurgical de la tuberculose rénale.

J'ai opéré pas mal d'autres malades, mais je ne les ai pas suivis, je ne puis vous donner que ces trois résultats éloignés qui me paraissent intéressants.

M. GAYET — Les cas dont viennent de parler mes collègues sont encourageants. Ils prouvent que des néphrectomies, même tardives, peuvent encore donner des résultats. Elles en donnent encore dans certains cas de tuberculose bilatérale, comme vient de le dire M. Delore. Pour ma part, il m'est arrivé d'enlever un rein, sachant l'autre malade déjà, mais encore suffisant. Il s'agissait alors de soulager le patient en supprimant un gros rein purulent, douloureux. M. Rochet a préconisé ici même cette façon d'agir avec beaucoup de raison. Mais je ferai remarquer que le malade que je viens de vous présenter est tout différent, et ce que je tenais à mettre en évidence par son exemple, c'est le gros avantage qu'il y a à opérer à une période précoce parce qu'à ce moment-là tout est simple, et la guérison qui se fait avec une surprenante facilité a beaucoup plus de chances d'être complète. Il me faut cependant des indications sérieuses et je n'enlèverais pas volontiers un rein à peine malade. Mais dès que je reconnais que la moitié du parenchyme est détruit, que la valeur fonctionnelle est réduite de moitié, je suis d'avis qu'il ne faut plus perdre de temps.

M. Bérard a soulevé la question des injections de sérum après les néphrectomies. Je crois qu'il faut être prudent lorsqu'il y a lieu de soupçonner une néphrite chlorurémique du rein restant. Or l'analyse séparée des urines fournit, par le taux des chlorures éliminés, un renseignement très précieux à cet égard; très souvent cette élimination est bonne chez les tuberculeux.

Lorsque le sérum salé est contre-indiqué, il y a une ressource, c'est le sérum glycosé en solution isotonique qui le remplace avantageusement.

Enfin il a été question des douleurs du côté opposé. Ces douleurs ne sont pas rares après la néphrectomie. Elles doivent avoir pour cause, au moins dans certains cas, le travail très actif d'hypertrophie compensatrice qui se fait dans le rein restant et s'accompagne souvent d'albuminurie temporaire.

Ce rein restant doit du reste toujours être surveillé pendant les mois qui suivent, et la meilleure manière de le faire, c'est naturellement de pratiquer de temps à autre des inoculations de l'urine. Il est possible que, dans le début, cette inoculation soit positive par le fait des lésions vésicales. Mais au bout de quelque temps, ces lésions guérissent, et si

l'inoculation reste positive, il y a lieu de penser à la bilatéralité des lésions.

M. GANGOLPHE. — Les résultats aussi beaux que celui de M. Gayet se rencontrent surtout dans les cas de lésion rénale non accompagnés de lésions urétérales ou pyéliqués.

J'ai souvent vu après la néphrectomie la cicatrisation se faire lentement, et toujours cela tenait à l'inoculation de la paroi, qui se fait par le bassinnet. Dans ces cas l'huile goménolée fait merveille; je l'ai également très fréquemment employée chez les néphrectomisés ayant des phénomènes vésicaux graves, et j'en ai obtenu des résultats très satisfaisants.

Pour ce qui est de l'injection de sérum chez ces malades, j'en ai fait souvent, je n'ai jamais vu d'inconvénient.

M. CONDAMIN. — Au point de l'administration de sérum, je crois qu'en s'en tenant à la voie rectale, on peut éviter à coup sûr les accidents qui viennent d'être signalés, car l'absorption est beaucoup plus lente.

M. BÉRARD. — Je l'emploie presque toujours.

*
* *

CANCER DE LA VERGE. AMPUTATION TOTALE, Y COMPRIS LES CORPS GAVERNEUX. CONSERVATION DES TESTICULES.

M. GAYET. — En présence d'un cancer étendu de la verge, lorsque les téguments de la région pubienne commencent à être envahis, il faut renoncer à toute amputation partielle ou même à la section au ras de la symphyse. C'est ordinairement à l'émascation totale que l'on a recours, et les résultats immédiats, et même éloignés de cette opération, sont assez satisfaisants. La technique en a été parfaitement réglée par Chalot, vers 1892, mais c'est à Anandale qu'en reviendrait la première exécution, en 1873. Depuis, les observations en sont assez nombreuses.

On peut se demander toutefois si le sacrifice des testicules qu'implique ce manuel opératoire est bien indispensable. C'est en parler à son aise que de dire, comme Montaz, qu'il ne sert de rien de conserver « ces témoins muets et attristés d'une fonction irrémédiablement détruite ». Ce que nous savons de la sécrétion interne de la glande mâle s'élève contre cette ma-

nière de raisonner ; et du reste, il n'y a qu'à consulter les malades. Ils attachent un grand prix à la conservation des habitants de leur scrotum.

Ceci importerait peu si la récurrence devenait plus menaçante par le fait qu'on ne pratique pas la castration. Mais je ne connais pas de cas où cette récurrence ait été observée au niveau des testicules. Je crois donc qu'il n'est pas déraisonnable, lorsque le scrotum n'est pas largement envahi, de donner satisfaction sur ce point aux malades et de s'efforcer d'enlever tout le mal en leur laissant le plus qu'on peut des attributs de la virilité.

Cette opération n'est pas nouvelle ; elle a été pratiquée par Cabadé (de Valence d'Agen), en 1873, puis par Pearce Gould, qui lui a donné son nom. Nous en connaissons un cas, dû à Tédénat et publié dans la thèse de son élève Villa (Montpellier, 1901). Nous y avons ajouté un perfectionnement proposé pour l'émascation totale par Harrisson, Horteloup et Montaz, et qui consiste à reporter le méat nouveau le plus loin possible de la ligne de sutures en pratiquant, dans un premier temps, une uréthrostomie périnéale. Nous avons obtenu de cette façon un résultat qui nous a paru assez satisfaisant pour mériter de vous être montré.

OBSERVATION. — N... Antoine, 57 ans, menuisier, à Lyon, entre le 5 octobre 1912, à l'hôpital Saint-Pothin, dans le service d'urologie du docteur Gayet, pour une tumeur de la verge.

Ce malade a présenté un phimosis congénital très serré ; à 18 ans, blennorrhagie accompagnée d'œdème de la verge. Il y a trois ans, il est entré à l'Hôtel-Dieu pour un œdème persistant de la verge. On le soumit au traitement spécifique et les symptômes rétrogradèrent.

Il y a deux mois, la verge grossit de nouveau, il se produit une hématurie assez forte, puis l'induration commença sur l'extrémité de la verge et l'envahit bientôt complètement. L'urine sort par un orifice à la partie moyenne de la face dorsale de la verge.

Actuellement, il y a une plaie sanieuse, dont l'odeur est infecte, elle a envahi la verge à peu près complètement, ne respectant que 1 centimètre à sa base. La pression fait sourdre un peu de sang et des vermiotes.

Contenu scrotal normal ainsi que la prostate et les vésicules séminales. Ganglions petits et nombreux dans les deux aines.

Etat général satisfaisant, mais le malade aurait perdu plusieurs kilos en deux mois.

16 octobre 1912. — Intervention (M. Gayet).

Premier temps. — On fait une incision courbe prérectale, on va chercher l'urèthre membraneux qu'on dissèque, qui est coupé en travers, fendu longitudinalement sur une longueur de 1 centimètre et abouché à la peau par quelques points de suture.

Deuxième temps. — Par une double incision parallèle à l'arcade fémorale, on dissèque les ganglions des deux aines en les laissant adhérents à un pédicule contenant les troncs lymphatiques de la verge.

Troisième temps. — Incision du raphé scrotal, puis de la cloison des bourses, on rejette les testicules à droite et à gauche.

Quatrième temps. — On rabat de haut en bas la graisse ; les ganglions, les corps caverneux sont détachés à la rugine des bords de l'ogive pelvienne et on a dans la main toute la tumeur enlevée d'un seul bloc avec ses annexes et les territoires lymphatiques.

Suture et drainage des deux triangles de Scarpa. Suites simples.

Actuellement, la cicatrisation est complète. La miction se fait bien par l'urèthre périnéal. Le seul ennui dont souffre le malade, c'est l'irritation cutanée provoquée par l'urine au niveau du scrotum et de la face interne des cuisses. Mais cet inconvénient est en voie de disparaître par l'usage de pommades et la précaution que prend, sur notre conseil, le malade de relever le scrotum au moment de la miction.

*
* *

CANCER DU HAUT RECTUM OPÉRÉ PAR VOIE ABDOMINALE CHEZ UN HOMME.

M. GOULLIoud. — C'est un cancer à la limite du rectum et du côlon pelvien que je vous présente.

OBSERVATION. — Le malade qui en était porteur est un homme de 54 ans, arrivé dans mon service, le 16 novembre 1912, avec un ventre ballonné, dans la période pré-occlusive de son cancer. Après quelques jours de diète liquide, le ventre s'était affaissé et le malade était opérable.

Le doigt rectal atteignait un cancer en haut de l'ampoule rectale ; mais pour atteindre l'ulcération, le doigt devait dépasser un pli de muqueuse interposé.

La tumeur paraissait fixe ; cependant un doute persistait sur son opérabilité ; on se demandait d'autre part, si, en cas d'opérabilité, la tumeur ne pourrait pas être enlevée par l'abdomen. Déjà d'ailleurs se posait l'indication d'un anus iliaque gauche.

A la laparotomie, le 29 novembre, on reconnut un cancer situé immédiatement au-dessus du cul-de-sac recto-vésical. Il fallait, dans

l'exérèse, empiéter sur la partie du rectum, située derrière les vésicules séminales.

Déjà l'ulcération cancéreuse avait perforé le gros intestin, dans toute son épaisseur, sur sa paroi antérieure, car celle-ci était cicatricielle, et il y avait sur les parois de l'excavation, sur le fond vésical notamment, quelques adhérences lamellaires, minces, qui indiquaient une péritonite plastique due à cette perforation. Ces adhérences avaient un aspect inflammatoire et cicatriciel, et non l'apparence d'un envahissement néoplasique.

La tumeur restait, malgré cela, mobile par rapport à la vessie et par rapport à la paroi pelvienne : on se rendait compte qu'après émission des brides péritonéales tendues qui l'immobilisaient, la portion malade du recto-côlon pourrait être enlevée. Il s'agissait d'un cancer ulcéré sténosant.

On commença par sectionner le péritoine de chaque côté du gros intestin, ce qui permit de mettre à nu les uretères. On sectionna ensuite les adhérences du dôme vésical, on décolla en avant les canaux déférents et les vésicules séminales, on lia les pédicules vasculaires et on décolla le tissu cellulaire rétro-intestinal, le long de la paroi antérieure du sacrum.

On remonta dans ce décollement du tissu cellulaire jusqu'au-dessus du promontoire, pour dépasser une induration du méso-côlon pelvien, soupçonnée être une trainée de lymphangite cancéreuse. Ce côlon pelvien était d'ailleurs court et vertical.

Le gros intestin bien libéré, on le sectionna au fond du bassin, entre deux de nos pinces vaginales courtes, qui avaient l'avantage de pouvoir évoluer au fond du bassin, fermer la lumière de l'intestin, et attirer en haut le bout inférieur pour en faciliter la suture. Deux recoupes furent faites sur ce bout inférieur, pour mieux dépasser les limites du mal, et le rectum fut fermé en cæcum, au fond du bassin, avec deux plans de suture, un premier comprenant toutes les couches, un second, sur la couche musculaire, enfouissant le plan précédent.

Le côlon pelvien, portant la tumeur à son extrémité inférieure, fut détourné sur une compresse hors du bassin.

Il ne restait plus qu'un mince pont transversal de séreuse sur le fond de la vessie. Il fut facile de l'en détacher. Un drain, glissé entre la vessie et ce pont péritonéal, fut laissé, plongeant dans le bassin. On put péritoniser au-dessus du drain et fermer la cavité péritonéale sans la drainer.

L'S iliaque passé à travers une boutonnière au point voulu de la fosse iliaque gauche, permit d'établir un anus iliaque terminal. On craignait pour sa vitalité, et on eut la pensée d'une réintervention rapide en cas de signes de sphacèle de ce côlon laissé peu saillant. Cette crainte ne se réalisa heureusement pas.

La pièce enlevée représente une ulcération cancéreuse, faisant tout le tour de la circonférence intestinale. Tout le côlon pelvien a été réséqué au-dessus de la tumeur ; et une induration suspecte de son méso légitimait cette exérèse.

Les suites immédiates de cette opération ont été simples, sans réaction péritonéale, sans complication, mais ce malade reste affaibli quinze jours après l'opération.

La relation de cette intervention nous a paru présenter quelque intérêt ; car la question du choix des méthodes d'exérèse du haut rectum reste en suspens.

Ici, le Lisfranc était impossible à cause du siège élevé de l'ulcération et surtout de sa fixité. On sait, d'autre part, la gravité de l'amputation abdomino-périnéale chez l'homme. La conservation de l'extrémité inférieure du rectum, fermé en cæcum au fond du pelvis, nous a paru un mode avantageux de terminer notre opération. Elle était moins grave qu'une amputation par voie combinée. Elle permettait une exérèse suffisante.

La longueur nécessaire de celle-ci et le peu de développement de l'S iliaque ne nous permettait pas un invagination de celle-ci dans le bout restant du rectum, ni une suture au fond du bassin. D'ailleurs, notre malade eût été incapable de résister à une plus longue intervention.

Sans doute, ce cancer sténosant, avec les signes de péritonite adhésive dans le Douglas, répond à une lésion déjà avancée. Notre expérience des amputations abdomino-périnéales du rectum avec propagation d'une traînée néoplasique jusqu'au Douglas, nous a montré combien la récurrence était à redouter, mais elle permet d'espérer des survies de trois, quatre et cinq ans. Je ne parle pas des cas plus favorables, où la guérison peut être durable (1).

(1) Les événements n'ont pas répondu à nos espérances, ce malade, qui paraissait bien aller jusqu'à l'ablation des fils et du drain, au quinzième jour, a présenté ensuite des signes d'infection tardive du bassin, avec péritonite partielle et œdème cachectique des membres. Une désunion du surjet péritonéal a dû se produire. La mort est survenue rapidement le vingtième jour.

Séance du 19 décembre 1912

Présidence de M. A. POLLOSSON

OSTÉO-ARTHROPATHIE PRÉ-TABÉTIQUE.

M. GANGOLPHE. — Si mes souvenirs sont exacts, c'est au mois de février 1906 que j'ai appelé l'attention de la Société sur les manifestations ostéo-articulaires précoces, pré-ataxiques du tabes.

Je présentai alors cinq malades, et l'année suivante je revins encore sur cette question.

Le malade que je sou mets aujourd'hui à votre examen est un exemple typique de cette variété clinique. Depuis un an et demi, sa tibio-tarsienne gauche est déformée et il n'offre aucun symptôme médullaire. Les réflexes sont normaux, les pupilles égales, les mouvements coordonnés, il n'y a pas d'Argyll-Robertson, pas de Romberg. Seule, la disparition des désirs vénériens et des érections indique un trouble médullaire.

Voici l'observation :

OBSERVATION. — Agé de 57 ans, il aurait joui d'une bonne santé, mais aurait contracté la syphilis en 1880.

Les accidents secondaires furent peu importants; un traitement mixte, iode et mercure, fut employé.

En 1904, il aurait eu de l'iritis, soigné par le Dr Avezou (frictions mercurielles).

Il y a un an et demi, il glissa sur la neige, se tordant fortement le cou-de-pied. Il se releva, ne put tenir debout, retomba, et cela à deux ou trois reprises. A son grand étonnement, il n'éprouva aucune douleur; bien plus, un rebouteur lui ayant fait diverses manœuvres, il ne ressentit aucune souffrance. Le cou-de-pied était énorme, l'ecchymose considérable.

Il dut garder le lit pendant un mois.

Au bout de ce temps, il recommença à marcher et put reprendre des excursions assez longues (27 à 28 km.).

Il m'est envoyé par le Dr Reynes, de Moutiers, en raison du gonflement considérable persistant, de la tibio-tarsienne.

Le périmètre péri-malléolaire donne 33 centimètres du côté touché et 23 centimètres du côté sain.

La palpation indique l'existence d'ossifications nouvelles du côté du péroné, du tibia et peut-être aussi dans les tissus péri-articulaires. La jambe est raccourcie d'environ 2 centimètres. Une radiographie montre que l'astragale a en partie disparu et qu'il existe des ossifications en arrière de la tibio-tarsienne, du côté du tendon d'Achille, de même qu'une déformation avec hyperostose des extrémités tibio-péronières.

Les mouvements de flexion et d'extension du pied se font assez bien, mais comme il y a une tendance au valgus, j'ai conseillé le port d'un appareil orthopédique.

Pas de trouble de la sensibilité au contact ou à la température.

Comme singularité, je noterai encore l'absence presque complète d'atrophie musculaire de la cuisse. Ce fait montre bien que les troubles trophiques médullaires portant sur les os et les articulations peuvent apparaître indépendamment des autres manifestations tabétiques.

Le traitement orthopédique et spécifique me paraît toujours indiqué en pareille circonstance et permettent, le premier surtout, de conserver, en majeure partie, l'utilisation du membre. Une autre considération s'impose enfin au point de vue juridique : le fait que le sujet n'a pas souffert lors de son accident permet de croire qu'il était en quelque sorte en puissance de sa lésion, et la chute peut très bien avoir été non pas la cause des désordres articulaires, mais la conséquence d'un état pathologique latent.

*
* *

DISLOCATION LONGITUDINALE DU TARSE COMPLIQUANT UNE FRACTURE PAR ÉCRASEMENT DU TIBIA ET DU PÉRONÉ.

M. BÉRARD. — J'ai observé chez le blessé que voici un traumatisme grave de la jambe et du pied gauches, avec une *dislocation longitudinale du tarse* qui m'a semblée aussi curieuse que rare.

OBSERVATION. — Cet homme, voiturier, âgé de 43 ans, eut le cou-de-pied gauche écrasé par la roue d'un tombereau lourdement chargé. Il en resta une fracture compliquée de l'extrémité inférieure des deux os de la jambe gauche, avec plaie des parties molles au niveau de chaque malléole : le pied subluxé en avant et en dedans était en outre fort empâté, élargi, très douloureux dans sa moitié postérieure. Après une désinfection soigneuse, le membre blessé fut immobilisé pendant huit jours en gouttière métallique. Les plaies cicatrisées, le dixième jour fut pratiquée une radiographie de face et de profil qui montra :

a) Un écrasement complexe de la malléole péronière et du tibia de 4 à 5 centimètres au-dessus de l'interligne, avec pénétration des traits de fracture dans l'articulation tibio-tarsienne.

b) Le pied fortement dévié en avant et en dedans par le déplacement des fragments inférieurs du tibia et du péroné montrait en outre un tassement du corps de l'astragale et une dislocation, un diastasis complexe du tarse séparant, suivant une ligne axiale d'une part l'astragale, le scaphoïde et les cunéiformes, d'autre part le calcanéum, le cuboïde.

La radiographie ci-jointe nous dispense d'une plus longue description.

Dès le douzième jour fut tentée une réduction sous anesthésie, les tractions continues étant mal tolérées et inefficaces. Un premier appareil plâtré laissé en place pendant quinze jours, n'avait que fort peu corrigé les déformations de la jambe. Par contre, le diastasis du tarse était déjà très atténué. Avant d'appliquer le second appareil plâtré, nous fîmes pendant un quart d'heure des tractions progressives et des corrections sous traction en utilisant l'appareil tracteur de Lambotte, dont le levier extrêmement puissant et l'action progressive nous permirent de ramener le pied et les fragments inférieurs tibio-péroniers, notablement en arrière et en dehors, sans aboutir toutefois à une correction complète. Les lésions étaient trop complexes pour qu'on pût utiliser le traitement sanglant.

Actuellement, quatre mois après l'accident, la consolidation est obtenue dans les conditions que vous voyez :

La dislocation du tarse est à peine perceptible sur la radiographie prise la semaine dernière. L'astragale encore tassé dans sa moitié postérieure a repris à peu près sa place dans la mortaise tibio-péronière. Les fragments inférieurs des deux os de la jambe restent déviés en dedans et en avant.

Dans la station debout, le pied appuie bien par sa plante sur le sol, mais il reste projeté en avant et en dedans; la saillie talonnière est avalée, le cou-de-pied élargi. Le raccourcissement du membre suivant la longueur est de 1 cm. 1/2; les muscles de la jambe présentent une atrophie circonscrite de 3 centimètres.

Au point de vue fonctionnel, l'articulation tibio-tarsienne possède des mouvements spontanés limités, des mouvements provoqués qui dépassent l'angle droit. Mais le pied gauche ne peut pas encore être utilisé dans la marche à cause des douleurs que provoquent les pressions sur le talon et sur le cou-de-pied. Ces douleurs relèvent du faux aplomb du pied gauche, dévié en dedans et en avant de l'arthrite tibio-tarsienne, et peut-être de l'écrasement trabéculaire de l'astragale resté déformé. Peut-être serons-nous conduits par la suite à pratiquer une astragalectomie complémentaire pour améliorer le résultat fonctionnel.

DU DRAINAGE DANS LES RÉSECTIONS POUR TUBERCULOSE
OSTÉO-ARTICULAIRE.

M. BÉRARD. — A plusieurs reprises, depuis deux ou trois ans, nous avons discuté ici les détails techniques opératoires, qui doivent être appliqués aux résections dans la tuberculose ostéo-articulaire. Grâce aux progrès de l'asepsie, de l'hémostase, et des méthodes de coaptation osseuse, nous sommes arrivés à abréger notablement la durée du traitement dans ces résections et à en améliorer encore les résultats définitifs. Ce n'est point ici le moment d'envisager si la résection doit être conservée comme méthode de traitement dans la tuberculose des grandes articulations. Chez l'adolescent et chez l'adulte même les partisans les plus enthousiastes de l'héliothérapie et du traitement orthopédique pur ont dû reconnaître que passé l'âge de 16 à 18 ans les sujets atteints de tuberculose du genou et du cou-de-pied, avec lésions osseuses et fongosités diffuses de la synoviale, doivent être soumis, très souvent en dernier recours, à la résection : c'est l'opinion qui se trouve exprimée notamment par M. de Quervain dans ses récents articles de *la Semaine Médicale* (novembre-décembre 1912).

Si l'on est d'accord sur les indications fréquentes de ces résections, on est encore partagé sur le point suivant : faut-il après l'éradication des lésions et en s'en tenant aux règles d'Ollier, — c'est-à-dire en gardant le périoste et en respectant les cartilages des conjugaisons — chercher la cicatrisation rapide du foyer opératoire par une suture totale sans jamais drainer, ou au contraire le drainage doit-il être maintenu et dans quel cas ?

Nous allons successivement envisager :

1° Les résections après lesquelles on cherche l'ankylose en position rectiligne : telle la résection du genou.

2° Les résections où l'on recherche des mouvements dans la néarthrose : telles les articulations du cou-de-pied, du poignet, du coude et de l'épaule.

A) *Pour le genou.* — Quel que soit le type de la lésion qui commande la résection, nous procédons de la façon suivante :

a) La technique générale est celle d'Ollier, mais avec sup-

pression de l'application préalable de la bande d'Esmarch, l'hémostase étant réalisée au fur et à mesure de la découverte des vaisseaux, afin d'éviter l'hémorragie post-opératoire.

b) Destruction aussi complète que possible de toutes les lésions bacillaires au bistouri, à la curette, à l'eau oxygénée, au thermocautère, de façon à obtenir un foyer bien asséché et à paroi d'apparence saine.

c) Coaptation exacte des surfaces tibio-fémorales par une ou même par deux agrafes osseuses.

Reste la question de la suture et du drainage : depuis plusieurs années nous réduisons de plus en plus le drainage, sans toutefois l'exclure dans tous les cas, comme le voudrait M. Villard. Sur ce point voici les indications qui nous ont semblé se dégager de dix-huit résections de genou pour tuberculose, pratiquées par nous depuis trois ans : 16 de ces cas ont été publiés en 1912, dans la thèse de notre élève et ami Bidon, les deux autres opérés depuis, viennent de se terminer par la guérison ; c'est un de ces cas que je vous présente aujourd'hui.

1° Dans les tuberculoses fibreuses, encore en évolution, ou tendant à la guérison en attitude vicieuse, dans les formes fongueuses, même suppurées mais non fistuleuses et sans collection arthrifluente en dehors de la synoviale, actuellement nous pratiquons la suture immédiate des téguments et nous traitons le foyer comme une plaie aseptique. La guérison s'obtient presque toujours alors par première intention ; et la consolidation est réalisée au bout de 40 à 50 jours. Chez le malade que nous avons amené ici, il s'agissait d'une tuberculose de l'adolescence pour laquelle A. Reverdin avait fait la synovectomie du genou, il y a 13 ans.

Après trente années de guérison apparente, le malade avait recommencé à souffrir. Le genou gauche devenu douloureux à la pression sur l'interligne, fut immobilisé pendant neuf mois avec application de pointes de feu et de révulsifs.

Comme au bout de ce temps il n'y avait pas d'amélioration notable, j'ai pratiqué la résection du genou dont voici les pièces :

Il y avait dans les épiphyses tibiales et fémorales des tubercules ankystés et de l'infiltration diffuse avec des abcès fongueux. Néanmoins j'ai terminé par une suture totale des parties molles après enclouage des surfaces osseuses au moyen de

deux agrafes. Aujourd'hui, au 53^e jour, la plaie opératoire ne se reconnaît plus que par une cicatrice linéaire ; la consolidation osseuse, assez avancée, peut permettre à l'opéré de frapper du talon dans la paume de la main. Le premier pansement avait été fait au 30^e jour, le massage des muscles de la jambe et de la cuisse commencé le 40^e jour.

2° A côté de ces formes favorables, il en est d'autres où l'on a intérêt à maintenir le drainage. Ce sont les formes suppurées avec foyer extra-articulaire fistuleux, infectées secondairement, et même quelques formes à lésions presque exclusivement synoviales, mais à fongosités exubérantes, lie de vin chez des sujets débiles, pâles, chez les gras lymphatiques, surtout s'ils sont porteurs de lésions viscérales. Dans ces cas, les parties molles périarticulaires se défendent mal, le tissu cellulaire voisin s'inocule facilement et si l'on ne draine pas les espaces pérисynoviaux, les foyers fongueux résiduels que l'on peut observer retardent de plusieurs mois parfois, la guérison définitive, ainsi que nous l'avons vu chez deux de nos opérés.

Le drainage ne prolonge pas beaucoup, d'ailleurs dans ces cas, la durée du traitement : le premier pansement peut être fait au 30^e et 40^e jour et la cicatrisation définitive peut être obtenue au bout du deuxième mois.

B) Après les résections qui laissent un espace mort, et où l'on recherche de la mobilité de néarthrose, à l'épaule, au coude, au poignet et au cou-de-pied, quand il s'agit de tuberculose fongueuse ou suppurée, même non fistuleuse, après avoir détruit aussi largement que possible toutes les lésions, nous ne nous croyons pas autorisé encore à abandonner, comme le préconisent MM. Villard et Tavernier, la cavité résiduelle pleine de sang, au sein de tissus suspects, sous une suture hermétique. Nous préférons assurer pendant 48 heures une hémostase exacte par un tamponnement à la gaze imbibée d'eau oxygénée, puis nous remplissons l'espace mort par un plombage au mélange de Mosetig à l'iodoforme, et nous fermons tout. Ou bien alors le mélange se résorbe sous la peau suturée et l'on n'a plus à faire aucun pansement ; ou bien ce mélange s'élimine en partie, quand la cavité donne un suintement copieux ; il suffit de faire quelques pansements espacés très simples, à la portée de tous les médecins et la guérison n'en est pas notablement retardée.

Voici un malade opéré ainsi dans des conditions peu favorables ; tuberculeux pulmonaire à évolution fibreuse ancienne, nous l'avons soigné depuis deux ans à plusieurs reprises dans notre service, pour des lésions bacillaires de la main gauche ; il a subi une amputation du médius et plusieurs interventions sur les métacarpiens. En cours de traitement, il a présenté une arthrite tibiotarsienne droite très douloureuse, avec un empâtement volumineux de l'arrière-pied. La radiographie puis l'opération nous montrèrent un astragale très oblitéré au niveau du col et de la tête astragalienne. Après astragalectomie et curetage de la synoviale malléolaire interne, le tamponnement oxygéné, puis le plombage on donna le résultat que vous pouvez constater :

Les deux incisions de la résection sont réduites à une cicatrice linéaire ; il ne subsiste au 40^e jour, et après quatre pansements superficiels qu'un petit orifice au niveau du trou de plombage par où s'élimine un peu du mélange. Le pied est mobile, sec, indolore ; le malade pourra rentrer chez lui quand il voudra, et je n'ai aucune arrière-pensée touchant une guérison durable.

Je ne sais pas si l'on aurait obtenu mieux, ou aussi simplement, un tel résultat par la suture immédiate totale. Je persiste à croire, parce que j'ai vu jusqu'ici, que l'abandon d'une cavité, pleine de caillots après une résection pour tuberculose fongueuse en évolution, peut exposer à des complications immédiates graves, localement ou à distance, que les réinoculations des parties molles par le bacille de Koch s'en trouvent facilitées, et que l'on n'a pas toujours ainsi l'assurance d'abrégier et de simplifier le traitement. Cette opinion me paraît encore plus formelle pour les tuberculoses articulaires fistulisées et infectées secondairement. C'est l'examen prolongé des séries de cas opérés suivant telle ou telle de ces méthodes qui nous permettra de faire un choix entre elles.

M. TAVERNIER. — Je suis heureux que la communication de M. Bérard me donne l'occasion de revenir sur cette question de la résection sans drainage que nous avons amorcée, M. Villard et moi, il y a près de trois ans. Je vois avec plaisir que M. Bérard est arrivé aux mêmes conclusions que nous en ce qui concerne le genou. Je n'insisterai donc pas sur le genou puisqu'il y a peu de partisans du drainage dans ce cas ; ce n'est lorsqu'il y a des abcès très étendus qu'on ne peut pas disséquer, qu'il subsiste des indications de drainage.

Pour les autres articulations, M. Bérard a une arrière-pensée à cause des cavités résiduelles : il y met du mélange de Mosetig. Ce que nous disons, M. Villard et moi, c'est que ce plombage est inutile, parce que ces cavités résiduelles fermées ne donnent pas d'accidents. Peut-être peut-on discuter la question du drainage ou du non-drainage : si je considère les résultats obtenus dans les résections autres que celles du genou pour tuberculose, je dois avouer que nous avons eu beaucoup de récidives, de continuations de processus tuberculeux, les unes para-articulaires, d'autres intra-articulaires, des récidives vraies ; peut-être, un drainage prolongé permettrait de surveiller les récidives et d'agir par des injections antiseptiques comme le faisait Ollier, comme le conseille M. Gangolphe.

De sorte que la question se pose à mon sens entre drainage et non-drainage ; mais si on se décide à ne pas drainer, je ne vois aucun bénéfice à plomber ; les avantages de plombage sont dus à l'absence de drainage ; le plomb par lui-même présente des risques d'élimination, et il n'est pas indispensable pour permettre de fermer les cavités résiduelles.

Ces cavités peuvent être réduites beaucoup par des artifices de technique : au coude, par le capitonage des plans musculaires derrière les surfaces osseuses, au poignet par la suture du troisième métacarpien au radius que nous faisons comme l'a recommandée M. Gangolphe, mais au fil résorbable ; après astragalectomie, c'est le plâtre qui se charge de diminuer la cavité en rapprochant le calcaneum de la mortaise tibio-péronière. Ce qui reste des cavités résiduelles ainsi traitées est évidemment occupé par un hématome petit qui se résorbe sans accident. Nous avons rassemblé récemment nos cas, M. Villard et moi, pour un article sous presse dans le *Lyon Chirurgical* : nous avons fermé son drainage 11 résections à cavités résiduelles : 4 coudes, 3 poignets, 4 tarsectomies. Dans un seul cas, j'ai dû drainer secondairement un poignet, et j'ai eu l'impression qu'il s'agissait d'une récidive fongueuse rapide plus que d'une infection vraie. Ce cas mis à part, nous n'avons eu aucun accident infectieux du côté de la cavité résiduelle : un peu de température pouvant atteindre 39° pendant les premiers jours après les résections pour tuberculose, puis tout rentre dans l'ordre, et on trouve au premier pansement une réunion par première intention. Dans les résections orthopédiques l'élévation thermique est généralement insignifiante.

Aussi, nous avons l'impression que le plombage a été une étape dans l'évolution des résections vers l'absence de drainage ; le plombage a permis de supprimer le drainage au moment où les chirurgiens n'osaient pas laisser des cavités résiduelles, mais cela n'a aucun inconvénient immédiat ; si cela prédispose aux récidives fongueuses, je crois bien que le plombage y expose tout autant, car je ne crois pas que

l'iodoforme soit un spécifique absolu des lésions tuberculeuses ; nous avons tous eu des récidives fongueuses dans des cas plombés.

M. BÉRARD. — Nous sommes tout à fait d'accord en ce qui concerne les résections orthopédiques même avec cavités résiduelles ; de même pour certaines articulations dans la tuberculose, ainsi pour la carie sèche de l'épaule, pour le coude ; j'en ai fait deux cette année, sans laisser un drain. Mais je ne crois pas que, lorsqu'il s'agit d'une résection laissant une cavité résiduelle dans laquelle il y a eu des fongosités, il y a avantage à faire un plombage, qui fait de l'antisepsie.

Il est prudent de drainer si l'on ne veut pas s'exposer à des récidives.

Il reste un deuxième point, celui des résections qui laissent une cavité résiduelle. Il faudrait apporter une série de cas parallèles, de cas complètement fermés et plombés pour que nous voyons s'il n'y a pas une supériorité en faveur du plombage, ce qui est certain à mon avis jusqu'à nouvel ordre.

M. TAVERNIER. — Je suis heureux de voir que M. Bérard est moins effrayé que je ne croyais des cavités résiduelles ; il ne craint pas de fermer tout sans drainage quand il s'agit de tuberculose du genou, il ne craint pas non plus de fermer des cavités résiduelles lorsqu'il s'agit de résections orthopédiques ; pourquoi refuse-t-il de fermer sans drainage après les résections pour tuberculoses les articulations autres que le genou, puisque ce n'est ni la tuberculose, ni la cavité résiduelle qui lui font peur ?

M. BÉRARD. — C'est que dans le genou il n'y a plus d'articulation ; on n'y peut rien laisser puisque l'articulation n'existe plus, on a là une fracture à traiter par la méthode sanglante ; le genou est donc hors du débat.

Il n'y a qu'un cas à envisager, c'est d'une cavité résiduelle restant avec des replis dans lesquels il est impossible d'enlever la synoviale ; là, s'il y a tuberculose, je mets en fait qu'on aura plus de chances de récidive lorsqu'on ferme tout avec du sang dans la cavité que lorsqu'on laisse un mélange antiseptique qui, parfois, est résorbé en totalité, qui, souvent, s'élimine, mais qui, en tout cas, a une action antiseptique indéniable.

M. GANGOLPHE. — Je n'ai pas d'actions dans une fabrique de caoutchouc, mais je réclame le drainage, même dans les cas orthopédiques, car il ne constitue pas un obstacle à la guérison.

J'ai fait présenter en 1909 une jeune malade à laquelle j'avais fait une résection orthopédique du coude pour une luxation ancienne non réduite, j'ai réuni plan par plan les couches musculaires profondes en laissant un petit drain que j'ai sorti le cinquième ou sixième jour ; j'ai

présenté ici cette malade le neuvième jour, faisant tous les mouvements avec son bras, n'ayant plus ni pansement, ni drain.

Si l'on draine en pratiquant une asepsie méthodique, on ne ralentit en rien la rapidité de la guérison.

Quant aux cavités résiduelles, pour le genou, je suis de l'avis de M. Bérard ; je n'en ai pas peur non plus, mais quand on a, comme quelquefois une cavité ayant la dimension d'un œuf de pigeon, creusée dans le tibia, je crois qu'il vaut mieux la laisser, quitte à drainer, que de couper au-dessous de la tubérosité antérieure, pour avoir des surfaces plus nettes ; d'habitude dans ce cas j'ouvre un petit fossé par côté, à la gouge et au maillet, dans le tibia, et je laisse cela ouvert sans même faire de drainage.

Pour la tibio-tarsienne je n'ai pas la pratique du plombage, mais si j'avais des malades à traiter, je ferais encore du drainage à ce niveau. Quant au poignet, si j'ai recommandé de suturer le troisième métacarpien avec le radius, ce n'est pas tant au point de vue immédiat mais au point de vue des récidives ultérieures ; si la repullulation est facile dans cette région qui offrant toutes les conditions requises pour la favoriser en faisant disparaître l'espace mort, on diminue les probabilités de la récidive.

*
* *

ÉLONGATION DU PLEXUS SOLAIRE POUR CRISES GASTRIQUES TABÉTIQUES.

M. LERICHE. — Il y a trois semaines, je vous ai présenté un tabétique à laquelle j'avais pratiqué au mois de juillet l'opération de Fœrster pour des crises gastriques très violentes. J'avais coupé par voie extra-durale les 6^e, 7^e, 8^e, 9^e et 10^e racines postérieures dorsales ; la guérison opératoire avait eu lieu sans incident. La malade, opérée depuis quatre mois, avait récidivé, et il m'avait semblé que les crises nouvelles étaient modifiées, que les racines n'étaient pas en jeu ; bref on avait l'impression de phénomènes périphériques se passant du côté du plexus solaire seul, les phénomènes pariétaux manquant complètement.

A ce moment, M. Bérard m'avait demandé ce que je pensais des jugements portés dernièrement à Paris, condamnant, à cause de sa gravité, l'opération de Jaboulay, qui s'adresse au plexus solaire lui-même.

Je lui avais répondu que ces jugements étaient prématurés

et que les insuccès rapportés devaient relever probablement d'une opération techniquement non conforme à ce que M. Jaboulay avait indiqué.

Pour le prouver, je vous présente aujourd'hui la malade que je vous avais amenée ce jour-là. Quatre jours après sa présentation à la Société de chirurgie, je lui ai fait une dilacération de la région solaire, et la voici dix-sept jours plus tard qui mange, digère et circule. L'élongation du plexus solaire qui a été efficace n'est donc pas l'opération terrible dont on a parlé, qui a donné trois morts sur quatre cas ?

A Lyon, elle a été pratiquée à ma connaissance quatre fois, il n'y a eu aucun décès. La mortalité ne tient donc pas à l'opération elle-même, mais à la façon de la pratiquer.

La seule objection qu'on puisse faire à cette intervention, c'est qu'elle est peu précise, et qu'elle expose plus que toute autre à des récidives.

Comme on m'avait fait, dans la dernière séance, cette objection de principe à toutes les interventions chez les tabétiques, j'ai cherché pour y répondre à dresser le bilan des interventions faites contre les névralgies faciales et j'ai relevé pour vous la citer, la statistique de F. Krause (1), la plus importante de toutes qui existent à l'heure actuelle.

Krause, en 1910, avait opéré 134 malades pour névralgie du trijumeau, 79 par résection extra-cranienne et 56 par résection du ganglion de Gasser. Il fait toujours des résections nerveuses très étendues enlevant non seulement le tronc nerveux mais encore les ramuscules les plus fins; il a même reproduit la photographie d'une pièce où l'on voit le nerf maxillaire avec ses deux branches descendantes, nerf dentaire inférieur et nerf lingual, isolés tous deux dans tout leur trajet. Malgré ces résections étendues, les résultats lointains ne sont pas toujours satisfaisants : sur 79 résections, il y a eu 3 morts opératoires et 11 guérisons définitives; chez les autres, la récurrence est apparue plus ou moins longtemps après l'opération et chez 10 p. 100 des opérés, il fallut réintervenir soit par une nouvelle intervention périphérique, soit par l'extirpation du ganglion de Gasser.

(1) KRAUSE — Développement et progrès de la chirurgie. Un volume, chez C. Fischer, Iéna, 1900.

Vous voyez quelle est *la proportion énorme des récurrences* et pourtant nul ne parle de renoncer à ces interventions qui soulagent parfois des malheureux souvent prêts au suicide.

Pourquoi voudrait-on juger plus durement les interventions qui s'adressent aux névralgies viscérales ? Ces névralgies elles aussi mènent les malades au suicide ; elles aussi, peuvent récidiver après des interventions même étendues ; ce n'est pas une raison pour abandonner ceux qui en sont atteints. Après en avoir opéré plusieurs, et bien qu'il s'agisse là d'une chirurgie ingrate entre toutes, je crois qu'on rend à ces malades un service appréciable en les opérant.

La jeune femme que voici déclare qu'elle ne souffre plus ; elle mange de tout, elle reste levée toute la journée, elle a été cependant opérée deux fois et ne s'en trouve pas plus mal ; elle récidivera peut-être, je m'y attends même, mais je crois que sa récurrence sera plus bénigne que ses crises antérieures, et je suis persuadé que le cas échéant, elle acceptera sans difficulté une nouvelle intervention, tant elle a temporairement retiré soulagement de celles que je lui ai faites jusqu'à présent.

M. MOLIN. — Il faut distinguer dans les névralgies faciales le moment où se produit la récurrence, j'ai connu des cas où cette récurrence ne s'est produite qu'au bout de trois ans. En est-il de même pour les névralgies viscérales ? D'ailleurs, après une nouvelle opération sur le nerf périphérique, on voit d'habitude les douleurs cesser à nouveau et par conséquent avec des opérations très simples on peut avoir un résultat très appréciable.

M. LERICHE. — Je n'ai parlé des névralgies du trijumeau que pour citer à l'appui de ma thèse la fréquence des récurrences après leur traitement chirurgical et pour montrer qu'on ne doit pas opposer au principe de l'intervention dans les névralgies radiculaires la fréquence des récurrences post-opératoires ; je n'ai nullement l'intention de comparer ici les arrachements périphériques et l'ablation du ganglion de Gasser.

Je suis du reste convaincu que les opérations centrales sont en principe préférables aux opérations périphériques. En matière de névralgie viscérale, je préfère la radicotomie de Færster aux autres interventions. Pour ce qui est des névralgies du trijumeau, je me bornerai à citer les chiffres de Krause : il a 40 opérés par résection du ganglion de Gasser qui demeurent guéris sans récurrence depuis des années ; il n'a vu après cette opération qu'une seule récurrence.

M. GANGOLPHE. — J'ai fait un nombre assez considérable de ces opérations périphériques pour névralgie faciale et j'ai remarqué que l'arra-

chement de filets nerveux était suivi de résultats extraordinaires. Mais j'ai eu beaucoup de récives également ; je me souviens notamment d'une malade sur laquelle, dans la même séance, j'avais arraché le nerf sus et sous-orbitaire et le nerf dentaire ; elle fut complètement guérie de sa névralgie, mais elle revint un peu plus d'un an après, souffrant de nouveau, absolument comme si on n'avait rien fait.

De même je me souviens d'un arrachement de l'auriculo-temporal ; à la suite de cette opération qui est insignifiante, comme traumatisme, j'ai eu un soulagement d'assez longue durée puis les douleurs ont réapparu.

En matière de névralgie on peut obtenir des résultats analogues à celui de M. Leriche, mais toujours on est exposé à des récives.

M. LERICHE. — L'élongation du plexus solaire de M. Jaboulay est une opération d'une bénignité absolue dont le traumatisme est nul ; elle se borne à une laparotomie de découverte, après quoi on dénude l'aorte et le tronc cœliaque plus ou moins complètement. De grosses veines gênent parfois beaucoup pour ce temps-là. Il en était ainsi chez la malade dont je viens de parler. Aussi après découvertes des branches du tronc cœliaque, me suis-je borné à un massage prolongé de la région. Ce massage a produit une crise douloureuse au réveil, rappelant la crise douloureuse habituelle, puis tout s'est calmé et actuellement la malade se trouve très améliorée.

Toutes proportions gardées, cela peut se comparer aux opérations périphériques que l'on pratique dans les névralgies du trijumeau.

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 1912.

ALBERTIN. — Enorme rein suppuré avec la totalité de l'uretère oblitéré à son embouchure vésicale par un calcul.....	53
DISCUSSION : Gayet, Gangolphe, Albertin.....	55
— Utérus myomateux avec myome interstitiel à foyer central de nécrobiose et autre myome « lie de vin ».....	74
DISCUSSION : Goullioud, Pollosson.....	75
— Cure idéale du cancer du haut rectum et de la partie inférieure de l'anse sigmoïde chez la femme.....	94
DISCUSSION : Goullioud, Tixier..	97
— Néphrectomie avec uretérectomie totale.....	119
DISCUSSION : Goullioud, Albertin, Gayet, Bérard.....	121
— Sigmoïdite ulcéreuse diverticulaire (processus inflammatoire ou néoplasique), résection et entérorrhaphie circulaire..	268
DISCUSSION : Tavernier, Patel.....	269
— Tumeur du cæcum, ablation par voie médiane, anastomose iléo-sigmoïdienne.....	270
BÉRARD et ALAMARTINE. — Deux néphrectomies pour épithéliomas à grandes cellules claires du rein (hyperépi-néphromes ?) survie de six ans sans récurrence dans un cas.	311
DISCUSSION : Gayet, Nimier.....	315
BÉRARD et COTTE. — Occlusion intestinale et septicémie d'origine appendiculaire.....	285

BÉRARD et JALIFIER. — Chondro-sarcome de l'extrémité supérieure de l'humérus, désarticulation inter-scapulo-thoracique.....	64
DISCUSSION : Gangolphe, Bérard, Destot.....	66
BÉRARD et RONOT. — Rétrécissements tuberculeux multiples de l'intestin, occlusions par sténoses serrées ; entéro-anastomoses étagées.....	78
DISCUSSION : Leriche, Goullioud, Gayet, Bérard.....	81
— Ostéite tuberculeuse primitive de l'acromion et de l'épine de l'omoplate.....	109
BÉRARD et SARGNON. — Cancer étendu du pharynx moyen ayant nécessité trachéotomie, gastrostomie et pharyngectomie.....	126
— Résultats éloignés de deux laryngectomies totales.....	261
BÉRARD. — Deux néphrectomies pour hématuries sans lésions décelables de tuberculose, de calculose ou de tumeur rénale.....	104
DISCUSSION : Albertin, Rochet, Bérard.....	108
— De l'occlusion post-opératoire dans la jéjunostomie (coudure brusque de l'anse au-dessus de la bouche intestinale....	157
DISCUSSION : Destot, Delore, Gayet, Vallas, Bérard.....	162
— Interventions multiples sur les régions mastoïdiennes et craniennes pour des troubles inflammatoires et nerveux psychiques.....	177
DISCUSSION : Gayet, Bérard.....	181
— Ancienne fracture par écrasement avec fragments libres dans l'interligne articulaire carpien.....	209
— A propos de la jéjunostomie.....	210
DISCUSSION : Villard, Bérard.....	212
— Rétrécissement tuberculeux du rectum, rectotomie postérieure et dilatations espacées ; résultats datant de sept ans.....	213
DISCUSSION : Durand, Bérard.....	214
— Dégénérescence épithéliomateuse d'un volumineux goitre bilobé, l'une des masses développée dans une thyroïde accessoire.....	236
— A propos du procès-verbal.....	239

BÉRARD. — Troubles trophiques osseux post-traumatiques ou tumeur osseuse, avec fractures itératives chez une malade thyroïdienne.....	252
— Dislocation longitudinale du tarse compliquant une fracture par écrasement du tibia et du péroné.....	339
— Du drainage dans les résections pour tuberculose ostéo-articulaire.....	341
DISCUSSION : Tavernier, Bérard, Gangolphe.....	344
CHALIER (A.). — Deux cas d'ankylose temporo-maxillaire traités l'un par l'opération de Rochet, l'autre par l'opération de Gernez-Douay.....	293
DISCUSSION : Rochet, Tixier.....	298
Composition de la Société de Chirurgie en 1912.....	3
DELORE. — Double kyste tubo-ovarien.....	227
DESGOUTTES. — Perforations intestinales multiples.....	272
— Eventration post-opératoire.....	275
— Plaie perforante de l'abdomen, perforation de la vésicule biliaire et du duodénum.....	278
DESTOT et GALLOIS. — Luxation du calcanéum en bas? calcanéum cabré!.....	213
DESTOT. — Fracture ancienne du radius.....	49
— Laxité ligamenteuse congénitale.....	118
— A propos du procès-verbal.....	229
DURAND. — Déplacement du semi-lunaire vers le dos de la main; ablation.....	68
DISCUSSION : Destot, Nimier.....	71
— Hématome rétro-péritonéal, pré-rénal droit, consécutif à une contusion de la paroi abdominale antérieure.....	100
DISCUSSION : Destot, Bérard, Patel.....	102
— Sur deux cas d'anesthésie rachidienne.....	171
DISCUSSION : Bérard, Villard.....	174
— Fracture à plusieurs fragments de l'olécrâne et de l'extrémité supérieure du cubitus.....	248
— Coxa vara rachitique.....	309

GANGOLPHE. — Coxa flecta des adolescents (coxa vara essentielle) et fracture spontanée juxta-épiphysaire du col du fémur.....	5
— Laxité ligamenteuse congénitale.....	113
— Fracture du col du fémur avec engrènement et marche possible immédiate..	137
— Os pathologiques préhistoriques.....	154
— Ostéo-arthropathie prétabétique.....	338
GAYET et ARCELIN. — Calcul stercoral du côlon ascendant chez un lithiasique urinaire, colotomie. guérison.....	279
Discussion : Jaboulay, Gayet....	281
GAYET et LAROYENNE. — Occlusion post-opératoire par volvulus du cæcum.....	47
Discussion : Goullioud, Leriche, Bérard, Pollosson, Condamin.....	48
GAYET et PÉTOURAUD. — Un cas d'actinomyose cervico-faciale	275
GAYET. — Appendicectomie à froid, occlusion intestinale post-opératoire, laparotomie, guérison.....	19
— Deux cas d'ostéotomie pour cals vicieux.....	40
Discussion : Gangolphe, Durand, Destot, Lagoutte, Gayet..	44
— Dilatation kystique intra-vésicale de l'uretère ; opération par taille hypogastrique.....	123
Discussion : Bérard, Gayet, Pollosson.....	125
— Trépanation exploratrice pour accidents cérébraux d'origine otique.....	185
— Cancer de la face postérieure de la vessie, cystectomie partielle avec ablation d'un fragment du rectum ; guérison opératoire.....	190
— Tuberculose rénale ; néphrectomie précoce ; guérison rapide	328
Discussion : Bérard, Condamin, Delore, Gayet, Gangolphe.	330
— Cancer de la verge, amputation totale, y compris les corps caverneux, conservation des testicules.....	333

GOULLIOUD. — Petite corne utérine rudimentaire non perceptible au toucher.....	134
— Un cas de kyste pararénal.....	145
DISCUSSION : Durand.....	148
— Greffes d'un kyste ovarien et d'un fibrome utérin détachés de leurs points d'origine.....	149
DISCUSSION : Delore.....	153
— Cancer du haut rectum opéré par voie abdominale chez un homme.....	335
LAGOUTTE. — Appareil radiographique pour réduction de fracture.....	138
LERICHE et MURARD. — Péritonite libre par perforation d'une vésicule calculeuse (cholécystite gangréneuse)....	93
LERICHE. — Tarsectomie complexe par incision dorsale transverse pour ostéo-arthrite tuberculeuse suppurée du tarse.	187
— Utérus double unicervical douloureux hystérectomie.....	197
DISCUSSION : Goullioud, Leriche, Vallas.....	197
— Cancer de l'ampoule rectale adhérent au vagin ; ablation abdomino-péritonéale avec hystérectomie (méthode d'Albertin).....	199
DISCUSSION : Albertin, Pollosson, Villard, Durand, Goullioud.....	201
— Péritonite libre par perforation appendiculaire, appendicectomie, injection d'huile camphrée dans le ventre.....	218
DISCUSSION : Goullioud, Vallas, Leriche, Bérard, Pollosson, Villard.....	220
— Sur deux cas de mort à la suite d'une anesthésie au chlorure d'éthyle.....	239
DISCUSSION : Morel, Pollosson, Villard, Durand, Leriche, Morel.....	244
— Trois radicotomies pour crises gastriques du tabes.....	315
DISCUSSION : Bérard, Leriche.....	319
— Sarcome de la malléole externe, résection, guérison avec excellent résultat orthopédique et fonctionnel.....	325
DISCUSSION : Bérard, Leriche.....	327
— Elongation du plexus solaire pour crises gastriques tabétiques.....	348
DISCUSSION : Molin, Leriche, Gangolphe.....	350

PATEL. — Torsion d'un fibrome utérin sous-péritonéal ; hystérectomie totale.....	89
DISCUSSION : Condamin, Patel, Goullioud.....	92
— Etranglement d'un appendice épiploïque de l'S iliaque dans un sac herniaire.....	265
POLLOSSON (A.). — Kystes dermoïdes bilatéraux.	72
DISCUSSION : Condamin, Albertin.....	73
— Salpingostomie.....	83
DISCUSSION : Goullioud	84
— Cure d'une fistule vésico-vaginale chez une femme de 80 ans.....	255
DISCUSSION : Condamin, Pollosson.....	258
ROCHET. — Onze cas de néphrectomie avec tuberculose rénale bilatérale.....	49
DISCUSSION : Gangolphe.....	53
— Néphrotomie du rein restant après néphrectomie pour tuberculose.....	307
SANTY. — Kyste de l'ovaire.....	168
DISCUSSION : Pollosson, Bérard.....	168
STÉPHANI (de Bastia). — Corps étranger vésical (épingle à cheveux); volumineux calcul secondaire.....	30
TAVERNIER. — Nécrose totale du radius dans une ostéite subaiguë consécutive à une amputation de l'avant-bras..	289
DISCUSSION : Gangolphe, Tavernier, Bérard.....	291
THEVENOT. — Un cas de septicémie hémorragique au cours d'une blennorragie.....	58
DISCUSSION : Leriche, Thévenot.....	61
TIXIER. — Laryngectomie totale pour cancer du larynx.....	37
— Enorme hématome rétro-péritonéal de la région pancréatique	85
— De l'opération de Kehr sous-séreuse.....	129
DISCUSSION : Goullioud, Lagoutte, Tixier.....	133

— Opération de Kehr sous-séreuse par un procédé personnel, nombreux calculs du cholédoque.....	299
— Pseudarthrose de l'humérus droit consécutive à une fracture compliquée	301
DISCUSSION : Molin, Tixier, Durand, Albertin, Goullioud, Tavernier	304
VALLAS. — Traitement des fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus.....	35
— Cancer du plancher buccal.. ..	465
DISCUSSION : Bérard, Vallas.....	467
— Dislocation du carpe gauche avec fracture du scaphoïde et fracture de la styloïde radiale.....	169
— Tarsectomie totale avec conservation du calcaneum.....	175
DISCUSSION : Villard, Bérard.....	175
— Ancienne résection du coude, présentation de la néarthrose.	182
— Néoplasme du plancher de la bouche.....	193
VIGNARD. — Synovectomie et évidements partiels dans une tumeur blanche du genou ; des résultats de l'héliothérapie	33
— Sur la cure de la fissure palatine.....	141
DISCUSSION : Pollosson, Vignard.....	143
— Réduction d'une luxation congénitale unilatérale gauche à 12 ans.....	262
— Arthrodèse par enclouage à l'aide d'une vis d'ivoire pour pied bot ballant paralytique.....	263
DISCUSSION : Villard, Vignard, Leriche.....	264
VILLARD. — De la valeur du péristaltisme intestinal dans le pronostic et le traitement des occlusions post-opératoires.	22
DISCUSSION : Delore, Laroyenne, Pollosson, Villard.....	29
— Pancréatite chronique, drainage du pancréas et du canal de Wirsung, guérison.....	194
— Radiothérapie dans les tumeurs.....	229
DISCUSSION : Regaud, Villard, Destot, Bérard, Pollosson...	233



200 ...
 201 ...
 202 ...

VALLÉE

203 ...
 204 ...
 205 ...
 206 ...
 207 ...
 208 ...
 209 ...
 210 ...
 211 ...
 212 ...
 213 ...

VIGNARD

214 ...
 215 ...
 216 ...
 217 ...
 218 ...
 219 ...
 220 ...
 221 ...
 222 ...

VILLARD

223 ...
 224 ...
 225 ...
 226 ...
 227 ...
 228 ...
 229 ...
 230 ...



