SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE LYON

1908

BUREAU

Président	MM.	Gangolphe.
Vice-Président		Aubert.
Secrétaire général . . .		Vallas.
Trésorier-Archiviste . .		X...
Secrétaires annuels. .		Patel.
		Laroyenne.

MEMBRES

Albertin.
Aubert.
Augagneur.
Bérard.
Cavaillon.
Chandelux.
Claudot.
Commandeur.
Condamin.
Cordier.
Delore.
Destot.
Durand.
Fabre.
Gangolphe.
Gayet.
Goullioud.
Horand.
Jaboulay.
Laroyenne.
Martel.
Martin.
Nové-Josserand.
Patel.
Pollosson (Auguste).
Pollosson (Maurice).
Rochet.
Rollet.
Sabatier.
Siraud.
Tixier.
Vallas.
Vignard.
Villard.
Vincent.

MEMBRES CORRESPONDANTS

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

BULLETIN

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DE LYON

Séance du 7 janvier 1909.

Présidence de M. GANGOLPHE.

GENU RECURVATUM PAR ALTÉRATION TRAUMATIQUE DU CARTILAGE DE CONJUGAISON TIBIAL.

M. GAYET. — J'ai reçu dans mon service de la Croix-Rousse un jeune garçon atteint d'une déformation rare du genou et qui m'a paru mériter votre intérêt. Il s'agit d'un genu recurvatum ballant qui s'est développé peu à peu à la suite d'un traumatisme insignifiant.

OBSERVATION.

B..., Louis-Désiré, est âgé aujourd'hui de 17 ans et demi. Né d'un père alcoolique, qui est mort il y a trois ans d'une affection pulmonaire subaiguë, il a sa mère bien portante et deux frères en bonne santé ; un autre frère est mort-né. Il a toujours eu une bonne santé ; a marché à treize mois, n'a jamais eu aucune manifestation de rachitisme. Nous avons eu entre les mains des photographies le représentant dans son enfance avec des membres absolument droits.

Il y a trois ans il fit une chute de bicyclette sur le genou gauche qui porta sur une pierre pointue. Il se releva seul et ne souffrait pas beaucoup, il avait seulement une petite plaie au niveau de la rotule. Le soir même il enfourchait à nouveau sa bicyclette pour faire sa course. Le lendemain, il est allé à son travail, souffrant très peu, boitant à peine.

A aucun moment, il ne remarqua du gonflement du genou, et au bout de huit jours il ne pensa plus à sa chute.

Au bout de quelques mois, il remarqua et fit constater à sa mère un peu de déformation de son genou gauche qui présentait une laxité exagérée d'arrière en avant. Cette déformation est allée s'aggravant progressivement, sans qu'à aucun moment ce jeune homme dut interrompre son travail et éprouvât une difficulté sérieuse à marcher.

A noter que le malade, qui était de taille moyenne avant l'accident, a peu grandi depuis et est plutôt petit actuellement.

A l'examen, on est frappé de l'aspect du genou gauche qui simule une luxation du tibia en arrière : saillie en avant des condyles fémoraux, coup de hache sous-rotulien, saillie dans le creux poplité, à la palpation du plateau tibial. Les mouvements de latéralité ne sont pas exagérés, la flexion s'exécute normalement. Mais l'extension dépasse de beaucoup les limites normales ; le malade étant couché, si l'on saisit la jambe gauche, on crée au niveau de l'interligne du genou un angle ouvert en avant de près de 35 degrés ; cette extension est alors limitée par la douleur provoquée par le tiraillement des parties molles postérieures plutôt que par un obstacle osseux.

En avant la palpation du tibia donne une vague sensation d'incurvation de l'os en avant :

Les mensurations donnent les résultats suivants :

Longueur du tibia :	côté malade.....	355 mm
—	côté sain.....	370
Longueur du péroné :	côté malade.....	370
—	côté sain.....	370
Longueur du fémur :	côté malade	520
—	: côté sain.....	535

En somme, les deux os longs du membre, tibia et fémur, présentent un raccourcissement égal de 1 centimètre 1/2 du côté malade. Pas d'atrophie musculaire.

La radiographie fut faite par M. Destot, et je vous soumets l'épreuve qu'il m'a remise.

Ce que l'on y voit tout d'abord c'est une subluxation du tibia sur le fémur réelle. En outre, la ligne du cartilage conjugal tibial est très déformée. Elle commence nettement en arrière sur une épaisseur de 1 centimètre environ, puis s'interrompt pour faire place à une ligne ossifiée qui s'élève très obliquement pour rejoindre le plateau articulaire. En

avant, il y a un déficit dans la tubérosité tibiale, qui est remplacée par une zone raréfiée à trabécules irrégulières, de volume total bien inférieur à celui d'une extrémité supérieure tibiale normale.

Du côté du fémur, la ligne du cartilage diaphyso-épiphysaire est régulière, mais peu marquée.

L'interprétation de ces lésions est assez difficile. Il semble qu'il y ait eu ossification prématurée et incomplète de cette extrémité tibiale, avec arrêt de développement surtout marqué en avant. Le fémur ne rencontrant pas d'obstacle en avant pendant la marche et la station debout a, sous le poids du corps, peu à peu glissé en avant, d'où subluxation.

Mais quelle a été la nature exacte des lésions traumatiques qui ont provoqué ce trouble dans le fonctionnement du cartilage d'ossification ? est-ce une légère déformation, une de ces entorses de l'interligne juxta-épiphysaire dont parlait Ollier ? est-ce une fracture plus caractérisée ? Et dans ces diverses hypothèses comment expliquer le peu de retentissement symptomatique de ce traumatisme, l'absence de gonflement de l'article, la possibilité de faire le jour même une nouvelle course à bicyclette ? Il y a là un paradoxe curieux que je soumets à l'appréciation de mes collègues ; je serais heureux s'ils me trouvaient une explication satisfaisante.

J'ajouterai qu'au point de vue thérapeutique je ne crois pas qu'on puisse faire autre chose que de protéger l'articulation contre la laxité exagérée par un appareil tuteur. J'ai examiné l'idée d'une intervention tendant à exciter les éléments ossificateurs, par l'enfoncement d'une cheville, par exemple, à la face antérieure du tibia. Mais l'état fonctionnel, en somme satisfaisant, la marche facile du malade me font hésiter à proposer une opération qui ne serait probablement pas acceptée.

M. Gangolphe. — Ce malade est excessivement intéressant, surtout en raison de la pathogénie de cette déformation. Comme le disait M. Gayet, l'aspect de cette déformation existe très fréquemment dans le cours de coxalgies déclarées depuis longtemps. On la voit aussi dans les cas de tumeurs blanches du genou, et aussi dans les cas d'ostéites infectieuses ; en somme, cette déformation me rappelle de nombreux cas rencontrés dans les circonstances susdites, mais je n'en ai vu aucun à la suite d'un accident analogue à celui qui vient de nous être rapporté par M. Gayet.

* * *

OPÉRATION CONSERVATRICE POUR UN GROS FIBRO-SARCOME PAROSTAL DE L'EXTRÉMITÉ INFÉRIEURE DU FÉMUR; — RÉSECTION ARTICULAIRE EXTRA-PÉRIOSTÉE; — ENCLOUAGE.

M. BÉRARD. — Je voudrais vous présenter une observation d'opération conservatrice pour sarcome parostal du fémur. C'est un cas tout à fait intéressant par les conditions d'évolution de la tumeur, par sa disposition anatomique qui a permis l'opération idéale, et enfin par l'heureux résultat qui semble devoir être obtenu ici.

OBSERVATION.

Il s'agit d'une femme de 26 ans, habitant la Haute-Loire, entrée dans mon service le 14 décembre dernier pour une tumeur à l'extrémité inférieure de la cuisse. Elle se trouvait en excellente santé sept ans auparavant, quand apparut à la région supéro-externe du genou gauche, en dehors de l'articulation, une grosseur qui s'était accrue petit à petit; depuis trois ans elle avait subi une poussée un peu plus considérable. Depuis six mois l'articulation du genou avait commencé à augmenter elle même de volume, sans que la marche en fût beaucoup gênée. Et cependant la malade se présentait avec une articulation à peu près immobilisée, en demi-extension suivant un angle de 150 à 160 degrés. Il était difficile de lui imprimer quelque mouvement.

A l'entrée, la tumeur avait le volume des deux poings, sans ulcération superficielle, mais avec une circulation complémentaire des téguments et une élévation de la température locale des plus nettes.

A la palpation, on trouvait une masse peu lobulée, de consistance rénitente à peu près partout, sauf en haut où elle était plus molle, on la délimitait assez nettement du côté des plans superficiels, mais dans la profondeur on ne pouvait lui imprimer aucun mouvement de latéralité. Elle semblait plaquée contre le fémur plutôt que provenir de l'os même. Lorsqu'on la suivait du côté de l'articulation on arrivait à la confondre avec le cul-de sac tricipital, on constatait de chaque côté de la rotule un empâtement qui semblait être un envahissement des parties molles plutôt qu'un épanchement dans l'articulation du genou.

La malade souffrait peu à la palpation; elle avait quelques ganglions dans l'aine, mais ils étaient d'un caractère banal. Et il était évident que l'on devait conclure à un sarcome périostique ou parostal ayant subi une poussée plus rapide depuis quelques mois.

La radiographie montrait le fémur à peu près intact, avec une légère usure de compression, semblait-il, dans la région sus-condylienne.

Etant donné ces caractères je m'étais proposé de faire à cette malade une opération conservatrice. Elle m'avait d'ailleurs supplié de ne pas pratiquer l'amputation de la cuisse, préférant s'exposer aux aléas de deux interventions plutôt que de sacrifier ce membre.

Mon plan était le suivant : me porter du côté des vaisseaux fémoraux pour constater s'ils étaient envahis. Ils devaient être indemnes, car on sentait les battements de la pédieuse bien frappés et il n'y avait pas d'œdème de la jambe. Les vaisseaux dégagés je ferai une décortication aussi étendue que possible de la tumeur, en enlevant ce qu'il faudrait des parties molles articulaires, mais en limitant par contre le sacrifice osseux au minimum. Et comme chez cette malade, les muscles antérieurs de la cuisse étaient certainement envahis, nous lui aurions laissé un membre tout à fait inutile et ballant si nous avions voulu chercher à lui conserver les surfaces articulaires. Je projetai donc de terminer l'exérèse par une résection typique du genou avec enclouage immédiat du fémur au tibia.

Pour suivre ce plan opératoire, je commençai à pratiquer une incision interne en face des vaisseaux ; j'arrivai ainsi en tissu sain sur le canal des adducteurs ; je suivis les contours de la masse en excisant tout le triceps envahi et je pus décortiquer la tumeur ensuite de haut en bas suivant une véritable gouttière, qui correspondait à la face antérieure du fémur sur une hauteur de 10 centimètres. Je sacrifiai le périoste dans les quatre ou cinq centimètres qui surplombaient les condyles, et j'arrivai ainsi jusqu'à la cavité articulaire. Là je m'aperçus que l'extrémité antérieure du fémur présentait une lésion plutôt mécanique que néoplasique ; on aurait dit des érosions mécaniques sur le cartilage articulaire. Quant aux ligaments et à la séreuse, ils se trouvaient totalement infiltrés par le tissu néoplasique qui avait même envahi les franges synoviales épaissies en volumineux bourrelets.

Dans l'articulation se trouvait un liquide séro-sanguinolent. Il était donc indispensable de pratiquer une résection articulaire et de tout enlever en bloc, au bistouri. Ja sectionnai le fémur à 4 ou 5 centimètres au-dessus de l'articulation, et j'enlevai du tibia juste ce qu'il fallait pour avoir une surface osseuse avivée. Je terminai par l'enclouage au moyen de deux agrafes métalliques, je fis des ligatures des vaisseaux articulaires. Je drainai, j'immobilisai par une grande attelle pelvi-dorso-pédieuse.

La malade eut les suites que vous pouvez constater sur la feuille de température. Elle ne souffre pas et n'a jamais eu de fièvre. C'est le 22e jour, je ne l'ai pas encore pansée, car je voudrais avoir une consolidation sous un seul pansement. Si je vous ai présenté cette pièce aujourd'hui, c'est parce qu'elle commençait à s'altérer et que je désirais vous la montrer aussi intacte que possible.

La tumeur avait 20 centimètres de haut sur 15 centimètres de large. Elle était relativement encapsulée sur ses faces latérales et à son pôle

supérieur ; grâce au sacrifice du muscle triceps et de tous les éléments articulaires du genou j'espère que l'exérèse aura été complète.

De couleur blanc rosé, avec quelques points kystiques, elle paraissait provenir de la face externe du périoste au-dessous du cul-de-sac tricipital. Au microscope on reconnut un sarcome à la fois globo et fusocellulaire, c'est-à-dire une forme assez maligne histologiquement, bien qu'elle se fût développée en sept ans.

A propos de ce cas, j'ai cherché dans les nombreux travaux consacrés depuis quelques années au traitement conservateur pour les sarcomes osseux et articulaires des membres, et en particulier dans les thèses lyonnaises récentes de Pinet et de Jaubert, quelle avait été la conduite adoptée pour le genou et pour les segments osseux adjacents, soit du fémur, soit du tibia.

Malheureusement, les faits sont trop disparates pour être superposés ; peu d'opérations conservatrices ont été encore tentées ici pour des sarcomes réputés malins, comme le nôtre ; d'ordinaire on eut affaire alors à des tumeurs à myéloplaxes.

Dans certains cas opérés in extremis, ou dont l'évolution semblait particulièrement lente, on se borna à évider la loge occupée par le néoplasme et à la tamponner avec de la gaze : c'est ce que fit M. Jaboulay pour une tumeur développée dans l'extrémité inférieure du fémur qui avait grossi durant 13 ans pour acquérir le volume d'une tête d'adulte. Un avait cru d'abord à une tumeur blanche ; ce n'est que trop tard, en pleine cachexie, qu'on adressa le malade au chirurgien. La tumeur était très vasculaire, avec des masses ganglionnaires multiples ; le malade refusait l'amputation. Après ligature de la fémorale, la masse fut morcelée, évidée, bourrée de gaze. Il y eut quelques mois de survie : c'était une tumeur à myéloplaxes.

Ou bien, l'étendue des parties osseuses envahies était telle que l'on dut, pour assurer la continuité du squelette, user de moyens prothétiques complexes : Mikulicz, après résection d'un ostéosarcome qui avait envahi le fémur sur 22 centimètres, remplaça la diaphyse et l'épiphyse inférieure par une tige d'ivoire enfoncée dans le tibia ; il eut un échec et dut amputer secondairement. — Lietze, dans un fait analogue, fut plus heureux ; après avoir réséqué 12 centimètres du tibia et avivé les condyles fémoraux, il se servit du segment de péroné qu'il

avait dû sacrifier en même temps pour le fixer par ses deux extrémités dans le fémur et le tibia : la consolidation fut obtenue.

Pour des résections aussi étendues, on peut se passer de prothèse osseuse ; Mikulicz, après résection d'un ostéosarcome qui empiétait sur 20 centimètres du fémur, se contenta d'aviver le tibia et de suturer les deux os ; il eut un succès. De même pour Albertin, dans le cas d'une tumeur, constituée comme les trois précédentes, par des cellules à myéloplaxes, il avait dû sacrifier 12 centimètres du tibia ; il sutura directement cet os au fémur avivé et eut une consolidation en bonne position.

Dans les cas plus limités, au voisinage de l'articulation du genou, tantôt, comme Quénu, on se contenta d'enlever la tumeur parostale, de ruginer le condyle suspect, de fermer le cul-de-sac synovial ouvert et de conserver toute l'articulation, ou bien comme nous l'avons pratiqué, on eut recours de parti pris à une résection aussi large que possible. Schwartz opéra ainsi un sarcome à myéloplaxes des condyles fémoraux qui en avait d'ailleurs imposé cliniquement pour une tumeur blanche du genou ; au cours de l'intervention, il reconnut la nature des lésions, fit une résection typique en empiétant autant que possible sur le fémur et au minimum sur le tibia ; malgré une suture osseuse au fil métallique la consolidation ne fut obtenue qu'au bout de cinq mois, après plusieurs séances d'électrolyse. — M. Jaboulay, pour un sarcome fémoral juxta-articulaire, fit également la résection extra-périostée d'emblée ; de façon à éviter une repullulation sur place et à pouvoir modifier le foyer opératoire par la radiothérapie, il ne fit pas de suture osseuse et ne réunit pas d'emblée les parties molles ; le résultat laissa à désirer.

Que donnent ces opérations conservatrices pour le fémur et le genou ? Il serait évidemment prématuré de juger leurs résultats éloignés, peu nombreux et assez mal connus. Cependant, dans quelques séances, en vous présentant, je l'espère, ma malade capable de marcher sans tuteur, je vous communiquerai les faits à longue échéance que j'aurais pu réunir.

M. Gangolphe. — La communication de M. Bérard me fait le plus grand plaisir, car elle montre les progrès que la question des inter-

ventions conservatrices pour ostéo-sarcomes a faits dans les esprits. Ceux qui intervenaient ainsi autrefois, ou bien s'étaient trompés et avaient pris un sarcome pour une tumeur blanche ou une ostéite, ou bien croyaient avoir affaire à des sarcomes bénins. Tels sont les faits publiés par un élève de M. Albertin. En 1902, de parti pris, après une biopsie suivie d'un examen histologique fait au laboratoire de M. Tripier, j'entrepris de conserver le membre en supprimant seulement la lésion. Je pratiquai une humérectomie diaphysaire très considérable ; la guérison se maintient toujours, et l'opéré a un membre très utile.

En vous soumettant ce cas, je m'efforçai de justifier cette conduite, qui paraissait alors bien téméraire, et je disais qu'il était aussi légitime de pratiquer une humérectomie pour ostéo-sarcome *présumé malin* que de faire l'ablation d'une tumeur de l'utérus, de la langue ou du sein.

Je m'appuyai aussi sur les démentis infligés souvent par la clinique aux données histologiques : telle tumeur, histologiquement maligne, se comportait fort simplement ; telle autre, bénigne histologiquement aussi, était cliniquement maligne. Je concluais en insistant sur les opérations larges, précoces, les ablations osseuses, et je combattais les évidements. A ce moment, je préconisai les opérations conservatrices pour le membre supérieur ; depuis, j'ai eu l'occasion d'en pratiquer au membre inférieur. La cause me paraît gagnée maintenant et, ainsi que le montre la bibliographie, les tentatives deviennent de plus en plus fréquentes et sont suivies de bons résultats.

M. Bérard. — J'ajouterai un mot : dans ce cas, qui datait de six ans, au point de vue microscopique, la tumeur paraissait plutôt une tumeur maligne qui avait une dimension de 25 centimètres de haut et 15 centimètres de large.

M. Destot. — La forme anatomo-pathologique ne signifie rien au point de vue du pronostic des sarcomes. Telle variété de tissu, décrite comme tumeur bénigne, évolue d'une façon absolument grave, et inversement.

J'ai vu il y a quelques années une jeune femme de 23 ans, atteinte d'une tumeur du tibia gauche, qui ressemblait à une énorme exostose ostéogénique.

La radiographie montrait un tibia déchiqueté, creusé de géodes, sans envahissement articulaire, et cette figure, comparable à celle que donne le sarcome, m'avait fait faire ce diagnostic. L'incision pratiquée permit de voir une tumeur entièrement cartilagineuse, et le pronostic bénin, tiré de cet aspect, entraîna une opération palliative. On se contenta d'un curettage de tissus anormaux. La jeune femme partit pour l'Amérique. Récidive rapide : nouvelle opération partielle ; c'était toujours du cartilage bénin. Retour en France : nouvelle récidive. La radiographie montre que toute l'extrémité supérieure du tibia a été rongée et a dis-

paru. La malade refuse l'intervention radicale. Elle marche au moyen d'un appareil à appui ischiatique.

Il est difficile d'expliquer avec le microscope pourquoi tel chondrome a une marche foudroyante et évolue en trois mois, comme je l'ai vu une fois dans une tumeur de la clavicule, alors qu'un autre de même texture apparente reste dans sa forme pendant une durée illimitée.

De même pour les tumeurs développées dans le tissu cellulaire et prenant une consistance fibreuse. J'ai vu un jeune homme de 18 ans, soigné par M. Ollier, qui en faisant un effort au football avait vu survenir une tumeur de la racine de la cuisse droite. Une opération partielle, faite à Paris, avait permis de faire un pronostic bénin tiré de l'examen microscopique. La tumeur récidiva dans les trois mois, envahit le bassin, et M. Ollier ne put pas intervenir tellement la tumeur était énorme.

Inversement, tout le monde connaît des observations que le microscope a fait considérer comme des cancers et que la suite a démontré être des tumeurs bénignes. A l'anus, au pharynx, à la langue, ces cas ne se comptent plus, et ces erreurs permettent d'obtenir de beaux triomphes thérapeutiques.

En résumé, il ne faut pas attribuer à l'examen microscopique une importance capitale, l'examen clinique du malade et l'étude de l'évolution des tumeurs examinées à différentes reprises renseignent beaucoup mieux que la forme anatomo-pathologique des tissus.

M. Gangolphe. — J'ai vu un malade qui avait été opéré par un de nos excellents confrères, qui fit une résection du genou sans se douter qu'il opérait un ostéo-sarcome ; ce malade guérit parfaitement, mais je le retrouvai quelque temps après, il y a de cela quinze ou seize ans ; il entra dans le service de M. Ollier avec une généralisation à la colonne vertébrale. Il avait donc eu une tumeur blanche qui avait été opérée par un excellent chirurgien qui avait cru faire une résection, et le malade succombait à une généralisation. Mes souvenirs ne sont pas assez précis pour dire s'il y avait ou pas de récidive locale.

J'ai le souvenir d'un autre malade que je vis lorsque j'étais interne en 1882 et où Fochier intervint croyant avoir affaire à une ostéomyélite infectieuse ; ce n'était autre chose qu'un sarcome de l'extrémité inférieure du fémur, accompagné de suppuration.

Ces faits montrent combien il faut être prudent avant de conclure à la nature d'une lésion, et aussi la nécessité dans certaines circonstances de ne pas avoir la main un peu lourde. Je crois que pour les membres inférieurs on a raison de faire des tentatives de conservation, mais les cas sont moins nombreux qu'aux membres supérieurs.

*
* *

FRACTURE DU CALCANÉUM (TYPE BOYER).

M. Destot. — Il s'agit d'une vieille femme obèse qui, en descendant un escalier, crut que la marche était moins haute qu'elle n'était en réalité et, dans sa surprise, fit un effort pour ne pas tomber. A la suite de cet effort, il se produisit un œdème de toute la jambe gauche et une légère ecchymose. Comme depuis six mois, elle présente toujours des douleurs, que la marche est difficile et la jambe énorme, elle se décida à se faire radiographier.

Les médecins qu'elle a consultés ont tous pensé à l'éléphantiasis de la jambe, à la phlébite chronique, à la lymphangite et aux varices, mais en l'absence de tout signe objectif du côté du squelette, en l'absence de toute chute dans les commémoratifs, personne ne songea à la fracture.

La radiographie montre cependant un coin détaché de la face supérieure du calcanéum. Au niveau de l'attache du tendon d'Achille, il existe une série de petites érosions et une légère excavation.

Il s'agit manifestement d'une fracture du calcanéum par arrachement, décrite par Boyer, et méconnue en raison du peu de déplacement des fragments.

Ces fractures sont rares ; leur réalité a même été discutée. J'en ai rapporté deux cas dans la thèse de Morel :

L'un que j'avais vu avec M. Robin, qui avait pratiqué un enchevillement des fragments avec une vis métallique ;

L'autre est un cas appartenant à M. Reverdin, de Genève. Dans ce dernier cas, la fracture n'était pas manifeste au moment de l'accident. La déformation apparut peu après. La forme du fragment est singulière. On trouvera d'ailleurs tous les détails et les radiographies dans la thèse de Morel.

La question de traitement est bien connue, mais elle diffère suivant le déplacement. Le bandage qui maintient la jambe fléchie sur la cuisse et le pied en hyperflexion plantaire suffit lorsque les fragments ne sont pas éloignés.

Il n'en va pas de même lorsque l'on ne peut espérer le rapprochement par les mains, et surtout le maintenir. La suture osseuse, l'enchevillement des fragments sont alors nécessaires.

Dans le cas actuel on peut se demander, en présence des

exostoses qui entretiennent les douleurs, s'il ne serait pas utile de les supprimer pour éviter leur friction contre l'empeigne de la chaussure.

M. Gangolphe. — Je possède la radiographie du malade observé par mon ami Robin ; il s'agit bien d'une fracture du calcanéum dont le trait est oblique du haut en bas, d'arrière en avant. Il existait une tendance marquée au déplacement ; c'est pour cette raison que Robin fit l'enclouage du fragment.

Dans le cas actuel, il semble qu'aucune intervention ne soit nécessaire, l'attitude en flexion de la jambe doit en général suffire.

M. Destot. — Ces fractures de l'extrémité postérieure du talon sont ennuyeuses à cause du frottement contre l'empeigne de la chaussure. Dans le cas de R..., il y avait une encoche dans laquelle on pouvait entrer le doigt, tandis que chez la malade dont je vous parle il n'y a rien, le col du talon est absolument lisse et cependant elle souffre, et ces douleurs ont été méconnues jusqu'à la radiographie. Le médecin qui l'a examinée, n'a jamais trouvé ombre de fracture, il n'a jamais pensé qu'il y avait fracture, c'est parce qu'elle continuait à souffrir qu'on l'a radiographiée et qu'on a trouvé une fracture qui était totalement méconnue, parce que, au point de vue clinique, elle ne présentait aucun signe.

M. Gayet. — Permettez-moi de vous rapporter une observation un peu analogue à celle de Destot ; il s'agissait d'une fracture par arrachement du calcanéum chez un homme de 30 ans qui, tombé de haut, se reçut sur la pointe du pied ; il s'était fait une fracture par arrachement ayant enlevé la partie supérieure de l'apophyse, mais celle ci était divisée en deux fragments, de sorte que cela faisait une fracture en forme de L renversé. Les deux fragments séparés laissent tous les deux un espace vide assez considérable. Il y avait donc une très grosse déformation.

En présence de cette lésion, je songeai à pratiquer un rapprochement, à faire un enclouage et, n'ayant pas autre chose sous la main que les agrafes de Dujarier qui ne sont peut-être pas ce qu'il faudrait dans ces cas-là, j'appliquai deux agrafes qui, implantées dans le fragment inférieur, venaient fixer les fragments supérieurs après les avoir réduits le mieux possible. L'opération fut laborieuse parce que ces fragments avaient éclaté, il y avait de petites esquilles, et il était assez difficile de les rapprocher. Le malade fut mis en plâtre pendant un mois, il resta sans température ; au bout de ce temps, je fis un pansement ; la peau était à peu près cicatrisée complètement ; mais si le pansement fut extrêmement simple, il y eut cependant une faute, car la température s'éleva à 38°,2, 38°,3, et l'on fut obligé de panser à nouveau ; on vit alors les agrafes de Dujarier qui tendaient à s'éliminer. Nous avons enlevé les

deux agrafes et le malade a été remis en appareil. Au bout d'un mois, on fit un petit pansement ; il y avait toujours un peu de suppuration. Le malade a demandé à partir, il a continué à se panser chez lui. Je l'ai revu par la suite, il présentait une petite fistule et avait un tout petit séquestre que j'enlevai. Depuis, la fistule a disparu, du reste ; il pouvait marcher depuis quelque temps malgré la petite fistule. Quoi qu'il en soit, cette histoire n'est pas encourageante pour l'intervention dans ces fractures à plusieurs fragments plus ou moins mal nourris, et dans lesquelles la moindre petite faute d'asepsie peut entraîner une suppuration pendant assez longtemps. Je crois qu'il faut, autant que possible, tâcher d'obtenir la cicatrisation sans intervention et ne s'y résoudre qu'en cas d'écartement considérable des fragments.

*
* *

DE LA MOBILISATION ANO-RECTALE DANS LA CURE DES FISTULES HAUT SITUÉES.

M. Gangolphe. — Il m'a semblé intéressant de vous faire connaître un procédé qui m'a permis, depuis longtemps, d'obtenir de bons résultats dans la cure des fistules haut situées, je veux parler de la mobilisation ano-rectale. En pareil cas, on peut redouter, en s'en tenant aux procédés ordinaires, de sectionner le sphincter et d'avoir ainsi une incontinence extrêmement pénible. C'est pour cette raison qu'il faut s'efforcer, tout en ouvrant largement le foyer, d'obtenir un défaut de parallélisme, une rétraction ano-rectale permettant la cicatrisation de la profondeur à la surface.

Après avoir largement débridé le trajet, il suffira de couper en avant les fibres musculaires qui vont s'entre-croiser avec celles du bulbo-caverneux, de prolonger l'incision presque circulairement et de refouler, à l'aide d'un tampon, la région anale par en haut. Il sera inutile de couper par conséquent l'anneau sphinctérien, et en ayant soin, à chaque pansement, de faire une sorte de tamponnement compressif, on verra assez rapidement survenir la guérison. Le premier cas où j'ai obtenu ainsi un beau résultat a trait à un malade de Roanne qui présentait une perforation rectale telle que l'on pouvait facilement y introduire l'index. Il s'agissait de lésions tuberculeuses. Il aurait fallu, à coup sûr, inciser le rectum ; la guérison s'est maintenue depuis plus de dix ans.

J'ai bien souvent depuis lors renouvelé ce procédé, et je n'ai eu qu'à m'en louer.

Je désirerais savoir si quelques-uns de mes collègues l'ont employé.

M. Bérard. — Je demande dans ce cas ce que devient le sphincter ; si j'ai bien compris la technique de l'opération, on incise sur le bord de l'anus tout autour du rectum. Les nerfs ne sont-ils pas touchés ?

M. Gangolphe. — Je dirais à M. Bérard que je n'ai pas pratiqué l'incision exactement circulaire, comme celle que l'on fait pour extirper le rectum ; mais les deux tiers ou les trois quarts de la circonférence ont été intéressés. J'ai même étendu ce procédé à un cas de prostatite phlegmoneuse chez un sujet ayant 60 grammes de sucre par litre. Le lobe gauche de la prostate était le siège de l'abcès ; j'intervins par la voie périnéale, donnant à mon incision la forme d'un T. Le trait horizontal passait en avant de l'anus ; le trait vertical, latéralement à gauche.

Je décollai et mobilisai les deux tiers environ de la région ano-rectale. Le malade guérit complètement en trois semaines.

Séance du 14 janvier 1909.

Présidence de M. GANGOLPHE.

TRAITEMENT DU PIED BOT VARUS ÉQUIN CONGÉNITAL PAR LA MÉTHODE DE FINCK.

M. NOVÉ-JOSSERAND. — Voici un enfant de sept mois traité depuis sa naissance par la méthode de Fink. Cette méthode consiste à commencer le moins longtemps possible après la naissance, et en tous cas avant trois mois, le redressement du pied bot par le massage, et à maintenir le pied en attitude corrigée, d'abord avec un petit bandage de flanelle, ensuite avec un appareil à traction élastique. C'est donc en somme l'ancien traitement par le massage, auquel on ajoute la contention par deux petits appareils fort simples.

Je reviendrai dans la prochaine réunion sur la description de l'appareil et sur la technique du traitement. Je voudrais seulement aujourd'hui vous montrer le résultat.

Cet enfant, né à la Maternité, nous fut amené le matin même de sa naissance. Il présentait un pied bot bilatéral très accentué, et une fracture de l'extrémité supérieure du tibia gauche produite pendant les manœuvres de dégagement.

Nous fîmes séance tenante un massage assez énergique pour redresser presque complètement les pieds. L'enroulement était si accentué qu'il se produisit sur chaque pied une déchirure assez étendue de la peau, au milieu du bord interne. La correction fut maintenue avec la bande de flanelle, et le massage renouvelé pendant quinze jours ; des soins méticuleux d'asepsie permirent aux déchirures de la peau de se combler facilement. Enfin on combina l'appareil avec de petites attelles maintenant aussi la fracture du tibia.

Au bout de deux à trois semaines, le redressement était complet. La contention fut dès lors assurée par l'appareil à traction élastique qui fut porté pendant quatre mois.

Vous voyez aujourd'hui le résultat. Les deux pieds se tiennent spontanément fléchis à angle droit et en légère abduction; leur mobilité est complète dans tous les sens et presque un peu exagérée dans le sens du valgus. L'axe des pieds est absolument droit, et leur forme si correcte qu'on a peine à s'imaginer qu'ils aient pu être le siège d'une déformation aussi accentuée.

C'est un résultat véritablement remarquable et que je crois supérieur à celui qu'aurait pu donner tout autre méthode de traitement. Le massage forcé avec ténotomie laisse persister, même dans les meilleurs cas, quelques imperfections : un peu d'adduction de l'avant-pied, une limitation de la flexion dorsale. Ici on a presque de l'hypercorrection.

Nous avons appliqué jusqu'ici ce traitement dans huit cas; quelques-uns sont encore récents; mais dans tous les autres nous avons obtenu des résultats satisfaisants, quoique pas toujours aussi parfaits que celui qui est devant vous. Deux fois notamment nous avons dû sectionner secondairement le tendon d'Achille pour achever de corriger l'équinisme. Mais, grâce à l'emploi préalable du traitement de Finck, le résultat a été de suite parfait, sans aucun traitement consécutif.

Cette méthode n'est évidemment applicable que dans les cas où il est possible de voir les enfants souvent; il exige aussi assez d'intelligence et de patience de la part des mères et des nourrices. Mais dans les cas où on pourra le faire convenablement, il semble devoir donner des résultats meilleurs que toutes les méthodes employées jusqu'ici.

M. Gangolphe. — Bien que M. Nové-Josserand se réserve de revenir sur cette question, il me permettra de ne pas attendre pour le féliciter du beau résultat qu'il vient de nous présenter.

Je n'ai pas souvenir d'avoir vu un seul pied bot qui ait présenté un résultat aussi parfait ; je vais même plus loin, les enfants présentent toujoujours des tendances à l'adduction.

Le résultat est tellement beau qu'on se demande si réellement cet enfant a jamais eu un pied bot. On sait combien il est difficile d'obtenir ce déroulement du pied qui est ici absolument parfait.

C'est donc une méthode des plus importantes à connaître, et qui

permettra d'obtenir des résultats bien différents de ceux qu'on avait avant.

*
* *

LITHIASE RÉNALE BILATÉRALE ; DOUBLE NÉPHROLITHOTOMIE ; GUÉRISON.

M. GAYET. — L'observation que je vous présente en mon nom personnel, et au nom de MM. BARJON et Ch. GAUTHIER, qui ont bien voulu m'apporter leur concours pour l'examen du malade, est un cas de lithiase rénale bilatérale que j'ai opéré dans mon service de la Croix-Rousse. Je voulais vous présenter l'opéré qui est aujourd'hui complètement guéri, mais il a été pris d'effroi à cette idée, et s'est refusé absolument à paraître devant vous. Je n'ai pas insisté, car il n'avait à vous montrer que deux cicatrices lombaires complètement fermées.

J..., François, âgé de 29 ans, garçon de restaurant, s'est présenté à nous le 13 mai 1908 pour des douleurs abdominales survenues assez brusquement. Il y a deux ans et demi, il avait eu une crise semblable, et son médecin avait constaté une grosseur sous les fausses côtes droites. Depuis cette première crise il a eu de temps en temps quelques vagues douleurs rénales, surtout à la fin de la journée.

Le 10 mai dernier, il fut pris de malaises avec céphalée, douleurs articulaires. Puis, brusquement, au milieu de la nuit, il fut pris d'une violente douleur dans l'hypochondre droit, s'irradiant dans le région lombaire et vers le testicule. En même temps, vomissements aqueux, polyurie et pollakiurie. Alors que la veille ses urines étaient normales, il émit du jour au lendemain des urines troubles avec de petits caillots de la forme d'une tête d'épingle en verre.

A l'entrée, la température est de 38°,5, il y a un peu de dyspnée ; pouls rapide, langue saburrale. Le malade est couché du côté malade, un peu en chien de fusil. Le ventre présente une contracture de défense très nette. La douleur prédomine à la palpation de la région lombaire au-dessus de la dernière côte. Les urines sont uniformément purulentes.

Au toucher rectal, prostate un peu grosse, bas fond vésical douloureux. Le diagnostic est porté de pyélo-néphrite droite.

Le 14 novembre. Epreuve du bleu de méthylène. Elimination tardive (sept heures après) et lente. Les urines sont peu colorées en bleu dans les heures suivantes :

Le 20 mai, le docteur Ch. Gauthier veut bien pratiquer chez ces malade la séparation des urines. En voici le résultat :

	Rein droit.	Rein gauche.
Volume	250 cc.	115 cc.
Densité.....	1,005	1,003
Urée par litre.....	8,07	7,81
Chlorures —	4,76	2,49
Albumine —	0,90	0,48
Sang	néant	traces.

Il résultait de cet examen que les deux reins étaient malades, que celui qui réagissait par des douleurs et de la polyurie éliminait plus que son congénère, tant pour l'urée et les chlorures que pour l'albumine; enfin que le rein opposé donnait du sang. Toute néphrectomie paraissait déjà contre-indiquée. Soupçonnant la lithiase, nous priâmes M. le docteur Barjon de bien vouloir radiographier le malade.

La radiographie du côté droit nous montra un suberbe calcul. Nous nous attendions à recevoir la radiographie du côté gauche. Le malade nous affirma qu'elle avait été faite et négative. Or c'était un mensonge provenant de l'état mental un peu bizarre de cet homme.

Quoi qu'il en fût, l'intervention s'imposait et nous proposâmes au malade de lui extraire son calcul du côté droit, ce qui fut accepté.

Le 1er juin, opération (M. Gayet, avec l'assistance du Dr Gauthier). Incision lombaire oblique. On tombe sur un rein volumineux et fortement congestionné, difficile à mobiliser. Une fois le rein sorti de sa loge, on le fend sur son bord convexe jusqu'au bassinet; celui-ci est peu distendu, il est formé par la réunion de deux grands calices. Le calice supérieur est indemne; le calice inférieur est, au contraire, rempli de poussière lithiasique au milieu de laquelle se trouve un calcul de la grosseur d'un pois. Le bassinet est occupé par un gros calcul, du volume d'une amande, qui se superpose à l'ombre radiographique, et qui dessine assez bien le bassinet, son extrémité s'effilant pour s'engager à la naissance de l'uretère.

L'opération est terminée par la suture au catgut; un tube est placé dans le bassinet, une mèche au contact du rein. La peau est réunie partiellement.

L'hémorragie, très considérable pendant l'intervention, ne s'arrêta pas tout de suite. Il y eut même un moment où elle nous donna de fortes inquiétudes et où nous pensâmes à une néphrectomie. Enfin, par des injections de sérum gélatiné, des lavements de chlorure de calcium, nous arrivâmes à nous en rendre maîtres et dès lors tout marcha bien. Le malade quitta le service à la fin de septembre bien guéri, ne souffrant plus, conservant cependant des urines un peu troubles.

Il était assez bien pour que, malgré un certificat de nous, il fut retenu pour faire ses vingt-huit jours. Mais au début de novembre il nous revint avec une nouvelle crise néphrétique à gauche, des urines très purulentes.

A l'examen, on sent le rein gauche augmenté de volume ; pas de douleur à la pression, ni de défense de la paroi.

Le 9 novembre, le Dr Barjon me fait la radiographie, bilatérale cette fois. Du côté droit il n'y a plus aucune ombre (côté opéré). Mais du côté gauche on voit une ombre très faible, si peu accentuée que, craignant une erreur, nous demandons une deuxième épreuve. Cello-ci est absolument confirmative de la première, et dès lors nous nous décidons à pratiquer une nouvelle intervention sur le côté gauche. Le malade est préparé par des lavements au chlorure de calcium pour éviter une nouvelle hémorragie.

20 novembre. Intervention (M. Gayet). Craignant d'avoir, comme la première fois, une hémostase difficile, on avait espéré pouvoir faire une simple pyélotomie. Mais le rein extériorisé par l'incision lombaire, la palpation du bassinet est négative. On fait une petite incision sur le bord convexe et on explore au doigt l'intérieur du rein et du bassinet sans aucun résultat. L'incision du rein est alors agrandie progressivement, en haut et en bas, dans toute l'étendue du rein, et cependant on ne trouve toujours pas le calcul. Cependant, assuré par les deux radiographies de la présence du calcul, on cathétérise les calices avec un stylet. Au niveau du pôle inférieur, le stylet donne la sensation de dureté pierreuse. On fend ce pôle inférieur jusqu'au bassinet, et le doigt arrive alors à une poche du volume d'une noisette contenant un agglomérat de petits calculs du volume d'un gros pois qu'on extrait à la curette. On retire encore du sable à la curette aussi soigneusement que possible. On termine par l'exploration du pôle supérieur au stylet sans plus rien trouver d'anormal. Suture hémostatique du rein très soigné. Drainage et mèche.

Les suites ont été très simples ; cette fois encore nous avons eu une hémorragie post-opératoire, mais bien moins inquiétante que la première fois. Le dixième jour on enlève la mèche et le tube. Le malade se lève le vingtième jour. Aujourd'hui sa plaie est complètement fermée et les urines sont redevenues claires ; elles laissent cependant déposer un peu par le repos.

Je laisse à M. Barjon le soin de vous donner d'intéressantes explications sur ses radiographies. Pour moi, je me contenterai d'insister sur deux points. D'abord la nécessité absolue de préparer ses malades qui saignent toujours beaucoup, pendant les jours qui précèdent, avec les lavements au chlorure de calcium. Il m'a semblé que cette préparation a été utile pour la deuxième intervention.

D'autre part, je veux rendre hommage à l'utilité d'une bonne épreuve radiographique et même d'une double épreuve, lors-

qu'il s'agit de déceler les calculs de petit volume et de faible densité. Si je n'avais pas été certain de l'existence de ce calcul, j'aurais certainement abandonné la partie, croyant à une erreur de diagnostic ; tandis qu'ayant en mains la preuve répétée de sa présence, j'ai fini par le découvrir et par l'enlever.

*
* *

DE QUELQUES CAUSES D'ERREUR DANS LE DIAGNOSTIC RADIOLOGIQUE DES CALCULS DU REIN.

M. F. Barjon. — Comme suite à la présentation que le Dr Gayet et moi venons de vous faire, je voudrais vous dire quelques mots à propos des causes d'erreur radiographiques des calculs du rein.

La radiographie est à l'heure actuelle un des moyens les plus parfaits pour établir avec certitude le diagnostic de calcul des voies urinaires. Il est certain qu'avec une bonne technique on ne doit pas en laisser échapper. Je vais vous faire passer une série d'épreuves qui vous montreront mieux que toutes les descriptions ce qu'on peut obtenir. Il en est un peu maintenant des calculs du rein comme des anévrysmes de l'aorte. Avant la radioscopie, ces derniers étaient rares, ils sont fréquents aujourd'hui.

Les calculs du rein sont devenus, eux aussi, beaucoup plus nombreux depuis que l'examen clinique est complété par la radiographie.

Quelque précieux que soit ce nouveau mode d'exploration, il n'atteint pas cependant encore à la perfection absolue. Il subsiste un certain nombre de causes d'erreur. Quelle est la méthode qui n'a pas les siennes !

Toutefois, une erreur connue et expliquée est par là même une erreur évitée. C'est pourquoi l'étude de ces erreurs présente un très grand intérêt, et on ne devrait jamais en laisser passer une sans l'approfondir complètement.

Il y a deux façons de faire une erreur. Ou bien un calcul existe réellement, et il n'est pas vu ; c'est une faute de technique. Ou bien on voit une image et on croit à un calcul qui n'existe pas ; c'est une erreur d'interprétation.

I. — *Le calcul existe et ne donne pas d'image.*

Cela tient le plus souvent à ce qu'on a employé un mauvais moyen d'exploration. Beaucoup d'observations publiées dans ce sens reposent sur un simple examen radioscopique. On ne fait pas assez la différence entre ces deux procédés d'examen : la radiographie et la radioscopie.

La radioscopie est un mode d'examen très insuffisant pour la recherche des calculs. On ne peut voir que des calculs gros et denses, chez des sujets minces et maigres. Que le calcul soit petit ou peu dense, que le sujet soit obèse, on ne verra rien sur l'écran. Pasteau, en 1901, avait cependant donné la radioscopie comme supérieure à la radiographie pour localiser les calculs, en particulier pour établir le diagnostic entre le calcul du bassinet et le calcul de la partie supérieure de l'uretère. Il en donnait pour raison que si le calcul est dans le bassinet, il est mobile dans le sens vertical avec les mouvements respiratoires ; au contraire, s'il siège dans l'uretère il reste fixe. On pourrait objecter que lorsque le rein est fixé par de la périnéphrite, le calcul du bassinet ne bouge pas. Mais il est admis par tout le monde aujourd'hui que la radioscopie est insuffisante et que la radiographie est nécessaire.

Cette dernière, en effet, faite dans de bonnes conditions, fournit des images infiniment plus fines et plus détaillées qui permettent de mettre en évidence des calculs même très petits.

Mais cette radiographie peut être mauvaise, soit parce que le temps de pose a été mal calculé, soit parce que l'ampoule employée donnait des rayons trop mous ou trop pénétrants, soit parce que le sujet présentait une épaisseur démesurée, soit enfin parce que le rein a été mal immobilisé.

M. Arcelin à Lyon a insisté avec juste raison sur l'importance de cette immobilisation qui permet d'obtenir des images beaucoup plus nettes. Une bonne technique peut donc parer à ces défectuosités, et on ne peut devenir affirmatif que lorsqu'on a obtenu un bon radiogramme répondant aux qualités requises par Albers-Schönberg, c'est-à-dire montrant très nettement les apophyses transverses des vertèbres lombaires, la silhouette des dernières côtes et les fibres du psoas iliaque.

Enfin le calcul pourrait ne pas être vu parce que sa faible densité l'aurait rendu tout à fait perméable aux rayons X. On

sait en effet que l'acide urique pur, les urates de soude et d'ammoniaque sont excessivement transparents aux radiations.

Mais il est exceptionnellement rare de trouver des calculs formés exclusivement de ces substances-là, dès qu'interviennent dans leur formation les urates de chaux, les phosphates et les oxalates, les calculs deviennent décelables sur la plaque photographique. Et c'est là le plus graud nombre, car la structure des calculs urinaires est toujours complexe.

II. — *On voit une image qui est faussement interprétée comme calcul.*

Cette image pourrait être une tache photographique artificielle ; il s'agit là de maladresses qui sont toujours évitées par un opérateur soigneux. Elles sont dues, ou bien à ce que la plaque n'a pas été mouillée également et partout à la fois par le bain développateur, ou bien à ce qu'un doigt humide avait été appuyé sur l'émulsion photographique lors de la mise en châssis Ces taches sont faciles à éviter et à reconnaître. Elles apparaissent presque de suite dans le bain, et leur développement est beaucoup plus précoce que celui de l'image radiographique.

D'autres fois il existe sur le cliché une véritable image photographique, bien développée normalement, mais qui n'appartient pas à un calcul.

Kienböck a signalé quelques-unes de ces causes d'erreur : ganglions calcifiés, scyballes intestinaux, points ossifiés dans les cartilages costaux.

Les scyballes peuvent être évités en vidant au préalable l'intestin par un purgatif. Les images qu'ils donnent sont ordinairement plus floues, plus pâles et presque toujours sont entourées d'une auréole diffuse due aux gaz intestinaux. Voici une épreuve qui montre un point ossifié dans un cartilage costal, mais le siège de cette ombre permet d'éliminer l'idée de calcul.

Rochard et Infroit, dans une de leurs observations, ont signalé un cas de calcification de l'artère iliaque externe qui à première vue en avait imposé pour un calcul de l'uretère.

Enfin, Albers-Schönberg a signalé aussi comme cause d'erreur ce qu'il appelle les mouchetures du bassin. Il suffit d'être prévenu pour l'éviter.

Dans tous ces cas il faut attacher une grande importance à la forme (calculs ramifiés) et à l'intensité de l'image, mais surtout à sa situation. Il faut se méfier des sièges insolites, des images qui s'écartent un peu de la topographie normale des voies urinaires, En cas de doute on doit toujours faire plusieurs épreuves, soit dans la même position, soit en variant les incidences.

On pourra voir ainsi en faisant les épreuves à quelques jours de distance l'ombre se déplacer. Ce déplacement suffira à prouver qu'il ne s'agit ni d'un point ossux, ni d'un ganglion ou d'une artère calcifiée. Toutefois, il pourrait s'agir d'un corps étranger de l'intestin. L'auréole gazeuse qui environne ordinairement les corps intestinaux donne à l'image radiographique un aspect bien spécial qui permet de les reconnaître.

Si l'ombre ne se déplaçait pas, si par sa forme, son intensité, sa situation, elle laissait persister un doute, on aurait comme dernière ressource celle de faire une nouvelle radiographie après avoir introduit une sonde métallique dans l'uretère. Les rapports de l'image de cette sonde avec l'ombre douteuse pourraient donner un bon élement d'appréciation.

Dans certains cas, la cause d'erreur vient d'une lésion existant dans le rein lui-même, donnant une image analogue à celle d'un calcul et qui n'est pas un calcul. Voici une épreuve d'un malade de M. Rochet qui vous a déjà été présenté par lui il y a quelques mois. L'image, comme vous le voyez, est très nette, son intensité est à peu près la même que celle des autres calculs que je vous ai montrés, il n'est pas jusqu'à cette encoche assez profonde creusée dans le bord supérieur qui n'en impose pour la forme d'un calcul. Il est sur que dans ce cas nous avons cru fermement à l'existence d'un calcul du rein. Il s'agissait d'une tumeur limitée remplie d'une substance molle, épaisse, analogue à du caséum ou à du mastic. On a hésité sur le moment entre le diagnostic de tuberculose et celui de kyste sébacé du rein. L'examen histologique a démontré que c'était bien de la tuberculose. L'intervention toutefois s'est trouvée suffisamment justifiée.

Il y a des cas enfin où l'image fournie par la radiographie est à peine indiquée, bien que l'épreuve soit bonne. C'est justement ce qui s'est produit pour le malade que nous venons de vous présenter avec M. Gayet. Malgré la pâleur des contours

de l'image, j'ai pu affirmer le diagnostic parce que ce malade avait déjà été radiographié et opéré du côté opposé, parce que de ce côté, ayant fait deux épreuves à quelques jours d'intervalle, jai retrouvé les deux fois une image semblable. Mais cette image était très spéciale et aurait facilement passé inaperçue à un observateur non éduqué ou non prévenu. Boistelin, dans la thèse de Bourget (Paris, 1903), signale lui aussi une tache à contours arrondis, de faible opacité, d'un aspect tout particulier impossible à définir et que seul un œil exercé est capable de saisir. Cette tâche indiquerait une bouillie calculeuse. Cette donnée a été parfaitement vérifiée ici puisqu'on a trouvé non pas un calcul d'une seule pièce, mais une agglomération de petits graviers remplissant deux calices et dessinant exactement la forme branchée en Y du cliché radiogragraphique.

C'est en apprenant à interpréter ces cas difficiles et à éviter les causes d'erreur qu'on perfectionnera peu à peu le radiodiagnostic des calculs urinaires. Grâce à une technique de jour en jour plus parfaite, à une connaissance plus approfondie des difficultés, à une meilleure interpétation des faits, les surprises deviendront plns rares. L'instruction et l'expérience des opérateurs feront voir la méthode plus parfaite, et nous rendrons de plus en plus justice à ce merveilleux moyen d'investigation.

M. Rochet. — J'ai été très intéressé par les explications que vient de nous donner M. Barjon et désire ajouter deux mots à ce sujet.

Je demanderai d'abord à M. Gayet, que je félicite de son opération et du résultat qu'il a obtenu, des renseignements au point de vue de la bouillie calculeuse retirée de l'un des reins et s'il a fait faire l'analyse, parce que ce calcul m'a paru différer de celui de l'autre rein, ressembler à la bouillie phosphatée, être un calcul secondaire infecté et non un calcul primitif dans le genre de celui qui avait été d'abord retiré sur l'autre côté.

Au sujet de son intervention elle-même, je ferai quelques petites remarques. Il a très justement dit que dans le cas particulier qui l'occupait, il fallait être assez réservé au point de vue de l'application de la pyélotomie. Il est parti lui-même avec l'idée de faire une opération de ce genre, puis il a abandonné cette idée lorsqu'il est arrivé sur le rein. Je ferai remarquer que la pyélotomie est en principe, théoriquement, une opération excellente, car elle a sur la néphrotomie l'avantage de faire moins saigner le malade, de ne pas toucher le parenchyme rénal lui-

même ; mais en pratique il en est différemment : dans quelques cas bien limités et assez rares, la pyélotomie paraît indiquée, surtout lorsqu'on a une radiographie bien faite, obtenue par un opérateur bien expérimenté et qui montre le calcul bien limité dans la région du bassinet, du côté de la partie interne du rein, et quand elle n'en montre pas ailleurs ; mais la radiographie peut se tromper, il peut se faire que l'opération montre dans l'épaisseur du rein un calcul découvert dans le bassinet lui-même ; il y a en effet une telle variabilité de la situation du rein, tantôt plus haut, tantôt plus bas, qu'on ne peut pas toujours se fier à la position exacte de la tache pour déterminer la position du calcul.

S'il s'agit d'un calcul dans le rein lui-même, cette voie-là est trop resserrée, on ne peut parfois rien mettre dedans, ni doigt ni instrument, on ne peut guère faire une exploration du rein par cette voie et à plus forte raison on ne peut guère procéder à l'extirpation d'un calcul intrarénal.

D'autre part, on dit que cette voie était innocente ; c'est entendu ; mais cependant, lorsqu'on interroge certaines observations publiées, on voit que certains opérés ont eu des hémorragies assez ennuyeuses, car il y a souvent, en arrière du bassinet, des vaisseaux très développés qu'on peut très bien intéresser par l'incision pyélique, ou lors de la manœuvre d'extirpation du calcul.

Ce n'est pas que je veuille faire du tout le procès de la pyélotomie ; elle est très bonne quand elle est indiquée par l'image radiographique nette d'un calcul peu volumineux dans le bassinet ; mais d'une façon générale, je ne crois pas qu'on puisse songer à substituer cette opération à la néphrotomie véritable. Trouverait-on bien d'ailleurs un calcul dans le bassinet, qui prouve qu'il n'en existe pas ailleurs dans le reste du rein ? et celui-là restera après la pyélotomie. En pareil cas, la pyélotomie est une excellente opération, mais pratiquement elle me paraît avoir et aura toujours, je crois, des indications restreintes.

Au point de vue de la néphrotomie, M. Gayet a insisté sur un point très intéressant. Il comptait arriver sur le calcul, dans sa seconde opération (et pour ne pas faire trop de désordres), par une petite incision. Il a dû abandonner cette idée, et je crois en effet qu'avec une incision trop petite on laisserait de côté, et inexploré pour ainsi dire, une grande partie de l'intérieur du rein et qu'on ne fera rien de bon comme opération. Il est entendu que les malades saignent beaucoup ; tous ceux qui ont fait cette opération ont été surpris par cette véritable pluie d'orage, par ce suintement extrêmement abondant et qui a l'air formidable. Cette hémorragie s'arrête assez bien cependant par la compression provisoire des deux valves rénales réappliquées l'une sur l'autre pendant deux ou trois minutes, ou encore par des mèches introduites dans la substance rénale, et surtout par une suture bien faite du rein. La compression provisoire des deux valves rénales, qu'on maintient l'une contre l'autre

bien serrées, me paraît une excellente manœuvre avant de faire les sutures. Il y a trois semainea, j'ai eu recours à ce procédé et je m'en suis très bien trouvé ; j'ai comprimé pendant trois ou quatre minutes très fortement les deux valves l'une contre l'autre ; j'ai lâché ensuite et le rein ne saignait presque plus. Autrefois, je tamponnais l'intérieur du rein avec une mèche, et je le laissais même provisoirement en faisant la suture du rein autour. Ainsi avais je agi dans des cas que j'avais opérés avec mes collègues, Albertin et Durand, par exemple ; maintenant, je ne suis plus disposé à le faire, parce que je crois que les mèches qu'on met dans le rein et qu'on y laisse deux ou trois jours sont une amorce pour une infection secondaire, et il arrive que ces malades ainsi suturés, alors qu'ils avaient des urines limpides, présentent ultérieurement des urines infectées. Il faudrait pouvoir retirer les mèches après les vingt-quatre premières heures et ce ne serait pas alors sans inconvénient pour le retour de l'hémorragie. M. Durand m'a parlé d'un malade chez lequel l'interne, par excès de zèle, avait enlevé les mèches le lendemain de l'opération et il y avait eu une hémorragie considérable. Les sutures du rein fendu sont de première importance ; je les fais au nombre de trois ou quatre non pas avec une petite aiguille courbe, qui ne peut pas charger le rein assez près de son milieu, mais avec une aiguille presque droite qui ponctionne le rein à un travers de pouce en dehors de son hile, ressort du côté opposé et ramène le fil de gros catgut qu'on va lier sur la face convexe ; en liant il faut comprimer fortement les deux valves l'une contre l'autre ; on fait faire cette compression par un aide. Il faut serrer ensuite très progressivement, très doucement, sans à coups, car si on lie trop fort, on risque de déchirer la substance rénale. Les valves étant bien serrées l'une contre l'autre par l'aide, le fil n'a pas besoin de serrer lui-même : il ne fait que les maintenir ; avec ces précautions, je crois que l'hémorragie s'arrête en somme dans presque tous les cas.

A propos de la communication de M. Barjon, qui m'a beaucoup intéressé, je crois en effet que dans certains cas, comme il l'a dit, le radiographe doit interpréter très soigneusement la plaque, car il y a certains détails qui peuvent mettre sur la voie d'une erreur. Dans le cas particulier où nous avions affaire à une tuberculose rénale, la plaque radiographique a montré nettement une tache qui pouvait faire penser qu'on se trouvait en présence de quelque calcul. Et cependant, pour un radiographe exercé, il y avait un détail qui pouvait faire douter que ce fût un vrai calcul ; ce détail était la teinte de la tache un peu plus claire au centre qu'à la périphérie. C'était là un point très important ; quand la tache est tout à fait noire dans toute son étendue aussi bien au centre qu'ailleurs, il ne peut guère s'agir d'autre chose que d'un calcul. Le cas de M. Gayet a montré que, dans la bouillie calculeuse de son second cas, il y avait une épreuve radiographique qui donnait l'impression d'un vrai

calcul homogène ; mais il y a mieux : il peut y avoir en suspension, dans le bassinet, des masses fibrineuses et purulentes sans calcul et la radiographie non interprétée par un spécialiste peut alors donner l'illusion d'un calcul. Je connais le cas d'un médecin qui avait été opéré pour un calcul du rein à Paris une première fois et qui, un an après, a fait faire une radiographie de son rein et a été stupéfait de voir qu'il avait un calcul peut-être plus gros que le premier ; il fut très étonné, très ennuyé et se fit réinciser le rein ; dans celui-ci, on ne trouva pas de calcul, mais précisément une espèce de boue phosphatée ne donnant même pas au doigt l'impression de graviers et qui avait donné cependant à la radiographie l'impression d'un calcul.

Tout cela montre qu'il ne faut pas se hâter de conclure soi-même d'après une épreuve à l'existence d'un calcul ; il faut que l'épreuve soit interprétée par un radiographe compétent.

M. Gayet. — Je suis très heureux d'avoir suscité les deux communications très intéressantes que nous venons d'entendre. Je répondrai à M. Rochet, au point de vue de l'analyse chimique du calcul, que je n'ai pas fait faire cette analyse, — elle peut être faite facilement, — mais j'ai bien eu l'impression, en trouvant cette bouillie, qu'il s'agissait là d'un calcul secondaire ; le rein paraissait assez sain, il n'y avait pas grande infection du bassinet ; mais les urines étaient troubles. Il est bon de rappeler que la première séparation d'urines nous avait montré ce rein fonctionnant moins bien que celui portant le gros calcul.

Pour la deuxième question, M. Rochet a soutenu la thèse de la néphrotomie, qui doit être préférée à la pyélotomie ; mais au moment de la première opération, j'avais été assez effrayé par cette abondante hémorragie, dont j'ai parlé. J'ai oublié de dire, dans mon observation, qu'après l'opération j'ai appris que ce malade avait eu des antécédents hémophiliques, qu'il saignait très facilement, lorsqu'il se faisait arracher une dent, par exemple, il perdait beaucoup de sang. Mais comme l'a très bien montré M. Rochet, il y a beaucoup de cas où la pyélotomie ne doit pas être possible ; dans le mien, il a falllu renoncer à cet espoir, ça été seulement par une incision coupant le rein de part en part que j'ai pu trouver la pierre. Je suis bien persuadé comme lui que cela doit se rencontrer assez souvent.

M. Barjon. — J'ajouterai un mot à propos de la remarque de M. Rochet sur l'interprétation des ombres radiologiques fournies par les vrais et les faux calculs du rein. J'avais comme lui cette impression que lorsqu'une tache était homogène on avait des chances de se trouver en présence d'un vrai calcul, tandis que si la tache présentait des différences de teintes, les bords plus foncés, le centre plus clair, il pouvait s'agir d'autre chose. Si je n'en ai pas parlé, c'est que j'ai un peu changé d'avis. Dernièrement, M. Arcelin nous a montré la radiographie d'un calcul du

rein chez un sujet très mince ; or, dans cette épreuve, on distingue très nettement non seulement la forme du calcul, mais aussi sa structure, et l'on voit dans ce calcul des zones concentriques de différentes apparences. Ainsi, on peut obtenir des détails dans la structure d'un calcul. On ne peut donc plus formuler dans les mêmes termes cette règle d'interprétation, mais on pourrait la modifier ainsi : lorsqu'on obtient sur un cliché de radiographie rénale une ombre non homogène, si les différences de teintes sont régulières et concentriques, il y a des chances pour qu'il s'agisse d'un vrai calcul ; au contraire, lorsqu'elles sont irrégulièrement distribuées sans ordre, et comme au hasard, il se pourrait qu'il ne s'agisse pas d'un vrai calcul.

*
* *

ABLATION DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR.

M. Tixier, au nom de M. Martin, présente un malade.

M. Claude Martin. — Je suis très reconnaissant à M. Tixier d'avoir bien voulu vous présenter ce malade qui offre un bel exemple d'absence de déplacement du fragment restant après résection du maxillaire inférieur. C'est là une particularité très rare et qui mérite à ce titre de retenir l'attention de la Société.

La résection du maxillaire qu'a subie ce malade, a dû être faite sur une très grande étendue, car la section de l'os a porté sur la ligne médiane, et toute la moitié droite de la mâchoire a été enlevée après désarticulation du condyle.

D'autre part, M. Tixier a dû pratiquer l'exérèse des téguments envahis par le néoplasme sur une surface de près de 10 centimètres carrés. Dans ces conditions, il devenait très difficile de placer une prothèse immédiate, car le grand délabrement des parties molles n'aurait pas permis de fermer cette large plaie, et encore moins de recouvrir un appareil prothétique. La perte de substance a même été si considérable, qu'il a été impossible de placer une prothèse anté-opératoire pour empêcher le déplacement du fragment restant. M. Tixier vous a dit par quel ingénieux procédé, il a pu obtenir l'occlusion de la vaste plaie résultant de l'opération.

Il ne me semblait pas douteux qu'une telle intervention serait suivie d'une forte rétraction cicatricielle qui influerait sur la position du fragment gauche du maxillaire complètement mobile. On devait s'attendre à un déplacement en dedans très accentué de ce fragment. Or, à notre grande surprise, ce fragment ne s'est nullement déplacé, et aujourd'hui, deux mois après l'opération, vous le voyez dans une position tout à fait normale, les dents s'articulant d'une façon parfaite avec celles du maxillaire supérieur.

A peine observe-t-on une légère inclinaison en dedans lorsqu'on fait ouvrir largement la bouche au malade. Ce fait est pour moi si surprenant que j'ai insisté pour que ce malade vous fut présenté. Je serais heureux si de votre discussion pouvait se dégager les raisons, pour moi encore obscures, qui ont déterminé cette anomalie. Pour ma part, sur près de 300 résections que j'ai observées depuis 30 ans, c'est la première fois que je constate un résultat fonctionnel aussi remarquable sans le concours d'aucun appareil.

Quelques malades de ce genre ont été présentés à la Société de chirurgie de Paris, et en 1896, M. Leriche, de Nice, en a montré un bel exemple au Congrès de chirurgie. Il y a trois ou quatre ans, M. le professeur Jaboulay, chez une jeune fille de 16 à 18 ans a obtenu un résultat a peu près semblable, quoique cependant moins parfait que chez le malade qui vous est présenté aujourd'hui.

Presque tous les chirurgiens qui ont observé des faits de ce genre ont montré quelque tendance à conclure que la prothèse immédiate ou anté-opératoire n'était pas nécessaire pour obtenir des résultats très satisfaisants. C'est précisément contre cette tendance que je voudrais mettre en garde les chirurgiens. Ces faits démontrent seulement la possibilité de l'absence de déviation du fragment sous l'influence de la rétraction cicatricielle, mais ils doivent être considérés comme l'exception ; en réalité, c'est le déplacement du fragment qui est la conséquence habituelle de la résection. Ils ne peuvent donc servir d'argument contre l'emploi des appareils prothétiques. La grande majorité de ces interventions reste donc toujours et malgré tout justiciable de la prothèse, car rien ne peut mieux assurer l'intégrité fonctionnelle du fragment restant tout en conservant l'esthétique de la face.

M. Gangolphe. — Tous les malades que j'ai vus ont eu des déformations et on peut se demander pour quelles raisons cela ne s'est pas produit ici ; il y a toujours déformation, c'est la règle absolue et je crois qu'il est bon de présenter ce cas là comme une exception impossible à prévoir à l'avance parce que ce serait porter atteinte à la prothèse et nous savons tous quels services elle rend. Je crois qu'il faut, dans ce cas exceptionnel, faire jouer un rôle au tissu cicatriciel, lequel est excessivement variable.

Séance du 21 janvier 1909.

Présidence de M. Gangolphe.

A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL.

M. Destot. — Dans la dernière séance on a beaucoup parlé du diagnostic des calculs du rein et des erreurs d'interprétation auxquelles donnent lieu les radiographies. M. Barjon a montré trois cas : cancer du rein, ossification du cartilage costal, kyste tuberculeux qui pouvaient simuler des calculs.

Deux cas peuvent se présenter, ou la radiographie est muette et il existe cependant des calculs, ou il existe une tache que l'on rapporte à un calcul et il s'agit de toute autre chose.

Sur le premier point, on peut incriminer la radiographie; des rayons trop durs, qui ont traversé l'obstacle sans laisser de trace, ou des radiographies trop limitées n'embrassant pas tout le champ.

Dans le second cas, on peut encore incriminer la radiographie. En effet, si le rein a bougé et n'est pas resté fixe, la tache présente des contours flous et on est obligé d'équivoquer.

Les moyens d'éviter ces erreurs sont connus, mais d'un emploi difficile et compliqué. Il est évident que lorsqu'on voit la forme exacte, les contours précis et jusqu'aux strates d'un calcul, il n'y a pas d'erreur possible et c'est à ce but que la technique doit tendre.

La radiographie instantanée, en supprimant toutes les indécisions du contour donne déjà des résultats bien supérieurs à ceux que l'on obtenait autrefois dans les poses prolongées.

La stéréoscopie instantanée, telle qu'on la pratique en Alle-

magne, permet, non seulement, le diagnostic plus exact du calcul, mais encore précise son siège. Grœdel de Nauheim est arrivé, avec des tubes de Bauer, de Berlin, et un appareil à contact tournant de Reiniger Gibhert et Shall, à faire un couple stéréoscopique, en 1/5 de seconde pour chaque cliché séparé par 1/2 seconde pour changement des plaques.

Malheureusement, ces résultats sont difficiles à obtenir en France.

Il faut en effet des tubes fort chers, se détériorant vite, et des appareils qui exigent une énergie électrique considérable.

Grisson, qui est arrivé à faire des radiographies avec un seul contact instantané, parle de 100 ampères sous 220 volts au primaire.

Koch et Sterzel, qui donnent avec une bobine un seul contact au pistolat, demandent 60 ampères, et Egkman, de Scheveninge, avoue que malgré cela les clichés sont faibles.

Hülst, des Grands-Rapides, a montré au Congrès d'Amsterdam, des clichés merveilleux obtenus avec une machine statique de 100 plateaux de 70 cent., tournant à 1.800 tours, et prétend qu'avec un débit continu de 12 milliampères, il obtient chez une personne obèse des calculs du rein en 2 secondes.

Dernièrement, M. Nogier a montré des calculs du rein obtenus avec l'appareil de Grisson, en quelques secondes, mais il n'avait pas les derniers appareils de cet auteur qui utilise, à l'heure actuelle, 16 condensateurs de 500 microfarads chacun, et prétend avec un tube de Burger, en une seule seconde, donner des résultats extraordinaires.

On ne peut que regretter qu'en France les laboratoires de radiographie n'aient pas les ressources qu'on trouve partout en Allemagne, en Autriche et même en Belgique. Les frais énormes de l'installation et surtout de la consommation des tubes nouveaux, qui coûtent de 90 à 150 marks, sont au-dessus des ressources dont nous disposons ; mais il faut espérer qu'avec des plaques plus sensibles, comme celles de Trivelli, de La Haye, avec des écrans renforçateurs, comme ceux d'Eykman, on arrivera bientôt à une solution plus pratique et plus économique.

La radiographie instantanée et la stéréoscopie instantanée sont les meilleurs moyens d'éviter les erreurs signalées.

*
* *

DE L'INTERVENTION DANS LE CANCER THYROÏDIEN SUFFOCANT A PROLONGEMENT MÉDIASTINAL.

M. Bérard. — J'ai eu l'occasion déjà de présenter à la Société, l'an dernier, 3 malades, chez lesquels j'étais intervenu d'urgence pour des cancers thyroïdiens suffocants avec prolongement médiastinal volumineux. L'observation suivante, qui a trait à un cas analogue, vient encore plaider en faveur de l'extirpation de telles tumeurs, dût-on, pour agir sans danger, ne pas chercher à se tenir en dehors de la capsule thyroïdienne et faire une simple énucléation des masses qui exercent la compression la plus grave.

Le 5 janvier, on amenait dans mon service une femme de 70 ans près d'asphyxier. Habitant le village de Bibost, dans le Rhône, où le goitre règne encore à l'état endémique, elle présentait, depuis la ménopause, vers l'âge de 45 ans, un goitre médian, qui ne l'avait d'ailleurs jamais empêchée de vaquer à ses occupations jusqu'à l'année 1906. Depuis cette époque, elle se plaignait de dyspnée d'effort, de palpitations, en même temps que son cou grossissait. Cet hiver, à la suite d'une bronchite, elle eut ses premières crises asphyxiques. Le docteur Hinglais, appelé auprès d'elle, trouva une tumeur cervicale turgescente, recouverte d'une peau très vascularisée, avec d'énormes veines de circulation collatérale. La masse, mal limitée, de consistance pâteuse, donnait, au premier aspect, l'impression d'une thyroïdite. Une application de sangsues amena, en vingt quatre heures, la cessation de symptômes alarmants ; mais, au bout de huit jours, une nouvelle crise éclata, et une nouvelle application de sangsues provoqua une amélioration moindre.

A partir de ce moment, la dyspnée s'accrut peu à peu, en même temps qu'une dysphagie progressive s'installait. L'état devint assez alarmant pour que la malade fût apportée d'urgence à l'Hôtel-Dieu, où je l'examinai après une heure de repos. Assise sur son lit, la face violacée, noirâtre, elle haletait bruyamment. A la région cervicale, une tumeur médiane, du volume du poing, était largement étalée, et comme encastrée entre l'os hyoïde et le sternum. D'énormes veines la recouvraient, se prolongeant en tête de Méduse, sur la paroi thoracique antérieure gauche. De contours mal limités, elle avait refoulé en dehors le paquet vasculo-nerveux droit, et elle recouvrait la carotide et la jugulaire gauches. La percussion décelait une matité rétro-sternale, empiétant vers les deux premières côtes gauches, sur une hauteur de deux travers de doigt, suivant la surface classique en haussecol (Potain). Il n'y a pas de signes de compression grave des sympathiques, ni des vagues, mais la voix enrouée-

témoigne d'une lésion des récurrents. Le moindre effort réveille la toux aboyante de compression ; le pouls est rapide, sans intermittences ; il y a dans les deux poumons des râles de bronchite, avec un murmure vésiculaire très atténué dans le poumon gauche, probablement par compression de la grosse bronche. Il existe quelques ganglions cervicaux, volumineux et mous. Des inhalations d'oxygène et une injection de morphine, n'ayant procuré aucun soulagement, nous décidons d'intervenir immédiatement.

Opération. — Position assise, simulacre d'anesthésie au chlorure d'éthyle. Une longue incision en cravate, déborde de chaque côté la masse néoplasique. D'énormes veines sont sectionnées, entre deux pinces, et liées ensuite. Les muscles étalés et infiltrés d'œdème sont coupés transversalement, et on arrive ainsi sur la tumeur dure, sillonnée de gros vaisseaux, que l'on contourne assez facilement avec le doigt, en haut et en dehors, mais qui plonge en bas dans le médiastin, et semble encastrée là, derrière le sternum. Une exploration, extrêmement prudente et patiente, permet de trouver, par en bas, un plan de clivage : l'extrémité de l'index contourne avec peine le pôle inférieur, et des tractions très douces, mais soutenues, dégagent petit à petit le prolongement médiastinal, pendant que des mèches de tamponnement sont introduites en arrière de lui, pour prévenir tout accident d'entrée de l'air dans les veines.

Un dernier effort luxe la tumeur, en même temps qu'une formidable hémorragie veineuse inonde le champ opératoire de sang. La compression de la loge avec des mèches de gaze arrête momentanément l'hémorragie. La masse luxée est rapidement séparée au bistouri du lobe droit du corps thyroïde, sans doute dégénéré lui aussi, mais qui n'était pour rien dans les phénomènes d'asphyxie. Pendant qu'on fait une injection de sérum de 500 grammes, l'hémostase est assurée par de nombreuses ligatures ; les troncs veineux, qui donnaient dans le fond de la cavité médiastinale, se sont affaissés sous la compression des mèches ; on les repère et on les lie sans difficulté.

Deux mèches tamponnent légèrement l'espace mort laissé par la tumeur, en arrière du sternum, jusqu'au niveau de la crosse aortique. Suture des plans superficiels.

Le soir même, la malade a recouvré une respiration calme : le lendemain, les mèches sont retirées. Aucun incident n'est survenu du côté de la plaie, depuis l'intervention, sauf la persistance d'un suintement séro-hémorragique assez abondant qui doit faire craindre la pullulation de bourgeons néoplasiques sur la tranche thyroïdienne sectionnée.

La tumeur, qui pèse 350 grammes, est de consistance assez dure, sauf en quelques points, où des cavités sous-corticales sont remplies de masses épithéliales. A la coupe. sauf ces cavités, le tissu est blanchâtre, tassé, sillonné de lacunes vasculaires. Elle a la forme d'une brioche de

Paris, bilobée, avec l'empreinte du sternum profondément marquée dans l'échancrure, ce qui explique les difficultés de l'extraction du lobe médiastinal incarcéré : ce lobe avait la forme et le volume d'une figue fraîche. L'examen histologique montre un épithélioma thyroïdien typique, encore encapsulé sur les points où a porté la coupe, mais avec infiltration du stroma par des boyaux épithéliaux jeunes. Histologiquement, ce ne serait pas une forme très maligne ; elle se rapprocherait de la *struma proliferans* de Wœlffer. Et pourtant, cliniquement, tout nous fait croire à une continuation de la prolifération cancéreuse, au fond de la plaie.

Même si le résultat ainsi obtenu ne devait être que temporaire, il ne faudrait pas avoir autant de regret : l'état très précaire de la malade ne se prêtait pas à une thyroïdectomie totale, rendue illusoire d'ailleurs par la présence de ganglions cervicaux bilatéraux.

D'autre part, ainsi que je le signalais dans une précédente communication, on a parfois des surprises heureuses, après ces interventions, en apparence incomplètes, pour cancer thyroïdien suffocant : témoin ce malade que je vous ramène, qui a été opéré dans des conditions identiques à celles relatées ci-dessus, pour un cancer thyroïdien à évolution thoracique, et qui reste guéri depuis le mois de mars 1907. (Voir le fascicule : *Chirurgie du corps thyroïde*, in Le Dentu et Delbet, p. 376.)

Enfin, l'extirpation de telles tumeurs, qui semble extrêmement redoutable, l'est beaucoup moins que la trachéotomie, qu'on pourrait lui opposer. Il est rare, en effet, que le cancer thyroïdien, par son pôle médiastinal, englobe solidement des organes importants ; presque toujours, on trouve, jusqu'à une période assez avancée de son évolution, un plan de clivage entre la tumeur et les organes dangereux de l'espace sus-aortique. La tumeur luxée, on n'a plus d'autres accidents sérieux à redouter que l'écrasement de la trachée par elle ; on pourrait même la laisser ainsi soulevée au-dessus du sternum si, en pareil cas, la surface exposée ne donnait pas rapidement d'inquiétantes hémorragies. Mieux vaut trancher dans la masse aux points qui semblent les moins dégénérés. Je n'ai eu qu'à me louer jusqu'ici de cette conduite.

La trachéotomie, au contraire, est presque fatalement mortelle, chez les cancéreux thyroïdiens, dans la proportion de 90 p. 100, pourrait-on dire, la broncho-pneumonie emporte les malades dans la première semaine. J'en ai fait encore l'expé-

rience, au mois d'août dernier, avec mon ami, le docteur Sargnon ; chez une femme atteinte de cancer thyroïdien suffocant et diffus, j'avais essayé, devant l'impossibilité de toute extraction, de libérer la trachée, par l'incision large de tous les plans superficiels, telle que l'a préconisée M. Poncet. Je pus même creuser dans le cancer une véritable tranchée, qui dégagea momentanément le conduit aérien ; après huit jours de répit, l'asphyxie étant à nouveau imminente, il suffit de ponctionner la trachée découverte pour y placer une canule : les manœuvres furent donc aussi simples et aussi rapides que possible ; cinq jours après, cependant, la malade succombait.

Mieux vaut donc courir quelques risques opératoires en tentant l'extirpation, qu'en ouvrant d'emblée la trachée, qui, souvent, enfouie sous un plastron cancéreux épais et très vascularisé, est déjà difficilement accessible. Sur 12 cancéreux thyroïdiens, dont j'ai enlevé la tumeur complètement ou incomplètement, je n'ai eu qu'une mort post-opératoire, c'est-à-dire dans les quinze jours ou trois semaines qui suivent l'intervention.

M. Delore.— Il y a cinq ans, j'ai publié un travail sur les cancers du corps thyroïde ; j'avais recherché alors ce que devenaient les malades qui avaient été opérés de trachéotomie ; ils étaient tous morts rapidement de broncho-pneumonie, tandis que ceux qui avaient subi l'ablation guérissaient souvent. Je me souviens d'une femme thyroïdectomisée, qui est restée guérie pendant dix-huit mois, et qui a succombé à une généralisation probablement pulmonaire ; d'autres ont vécu trois mois, six mois ; ils avaient eu une amélioration manifeste. au moins pendant quelque temps ; le résultat de la thyroïdectomie est certainement meilleur que celui procuré par une trachéotomie.

M. Gangolphe.— Je suis frappé de la mortalité excessive dont parlent mes collègues à la suite de trachéotomie pour cancer du corps thyroïde. Le cancer du larynx, traité par la trachéotomie, peut donner lieu à de longues survies. Je me rappelle qu'un malade a vécu plus d'une année après cette intervention.

M. Bérard. — On ne saurait comparer la gravité de la trachéotomie chez les cancéreux du larynx et chez les cancéreux thyroïdiens. Ces derniers, en effet, présentent presque toujours, déjà depuis des années, des lésions pulmonaires et cardiaques, avec un état de congestion des voies aériennes qui a préparé, de longue date, le terrain à l'infection ; outre que la découverte de la trachée peut être laborieuse, dès que les voies

aériennes sont ouvertes aux microbes extérieurs, la broncho-pneumonie s'installe de suite.

Pour les cancers du larynx, la technique opératoire déjà est très simplifiée : en quelques minutes, sans risque, peut se faire la ponction de la trachée. Et souvent alors, on assiste à de véritables résurrections. J'ai opéré, en mars dernier, sans anesthésie, un cancéreux du larynx venu du service de M. Teissier, dans un état si grave que je fis la trachéotomie par acquit de conscience ; ce malade vit encore au bout de dix mois ; il a engraissé, et je lui aurais même proposé une extirpation du larynx, si l'examen n'avait révélé à M. Sargnon que les gouttières pharyngées sont trop largement envahies.

*
* *

GASTRECTOMIE DATANT DE DEUX ANS ET DEMI ; APPARITION CHEZ LA MALADE D'UN CANCER BILATÉRAL DES OVAIRES ET D'UN CANCER DU SEIN ; CASTRATION TOTALE ET AMPUTATION DU SEIN ; GUÉRISON.

M. Tixier. — Je vous présente une malade qui a subi une série d'opérations intéressantes. Elle a été opérée d'abord en mars 1906 d'une gastro-entéro-anastomose, puis, six semaines après, en avril 1906, d'une gastrectomie. En décembre 1906, deux ans et demi après ces interventions sur l'estomac, elle a subi une ablation totale des annexes et de l'utérus. Dans la même séance je lui ai pratiqué une amputation cunéiforme du sein. Voici la malade : tout est cicatrisé, elle est guérie, je vais maintenant vous conter son histoire avec plus de détails.

En 1907, M. Goullioud présentait à la Société un mémoire très intéressant sur le cancer de l'ovaire au cours de l'évolution du cancer de l'estomac. Dans ce travail, il traitait la question connue en Allemagne sous le nom de tumeurs de Krükenberg, c'est-à-dire tumeurs cancéreuses secondaires de l'ovaire chez des malades qui portaient, au préalable, un cancer, soit de l'estomac, soit des voies biliaires, soit du tube digestif. Or, voici une malade qui réalise exactement ce type clinique.

Observation.

En 1906, au mois de mars, elle vint dans mon service pour des hématémèses formidables, et je dus d'urgence pratiquer une gastro-entéro-

anastomose. Au cours de l'opération, je reconnus un ulcéro-cancer pylorique volumineux, mais mobile. Je ne crus pas devoir exécuter, dans la même séance, une gastrectomie, car la malade était dans un état tel qu'elle n'aurait pas supporté une opération aussi shockante. Mais dès le 27 avril, un mois et quelques jours après la première intervention, je lui fis une nouvelle laparotomie, et pratiquai l'ablation de cette volumineuse tumeur; c'était un cancer de l'estomac, du type ulcéro-cancer : l'examen histologique en a été exécuté par M. Paviot.

Pendant deux ans et huit mois, cette malade alla parfaitement bien : elle habitait le Péage-de-Roussillon, et le docteur Fayard, qui la voyait fréquemment, ne cessait de constater son excellent état de santé.

Au mois de novembre dernier, il fut appelé auprès de la malade, non pas pour des troubles digestifs, mais parce qu'elle présentait une masse volumineuse dans le ventre. Il m'écrivit immédiatement qu'il s'agissait probablement d'une généralisation péritonéale de son ancien cancer gastrique.

Je ne sais pourquoi je pensai à la possibilité d'une tumeur de l'ovaire, et lui écrivis de la décider à venir à Lyon : en décembre 1908, elle y arrivait dans mon service. Immédiatement, au toucher, je reconnus, dans le petit bassin, cette masse bilobée du volume de deux gros poings d'adulte, tumeur absolument mobile et extirpable. J'affirmais le diagnostic de cancer bilatéral de l'ovaire, réalisant le type bien connu en Allemagne, sous le nom de tumeur de Krükenberg. Explorant ensuite avec soin son sein droit, dans lequel le docteur Fayard m'avait signalé un noyau douteux, je reconnus l'apparition d'une très petite généralisation cancéreuse.

Je me décidai à intervenir d'urgence. Par une laparotomie sous-ombilicale, avec incision de Pfannenstiell, je pratiquai une castration totale. La pièce enlevée que voici est typique : il s'agit d'un cancer bilatéral de l'ovaire, sans aucun envahissement ni des trompes, ni de l'utérus.

Je taillai ensuite largement dans le sein pour enlever, par une amputation cunéiforme, la petite tumeur douteuse, et au milieu de la graisse, à la coupe de la pièce enlevée, je reconnus un petit néoplasme, que j'envoyai à l'examen histologique.

Voici donc une femme qui, deux ans et demi après une gastrectomie, alors qu'on la croit complètement guérie, a présenté brusquement une généralisation de sa tumeur gastrique dans les ovaires et dans le sein.

Est-il possible d'établir une relation histologique entre ces diverses tumeurs ? C'est un cas très intéressant à ce point de vue, et voici les différents documents que je puis vous fournir.

D'abord, l'examen histologique de la tumeur gastrique (1906) (M. Paviot) : « Il s'agit d'un cancer de l'estomac... dans la sous-muqueuse entre les muscles, sont déjà des îlots et des traînées de cellules néoplasiques, le plus souvent atypiques. En somme, le néoplasme infiltre dans toute l'épaisseur de la paroi. »

Je demandais dernièrement à M. Paviot de bien vouloir pratiquer un examen microscopique des différentes pièces enlevées : ovaires, sein, estomac. Voici la note très complète qu'il a bien voulu me fournir :

L'examen comparatif des coupes de la tumeur gastrique, des ovaires et de la tumeur du sein montre que l'on a affaire à deux sortes de tumeurs différentes.

La *tumeur gastrique* présente une ulcération de la muqueuse, avec infiltration diffuse de la sous-muqueuse et de la musculeuse, par des éléments atypiques, forme rappelant la linite plastique. En certains endroits, les cellules constituent des amas au milieu desquels on trouve de véritables tubes tapissés d'une assise de cellules cubiques. Donc, néoplasme certainement d'origine gastrique.

Dans l'ovaire, la tumeur se constitue uniquement par de grosses cellules rondes, claires, d'aspect hyalin, ne prenant pas de coloration, et dont le noyau est rejeté dans un coin de la cellule, bien différentes de cellules de la tumeur gastrique. Elles rappellent absolument le type d'épithélioma primitif de l'ovaire à cellules claires.

Quant au noyau du *sein*, on y retrouve des cellules claires, hyalines, de grandes dimensions, et il doit être considéré comme une métastase de la tumeur ovarienne.

En somme : cancer de l'estomac, à forme de linite plastique, cancer de l'ovaire à cellules claires, métastase de la tumeur de l'ovaire dans le sein. »

Donc, l'anatomie pathologique se refuse à établir une relation directe entre le cancer que j'ai enlevé, il y a plus de deux ans, à cette malade, et les différents cancers ovariens et mammaire que je viens de lui extirper. Il s'agissait donc, au lieu d'une généralisation, de l'apparition successive de cancers dans différents organes chez une même malade. La simple clinique a peine à accepter une pareille interprétation des faits.

Du reste, cette question est toujours en suspens. Lorsque M. Goullioud publia son mémoire, il n'osa pas la trancher, et,

depuis, il a paru un article intéressant dans la *Semaine médicale* du 13 janvier 1909, qui est dû à deux docteurs de Prague, les docteurs F. Schenk et A. Sitzenfrey, dans lequel ils résument une série d'observations absolument superposables à la mienne. Ils ne tranchent pas non plus le différend au point de vue histologique ; mais au point de vue clinique, ils vont jusqu'à proposer, lorsqu'on intervient pour un néoplasme gastrique chez la femme, l'ablation des ovaires dans la même séance. Évidemment, cela ne doit pas augmenter beaucoup le shock opératoire, cependant, je ferai une observation : la gastrectomie se fait dans le grand péritoine sus-ombilical ; s'il faut, chez la même malade, se porter dans la portion sous-ombilicale, y prolonger l'incision de laparotomie pour enlever les ovaires, malgré tout, je craindrais d'augmenter la gravité du shock opératoire.

D'ailleurs, on n'est pas encore fixé, d'après ce que j'ai vu, sur les proportions de ces réapparitions de tumeurs dans les ovaires chez les femmes qui ont une tumeur de l'estomac, de telle sorte que l'on irait peut-être à l'encontre des intérêts de opérées, en augmentant pour elles le danger par une double opération, sous prétexte de les soustraire au danger possible, mais non certain cependant, de récidive de leur tumeur dans les ovaires. Quoi qu'il en soit, j'ai cru qu'il était intéressant de vous montrer cette malade qui réalise un type déjà classique, sans doute, mais heureusement exceptionnel. Je dois signaler aussi que cette malade qui avait subi sa gastrectomie à 33 ans, a très aisément supporté ces différentes interventions.

M. Goullioud. — Le cas qui vient de vous être présenté par M. Tixier est d'autant plus intéressant que les examens clinique et histologique sont d'accord. M. Tixier a été plus heureux que moi à ce point de vue.

J'ai eu l'occasion d'intervenir trois fois pour des cancers des ovaires, consécutifs à des cancers de l'estomac, de l'intestin ou des voies biliaires. D'après ce que j'ai vu et d'après mon expérience personnelle, je suis persuadé que dans mes cas aussi il y avait une filiation directe entre les tumeurs ovariennes et la tumeur primitive du tube digestif. J'ai cité des statistiques allemandes importantes, qui prouvent la justesse de cette manière de voir, même dans les cas où l'examen histologique de la tumeur ovarienne pouvait laisser un doute. D'ailleurs, M. le Prof. Tripier

admet qu'on ne trouve pas toujours, dans une tumeur secondaire, les caractères absolus de la tumeur primitive.

La conception bien nette de la tumeur ovarienne secondaire m'a fait porter chez une malade le diagnostic, exact, de cancer primitif des voies biliaires chez une femme que j'opérais pour un double cancer ovarien, et qui présentait un léger ictère, attribué d'abord à de la lithiase.

Je suis donc très heureux que M. Tixier ait pu nous apporter une confirmation histologique de cette filiation entre les tumeurs du tractus digestif et de l'ovaire.

Elle représente un point, d'autant plus intéressant, de la pathologie des tumeurs abdominales, qu'il en découle des conséquences pratiques : lorsqu'on opère une femme jeune, de 30 à 40 ans, comme la malade de M. Tixier, d'une tumeur de l'estomac, on fera bien de la surveiller au point de vue de la récidive précoce et opérable sur les ovaires de sa tumeur primitive.

Deux malades ayant subi, l'une une pylorectomie, l'autre une entérectomie, me sont revenues avec d'énormes tumeurs ovariennes que j'ai encore pu opérer, mais qui ont récidivé. M. Tixier a eu la bonne fortune de revoir son opérée au début de sa lésion secondaire, et de pouvoir intervenir dans d'excellentes conditions. Si, prévenu, le chirurgien surveille à ce point de vue ses opérées de pylorectomie ou d'entérectomie, il pourra rendre le même service à ses malades.

M. Gangolphe. — Trois faits bien curieux me sont restés à l'esprit : j'ai eu l'occasion de voir trois malades atteints de cancer de l'estomac, qui, tous trois, avaient un cancer de la prostate ; était-ce un phénomène de généralisation de l'estomac à la prostate ? ou simple coïncidence de deux cancers, je l'ignore. Ces malades présentaient les signes du cancer de l'estomac, et d'autre part du cancer du côté de la prostate. Il y a là quelque chose d'assez singulier pour que je les rapproche des cas présentés par M. Tixier à cause de la singularité du fait.

M. Delore. — Je n'ai pas observé de cancer des ovaires coïncidant avec un cancer de l'estomac, ou apparaissant quelque temps après. Mais j'ai le souvenir d'une femme de 42 ans qui était atteinte à la fois d'un cancer double des ovaires et d'un cancer de la vésicule biliaire propagé au foie. L'examen histologique des deux tumeurs n'a malheureusement pas donné les résultats indiqués par M. Tixier : sur les coupes, il ne fut pas possible d'affirmer que les deux tumeurs avaient une origine unique. et que la lésion ovarienne était sous la dépendance d'une tumeur hépatique.

*
* *

LUXATION EN DEDANS DU CORPS DE L'ASTRAGALE.

M. Durand. — Je vous présente aujourd'hui, uniquement pour que vous la voyiez dans toute sa fraîcheur, une pièce que j'ai recueillie ce matin même dans mon service. Dans une présentation ultérieure, je terminerai l'histoire très incomplète actuellement de ce cas. Aujourd'hui je ne veux que vous montrer la pièce et vous relater mes constatations.

Observation.

Aujourd'hui même, vers midi, on me montre un homme de 26 ans qui s'était fait un grave traumatisme de la région tibio-tarsienne droite, hier soir, en tombant debout, du haut du « plat-bord », sur le fond d'un bateau, c'est-à dire de 3 mètres environ. Il venait d'être amené dans mon service, souffrant énormément.

A l'examen, on trouvait une tuméfaction assez considérable de la région et une déformation très spéciale : en arrière de la malléole interne, entre ce relief et celui du tendon d'Achille, plutôt contre le tibia que contre le calcanéum, existait une saillie osseuse considérable soulevant les parties molles et menaçant la peau, qui reposait directement sur elle.

La malléole interne était peu abordable, l'externe paraissait saine. La partie antérieure de l'articulation tibio-tarsienne n'offrait ni saillie, ni dépression anormales perceptibles à l'œil.

Je crus d'abord qu'il s'agissait d'un éclatement de la partie inférieure du tibia, avec projection en dedans d'un fragment de cet os ; la palpation fit rapidement reconnaître que la saillie était constituée par le corps astragalien, dont la poulie et les deux joues se reconnaissaient facilement à travers la peau. L'examen radioscopique confirma ce diagnostic, et je me décidai à intervenir immédiatement.

Les lésions étaient les suivantes : la tête et le col de l'astragale étaient restés en place ; le corps avait été luxé en dedans ; passant entre la malléole interne, restée intacte, comme je le vérifiai ultérieurement, t le tendon d'Achille, il avait tourné sur lui-même, de telle sorte que sa face supérieure convexe regardait en dedans, et se trouvait sous la peau, la face interne regardait en bas et en avant, la face externe en haut et en arrière. Je vis plus tard que les vaisseaux et les tendons se trouvaient rejetés en dedans et en arrière, par la partie postérieure de l'astragale luxé.

Je n'hésitai pas à pratiquer immédiatement l'ablation de l'os : une incision fut menée sur la saillie normale, avec précaution, pour éviter vaisseaux et tendons. Le corps de l'os fut facilement extrait par cette voie,

car il était sous-cutané et libre de toute attache antérieure et inférieure. Il ne tenait plus que par le puissant ligament péronéo-astragalien po térieur, et par le faisceau potérieur du ligament latéral interne, qui vient s'attacher au voisinage de la gouttière du tendon long fiéchisseur propre du gros orteil. Ces solides attaches ligamenteuses étaient intactes, et j'eus quelque peine à les désinsérer, obligé que j'étais d'agir avec précaution dans cette région pour épargner le paquet vasculo-nerveux, dont j'ignorais encore la situation exacte.

J'abordai ensuite, par une incision antéro-externe, la tête et le col astragalien et les réséquai facilement.

Hémostase, suture des plaies, sauf un petit drainage postérieur, et pansement en avant par une mèche tamponnant l'article. Je compte « plomber » cette cavité, et il sera intéressant de savoir ce que donnera le Mosetig dans cette articulation, réséquée en tissus non pathologiques.

Comme vous le voyez, l'astragale a été fracturé au niveau de l'insertion corporale de son col, et n'offre aucune autre lésion.

Cette pièce m'a paru intéressante à voir de suite après son ablation. Je pense vous montrer ultérieurement le malade, et vous donner à ce moment plus de détails sur son observation.

M. Destot. — Je désirerais demander à M. Durand s'il a des renseignements très précis sur le traumatisme et sur la manière dont il s'est produit et, d'autre psrt, sur le rapport de l'astragale et du tibia, car je connais deux cas dans lesquels le corps de l'astragale luxé est venu se loger en arrière et dans lesquels il s'agissait d'un traumatisme très violent, de chutes d'une hauteur considérable. Ordinairement le pied était en flexion sur la jambs, c'est pourquoi, si M. Durand avait pu nous donner un renseignement sur la manière dont s'était produit le traumatisme, cela aurait été intéressant pour caractériser le type de ces fractures.

M. Albertin a présenté un cas analogue et a dû faire la résection du corps de l'os logé entre le tendon d'Achille et le tibia.

Avec le cas présenté par M. Durand, cela fait trois cas de luxation postérieure du corps de l'astragale avec fracture de cet os, que je vois : par contre, on voit des fractures de l'astragale où le corps de l'os est entraîné avec le plateau tibial sur le dos du calcanéum, le col de l'astragale restant en place; on observe plus souvent cette forme que celle présentée par M. Durand. Il y a, dans ce dernier cas, un fait qui attire l'attention : c'est la descente des malléoles vers le sol, les malléoles ne sont

plus á leur place, au lieu d'être à une hauteur normale, elles sont abaissées, et la déformation est typique. Au contraire, dans la seconde forme, les malléoles semblent s'écarter du sol et s'élever. Le pied en totalité est luxé en avant. Ces deux types ont été très bien guéris par ablation de l'astragale complète.

M. Durand. — Je ne puis pas donner à M. Destot les renseignements qu'il demande au sujet de la nature du traumatisme. J'ai vu ce malade à midi, il fallait l'examiner, le radioscoper et l'opérer, je n'ai pas eu le temps de prendre son observation.

C'est à la deuxième forme visée par M. Destot que répond mon cas : luxation complète du corps de l'astragale avec rotation de l'os, de façon que sa poulie regarde en dedans et non plus en haut, et que la partie antérieure, c'est-à-dire la partie qui s'attache au col, soit en avant et en haut. L'astragale était donc oblique en bas et en arrière, et ne tenait plus que par la partie postérieure, mais il tenait solidement à ce niveau, j'ai eu quelque peine à désinsérer les ligaments qui persistaient.

Séance du 28 janvier 1909.

Présidence de M. Gangolphe.

OSTÉOMYÉLITE ET PYONÉPHROSE.

M. Nové-Josserand. — En parcourant le compte rendu des derniers mois de la Société de chirurgie, il m'a passé sous les yeux une observation de M. Bérard, au sujet d'un malade qui, à la suite d'une ostéomyélite, avait eu une pyonéphrose. M. Bérard disait, à ce propos, qu'il avait fait des recherches qui lui avaient montré la très grande rareté de ces accidents. Cela m'a remis en mémoire une observation assez analogue à la sienne que je crois devoir vous rapporter, puisqu'elle présente un intérêt à cause de sa rareté :

Observation.

Il s'agit d'une fillette, qui doit avoir actuellement 11 à 12 ans, et que j'ai soignée il y a trois ans pour une ostéomyélite des plus graves ; elle a commencé par une infection d'origine bucco-dentaire, qui a été suivie très rapidement d'une ostéomyélite de l'os iliaque gauche. Celle-ci retentit secondairement sur la hanche, qui fit peu à peu une subluxation pathologique. Cette fillette eut encore d'autres localisations, particulièrement au niveau du péroné gauche et plusieurs manifestations de pseudo-rhumatisme infectieux aux genoux, aux coudes et au cou-de-pied ; c'est dire qu'il s'agissait d'une infection très grave, qui entretint de la fièvre pendant plus de six mois et obligea à laisser l'enfant couchée. Il n'y avait pas eu de troubles urinaires pendant toute la période aiguë. C'est au moment où nous croyions l'enfance guérie, que l'on vit apparaître une recrudescence de la fièvre avec de la pyurie. Ceci a immédiatement attiré notre attention sur son rein, et l'examen que nous avons fait à ce moment-là nous a montré une tuméfaction très nette du rein droit. Après quelques jours d'observation, le rein formait une tumeur du volume

d'un gros poing, et la fièvre s'élevait davantage ; on fit alors la radiographie, qui montra dans le rein droit plusieurs petits calculs très nets. Cette découverte décida à faire la néphrectomie; le bassinet et les calices étaient distendus, pleins de pus, et l'on trouva, conformément à la radiographie, plusieurs petits calculs. A la suite de cette opération, la malade a guéri assez rapidement sans fistule ; elle est actuellement complètement guérie de tous ces accidents.

Voici donc une observation bien typique de suppuration du rein avec calculs, développée à la suite d'une ostéomyélite. On pourrait discuter le rapport de ces deux maladies entre elles. Il semble peu probable que la lithiase ait préexisté ; l'absence de tout symptôme de calculose rénale avant l'apparition de l'ostéomyélite, la composition exclusivement phosphatique des calculs témoignent dans ce sens. On est donc conduit à admettre une relation entre la maladie infectieuse et la suppuration rénale, et ici on peut examiner plusieurs hypothèses : l'infection rénale pourrait être primitive, contemporaine de l'ostéomyélite, et relevant de la même cause que cette dernière ; elle pourrait aussi être secondaire, résultant d'embolies septiques, parties du foyer de l'ostéomyélite ; enfin, on pourrait faire jouer aussi un rôle au décubitus prolongé pendant plusieurs mois dans la formation des calculs secondaires.

Cette observation n'apporte pas des éléments suffisants pour discuter ces divers problèmes ; je vous l'ai surtout rapportée pour la juxtaposer à celle de M. Bérard.

M. Bérard. — Le cas qui vient de vous être exposé par M. Nové-Josserand est tout à fait intéressant ; je suis heureux de le connaître pour le rapprocher de celui que je vous ai présenté, et qui fera l'objet d'une thèse inaugurale. Le cas cité par M. Nové-Josserand diffère un peu du mien ; il s'agissait là d'une pyélonéphrite avec infection du bassinet seulement et où le rein put être conservé. Ces cas ne sont pas tout à fait aussi exceptionnels que ceux de pyonéphrose avec poches suppurées multiples sous la coque rénale inutilisable. On trouve dans un certain nombre d'observations des enfants atteints d'ostéomyélite qui pissent du pus pendant quelques jours, qui peuvent avoir le rein augmenté de volume, et qui arrivent spontanément à la guérison cependant. M. Nové-Josserand a observé en somme une pyélonéphrite déjà plus grave et plus rare, avec calculs phosphatiques, sans doute secondaires. Chez mon malade, il y avait distension énorme du rein par cinq ou six poches cloisonnées, quelques-unes communiquant entre elles ; d'autres étaient distinctes, comme dans ces infections globales d'origine sanguine, si bien que j'avais

été amené par ces lésions à pratiquer d'emblée une néphrectomie, bien que l'ostéite tibiale fût encore en pleine évolution. Je crois que si nous avions laissé cette coque rénale suppurée et anfractueuse, nous n'aurions pas obtenu un résultat aussi satisfaisant. Ce jeune malade a quitté l'hôpital il y a quinze jours complètement guéri ; il pisse 1 litre par jour d'urine claire, et nous n'avons rien trouvé du côté du rein gauche à la palpation.

M. Nové-Josserand. — Au point de vue de la distinction à faire dans les deux cas, je dois dire que, dans le cas dont j'ai parlé, il y avait aussi distension très importante du rein ; cette distension, sans atteindre la grosseur de la tête, dépassait bien le volume de deux poings, par conséquent elle mérite bien le nom de pyonéphrose.

*
* *

LE PINCEMENT PROPHYLACTIQUE DU CARDIA EN CHIRURGIE GASTRIQUE.

M. Goullioud. — Au mois d'octobre dernier, j'ai eu un décès, au cours d'une gastro-entéro-anastomose, dans des conditions qu'il me paraît intéressant de rapporter :

Observation.

Un beau vieillard de 78 ans, ancien gardien de la paix, était entré dans le service de M. Chabalier pour une sténose du pylore. Cet homme souffrait beaucoup, vomissant, ne pouvant rien digérer, ayant un hoquet incessant provoqué par la distension de l'estomac. Malgré ses 78 ans, il paraissait solide, avait un pouls bon, et je pensai ainsi que M. Chabalier que le secours de la chirurgie qu'il réclamait ne pouvait lui être refusé. Il n'y avait aucune contre-indication à lui faire une gastro-entéro-anastomose.

Le malade, que j'avais vu d'abord en médecine, entra un soir dans mon service et fut opéré le lendemain matin pour ainsi dire d'urgence, d'où peut-être une observation moins parfaite ; ainsi, je n'avais pas vu la nature très particulière de ses vomissements.

On ne fit pas à ce malade de lavage d'estomac avant l'opération pour des motifs que j'indiquerai plus loin, spécialement pour lui éviter la fatigue, le shock d'un lavage d'estomac à qui n'y est pas habitué.

Dans le but de réduire aussi au minimum les fatigues de l'anesthésie, qui sont souvent facteurs de complications secondaires à éviter aux vieillards, cette anesthésie au Billroth fut commencée tardivement, alors que nous avions pour ainsi dire le bistouri en main, et je recommandai

à l'externe de peu donner du mélange anesthésique dès que la peau serait incisée. Le malade absorba en tout 15 grammes du mélange.

La laparotomie faite, je palpai le pylore, qui était induré et mobile. J'étais décidé à ne faire qu'une anastomose ; je commençai celle ci à la suture sans perdre de temps.

Le malade respirait tranquillement quand, au début de ma suture, il eut un vomissement assez abondant, formé d'un liquide noirâtre, mélange de sang altéré et de peaux de raisin. Quelques instants après, la respiration s'arrêta et le malade se cyanosa. On débarrassa hâtivement la gorge de ce qui restait de ce vomissement, et M. Chabalier commença à pratiquer la respiration artificielle pendant que je protégeais le champ opératoire. Cependant, la respiration se rétablissait, et j'achevais rapidement mon anastomose. Pendant ce temps, la respiration s'était de nouveau ralentie, puis suspendue. Le malade était pâle et je conservais peu d'espoir de le sauver à cause de son âge et de son état antérieur. Cependant, deux ou trois respirations espacées, agoniques, firent continuer la respiration artificielle, sans doute longtemps après la mort.

A l'autopsie, pensant que quelques peaux de raisin, en obstruant la glotte, avaient dû être la cause des accidents d'asphyxie du début de l'anesthésie, et dans l'idée que nous trouverions probablement dans les voies respiratoires supérieures quelques débris alimentaires, je fis enlever avec soin le larynx et la trachée. Au cours de l'autopsie, ce même mélange noirâtre continuait à s'échapper de l'œsophage comme d'une corne d'abondance. L'arbre respiratoire enlevé et incisé, on constata que le larynx et la trachée étaient littéralement remplis de peaux et de pépins de raisins jusqu'aux premières ramifications bronchiques. Le même mélange distendait l'œsophage et l'estomac qui, ainsi garnis, pesaient 1 kilo, à quelques grammes près. Le malheureux vieillard avait probablement pensé faire une cure de raisin pour triompher de sa constipation et de ses troubles digestifs.

Je ne doute pas que le remplissage de sa trachée ait commencé lors du vomissement et qu'il se soit continué après la mort, sous l'influence de la respiration artificielle. Pendant les mouvements d'expression du thorax, l'estomac se vidait dans l'œsophage, et l'œsophage versait son contenu dans le pharynx et la trachée.

Cette observation nous a paru intéressante, parce qu'elle soulève de nombreuses questions : celle des lavages d'estomac avant les opérations gastriques; celle de la mort pendant l'anesthésie, par entrée de corps étrangers dans le larynx et la trachée; celle des moyens à employer pour éviter pareil accident; celle, enfin, des accidents pulmonaires, consécutifs aux opérations pratiquées sur l'estomac.

Tout d'abord, cette observation montre l'utilité incontestable des lavages d'estomac en cas de sténose pylorique, avant d'entreprendre une gastro-entéro-anastomose,. aussi bien qu'avant la pylorectomie.

Après avoir fait systématiquement ces lavages avant toutes mes opérations sur l'estomac, je m'étais relâché de cette rigueur à cause de la difficulté qu'il y a parfois à introduire la sonde chez des gens qui n'y sont pas habitués, où plutôt à cause du shock qui en résulte pour certains malades, que l'on voit vomissant, toussant, se débattant, en sueur, les yeux injectés, au moment où l'on va les opérer. Les pinces de Doyen nous garantissent suffisamment contre l'issue du contenu gastrique pendant l'opération, et c'était surtout pour éviter cet accident qu'au début nous faisions des lavages d'estomac. A ce point de vue donc, on peut se passer de cette précaution. Mais surtout, je m'étais demandé si, pendant ces lavages pénibles, quelques gouttes des liquides vomis ne pouvaient pas entrer dans les voies respiratoires, en être difficilement rejetées, et devenir ainsi, comme les vomissements anesthésiques, le point de départ de quelques-unes de ces pneumonies post-opératoires qui restent, au dire de Roux, le point noir de la chirurgie gastrique.

C'est la veille de l'opération qu'il faut faire le lavage d'estomac, et c'est la conduite que j'ai adoptée depuis ce cas malheureux, à moins que le malade ne soit habitué à se passer la sonde; mais, quelquefois, comme chez notre opéré, c'est, pour ainsi dire, d'urgence que l'on intervient. et alors nombre de chirurgiens ont renoncé au lavage préopératoire.

Eussions-nous pu d'ailleurs, avec la sonde, débarrasser l'estomac d'une telle quantité de corps étrangers ? En une séance, on peut répondre que sûrement c'eût été impossible : le danger eût été diminué néanmoins par une évacuation partielle de l'estomac.

Aussi, concluons-nous à la nécessité de cette évacuation, la veille de l'opération, si possible.

Il ressort aussi nettement de cette observation que l'anesthésie présente un réel danger d'accidents pulmonaires immédiats, toutes les fois que l'estomac est plein.

On connaît depuis longtemps les accidents mortels de l'anesthésie au cours des inventions pour hernie étranglée et

pour occlusion intestinale, et, à Lyon même, une très importante discussion eut lieu, en 1894, à l'occasion d'une communication de M. Vallas : *Sur un cas de mort par l'éther*. Il s'agissait d'une épiplocèle pure étranglée. « La présence, dans la trachée, de liquide stomacal, a empêché la respiration artificielle de remplir son rôle », dit M. Vallas.

Plusieurs observations analogues furent citées, car ces faits ne sont pas rares. Aussi D. Mollière avait-il supprimé l'anesthésie dans la kélotomie, pour hernie étranglée. Vers la même époque, en 1895, parut, à Lyon, la thèse de Rochier : « Des dangers et les contre-indications de l'anesthésie générale chez les sujets atteints de hernie étranglée, d'occlusion intestinale... »

Cependant, pour M. Poncet, d'après M. Rochier tout au au moins, l'inondation de tout l'arbre respiratoire, par des liquides fécaloïdes, serait un simple phénomène agonique; et c'est, sans doute, après la mort, que, chez mon malade, les peaux de raisin se sont entassées dans la trachée, mais nous ne doutons pas qu'elles aient été la cause initiale des accidents.

Ainsi donc, à côté de la hernie étranglée et de l'occlusion intestinale, il faut placer la sténose du pylore comme condition éminemment favorable aux accidents de vomissements dans la trachée.

Que l'on opère d'ailleurs pour une affection quelconque, en pleine digestion, le danger est le même, et on en trouvera une intéressante observation dans un travail récent de M. Mouchotte : *Sur une série de 14 opérations césariennes conservatrices*. Cette intervention, ayant été entreprise au début du travail, peu de temps après le repas, des matières alimentaires, vomies au cours de la chloroformisation, obstruèrent le larynx, la femme asphyxia. Le nettoyage de l'arrière-gorge, puis la respiration artificielle, rétablirent la perméabilité des voies aériennes et l'hématome; la femme revint à elle après une alerte de dix minutes environ. En pareille occurrence, M. Mouchotte conseille de faire précéder l'intervention d'un lavage d'estomac.

Vidons donc toujours l'estomac avant d'opérer, si le malade n'est pas à jeun, ou l'estomac vide.

Avant d'en finir avec la question d'anesthésie, je ferai remarquer qu'une narcose trop légère peut avoir ses dangers, si l'estomac est plein : elle facilite les vomissements. Il eût

mieux valu, dans notre cas, ou faire une anesthésie rapide profonde ou n'en point faire du tout.

Reste la question des moyens à employer pour parer aux accidents imminents.

Le nettoyage du pharynx, en cas de vomissement anesthésique, devrait être fait avec le plus grand soin, surtout chez les malades exposés à la pneumonie par déglutition, et la trompe à eau pourra rendre des services pour cela.

Nous n'oublierons pas le traitement de l'asphyxie par l'aspiration intra-trachéo-bronchique, et le succès inespéré qu'elle a donné à M. Latarjet, et qu'il a communiqué à la Société de chirurgie de Lyon, en 1905. Un malade, qui venait de subir la résection du maxiliaire supérieur, allait succomber asphyxié par les caillots qui remplissaient sa trachée. M. Vallas fit la trachéotomie, et M. Latarjet, avec un tube de caoutchouc, introduit dans la trachée et auquel il adapta une seringue à hydrocèle, put aspirer ces caillots obturateurs et ramener l'opéré à la vie.

Enfin, il est un procédé d'urgence, nouveau, croyons-nous, dont ce cas malheureux nous a suggéré l'idée et que nous voulons vous signaler, le *pincement du cardia*.

Chez notre malade, après que la respiration avait été une première fois rétablie, le pincement du cardia eût pu empêcher le retour des accidents.

Ce pincement du cardia est d'ailleurs très facile. J'avais pensé que peut-être il y aurait lieu de faire une pince spéciale pour répondre à cette indication. Je laisserai cette satisfaction à quelque autre, car une pince stomacale de Doyen remplit très bien le but que l'on se propose. De bas en haut, la branche postérieure pénètre à travers l'épiploon gastro-hépatique, au voisinage du cardia, et on pince facilement celui-ci, sans que les anneaux de la pince gênent en rien, pendant le cours de l'opération.

J'ai eu recours à cette manœuvre dans deux cas.

Au mois de novembre dernier, j'eus à faire une gastro-entéro-anastomose à un vieillard de 72 ans. Il me demanda de l'opérer sans anesthésie : il allait au-devant de mes désirs. Bien que chez lui l'estomac eût été lavé, car il était un habitué de la sonde œsophagienne, je fis, dès le début de ma laparotomie, le pincement du cardia. Il signala, à ce moment, une

impression de froid aux extrémités, et pâlit, mais sans qu'il y eût simultanéité entre ces phénomènes et la constriction de la pince. Pendant la gastro-entéro-anastomose, la douleur et les réflexes vasculaires du premier temps de la laparotomie se calmèrent, et la pince resta sur le cardia, pendant le temps des sutures viscérales, sans incident. Les suites opératoires furent les plus simples.

Le second cas, où j'ai eu recours au pincement du cardia, concernant une jeune fille, à qui j'avais jadis fait une gastro-entéro-anastomose pour des cicatrices sténosantes prépyloriques, dues à un cas type de péritonite sous-hépatique. Après plusieurs mois de bien-être, les vomissements avaient reparu, tenaces, que l'on pouvait attribuer à une circulation vicieuse de cette anastomose. Une entéro-anastomose, suivant le procédé de Jaboulay, mit fin aux accidents. Dans ce cas, on ne remarqua aucun réflexe qui pût être attribué au pincement du cardia.

Quel rôle l'avenir peut-il réserver à ce procédé ? Je ne puis le dire. Je me contente de penser qu'il pourra rendre service dans quelques cas d'urgence analogues au mien, où l'on n'aura pu évacuer l'estomac pour un motif quelconque, et où l'on craindra des accidents immédiats ou secondaires, dus à l'évacuation, pendant l'opération, de l'estomac plus ou moins plein.

En parlant d'accidents secondaires, j'ai en vue ces pneumonies si redoutables, que l'on observe après les interventions sur l'estomac. Leur cause, leur pathogénie nous échappent encore; mais plus je réfléchis à leur prédilection pour les interventions sur les parties hautes du tube digestif (pharynx, œsophage, estomac), plus j'étudie leur évolution, qui les rapproche de la broncho pneumonie gangreneuse, plus aussi je tends à élargir le rôle de l'infection du poumon par le contenu du pharynx ou de l'estomac, à en faire des pneumonies par déglutition. Un simple vomissement anesthésique peut jouer le rôle de cause occasionnelle. Le pincement du cardia pourrait peut-être diminuer la fréquence de cette grave complication.

M. Condamin. — A la suite de la communication qui vient de nous être faite par M. Goullioud, une objection vient tout de suite à l'esprit; les vomissements se produisent généralement au début de l'anesthésie, avant même qu'on ait commencé l'opération; par conséquent, je me demande si le pincement du cardia pourrait être fait assez tôt pour éviter cette grave complication : l'entrée, dans la trachée, des produits alimentaires

qui se trouvent dans l'estomac. Dans la généralité des cas, les vomissements se produisent avant qu'on soit intervenu.

Un autre point : est-ce que le pincement d'un plexus nerveux, qui entoure le cardia, ne semble pas susceptible de provoquer des réflexes graves ; je ne crois pas qu'on puisse pincer suffisamment le cardia sans intéresser ces filets nerveux. Voilà deux objections qui, sans condamner cette méthode nouvelle, viennent tout d'abord à l'esprit.

M. Bérard. — La communication de M. Goullioud doit être envisagée sous plusieurs points de vue. La première question à résoudre est de savoir comment on pourrait prévenir les vomissements graves de l'anesthésie : c'est la question du *lavage de l'estomac* dans les interventions abdominales avec signes d'occlusion du pylore ou de l'intestin. Elle a été discutée ici, il y a quelques années ; je posais alors comme principe que je lavais tous mes malades ; M. Vallas protesta, en disant, avec Monprofit que, chez nombre de ces individus, déjà très cachectiques et intoxiqués par une occlusion plus ou moins longue, le lavage et même la seule introduction de la sonde œsophagienne déterminaient un shock considérable, et qu'il n'était peut-être pas indifférent de leur imposer cette épreuve Malgré ces réserves, j'estime que, pour faciliter les manœuvres opératoires, pour prévenir, non seulement les vomissements asphyxiques, mais encore et surtout l'infection péritonéale après l'ouverture de l'estomac ou de l'intestin, le lavage s'impose à peu près dans tous les cas. J'ai pu le faire, même sans inconvénient, dans des cas très urgents ; dernièrement encore, dans deux occlusions intestinales chez des femmes, dont une vous a été présentée ; il s'agissait d'une hernie inguino-interstitielle, étranglée depuis cinq jours, avec vomissements fécaloïdes depuis deux jours. J'ai fait laver l'estomac en prenant toutes les précautions nécessaires de douceur et de patience, après avoir fait badigeonner le pharynx à la stovaïne pour atténuer les réflexes nauséeux, j'ai retiré ainsi deux litres de liquide fécaloïde, qui certainement auraient été rejetés au cours de l'anesthésie et auraient inondé la trachée ; dans un autre cas analogue, l'opération s'est passée dans d'excellentes conditions. Chez de tels malades, d'ailleurs, le lavage atténue l'intoxication par stercorémie.

Quand il s'agit de cas moins urgents, lorsqu'on a plus de temps à soi, ce n'est pas le jour même, de suite avant l'opération qu'on doit faire le lavage, c'est la veille qu'il faut le pratiquer, quitte à le renouveler le jour même. Depuis cinq ou six ans que j'agis ainsi, je n'ai pas eu d'accidents qui se soient produits du fait du lavage de l'estomac. Pour les opérations gastriques, en particulier, sauf de rares exceptions, telles que les ulcères avec hémorragies graves, les périgastriques en évolution aiguë, je fais faire toujours un lavage la veille de l'opération et quand les malades sont un peu affaiblis je ne le fais pas renouveler le lendemain matin. Avec cette pratique, on est sûr d'évacuer tous les résidus solides qui

encombrent l'estomac, comme ces peaux de raisins du malade de M. Goullioud, qui devaient se trouver là depuis plusieurs semaines peut-être. Je crois donc que, sauf les cas assez exceptionnels dans lesquels le lavage est contre-indiqué, on doit le pratiquer la veille de l'opération. M. Goullioud s'est demandé si par la sonde on aurait pu évacuer tous les corps étrangers qui se trouvaient dans l'estomac de son opéré; je le crois, car non seulement le liquide du lavage revient par le tube, mais très fréquemment aussi on le voit rejeté à côté du tube; on amorce ainsi un vomissement qui vide l'organe. Est-ce que de tels vomissements provoqués peuvent déterminer une rupture de l'estomac? J'ai observé un cas de rupture de l'estomac au cours de vomissements, mais dans des conditions toutes différentes : il s'agissait d'un vieillard que je devais opérer à l'hôpital de la Croix-Rousse pour une sténose néoplasique très serrée du pylore, et qui avait l'estomac encombré de débris de légumes, de corps solides. La veille du jour fixé par l'intervention, un lavage évacua facilement cet estomac; aussitôt après le malade se sentit tellement soulagé qu'il fut pris d'une vraie fringale; son fils vint le voir et lui apporta un poulet qu'il ingurgita en entier en buvant un litre de vin; le soir il succomba à une rupture de l'estomac qui relevait uniquement de cet écart alimentaire.

Reste la façon de traiter ces accidents au moment où ils apparaissent, lorsqu'un individu vomit dans sa trachée au cours d'une opération, et asphyxie, depuis longtemps, M. Poncet a insisté beaucoup sur ce fait, qu'il ne faut pas faire la respiration artificielle, mais immédiatement la trachéotomie. Ce sont des opérés chez lesquels les réflexes laryngés ont été très atténués ou momentanément supprimés pour l'anesthésie : l'épiglotte est relevée, la glotte béante, et comme on pratique d'ordinaire la respiration artificielle tête déclive, les liquides expulsés de l'estomac par la compression de la base du thorax, passent plus facilement dans la trachée que dans la bouche.

Au sujet du pincement du cardia, proposé par M. Gouilloud, il me venait la même pensée qu'à M. Condamin. Lorsque, au cours d'une gastrectomie étendue, on arrive près du cardia, et qu'on est obligé de tirer sur lui pour l'abaisser et y placer des sutures, on voit souvent des réflexes inquiétants du pneumogastrique sur le cœur et le poumon. Quels seraient les effets d'un pincement prolongé du cardia? Je ne voudrais pas opposer cette objection théorique à l'observation qu'a pu faire M. Gouilloud de l'innocuité de ce pincement chez un de ses malades; mais il me semble qu'il y a là un point de technique à régler, de façon à exercer une occlusion du cardia sur une surface aussi large que possible, et avec le minimum de pression sur les pneumogastriques.

M. Durand. — Il y a, dans cette question, plusieurs éléments à considérer : d'abord, est-ce que les malades vomissent parce qu'ils asphyxient ou bien est-ce qu'ils asphyxient parce qu'ils vomissent; j'ai un fait qui

me paraît trancher la question. Un malade n'avait pu subir de lavage gastrique avant une gastro-entérostomie ; je fais l'opération sans incidents, on reporte le malade dans son lit et, alors que je faisais une autre opération, la sœur vient me trouver me disant que ce malade asphyxiait dans son lit en vomissant ; j'y vais, je fais immédiatement le diagnostic d'inondation trachéale, et pratique la trachéotomie, mais je n'ai pu sauver cet homme. Ce cas me paraît démonstratif, parce que ce malade était déjà sorti de la salle d'opérations, il a eu ses vomissements une fois revenu à lui et rapporté dans son lit, et non pas au cours de l'anesthésie.

Je suis très fidèle aux lavages de l'estomac, avant l'opération, parce que ces lavages m'ont toujours permis, jusqu'à présent, de débarrasser l'estomac de toutes les matières qu'il contenait et de mettre à l'abri le champ opératoire, et aussi parce que j'ai été très fâcheusement impressionné par le cas que je viens de vous rapporter.

Dans la laparotomie pour péritonite ou occlusion intestinale, j'ai fait aussi un certain nombre de fois le lavage de l'estomac. Il est très désagréable pour les malades d'absorber le long tube de Faucher, mais j'ai toujours retiré grand bénéfice de cette manœuvre.

Arrivons maintenant au moyen d'éviter les accidents et au pincement du cardia pratiqué par M. Goullioud ; évidemment, c'est une pratique qui, dans un cas d'urgence pourrait être excellente ; on pourrait mettre une pince de Doyen ou tout autre instrument, utiliser même la main d'un aide, par exemple, pour opérer le pincement sans exciter le pneumogastrique qui peut amener des réflexes bulbaires

Il est très dangereux d'opérer des malades qui vomissent, soit par péritonite ou occlusion intestinale, soit, comme on vient de le dire, parce qu'ils ne sont pas à jeun. Le lavage de l'estomac paraît une pratique excellente, je ne lui trouve guère de contre-indication ; enfin, si on ne pouvait pas pratiquer le lavage, on pourrait peut-être se mettre à l'abri de ces accidents, en pratiquant de la façon la moins nocive qu'on pourra, la manœuvre du pincement du cardia.

M. Delore. — Je suis resté fidèle aux lavages de l'estomac avant la plupart des interventions gastriques. Toutefois, je ne les crois pas indispensables dans tous les cas et, à ce point de vue, on peut diviser les futurs opérés en deux grandes catégories : ceux qui sont atteints de sténose pylorique, ceux qui possèdent un pylore perméable.

Les sujets à *pylore perméable*, auxquels on doit pratiquer, par exemple, une résection gastrique, n'ont nullement besoin d'un lavage préalable de la cavité gastrique. Il suffit de les mettre à la diète liquide, pendant trente six heures, pour opérer sur un estomac absolument vide. Il nous semble de plus en plus inutile de les soumettre aux désagréments du cathétérisme œsophagien.

Chez les *sténosés du pylore*, le lavage préalable reprend tous ses

droits : il y a quelques années, nous le faisions pratiquer aussitôt avant l'opération. Cette pratique a des inconvénients sur lesquels on a bien insisté : le malade subit un choc préopératoire qui n'est pas négligeable: de plus, nous avons remarqué, bien des fois, que l'estomac était mal évacué et contenait encore une certaine quantité de liquide du lavage et souvent quelques débris alimentaires. Actuellement, ce lavage est pratiqué vingt-quatre heures avant l'opération, puis le malade est mis à la diète liquide. Cette méthode nous a donné une entière satisfaction : non seulement on ne retrouve plus de liquide, mais toute parcelle alimentaire a disparu. Les quelques débris, qui avaient résisté au lavage, passent probablement par le pylore, grâce à l'évacuation préalable de l'estomac.

On évite ainsi les vomissements opératoires plus dangereux que certains le disent. Il y a quelques mois, nous avons eu l'occasion de pratiquer, sans lavage antérieur, une gastro entérostomie chez un cancéreux pylorique. Pendant l'anesthésie, les vomissements furent abondants et nous eûmes le regret de voir cet homme succomber en vingt-quatre heures, en proie à une violente dyspnée, et avec tous les signes d'un œdème aigu du poumon, alors que rien n'attirait l'attention du côté de l'abdomen.

Il est cependant toute une classe de sténosés pyloriques, chez lesquels le *lavage est discutable* ; nous voulons parler de ces malades opérés d'urgence, à la manière des occlus intestinaux. A ceux-là s'applique le procédé de pincement du cardia, que M. Goullioud vient de nous proposer. L'avenir nous dira si les reproches qu'ont formulés avec discrétion MM. Condamin et Bérard, sont justifiés. Mais, en regard de ce procédé ingénieux, nous ne devons pas oublier la pouction ou incision de l'estomac attiré au dehors de l'abdomen et rapidement évacué. Monprofit l'a souvent utilisée : nous-mêmes en avons retiré grand profit, en pareille circonstance. Méthode d'exception, elle pourra, néanmoins, rendre service dans ces cas où le lavage ne paraîtra pas indiqué.

A propos du mécanisme de la mort pendant l'anesthésie, compliquée de vomissements, chez les sujets atteints d'occlusion du tractus intestinal, nous avons fait la même remarque que nos collègues. La trachée, les bronches sont remplies du liquide de vomissement ; l'opéré est noyé sur la table d'opération. C'est pour parer à ce danger que mon maître, M. Poncet, a proposé la trachéotomie : on pourrait associer à cette opération, l'aspiration des liquides bronchiques, au moyen d'une sonde introduite par l'orifice trachéal. MM. Vallas et Latarjet ont ainsi sauvé d'une mort apparente un homme dont les bronches étaient remplies par du sang. Qu'il s'agisse de sang ou de liquides vomis, le mécanisme de la mort, chez de tels malades, nous a toujours paru relever de l'obstruction des voies respiratoires.

M. Goullioud. — M. Condamin m'a fait cette première objection que

les vomissements se produisaient généralement au début de l'anesthésie, et par conséquent, avant qu'on eût pu mettre une pince sur le cardia. Le fait est vrai ; cependant, comme dans mon cas, c'est souvent plus tard qu'ils surviennent, soit au moment où l'on fait des manœuvres sur l'estomac, soit aussi quand on suspend l'anesthésie et on le fait quelquefois de propos délibéré chez les malades affaiblis, après l'incision de la paroi.

Avec M. Condamin, M. Bérard redoute les réflexes nerveux possibles dus au pincement du cardia et par suite des branches importantes du pneumo-gastrique. La crainte de ces réflexes doit nous inspirer, en effet, une certaine délicatesse dans la manœuvre. Avec les pinces élastiques de Doyen, on exerce une pression suffisante, et je n'ai pas observé de réflexes sérieux dans les deux cas où je les ai employées. Bien qu'un de mes malades ne fût pas anesthésié, un effort de vomissement se produisit pendant les premières manœuvres sur l'estomac.

Comme MM. Bérard, Durand et Delore, je suis très partisan du lavage d'estomac pré-opératoire ; mais j'avais cru pouvoir m'en dispenser dans quelques cas, et ce que j'ai observé montre bien le danger qu'il peut y avoir à agir ainsi. C'est la veille de l'opération que je ferai faire désormais ce lavage.

Il reste cependant tels cas d'urgence où le lavage peut être contre-indiqué et où le pincement du cardia pourra être utile.

Peut-être cette manœuvre nous préservera-t-elle de quelques cas de pneumonie post-opératoire, car bien que la pathogénie de celle-ci soit encore mal connue et sans doute complexe, je pense qu'elle doit souvent reconnaître la même cause que les accidents aigus d'asphyxie, l'infection directe des bronches par des sécrétions irritantes ou septiques provenant des voies digestives, être, en un mot, une pneumonie de déglutition.

M. Gangolphe. — Je suis très heureux que l'observation présentée par M. Goullioud ait permis à de nombreux collègues de donner leur opinion sur la question si importante du lavage préventif de l'estomac et de nous montrer que les accidents qui se produisent sous l'anesthésie par l'éther, demeurent toujours mécaniques et qu'ils ne tiennent pas à la nature même de l'agent toxique. Je profite de cette occasion pour dire ce que j'ai eu l'occasion d'observer. La compétence de plusieurs de mes collègues en fait de chirurgie gastrique, est supérieure à la mienne ; toutefois, j'ai fait une grande quantité d'opérations pour obstruction intestinale. A l'époque où nous avions 170 malades par service, on avait, pour ainsi dire, une fois sur quatre des malades qui avaient mangé, soit pour une raison soit pour une autre ; on nous les amenait pour des cas d'urgence et très souvent il est arrivé qu'ils vomissaient abondamment, non seulement de la bile, mais aussi des aliments, absolument comme si on n'avait pas recommandé de les tenir à jeun. Eh bien, je dois dire que

ma statistique est absolument vierge, je n'ai pas eu de décès sur la table d'opérations, je n'ai jamais perdu un seul malade, soit au cours de l'anesthésie, soit par complications mécaniques. J'ai sans doute été favorisé par la chance, mais aussi, je crois, parce que j'ai été extrêmement prudent en ce qui concerne ces cas-là. D'abord j'en ai opéré un certain nombre sans anesthésie. Je me rappelle entre autres une malade qui avait une hernie étranglée et à laquelle, sans anesthésie, j'ai enlevé 25 à 30 centimètres d'intestin sphacélé.

Évidemment, la suppression de l'anesthésie supprime les risques d'accidents, mais dans la plupart des cas on est forcé de la faire. Je crois alors que l'opinion actuelle, qui consiste à donner de l'éther à outrance quand les malades vomissent, n'est pas absolument démontrée ; je n'en donne que ce qu'il faut, je tiens autant que possible à laisser les réflexes supérieurs intacts, faisant comme une sentinelle avancée aux voies respiratoires.

Les malades s'asphyxient parce que leur larynx ou leur pharynx est hors d'état de sentir et de provoquer des réflexes défensifs.

Je le répète, j'ai pu voir souvent mes collègues insister pour qu'on donne de l'éther davantage aux sujets qui vomissent. Je ne sais pas s'ils ont raison ; pour moi, je ne le fais pas. En somme, en plus de trente-trois ans, sur peut-être 25 à 30.000 anesthésies, je n'ai perdu aucun malade, soit par action toxique, soit par pénétration opératoire : ceci est à la louange de l'éther auquel je ne cesse de rester fidèle.

*
* *

TUMEURS CUTANÉES EN RELATION AVEC CERTAINS KYSTES DE L'OVAIRE.

M. Bérard. — L'observation de la malade que je vous présente aujourd'hui a déjà été communiquée à la Société dans la séance du 13 novembre 1902.

Je rappelle en quelques mots le début de son histoire : grosse tumeur kystique de l'ovaire, multiloculaire, épithéliale, dont les parties solides pesaient 7 livres et qui contenait 15 litres d'un liquide séro-hématique ou mucoïde ; — concomitance avec cette tumeur principale, de multiples nodules cutanés et sous-cutanés dans lesquels l'examen histologique (Paviot) permit de reconnaître des formations fibro-épithéliales intermédiaires entre le kyste dermoïde et le kyste sébacé ; après l'ablation de la tumeur ovarique, rétrocession et même dispari-

tion de la plupart des nodules qui occupaient des téguments et le tissu cellulaire sous-cutané.

Cette femme resta guérie jusqu'au mois d'octobre 1908 ; je l'avais revue une ou deux fois par an ; elle ne se plaignait que d'une éventration consécutive au volumineux Mikulicz que l'on avait dû laisser en place, pour tamponner une partie de l'énorme cavité abdominale. Elle accusait seulement un peu de ballonnement après les repas ; l'an dernier elle se plaignait de troubles de compression du côté de la vessie et du rectum.

En décembre 1908, je l'examinai pour rechercher la cause de ces malaises ; pour la première fois, depuis l'opération, je constatai dans le Douglas la présence d'une masse dure et enclavée, refoulant l'utérus en avant, et qui devait correspondre à une nouvelle tumeur, soit de l'autre ovaire, soit par greffe d'un débris de l'ancien kyste.

En poursuivant mes investigations, j'appris que la malade ressentait depuis quelque temps des démangeaisons assez vives sur les bras, les jambes et le thorax, et que dans ces régions les petites tumeurs cutanées avaient reparu, avec les mêmes caractères qu'avant la première opération, les unes plates, intradermiques, les autres plus arrondies, du volume d'un gros pois, dans le tissu cellulaire sous-cutané. C'est pour cette corrélation curieuse, surtout, que j'ai tenu à vous montrer de nouveau la malade : la photographie vous permet de reconnaître, dans la région xiphoïde, cette nouvelle efflorescence de nodules.

Il y a certainement là une influence des sécrétions internes fournies par les cellules ovariques néoplasiques sur la trophicité des glandes cutanées et des cellules de l'épiderme. Je me propose d'opérer à nouveau cette femme, pour tenter d'extirper cette nouvelle masse pelvienne ; si son extirpation entraîne encore une fois la rétrocession des petites tumeurs des téguments, je me permettrai de vous présenter de nouveau la malade.

M. Gangolphe. — Cette observation me paraît excessivement intéressante : c'est d'abord cette disparition, qui est inexplicable, des nodules sous-cutanés, et ensuite l'intégrité complète des éléments lymphatiques ; je n'ai rien trouvé, en effet, du côté des ganglions sous-maxillaires cervicaux ou axillaires. Il semblerait donc qu'il y a là un caractère un peu

spécial. Je demanderai à M. Bérard si, au moment où il a opéré cette malade, il a prélevé un de ces nodules sous-cutanés ?

M. Bérard. — Il n'y avait aucun caractère commun entre les cellules épithéliales cylindriques hautes de la tumeur ovarique et les éléments fibreux ou épithéliaux ectodermiques des nodules cutanés.

Le Gérant, Dr Vallas.

Lyon.— Association Typographique, 12, rue de la Barre.— F. Plan, directeur.

Séance du 4 février 1909.

Présidence de M. GANGOLPHE.

SPOROTRICHOSE A LOCALISATIONS OSSEUSE ET MUSCULAIRE.

M. L.-M. BONNET. — J'ai l'honneur de vous présenter un nouveau cas de sporotrichose, particulièrement intéressant à cause des localisations de la maladie. Ce malade est dans mon service, à l'Antiquaille, depuis quelques jours seulement. Voici l'observation qui a été recueillie par M. Sigaud, externe des hôpitaux.

OBSERVATION. — Jean C..., 61 ans, entré dans le service le 19 janvier. Obs. n° 4.378.

Depuis 4 ans, il est commissionnaire ; antérieurement, il travaillait dans un atelier de métallurgie.

Il entre pour des douleurs et une tuméfaction de l'avant-bras gauche et pour une tumeur de la face antérieure de l'avant-bras droit.

Père et mère morts vers l'âge de 65 ans d'affection indéterminée. Pas de frère ni de sœur. Célibataire.

Il a toujours joui d'une bonne santé. Il a fait cinq ans de service militaire sans maladie. Pas de syphilis, pas de blennorragie, pas d'alcoolisme. Le seul antécédent morbide est un panaris du médius gauche il y a dix-sept ans.

Il y a *un mois et demi* apparut sous l'œil droit un petit bouton purulent de la grosseur de la tête d'une épingle. Il s'élargit, des croûtes se formèrent, et cela aboutit progressivement à la lésion que l'on voit aujourd'hui et qui sera décrite plus loin.

Il y a *trois semaines*, début des lésions des deux avant-bras qui l'amènent à l'hôpital.

Dans l'avant-bras gauche il se met à ressentir des douleurs mal limitées occupant une grande étendue, Tout à fait au début, il y aurait eu sur la face antérieure, une tumeur analogue (mais en bien plus petit) à

celle qui existe à droite. Cette tumeur aurait disparu au bout de huit jours. Au contraire, la douleur allait en augmentant progressivement, tandis que s'installait une tuméfaction diffuse du membre. Depuis huit jours, la douleur est telle qu'il garde cet avant-bras en écharpe sans jamais y faire aucun mouvement.

En même temps (c'est-à-dire il y a trois semaines), avait débuté la tumeur de l'avant bras droit, qui a augmenté progressivement de volume, mais n'a été douloureuse à aucun moment.

Etat à l'entrée. — L'*avant bras gauche* présente dans toute son étendue, mais surtout dans sa partie supérieure, un peu d'œdème mou, sans changement de coloration de la peau. En arrière, on voit une saillie diffuse, allongée dans le sens de l'axe du membre. La palpation montre qu'elle est constituée par un gonflement dur, faisant corps avec le cubitus, dont il occupe la moitié snpérieure; il s'agit d'une tuméfaction ostéo-périostique. La peau n'est pas complètement libre sur elle; cependant la peau n'est pas rouge. La pression est douloureuse sur toute la moitié supérieure du cubitus.

Le radius paraît indemne. Il en est de même du coude et de l'épiphyse humérale.

Les mouvements de l'avant-bras, surtout ceux de pronation et de supination sont douloureux ; cette douleur siège non dans les articulations. mais dans la portion malade du cubitus. Les mouvements des doigts produisent une légère douleur dans la région indiquée.

Au milieu de la face antérieure de l'*avant-bras droit*, on voit une saillie formée par une tumeur dure développée en pleine masse musculaire, et qui n'adhère pas à la peau. Volume d'une petite mandarine. Elle n'est pas douloureuse.

Sous l'*œil droit*, on voit un placard violacé et un peu tuméfié, présentant quelques croûtes. Celles-ci enlevées, on voit de petites ulcérations, par où, à la pression, il sort un peu de pus et de sérosité. Il est entouré d'un peu d'œdème. Il n'y a pas d'adhérence aux plans profonds. Rien sur le *reste* du corps.

Pas de ganglions en aucune région. Sur le milieu du bras droit, sur le trajet du paquet vasculo-nerveux, il y a une petite tumeur dure, du volume d'un gros pois, indolore, qui donne plutôt l'impression d'un petit nodule fibreux.

Les *poumons* sont sains. Au *cœur*, on trouve un souffle typique d'insuffisance aortique. L'aorte est dilatée. Pouls de Corrigan. Durozier très net. *Ni sucre ni albumine. Température, 37°,2.*

Evolution depuis l'entrée. — Après l'entrée, apparut au-dessus de la *queue du sourcil gauche* une tumeur adhérente à l'os, arrondie, indolore. Le 25 janvier, cette tumeur était fluctuante et avait le volume d'une petite noix ; on la ponctionna ce jour-là avec une seringue et on retira

du pus qui fut immédiatement ensemencé. Cette petite gomme ramollie est restée stationnaire.

La tumeur de l'avant-bras droit a augmenté un peu les jours suivants, restant toujours dure et indolore. Il semble qu'elle commence à adhérer un peu à la peau.

La lésion de l'avant-bras gauche resta très douloureuse les premiers jours, si bien que chaque matin j'hésitais à le faire passer en chirurgie ; cependant j'attendais, à cause de l'apyrexie absolue. D'ailleurs, les bains chauds et le salicylate de soude produisirent une diminution des douleurs, et peut-être aussi de l'œdème. Cependant il y a toujours de l'œdème et un gonflement osseux très net et douloureux.

Enfin, le 3 février les *cultures* étaient devenues tout à fait typiques, et on donna de suite 3 grammes d'iodure. Comme cela ne date que d'hier, on n'a pas encore de résultat.

La *température* a été constamment absolument normale ; elle n'a pas dépassé 37°,4.

C'est le quatrième cas de sporotrichose que je vois, en comptant le malade qui appartient à M. Villard, et qui a été présenté récemment à la Société des sciences médicales.

Ce cas diffère notablement des précédents.

Dans la grande majorité des cas, la maladie se présente sous la forme d'abcès multiples, disséminés, et débutant par de petites gommes dermiques ou hypodermiques. Tantôt il n'y a aucune systématisation apparente, tantôt, au contraire (mon second cas en était un exemple), on trouve une lésion primitive (chancre d'inoculation), d'où partent des traînées lymphangitiques, sur le trajet desquels se développent des gommes. Je dirai, en passant, que chez le malade que je présente, il est très probable que l'inoculation primitive est marquée par la lésion située sous l'œil droit, qui est bien antérieure aux autres et a débuté par l'épiderme.

Le cas présenté aujourd'hui est une forme à *localisations uniquement osseuse et musculaire.* Le diagnostic était, pour cela, impossible à affirmer cliniquement, tandis qu'on le fait assez bien dans la forme sous-cutanée à nodules multiples. Cela simulait absolument la syphilis. Cependant, je songeai à la possibilité de la sporotrichose : aussi j'ensemençai du pus dès que j'en trouvai, et je ne fis qu'un traitement symptomatique, pour me réserver la posibilité d'essayer de nouvelles cultures si les premières avaient échoué. Ce qui me fit pencher à *priori* un peu pour la sporotrichose, c'est la lésion du front,

qui se comporta plutôt comme un abcès que comme une vraie gomme syphilitique ; mais ce n'est qu'une nuance incertaine.

Les cas à localisation osseuse et musculaire sont très intéressants parce qu'ils sont assez rares, qu'on les connaît depuis peu de temps, et enfin parce que le diagnostic est très difficile.

Les premiers cas de lésions ostéo-périostiques indiscutables ont été présentés à la Société médicale des hôpitaux de Paris, le 5 juin dernier, l'un par MM. Sicard, Bith et Gougerot, l'autre par M. Fage. Ce dernier cas est particulièrement intéressant, car il y avait purement et simplement une lésion osseuse. On en a présenté deux ou trois cas depuis.

Donc, désormais, en face de lésions osseuses et périostiques, dont la cause n'est pas nette, on doit envisager la possibilité de la sporotrichose.

Je rappellerai en terminant que les lésions osseuses ont été obtenues expérimentalement par MM. de Beurmann, Gougerot et Vaucher : ils ont vu des abcès intra-osseux, des périostites, de l'ostéite hypertrophiante, des arthrites fongueuses, etc.

M. Lagoutte. — Par une coïncidence extraordinaire, je viens d'observer deux cas nets de sporotrichose à l'Hôtel-Dieu du Creusot. Je les ai suivis tous deux pendant près d'un an. Le diagnostic clinique semblait s'imposer d'après les descriptions qui ont été données de la maladie. Pour l'un des deux cas, du pus a été porté, par les parents du malade, à Saint-Louis, et le résultat des cultures a été positif.

Les deux malades ont eu des abcès multiples en très grand nombre (60 et 80) et de tout volume, presque tous sous-cutanés, quelques-uns plus profonds. Le dernier en a eu un dans un œil.

Les deux malades ont été traités par l'iodure, et les abcès ponctionnés, puis injectés, avec une solution iodo-iodurée. Malgré cela, tous deux ont succombé à une cachexie progressive.

M. Bonnet. — Ces cas ont été publiés à Paris ?

M. Lagoutte. — Non, ils n'ont pas été publiés.

M. Bonnet. — On a publié seulement un très petit nombre de cas de mort. Les cas de M. Lagoutte sont donc très intéressants à cause de leur gravité.

Quant à l'observation dont a parlé M. Delore, et qui a été publiée dans la *Presse médicale*, elle n'a été oubliée par personne, et elle est mentionnée dans tous les articles faisant l'historique de la question.

Seulement, ce cas est un peu en dehors des autres. M. Dor a décrit un parasite, qu'il pense être un sporotrichum, et que pour cela, on appelé Sporotrichum Dori. Ce parasite, qui ne semble pas avoir été retrouvé par d'autres auteurs, semble différer notablement de celui (Sporotrichum Beurmanni) qui a été trouvé dans tous les cas observés ces derniers temps par de nombreux auteurs, et qui a causé également les lésions du malade que je présente. C'est probablement un parasite très voisin, mais ce n'est pas le même.

M. Gangolphe. — Je remercie vivement M. Bonnet de sa très intéressante communication. Elle aura certainement pour effet de susciter parmi nous une attention de plus en plus considérable à l'égard de cas qui nous paraissent souvent être de la tuberculose à forme un peu anormale, un peu singulière. Pour ma part, je suis bien sûr d'avoir vu assez souvent des lésions que je considérais comme tuberculeuses et qui devaient être de la spirotrichose. Si vous fouillez dans vos souvenirs, vous devez, vous aussi, retrouver des faits semblables. Le plus ancien souvenir que j'ai remonte à la période où je suivais à Paris le service de Trélat : on me montra une malade, que l'on considérait comme atteinte de la morve, faute de meilleur diagnostic. Elle offrait des abcès absolument analogues à ceux du malade de M. Bonnet. Depuis, j'ai vu assez d'autres lésions que je considérais comme tuberculeuses, avec abcès lymphangitiques sous-cutanés, analogues à ceux cités par M. Lagoutte.

Lorsque j'ai fait mon traité : *Des maladies infectieuses et parasitaires des os*, je me suis efforcé de faire une bibliographie très complète de tous les cas d'infections osseuses décrites jusqu'alors ; je n'ai trouvé aucun fait comparable à celui qui vient de nous être présenté. C'est donc une conquête nouvelle et un chapitre nouveau à la pathologie.

Ceci doit nous rendre philosophes et nous dispenser de tout ranger dans la même cadre, comme on fourre dans une même valise des bagages de nature différente ; il ne faut pas classer, sous le nom de tuberculose, tout ce qu'on ne comprend pas. Pour ma part, j'ai, dans mon for intérieur, un autel que j'ai voué aux dieux inconnus et sur lequel je dépose tous les cas curieux, anormaux, en attendant qu'un clinicien, un expérimentateur, vienne me démontrer qu'il s'agit de telle ou telle lésion. Ici, nous savons à quoi nous en tenir : ces cas ne rentreront plus dans la tuberculose.

Ce qui m'a extrêmement intéressé dans le cas que M. Bonnet nous a soumis, ce sont ces localisations à distance sur les os. Le malade de M. Bonnet présente des lésions à distance s'étant produites par voie métastatique. Je demanderai à M. Bonnet si, dans les expériences de Beurmann c'est par ce mécanisme qu'on a produit les lésions osseuses ; il est certain que les localisations osseuses, obtenues par voie directe,

n'auraient pas la même valeur que celles obtenues à distance par voie métastatique.

M. Bonnet. — Il s'agissait d'infection par voie sanguine. Les inoculations étaient faites tantôt sous-cutanées, tantôt par voie péritonéale ; on gardait les rats, et, parmi eux, il s'en trouvait un certain nombre qui avaient des lésions osseuses. On a obtenu des lésions de tous les organes, et parfois des lésions osseuses ou articulaires.

M. Gangolphe.— Je remercie à nouveau M. Bonnet de sa très intéressante communication ; c'est prendre vis-à-vis de nous l'engagement de nous en apporter de nouvelles.

*
* *

ÉNORME CANCER DE L'ESTOMAC PROPAGÉ AU MÉSOCÔLON TRANSVERSE ; RÉSECTION GASTRIQUE COMBINÉE A UNE RÉSECTION DU CÔLON TRANSVERSE.

M. Delore. — Je vous présente une tumeur de l'estomac, enlevée ce matin à une femme de 47 ans, dans les conditions suivantes :

Observation. — Sauf un léger amaigrissement, elle n'avait rien remarqué jusque dans ces derniers mois ; à cette époque, elle constate dans son abdomen une *tumeur*. Chose singulière, il n'y eut jamais de *troubles digestifs nets*, en dehors de l'anorexie, jamais le moindre vomissement, la moindre constipation ou diarrhée.

En examinant cette femme amaigrie, au teint jaune paille, on était frappé par la présence, à gauche de l'ombilic, d'une tumeur bosselée, peu mobile de haut en bas, mais très mobile dans le sens transversal. Le diagnostic de tumeur de l'estomac ou du côlon paraissait s'imposer au premier abord ; mais devant l'absence de troubles digestifs, et malgré le toucher vaginal négatif, on pouvait discuter le diagnostic de tumeur solide de l'ovaire gauche.

Une laparotomie sus-ombilicale démontra l'existence d'une énorme tumeur de l'estomac, développée sur la petite courbure et propagée à une grande partie de la paroi postérieure. Le pylore était sain ; il y avait peu de ganglions ; la tumeur adhérait intimement *en arrière au mésocôlon transverse*. Malgré cette zone adhérente, l'extériorisation était possible. Nous avons cru qu'il était de notre devoir de débarrasser cette femme de son néoplasme. Mais l'ablation exigeait le sacrifice du méso côlon, et on privait ainsi de ses vaisseaux nourriciers une partie du côlon transverse. Il fut donc décidé que la *gastrectomie serait combinée à une résection partielle du côlon transverse.*

La moitié inférieure de l'estomac, vingt-cinq centimètres de côlon transverse, avec le méso et l'épiploon gastro-colique correspondant, ont été ainsi enlevés en un seul bloc, non sans difficulté. Il a fallu placer de nombreuses ligatures ; mais l'hémorragie a été minime et l'hémostase complète. Pour terminer, la continuité gastro-intestinale a été rétablie par le procédé Billroth II (fermeture du duodénum, suture de la tranche gastrique et gastro-entérostomie postérieure transmésocolique) ; quant aux deux bouts du côlon, ils ont été rapprochés pas une suture termino-terminale. Durée de l'opération : deux heures. Le 1er mars, guérison complète.

Nous signalerons un détail de technique : après fermeture de la tranche gastrique, nous avons aussitôt procédé à la gastro-entérostomie. C'est seulement après ce temps opératoire qu'ont été poursuivies les manœuvres de la résection. Nous avons cru qu'en plaçant la gastro-entérostomie à ce moment-là, nous aurions plus de facilité, l'estomac n'ayant pas encore subi une rétraction complète, ce détail nous a donné pleine satisfaction.

En somme, il s'agit d'une *résection immédiate du côlon transverse*, au cours de l'ablation d'un cancer de l'estomac, adhèrent au mésocôlon transverse. De pareilles gastrectomies exposent, en effet, au sphacèle secondaire du côlon, dont les vaisseaux nourriciers ont été détruits.

Pour parer au sphacèle, la résection immédiate du côlon est la conduite la plus sûre. Elle est préférable à la fixation du côlon au dehors ou à la résection secondaire (Helferich), qui n'enraye pas d'ordinaire la péritonite.

Du reste, la gravité de la gastrectomie, compliquée de résection du côlon, n'est que relative malgré les difficultés et la longueur de l'acte opératoire. M. Leriche en a réuni 31 cas, dont la mortalité ne dépasse pas 30 p. 100. Parmi les opérés guéris, il en est quelques-uns qui sont restés bien portants pendant fort longtemps, tels les trois cas de Roux et l'opéré de Kocher. L'un d'eux était encore guéri dix ans après l'opération.

La tumeur de l'estomac se présente, dans le cas présent, sous la forme d'une large ulcération, occupant la face postérieure et la petite courbure. Elle est dure, mamelonnée. La face antérieure de l'estomac est absolument saine. On trouve

deux ou trois ganglions coronaires stomachiques et trois ou quatre gastro-épiploïques droits sur la grande courbure.

M. Goullioud. — La communication de M. Delore soulève une question très intéressante, celle de la résection simultanée du pylore et du côlon transverse.

Je pourrais vous présenter une pièce analogue. La femme, qui en était porteur avait un cancer du côlon transverse propagé à l'estomac. Bien que le point de départ de la tumeur ne soit pas le même dans le cas de M. Delore et dans le mien, la même opération fut pratiquée. L'opérée est encore bien portante après trois ans.

La résection du côlon transverse s'impose quelquefois au cours de la pylorectomie. et devrait être plus souvent pratiquée qu'elle ne l'est. J'ai eu un cas de mort à la suite de cette opération, par suite d'un sphacèle limité du côlon transverse, dû à la section d'une partie du mésocôlon transverse, faite pour enlever largement la chaîne ganglionnaire, qui suit la grande courbure. Une résection du côlon eût facilement évité cet échec. Je me suis promis de ne pas reculer à l'avenir devant cette résection, et le cas de M. Delore ne pourra que m'encourager dans cette voie.

Il a soulevé une autre question, celle de l'anastomose première dans le Billroth, seconde manière. Cette seconde manière de faire lui a paru avantageuse dans son cas. J'en suis absolument partisan et y recours presque systématiquement, lui trouvant les avantages suivants :

L'estomac étant encore intact, on peut l'attirer avec force et sans danger, ce qui permet une anastomose très loin, du côté du cardia ; de la sorte elle ne gêne en rien, au moment de l'exérèse.

Cette anastomose comporte des manœuvres, pour ainsi dire en dehors du champ opératoire, et je préfère les faire alors que les mains n'ont eu encore aucun contact suspect avec la tumeur. On commence ainsi par le temps le plus indispensable de l'intervention, après lequel on peut à la rigueur, s'arrêter, si on trouve trop de difficultés à l'exérèse commencée. Enfin, au cas où l'estomac n'a pas été absolument vidé de son contenu liquide ou de ses gaz, en faisant l'anastomose première, on crée une sorte de soupape de sûreté, par laquelle le contenu de l'estomac peut facilement s'évacuer dans l'intestin, au cours des manœuvres opératoires de la pylorectomie, et, par conséquent, on opère sur un estomac qui n'est plus en tension. Je reconnais d'ailleurs que ces divers avantages n'ont pas une très grande importance.

Séance du 11 février 1909.

Présidence de M. Gangolphe.

FRACTURE COMPLIQUÉE DU COL DE L'ASTRAGALE.

M. Durand. — On a beaucoup parlé, ces derniers temps, de fractures de l'astragale, mais il s'est agi surtout de fractures du corps de cet os ; je veux aujourd'hui dire un mot de certaines fractures de son col ; j'en ai observé de deux sortes. Assez nombreux sont les cas dans lesquels la fracture du col de l'astragale se borne à une sorte de tassement, sans plaie extérieure et surtout sans déplacement des deux fragments. Je ne parlerai pas de ces cas, qui guérissent facilement avec quelques massages. Souvent, il existe, en même temps, des lésions du côté du scaphoïde ou du calcanéum ; ce sont là des faits assez fréquents, j'en ai encore observé un ce matin, qui ne laisse qu'une faible impotence et ne demande aucun traitement. Au contraire, j'ai eu l'occasion d'observer un fait qui est tout à fait exceptionnel : une fracture du col de l'astragale avec grand déplacement et plaie réalisant une large ouverture du foyer de fracture. Ce cas remonte loin ; mais comme j'ai eu l'occasion de revoir le malade, je crois devoir vous en parler.

Observation.

En 1896, je vis arriver dans le service un jeune homme, grand, fort et lourd, qui s'était fait une lésion compliquée du pied, dans des conditions particulières. Voiturier dans une minoterie, il portait sur le dos un de ces gros sacs de farine qui sont d'un poids considérable : il était sur une planche faisant communiquer sa voiture avec une sorte de quai d'embarquement ; la planche vint à casser sous le poids de cette charge, de sorte qu'il tomba d'une certaine hauteur de façon que le bord interne de son avant-pied vint porter sur le fragment de planche, alors que la partie

postérieure, au contraire, portait à faux et, sous le poids considérable de l'homme et du sac, tendait à s'enfoncer dans le vide, au-dessous de l'avant-pied. La lésion ainsi déterminée était assez complexe : un trait de fracture passait verticalement à travers le col de l'astragale, juste dans la portion périostique, sans ouvrir aucune des articulations voisines ; le corps de l'os avait gardé ses rapports avec la jambe et le calcanéum, il n'avait subi aucune tentative d'énucléation. La tête astragalienne, de même, avait conservé ses rapports avec le scaphoïde. Les deux lèvres de la fracture n'étaient pas restées au contact : le fragment antérieur, tête astragalienne et scaphoïde, s'était élevé notablement au-dessus du fragment postérieur et le chevauchait légèrement. Cette disposition était très nettement visible et palpable à travers une plaie transversale située au niveau même de la fracture. Ce déplacement existait seulement sur le côté interne du pied, la colonne externe, grosse tubérosité calcanéenne et cuboïde, ne montrait aucune lésion apparente : il est à supposer qu'elle avait servi d'axe au déplacement en subissant seulement une sorte de rotation de ses différents éléments les uns sur les autres.

L'accident datait de deux heures à peine quand le malade me fut apporté : on s'était borné à mettre un bon pansement antiseptique. Je nettoyai, avec soin et précaution, le pied blessé ; je me rendis compte exact de la lésion. A la faveur de la plaie, je constatai l'intégrité des articulations. Je me résolus à une thérapeutique de conservation ; je réduisis le déplacement et fermai la plaie avec un petit drainage.

Mes inquiétudes ne furent pas longues, la température resta normale, elle ne dépassa jamais 38°, et j'eus la satisfaction de voir guérir le malade. Je le revis ultérieurement, notamment en 1903 ; à ce moment, M. Destot eut l'occasion de faire une radiographie que, malheureusement, je n'ai pas pu retrouver, et que j'aurais voulu vous montrer, afin que vous voyez la juxtaposition de la fracture. On voyait un peu de flou au niveau de la fracture, mais pas de modification de l'aspect du pied ; à la palpation, on sentait un peu d'épaississement sous la cicatrice, un peu d'adhérence, mais toutes les fonctions étaient parfaites, cet homme ne souffrait pas du tout, les mouvements étaient complet, en somme, il y avait restitution *ad integrum* anatomique et fonctionnelle.

Malheureusement, ce résultat ne fut pas définitif, car au commencement de 1905, cet homme subit un nouveau traumatisme grave de son pied ; il s'accrocha le pied sur le bord d'une voiture, tomba la tête la première et fut traîné sur une certaine longueur, montée du Chemin-Neuf. Il me fut amené avec une fracture du calcanéum, compliquée d'arrachement de la partie postérieure de l'astragale. Cette fois, le résulta a été un peu moins bon ; les surfaces calcanéo-astragliennes ne sont pas en contact parfait, il y a quelques troubles, et il a conservé un peu de claudication.

Si je rapporte cette observation, c'est parce que ces fractures du col de l'astragale avec grand déplacement et avec complication de plaie sont tout à fait exceptionnelles, et que leur thérapeutique demande à être précisée.

Lorsqu'il n'y a das d'infection, mon observation montre qu'on peut réduire le déplacement, maintenir cette réduction, et qu'il est inutile de réséquer l'astragale : la plaie se ferme vite, et on se trouve amené à des conditions très identiques à celles des fractures fermées du col de l'astragale, lesquelles ne me paraissent pas indiquer d'opération sanglante.

M. Destot. — Je ne partage pas l'avis de M. Durand sur la reposition sanglante dans les fractures de l'astragale.

J'ai eu l'occasion de voir deux malades chez lesquels on avait fait cette opération et qui, secondairement, ont eu de l'impotence, de l'ankylose. Dans un cas même, M. Delore dut enlever secondairement l'astragale. Tout dépend du point où s'est fait la fracture; si le trait passe au milieu de l'insertion du ligament en place et s'il est oblique, la stabilité et l'équilibre de l'astragale peuvent ne pas être rompues. Mais souvent, dans ces cas, le trait se prolonge obliquement sur la face articulaire du corps de l'os, de là, douleurs, arthrite, etc.

Si le trait passe en avant du ligament, la stabilité est compromise par ce fait que l'appui antérieur du poids du corps sur la tête de l'astragale empêche la reposition exacte. L'angle d'inclination s'accroît et il se forme une sorte de pied plat, par changement d'angle de l'os.

Dans deux observations où la reposition avait été faite par massage sans ouvrir la peau, et où on sentait la tête astraglienne luxée sur le dos du pied, les résultats définitifs ont été mauvais.

Je crois donc qu'il est mauvais de poser en règle générale la reposition sanglante dans les fractures de l'astragale, surtout en dehors des milieux stérilisés où les complications septiques sont très redoutables.

L'ablation du col simple et de la tête est une mauvaise opération ; le trépied astragalien, privé d'un appui antérieur, bascule, et les résultats sont mauvais. La résection complète, au contraire, donne de bons résultats.

Si on est sûr de l'asepsie, on peut tenter la reposition dans des conditions très rares, car le maintien des fragments n'est pas une chose facile à obtenir, est surtout à conserver, et l'équilibre du corps sur un astragale déformé, exige des conditions de stabilité tout à fait rares, alors que la résection de l'os donne de bons résultats, l'astragale ne servant à rien dans la voûte du pied ; on ne supprime qu'une fonction peu importante, comme la course ou le saut, alors que la marche normale et la stabilité sont parfaites.

En résumé, je ne pense pas qu'on puisse ériger la reposition sanglante en méthode générale, soit qu'il s'agisse de fracture du col de l'astragale compliquée de plaie, soit que, systématiquement, on cherche à faire une suture du col. La forme de la fracture et de ses traits s'y oppose souvent. Si pourtant, le cas est favorable, on se trouve exposé, si le sujet est jeune et vigoureux, à des exostoses et à un cal exubérant, gênant consécutivement les mouvements : si le sujet est vieux, à un défaut de coaptation exacte, à une déformation secondaire du cal, qui change les conditions d'équilibre et de stabilité du corps et entraîne des déformations, des douleurs et des impotences considérables. Enfin, les conditions de septicité, lorsque la fracture est compliquée, dominent le tableau, et on sait que le meilleur drainage de l'articulation tibio-tarsienne est l'astragalectomie.

M. Gayet.— J'ai écouté avec intérêt la communication de notre collègue Durand, car après avoir fait moi-même une astragalectomie pour fracture, j'ai pu, par quelques recherches bibliographiques, prendre connaissance de diverses opérations sanglantes, pratiquées pour ce genre de lésions.

Pour ce qui est de l'astragalectomie partielle, c'est-à-dire de l'ablation de la tête astragalienne seule, je suis entièrement de l'avis de M. Destot : en effet, dans la plupart des cas publiés, où l'on fait cette opération, les résultats ont été mauvais. Le mécanisme qu'il vient de nous indiquer, la chute du corps astragalien en avant lorsque le butoir, que constitue a tête, vient à manquer, me paraît bien correspondre à la réalité. L'ablation du corps, en laissant la tête, donne de bien meilleurs résultats, ce qui paraît, au premier abord, paradoxal, mais s'explique bien par le raisonnement de M. Destot.

Au point de vue de la reposition sanglante, j'en connais 3 cas, tous étrangers, et je ne crois pas qu'en France on en ait publié. Il en a été fait peut-être, mais je n'en ai point trouvé. Les cas allemands, qui sont dus à Urban, Helferich et Müller, ont donné des résultats satisfaisants. Il s'agissait de fractures transversales, ayant séparé le col du corps. Dans 2 de ces observations, il y avait luxation du corps, en arrière du tibia ; dans la troisième, existait une luxation sous-astragalienne en avant, ce que les Allemands appellent *luxatio pedis-sub-talo*. Les suites ont été vraiment excellentes, si nous en croyons les auteurs. On avait fait l'ouverture large de l'articulation, le replacement des fragments, la suture de la peau et l'immobilisation en appareil plâtré. Six semaines plus tard, les malade commençaient à marcher et, quelques semaines après, il n'existait aucune boiterie.

Je vous rapporte ces faits comme des exemples de ce que peut donner la reposition sanglante ; le résultat de M. Durand est aussi très beau. D'autre part, M. Destot nous cite des cas moins heureux, mais il faudrait connaître exactement quelles étaient les lésions, l'état des malades. Quo

qu'il en soit, d'après les faits que je connais, je serais tenté de pratiquer la réduction sanglante, si l'état général du malade m'y invitait et si la nature de la fracture paraissait s'y préter.

M. Destot. — J'ai très présent à l'esprit 2 cas très typiques de fracture de l'astragale avec reposition ; le premier était un malade de M. Bertoye, qui avait été soigné par M. Vallas, pour une fracture nette du col de l'astragale ; la tête venait reposer sous les téguments ; il n'y avait point de plaie ; la reposition s'est faite par massage ; quand on l'a sentie en place, on escomptait un très beau résultat ; M. Vallas pensait que tout devait aller très bien ; mais, au bout de trois mois, le malade, qui allait primitivement bien, a vu survenir de la raideur, et, à l'heure actuelle, il marche avec une ankylose du pied, mais il n'a pas voulu se décider à une intervention chirurgicale secondaire.

Le deuxième cas concerne un malade que M. Delore a opére pour une fracture du col de l'astragale, qu'on avait tenté de replacer et que M. Delore a dû extirper secondairement,

Ces deux cas montraient que les douleurs persistaient après une reposition non sanglante, reposition faite, par conséquent, dans des conditions peut-être idéales, puisqu'on n'avait pas à craindre l'infection ; dans ces deux cas, les deux malades ne marchaient pas. Je souhaite qu'on conserve le plus possible l'astragale, mais je ne crois pas qu'il faille tout conserver.

M. Gayet.— Nous ne parlons pas tout à fait des mêmes choses, M. Destot et moi. J'ai parlé de reposition sanglante, faite par incision délibérée ou à la faveur d'une plaie, comme l'a réalisée M. Durand. On sait ainsi ce que l'on fait et on peut obtenir une réduction parfaite des fragments. Bien différentes sont les réductions à travers la peau, les parties molles tuméfiées. On conçoit qu'il soit impossible, dans de telles conditions, d'être assuré que la fracture est bien réduite : et il ne faut pas s'étonner qu'on puisse avoir un résultat définitif déplorable.

M. Durand. — Je crois que nous ne parlons pas des mêmes faits ; dans le cas que je rapporte, il s'agit, non pas d'une énucléation de la tête, comme dans ceux que vient de rappeler M. Destot, mais d'un déplacement dans le foyer de fracture ; la tête de l'astragale avait gardé ses rapports normaux avec le scaphoïde ; si la tête est luxée complètement au-dessus du scaphoïde et du col astragalien, on doit se trouver dans des conditions toutes différentes de celles dont je viens de parler. Il est possible alors que la réduction ne soit pas absolument parfaite, et que les malades continuent à souffrir, parce qu'à leur lésion osseuse, fracture du col, se joignent des lésions articulaires et ligamenteuses, consécutives à l'énucléation de la tête. Quand il y a seulement fracture du col, sans autre lésion, on peut obtenir, mon observation le démontre, une guérison complète par le traitement conservateur.

TRÉPANATION MASTOÏDIENNE AVEC SUTURE IMMÉDIATE ET AUTOPLASTIE.

MM. VIGNARD et SARGNON. — Je vous avais présenté, l'année dernière, le frère d'une de ces petites malades, auquel j'avais, pour une suppuration mastoïdienne suivie de trépanation, pratiqué le plombage des cavités mastoïdiennes, après avoir mis largement en communication l'antre et l'oreille moyenne. Le petit malade resta apparemment guéri pendant trois mois, puis il rentra dans mon service avec des phénomènes d'inflammation subaiguë, qui obligèrent à une nouvelle intervention. Depuis cette époque, je n'ai plus tenté de plomber des cavités naturelles en communication avec d'autres cavités, ouvertes à l'air libre et facilement infectées.

Néanmoins, frappés de la longueur de la cicatrisation dans les mastoïdites subaiguës chroniques ou dans les opérations radicales pratiquées pour des suppurations chroniques de l'oreille moyenne, M. Sargnon et moi avons essayé, dans une quinzaine de cas environ, de pratiquer l'opération de Moure. Elle consiste, après incision classique dans le sillon rétro-auriculaire, à évider complètement l'antre et les cellules qui en dépendent, à décoller le conduit, à faire sauter le mur osseux qui se trouve au-dessous de l'antre, et à curetter très soigneusement la caisse qui se trouve ainsi de niveau avec le fond de l'antre.

Il en résulte une brèche considérable, dont le processus de cicatrisation est très long et peut conduire, si l'on n'y prend garde, à un rétrécissement du fond du conduit auditif, aboutissant souvent à une récidive de l'infection de la cavité de la caisse, qui finit par n'être abordable, ni par le conduit, ni par la plaie mastoïdienne. Le temps original de l'opération de Moure consiste, quand la toilette des cavités osseuses est faite, à fendre d'arrière en avant la paroi postérieure du conduit auditif membraneux, dont les deux volets viennent tapisser le fond de la cavité osseuse. Il est souvent utile de débarrasser la face profonde du conduit des éléments graisseux qui la doublent et s'opposent à l'accolement exact.

On referme alors par une suture serrée, non sans avoir glissé par le conduit auditif très élargi, une mèche, qui va au fond de

la brèche osseuse et ressort par le conduit. Cette mèche est destinée à faire l'hémostase ; on la retire le deuxième jour et on la remplace par une autre moins volumineuse, accompagnée d'un tube de caoutchouc rigide, destiné à maintenir la béance et qu'on laisse en place pendant les dix premiers jours. Au bout du douxième ou quinzième jour, si tout va bien, la cicatrisation postérieure est complète et il ne reste plus qu'à faire, par le conduit auditif extrêmement élargi et donnant accès sur les parties profondes, des pansements très simples, ne nécessitant aucun bandage, et ne comportant aucun des inconvénients offerts par les pansements externes.

Parfois, lorsque les parties molles rétro-auriculaires ne se prêtent pas à une suture, on peut se dispenser de faire celle-ci, mais sans drainer en arrière. La cicatrisation se fait alors très vite, sans accidents, le drainage continuant à être assuré par le conduit auditif.

Les deux malades que je vous présente en mon nom et au nom du docteur Sargnon, offrent un exemple de chacune de ces deux éventualités.

La première, M. J..., 8 ans, présentait depuis longtemps une suppuratiou chronique de l'oreille moyenne avec fétidité, quand nous l'opérâmes, le 25 novembre 1907. La mastoïde présentait les traces d'une trépanation spontanée, nous la complétâmes et nous eûmes l'occasion de curetter de nombreux grumeaux de cholestéatome. Le conduit fut largement incisé et étalé, mais les sutures ne furent pas possibles. La cicatrisation se fit néanmoins rapidement, mais les pansements par le conduit furent longs et nécessitèrent plusieurs cautérisations de bourgeons. Actuellement, les cavités auriculaire et rétro-auriculaire sont largement accessibles et peuvent être aisément surveillées par le conduit.

La deuxième malade est une enfant de 10 ans, qui, depuis six ans présentait une suppuration chronique fétide, que des pansements fréquents ne tardèrent pas à tarir. Elle fut opérée le 19 janvier de cette année, et douze jours après, la cicatrisation était au point où vous la voyez aujourd'hui.

On fait par l'oreille des pansements quotidiens. Quand la guérison définitive est obtenue, on constate, ou bien que les cavités osseuses se sont comblées par bourgeonnement, ou qu'elles sont restées assez largement ouvertes.

L'audition, chose curieuse, est souvent améliorée, et dans un cas nous avons constaté qu'elle était presque parfaite, alors qu'avant l'opération la malade n'entendait absolument pas du côté atteint.

Nous n'avons jamais constaté dans les quinze cas que nous avons ainsi traités, de complications graves : nous avons eu une paralysie faciale temporaire, quelques fils ont cédé et c'est tout.

En somme, une trépanation large de la mastoïde avec plastique à l'aide du conduit fendu et étalé, donne des résultats d'une rapidité surprenante dans les cas d'une mastoïdite chronique subaiguë et de suppuration rebelle de la caisse. Elle permet la fermeture immédiate de la plaie, supprime les ennuis et les inconvénients douloureux des pansements externes, donne un résultat esthétique très bon et rend les malades très rapidement à la vie normale.

M. Gangolphe. — J'ai eu l'occasion de faire un assez grand nombre de trépanations de la mastoïde, aussi bien chez des enfants que chez des adultes ; j'ai été frappé de cette lenteur de cicatrisation et par un autre fait qui intéresse l'esthétique à date éloignée. Vous avez probablement vu de ces malades trépanés chez lesquels il s'était fait une dépression dans laquelle la peau s'enfonçait, reproduisant, pour ainsi dire, un second conduit auditif, accolé à l'autre, placé en arrière de lui, l'opération de Moure, faite par M. Vignard, me paraît évidemment intéressante, justement parce qu'elle prévient cette déformation. Mais je trouve qu'au point de vue du drainage, ce n'est pas tout à fait l'idéal. Un large drainage mastoïdien direct est souvent nécessaire ; d'autre part, la réunion immédiate n'est ici qu'une apparence (et il ne peut en être autrement), puisque le drainage se fait par le conduit auditif externe, si bien que je trouve l'opération de Moure tout à fait rationnelle, parce qu'elle permet d'éviter la déformation éloignée, considérable, de la région mastoïdienne, qu'on observait aussi bien chez les enfants que chez les adultes.

M. Destot. — Je crois surtout que cette opération est indiquée, non seulement pour la mastoïdite, mais aussi dans le cas avec rétrécissement du conduit auditif ; on ne peut plus panser la caisse par le conduit auditif, il y a des polypes, des bourgeons, tandis que l'opération consiste surtout à aborder cette caisse par voie mastoïdienne. Souvent on ne trouve pas de pus, mais on a un jour très large sur la caisse et comme il est inutile de conserver une brèche, on rétablit un conduit très large, qui donne un jour énorme sur la caisse. On peut étendre cette méthode aux

cas de mastoïdite, mais c'est surtout dans les cas de suppuration de la caisse prolongée, qu'elle produira de bons résultats.

Nous avons eu l'occasion d'opérer un jeune homme de 18 ans, qui avait une suppuration de la caisse, il était impossible de faire le pansement de cette caisse dans cette oreille moyenne ; nous y sommes cependant arrivés ; nous avons enlevé toutes les fongosités, les débris infects et nous avons rétabli un conduit très large.

M. Durand. — M. Vignard vient de préciser, je crois, les conditions dans lesquelles il est possible d'employer avec succès le procédé de Moure : il me paraît indiqué dans les opérations de spécialistes, c'est-à-dire lorsqu'il s'agit de cureter l'antre et la caisse atteints de suppuration chronique ; mais dans les cas chirurgicaux, c'est-à-dire lorsqu'il faut aller plus loin à la recherche de suppurations, lorsqu'on met à nu le sinus, je pense qu'on doit s'abstenir d'employer la méthode de Moure, et je crois qu'il serait dangereux de vouloir ramener et suturer les téguments sur une cavité étendue jusqu'au voisinage de la dure-mère. Il y a là une distinction qu'il est utile de faire.

* * *

DEUX FORMES DE RECTITE STÉNOSANTE ET PROLIFÉRANTE D'ORIGINE PROBABLEMENT TUBERCULEUSE.

M. Bérard. — Les deux malades que j'ai l'honneur de vous présenter ont été opérées l'une et l'autre dans mon service à quelques semaines d'intervalle, pour des lésions très dissemblables du rectum, mais qui, néanmoins, relèvent sans doute, chez toutes deux, de la tuberculose.

Observation.

La première est une jeune femme de 34 ans, atteinte, pendant sa première enfance, d'adénite cervicale et de kératite. Elle présentait, depuis l'âge de 11 ans, une constipation tellement opiniâtre qu'elle ne se souvient pas d'être jamais allée à la selle sans l'aide de laxatifs ou de lavements. Les matières étaient toujours dures, comme laminées ; depuis quelques mois, elles étaient rendues de plus en plus difficilement, avec des glaires ; chaque expulsion était précédée de faux besoins, d'épreintes, sans hémorragies.

Quand la malade entra à l'Hôtel-Dieu, le 25 novembre 1903, elle accusait un amaigrissement assez notable ; anémiée, elle se lassait au moindre effort.

L'abdomen, un peu tympanisé, n'était occupé par aucune tumeur ;

il n'y avait pas d'ascite. Le toucher rectal révélait très haut, à bout de doigt, sur la paroi antérieure de l'ampoule, un épaississement semi-annulaire, saillant dans l'intestin, comme une valvule en croissant, sans végétation ni ulcération profonde de la muqueuse, qui ne saignait pas au contact du doigt. Le toucher vaginal, combiné à l'examen rectal, donnait la même sensation d'un demi-anneau de caoutchouc, inclus dans la paroi intestinale, au fond du Douglas.

La lenteur de ce processus, qui semblait remonter à la deuxième enfance, l'absence de tout autre trouble fonctionnel que la constipation, la forme valvulaire de la sténose, sa consistance élastique nous firent d'abord penser à une malformation avec hypertrophie localisée de la tunique musculaire. C'est alors que, grâce à la rectoscopie, pratiquée par notre ami, le Dr Sargnon, nous pûmes constater que la sténose, située exactement à 12 centimètres au-dessus de l'anus, présentait une surface grisâtre, rougeâtre, comme un ulcère atone, avec atrophie de l'épithélium de revêtement. Des pansements directs, avec attouchement à l'adrénaline, ne modifièrent nullement les spasmes, que nous croyions surajoutés à la sténose organique.

Nous décidâmes alors d'extirper la zone malade. Comme elle semblait très limitée, nous voulions ménager au maximum le reste de l'ampoule rectale, et surtout le sphincter anal. L'aborder à travers l'anus dilaté et l'abaisser jusqu'au dehors pour la réséquer, ainsi qu'Hartmann, puis Villard l'ont préconisé pour certaines lésions limitées de l'ampoule nous semblait dangereux, sinon impossible, à cause de la hauteur de cette sténose et de la fixation qui semblait assez étroite sur le péritoine du Douglas. Je résolus donc de la découvrir par une rectotomie postérieure sus-sphinctérienne en réséquant le coccyx pour me donner du jour. L'opération eut lieu le 9 décembre 1908. L'incision du raphé ano-coccygien et du rectum s'arrêta à 2 centimètres au-dessus de l'anus ; elle permit d'abaisser facilement et d'amener à la vue la lésion, qui occupait un ovale large de 5 centimètres environ et haut de 3. Une dissection prudente fit reconnaître que l'épaississement constituant la sténose occupait surtout la sous-muqueuse et la musculeuse, tandis que la sous-séreuse redevenait souple : dès lors, tout le segment malade put être extirpé sans ouvrir le péritoine. Un premier surjet de catgut en capiton assura l'hémostase profonde en amenant au contact l'une de l'autre les lèvres supérieure et inférieure de la brèche ainsi créée ; une suture exacte, également au catgut, fut placée sur la muqueuse.

L'intervention fut ensuite rapidement terminée par la fermeture de l'incision postérieure, au point déclive de laquelle, cependant, fut laissé un drain de sûreté, pénétrant dans le rectum. Constipation pendant une semaine.

Aucun incident ne vint marquer les suites opératoires ; le 10 janvier, la fistule rectale postérieure, entretenue d'abord par le drain, était tarie.

On commençait des séances prudentes de dilatation pour assouplir les cicatrices des lignes de sutures. Dès le 20 janvier, ces séances devenaient inutiles, et la malade allait spontanément à la selle, ce qui ne lui était pas arrivé depuis vingt-quatre ans.

Ainsi que vous pouvez le constater, il ne subsiste actuellement qu'une petite plaie linéaire, près d'être cicatrisée sur le raphé ano-coccygien. Le toucher rectal, que nous avons pratiqué ce matin, ne révèle plus trace de l'incision rectale postérieure ; sur la paroi antérieure, une légère saillie souple, facile à déplisser, marque seule la place du rétrécissement enlevé.

Le deuxième cas fut soumis à notre observation quelques semaines après le précédent. Ici les lésions en imposaient cliniquement pour un cancer du rectum, avec envahissement du périnée, de la grande lèvre gauche et de la paroi postérieure du vagin.

OBSERVATION.

Chez cette temme, âgée de 42 ans, les premiers troubles digestifs remontaient à deux ans environ, greffés sur une constipation ancienne ; ils se manifestèrent par des crises d'occlusion subaiguë de plus en plus rapprochées, avec émission de sang et de glaires par l'anus, au moment des débâcles. L'appétit diminuait, la malade maigrissait ; les évacuations alvines, plus pénibles et douloureuses depuis deux mois, ne consistaient plus qu'en matières dures, passées à la filière, enrobées de mucus et de sang ; elles étaient précédées de faux besoins et d'épreintes extrêmement pénibles. Même dans la simple station debout, cette femme accusait des élancements dans le périnée, avec irradiations lombaires. Teint grisâtre, pouls à 100, assez mou, température oscillant entre 39°8 et 38° 5. Rien aux poumons. Examen des urines négatif.

L'*examen local* décelait un empâtement induré de la grande lèvre gauche, avec envahissement de la paroi vaginale postérieure dans son tiers antérieur et des téguments au pourtour de l'anus. Quelques petites collections suppurées infiltraient ces zones indurées; deux fistulettes vaginales souillaient la vulve de matières ; deux autres s'ouvraient à la grande lèvre.

Par le *toucher rectal*, on arrivait à travers un entonnoir étroit sur une gangue résistante, qui arrêtait le doigt à 4 centimètres de l'anus, sans que l'on pût sentir d'ulcération ou de bourgeonnement; mais le doigt causait une vive douleur et ramenait du sang. Le toucher vaginal montrait une extension plus considérable des lésions, qu'il était difficile de dépasser par en haut, du côté du cul-de-sac de Douglas.

Devant cette diffusion des lésions et à cause des phénomènes inflamma-

toires qui pouvaient rétrocéder après la dérivation des matières par un anus artificiel, je commençai par pratiquer une cæcostomie. (1)

Douze jours plus tard, le 18 jsnvier 1909, avec l'assistance de MM. Chalier et Vincent, je fis l'ablation en bloc de tous les tissus périnéaux suspects, de la grande lèvre gauche, de la moitié de la paroi inférieure du vagin ; et, par la voie coccy-périnéale, j'extirpai un segment de 15 centimètres du rectum et de l'S iliaque. La décortication de l'intestin malade fut facile ; il semblait isolé de sa gaine par une zone œdématiée, dont le clivage s'effectua rapidement. Mais, à notre surprise, bien que nous fussions certainement au-dessus des lésions, les parois de l'S iliaque, au niveau de la tranche de section, étaient épaissies, comme du carton mouillé, sans induration vraie, sans polypes, sans ulcération.

Il fut facile de suturer au périnée le bout supérieur de l'intestin abaissé. Les suites immédiates de l'intervention furent des plus simples ; dans quelques jours, s'obturerai l'anus cæcal.

La *pièce* que je fais circuler devant vous a été un peu modifiée et rétractée par le formol. On reconnaît facilement, néanmoins, sur ce rectum fendu longitudinalement suivant sa face postérieure, d'abord une infiltration de toutes les tuniques, mais particulièrement de la sous-muqueuse, par un tissu inflammatoire comparable à du gras de jambon. Cette infiltration est d'autant plus marquée que l'on approche du point le plus sténosé ; là, sur une hauteur de 2 à 3 centimètres, la lumière de l'intestin est obturée par des saillies nacrées, en caroncules, largement implantées sur la musculeuse, s'y continuant par leur base, sans autre ulcération que les petits orifices fistuleux que l'on voit ouverts d'autre part à la vulve et dans le vagin.

Le tissu cellulaire de la gaine périrectale renferme quelques ganglions mous, hémorragiques.

A n'en pas douter, d'après cet aspect macroscopique, il s'agissait d'une rectite sténosante et proliférante, et non de cancer.

Voici donc deux types de lésions essentiellement différentes :

La première consistait seulement dans un épaississement, limité en croissant de lune ; elle donnait l'impression, par sa situation sur une paroi seulement de l'ampoule, par sa forme valvulaire, par son évolution extrêmement lente (durant 24 ans) d'une sténose congénitale hypertrophique en éperon, secondairement ulcérée.

---

(1) La cæcostomie me semble préférable à l'anus iliaque quand on veut créer une dérivation seulement temporaire des matières, mais non un anus définitif, et lorsqu'on ne tient pas à faire de grands lavages dans le bout inférieur de l'intestin.

La deuxième répondait aux descriptions classiques de la rectite sténosante et proliférante, qui en impose presque toujours pour un cancer suppuré, quand l'ampoule a été trop rétrécie par les végétations de la muqueuse pour permettre un toucher rectal approfondi.

Or, l'examen histologique qui nous a été adressé par le Laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté donne des résultats identiques pour toutes les deux. Voici celui qui a trait à la première malade :

Sur les coupes, la lésion prédominante est constituée par un épaississement énorme de la sous-muqueuse, formé d'un tissu fibreux très compact qui envahit la profondeur de la muqueuse. Pas de lésions périvasculaires prédominantes. Épithélium tassé, aminci, mais non détruit. On ne trouve pas de cellules cancéreuses ; il ne s'agit pas de lymphadénome ; il n'y a pas non plus de follicules tuberculeux caractéristiques ; mais cet épaississement énorme de la sous-muqueuse, avec infiltration leucocytique, ne se voit guère à ce degré que dans les sténoses intestinales très lentes d'origine bacillaire.

Pour la deuxième pièce, il est dit :

Sur toutes les coupes, on est frappé surtout par une infiltration très marquée de la sous-muqueuse et de la musculeuse, dont les éléments sont dissociés par des traînées de petites cellules inflammatoires. La muqueuse est détruite par place ; mais nulle part on ne voit de végétations néoplasiques. Pas de noyaux de périartérite. Comme chez la malade précédente, on doit admettre les plus grandes probabilités en faveur de l'origine tuberculeuse de ces lésions, malgré qu'aucune formation caractéristique (follicule ou cellule géante) ne permette d'affirmer absolument ce diagnostic.

Si, pour mon propre compte, je crois à l'origine tuberculeuse de ces deux types de rectites, c'est d'abord pour des raisons cliniques.

La première malade a eu, dans son enfance, adénite cervicale et kératite infiltrante ; elle présente encore des ganglions cervicaux plus que suspects : on ne relève chez elle ni syphilis ni infection gonococcienne auxquelles rattacher l'origine de la sténose. Pour la deuxième, les antécédents personnels sont muets ; mariée, mère de cinq enfants tous vivants, cette femme, qui n'a jamais eu de fausse couche, nie également la syphilis. Les fistules vagino et vulvo-rectales avaient des bords décollés ; elles donnaient un pus grumeleux et présentaient les caractères

de ces fistules à l'anus banales, dont l'origine bacillaire n'est plus discutée aujourd'hui quand on les trouve à l'état isolé.

Maigres arguments, dira-t-on. Mais si nous relisons les observations de Tillaux, Riche, Sourdille, Delbet, Quénu, Hartmann et leurs élèves, où la nature bacillaire de lésions rectales analogues est considérée comme plus que vraisemblable par ces auteurs, ce n'est que dans une proportion relativement restreinte de cas que le critérium histologique de la cellule géante ou du follicule est signalé. Dans d'autres segments de l'intestin, d'ailleurs, nous avons déjà démontré avec Patel que si le processus est très lent, la sténose bacillaire n'a plus de caractères spécifiques, et qu'il faut multiplier les coupes pour avoir la chance de déceler quelques rares cellules géantes. Pour cette catégorie de faits, les publications récentes de M. Poncet et de son école ont apporté des arguments de grande valeur.

C'est à ce point de vue pathogénique surtout que je désirais faire cette présentation. En terminant, je dirai seulement que la technique opératoire suivie chez la première malade, à savoir la rectotomie postérieure sus-sphinctérienne avec résection du coccyx nous a donné un jour considérable sur toute l'ampoule et a permis une extirpation très facile de la zone cicatricielle, limitée à la paroi antérieure. La réfection de l'ampoule a été parfaite.

M. Gangolphe. — Ce sont là des faits très intéressants ; je pourrais ajouter un cas personnel qui remonte à dix ou douze ans, qui a du reste été publié ; j'avais fait le diagnostic de cancer, et vingt-cinq jours plus tard, je procédais à l'ablation du rectum après résection du coccyx, ce qui à cette époque avait un certain intérêt, car on procédait alors par la voie sacrée. Eh bien, dans ce cas, l'examen histologique donna absolument les mêmes résultats que ceux qui viennent de vous être rapportés par M. Bérard : infiltration des tuniques par quantité de cellules de petite dimension. En aucun point on ne trouva de cellules géantes ou de follicules tuberculeux.

D'autre part, quand on se reporte aux nombreux faits cliniques non opérés, on trouve en général une atrésie tellement petite, à bords tellement coupants, avec diminution de calibre tellement uniforme sur une certaine hauteur qu'on ne peut pas s'empêcher de les comparer au rétrécissement tuberculeux du grêle, décrits par Bérard et Patel, et que j'ai eu l'occasion de constater moi-même ; l'identité paraît complète entre ces deux variétés de lésions.

Il y a d'autre part l'échec constant donné par le traitement spécifique dans les cas de rétrécissement du rectum, que pendant longtemps on attribuait uniquement à la syphilis, car l'idée de tuberculose est de date récente ; si bien que mon opinion est la suivante : dans un cas identique à celui de M. Bérard, où il n'y a pas de lésions de tuberculose spécifique et où cependant ce n'était pas non plus un cancer, je crois qu'il s'agit de bacillose ; j'ajoute que j'ai revu récemment mon ancien opéré en parfaite santé.

En ce qui concerne la méthode opératoire suivie par Bérard, on a malheureusement trop peu l'occasion de l'employer, car il est rare que dans le rétrécissement tuberculeux l'ouverture affecte la forme d'une valvule ; on est obligé d'arriver à l'extirpation.

*
* *

ENTÉRECTOMIE DU GÔLON TRANSVERSE AVEC PYLORECTOMIE CONCOMITANTE.

M. Goullioud. — M. Delore nous a présenté, dans la dernière séance, une pièce intéressante, due à une ablation simultanée d'une grande partie de l'estomac et du côlon transverse, pour un cancer gastrique propagé au côlon. J'ai cru intéressant de vous apporter l'observation et le dessin d'une exérèse analogue, faite pour un cancer du côlon transverse, étendu au pylore.

Observation.

Il s'agissait d'une femme âgée de cinquante-huit ans, Mme N. D.., que l'on m'adressa avec le diagnostic de cholécystite probable. Son cancer colique, siégeant au niveau de la vésicule, simulait absolument une vésicule enflammée. La malade souffrait depuis dix-huit mois de crises douloureuses dans l'hypochondre droit ; elle accusait des troubles gastriques bien plus que des symptômes intestinaux. Son estomac était dilaté, l'intestin ne l'était pas. Jamais elle n'avait eu d'ictère, ni de décoloration des selles, mais ses urines contenaient des traces de pigments biliaires. Elle revenait de Vichy avec un état qui allait s'aggravant, ce qui décida M. Chabalier, alors appelé auprès d'elle, à me la confier. De temps en temps, la température s'élevait à 38°,5.

Je fis une incision verticale sur la saillie de la tumeur et la prolongeai jusqu'au creux épigastrique : je me trouvai en face d'une tumeur du côlon transverse adhérente à l'estomac dans la région prépylorique. L'ensemble de la tumeur paraissant mobile, je me décidai à l'enlever.

L'ablation des deux viscères fut faite en un seul bloc, en commençant

par une anastomose latéro-latérale de deux points éloignés du côlon, en faisant ensuite l'isolement de la tumeur, soit du côté de l'intestin, soit du côté de l'estomac, et en terminant par une gastro-duodénostomie, à la façon de Kocher. L'hémostase fut difficile du côté du pancréas et l'opération, en somme, laborieuse.

L'examen histologique, dû à M. Faysse, montra un épithélioma cylindrique.

L'intérêt de cette observation est le fait de la guérison persistante de cette malade, opérée le 24 janvier 1906, il y a donc trois ans. Elle montre bien que nous ne devons pas nous arrêter à une adhérence viscérale quand le second viscère envahi est lui-même mobile et enlevable.

M. Leriche a réuni d'ailleurs, dans sa thèse, un nombre assez colon important de pylorectomies avec résection d'une partie du transverse, et je crois que souvent cette double résection serait utile, car la crainte de blesser le mésocôlon et d'avoir, par suite, du sphacèle du côlon, peut limiter fâcheusement l'exérèse.

La même intervention pour lésion initiale du côlon me paraît être plus rare.

* * *

CANCERS DE L'S ILIAQUE ET DU CÔLON PELVIEN.

M. Goullioud. — Voici maintenant deux pièces, enlevées tout récemment, de ces deux variétés de cancer, qui ont l'une et l'autre longtemps égaré le diagnostic de nos confrères, et qui ont été justiciables d'une intervention analogue.

Observation.

Le cancer de l'S iliaque fut enlevé à une femme de 36 ans, Mme E. B... (de Chalon), que je vis avec M. Leclerc. Elle nous avait été adressée avec le diagnostic de rein mobile du côté gauche, diagnostic que s'étaient transmis les deux ou trois premiers médecins consultés.

La tumeur jouissait à la vérité de la plus grande mobilité ; mais c'était le seul caractère qui pût rappeler le rein. L'histoire était d'ailleurs absolument celle d'une tumeur intestinale : diarrhée chronique, entérorragies, anémie profonde ; mais aucun signe de sténose n'existait.

L'examen local venait confirmer la nature intestinale de l'affection, et il était manifeste, quand on avait renoncé à l'idée d'un rein, qu'il

s'agissait d'un cancer intestinal, de l'S iliaque probablement, mais qui ne révélait pas la forme sténosante habituelle. Celte tumeur, maigré sa mobilité, ne pouvait pas remonter dans la loge rénale ; elle était moins lisse. moins arrondie qu'un rein, et beaucoup plus volumineuse. L'intestin n'était pas dilaté au-dessus.

Le 26 novembre 1908, je fis la laparotomie médiane. Je constatai d'abord, en examinant les ovaires, à cause de l'acienneté de la lésion et dans l'idée d'une greffe possible, que l'ovaire gauche présentait de petits kystes et l'enlevai. Le droit était d'aspect plus normal et fut conservé.

L'examen de la tumeur montre un cancer de l'S iliaque, dont le méso est très développé, comme un méso d'une anse grêle, d'où l'anormale mobilité de cette tumeur. On aperçoit de petits ganglions nombreux dans ce méso et plus spécialement dans la zone du néoplasme. C'est pourquoi on fit l'exérèse d'un large triangle dont la base longue de 25 centimètres, porte la tumeur dans sa partie moyenne, et dont la pointe se prolonge vers les gros vaisseaux mésentériques.

La pièce qui vous est présentée est un volumineux cancer végétant, qui affecte l'aspect d'un cancer du cæcum et pas du tout celui habituel aux tumeurs de l'S iliaque. De là la symptomatologie rappelant celle du cancer cæcal.

Après quelques incidents de subobstruction, la malade est rentrée chez elle, bien guérie de son opération.

Dans ma seconde observation, il s'agissait de cette forme de cancer du côlon pelvien sur laquelle Girard (de Genève) a appelé l'attention au Congrès français de chirurgie, en 1904, et qu'il décrit sous le nom de cancer de la portion supérieure du rectum. Il n'est pas inutile de rappeler à nouveau cette variété de néoplasme intestinal, que le palper ne révèle pas et que le doigt rectal n'atteint pas toujours. Il passe donc presque fatalement inaperçu, s'il n'est pas spécialement recherché, surtout quand il n'y a pas de sténose intestinale au niveau de la tumeur.

OBSERVATION.

Le malade, J. R..., âgé de 60 ans, avait eu jadis une longue période de neurasthénie, à la suite de chagrins domestiques, et de l'entéro-colite plus ou moins fruste. Il était peu aisé, dans ces conditions, de reconnaître un cancer difficile à atteindre et qui n'avait pas encore amené un rétrécissement du calibre de l'intestin. Aussi, ce malade, qui fait remonter son affection actuelle à treize mois, vit-il huit médecins successifs avant que le diagnostic de tumeur intestinale fût posé. Faux besoins, selles fréquentes, une seule hémorragie, tels étaient les symptômes présentés, volontiers rapportés à l'entérite de la neurasthénie. Un fait pouvait égarer

encore, c'est que le malade affirmait avoir repris du poids depuis quatre mois, depuis un second mariage.

M. Bouveret avait atteint profondément une résistance suspecte et conseillé de prendre un avis chirurgical.

La laparotomie, faite le 11 février, permit de reconnaître un cancer annulaire sur la portion horizontale du côlon pelvien, au-dessous du promontoire. Il fut possible de l'extirper par voie abdominale. La pièce montre un cancer annulaire qui n'aurait pas tardé à être sténosant. C'est le type habituel.

Dans ces deux cas, le manuel opératoire suivi a été le même. J'ai détaché d'abord un grand triangle mésentérique, sectionné ensuite le côlon au-dessus de la tumeur. En attirant celle-ci, on amène la partie profonde de l'intestin sous-jacent, ce qui facilite l'entérorraphie. J'ai fait celle-ci par implantation termino-latérale, abouchant le bout supérieur dans une fente longitudinale faite sur le bout inférieur, que l'on ferme ensuite en cæcum. L'anastomose latéro-latérale est mauvaise sur cette portion de l'intestin. Je ne fais aussi la suture bout à bout que si j'y suis obligé.

Dans ces deux cas également, j'ai terminé mon opération par une cæcostomie de sûreté. On a ainsi, en effet, le bénéfice de la soupape de sûreté, que donne l'opération en trois temps, sur laquelle MM. Jaboulay et Cavaillon ont si justement insisté. C'est parce qu'il n'y avait aucune distension abdominale, et qu'il y avait avant quelques doutes sur l'opportunité de cette cæcostomie, que celle-ci a été faite dans la même séance que l'exèrèse et non trois semaines avant. Cette manière de faire n'a eu d'ailleurs aucun inconvénient pour ces deux opérés.

***

CANCER DU RECTUM ; PROCÉDÉ DE L'OCCLUSION EN CÆCUM DU BOUT SUPÉRIEUR.

M. Goullioud. — Je vous présente enfin un cancer du rectum, pour lequel j'ai employé un procédé qui me paraît devoir rendre service dans quelques cas de très large exérèse.

Observation.

A. P., porteur de cette tumeur, était un jeune homme de 29 ans. Il présentait une ulcération de l'ampoule rectale à bords serpigineux, qui

avait débuté par la face postérieure de l'organe, et dont les bords arrivaient presque à se joindre en avant. Le doigt atteignait vaguement sa limite supérieure.

L'opération, faite le 10 février, a consisté à créer d'abord un anus contre nature dans la fausse iliaque gauche et à enlever la tumeur par le périnée, le tout dans la même séance.

L'anus iliaque a été fait en anus en canon de fusil, en prévision de l'impossibilité probable d'établir un anus interfessier. Il serait à la rigueur aussi facile à guérir qn'un autre, s'il y avait lieu.

Quant à l'ablation périnéale de la tumeur, elle ne fut pas conduite suivant la méthode classique de Lisfranc, car je voulais faire tous mes efforts pour conserver le sphincter.

Une incision pré-anale, demi-circulaire, analogue à celle de la prostatectomie périnéale, un peu réduite, me permit de décoller avec soin la face antérieure du rectum des voies urinaires, en rasant celle-ci le plus près possible. Au niveau de la prostate, j'eus de la difficulté à décoller la prostate dans la région dite l'*espace décollable*. J'entaillai donc la prostate pour en laisser une lame adhérente au rectum. Au delà le décollement de la vessie redevint facile.

Au moment de terminer, suivant la méthode transanale, rajeunie par notre collègue, M. Villard, je reconnus que vraiment je ne pouvais conserver le sphincter sans risquer de compromettre le résultat de mon exérèse, en ne dépassant pas les limites du mal.

Mon opération fut vite transformée en un Lisfranc, facile à terminer.

La poursuite de la tumeur et surtout d'une chaîne de gros ganglions suspects tout au moins, me conduisit à sectionner très haut mon intestin, plusieurs centimètres au delà des limites du néoplasme. D'ailleurs le sphincter étant sacrifié, le périnée très largement enlevé, au point qu'il fut très difficile d'en rapprocher les bords, je ne tenais plus à établir un anus périnéal.

Je terminai donc mon opération en fermant en cæcum par deux plans de suture au catgut le bout supérieur du rectum, en le fixant par quelques points de suture au péritoine du Douglas, pour limiter sa réascension.

En agissant ainsi, et c'est la troisième fois que cela m'arrive, on se trouve dans des conditions analogues à celles de l'amputation abdomino-périnéale, faite suivant ma technique, c'est-à-dire avec conservation du côlon pelvien. Dans les deux cas en effet, on a un anus iliaque au point d'élection, anus à double orifice. Le côlon transverse pelvien est conservé : dans l'abdomino-périnéale, il sert à péritoniser le bassin ; dans l'amputation périnéale il occupe une situation analogue. Ses sécré-

tions refluent en s'écoulant par l'orifice iliaque inférieur, vite atrophié, tandis que les selles s'échappent par le bout supérieur.

Ce procédé que l'on pourrait appeler le procédé de l'*occlusion en cæcum*, est à rapprocher du procédé du retournement de Quénu et Hartmann. Il est plus simple et m'a donné toute satisfaction dans les cas antérieurs.

La conservation du côlon pelvien, dans l'amputation abdominale, laisse pour ainsi dire l'espérance et l'étoffe nécessaires à un rétablissement d'un anus interfessier, s'il était un jour réclamé par le malade, ce qui ne m'est pas arrivé. La *mobilisation en masse du côlon gauche* de MM. Cavaillon et Chalier pourrait nous aider à atteindre ce but.

Ce qui légitime nos tentatives de très large exérèse, c'est le désir d'éviter la terrible récidive, qui atteint encore 75 p. 100, dans les trois ans dans bon nombre de statistiques.

M. Bérard. — La communication de M. Goullioud est trop importante pour pouvoir être discutée au pied levé. Je voudrais seulement lui demander quelques détails au sujet des ganglions des cancers du rectum, qu'il enlève toujours très largement de façon à dépasser la zone suspecte. Nous avons fait récemment un certain nombre d'amputations du rectum en série; nous avons prélevé les ganglions; or, après l'examen histologique, on nous a répondu qu'ils étaient presque toujours inflammatoires et non néoplasiques. Est-ce que M. Goullioud a fait faire la même épreuve pour ses malades ?

M. Goullioud. — Je n'ai pas fait faire d'une façon constante l'examen de ces ganglions. Dans mon opération d'aujourd'hui, j'ai pris des ganglions pour les faire examiner.

Je ne peux pas apporter à M. Bérard les documents qu'il me demande, seulement nous savons que le cancer récidive; dans les meilleures statistiques, nous trouvons 75 p. 100 de récidives, au bout de trois ans. Dans ces conditions, il faut que nous opérions plus largement dans tous les sens.

Séance du 18 février 1909.

Présidence de M. GANGOLPHE.

TUBERCULOSE GÉNITALE ; VASO-VÉSICULECTOMIE PAR VOIE HAUTE.

M. VILLARD. — Je vous présente une pièce anatomique provenant d'un malade que j'ai opéré ce matin pour une tuberculose orchiépididymaire droite avec envahissement complet des voies séminales du même côté. Cette pièce comprend le testicule, l'épididyme, le canal déférent et la vésicule, en un mot l'ensemble des voies séminales jusqu'à la naissance du canal éjaculateur. J'ai pu faire cette extirpation en bloc, sans rompre en aucun point le tractus génital, en pratiquant une castration suivie de vaso-vésiculectomie par voie abdominale.

L'examen des lésions montre l'infiltration du parenchyme testiculaire par de petites granulations tuberculeuses et la dégénérescence caséeuse de l'épididyme, de la totalité du canal déférent et de le vésicule séminale droite. Cette dernière est énorme ; elle a une longueur de 8 centimètres sur 3 centimères et demi de largeur et montre à la coupe une série de logettes régulièrement disposées, remplies d'un pus épais.

L'ensemble de ces lésions et leur étendue me semblent justifier la castration suivie de vaso-vésiculectomie, à laquelle j'ai eu recours, d'autant plus que l'affection paraissait cliniquement unilatérale. Il s'agit en effet d'un jeune homme de 21 ans qui présentait depuis peu de temps une orchiépididymite tuberculeuse à allure rapide, avec élévation de la température. L'examen clinique permettait de sentir à droite, en dehors des lésions des bourses, un canal déférent très volumineux et très induré ; et par le toucher rectal on percevait une énorme augmentation

de la vésicule séminale correspondante, que l'on sentait bosselée et comme injectée de suif. Par contre, la prostate n'était pas grosse et l'on ne découvrait aucune altération de l'appareil génital gauche.

L'unilatéralité des lésions, leur marche rapide m'ont décidé à en pratiquer l'ablation complète par la vaso-vésiculectomie. Mon but aujourd'hui n'est pas de vouloir discuter les indications et la valeur de cette intervention, à laquelle j'ai eu recours plusieurs fois depuis l'année dernière, mes résultats étant encore trop récents pour en tirer des conclusions utiles, mais je veux insister sur la technique opératoire que j'ai suivie et sur la facilité relative de la vaso-vésiculectomie par voie haute. Je suis en effet très étonné de la sévérité avec laquelle ce procédé est traité dans l'article récent de MM. Baudet et Kendirdjy. (1)

Cette opération y est à peu près condamnée en raison des difficultés de l'intervention et de la quasi-impossibilité d'enlever les vésicules ou de ne pas briser le déférent. Or, j'ai depuis l'année dernière pratiqué six fois cette intervention, j'ai toujours pu enlever correctement la totalité de la vésicule et du déférent, laissés même adhérents l'un à l'autre. Une seule fois le déférent s'est rompu au niveau d'un foyer caséeux de l'ampoule; cet accident ne m'a du reste nullement gêné pour continuer l'ablation des voies séminales. Ce n'est pas en effet par des manœuvres de traction sur le déférent qu'il faut espérer attirer au dehors et extraire la vésicule, mais bien en se donnant une large voie d'accès et un jour suffisant sur la face inférieure de la vessie. Pour cela, deux conditions sont indispensables : une incision appropriée et la position de Trendelenburg fortement inclinée. Voici du reste la techuique opératoire que j'ai suivie :

Le malade étant placé dans la position de Trendelenburg, je pratique une *longue incision coudée inguino-abdominale*, partant de la partie supérieure des bourses, à droite ou à gauche de la racine de la verge, suivant le trajet du canal inguinal jusqu'à son orifice profond, point où elle change de direction et remonte sur le bord externe du muscle droit jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

---

(1) Baudet et Kendirdjy. *Revue de Chirurgie*, 1906.

Dans un *premier temps inguinal*, le testicule est attiré au dehors ; on peut à ce moment vérifier ses lésions, et si son parenchyme paraît sain, le laisser en place en le séparant de l'épididyme et en se contentant de faire une épididymo-vaso-vésiculectomie. J'ai pratiqué une fois cette variante, mais elle ne me tente guère, car lorsque la séparation de l'épididyme est effectuée, le testicule apparaît comme un moignon lamentable, qui réclame son ablation, et celle-ci est d'autant mieux justifiée que l'organe du côté opposé est sain.

La castration étant décidée, le cordon est relevé jusqu'à son entrée dans l'abdomen. On incise la paroi profonde du canal inguinal sur toute son étendue après avoir pris la précaution de lier les vaisseaux épigastriques, et l'on commence le refoulement du péritoine vers la partie supérieure. Il est facile à ce moment d'isoler du canal déférent le pédicule des vaisseaux spermatiques ; ceux-ci sont sectionnés, une ligature étant placée sur le bout central et une pince mise sur le bout périphérique. Pince et testicule sont enveloppés dans une compresse, et il ne reste plus qu'à suivre le déférent.

Ici commence le *deuxième temps iliaque ;* celui-ci est rapidement conduit ; il consiste à décoller largement avec les doigts ou une compresse le péritoine dans la fosse iliaque et sa réflexion sur la vessie, dont la face latérale est largement mise à découvert. Deux valves, placées l'une dans l'angle supérieur de la plaie, l'autre sur la lèvre interne permettent de voir admirablement le champ opératoire. Dans la partie profonde, on distingue l'uretère et son croisement avec le déférent, qui plonge dans l'excavation pelvienne, en arrière de lui et accolé au péritoine.

Je pratique alors ce que j'ai coutume d'appeler le *temps du décroisement du canal déférent*. Celui-ci consiste à rejeter le testicule et le canal déférent, du côté opposé, par dessus la ligne médiane et légèrement en haut ; il résulte de cette manœuvre que l'uretère restant en avant, toutes les tentatives de décollement du déférent ou toutes les tractions exercées sur lui ont pour conséquence de le séparer du conduit urinaire. Du reste, à partir de ce moment, le déférent va plonger bien au-dessous de l'uretère et l'intervention devient pelvienne.

Pour étudier le dernier temps pelvien, il est nécessaire de créer une boutonnière dans le *fascia* horizontal qui accompagne

l'uretère et de suivre au travers de celle-ci le déférent jusqu'au triangle interdéférentiel. Cette ouverture du *fascia* se fait du reste très facilement, à condition de suivre exactement le canal spermatique. On découvre enfin l'ampoule du déférent, cela d'autant plus facilement que l'infiltration tuberculeuse est habituellement plus accentuée en ce point. On doit alors rechercher sur le côté externe, à la vue ou au toucher, le fond de la vésicule séminale et le saisir avec une bonne pince de Museux. La décortication de l'organe, bien que profonde, se fait le plus habituellement avec facilité en raison d'un plan de clivage favorable, analogue à celui qui existe autour des ganglions tuberculeux crus.

Enfin, un coup de ciseaux sépare la vésicule au niveau de la naissance du canal éjaculateur; j'ai même enlevé parfois une partie de celui-ci en entaillant la prostate. Le plus habituellement une ou deux ligatures suffisent au niveau des branches de l'artère vésiculaire.

L'intervention est terminée par la mise en place d'un drain qui plonge jusqu'à la région prostatique, et la paroi abdominale est reconstituée par une suture à trois plans qui laisse seul libre l'orifice du drainage. Il est remarquable de constater, dès que le malade est remis en position horizontale, avec quelle facilité le vaste décollement péritonéal s'efface sous la pression des anses intestinales.

J'insiste, en terminant l'exposé de cette technique opératoire, sur ce qu'il s'agit d'une opération certainement délicate, mais parfaitement réglée, et dont les difficultés sont très relatives pour les chirurgiens habitués aux interventions pelviennes. Je ne puis que m'étonner des échecs signalés, et, pour ma part, je considère la voie haute, dans l'extirpation des vésicules séminales, comme infiniment supérieure aux autres voies d'abord. J'ai pu, en effet, me rendre compte au cours des prostatectomies périnéales que j'ai pratiquées, de la gêne qui peut exister dans les vésiculectomies tentées par le périnée.

Je ne peux rien dire encore de l'avenir de la vaso-vésiculectomie, au point de vue de ses résultats éloignés, dans le traitement de la tuberculose génitale de l'homme, et je ne sais si mes espérances ne seront pas déçues, mais étant donné ce que nous savons des tuberculoses génitales à bascule et des compli-

cations qui peuvent être la conséquence des lésions bacillaires de l'appareil séminal, je considère jusqu'à plus ample informé qu'il est rationnel de tenter, dans des cas de tuberculose unilatérale comparable à celui que je viens de vous rapporter, une intervention aussi radicale que celle de la vaso-vésiculectomie.

Celle-ci permet d'espérer de conserver au malade, déjà stérilisé d'un côté par la nature de ses lésions, l'intégrité de l'appareil séminal resté sain. Autant je suis convaincu qu'il faut avoir recours à des opérations étendues que l'on peut considérer comme radicales, dans des cas de tuberculose génitale unilatérale, autant je crois qu'il faut se borner à des opérations partielles et de propreté lorsque la lésion est bilatérale, car il importe alors de conserver tout ce qui aura pu subsister de la sécrétion interne testiculaire.

*
* *

APPAREIL A TRACTIONS ÉLASTIQUES POUR DÉFORMATIONS DE LA COLONNE.

M. Nové-Josserand. — Cet appareil, construit par M. Aubert, se compose d'une ceinture pelvienne construite sur le type de la ceinture de Hessing, supportant un corset tuteur ordinaire. La partie originale de l'appareil est le soutien céphalique. Celui-ci est constitué par un collier étroit qui s'adapte exactement sur la base du crâne et de la face, et qui est supporté par quatre tiges métalliques dont l'extrémité inférieure est fixée à l'extrémité d'une anse de caoutchouc attachée d'autre part au corset. Il résulte de cette disposition que la tête est soutenue constamment par une véritable traction élastique.

Cet appareil réalise donc dans de très bonnes conditions l'immobilisation de la colonne vertébrale et la décharge des corps vertébraux. Il convient surtout dans le mal de Pott, à la période de la convalescence, mais on peut l'utiliser aussi dans les arthrites cervicales rhumatismales ou tuberculeuses, et dans toutes les variétés de torticolis.

Il a, sur les appareils rigides, un triple avantage. D'abord, il laisse à la tête une certaine mobilité, qui le rend beaucoup moins gênant et permet mieux la mastication, la marche, etc.

En second lieu, il dégage presque complètement le thorax, et laisse persister par conséquent la respiration costale; enfin, il est facilement réglable, et peut, par suite, être porté pendant un temps assez long, en assurant toujours le maximum de correction.

M. Gangolphe. — Je trouve cet appareil très ingénieux, je ne crois pas qu'on ait jamais fait une tentative analogue à celle qui nous est soumise par M. Nové-Josserand, et qu'il a si parfaitement menée à bien ; mais il m'apparaît que cet appareil ne doit être employé que pendant la période terminale. J'avais moi-même eu recours à M. Aubert pour un appareil dont il doit avoir conservé la photographie que je pourrai également retrouver ; il s'agissait d'un petit malade que j'ai soigné et guéri au point qu'il a pu faire son service militaire. Autant je suis partisan du décubitus dans le mal de Pott dorsal, autant je laisse volontiers marcher le malade avec la minerve plâtrée (dont j'ai indiqué le modèle), quand il s'agit du mal de Pott cervical.

Je dois avouer que son application est un peu délicate, un peu difficile, mais si l'on a à s'en plaindre, cela tient à la façon défectueuse dont elle aurait été faite ; on obtient des soulagements étonnants ; j'ai vu des malades qui souffraient atrocement, se trouver soulagés séance tenante, circuler dans les escaliers en fumant leur cigarette.

La lésion guérie, si le redressement n'est pas parfait, je l'obtiens par un appareil à redressement progressif, dans lequel j'ai recours à des vis qu'on tourne d'un cran tous les deux ou trois jours.

Excellent pour l'extension, l'appareil de M. Nové-Josserand me semble manquer d'efficacité en ce qui concerne le déplacement dans le sens latéral.

Ce double mouvement-là, extension et redressement latéral, je ne vois pas qu'on puisse l'avoir avec cet appareil, de sorte que dans certaines circonstances on serait obligé de recourir à l'appareil que j'ai fait construire autrefois par M. Aubert.

M. Nové-Josserand. — Je ne voudrais pas qu'on m'attribuât une paternité que je n'ai pas ; j'ai peut-être bien indiqué mon idée première à M. Aubert, orthopédiste, mais c'est à lui que revient tout le mérite de cet appareil.

M. Gangolphe. — Je suis très content de voir que M. Nové-Josserand est du même avis que moi. Je dirai que je ne cherche jamais à redresser brusquement un mal de Pott ni par extension, ni autrement. Je laisse la tête dans la position où elle est au moment où je pose la minerve. C'est une attitude de contracture qui est sous l'influence d'un état douloureux ; c'est la douleur perçue ou non perçue qui provoque la contracture ; dès

qu'on a fait la minerve plâtrée et que l'état douloureux est tombé, on est tout surpris, lorsqu'on enlève l'appareil, de pouvoir redresser la tête très facilement; on remet une deuxième minerve, la tête se redresse davantage; ce n'est que lorsqu'on n'a pas de crainte de provoquer une poussée inflammatoire qu'on peut procéder avec un appareil à vis. J'ai fait quelquefois de l'extension continue, mais cela surtout dans la clientèle hospitalière et très rarement dans la clientèle privée, car dans la pratique hospitalière on a toujours un peu plus d'influence sur ses malades.

Je pense que l'appareil à vis donne de bons résultats, surtout lorsque tout est terminé et qu'on agit sur une simple attitude défectueuse, étant bien sûr de ne pas réveiller le processus inflammatoire profond.

Ces quelques remarques étant faites, je me propose bien, la première fois que j'en aurai besoin, non seulement pour le mal de Pott, mais aussi dans d'autres cas, d'employer cet appareil de redressement, par exemple lors de rétractions cicatricielles par brûlures.

M. Nové-Josserand. — A propos de ce que vient de dire M. Gangolphe, je conviens très bien que cet appareil ne peut pas être destiné à faire un redressement; il n'a pas été fait pour cela, il a été fait pour opérer une décharge de la colonne vertébrale et assurer la rectitude du corps, lorsque la déformation a déjà été corrigée. Je n'ai pas bien cherché à le perfectionner dans le sens de la correction des déviations cervicales, parce que j'ai l'habitude de faire cette correction par l'extension continue.

J'ai bien employé la plupart des appareils orthopédiques qui ont été indiqués pour faire ce redressement, mais j'ai toujours été frappé de la difficulté d'en tirer un bon profit par suite du défaut d'application exacte sur la tête.

*
* *

PIED BOT ET MÉTHODE DE FINK.

M. Nové-Josserand présente un petit enfant atteint de pied bot et qu'il a traité par l'appareil de Fink qu'il a décrit à l'une des précédentes séances. Il soumet à la Société une photographie montrant les déformations dont le petit malade était porteur avant le traitement et fait constater les résultats obtenus.

Séance du 25 février 1909.

Présidence de M. GANGOLPHE.

APPENDICITE A FORME D'OCCLUSION INTESTINALE PRIMITIVE; RÉSECTION DE L'APPENDICE; ANUS CONTRE NATURE; RÉSECTION CONSÉCUTIVE DE L'INTESTIN ET ANASTOMOSE TERMINO-TERMINALE; GUÉRISON.

M. VIGNARD. — Je vous présente l'histoire d'une appendicite, chez une fillette de 12 ans, qui m'a paru devoir vous intéresser.

OBSERVATION.

Fillette de 12 ans, sans aucun antécédent héréditaire ou personnel digne de remarque. L'affection a débuté, le 16 novembre dernier, par un vomissement survenu immédiatement après le repas de midi. Depuis, douleurs abdominales vives et vomissements dès la moindre ingestion de liquide.

Pas de selle depuis le début de la maladie.

Entrée à l'hôpital le 20 novembre, soit quatre jours après le début des accidents.

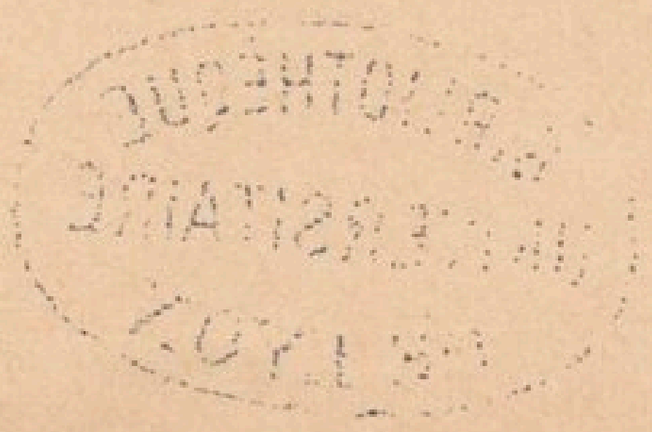
A ce moment, l'abdomen n'était pas ballonné; la région appendiculaire ni tendue ni douloureuse. Cependant, la palpation abominale, même superficielle, réveillait de la douleur.

Le toucher rectal et l'examen des autres organes étaient négatifs.

Température à l'entrée : 37°,8.

Depuis le 19, l'abdomen s'est météorisé. La région ombilicale est préominente, les flancs aplatis. Péristaltisme et clapotage sur le grêle. Arrêt des matières et des gaz. Hypothermie, vomissements des liquides ingérés. La malade, reçue dans un service de médecine, passe, le 20 novembre, au matin, dans mon service.

La palpation abdominale est alors si douloureuse, qu'on est obligé d'examiner la malade sous anesthésie. On constate un clapotage net



périombilical et, par moments, du péristaltisme. Nulle part on ne sent de résistance ou de tuméfaction anormale.

On diffère l'opération, mais l'état de la malade ne s'étant nullement modifié, une intervention est pratiquée le même jour, à quatre heures du soir.

Incision médiane sus-ombilicale. A l'ouverture, dilatation extrême d'une moitié environ des anses grêles, les autres sont aplaties et très diminuées de volume. Il existe donc un obstacle sur le grêle. L'intestin est dévidé à partir des anses rétrécies. On arrive enfin sur des anses grêles, agglutinées, d'un isolement difficile, au milieu desquelles se trouve, noyé dans un abcès, un appendice enflammé, en battant de cloche, perforé à son extrémité.

Résection de l'appendice et péritonisation de quelques anses qui, au cours du dévidement, avaient été dépouillées de séreuse. Cette manœuvre rétrécit considérablement, par endroits, le calibre de l'intestin.

Cependant, malgré leur libération, les anses distendues se vident mal dans les anses sous-jacentes. Celles qui étaient diminuées de calibre n'augmentent que peu de volume.

Aussi, pratique-t-on un anus contre nature sur une des anses dilatées. Drainage. L'état de la malade était très grave.

Mais dès le lendemain se produisit une débâcle et quelques jours plus tard la malade était hors de danger.

Le 11 janvier fut pratiquée la cure de l'anus contre nature. 30 centimètres d'intestin grêle, environ, furent réséqués, puis fut faite une anastomose termino-terminale à la suture. Le bouton ne fut pas employé, à cause du rétrécissement opératoire plus haut signalé de quelques anses grêles.

Les suites furent des plus simples. Actuellement (25 février), la malade est complètement guérie.

L'occlusion, comme premier symptôme et seul symptôme de l'appendicite, est rare. Arné, dans une thèse parue à Bordeaux en 1908, en a réuni 25 observations, dont 11 concernent des occlusions dans lesquelles l'appendice lui-même était l'agent constricteur.

Dans quatre observations seulement, c'était l'abcès situé au voisinage ou au bout de l'appendice qui avait agglutiné les anses et provoqué l'occlusion.

Enfin, dans onze cas, c'étaient des brides des adhérences, reliquats d'attaques appendiculaires anciennes, qui avaient provoqué l'occlusion.

L'observation que je rapporte rentrerait dans cette deuxième catégorie, d'ailleurs peu nombreuse, puisque Marion, dans une

BIBLIOTHÈQUE UNIVERSITAIRE DE LYON

revue générale publiée en 1900, sur l'appendice dans l'occlusion intestinale, n'en rapporte pas un seul cas.

Je voudrais profiter aussi de cette observation pour attirer à nouveau l'attention sur le peu de renseignements que donne la température dans l'appendicite chez l'enfant. Il n'est pas rare de trouver des ventres pleins de pus avec une température de 38° ou 38°,2, et récemment encore j'ai observé un petit garçon qui avait de la péritonite diffuse, un appendice énorme, gangrené et perforé à son extrémité, avec une température de 37°,8 le matin du jour où je l'ai opéré, un ventre dur, mais peu ballonné, et un état général qui ne paraissait pas altéré.

La numération globulaire chez cet enfant, avait donné 40.000 leucocytes, et c'est ce qui m'a décidé à l'opérer, vingt-quatre heures après le début de la crise. Il y a peut-être lieu de ne pas se priver systématiquement des renseignements précieux que peut fournir la numération globulaire. Il ne faut pas envisager l'hyperleucocytose comme un symptôme de suppuration, de pus concrété, enkysté, mais simplement comme un phénomène de défense indiquant, par son intensité, la vigueur et la gravité de l'attaque. On ne saurait demander plus de précision à cette investigation clinique.

M. Albertin. — Je retiendrai un point particulier de la communication de M. Vignard, il a fait allusion à certaines formes de péritonites sans fièvre.

J'ai observé récemment trois cas de péritonite subaiguë apyrétique, à forme occlusive. Pas de fièvre, peu ou pas de vomissement, ventre plat, mais facies péritonéal, pouls petit, impression d'état grave en face du malade. Dans deux cas il s'agissait de fissuration du pyo-salpynx dans la grande cavité péritonéale saine; dans un autre cas, je n'ai trouvé qu'une plaque de péritonite fixant une anse grêle dans le Douglas, sans lésions annexielles, ni rien autre.

Cette variété est assez particulière et je crois qu'elle peut s'expliquer en quelque sorte par l'infection très atténuée et relativement localisée du péritoine avec une forme de réaction spéciale; pas de température, pas de vomissements péritonéaux, pas de fièvre, des symptômes d'occlusion, pas de ballonnement du ventre, en somme, ce sont les symptômes de péritonite réduits au minimum. Je crois cependant que, dans ce cas-là, il ne faut pas conclure à la bénignité de l'affection, on pourrait s'exposer à des mécomptes.

En face de ces formes, il ne faut pas attendre, mais intervenir rapidement, c'est ce que j'ai fait pour mes trois malades. Chez deux j'ai fait

une castration par hystérectomie subtotale, j'ai péritonisé, puis drainé l'espace sous-péritonéal en incisant verticalement le moignon postérieur du col de l'utérus. Chez la troisième malade, j'ai libéré l'anse grêle, et curetté la plaque péritonique du Douglas. Ces malades ont guéri sans accidents.

En face de ces formes de péritonite apyrétique qui nous font penser à de l'occlusion intestinale, il faut intervenir rapidement et on peut les guérir, l'occlusion n'existant que secondairement à la péritonite par immobilisation de l'intestin stupéfié.

Si l'on s'abstient, comme dans un cas où l'intervention fut refusée, une ascension brusque et élevée de la température rompt la monotonie de la courbe apyrétique et annonce la terminaison fatale à très bref délai.

M. Delore.— En fait de péritonite à symptômes insolites, j'ai observé le fait suivant : chez un enfant de 12 ans, atteint de péritonite suppurée diffuse, due à la gangrène de l'appendice, la température est restée, même après l'opération, à 37° et 37°,4, et le pouls à 78, 80 pulsations par minute. Ce fut seulement quinze jours après la première incision et l'ablation de l'appendice que le pouls monta a 140 et la température à 40°, tandis que se formait une nouvelle collection pelvienne. L'incision par le rectum amena la guériaon.

Le diagnostic est malaisé entre l'occlusion et la péritonite. Dans le cas précédent, c'est au diagnostic probable d'occlusion que l'on s'était rangé.

M. Durand. — M. Vignard nous demande si l'appendicite se présente souvent chez l'adulte sous forme d'occlusion intestinale pure, sans signe de péritonite. Cette forme clinique est assez fréquente. Les traités classiques rappellent que Duplay a insisté sur l'impossibilité fréquente de faire un diagnostic même de probabilité entre ces deux affections. Je crois que tous les chirurgiens se sont heurtés souvent à de pareils faits. Pour mon compte, j'en ai observé un assez grand nombre et il m'a semblé qu'ils correspondaient à de la péritonite généralisée de pronostic extrêmement grave.

Pour revenir à ce que nous a dit M. Vignard de cette malade qu'il a opérée vingt-quatre heures après le début, je demanderais à M. Vignard si ces vingt-quatre heures correspondent au début de la lésion ou au début des accidents cliniques, ce qui n'est pas tout à fait la même chose, car il semble bien qu'un certain nombre d'appendicites qu'on dit avoir été opérées au bout de la première journée, sont, en réalité, des appendicites qui remontent plus ou moins loin et qui ont eu un début larvé, même complètement latent; en les opérant on a bien l'impression que les lésions sont tellement avancées, tellement graves, tellement étendues, qu'elles remontent beaucoup plus loin que le début des accidents. Ce fait est intéressant au point de vue de la pathologie générale des appen-

dicites, parce qu'il est en rapport avec cette idée de M. Tripier qui dit que la suppuration intra-appendiculaire ne donne pas les signes de l'appendice, et que ceux-ci se manifestent lorsque le péritoine péri-appendiculaire est lui-même envahi. Il faut toujours se reporter à cette observation ; or, dans le cas qui vient de nous être soumis par M. Vignard et dont le début remontait à vingt-quatre heures, il semble que les lésions étaient bien graves pour ne dater que d'un jour ; je lui demanderai quelle est son impression à ce sujet, parce que je suis très partisan de l'intervention dans les premières vingt-quatre ou quarante-huit heures ; je suis aussi partisan de l'intervention précoce que je suis peu partisan de l'intervention dans la période secondaire lorsque des accidents graves et particulièrement désignés de péritonites ne viennent pas me forcer la main.

M. Vignard. — J'ai dit que le début remontait à vingt-quatre heures, parce que les parents de l'enfant, les seuls qui puissent fournir un renseignement, m'ont dit que l'enfant avait commencé à souffrir la veille au matin, et que l'avant-veille il s'était assez bien porté. Il est vrai que chez les gens du peuple on ne s'inquiète pas si l'enfant se plaint seulement de coliques, et il se peut qu'il ait commencé à souffrir pendant la nuit, l'avant-veille, et qu'il ait eu des troubles digestifs ; mais les parents ne m'ont signalé que la douleur, premiers symptômes qui les avaient frappés.

M. Gayet. — Puisque la discussion a un peu dévié et porte maintenant sur la question de l'opération tout à fait précoce, je tiens à vous raconter un fait tout à fait récent de ma pratique. C'est un de ces cas de lésions larvées qui, brusquement, se transforment et produisent des symptômes de la plus haute gravité.

Observation. — Il s'agit d'un jeune homme de 29 ans, employé de commerce, qui avait eu, il y a trois semaines, quelques malaises gastro-intestinaux. Il avait consulté, et le traitement prescrit (purgatif) avait fait disparaître ces troubles. Se sentant tout à fait bien, il avait repris ses occupations, et dimanche dernier, il avait joué son rôle très gaîment dans un dîner de famille. Il rentra se coucher, et après avoir bien dormi, il est brusquement réveillé, à quatre heures du matin, par une brusque douleur abdominale en coup de pistolet.

Son médecin est appelé, diagnostique une appendicite et me demande de venir le voir. Nous le voyons ensemble à 1 heure et je trouve deux symptômes qui m'inquiètent vivement : ventre en bois et sonorité sus-hépatique. Je pense à une péritonite par perforation et le fais transporter dans mon service, où je l'opère à quatre heures de l'après-midi, soit exactement douze heures après le début. Je trouve une péritonite généralisée, avec bulles de gaz, intestins rouges et englués de fausses membranes, liquide louche sans adhérences. L'appendice était rouge

sombre, d'aspect gangréneux avec une ulcération qu'une houppe épiploïque obstruait déjà. J'ai fait l'appendicectomie et un large drainage avec un gros tube et de grosses mèches, dans toutes les directions. Actuellement, le malade est en bonne voie de guérison, malgré une température élevée, qui prouve simplement une réaction vigoureuse.

Ce fait prouve d'abord l'utilité d'une intervention très rapide, dans les premières heures après le début. Je crois bien que le lendemain il eût été trop tard.

Il démontre en second lieu la rapidité de certains processus d'appendicite qui sont capables de provoquer presque instantanément chez un sujet qui se croyait sain, les accidents les plus redoutables en quelques heures.

M. Gangolphe. — Aux cas si intéressants qui viennent de nous être soumis, j'ajouterai quelques mots sur un fait curieux dans lequel le diagnostic différentiel entre la péritonite et l'occlusion intestinale était particulièrement délicat. Cela date de 1882, à l'époque où j'étais chef de clinique chez Ollier, qui était remplacé à ce moment par M. Vincent. Il s'agissait d'un homme de 40 ans, qui passant sur le pont de la Guillotière avec son chien, eut une discussion à propos de ce chien, et reçut un coup de pied dans la partie inférieure du bas-ventre. Amené à l'Hôtel-Dieu dans l'après-midi du dimanche, je constatai, le lundi, une hernie inguinale droite qui existait depuis fort longtemps et dont le malade se plaignait fort. A ce moment, il présentait les phénomènes d'une hernie douloureuse, peut-être disions-nous de hernie enflammée par suite d'une contusion directe.

Naturellement nous ne fîmes aucune tentative de réduction : le lendemain, en présence de vomissements on incisa et on trouva le sac plein de pus ; nous ne pûmes nous expliquer cette suppuration dans ce sac herniaire, en dehors de toute lésion intestinale. Le malade continua à présenter des signes d'occlusion, il avait peu de température ; le jeudi il succombait.

A son autopsie, nous constatâmes une perforation de l'intestin grêle produite par le coup de pied ; la lésion était à la hauteur du nombril ; c'était cette suppuration qui avait été la cause de cette péritonite suppurée descendant dans le sac herniaire et qui donnait lieu à cette symptomatologie bizarre.

La pièce existe dans le musée de M. Lacassagne, et l'observation a été publiée dans le *Lyon Médical*. J'ai cité ce fait pour montrer combien nous étions loin de penser qu'il s'agissait de péritonite étant donné l'absence de température et cette coexistence de la hernie ; mais les faits cliniques que j'ai eu l'occasion de voir et dans lesquels on pouvait se demander si on se trouvait en présence d'une péritonite ou d'une occlusion intestinale sont assez nombreux et assez fréquents pour que, de parti pris, toutes les fois que j'ai j'étais appelé pour des cas d'occlusion,

je fisse toujours une incision dans le flanc droit ; presque toujours, neuf fois sur dix, je constatais qu'il s'agissait non pas d'occlusion, mais de péritonite.

M. Vignard. — L'observation de M. Gangolphe me rappelle justement celle d'un ancien garçon de la Charité qui, il y a deux ans, tomba de sa hauteur sur le ventre, dans les couloirs de la Charité. Le lendemain on m'appela à l'Infirmerie des vieillards pour le voir ; je le trouvais assis sur son lit, avec un état général parfait, pas de température, il me dit : « Je voudrais bien rentrer chez moi, ma femme va être inquiète. » Je lui répondis que j'espérais qu'il pourrait partir dans l'après-midi. Il avait seulement le ventre un peu dur, mais pas beaucoup, et quand on le touchait il devenait dur comme du bois. C'est un signe auquel je n'ai pas prêté assez d'attention, car le malade s'asseyait sur son lit, et ne demandait qu'à s'en aller ; il n'avait pas du tout l'allure d'un homme qui a une lésion grave. Je le laissai donc, et le lendemain, je sus qu'il était mort. Il avait été opéré au milieu de la nuit par M. Molin, qui avait été appelé brusquement et qui lui trouva le ventre plein de matières et plein de pus.

Voilà un malade qui, jusqu'à 7 ou 8 heures du soir, avait été dans un état parfait, de telle sorte que j'en reviens à la nécessité de la numération chez ces malades, étant donné que chez eux on n'a point de symptômes à se mettre sous la main ; on n'a pas de température, une douleur qui n'est pas vive, point de vomissements, et on se dit que c'est peut-être un peu exagéré d'ouvrir le ventre en face de symptômes aussi peu nets. Il est probable que chez cet infirmier, si j'avais trouvé une numération globulaire élevée, j'aurais pensé qu'il se passait chez lui quelque chose d'anormal ; on est en droit, dans ces cas, de supposer qu'il se passe quelque chose dans la profondeur qu'on ne peut pas suivre par les signes de clinique habituels ; je ne dis pas qu'il faille faire de cette numération globulaire un élément unique et capital de diagnostic, mais elle peut servir comme signe connexe pouvant fournir des renseignements que ni la température, ni l'état du pouls ne peuvent donner.

M. Vincent. — Les souvenirs lointains que M. Gangolphe a évoqués en vous racontant une de mes opérations pendant que j'avais l'honneur de suppléer le professeur Ollier, sont parfaitement exacts. Ce sont des faits extraordinaires et partant imprévus qui restent gravés dans la mémoire. Je n'ai rien à ajouter. Mais je voudrais dire un mot au sujet de l'hyperleucocytose dont a parlé M. Vignard, en tant que signe d'une suppuration latente évoluant sans fièvre. Ce signe me paraît délicat à manier, et il ne saurait prétendre à guider uniquement le chirurgien dans les cas pressés. Le mal peut exister avant que l'hyperleucocytose apparaisse. On sait bien, en effet, que l'hyperleucocytose est précédée d'une hypoleucocytose, premier acte de défense de l'organisme. Quand

une infection se produit, les phagocytes semblent tout d'abord hésiter (chimiotaxie négative) à engager une bataille qui comptera forcément des victimes ; ils se réfugient de la périphérie aux centres, dans le foie, les poumons, etc. Ils reviennent ensuite et acceptent le combat en se multipliant. C'est l'hyperleucocytose.

Dans cet intervalle, on peut donc laisser passer le moment opportun d'agir. En cas de péritonite appendiculaire, je suis bien d'avis qu'il faut agir vite, sans attendre l'hyperleucocytose, ni la fièvre de réaction.

Ce qui a été dit sur les péritonites apyrétiques est très exact. Il y a longtemps qu'on sait que la péritonite peut évoluer sans fièvre. Est-ce à cause de l'atténuation des virus ? Est-ce à cause de la faiblesse réactionnelle de certains organismes ? Je ne sais pas. Quoi qu'il en soit le fait est connu. J'ai observé plusieurs cas de ces péritonites torpides et perfides prenant le masque de l'occlusion intestinale. On doit y penser, en présence d'une occlusion, et de chercher avec soin les autres symptômes cliniques capables de dépister l'inflammation péritonéale pour agir en conséquence et à temps.

*
* *

COEXISTENCE D'UNE TUMEUR MALIGNE DE L'OVAIRE INOPÉRABLE ET D'UN CANCER TRYROÏDIEN ; ABLATION DE GLANDE THYROÏDE.

M. Albertin. — Pour occuper cette fin de séance, je voudrais vous exposer une intéressante observation. Chez une malade de 46 ans, je constatais une tumeur volumineuse de l'abdomen fixé avec un noyau d'envahissement ouvert dans dans le vagin, en arrière et à droite du col utérin. Je m'arrêtai au diagnostic de tumeur maligne de l'ovaire, à cause de la fluctuation manifeste de la tumeur, de l'indépendance de l'utérus. En outre, la malade, pâle, cachectique, présentait un corps thyroïde volumineux qui depuis quelque temps était devenu tuméfié et douloureux. Poussées fébriles tous les trois ou quatre jours.

Je diagnostiquai une dégénérescence néoplasique du corps thyroïde, et en présence de ces localisations multiples de néoplasmes, j'examinai les indications et contre-indications opératoires. A première vue, et ce fut l'opinion de plusieurs jeunes chirurgiens qui avaient examiné la malade, on pouvait rejeter toute idée d'intervention. C'est alors que je crus devoir poser

nettement l'indication de l'ablation du corps thyroïde dégénéré.

Du côté de la tumeur abdominale, persistait une tolérance plus que suffisante, alors que la tumeur thyroïdienne, par son accroissement rapide, par ses symptômes locaux, dyspnée, dysphagie, et généraux, cachexie, fièvre, me paraissait être une menace grave pour l'avenir.

Ne fût-ce que pour éviter à la malade la strangulation progressive, presque fatale par l'évolution de la tumeur, on était autorisé à intervenir.

Je fis l'ablation totale du corps thyroïde. A droite, j'ai eu un peu de peine à cliver la périphérie du lobe induré ; à gauche, cela a été plus facile. La trachée s'est trouvée complètement libérée par cette intervention qui a eu les suites immédiates les plus heureuses. La dyspnée a disparu, les poussées fébriles ont cessé, et il y a eu pour la malade une sorte de convalescence avec amélioration de son état qui a produit l'effet moral le plus heureux.

L'examen histologique, pratiqué au laboratoire de la Faculté, nous a révélé, pour le lobe droit, un sarcome à cellules fusiformes, pour le lobe gauche, un goitre colloïde évoluant vers la malignité.

Comme intervention palliative, nous avons obtenu un excellent résultat.

Le Gérant, Dr Vallas.

Lyon. — Association Typographique, 12, rue de la Barre. — H. Gabrion, directeur.

Séance du 4 mars 1909.

Présidence de M. GANGOLPHE.

EFFETS DE L'ABLATION DU FOIE.

M. DOYON. — Je désire, Messieurs, vous montrer le résultat d'une série d'expériences que, avec M. Charles Gauthier, nous avions annoncées depuis quelques années. Voici un résultat très net : après avoir enlevé le foie à une grenouille, opération qui présente une grande facilité, la survie de l'animal est assez longue. Voici une grenouille à laquelle nous avons pratiqué l'ablation du foie le 26 février dernier. Cette grenouille est pleine de vie ; ce matin, j'ai voulu la laver et, comme cela arrive fréquemment, elle a pris une crise tétanique, premier effet de l'ablation du foie. Je l'ai saignée et dans ce cas, nous constatons l'incoagulabilité absolue du sang.

Voici un verre contenant le sang d'une grenouille normale, ce sang est coagulé en masse ; dans cet autre verre se trouve le sang de cette grenouille sans foie ; ce sang qui ne coagule pas.

L'expérience est de ce matin, la saignée a été opérée à 10 heures.

L'ablation du foie détermine chez la grenouille trois phénomènes : l'incoagulabilité du sang, des crises tétaniques et enfin, fait observé avec M. Policard, des lésions rénales.

J'insisterai seulement sur les modifications du sang. Le sang ne contient plus de fibrinogène, et, par conséquent, ne peut plus coaguler sous l'influence du fibrin-ferment. Je vous rappelle que par d'autres méthodes, soit seul, soit en collaboration avec M. Kareff, puis avec M. Gautier, j'ai pu établir une relation entre la disparition du fibrinogène et les lésions

du foie. Récemment encore, j'ai observé un cas très démonstratif :

En 1905, j'ai démontré les faits suivants : *a*) le chloroforme détermine parallèlement l'incoagulabilité du sang, la disparition du fibrinogène du plasma, la nécrose du foie ; *b*) l'incoagulabilité du sang et la disparition du fibrinogène ne se produisent, dans l'intoxication chloroformée, que si le foie est nécrosé. L'action du chloroforme sur le sang est donc indirecte.

Mes expériences étaient faites sur le chien. Le chloroforme était mêlé à de l'huile, puis introduit deux ou trois jours de suite, à la dose de 1 à 2 grammes par kilogramme d'animal, dans l'estomac.

J'ai observé récemment, dans un cas chez le chien, l'incoagulabilité du sang et la nécrose du foie, à la suite de l'administration, pendant trente-cinq minutes, de chloroforme par inhalation.

Il s'agit d'un chien de taille moyenne, âgé de 8 à 10 ans environ, paraissant en très bonne santé, très turbulent, choisi pour cela même pour débarrasser le chenil. Anesthésié par inhalation de chloroforme pur pendant 35 minutes, trois échantillons de sang de 20 grammes chaque environ sont prélevés le premier jour : le premier immédiatement avant l'anesthésie, le second immédiatement après, le troisième deux heures après la cessation de l'anesthésie. On prélève de nouveau plusieurs échantillons de sang le lendemain. Le sang recueilli à ce moment n'a jamais coagulé ; il ne contenait plus que des traces de fibrine. Le chien est mort vingt-huit heures après l'anesthésie. Le foie était jaune et présentait de la nécrose de coagulation, surtout accusée au niveau des zones sus-hépatiques (Doyon et Policard). Les reins présentaient de la sclérose corticale et médullaire. Les urines étaient très colorées en jaune orangé ; elles contenaient de l'albumine et des quantités considérables d'urobiline. Réaction de Gmelin nette, mais peu accusée.

Il est probable que l'existence de lésions rénales anciennes explique la gravité des accidents post-anesthésiques du chloroforme chez le chien dont je viens de parler. Dans d'autres expériences, consignées dans le tableau suivant, j'ai constaté, le lendemain de l'anesthésie, une augmentation de la fibrine ;

cette augmentation paraît due, comme j'ai pu m'en assurer par des expériences comparatives, aux prises successives de sang.

Toutefois, il faut être prévenu qu'une anesthésie relativement courte peut provoquer l'ictère grave chez un sujet en apparence absolument sain. A mon avis, bien des accidents observés par les chirurgiens s'expliquent par l'*action élective du chloroforme sur le foie et l'action indirecte de ce poison sur le sang*.

Chiens en expérience		1	2	3
Durée de l'anesthésie		35	45	45
Fibrine en gr. pour	avant l'anesthésie	2,3	2,8	1,3
	immédiatement après	2,3	2,8	1,3
	deux heures 1/2 après	2,3	2,8	1,3
	le lendemain soir	0,3 incoagulable	3,5	
	le surlendemain soir			2,7

M. Bérard. — De nombreux faits cliniques d'ictère grave post-opératoire avec ou sans hématémèse, trouvent leur explication dans les expériences si importantes dont M. Doyon vient de nous communiquer les résultats ; récemment encore, MM. Weill, Vignard et Mouriquand montraient comment les accidents, dits infectieux, du « foie appendiculaire » et les vomissements noirâtres, que l'on observe dans ces cas, relèvent souvent d'une intoxication hépatique par l'anesthésie au chloroforme. Je puis ajouter une observation récente à de tels faits : c'est celle d'un adulte vigoureux de 40 ans, éthylique et dyspeptique, que l'on opéra pour une mastoïdite chronique, sans infection générale marquée ; pour faire un évidement complet de la mastoïde et de la caisse, le chirurgien spécialiste maintint son malade pendant plus d'une heure sous l'anesthésie profonde au mélange de Billroth. Deux jours après j'étais appelé à voir ce malade, qui présentait un ballonnement progressif de l'abdomen, des douleurs dans l'hypochondre droit, un ictère foncé, et, çà et là, des ecchymoses cutanées de purpura ; il était dans un état d'asthénie extrême et succomba quatre jours après l'opération.

M. Doyon. — On savait depuis fort longtemps, depuis Moleschott, que les grenouilles peuvent survivre plusieurs jours à l'ablation du foie. Nous avons les premiers démontré que cette opération détermine l'incoagulabilité du sang et des crises tétaniques. Il est curieux que ces phénomènes aient échappé si longtemps à l'observation. L'ablation doit d'ailleurs être complète et faite avec beaucoup de soins. Le tétanos ne survient que par accès, principalement lorsqu'on prend la grenouille dans la main. La grenouille que je vous présente a pris des crises su-

perbes ce matin ; actuellement, et malgré la saignée à blanc, elle est très vivace, mais ne prend pas d'accès lorsqu'on la saisit.

M. Gangolphe. — Je félicite M. Doyon de ses très intéressantes expériences, et j'espère que lorsqu'il aura de nouveaux faits pouvant intéresser les chirurgiens il ne manquera pas de nous les communiquer.

Je voudrais lui demander s'il pense que l'éther puisse provoquer des troubles du côté du foie ?

M. Doyon. — L'éther paraît absolument sans action sur le foie.

***

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. Vandenbossche. — J'ai l'honneur de vous présenter quatre cas de grands traumatismes de la voûte crânienne avec perte de substance osseuse consécutive. En voici les observations sommaires :

Observation I. — Le premier malade, cavalier au 10e cuirassiers, reçut le 13 novembre dernier, à 2 heures de l'après-midi, un coup de pied de cheval sur la région temporale gauche. Perte de connaissance à peu près complète pendant une demi-heure. Au réveil, il y aurait eu pendant plusieurs heures un embarras resté imprécis de la parole ; dans la soirée un vomissement alimentaire.

Je vois le malade à minuit : il est déprimé, mais répond nettement aux questions ; aucun souvenir de l'accident. Pas de phénomènes sensitivo-moteurs ou sensoriels ; respiration, 25 ; pouls, 50, mauvais, irrégulier et intermittent. Il existe, dans la région temporo-pariétale gauche, une bosse anguleuse, avec une éraflure insignifiante. A la pression, on reconnaît un rebord dur, osseux, rien de net, ni mobilité, ni crépitation.

Suivant la règle de conduite habituelle, croyant d'ailleurs à une lésion cranienne, on pratique séance tenante un volet tégumentaire d'exploration jusqu'aux limites de la saillie anormale. L'aponévrose du temporal a été sectionnée par le traumatisme et le muscle réduit en bouillie. Après en avoir ruginé les débris, l'écaille du temporal et une petite partie du pariétal apparaissent fracturées et embarrées. L'embarrure mesure 7 centimètres de long sur 5 de haut, et est surtout accusée à la partie antérieure d'où partent deux félures filant, l'une vers le frontal, l'autre vers la fosse temporale et l'étage antérieur du crâne. Le désenclavement fait en attaquant par leur côté libre plusieurs esquilles dont deux grandes, taillées en pleine écaille temporale ; ces esquilles montrent des lésions

plus étendues de la table interne que de la table externe, par biseautage des fragments.

La dure-mère est recouverte d'un tout petit hématome et déchirée sur 1 centimètre de long ; le liquide céphalo-rachidien qui sort de l'orifice est normal. On nettoie la plaie et enlève les débris ; on refait ce qu'on peut du muscle temporal et on draine. Le lendemain, le pouls est régularisé, le malade a encore deux vomissements, de la torpeur pendant quelques jours ; il est cicatrisé et se lève seize jours après son accident. Part en convalescence le 20 décembre

Etat actuel : Dans la région temporale gauche existe une cicatrice de bonne nature, légèrement adhérente à son centre et animée à cet endroit de battements isochrones au pouls, diminuant quand on comprime la carotide interne correspondante, s'accusant dans l'effort. Aucune tendance à la hernie cérébrale. La perte de substance osseuse se retrouve sous la peau, et les radiographies comparées montrent qu'en trois mois il ne s'est fait à son niveau aucun rétrécissement par ossification. Il n'y a pas non plus de cal fibreux et, sous la peau, on sent directement l'encéphale.

Projetée sur la corticalité par le procédé de Krœnlein, la perte de substance osseuse correspond au pied de la scissure de Sylvius ; on ne note cependant chez le malade aucun trouble moteur, sauf une diminution de force de 10 kilos au dynamomètre, au membre supérieur droit ; l'excitation au courant galvanique, de 50 volts à 5 milliampères, soit avec le pôle négatif, soit avec le pôle positif, est nulle ; nous ne l'avons pas poussée plus loin à cause des douleurs violentes qui se produisaient dans la cicatrice, à l'ouverture et à la fermeture du courant. Aucun phénomène sensoriel : on ne trouve pas l'audition signalée par Perier et Guyot au niveau de la perte de substance, les perceptions aériennes ou au contact cérébral y sont nulles. Aucune anomalie psychique du côté de la mémoire, du caractère, ni de la volonté ; ni sucre, ni albumine. La symptomatologie d'origine encéphalique serait nulle, s'il n'était apparu, deux mois après le traumatisme, dans la région diamétralement opposée au foyer de fracture, un trouble du système pileux, qui commença par un état frisé, une décoloration du poil, et aboutit à une plaque d'alopécie large comme la main et en tous points semblable à une plaque de pelade.

Subjectivement, le malade n'accuse qu'un peu de céphalée intermittente et une sensation de froid à l'air libre, au niveau de sa cicatrice.

Observation II. — Le deuxième malade est analogue au premier. Un soldat de la 14e section de commis ouvriers, qui, le 27 octobre dernier, reçut, dans la région pariétale droite, une maillette de bois du poids de 5 kilos, qu'un camarade avait levée à un mètre au-dessus de sa tête et qui se démancha.

Perte absolue de connaissance pendant dix minutes ; puis le blessé

essaye de gagner l'infirmerie proche : il marche seul cinq minutes, puis retombe. Vomissement alimentaire deux heures après l'accident ; céphalée qui dure toute la nuit. Le lendemain matin, entrée à l'hôpital Desgenettes : le malade va beaucoup mieux, monte les escaliers sans aide. La symptomatologie est tout à fait négative, le pouls régulier à 75. Dans la région pariétale droite existe une petite plaie étoilée à trois branches. Suivant notre habitude, nous pratiquons, malgré tout, le volet explorateur, spécifiant d'ailleurs aux élèves qui nous entourent que l'exploration sera probablement infructueuse. Or on découvre une embarrure, une fracture en roue, de 5 centimètres sur 4, formant trois fragments enfoncés de près de 1 centimètre, avec une fissure allant vers l'étage antérieur.

L'embarrure est relevée par côté, on enlève deux esquilles libres biseautées sur la table interne, ici encore fracturée plus loin que l'externe. Une fine ponction au bistouri de la dure-mère intacte montre que le liquide céphalo-rachidien est normal ; drainage. Suites opératoires très simples.

A ce jour, le malade présente, dans la région pariétale droite, une cicatrice à trois branches, légèrement adhérente à son centre, animé de battements cérébraux sur la surface d'une pièce d'un franc environ. Pas de tendance à la hernie cérébrale. La perte de substance osseuse se retrouve sous la peau, mais les bords en sont amincis, biseautés, ce qui amène une dépression à son niveau, et si les radiographies montrent qu'aucune ossification n'a rétréci la brèche, la palpation y révèle un plan résistant, une lame fibreuse qui protège l'encéphale.

Projetée sous la corticalité, la brèche se trouve au pied du sillon de Rolando. Toutes les explorations faites chez le malade précédent donnent un même résultat négatif aux points de vue sensitivo-moteur, sensoriel et psychique ; mais, comme dans l'autre cas, une plaque d'alopécie est apparue au quatrième mois ; et cette plaque, qui va en s'aggrandissant, s'est compliquée depuis quelques jours, de sclérodermie, de rougeur vineuse, d'ichtyose dans les régions avoisinantes de la face et du cou ; cette plaque siège encore au point diamétralement opposé au traumatisme, à la tempe gauche.

Observation III. — Soldat du 5e d'artillerie, reçut, le 25 juillet 1908, un coup de pied de cheval dans la région frontale. Il fut opéré par le docteur Leblanc, de Pontarlier, qui trouva une fracture du sinus et une embarrure du frontal. Nous retrouvons chez lui à huit mois de son accident, le même tableau clinique que chez le malade précédent et la même plaque d'alopécie, développée au sixième mois seulement dans la région opposée au traumatisme, c'est-à-dire à l'occiput.

Observation IV. — Cavalier du 17e dragons atteint, le 20 juillet 1908, d'une fracture du frontal avec monoplégie brachiale transitoire, fut

opéré par le docteur Thévenot à l'hôpital Villemanzy ; il est tout à fait superposable au précédent : même perte de substance au même endroit, même tableau clinique, et aussi sept mois après l'accident, même plaque alopécique dans la région occipitale, à l'opposé du point traumatisé ; l'occiput commence à se regarnir de cheveux, mais il a été complètement glabre.

Ces quatre cas suggèrent quelques réflexions sur le pronostic et le traitement des grands traumatismes de la voûte crânienne.

1° Ils démontrent une fois de plus la nécessité d'explorer systématiquement tout grand traumatisme cranien, certains fracas du crâne pouvant ne s'accompagner d'aucun symptôme encéphalique indicateur.

2° L'absence de symptômes encéphaliques concomitants ne signifie pas intégrité absolue du cerveau. Celui-ci ne peut pas se désolidariser de son enveloppe, et toute lésion grave de l'une retentit sur l'autre. Dans la plupart des cas, on peut supposer qu'il existe un ébranlement, capable d'aboutir à une rétraction cellulaire, à une gêne circulatoire qui déséquilibrera ultérieurement telle fonction cérébrale ; c'est la fonction trophique qui semble avoir été touchée chez nos malades ; par une sorte de contrecoup, ce sont les parties opposées au point de choc qui paraissent avoir le plus souffert, d'où la localisation des plaques d'alopécie peladique, qui apparaissaient ainsi, suivant la théorie de Jacquet, comme un syndrome à point de départ organique. Ce qui s'est passé pour la fonction trophique peut se produire à propos des autres fonctions cérébrales ; l'avenir de ces malades est réservé.

3° Que deviennent chez l'adulte les pertes de substance, consécutives à ces traumatismes ? Ollier, dans son *Traité des résections*, signale qu'il a vu de larges pertes de substance cranienne, consécutives à des syphilomes ou à des traumatismes se combler par ossification dure-mérienne et périostée. La plupart du temps il ne se produit qu'un amincissement des bords de la brèche, et par bourgeonnement cellulo-vasculaire de la dure-mère et de la plaie un tissu cicatriciel, une lamelle fibreuse qui soude intimement cuir chevelu et dure-mère. C'est ce qui s'est passé chez notre second malade ; chez le premier, aucune trace de cette lamelle, le doigt perçoit nettement l'encéphale. La raison en est peut-être dans la minceur,

au niveau de l'écaille temporale, du diploé, incapable de fournir sa part contributive d'éléments cellulaires.

4° Y a-t-il lieu de fermer ces pertes de substance cranienne ?

La seule indication d'intervention qu'on puisse retenir, c'est la vulnérabilité du cerveau à leur endroit — car ces malades vivent dans des conditions fort supportables.

On pourrait employer la prothèse métallique. Elle a été tentée par Dupont, en 1896, qui employa l'aluminium et dut, ultérieurement, enlever sa plaque ; par Makins, durant la guerre sud-africaine ; il employa le platine et eut un succès au moins pendant quelques mois ; Cébilois, en 1906, et Rouvillois, en 1907, se servirent de plaques d'or, et leur intervention remontait respectivement à deux ans et à sept mois quand ils la relatèrent. D'autre part, Segond, à la fin de l'an dernier, dut enlever une plaque d'or obstructive, qui provoquait, chez le porteur des douleurs intolérables. Ainsi semble-t-il en être pour tous les métaux : or, argent, aluminium, alliages ; aseptiques, ils sont, théoriquement, indéfiniment tolérés ; en pratique, l'ostéite raréfiante, les névralgies les rendent souvent insupportables.

En 1891, Wolf, et en 1901, Keen essayèrent, l'un avec, l'autre sans succès, la prothèse par glissement d'un volet ostéopériostique, en juin 1908, Schœnwerth relata à la Société médicale de Munich, quatre cas heureux sur cinq interventions, pratiquées huit à quatorze jours après l'ablation des esquilles. Il semble pourtant que la taille de ces volets, dans un foyer siégeant vers l'écaille du temporal, par exemple, doit être difficile ; on peut se demander si la réparation obtenue compensera la dévastation produite; si la souplesse d'une cicatrice cutanée n'est pas une meilleure garantie contre l'irritation méningo-encéphalique épileptogène, qu'une surface osseuse à prolifération plus ou moins régulière ?

Morestin, d'ailleurs, dans son rapport à la Société de chirurgie de Paris, à propos du cas de Rouvillois, fait remarquer que les interventions qui ont abouti à une prothèse étaient dirigées contre des accidents cérébraux, non contre la brèche osseuse : la fermeture de celle-ci ne fut qu'un fait secondaire, un temps opératoire.

En conclusion, s'il semble logique d'éviter les granches brèches osseuses, en désossant le moins possible les foyers de

fracture de la voûte cranienne, il ne paraît pas indiqué s'il persiste ultérieurement une perte de substance, de la fermer ; pas de prothèse interne ; se contenter d'une protection externe.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

DUPONT. — Acad. de méd. belge, 1896.
KEEN. — *Amer. Journal of the Med. Sciences*, juillet 1901.
LEMERLE. — Thèse Paris, 1907 : *La prothèse interne.*
MAKINS. — *Surgical experiences in South Africa*, 1899-1900.
MORESTIN. — Soc. chir., 19 février 1908.
NIMIER. — *Blessures du crâne et de l'encéphale par coup de feu.*
OLLIER. — *Traité des résections*, t. III, p. 751.
SCHŒNWERTH. — Soc. méd. de Munich, juin 1908.
WOLF. — *Vech. d. Deutsch. Ges. für Clin.*, 1891.

M. C. MARTIN. — A propos de la prothèse interne et de sa tolérance, je me rappelle avoir doublé une rotule, dans le service d'Ollier, cette rotule est restée douze à quatorze ans, la personne est morte dans le service de M. Vallas. L'appareil était parfaitement resté en place, sans jamais avoir provoqué d'accident. De même pour une charpente nasale posée dans le service de M. M. Pollosson ; cette charpente nasale en platine est restée une quinzaine d'années sans avoir jamais rappelé son existence. On l'a retrouvée en faisant l'autopsie de cette malade, morte dans le service de M. Chatin, à la Croix-Rousse. J'ai placé assez de prothèses internes pour ne pas croire qu'il y ait des raisons pour que celles-ci provoquent des douleurs si elles sont bien faites ; s'il y a mobilité, la chose est possible, mais cela ne se produit pas si la fixité est parfaite.

D'autre part, je me trouvais à Paris, lundi, chez mon collègue Delair, qui a eu l'occasion de placer plusieurs prothèses craniennes. Il y a quelques jours seulement qu'il venait de revoir un jeune officier qui était porteur d'un de ses appareils depuis 1906 ; cet officier continua à faire du cheval, cela ne le gêne en rien, il se porte très bien et sa prothèse ne lui a jamais provoqué d'accident. Seulement, je le répète, il faut que la prothèse soit bien fixée, qu'elle soit absolument *immobile*.

L'aluminium est tout à fait contre-indiqué dans les prothèses internes, comme tout métal qui pourrait s'oxyder ; il faut, je crois, s'en tenir à l'argent, l'or ou le platine, qui restent intacts.

M. GANGOLPHE. — Je remercie M. Vandenbossche de sa très intéressante communication. En ce qui concerne la coexistence de la pelade avec un traumatisme crânien, je ne l'ai jamais observée ; cela tient peut-être à ce que l'on ne songe pas à examiner le cuir chevelu, alors que le

crâne et le cuir chevelu sont endommagés, à l'avenir, notre attention sera attirée snr ce point.

Au sujet de la restauration, de l'obturation des brèches craniennes dues aux traumatismes ou au trépan, je me rappelle avoir vu, étant chef de clinique d'Ollier, une pièce montrant nettement un travail de restauration considérable, répondant à plus de la moitié de la perte de substance. Mais je ne saurais me rappeler combien de temps après l'accident la pièce avait été recueillie, ni l'âge du malade. A propos des brèches craniennes, je rappellerai une observation que je n'ai pas publiée, mais qui doit être rare : il s'agit d'un malade que j'ai opéré il y a huit ou dix ans pour un épithélioma cicatriciel. Ce malade, alors qu'il n'était âgé que de quelques mois, était tombé dans le feu et avait eu la tête horriblement brûlée, tellement qu'il ne s'était fait aucune ossification au niveau du bregma. Il vécut ainsi longtemps, puisqu'il avait 35 ou 40 ans, lorsqu'il entra dans mon service avec un épithélioma développé sur la cicatrice.

J'attaquai cette lésion avec beaucoup de ménagements à la périphérie ; j'enlevai très nettement au bistouri bien entendu, mais à mesure que j'approchais de la région où je sentais que j'allais, pour ainsi dire, perdre pied, j'usai de la curette ; l'épithélioma enlevé, je plaçai de nombreuses greffes de Thiersch-Ollier, et pendant un certain temps, je considérai le malade comme guéri.

Malheureusement, un point résistait particulièrement ; je fus forcé d'y revenir beaucoup malgré toutes mes précautions, il se produisit une fissure à travers laquelle le liquide céphalo-rachidien parut ; le malade succomba au bout de quatre ou cinq jours. A l'autopsie, je constatai qu'il n'y avait pas d'ossification, que le fond de la cicatrice était formé par la dure-mère.

En ce qui concerne la prothèse, je crois qu'on pourrait peut-être utiliser un des fragments un peu grands qui servirait de greffe. En laissant une de ces plaques osseuses *in situ*, s'il n'y avait pas d'infection, on obturerait partiellement la perte de substance. C'est là une idée un peu en l'air, je ne sais pas si elle a jamais été mise à exécution.

Séance du 11 mars 1909

Présidence de M. GANGOLPHE

SECTION DE L'AUDITIF ET DU TRIJUMEAU PAR LA VOIE CÉRÉBELLEUSE.

M. DURAND. — Au nom de M. Lannois et au mien, j'ai l'honneur de vous présenter quelques observations sur la section intracrânienne du nerf auditif et de la racine sensitive du trijumeau par la voie cérébelleuse.

La trépanation cérébelleuse est actuellement à l'ordre du jour, et ceux qui s'intéressent à la chirurgie cranienne peuvent trouver dans les périodiques récents un nombre assez considérable de communications sur l'ablation des tumeurs du cervelet, tumeurs des lobes, tumeurs du nerf auditif, tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux.

Nous avons été amenés à nous occuper de cette voie cérébelleuse à l'occasion de deux malades et je vous présenterai tout à l'heure une pièce que j'ai enlevée ce matin, mais je veux surtout vous parler de la section dn nerf auditif et de la section du trijumeau par la voie cérébelleuse.

La section du nerf auditif, encore rarement pratiquée, présente un grand intérêt, car certains malades sont atteints de bourdonnements graves qui leur rendent la vie tellement pénible que la plupart d'entre eux se présentent au chirurgien dans cette alternative : opérez-moi ou je me suicide. La plupart du temps, c'est de cette façon que la question se présente, et c'est ainsi, par exemple, que M. Lannois a fait opérer un malade en 1901. Ce sont donc des gens qui ont la vie tellement pénible qu'ils demandent instamment une opération, quelque grave

soit-elle, car aucun traitement autre que la section du nerf auditif ne donne de résultat.

Quelles sont les voies qui permettent de sectionner le nerf auditif? Jusqu'ici on a surtout passé par la voie de l'étage moyen du cerveau et on s'est préoccupé, guidé peut-être un peu trop par les études si nombreuses qui ont été faites pour la résection du ganglion de Gasser, de rester sous la dure-mère, de décoller la dure-mère du rocher, de soulever ensuite ce rideau peu extensible et rigide, pour arriver sur le nerf auditif, et de le couper.

Comme le nerf est dans l'étage postérieur, il est extrêmement difficile de l'atteindre par la voie temporale avant son entrée dans le conduit auditif interne en soulevant la dure-mère, parce que cet orifice est situé très profondément. On a cherché à couper le nerf dans le conduit lui-même, en faisant sauter au ciseau un copeau, du bord supérieur du temporal. Or, vous comprenez combien la manœuvre du ciseau dans le fond d'une plaie étroite, au voisinage immédiat du sinus pétreux supérieur, doit être difficile et grave, parce qu'elle est aveugle. Voie étroite, manœuvres aveugles, sacrifice du facial, tel paraît être le bilan de cette intervention qui s'efforce d'être sous-dure-mérienne.

On pourrait, peut-être, opérer par une trépanation plus large, comme on le fait pour rechercher une tumeur, en ouvrant franchement la dure-mère de la fosse moyenne et en soulevant le lobe temporo-sphénoïdal, mais alors on serait séparé du nerf auditif par la tente du cervelet; il faudrait l'inciser sur une assez grande longueur pour pouvoir couper le nerf à travers cette section. Il me semble qu'on aurait peut-être plus de jour que par la voie précédente extra-dure-mérienne, on aurait une voie moins hémorragique, moins dangereuse, mais la nécesité de couper la tente du cervelet et d'atteindre le nerf un peu à l'aveugle me parait aussi devoir faire considérer cette opération comme grave et peu satisfaisante.

Nous avons été amenés, dans ces derniers mois, à trépaner la fosse cérébelleuse, pour des tumeurs et nous avons étudié la section de l'auditif par cette voie. Elle a du reste été employée, et dans le numéro d'août 1908, de la *Lancet*, on reproduit une intervention de M. Ballance qui a parfaitement réussi à atteindre le nerf auditif, et à le couper avec succès. Un autre cas a

été publié depuis. Nous avons étudié cette intervention à l'amphithéâtre et bien que nous n'ayons pas eu l'occasion de l'utiliser sur le malade pour la section de l'acoustique, nous avons pensé qu'il serait intéressant de vous donner le compte rendu des recherches d'amphithéâtre que nous avons faites.

Nous trépanons dans la région occipitale, en pratiquant une brèche un peu plus économique que celles généralement proposées pour les interventions sur le cervelet. En effet, en France, on a adopté surtout la voie combinée, c'est-à-dire qu'on ouvre la fosse cérébrale postérieure et, en même temps, la loge cérébelleuse ; on réunit ces deux loges en coupant la tente du cervelet, sectionnant ainsi la portion horizontale du sinus latéral. Or, il y a deux inconvénients à ceci : le premier c'est que, quoi qu'on en ait dit, l'hémostase de ce sinus n'est pas simple, le ligaturer ou le pincer est quelque chose d'assez difficile à cause de la rigidité de la dure-mère à cet endroit ; de plus, il n'est pas démontré que chez l'homme la section brusque du sinus n'ait pas de retentissement important et ne soit pas un élément de shock. Il semble donc que, si c'est possible, il vaut mieux éviter la section du sinus latéral et respecter ce conduit. Or, cela est possible, et nous avons adopté une méthode de trépanation qui répond à ces desiderata.

Nous faisons une trépanation à grand volet ostéo-cutané, rejetant, bien entendu, les résections définitives.

Trois incisions circonscrivent ce volet, qui reste adhérent à la nuque par son bord inférieur. L'incision supérieure est menée suivant une ligne allant du point le plus élevé du pavillon de l'oreille jusqu'à un travers de doigt au-dessus de la protubérance occipitale externe.

L'incision interne descend verticalement à un doigt en dehors de la ligne médiane ; l'incision verticale externe est menée à deux doigts en arrière du sillon rétro-auriculaire et descend, comme la précédente, assez bas dans la nuque. Elle intéresse bien entendu, l'épaisse couche musculaire et sectionne l'artère occipitale. Ces deux incisions verticales doivent être faites assez longues et assez profondes pour bien mettre à jour les portions de l'occipital voisines du trou occipital. Un trou est foré à la fraise, à chacun des angles supérieurs du lambeau ainsi dessiné ; le pont osseux intermédiaire est sectionné à la scie de Gigli, portée avec un stylet de plomb ou avec le ressort

de de Martel. Il serait bon de sectionner de la même manière les bords verticaux du lambeau, mais cette manœuvre est parfois délicate à cause de la profondeur du sillon logeant le sinus latéral et des adhérences assez grandes de ce conduit. Il nous a paru qu'il était plus prudent de tracer ces bords verticaux par trois orifices de la fraise ; les ponts osseux intermédiaires sont sectionnés au davier-gouge.

Il nous a paru que l'opération devait être conduite de la manière suivante : incision horizontale menée du coup jusqu'à l'os, incisions verticales menées jusqu'à l'os dans leur partie supérieure, intéressant seulement la peau dans leur moitié inférieure. Perforation des deux extrémités du bord supérieur et section osseuse entre ces perforations. On se porte à l'incision verticale médiane, et on la conduit, en profondeur, à travers les muscles de la nuque jusqu'à l'os. On perfore celui-ci, à la fraise, par deux nouveaux trous, et on sectionne au davier-gouge les ponts intermédiaires. Alors, mais alors seulement, on se porte sur l'incision verticale externe et on pratique à son niveau la section osseuse. Il vaut mieux finir par elle, car c'est ici que l'hémorragie est le plus considérable : le sang qui s'écoule parfois en abondance provient de deux sources : dans la partie inférieure, il semble venir des plexus veineux périrachidiens, à la partie moyenne, l'émissaire mastoïdienne, souvent considérable, peut donner beaucoup de sang et l'hémostase en est difficile, car elle ne se fait bien qu'en obturant, par une sorte de clou, l'orifice osseux d'où jaillit le sang.

Le lambeau ainsi dessiné et sectionné sur trois de ses côtés, on le soulève par sa partie supérieure, de façon à fracturer sa base. On voit alors la dure-mère de la fosse cérébrale postérieure limitée, près du bord supérieur de l'orifice, par la portion horizontale du sinus latéral. La portion verticale de ce sinus est cachée sous le bord externe de l'orifice osseux : de quelques coups de davier-gouge, on dégage cette région, pour avoir du jour vers les parties externes du cervelet. On agrandit de même l'orifice à sa partie inférieure, de façon à réséquer l'écaille occipitale jusqu'au voisinage immédiat du trou occipital.

A ce moment, la dure-mère cérébelleuse est bien en vue ; on l'incise en un lambeau à base inférieure. Pour cela, on sectionne la dure-mère contre la portion horizontale du sinus latéral, près de ce vaisseau, mais en le respectant avec soin ;

on la sectionne de même un peu en arrière du bord vertical externe de l'incision, tout contre la portion descendante du sinus latéral, puis le long du bord interne de l'orifice osseux. Ce lambeau dure-mérien relevé, le lobe cérébelleux apparaît au-dessous et en arrière du sinus latéral, dans l'angle formé par les deux portions de ce vaisseau.

Il faut maintenant récliner le cervelet vers la ligne médiane, afin d'arriver sur la face postérieure du rocher. Cette manœuvre n'est pas neuve pour le cervelet, car on sait bien aujourd'hui, et F. Krause a particulièrement insisté sur ce point, que le cervelet se comprime facilement, et que les lésions même destructives qu'il pourrait subir ne sont d'aucune importance, car elles ne déterminent aucun trouble.

On opère de la façon suivante : un écarteur mousse et plat, une petite valve vaginale, par exemple, étroite et arrondie à son extrémité, ou un abaisse-langue, est glissé dans la cavité arachnoïdienne entre la dure-mère et la face inférieure du cervelet qu'elle soulève doucement. En même temps qu'on l'enfonce, on la fait tourner de façon à ce qu'elle vienne peu à peu appuyer sur la partie externe du lobe, afin de dégager la face postérieure du rocher. Elle ne doit pas arriver jusqu'à la grande circonférence du cervelet, car il s'y trouve des vaisseaux veineux assez importants, venant du cervelet, leur rupture facile donnerait beaucoup de sang.

Cette manœuvre de l'écarteur ne doit pas être aveugle, il est absolument nécessaire d'éclairer fortement le champ opératoire, et je crois que le meilleur moyen consiste à employer le miroir frontal de Clar, que j'utilise de plus en plus souvent. Le cervelet récliné, les choses se présentent suivant une disposition assez particulière que vous voyez très bien sur le dessin que nous mettons sous vos yeux et que nous devons à l'obligeance de M. Bonnet, interne des hôpitaux. Vous en pouvez contrôler l'exactitude sur des photographies, moins claires et plus difficiles à interpréter que nous avons pu faire.

Un peu en bas et très près du bord de la section osseuse, on voit d'abord un orifice vers lequel convergent, pour y disparaître, plusieurs filets nerveux : c'est le trou déchiré postérieur avec ses nerfs mixtes, IX^{e}, X^{e}, XI^{e} paires. Un peu plus profondément, et un peu au-dessus, apparaît bientôt à 4 centimètres environ de la dure-mère, un gros cordon nerveux disparaissant

dans un orifice souvent surmonté d'un petit mamelon osseux : c'est l'auditif facial. Les deux nerfs se séparent assez facilement sur le sujet frais. Ballance dit également qu'il n'a pas eu de peine à les séparer sur le vivant, de sorte que la section de l'auditif seul, en respectant le facial, apparaît comme une manœuvre assez simple.

Mais allons un peu plus profond, enfonçons un peu plus l'écarteur, et nous voyons un autre gros cordon : ce gros cordon est le nerf trijumeau qu'on voit parfaitement ; nous croyons qu'on pourrait le couper par cette intervention beaucoup plus facilement que par la voie latérale, parce qu'on le couperait en pleine lumière, et non sur le doigt avec un bistouri promené au fond de la cavité cranienne, comme on le fait quand on opère par la voie temporale.

Nous croyons que par la voie postérieure cérébelleuse avec la technique que nous avons étudiée, on peut assez facilement, plus facilement que par la voie temporale, arriver à sectionner le nerf auditif en respectant le facial et, plus facilement aussi que par la voie latérale, couper la racine sensitive du trijumeau, en plein jour et non plus en aveugle.

Voilà ce que nous désirions vous dire et que nous nous proposons de mettre à profit, quand nous rencontrerons des malades auxquels les souffrances qu'ils endurent, du fait des bourdonnements, font demander une opération.

*
* *

Puisque nous parlons d'opérations par voie occipitale, j'en profite pour vous montrer une pièce que nous avons enlevée ce matin. C'est la deuxième fois que j'ai à intervenir pour une tumeur du cervelet et si je compare ma pratique sur ce point à celle que j'ai des tumeurs du cerveau, je dois dire que le diagnostic des tumeurs du cervelet me paraît infiniment plus facile. J'ai trépané déjà assez souvent des malades atteints de tumeurs du cerveau. J'en ai trouvé plusieurs, mais il en est que je n'ai pas pu trouver, alors que j'étais sûr de leur existence : les deux tumeurs du cervelet, par contre, que nous avons diagnostiquées avec M. Lannois, nous les avons trouvées toutes les deux et enlevées par trépanation.

Voici la tumeur enlevée ce matin. La malade qui en était

atteinte était une femme de 37 ans. Il y a dix-huit mois, elle avait commencé à éprouver des signes bien localisés : ce fut d'abord de l'anesthésie dans le domaine du trijumeau droit, puis de la diminution de l'ouïe et de la parésie faciale. Bientôt apparurent les signes diffus d'une tumeur intracranienne, céphalée, obnubilation, troubles oculaires avec altération de la papille. Les signes de localisation cérébelleuse étaient peu marqués, et se bornaient à un léger trouble de l'équilibration. M. Lannois fut rapidement amené à faire le diagnostic de tumeur intracranienne. A cause de la prédominance des signes de paralysie des nerfs auditif, facial, trijumeau sensitif, il localisa le siège de la tumeur à l'angle ponto-cérébelleux droit.

J'ai fait à cette malade la trépanation que je viens de vous décrire, à propos de la section des nerfs auditif et trijumeau.

Dans un premier temps, j'ai dessiné le lambeau ostéo-cutané, mais je n'ai pu le soulever, j'ai été arrêté par une forte hémorragie provenant des plexus de la nuque, hémorragie qui n'a cédé qu'au tamponnement. Deux jours après je reprends la malade et suis arrêté cette fois par une formidable hémorragie provenant de l'émissaire mastoïdienne, énorme et située, anormalement, très en arrière de la mastoïde ; cette veine avait un trajet diploïque de 2 centimètres environ, de sorte que son orifice superficiel se trouvait fort reculé. Cette fois encore, j'ai dû tamponner la plaie.

J'ai pu ce matin, en soulevant rapidement le volet ostéo-cutané, voir et obturer avec un clou de plomb cette énorme émissaire. J'ai incisé la dure-mère comme je l'ai dit plus haut, en ménageant le sinus. Immédiatement, hernie considérable du lobe cérébelleux. J'introduis le doigt entre ce lobe et la dure-mère et, rapidement, je trouve, dans la cavité arachnoïdienne, dans cet espace où nous proposons de sectionner le trijumeau et l'auditif, une tumeur dure et arrondie. Mon doigt constate qu'elle est indépendante de la dure-mère et du cervelet, mais qu'elle adhère, par son pôle profond à l'angle ponto-cérébelleux. Je la clive et l'extirpe facilement. Il y eut aussitôt une hémorragie assez importante, vite arrêtée par la mise en place d'une mèche. Le shock n'a pas été considérable et les nouvelles que je viens de recevoir sont satisfaisantes.

L'extirpation de ces tumeurs ponto-cérébelleuses est une opération extrêmement grave et les statistiques en sont peu satisfaisantes.

L'autre tumeur du cervelet que nous avons, M. Lannois et moi, diagnostiquée, opérée, trouvée et extirpée l'an dernier, était développée, comme celle que je vous présente aujourd'hui, en dehors des lobes cérébelleux, et avait pour origine le nerf auditif. Ces tumeurs commencent à être aujourd'hui connues. M. Jean Lépine leur a consacré un intéressant mémoire.

Dans cette opération, j'ai cru devoir sectionner le sinus latéral et n'ai pas eu à m'en louer, aussi ai-je renoncé à cette manœuvre.

Je trouvai facilement et extirpai la tumeur. Malheureusement, la malade mourut de shock.

Ces opérés paraissent mourir par suite des hémorragies protubérantielles surtout, que détermine le traumatisme réalisé par l'ablation de la tumeur.

Il me semble que la section de l'auditif doit être moins traumatisante, qu'elle ne doit pas déterminer d'hémorragie protubérantielle et que, par conséquent, sa gravité doit être moindre.

M. Tixier. — J'ai été très heureux d'entendre l'exposé aussi clair que précis, que M. Durand vient de nous faire du manuel opératoire de la section du nerf auditif. Tous les autres procédés sont en effet mauvais.

Je me rappelle avoir étudié, alors que j'étais chirurgien à Saint-Pothin, cette technique, à l'instigation de M. Lannois. Sur le cadavre, au laboratoire de médecine opératoire, j'avais essayé à plusieurs reprises la voie temporale. Elle est mauvaise, car si on veut décoller suffisamment la dure-mère pour arriver au nerf auditif, on déchire toujours le sinus.

La voie cérébelleuse, défendue par Ballance, semble donner beaucoup de jour. La thèse récente de Martial, dans laquelle sont rapportées plusieurs observations d'ablation de tumeurs du cervelet, nous en a fait connaître les avantages.

Quant à la tumeur du cervelet que nous présente M. Durand, elle me rappelle, et par son aspect, et par son volume, une tumeur trouvée chez un malade opéré par M. Jaboulay. J'avais été frappé de la facilité avec laquelle on peut refouler, écraser en quelque sorte, sans inconvénient, la substance cérébelleuse. Cette propriété toute particulière du cervelet nous permettra peut-être de l'écarter sans danger, afin d'aller dans la profondeur couper, soit le nerf auditif, soit la branche sensitive du trijumeau.

*
* *

KYSTE DE L'OVAIRE MUCOÏDE ROMPU DANS LE PÉRITOINE; EXTIRPATION; PAS DE DRAINAGE.

MM. POLLOSSON et VIOLET présentent une malade opérée, le 20 février, pour un kyste mucoïde de l'ovaire rompu dans le péritoine. Cette malade fut opérée d'urgence le lendemain de son entrée dans le service.

OBSERVATION. — Il s'agissait d'une femme âgée de 46 ans, ayant vu survenir brusquement une douleur violente dans le ventre. Des vomissements s'étaient installés pendant les deux premières heures, puis le ventre avait augmenté petit à petit de volume. Le début remontait à huit jours. A l'examen, on trouvait un ventre augmenté de volume : on sentait une tumeur donnant très nettement la sensation du ballottement; il existait de l'ascite. L'utérus était indépendant de la masse qui donnait du ballottement. Le pouls était à 100. Température : 37°6 37°8. Le diagnostic devait être tumeur annexielle ayant déterminé des phénomènes péritonéaux par rupture ou hémorragie. A l'intervention, on trouva un gros kyste mucoïde perforé, ayant vidé une partie de son contenu dans le péritoine. Il n'existait pas de torsion. La perforation était large comme une pièce de 5 francs à bords irréguliers. Dans le ventre, il existait, en même temps, plus de 10 litres de liquide puriforme, légèrement musqueux. Il s'agissait certainement du liquide du kyste, auquel était venu s'adjoindre des secrétions péritonéales. Le péritoine pariétal, les anses intestinales étaient rouges, infectées, sans fausses membranes. Il existait certainement de la péritonite. Ce liquide puriforme était répandu dans tout l'abdomen, et il était impossible de l'évacuer en totalité.

Le kyste enlevé, fallait-il drainer ? C'est à ce point de vue que cette malade vous est présentée.

Vous pouvez voir sur la courbe de température, combien les suites ont été idéalement simples. Eh bien, cette malade n'a pas été drainée. Une assez grande quantité de liquide est restée dans le péritoine rouge, infecté. Nous croyons que si on avait drainé, les suites immédiates auraient été aussi simples pendant les trois ou quatre premiers jours, jusqu'à l'ablation du drainage, mais, c'est après que les suites auraient été certainement moins régulières.

Nous profitons de cet exemple, que nous considérons comme un exemple typique, pour vous rappeler les conclusions que nous avions émises dans un travail des *Annales de Gynécologie* (septembre 1906).

*
* *

SPOROTRICHOSE OSSEUSE.

M. L.-M. Bonnet. — Je désirerais donner à la Société quelques renseignements complémentaires sur un malade que j'ai présenté à une des dernières séances, et qui était atteint de sporotrichose à localisations osseuses et musculaire.

Sous l'influence du traitement ioduré, il y a eu une amélioration rapide. La gomme ramollie de la région sourcilière s'est résorbée complètement sans s'être ouverte à l'extérieur. La gomme des muscles de l'avant-bras avait beaucoup diminué. Le gonflement de l'avant-bras gauche a également rétrogradé ; mais les mouvements sont restés douloureux, et hier matin j'ai senti des craquements. M. le Dr Destot, qui a eu l'obligeance de le radiographier, a trouvé une fracture du cubitus, siégeant dans la région de cet os où il existe une tuméfaction.

C'est le premier cas où une lésion osseuse de cette importance ait été observée.

Je profite de cette occasion pour vous montrer un autre malade. Je l'avais présenté en décembre dernier à la Société médicale des hôpitaux ; il présentait une sporotrichose à forme lymphatique, consécutive à une lésion primitive du dos de la main. Ces lésions sont très nettes sur les photographies que je vous présente. L'iodure produisit une amélioration progressive ; mais, il y a trois semaines, le traitement ioduré fut suspendu, et ce matin il est venu à la consultation avec une rechute. On voit, en effet, sur le dos de la main, que l'ancienne lésion est redevenue rouge et suppure un peu ; près du coude, il y a deux petits abcès superficiels, et un abcès à chaque genou.

Les cicatrices laissées par la première poussée montrent nettement le trajet que suivaient les deux cordons de lymphangite.

Je demanderai à M. Destot de vouloir bien indiquer à la Société ce qu'il a vu à la radiographie du premier malade.

M. Destot. — Je regrette de n'avoir pas apporté le cliché du malade de M. Bonnet. La fracture est très nette. Le cubitus est cassé à l'union du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs. Le foyer est entouré d'une zone de périostite.

Je crois que c'est la première fois que l'on signale une fracture spontanée due à la sporotrichose.

Il est bien évident que si la maladie n'avait pas été diagnotiquée, et c'est une supposition qui n'est pas invraisemblable, puisque la sporotrichose, en dehors des spécialistes, est une maladie encore peu connue, on eût pu penser à un noyau de généralisation d'une tumeur maligne, et rattacher les autres nodules à un cancer latent. Aussi, le cas présenté par M. Bonnet est-il fort important à faire connaître en pratique. La détermination de la sporotrichose a dans ces cas une valeur exceptionnelle.

***

SUR UNE FORME RARE DE CANCER DE L'UTÉRUS.

MM. Pollosson et Violet présentent un utérus provenant d'une hystérectomie abdominale, et qui constitue une pièce très intéressante.

Observation. — Cliniquement, il s'agissait d'une malade de 35 ans entrée dans le service pour des hémorragies très abondantes datant de cinq à six mois au plus. La malade était très anémiée, elle avait le teint d'une néoplasique. A l'examen, on sentait un col très dur, augmenté de volume; mais très régulier en surface, sans aucune ulcération. La cavité cervicale était fermée ; le corps utérin était du volume du poing, un peu irrégulier et devait contenir un fibrome.

Au premier examen l'un d'entre nous dit : il s'agit d'un cancer du col, mais d'un cancer non ulcéré.

Le diagnostic d'épithélioma se faisait sur l'induration tout à fait particulière de la lèvre postérieure, qu'on sentait se prolonger dans la portion isthmique au-dessus de l'insertion du vagin sur l'utérus. Après un ou deux jours de repos, les hémorragies ayant cessé, la malade fut réexaminée. L'induration du col était toujours aussi marquée et aussi nette, mais la surface paraissait encore plus lisse et régulière, et l'induration paraissait encore séparée du doigt par le coussinet souple, élastique, de la muqueuse de revêtement du museau de tanche. Tout ceci faisait revenir sur le diagnostic et, devant la difficulté qu'il y avait à interpréter cette induration particulière du col en dehors du néoplasme, on fit l'hypothèse d'une lésion rare, mais bien connue : d'adénomyome du col. L'augmentation du volume du corps étant due à un myome coexistant.

L'intervention fut faite. On fit une hystérectomie abdominale, et voici la pièce. Il s'agit d'un utérus augmenté de volume dans toutes ses dimensions : 12 centimètres de longueur, 8 centimètres de large entre les deux cornes, 8 centimètres dans le sens antéro-postérieur. A la coupe, on est frappé immédiatement par l'existence d'une infiltration blanchâtre,

dure, criant sous le couteau, occupant toute l'épaisseur des lèvres du col et des parois de l'isthme. Cette surface donne tout à fait l'impression d'un cancer : elle s'arrêta en haut assez nettement à la limite des tissus du col et du corps.

La paroi musculaire du corps ne présente plus du tout le même aspect; la paroi est hypertrophiée, épaissie de 4 centimètres, mais sa surface est rosée, sa consistance est normale, plus souple peut-être que celle d'un utérus non pathologique, car ici la paroi est très vasculaire, un peu spongieuse, et, à la pression, on fait sortir des vermiotes de toute cette surface. Il existe un petit myome du volume d'une grosse noix, vers la corne droite.

La muqueuse du corps n'est pas hypertrophiée, elle a une épaisseur d'un demi-centimètre, elle ne présente aucune ulcération ; sa cavité ne présente aucun produit pathologique. Au niveau de l'isthme, la muqueuse cervicale est également saine, les plis de l'arbre de vie sont un peu déplissés par l'allongement de cette cavité. Nulle part on ne trouve d'ulcération. Pas d'ulcération au niveau du museau de tanche. Les ovaires et les trompes sont sains.

Macroscopiquement, le diagnostic eût été : cancer infiltré au niveau de col et de l'isthme, métrite diffuse au niveau du corps. Toutefois, l'état des parois du corps nous paraissait suffisamment suspect pour imposer un examen histologique. Celui-ci fut pratiqué au niveau du col et au niveau du corps. Sur les deux points, il s'agissait de cancer. Au niveau du corps, il s'agissait d'un épithélioma lobulé infiltrant le tissu musculaire, de la muqueuse au péritoine, et dont quelques noyaux, avec de grosses cellules, tout à fait analogues à des cellules ectodermiques, plongent dans la muqueuse avoisinant des glandes intactes. Çà et là, on aperçoit des formations analogues à des globes cornés.

Au niveau du col et de l'isthme l'aspect est un peu différent, suivant que l'on examine des portions voisines de la muqueuse ou bien des portions périphériques. Dans les portions voisines de la muqueuse, les formations épithéliales infiltrant le tissu conjonctif et musculaire n'ont point l'aspect lobulé ; elles ont, à un petit grossissement, un aspect rameux, groupées par petits centres. A un plus fort grossissement, on voit que chaque branche est formée par une travée épithéliale á une ou deux rangées de cellules.

Dans les portions éloignées de la muqueuse, on voit reparaître, moins abondantes et plus irrégulières que dans le corps, les formations lobulées typiques.

La muqueuse cervicale, la muqueuse ectodermique du museau de tanche sont saines. Cette dernière ne présente aucune formation interpapillaire néoplasique.

En somme, d'après les coupes, on est obligé de dire au pre-

mier aspect : Epithélioma diffus infiltrant les parois utérines, de type ectodermique. Nous avons montré les coupes à M. le professeur Paviot, qui nous a dit que cette interprétation était la seule exacte et que, malgré l'étrangeté de la topographie des productions lobulées, il fallait rattacher le point de départ de cette néoplasie au museau de tauche.

Nous donnons naturellement cette interprétation, mais nous croyons devoir faire remarquer combien cette répartition des lésions est étrange, étant donné cette infiltration globale de tout le muscle utérin à une phase où il n'existe aucune ulcération dans les zones cervicales qu'on est obligé de considérer comme le point de départ de la néoplasie.

Séance du 18 mars 1909.

Présidence de M. GANGOLPHE.

CANCER DU COL UTÉRIN OPÉRÉ PAR LA MÉTHODE DE WERTHEIM.

M. ALBERIN. — Actuellement, il ne se passe guère de semaine où l'on n'ait à opérer un ou deux utérus cancéreux dans un service de gynécologie. Je recherche actuellement les résultats éloignés de ces interventions, mais aujourd'hui j'ai à vous soumettre quelques considérations sur les résultats immédiats.

Les causes principales des insuccès opératoires sont le shock auquel succombent peu après l'opération des malades insuffisamment résistantes, et les hémorragies. Ce sont d'elles que je veux vous parler. A propos des hémorragies artérielles, je rappelle simplement que la ligature des hypogastriques n'empêche pas les utérines de donner un jet après leur section, et qu'il faut lier systématiquement le bout central de ces artères en dehors des uretères. Les hémorragies veineuses sont plus difficiles à tarir, et quand on a pénétré dans les espaces cellulaires qui entourent les parties latérales du canal utéro-vaginal, on se trouve en présence de nombreuses veines qui saignent abondamment et qu'il est difficile de lier isolément.

Dans certains cas, j'ai eu recours à la mise en place de ligatures, d'agrafes métalliques. Ce procédé peut rendre quelques services lorsqu'un tronc veineux est sectionné au ras de sa racine, les agrafes tombent plus tard d'elles-mêmes et sont entraînés au dehors quand on retire les mèches ; mais il est plus satisfaisant de placer des sutures hémostatiques sur les tissus qui suintent, de chaque côté du vagin de façon à étreindre

les plexus veineux vaginaux et leurs anastomoses avec les plexus vésicaux. Ce procédé est également bien supérieur à celui qui consiste à essayer d'arrêter par tamponnement le suintement veineux. Ce tamponnement est d'abord souvent insuffisant, puis il a l'inconvénient d'augmenter les dimensions de l'espace mort sous-péritonéal par la place qu'occupent les mèches. Or, l'idéal est précisément de réduire cet espace mort au minimum et c'est pour cela que je termine les opérations de Wertheim par une péritonisation aussi basse que possible et en ne laissant qu'une simple mèche au-dessous d'elle.

Il faut en outre, pour assurer son hémostase à la fin de l'intervention, tenir compte de la remarque suivante : Lorsque la malade est en position de Trendelenburg, certaines veines peuvent ne pas saigner, qui donneront lieu à une abondante hémorragie lorsque la malade sera remise dans la position horizontale. C'est ainsi que l'on a vu des opérées dont l'hémostase en position inversée paraissait parfaite, présenter, dès qu'elles étaient replacées dans leur lit, un écoulement sanguin suffisamment abondant et persistant pour amener la mort dans les huit, dix ou quinze heures qui suivent l'opération, et en dépit des tamponnements supplémentaires introduits dans le vagin. Aussi, je considère comme nécessaire, et c'est là le point important de cette communication, de vérifier l'hémostase en replaçant la malade en position horizontale, avant fermeture de l'abdomen.

L'amélioration de nos statistiques, par ces précautions, secouera l'apathie des médecins qui ne font peut-être pas tout le nécessaire pour rechercher les cancers de l'utérus au début. Il est vrai qu'ils peuvent être difficiles à dépister ; ainsi, une des pièces que je vous présente provient d'une malade qui accouchait, il y a sept mois, je ne sais dans quel service, mais probablement d'une façon très normale, car ce cancer, dont les dimensions indiquent qu'il avait débuté avant l'accouchement, n'aurait pas passé inaperçu si un toucher vaginal avait été nécessaire.

Tout en souhaitant d'avoir affaire à des cancers au début, nous étendons de plus en plus nos indications opératoires de telle sorte que l'état général et l'âge avancé nous arrêtent bien plutôt que le degré de l'envahissement cancéreux.

M. Goullioud. — De la communication de M. Albertin, je retiendrai deux points : la question de l'hémostase et celle des contre-indications.

Comme M. Albertin, je crois que les hémorragies graves, difficiles à arrêter, qui font perdre du temps, ne proviennent pas des artères, mais des veines. M. Albertin a parlé de la ligature de la veine hypogastrique ; je crois qu'il faut absolument l'éviter. Je lie souvent l'artère hypogastrique, je la réséquai même il y a quelques jours, ce qui supprime toute une série de branches qu'il faudrait lier. Mais ce qui est surtout important, c'est de ne pas blesser la veine hypogastrique. Par la ligature de cette veine, difficile d'ailleurs, le retour du sang veineux de tout le bassin est interrompu, et on a fatalement une hémorragie qu'il est très difficile d'arrêter. J'ai eu un cas de mort dans ces conditions ; la veine s'est déchirée pendant que je voulais lier l'artère insuffisamment dénudée. J'ai donc grand soin, depuis, de ne pas blesser la veine hypogastrique pour ne pas avoir à la lier.

Quant aux contre-indications, il est certain que la voie abdominale les a singulièrement restreintes ; on peut enlever beaucoup plus largement le cancer utérin, par la voie haute que par la voie vaginale. Il ne faut pas oublier cependant celle-ci, et lui laisser quelques indications d'exception. Les adhérences aux viscères voisins ne doivent pas toujours nous arrêter. Nous faisons l'hystérectomie pour un cancer du rectum propagé du côté de cet organe ; de même, je me suis promis de ne pas reculer, le cas échéant, devant une résection partielle du rectum, à faire pour un cancer utérin adhérent à l'intestin. Je comprends qu'on ne s'arrête pas, dans l'exérèse, parce qu'il y a envahissement du ligament large, parce qu'un cancer latéral a touché un uretère, un point de la vessie.

Mais je suis bien convaincu que si les lésions sont diffuses, il n'y a aucun avantage à intervenir, il vaut mieux s'abstenir, ou laisser la laparotomie exploratrice, si elle est commencée. Avec des lésions diffuses, la récidive est fatale. Ne le savons-nous pas par la vieille expérience que nous avons du cancer du sein ou celui d'autres organes.

M. Albertin. — Je fais la ligature des deux artères hypogastriques. Nous sommes d'accord sur le danger des hémorragies veineuses. L'hémostase du tronc de la veine hypogastrique est elle-même difficile ; cette veine est cachée par l'artère homonyme qu'on est obligé de réséquer sur une certaine étendue, entre deux ligatures, pour atteindre la veine et la lier à son tour, au cas où elle aurait été blessée.

En ce qui concerne les contre-indications, elles sont un peu basées sur le tempérament du chirurgien et se feront rares s'il se sent le courage de rester deux heures ou deux heures et demie à intervenir dans un cas en apparence plus ou moins désespéré.

Jusqu'à présent, les tentatives faites pour classer les cancers utérins en très opérables, opérables, peu opérables, sont encore insuffisantes, et il arrive qu'un cancer que l'on rangeait dans les très opérables, donne beau-

coup de peine, et lorsqu'on intervient, change de côté ; de même, quelquefois, un cancer qui paraissait très étendu peut donner lieu à un clivage facile dans des tissus simplement œdématiés. Je crois que les variétés sont nombreuses. Il est souvent difficile d'affirmer par l'examen clinique et avec telle ou telle forme de cancer, si on aura une forme opératoire facile ou difficile.

Je suis de l'avis de M. Goullioud, il ne faut pas se laisser arrêter par un point d'adhérence au rectum ou à la vessie.

*
* *

TUMEUR MÉLANIQUE DU FRONT; ABLATION; GUÉRISON CONSTATÉE APRÈS TROIS ANS.

MM. Nicolas et Durand présentent l'observation, la photographie, les coupes microscopiques et la photographie en couleur de ces coupes, d'un malade opéré le 6 mai 1906, et actuellement parfaitement guéri sans récidive d'une tumeur mélanique de la peau du front.

Observation. — J. C., 26 ans. Sans antécédent héréditaire. Entre à la clinique des maladies cutanées et vénériennes, le 4 mai 1906. Il n'a eu, comme antécédent personnel que la fièvre typhoïde, contractée en 1900, pendant la campagne de Chine. Excellente santé habituelle.

L'affection actuelle a débuté, il y a huit mois, par apparition d'une petite tache noirâtre sur la bosse frontale gauche, en avant de la ligne d'implantation des cheveux. Arrondie, non surélevée, elle ne s'accompagnait d'aucun signe subjectif ; aussi le malade ne s'inquiéta que quand il la vit s'étendre. Il semble que cette extension ait été continue, mais avec des poussées plus rapides ; c'est ainsi que dans les derniers mois, elle aurait très notablement progressé.

A l'entrée on constate que la lésion s'étend, un peu à gauche de la ligne médiane, sur la peau du front et empiète sur le cuir chevelu ; elle a 5 centimètres de large, 4 centimètres de haut.

Sa couleur est franchement noire ; sa limite est brusque, sa périphérie un peu brune, moins noire que son centre. Dans les parties périphériques, l'altération paraît porter seulement sur la couleur ; dans les parties centrales, il existe au contraire, outre la coloration, une infiltration épaississant la peau et lui donnant un aspect chagriné qui, s'exagérant au centre, prend à l'œil et même au doigt une apparence mamelonnée. Toutefois, il n'y a pas à la palpation de nodule résistant et dur, mais plutôt une infiltration diffuse un peu molle. La séparation entre les deux zones centrale et périphérique, est irrégulière, mal limitée. Dans la portion où elle atteint

la région chevelue, les saillies papillaires et les follicules pileux semblent plus accusés que normalement ; les cheveux paraissent sains cependant.

Pas de ganglions cervicaux.

Etat général excellent ; malade robuste et bien constitué, très brun.

Sur la peau, nombreux nævi et taches pigmentaires disséminées : sur l'avant-bras gauche, nævus pileux ; sur la région dorsale, quelques nævi punctiformes rouges.

Urines normales. Rien aux viscères ; pas de température.

Excision chirurgicale très large et très profonde ; rugination de l'os ; ablation du périoste, le 6 mai 1906.

Pansement à plat ; guérison par cicatrisation secondaire.

Juin 1908, excellent état général ; le malade a engraissé de 14 kilos.

Localement pas de récidive. La cicatrice adulte, assez souple, régulière, assez esthétique, est parfaitement rosée, sans trace d'infiltration ni de pigmentation noire.

Pas d'adénopathie.

Actuellement, mars 1909, près de trois ans après l'opération, guérison parfaite. Aucune trace de récidive.

Nous mettons sous vos yeux la photographie du malade avant l'opération et après guérison.

Voici maintenant sous ce microscope les coupes histologiques de la tumeur et les photographies microscopiques en couleur de ces coupes, dues à l'obligeance de M. Aug. Lumière.

Protocole de l'examen histologique (dû à M. Favre, chef du laboratoire de la clinique).

Examen anatomo-pathologique. — Des fragments de la pièce ont été placés dans divers liquides fixateurs (Telly-Zenker, alcool à 80°). Les coupes ont été colorées par diverses méthodes, hématéine, éosine, hématéine et picro-ponceau, etc.

A un petit grossissement, on constate que les lésions sont diffuses, atteignant le derme et l'épiderme, et prédominent dans la zone superficielle sous-papillaire du derme.

A ce grossissement, le derme et la partie profonde du tissu cellulaire sous-cutané paraissent intacts.

Même à un petit grossissement, l'infiltration pigmentaire est bien visible. On ne voit pas de pigment dans les glandes sébacées, très volumineuses dans cette région.

L'infiltration pigmentaire n'est pas uniformément accusée. En quelques points, les amas de pigment sont très confluents, très volumineux. Sur d'autres points, l'infiltration est plus discrète. Dans les régions où les dépôts pigmentaires sont plus abondants, on note déjà, au faible

grossissement, l'existence d'amas cellulaires confluents, occupant la partie superficielle du derme, et sur lesquels nous aurons à revenir.

L'examen à un fort grossissement (obj. à immersion) révèle des particularités importantes, touchant la répartition du pigment et les lésions des cellules de l'épiderme.

Epiderme. — Les cellules de l'épiderme sont infiltrées de pigment. En certains points, les cellules épidermiques infiltrées sont disjointes, séparées les unes des autres ; elles ont perdu leur filament d'union.

Derme. — Les lésions prédominent dans la partie superficielle du derme. Le pigment est ici logé dans de grandes cellules, irrégulières, dont le noyau n'est plus visible, quand l'infiltration est dense.

Autour de ces cellules, on rencontre d'autres variétés d'éléments cellulaires, ceux ci non pigmentaires. Ce sont :

a) Des cellules présentant l'aspect des cellules lymphoïdes ;

b) Des cellules plus volumineuses qui, par les caractères de leur noyau, de leur protoplasma, ressemblent beaucoup à des cellules du corps muqueux de Malpighi.

Ces cellules sont d'autant plus abondantes qu'on se rapproche de l'épiderme. La zone de transition entre ces cellules et les cellules du corps muqueux de Malpighi est indécise. Il est fort difficile de savoir si de telles cellules sont des éléments conjonctifs ayant pris l'aspect de cellules épithéliales ou s'il s'agit de cellules d'origine malpighienne en voie de prolifération.

Le pigment présente les réactions bien connues du pigment mélanique.

Il ne présente pas partout la même affinité pour les colorants. C'est ainsi que sur les coupes traitées par la double coloration : bleu de Unna et réactif de Van Giésou, les grains de pigment apparaissent dans certaines cellules colorés en vert pâle. Dans d'autres cellules, ils ont pris une teinte brun verdâtre très foncée, presque noire.

L'examen à l'immersion révéla, en outre, une particularité très importante. L'infiltration est beaucoup plus étendue que ne le faisait prévoir l'examen à un petit grossissement. On trouve sur presque toute l'épaisseur du derme, entre les faisceaux conjonctifs, des cellules qui paraissent des cellules conjonctives et qui sont bourrées de pigment.

Ces éléments sont peu nombreux. Dans le tissu cellulo-adipeux sous-cutané, on ne trouve plus aucune cellule à pigment.

Il s'agit, en somme, d'une tumeur mélanique, à type d'infiltration diffuse, prédominant cependant au niveau de la zone superficielle du derme, l'infiltration de la partie profonde du derme restant discrète.

Le tissu cellulo-adipeux sous-cutané paraît absolument indemne.

Les caractères histologiques de cette néoplasie, l'atteinte du derme et des éléments épidermiques font de cette tumeur, suivant la remarque de

M. Tripier (1), une variété de néoplasie présentant à la fois les caractères du sarcome et de l'épithélioma mélanique.

La tumeur paraît histologiquement maligne.

Quand ce malade s'est présenté à notre examen, nous n'avons pas hésité à porter le diagnostic de mélanose cutanée. Que devait-on faire ? Nous avons d'abord hésité à intervenir, sachant quel coup de fouet l'ablation de la tumeur donne souvent à la maladie mélanique.

Nous nous sommes décidés à intervenir par la considération suivante : abandonné à lui-même, ce malade était voué à une mort certaine étant donné l'extension prise par la tumeur. Par l'opération, nous risquions sans doute de déterminer une généralisation hâtive, mais nous risquions également d'obtenir une guérison momentanée ou définitive. Comme vous le voyez, nous n'avons pas à regretter notre intervention ; ce succès qu'on peut actuellement considérer comme à peu près sûrement définitif, s'obtient si exceptionnellement en pareil cas, que nous l'avons considéré comme digne de vous être présenté.

M. Gayet. — Au point de vue de la malignité ou de la bénignité relative des tumeurs mélaniques, il y a de grandes différences suivant les cas, et nous n'en savons guère plus à ce sujet qu'au sujet de l'étiologie de l'affection J'ai vu, il y a quelques années, dans la clinique de M. Jaboulay, une petite tumeur mélanique de la joue, ayant tous les caractères cliniques de ces néoplasmes. On la soumit à des séances de radiothérapie et cette tumeur qui croissait avec une certaine rapidité depuis quelque temps fut non seulement arrêtée dans son évolution, mais disparut complètement après quelques séances. Revue de longs mois après, elle resta sans récidive.

M. Durand. — Sur quoi avez-vous basé d'une façon certaine le diagnostic de tumeur mélanique ; s'agissait-il bien de cela ou d'un nævus ?

Dans notre cas, nous avons la certitude, d'après l'examen histologique, qu'il s'agit bien d'un sarcome mélanique, ce n'est pas du tout un nævus pigmentaire. Si l'examen histologique n'avait pas été fait, nous n'aurions jamais présenté cetts observation ; mais cet examen histologique démontre qu'il s'agit d'une tumeur mélanique maligne histologiquement et non pas d'un nævus ou de tout autre tumeur bénigne.

M. Gangolphe. — Comme M. Gayet, je crois que, au point de vue cli-

---

(1) R. Tripier, *Traité d'anat. pathol. générale*, page 685.

nique, on ne sait encore rien de bien précis en ce qui concerne la bénignité ou la malignité des tumeurs. Pour ma part, j'ai vu un cas où les rayons X, employés sur une malade habitant la Bourgogne, ont donné un résultat, ou plutôt un demi-résultat ; il s'agissait d'une femme âgée ayant sur la pommette une tumeur mélanique large comme une pièce de deux francs, d'une teinte noire foncée, et qui ne ressemblait pas du tout à un nævus, mais qui donnait bien l'impression clinique d'une lésion mélanique. Le traitement amena la guérison partielle de cette plaque. La malade vint alors me demander conseil. Etant donné que sa lésion était déjà assez étendue, que mon opération aurait nécessité une ablation excessivement large, j'ai préféré ne pas y toucher.

D'autre part, je sais un assez grand nombre de malades chez lesquels j'ai extirpé des tumeurs mélaniques et où j'ai observé une marche très variable : chez certains, la généralisation se fit par les voies ganglionnaires ; chez d'autres, j'ai vu survenir des taches mélaniques non pas en amont de la lésion qui avait été enlevée, mais en aval.

Au sujet de la diversité d'opinions des histologistes, je dirai aussi qu'à propos d'une tumeur du maxillaire, on la regarda comme étant un sarcome épithélioïde ou un épithélioma sarcomateux. Pour les tumeurs des testicules où c'est encore pire, je n'en veux pour preuve que la thèse de Poriquet. Malgré le diagnostic de tumeur bénigne, le sujet succomba à une généralisation lymphatique.

Si bien qu'on arrive à être perplexe au point de vue des données histologiques, en ce qui concerne la bénignité ou la malignité des tumeurs.

Les observations de M. Nicolas sont très intéressantes puisque là nous avons des éléments cliniques très bien établis et histologiquement parfaits ; mais je crois que nous ne sommes pas encore près de connaître la vérité.

Je demanderais à M. Nicolas quels sont les caractères différentiels du nævus pigmentaire avec le sarcome mélanique, au point de vue clinique proprement dit.

M. Nicolas. — On pouvait, en effet, supposer qu'il s'agissait peut-être de nævus pigmentaire à évolution extensive ; mais nous avons pu porter un diagnostic rétrospectif dans ce cas, certain histologiquement, de tumeur maligne mélanique de la peau. Peut-être, dira-t-on, qu'il y a des tumeurs malignes histologiquement qui sont en réalité bénignes. Il en sera peut-être de nos conceptions histologiques actuelles sur ce point comme de l'ancienne spécificité de la cellule géante. La cellule géante et le follicule tuberculeux ont été longtemps considérés en pratique histologique courante comme spécifiques de la tuberculose. Or, nous avons bien démontré avec M. Favre qu'on trouvait exactement ces mêmes lésions dans la syphilis et il est possible qu'il en soit de même dans quelques années en ce qui concerne les lésions dites malignes, et que la spécificité histologique de la malignité des tumeurs soit en réalité fausse.

C'est à l'avenir à nous démontrer cela. Pour le moment, histologiquement, cette tumeur était une tumeur maligne, c'est tout ce que nous pouvons dire.

M. Gangolphe. — J'ai écouté la communication de M. Nicolas avec beaucoup d'intérêt, surtout ce qu'il a dit ayant trait à cette identité d'éléments dans la syphilis et la tuberculose ; ma conviction n'est pas encore faite sur ce point. En 1881, j'ai fait des examens histologiques, non pas avec une idée préconçue, mais avec le vif désir de trouver quelque chose de net ; j'ai passé trois mois, toutes mes vacances, à couper dans tous les sens l'ostéomyélite gommeuse. Je cherchais constamment quelque chose de typique au point de vue de la tuberculose, étant donné que je ne possédais aucun renseignement sur le malade dont provenait la pièce, et que celle-ci avait été considérée par Ollier comme de la tuberculose. Je montrais mes coupes à MM. Renaut, Pierret, Chandelux, Pollosson : aucun d'eux ne put m'apporter des éclaircissements. Mon désir était de trouver de la tuberculose nette et typique parce que j'étais parti avec cette idée qu'il s'agissait d'une ostéite tuberculeuse latente. Or, en aucun point je n'ai trouvé de cellules géantes, ou de follicules tuberculeux, d'endartérite oblitérante, toutes les lésions que j'avais l'habitude de rencontrer constamment dans les tumeurs blanches.

Au point de vue macroscopique, la confusion est impossible entre une tumeur blanche, les lésions tuberculeuses et les lésions syphilitiques.

M. Nicolas. — Je suis très content de ce que vient de dire M. Gangolphe, parce que cela me permet d'affirmer ce que nous avons dit avec M. Favre au sujet du caractère des lésions de la syphilis cutanée ou muqueuse et de la présence de follicules pseudo-tuberculeux dans ces lésions. Je peux affirmer que ces lésions ne sont pas fréquentes, mais constantes. Nous avons examiné à peu près vingt cas pris tout à fait au hasard, de syphilis tertiaires cutanées ou muqueuses indiscutables, et il ne nous est jamais arrivé (si, une fois sur 20, je crois), de ne pas trouver de formations tuberculoïdes.

Par conséquent, en ce qui concerne la peau et les muqueuses, nous pouvons être affirmatifs.

Nous avons recherché tous les moyens de faire le diagnostic ; nous avons cherché les artérites dans les coupes de syphilis, nous en avons trouvé aussi dans la tuberculose ; les vascularités ne sont donc pas des éléments spéciaux à la syphilis. On a dit aussi, dans la tuberculose il y a moins de plasmazellen, dans la syphilis ce sont les plasmazellen qui prédominent pour former des plasmomes. Or en examinant des préparations, on arrive à trouver des préparations de tuberculose qui contiennent des plasmazellen en aussi grande, ou même en plus grande quantité que la syphilis, et ainsi de suite, tous les éléments nous ont

glissé entre les doigts, si bien que nous arrivons à cette conclusion qu'entre les lésions syphilitiques et les lésions tuberculeuses, le diagnostic histologique est impossible à l'heure présente.

En ce qui concerne la syphilis des os, je n'en parle pas, n'en ayant pas l'expérience ; mais en revanche, présageant ce qui va être dit d'ici à peu de temps, je puis presque avancer que dans certains cas de syphilis pulmonaire on trouverait des cellules géantes.

En ce qui concerne les synoviales, nous avons vu un cas avec MM. Durand et Moutot ; il s'agissait d'un malade qui avait une tumeur à la face interne d'un doigt ; le diagnostic était difficile, j'avais porté celui de tuberculose digitale. M. Durand dit tumeur bénigne de nature indéterminée ; il opère cette tumeur que l'on envoie à l'examen histologique.

Après cette opération, la tumeur récidive, elle grossit et après un mois le malade avait une tumeur de la grosseur d'une petite noix présentant l'apparence d'un sarcome le plus net possible. Or, l'examen histologique montrait qu'il y avait des cellules à plusieurs noyaux ressemblant à une tumeur à myéloplaxes, si bien que l'on pouvait penser qu'il s'agissait d'un sarcome à myéloplaxes avec récidive rapide présentant une certaine gravité. Après avoir lu cet examen, frappé de la présence des cellules polynucléées et de la description qui rappelait ce que nous avions déjà souvent vu dans les syphilides tertiaires cutanées, le malade fut mis au traitement hydrargyro-iodique intensif ; au bout de trois semaines tout était guéri. Donc, voilà bien une tumeur d'une gaine tendineuse qui a présenté des cellules géantes, et qui a guéri par un traitement spécifique.

Il n'est donc pas douteux qu'on puisse avoir des cellules géantes dans les lésions syphilitiques des gaines tendineuses. En ce qui concerne les arthrites syphilitiques et tuberculeuses, à l'heure actuelle la question est très délicate. M. Gangolphe dit qu'il fait à coup sûr le diagnostic contre la tuberculose et la syphilis. J'ai vu des chirurgiens et d'excellents chirurgiens qui se sont trompés et j'ai vu guérir par le traitement spécifique intensif des lésions supposées tumeurs blanches tuberculeuses. A l'heure actuelle cette question est très connue à Paris ; aujourd'hui c'est un fait bien établi que, dans les hérédo-syphilis, où, je crois, ces cas sont plus fréquents, seul un traitement très intensif, non pas un traitement comme on le fait quelquefois, mais des injections avec 2 centigr., quotidiennement, de biiodure de Hg, avec 4 à 6 grammes d'IK, au besoin en lavements, peut trancher le débat. On voit quelquefois ces tumeurs blanches, ces pseudo-tumeurs blanches, qui guérissent complètement. Je crois donc que le diagnostic est difficile à faire ; évidemment, M. Gangolphe a plus que moi l'habitude de ces questions, son avis a une très grande importance, je suis heureux de rapporter ces faits devant lui, ils montrent combien il est difficile de faire le diagnostic en pareille circonstance. Je ne connais pas la syphilis osseuse et n'en parle pas,

mais en allant jusqu'aux synoviales, l'observation montre que, dans les cas de syphilis, on peut avoir des formations tuberculoïdes.

M. Gangolphe. — Je dirai seulement deux mots pour bien préciser ce que j'ai voulu dire; j'ai retenu des nombreuses recherches histologiques que j'ai faites dans les tumeurs blanches et sur six cas d'ostéo-myélite gommeuse, que la cellule géante, les follicules de Friedlander, se trouvaient facilement, constamment dans les tissus tuberculeux, et pas du tout dans l'ostéomyélite gommeuse.

C'est pour cela que j'ai non seulement dit, mais encore écrit que dans la tuberculose une lésion des plus caractéristiques était la cellule géante, qu'on trouve toujours quand on se donne la peine de la chercher. Dans les cas de syphilis osseuse que j'ai examinés, je n'ai rien trouvé d'analogue.

En ce qui concerne le diagnostic clinique de la syphilis ou de la tuberculose. M. Nicolas nous cite des erreurs; j'en connais aussi : j'ai vu une arthrite syphilitique traitée, par erreur, par la résection ; dans un autre cas par l'amputation de la cuisse. Je n'irai pas jusqu'à dire qu'on peut toujours faire le diagnostic différentiel, je n'échapperai peut-être pas moi-même à cette cause d'erreur ; mais, sur le cadavre, sur la pièce, la tuberculose osseuse ou articulaire, lorsqu'elle existe avec les caractères reconnus jusqu'à présent (et il est probable qu'il s'en ajoutera d'autres) ne peut être confondue avec la syphilis.

Je suis très heureux d'avoir entendu la communication de M. Nicolas, et si elle devait m'amener à modifier mon opinion primitive sur les cellules géantes, eh bien, ce serait une satisfaction pour moi de voir que cette question a enfin été mise au point, alors qu'elle ne l'était pas du tout au moment où j'ai fait des recherches.

M. Nicolas. — En ce qui concerne l'histologie osseuse, je le répète, je suis incompétent et je n'en parle pas, je ne parle que de l'histologie cutanée et muqueuse, et je n'ai voulu faire qu'une petite incursion dans le domaine des synovites syphilitiques et de la pneumonie syphilitique, y ayant été entraîné par la discussion. Mais je crois, en ce qui concerne la peau et les muqueuses qu'il n'y a pas moyen de distinguer certaines lésions syphilitiques des lésions tuberculeuses, bien que, jusqu'à présent on ait fréquemment dit que les cellules géantes avaient une valeur absolue. Je rappellerai l'opinion de mon maître M. le Prof. Tripier, qui a bien voulu reconnaître que, entre les cellules géantes de la syphilis que je lui présentais sur des coupes multiples et provenant de plusieurs malades indiscutables guéris rapidement par le traitement d'épreuve, et les cellules géantes tuberculeuses il ne voyait pas de différence. Or, quand un maître de cette autorité déclare qu'il était impossible de faire le diagnostic histologique entre les deux, je crois qu'il y a là un argument d'une valeur capitale. C'est pourquoi nous croyons avoir raison en ce qui

concerne les points dont je parle ; et avec l'adoption de nos idées par M. Tripier, nous avons reçu la consécration absolue de leur valeur. M. Tripier disait auparavant : cellules géantes égale tuberculose, dans la pratique histologique courante, bien entendu. Eh bien, à l'heure actuelle, on ne peut pas faire le diagnostic entre les deux lésions. Récemment aussi mon ami le Prof. Paviot, me disait : « J'ai la conviction que dans nombre de cas, j'ai dit qu'il s'agissait de tuberculose quand il s'agissait vraisemblablement de syphilis ». Il ne doit donc plus rester de doute dans l'esprit au sujet de la présence de formations tuberculeuses histologiques typiques dans la syphilis tertiaire cutanée ou muqueuse.

M. Gangolphe remercie M. Nicolas de son intéressante communication.

Séance du 25 mars 1909.

Présidence de M. GANGOLPHE.

ECTASIE ŒSOPHAGIENNE.

M. DESTOT. — Je désirerais appeler votre attention sur deux points fort intéressants qu'il m'a été donné d'examiner en peu de temps, et qui sont catalogués sous le nom de spasme de l'œsophage. Le premier cas est un homme de 54 ans qui, depuis douze ans, présente des régurgitations, ne peut manger que des aliments semi-liquides. Sans cause appréciable, sans brûlure, sans tubercules ni syphilis, ce malade a pris brusquement du spasme, des troubles de la déglutition qui ont été en s'accentuant. On ne relève dans ses antécédents qu'une grippe qui fut accompagnée de ganglions cervicaux. Cette maladie que l'on considère, en raison de sa durée et de sa ténacité, comme un tic nerveux de l'œsophage, est très désagréable. Elle s'accompagne de mérycisme et de bruit ridicule.

On cite toujours le cas d'un agrégé de la Faculté de Paris qui ne peut manger en ville.

Le malade dont je parle a conservé un excellent état général.

Depuis douze ans, il a été vu par nombre de médecins et de spécialistes, mais toujours la sonde s'est arrêtée à 29 centimètres des arcades. On lui a même fait trente-deux séances d'électrolyse au même point.

L'examen aux rayons X, avec la bouillie de bismuth permet d'apercevoir derrière la fourchette sternale, dans les 2e et 3e espaces intercostaux droits, une grosse poche avec un niveau

supérieur gazeux. De là, part un mince filet de bismuth qui progressivement remplit l'estomac.

Il existe donc une ectasie œsophagienne avec une grosse cavité contenant 3 à 400 grammes de liquide. On ne peut penser chez ce malade ni à un rétrécissement cicatriciel, ni cancéreux.

L'état général est bon, et n'était l'infirmité de bruits insolites et de régurgitations, n'était l'impossibilité de manger des aliments solides, le malade ne se plaindrait pas.

Avec MM. Garel et Martin, nous avons essayé d'établir des sondes souples qui, suivant la méthode générale de M. Cl. Martin, devaient progressivement dilater le rétrécissement spasmodique.

Mais, malgré tous nos efforts, il a été impossible de passer une sonde et toutes les endoscopies ont échoué. Nous avions pensé qu'avec une gastrostomie et un cathétérisme rétrograde nous arriverions à passer. Mais le malade prit peur, et croyant trouver à Paris des spécialistes plus forts, il nous abandonna. M. Guisez, qui le vit, ne fut pas plus heureux que nous et il dut renoncer à passer l'œsophagoscope. M. Garel l'a revu, mais actuellement, comme il ne souffre pas, et que son infirmité, toute désagréable qu'elle est, lui paraît préférable aux risques d'une opération, il reste tranquille.

J'espère néanmoins que nous arriverons à imposer à ce malade le traitement rationnel du cathétérisme rétrograde.

Le deuxième malade est tout à fait comparable au premier. C'est un menuisier de Sennecey-le-Grand qui, depuis six ans, n'avale que des liquides, régurgite et est obligé de faire quinze repas par jour avec des aliments semi-liquides. Il présente un phénomène rare, une toux de compression caractéristique. Une grosse poche, toujours située au même niveau et à droite, montre l'ectasie œsophagienne. M. Sargnon voulut bien l'examiner avec son œil cyclopéen, mais il ne vit rien : avec cocaïne rien ; avec anesthésie générale, rien. Impossible de rien faire.

J'ai essayé de le persuader qu'une gastrostomie le délivrerait de son infirmité, qui devient dangereuse en raison des troubles de compression des bronches, mais il m'a échappé.

Voici deux cas d'ectasie œsophagienne qui ne ressemblent pas aux diverticules latéraux congénitaux de l'œsophage, et dans lesquels l'endoscopie a échoué.

On vante les mérites de cette méthode, que l'on pousse même au point de faire des trous artificiels pour se donner le plaisir de regarder dans l'intérieur soit du sinus maxillaire, soit de la plèvre, et je suis obligé de constater qu'il ne suffit pas d'avoir un tube brillant, un miroir frontal et une lampe pour arriver à distinguer ce que l'on prétend distinguer.

Autant dans les bronches, conduits rigides, on voit clair et on peut enlever des corps étrangers, autant dans les tissus mous, à muqueuse épaissie, tomenteuse et fuyante, il est difficile à l'orienter. Autant l'endoscopie peut rendre des services quand on sait où on va et où on doit chercher, autant elle devient difficile lorsqu'on n'a aucun repère pour se diriger.

Je crois qu'en présence d'une nouvelle ectasie œsophagienne constatée je ne perdrais plus mon temps à des recherches inutiles ou pénibles, et je proposerais d'emblée la gastrostomie avec cathétérisme rétrograde.

M. Gayet. — Comme toutes les méthodes encore à leur début, l'œsophagoscopie est susceptible de donner lieu à des erreurs d'interprétation. Il nous est arrivé une fois, dans mon service, de faire avec un spécialiste, l'œsophagoscopie de l'œsophage comptant y trouver un néoplasme. De fait, nous vîmes, près du cardia, une surface tomenteuse rouge qui nous fit conclure à un cancer du cardia. Le malade mourut peu après, avant même que nous eussions pratiqué la gastrostomie L'autopsie nous révela un cancer du pylore, il n'y avait absolument rien à l'œsophage.

Ce n'est qu'avec une longue expérience que l'on peut arriver à des interprétations toujours exactes. On s'est souvent trompé aussi quand on a commencé à faire de l'ophtalmoscopie ou de la cystoscopie.

Mais il y a bien des cas où l'œsophagoscopie rend des services qu'on ne peut attendre d'aucune autre méthode. C'est ainsi que j'ai eu l'occasion de soigner un enfant pour un rétrécissement infranchissable de l'œsophage. L'œsophagoscope nous fit voir une barrière absolue, fibreuse, sans aucun orifice J'avais pratiqué, quelques mois auparavant, la gastrostomie, mais le cathétérisme rétrograde ne réussissait pas mieux que par les voies naturelles. Sous le contrôle de la vue, Sargnon fit une section de la membrane, avec un instrument construit spécialement dans ce but, puis introduisit une fine bougie. Je mis mon petit doigt dans l'estomac, et, faisant glisser une pince sur ce doigt, je pus saisir la bougie et l'amener à l'orifice gastrique ; un fil fut installé pour relier les deux bouts de la bougie et notre va-et-vient fut installé. Malheureusement l'enfant succomba quelques jours après à une broncho-pneumonie.

Il n'en est pas moins vrai que l'œsophagoscope avait là fait les preuves de son utilité incontestable, et je ne crois pas qu'aucune autre

méthode, cathétérisme ou radioscopie eût put donner une telle assurance et un résultat pareil dans nos efforts pour rétablir la perméabilité du conduit.

M. Nové-Josserand. — Dans le cas de M. Destot, il y avait une poche sus-jacente au rétrécissement, et cette circonstance explique les difficultés qu'on a rencontrées. Mais il ne faudrait pas en conclure à l'inutilité de l'œsophagoscopie dans le traitement des rétrécissements de l'œsophage. Voici au contraire l'observation d'un malade qui en a retiré le plus grand profit.

Il s'agit d'un enfant entré dans mon service, il y a cinq ou six ans, pour un rétrécissement de l'œsophage consécutif à une ingestion de caustique. Je dus faire avant tout une gastrostomie pour empêcher le malade de mourir de faim. Ensuite, je tentai de dilater le rétrécissement. Après plusieurs essais infructueux, il fallut abandonner la voie buccale ; je tentai également sans résultat de faire le cathétérisme rétrograde, soit avec l'aide du cystoscope, soit directement, en me guidant sur le doigt introduit dans le cardia par l'orifice de la gastrostomie préalablement dilaté. On sentait, au bout de 3 ou 4 centimètres, un rétrécissement infranchissable. Le malade est donc resté avec sa gastrostomie ; il s'est développé assez bien, a présenté à ce point de vue un détail physiologique intéressant. Le malade a remarqué, en effet, qu'il se portait beaucoup mieux lorsque, au lieu d'ingérer directement ses aliments dans l'estomac, il les mastiquait préalablement.

L'an dernier, sur le conseil de M. Tavernier, ce malade est revenu à la Charité pour essayer de se faire guérir avec l'aide de l'œsophagoscopie. M. Sargnon a bien voulu se charger de le traiter, et, avec beaucoup de patience, il est arrivé, en passant tantôt par la bouche, tantôt par l'estomac, à retrouver la lumière de l'œsophage et à y passer un fil. On a commencé alors la dilatation qui s'est poursuivie jusqu'à ces jours derniers, et, actuellement, ce malade semble bien être définitivement guéri.

Voici donc un cas où, après un échec complet des méthodes chirurgicales, l'œsophagoscopie a permis de guérir ce malade.

J'ai actuellement dans mon service un autre cas, plus difficile encore, car on a pas pu arriver à retrouver la lumière de l'œsophage sur une longueur de 5 à 6 centimètres. Sur la demande de M. Sargnon, j'ai fait récemment à ce malade une œsophagostomie pour faciliter les manœuvres et l'introduction du tube. Cette méthode a réussi chez un malade du service de M. Vignard et j'espère qu'elle nous donnera aussi un bon résultat.

M. Durand. — Il est évident que l'œsophagoscopie n'est pas une manœuvre facile ; si la bronchoscopie est facile parce que le conduit est tenu béant par les anneaux cartilagineux, au contraire, dans les con-

duits souples, la muqueuse, par ses plis, obture facilement l'orifice du tube endoscopique.

Quand on fait la rectoscopie, par exemple, on sait les difficultés qu'on éprouve à se diriger au milieu de ces plis, de cette muqueuse qui vient boucher l'extrémité du spéculum, et on a quelque peine à se diriger dans le rectum, à voir clair. Bien que l'endoscopie soit difficile, bien qu'elle ne donne pas toujours des résultats parfaits, il ne faut pas en médire, car elle conduit souvent à de beaux succès. En ce moment j'ai une malade dont je ne puis dire qu'un mot, car le traitement est en cours. Il s'agit d'une femme atteinte de rétrécissement qui date de l'enfance et qui gêne beaucoup la malade, âgée actuellement de 40 ans et même davantage. Depuis quelques semaines, en effet, elle éprouvait des troubles plus marqués de ceux qu'elle avait observés jusque là ; elle nous a demandé à être débarrassée de ce rétrécissement.

M. Garel, qui connaît cette malade, a commencé des manœuvres endoscopiques ; celles-ci sont encore difficiles, car la malade n'y est point accoutumée, mais M. Garel espère mener à bien cette cure.

M. Gangolphe. — Le débat qui nous occupe peut être tranché à la satisfaction de tous, si l'on établit une distinction entre les rétrécissements purement spasmodiques et les rétrécissements cicatriciels. Dans les premiers, la dilatation de l'œsophage sus-jacente au rétrécissement est incomparablement plus marquée que dans les seconds. L'existence d'une poche sus-stricturale est une condition défavorable au cathétérisme et à l'œsophagoscopie ; c'est elle qui est la cause des échecs dont parle M. Destot. Dans les rétrécissements cicatriciels qui ne s'accompagnent jamais d'une disparition complète de la lumière œsophagienne, qui donnent lieu à une dilatation peu importante, l'œsophagoscopie et les procédés nouveaux de dilatation et d'œsophagotomie peuvent avoir toute leur valeur.

M. Destot. — Je veux vous faire bien remarquer que les deux cas auxquels j'ai fait allusion constituent une classe tout à fait spéciale ; il ne s'agit pas de spasmes du cardia, mais de spasmes d'origine inconnue de la région moyenne rétro-aortique. Dans tous les cas de spasmes nerveux, on ne peut pas invoquer ni la tuberculose, ni la syphilis, ni la brûlure, ni quoi que ce soit ; ces deux malades ont eu la grippe, c'est-à-dire une infection banale au début, à la suite de laquelle, étant donné qu'ils sont nerveux, ils ont eu des spasmes qui ne siègent pas au cardia, mais derrière l'aorte ; ce sont des faits qui ne sont pas très connus, je n'en ai vu que quatre cas, dont les deux cas que je vous soumets, avec cette caractéristique de la poche en dessous de la clavicule. Il ne s'est pas fait une dilatation uniforme des tuniques, il y a une poche qui se remplit avec un nouveau liquide ; il ne s'agit pas de spasmes du cardia qui ont une physionomie et ont une toute autre valeur ; c'est ainsi que le spasme du

cardia, très fréquent, souvent pris pour de l'angine de poitrine ou des affections pulmonaires, s'accompagne presque toujours d'aérophagie. Nombre de dyspepsies ont cette origine.

Chez ces gens, dans l'examen latéral, on voit une tache claire plus ou moins allongée qui représente l'œsophage et qui occupe tout le médiastin postérieur, et quand on fait avaler la bouillie, c'est dans cet espace qu'on la voit passer, tomber comme une pierre dans un puits; or, chez les malades aérophagiés, la bouillie s'arrête et forme un culot tout à fait noir. La tache claire tout à fait dilatée en forme d'entonnoir répond à l'œsophage dilaté en amont et rempli d'air; c'est pourquoi on croit que les aérophagés rotent lorsqu'ils ont le rugissement spécial que l'on constate, alors que ces bruits sont plutôt dus à l'aspiration de l'air. Quand on examine sous l'écran, il y a beaucoup plus de gens qu'on ne pense, des femmes surtout, qui viennent pour aérophagie, il suffit de leur mettre un bouchon entre les dents pour s'en apercevoir. On peut trouver dans le livre de Leven et de Barret des constatations tout à fait particulières qui démontrent que les spasmes du cardia, que les contractures du côté du diaphragme, constituent l'aérophagie et la dilatation en amont comme celle dont parlait M. Gangolphe. Il faut bien distinguer précisément entre les formes différentes. Le rétrécissement cicatriciel n'affecte pas la même forme que le rétrécissement cancéreux, et le spasme du cardia n'a rien à voir avec les ectasies œsophagiennes dont je parle ici, non plus qu'avec les diverticules congénitaux.

Je ne veux pas médire contre la méthode générale d'endoscopie, il est bien certain que lorsqu'on peut être guidé dans une opération avec les yeux cela vaut mieux que de ne l'être qu'avec le doigt; mais, dans l'espèce, je dis que des spécialistes ont tous échoué avec des cathétérismes répétés et cependant il s'agissait de malades déjà préparés, déjà entraînés à ces cathétérismes et se trouvant par conséquent dans des conditions tout à fait favorables.

Je crois ces observations assez intéressantes par elles-mêmes pour mériter d'être publiées, car je ne connais pas beaucoup d'observations présentant un tel caractère de netteté; j'ai vu deux cas en moins de trois mois et j'étais resté pendant plusieurs années sans en rencontrer.

Le Gérant, Dr Vallas.

Lyon. — Association Typographique, 12, rue de la Barre. — H. Gabrion, directeur.

Séance du 22 avril 1909.

Présidence de M. GANGOLPHE.

DE L'ARTHROCLASIE DANS LE REDRESSEMENT DES ANKLOSES SOLIDES DU GENOU.

M. VIGNARD. — Messieurs, je voudrais vous présenter deux malades entrés dans mon service pour ankylose du genou, et chez lesquels j'ai pratiqué un redressement par arthroclasie.

La première malade est une jeune fille de 15 ans qui subit, y a six ans, une synovectomie pour tuberculose du genou. A son entrée dans mon service elle présentait une ankylose absolument immobile à 80 degrés environ, et semblait *à priori* justiciable plutôt d'une intervention sanglante que d'une opération purement orthopédique, pour laquelle M. Robin voulut bien me prêter son concours. L'arthroclasie fut extrêmement laborieuse, et la rupture de l'ankylose s'accompagna d'un bruit sec, analogue à celui que fait la fracture d'un os ; le redressement fut fait progressivement, et actuellement la malade à un membre inférieur droit complètement rectiligne.

Le deuxième malade s'est présenté exactement dans les mêmes conditions ; opéré à Genève, il y a quatre ans, pour une tuberculose du genou, il m'est arrivé avec une ankylose dépassant l'angle droit. L'intervention fut pareille et pareil aussi le résultat définitif. Et si je vous en entretiens c'est pour rappeler l'attention sur une intervention qui menace de tomber en défaveur ou, ce qui est plus grave, dans l'oubli, en face des progrès de l'asepsie qui ont permis des opérations sanglantes sur le squelette. Pour ma part je n'y ait jamais eu recours, et je crois que l'arthroclasie est susceptible à elle

seule, ou avec le concours de l'ostéoclasie, de venir à bout des déformations les plus graves.

Vous en pourrez juger d'ailleurs par les photographies que je vous présente, et où vous pourrez apprécier côte à côte les déformations, les corrections obtenues par la méthode en faveur de laquelle je plaide.

M. Durand. — La question que vient de traiter M. Vignard est très intéressante et mériterait d'être discutée plus longuement, il faudrait qu'elle fût mise à l'ordre du jour d'une de nos plus prochaines séances ; je demanderais à M. Vignard s'il n'y aurait pas intérêt à la restreindre un peu, c'est-dire à étudier l'arthroclasie seulement dans le traitement des ankyloses vicieuses du genou, en la comparant aux autres opérations dirigées contre cette ankylose ; il semble bien, en effet, que sauf de rares lésions, nous sommes tous partisans de l'ostéoclasie pour la correction des déformations osseuses, l'arthroclasie est peut-être moins unanimement adoptée et mérite pourtant d'être étudiée.

Je demanderais à M. Vignard s'il a fait faire dans le cas qu'il présente la radiographie, et s'il pourrait nous la montrer, car au point de vue des indications opératoires, c'est un document de premier ordre. Je pourrais vous montrer des radiographies qui m'ont permis de n'être pas d'accord avec M. Vignard, à propos des arthroclasies dans les ankyloses du genou.

M. Vignard. — Je n'ai rien à ajouter ; je voudrais bien que la question fut mise à l'ordre du jour et qu'elle fût restreinte, ainsi que l'a demandé M. Durand, aux ankyloses du genou, car ce serait l'étendre trop que l'appliquer à toutes les déformations osseuses.

M. Gangolphe. — La question sera mise à l'ordre du jour de la séance qui aura lieu dans quinze jours.

*
* *

BALLE DE REVOLVER DANS LA RÉGION LOMBAIRE.

M. Muller présente un malade de M. Vignard, qu'il a eu l'occasion d'opérer à la Charité en février dernier. Cet enfant est venu à la Charité pour une balle de revolver, reçue à 8 heures du soir, dans la région lombaire gauche.

Le petit blessé a été vu entre 11 heures et demie et minuit, c'est-à-dire environ quatre heures après le traumatisme. A ce moment l'indication d'intervenir était formelle : l'enfant

présentait une contracture de défense de la paroi abdominale, un ventre de bois ; son pouls atteignait 115-120, alors qu'à l'arrivée du blessé à l'hôpital, une heure avant, M. Arnaud, interne du service, avait compté 90 seulement. M. Muller pratiqua une laparotomie médiane sus-ombilicale, guidé par une tuméfaction de la paroi abdominale antérieure à ce niveau, où la balle semblait être venue se loger. La balle ne fut pas trouvée au niveau de la tuméfaction : la ligne blanche aponévrotique avait été perforée cependant comme à l'emporte-pièce, et il semble probable que la balle ait été refoulée par cet orifice dans l'abdomen au cours des manœuvres d'examen de la zone tuméfiée.

L'examen des viscères abdominaux fit constater : 1° l'existence d'une brèche intestinale, un peu plus large qu'une pièce de deux francs, siégeant sur la portion initiale du jéjunum, à 15 centimètres environ de l'angle duodéno-jéjunal ; 2° une déchirure de la partie initiale du mésentère se continuant avec la brèche intestinale. Au niveau de cette déchirure mésentérique, deux vaisseaux lésés par le projectile continuaient à saigner.

Le fait sur lequel M. Muller attire l'attention, c'est l'absence complète de liquides intestinaux et de matières alimentaires dans la cavité péritonéale, malgré la brèche intestinale considérable et malgré que le traumatisme ait eu lieu immédiatement après le repas du soir. On put constater d'ailleurs, au cours de l'intervention, que l'estomac dilaté était rempli de liquide et d'aliments, et qu'il était le siège d'un gros clapotage. Il s'agit là, vraisemblablement, d'un phénomène spontané de défense de l'économie : la lésion du jéjunum semble avoir provoqué par réflexe : 1° un spasme du pylore, spasme ayant empêché l'estomac de se vider ; 2° un arrêt dans la sécrétion et l'excrétion de la bile et du suc pancréatique.

On pratiqua la suture de la brèche intestinale ; on fit la ligature des vaisseaux mésentériques qui saignaient, et après s'être assuré, par une incision transversale branchée sur l'incision médiane, que le côlon descendant, la rate et le reste de l'intestin étaient indemnes, on referma complètement, sans laisser ni mèche, ni drain, la cavité péritonéale : l'intervention avait duré une heure et demie.

Cette fermeture du péritoine sans drainage paraissait légi-

timée par le non-écoulement de liquides intestinaux dans le péritoine. Les suites opératoires ont confirmé cette manière de voir : il n'y eut aucun phénomène, même minime, de réaction péritonéale. Du côté de la paroi, au contraire, il y eut des phénomènes immédiats de suppuration, désunion des sutures, et cicatrisation secondaire en l'espace de deux mois.

En résumé, deux faits méritent d'être mis en lumière dans cette observation : 1° l'absence de tout écoulement de liquides intestinaux dans le péritoine, malgré une large brèche du jéjunum, brèche existant depuis quatre heures, et survenue immédiatement après le repas du soir ; 2° l'absence de toute réaction péritonéale, après la suture de la lésion intestinale, en dépit de la fermeture complète du péritoine, sans aucune espèce de drainage.

M. Vignard. — J'ai vu le malade dès le lendemain, il présentait un état général très satisfaisant ; dans les jours qui ont suivi, la cicatrisation s'est faite du côté de la paroi sans jamais donner aucune inquiétnde du côté de l'état général. Il me semble que M. Muller a eu une hardiesse qu'il faut louer, d'intervenir immédiatement au lieu de rechercher les signes plus ou moins exacts qu'on peut avoir de perforation intestinale, et les événements lui ont donné raison, puisqu'il a sauvé la vie de ce malade.

M. Destot. — Combien de temps après le repas la balle a-t-elle été reçue ? M. Muller nous a dit qu'il avait opéré cet enfant vers minuit, alors que la balle avait été reçue vers 8 heures ; à quelle heure l'enfant avait-il mangé ?

M. Muller. — La balle a été reçue à 8 heures du soir. Le malade sortait de table et venait de souper.

*
* *

CONTUSION GRAVE DU REIN ; NÉPHRECTOMIE.

M. Laroyenne. — Messieurs, le malade que je vous présente est un homme de 26 ans, qui, le 23 mars dernier, reçut, étant debout, d'un adversaire, un coup de pied dans le flanc droit. A la suite de ce traumatisme, il put, bien que souffrant beaucoup, faire encore quelques pas ; mais quand je le vis, trois à quatre heures après l'accident, son état était des plus alarmants, le

pouls mauvais, les extrémités refroidies. Dans la région du flanc droit, on percevait une volumineuse collection. C'est en avant dans le flanc, bien plus que dans la fosse lombaire, que la palpation était douloureuse et faisait sentir l'existence d'un épanchement. Le blessé avait uriné du sang immédiatement après l'accident, et depuis, à plusieurs reprises encore.

L'abondance de ces mictions hémorragiques et les dimensions de l'hématome pararénal ne nous incitaient pas à l'intervention, nous avions vu guérir deux contusions graves du rein l'une, pendant notre internat, que M. Rochet avait traitée par l'abstention ; l'autre, pour laquelle nous avions refusé d'intervenir. Il semble bien que l'abstention opératoire immédiate doit être en effet la règle dans les premières heures qui suivent un traumatisme rénal, lorsque le péritoine n'est pas ouvert, et dans ce cas, rien ne donnait à penser qu'il fût intéressé. Mais la gravité de l'état général, et le fait qu'elle allait en augmentant, le mauvais état du pouls, le refroidissement des extrémités, nous conduisirent à décider l'opération. Une incision lombaire coudée mena dans la loge rénale, remplie de sang, de laquelle fut extrait facilement le rein que voici, complètement séparé en deux fragments, l'un supérieur volumineux, l'autre inférieur amoindri ; après quelques hésitations sur l'opportunité de suturer et de conserver ce rein ainsi divisé, nous pratiquâmes une néphrectomie. Le pédicule rénal fut lié et la plaie lombaire en grande partie fermée, moins un orifice laissé pour le passage d'une compresse de gaze. A la suite de cette intervention, le pouls remonta immédiatement, et ultérieurement la guérison de ce malade, soigné dans le service de M. Tixier, se fit sans incident. Ses antécédents urinaires se réduisaient d'ailleurs, avant cet accident, à une blennorrhagie simple et le rein du côté sain paraît actuellement suffire à sa double tâche.

Aurait-il été possible de pratiquer dans ce cas une intervention conservatrice et de garder au moins partiellement le rein lésé? La gravité de l'état du blessé nous a conduit à pratiquer l'opération la plus expéditive. D'autre part, la lésion du rein en elle-même était assez complexe pour rendre malaisée la conservation de l'organe. Une néphrectomie partielle, enlevant un des deux fragments du rein complètement séparés, n'aurait pas été satisfaisante, car les deux fragments saignaient abondamment et présentaient chacun un important volume. Le filet de Mar-

cille n'aurait pas été, je crois, suffisant pour serrer assez les deux tranches de division l'une contre l'autre et en faire l'hémostase. Restait la suture. Nous rappelons qu'elle a été faite avec succès dans des lésions en apparence aussi graves que celles-ci, ainsi Philippe (de Liège) (1) a suturé heureusement un rein complètement divisé chez un enfant. Frédet a présenté l'an dernier, à la Société de Chirurgie de Paris, une rupture traumatique du rein, extrêmement complexe, guérie par la suture. Il est vrai que le blessé mit trois mois à guérir et que l'examen séparé de l'urine des deux reins permit de constater que l'organe séparé sécrétait une quantité d'urine sept fois inférieure à celle du rein indemne ; mais un tel résultat devait être cependant considéré comme précieux chez le malade dont il s'agissait, cardiaque et albuminurique, pour qui une néphrectomie eût été particulièrement grave.

Cependant, les deux cas précités ne paraissent pas avoir présenté une gravité immédiatement aussi grande que le nôtre. Le malade de Philippe ne fut opéré que le lendemain de l'accident, celui de Frédet, opéré cinq heures après, n'était pas dans une situation alarmante. On peut voir, en outre, que le trait de division principal de la pièce que voici intéresse la région du hile rendant la lésion particulièrement grave et difficile à réparer.

M. Rochet. — Le cas que vient de nous présenter M. Laroyenne est très intéressant ; il n'y avait pas d'autre conduite à tenir que celle qu'il a tenue dans ce cas de division du rein en deux ou trois parties par le traumatisme. Il est certain que les opérations conservatrices qui ont été tentées ont été plutôt des curiosités opératoires, que des résultats à chercher de propos délibéré. On a même signalé certains cas où on a tenté la suture pour des divisions moins complètes que celle dont il s'agit dans le cas de M. Laroyenne et on a eu des fistules urinaires persistantes qui ont nécessité plus tard la néphrectomie secondaire ; lorsque le bassinet est ouvert les sutures sont difficiles, et on peut avoir des complications ultérieures. M. Laroyenne a agi très sagement et, le cas échéant, je ferais de même. Je ne me suis jamais trouvé en présence d'un cas aussi grave de déchirure du rein ; plusieurs fois je me suis abstenu ; quand je suis intervenu, c'est moins l'hématurie proprement dite qui m'a fait intervenir, que la collection sanguine qui augmentait autour du rein, qui

(1) *Archives Provinciales de Chirurgie*, 1900.

formait tumeur et qui indiquait que le rein continuait à saigner. Cette hémorragie péri-rénale constitue une des meilleures indications opératoires dans ces cas-là.

***

RÉSULTAT D'UNE OPÉRATION CONSERVATRICE POUR FIBRO-SARCOME PÉRIOSTIQUE DE L'EXTRÉMITÉ INFÉRIEURE DE LA CUISSE.

M. BÉRARD. — L'observation de la malade que j'ai l'honneur de vous présenter aujourd'hui a déjà été communiquée à la Société le 9 janvier dernier.

Je rappelle brièvement qu'il s'agissait d'une tumeur, du volume d'une tête de nouveau-né, fibro-sarcomateuse, développée sur le périoste de la face antérieure du fémur dans la région sus-condylienne, qui avait envahi largement le triceps et la moitié antérieure de l'articulation du genou. Pour compléter, une large ablation du néoplasme, en ménageant les vaisseaux fémoraux, j'avais pratiqué la résection du genou, et encloué le fémur au tibia.

Aujourd'hui, la guérison opératoire est accomplie, quatre mois après l'intervention, qui date du 20 décembre 1908. La déformation du membre inférieur n'est pas plus considérable qeu dans une résection banale du genou pour tuberculose, malgré le sacrifice du triceps et de toutes les parties molles articulaires. Le raccourcissement total est de 5 centimètres ; la consolidation osseuse a été obtenue en bonne position d'extension, sans déviation du pied. La cicatrice est souple, sans menace de récidive encore dans les plans sous-cutanés, ou dans les ganglions de l'aine.

Le premier pansement avait été fait au trente-cinquième jour, avec une réunion complète de la cicatrice opératoire ; mais, malgré les deux agrafes de Dujarier, qui assuraient la coaptation exacte fémoro-tibiale, ce n'est pas avant le milieu du mois de mars que nous pûmes constater un début de consolidation osseuse ; depuis le 15 février cependant, la malade avait été soumise au traitement par l'iodothyrine, et à la compression élastique de Bier maintenue sur la cuisse quinze à vingt heures par jour.

Ce retard de la consolidation peut s'expliquer peut-être par

la pauvreté en éléments de réparation après l'ablation totale qui avait été faite de parti-pris, du périoste fémoral et de tous les ligaments articulaires. Dans un cas analogue de Schwartz, la consolidation ne s'effectua qu'au bout de cinq mois ; elle avait exigé un traitement post-opératoire minutieux, avec plusieurs séances d'électrolyse.

Cette malade sera suivie avec soin dans l'avenir, car nous sommes encore peu fixés sur la valeur de ces opérations conservatrices pour les tumeurs osseuses du membre inférieur.

*
* *

RÉCIDIVE D'UNE TUMEUR DU MÉSENTÈRE DEUX ANS ET DEMI APRÈS L'EXTIRPATION ; LARGE ENVAHISSEMENT DE LA PAROI ABDOMINALE ; ABLATION.

M. Bérard. — J'ai pratiqué hier matin l'ablation de la grosse tumeur que voici : c'est un myxo-sarcome provenant de la récidive d'une énorme tumeur à tissus multiples du mésentère que j'avais extirpée avec l'assistance de M. Cavaillon, le 30 octobre 1906. La malade vous avait déjà été présentée à la séance du 22 novembre 1906, guérie opératoirement. Je rappelle qu'au cours de cette première intervention, l'arrachement d'une petite collatérale de l'aorte abdominale avait nécessité la ligature temporaire de l'aorte et l'oblitération de la plaie vasculaire par une ligature latérale en bourse ; aucune ectasie de ce vaisseau n'a été constatée depuis, et j'ai pu m'en assurer de visu dans la dernière opération.

Au mois de décembre dernier, cette femme, âgée de 43 ans, avait noté l'apparition dans sa cicatrice abdominale, d'une induration progressive, en même temps qu'elle éprouvait quelques coliques. Peu à peu le ventre augmenta de volume, et quand elle se présenta de nouveau à notre examen, la malade avait une tumeur solide du volume d'une tête d'adulte, infiltrant la paroi abdominale antérieure sur une hauteur de vingt centimètres et sur une largeur de dix à quinze, suivant les points, avec des prolongements lobulés dans la profondeur de la cavité péritonéale. La masse semblait mobile sur la colonne vertébrale. Une circulation collatérale très développée sillonnait les téguments autour de la zone adhérente, il n'y avait

pas de noyau viscéral perceptible à distance, pas d'ascite, pas d'albumine, pas de maigreur cachectique, un peu de tympanisme, des coliques et de la constipation, sans occlusion vraie. Anatomiquement, l'ablation semblait possible, mais il fallait prévoir de sérieuses difficultés pour combler la brèche que l'on serait obligé de créer au péritoine pariétal.

La tumeur fut abordée comme une grosse hernie ombilicale, en se portant d'emblée en péritoine libre; l'incision de la paroi entraîna une hémostase assez laborieuse de tous les sinus veineux qui assuraient la circulation collatérale, notée à travers les téguments. La malade, placée en Trendelenbourg et le péritoine libre protégé par des compresses, il fallut lentement libérer de larges surfaces épiploïques, ainsi que plusieurs anses grêles adhérentes entre elles et avec la tumeur : plusieurs de ces anses étaient fortement coudées, les unes sur les autres, bien que l'on n'eût pas noté dans les jours précédents des accidents d'occlusion menaçante. Ces anses dégagées, il fallut, sur trois d'entre elles, recouvrir par enfouissement des surfaces dépéritonisées, sans qu'il fût nécessaire de réséquer quelque segment intestinal. Le point d'implantation de la tumeur se trouvait à la face inférieure du mésocôlon transverse, sur une ovale de dix centimètres par six environ, dont le clivage sur les plans profonds, très difficile, put néanmoins s'effectuer sans déchirure vasculaire ou intestinale.

Le péritoine asséché, la séreuse pariétale fut attirée au maximum vers la ligne médiane, par de fortes pinces, des sutures au gros catgut adossèrent à la fois muscles et péritoine, vers les extrémités supérieure et inférieure de la plaie. Restait, vers la portion médiane, une brèche de six à huit centimètres de hauteur environ, impossible à combler. Le grand épiploon fut amené à ce niveau au contact de la paroi ; et pour faciliter les adhérences protectrices, en même temps que pour obturer momentanément l'orifice, une longue compresse de gaze fut laissée dans l'abdomen jusqu'au contact de la zone d'implantation profonde de la tumeur.

Je donnerai plus tard à la Société le résultat de cette intervention qui n'a été encore suivie d'aucun incident. La section médiane de la tumeur montre qu'il s'agit d'un myxosarcome très mou, diffluent, qui avait infiltré péritoine, grands droits et

téguments ; en quelques points, l'ulcération de la peau amincie était imminente.

***

MALADIE DE PAGET.

M. Destot présente des pièces anatomiques provenant d'une malade du service de M. Devic, se demandant si elles ne se rapportent pas à un cas de maladie de Paget.

M. Bérard. — J'ai eu l'occasion d'examiner le squelette de deux individus atteints de maladie osseuse de Paget. Les pièces de ces sujets, recueillies par M. Pic, se trouvaient dans la collection de M. le Prof. Poncet, qui nous autorisa, il y a trois ans, à faire des coupes d'un tibia, pour en étudier les modifications de structure. Ces recherches ont été faites avec M. Gallois ; nous avons pratiqué des sections longitudinales minces, qui ont été radiographiées et examinées histologiquement. L'aspect était exactement celui de la pièce présentée aujourd'hui par M. Destot : épaississement énorme du tissu compact diaphysaire, dont les trabécules avaient étouffé presque complètement le canal médullaire, augmentation de densité de l'os, etc.

M. Vincent. — Je me suis occupé autrefois de la maladie de Paget, et il ne me semble pas que ce cas de M. Destot puisse rentrer dans le cadre nosologique ; il faudrait que sa malade eût présenté une hypertrophie de la boîte crânienne, en même temps qu'une hyperostose des membres inférieurs. Son observation rentre plus probablement dans les formes anormales de la syphilis.

M. Aubert. — Je crois qu'il est difficile ou impossible de distinguer la syphilis héréditaire de celle contractée dans l'enfance ; les héréditaires ont une très grande mortalité et, lorsqu'ils ont échappé, ils se comportent comme des tertiaires ordinaires ; les syphilis acquises dans l'enfance restent plus fréquentes précisément à cause de la forte mortalité des syphilis héréditaires ; j'ai fait faire sur ce sujet une thèse très soignée par M. le Dr Roussel, qui arrivait à cette conclusion.

Quant à savoir si la maladie de Paget doit être liée à la syphilis héréditaire ou à la syphilis acquise dans l'enfance, ou même simplement à la syphilis, je crois que c'est une question qui doit être réservée.

Séance du 29 avril 1909

Présidence de M. GANGOLPHE

A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL.

M. VINCENT. — J'ai dit, à propos de la présentation de M. Destot à la fin de la dernière séance, que sa malade ne pouvait être considérée comme atteinte de maladie de Paget, parce que son hyperostose était localisée à un os ou deux de la jambe. Dans la maladie de Paget type, l'hyperostose frappe le squelette entier : les membres inférieurs sont incurvés en genu varum, la colonne est inclinée en avant, le crâne est d'une épaisseur très grande. On est porté à rattacher cette ostéite déformante et hyperostosante à la syphilis ou à un état parasyphilitique.

J'ai décrit la maladie de Paget dans l'*Encyclopédie internationale* d'Ashurst.

Il y a une douzaine d'années, j'ai rencontré un cas d'hyperostose localisée au tibia et que j'ai dû, après élimination de la tuberculose et de toutes les causes habituelles de l'ostéite, rattacher à la syphilis héréditaire. J'ai décrit ce cas sous le nom d' « Ostéomonosyphilome », dans les *Archives d'orthopédie*.

On ne connaît pas encore positivement la pathogénie de la maladie de Paget. Il y aurait lieu de chercher si elle ne serait pas la conséquence d'une altération des glandes à sécrétion interne réglant les phénomènes de nutrition ou de défense contre les toxines. La maladie de Paget pourrait être quelque chose d'analogue au gigantisme et à l'acromégalie qui relèvent de l'hypertrophie ou de la dégénérescence de l'hypophyse.

M. Gangolphe. — A cette occasion je dirai que M. Pic ayant présenté à la Société des sciences médicales des pièces (il y a une dizaines d'années) offrant une grande ressemblance avec l'ostéomyélite gommeuse, il ne m'a pas été possible de les examiner minutieusement. Je le regrette, car j'avais entre les mains à ce moment des lésions d'ostéomyélite gommeuse, et j'aurais pu les comparer et me rendre compte des différences que ces pièces présentaient. Peut-être aurais-je pu obtenir alors une donnée intéressante. Quoi qu'il en soit, sans rejeter l'hypothèse de syphilis, car je n'ai aucun motif de la rejeter, je dois dire tout de suite qu'il y a un caractère général très différent entre les lésions de la maladie de Paget et les lésions d'ostéomyélite gommeuse soit héréditaire, soit acquise.

Dans l'ostéomyélite gommeuse, il n'y a pas de ramollissement du tissu osseux permettant à la colonne vertébrale de subir des modifications tenant à l'action de la pesanteur : s'il y a des déformations, elles sont dues à des ossifications nouvelles, indice du travail de défense qui se fait parallèlement au travail de destruction centrale, mais non pas de déformation par hypertrophie et ramollissement de l'os qui doit exister dans la maladie de Paget, où il semble que le tibia, la colonne vertébrale soient également incurvés. Il y a donc là un caractère général immédiat très important que je tiens à mettre en relief. Le champ est largement ouvert aux recherches et aux discussions, car les renseignements qu'on possède sur ce point ne permettent pas d'avoir une idée bien nette de la pathogénie de la maladie de Paget.

Au point de vue macroscopique, quand on examine un os de la maladie de Paget, on est certainement tenté de dire qu'il s'agit d'une ostéomyélite gommeuse. Voilà l'impression que j'ai eue au cours de cette séance de la Société des sciences médicales. Je prierai donc ceux de nos collègues qui ont des renseignements sur cette question très intéressante et des moins résolues de vouloir bien nous les communiquer.

* * *

ÉNORME ENCHONDROME DE LA FOURCHETTE STERNALE ; RÉSECTION DE LA MOITIÉ SUPÉRIEURE DU STERNUM, DU TIERS INTERNE DES DEUX CLAVICULES ET D'UNE PORTION DES DEUX PREMIÈRES CÔTES ; GUÉRISON.

M. Tixier. – Au nom de M. Gangolphe, bien plus qu'au mien, j'ai l'honneur de vous rapporter un cas tout à fait exceptionnel de tumeur du sternum. Il s'agit d'une malade que notre président a bien voulu faire entrer dans mon service ; il m'a associé ainsi à l'exécution d'une opération qui, grâce à lui, a donné un résultat parfait.

Avant de vous présenter notre opérée, je vous résumerai son histoire clinique et vous exposerai les détails opératoires : ces détails pourraient rétrospectivement trop l'émotionner si elle les entendait elle-même.

Une femme de 39 ans avait toujours joui d'une excellente santé, elle n'avait aucun antécédent pathologique. Il y a trois ans elle vit apparaître au niveau de la partie supérieure du sternum, sur l'articulation sterno-claviculaire droite, une petite tumeur qui atteignit assez vite le volume d'une petite noix. Elle ressentit alors quelques poussées douloureuses dans l'épaule droite et le membre correspondant. Pendant deux ans et demi cette grosseur resta stationnaire et ne gêna que très peu la malade.

Mais brusquement, durant les huit derniers mois, cette tumeur se mit à grossir et atteignit un volume considérable. Débordant en haut sur les côtés du sternum, elle se montrait sous la forme d'un très gros poing d'homme à la partie médiane et supérieure de la cage thoracique.

La malade, préoccupée, montra sa tumeur à plusieurs médecins distingués qui repoussèrent toute intervention. M. Gangolphe, alors consulté, décida qu'une opération était rationnelle et possible et l'envoya dans mon service (fin février 1909).

Elle portait à l'extrémité supérieure du sternum une tumeur dont la face externe présentait la forme d'un poing, lobulée avec des saillies laissant cependant indépendants les tissus superficiels. A son niveau, il n'y avait aucune modification des téguments, la peau était blanche, lisse et glissait très bien sur

la tumeur. La tuméfaction gagnait peu à peu la partie moyenne du sternum et débordait de chaque côté d'une part sur la clavicule, et d'autre part sur les côtes. Il n'y avait aucun signe de compression profonde, pas de compression des vaisseaux, des nerfs, des voies respiratoires. La malade n'a jamais accusé aucun trouble respiratoire.

C'était manifestement une tumeur. Il s'agissait de savoir si c'était une tumeur primitive ou secondaire. Il est évident qu'on avait passé en revue tous les points de départ ordinaires, entre autres le corps thyroïde. A ce point de vue, je ferai remarquer qu'il y avait une petite difficulté. D'abord, dans ses antécédents héréditaires on constatait que le père de la malade avait eu un goitre, et d'autre part une portion saillante de la tumeur, dans le creux sus-sternal, semblait à première vue se continuer avec le corps thyroïde. Mais, en palpant la tumeur avec plus de soin, on pouvait s'assurer que ce prolongement supérieur faisait corps avec la tumeur elle-même.

Il n'y avait pas d'expansion, pas de souffle, le néoplasme n'était pas pulsatile. Par sa consistance rénitente, par sa lobution, la tumeur rappelait les caractères d'un enchondrome.

L'examen clinique, aidé de l'examen radioscopique, ne révélait ancun prolongement dans le médiastin. C'était une notion fausse, car vous pouvez constater sur la pièce ci-jointe qu'en réalité le néoplasme était presque aussi volumineux à la face profonde qu'à la face superficielle du sternum. Cependant, comme cliniquement cette masse profonde ne donnait lieu à aucun accident de compression, il était logique de tenter l'ablation de la tumeur.

La famille fut prévenue des risques considérables d'une semblable intervention : celle-ci fut exécutée le 16 mars 1909.

Voici quel fut le plan opératoire adopté : M. Gangolphe était à droite de la malade ; moi-même à gauche. Une grande incision en H fut rapidement exécutée sur la peau : la branche horizontale supérieure parallèle au manubrium, allant d'un sterno-cléido-mastoïdien à l'autre ; la branche verticale conduite sur la ligne médiane jusqu'à la partie moyenne du sternum ; la branche horizontale inférieure passant au niveau de la troisième côte.

Dès que l'incision horizontale supérieure fut exécutée, M. Gangolphe essaya de passer le doigt à la face profonde du

sternum : il fut immédiatement arrêté par une saillie considérable : pas de doute, il existait un prolongement postérieur. Nous décidâmes de passer outre. Rapidement les insertions inférieures des deux sterno-cléido-mastoïdiens furent sectionnées et une hémostase soignée des veines cervicales inférieures exécutée. Se portant alors franchement en dehors, sur la clavicule droite, M. Gangolphe sectionna l'os, puis la première côte et la deuxième à deux travers de doigt au moins de leur insertion sternale. On souleva aussi un peu le sternum, ce qui détermina une hémorragie de la mammaire interne droite : ligature rapide.

Alors, moi-même me trouvant à gauche, je pus plus facilement que M. Gangolphe sectionner en travers, en tissu sain, le sternum, et, agissant de bas en haut, couper dans leur portion cartilagineuse la deuxième et la première côte gauche. Arrivé sur la clavicule, je la sectionnais rapidement.

A ce moment. M. Gangolphe soulevant de bas en haut le couvercle sternal, je pus trouver un plan de clivage assez net au-dessous du triangulaire envahi, ou plutôt refoulé par la tumeur. Décollant lentement au doigt, au ciseau courbe fermé, je refoulai en arrière les plèvres, la partie toute supérieure du péricarde. Sans aucune hémorragie sérieuse, la tumeur fut ainsi détachée des viscères voisins. Les plèvres furent absolument respectées; dans le tissu lâche sous-pleural se formaient par places des bulles gazeuses impressionnantes par la crainte que l'on avait de voir cet air créer brusquement un pneumothorax. Enfin, quarante-cinq à cinquante minutes après le début de l'opération, cette grosse tumeur était dans nos mains.

Il était réellement intéressant de voir alors sous l'influence des mouvements respiratoires les deux poumons se soulever hors de la poitrine, les gros vaisseaux de la base du cœur se percevaient nettement par transparence sous un mince voile de tissu cellulaire lâche.

Rapidement, les lambeaux cutanés furent rabattus sur cette brèche énorme ; la branche horizontale supérieure et la branche verticale de notre H cutané furent soigneusement suturées. Par la branche transversale inférieure, simplement rapportée par quelques points de suture, sortaient deux drains.

placés verticalement de chaque côté, parallèlement aux mammaires internes.

L'opération fut remarquablement bien supportée : le pouls était rapide, mais fort et bien frappé ; la respiration précipitée avec un peu de cyanose de la face. Le réveil fut calme. Le soir la malade allait bien.

Mais dès le lendemain matin des accidents redoutables se manifestèrent. Température 38°,9, pouls 160, respiration 50, je crus que le jour même la malade allait succomber. On fit de la révulsion sur le thorax en arrière ; on administra des cardiaques, des toniques, etc. La situation fut la même le 18 mars ; mais déjà le pouls était meilleur (130), et une expectoration muco-purulente, ajoutée à la constatation d'un gros souffle à la base gauche, avec matité étendue, me permit d'affirmer l'existence d'une congestion pulmonaire intense. Le pansement était intact, non souillé.

Les jours suivants l'état devint satisfaisant, et dès le 21 mars on pouvait considérer la partie comme gagnée.

Au premier pansement, exécuté le 24 mars, je pus constater que pas un seul point de suture de la peau n'était même enflammé, pas une seule goutte de pus. Mais, par contre, en débouchant les drains, en faisant bailler la lèvre inférieure de la plaie, je fis écouler une quantité considérable de liquide jaunâtre, filant, muqueux, ressemblant à de la lymphe.

Et ce phénomène curieux dura plus d'une semaine, pendant laquelle chaque jour il s'écoula la valeur certainement d'un grand verre de cet exsudat lymphatique. Nous n'avions vu durant l'opération aucune béance de vaisseau lymphatique chirurgicalement ouvert ; aussi je crois qu'il s'agissait d'une simple exsudation lymphatique du tissu cellulaire rétro-sternal sous-pleural.

Voici, Messieurs, cette malade ; elle est guérie et va quitter mon service. Sous ce couvercle cutané, parfaitement continu et résistant, on perçoit les battements des gros vaisseaux et l'expansion respiratoire. Mais aucune fonction n'est gênée ; il est même remarquable de constater que les mouvements du cou et des bras se font aisément. Et les deux sterno ont été sectionnés dans la plus grande partie de leur insertion inférieure et les deux clavicules ont été coupées au niveau de leur tiers interne. Avec ces deux clavicules ballantes, la malade

peut mettre les deux bras simultanément sur la tête, elle se coiffe toute seule. Elle dit même qu'elle exécute plus facilement ces mouvements qu'avant l'opération. J'avais, en effet, constaté que l'abduction et l'élévation du bras droit surtout se faisaient avec peine ; je l'avais expliqué par l'envahissement de l'articulation sterno-claviculaire droite. Cette explication est confirmée par l'examen de la pièce.

Celle-ci, comme vous le voyez, représente non pas un gros poing d'homme, mais en réalité les deux poings d'un solide lutteur. Un poing adhérent à la face antérieure du sternum ; un poing appendu à sa face profonde. La tumeur est mollasse, rénitente, presque translucide ; c'est un enchondrome, mais un enchondrome en évolution maligne, ainsi que nous l'apprend cette note histologique exécutée dans le laboratoire du professeur Paviot.

Il s'agit, Messieurs, d'une pièce rare et d'un cas clinique exceptionnellement traité avec succès par l'ablation. Dans les ouvrages classiques, les cas de grosses tumeurs enlevées avec succès du sternum se comptent ; ils sont beaucoup moins fréquents que les cas de tumeurs des côtes. On a préconisé, pour pratiquer l'ablation de ces tumeurs, les mêmes procédés que pour toute intervention intra-thoracique, procédés ayant tous pour but d'éviter la création chirurgicale du pneumothorax. Il me semble inutile de vous les rappeler ici.

M. Gangolphe a déjà eu l'occasion de vous présenter un malade auquel il avait enlevé un énorme enchondrome de la cage thoracique ; ce cas ne déparera pas cette série heureuse.

Je dois vous signaler, sans savoir quelle circonstance particulière il faut y attacher, que, pendant près de quinze jours après son opération, ma malade a été atteinte d'un urticaire confluent et presque généralisé.

Enfin, une dernière question mériterait d'être discutée. Pour renforcer ce sternum cutané qui, seul, obture la brèche thoracique, y a-t-il lieu de parler de prothèse métallique ou autre enfouie dans les tissus ? Or, la malade ne présente aucun trouble de compression profonde ; les tissus cicatriciels sont durs et résistants ; tous les mouvements s'exécutent sans peine ; c'est donc seulement pour la mettre à l'abri des heurts extérieurs qu'il faudrait lui cuirasser la poitrine. Les femmes sont habituées à se corseter si étroitement aujourd'hui, qu'il semble

qu'un très grand corset, montant aussi haut qu'ils ont l'habitude de descendre bas, lui suffirait parfaitement.

M. Vincent. — Les opérateurs qui ont conduit si brillamment cette délicate opération méritent les plus grands éloges. Touchant l'opportunité d'un appareil de prothèse remplaçant le sternum, je crois que c'est chose inutile. Je connais une jeune fille qui est venue au monde avec une absence de sternum et qui se passe parfaitement de toute prothèse, un corset ordinaire lui suffit.

M. Destot. — Il existe à Vaise un professeur de natation tout à fait remarquable, qui reste deux minutes et demie sous l'eau, qui gagne des prix de natation et pratique toute espèce de nage. Il n'a cependant point de sternum et il lui manque trois côtes du côté droit, ce qui vient bien à l'appui de ce que viennent de dire MM. Tixier et Vincent. Lorsque ce nageur veut rester sous l'eau, il se produit une poche, une espèce de hernie remarquable dans laquelle il aspire une grande quantité d'air. Je l'ai radiographié, il y a quelques années, et M. Devic l'a minutieusement observé : on peut sentir par sa brèche les oreillettes et l'aorte, on voit très bien battre son cœur sous l'épaisseur de la peau. Lorsqu'on lui fait écarter les bras, on aperçoit le grand et le petit pectoral se tendre. Etant donnés les exercices d'acrobatie auxquels se livre cet homme, on peut dire qu'il est facile de se passer de sternum.

M. Gangolphe. — Je n'ai rien à ajouter à ce qui a été dit par M. Tixier, je le remercie des éloges qu'il a bien voulu m'adresser ; je lui en retourne une bonne part, car il faut attribuer le résultat obtenu autant à son habileté qu'aux soins qu'il a prodigués à la malade. Il est incontestable que le moindre accident opératoire aurait eu des conséquences formidables.

Lorsque je vis cette malade à mon cabinet, elle me rappela un cas de chondrome énorme de la paroi thoracique que j'avais vu et opéré heureusement. Je n'hésitai pas à proposer une intervention, tout en prévenant la famille de ce qui pouvait arriver ; en pareil cas, on est à la merci d'un incident opératoire. Dans le cas actuel, les suites ont prouvé que nous avons eu raison d'intervenir de cette manière. Quant au résultat éloigné, quel sera-t-il ? Il faut espérer qu'il sera bon et que nous lui aurons réellement sauvé la vie, car celle-ci était compromise à bref délai.

Ce fait vient s'ajouter à ceux sur lesquels j'ai appelé l'attention ; il faut agir pour les tumeurs osseuses, agir d'une façon conservatrice tout en ayant la main lourde.

Relativement à la protection de la partie supérieure du thorax, je crois qu'il suffira de conseiller à la malade de mettre deux ou trois épaisseurs de flanelle sur la peau et de ne pas trop aller dans la foule. A part cela,

je crois qu'il n'y a aucun danger et il serait complètement inutile de vouloir faire une prothèse.

***

QUELQUES CAS DE PLOMBAGE.

M. Durand. — Notre Société s'occupe beaucoup cette année du plombage par le mélange de Mosetig des cavités osseuses et articulaires; je désire vous présenter trois observations relatives à des lésions un peu spéciales.

Voici d'abord une jeune fille de 17 ans, entrée dans mon service le 5 mars. Un mois auparavant, elle avait subi une piqûre avec un fil de fer à la phalangette du pouce gauche; consécutivement il s'était développé un panari profond.

Le panari s'ouvrit spontanément au bout de quinze jours près du bord externe de l'ongle; son médecin agrandit cet orifice insuffisant.

Elle entra le 5 dans mon service, présentant une tuméfaction assez considérable de la phalangette; l'inflammation aiguë avait cessé, il n'y avait plus de rougeur.

Sur le bord externe se voyait une petite fistule purulente; le stylet introduit dans cet orifice arrivait de suite sur un os dénudé.

Je l'opérai le 6 : anesthésie générale au chlorure d'éthyle; débridement de la fistule; d'un coup de curette j'extirpe le séquestre. Nettoyage soigneux de la cavité, thermocautérisation, tamponnement hémostatique.

Le 12 mars, plombage avec le mélange de Mosetig.

L'examen du séquestre et la radiographie du doigt montrent que la nécrose avait atteint la plus grande partie de la phalangette, mais avait pourtant laissé intact le plateau articulaire, de sorte que l'articulation restait saine.

Le 1er avril, vingt-quatre jours après l'opération, la guérison était complète.

Dans ce cas, comme d'ailleurs dans tous ceux que j'ai observés, le mélange a agi comme pansement interne et s'est peu à peu éliminé sans que la plaie ait donné lieu à une véritable suppuration.

Il s'agit là, sans doute, d'une bien petite lésion, mais elle

m'a paru intéressante à cause de la perfection du résultat anatomique et fonctionnel et de la rapidité de la guérison.

Vous pouvez constater que la phalange, restée un peu grosse, n'est pas déformée ; la cicatrice, toute petite, est superficielle et non déprimée ; ce n'est pas ainsi que se présentent les panaris osseux guéris après par les moyens ordinaires, après l'ablation des séquestres. Vous voyez de même que les mouvements sont parfaits : cela tient, sans doute, à la conservation providentielle d'un petit couvercle osseux sain protégeant l'articulation, mais aussi, je pense, à la rapidité de la guérison.

J'insiste sur le fait que j'ai plombé non une cavité osseuse ou articulaire, mais une cavité périostique, des parties molles par conséquent.

J'aurais voulu vous présenter aussi un homme à l'observation duquel j'ai déjà fait allusion ici : il s'agit d'un homme de 51 ans, sans aucun antécédent, et qui, depuis quatre ans, a présenté les signes d'une ostéo-arthrite tuberculeuse de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil.

Peu après, il y eut un abcès ouvert spontanément, fistule. Désarticulation du gros orteil en décembre 1906, puis récidive dans le moignon.

Il entra dans mon service en novembre 1908, dans un très mauvais état général, avec une lésion tuberculeuse d'un doigt, que j'ai, depuis, amputé, et une tuberculose pulmonaire au début, qui paraissait devoir évoluer rapidement.

Sur le gros orteil, on voyait une large fistule à l'extrémité du moignon de désarticulation, suppuration abondante, bourgeons tuberculeux de mauvais aspect.

Le 11 novembre, opération ; je constate une tuberculisation large de l'extrémité du moignon, en rapport avec un abcès sous-périostique de la face inférieure du premier métatarsien ; cet abcès arrivait jusqu'au voisinage de l'articulation de Lisfranc.

Ablation des parties molles tuberculisées ; résection de la plus grande partie du premier métatarsien sans entrer dans l'articulation de Lisfranc, curettage soigneux, thermocautérisation. Contrairement à mon habitude, je fis un plombage immédiat. Pas d'incident. Pansement de propreté et de surveillance toutes les trois semaines environ. Le 18 février, il reste une fistulette insignifiante et très propre.

Le 15 mars, fermeture de la fistule.

Actuellement, la guérison est parfaite, le moignon est bon, résistant, plus épais et mieux matelassé que ceux donnés en général par les désarticulations du premier métatarsien. On sait, en effet, que cette opération donne, par suppression du du talon antéro-interne, d'assez piètres résultats fonctionnels. Ici, le point d'appui est assez bien conservé, la marche facile.

J'aurais voulu vous montrer cet homme, je n'ai pu le faire descendre, car son état général est devenu très mauvais.

Comme dans le cas précédent, il s'agit là d'un excellent résultat obtenu par plombage *des parties molles* d'une cavité périostique.

Ici, le résultat est encore plus satisfaisant, car il s'agit non d'un point d'ostéite localisé, évoluant chez une jeune fille, mais de tuberculose chez un homme de 51 ans, atteint de lésion bacillaire d'un doigt et de tuberculose pulmonaire bilatérale en évolution.

Par le plombage des parties molles j'ai donc obtenu ici deux résultats fort satisfaisants.

Je vais maintenant vous en présenter un troisième cas, celui-ci moins heureux que les précédents, et je regrette même de l'avoir fait, parce que j'aurais pu obtenir, je crois, en opérant d'une autre façon, un meilleur résultat. Il s'agit d'un malade dont j'ai rapporté l'observation le jour même où je l'ai opéré ; c'est un jeune homme qui avait subi une luxation du corps de l'astragale, énucléée en arrière et en dedans à la suite d'une chute. J'étais intervenu immédiatement. Bien entendu, j'avais réséqué le corps irréductible de l'astragale et aussi la tête restée en place de cet os ; j'avais mis une mèche dans sa cavité articulaire, me proposant de plomber et d'étudier le résultat du mélange de Mosetig en tissus sains. Je crois que cette indication est à rejeter, car, opéré le 21 janvier et plombé le 29, ce jeune homme n'a été guéri qu'au commencement d'avril, c'est-à-dire au bout de deux mois. Si je m'en étais tenu à la méthode ordinaire, en laissant en arrière un tout petit drain, j'aurais, je pense, eu une guérison plus rapide et peut-être meilleure, car les résultats ne sont pas très brillants : le malade n'a que des mouvements assez restreints, et je me de-

mande si, ne l'ayant pas plombé, je n'aurais pas obtenu une mobilité plus grande.

Le résultat, comme vous le voyez, est satisfaisant au point de vue local, mais je crois que la méthode de Mosetig ne doit pas être employée dans des articulations saines, simplement traumatisées ; aussi suis-je bien décidé à l'abandonner pour revenir à l'ancienne méthode.

M. Bérard. — Depuis les dernières communications que nous avons faites avec M. Thévenot, en 1908, sur la méthode de Mosetig, je me suis appliqué surtout à en régler la technique pour l'oblitération des cavités osseuses ou articulaires dans les lésions tuberculeuses. En procédant toujours en deux temps, avec un intervalle de quarante-huit heures entre l'évidement osseux ou la résection articulaire et l'obturation, j'ai obtenu presque constamment chez l'adolescent et chez l'adulte des résultats aussi encourageants que ceux présentés ici par MM. Vignard et Nové-Josserand chez l'enfant.

Parmi les quinze malades que j'ai opérés dans ces conditions, depuis le mois d'octobre 1908, se trouvaient des sujets de tous les âges, entre 13 ét 60 ans. Sauf pour le genou, j'ai utilisé le plombage ou le pansement Mosetig pour la plupart des résections articulaires, y compris une sacro-coxalgie. J'ai traité deux cas d'ostéomyélite bacillaire des grands os chez l'adulte (tibia et cubitus) et deux nouveaux cas de trochantérite térébrante avec séquestre en grelot. Tous ces malades sont en bonne voie de guérison ou déjà guéris ; dans une prochaine séance je vous présenterai tous ceux qui voudront bien répondre à mon appel. Chez une jeune fille de 14 ans, j'ai pu, grâce au Mosetig, réséquer dans la même séance opératoire deux lésions du pied (spina ventosa avec envahissement articulaire), une tumeur blanche du poignet, et éviter un vaste foyer d'ostéomyélite bacillaire dans la diaphyse tibiale ; si cette enfant avait été soumise aux pansements habituels, répétés, douloureux, avec des infections secondaires presque fatales, je doute qu'elle eût pu faire les frais de telles cicatrisations.

En somme, la méthode de Mosetig me semble aujourd'hui avoir fait ses preuves pour toutes les lésions osseuses et articulaires subaiguës ou chroniques, et à tous les âges. C'est un complément des plus heureux aux grandes règles posées par Ollier, qui eût certainement accepté cette technique et en aurait tiré un merveilleux parti.

M. Durand. — J'ai employé la méthode de Mosetig dans un grand nombre de cas : 1° pour obturer des cavités osseuses consécutives à des ostéo-myélites infectieuses ordinaires, post-typhiques ou consécutives à des fractures ; 2° pour remplir des cavités articulaires après résection

pour tuberculose ou arthrite infectieuse au coude, au poignet, à l'épaule, à la tibio-tarsienne, etc.

Je n'ai pas voulu faire une étude générale des cas de plombage, mais seulement vous présenter trois cas particuliers dans lesquels il s'agissait, dans deux observations, de plombage des parties molles, et dans l'autre d'une articulation saine simplement traumatisée. J'ai tenu à vous montrer ces plombages dans les parties molles parce que M. Vignard avait dit que dans ce cas les résultats étaient peu satisfaisants. Mes deux observations montrent qu'on peut avoir de très bons résultats.

J'ai tenu, par contre, à vous montrer que la méthode de Mosetig ne m'a pas réussi dans un cas de résection pour traumatisme tibio-tarsien.

Dans les ostéites, on sait depuis longtemps que cette méthode est très utile et nous savons tous que le plombage des articulations réséquées pour tuberculose constitue, pour ne pas dire plus, un merveilleux moyen de pansement qui simplifie et facilite énormément le traitement post-opératoire de ces résections.

M. Bérard. — Je ne conçois pas une égale utilité de la méthode Mosetig pour l'oblitération de cavités naturelles ou de cavités pathologiques limitées aux parties molles ; un tamponnement ordinaire à la gaze permet de sauvegarder les contours extérieurs de la région en surveillant les lésions de près. Si c'est comme éléments de prothèse interne durable qu'est alors utilisé le mélange iodoformé, sa résorption assez rapide et son élimination partielle ne donnent peut-être pas des garanties suffisantes : mieux vaut alors la paraffine. Avant-hier, j'ai opéré, avec M. Tellier, un kyste du maxillaire supérieur développé presque complètement sous le périoste de la mâchoire ; après ablation de la paroi et de quelques lamelles osseuses qui la doublaient, j'ai simplement établi un tamponnement à la gaze oxygénée, que l'on renouvellera tous les deux ou trois jours, en ramenant ainsi peu à peu la joue à ses contours normaux, sans crainte d'infections secondaires. En plombant cette cavité, la durée de la cicatrisation serait certainement allongée sans profit.

M. Gayet. — Je trouve que, à propos de son dernier malade, M. Durand a été trop sévère pour lui-même en ne considérant pas comme satisfaisant le résultat qu'il a obtenu. Je suis tout à fait de son avis lorsqu'il dit que faire du Mosetig dans ces cas traumatiques, est inutile : comme je l'ai montré pour une malade et comme je le montrerai pour un autre que j'ai opéré il y a six semaines. On arrive au même résultat et peut être plus rapidement par le pansement ordinaire.

***

SPONDYLOSE CHRONIQUE.

M. Gayet. — J'ai en ce moment, en traitement dans mon service de la Croix-Rousse, un malade qui m'a paru digne de vous être présenté, en raison d'une lésion vertébrale relativement rare, bien qu'elle commence à être aujourd'hui bien connue. Il s'agit d'une spondylose chronique. Voici l'observation :

Homme de 29 ans, sans antécédents héréditaires. A l'âge de 1 an, il eut une affection de la hanche qui s'est traduite par de la suppuration et de la fièvre, et dont il a gardé une claudication. Actuellement, on trouve tous les signes d'un déplacement de la tête fémorale ; la radiographie a confirmé qu'il s'agissait bien d'une luxation vraie. Il semble donc bien que cette affection infantile ait été une arthrite infectieuse suivie de luxation pathologique.

A 15 ans, blennorrhagie ayant duré quatre mois et s'étant accompagnée d'une orchite.

A 25 ans, il s'est marié. Déjà à cette époque il avait ressenti quelques douleurs de sciatique ; mais c'est surtout depuis cette époque de sa vie qu'il a commencé à présenter les symptômes de la maladie actuelle. Il habitait alors un logement humide et je souligne cette cause souvent rapportée dans les observations de spondylose. Le papier des murs, dit-il, tombait en lambeau et le bois de son lit moisissait.

Peu à peu, il a éprouvé de la difficulté à se redresser après avoir travaillé de son métier de tailleur. Il vit plusieurs médecins qui parlèrent de mal de Pott. Il a présenté entre temps quelques lésions articulaires au niveau du genou, et actuellement le malade souffre dans sa hanche autrefois malade, mais pas dans l'autre, non plus que dans les épaules.

Actuellement, vous pouvez voir que cet homme a la colonne vertébrale entièrement soudée ; si on lui commande de ramasser quelque chose à terre, il s'incline tout d'une pièce, sans qu'aucune de ses articulations vertébrales entre en action. Veut-on lui imprimer de force des mouvements, on provoque une vive douleur, mais on n'obtient aucune mobilité. A la percussion on ne réveille aucune douleur, mais il en existe de spontanées, surtout lombaires.

Enfin, l'attitude en cyphose, le menton sur la poitrine, est caractéristique.

Ainsi, un homme encore jeune, qui a eu une blennorrhagie il y a vingt ans, sans antécédents tuberculeux ou syphilitiques, ayant seulement présenté dans l'enfance une lésion aiguë de la hanche, terminée par luxation de la tête fémorale, est atteint depuis plusieurs années d'une affection de son rachis ayant débuté par des douleurs lombaires et envahissant progressivement toute la colonne vertébrale pour la transformer en une tige soudée et incurvée régulièrement en avant.

Il ne s'agit évidemment pas d'un mal de Pott ; les douleurs sont variables comme siège, ne correspondent évidemment pas à un foyer tuberculeux ; la cyphose est à grande courbure régulière, sans gibbosité. Aucun point n'est douloureux à la percussion, aucun signe d'abcès ou de troubles nerveux. L'état général est parfaitement conservé.

On pourrait parler de rhumatisme chronique. Mais le malade est encore bien jeune ; il a eu des douleurs dans le genou, mais sans aucune déformation, les extrémités sont intactes.

Il s'agit, à notre avis, de cette affection étudiée par P. Marie, signalée maintes fois depuis, notamment à Lyon par M. Poncet, par M. Pic, etc., et connue sous le nom de spondylose. On ajoute habituellement à cette dénomination le qualificatif de rhizomélique, qui rappelle que dans cette maladie, aux lésions vertébrales, viennent d'ordinaire s'ajouter des troubles articulaires de la racine des membres, épaules et hanches. Chez notre malade la maladie ancienne de l'articulation coxo-fémorale vient entraver l'étude de ces articulations ; elles ne semblent cependant pas prises. Aussi, je n'affirme pas que ce malade est atteint de spondylose rhizomélique. Peut-être cependant la maladie est-elle encore dans une période peu avancée et gagnera-t-elle ultérieurement ces grosses jointures de la racine du membre. En attendant, nous ne parlerons que de spondylose chronique.

Au point de vue traitement, ce malade a déjà essayé bien des choses. Nous ne connaissons pas encore de thérapeutique réellement efficace contre cette affection. Tenant compte cependant des quelques succès obtenus par d'autres, nous essayerons du massage qui a déjà amené une très légère amélioration. Puis nous lui donnerons de l'acide phosphorique, qui a réussi au moins une fois, entre les mains de Claisse. Mais nous ne nous faisons pas grande illusion et il est à craindre que la ma-

ladie continue son évolution insidieuse et n'aboutisse, comme d'ordinaire, à plus ou moins longue échéance, à la cachexie finale.

Un mot enfin, sur la pathogénie. On pourrait discuter, à propos de ce malade, l'hypothèse d'une origine tuberculeuse, soutenue pour cette affection par M. Poncet et ses élèves ; cependant, je ne trouve pas de traces d'antécédents tuberculeux et je ne suis pas d'avis que l'ancienne affection de la hanche ait été une coxalgie suppurée. Cependant la réserve s'impose à cet égard. Je signalerai simplement que notre observation mentionne les deux causes presque constamment rencontrées dans la genèse de la spondylose : blennorrhagie et humidité de l'habitation.

*
* *

NOUVELLE AIGUILLE A SUTURE A MANCHE ÉVIDÉ.

M. Bauffre, étudiant vétérinaire. — Les aiguilles à suture habituelles, employées en médecine vétérinaire, ou en chirurgie humaine, ne sont pas rigoureusement aseptiques.

L'aiguille de Reverdin, ou l'aiguille de Moy, par exemple, nécessitent toutes deux, au cours d'une opération, la présence d'un aide chargé de passer dans l'échancrure réservée à cet effet les portions de soie ou de catgut coupées d'avance.

L'aiguille de Reverdin, en outre, manque de solidité et est, grâce à sa tige intérieure, difficile à construire.

Quant aux aiguilles à manche ne présentant qu'un simple chas, elles nécessitent l'emploi de brins de fil assez longs pour que l'aiguille ne se défile pas, quand on la plonge dans les lèvres de la plaie. Si, d'un autre côté, l'opérateur ne veut pas que les deux extrémités de son fil flottent sur la plaie ou sur ses bords, il lui est nécessaire de les tenir dans sa main, ce qui est loin d'être aseptique.

Certains praticiens, vétérinaires ou médecins, ont songé à modifier ceci, par l'emploi de bobines placées à l'intérieur ou à l'extérieur d'un manche, mais ici encore l'un des chefs flotte sur la plaie où doit être tenu dans la main.

Ce sont tous ces inconvénients que j'ai voulu supprimer.

Supposant alors que l'instrument admis en art vétérinaire pourrait rendre quelques services à la chirurgie humaine, j'ai

l'honneur de présenter à la Société de chirurgie une aiguille à suture présentant à son intérieur un tube de verre contenant lui-même de la soie ou du catgut phéniqués.

La figure ci-jointe montre les diverses parties de l'instrument :

En 1 se trouve représentée l'aiguille emmanchée vue de dessus, toute montée avec son fil, le couvercle ayant été enlevé ; on y aperçoit le corps de l'instrument 4, le tube 5 et l'aiguille dont l'extrémité est représentée en 6. Le corps forme boîtier ; il contient le tube et l'aiguille, quand elle ne sert plus, permettant ainsi le transport facile de l'instrument ; l'aiguille, en outre, ne peut se briser et l'opérateur ne risque pas de se blesser.

Fermé à ses deux extrémités, le boîtier présente à sa partie antérieure une portion aplatie, nettement séparée du reste, recevant le talon de l'aiguille proprement dite. De sa portion moyenne s'élève un tenon 11, servant de pivot à celle-ci. Une échancrure 17 livre passage au fil, quelles que soient les positions de l'aiguille.

Celle-ci comprend un talon circulaire muni sur chaque face de trois petites cavités 10, recevant de petits boutons métalliques 9, placés sur la partie inférieure du couvercle et servant à la maintenir dans toutes ses positions. Sa portion antérieure, représentée en 6 et 3, porte un chas 3 fraisé sur les deux faces de l'aiguille et livrant passage au fil. En dessus, une encoche 1 taillée en V, oblique d'avant en arrière, puis dans la direction même de l'aiguille, vient pincer l'extrémité libre du fil, l'empêchant ainsi de flotter sur la plaie.

C'est là le point fondamental et nouveau de l'instrument

Suivant les besoins, cette encoche pourra être diminuée ou augmentée, être placée sur l'une quelconque des faces de l'aiguille ou sur ses bords, quand l'aiguille devra être très fine, ou courbée sur plat au lieu de l'être sur champ, comme elle l'est sur ce dessin.

En 7, d'ailleurs se trouve représentée la partie antérieure d'une aiguille courbée sur plat, et sur laquelle l'encoche 1 et le chas 3 ont été réunis, formant ainsi une sorte de virgule. Un mouvement du poignet de gauche à droite et d'avant en arrière fixe la soie dans l'encoche, aussi facilement que dans l'aiguille précédente.

En 3, nous voyons l'aiguille montée et fermée, vue latérale-

ment. Une coupe simulée du manche montre la structure interne de l'appareil, et la position de l'aiguille lorsque, au cours d'une opération, on peut être amené à faire la suture à gauche.

La partie antérieure du couvercle 2, correspondant à la partie

aplatie du boîtier, présente inférieurement deux boutons 9 que nous retrouvons en 4 où le dessus de l'instrument est vu de profil.

Ce sont les deux boutons qui doivent pénétrer dans les cavités 10 du talon de l'aiguille. Un trou circulaire 12 creusé en son milieu, reçoit le tenon 11 du manche. Sur sa partie supérieure, comme il est figuré en 5 (représentant l'aiguille fermée vue de dessus), et en 4 (qui n'est qu'une vue de profil du couvercle), on constate la présence d'une tige mobile 13, munie d'un bouton circulaire 15, pouvant se déplacer d'avant en arrière sur un tenon 14, permettant de fixer en même temps le couvercle et l'aiguille sur le boîtier. Cette partie est également démontable.

L'aiguille peut, en outre, être placée à 90° à droite et à gauche pour la suture à angle droit (5). Ces dernières positions peuvent être données à l'aiguille au cours même d'une opération, sans qu'il soit nécessaire pour cela de démonter l'instrument, ce qui a son avantage, car de cette façon l'asepsie de l'instrument est conservée.

Manuel opératoire. — Pour mieux faire comprendre le principe de l'appareil, supposons que nous ayons à faire une suture.

L'aiguille est chargée, autrement dit, le fil contenu dans le tube a passé dans l'échancrure qui lui est réservée sur le manche, puis dans le chas. Il en reste une certaine quantité qui est fixée par simple pression dans l'échancrure antérieure de l'aiguille.

Il est bon de faire remarquer, à ce sujet, que le fil reste tendu, même quand il n'en dépasse en avant qu'un centimètre. Ceci, d'ailleurs a son avantage, car, lorsque l'aiguille a traversé la plaie, on n'a plus à chercher avec la pince quelle portion du fil il faut tirer, ce qui se produit généralement avec les aiguilles actuelles.

Nous supposerons que l'aiguille a été aseptisée préalablement à l'étuve. Pour opérer, on la tient par le manche de la main droite ; de la main gauche, l'opérateur saisit avec une pince une des lèvres de la plaie, il y fait pénétrer ensuite son aiguille, puis fait de même pour l'autre lèvre.

L'aiguille ayant ainsi traversé complètement, on saisit (toujours avec la pince) l'extrémité du fil qui dépasse, d'un mouvement du poignet droit, de droite à gauche, on enlève le fil du

cran où il était fixé, et l'on retire l'aiguille en arrière, tout en maintenant le fil en avant. Celui-ci se déroule. Quand on juge que la longueur déroulée est suffisante, d'un mouvement du poignet droit inverse du précédent, c'est-à-dire de gauche à droite, on fait rentrer le fil dans l'échancrure. L'aiguille est rechargée ; on coupe le fil à 1 ou 2 centimètres au maximum de l'échancrure, et l'on passe au deuxième point de suture.

Comme on le voit, on ne touche jamais au fil, on n'a pas de difficulté à recharger son aiguille, et on peut ainsi réaliser très rapidement de nombreux points de suture sans fatigue et sans infecter son fil par un contact septique quelconque.

Pour la suture à angle droit, on fait tourner l'aiguille autour de son axe, au besoin même avec la pince seule. On peut ainsi, dans le cours même d'une opération, coudre dans les deux sens.

Pour suturer à gauche, on retourne l'aiguille au préalable ; ici, comme pour le cas précédent, on peut aussi coudre dans la direction du manche.

La suture aseptique et rapide à points séparés faite à la main semble donc être réalisée, le manche étant assez volumineux donne de la force, l'aiguille n'étant pas creuse est en même temps solide.

Le Gérant, Dr Vallas.

Lyon. — Association Typographique, 12, rue de la Barre. — H. Gabrion, directeur.

Séance du 6 mai 1909

Présidence de M. GANGOLPHE

A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL.

MM. DESTOT et GIGNOUX présentent le tibia d'une malade atteinte de maladie de Paget (1).

M. GANGOLPHE se réserve de l'étudier et fera dans une séance ultérieure une communication sur ce sujet.

*
* *

MENSTRUATION ET AMÉNORRHÉE DOULOUREUSES PAR MALFORMATION UTÉRINE.

M. GOULLIOUD. — Parmi les femmes qui souffrent beaucoup à l'époque de leurs règles, la plupart n'ont qu'un peu de sténose ou de coudure du canal cervical. Une dilatation, un accouchement les guérit.

Mais parmi les dysménorrhéiques, il en est qui souffrent plus cruellement et qui ont une malformation utérine plus grave. De même, parmi les aménorrhéiques, celles qui souffrent, présentent parfois des lésions profondes. Les unes et les autres peuvent être justiciables d'une intervention qui fera cesser leurs douleurs.

C'est ainsi que j'ai eu l'occasion d'opérer par la laparotomie trois femmes présentant des types différents de malformation. L'une était réglée, mais présentait des douleurs menstruelles

---

(1) Voir séance du 22 avril, in *Lyon Médical*, nº 25, p. 1294.

dont l'acuité ne faisait qu'augmenter ; une intervention a pu supprimer la cause de ces douleurs ; les deux autres n'avaient jamais eu aucun écoulement utérin.

Observation I.

Utérus double. Ablation de l'utérus rudimentaire gauche.

Ma première malade était une religieuse bénédictine, âgée de 33 ans, qui entra dans mon service le 8 septembre 1902, pour des douleurs insupportables, siégeant dans le bas-ventre du côté gauche.

Elle racontait qu'elle avait été réglée à l'âge de 15 ans 1/2, normalement, et qu'elle n'avait jamais souffert avant ses douleurs actuelles, qu'elle faisait remonter à un an.

A ce moment, sans cause appréciable, elle avait commencé à souffrir à gauche après ses règles. Ces souffrances duraient trois à quatre jours, elles revenaient par crises paroxystiques.

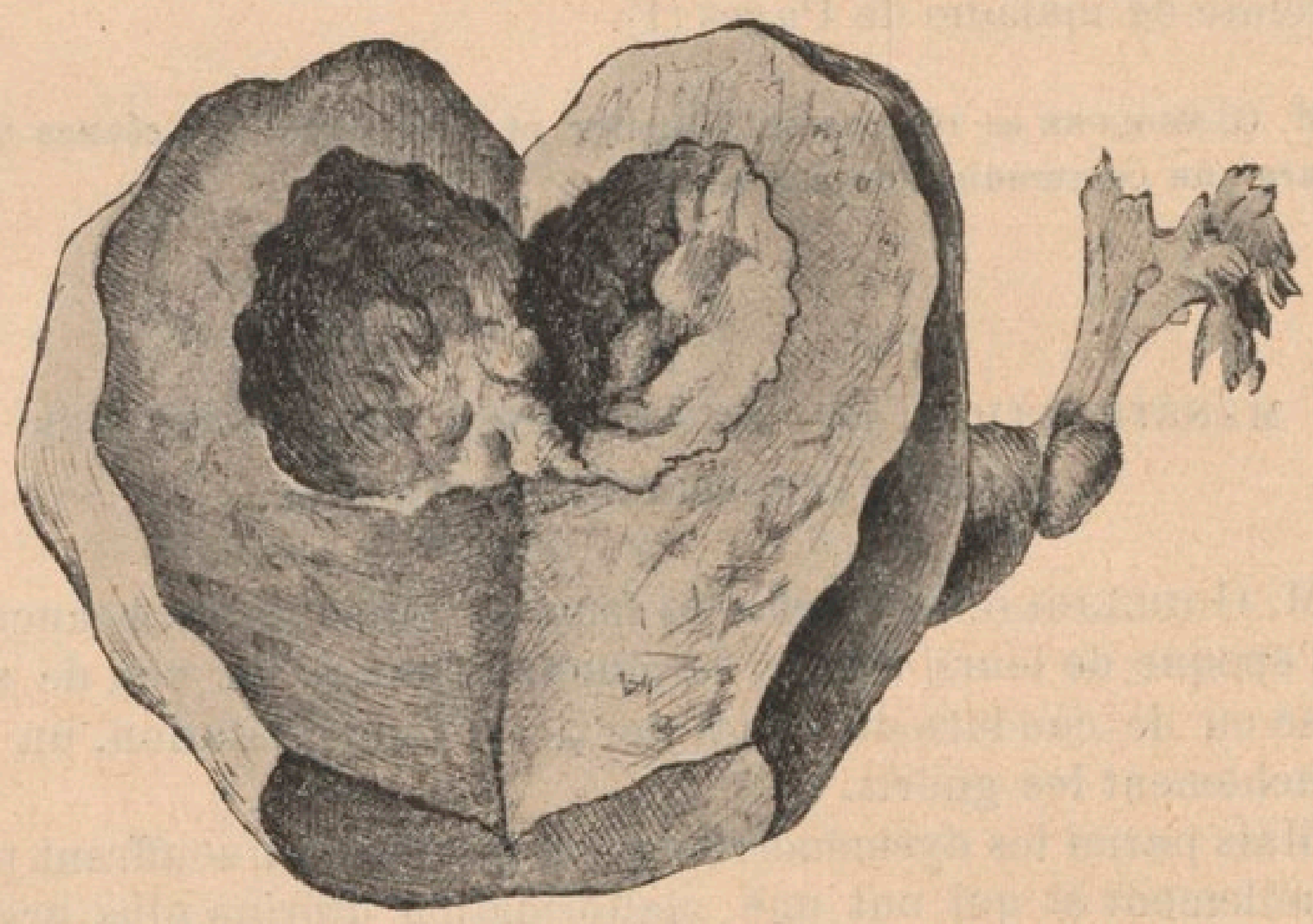


Fig. 1.

Mais ces crises paroxystiques, depuis quelques mois, se prolongeaient plus longtemps, augmentaient de fréquence et d'acuité, arrachant des cris à la malade.

Les premiers jours de son séjour à l'hôpital, aucune crise ne s'étant produite lors de ma visite, je pensai d'abord à quelque ovaralgie hystérique ; mais il fut bientôt manifeste que cette femme souffrait vraiment.

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

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

Opération le 18 septembre 1902. A la laparotomie on reconnaît que l'utérus est double. A côté d'un utérus droit, presque normal, portant des annexes droites normalement constituées, on remarque un second corps utérin implanté sur le bord gauche de l'utérus droit, au niveau de l'isthme, et portant un ovaire d'aspect normal et une trompe atrophiée.

On enlève cette corne utérine rudimentaire comme on ferait d'un fibrome sous-péritonéal, car il adhère à l'utérus principal par du tissu fibro-musculaire. L'utérus droit et ses annexes sont laissés en place. La pièce a été présentée à la Société de chirurgie de Lyon le 22 juin 1903.

L'utérus enlevé est globuleux, du volume d'une petite mandarine.

Ouvert, il présente une petite cavité centrale, ayant à peine les dimensions d'une noisette. Elle est remplie de sang ressemblant à celui que l'on rencontre dans toutes les rétentions d'origine congénitale. Il n'existe aucune communication de cette cavité avec les cavités de l'utérus droit, du vagin et de la trompe gauche.

Cette opération a amené une entière et durable guérison.

Cette observation correspond à une des nombreuses variantes d'un groupe important de malformation utérine où il y a persistance partielle de la bifidité embryologique de l'utérus. Un des canaux de Müller, incomplètement fusionné avec son congénère, a donné un utérus droit ou gauche, fonctionnant normalement ; mais une seconde partie du canal de Müller, restée indépendante, s'est cloisonnée à un niveau variable, et est devenue le siège d'un hématomètre.

Cet hématomètre est facilement reconnu s'il est volumineux et ses parois amincies. Il est bien décrit dans les classiques, Schrœder, Pozzi, Veit. Mais s'il est réduit, comme dans notre cas, à une petite cavité avec une coque épaisse, il passera facilement méconnu. Aussi les observations de cette variété sont-elles rares, et nous renvoyons pour leur étude aux mémoires de Georges Gross (1), de Quénu et Le Sourd (2), de Brothers (3), à une présentation de notre collègue Bérard (4),

---

(1) Georges Gross. Hématométrie et hématocolpos dans les cas de duplicité du canal génital. Annales de Gynécologie et d'Obstétrique, 1904.

(2) Quénu et Lesourd. Revue de Chirurgie, 1906, t. XXXIII.

(3) Abram Brothers, de New-York. Ueber atresia vaginæ mit Hæmatometra, Hæmatosalpinx und Hæmatovarium. Gynœkologische Rundschau 1908. 24 Heft.

(4) Bérard. Société de Chirurgie de Lyon, 17 janvier 1907, et thèse Blanchard, Lyon, 1907.

et à un travail plus important que celui-ci, que nous publierons dans le *Lyon Chirurgical*.

Dans ces hématomètres minuscules, le diagnostic est malaisé. On pense plutôt à une annexite, à un fibrome, à un ovaire. Cependant je crois avoir eu l'occasion d'en reconnaître un second cas où l'anamnèse et le souvenir du toucher vaginal de ma première opérée m'ont réapparu à l'examen de la malade.

Avec des douleurs menstruelles localisées, elle présentait au toucher une induration sensible, dure, mobile avec l'utérus, rappelant la corne rudimentaire enlevée dans ma première opération.

Le traitement comporte l'ablation de cet utérus supplémentaire, transformé en une cavité de rétention, l'*hémi-hystérectomie*. C'est, en effet, une hystérectomie unilatérale qu'il faut faire quand ce second utérus est développé. C'est une une opération simplifiée quand la corne rudimentaire est pour ainsi dire implantée sur le bord de l'utérus perméable.

Dans les cas peu nombreux réunis par les auteurs cités, la mortalité a été nulle et le résultat bon, puisqu'il supprima un foyer de rétention hématique dans une cavité contractile, c'est-à-dire la cause des douleurs.

Observation II.

Imperforation de l'isthme utérin. Etablissement artificiel d'un canal cervical.

Ma seconde malade s'est présentée à moi avec une aménorrhée absolue accompagnée de douleurs périodiques très pénibles.

Il s'agissait d'une femme de 27 ans, qui m'était adressée par le docteur Jeantelet de Thoissey, et entra dans mon service le 9 mars 1903.

Robuste, bien portante, non nerveuse, elle n'a jamais eu ses règles; elle s'est mariée à l'âge de 23 ans. C'est surtout depuis cette époque qu'elle souffre chaque mois de coliques violentes dans le bas-ventre, durant de deux à cinq jours. Ces coliques apparaissent à une date aussi fixe que les règles chez une femme normalement réglée. Elles sont intolérables, obligent la malade à s'aliter et s'accompagnent de vomissements et d'une sorte d'éruption purpurique fruste.

L examen génital, montre des organes génitaux externes normaux. L'utérus, plutôt petit, est en antéversion. Le col est conoïde, perméable, donnant accès dans une cavité cervicale de 4 cent. 1/2; mais l'isthme est infranchissable.

Me rappelant le cas précédent, je me décide à la laparotomie, pensant trouver un hématomètre minuscule et le mettre en communication, si possible, avec la cavité cervicale.

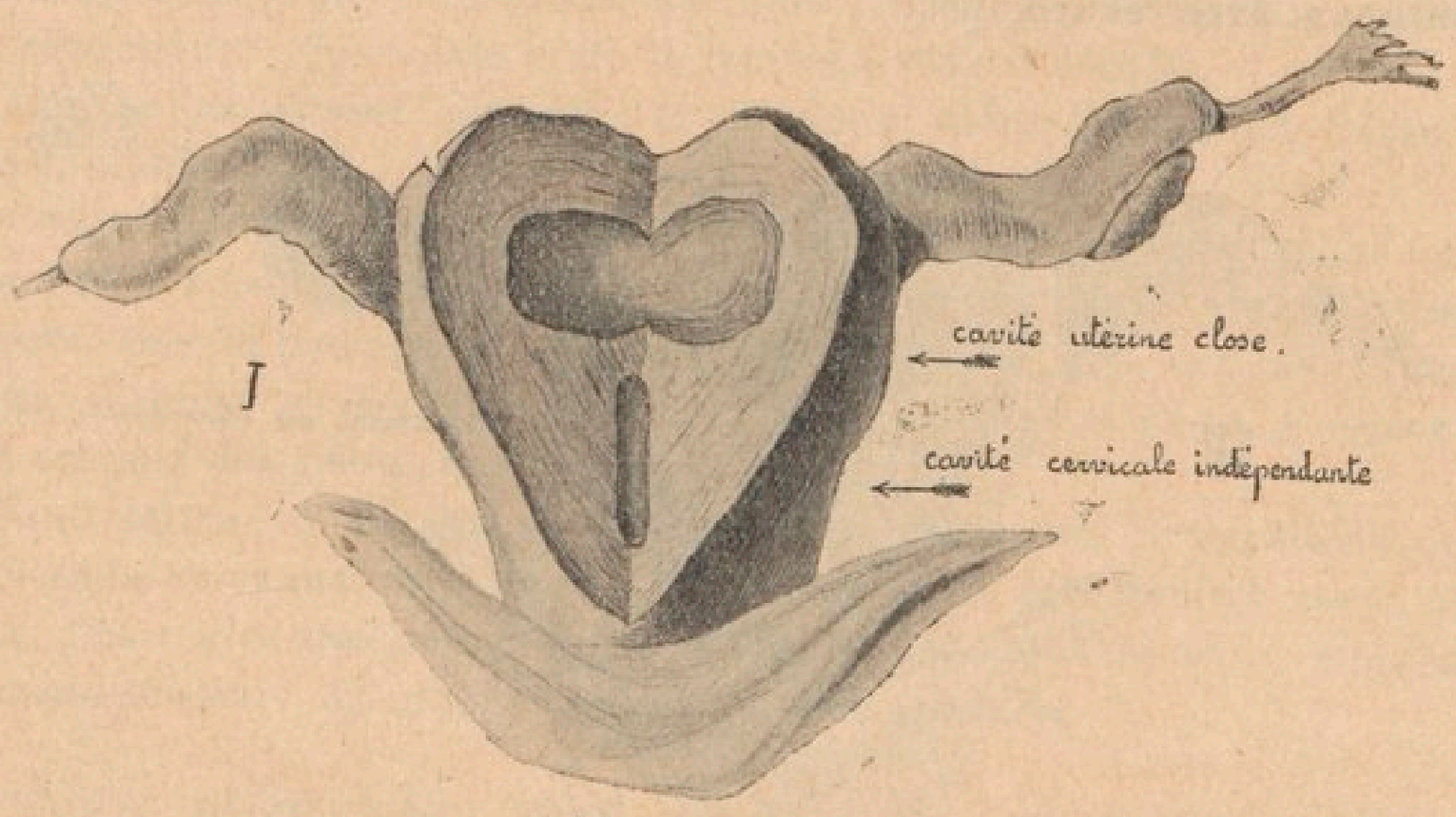


FIG. 2.

Laparotomie le 18 mars 1903 : l'utérus, mis à nu, a à peu près le volume d'un utérus normal, mais de chaque corne part une trompe légèrement tuméfiée, au pavillon bouché, renfermant manifestement un peu de liquide, et communiquant très vraisemblablement avec une petite

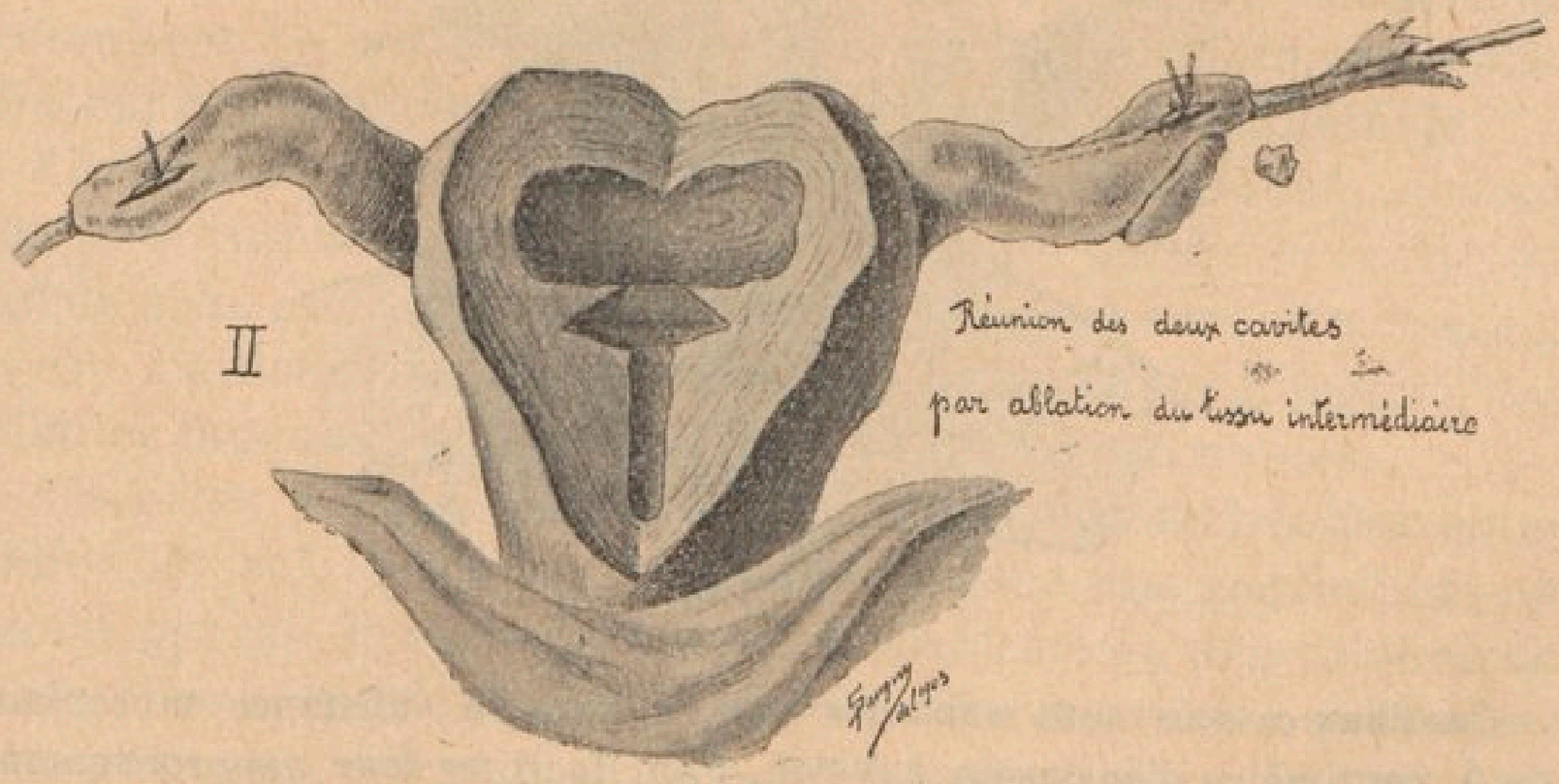


FIG. 3.

cavité utérine, pas assez distendue pour être appréciable au palper du fond de l'utérus.

Par l'abdomen, je fends la face antérieure du corps utérin par une incision verticale médiane. Je trouve presque aussitôt une petite cavité utérine transversale, renfermant quelques gouttes de sang coagulé et se continuant avec les trompes.

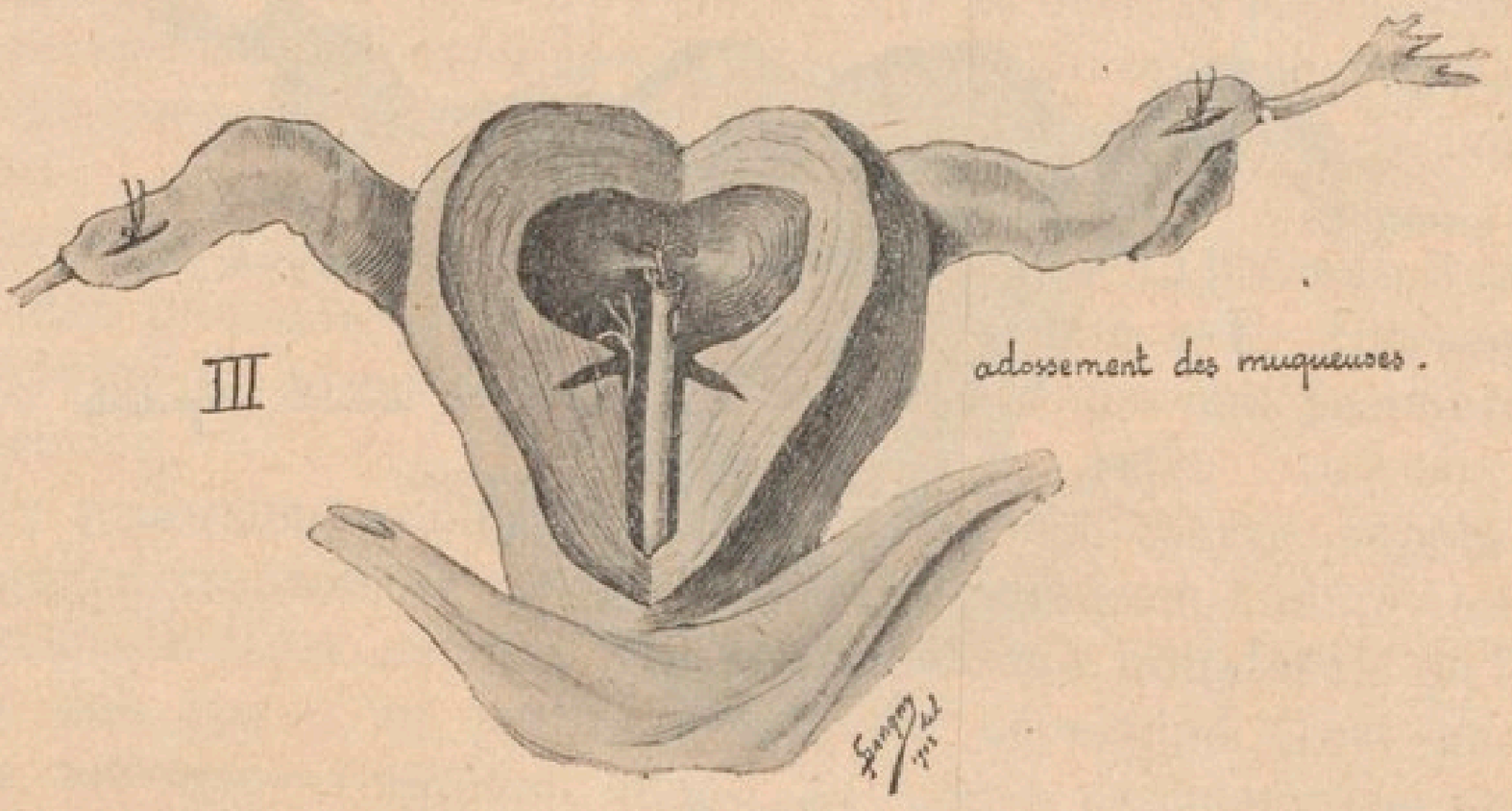


FIG. 4.

La même incision, après léger décollement de la vessie, atteint aussi la cavité cervicale.

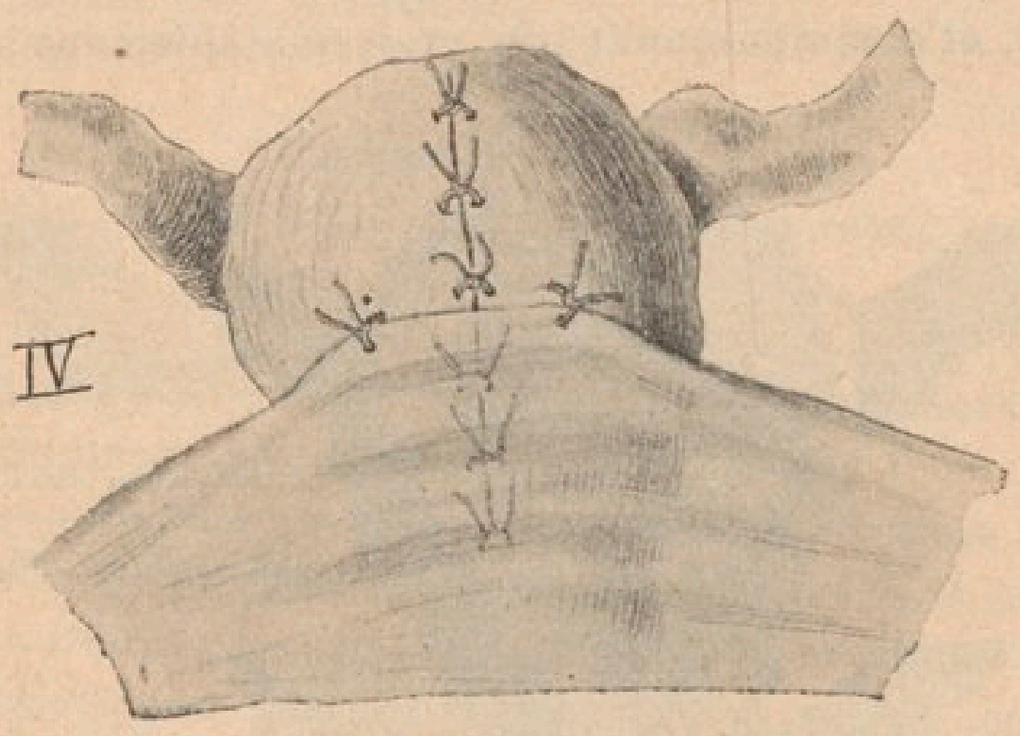


FIG. 5.

Ces deux cavités sont séparées par un pont de substance musculaire de 1 centimètre d'épaisseur environ. Pour faciliter leur rapprochement, je résèque, par une incision cunéiforme, ce pont qui remplace l'isthme utérin. Dès lors, les muqueuses de la cavité du corps et de la cavité du col peuvent arriver au contact. Je les réunis par un point de suture, puis je mets dans la cavité utérine un bout de drain qui pénètre dans la cavité cervicale et que je fixe dans le fonds de l'utérus avec un catgut résorbable.

J'ouvre les deux trompes à leur extrémité excentrique par une sorte de salpingostomie simplifiée. Elles renferment un petit caillot de raisiné.

Je referme enfin l'utérus par quelques points de suture (catgut Repin et chromique) ; je rabats enfin le lambeau vésical décollé.

Les suites furent simples, et le drain utérin tomba du vagin le dix-huitième jour.

Cette opération supprima radicalement les crises menstruelles antérieures. J'aurais voulu, quelques semaines plus tard, calibrer l'isthme utérin par le passage de bougies de Hégar, mais l'opérée, ne souffrant plus, a refusé ce complément de traitement, prétextant sa guérison et les travaux des champs auxquels elle s'adonne.

Une lettre du 13 mai 1908, due à l'amabilité du Dr Jeantelet, nous a permis de connaître la guérison persistante de cette femme après cinq ans. Des règles très peu abondantes surviennent tous les mois, mais sans aucune douleur. Aucune grossesse ne s'est produite.

Cette observation peut se résumer en peu de mots : hématomètre minuscule dans un cas d'imperforation de l'isthme utérin se propageant dans les trompes.

La suppression cunéiforme du pont fibro-musculaire, avec rapprochement des muqueuses utérine et cervicale, a donné un résultat parfait.

Nous n'avons pas trouvé dans la littérature médicale d'observation d'une intervention semblable. Nous lui donnerions volontiers le nom de *trachélostomie abdominale*, ou rétablissement artificiel du canal cervical par voie abdominale.

Cependant, nous ne doutons pas qu'on ait cherché, surtout par voie vaginale, à perforer la cloison qui sépare la cavité du col de celle du corps dans les cas d'hématométrie importante. C'est d'ailleurs la conduite suivie dans l'hématométrie des vieilles femmes ; mais les cas ne sont pas comparables.

Chez les femmes jeunes atteintes d'hématométrie par obturation du col, le col étant imperforé dans une partie plus ou moins grande de sa longueur, et transformé en une colonne de tissu fibro-musculaire, c'est à une autre opération qu'on s'est généralement adressé, à l'*élytro-hystérostomie*. Il faut donc laisser le col de côté, inciser le cul-de-sac vaginal antérieur ou postérieur, en suivant la face correspondante du col, et atteindre le corps utérin distendu. On établit alors une communication fistuleuse entre la cavité utérine et la cavité vaginale en suturant leurs muqueuses.

Telle est l'opération, bien décrite par Halban (1) et par Hofmeier (2), dans deux mémoires intéressants sur les gynatrésies. Chez une opérée de Léopold, suivie pendant sept ans, le résultat se maintint satisfaisant.

L'élytro-hystérostomie, faite en général par voie vaginale, comporte, pour être réalisable, une distension de l'utérus par un gros hématomètre. Elle eût été impossible avec la cavité minuscule de notre malade.

Chez elle, la voie abdominale s'imposait d'abord pour faire le diagnostic de la malformation soupçonnée et juger de l'état des annexes; ensuite, pour réaliser l'indication, qui était une résection large de l'isthme obturé et également l'évacuation des trompes.

Le résultat ne pouvait d'ailleurs être meilleur : le nouveau canal utéro-cervical donne toujours libre passage au faible écoulement menstruel et la femme reste soulagée de ses douleurs après cinq ans.

Observation III.

Utérus rudimentaire bipartitus. Ablation. Soulagement.

Ma troisième opérée, M^lle M. F., était une jeune fille de 20 ans, bavaroise, gouvernante dans une famille de la Côte-d'Or, entrée à l'hôpital Saint-Joseph, de Lyon, le 15 février 1904.

Cette jeune fille a commencé à souffrir à l'âge de 13 ans. Tous les huit jours, elle ressentait de violentes douleurs dans le bas-ventre, analogues à des coliques et s'accompagnant de vomissements et de douleurs dans les reins. La crise durait un jour environ.

Il n'y eut jamais d'écoulement sanguin vaginal, mais des hémorragies supplémentaires, pulmonaires et nasales, hémorragies régulières, survenant toutes les trois ou quatre semaines, et durant trois jours.

De 15 à 18 ans, les douleurs s'atténuèrent, mais elles ont réapparu avec plus d'acuité de 18 à 20 ans, survenant tous les quinze jours environ, sous forme de crises douloureuses de deux à trois jours de durée.

Depuis trois mois. ce sont des souffrances presque continuelles, que la maîtresse de la jeune fille compare á des douleurs d'accouchement.

---

(1) J. Halban. Zür Therapie der Gynatresien Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynœkologie, 1903. XILX. Band. p. 17.

(2) Hofmeier (Würzburg). Ueber angeboren und erworbene Verschlüsse der Weiblichen Genitalien und deren Behaudlung-Zeitschrift für Geb. und Gyn. 1904. T. 52.

L'abdomen est souple, mais les régions ovariennes sont très douloureuses à la palpation.

Le toucher vaginal ne peut être pratiqué, car le doigt est immédiatement arrêté par un cloisonnement. Le doigt introduit dans le rectum et la main abdominale se rencontrent presque immédiatement au-dessous de la vessie ; il n'y a pas de canal vaginal.

Au bout de l'index, introduit dans le rectum, on sent une sorte d'arcade transversale qui réunit les sommets des ligaments larges. Sur la ligne médiane, on ne sent pas d'utérus, mais on perçoit un petit corps dur, gros comme un haricot, et qui doit être un utérus rudimentaire.

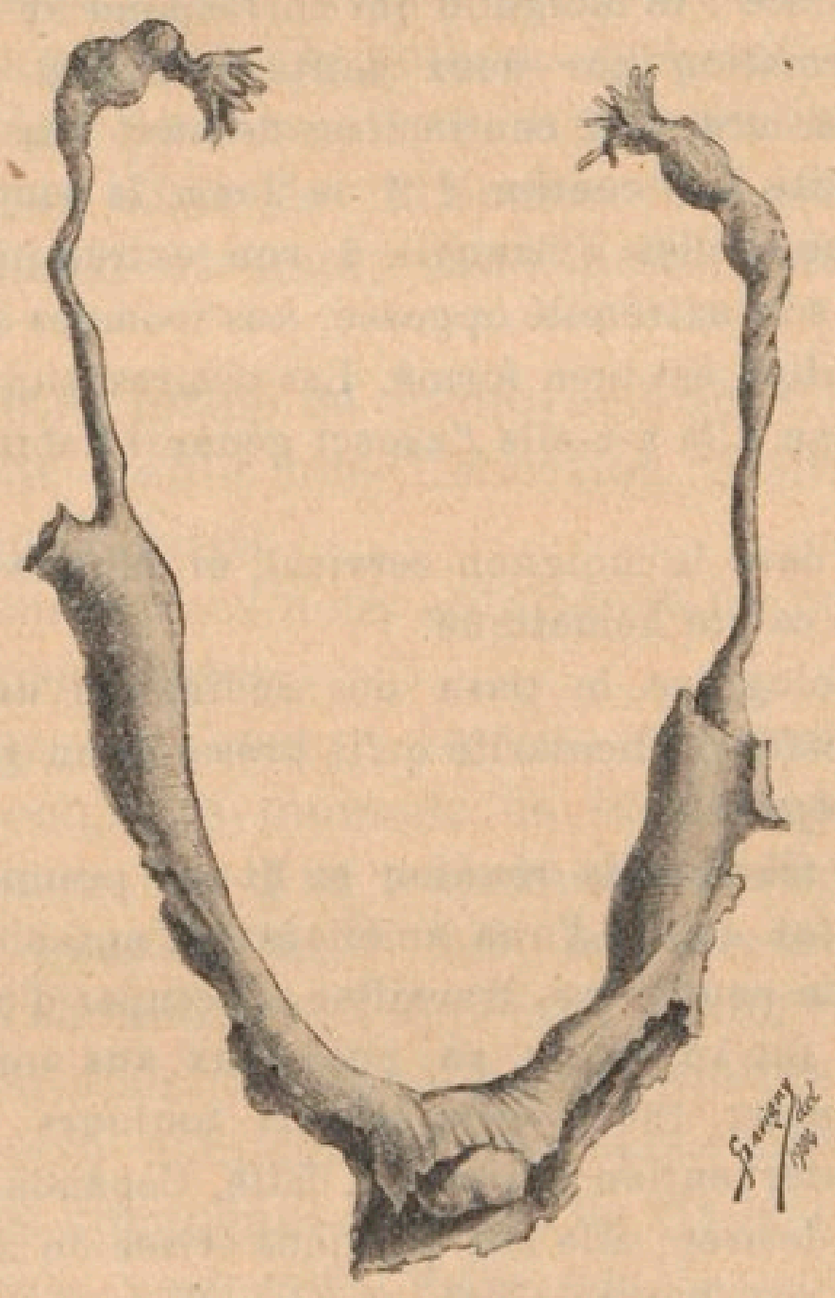


Fig 6.

A gauche, un autre petit corps, très sensible, doit être l'ovaire ; à droite, on sent une bride allant du rudiment de l'utérus aux annexes, sensibles au toucher.

Dans la pensée de découvrir dans un point de ces organes génitaux rudimentaires un hématome minuscule, responsable des douleurs, je proposai une intervention.

A la laparotomie, pratiquée le 19 février 1904, je reconnus la malformation utérine suivante : un petit corps dur, moins gros qu'une noisette, occupe la place de l'utérus, ou plutôt du col, au milieu du petit bassin. De ce noyau partent deux cornes qui s'élèvent en divergeant,

comme des antennes, jusqu'au voisinage des annexes, très reconnaissables, ovaire et trompe.

On décide d'enlever ce qui représente l'utérus, ses cornes et les trompes, mais de conserver les ovaires.

On commence donc par séparer chaque trompe de l'ovaire correspondant en sectionnant le mésosalpynx : l'ovaire conserve ainsi sa vascularisation. Puis, la section est poursuivie sur le ligament large, en suivant sa ligne d'insertion sur le bord externe de chaque corne utérine. Ligature du ligament rond et des utérines atrophiées : péritonisation des ligaments larges ainsi sectionnés.

Examen de la pièce : le moignon qui correspond au col utérin laisse reconnaître sa formation par deux petits cylindres pleins largement accolés. Ce moignon mesure 2 centimètres de haut sur 1 centim. 1/2 de large. La corne droite à 9 centim. 1/2 de long, la gauche 7 centimètres seulement. Chacune d'elles s'étrangle à son extrémité cervicale et se renfle en massue à son extrémité opposée. Les trompes ont leur longueur normale ; leur pavillon est bien formé. Les ovaires sont à peu près normaux ; aussi la jeune fille a-t-elle l'aspect général habituel à une femme de son âge.

On ne trouve ni dans le moignon cervical, ni dans les cornes, ni dans les trompes aucune cavité hématique.

A l'examen histologique, le tissu des rudiments de l'utérus est du fibromyome, avec cette particularité qu'il présente un grand nombre de vaisseaux à paroi épaisse.

Malgré les suites fébriles, la réunion se fit par première intention.

Cette opération fut suivie d'une amélioration notable. « Maintenant, dit sa maîtresse, elle peut vivre, travailler, s'occuper d'un enfant. »

Cette jeune fille fut revue un an, puis deux ans après son opération (janvier 1905 et janvier 1906). Elle affirma toujours avoir retiré une amélioration de l'intervention qui lui fut faite. Cependant son état laissa encore beaucoup à désirer; elle eut quelques crises de nerfs, des hémorragies vicariantes, des hémorroïdes, de la dilatation d'estomac, bref, pas mal de troubles auxquels le nervosisme n'était pas étranger. A sa dernière visite, elle toussait et avait maigri, mais affirmait toujours la cessation de ses coliques de bas-ventre, de ses douleurs intolérables.

Chez cette troisième malade, il s'agissait de la malformation décrite par Rokitansky sous le nom d'*utérus rudimentaire bipartitus*. Le col est représenté par un petit moignon d'où s'échappent deux cornes pleines, allongées et divergentes.

Le fait d'avoir trouvé dans nos deux premiers cas un petit hématome encapsulé comme cause des douleurs nous a fait enlever cet utérus rudimentaire.

Malgré toutes nos recherches, nous n'avons pu trouver dans cet organe aucune trace d'une cavité et d'une rétention menstruelle.

Cependant, cette malade a été soulagée de son propre avis et au dire très affirmatif de sa maîtresse, moins susceptible d'être suggestionnée.

L'examen histologique a révélé que ce tissu fibromateux était plus riche en vaisseaux que le tissu utérin normal, et dans Halgan on signale, dans le tissu d'autres utérus rudimentaires, des suffusions sanguines sans cavité préformée. Ces deux faits anatomiques suggèrent l'hypothèse que cet utérus rudimentaire pouvait bien être le siège de congestions menstruelles très vives et par suite de douleurs, les ovaires présentant leur aspect normal et manifestant nettement leur puissance fonctionnelle.

Mais, pour cette forme de malformation, d'autres faits sont nécessaires pour établir une indication positive d'exérèse de ces utérus rudimentaires.

Les deux premiers cas nous autorisent, au contraire, à poser les conclusions suivantes :

Il existe chez les femmes réglées ou aménorrhéiques, qui souffrent beaucoup au moment de leurs règles, des lésions justiciables quelquefois d'un traitement chirurgical.

Ces lésions peuvent être des hématomètres importants, faciles alors à reconnaître et appelant l'intervention.

Mais il existe aussi des cas d'hématomètres minuscules, qui demandent à être soupçonnés et recherchés pour être reconnus, qui sont cependant la cause de vives douleurs.

La laparotomie permettra, dans ces cas, de remplir l'indication par des interventions variées comme le sont les lésions elles-mêmes.

* * *

PANCRÉATITE HÉMORRAGIQUE AVEC STÉATONÉCROSE PÉRITONÉALE DIFFUSE; INCISION ET DRAINAGE DU PANCRÉAS; GUÉRISON.

M. Delore. — Je vous présente, guérie, une malade dont voici l'histoire :

Observation. — F..., 38 ans, habitant le Beaujolais, atteinte depuis

10 à 12 ans de crises douloureuses à l'épigastre, qui avaient fait penser à un ulcère stomacal.

Le 25 mars, brusquement, elle ressent une *violente douleur épigastrique avec irradiation dans les reins ;* elle vomit, son ventre se météorise; enfin, les gaz et les matières sont arrêtés.

C'est dans cet état qu'elle arrive à l'Hôtel-Dieu le 30 mars. Le pouls est à 120 pulsations par minute ; l'abdomen est dur et distendu ; la température atteint 38° 8. On constate, en outre, un plastron sous les fausses côtes gauches, près de la ligne médiane.

Une incision sous-costale montre qu'il est formé par une énorme tuméfaction du pancréas, surtout de la tête, qui atteint bien les dimensions d'une tête de fœtus. L'ouverture de la masse donne issue à du sang et des débris. Partout, on voit des taches caractéristiques de stéanonécrose. Des mèches sont introduites dans la brèche ainsi ouverte.

Guérison progressive avec *élimination d'une grosse quantité de débris sphacélés*, dont quelques-uns ont bien le volume d'une noix.

(Observation publiée dans le *Lyon Médical* du 16 mai 1909.)

*
* *

DEUX CAS DE RÉSECTION DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR POUR TUMEURS DE CET OS.

M. Gayet. — Je désire vous présenter, pendant qu'elles sont encore relativement fraîches, deux tumeurs du maxillaire inférieur que j'ai enlevées par la résection.

La première de ces pièces, qui représente la plus grande partie du maxillaire inférieur, provient d'une malade âgée de 59 ans, que j'ai opérée il y a trois semaines dans mon service de la Croix-Rousse. Lorsque je la vis, il y a un mois, elle se présentait avec un énorme menton en galoche, donnant un aspect bizarre à sa physionomie. La consistance de la tumeur était uniformément dure et la peau commençait à s'infiltrer ; elle était adhérente et rouge.

Le début avait eu lieu, six mois auparavant, par une douleur au niveau des incisives. Celles-ci étaient cependant intactes. Je posai le diagnostic de sarcome et l'indication d'une intervention immédiate. Pour pratiquer celle-ci, je fis une incision commençant en arrière de l'angle de la mâchoire, s'avançant jusqu'à la partie moyenne du bord inférieur de l'os en suivant

cet os, puis s'en écartant pour aller suivre le sillon labio-mentonnier pour rejoindre symétriquement le bord inférieur du maxillaire du côté opposé et aller se terminer en arrière de l'angle correspondant. Une seconde incision coupa transversalement la région sus-hyoïdienne à quelques centimètres en arrière du menton, encerclant ainsi la tumeur. L'os fut sectionné des deux côtés, à la scie de Gigli, sur la branche montante à deux travers de doigt au-dessus de l'angle ; puis, le plancher de la bouche disséqué, et enfin, dans un rapide coup de ciseaux, la muqueuse sublinguale fut coupée et la pièce que je vous présente détachée. Je reconstituai le plancher par une suture de la muqueuse labiale à la muqueuse sublinguale fermant complètement la bouche. La peau fut entièrement réunie, sauf aux angles latéraux, où je laissais deux petits drains.

Les suites ont été très simples. La malade est à peu près guérie aujourd'hui, et seul l'éloignement de mon service m'a empêché de vous la présenter. Mais voici les photographies montrant son état actuel. L'aspect est bizarre avec la bouche rétrécie et regardant en bas, la face arrêtée brusquement au-dessous de la lèvre supérieure. Mais je vais la confier aux soins éclairés de notre distingué collègue, le Dr Martin, et je ne doute pas qu'il lui rende une physionomie très présentable.

*
* *

La deuxième pièce que voici est intéressante au point de vue anatomo-pathologique. Elle provient d'un malade de 66 ans, albuminurique, lequel présenta en décembre dernier une fluxion au niveau de la joue gauche. On pensa naturellement à des accidents inflammatoires d'origine dentaire. Le malade fut envoyé à un dentiste qui le traita. Les douleurs persistèrent ; en outre, il apparut bientôt sur la gencive, immédiatement en avant de la branche montante, un petit bourgeon de la grosseur d'un pois qui s'ouvrit, donna un peu de pus et de sang. Enfin, depuis quelques jours il s'est formé, sur la région massétérine, une tuméfaction dure, pour laquelle le médecin du malade me l'envoya. Après examen, je posai le diagnostic d'épithélioma du corps du maxillaire, né aux dépens de débris paradentaires, et je conseillai l'intervention. J'eus beaucoup de peine à la

faire accepter, car on n'avait jamais encore parlé de tumeur au malade. Il s'y décida cependant et je lui enlevai, il y a trois jours, la pièce que voici.

J'avais d'abord pensé avoir affaire à un de ces épithéliomas adamantins encore inclus dans l'os et pouvant être enlevé par abrasion en respectant la continuité de la table interne. Mais dès l'incision faite, il me fallut changer de plan, car le masséter était infiltré de tissu cancéreux. Je sectionnai alors l'os au niveau de la canine gauche avec la scie de Gigli, puis, disséquant largement en plein muscle, je libérai le maxillaire, enlevant deux ganglions au passage et terminai en arrachant le condyle par torsion après section aux ciseaux du temporal. Suture de la muqueuse au catgut, réunion de la peau, petit drain en arrière.

Sur la pièce que je vous présente et que j'ai préparée en sciant l'os suivant sa longueur par un trait vertical, on voit très bien que la tumeur a pris naissance dans une alvéole répondant à la dent de sagesse et ayant le volume d'une fève. Il n'y a pas de traces de dent, mais cette cavité est remplie d'un tissu rougeâtre qui avait émergé à la gencive pour former le bourgeon dont j'ai parlé. D'autre part, la petite cavité communique avec l'extérieur par une perforation de la table externe, et c'est par là que la tumeur, en forme de bouton de chemise, a pénétré dans les fibres du masséter et s'y est étalée.

Chez ce malade, une prothèse secondaire sera également nécessaire ; je n'ai malheureusement pu demander à M. Martin de placer un appareil immédiat, ne m'attendant pas à faire un aussi gros sacrifice osseux. Le malade va bien actuellement et j'espère obtenir la guérison (1).

***

URÉTÉRECTOMIE POUR URÉTÉRITE.

M. Muller. – Messieurs, au nom de M. Rochet, j'ai l'honneur de vous présenter une pièce, un uretère enlevé secondairement chez une malade dont voici l'histoire.

---

(1) Il est à la date du 15 juin complètement guéri et en excellent état.

Cette femme fut opérée en 1904 à la suite de phénomènes douloureux du côté du rein droit; on fit à ce moment une néphropexie. Malgré cette intervention, la malade continua à souffrir et, en 1906, elle entra dans le service de M. Durand, qui pratiqua une néphrotomie. La malade fut soulagée pendant un certain temps, la fistule se boucha assez rapidement et la malade sortit de l'hôpital.

Les symptômes du côté du rein droit réapparurent en 1908. La malade entra dans le service de M. Rochet : elle se plaignait de douleurs dans la région lombaire droite ; ses urines étaient troubles, le cathétérisme de l'uretère droit ramena des urines nettement infectées.

En octobre 1908, M. Rochet pratiqua une néphrectomie : le rein enlevé avait des lésions de pyélonéphrite non tuberculeuse.

A la suite de cette néphrectomie la malade alla bien pendant quelque temps, puis, au bout de quelques semaines, elle se plaignit d'éprouver les mêmes malaises qu'avant l'intervention.

Au bout de quelques semaines, en effet, on vit apparaître au niveau de la cicatrice lombaire de la rougeur, de l'empâtement; trois abcès s'ouvrirent successivement; il y eut pendant quelque temps une fistule purulente qui se ferma bientôt.

A la suite de ces symptômes, M. Rochet pratiqua le cathétérisme des uretères ; du côté gauche il constata des urines claires ; du côté droit, au contraire, s'écoulait un liquide séro-purulent. Par conséquent, à droite, l'uretère en place continuait à la suite de la néphrectomie à présenter des lésions inflammatoires, entraînant la persistance des phénomènes douloureux et avait provoqué l'apparition d'abcès au niveau de la cicatrice lombaire.

M. Rochet se décida à procéder à l'ablation de cet uretère. Il pratiqua cette ablation en mettant au préalable dans l'intérieur du canal, une sonde urétérale destinée à faciliter sa recherche.

L'intervention fut pratiquée par la voie sous-péritonéale, au moyen d'une incision lombo-iliaque prolongeant dans la fosse iliaque la cicatrice lombaire. Après avoir décollé le péritoine, on arriva sur l'uretère au niveau du détroit supérieur.

La recherche de l'uretère à ce niveau est facile grâce aux points de repères anatomiques (promontoire, vaisseaux iliaques). De plus, on est à distance suffisante de l'extrémité supérieure de l'uretère et du bassinet, c'est-à-dire de la zone d'adhérence de ces organes à la cicatrice, et par conséquent l'amorce de la dissection du canal ne présente pas de grandes difficultés.

La pièce que je vous présente ne représente pas tout l'uretère enlevé. Il manque, en effet, à la partie inférieure un tronçon de 3 à 4 centimètres de l'extrémité vésicale du conduit qui a été enlevé séparément.

J'attire l'attention de la Société sur la dilatation considérable que présente cet uretère à sa partie supérieure : il s'évase à ce niveau en entonnoir. Cette poche en entonnoir aux parois infectées, vestige du bassinet non complètement enlevé au cours de la néphrectomie, était la cause principale de la persistance des douleurs accusées par la malade après la néphrectomie et représentait un foyer infecté qui, laissé en place, aurait entraîné avec des douleurs indéfinies, des abcès et des fistules, se tarissant et se rouvrant tour à tour.

M. Rochet. — Cette pièce appartient à une malade entrée dans mon service en 1908, se plaignant de vives douleurs du côté de la région lombaire droite. Mon collègue et ami Durand l'avait soignée auparavant et avait pratiqué en 1903 une néphropexie pour symptômes douloureux persistants du côté du rein droit, qui était abaissé et gros. Un peu plus tard les phénomènes douloureux reparurent et firent penser que, en outre du déplacement du rein déjà traité par l'opération, il y avait une infection des calices et du bassinet qui entretenait de la pyurie du côté droit. M. Durand me montra alors la malade que nous examinâmes ensemble et pour laquelle nous décidâmes une néphrotomie ; celle-ci fut pratiquée en 1906 et nous montra un rein en état de pyélo-néphrite suppurée. Cette opération eut pour conséquence de soulager très nettement la malade, mais à ce moment il se produisit une complication qui aurait pu avoir un résultat funeste : un aide imagina d'enlever une mèche qui avait été placée dans le rein, le lendemain même de l'opération, ce qui amena une hémorragie considérable ; on fut obligé de retamponner le rein à nouveau, et il est certain que ces manœuvres ne contribuèrent pas à améliorer la situation. La malade fut assez fatiguée pendant un mois ou deux, elle eut de la fièvre, de la suppuration du rein, puis, au bout de quelque temps le rein finit par se cicatriser. Quatre ou cinq mois après, elle paraissait complètement rétablie ; elle ne souffrait pas beau-

coup et faisait tant bien que mal son métier ; mais en 1908, elle rentra dans le service de M. Durand pour des accidents beaucoup plus accentués qu'auparavant. A ce moment nous la vîmes de nouveau avec Durand et nous décidâmes de mettre un terme à cette situation en faisant une néphrectomie. L'opération, une fois faite, tout se passa très bien et la guérison fut assez rapide.

Où augmente encore l'intérêt que présente cette malade, c'est que deux ou trois mois après la néphrectomie, alors que tout semblait aller très bien, que les urines étaient devenues, non pas très claires, mais beaucoup plus claires qu'auparavant, et que les douleurs avaient disparu, elle se mit à souffrir beaucoup du côté du rein enlevé. Son expressisn typique était la suivante : « Il me semble qu'on a rien fait de ce côté, qu'on a laissé le rein en place, car je souffre autant qu'auparavant. »

Je pratiquai alors le cathétérisme de l'uretère des deux côtés et je me rendis compte que la pyurie provenait de l'uretère droit resté en place. La sonde qu'on introduisait donnait, par son calibre, une quantité de pus assez considérable, il y avait là un catarrhe purulent très marqué. Du côté opposé, au contraire, l'urine restait limpide et claire, de telle façon que les douleurs s'expliquaient par l'urétérite de l'uretère laissé en place ; la malade ne s'en rendait pas compte ; elle s'imaginait que son rein gauche se prenait à son tour. Au bout de quelque temps survinrent des abcès qui firent décider l'opération de l'urétérectomie secondaire ; des abcès successifs se formèrent tout le long de cet uretère resté en place, il y en avait un tout à fait près de l'incision lombaire, un deuxième un peu plus bas et en dernier lieu tout à fait à la partie inférieure de l'uretère ; toute la longueur de l'uretère était pour ainsi dire repérée par des abcès. Il n'y avait pas à hésiter et nous proposâmes l'opération qui a été pratiquée et dont M. Muller vous a parlé.

Je ferai simplement quelques remarques supplémentaires ; d'abord au point de vue opératoire : quand on a placé avant l'opération une sonde dans l'intérieur de l'uretère, il est certain que la recherche de l'uretère est extrêmement simple ; l'uretère était gros, il avait le volume du petit doigt ; mais avec cette sonde mise dans l'intérieur qui se traduisait par un cordon extrêmement dur, on n'eut aucune peine à le trouver sous le péritoine. En cherchant l'uretère au détroit supérieur, on a l'immense avantage, ainsi qu'on l'a conseillé, de pouvoir faire l'extirpation, d'une part, du segment inférieur à partir du détroit supérieur jusqu'à la vessie, d'autre part du segment supérieur jusqu'à la cicatrice lombaire : c'est-à-dire que, quand on veut prendre l'uretère dessous le rein on peut avoir des difficultés assez considérables ; tandis qu'il est certain que lorsqu'on se porte d'emblée dans la zone décollable du conduit, on peut en amorcer beaucoup mieux la décortication. Bref, du côté de la partie inférieure, nous n'eûmes aucune difficulté, si ce n'est au-devant des vaisseaux iliaques.

Sitôt arrivés dans le petit bassin, nous nous sommes trouvés dans le tissu cellulo-graisseux lâche, qui nous a permis d'arriver aisément au niveau de la vessie. En haut, le décollement du segment supérieur a été facile aussi ; à mesure qu'on approchait de l'ancien rein, nous voyions l'uretère s'élargir sous forme d'entonnoir, car l'extrémité inférieure du bassinet restée en place avait participé aux phénomènes d'infection persistante. Il n'y a pas eu d'autres incidents ; la malade n'eut pas de fièvre, elle va bien actuellement.

Je terminerai en faisant observer qu'il est curieux de voir tous ces accidents produits par la persistance d'un uretère qui, en somme, était gros, mais qui ne peut pas être classé dans la catégorie de ces uretères énormes qu'on voit dans la tuberculose ; ici, cet uretère, qui a été ratatiné par la solution, est encore assez souple dans ses parois ; malgré cela, la seule persistance de la muqueuse urétérale infectée a suffi à donner à la malade ces crises douloureuses qui ont continué après l'opération, à produire ces abcès successifs dont j'ai parlé et à nécessiter l'intervention. Il est si vrai que dans certains cas, le contenu de ces uretères laissés en place est très virulent, que la chose suivante s'est produite après notre opération.

Nous nous sommes arrêtés en haut aussi près que possible de la cicatrice cutanée, par conséquent il n'y avait pas de point ouvert à l'extérieur ; en d'autres termes, la cicatrice lombaire qui tenait à la partie supérieure de l'uretère n'était pas du tout ouverte, et par conséquent en détachant le segment supérieur jusqu'à la cicatrice, nous avons été aussi loin que possible, mais nous nous sommes arrêtés sous la peau. Il était resté cependant en haut adhérent à la cicatrice cutanée, un centimètre tout au plus du bassinet, et nous pensions que les choses en resteraient là. Eh bien ! le simple fait d'avoir laissé ce petit tronçon a fait que, avant-hier, en pansant la malade, j'ai vu en haut une petite saillie grosse comme un dé à coudre, nouvel abcès que j'ai incisé très facilement, et en mettant le doigt dedans, je suis arrivé à un petit sac correspondant à ce petit bout d'uretère. Il faut donc que ce petit débris fût bien infectant pour ne pas se résorber et donner rapidement naissance à un abcès nouveau.

*
* *

ÉLECTION.

On vote sur la candidature de M. Nimier au titre de membre titulaire. L'élection a lieu au bulletin secret.

M. Nimier ayant obtenu vingt-six voix, c'est-à-dire plus des deux tiers du nombre des membres de la Société, est nommé membre titulaire de la Société de chirurgie.

Séance du 13 mai 1909.

Présidence de M. GANGOLPHE.

DÉCÈS DE M. CAVAILLON. — ALLOCUTION DE M. GANGOLPHE.

Messieurs,

C'est avec une émotion poignante que nous voyons, vide à nos côtés, la place qu'occupait notre jeune collègue Paul Cavaillon.

Avant de lever, en signe de deuil, cette séance, il est de mon devoir de président de vous parler de cette vie si brusquement fauchée, d'exprimer un peu de ce que nous ressentons tous en face de parents si frappés et d'amis en deuil.

Arrêté en plein essor, il disparaît emporté comme par un tourbillon fatal; à peine est-il venu s'asseoir parmi nous, qu'une mort impitoyable l'arrache à notre Société.

C'est à ces heures tragiques que se manifestent avec le plus d'intensité les sentiments de solidarité profonde qui nous unissent, nous les membres de la grande famille médicale.

La foule qui se pressait aux funérailles de Cavaillon était comme atterrée, et je ne saurais rendre l'impression affreuse qui nous étreignit en entendant lourdement retomber la porte du wagon funèbre qui allait emporter, loin de nous, les restes de celui qui, peu de jours auparavant, était plein d'activité et de vie.

C'était la fin d'une carrière à peine ébauchée, présentement si brillante, encore plus riche d'avenir.

Hier encore, il était ici, infatigable au travail, menant de front devoirs professionnels et œuvres scientifiques.

Son activité remarquable, merveilleusement servie par son

intelligence supérieure, l'avait classé parmi les premiers dans la jeune phalange chirurgicale qui est, à la fois, l'honneur et l'espoir de l'Ecole lyonnaise.

Externe lauréat des Hôpitaux en 1897, interne en 1901, prosecteur à la Faculté quatre ans plus tard, nommé, en 1907, professeur agrégé après un concours dont ses émules ont gardé présentes à l'esprit et m'ont redit les brillantes phases, il s'était enfin lancé à corps perdu à la conquête d'un titre qui ne pouvait lui échapper longtemps, celui de chirurgien des hôpitaux. Son savoir, fortement établi par de laborieuses études, sa connaissance profonde des questions chirurgicales les plus modernes, autant que la lucidité de son esprit, en faisaient un rude jouteur.

D'autres qualités l'imposaient encore à l'attention : sa dialectique serrée, le tour élégant de sa phrase, une éloquence persuasive qui animaient sa physionomie expressive, et le timbre chaud et coloré de sa voix.

Entravé à de nombreuses reprises par de pénibles souffrances, il s'accommodait mal d'une situation qui gênait son activité incessante et menaçait de l'arrêter dans sa carrière; il résolut de courir les chances d'une opération dont il connaissait toute la gravité et dont il avait posé lui-même toutes les indications.

Les soins les plus dévoués et les plus savants ne purent conjurer une issue fatale.

Devant la mort, Cavaillon montra la résignation et le courage d'un stoïcien, dictant ses dernières volontés, consolant ceux qui l'entouraient.

L'énumération complète de ses travaux serait trop longue. Je dois me borner à vous rappeler ceux qui m'ont particulièrement frappé. Sans doute la chirurgie des membres ne l'avait pas laissé indifférent, mais c'est surtout la chirurgie viscérale qui l'avait attiré et, en particulier, celle du gros intestin. Depuis sept ans, nous lui voyions envisager sous toutes ses faces les problèmes d'ordre divers qui s'y rattachent: successivement il étudie l'anatomie, le développement, les lésions mécaniques, inflammatoires et néoplasiques du cæcum et du côlon.

Ses recherches sur le développement de l'intestin et du péritoine, faites en colaboration avec M. Ancel, expliquent toutes les variations de forme, de situation, de fixation du gros intestin.

En décembre 1908, Laguesse leur donne une place d'honneur dans sa Revue annuelle des travaux d'Anatomie de la *Revue générale des Sciences*.

Les lésions mécaniques, volvulus, invagination, hernies, étudiées à la lumière des données embryogéniques, envisagées dans leur modalité clinique et les indications opératoires qu'elles comportent, sont autant de sujets remarquablement traités par lui seul ou en collaboration avec M. Debroye et M. Leriche. Permettez-moi de vous en donner un aperçu.

Demeuré flottant selon le type fœtal, le cæcum est susceptible de se tordre : cette condition anatomique nécessaire de la mobilité du cæcum en fait une maladie plus fréquente chez l'enfant. Certains sujets ont, pendant des années, des crises de volvulus, guérissant spontanément, et ne font que plus tard du volvulus vrai, qui ne rétrocédera plus : le diagnostic sera très difficile à faire d'avec les crises d'appendicite ou les occlusions d'origine colique, en particulier l'invagination. L'intervention chirurgicale s'impose : dans le cas où cela sera possible, on donnera la préférence à la détorsion avec colopexie ; si le cæcum est fixé et présente des lésions de sphacèle, on devra le réséquer ; on se contentera d'un anus sur le grêle ou d'une entéro-anastomose, si l'état du sujet ne permet pas davantage.

Si l'invagination iléo-colique se produit de préférence chez l'enfant (87 °/₀), cela tient à ce que le cæcum, complètement flottant chez le fœtus, tend à se fixer progressivement ; il achève son accolement et perd sa mobilité à la naissance, d'où la rareté de cette lésion chez l'adulte.

Les mêmes données éclairent la pathogénie et le mécanisme des hernies du cæcum, d'où ces conclusions logiques et neuves : le cæcum flottant se hernie par descente, le cæcum accolé par glissement, le cæcum à fossette par bascule.

Mais, ce sont surtout les sténoses cancéreuses du gros intestin qui, depuis sa thèse, couronnée, en 1905, par l'Académie de Médecine, jusqu'à ces temps derniers, ont été l'objet de ses études de prédilection.

Les caractères cliniques si particuliers de ces néoplasies, leur allure lente, l'envahissement lymphatique tardif, à droite l'évolution végétante et inflammatoire ; à gauche squirrheuse et sténosante, tout cela est bien mis en vedette...

Dans une communication remarquable de précision, de lucidité, faite ici même, le 30 janvier 1908, il posait les indications de la cure radicale du cancer du côlon. La colectomie est meurtrière (40 à 50 p. 100), disait-il, mais si l'on applique rigoureusement certaines règles, dégagées des faits eux-mêmes, on peut abaisser la mortalité à 18 p. 100. Ces règles sont les suivantes :

1° Ne jamais faire l'extirpation d'un cancer compliqué d'occlusion ou de suppuration ; l'opération la plus simple : l'anus cæcal doit être employé.

2° Ne pas opérer de la même façon les cancers droits et les cancers gauches. A droite, on peut, après exérèse, rétablir la continuité par une anastomose iléo-colique ; la suture est facile, tient bien ; à gauche, le cancer est plus occlusif, il y a des matières dures accumulées en amont, les sutures colo-coliques sont moins faciles, l'intestin plus mobile, le segment supérieur souvent enflammé. D'où cette conclusion : à droite, opération en un temps ; à gauche, n'opérer qu'après avoir paré à l'encombrement stercoral, aux lésions du segment supérieur, c'est-à-dire opération en plusieurs temps. Rejetant successivement la méthode en deux temps de Mikulicz (anus d'abord, puis résection de la tumeur et de l'anus), celle de Bloch (extériorisation de la tumeur suivie, au bout de quarante-huit heures, de résection avec anus en canon de fusil que l'on cure ultérieurement), il préconisait celle en trois temps : *cæcostomie* qui n'infecte pas la paroi et draine haut ; *exérèse* suivie de sutures colo-coliques ; enfin *cure de l'anus*.

Ces travaux ont été accueillis, en France et à l'étranger, avec la faveur qu'ils méritaient ; dans un important travail, Anschütz leur accordait récemment une place prépondérante.

Je me borne à ces citations... Mais ce n'est pas tout, je serais même tenté de dire que c'est peu en comparaison du service qu'il nous a rendu en prenant une part active à la création du *Lyon Chirurgical*. La nécessité du journal consacré uniquement à la chirurgie, réunissant en un faisceau les publications de l'Ecole lyonnaise s'imposait.

C'était de plus en plus difficilement et avec de longs retards que paraissaient, ailleurs, nos travaux. Disséminés, noyés dans divers journaux, leur originalité en était comme atténuée. Cet obstacle d'ordre matériel, résultant de l'insuffisance de la

presse devant le développement sans cesse croissant de notre activité scientifique, devenait inquiétant. Il fallait absolument créer un nouvel organe qui, à côté du *Lyon Médical*, participât à la vulgarisation de nos idées.

Accomplir une telle œuvre, n'était-ce pas en même temps conserver, en le rendant plus évident, le caractère si particulier, si « particulariste » même, de la chirurgie lyonnaise, la sauver du rouleau stupide autant qu'égalitaire qui semble devoir niveler, uniformiser costumes, idées, et, ce qui est pire, caractères ? Il fallait l'énergie et la ténacité de Cavaillon pour mener à bien une telle entreprise. Ce journal, dont il était le secrétaire après en avoir été le principal fondateur, est aujourd'hui un des premiers du monde médical.

Il eut même ses dernières pensées, et, quelques heures avant la complication fatale qui devait l'emporter, Cavaillon s'occupait de la composition des prochains numéros.

Voilà, Messieurs, ce qu'avait fait notre jeune collègue... Que n'étions-nous pas en droit d'attendre d'une si vive intelligence et d'une si grande activité mûries par l'expérience?

Et tout ceci disparaît en un jour... nous laissant avec les regrets personnels de notre groupe médical, la plus vive sympathie pour la douleur de son père, le Dr Cavaillon.

Nous ne pouvons, hélas! que le prier d'accepter la sincérité de notre émotion et l'assurance que, parmi nous, sera gardé fidèlement le souvenir de son fils.

La séance est levée en signe de deuil.

Séance du 27 mai 1909.

Présidence de M. Gangolphe.

A PROPOS DE L'ARTHROCLASIE.

M. Durand. — Dans une de nos précédentes séances, M. Vignard nous a présenté deux malades très intéressants, chez lesquels il avait pratiqué l'arthroclasie du genou pour ankylose de cette articulation. J'ai demandé que cette question soit mise à l'ordre du jour, désirant toutefois que la discussion soit limitée aux indications respectives de l'arthroclasie et de la résection dans l'ankylose du genou consécutive aux tumeurs blanches.

Il est bien entendu qu'il ne s'agit que des tumeurs blanches parfaitement guéries et des ankyloses osseuses et non pas du redressement d'articulations encore un peu mobiles.

Il peut paraître tout à fait désuet de discuter encore dans une société de chirurgie la question du traitement de l'ankylose du genou, car cette question est tellement vieille, qu'il semble que la discussion en soit épuisée depuis longtemps. Cependant, il m'a paru intéressant de la tirer de l'ombre dans laquelle elle était plongée, et cela pour plusieurs raisons : d'abord, parce qu'un certain nombre de points nouveaux méritent d'être discutés, et puis, aussi parce que, si la plupart d'entre nous connaissent parfaitement l'ostéoclasie appliquée dans les déformations osseuses, je crois que beaucoup connaissent mal encore l'arthroclasie appliquée au redressement des ankyloses osseuses. Il serait intéressant d'avoir, sur ce point l'opinion autorisée de notre distingué confrère, M. Robin. J'ai donc pensé le pousser à intervenir dans cette discussion, en vous présentant trois observations.

Les deux points nouveaux que j'ai cru devoir signaler sont :

1° Depuis le temps où on discutait avec âpreté et passion les différentes interventions contre ces lésions, un mode récent d'examen a fait son apparition, c'est la radiographie, qui nous permet de voir beaucoup plus près et à l'intérieur pour ainsi dire ce qui se passe dans l'articulation et de juger mieux de l'importance de l'ankylose, de ses détails de structure ;

2° Puis, un autre point nouveau, c'est que les tumeurs blanches, particulièrement chez les enfants, ont donné lieu, dans ces dernières années, à une série d'interventions sanglantes qui, il faut bien le dire, n'ont pas toujours donné plein succès, mais ont laissé parfois des déformations qui méritent d'être étudiées. M. Rochet a inspiré à un de ses élèves une thèse très intéressante sur ce sujet.

Ces deux points méritent d'attirer l'attention, je ne m'occuperai que d'eux, sans tenir compte de tous les autres éléments : forme et évolution des lésions tuberculeuses guéries, date de l'ankylose, raccourcissement des os, angle de l'ankylose. Je puis vous présenter trois observations de façon à nous permettre de voir un peu ce que peut donner la résection cunéiforme ou trapézoïdale, et ce que peut donner l'arthroclasie dont M. Vignard nous a présenté de si brillants résultats.

L'une des radiographies que je vous présente est celle d'un jeune homme de 21 ans qui fut opéré successivement quatre fois : la première fois à l'âge de 7 ans, les autres interventions ont eu lieu dans les deux années qui ont suivi. Ce jeune homme portait une ankylose très solide en flexion ; il marchait très mal, car il avait un raccourcissement considérable.

Cette radiographie vous montre qu'il ne s'agit plus de deux os juxtaposés, mais bien d'une fusion complète du fémur et du tibia, avec disparition de l'articulation.

Il refusa la résection que je lui proposais et sortit du service, ne voulant pas se soumettre à une cinquième opération, les quatre premières lui ayant donné une médiocre satisfaction.

* * *

La deuxième radiographie est celle d'un enfant qui avait été opéré le 27 janvier 1907, et qui est entré dans mon service dix ans après, exactement le 19 janvier 1907. Il était extrêmement

difforme et impotent ; il y avait entre le membre infléchi et le membre sain, soit par le raccourcissement, soit par la flexion, une différence, je crois, de plus de 30 centimètres ; on le croyait tantôt assis à terre lorsqu'il était dans la situation fléchie qui permettait la marche, tantôt debout lorsqu'il était redressé sur le membre sain.

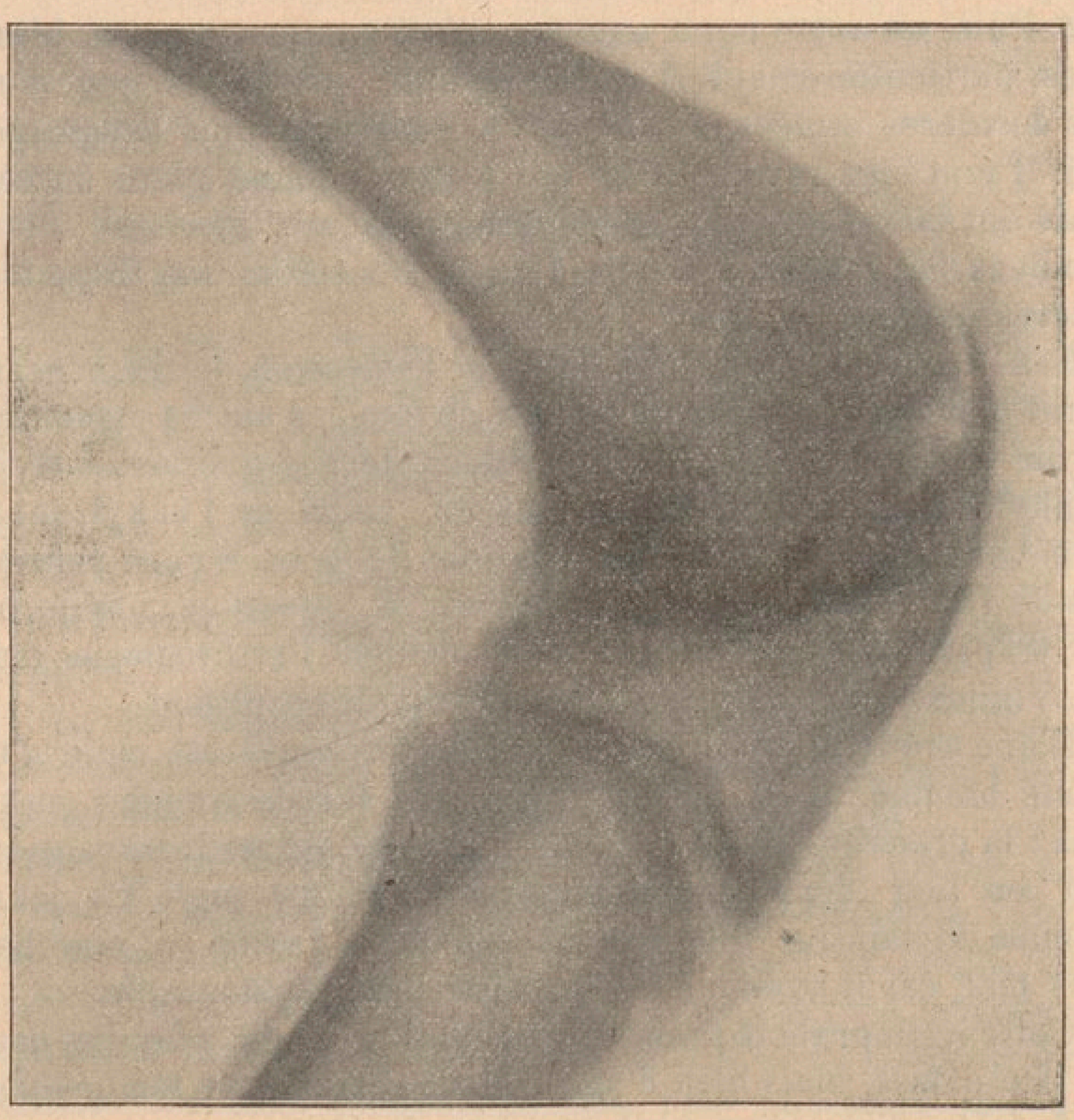


Fig. 1. — Ankylose osseuse du genou.

Cette radiographie (fig. 1) intéressante peut donner lieu à discussion ; elle montre, en haut, le fémur déformé en crosse ; en bas la jambe à peu près droite, peu modifiée, et, entre les deux, une grosse masse trapézoïdale dont la partie antérieure est beaucoup plus épaisse que la postérieure. Je me demandais comment interpréter ces trois massifs ; je crois qu'ils sont constitués par les deux diaphyses limitées par les cartilages de conjugaison et que la masse intermédiaire est constituée par

la fusion en un seul bloc des deux épiphyses qui, altérées dans leur constitution et leur croissance, ont fini par former un seul os après l'intervention qu'elles ont subie. Ce fait, soit dit en passant, démontre les dangers de l'opération sanglante sur les enfants et contribuerait, si ce n'était déjà fait, à rejeter dans l'oubli ce mode de traitement justement condamné aujourd'hui.

Dans un pareil cas, je me demande si autre chose que la résection était indiqué avec de semblables lésions. Je l'ai faite et ai eu un résultat tout à fait satisfaisant par le procédé classique. Que pourrait-on faire? Une arthroclasie? Autre chose qu'une résection? Je serais heureux de l'apprendre de mes collègues.

*
* *

Enfin, la troisième radiographie est celle d'un malade de 28 ans qui, à l'âge de 4 ou 5 ans, avait été atteint de tumeur blanche du genou, qui avait guéri avec un traitement orthopédique insuffisant. Ce malheureux, qui était garçon coiffeur, ne pouvait marcher qu'à l'aide de deux béquilles par suite de l'ankylose en flexion dont il était porteur. L'épreuve montre bien la subluxation postérieure du tibia, la saillie de la rotule, la nature osseuse de l'ankylose. Là encore, éclairé par la radiographie sur les détails des lésions de cette ankylose j'ai pensé qu'il fallait pratiquer la résection, ni l'arthroclasie, ni l'ostéoclasie ne pouvant être indiquées en pareil cas.

Je crois donc que, par la radiographie, on arrive à avoir une connaissance plus approfondie qu'autrefois sur l'anatomie des lésions que nous avons à traiter, et que ce mode d'examen peut déterminer nettement l'intervention qui est le mieux appropriée à chaque cas.

Les malades que j'ai pu observer et dont je vous donne ici deux observations m'ont convaincu que les opérations sanglantes sont entièrement à rejeter de la thérapeutique des tumeurs blanches de l'enfant, car elles aboutissent à de très grandes déformations osseuses.

Dans ces ankyloses, que la radiographie montre osseuses, bien que la déformation soit grande et gênante, je crois que la résection cunéiforme ou trapézoïdale constitue le traitement de choix. Elle me semble supérieure à l'ostéoclasie; je serais heureux de savoir ce que nous devons penser de l'arthroclasie

et de connaître sur ce point l'opinion de M. Robin, le père de l'ostéoclaste.

M. Gangolphe. — En ce qui me concerne, je puis, avant de connaître l'opinion de mon ami Robin, donner la mienne sur les faits qui viennent de nous être soumis par M. Durand et pour lesquels je n'aurais pas hésité à faire une résection. J'ai toujours fait la résection dans les cas d'ankyloses osseuses et cela, soit depuis que la radiographie nous a permis d'examiner la lésion de plus près, soit même avant, alors que nous étions réduits à la simple appréciation clinique. J'ai même pratiqué sur un sujet la résection des deux genoux pour ankylose avec fusion osseuse.

Quant à l'arthroclasie, ce n'est pas autre chose qu'un redressement violent avec effraction d'ankyloses anciennes, dures, mais non par fusion osseuse. J'ai, en général, évité ces manœuvres violentes; depuis la radiographie, on se décide d'emblée pour la résection, pour peu qu'il y ait des jetées osseuses. C'est pour éclairer ce débat que nous serons heureux d'entendre M. Robin qui, indépendamment d'une grande pratique personnelle, doit aussi connaître la plupart des faits se rapportant à cette question.

M. Robin. — Je remercie M. Durand d'avoir remis sur le tapis cette question de l'ankylose qui était bien oubliée à l'heure actuelle; je viens de parcourir, à la bibliothèque, une série de livres qui sont absolument muets sur ce sujet et qui paraissent, à les consulter aujourd'hui, tout à fait bizarres. Kirmisson, en particulier, n'en parle pas; la méthode lyonnaise est absolument ignorée!

Les premières années de l'ostéoclasie j'ai fait maintes communications à la Société de chirurgie de Paris, on a nommé une commission, les commissaires sont morts vingt ans après, et j'attends encore le rapport qui doit être fait à ce sujet. C'est le système d'étouffement, aussi bien dans les communications que dans les livres qu'on publie à Paris.

Je reviens à la question de l'arthroclasie et de l'ostéoclasie dont le manuel opératoire est un peu ignoré, même parmi les chirurgiens lyonnais ; je me permettrai de vous faire une communication un peu plus tard, vous voudrez bien, par conséquent, m'inscrire pour une prochaine séance afin de vous donner quelques détails sur la technique de l'arthroclasie.

En ce qui concerne les cas présentés par M. Durand, il me semble qu'il y a là des productions osseuses nouvelles ; je ne sais pas si l'articulation était complètement ossifiée ou s'il y avait simplement des jetées osseuses. Dans ces cas-là, Durand n'a parlé que de l'arthroclasie, mais il y a une autre opération du même genre et bien plus intéres-

sante, c'est l'ostéoclasie. Dans les cas présents, on a évidemment affaire à des ankyloses osseuses, mais à des ankyloses osseuses à un degré de flexion plus ou moins accentué. Cette question du degré de flexion est importante, plus importante même que l'état pathologique de la région du genou, quand il s'agit des indications des méthodes de redressement.

D'une manière générale, lorsque l'ankylose du genou n'arrive pas à angle droit, il faut, je crois, ne pas s'inquiéter de savoir si on a affaire à une ankylose osseuse ou fibreuse plus ou moins serrée ; mais si on a un angle obtus, l'indication est nette : d'une manière générale, c'est l'ostéoclasie qu'il faut pratiquer.

Cependant, on pourrait faire exception pour les ankyloses d'origine non tuberculeuse. Je crois que si on a aucune déformation des surfaces articulaires, alors même qu'on a une ankylose serrée, avec des jetées osseuses plus ou moins solides, on peut faire l'arthroclasie, surtout si l'ankylose est fibreuse. Je limite bien le cas : alors que nous n'avons aucune déformation des surfaces articulaires. Mais, dans la plupart des cas, comme ceux présentés par M. Durand, il faut faire l'ostéoclasie. L'opération, si simple, a donné dans ces cas un excellent résultat.

D'une manière générale, l'arthroclasie a un inconvénient que n'a pas l'ostéoclasie, c'est la récidive : on a rompu une ankylose par l'arthroclasie ; il en résulte qu'elle n'a pas la solidité de l'ankylose primitive et qu'on est exposé à des récidives qui se sont produites dans un certain nombre de cas où on avait fait l'arthroclasie ; tandis qu'avec l'ostéoclasie, on a pas touché l'articulation du genou, on a une opération définitive, il n'y a pas lieu d'intervenir à nouveau. Ceci a son importance, surtout lorsqu'il s'agit de malades des hôpitaux qu'on ne peut pas surveiller à leur sortie ; dans ce cas là, il faut toujours faire l'ostéoclasie parce qu'alors les malades, une fois partis, se négligent et reviennent avec une récidive.

Je conclus : lorsqu'on a affaire à une ankylose qui n'atteint pas l'angle droit, la méthode de choix c'est l'ostéoclasie. L'ostéoclasie donne toujours des résultats parfaits.

Maintenant, on peut discuter ; on me dira, par exemple, vous avez une fistule plus ou moins éteinte, vous allez fracturer dans ce foyer, n'allez-vous pas y réveiller le processus tuberculeux ? Eh bien ! je dis : non. L'ostéoclasie est une opération si simple, tout le monde peut la pratiquer et jamais on ne voit survenir aucune complication à la suite d'ostéoclasie, même dans un ancien foyer tuberculeux.

Dans certains cas tout à fait particuliers, j'ai même fait des redressements alors que le foyer n'était pas complètement éteint, l'opération n'a pas du tout donné le moindre coup de fouet, la maladie a évolué tout tranquillement, et cela présente encore l'avantage de donner aux ma-

lades un membre solide qui leur permet de marcher, de sortir, de sorte que leur état général s'améliore en même temps que leur état local. Ce sont là cependant des cas exceptionnels ; en général, pour intervenir, il faut attendre que la lésion soit éteinte.

Lorsqu'on a affaire à une ankylose qui voisine avec l'angle droit ou le dépasse, doit-on faire une ostéoclasie à la place d'une arthroclasie? Il y a un schéma figuré dans le livre d'Ollier qui est reproduit dans tous les livres classiques et qui démontre que l'ostéoclasie ou l'ostéotomie linéaire (la chose est la même), devient impossible lorsqu'il s'agit de faire un redressement considérable.

Que dit-on? Lorsqu'on veut faire une ostéoclasie, on est obligé de faire un angle de compensation, on a un angle compensant l'angle droit de l'ankylose ; dans ce cas, la consolidation ne peut pas avoir lieu parce que les deux extrémités osseuses ne se touchant que sur un point, les surfaces n'étant pas contiguës, le raccord ne se fait pas. C'est là une erreur d'Ollier. Je me souviens, lorsque j'ai commencé à parler de cette question avec Ollier, il me disait : « Vous cherchez un problème impossible, vous aurez des résultats lamentables : en faisant des fractures et un angle de compensation, alors vous aurez ce coin vide et vous n'obtiendrez pas de consolidation. »

C'est cette même objection qu'on fait contre l'ankylose à angle droit. Eh bien ! c'est une erreur. Je vous montrerai tout à l'heure une ankylose à angle aigu où la consolidation a été complète. Je vous donnerai quelques détails sur cette observation que quelques-uns d'entre vous connaissent déjà.

Je dois dire, au sujet de l'ankylose à angle droit, qu'il n'est pas nécessaire de faire un angle de redressement égal à la lésion elle-même ; il ne faut pas que l'angle de compensation, l'angle de redressement soit égal à l'angle de l'ankylose ; il suffit de faire un angle approchant, de manière qu'on ait un membre, non pas dans la rectitude parfaite, ce qui est inutile, mais dans une demi-flexion, un demi-redressement. Vous voyez par conséquent combien les choses se simplifient.

Lorsque l'ankylose est à angle droit, il ne faut pas s'en épouvanter sous prétexte qu'on va faire un vide considérable, on fait un redressement à peu près et la fracture se consolide bien.

J'aurais voulu vous apporter un grand nombre de photographies ; malheureusement ma bibliothèque a brûlé et je ne peux vous présenter que celle-ci qui a échappé aux flammes. Elle montre un malade que j'ai suivi depuis très longtemps pour une ankylose double. M. Gangolphe doit s'en souvenir : nous l'appelions « le lapin » parce qu'il marchait sur ses genoux ; il était absolument infirme. Je l'ai redressé par une ostéoclasie sus-condylienne. Vous voyez une déformation caractérisée par l'accroissement du fémur au-devant du plateau tibial ; dans ce cas là-l'arthroclasie était impossible, on n'aurait fait que reculer le

tibia en arrière du fémur par une opération détestable, tandis que le résultat obtenu a été satisfaisant.

Je conclurai donc : lorsqu'on a affaire à une ankylose de quelque nature que ce soit, surtout à une ankylose de nature tuberculeuse, si elle n'atteint pas l'angle droit, il ne faut pas hésiter, et pratiquer l'ostéoclasie ; l'arthroclasie doit être exceptionnelle. Lorsqu'on a affaire à une ankylose à angle droit, on fait encore l'ostéoclasie. Si le résultat, au point de vue fontionnel, est satisfaisant, il ne faut pas s'alarmer de ce que la forme laisse un peu à désirer, de ce qu'on a un membre en baïonnette, car par la suite, toutes ces parties qui sont en dépression se comblent par les tissus fibreux, par la tension musculaire, et on est alors étonné de voir que, même au point de vue de la forme, le résultat est bon.

Le résultat fonctionnel a toujours été bon et je n'ai jamais eu d'accidents. J'ai fait je ne sais combien de redressements d'ankyloses, peut-être bien trois cents, je n'ai jamais eu aucun accident, je n'ai jamais eu de récidive après l'ostéoclasie ; j'en ai vu au contraire après l'arthroclasie ; par conséquent c'est une opération bénigne, simple, comparée à l'ostéotomie ou à la résection, auxquelles elle n'est pas comparable dès lors qu'on peut faire une opération simple et facile et qu'on peut éviter toute espèce de récidive.

Je voudrais, en terminant, vous lire une note de Berger à propos de l'ostéoclasie, note écrite en 1904, pour vous montrer qu'il ne connaît pas l'ostéoclasie, alors que cette opération mérite d'être étudiée comme toute méthode opératoire quelle qu'elle soit ; il faut s'exercer à l'amphithéâtre, il faut pratiquer l'ostéoclasie d'après la méthode indiquée comme pour toutes les autres opérations. « On ne peut, en la pratiquant, dit Berger, régler comme il le faut le niveau de la rupture osseuse ; celle-ci s'accompagne de fragmentation irrégulière et de production d'esquilles, qui peuvent, en outre, limiter le redressement du membre. »

Ceci est une erreur. Vous savez tous que, lorsqu'on pratique cette opération, on fait une fracture sous-périostée ; dès lors que le périoste n'est pas intéressé, il n'y a pas d'esquilles, c'est une fracture transversale et les chirurgiens de Paris n'ont jamais lu les communications faites par les chirurgiens de province. Je vous demande un peu comment ces esquilles, cette production irrégulière peut aller s'envoler et heurter comme un projectile les vaisseaux !

Cela, je ne le comprends pas. Dans cet ordre d'idées, je tiens à rappeler une anecdote : nous avions mené, Mollière et moi, dix-huit malades à l'Académie de médecine, et, lorsque nous les avons montrés, Berger m'expliquait que le genu valgum tel que je l'opérais ne pouvait pas donner d'excellents résultats et ne pouvait, au contraire, en donner que de pires. Je n'avais qu'à lui répondre de regarder marcher mes malades, mais il me répliquait par la théorie et me disait : « Le genu

valgum est caractérisé par l'angle rentrant des deux fémurs ; or, ces deux genoux rentrant l'un contre l'autre s'entrechoquent et vous faites un redressement qui rapproche ces deux saillies par une courbure du fémur qui ramène ces deux genoux en dedans; par conséquent ils ne peuvent pas marcher. » Voilà le raisonnement qu'il me tenait.

Pour conclure, je dis que, d'une manière générale, il faut faire l'ostéoclasie lorsque l'ankylose va jusqu'à l'angle droit. L'arthroclasie doit être une chose exceptionnelle. Quant à l'ostéotomie, pourquoi la pratiquer dès lors qu'on peut agir plus simplement ?

Il reste cependant un point sur lequel je dois insister. C'est lorsque l'ankylose est à angle aigu ; alors, que doit-on faire, quelle est la conduite à tenir dans ce cas là ?

Dans les ankyloses de nature tuberculeuse, ce cas est rare, j'en ai rencontré très rarement qui présentaient un angle assez considérable ; en général, l'ankylose du genou n'est pas très serrée, elle n'est pas très accentuée, néanmoins ce cas peut se présenter.

Dans une communication que j'ai faite en 1884 à la Société de chirurgie, je concluais qu'il fallait faire l'ostéotomie. Actuellement, je serais beaucoup plus réservé. J'ai vu des cas où on avait une ankylose très accentuée comme dans celui que je viens de vous présenter. Chez ces malades, je commence par l'arthroclasie, je ramène le membre à peu près à angle droit, surtout lorsqu'il y a une déformation considérable et qu'il y a danger du côté des vaisseaux. L'ankylose ramenée à angle droit, je termine par l'ostéoclasie. Néanmoins, on peut faire d'emblée l'ostéoclasie qui donne d'excellents résultats.

Quant aux radiographies de M. Durand, voici mon avis :

Pour les premiers cas, il n'y a pas l'ombre d'un doute, ils sont justiciables de l'ostéoclasie : vous avez là une opération excessivement simple, faites l'ostéoclasie ; le malade est mis dans le plâtre et vous n'avez plus à vous en occuper, vous avez tout de suite un résultat acquis.

Quant au troisième malade, on a évidemment affaire à un cas tout particulier ; il parait bien que l'articulation est soudée par un cal osseux. Eh bien ! est-ce qu'on ne pourrait pas faire l'ostéoclasie, puisque les deux os n'en constituent plus qu'un ? Le cas de M. Vignard était absolument analogue, nous avions une ankylose à la suite d'une intervention, une ankylose osseuse et le résultat a été très bon. Je ne vois pas pourquoi on reculerait devant une ostéoclasie, même dans la jointure. Je ne parle pas de l'ostéoclasie sus-condylienne, ici, on pourrait la faire, mais le résultat ne serait pas aussi bon. Lorsqu'on fait une ostéoclasie dans l'articulation, la forme est mieux conservée et le résultat est meilleur ; il y a bien des jetées osseuses, mais qu'importe, vous les rompez, voilà tout. Lorsque l'ankylose est très accentuée, comme dans e cas, on ne peut faire un redressement immédiat, on le fait succes-

sivement, progressivement ; il aurait fallu, ici, intervenir au moins trois ou quatre fois, faire le redressement en trois ou quatre séances ; il s'agit de constituer un cal et de respecter les organes importants.

Dans le cas que je vous ai montré tout à l'heure, j'ai fait le redressement en huit séances à des intervalles de trois à quatre jours. Je préconise, dans ces cas extrêmes, le redressement successif et progressif. Pour moi, ces cas sont tous justiciables de l'ostéoclasie sus-condylienne.

*
* *

FRACTURE BI-MALLÉOLAIRE. LUXATION DE L'ASTRAGALE ET DU PIED EN ARRIÈRE. ASTRAGALECTOMIE.

M. Gayet. — Dernièrement, notre collègue Durand vous présentait un cas de luxation semblable à celui-ci, traité par l'astragalectomie et le plombage de Mosetig. A ce propos, il se déclarait peu satisfait du résultat obtenu, qui était cependant fort beau, et croyait pouvoir affirmer que dans ces cas traumatiques le plombage était tout à fait inutile. J'avais pris la parole pour appuyer ces conclusions, je me basais sur ce que je venais d'observer chez un malade de mon service. Je vous présente aujourd'hui ce malade. Voici en quelques mots son histoire :

Le 23 décembre dernier, cet homme, âgé de 58 ans, menait une voiture à bras, lorsque cette voiture fut accrochée par un camion et le brancard vint frapper la farce dorsale de son pied droit. Il fut soigné, à ce moment, par d'autres mains que les miennes et traité comme atteint d'une simple fracture bimalléolaire. On lui fit donc un plâtre qu'il garda six semaines ; puis, au bout de deux mois, on l'engagea à marcher, lui déclarant qu'il était guéri. Comme cependant la marche était absolument impossible et qu'il ressentait de vives douleurs, il vint me trouver et je remarquais de suite une difformité considérable. Il existait une déformation en coup de hache externe de la partie inférieure de la jambe ; il y avait de la chute du pied en arrière non réduite. La radiographie que je fis faire alors et que je vous présente, confirma la luxation de l'astragale complètement passée en arrière du tibia. En outre, on y voit une jetée périostique considérable comblant l'espace rétro-malléolaire sous le tendon d'Achille.

L'astragalectomie fut pratiquée le 8 mars 1909. Je fermai complètement la plaie externe, sauf un petit orifice laissant

passer une mèche hémostatique. Cette mèche fut enlevée huit jours après. Un plâtre fut appliqué, maintenant le pied en bonne attitude. Il fut enlevé six semaines après l'opération, et le malade commença à poser le pied à terre.

En quinze jours, il avait fait de grands progrès et pouvait marcher sans appui. Actuellement il marche sans presque aucune claudication et surtout sans douleur. Il y a un très léger raccourcissement; les mouvements de flexion et d'extension sont satisfaisants.

La pièce n'a montré aucune fracture de l'astragale. Sur la radiographie faite récemment on note que le tibia repose bien d'aplomb sur le dos du calcanéum. Les jetées périostiques postérieures se voient encore ; je les ai, au cours de l'intervention, évidées le plus possible au couteau ostéotome. Telles quelles, elles forment une sorte de glène qui accroit la solidité et ne nuit en aucune façon à l'étendue de la mobilité.

*
* *

ATROPHIE FACIALE PAR ANCIENNE OSTÉOMYÉLITE DU MAXILLAIRE INFÉRIEURE. INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES.

M. Bérard.— La fillette que j'ai l'honneur de vous présenter est actuellement âgée de 8 ans 1/2. Au mois d'avril 1904, donc à l'âge de 3 ans 1/2, je la soignai dans mon service de la Charité pour une ostéomyélite grave du maxillaire inférieur, qui aboutit, par nécroses successives, à l'élimination du corps du maxillaire à peu près en eutier. Ainsi que vous pouvez le constater, il ne subsiste plus de cet os que les deux branches montantes notablement atrophiées, réunies par un arc mandibulaire aminci et étroit, sur lequel on ne retrouve comme dents que deux molaires à gauche, dont l'une découronnée et cariée. Vue de face, cette enfant ne paraît pas atteinte d'une déformation irrémédiable. De profil, au contraire, on constate au-dessous de la fente buccale une saillie mentonnière à peine indiquée, en retrait, reliée presque verticalement aux téguments du cou : c'est l'aspect caractéristique de la gueule de batracien. En outre, depuis quelque mois, elle se plaint de difficultés de plus en plus grandes pour mastiquer et déglutir; c'est à cette cause que sa mère attribue l'amaigrissement qu'elle

présente depuis le mois de janvier, époque à laquelle la déformation a paru s'accentuer davantage.

Si l'on veut porter remède à cette lésion, c'est actuellement qu'il faudrait instituer un traitement; en effet, à cet âge, le massif facial est en plein développement; les parties molles de la région mentonnière sont souples. Une seule cicatrice médiane peu étendue et peu adhérente se voit sur les téguments : les séquestres s'étaient presque tous éliminés par la bouche.

Je suis heureux de la présence ici de M. Martin, à qui je confierais volontiers cet enfant, pour qu'il tente, par un appareil amovible lourd, de réaliser la propulsion progressive en avant de la région mandibulaire, soit qu'il prenne un point d'appui sur le petit arc mandibulaire persistant, pour le refouler en avant, soit qu'il laisse cet arc en arrière pour agir seulement sur les parties molles. Si même, il estime qu'une section ou une résection partielle de cet arc, tendu comme une véritable bride entre les deux branches montantes et les attirant au dedans peut faciliter l'action de l'appareil prothétique, nous pourrions commencer par ce premier temps opératoire.

M. Claude Martin. — La petite malade que nous présente M. Bérard a eu presque tous les germes dentaires du maxillaire inférieur détruits par la lésion ostéomyélitique ; il persiste cependant la racine de la première molaire gauche, et l'on commence à voir pointer la deuxième molaire du même côté. L'ensemble du maxillaire est réduit à un arc osseux rudimentaire, mais toutefois assez résistant. L'atrésie de ce maxillaire donne à la face un aspect disgracieux ; le menton se trouve reporté en arrière, et, comme l'os est pour ainsi dire privé de dent, il vient s'aplatir contre la mâchoire supérieure.

Pour remédier à ces déformations, on pourrait sectionner en son milieu ce rudiment de maxillaire et maintenir à l'aide d'un appareil ces deux fragments écartés suffisamment pour donner à l'os une courbure à peu près normale. Je ne crois pas devoir conseiller cette section médiane de l'arc mandibulaire, car il offrira toujours une plus grande résistance pour la mastication qu'une pseudarthrose. Sans doute, celle-ci pourrait donner momentanément un résultat plus satisfaisant au point de vue esthétique, mais la mastication serait certainement moins bonne. D'ailleurs, ce maxillaire inférieur, tout faible qu'il est, peut offrir un bon point d'appui à un appareil qui donnerait immédiatement des résultats fonctionnels très appréciables.

Par la suite, cet appareil pourra facilement être modifié pour satisfaire à une esthétique suffisante. Avant tout essai prothétique, il est

préférable d'attendre l'évolution complète de la dent de 12 ans du côté gauche, qui fait en ce moment son apparition. Elle pourra servir de point d'appui pour tenter la propulsion en avant de l'arc mandibulaire, ce qui donnera déjà un résultat esthétique appréciable, tout en permettant d'établir une mastication suffisante, celle-ci constituant pour le moment l'indication primordiale.

*
* *

THROMBO-PHLÉBITE DU SINUS LATÉRAL GAUCHE ET DU GOLFE DE LA JUGULAIRE INTERNE AU COURS D'UNE OTITE AIGUE (2e CAS) ; INTERVENTION ; GUÉRISON.

M. Lahaussois. — Le jeune soldat que j'ai l'honneur de vous présenter, opéré de thrombo-phlébite du sinus latéral, est de tous points comparable à celui que je vous ai présenté le 17 décembre dernier.

Obs. I. — A..., 20 ans, cavalier au 2e dragons, ne présentant dans ses antécédents aucune affection auriculaire ; le 11 mars dernier est pris brusquement de mal de gorge, de céphalée, d'otalgie à gauche. Le 17, l'oreille gauche commence à suppurer. T. 38°,6. Le 18, T. 38° matin, 38,6 soir. Le 19, T. 39°,7 le matin.

Le 19 au soir. T. axillaire, 40°,8. P. 108. Hospitalisation.

Céphalée frontale. Prostration. Suppuration peu abondante de l'oreille gauche. Le tympan présente dans son quadrant antéro-inférieur une perforation assez étroite. Léger œdème mastoïdien. Un peu de décollement du pavillon et d'affaissement de la paroi postéro-supérieure du conduit auditif externe. Douleur très vive à la pression du point antral. Quelques ganglions de la chaine carotidienne à sa partie supérieure sont douloureux. Oreille droite normale. Ponction lombaire : liquide eau de roche, sans hypertension.

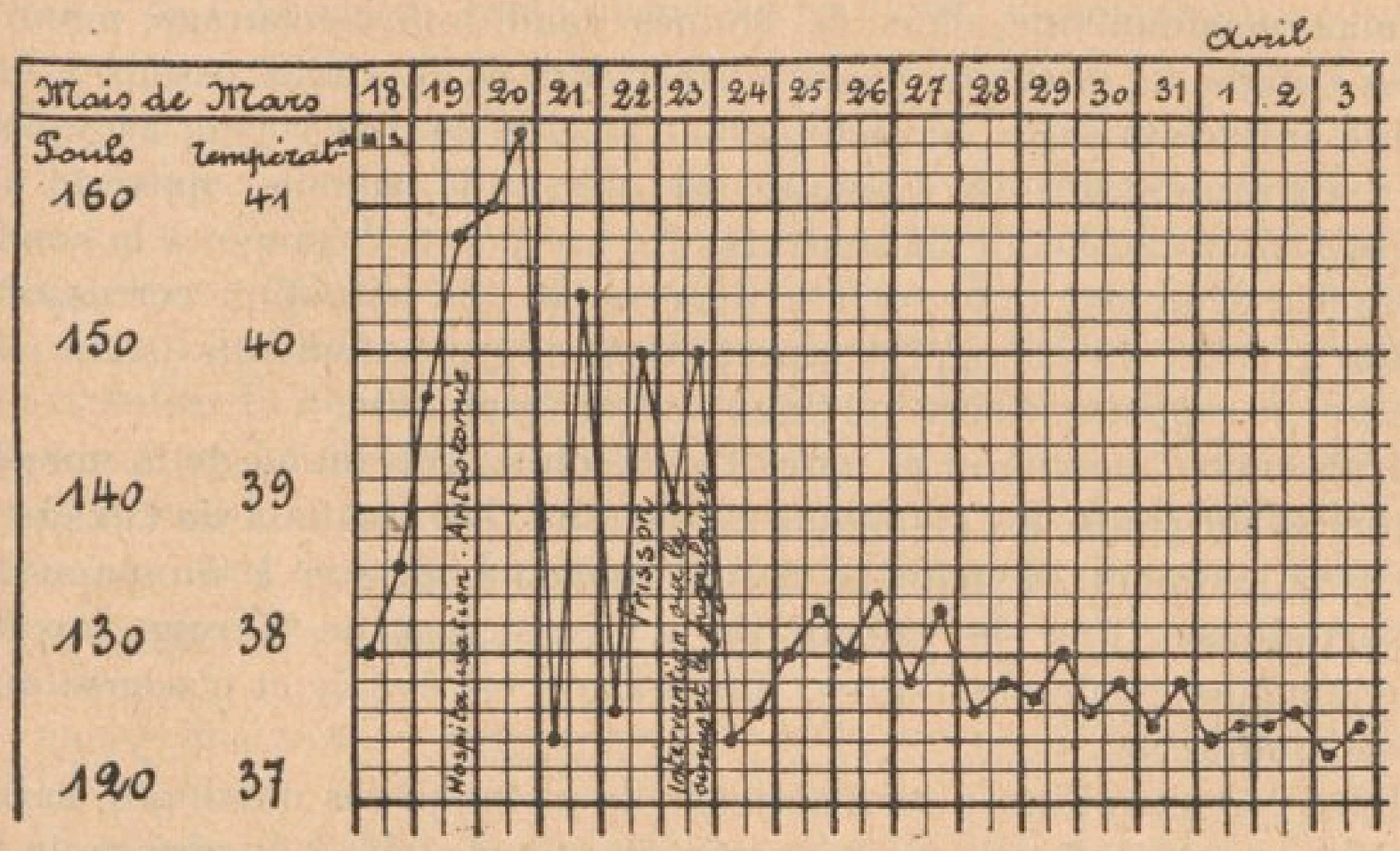
Antrotomie. Apophyse diploïque. Antre petit, à 1 cent. 5 de profondeur contenant des mucosités. La mise au jour des cellules péri-antrales me conduisit du côté de l'apex, et, en arrière, vers la région du sinus latéral, que je n'aperçois pas au cours de l'opération.

Après l'antrotomie, T. 40°,6. P. 120, assez faible. Huile camphrée. Injection intra-musculaire de 2 centigrammes de collargol. Glace sur la tête.

On constate dans l'urine la présence de l'albumine en quantité notable.

Le 20, au matin, T. rectale, 41°. P. 120, bien frappé. Le malade, un peu moins abattu, répond bien aux questions, accuse un peu de cé-

phalée frontalée frontale. 1.100 cc. d'urine avec disque épais d'albumine. Injection sous-cutanée de 200 cc. de sérum térébenthiné à 1 pour 100.



Le soir, T. 41°,5. P. 120. Agitation pendant toute la nuit. Le 21 au matin, T. 37°,4. P. 88. Le soir, T. 41°,5. P. 144, dépressible. 1200 cc. d'urine albumineuse. Agitation. Un vomissement de lait caillé. Légère céphalée frontale. Douleur à la pression sur le trajet de la jugulaire interne gauche à sa partie supérieure. Le premier pansement de la plaie mastoïdienne ne montre rien d'anormal. Cependant la cavité osseuse reste sèche, grisâtre. L'otorrhée a cessé. Le 22, T. 37°,6 le matin, P. 96. T. 40° le soir, après un violent frisson. P. 120. Deux selles après lavement.

Le malade étant d'origine algérienne, et ayant longtemps habité dans un milieu atteint par l'infection palustre, mon collègue et ami le docteur Rieux a bien voulu examiner le sang, dont voici la formule hémoleucocytaire :

Polynucléaires neutrophiles.....	92	p. 100
Polynucléaires éosinophiles.....	0	—
Lymphocytes vrais.....	3	—
Moyens mononucléaires	3	
Gros mononucléaires et types dits de transition	2	—

Pas d'hématozoaires. Pas même de formule leucocytaire du paludisme, mais formule de septicémie banale ou de suppuration latente. La quinine à la dose de 1 gr. n'a eu, d'autre part, aucune influence sur la température.

Le 23 mars, T. 39° le matin. P. 116. T. 40° le soir. P. 108.

La douleur à la pression de la région carotidienne supérieure sur le

trajet de la jugulaire est restée très vive, et l'intensité de cette douleur provoquée, son siège ne peuvent être expliqués que par la tuméfaction légère des ganglions carotidiens. D'autre part, un nouvel examen de la plaie mastoïdienne, dans de bonnes conditions d'éclairage, montre dans l'angle de la cavité postéro-supérieure de la cavité osseuse, une petite surface grisâtre se distinguant à peine de l'os voisin, arrondie, de 2 à 3 millimètres de diamètre, au milieu de laquelle apparaît un point brillant animé de battements. En ce point, l'examen à la sonde cannelée démontre une surface dépressible. Sa situation correspondante à celle du sinus, cet aspect grisâtre, ces battements (signe de Moure) se rapportent bien au sinus latéral thrombosé.

L'absence d'amélioration après l'antrotomie, l'élévation de la température et du pouls, les symptômes généraux, les résultats de l'examen du sang justifient l'hypothèse d'une septico-pyohémie à un point de départ sinusal. Pas de raideur de la nuque, pas de Kernig. Pas de phénomènes oculo-pupillaires. Le malade est éveillé et n'accuse aucune souffrance.

Dans ces conditions, en l'absence de phénomènes méningés, cérébraux ou cérébelleux, en l'absence de fongosités à la surface de la petite étendue de dure-mère dénudée, je porte le diagnostic ferme de thrombo-phlébite du sinus latéral, en voie d'extension vers la jugulaire, et ayant déjà dépassé le golfe. Ce dernier diagnostic ne s'appuyait que sur la douleur exquise à la pression sur le trajet de la jugulaire, au-dessous de l'angle de la mâchoire, le malade ne présentant ni œdème de la face, ni cordon induré jugulaire.

L'état général apparaissant très grave, intervention à quatre heures du soir :

Premier temps : incision horizontale de 8 centimètres, partant en avant de la commissure supérieure de la plaie mastoïdienne, et divisant les parties molles jusqu'à l'os. A l'aide de la rugine, je récline en bas et en arrière le lambeau triangulaire ainsi délimité. Morcellement à la pince-gouge de la paroi cranienne de façon à découvrir environ 4 centimètres de la portion verticale du sinus latéral, son coude, et 1 cent. 5 de sa portion verticale en exposant largement la dure-mère sus et sous-jacente.

Paroi cranienne assez dure, friable seulement au-dessus du coude du sinus. Pas de grosses cellules mastoïdiennes aberrantes postérieures. Pas de fongosités à la surface de la dure-mère. Le sinus, largement mis à nu, ne présente plus de battements. Il est gris-bleuâtre dans l'ensemble, jaunâtre par places, noirâtre en d'autres. On ne peut distinguer dans la portion exposée aucun point d'apparence tout à fait saine. La veine émissaire mastoïdienne, coupée, ne saigne pas, et un caillot brunâtre l'oblitère. La dure-mère, au voisinage du sinus est gris-jaunâtre, mate. Battements du cerveau.

Deuxième temps : mise à nu dans sa moitié supérieure de la jugulaire interne. Elle est violacée, aplatie, souple, avoisinée de deux ganglions du volume d'une noisette. Ligature à quelques millimètres au-dessus de l'abouchement du tronc thyro-linguo-facial. Deuxième ligature à 1 centimètre au-dessus. Section, une goutte de sang liquide s'écoule de la veine sectionnée.

Troisième temps : incision au bistouri, agrandie aux ciseaux, du sinus dénudé, suivant l'axe du vaisseau. Apparaît un caillot brunâtre, grumeleux, adhérent à la paroi veineuse. Pas une goutte de sang liquide. L'incision est poursuivie du côté du pressoir d'Hérophile. A l'extrémité du champ opératoire, le sang veineux jaillit. Hémostase par une mèche de gaze.

Extraction du caillot à l'aide d'une pince, du côté du bout central du vaisseau. Pas de sang. Excision de la paroi externe du sinus (l'examen histologique de cette paroi a montré les lésions caractéristiques de la phlébite).

Quatrième temps : Suppression de la ligature du bout périphérique de la jugulaire. Une petite cuillerée à café de sang s'écoule seulement. La thrombose a donc bien intéressé le golfe et l'origine du sinus pétreux inférieur, et des veines vertébrales. Tentative infructueuse de cathétérisme sinuso-jugulaire avec une petite sonde molle. Un lavage sous pression avec du sérum artificiel, chasse par le sinus ouvert des débris de caillot. Pas d'hémorragie. Un drain en caoutchouc est laissé dans la jugulaire. Les plaies cervicale et mastoïdienne sont mollement tamponnées à la gaze.

Le lendemain de l'intervention, T. 37°,4, P. 88, matin ; T. 37°,6, P. 92, soir.

Puis, pendant trois jours, la température monte légèrement, oscillant entre 38° et 38°,4 (rectale), pour retomber rapidement à la normale. L'albuminurie a disparu deux jours après l'intervention. Du 6 au 8 avril, symptômes d'embarras gastrique, avec insuffisance hépatique, polyurie, hypoazoturie et hypochlorurie, qui cèdent rapidement à un régime approprié.

Bourgeonnement rapide des plaies. Tout pansement est supprimé depuis le 15 mai. L'otorrhée, réapparue très peu abondante après l'antrotomie, a définitivement cessé quelques jours après la deuxième intervention. Le tympan est resté seulement épaissi.

Cette observation m'amène à des réflexions presque identiques à celles suggérées par mon premier opéré. Dans les deux cas, apparition de la thrombo-phlébite au cours d'une otite aiguë, et évolution comparable.

Cependant, le sinus mis à nu au fond de la plaie mastoï-

dienne était animé de battements chez le deuxième opéré, alors que chez le premier il ne battait pas.

Chez mes deux opérés, la douleur à la pression sur le trajet supérieur de la jugulaire, très vive et bien à distinguer de celle due à la pression des ganglions enflammés voisins, me paraît un signe de grande valeur pour diagnostiquer l'extension du processus phlébitique au golfe de la jugulaire, point très important, puisqu'il légitime la mise à nu et la ligature de la jugulaire avant l'ouverture du sinus.

Cette ligature préalable de la jugulaire, en territoire sain, le plus haut possible, au-dessus du tronc thyro-linguo-facial, a été chez mes deux malades parfaitement inoffensive, et je persiste à lui attribuer au moins en grande partie la jugulation si rapide et définitive des phénomènes infectieux observés dans les deux cas.

Je noterai aussi que, sur 80 cas d'otite moyenne suppurée, aiguë ou chronique, traités en quelques mois dans mon service de l'hôpital Desgenettes, j'ai observé deux cas de thrombophlébite du sinus latéral. La proportion est assez importante pour attirer l'attention sur cette grave complication intra-crânienne des otites, à laquelle il est possible d'opposer un traitement précoce et souvent efficace.

Le Gérant, Dr Vallas.

Lyon. — Association Typographique, 12, rue de la Barre. — H. Gabrion, directeur.

Séance du 3 juin 1909

Présidence de M. GANGOLPHE

QUELQUES OBSERVATIONS DE CHIRURGIE RÉNALE.

M. RUOTTE. — Les observations que nous allons vous communiquer nous paraissent avoir un certain intérêt; la coïncidence de la tuberculose et d'un calcul du rein n'est pas extrêmement fréquente, et la néphrectomie, en supprimant un foyer suppuré et siège de douleurs continuelles, a permis à l'état général de se rétablir complètement et de guérir une tuberculose commençante au sommet du poumon droit.

L'anurie qui a suivi la sortie de l'hôpital, chez la malade de l'observation II, est remarquable par sa longue durée, onze jours, sans provoquer le moindre accident; nous avons attendu les premiers signes d'intoxication pour intervenir tant l'état général nous paraissait bon, mais nous sommes bien convaincu que cette conduite n'est à adopter que lorsqu'on peut surveiller étroitement les malades et se rendre auprès d'eux au premier appel; autrement, il serait préférable de faire d'emblée la néphrotomie, après quarante-huit heures, par exemple; l'opération n'est pas grave par elle-même, et si notre cas démontre qu'on peut parfois la retarder sans crainte de laisser s'établir des lésions définitives, il n'est pas prouvé qu'il en serait de même en toutes circonstances.

La troisième observation, pyélonéphrite calculeuse suppurée avec phlegmon périnéal, fait ressortir la difficulté qn'il y a dans certains cas à poser un diagnostic exact des lésions anatomiques existantes; bien que notre attention fût éveillée de ce côté depuis le premier jour, néanmoins les signes locaux objectifs étaient si peu importants que nous avons dû insister pour ob-

tenir l'autorisation d'intervenir, et notre surprise a été grande de rencontrer des lésions aussi profondes et, en somme, irréparables, la suite l'a bien démontré ; l'ablation du rein aurait-elle modifié l'évolution ? Nous en doutons. Nous croyons que lorsque chez un malade atteint de coliques néphrétiques la fièvre s'allume il ne faut pas tarder à aller explorer le rein ; mieux vaut une incision inutile qu'une temporisation qui permet à de pareils délabrements de se produire. La cystoscopie, si nous avions pu la pratiquer, nous aurait montré que l'uretère du côté droit ne donnait pas d'urine et nous aurait fait hâter notre intervention, mais à cette époque nous n'étions pas en mesure de la pratiquer.

Les observations IV et V se rapportent à des cas de rein mobile avec légère distension dans le premier cas et dilatation considérable dans le second ; la néphropexie, malgré une crise chez la seconde opérée, semble avoir amené la guérison, justifiant ainsi la doctrine classique, autrefois, de l'hydronéphrose par rein mobile ; nous nous garderons bien d'insister à ce sujet, deux observations n'étant pas suffisantes pour permettre une conclusion ; chez la troisième malade, la suppuration, coexistant avec la distension, commandait la néphrectomie, qui donna un résultat heureux.

Chez le boulanger dont nous parlerons, il semble probable que le cathétérisme urétéral, bien qu'il eût semblé tout d'abord infructueux, hâta l'évacuation du liquide contenu dans la poche rénale ; nous ne pouvons que constater le fait sans chercher à en donner l'explication, le malade se trouvant bien, ayant quitté l'hôpital, coupant court ainsi à une observation plus prolongée.

Il est à remarquer que chez tous ces malades il s'agissait du rein droit ; chez deux autres malades : une femme atteinte d'un énorme sarcome à petites cellules de la capsule adipeuse du rein et une fillette atteinte de kyste hydatique du rein, les lésions siégeaient également sur le rein droit.

Obs. I. — Pyélonéphrite calculeuse droite. Signes d'induration du sommet droit. Néphrectomie. Guérison.

S..., 27 ans, mère d'un enfant bien portant âgé de 3 ans, nous est présentée en septembre 1905 par notre confrère, le Dr Vidal, de Blida, pour des troubles urinaires de date très ancienne.

Depuis longtemps, elle se plaint d'une douleur dans la région du rein droit, douleur constante, sourde, mais exagérée par les mouvements et les chocs brusques ; elle n'a jamais eu de véritables crises de coliques néphrétiques quoique, à plusieurs reprises, elle ait suffisamment souffert pour garder le lit.

Il y a quelques mois, elle a remarqué de très légères hématuries, puis les urines sont devenues purulentes ; la fièvre, à plusieurs reprises, s'est élevée jusqu'à 38° 8 et 39°. La malade ne peut affirmer si pendant ses périodes fébriles, caractérisées aussi par une augmentation des douleurs, les urines sont redevenues claires pour quelque temps. En dernier lieu, elle a maigri notablement, une petite toux sèche s'est installée, et son médecin a constaté, avec de la submatité sous la clavicule droite, un peu de respiration rude à ce niveau.

Au moment de notre examen, l'urine est très trouble ; sa quantité est d'environ 1.800 grammes par jour ; la malade, il faut le dire, était au régime lacté. Dans le bocal, on trouve au fond une épaisseur d'environ trois doigts de pus, surmonté d'un liquide qui ne s'éclaircit pas complètement ; la réaction est acide.

L'exploration du rein gauche est négative ; à droite, on ne perçoit pas le rein, mais le palper bimanuel réveille une douleur très vive, douleur qu'on provoque également en donnant sur la région lombaire droite de petits coups secs répétés ; la malade localise très bien ces douleurs dans la région profonde. L'examen des organes génitaux ne révèle rien d'anormal, ni vaginite, ni métrite ou annexite ; d'autre part, il n'y a jamais eu de douleur à la miction.

N'ayant pas la possibilité de pratiquer la cystoscopie, nous faisons un examen clinique très soigné de la malade, et finalement posons le diagnostic de calcul probable du rein, ou lésion bacillaire du même organe du côté droit, et proposons une intervention, exploratrice d'abord ; le rein sera traité suivant les circonstances.

Notre malade entre à l'hôpital le 26 septembre pour être opérée le lendemain 27. L'anesthésie est confiée au Dr Vidal.

L'incision lombaire conduit très vite sur le rein qui, à première vue, paraîtrait plutôt diminué de volume ; dès qu'il est amené au dehors, tous les assistants sont frappés par son aspect particulier ; il est parsemé de petites nodosités, la plupart jaunâtres, les autres presque ecchymotiques, des dimensions d'une lentille ; la capsule se détache assez bien, emportant de petits fragments de tissu, surtout au niveau de ces points jaunâtres. Le pédicule étant serré entre les doigts d'un aide, le rein est fendu suivant son grand axe, et l'on tombe de suite sur un calcul de la forme d'un gland, occupant toute l'étendue du bassinet ; son poids, desséché, était de 21 grammes ; très dur, ce calcul à l'analyse fut reconnu comme formé en totalité d'urates de chaux. Sitôt le calcul enlevé, nous pouvons examiner le

rein parsemé de noyaux analogues à ceux qu'on aperçoit à la surface; les uns solides, les autres ramollis; la substance corticale en contient un grand nombre; dans la substance médullaire existent plusieurs cavités suppurantes du volume d'une noisette, dont le contenu se déverse dans un bassinet dilaté et présentant toutes les lésions de la pyélite suppurée.

En présence de ces lésions, nous enlevons le rein avec un long segment d'uretère, dont le bout inférieur est lié au catgut et sectionné au thermocautère. La plaie est réunie avec un drain et une mèche allant jusqu'au pédicule lié au catgut; l'urine des premières vingt-quatre heures atteint 900 grammes, claire. Les suites sont des plus simples; le drain enlevé le troisième jour, la plaie se réunit *per primam* et les fils de laiton sont enlevés le dixième jour.

L'opérée sort le 18 octobre; depuis, la guérison s'est maintenue; elle a engraissé considérablement, et d'après les renseignements fournis par le Dr Vidal, les signes d'induration du sommet droit ont disparu peu à peu.

Actuellement, trois ans après, l'état de santé est des plus florissants. Le rein, qui avait été mis de côté pour l'examen, a malheureusement été égaré.

Obs. II. — Pyélonéphrite calculeuse avec distension à droite. Néphrectomie. Guérison. Après sortie de l'hôpital, anurie de onze jours, néphrotomie gauche, guérison.

Au mois d'avril 1906, nous sommes appelé par notre ami, le Dr Bonnard, de Blida, auprès d'une de ses malades qui, après une crise très intense de coliques néphrétiques, a de la fièvre et une tumeur dans le flanc droit; cet état persiste depuis une quinzaine de jours environ, et l'état général commence à devenir inquiétant.

C'est une femme de 50 ans environ, dont la santé serait excellente si elle n'était pas sujette depuis d'assez longues années à ces accidents du côté du rein droit.

Elle a eu de nombreuses crises néphrétiques à droite, suivies d'émission de calculs uratiques; mais la tumeur n'a apparu qu'à l'avant-dernière crise, soit depuis trois mois environ; on a songé à ce moment à des coliques hépatiques avec distension de la vésicule biliaire, quand la tumeur a disparu dans une nuit avec émission d'urines purulentes, affirmant ainsi son siège rénal. Depuis cette crise, les urines sont restées très purulentes.

La tumeur s'est reformée, il y a environ quinze jours, avec douleurs violentes et température de 39° le soir, retombant vers 38° le matin; les urines se sont éclaircies et ne se sont pas troublées depuis; lorsque les douleurs deviennent plus fortes, elles provoquent des vomissements incessants.

A l'examen, on voit l'hypocondre et le flanc droit soulevés par une tuméfaction considérable plus grosse que les deux poings ; la palpation est très douloureuse, elle permet néanmoins de délimiter la tumeur en bas, à hauteur de la ligne ombilicale et en dedans, non loin de la région médiane. La percussion donne de la matité, sauf au niveau d'une zone très sonore, large comme deux doigts, qui sépare la tumeur de la matité hépatique ; le palper bimanuel ne laisse aucun doute sur le siège rénal de cette affection ; l'urine est d'environ 700 à 800 grammes par jour.

La malade entre à l'hôpital le 23 avril ; l'urine se trouble le même jour et la tuméfaction commence à diminuer pour disparaître le 25 avril ; l'urine, dont la quantité s'élève à 1.300 grammes environ, reste très purulente.

Opération le 28 avril 1906. Incision lombaire, rein très accessible ; au-dessous de lui nous trouvons l'uretère qui nous conduit sur le bassinet dilaté, Le rein, amené au dehors, est incisé, et le bistouri tombe de suite dans une cavité purulente à plusieurs diverticules formée aux dépens du bassinet et de la substance propre du rein, dans laquelle on remarque plusieurs petits abcès non ouverts dans la cavité ; trois calculs irréguliers du volume de gros pois siègent à la partie la plus déclive.

Ces lésions nous décident à la néphrectomie ; nous laissons sur le pédicule un clan qui sort, entouré de gaze, par la partie inférieure de la plaie après que l'artère et la veine ont été liées au catgut et l'uretère sectionné au thermocautère ; le reste de l'incision est suturé en un seul plan au fil de laiton.

Les suites sont des plus simples ; le clan est enlevé le troisième jour et les fils le dixième ; l'opérée sort guérie le 18 mai pour aller au mariage de sa fille ; la quantité d'urine émise par vingt-quatre heures s'élevait au moment de son départ à 1.200 grammes environ.

Elle rentre à l'hôpital le 29 mai, soit dix jours après sa sortie, pour une anurie absolue datant de sept jours, phénomène qu'elle attribue aux fatigues occasionnées par le mariage de sa fille. Elle n'éprouve ni douleur ni malaise d'aucune sorte, mais n'a pas une seule goutte d'urine dans la vessie ; le cathétérisme répété plusieurs fois ne ramène rien. La plaie lombaire est réunie par une belle cicatrice linéaire absolument indolente.

Comme rien ne menace, nous la mettons au lit avec régime lacté et grands bains chauds journaliers, et prescrivons de l'observer attentivement et de nous prévenir du moindre changement remarqué dans son état. Quelques jours se passent sans incident, mais dans la nuit du 31 mai, vers 1 heure du matin, on vient nous annoncer qu'elle a un peu de dyspnée ; arrivé de suite auprès d'elle, nous reconnaissons

en effet une certaine gêne respiratoire et un pouls assez tendu ; la vessie est toujours absolument vide.

Nous la faisons transporter à la salle d'opération et lui pratiquons la néphrotomie du côté gauche ; le rein volumineux, congestionné ne saigne pas mal à l'incision ; le doigt, introduit dans le bassinet, ne trouve rien d'anormal. Un drain est placé jusque dans le bassinet avec deux mèches de gaze, l'une au-dessus, l'autre au-dessous ; le rein est fixé par des points au catgut avec plans profonds, et la plaie rétrécie juste assez pour laisser passer le drain ; le pansement appliqué, la malade est reportée dans son lit ; deux heures après, le pansement commence à être mouillé fortement d'urine, et bientôt la malade en est inondée ; on est obligé de la panser à nouveau avant l'heure habituelle de notre visite.

La dyspnée disparaît et l'état général s'améliore rapidement.

L'urine n'apparaît dans la vessie que le neuvième jour après l'opération, et la fistule ne se ferme définitivement que dans les derniers jours du mois de juillet.

L'opérée reste comme convalescente à l'hôpital et en sort le 25 septembre en parfait état ; depuis cette date, sa santé est excellente et la fonction urinaire n'a rien laissé à désirer.

Obs. III. — Pyélonéphrite et périnéphrite calculeuse suppurée à droite. Incision. Mort.

Nous sommes appelé en 1907 par le Dr Bonnaud, de Blida, auprès d'un malade dont l'état ne laisse pas d'être inquiétant. C'est un homme de 36 ans, agriculteur, de haute stature et de forte corpulence ; comme antécédents pathologiques, il a eu dans sa jeunesse des accès de paludisme, puis des crises très fréquentes de coliques néphrétiques suivies de graviers ; en 1903, il a été opéré à Alger d'un calcul vésical par taille sous-pubienne. Depuis cette époque, il a été tous les ans à Contrexéville et n'a pas souffert de son rein.

Il y a une vingtaine de jours, étant dans une propriété auprès de Cherchell, il fut pris de douleurs très violentes dans le côté droit, douleurs bientôt accompagnées de fièvre élevée, le thermomètre atteignant et dépassant 39° ; ces accès s'accompagnant de frissons, on crut, malgré les douleurs intenses du côté droit, à un retour de paludisme et l'on pratiqua des injections sous-cutanées de quinine qui n'eurent aucun effet ; une congestion pulmonaire s'étant déclarée des deux côtés, le malade se fit transporter à Blida.

20 mai : température 38° 4, pouls 112 ; les douleurs aiguës ont disparu, laissant à leur place une sensation d'endolorissement de la région rénale droite ; l'embonpoint, assez accentué, ne permet pas la palpation du rein, mais la pression du palper bimanuel est douloureuse ; l'urine est limpide et s'élève à plus de 1.000 grammes par jour.

Il y a encore des râles de congestion pulmonaire aux deux bases; toutefois, on se rend compte que cette complication est à son déclin.

Le malade est mis au lait, à l'eau de Vittel et soumis à une observation attentive.

La fièvre persiste et, le 22 mai, il attire notre attention sur le flanc gauche, où existe une tuméfaction rouge et douloureuse au niveau d'une des piqûres de quinine; c'est un phlegmon auquel on pourrait peut-être rapporter la persistance de la fièvre ; il est incisé et drainé, mais ce traitement ne produit pas d'apyrexie.

Cette complication, survenant au niveau d'une injection de quinine, nous parut avoir une signification importante. Connaissant le médecin qui l'avait pratiquée, nous étions certain qu'elle avait été faite dans les meilleures conditions d'asepsie. Nous avions relevé plusieurs observations qui prouvent nettement, selon nous, qu'une piqûre de quinine bien faite ne suppure jamais lorsqu'il y a du paludisme; par contre, s'il y a une autre infection accompagnant le paludisme, ou si celui-ci n'existe pas, il se forme très souvent au niveau des piqûres des abcès dont le pus, examiné bactériologiquement, contient des microbes, causes de l'infection méconnue; on fait, sans s'en douter, un véritable abcès de fixation, comme Fochier les faisait intentionnellement.

Voyant donc la fièvre persister et fort de nos observations antérieures, nous avons admis un foyer suppuré du côté du rein droit et avons proposé une intervention destinée à aller à la recherche de ce foyer.

Il n'y avait à la région lombaire droite ni gonflement, ni rougeur, ni œdème, mais le malade était gras et son foie, descendant assez bas, rendait l'exploration difficile; celle-ci réveillait infailliblement une douleur profonde.

L'opération proposée fut pratiquée le 27 mai; l'anesthésie fut commencée au chlorure d'éthyle et continuée au chloroforme. L'incision lombaire, longue à cause de l'embonpoint et du volume du foie, nous conduit dans la région sous-péritonéale sur une induration très étendue, vers la région du promontoire, et remontant jusque sous le foie; en décollant prudemment, le doigt pénètre dans une volumineuse collection, d'où s'échappe une grande quantité de pus d'odeur fortement urineuse; le décollement est énorme et l'on éprouve une vive surprise en comparant l'étendue et la gravité des dégâts au peu de symptômes locaux rencontrés à l'examen.

Nous faisons quelques recherches infructueuses pour reconnaître le rein dans ce vaste foyer ; mais, ne voulant pas prolonger outre mesure notre intervention, nous plaçons trois gros drains jusqu'au point le plus profond et remplissons le reste de gaze molle, saupoudrée de peroxyde de zinc, puis faisons le pansement par-dessus le tout.

Le pansement, inondé d'urine purulente, doit être refait dans l'après-midi et dans la nuit.

28 mai : température, matin 38° 3, pouls 110; une irrigation d'eau oxygénée par les tubes au moment du pansement, ramène des graviers nombreux et assez volumineux; les mèches de gaze sont changées; l'urine émise par la vessie est claire et d'environ 700 grammes.

Température, soir 38° 9; malgré un drainage parfait, l'état général ne s'améliore pas.

29 mai : matin, 38° 7; quelques signes de congestion pulmonaire. Nous décidons d'essayer, au moment du pansement, de faire une néphrectomie secondaire.

Après anesthésie, la plaie bien écartée et bien détergée, nous cherchons le rein, qu'il nous est impossible de reconnaître soit à la vue, soit avec le doigt; ce que voyant, nous préférons y renoncer et continuer le drainage comme auparavant. L'état s'aggrave dans la journée, le cœur faiblit et, malgré toute la médication usitée en pareil cas, le collapsus s'aggrave et le malade succombe dans la nuit.

L'autopsie n'a pu être pratiquée.

Obs. IV. — Rein mobile avec légère hydronéphrose. Néphropexie. Guérison.

R. ., jeune fille de 22 ans, habitant Beni-Mered, près de Blida, vient nous trouver pour des douleurs du côté droit datant de plusieurs mois, de plus, elle a remarqué dans le flanc une grosseur mobile qui disparaît quand elle est couchée, mais qui reparaît aussitôt qu'elle est debout; elle ne peut préciser exactement depuis quelle époque elle a remarqué cette grosseur et ne sait non plus à quoi l'attribuer; tout ce qu'elle peut dire, c'est que, à certains moments, elle lui a paru plus grosse; les douleurs étaient alors un peu plus vives et s'accompagnaient parfois de troubles gastriques allant jusqu'au vomissement. Du côté des urines, il n'a jamais rien existé d'anormal.

A la palpation, on tombe de suite sur un rein descendu jusqu'au-dessous de la ligne ombilicale et qu'on refoule avec la plus grande facilité dans sa loge ; il semble un peu plus gros que normalement.

Opération le 18 janvier 1906, à l'hôpital de Blida : le rein, très accessible, est tellement mobile qu'on éprouve une certaine peine à le saisir; il faut le faire refouler par la main d'un aide appliquée sur la paroi abdominale.

Amené au dehors, il ne présente aucune particularité digne d'être notée ; le bassinet est peut-être un peu dilaté, mais l'uretère le continue bien au point le plus déclive, sans points rétrécis, sans adhérences ou déviations quelconques.

La capsule du rein est incisée suivant le bord convexe et les deux lèvres sont disséquées dans l'étendue d'un centimètre environ ; quatre tendons de renne sont passés de chaque côté, en anse, soit huit en tout ; les deux supérieurs sont fixés à la douzième côte et les autres

aux plans musculaires correspondants ; puis la plaie est fermée sans drainage avec un rang de fil de laiton.

La réunion se fait d'emblée : les fils sont enlevés le dixième jour.

L'opérée sort le 12 février ; le rein est très haut situé et absolument fixe. Cette jeune fille s'est mariée quelques mois après et a pu mener à bien une grossesse sans que le rein soit déplacé à nouveau ; les douleurs et les troubles digestifs ont complètement disparu.

Obs. V. — Hydronéphrose intermittente volumineuse avec crises fréquentes. Néphropexie. Guérison après une petite rechute.

Mme R..., 36 ans, de bonne constitution, quoique petite et amaigrie ; mère d'un enfant de 4 ans bien portant.

Nous sommes appelé à la voir, le 20 juin 1907, par notre camarade, le docteur Martin, du 1er chasseurs d'Afrique, qui lui donne des soins depuis quelques temps déjà.

Voici son histoire résumée : après sa grossesse, elle aurait eu un rein mobile, qui ne la gênait pas ; il y a treize mois environ, étant à Aumale, elle fut prise de phénomènes analogues à ceux qu'elle présente actuellement : formation d'une grosse tumeur dans le flanc droit, avec douleurs extrêmement violentes, lui arrachant des gémissements continuels, et s'accompagnant de vomissements incessants ; la température montait généralement vers 38°. La morphine seule parvenait à calmer un peu les douleurs qui disparurent en une nuit, en même temps que la grosseur, avec émission abondante d'urines ; le lendemain, l'état général était parfait. Ces crises se répétèrent ensuite pendant trois mois ; elles furent presque subintrantes et la malade dut rester presque constamment alitée.

Arrivée à Blida, dans les premiers jours de juin, elle fut prise, il y a environ une dizaine de jours des mêmes accidents, et c'est devant ces récidives continuelles qu'elle s'est décidée à nous faire appeler.

Au moment de l'examen, la température est de 37°9 ; les douleurs sont vives et les vomissements fréquents ; on voit, à l'examen de l'abdomen, une tuméfaction considérable occupant toute la région sous-hépatique ; elle atteint presque la ligne ombilicale ; malgré la douleur on peut nettement la délimiter en bas et en dedans, où elle s'avance au-delà du bord du muscle droit ; mate à la percussion, elle est séparée du foie par une zone sonore des plus nettes ; le palper bimanuel s'accorde avec les signes cliniques pour localiser l'affection dans le rein et affirmer le diagnostic d'hydronéphrose intermittente.

Nous proposons d'intervenir quand la crise de rétention actuelle sera terminée, car il n'y a pas de signes menaçants qui nécessitent une intervention immédiate ; jusque-là, la malade restera au lit, prendra de grands bains et ses douleurs seront calmées par la morphine qu'elle supporte très bien.

Les jours suivants le rein diminue, puis la tumeur disparaît brusquement en une nuit, avec émission d'urines louches, qui redeviennent rapidement limpides ; la malade entre alors à l'hôpital le 2 juillet, pour être opérée le lendemain.

Le 3 juillet : incision lombaire assez courte, vu la maigreur de l'opérée ; le rein est abordé et découvert très rapidement. Au-dessous de lui, nous recherchons l'uretère que nous suivons alors de bas en haut jusqu'au bassinet ; avant d'arriver au pôle inférieur du rein, il décrit une courbe considérable que nous faisons remarquer aux assistants. Amené au dehors, le rein est examiné attentivement, mais ne présente rien de particulier : l'uretère arrive bien au point déclive du bassinet un peu dilaté et en entonnoir ; son aspect extérieur est normal, sans cicatrices, sans points rétrécis ; dans ces conditions, nous croyons qu'il n'y a pas lieu d'aller explorer la cavité du bassinet par une incision du rein et nous nous contentons de la néphropexie, pratiquée comme ci-dessus, avec des tendons de renne.

Réunion totale de l'incision avec un seul rang de fils de laiton.

La réunion est parfaite et les fils enlevés le 15 juillet ; le lendemain, 16 juillet, la malade sort pour aller passer l'été dans une villa auprès de Blida. Le rein est fixé très haut et bien immobilisé.

La guérison semblait parfaite, quand, en juillet 1908, rentrant de France, elle eut, dès son arrivée à Blida, une crise assez forte avec réapparition de la tuméfaction, mais à un degré moindre ; au bout de six jours, tout était disparu. Persuadé que les mêmes phénomènes allaient revenir comme auparavant, et que, probablement, leur cause devait siéger à la partie inférieure de l'uretère, puisque nous n'avions rien remarqué d'anormal à l'extérieur lors de l'opération, nous avions laissé entrevoir la possibilité d'une seconde intervention qui était acceptée en principe ; mais ces accidents ont été les derniers ; la santé générale est devenue parfaite, la malade a considérablement engraissé et des nouvelles de ces jours derniers nous apprennent que, depuis juillet, elle n'a plus rien éprouvé ; espérons que, cette fois, la guérison est définitive.

Obs. VI. — Hydronéphrose intermittente. Néphrectomie. Guérison.

Mme X..., 45 ans, à Beni-Mered, près Blida. Nous la voyons en consultation avec le docteur Bonnard, de Blida, le 16 décembre 1907. C'est une femme bien portante habituellement, sujette toutefois à des accidents que l'on a considérés jusqu'ici comme des coliques hépatiques ; Ce sont des douleurs très fortes dans le flanc droit, avec fièvre et vomissements, et parfois formation d'une tumeur au-dessous du foie, dans la région de la vésicule biliaire.

Lors de notre examen, la température est à 40°, le pouls à 120, les douleurs et les vomissements ne cessent pas. Elle porte, dans l'hypo-

condre droit, une tumeur du volume des deux poings, datant de plus de quinze jours, très sensible à la moindre pression ; cette tumeur est nettement séparée du foie par une zone sonore, et très accessible au palper bimanuel.

Il n'y a jamais eu d'ictère, le foie n'est pas gros, et on n'a jamais trouvé de calculs biliaires dans les selles ; les urines sont rares, fébriles, mais limpides.

Il s'agit évidemment du rein ; mais quelle est la nature de l'affection ? les crises font penser à une hydro-pyonéphrose intermittente ; cependant elles ont été mal observées, et on ne peut se renseigner exactement sur les modifications éprouvées par la fonction urinaire à la période terminale des accidents antérieurs. C'est le diagnostic que nous admettons néanmoins en faisant une légère réserve provoquée par le souvenir d'un cas analogue, où les accès fébriles intenses nous avaient conduit à admettre une pyonéphrose, alors que l'intervention nous montra qu'il s'agissait d'un volumineux sarcome à petites cellules de la capsule adipeuse du rein.

Quoi qu'il en soit, nous proposons une intervention à faire quand les accidents actuels seront calmés, ou d'urgence si un danger quelconque menaçait la malade ; la diminution de la tumeur, de la fièvre, avec émission d'urines purulentes vient heureusement lever nos doutes, et notre malade entre à l'hôpital le 22 décembre au matin. Nous pouvons, cette fois, pratiquer la cystocopie et nous constatons que le pus sort par l'uretère droit.

Le 23 décembre, intervention ; incision lombaire, et mise à nu du rein qui est aussitôt amené au dehors ; il est gros, congestionné et le bassinet forme en avant du hile une poche comme une petite mandarine, sur laquelle l'uretère vient s'implanter très haut et très obliquement.

L'incision du rein nous conduit dans une poche suppurée, à plusieurs diverticules, formée à la fois par la substance propre du rein et le bassinet dilaté ; dans ces conditions nous pratiquons la néphrectomie en laissant sur le pédicule un clan qui est enlevé le quatrième jour, après section très basse de l'uretère. Le reste de la plaie est réuni au fil de laiton.

Le lendemain de l'opération, l'urine est claire, limpide et sa quantité s'élève à 840 grammes.

L'opérée sort guérie le 24 janvier 1908.

L'orifice de l'uretère s'ouvrait très obliquement sur le bassinet qui formait une poche considérable au-dessous de lui.

* * *

DILATATION ÉLASTIQUE CAOUTCHOUTÉE DANS LES RÉTRÉCISSEMENTS DE L'URÈTHRE.

M. Rochet. — Je désire vous entretenir de l'application d'une sonde particulière comme construction et comme mode d'emploi, que nous devons à M. Martin. Celui-ci m'avait prié d'essayer cette sonde dans les cas de rétrécissements graves, et nous avons traité de la sorte, avec son fils, Francisque Martin, une série de rétrécis graves. Ce sont les résultats de ces traitements que je tiens à vous faire connaître aujourd'hui.

Le principe sur lequel est basée cette sonde est très simple, c'est le principe de la dilatation lente mais continue, lente mais active, comme vous allez le voir. Par la simple action d'une sonde en caoutchouc spécial extrêmement souple, très extensible, pouvant atteindre le double et même le triple de sa longueur, laquelle est introduite dans le rétrécissement et qui, une fois introduite, tend à reprendre peu à peu son volume primitif et agira alors par pression excentrique au niveau du rétrécissement.

Les indications générales de cette sonde m'ont paru devoir être celles de toutes les sondes à demeure, y compris la sonde de Nélaton.

Il y a des rétrécissements qui sont tout à fait rebelles à la dilatation ; on parvient à les dilater jusqu'à un certain numéro, puis tout est à recommencer ; il existe même des rétrécissements dans lesquels l'urètre est remplacé par une cicatrice plus ou moins longue, plus ou moins épaisse et dans laquelle on peut dire que la dilatation extemporanée est impossible. C'est à ceux-ci que s'applique la dilatation élastique.

La sonde de M. Martin s'introduit sur mandrin. Martin avait fait construire un mandrin métallique ; je me suis aperçu que ce mandrin était quelquefois dangereux, surtout quand on est obligé d'introduire la sonde avec une certaine force et qu'on a affaire à des rétrécissements qui n'excèdent pas les nos 6 ou 7. Aussi, j'ai pensé à remplacer ce mandrin métallique par un petit conducteur en gomme élastique ferme, sur lequel on étire la sonde au préalable, et avec ce conducteur intérieur en gomme on a une sécurité que ne nous donne pas le mandrin. Une fois la sonde étirée très fortement sur mandrin et intro-

duite ainsi étirée, on la voit, au bout de quelque temps, reprendre sa forme primitive, car ses extrémités se rapprochent, et dans les jours suivants le caoutchouc continuant à revenir sur lui-même, la sonde est revenue à sa longueur primitive. Pendant ce temps-là, elle a fait son œuvre de dilatation.

La sonde de M. Martin est une sonde qui, à cause de sa souplesse, m'a paru être beaucoup mieux supportée que les sondes en gomme élastique, même que la sonde de Nélaton ; les malades ne s'en plaignent pas, ils ne s'en aperçoivent pas, ils se lèvent avec, ils s'asseoient avec, se promènent avec ; la plupart des malades dont les urètres sont déjà habitués aux contacts par les manœuvres qu'on a pu faire sur eux et qui sont devenus un peu insensibles, ne s'aperçoivent même pas de la sonde.

Les résultats obtenus sont les suivants. Le résultat immédiat est remarquable au point de vue de la rapidité de l'élargissement. J'ai choisi des malades tout à fait mauvais, afin de mieux me rendre compte de l'effet de ce traitement, des malades chez lesquels l'urètre était presque détruit au niveau du rétrécissement, où il n'y avait plus de muqueuse, où il y avait même parfois une fistule périnéale permanente, de telle sorte que chez certains de ces malades, chez quatre notamment, l'urètre antérieur était virtuellement supprimé depuis un certain nombre de mois et même d'années. Ces malades ont été cathétérisés par cette sonde, et j'ai eu la surprise de voir que le résultat était excellent et que, sur ces malades, au bout de quelques mois de traitement, la fonction de l'urètre antérieur était rétablie, et que les fistules se cicatrisaient.

Dans des cas moins graves, où l'emploi de la sonde ne donnait que des résultats tout à fait insignifiants, la sonde Martin, au bout de quelques jours, permettait de laisser passer facilement une sonde n^{os} 14, 15, 16. Au point de vue de la rapidité de l'élargissement il y a donc là quelque chose de tout à fait remarquable.

Au point de vue des résultats lointains, il est certain que la sonde Martin ne donne pas la cure du rétrécissement qui est une chimère dans des cas pareils, mais elle permet de s'en rapprocher le plus possible. Voilà environ quatorze ou quinze mois que j'ai commencé cette série d'expériences ; j'ai revu

tout dernièrement les malades que j'ai traités et voici les résultats constatés sur eux :

Même chez les malades dont l'urine passait par le périnée, j'ai constaté que le sondage était, au bout d'un an quelquefois, le plus souvent au bout de huit à dix mois, relativement facile, qu'on avait surtout, vis-à-vis du calibre primitif qui était tout à fait mince, un gain considérable ; on arrivait à passer d'emblée des n^{os} 13 ou 14, ce qui est un résultat extrêmement encourageant.

Il est incontestable qu'il y a là [par l'action de ce caoutchouc qui reste à demeure pendant plus ou moins longtemps, et qui dilate à étirement pendant les heures, et même les jours qui suivent son introduction à l'état d'étirement], je ne dis pas la cure du rétrécissement, mais un assouplissement extraordinaire du canal qui n'est guère réalisé par aucune autre méthode.

M. Martin m'avait dit de laisser cette sonde pendant très longtemps, pendant plusieurs mois ; alors peut-être obtiendrait-on le résultat cherché comme on y parvient pour les rétrécissements de la trachée où son action progressive, lente et continue arrive à créer une deuxième muqueuse ; il ne m'a pas paru que ce moyen fût très pratique pour l'urètre. Le plus longtemps que j'ai laissé la sonde est deux ou trois mois en la sortant cependant tous les huit jours pendant quelques jours. On ne peut pas, comme pour certains autres conduits, réaliser une application continue et ininterrompue du caoutchouc dans l'urètre, il faut de temps en temps changer la sonde, de telle sorte que le résultat ne peut pas être aussi parfait que lorsqu'il s'agit d'autres conduits. Il n'en reste pas moins établi que l'assouplissement obtenu du canal est absolument remarquable, et me paraît rester définitif dans une certaine mesure.

Les contre-indications à cette sonde ne m'ont pas paru particulières à la sonde Martin ; elles sont communes à toutes les sondes à demeure, et tiennent à l'intolérance qu'éprouvent les sujets, et à l'irritabilité due à la présence de la sonde, etc.

Il y a assurément, en outre, des cas où le calibre est trop étroit pour passer une sonde Martin des plus fines ; cependant ces cas sont relativement rares car il y a des sondes Martin d'un calibre très petit et qui, une fois étirées sur mandrin, correspondent à peu près au n° 6 ou 7 ; par conséquent, il est

sûr qu'avec ce petit calibre on peut passer à travers un rétrécissement des plus fins.

Toutefois, dans un cas qui a été opéré par l'urétrostomie périnéale, et où l'urètre antérieur avait été supprimé, je n'ai pu passer qu'un très fin conducteur gros comme un fil ; quand j'ai voulu mettre une sonde Martin, je n'ai pas pu passer ; il y a donc des cas où le rétrécissement est trop fin ; mais en dehors de ces cas je ne vois pas de contre-indications absolues à l'emploi de la sonde Martin.

Il y a cependant un petit revers à cette médaille. Je veux dire que cette sonde, dans certains cas, en raison même de sa mollesse, de la minceur de ses parois, a des tendances à s'obstruer, et chez certains sujets spasmodiques ou chez lesquels le rétrécissement est particulièrement dur, on peut voir, dans les jours qui suivent, un accollement des parois de la sonde qui est serrée par le rétrécissement et qui a de la peine à fonctionner. Ceci se voit lorsqu'on emploie des numéros trop fins ; alors on remplace la sonde par une autre ; cet inconvénient ne dure pas si le malade peut supporter la sonde pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures, car on peut alors assez facilement introduire une sonde de plus fort calibre. Mais enfin, il faut prévoir cela et c'est dans ce but que j'avais prié M. Martin de faire venir du caoutchouc un peu plus épais de façon à éviter cet accollement. Je crois que M. Martin a agi dans ce sens et que dans quelque temps nous aurons de nouvelles sondes avec un caoutchouc plus épais tout en restant aussi extensibles. Mais, dès à présent, on peut considérer que cette sonde offre de grands avantages et mes internes eux-mêmes ont été surpris des bons résultats obtenus par son emploi.

Je tiens à dire, pour bien me faire comprendre, en terminant, que ce qu'a voulu faire M. Martin est quelque chose de bien différent de l'action par les sondes à demeure en caoutchouc de Nélaton : la sonde de Nélaton est extrêmemen épaisse comme parois, elle a une toute petite lumière à l'intérieur, les plus petites ne s'étirent que très peu, on peut les étirer au plus de 5 ou 6 centimètres ; elles n'agissent par conséquent dans le rétrécissement que comme un corps étranger, par *dilatation passive*. Ce n'est pas la *dilalation active* de la sonde Martin dont le principe est basé sur ce que le caoutchouc une fois étendu et étiré revient peu à peu à son calibre primitif.

Ceci est de la première importance et change complètement le caractère de l'action de cette sonde.

M. Durand. — Vous savez déjà par la thèse de Francisque Martin que cette sonde n'a pas été appliquée seulement aux rétrécissements de l'urètre ; on a pu l'employer aussi dans certains rétrécissements d'autres conduits ou de cavités analogues rectum, vagin, etc. Pour mon compte, j'ai eu l'occasion de l'employer dans un rétrécissement du rectum.

Francisque Martin rapporte une observation analogue de M. Gangolphe et je ne crois pas que d'autres aient été publiées, c'est ce qui m'a engagé à vous rapporter cette observation.

Obs. — Il s'agit d'une jeune femme de 34 ans, entrée dans mon service, à Saint-Pothin, le 24 juin 1908, envoyée par un excellent confrère dont vous me permettrez de ne pas dire le nom, afin que l'indication de la localité d'où provenait la malade ne puisse pas la faire reconnaitre. Cette jeune femme n'avait aucun antécédent apparent ; elle s'était toujours très bien portée, elle s'était mariée à 24 ans, avait eu deux enfants et ne présentait rien d'extraordinaire. Elle faisait remonter le début de son accident à quatre ou cinq ans environ; il s'était produit alors quelques troubles intestinaux, des sensations de brûlures, et peu à peu avait suivi tout le cortège des troubles classiques déterminés par le rétrécissement du rectum avec écoulements sanguins, glaireux et purulents. Elle disait qu'elle avait maigri beaucoup, que sa santé était en mauvais état, qu'elle supportait très mal les troubles physiques et moraux occasionnés par son rétrécissement ; elle était muette sur l'origine de l'affection dont elle souffrait. Au toucher on trouvait un anus sain, un canal sain, la première partie du rectum dans lequel j'introduisais le doigt jusqu'à 5 ou 6 centimètres absolument saine, puis, alors, brusquement un rétrécissement extrêmement serré qui admettait une sonde n° 18. Comme elle niait tout antécédent de ce côté, je l'endormis pour la mieux examiner. Elle ne portait aucune manifestation syphilitique, et le toucher éliminait du reste dès l'abord le rétrécissement spécifique.

La malade endormie, je n'eus pas de peine à dilater au doigt le rétrécissement, et je vis en l'abaissant qu'il s'agissait d'un rétrécissement par diaphragme ; les pourtours de ce diaphragme étaient un peu épaissis, blancs, il n'y avait, au-dessus, des ulcérations, rien qui put ressembler à un néoplasme, où à un rétrécissement syphitique du rectum. Sur le champ, je conclus d'une façon relativement ferme à un rétrécissement inflammatoire ou traumatique dont la malade avait dissimulé l'origine.

En effet, la prenant à part et la confessant en quelque sorte, j'obtins

d'elle l'aveu que, s'étant mariée à 24 ans, tout s'était bien passé pendant les premières années, puis qu'un beau jour, son mari s'était trompé de voie et qu'elle avait permis le commencement de l'acte. Elle avait eu ensuite un mouvement brusque pour se refuser, et à ce moment, elle avait ressenti comme une sensation de rupture dans la région traumatisée ; ce rapport avait été suivi d'un écoulement de sang. C'est à partir de ce moment que les troubles commencèrent. Peu de temps après elle était devenue enceinte, et elle ne s'était plus prêtée à pareille chose. Je me trouvais donc en présence d'un rétrécissement traumatique du rectum, mais dilatable puisque j'avais pu y passer mon index. Je songeais immédiatement à la sonde Martin ; pendant qu'on confectionnait une sonde d'un calibre suffisant. la malade se cathétérisa elle-même avec les plus gros numéros des dilatateurs utérins de Hégar. Au bout de quelques jours, les sondes étant fabriquées, nous en fîmes trois, la plus petite représentait à peu près 2 centimètres de diamètre.

Cette femme est restée dans mon service un peu moins d'un mois, puis elle est rentrée chez elle. J'ai eu de ses nouvelles il y a quelques jours, elle était extrêmement satisfaite ; depuis ce moment, elle s'introduit de temps en temps la grosse sonde Martin pour conserver le terrain gagné. Elle n'a plus aucun trouble de rétrécissement, mais a gardé pourtant des traces des phénomènes inflammatoires développés au-dessus de la sténose. Elle a, de temps en temps, un écoulement glaireux, un peu purulent, mais peu gênant.

Dans ce cas, comme dans ceux de Rochet, nous avons eu un succès très satisfaisant.

M. Cl. Martin. — La question posée aujourd'hui devant la Société par la communication de M. Rochet porte seulement sur la dilatation de l'urètre au moyen de nouvelles sondes dilatatrices d'un modèle un peu particulier ; ces sondes, faites de la feuille de caoutchouc dite feuille anglaise, sont beaucoup plus souples et plus élastiques que celles de caoutchouc moulé, aussi leur action est-elle moins brutale.

MM. Gangolphe et Durand ont appliqué avec succès, comme ils viennent de le dire, un appareil identique pour le traitement du rétrécissement du rectum. On pourrait de même appliquer ces sondes à d'autres conduits, tels que l'œsophage, le vagin, etc.

Ces divers traitements ne constituent en somme que des chapitres spéciaux d'une méthode générale destinée à lutter contre les déformations et les rétractions d'origine cicatricielle ou autres.

Depuis trente-cinq ans, j'en ai commencé les premières applications, je l'ai perfectionnée, j'en ai généralisé l'emploi, et mon fils, dans sa thèse en 1901 (1), en a fait une étude d'ensemble. Je vous demande la

(1) F. Martin. *Traitement non sanglant des cicatrices vicieuses.* J.-B. Baillière et fils, éditeurs, Paris.

permission de vous rappeler les données générales et les principales applications que j'en ai fait ou proposé.

D'autres auteurs, du reste, ont également utilisé ces principes ; je rappellerai, par exemple, les magnifiques résultats obtenus par M. Nové-Josserand dans le traitement des pieds bots par la méthode de Finck, méthode qui réalise le redressement des pieds par la traction faible et continue, et aussi dans le traitement de la paralysie ischémique de Volkmann, si rebelle aux interventions chirurgicales. Ces divers résultats vous ont d'ailleurs déjà été présentés antérieurement.

Les actions élastiques lentes et continues constituent en effet tout le principe de ma méthode. J'ai été conduit à les utiliser dans la thérapeutique chirurgicale, en voyant les beaux résultats qu'elles donnent dans le redressement des dents. En orthodontie, en effet, depuis de très longues années, nous agissons sur des dents déviées au moyen de tractions ou de pressions continues qui, pour être supportées, doivent forcément être douces et faibles.

Les agents capables de réaliser ces actions lentes et continues sont :

1° Des ressorts métalliques agissant par pressions ou par tractions ; ce sont les premiers que j'ai employés en 1874, dans le service de M. Ollier, pour le redressement du nez ;

2° Les appareils utilisant l'élasticité du caoutchouc et qui peuvent agir par tractions ou par dilatations, comme dans les sondes dont vient de vous entretenir M. Rochet, par l'augmentation de diamètre qui se produit. Quand le caoutchouc étiré revient sur lui-même, il exerce une pression excentrique qu'on peut graduer et utiliser pour la dilatation des canaux ;

3° L'action de la pesanteur que j'ai employée surtout contre les cicatrices buccales après résection des maxillaires et que j'ai appelée méthode des poids lourds grâce auxquels je puis de plus en plus fréquemment substituer à la prothèse immédiate la prothèse antéopératoire. L'emploi de ces divers agents peut donner naissance à un nombre indéfini de procédés, de dispositions variables avec chaque cas particulier.

Depuis 1874, je poursuis l'étude de cette méthode ; elle a donné de très bons résultats, mais elle n'a pu les fournir que lorsqu'elle a été appliquée dans toute sa rigueur, c'est-à-dire quand les actions développées ont été lentes, faibles et continues et ont pu agir longtemps sans provoquer de douleur ni de réaction.

Lorsque ces manœuvres de tractions, pressions ou dilatations sont trop fortes ou trop rapidement conduites, elles peuvent provoquer des ulcérations qui obligent à cesser leur application, et les cicatrices nouvelles qui en résultent ne pourront que retarder le traitement ou même compromettre le résultat définitif.

Les quelques inconvénients signalés par M. Rochet sont, à mon

avis, faciles à éviter. Il est certain que pour chaque application de cette méthode il faut étudier et raisonner l'emploi de ces forces. Si faibles soient-elles, car le seul fait de leur continuité leur donne une puissance extraordinaire, on doit exercer une surveillance attentive pour déterminer les limites dans lesquelles on peut les développer sans provoquer d'accident.

M. Gangolphe. — Je n'ai que deux mots à dire en ce qui concerne le petit accident signalé par M. Rochet au sujet de l'accolement des parois de la sonde: il semble qu'on pourrait peut-être essayer de le prévenir en faisant une injection d'huile d'olive stérilisée dans l'intérieur de la sonde avant d'y introduire le mandrin. Cette idée m'est suggérée simplement parce que voulant avoir un conducteur un peu lourd et moins dangereux que le cuivre ou la baleine, j'avais fait construire pour un rétrécissement de l'œsophage une grande sonde en caoutchouc dans laquelle je mettais un mandrin de plomb, je tirais un peu la sonde sur le mandrin, mais je n'exerçais pas là une action semblable à celle indiquée par Martin. J'avais remarqué qu'il était difficile de retirer le mandrin de plomb de cette sonde, et c'est pour cela que j'ai toujours insisté pour qu'on injecte de l'huile dans la sonde avant d'y introduire le mandrin, afin de faciliter le dégagement de celui-ci.

Relativement à l'emploi de la sonde Martin, j'ai été le premier à m'en servir pour le rectum et avec un très heureux résultat; je l'ai utilisée aussi pour dilater un vagin artificiel.

M. Destot. — Introduire de l'huile dans le caoutchouc est un mauvais procédé, l'huile abîme le caoutchouc, il est préférable d'employer la glycérine, qui a la même propriété et n'altère pas les parties caoutchoutées.

***

LA COMPRESSION ÉLASTIQUE DU TRONC COMME PROCÉDÉ D'HÉMOSTASE PRÉVENTIVE DANS LES OPÉRATIONS SUR LES MEMBRES INFÉRIEURS ET LES ORGANES DU BASSIN.

M. Georges Leclerc. — Au mois de juin 1908, Momburg, de Spandau, annonçait un nouveau moyen d'obtenir l'hémostase de la moitié inférieure du corps en serrant fortement la taille avec un lien de caoutchouc placé entre le rebord costal et les crêtes iliaques; on réalise ainsi très facilement une hémostase parfaite qui permet d'opérer à blanc sur les membres inférieurs et sur les organes du bassin. Ce mode d'emploi de la compression élastique étend ainsi considérablement le champ d'action

de la bande d'Esmarch et facilite par suite un grand nombre d'opérations qui, jusqu'ici, ne bénéficiaient pas de ce précieux moyen d'hémostase préventive.

Momburg essaya d'abord son procédé chez deux sujets sains, qui supportèrent le tube sans anesthésie pendant cinq minutes sans qu'il en résultât aucun accident. Puis il employa sa méthode pour des opérations chirurgicales et en août 1908, il avait publié trois cas suivis de succès (parmi ces trois cas, une double amputation de cuisse et une désarticulation inter-ilio-abdominale).

Rimann, bientôt, publia un cas de désarticulation de la hanche pratiquée sous le garrot abdominal. En décembre 1908, Axhausen, de Berlin, rapporta une observation d'évidement pour lésion tuberculeuse du bassin pratiquée dans les mêmes conditions et avec succès. En janvier 1909, Willems, de Gand, rapporta à la Société de chirurgie de Paris quatre cas où il appliqua avec succès la méthode de Momburg (deux désarticulations de la hanche, une résection coxo-fémorale, une résection partielle du bassin). A la même époque, Trendelenburg publie l'observation d'un sarcome du fémur enlevé avec l'aide de la même méthode. Enfin, Verhoogen, de Bruxelles, employa celle-ci avec succès dans une résection de la hanche pour coxalgie, dans une amputation inter-ilio-abdominale et dans un cas d'amputation du rectum pour prolapsus volumineux et récidivé.

J'ai, moi-même utilisé trois fois le procédé de Momburg, et les avantages qu'il présente m'ont paru considérables ; je l'ai employé non seulement dans les opérations sur la racine des membres inférieurs ou la fosse iliaque, comme dans la plupart des observations publiées jusqu'à ce jour, mais encore dans les interventions sur les organes du petit bassin ; c'est ainsi que j'ai pu faire dans des conditions vraiment idéales une prostatectomie périnéale. Ce n'est pas là une des applications les moins intéressantes de la méthode.

Ma première observation concerne une amputation de cuisse qui fut faite en dix minutes chez un sujet très cachectique ; le tube de Momburg me rendit les mêmes services que la bande d'Esmarch ; la fémorale était complètement vide de sang ; le malade, quoique très peu résistant, supporta très bien la bande ; il y eut une très courte période d'affolement du pouls qui dura quelques secondes et cessa. Rien à l'ablation du tube.

La deuxième observation et celle d'un malade de 60 ans atteint de sarcome primitif des ganglions de l'aine et des ganglions iliaques externes. Le pouls ne s'émut pas lorsqu'on plaça la bande, ni quand on l'enleva. Elle facilita d'ailleurs grandement une opération longue et difficile où il fallut disséquer complètement le triangle de Scarpa et en partie la fosse iliaque interne. Durée : une heure environ.

Enfin, ma troisième opération, la plus intéressante, concerne une prostatectomie périnéale. Le malade, âgé de 60 ans, avait une volumineuse prostate amenant de la rétention chronique avec infection vésicale. Le tube fut placé comme à l'ordinaire ; il y eut une courte période de précipitation du pouls qui revint en quelques secondes à la normale. L'opération fut remarquablement simple, sans une goutte de sang, ressemblant à une opération sur le cadavre. Cette hémostase absolue facilita singulièrement la recherche des points de repère anatomiques toujours un peu délicate, quoiqu'on en dise, dans la prostatectomie périnéale. L'opération, qui dura quarante-cinq minutes, fut très bien supportée et le pouls ne bougea pas à l'ablation du tube.

J'ai essayé, en outre, d'utiliser la compression élastique du tronc pour faire l'hémostase dans une hystérectomie abdominale totale pour cancer du col. J'ouvris d'abord le ventre par l'incision de Pfannenstiel et mis la malade en position de Trendelenburg. Refoulant fortement les anses intestinales avec la main recouverte d'une compresse, je fis placer le tube.

Mais, comme il fallait s'y attendre, celui-ci refoulait une partie de l'intestin qui venait encombrer le champ opératoire et empêchait d'aborder en toute sécurité les organes pelviens. Je dus enlever la bande pour continuer l'intervention.

La ligature du tronc mérite d'être connue et expérimentée par les chirurgiens. Elle a été déjà étudiée par les auteurs précédemment cités qui en ont envisagé la technique, les résultats et les inconvénients. Je n'ai rien à ajouter à ce qui a été dit sur la technique ; je n'ai jamais eu la précaution de faire prendre le pouls des fémorales et de me baser sur la cessation de leurs battements pour limiter la striction ; on peut, je crois, serrer sans crainte, à condition de serrer lentement et progressivement. J'ai toujours également fait enlever le tube très lentement afin d'éviter un trop brusque changement dans le régime circu-

latoire, mais il ne m'a pas paru indispensable de suivre la recommandation de Momburg qui n'enlève le lien abdominal qu'après avoir placé à la racine de chaque cuisse une bande d'Esmarch ordinaire.

Je n'ai rien à ajouter non plus à ce qui a été dit sur les dangers de la méthode; ils sont minimes. L'appareil circulatoire est le seul qui puisse subir des pertubations du fait de l'application ou de l'ablation du garrot abdominal et ces pertubations sont extrêmement légère et fugaces, quelquefois complètement absentes.

Je veux simplement insister sur les avantages que présente le procédé et les applications qu'on en peut faire.

L'hémostase obtenue est absolue et tout à fait comparable à celle que donne la bande d'Esmarch classique appliquée à la racine des membres. A peine y a-t-il, dans certain cas, comme avec la bande d'Esmarch, un léger suintement veineux survenant tout à fait au début de l'opération et dû à ce que le segment périphérique des veines se vide par la plaie. Willems signale aussi un suintement terminal dû à ce que la circulation artérielle se rétablit au bout d'un temps assez long par les anastomoses des artères lombaires avec les artères du bassin d'une part, et par les anastomoses des mammaires internes avec les épigastriques d'autre part. Il arriverait même qu'à ce moment certaines artérioles se mettraient à donner, ce qui, d'après Willems, serait plutôt favorable et faciliterait l'hémostase définitive après l'enlèvement du garrot. Bien que j'aie laissé le tube en place une heure de durée, je n'ai pas observé ce suintement terminal.

L'hémostase du bassin est aussi facilement et aussi parfaitement réalisée que celle des membres inférieurs. Momburg, quand il s'agit d'anémier le bassin, recommande le procédé suivant : on anémie d'abord les membres inférieurs au moyen de deux bandes d'Esmarch ordinaires, puis on applique le garrot abdominal; on enlève ensuite les bandes et on donne aux jambes la position déclive; le sang pelvien y coule; on l'empêche alors de remonter en plaçant de nouveau les bandes d'Esmarch à la racine des cuisses. Ce procédé complexe n'est pas indispensable et, en serrant convenablement le tube en place, suivant la technique ordinaire, on obtient une hémostase du bassin qui, pratiquement, est parfaite.

Je ne sais pas quelle est l'efficacité du tube de Momburg chez les obèses ; je n'ai eu affaire, en effet, qu'à des malades plutôt maigres et je n'ai trouvé, d'autre part, aucun renseignement sur l'embonpoint des sujets dans les observations publiées. Mais, cette réserve faite, on peut affirmer que le tube de Momburg produit, sans danger, une hémostase absolue de la moitié inférieure du corps.

Cette hémostase, en permettant de faire des opérations à blanc, facilite dans des proportions considérables l'acte opératoire qui devient par suite beaucoup mieux réglé, presque schématique. Certains chirurgiens considèrent que l'hémostase préventive que donne la bande d'Esmarch n'apporte aux opérations qu'une facilité illusoire ; comme il faut en fin de compte lier les vaisseaux, la difficulté serait reculée et non pas résolue ; autant les artères et les veines au fur et à mesure de leur rencontre. Ce n'est pas l'opinion la plus répandue ; il est indiscutable, en effet, que le sang gêne pour opérer ; rien n'empêche d'ailleurs, même avec l'hémostase préventive, de lier au fur et à mesure de leur découverte les vaisseaux de quelque calibre ; cela est même plus facile lorsqu'ils ne saignent pas que lorsqu'ils saignent, et dans le premier cas leur reconnaissance, leur dénudation et leur ligature s'opèrent comme sur le cadavre. L'usage si généralement répandu de la bande d'Esmarch est du reste là pour attester les avantages de l'hémostase préventive.

Or, ce qui est vrai pour la bande d'Esmarch est plus vrai encore pour le tube Momburg, car si l'hémostase préventive offre des avantages en réalité assez faibles dans les opérations de technique simple comme les amputations, elle prend une réelle importance dans les opérations plus difficiles, dans celles surtout qui demandent à être exécutées d'une façon très réglée, comme la prostatectomie périnéale. Pour cette opération en particulier, l'emploi du garrot abdominal réalise certainement un progrès notable.

Il en est de même pour les opérations sur l'urètre supérieur et sur la vessie, pour la prostatectomie transvésicale ; pour les opérations sur le rectum (amputation périnéale, prolapsus, hémorroïdes), où les avantages du tube de Momburg doivent être considérables ; enfin pour les opérations sur le vagin, le col utérin, le périnée.

Il y aurait lieu, en outre, de rechercher le moyen d'utiliser

le procédé d'une façon pratique dans les interventions gynécologiques qui se pratiquent par la voie abdominale.

BIBLIOGRAPHIE.

Momburg. — *Zentralblatt für Chirurgie*, 1908, nos 23 et 41.
Rimann. — *Deutsche Zeitschrifft für Chirurgie*, 94, Band I.
Willems. — Société de Chirurgie de Paris, janvier 1909.
Trendelenburg. — Société de Médecine de Leipzig, décembre 1908.
Verhoogen. — *Journal de Chirurgie* et *Annales de la Société belge de Chirurgie*, 1909 (janvier-février).

***

FRACTURE DE DUPUYTREN ANCIENNE.

M. Destot. — Je vous présente les radiographies d'une fracture de Dupuytren classique, dont l'évolution a abouti à la formation d'un pied plat valgus au bout de six mois. On remarquera, outre la fracture du péroné, à 9 centimètres au-dessus de la pointe, la fracture de la malléole interne et un diastasis tibio-péronier très net. L'astragale s'insinue entre les deux os.

Depuis longtemps on comprend sous le même titre de fracture bimaléollaire une foule de lésions qui ont à peu près le même masque clinique, mais qui diffèrent essentiellement comme pronostic et comme traitement. Les uns ont pris pour guide de leur classification le mécanisme et la pathogénie édifiés artificiellement par l'expérimentation. C'est ainsi que Tillaux a cru pouvoir décrire les fractures par adduction et par abduction avec des degrés réglés sur le cadavre.

Les différents auteurs qui ont décrit des variétés différentes viennent ensuite ; c'est ainsi qu'on a décrit la fracture Lefort-Leroy-Wagstaf ; la fracture Dupuytren ; le type Maisonneuve par divulsion ; le type Maisonneuve par diastasis. Enfin, toutes les fractures supramalléolaires de Richet.

Il est facile de voir que toutes ces variétés et ces formes se réduisent à quelques cadres cliniques et la radiographie, en multipliant l'anatomie pathologique a abouti à démontrer que l'on ne pouvait prendre pour base de classification une pathogénie qui, sous le même effort apparent, donnait naissance à des lésions différentes.

Aussi j'ai cherché dans la physiologie de l'articulation tibio-tarsienne une nouvelle base de classification.

Le corps repose sur le pied, par le tibia seul, qui constitue l'organe unique de transmission du poids, et assure la sustentation; mais aussi le pied mobile ne doit pas pouvoir échapper à sa fonction et le système mortaisien le fixe et assure sa direction. On pourra distinguer ainsi les fractures qui portent sur le système de direction dont le facteur principal est l'attelle du péroné, des fractures qui portent à la fois sur le système mortaisien et sur le système de sustentation, dont l'agent principal est le tibia. Fracture à type péronier, fracture à type tibial, voilà les deux directrices sur lesquelles il devient dès lors facile de coordonner les différentes lésions; sitôt que le tibia est lésé, le pronostic, la thérapeutique, tout est changé.

Ces mêmes fractures à type tibial diffèrent suivant que la fracture est intra-articulaire ou sus-articulaire.

La plus caractérisée du type péronier est la fracture de Dupuytren.

Celle que je présente a une complication sur laquelle M. Chaput et M. Quénu ont appelé l'attention, en 1906, à la Société de chirurgie; c'est le diastasis tibio-péronier.

C'est un fait banal et depuis longtemps vu par les vieux auteurs que ce diastasis qui, presque fatalement, accompagne soit la fracture de Dupuytren typique, soit les fractures du péroné à 4 centimètres au-dessus de l'articulation; car il est impossible de comprendre comment le pied peut se déplacer en totalité et se luxer en dehors et en arrière jusqu'à se placer dans le plan du lit sans diastasis tibio-péronier.

M. Gangolphe, dans sa thèse, en parle, et on est surpris de voir décrire cette complication comme une nouveauté. L'explication est simple. A Paris règne, depuis longtemps, la théorie de l'arrachement dans les fractures. On a montré mathématiquement que les ligaments résistaient à la traction à plus de kilos qu'un os, et on a déduit de cette conséquence que les ligaments étaient plus forts que les os; ces ligaments ne pouvaient s'arracher sans casser les os sur lesquels ils s'insèrent. Les expériences ont été multipliées pour démontrer cette vue de l'esprit, alors que le simple bon sens suffisait à démontrer que l'élargissement de l'espace bimalléolaire et la subluxation en totalité du pied en dehors et en arrière ne pouvaient se com-

prendre qu'à la condition que le péroné ait été arraché du tibia.

Cette complication n'est pas fatale, mais elle est toujours à redouter; c'est à elle qu'il faut rapporter les subluxations secondaires quand le blessé reprend trop vite la marche et que l'on attribue à des maladies du cal. Le cas que je présente en est un bel exemple et le pied plat valgus douloureux qui en est la conséquence est une malformation que l'on voit souvent.

Dernièrement encore, M. Durand avait dans son service un blessé dont les deux pieds étaient ainsi déviés à la suite d'une double fracture de Dupuytren.

Il faut savoir prévenir cette déformation et réduire d'une façon plus exacte qu'on ne le fait généralement. D'habitude, on se contente, dans les fractures à type péronier, de mettre le pied à peu près en place et à fixer après réduction de la fracture, le pied en adduction forcée. Ce qui trompe, c'est que l'œdème et l'épanchement sanguin ne permettent pas souvent de se rendre compte de l'absolue réduction qui est nécessaire pour avoir un bon résultat et c'est pourquoi j'emploie systématiquement la thérapeutique suivante : 1° au moment de l'accident ou dans les heures qui suivent on réduit *sous anesthésie* et on place un appareil *plâtré provisoire* si le blessé doit être transporté; une simple gouttière à bandage ouaté si le blessé est chez lui. Au bout de cinq ou six jours, lorsque l'œdème et le gonflement ont en partie disparu on procède à la réduction définitive. Anesthésie, bande d'Esmarch pendant dix minutes très serrée, puis réduction des fragments. On se rend compte alors très bien de la valeur de la réduction opérée, et celle-ci doit être poursuivie en agissant *directement* sur les fragments. Le péroné doit être rectiligne et ne pas faire saillie ni dans le sens antéro-postérieur, ni dans le sens transversal; une règle appliquée sur la partie supérieure permet de le vérifier. Le pied est alors placé en *adduction forcée en agissant par le talon*. Pour obtenir une bonne réduction et la maintenir pendant qu'on place l'appareil plâtré, on remplace la bande d'Esmarch par une bande de toile sur laquelle on fixe le plâtre et que l'on sectionne après que celui-ci a pris.

Ces détails ont leur valeur; ils permettent d'obtenir de très bons résultats supérieurs à ceux que M. Chaput a publiés, et c'est pourquoi j'ai tenu à rappeler cette façon de procéder.

Quand la difformité est constituée comme dans le cas actuel que peut-on faire ? Une ostéotomie du péroné suivie de tentative de réduction itérative donnera peu de succès ; il faudrait la doubler d'une ostéotomie de la malléole interne ; mais on voit des masses osseuses tenant au cal qui offriront les plus grandes résistances. Le port d'un appareil orthopédique tendant à réduire le pied plat valgus semble la seul thérapeutique à conseiller et si les douleurs sont trop vives peut-être devra-t-on arriver à une résection de l'astragale.

En résumé, toutes les fractures bimalléolaires qui ne touchent pas le plateau de sustentation n'offrent au chirurgien qu'un seul objectif : la réduction transversale qu'il faut obtenir et maintenir coûte que coûte, puisque l'équilibre du pied dépend du point d'appui exact de la jambe sur l'astragale. Les déviations antéro-postérieures se corrigent et se maintiennent facilement en raison de l'intégrité du plateau. Les fractures à types péroniers qui n'intéressent que le système mortaisien, présentent des déviations transversales soit primitives, soit secondaires, qu'il faut corriger immédiatement, et le meilleur système consiste à compléter la réduction que l'on fait d'ordinaire en tirant sur le pied par une action directe sur les fragments au moyen de la bande d'Esmarch. La plus grosse difficulté réside dans le diagnostic et dans la présence si fréquente d'un troisième fragment postérieur du tibia, mais la radioscopie lèvera tous les doutes.

*
* *

PRÉSENTATION D'APPAREIL.

M. Robin fait la démonstration du fonctionnement de son arthroclaste.

Séance du 10 juin 1909.

Présidence de M. Gangolphe.

SUR LES GRANDS PROLAPSUS DANS LES ANUS CONTRE NATURE.

MM. L. Bérard et A. Chalier. — Actuellement encore, on discute l'opportunité de l'anus préalable dans le traitement chirurgical du cancer du rectum. Nous aurons l'occasion d'exposer nos idées sur ce point dans un travail ultérieur.

Aujourd'hui nous voulons simplement nous occuper d'une des complications que l'on observe trop souvent à la suite de l'anus iliaque chez les cancéreux, et en général chez les sujets cachectiques, et qui a fourni des arguments aux chirurgiens opposés à l'anus préliminaire; c'est le *prolapsus du côlon* à travers la bouche artificielle ainsi créée.

Voici d'abord l'observation qui est l'objet de cette communication :

Obs. — Il s'agit d'un homme de 62 ans, qui entra le 8 décembre dernier à la salle Saint-Louis, nº 64, avec tous les signes d'un cancer du rectum, datant sans doute de plusieurs mois, mais dont le malade ne se plaignait que depuis quelques semaines. En raison de l'état général assez précaire et de l'existence de phénomènes d'obstruction, nous décidâmes de pratiquer d'abord un anus contre nature. Celui-ci fut établi, à l'union du côlon descendant et de l'S iliaque, par le procédé de Maydl-Reclus, avec l'adjonction de sutures pour fixer solidement l'intestin au péritoine pariétal et aux téguments, le 21 décembre. Il fut ouvert au thermo seulement le surlendemain.

Les suites furent des plus simples, et le 9 janvier nous pratiquâmes l'*amputation totale du rectum par la voie coccy-périnéale*. Pour dépasser suffisamment la tumeur, il nous fallut ouvrir le péritoine et poursuivre

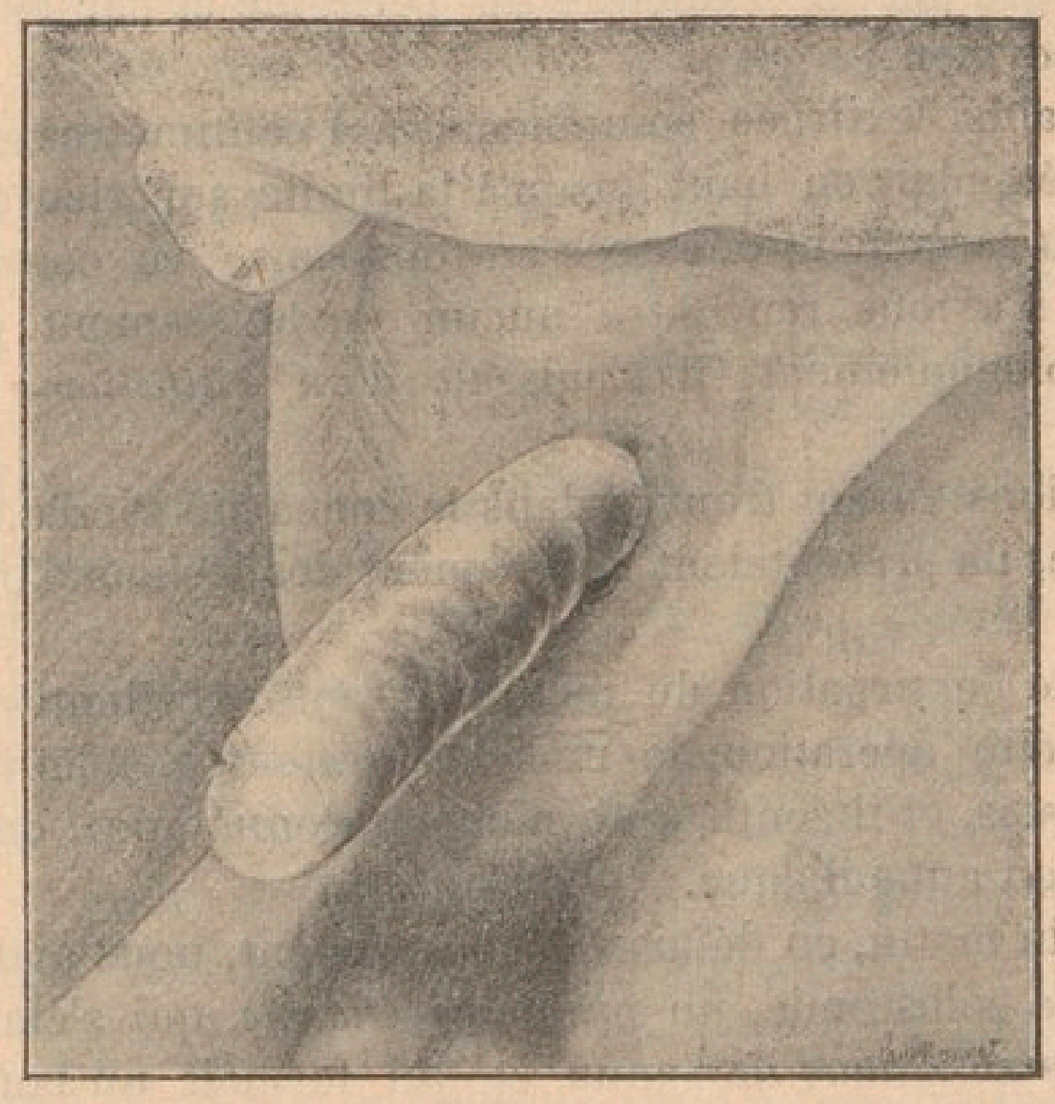


FIG. 1. — Prolapsus étranglé dans un anus iliaque. La longueur du boudin évaginé est de 20 centimètres.

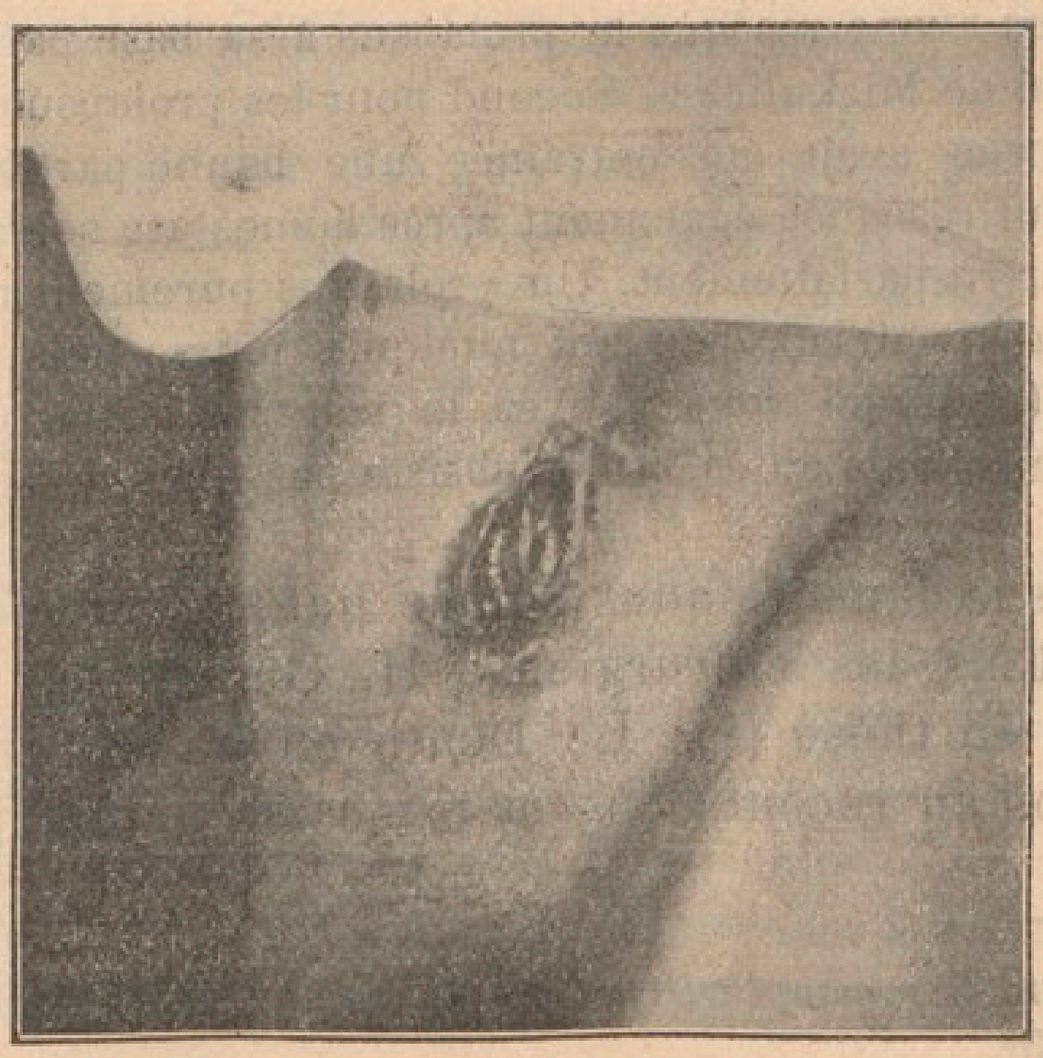


FIG. 2. — Aspect de l'anus iliaque deux mois après la cure radicale du prolapsus, par résection du segment évaginé.

en arrière le décollement jusqu'au voisinage du promontoire. L'opération fut terminée par la fermeture du péritoine et par l'établissement d'un anus coccygien.

La tumeur ainsi extirpée commençait à 4 centimètres au-dessus de l'anus; elle s'étendait en haut jusqu'à la limite supérieure du rectum. Elle paraissait largement dépassée en tous sens. Au cours de sa libération, nous n'avions rencontré aucun envahissement des organes voisins. Histologiquement, il s'agissait d'un *épithélioma typique du rectum*.

Deux ganglions furent trouvés dans la concavité sacrée. A l'examen microscopique, ils présentaient uniquement des lésions d'ordre inflammatoire.

Les suites de l'extirpation du rectum furent excellentes. Mais, trois jours après cette opération, le malade présenta pendant la nuit de violentes coliques, et il sentit à un moment donné que « quelque chose sortait » par son anus iliaque.

Le lendemain matin, en défaisant le pansement, nous avons constaté, au niveau de la colostomie, un *prolapsus énorme*, qui s'était produit à travers l'orifice supérieur de l'anus, et qui formait un boudin long de 20 centimètres, rougeâtre, turgescent, œdémateux, étranglé dans son orifice de sortie (fig. 1). Des malaxations très prudentes produisaient des ecchymoses, voire même des hémorragies sous-muqueuses ou muqueuses, sans obtenir la moindre réduction. Pour mettre fin à tout accident d'étranglement, nous avons endormi le malade au chlorure d'éthyle, et nous avons réséqué le prolapsus à sa base par un procédé analogue à celui de Mickulicz et Segond pour les prolapsus du rectum. Dans le prolapsus avait été entrainée une bonne partie du mésosigmoïde, qui fut réséquée également après hémostase soigneuse.

Le malade guérit parfaitement. Un prolapsus purement muqueux de 3 à 4 centimètres persista pendant quelques jours, puis tout rentra dans l'ordre, et, comme vous pouvez le voir sur cette photographie (fig. 2), prise deux mois après, il ne subsiste pas trace de prolapsus.

Les prolapsus dans les anus contre nature ont été observés un peu par tous les chirurgiens; H. Géraud les a étudiés, en 1902, dans sa thèse (1); Le Dentu en a fait l'objet d'une communication au récent Congrès français de chirurgie (2).

---

(1) H. Géraud. *Des complications de l'anus contre nature.* Thèse de Paris, 4 juin 1902.

(2) Le Dentu. *La colopexie associée au procédé d'Allingham dans la technique de la colostomie iliaque.* Congrès français de Chirurgie, séance du 6 octobre 1908, p. 372-385.

Ils ont été signalés dans tous les anus artificiels, qu'il s'agisse d'anus latéraux, d'anus en canon de fusil, ou d'anus terminaux. (Nous n'avons en vue ici que les anus abdominaux, et non les anus coccygiens ou périnéaux.)

Pour notre propre compte nous en avons observé deux cas, à la suite de simple abouchement du cæcum à la peau, institués comme soupapes de sûreté préalables à l'ablation de cancers du rectum, avec l'idée précisément d'éviter ainsi tout ennui.

Mais le plus souvent les prolapsus se produisent à travers les anus iliaques latéraux; il s'agit alors ordinairement d'une simple éversion de la muqueuse ou d'une courte évagination de toutes les tuniques intestinales.

Les grands prolapsus avec retournement de toutes les parois du côlon et avec issue d'une portion du méso-sigmoïde, — analogues à celui présenté par notre malade, — paraissaient être surtout le fait des anus en canon de fusil.

Le plus fréquemment, l'éversion a lieu, comme dans notre cas, à travers l'orifice supérieur de l'anus contre nature. Sur 28 observations d'éversion recueillies par Géraud, 7 fois le prolapsus était formé par le bout supérieur, 5 fois par l'inférieur, 8 fois par les deux bouts à la fois, et dans 3 cas le bout n'était pas déterminé. Dans un seul cas connu, celui de Gosset, il s'était produit une *hédrocèle* dans une double éversion du gros intestin.

D'ordinaire, la production du prolapsus se fait progressivement : il y a d'abord glissement de la muqueuse, puis à l'occasion d'une indigestion, de coliques, ou d'un effort, le prolapsus complet se constitue. En général, il reste irréductible pendant quelques jours, grâce à la persistance du glissement des deux séreuses accolées l'une sur l'autre.

Dans notre cas, au contraire, l'évagination s'était produite brusquement sous l'influence de fortes contractions intestinales, et elle s'était étranglée d'emblée ou très rapidement. Cet *étranglement* est une complication rare; il est le fait d'un orifice de sortie relativement étroit, et surtout des hémorragies intestinales et de l'œdème qui résulte de la compression des tuniques intestinales prolabées et en particulier aussi du mésentère.

Les *conditions favorisantes* des grands prolapsus dans les anus iliaques paraissent avoir été mal élucidées par les auteurs.

Géraud ne s'y arrête pas dans sa thèse. Cette question pathogénique a cependant une importance de premier ordre au point de vue de la prophylaxie.

En dehors de la *largeur anormale de l'orifice de la colostomie*, deux facteurs nous paraissent surtout intervenir dans la production du prolapsus : 1° la longueur du méso; 2° la faiblesse de la paroi abdominale.

La première de ces deux notions a été nettement précisée par Allingham, par M. Gangolphe, et, tout récemment, par le professeur Le Dentu, pour qui la principale cause de l'éversion doit être recherchée dans les *dimensions plus ou moins considérables du méso-côlon iliaque*. C'est pourquoi cet auteur propose l'extériorisation de l'anse sigmoïde jointe à la colopexie.

Mais, à côté de la longueur du méso-côlon pelvien, sans laquelle il ne peut naturellement y avoir de prolapsus important, il faut réserver une mention spéciale à la *faiblesse de la paroi abdominale*. C'est ainsi que notre malade présentait un ventre à triple saillie, par suite de l'amaigrissement et de l'atrophie des muscles de sa paroi ; cette flaccidité a certainement joué un rôle dans l'apparition du prolapsus, véritable hernie de faiblesse.

Etant données ces notions pathogéniques, que faut-il faire pour éviter toute complication ?

Il semble tout d'abord que l'on ne doive recourir qu'à des incisions très petites, toutes les fois qu'il s'agira de parois flasques et relâchées. On devra, en outre, faire une reconstitution aussi solide que possible des parois, comme dans toute éventration. Enfin, on assurera une bonne fixation de l'intestin et de son méso.

C'est pour obtenir ce dernier résultat que M. Gangolphe a imaginé son procédé de la double ligature (1).

A la suite d'Allingham, Le Dentu propose d'attirer au dehors toute la portion de l'S iliaque mobile, en tirant sur les deux bouts jusqu'à ce qu'on éprouve de la résistance. Toute l'anse du gros intestin ainsi extériorisée est destinée à être supprimée.

A cette méthode il y a une objection : la suppression d'une

---

(1) M. Gangolphe. Colostomie iliaque par le procédé de la double ligature. *Revue de Chirurgie*, 1909, I, p. 179.

grande portion de l'S iliaque et de son méso ne peut être employée dans les anus préléminaires, premier acte opératoire de l'extirpation en deux temps des cancers du rectum. Elle sera en effet un obstacle à la descente du côlon pelvien, au cours de l'amputation du rectum par la voie basse.

On ne devra donc utiliser cette méthode que dans les anus contre nature établis à titre d'opération palliative définitive.

Dans les autres cas, il suffira de tirer au maximum sur le bout supérieur de l'S iliaque et d'employer pour fixer l'intestin et le méso soit le procédé de la double ligature de Gangolphe, soit la colopexie préconisée récemment par Le Dentu. Mais si l'on a suffisamment tiré sur le bout supérieur, cette colopexie ne méritera d'être faite que sur le bout inférieur. On fixera en outre par plusieurs points séro-séreux le méso-sigmoïde au péritoine de la plaie.

L'orifice de la colostomie sera restreint à ses dimensions minima, et la paroi reconstituée à trois plans de part et d'autre. L'ouverture retardée de l'anus assurera l'asepsie des sutures et la solidité de la paroi.

Quel est maintenant le traitement du prolapsus constitué?

Naturellement, si le prolapsus est réductible, on commencera par le réduire et on le maintiendra par une pelote qui permettra parfois à l'orifice de revenir définitivement sur lui-même et de ne plus laisser passer l'évagination. Dans quelques circonstances, on peut s'aider des raies de feu ou de quelques sutures faites au niveau de l'anus.

Mais si le prolapsus est irréductible, et *a fortiori* étranglé, comme dans notre observation, on se trouve obligé de le réséquer. Au préalable, on s'assurera qu'il n'est pas compliqué d'hédrocèle.

S'il est simple, on se contentera de la *résection* par le procédé Mickulicz-Trélat-Segond, utilisé dans les prolapsus du rectum. Cet résection est une opération facile et bénigne. Elle a donné un excellent résultat chez notre malade, qui se trouvait cependant dans des conditions de moindre résistance, d'autant qu'il avait subi deux jours auparavant une extirpation large du rectum.

Nous croyons la résection extra-péritonéale suffisante dans la majorité des cas, et nous ne saurions lui préférer la méthode intra-abdominale, beaucoup plus grave chez ces sujets souvent cachectiques.

Celle-ci, par contre, trouve ses indications dans deux cas : en premier lieu, quand on voudra non seulement supprimer le prolapsus, mais aussi faire la cure radicale de l'anus contre nature ; en second lieu, quand le prolapsus sera compliqué d'*hédrocèle;* c'est ainsi que Gosset fut amené à réséquer à la fois un prolapsus colique évaginé en champignon par issue au dehors du bout inférieur et du bout supérieur, et une anse grêle étranglée dans l'invagination.

M. Gangolphe. — J'ai entendu avec beaucoup d'intérêt la communication que vient de nous faire M. Bérard et qui, je l'espère attirera l'attention de nos collègues sur un procédé qui ne m'a jamais donné de mécomptes.

J'ai personnellement employé vingt-cinq ou vingt-sept fois ce procédé de la double ligature ; je l'ai imaginé et employé à propos d'une malade que j'ai présentée ici lors de la fondation de la Société de chirurgie, il y a par conséquent une douzaine d'années, et cette malade, à laquelle j'avais fait un anus iliaque définitif par double ligature, à laquelle j'extirpai le rectum par la voie coccy-périnéale, est restée guérie pendant six ans. Pendant ce laps de temps l'anus artificiel a fonctionné très normalement.

Depuis lors, j'ai employé cette méthode un grand nombre de fois dans le but soit de faire un anus préalable destiné à dériver les matières avant d'enlever le rectum, soit de faire un anus définitif sans extirpation du rectum. Je veux dire qu'on peut employer la colostomie par la double ligature même dans les cas où on voudrait extirper le rectum, car dans ce cas, haut situé, on est assez éloigné de la région rectale pour ne craindre aucun tiraillement.

Cette colostomie, je l'avais imaginée dans le but de parer à deux choses qui m'avaient frappé comme elles avaient frappé d'autres chirurgiens : la fréquence du prolapsus dans le procédé de Maydl, auquel j'avais eu recours et qui m'avait donné quelques désagréments : et le retour du passage des matières dans le bout inférieur.

Comme nous faisons souvent cette opération dans le but de dériver les matières en totalité, que cette opération était peu agréable aux malades et que le résultat n'était pas toujours efficace, nous avons pensé qu'il fallait parer au prolapsus et éviter le passage des matières dans le bout inférieur.

On aurait pu faire un anus en canon de fusil après résection et sutures. Mais pour opérer plus rapidement, je résolus d'attirer à la paroi abdominale une anse intestinale suffisamment extériorisée pour passer dans le mésentère un double fil de soie assez épais que je liais fortement. Je suturais ensuite solidement de façon à être bien sûr

qu'il ne se produirait pas là de tendance à l'éviscération par l'opération ; puis je reconstituais la paroi abdominale. J'avoue que lorsque j'opérai la première malade je ne dormis pas bien tranquille, je craignais des accidents occlusifs. Or, rien ne se produisit. En effet, les malades souffrant plus ou moins, on leur fait alors des piqûres de morphine, mais il n'y a pas d'accidents pouvant ressembler à un étranglement intestinal.

Lorsque, après quarante-huit heures, on découvre la région qui a été opérée, on voit cette anse étranglée, noirâtre, qui suinte plus ou moins. Eh bien, il ne faut pas se rebuter, cela n'a pas d'importance : plus on aura serré la ligature à fond, mieux cela vaudra. Avec un thermocautère on ouvre cette anse intestinale et l'on fait sauter la ligature à la soie. Il suffit d'appliquer un peu de gaze boriquée et peu à peu les matières sortent directement.

Je n'ai pas eu d'accidents après cette opération. Cependant une malade dont je n'ai pu faire l'autopsie a eu des phénomènes aigus graves qui peuvent faire croire à des phénomènes de perforation de l'intestin, dus peut-être à une aiguille, ou, comme on l'a observé, au cancer lui-même ; je n'ai pas pu contrôler et me rendre compte.

A part ces accidents, cette méthode, employée par moi sur vingt-cinq ou vingt-sept malades, a toujours donné un bon résultat immédiat.

Comme résultat éloigné, je n'ai jamais vu chez ces malades de prolapsus ; j'ai rencontré, il y a quelques jours, un malade auquel j'avais enlevé le rectum pour un rétrécissement qui n'était pas cancéreux ; après dix ou onze ans, son anus iliaque fonctionne parfaitement.

Mais, sur un seul opéré, j'ai constaté une occlusion ultérieure de l'orifice, j'ai dû faire une deuxième fois l'ouverture. Ce phénomène est dû tout d'abord à la brièveté du méso qui est un élément très important au point de vue opératoire ; on en trouve de tellement courts qu'on a de la peine à extérioriser l'anse colique. Chez cet homme il était excessivement court, je l'avais constaté pendant l'opération. Il tient aussi à ce que dans l'opération par la double ligature, il n'y a pas de suture muco-cutanée, d'où la tendance à l'occlusion de l'orifice.

Voilà les quelques considérations que j'ai cru devoir ajouter à la très intéressante communication que nous a faite M. Bérard.

*
* *

FISTULE VÉSICO-VAGINALE APRÈS HYSTÉRECTOMIE. COLPOCLÉISIS.

M. Delore. — Cette femme, âgée de 48 ans, avait été opérée par moi, le 20 septembre 1908, d'un cancer du col de l'utérus.

Au cours de l'hystérectomie abdominale par la méthode de Wertheim, la vessie avait été reconnue adhérente, et j'avais dû emporter une certaine épaisseur du tissu musculaire, sans ouvrir la muqueuse ; mais la couche de tissu vésical conservé était bien mince, puisque trois jours après se déclarait une large fistule vésico-vaginale.

L'opérée quitta dans cet état la clinique du professeur Poncet au milieu d'octobre. Elle y rentrait le 15 mai dernier avec le désir d'être débarrassée de cette infirmité qui lui avait inspiré des idées de suicide.

Au fond du vagin, on constatait une large fistule vésico-vaginale à bords amincis et admettant la pulpe de l'index. Les bords en étaient tendus, sans souplesse, et se continuaient avec la cicatrice du dôme vaginal, elle-même adhérente aux plaies voisines. Il n'y avait pas de récidive de la tumeur, l'état général était bon. Aussi, malgré les difficultés opératoires, tentâmes-nous une intervention.

Un débridement vulvo-vaginal fut pratiqué du côté gauche d'abord, en raison de l'étroitesse du vagin. Il devint vite évident qu'un essai de suture directe de la fistule serait voué à un échec : l'orifice restait inaccessible, absolument inabordable. Il fut donc décidé qu'on ferait une *colpocléisis*, dont voici le manuel opératoire :

Premier temps : à 3 centimètres au-dessous de la fistule, la paroi vaginale fut incisée *circulairement*.

Deuxième temps : les deux lèvres de l'incision furent alors disséquées sur une longueur de 3 centimètres environ.

Troisième temps : les lèvres vaginales, sortes de manchons dont la forme était circulaire, furent rebroussées, la supérieure en haut du côté de la vessie, l'inférieure en bas du côté de la vulve. Ce rebroussement fut maintenu en haut par des fils de catgut, en bas des crins de Florence, en rapprochant les bords de chaque lèvre.

Entre les deux lèvres ainsi retournées existait une surface cruentée vaginale. On mit un drain qui ressortait d'autre part à la peau, au niveau de la plaie du débridement vulvaire.

Ce débridement enfin fut complètement fermé. Les suites furent simples, le drain enlevé au bout de quarante-huit heures, la sonde à demeure le neuvième jour. Actuellement vingt-quatre jours après l'opération, le résultat est parfait.

Ce procédé de colpocléisis, du reste déjà décrit, nous a paru plus simple que le procédé classique dans lequel on résèque une collerette vaginale. Beaucoup plus facile nous paraît être ce simple *dédoublement vaginal* qui se réduit aux temps suivants : Par une incision circulaire du vagin, couper ce conduit en deux portions ; décoller chacune des deux moitiés du canal. Le manchon supérieur est retourné en haut et maintenu ainsi par rapprochement de son bord circulaire ; le manchon inférieur est retourné en bas et maintenu ainsi par même suture de son bord circulaire. La surface cruentée intermédiaire s'accole entre ces deux portions du vagin et assure l'étanchéité recherchée.

*
* *

TARSECTOMIE ANTÉRIEURE TOTALE.

M. Vallas. — Je vous présente un malade auquel j'ai pratiqué cette opération il y a deux ans environ. Le résultat peut donc être considéré comme définitif.

Ce jeune homme a un pied parfaitement sec et indolore. Il est seulement réduit de dimensions et présente, comme c'est la règle, une légère convexité de la plante. C'est ce qu'Ollier désignait sous le nom de pied en patin. Au point de vue fonctionnel, ce pied est redevenu normal. Le jeune homme que vous voyez marche sans boiter aussi longtemps qu'il le veut, et il lui est même arrivé, pour essayer sa force, de porter un de ses camarades sur son épaule.

On fait assez rarement cette opération ; mais comme elle donne un résultat final bien supérieur à tout ce que l'on peut proposer comme traitement opératoire des tuberculoses du tarse antérieur, j'ai tenu à vous en présenter un exemple.

M. Gangolphe. — Le résultat obtenu par M. Vallas est parfait et montre quels avantages on peut retirer de cette opération si bien réglée par Ollier.

J'ai préconisé sans cesse son emploi en l'opposant aux opérations atypiques, toujours insuffisantes chez l'adulte.

Alors que chez l'enfant la chirurgie opératoire peut être réduite au minimum, il faut, chez l'adolescent et l'adulte, employer des procédés

réguliers, et ici pour le médio-tarse, c'est le plus souvent la tarsectomie antérieure totale, un ou deux os seraient-ils seuls atteints. Il importe de revenir sur ces données connues de l'Ecole lyonnaise, omises ou négligées ailleurs.

***

CANCROÏDES DES LÈVRES.

M. Vallas. — Le malade que je vous présente, quoique atteint d'une lésion fort banale, est cependant intéressant à un double point de vue.

Je l'ai opéré, il y a huit ans, d'un cancroïde de la lèvre inférieure. J'ai fait l'ablation de la tumeur et l'évidement ganglionnaire des régions sous-maxillaire et sus-hyoïdienne. Comme vous pouvez le constater, la guérison s'est maintenue complète de ce côté. Il n'y a rien à la lèvre inférieure et rien dans les territoires lymphatiques qui ont été nettoyés.

Voilà donc un premier fait intéressant et encourageant. Le cancroïde de la lèvre peut guérir à la condition d'être opéré largement et suivant les règles que l'on applique aujourd'hui au traitement chirurgical de tous les cancers. Ce fait d'ailleurs n'est pas une exception. J'ai fait rechercher par un de mes élèves ce qu'étaient devenus les malades opérés par moi pour cancroïde de la lèvre. Sur 26 enquêtés, 18 ont répondu, et pour quelques-uns, l'opération datait de plus de dix ans. Malheureusement, beaucoup de malades sont opérés sans dissection des territoires ganglionnaires. Alors la récidive est fatale et c'est sur eux que l'on est obligé de faire ces grands délabrements avec résection du maxillaire dont je vous ai si souvent parlé et dont je possède à l'heure actuelle une centaine d'observations.

Donc ce malade n'a pas de récidive locale et pas de récidive ganglionnaire. Mais il revient me trouver avec deux cancroïdes nouveaux de la lèvre supérieure, et c'est là le second point intéressant de son histoire. Ce n'est pas une repullulation sur place du cancer incomplètement enlevé : l'intervalle est trop long de la première à la seconde atteinte. On peut difficilement, et pour la même raison, admettre une inoculation de la lèvre inférieure à la supérieure. J'ai vu des cas de ce genre, mais les deux tumeurs sont toujours coexistantes. Il faut bien

admettre une prédisposition créant chez un individu une facilité déplorable à faire du néoplasme épithélial, une sorte de diathèse cancéreuse, comme disaient nos anciens. La persistance des mêmes causes a réalisé les mêmes effets à plusieurs années de distance.

M. Gangolphe. — La présentation de malades comme celui-ci est très utile. Nous ne sommes pas ici, en effet, pour n'étudier que des cas phénomènes, mais au contraire pour éclaircir le plus possible certains points de pratique courante.

Il est d'un grand intérêt, à ce titre, d'insister sur les lésions qui, opérées d'une façon large dès le début, donnent des résultats satisfaisants comme le cancroïde des lèvres. Actuellement, nous en voyons souvent d'inopérables ; la plupart du temps ce sont des gens qui ont été opérés d'une façon incomplète, chez lesquels on a enlevé en deux coups de ciseau l'épithélioma et auxquels on a laissé les ganglions. Ceux-ci ont évolué et sont devenus inextirpables.

Je ferai la même réflexion à propos du sein ; je crois que tous mes collègues sont de cet avis d'après ce qu'ils voient dans leurs propres services.

Un deuxième point a trait à la multiplicité des lésions épithéliales sur ce malade. C'est sur des sujets leucoplasiques que j'ai vu cette multiplicité se produire ; j'ai observé l'épithélioma de la face interne de la joue en même temps que celui des lèvres, ou bien sur la joue et la langue, ou encore sur la langue et les lèvres.

La spécificité était certaine ; il me semble que cette spécificité joue également un rôle important, en ce qui concerne l'épithélioma de la partie inférieure du tube digestif, sur le rectum, l'anus.

Séance du 17 juin 1909.

Présidence de M. Gangolphe.

TAILLE VÉSICALE APRÈS DÉDOUBLEMENT DE LA CLOISON VÉSICO-VAGINALE.

M. Rochet. — Messieurs, vous savez que dans un grand nombre de cas il est indiqué d'intervenir sur la vessie de la femme par la voie vaginale ; ces cas sont très communs et très variés ; cependant, on réserve cette intervention pour des cas exceptionnels en raison des dangers de la fistulisation définitive. On a proposé certaines règles opératoires précises, de façon à éviter autant que possible de faire des dégâts ; on a dit de bien décoller vessie et vagin sur deux plans, de façon à faire une suture isolée, d'une part, de la vessie, dans la profondeur, et, d'autre part, de la cloison, pour que ces deux plans de suture soient solides et ferment bien la brèche opératoire ; on empêche ainsi, dans un grand nombre de cas, la formation d'une fistule, mais la sécurité n'est pas absolue.

Depuis longtemps déjà j'avais cherché à éviter ces inconvénients ; j'avais employé en particulier la taille vestibulaire qui a été remise en honneur par Legueu ; mais cette taille présente, elle aussi, des inconvénients à cause de la présence des gros plexus veineux qui sont là devant la vessie, et quoiqu'il n'y ait pas de vrais dangers à la suite de cette taille, elle a cependant certains désavantages.

Je crois avoir trouvé un détail opératoire de grande importance et que je n'ai pas vu décrit. Je ne dis pas qu'aucun chirurgien ne l'ait mis en pratique, car il ne faut jamais se hâter de dire qu'un procédé n'a pas été employé parce qu'on ne se souvient pas de l'avoir vu mentionné. Avec ce procédé de

détour pour ainsi dire, je crois qu'on peut éviter le danger des fistules vaginales.

Je fais une incision au-dessous du méat urétral, sur la cloison vésico-vaginale, incision dans le sens transversal, de 3 centimètres à 3 cent. 1/2 de large ; cela fait, je décolle la muqueuse vésico-vaginale de l'urètre, puis de la vessie. Ce décollement s'opère extrêmement facilement ; il n'y a là aucune adhérence solide et, avec une sonde cannelée ou le bec d'un ciseau courbe, on arrive rapidement à décoller la muqueuse vaginale de l'urètre, qui est au-dessous, puis de la vessie, de façon à aller même très loin ; on arrive ainsi au niveau de l'embouchure urétro-vésicale, et même, si l'on a fait une incision transversale un peu large, on peut arriver facilement jusqu'à 2 ou 3 centimètres en arrière de cette embouchure, sur la face inférieure de la vessie elle-même. Une fois cela fait, on se trouve alors à son aise pour tailler soit l'urètre, soit la vessie elle-même et pour faire les différentes manœuvres nécessaires. Ensuite, on peut ou fermer immédiatement la plaie urétrale ou vésicale, ou les laisser telles quelles ; et le décollement oblique qu'on a créé, qui n'est pas en rapport direct avec la brèche urétrale ou vésicale elle-même, fait que la cicatrisation s'opère rapidement dans des conditions très satisfaisantes. On peut rétrécir l'incision vaginale qu'on a pratiquée par quelques points de suture, laisser un petit drain qui aille jusqu'à la plaie vésicale ; au bout de quelques jours on enlève ce drain, et la plaie se cicatrise d'elle-même.

Je suis intervenu de cette manière dans trois cas : une première fois pour un abcès sous-urétral communiquant largement avec l'urètre chez une malade porteur d'un abcès de la grosseur d'une grosse noisette siégeant directement au niveau de l'embouchure urétrale dans la vessie. J'ai essayé le décollement dont je viens de vous parler, et je suis arrivé très aisément sur cette poche. Je l'ai vidée, j'ai mis une petite mèche pendant quelques jours, et tout s'est cicatrisé sans fistule ultérieure. Dans ce cas, on avait proposé la taille directe sur l'urètre, le curettage des abcès et, au besoin, quelques points de suture. Je crois que la méthode en question est beaucoup plus sûre, précisément au point de vue de la production d'une fistule ultérieure.

Le deuxième cas se rapporte à une jeune fille de 18 ans qui

était atteinte d'incontinence d'urine depuis quinze ans; elle avait une incontinence totale même pendant le jour, et elle avait essayé les traitements les plus variés; j'ai tenté une opération analogue à celle préconisée par Albarran, c'est-à-dire aller jusqu'aux abords du sphincter et, une fois arrivé à cet endroit, faire une petite autoplastie consistant en un froncement du sphincter pour rétrécir en quelque sorte l'embouchure. Je suis intervenu par le décollement en question et n'ai eu aucune fistule ultérieure. Je dois ajouter que depuis deux mois que cette malade a subi cette opération elle n'a pas vu reparaître d'incontinence; je ne dis pas qu'elle ne reviendra pas, mais jusqu'à présent tout va très bien.

Le troisième cas a trait à une cystite douloureuse chronique, maladie qu'on traite délibérément par fistulisation vaginale.

Ces cas apparaissent beaucoup moins fréquents qu'autrefois, parce qu'on sait bien que la plupart du temps il s'agit alors de reins douloureux; il en existe bien quand même, il est des cas où les vessies elles-mêmes sont douloureuses et ne sont soulagées par aucune espèce de thérapeutique; ce sont ces cas de cystites douloureuses chroniques qu'on a proposé de traiter par la taille vaginale; c'est là le mode de traitement adopté par presque tous les chirurgiens. Il y a quelques années, la question a été mise à l'ordre du jour du Congrès d'urologie, et la plupart des chirurgiens s'étaient ralliés à cette façon de faire comme la plus pratique pour atténuer les douleurs épouvantables provoquées par ces cystites. On dit bien ensuite ceci : quand les douleurs seront calmées, on interviendra à nouveau pour boucher la fistule; mais comme on a fait une taille un peu large par laquelle l'urine a coulé pendant longtemps, ou aura une fistule durable, et l'on sait combien sont tenaces les fistules dans ces conditions et combien elles sont désagréables lorsqu'elles durent une fois les douleurs supprimées. Moi-même, j'ai traité beaucoup de cas de ce genre, mais je n'ai jamais été bien partisan de cette opération; j'ai eu évidemment des signes d'amélioration très nette, mais dans un grand nombre de cas j'ai eu la sensation d'avoir commis une mauvaise action, par exemple, en voyant une malade jeune, taillée de cette façon, perdre son urine par le vagin peut-être pour toujours et s'en plaindre amèrement : cela me paraissait un résultat peu encourageant, et j'ai cherché à éviter les

inconvénients de cette taille en intervenant de la façon que je viens de vous indiquer.

Après le décollement, je suis arrivé sur la face inférieure de la vessie, j'ai fait une incision portant sur la vessie et sur l'origine de l'urètre, c'est-à-dire sur l'endroit où les filets nerveux sont probablement atteints de névrite, et j'ai fendu à la fois l'origine de l'urètre et la vessie ; j'ai mis un drain dans la vessie, le faisant ressortir par la brèche vaginale, et je l'ai laissé à demeure pendant une quinzaine de jours. Au bout de ce temps, les douleurs étaient notablement soulagées, aussi bien que si j'avais fait une taille vésico-vaginale par le procédé ordinaire. J'ai alors enlevé le drain, et l'urine a continué à couler largement par la brèche vaginale pendant un mois environ; puis, spontanément, tout s'est rétabli, et lorsque la malade est sortie, il ne lui restait plus qu'une petite fistulette insignifiante. Je l'ai renvoyée chez elle, mais je suis persuadé que cette fistulette se bouchera spontanément ou, en tout cas, sera facilement réparable par une petite intervention.

Pour me résumer, je dirai que dans la plupart des cas où l'on est forcé d'intervenir par la voie vaginale le petit procédé que je vous indique, l'artifice opératoire que je propose, me paraît excellent pour éviter les fistulisations ultérieures.

M. Gangolphe. — Le procédé qui vient de nous être décrit par M. Rochet est excessivement ingénieux; il repose sur la mobilité qui existe entre la muqueuse vaginale et la vessie, et il semble bien qu'on peut carrément le qualifier de procédé, et non pas de petit procédé comme il le désignait, car il a rendu de grands services et présente de réels avantages; ceux qui en ont entendu la description seront à l'avenir tout disposés à l'employer, notamment en ce qui concerne la taille vaginale pour cystite douloureuse. Pour ma part, je suis très heureux de savoir qu'il y a là un moyen de soulager les malades d'une façon définitive, tout en ne les condamnant pas à l'incontinence d'urine.

*
* *

PLOMBAGE IODOFORMÉ APRÈS RÉSECTION TOTALE DU TARSE POSTÉRIEUR.

M. Patel. — La question du plombage iodoformé ayant été posée à maintes reprises devant la Société de chirurgie, j'ai cru intéressant de vous présenter une malade chez laquelle

j'ai utilisé cette méthode après une résection du tarse postérieur.

Il s'agit d'une femme de 42 ans, Clarisse B..., entrée le 4 mars 1909 à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Anne, dans le service du Prof. Poncet, que j'ai l'honneur de suppléer.

Son histoire pathologique est des plus complexes; la première partie se trouve exposée en entier dans la thèse de G. Fléchet (thèse de Lyon, 1904-1905, *Ablation totale de l'humérus*). Depuis l'année 1902, elle a eu une tuberculose grave du coude gauche, qui s'est terminéee, à la septième intervention, par l'ablation totale de l'humérus. Aujourd'hui, tout est terminé de ce côté, et vous pouvez constater le résultat fonctionnel surprenant obtenu par M. Delore.

Depuis trois ans, des manifestations de même nature sont apparues du côté du membre inférieur droit, au niveau de l'articulation tibio-tarsienne, et le 15 février 1908 M. Delore dut pratiquer une résection de l'astragale. La guérison ne se produisit jamais et, à diverses reprises, on dut, soit par de nouvelles incisions le long des gaines synoviale ou du péroné, soit à la faveur des anciens trajets, faire de nombreux curettages, qui n'arrivèrent pas à tarir la suppuration.

C'est dans ces conditions que la malade rentre de nouveau dans le service, le 4 mars 1909. Son état général est plutôt précaire; elle est très amaigrie par ses nombreux séjours à l'hôpital et des suppurations intarissables; elle se plaint de souffrir beaucoup de son pied droit et ne peut absolument pas marcher. A l'examen du pied droit, on constatait des cicatrices irrégulières de chaque côté de la tibio-tarsienne. Sur le côté externe existait une vaste ulcération à bords décollés, atones, qui s'étendait jusqu'à 7 ou 8 centimètres au-dessus de la malléole externe; c'est par cet orifice que s'échappait chaque jour une quantité notable de pus. Toute la région du tarse postérieure était tuméfiée, douloureuse, et il était facile de voir que le squelette sous-jacent était intéressé.

L'intervention eut lieu le 12 mars 1909, avec l'assistance du Dr Leriche. L'incision externe fut prolongée par une autre incision sur le bord externe du pied, jusqu'à la terminaison du calcanéum. La rugine parvint à décoller facilement toutes les parties molles; on put alors enlever un os méconnaissable, entièrement nécrosé et baignant dans le pus; il était divisé en

plusieurs fragments, ce qui empêcha de le reconstituer. Toute cette cavité fut curettée avec soin ; les surfaces articulaires du cuboïde et du scaphoïde furent raclées, et une grande partie du cuboïde fut encore extirpée. Du côté du squelette jambier, on curetta le plateau tibial, la malléole interne fut enlevée presque en totalité ; il en fut de même pour la malléole externe.

On se trouvait alors en présence d'une vaste perte de substance dans laquelle on aurait pu mettre le poing. Après hémostase soigneuse, des mèches imbibées d'eau oxygénée furent placées ; des fils d'attente furent placés sur les incisions.

Le 14 mars, les mèches furent enlevées et l'on coula, suivant la méthode habituelle, du mélange de Mosetig-Morhoof ; les fils furent serrés ; le membre fut immobilisé dans une gouttière plâtrée.

La malade demeura six semaines avec le même pansement ; il n'y eut pendant cette période aucune élévation de température, comme vous pouvez le voir sur ces feuilles. Le 23 avril, pansement ; on constate que le mélange n'a presque pas coulé dans le pansement ; on enlève tous les fils ; la cicatrice n'est pas régulière, ce qui n'a rien de surprenant ; mais des bourgeons charnus de bonne nature existent sur ses bords. Nouveau pansement, nouvel appareil plâtré ; le pansement est renouvelé trois semaines après ; la cicatrisation se complète, le mélange n'est pas éliminé. L'appareil plâtré est quitté à la fin du mois de mai ; la malade commence à marcher.

Aujourd'hui, c'est-à-dire trois mois après l'opération, le résultat est le suivant :

La cicatrisation n'est pas achevée, mais elle est certaine ; le suintement est nul. Le pied est à angle droit sur la jambe ; il présente quelques petits mouvements de flexion non douloureux. La région du tarse postérieur est résistante, non douloureuse ; on a l'impression qu'il existe un corps dur au-dessous des plans superficiels ; la percussion du talon ne détermine aucune douleur. La radiographie est des plus intéressantes ; elle montre le squelette de l'avant-pied, dans lequel on constate l'absence presque complète du cuboïde ; du côté du tibia, on voit que la malléole interne fait presque défaut. Entre la mortaise tibio-péronière et le tarse antérieur, on voit une masse noire allongée, renflée surtout à son extrémité

antérieure, rappelant de loin la forme d'un petit astragale ; c'est le mélange plastique qui s'est ainsi moulé ; tout autour de lui existe une sorte d'infiltration, dans laquelle on note de petits points noirs qui sont des gouttelettes de mélange ayant fait corps avec les tissus.

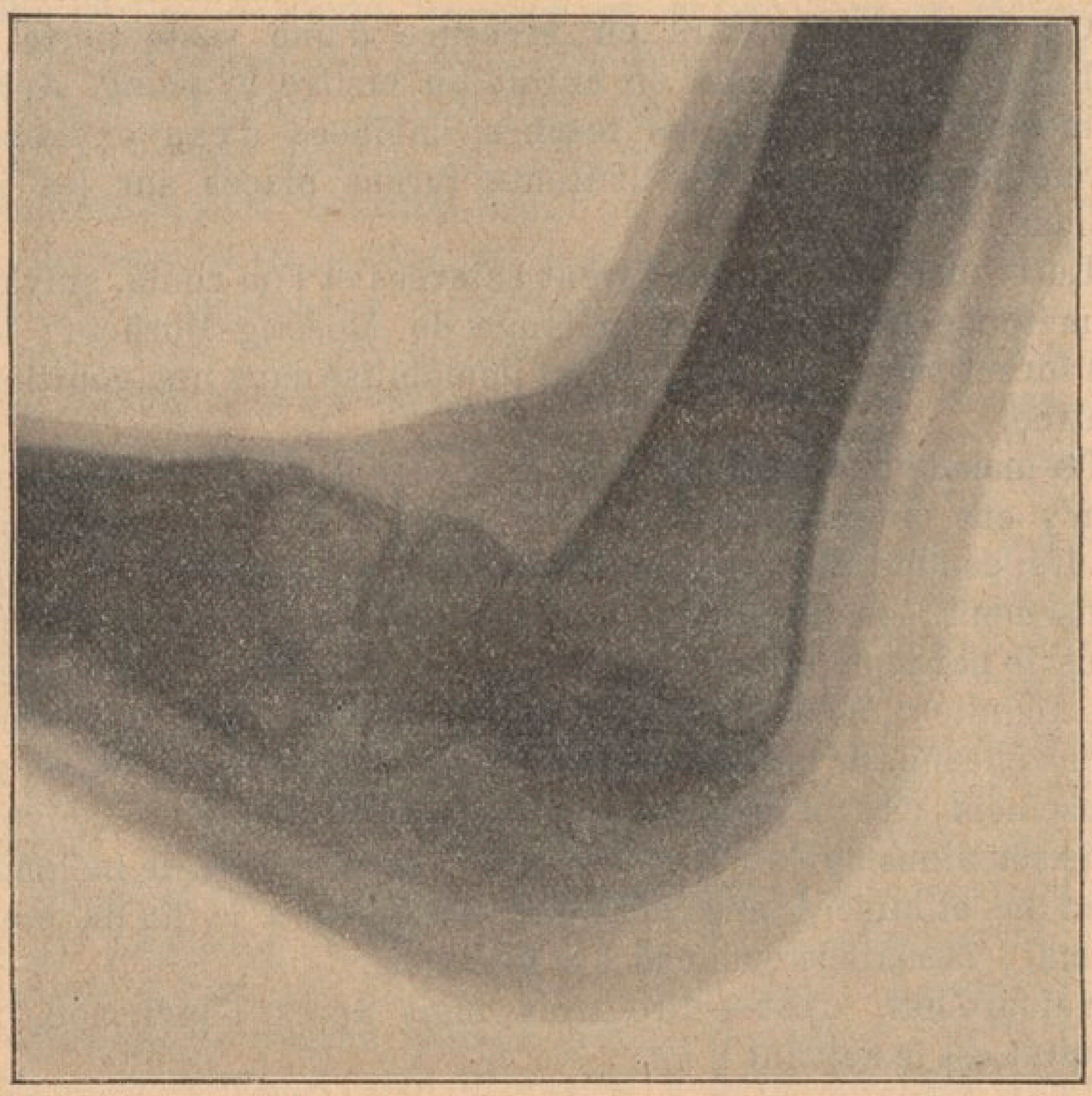


Fig. 1. — Tarsectomie postérieure totale.
Radiographie prise trois mois après le plombage.

La marche est déjà possible ; la malade se trouve gênée plus par le manque d'habitude que par le raccourcissement ; en tout cas, l'appui sur le talon est absolument indolore.

Telle est, Messieurs, l'observation que je voulais vous soumettre ; on ne peut pas dire qu'il s'agisse d'un résultat éloigné, mais il semble devoir être définitif, et, tel qu'il est, il mérite d'être pris en considération.

Ici, M. Bérard a rapporté plusieurs cas de plombage iodo-

formé, fait, après résection, sur des adultes, et, parmi eux, une résection du tarse postérieur chez une femme de 62 ans qui présentait des lésions tuberculeuses avancées ; j'avais été frappé du bon résultat immédiat qui avait été obtenu, et, n'était cet exemple, je n'aurais pas songé à plomber une aussi vaste cavité.

En ce qui concerne la malade que je vous présente, l'indication d'une intervention conservatrice était des plus discutables. Son état général, très affaibli, n'aurait pas permis une suppuration prolongée ; de plus, en admettant une guérison, on aurait eu le résultat d'un Vladimiroff-Mikulicz, c'est-dire une démarche de digitigrade. Une amputation de Syme paraissait s'imposer. Il nous semble que le résultat obtenu par le plombage vaut mieux ; ce dernier a permis, sans suppuration, en jouant à merveille son rôle de pansement interne, d'obtenir une cicatrisation en deux mois et de conserver le pied.

L'avenir dira si le rôle fonctionnel du talon subsistera entièrement ; le résultat actuel permet de l'espérer.

•

M. Bérard. — Le résultat présenté par M. Patel est tout à fait remarquable et comparable à celui que j'ai déjà eu l'occasion de vous signaler chez une femme encore plus âgée, à laquelle une résection, ou plutôt un évidement total à la curette du tarse postérieur suivi d'un plombage Mosetig avait abouti à une guérison surprenante, étant donné le mauvais état général de la malade.

A l'occasion de la présentation de M. Patel, j'ai fait descendre de mon service cette jeune femme, âgée de 24 ans, chez laquelle, le 28 janvier dernier, je suis intervenu pour une tuberculose diffuse du tarse postérieur avec envahissement des gaines rétro-malléolaires et fistulisation des foyers fongueux synoviaux.

Après résection de l'astragale, j'ai dû, ainsi qu'en témoigne la radiographie ci-jointe, évider la moitié antérieure du calcanéum, la presque totalité du scaphoïde, curetter profondément les apophyses tibiales et péronières, ainsi que l'articulation tibio-péronière inférieure. Après tamponnement à la gaze oxygénée, ce vaste foyer fut suturé presque complètement, sauf au niveau des gaines synoviales évidées de leurs fongosités. Quatre jours après les mèches de gaze étaient retirées par ces derniers orifices et le plombage de Mosetig effectué.

Le premier pansement eut lieu trois semaines après. Les suivants à quinze jours d'intervalle, sans qu'on fût obligé jamais d'assurer le drainage de quelque collection rendurcie. Au bout de trois mois la cicatrisation était au point où vous la voyez aujourd'hui, c'est-à-dire

avec incision opératoire à peine visible, et simplement en arrière des malléoles de petits bourgeons suppurés qui cédèrent à quelques coups de crayon de nitrate d'argent. Le pied est de 2 centimètres plus court que le pied sain. Il apparaît, comme pour toutes ces opérations du tarse postérieur, tassé et aplati. La plante du pied repose largement sur le sol et en bonne direction. Le membre inférieur droit est raccourci de 3 centimètres par rapport au membre supérieur gauche ; ses muscles sont atrophiés. Mais avec un simple soulier correcteur avec tige rigide et à bourrelet sus-rotulien, la marche est déjà facile et indolore.

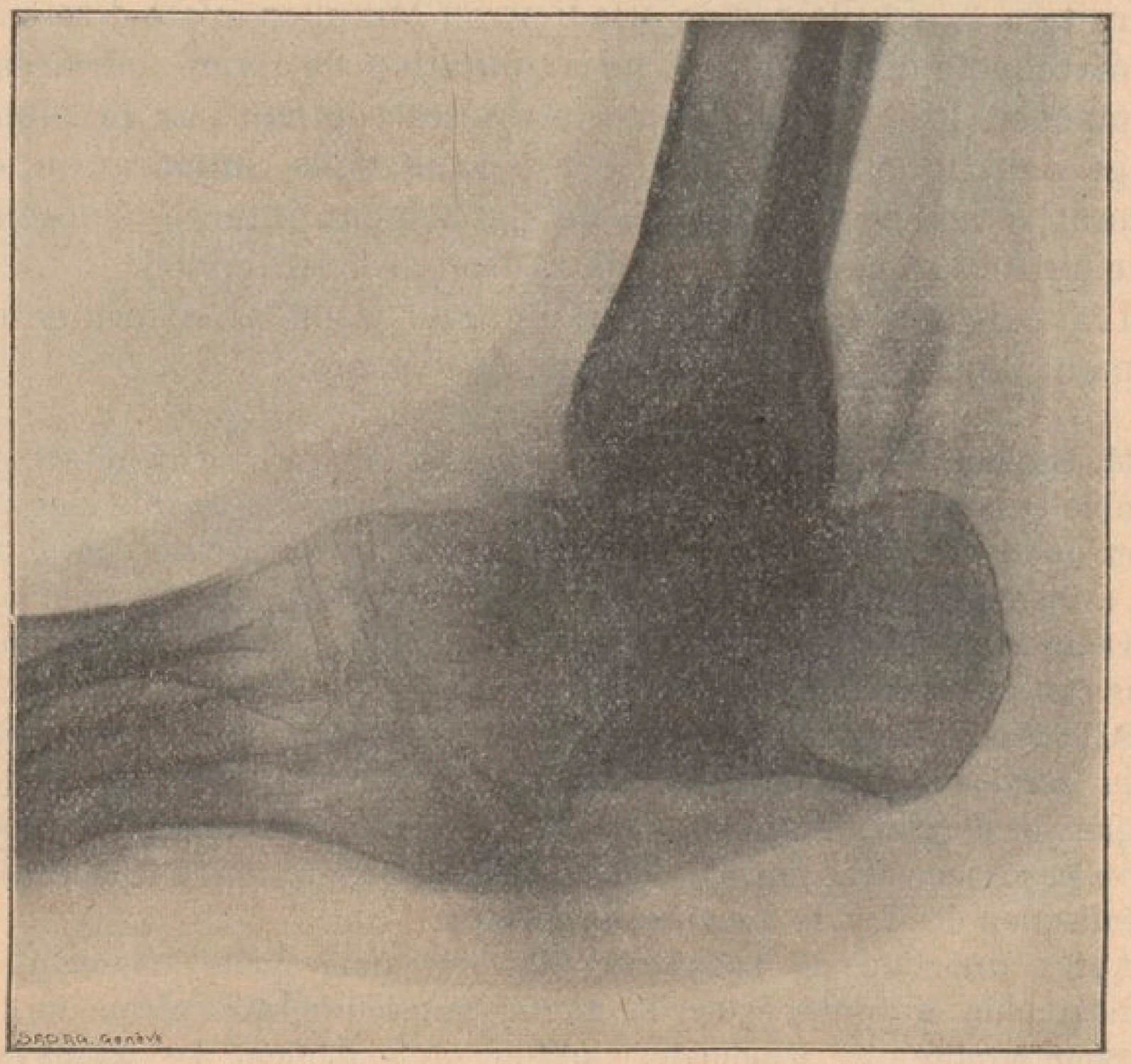


Fig. 2. — Tarsectomie postérieure atypique. Résection de l'astragale, de la moitié antérieure du calcanéum (section oblique), de la malléole externe et de la surface articulaire tibiale.

Radiographie prise trois mois après le plombage. La plaie est cicatrisée. La malade marche avec un soulier orthopédique.

C'est là un succès qui me semble des plus intéressants, car non seulement, ici, le plombage au mélange Mosetig a abrégé notablement

la convalescence, simplifié et rendu indolore les pansements, mais encore il a permis la réparation, à l'abri des infections secondaires, de ces os préalablement évidés (calcanéum, scaphoïde, tibia et péroné). Avec l'ancienne méthode du drainage ordinaire après les résections, ces opérations donnaient toujours des résultats mauvais et aboutissaient plus ou moins tardivement à des opérations plus larges quand ce n'était pas à des amputations.

M. Gangolphe. — Les deux faits que viennent de nous soumettre MM. Patel et Bérard sont des plus instructifs. J'ai présenté moi-même une malade neuf ans après une tarsectomie postérieure totale avec ablation de l'extrémité inférieure du tibia ; le résultat était par conséquent définitivement acquis. Dans ce cas, j'avais enlevé l'astragale, le calcanéum et l'extrémité du tibia ; peu à peu, l'adaptation fonctionnelle s'était faite, de telle façon que c'était la malléole externe qui constituait le calcanéum. Je pourrai vous montrer la radiographie de cette malade, vous verrez que la malléole péronière s'appuie sur le sol. La malade marche très bien, n'ayant besoin d'aucun appareil.

Un point qui paraît intéressant, c'est l'utilité du plombage, non pas pour servir de moule, mais au point de vue du pansement interne qui soustrait le malade à toutes les causes de suppuration auxquelles l'exposait le drainage prolongé. Quant à la valeur des opérations atypiques chez l'adulte, c'est un point qui sera peut-être décidé dans l'avenir, mais sur lequel il faut encore faire des réserves ; je crois que bien souvent on se trouvera mieux de sacrifier carrément une tranche, plutôt que de faire une ablation partielle. J'ai eu des résultats avant l'emploi du plombage, en faisant des opérations partielles très limitées, mais il est certain qu'on n'a pas là la sécurité de l'ablation totale ; les faits présentés aujourd'hui montrent que le plombage est un excellent moyen de pansement, de tamponnement interne et, pour ma part, je suis tout disposé à y recourir.

Il est incontestable que si dans tous les cas on pouvait opérer de bonne heure, dans des conditions comparables à celles de cette jeune fille, on n'aurait que des succès à enregistrer.

*
* *

RÉSECTION DU POIGNET DATANT DE 27 ANS.

M. Gangolphe. — J'ai donné mes soins à ce malade, il y a vingt-sept ans, alors que j'étais chef de clinique d'Ollier.

Opéré en avril 1882, il subit la résection totale du poignet gauche pour une arthrite à forme particulièrement grave ; l'ex-

trémité des métacarpiens, celle du radius furent notablement réséquées. Trois ans plus tard, notre malade eut un mal de Pott dont il guérit avec une gibbosité. Aujourd'hui, plus de vingt-sept ans après la résection, vous voyez que sa santé générale est parfaite, quant à l'état fonctionnel du poignet, vous pouvez juger de la perfection du résultat.

N'était la trace des incisions et surtout des ouvertures de drainage que nous maintenions si longtemps, trop longtemps jadis, on ne pourrait pas croire que le déficit osseux a laissé si peu de troubles.

Les mouvements des doigts sont intacts comme amplitude, force et agilité ; le pouce s'appose parfaitement. La préhension est vigoureuse. La pronation et la supination existent en totalité ; la flexion et l'extension du poignet sont toutefois un peu réduites.

Il n'existe pas de déviation de la main sur le bord cubital comme cela se voyait parfois.

L'observation de ce malade a déjà figuré il y a quelque vingt ans dans les travaux d'Ollier et dans les publications que j'ai consacrées à défendre et à prôner cette opération.

Vous voyez combien est absurde, parce qu'inutile au premier chef, le raccourcissement des tendons préconisé par certains chirurgiens étrangers. L'adaptation fonctionnelle s'établit d'elle-même et il n'est pas besoin de réséquer pour les raccourcir les tendons devenus trop longs par le fait du déficit osseux dû à la résection. J'ai souvent montré que les premières contractions volontaires, sur le lit même d'opération, étaient déjà efficaces, susceptibles de faire de la flexion ou de l'extension des doigts.

*
* *

OPÉRATIONS CONSERVATRICES POUR OSTÉOSARCOMES MALINS.

M. Gangolphe. — J'ai le plaisir de vous montrer une jeune fille de 17 ans, à laquelle j'ai pratiqué une résection diaphyso-épiphysaire inférieure du péroné pour un ostéosarcome reconnu malin, il y a de cela plus de quatre ans et demi (1).

---

(1) Jaubert. — *Contribution à l'étude du traitement conservateur dans les ostéosarcomes présumés malins des membres.* Thèse de Lyon, 1905.

Cette fillette entra dans mon service, salle Saint-Martin, le 14 décembre 1904. Elle se plaignait de douleurs extrêmement violentes, continues, avec prédominance nocturne, siégeant dans la région du cou-de-pied gauche. Les douleurs empêchaient absolument le sommeil sans paraître exaspérées par le mouvement ; la tibio-tarsienne était intacte ; pas de modification du côté des parties molles, pas de température locale ni générale, pas de ganglions. Mais le péroné paraissait très légèrement tuméfié.

Bien que je soignasse, à ce moment, le père de cette jeune fille pour une ostéo-arthrite tuberculeuse du genou, j'éliminai l'idée de tuberculose, celle de syphilis, et enfin d'ostéomyélite infectieuse plus ou moins larvée, pour le diagnostic de sarcome central. Une radiographie montrait dans le péroné une cavité, un espace clair de 6 à 8 millimètres de haut, de 4 à 5 centimètres de large. Je poussai les parents à consentir à une ostéotomie exploratrice.

Le 20 décembre, sous anesthésie, j'enlève une tranche osseuse ; la cavité intra-diaphysaire paraît remplie d'une substance blanchâtre, dure, lardacée, très nettement circonscrite. A la surface de l'os ancien, séparé de lui par un liseré rouge, on trouve une petite couche d'os nouveau. J'enlève au bistouri, en un seul bloc plus ou moins régulier, tout le tissu néoplasique ; j'évite soigneusement de me servir de la curette, je promène ensuite le fer rouge sur la surface osseuse, et je referme.

Voici la réponse donnée par M. Paviot :

Tumeur maligne se caractérisant par un envahissement des espaces médullaires, par de petites cellules fusiformes. Devant elles les lamelles osseuses se raréfient à mesure que leurs corpuscules osseux grandissent, prennent un noyau colorable, un protoplasma visible. En somme, ostéosarcome certainement malin.

Muni de ce document, je pus obtenir l'ablation du segment osseux malade ; on m'eût tout refusé si j'avais demandé le sacrifice du membre.

Je fis donc une résection très étendue diaphyso-épiphysaire de l'extrémité inférieure du péroné, en ayant soin de conserver une partie de l'épiphyse pour ne pas supprimer le tenon externe de la mortaise tibio-tarsienne.

J'étais bien rassuré, d'autre part, puisque j'étais au-dessous du cartilage de conjugaison, barrière efficace, au moins pendant quelque temps.

Les suites furent simples.

Je fis porter pendant un an un tuteur pour parer à toute déviation. Aujourd'hui, vous voyez qu'il n'y a aucune récidive, que la jambe est aussi solide que l'autre ; bref, que la vie et les fonctions du membre ont été sauvegardées par mon opération hâtive, large, mais conservatrice.

Là encore, j'ai, de propos délibéré (ainsi que je l'avais fait dès ma première opération, en 1902), répondu au diagnostic histologique sarcome par une opération conservatrice.

Je compte enfin publier avec détails un cas observé et opéré en collaboration avec M. Nové-Josserand : il s'agissait d'un ostéosarcome énorme de l'humérus ; l'analyse clinique de ce cas prouve que nous aurions pu sauver le malade si l'intervention avait été plus précoce.

Séance du 24 juin 1909.

Présidence de M. GANGOLPHE.

CORRESPONDANCE.

M. le président donne lecture d'une lettre de M. le Dr Molin, qui demande à faire partie de la Société de Chirurgie.

M. le Dr Molin fait, de droit, partie de notre Société, nous sommes heureux de l'accueillir parmi nous. Aux termes des statuts, M. Molin a droit de faire partie de la Société de Chirurgie à la condition qu'il exerce son droit dans le délai d'une année à partir de son adhésion.

*
* *

TARSECTOMIE POSTÉRIEURE TOTALE.

M. GANGOLPHE. — Messieurs, je tiens la promesse que je vous avais faite à la dernière séance de vous soumettre les photographies et la radiographie relatives à un cas de tarsectomie totale, avec ablation de l'extrémité inférieure du tibia, que j'ai opéré en mars 1896. Les photographies que je vous présente, ainsi que la radiographie, ont été faites neuf ans après l'opération qui avait consisté, comme je l'ai dit, à enlever le calcanéum, l'astragale et l'extrémité inférieure du tibia, pour lésions bacillaires évidentes qui traînaient depuis fort longtemps.

Ainsi que vous pouvez vous en rendre compte sur la radiographie, il n'y a aucune reproduction osseuse ; on ne peut donc pas attribuer le résultat fonctionnel parfait qui a été obtenu à-

une reproduction du tissu osseux servant de soutien au membre. Vous voyez en effet que le péroné est venu toucher le sol et constituer un point d'appui efficace du membre inférieur sur le terrain ; c'est le péroné qui supporte tout entière la charge du corps ; il ne paraît pas hypertrophié de façon sensible.

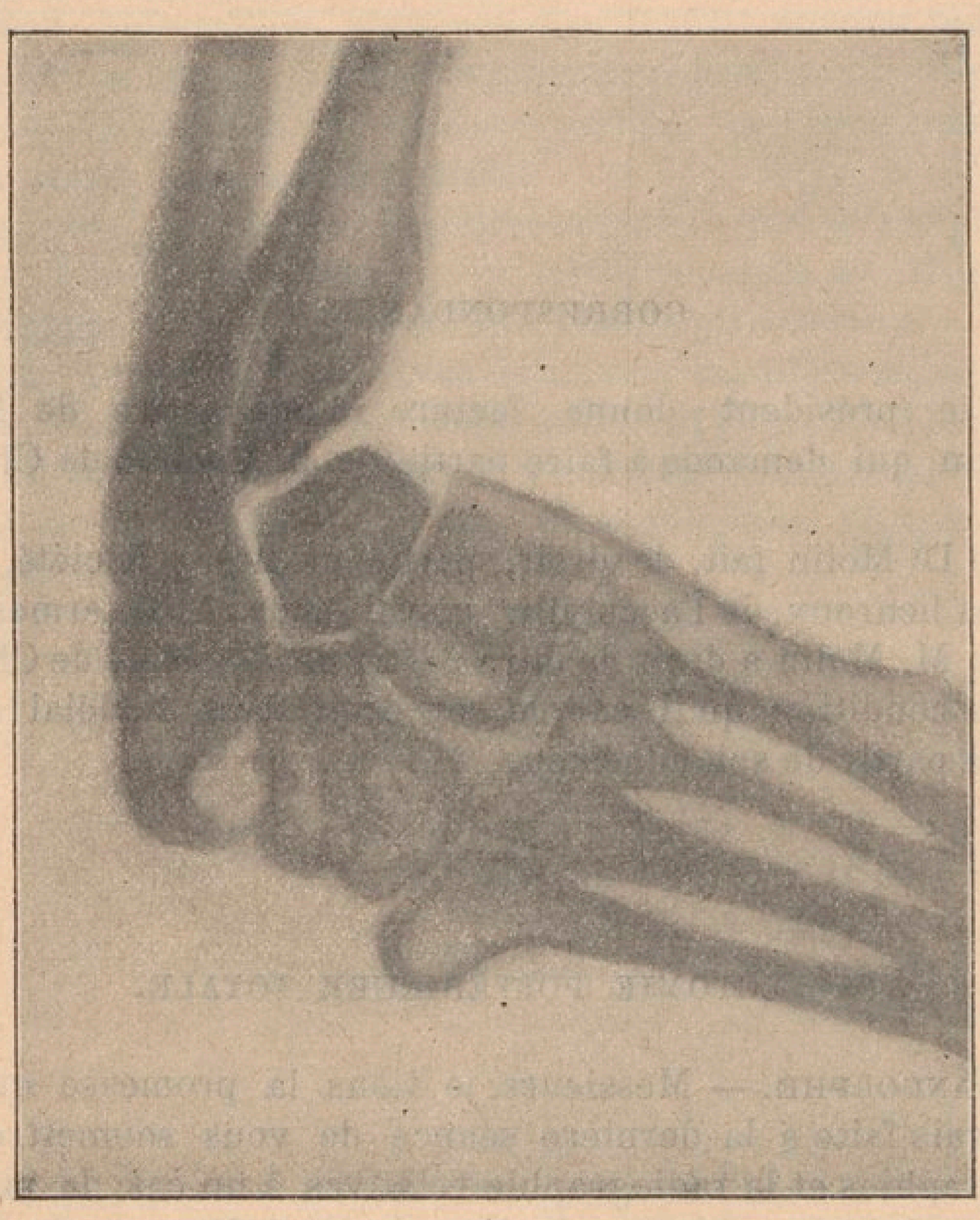


Fig. 1. — Tarsectomie postérieure totale. Ablation du calcanéum, de l'astragale, de l'extrémité inférieure du tibia. La malléole recourbée en avant forme un nouveau talon.

Mais ce qu'il y a de singulier, c'est que la partie inférieure, l'extrême pointe de la malléole s'est recourbée en avant, constituant une sorte d'aiguille horizontale, qui forme talon.

Deux photographies sont jointes à cette radiographie : l'une, celle de la face externe, montre bien cette sorte de talon

solide constitué par la malléole péronière ; sur la photographie de la face interne, on voit une dépression cicatricielle.

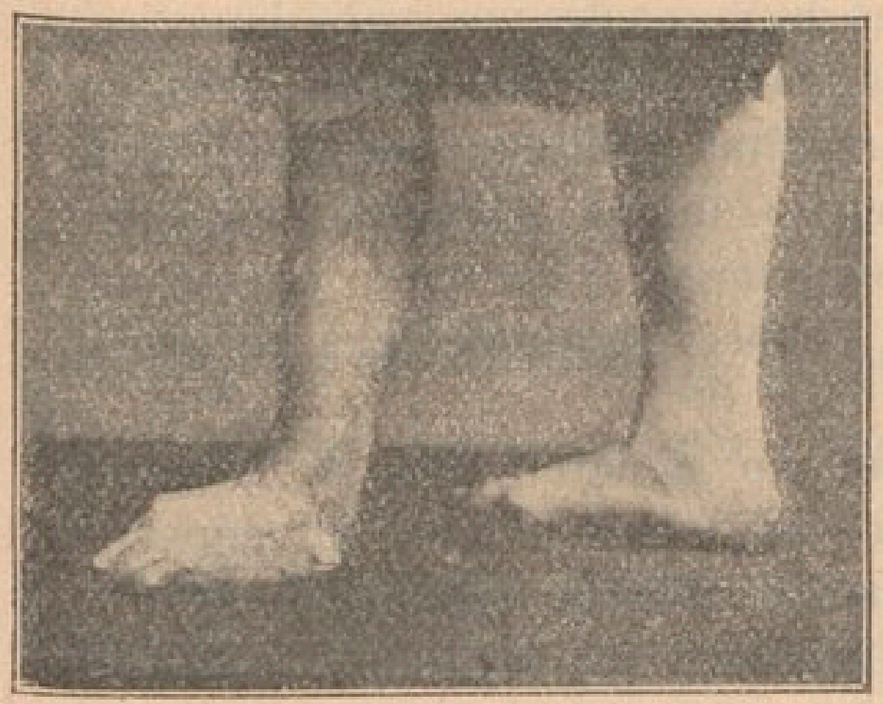


Fig. 2. — Tarsectomie postérieure totale avec ablation de l'extrémité inférieure du tibia. Le sujet ne marche pas facilement sur sa malléole externe ; il est domestique.

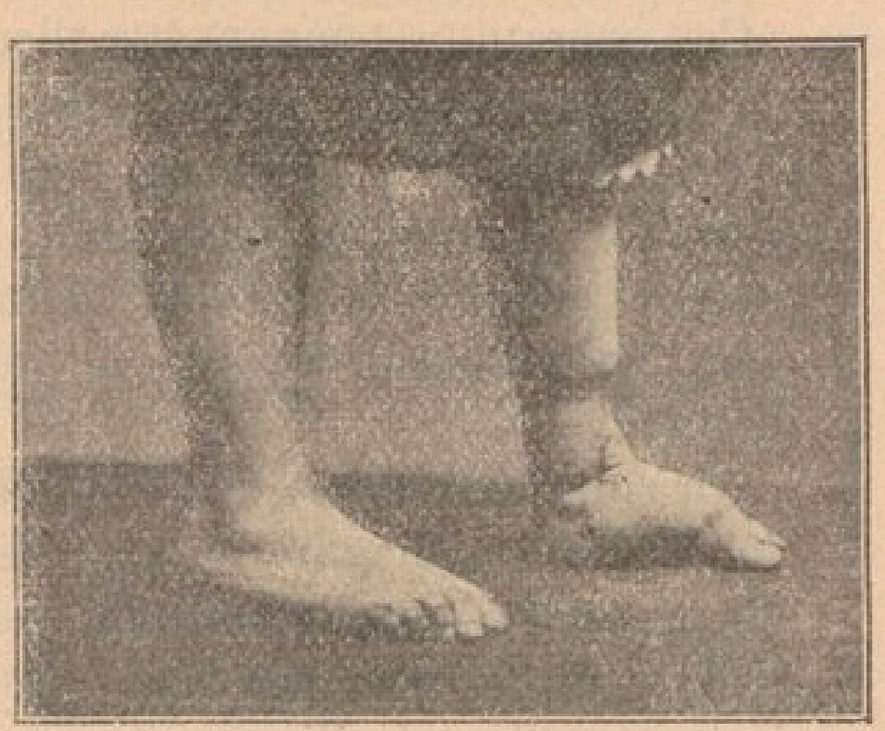


Fig. 3. — Tarsectomie postérieure totale. Le pied opéré vu par sa face interne. Résultats neufs ans après l'opération.

La malade marche très bien avec un soulier ordinaire. Je ne me rappelle plus pendant combien de temps je l'ai soignée : certainement pendant plusieurs mois ; en tout cas, elle s'est placée comme bonne, ce qu'elle n'aurait pu faire si elle avait eu une jambe de bois.

M. Vincent. — Chez une malade qui peut avoir actuellement 38 ans, et qui avait une arthrite tibio-tarsienne, j'ai fait d'abord une première fois l'extirpation de l'astragade, puis, la suppuration continuant, j'ai été obligé d'enlever le calcanéum et elle est restée avec une tarsectomie postérieure complète. La suppuration tarit peu à peu ; mais des douleurs assez intenses survinrent, si bien qu'à un moment donné la malade me demandait de lui faire l'amputation. Elle y était d'autant plus disposée qu'on lui avait persuadé qu'il lui serait impossible de marcher jamais. Il s'agissait de lutter contre l'influence de médecins élevés à une autre école que celle des résections et qui la poussaient à l'amputation. Elle souffrait horriblement, par moment, de douleurs bizarres qu'on ne pouvait pas attribuer à autre chose qu'à une sorte de névralgie cicatricielle. J'étais fort embarrassé et il m'a fallu, à diverses reprises, recourir à des injections de morphine et à des injections gazeuses pour calmer cet état douloureux consécutif à la tarsectomie.

Actuellement, tout va très bien ; l'opération a été faite il y a deux

ans et demi à trois ans ; la malade marche sans difficulté, et elle me remercie, toutes les fois que je la rencontre, d'avoir résisté à son obsession de se faire amputer.

Ces opérations peuvent être discutées au point de vue esthétique ; ce n'est évidemment pas très beau ; cependant, chez la malade dont je parle, j'ai eu, à ce point de vue, un résultat meilleur que celui qui nous est soumis, le pied était beaucoup moins déformé. Peut-être a-t-elle suppuré beaucoup moins longtemps? Chez mon opérée, la peau était mieux conservée ; aussi, l'aspect général du pied est-il meilleur.

Au commencement, j'avais fait faire un appareil par M. Aubert. Celui-ci avait imaginé un appareil qui maintenait le pied en équerre sur la jambe, de telle sorte que les malades marchent par leur avant-pied, et n'appuyent pas beaucoup sur le talon, qui repose à l'intérieur de la semelle métallique, sur un matelas calcanéen.

La personne dont je parle ne porte plus l'appareil de M. Aubert ; elle porte une bottine ordinaire avec talon renforcé, mais elle marche très bien. Il n'est pas douteux que l'état des opérés de tarsectomie postérieure est incomparablement meilleur que celui où ils se trouveraient s'ils avaient un pilon à la place de leur pied.

Je suis très heureux de voir le résultat obtenu par M. Gangolphe, car il m'est resté une fâcheuse impression de l'opération dont je vais vous dire un mot et qui est ma seconde tarsectomie postérieure chez les adultes. Je l'ai faite chez un homme d'environ 40 ans. La suppuration qui a suivi n'était pas très abondante, mais elle coexistait avec des phénomènes très douloureux. En général, les tuberculoses osseuses ont un décours presque indolore. Exceptionnellement, certaines arthrites, certaines ostéoarthrites tuberculeuses déterminent des phénomènes douloureux parfois excessifs. Nous avions cette forme hyperesthésique chez mon malade ; j'ai fait d'abord une tarsectomie incomplète, mais, la suppuration et les douleurs persistant, l'opéré a exigé que je l'ampute. Je m'y suis décidé parce que l'hyperesthésie constituait par elle-même une indication, au même titre que les névromes des moignons. Ce malade là ne me remercie pas de l'avoir amputé, il regrette beaucoup son pied. Je lui ai fait construire par M. Aubert un pied artificiel monté sur un tuteur qui prend son point d'appui au-dessous du jarret. Cet appareil est fort bien compris. Néanmoins, la pression qui se produit plus ou moins sur l'extrémité du moignon n'a pas tardé à amener une petite ulcération, laquelle fut, chez ce malade, le point de départ d'accidents érysipélateux. J'ai dû lui ouvrir des abcès et la suppuration du moignon n'a pas cessé depuis six mois. L'état général n'est pas brillant ; le malade a eu déjà trois ou quatre hémoptysies depuis son amputation.

En manière de conclusion je dirai que la tarsectomie postérieure

totale est une bonne opération, qu'elle donne, au point de vue fonctionnel, un meilleur résultat que l'amputation de jambe ; j'aimerais mieux avoir mon pied réduit qu'un pilon ou un pied artificiel. Au point de vue de la santé générale, l'amputation ne leur donne pas plus de chances ; elle ne préserve même pas certains débiles contre des retours de lasuppuration.

*
* *

CONSIDÉRATIONS SUR LA RÉSECTION DU TIBIA POUR OSTÉOSARCOMES ET SUR L'UTILISATION DU PÉRONÉ.

M. GANGOLPHE. — A propos du cas de sarcome du péroné traité par la résection diaphysaire et que je vous ai montré près de cinq ans après l'opération, indemne de toute récidive et laissant une marche parfaite, j'aurais pu développer quelques considérations sur l'utilité que peut offrir le péroné en tant que soutien, lors de déficit osseux considérable pratiqué sur la jambe. Chez la malade que je vous ai présentée, il ne pouvait pas être question de faire une greffe osseuse, car le péroné constitue un élément assez négligeable dans la statique du membre inférieur, le tibia supporte le fardeau à lui tout seul. Mais supposons qu'on ait été en présence d'un sarcome diaphysaire du tibia, la question eût été toute autre ; on aurait pu se demander s'il n'était pas nécessaire de faire une ostéoplastie, de recourir au péroné voisin pour soutenir le poids du corps. Cette question, je me l'étais posée au sujet d'un malade atteint de vieille suppuration du tibia consécutive à une fracture compliquée ancienne et que je soupçonnais liée à un épithélioma développé dans un vieux foyer fistuleux.

L'examen histologique montra qu'il y avait de simples bourgeons charnus, et le blessé guérit très bien par un nettoyage et un évidement. Alors que je croyais à un épithélioma, je m'étais disposé à faire une large résection diaphysaire du tibia de façon à faire marcher le sujet sur son péroné. Cette idée me parut assez naturelle étant donné que j'avais observé le cas dont je viens de parler, cette tarsectomie postérieure totale avec ablation du calcanéum, de l'astragale et de la diaphyse inférieure du tibia. Il est vrai que la situation change un peu dans un cas de néoplasme du tibia; on se trouve alors en présence de tissus indemnes de toute tendance à processus de

sclérose. La question était toute différente, aussi avais-je prié MM. Molin et Viannay de vouloir bien faire des expériences sur le cadavre, permettant de se rendre compte du degré de résistance du péroné ; le péroné peut-il supporter le poids du corps ? Les expériences qui ont été faites ont été assez nombreuses et assez probantes pour qu'on puisse dire que si le poids du corps ne dépasse pas 60 kilogrammes, le péroné peut, seul, le supporter. Un malade qui ne pèse pas plus de 60 kilogrammes pourrait donc marcher sur son péroné. Il est évident qu'en aidant le péroné par un tuteur, on pourrait coopérer à ce résultat ; d'autre part, le fait de la charge supportée par le péroné déterminerait peut-être dans l'os un processus d'hyperostose. En tenant compte de cette donnée, j'étais donc tout disposé à faire l'ablation de cette diaphyse tibiale, mais je n'eus pas l'occasion de la pratiquer ; cette opération a, depuis, été faite par Francisco Gentil, et vous trouverez dans le dernier numéro du *Lyon Chirurgical* (1) une radiographie montrant qu'il a transplanté avec succès le péroné entre les deux fragments du tibia. Il a fait là une greffe homoplastique *in situ*. Le résultat a été parfait, la malade se tient parfaitement debout sur cette jambe.

Mais une réflexion m'est venue à l'esprit : c'était là jouer une bien grosse partie que de supprimer d'abord le tibia et ensuite de prendre le péroné du même côté pour venir l'interposer entre les deux segments du tibia. Si par malheur la greffe du péroné ne s'était pas faite (un échec est toujours possible), cette malade avait une jambe molle, privée de tout squelette et n'aurait retiré aucun bénéfice de cette tentative. En ne touchant pas au péroné, elle aurait peut-être pu marcher ; sans doute, le péroné laissé en place ne correspond pas exactement à l'axe, à la ligne de transmission du poids du corps, mais sa résistance, sa force ne sont pas accrues par sa transplantation ; on aurait peut-être pu éviter cette greffe en tenant compte des recherches faites et qui ont démontré que lorsque le poids du corps à supporter n'est pas excessif, le péroné seul peut le supporter.

Cette réflexion en amène une autre : du moment où le péroné ne sert pas grand'chose le tibia étant intact, pourquoi ne pas

---

(1). *Lyon Chirurgical*, t. II, n° 1, 1er juin 1909, p. 75.

s'en servir plus souvent pour le prendre comme greffe osseuse et le transplanter partout où besoin s'en fait sentir ? J'estime que pour remplacer un fragment d'humérus, par exemple, il serait logique de prendre le péroné comme greffe et le transplanter.

Dans le cas du chirurgien portugais, j'aurais préféré prendre le péroné de l'autre jambe pour le transplanter entre mes deux segments du tibia. De cette façon, j'aurais réduit au minimum les risques d'insuccès dans mon opération.

Telles sont les réflexions qui m'ont été suggérées par les deux cas que je vous ai présentés et par la lecture de l'observation si intéressante de M. Gentil, que vous trouverez dans le dernier numéro du *Lyon Chirurgical*.

*
* *

PARALYSIE DU MEMBRE INFÉRIEUR GAUCHE. RÉTROVERSION UTÉRINE. REDRESSEMENT DE L'UTÉRUS ET FIXATION ABDOMINALE DES LIGAMENTS RONDS. GUÉRISON DE LA PARALYSIE.

M. Gayet. — La rétroversion de l'utérus passe pour être à l'origine d'un grand nombre de troubles nerveux ; modifications du caractère des malades, gastropathies, douleurs lombaires et coccygiennes, irradiations dans les membres inférieurs pouvant simuler la sciatique, tout cela se rencontre journellement comme conséquence d'un vice de position de l'utérus, tout cela s'améliore ou disparaît même à la suite d'un redressement opératoire ou même plus simplement de l'application d'un bon pessaire.

Il est plus rare de rencontrer chez ces femmes des troubles plus accentués, tels que paralysie, anesthésie des membres inférieurs et même véritable paraplégie, bien que cependant de telles conséquences soient citées dans les auteurs classiques.

C'est à ce titre que l'observation suivante m'a paru digne de vous être rapportée.

Obs. — M^lle^ X..., 32 ans, de Mâcon, entre à la Charité, dans le service de M. le Prof. Pollosson, que j'ai l'honneur de suppléer. Bonne

santé jusqu'à l'âge de 26 ans. A cette époque, laryngite, bronchite prolongée, ulcération linguale. Il y a deux ans, mastoïdite pour laquelle elle a été opérée.

La malade entre, se plaignant de ne pouvoir marcher. Elle a des douleurs dans le ventre et a été soignée pendant deux ou trois ans pour une salpingite supposée bacillaire. A l'examen on ne trouve pas de traces de véritable salpingite, mais au toucher on reconnait que le Douglas est rempli par une masse qui n'est autre que le fond de l'utérus en rétroversion. Cet utérus est peu mobile et parait fixé, du moins on éveille de vives douleurs par les tentatives de réduction. Celles-ci. exécutées sous anesthésie en utilisant l'hystéromètre, permettent cependant de réduire, mais la réduction ne se maintient pas. On essaie de placer un pessaire, mais il n'est pas supporté.

Du côté du membre inférieur gauche, on note une atrophie considérable, le triceps fémoral surtout a fondu, et la peau est plaquée sur le fémur. Si l'on ordonne à la malade de mouvoir ce membre, on voit que cela lui est impossible; elle ne peut détacher le talon du lit. La paralysie affecte surtout le groupe antéro-externe de la jambe. Les réflexes sont exagérés des deux côtés. La sensibilité est altérée, mais d'une façon très irrégulière, ne correspondant pas à des territoires nerveux précis ni à des zones en manchette régulière. Il y a plutôt hypoesthésie qu'anesthésie complète; cela remonte jusqu'à la racine de la cuisse.

Réflexe cornéen diminué, réflexe pharyngien aboli. Pas de zones hystérogènes.

Au point de vue du caractère, M^lle X... n'a rien d'une hystérique. Elle parle très raisonnablement, elle a un vif désir de guérir et ne cherche pas à attirer l'attention par une description exagérée de ses souffrances.

Il nous paraît tout indiqué de chercher à corriger la rétroversion et à la maintenir par une intervention qui agira probablement sur les symptômes nerveux qui paraissent en découler.

Le 29 mai, opération. Incision de Pfannenstiel. On trouve un utérus un peu gros, pâle, avec ovaire gauche scléro-kystique ; quelques adhérences lâches entre le col et le rectum. On attire l'utérus à la paroi, et on le fixe à l'extrémité inférieure de l'incision par deux fils de soie embrassant les ligaments ronds à leur insertion utérine. La plaie est soigneusement réunie.

Dès le lendemain, notre opérée déclara ressentir des fourmillements dans la jambe paralysée et se mit à exécuter quelques mouvements. Ceux-ci furent de plus en plus faciles à produire et, au bout de quinze jours, elle se levait et marchait appuyée sur deux cannes. Au bout d'un mois, elle quitte le service marchant parfaitement et très heureuse du résultat opératoire.

Ce résultat, comment faut-il l'envisager ? Est-ce simple effet de la suggestion chez une hystérique ? tel qu'un simulacre d'opération aurait pu nous en fournir, ou bien faut-il y voir l'effet de la suppression d'une cause de douleurs et de troubles nerveux par la correction de la rétroversion ? Je crois bien que chez notre malade, il y avait un fond de névropathie très net, mais j'incline à laisser une part très importante à la cure de la rétroversion et, pour mieux exprimer ma pensée, je pense que si la rétroversion reste guérie, cette opérée ne fera pas d'autres localisations nerveuses, tandis que s'il s'agissait d'une véritable hystérique, le moindre prétexte amènerait de nouvelles manifestations névropathiques dans telle ou telle autre région.

Au moment de son départ du service, le toucher nous indiquait chez notre malade la position parfaite de l'utérus très solidement maintenu en antéversion, mais jouissant d'une certaine mobilité, contrairement à ce que l'on a par la ventrofixation ordinaire.

M. Vincent. — Je ne veux pas discuter l'intervention. Je veux dire seulement que je n'ai pas encore observé un cas comme celui que M. Gayet vient de nous rapporter, et cependant un grand nombre d'utérus m'ont passé par les mains. Je n'ai jamais vu une rétroversion utérine déterminer des paralysies, des anesthésies, des atrophies des membres inférieurs, de la sciatique. Je crois que, dans les phénomènes étranges, bizarres, la rétroversion n'est qu'une épine, un *nisus* qui met en branle l'hystérie quelquefois latente jusque-là. Les symptômes réflexes déterminés par la rétroversion dépendent plus du terrain que de ce déplacement. En général, si l'absence des adhérences permet d'opérer le redressement et de le maintenir, la symptomatologie nerveuse s'évanouit comme par enchantement, sans qu'il soit besoin de faire intervenir la suggestion, je parle des femmes ordinaires. Je croirais volontiers que la malade de M. Gayet était surtout une hystérique.

Le Gérant, Dr Vallas.

Lyon. — Association Typographique, 12, rue de la Barre. — H. Gabrion, directeur.

Séance du 1er juillet 1909.

Présidence de M. Gangolphe.

KYSTE MUCOÏDE DE L'OVAIRE GAUCHE ROMPU. GÉNÉRALISATION A L'APPENDICE DU PROCESSUS NÉOPLASIQUE.

M. Albertin. — Messieurs, j'ai l'honneur de vous présenter une pièce rare que j'ai enlevée avant hier sur une malade de mon service. Voici brièvement résumée cette histoire clinique : Il s'agit d'une femme de 64 ans qui n'a jamais présenté, notamment du côté de son système génital, aucun trouble digne de remarque. 4 enfants. Ménopause à 48 ans. Il y a cinq mois, la malade s'aperçut que son ventre augmentait progressivement de volume. Elle n'accorda d'abord à ce fait que peu d'attention, mais il y a deux mois et demi environ, apparurent des douleurs abdominales assez vives et tout récemment un œdème considérable des membres inférieurs. C'est là ce qui décida la malade à venir à ma consultation.

On constatait à l'examen une augmentation de l'abdomen qui bombait fortement, projetait en avant la région sus-ombilicale et faisait immédiatement penser à un kyste de l'ovaire. Mais la palpation ne permettait de sentir aucune tumeur. Il existait un flot discret et une matité antérieure péri-ombilicale avec sonorité dans les flancs, rappelant plutôt la matité d'un kyste que celle de l'ascite. Le diagnostic était incertain. L'état général, l'âge de la malade, l'œdème des membres inférieurs faisaient plutôt penser à une tumeur de l'ovaire avec ascite. Mais les signes physiques contre-indiquaient ce diagnostic. Pour le trancher, je fis pratiquer une paracentèse abdominale qui permit de retirer par aspiration 2 centimètres cubes environ d'un liquide gélatineux. On avait donc affaire à un kyste mucoïde de l'ovaire. Je pratiquai aussitôt une laparotomie sous-ombilicale.

De l'ouverture du péritoine s'écoula une énorme quantité (12 litres environ) d'un liquide gélatineux. On put apercevoir la poche kystique rompue. Elle était considérablement revenue sur elle-même et située à gauche de l'utérus. Elle était donc développée aux dépens de l'ovaire gauche et n'adhérait nullement aux organes voisins. L'utérus était de volume et d'aspect normaux et les annexes droits paraissaient eux aussi normaux. Mais, au-dessus et en contact avec lui, existait une masse globuleuse ayant l'aspect et la forme d'un œuf de poule, et qui n'était autre que l'appendice hypertrophié et atteint lui aussi de dégénérescence mucoïde. Je pratiquai une hystérectomie subtotale et enlevai en même temps tout d'une pièce l'appendice adhérent aux annexes droits. La cavité abdominale fut ensuite nettoyée, et l'exsudat gélatiniforme, parqué sous le diaphragme et la face inférieure du foie, en fut retiré avec soin. Dans un dernier temps, avant de procéder à la péritonisation, je réséquai sur le péritoine pariétal postérieur, au niveau de la fossette ovarique, un placard surélevé, environ des dimensions d'une pièce de 5 francs, et qui n'était qu'une généralisation au péritoine de la néoplasie. La péritonisation fut facile et je refermai complètement l'abdomen. A cette heure, deux jours après l'opération, la malade va aussi bien que possible.

La pièce enlevée montre, comme on peut s'en rendre compte, un utérus normal. A droite, les annexes sont saines et appendues à eux, se trouve l'appendice avec l'aspect que nous lui avons déjà décrit. A gauche, accolé au flanc latéral de l'utérus, on voit la poche kystique revenue sur elle-même, mais ayant encore le volume d'un gros poing. Dans la paroi kystique est englobée la trompe gauche. Cette paroi, lisse à l'extérieur, est villeuse sur sa face interne.

Messieurs, mon observation est intéressante à plus d'un titre. Je ne veux pas discuter ici la malignité plus ou moins grande des kystes mucoïdes de l'ovaire. Leur extirpation est facile et donne les meilleurs résultats, surtout quand ils ne sont pas rompus. Mais même quand cet accident s'est produit il faut enlever la tumeur, débarrasser la cavité péritonéale de l'épanchement gélatiniforme. Ce serait peut-être le cas ici de faire un lavage de la cavité abdominale au sérum artificiel chaud, employé en grande quantité. Ainsi pourraient être enlevées de

façon complète, rapide et non traumatisante, les masses gélatiniformes qui, comme dans notre cas, occupent la cavité péritonéale dans son entier.

Je veux insister plus particulièrement sur la généralisation à l'appendice de ces kystes mucoïdes de l'ovaire.

C'est la seconde fois qu'il m'est donné d'observer pareil fait.

J'ai eu l'occasion, il y a de cela une quinzaine d'années, d'enlever chez une malade un kyste mucoïde de l'ovaire. Bien que la tumeur ne fût pas rompue, il existait dans ce cas une généralisation à l'appendice qui, très hypertrophié et ovoïde, contenait un liquide gélatineux en tout semblable au contenu du kyste ovarique. Il est vrai que dans ce cas le kyste était développé aux dépens de l'ovaire droit.

J'enlevai les annexes, l'utérus et l'appendice. Ma malade n'a jamais présenté de récidive et actuellement encore jouit d'une bonne santé.

Dans ce cas la généralisation à l'appendice du processus néoplasique est assez facile à expliquer : appendice et ovaire droits sont unis l'un à l'autre par des lymphatiques réunis en un faisceau qui se loge dans le repli péritonéal, auquel les classiques ont donné le nom de ligament appendiculo-ovarien de Clado. Ainsi s'explique la propagation des affections de l'un des deux organes à l'autre.

Dans mon second cas, alors que le kyste s'était développé aux dépens de l'ovaire gauche, il est plus difficile d'expliquer l'envahissement de l'appendice. En effet, l'ovaire droit est resté sain, interposé entre l'appendice dégénéré et la tumeur de l'ovaire gauche. Je me borne à vous présenter ces pièces, me réservant de revenir sur l'interprétation des faits que j'ai observés.

M. Condamin. — Je ne sais pas si ces cas de propagation par le ligament appendiculo-ovarien sont aussi rares que le croit M. Albertin ; j'en ai publié un cas : c'était une pièce assez curieuse que je vous ai présentée. Il s'agissait d'un kyste ovarien qui avait évolué pendant la grossesse, qui s'était rompu au moment de l'accouchement et que j'avais opéré trois semaines après, quand les grands fracas du début eurent cessé. J'avais alors trouvé un kyste de l'ovaire rompu dans la cavité abdominale, et en partie adhérent au foie. Chez cette malade je fis la castration bilatérale parce que je trouvais le second ovaire un peu gros. J'avais bien prévenu la malade et son médecin d'avoir à surveiller la

possibilité d'une récidive et je crois bien que M. Albertin fera bien d'en faire autant, car les récidives sont souvent opérables comme vous allez le voir par la suite de cette observation.

Au bout de deux ans et demi, cette malade présentait une récidive du côté du kyste rompu ; cette récidive s'était faite par l'intermédiaire du ligament appendiculo-ovarien et développée dans l'intérieur du cæcum, de sorte que pour enlever la tumeur, je dus faire une résection du cæcum et une anastomose iléo-cæcale.

La malade a bien supporté l'opération. J'avais encore recommandé à son médecin de la suivre attentivement en cas de nouvelle récidive, à cause de l'adhérence de la tumeur au foie. Bien m'en a pris, car j'ai eu l'occasion de la réopérer pour la troisième fois il y a quatre ans : elle avait présenté à ce moment deux autres récidives adhérentes et fixées à la paroi ; je dus faire deux laparotomies pour aborder et enlever ces deux masses néoplasiques récidivantes.

Il y a quatre ans que cette troisième opération a été faite et la malade n'a plus rien présenté d'anormal ; je crois, par conséquent, qu'elle est définitivement guérie. J'ai pensé très intéressant de vous rappeler les trois phases de cette intervention pour vous démontrer l'importance qu'il y a, à surveiller les récidives, surtout lorsque le kyste de l'ovaire s'est rompu, et à réintervenir au plus tôt.

M. Durand. — M. Condamin vient de parler du ligament appendiculo-ovarien. Je voudrais rappeler que, autrefois, j'ai commis, sur ce sujet, un mémoire destiné à montrer qu'on avait tort d'employer ce terme. Il ne s'agit pas, en effet, d'un ligament spécial au côté droit, qui réunirait l'appendice aux annexes droites. Ce n'est, en réalité, que le vestige du méso qui a servi de voie de descente à l'ovaire dans sa migration. On le trouve en effet à gauche sous forme d'un repli ovaro-sigmoïdien, et l'examen de la fillette nouveau-née montre nettement, sans contestation possible, l'origine de ce petit repli.

M. Gangolphe. — Il y a seize ou dix huit ans, j'ai vu un fait d'ordre voisin qui m'a paru assez intéressant ; il ne s'agissait pas d'un kyste de l'ovaire rompu dans le ventre, mais d'un kyste ayant donné lieu à des greffes ; ma malade avait à la fois un kyste dermoïde intra-péritonéal, un kyste de l'ovaire ordinaire du côté droit, et, d'autre part, dans le tissu cellulaire du ligament large, une série de kystes séparés les uns des autres ; le plus gros était comme une graine de raisin, les autres, plus petits, comme des têtes d'épingles, dans le tissu cellulaire périvésical. Cette femme est restée complètement guérie, après extirpation.

* * *

GOITRE EXOPHTALMIQUE. HÉMITHYROÏDECTOMIE.

MM. Patel et R. Leriche. — Nous avons pensé qu'il était intéressant de rapporter à la Société de chirurgie, l'observation complète d'un cas de goitre exophtalmique, pour lequel nous avons pratiqué une hémithyroïdectomie, qui a eu, sur la marche de la maladie, une influence funeste. Voici, du reste, les faits rapportés dans ce qu'ils ont d'essentiel.

Obs. — Maladie de Basedow, datant de 4 ans, non améliorée par le traitement médical. 17 mars 1909, ligature des deux thyroïdiennes inférieures, section du sympathique cervical droit ; 29 avril 1909, hémithyroïdectomie droite. Aggravation de la cachexie basedowienne. Mort après trois semaines.

Catherine B..., âgée de 26 ans, domestique, entre, le 3 mars 1909, dans le service du professeur Poncet, suppléé par M. Patel, pour un goitre assez volumineux, s'accompagnant de palpitations de cœur assez pénibles.

Personnellement, la malade n'a eu aucune affection grave dans son enfance ; elle signale seulement des migraines violentes, survenant presque périodiquement, une fois par semaine et l'obligeant à garder le lit ; elle a toujours été nerveuse et irritable. Réglée à 14 ans, régulièrement ; elle n'a jamais eu ni enfant, ni fausse couche.

A 22 ans environ, la malade s'est aperçue que son cou grossissait ; en même temps, elle sentit son cœur battre plus violemment ; cette tachycardie ne la fatiguait et ne lui occasionnait de la dyspnée qu'à l'occasion d'une fatigue. Le cou grossit peu à peu et, depuis un an, le lobe médian thyroïdien atteignit un volume sensible. A la même époque, la malade sentit, surtout au réveil, ses yeux la gêner ; ils lui paraissaient plus gros. Toujours irritable facilement, sous l'influence d'une émotion ou d'une excitation, elle vit apparaître un tremblement involontaire qui la gêna beaucoup.

A son entrée, la malade se fait remarquer aussitôt par ses yeux saillants et fixes, sa physionomie anxieuse, et son expression instable. Un cou proéminent, un tremblement généralisé, une tachycardie violente, font penser de suite à un goitre exophtalmique.

L'*exophtalmie double* est très prononcée : on note un peu de convergence interne, si l'on rapproche un objet des yeux ; signe de de Grafe douteux ; pas de nystagmus ; la paupière couvre complètement le globe oculaire, si l'œil est fermé.

Le goitre est volumineux, l'hypertrophie paraît siéger surtout au niveau du lobe médian et du lobe droit ; le goitre est mou, vasculaire, sans noyau.

L'inspection du thorax montre un ébranlement généralisé de la paroi. La main, appliquée sur la région précordiale est violemment soulevée par les mouvements rapides du cœur ; on a un rythme à trois temps, très net ; l'impulsion est plus forte au premier temps. Pointe dans le 5e espace, un peu en dedans du mamelon ; le cœur est gros, le pouls rapide, à 140 pulsations.

La malade ne présente d'autres troubles psychiques qu'une irritabilité très marquée depuis trois ans.

On ne note pas de troubles digestifs ; ni diarrhée, ni constipation.

Règles régulières, s'accompagnant, depuis quelques mois seulement, de tension dans la région cervicale.

Les urines ne renferment ni sucre, ni albumine.

Examen ophtalmoscopique, pratiqué par le professeur Rollet, négatif.

La malade, avant son entrée à l'hôpital, avait suivi les traitements médicaux les plus variés. Néanmoins, pendant quinze jours, on lui fit prendre 2 grammes de bromure de potassium et 2 grammes de salicylate de soude par jour, le tout demeura sans résultat.

1° *Intervention* (17 mars 1909). — Ligature des deux artères tyroïdiennes inférieures. Du côté droit, on passe en arrière du sterno-mastoïdien, que le lobe droit de la thyroïde déjetait fortement en dehors ; l'artère est liée presque à son origine. Le sympathique cervical, aperçu dans la plaie, est sectionné. Du côté gauche, on passe en avant du sterno-cléido-mastoïdien ; l'artère est plus facile à trouver ; mais elle est déjà divisée en plusieurs branches ; deux d'entre elles sont liées.

Suites opératoires. — Les suites furent très simples ; il n'y eut pas de température. Le pouls ne fut pas modifié ; l'exophtalmie non plus ; seul, le goitre parut s'affaisser pendant quelques jours ; mais rapidement il revint à son aspect primitif. Devant l'absence d'amélioration, on décide une intervention sur le corps thyroïde.

2° *Intervention* (29 avril 1909). — *Hémithyroïdectomie droite.* Anesthésie prudente à l'éther ; on réunit les deux incisions de ligature par une incision transversale et l'on obtient un vaste lambeau cutané, qui, rabattu en haut, met à découvert toute la région. Les muscles superficiels sectionnés, on aperçoit alors le corps thyroïde très volumineux, recouvert d'un lacis très serré de veines très distendues. Il est difficile de reconnaître un isthme bien net ; du côté droit, le lobe thyroïdien est très volumineux ; il plonge dans le thorax ; on décide pour cette dernière raison d'en faire l'ablation. La mobilisation du corps thyroïde est impossible ; on ne peut atteindre les deux pôles vasculaires, car les vaisseaux se déchirent. On fait alors une section médiane de la portion représentant tout l'isthme ; l'hémorragie est abondante ; des pinces, placées rapidement sur la capsule, n'en sont pas maîtresses ; les vaisseaux se déchirent, le tissu thyroïdien est très friable, et il faut empoi-

gner à pleine main le lobe droit et l'isthme pour arriver à voir le champ opératoire. On tente une suture de l'isthme à l'aiguille de Reverdin ; les fils coupent le corps thyroïde et chaque point est la source d'une hémorragie en jet ; un gros fil de catgut est serré autour de l'isthme ; le sang ne coule plus. Le lobe droit, toujours tenu dans la main est rejeté en dehors : des fils sont placés sur le pédicule supérieur ; du côté inférieur, l'artère thyroïdienne inférieure est oblitérée ; la circulation ne s'est pas rétablie à son intérieur. Suture de la peau. Drainage de la partie inférieure.

1er *mai 1909*. La malade est dans un état d'agitation très marquée ; elle se plaint d'angoisse précordiale, de douleurs dans les membres. Exophtalmie très prononcée. Pouls à 140, régulier, assez tendu. Température, 40°, non justifiée par l'état local de la plaie, qui ne présente pas de signes d'infection. On donne du bromure, et l'on fait des injections de spartéine.

3 mai. Température, 40° 4 le matin et 40° 6 le soir. État toujours très grave. Le pouls est toujours à 140. La plaie est toujours en bon état, il n'y a pas de signes d'infection.

10 mai. La température a un peu baissé depuis quelque temps ; elle est de 38° 8 le matin et 39° 4 le soir. La plaie, presque entièrement cicatrisée, est dans un état satisfaisant. Irrégularités cardiaques. Pouls à 98. Une pulsation avortée toutes les trois ou quatre. Rythme en salve. Souffle systolique dans la région mésocardiaque. Diarrhée abondante, verdâtre, résistant aux différents médicaments. La malade est plus calme, mais donne l'impression de se cachectiser rapidement. Amaigrissement. Teint jaunâtre.

16 mai. Température, 37° le matin et 39° 3 le soir. Diarrhée incoercible. Cœur irrégulier, bondissant. Pouls à 96.

17 mai. Mort.

Examen des pièces opératoires (dû à l'obligeance de MM. G. Mouriquand et Alamartine). — Corps thyroïde ; lobe droit pesant 52 gr., d'aspect lobulé, ressemblant à du thymus.

Sa structure s'éloigne considérablement de celle d'une thyroïde normale, la lobulation est très nette ; elle est déterminée par d'épaisses cloisons conjonctives avec de gros vaisseaux ; les cloisons ne sont du reste pas limitées à la périphérie des lobules, elles pénètrent à l'intérieur de ces derniers entre les vésicules. Par places, on ne voit pas de vésicules, mais des amas cellulaires pleins, analogues à ceux de la thyroïde des nouveau-nés ; ailleurs, on voit des vésicules, mais sur la paroi interne de la plupart d'entre elles, il existe des végétations épithéliales qui leur donnent un aspect festonné. En ces points, les lésions sont en définitive celles d'un goitre intra-acineux.

Autopsie. — 1° *Corps thyroïde*. La portion restante pèse 150 grammes ; les lésions, l'aspect sont sensiblement les mêmes que sur la pièce opératoire.

2° *Foie.* Poids, 1.050 grammes. Le tissu hépatique est très congestionné ; les veines sus-hépatiques sont dilatées. L'aspect est celui d'un foie cardiaque. Il n'y a pas de sclérose ni de dégénérescence cellulaire bien manifeste.

3° *Cœur.* Poids, 520 grammes. Une coupe au niveau du ventricule gauche, en un point à aspect jaunâtre, sous-jacent à une plaque de péricardite, montre des lésions de sclérose interstitielle. Les fibres musculaires sont à peu près intactes. Pas de lésions valvulaires.

4° *Thymus.* Il est extrêmement développé, son poids est de 35 gr.; il est plongé au milieu du tissu graisseux; sa structure est très typique.

Nous voudrions, au sujet de cette observation, attirer l'attention sur quelques points spéciaux :

1° Au point de vue anatomo-pathologique. — Nous avons trouvé chez notre malade, à l'autopsie, un thymus gros comme une très grosse noix, en parfaite réviviscence par conséquent. On sait que pareil fait a été noté fréquemment chez les basedowiens. L. Bonnet, en 1906, avait recueilli dix-neuf observations de ce genre. Plus récemment, Capelle (1), à l'instigation de Garré, a étudié tout spécialement cette question du thymus dans la maladie de Basedow. Il a groupé, à propos d'un cas personnel, une soixantaine d'observations de goitre exophtalmique avec autopsie. Dans 79 p. 100 de ces cas, le thymus était hypertrophié et avait les dimensions que cette glande offre habituellement chez le nouveau-né. Un classement de basedowiens, d'après les causes qui avaient amené la mort, lui a permis d'établir trois groupes, dans lesquels la fréquence de l'hypertrophie du thymus se présente différemment. Cette fréquence serait de 44 p. 100 chez les basedowiens qui succombent à une maladie intercurrente, de 82 p. 100 chez ceux dont la mort est déterminée par l'évolution particulièrement grave du goitre exophtalmique, de presque 100 p. 100 chez les basedowiens opérés qui meurent pendant ou quelques heures après l'opération.

Notre opérée est-elle morte par le thymus ? D'après Capelle, la mort par le thymus est une mort rapide, en pleine connaissance, avec de l'angoisse, de l'agitation, des sueurs froides et

(1) Capelle. Ueber die Beziehungen der Thymus zum Morbus Basedow. *Beitrage zur klinischen Chirurgie*, 1908, LVIII, p. 353.

ÉTABLISSEMENT HYDROTHÉRAPIQUE

d'Auteuil

12, Rue Boileau — PARIS (XVI^e)

Docteur J. OBERTHUR, Directeur

Le plus MODERNE au point de vue du confort et de l'hygiène

Le plus COMPLET au point de vue de l'installation physicothérapique

---

MALADIES NERVEUSES

Affections chroniques de la NUTRITION, maladies du tube digestif
(régimes alimentaires variés suivant les cas et non exclusifs
Menus confectionnés par un personnel absolument spécial et placé sous la direction d'un Médecin; salle à manger spéciale pour les régimes)

Maladies des enfants — Gynécologie — Morphinomanie et intoxications similaires

Électrothérapie — Radiothérapie — Radiographie — Photothérapie — Mécanothérapie

APPAREILS POUR MOUVEMENTS ACTIFS ET POUR MOUVEMENTS PASSIFS

Rééducation motrice — Massage manuel et vibratoire

BAINS de LUMIÈRE ÉLECTRIQUE, Système HELLER et DOWSING

(à irradiation intensive et à chaleur radiante lumineuse)

Hydrothérapie sous toutes ses formes

PENSIONNAIRES ET EXTERNES

A l'entrée du Bois de Boulogne - Grand parc, Jeux, Tennis, Confort moderne

MAISONS RECOMMANDÉES

Appareils et Instruments à l'usage des sciences médicales.
A. Souel & et Cie, 16, rue de la Barr
Constructeurs, Fournisseurs des Hôpitaux, Ecoles et Facultés. Electricité et optique médicale
Mobilier aseptique pour cliniques et salles de pansements. Fournitures complètes pour labo
toires. Installations hygiéniques, eau, gaz, électricité. Fabrication, réparation. — Ateliers
bureaux, 8, quai de l'Hôpital, Lyon. — *Téléphone : 32-85.*

Instruments de Chirurgie. Mobilier aseptique. — Installations d'h
taux et de cliniques : Electricité médica
— Prix défiant toute concurrence. — Etudes et devis sur demande. — **Société Coopérati**
Ouvrière, 2, place Gailleton, Lyon.

Bandages, Ceintures, Bas varices. Articles d'orthop
et prothèse.
Fabrique de tous les appareils sur dessins ou croquis. — Maison de confiance.
M. et Mme BACHMANN, Place du Pont. — Entrée : 2, rue Moncey.

Bureau central des Nourrices. Nourrices à domicile.
Nourrices à la campag
MALESCOURT Frère et Sœur, Directeurs
LYON. — 1, Quai Gailleton (ex-quai de la Charité), angle du pont de la Guillotière. — LY
Maison de confiance. — Téléphone : 34-34

Graveur en tous genres. Fabriques de timbres en caoutcho
— Gravure sur métaux. — Plaques.
Enseignes. — Cachets à cire — Marques à chaud. — Dateurs cuivre. — Tampons et en
spéciale, etc. — **E. GONTELLE,** 26, rue Paul-Chenavard, **Lyon.**

Ste des BREVETS L
Chantill. gratuits SESTIER. 9, Cou

PERSODINE LU
Excitant énergique de la
Une dose par jour dans u

CRYOGÉNINE LU
Antithermique énergique e
Exempt de réactions s
Doses : 0gr20 à 1gr50 en co

HERMOPHÉNYL L
Antiseptique, Antisyphilitique or
Formes : Sel, Comprimés à 1gr, Savon, A

GELÉE ANTIDIARRHÉIQ
contre les diarrhées e
et la gastro-entérite des
Doses : 3 à 15gr de gélatine pure ou 1

BUSSANG (Htes-Vosge

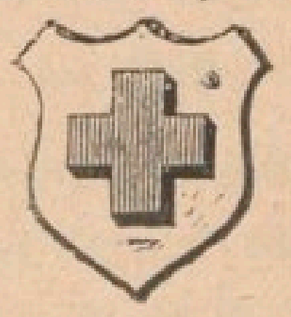
ANÉMIÉS névrosés, débilités, fatigués
surmenés accourent chaque an
dans ce site superbe sis au milieu des montag
Grands Hôtels, 670 m. altitude entourés fo
sapins. Parc 15 hect. à 100 m des sources
carbonatées ferrugineuses, lithinées, arsenic
célèbres p. leurs cures merveilleuses dep. tr
siècles. Climat sain et sec. Associations, cu
d'eau, d'air et de terrain. Hydrothérapie, je
etc. Centre excursions Vosges et Alsace. R
seignements et brochures : Cie des Gran
Sources et Bains Salmade à Bussang.

INSTITUT DES INFIRMIERS DU RHONE

5, Place des Jacobins, LYON, Rue Port-du-Temple, 27

Téléphone 30-74 — Téléphone 30-74

INFIRMIERS-INFIRMIÈRES diplômés



GARDES-MALADES à domicile

Transport de malades à toutes distances par voitures automobiles d'ambulance

Voitures spéciales à roues pneumatiques. — **Prix très modérés** *affichés au bureau*

J. JACOTIN, Directeur

Antisepsie par l'oxygène naissant

OXYGÉNO-BORE "OBS"

aux superborates et peroxydes alcalins

Produit recommandé par son action microbicide énergique et inoffensive.

MALADIES DE LA BOUCHE, DE LA GORGE, DU NEZ, DES OREILLES, DES VOIES GÉNITALES & URÉTHRALES

DÉPOT GÉNÉRAL : *10 rue Victor-Hugo, Neuville-s.-Saône, et dans toutes les pharmacies.*

un pouls affolé. Ce n'est point ainsi que mourut notre malade. Elle succomba à une cachexie progressive à marche rapide. Nous ne saurions conclure, mais le fait devait être relevé.

2° Au point de vue de la technique opératoire. — Les deux opérations que nous avons pratiquées donnent lieu à quelques remarques.

a) La ligature de l'artère thyroïdienne inférieure droite a été pratiquée en arrière du sterno-mastoïdien ; l'incision a permis d'arriver sur l'origine de l'artère et de couper en même temps le sympathique. L'incision faite en avant du sterno pour lier l'artère du côté gauche n'a permis de lier que des branches artérielles. De recherches anatomiques, entreprises avec M. Alamartine, il ressort que l'artère se divise en plusieurs branches bien avant le pôle inférieur des lobes thyroïdiens ; une note ultérieure fixera ce point d'anatomie. Cette incision antérieure n'apparaît donc pas comme l'incision de choix.

b) L'hémithyroïdectomie nous a semblé une opération d'une grande difficulté, en raison de la friabilité du tissu thyroïdien et des veines énormes qui rampent à sa surface. La capsule glandulaire, si facile à reconnaître dans les goitres ordinaires, était ici particulièrement mince et se déchirait sous la pression de la pince hémostatique. De plus, le tissu thyroïdien lui-même ne permettait pas de pratiquer de suture hémostatique. Une autre raison qui rendait l'opération difficile, c'était l'épaisseur de l'isthme thyroïdien. L'hémorragie a été menaçante, et si le sujet avait été moins résistant, nous aurions eu peut-être un désastre immédiat. Comment concilier ce que nous avons vu avec l'optimisme que professent pour cette intervention la plupart des chirurgiens allemands ? On est tenté de penser de prime abord que dans nombre d'observations ils ont eu affaire à des goitres à noyaux ou à des corps thyroïdes moins modifiés et moins vasculaires, mais en recourant aux sources, on voit que tous insistent sur la vascularisation et la friabilité thyroïdienne dans leurs observations.

3° Au point de vue thérapeutique. — Cette observation soulève la question de la thyroïdectomie dans le traitement du goitre exophtalmique. L'opinion, en France, ne lui est guère favorable. Certes, on énuclée toujours les goitres basedowifiés, mais on ne thyroïdectomise plus les goitres exophtalmiques vrais ; on leur coupe le sympathique ou on les laisse au repos,

toute tentative thyroïdienne étant considérée comme très dangereuse immédiatement, comme très incertaine au point de vue du résultat éloigné.

Les Allemands et les Américains, au contraire, ne sont guère venus à la sympathicectomie et sont restés fidèles à l'opération thyroïdienne, qu'ils font en plusieurs temps, le premier temps consistant à lier les artères thyroïdiennes d'un côté ou des deux. Parfois, cette intervention suffit ; M. Bérard en a rapporté, dans son livre (1), un bel exemple personnel. Le plus habituellement, dans une deuxième ou une troisième séance, on enlève l'hémithyroïde. Tout ceci est appuyé sur des chiffres tentants. Kocher (2), qui a opéré 3.000 goitres, a observé 216 basedowiens et en a opéré 167, sur lesquels 97 étaient des goitres exophtalmiques purs. Ses 167 opérations lui ont donné 5 morts, toutes survenues dans des cas très avancés avec dégénérescence du cœur, et 5 tétanies après des thyroïdectomies partielles, toutes chez des basedowiens purs. Sa dernière série de 1.000 goitres comprenait 42 maladies de Basedow avec une seule mort par hémorragie secondaire. Au point de vue éloigné, il aurait 93 p. 100 de bons résultats.

Riedel (3), en 1908, a fait connaître ses résultats. Dans une première série, déjà publiée par son élève Schultze, il comptait sur 683 opérations pour goitre, 50 interventions pour maladie de Basedow avec 6 morts. Sa seconde série, qui va du 1er janvier 1905 au 7 août 1908, comprend 251 opérations pour goitre, dont 30 goitres exophtalmiques ; 19 fois il s'agissait de maladie de Basedow au grand complet symptomatique et 11 fois d'hyperthyroïdisation au début. Ces 30 cas ne lui ont donné qu'une mort par broncho-pneumonie. Au point de vue éloigné, il a obtenu des succès presque constants.

H. et W. Mayo ont publié des chiffres identiques dont nous n'avons pas le détail : mortalité insignifiante, résultat durable, 88 à 90 p. 100.

---

(1) L. Bérard. *Nouveau Traité de Chirurgie*, fascicule XX, p. 396, 1908.

(2) Kocher. 23e Congrès de Médecine interne, Munich, 23 avril 1906. *Deutsche medizinische Wochenschrift*.

(3) Riedel. Die Prognose der Kropfoperation bei Morbus Basedow. *Deutsche medizinisehe Wochenschrift*, 1908, nº 40, 1er octobre.

Garré (1) a opéré 35 goitres exophtalmiques, dont 30 par hémithyroïdectomie, 8 par ligatures artérielles (plusieurs de ces dernières ont été faites après la résection thyroïdienne), 2 par sympathicectomie et énucléations multiples. Il a eu une mort rapide chez un malade ayant un gros thymus persistant, 15 p. 100 d'insuccès et 85 p. 100 de guérisons durables ; dans ce chiffre, il compte 16 p. 100 de guérisons complètes avec disparition intégrale de tous les signes basedowiens ; dans tous les autres cas, la guérison fut suffisante pour que les opérés aient pu reprendre une existence active et normale, malgré la persistance d'un basedowisme léger.

Landström (2) a publié, en 1907, les résultats obtenus à Stockholm par John Berg et Ackermann : 32 thyroïdectomies partielles ont donné 2 morts avec un pourcentage de 65 p. 100 de bons résultats éloignés.

Sheperd (3) a rapporté des chiffres un peu moins favorables, mais sa statistique est moins étendue : 17 thyroïdectomies partielles lui ont donné 3 morts dans des cas très graves, 9 guérisons complètes, 3 améliorations persistantes et 1 résultat inconnu.

Que faut-il conclure de tous ces chiffres ? En voyant notre insuccès, après nous être exactement conformés aux règles édictées par l'expérience considérable des chirurgiens précités : ligatures dans un premier temps et extirpation secondaire, nous avions supposé que les auteurs étrangers ne faisaient peut-être pas la distinction formelle que l'on établit en France, au point de vue thérapeutique, entre les goitres basedowifiés et les goitres exophtalmiques, et c'est également de cette manière que les médecins allemands : Mœbius, Bernhardt (4) s'expliquent la confiance absolue d'hommes comme Kocher,

---

(1) Garré. L'hémithyroïdectomie dans la maladie de Basedow. *Presse Médicale*, 28 février 1908, p. 129. Voir le détail de ses observations in Moser. *Beitrage zur klinischen Chirurgie*, Bd. LVI.

(2) Landstrom. De la maladie de Basedow, étude anatomique et chirurgicale. *Nordische medizinisches Archiv.*, 1907, analysé in *Journal de Chirurgie*, août 1908, p. 472.

(3) Sheperd. *Journal of American Association*, nº 9, 1906.

(4) Bernhardt. Die Behandlung der Basedowschen Krankheit. *Deutsche medizinische Wochenschrift*, nº 27, 1908.

Bier dans la thérapeutique chirurgicale de la maladie de Basedow.

Mais il ne semble pas, en recourant aux sources, qu'il en soit ainsi. Certes, leur classification est peut-être moins rigoureuse que la nôtre, mais il n'en reste pas moins acquis que le plus grand nombre des goitres exophtalmiques opérés sont bien de maladies de Basedow vraies, si bien qu'en définitive nous nous bornons à verser notre observation au dossier de cette question sans oser formuler une conclusion précise.

Séance du 8 juillet 1909

Présidence de M. GANGOLPHE

SPOROTRICHOSE.

M. BONNET. — Messieurs, au mois de février dernier, je vous avais présenté un malade atteint de sporotrichose, portant une lésion du cubitus gauche, une gomme musculaire à l'avant-bras droit et une petite gomme à l'arcade sourcilière gauche. Quelques jours après, je vous ai soumis une radiographie montrant au niveau de la lésion du cubitus une fracture spontanée que nous avions reconnue quelques jours après l'entrée. Le malade fut mis au traitement ioduré, et voici les phénomènes que nous avons observé depuis : la maladie s'est amendée très rapidement ; la gomme musculaire s'est résorbée, et l'avant-bras, ayant été immobilisé, a paru se consolider ; les autres lésions ont également disparu.

Mais le malade avait des troubles cardiaques avec des signes d'insuffisance aortique. Son état général restait mauvais peut-être à cause de cela, peut-être aussi à cause de l'infection sporotrichosique. Il y a quelque temps, il prit une pleurésie et mourut il y a trois jours.

Quelques jours avant sa mort on avait dû supprimer l'iodure parce que cela semblait le fatiguer. A la suite de cette suspension de l'iodure, nous avons vu apparaître une nouvelle localisation sporotrichosique ; il se développa au niveau de l'olécrâne, du côté droit, une tuméfaction rouge présentant l'aspect d'un hygroma, et qui ne tarda pas à se fistuliser.

Nous avons fait l'autopsie, et voici ce que nous avons trouvé :

Au point de vue viscéral, rien de particulier ; au point de vue des autres lésions, nous avons constaté, au niveau du coude

droit, qu'il s'agissait bien d'un hygroma sporotrichosique entouré d'une zone d'infiltration gommeuse très étendue, beaucoup plus étendue qu'elle ne l'avait paru pendant la vie.

D'autre part, j'ai recueilli le cubitus, qui avait été le siège de la fracture et sur lequel on voit cette fracture encore très nette qui s'était assez vite consolidée, mais qui n'est pas encore extrêmement solide, ainsi que vous pouvez vous en rendre compte sur la pièce que je vous présente.

M. Gangolphe. — La communication que vient de nous faire M. Bonnet est excessivement intéressante ; je le prierais de vouloir bien sectionner ce cubitus et de faire publier la figure, si c'est possible, dans le *Lyon Chirurgical*. Je crois que les fractures dues à la sporotrichose doivent être excessivement rares ; M. Bonnet ne pense pas qu'on puisse songer à une autre origine pour son cas. Ne serait-ce pas de la syphilis ?

M. Bonnet. — Absolument pas. On aurait pu se demander s'il n'y avait pas une aortite syphilitique, mais il s'agissait simplement d'athérome. Je ne connais pas d'autre cas de fracture spontanée bien nette. Dans un cas qui a été publié il y a près d'un mois à la Société médicale des Hôpitaux de Paris, on pensa qu'il y avait une fracture, mais ce n'était pas certain. Le malade étant mort, à l'autopsie on a constaté qu'il y avait un gonflement très marqué du milieu du tibia, mais rien qui pût faire songer à une fracture. Par contre, au niveau correspondant, il y avait sur le péroné la trace d'une fracture consolidée, et l'on s'est demandé s'il n'y avait pas eu fracture spontanée des deux os qui s'était consolidée au niveau du tibia sans laisser de traces nettes. Mais encore une fois, ce n'est pas certain.

***

APPAREIL ASEPTIQUE POUR INJECTIONS ET LAVAGES CHIRURGICAUX.

M. F. Martz. — J'ai l'honneur de présenter à la Société de Chirurgie un appareil que j'ai déposé sous le nom *L'aseptisable avec porte-canule*, il est destiné à faire les injections et les lavages chirurgicaux d'une façon parfaitement aseptique et dans n'importe quel milieu de la ville ou de la campagne.

Tous les chirurgiens savent combien il est difficile d'avoir, dans la clientèle de ville ou de campagne, de l'eau bouillie qui

ne soit pas souillée par des transvasements, avec des récipients souvent sales, dans des appareils à injection plus ou moins propres, plus ou moins difficiles à stériliser et rarement fermés par un couvercle; dans tous ces modèles d'appareils à injection, la canule qui a été bouillie est rapidement contaminée, car le chirurgien ne sait où la placer et souvent par mégarde elle tombe à terre ou sur un objet quelconque; c'est pourquoi je pense que l'appareil que j'ai l'honneur de présenter réalise tous ces desiderata, au point de vue de l'asepsie, soit en ville soit à la campagne. Il se compose d'un récipient muni d'un couvercle; à quelques centimètres du bord supérieur, un tube recourbé, fermé par un bouchon à vis, pénètre dans l'intérieur du récipient; un porte-canule démontable se fixe sur la paroi externe du récipient.

J'ai fait construire un autre système avec tube qui pénètre dans l'intérieur du récipient à la base de ce dernier, puis *remonte extérieurement* jusqu'à la partie supérieure, où il est courbé en *U renversé* et fermé par un bouchon à vis. J'ai dû abandonner ce système qui n'était pas assez résistant.

Pour se servir de l'appareil on enlève le porte-canule, on remplit le récipient d'eau pure, on additionne de borate de soude ou chlorure de sodium, pour élever le point d'ébullition, on ferme le tube avec le bouchon à vis, on porte à l'ébullition pendant un quart d'heure; d'autre part, on fait bouillir dans un récipient quelconque le porte-canule, le tube en caoutchouc et la canule. Après refroidissement convenable on place le porte-canule à sa place, on enlève le bouchon à vis, on fixe le tube de caoutchouc, *on incline légèrement l'appareil du côté du tube en caoutchouc pour amorcer le siphon, ce que l'on reconnaît à l'écoulement du liquide par la canule,* il suffit alors de fermer la pince à pression placée sur le caoutchouc, l'appareil est prêt à fonctionner. On réalise ainsi les deux conditions que j'ai énoncées plus haut et qui intéressent les chirurgiens : 1° *Asepsie parfaite* ; 2° *Asepsie parfaite dans n'importe quel milieu.*

En effet, l'*asepsie est parfaite* pour les raisons suivantes : 1° le liquide a bouilli dans le récipient même qui sert de réservoir; 2° le tube en caoutchouc et la canule sont bouillis; 3° pas de transvasements pendant lesquels on contamine l'eau bouillie; 4° pas de robinets difficiles à stériliser ou susceptibles

de grippage; 5° canule toujours aseptique puisqu'elle est déposée dans son porte-canule bouilli.

L'asepsie est parfaite dans n'importe quel milieu parce que l'appareil peut être chauffé par tous les systèmes de chauffage (feu de foyer, poêle ordinaire, réchaud à pétrole, à gaz, à alcool, etc.).

Avec un appareil d'un litre il faut environ quinze minutes pour amener l'ébullition, quinze minutes pour stériliser, et cinq minutes pour refroidir en plongeant dans l'eau froide, de telle sorte qu'en trente-cinq minutes on peut obtenir un litre d'eau bouillie convenablement refroidie.

On peut utiliser cet appareil pour toutes les injections vaginales, intra-utérines, injection de sérum artificiel, lavages des cavités naturelles. En supprimant le tube de caoutchouc on peut s'en servir pour irriguer des plaies.

*
* *

ÉLECTIONS.

On procède au renouvellement du bureau.

Sont élus :

Vice-président : M. Auguste Pollosson.
Trésorier : M. Gayet.
Secrétaire général adjoint : M. Durand.
Secrétaires : MM. Delore et Molin.

Le Gérant, Dr Vallas.

Lyon. — Association Typographique, 12, rue de la Barre. — H. Gabrion, directeur.

Séance du 11 novembre 1909

Présidence de M. Aubert

ALLOCUTION DE M. AUBERT.

Messieurs,

Je n'ai pas préparé de discours, car j'estime que l'occasion me sera assez souvent offerte de vous parler dans le courant de l'année. Je dois cependant vous remercier de l'honneur que vous m'avez fait en m'appelant à présider les travaux de la Société de chirurgie. Vous avez certes choisi le moins chirurgien d'entre vous. Lorsqu'on entre à l'Antiquaille on est encore un peu chirurgien, on le devient de moins en moins en y restant, car on n'y pratique que de rares amputations, quelques tailles ; on y fait surtout une chirurgie un peu spéciale, qui n'a rien de commun avec la chirurgie actuelle. Je puis donc bien dire que c'est le moins chirurgien d'entre vous que vous appelé à diriger vos travaux.

Je compte sur vous, Messieurs, pour remplir nos séances, car vous ne pouvez guère compter sur moi, pour cela, sur moi qui n'ai plus de service d'hôpital ; je compte donc sur vous pour que nos séances soient aussi intéressantes que celles qui ont été présidées par mon prédécesseur.

Il me reste à remercier M. Gangolphe de la façon dont il a conduit les travaux de la Société de chirurgie pendant l'année précédente.

*
* *

TRAITEMENT DES SARCOMES MUSCULAIRES PAR L'ABLATION SYSTÉMATIQUE DU MUSCLE ATTEINT ; — RÉSULTATS ÉLOIGNÉS.

M. Durand. — J'ai eu, dans ces derniers temps, l'occasion de revoir deux malades atteintes de sarcomes musculaires, et j'ai pensé qu'il était intéressant de vous montrer ces deux

observations, parce qu'il s'agit de malades opérées suivant une technique un peu particulière et de résultats déjà éloignés : chez l'une, en effet, l'opération date de deux ans et demi, chez l'autre elle date de sept ans, et l'une ou l'autre sont toujours en parfaite santé.

Voici d'ailleurs l'observation la plus ancienne. Il s'agit d'une jeune femme de 22 ans, entrée à Gensoul, dans le service de M. Maurice Pollosson, que j'avais l'honneur de suppléer, en mai 1902.

Obs. I. — D. B.-J., 22 ans, entre pour une tuméfaction de la partie latérale droite du cou correspondant à la partie moyenne du bord antérieur du trapèze.

Cette jeune fille ne présente aucun antécédent héréditaire ou personnel important, et a toujours eu une excellente santé.

Le tumeur a été vue pour la première fois au commencement de 1901 ; comme elle grossissait très lentement et ne déterminait aucun trouble fonctionnel ou douloureux, on n'y prit pas garde. Dans les six dernières semaines qui ont précédé l'entrée, la tumeur a pris un accroissement rapide.

A l'entrée, on voit en arrière du sterno-cléido-mastoïdien, parfaitement sain, une tumeur du volume d'une orange, dure, manifestement enchâssée dans la masse du trapèze. Elle ne semble pas adhérer dans la profondeur, n'a pas non plus d'adhérence cutanée. Aucun autre autre symptôme, pas de ganglion. Rien à signaler.

Le 20 mai 1902, ablation de la tumeur : grande incision le long du bord postérieur du sterno, de la mastoïde au sternum. Je reconnais et libère le bord postérieur du sterno, parfaitement sain. Le muscle rejeté en avant, je constate que la tumeur, bien enchâssée dans le trapèze, n'atteint pas la face profonde du muscle. Je mets alors à exécution un plan opératoire que j'avais conçu depuis longtemps, et pratique l'ablation systématique de la totalité du muscle, coupant avec soin ses insertions supérieures, inférieures internes, à la faveur d'incisions horizontales, branchées au niveau de l'occiput d'une part, de l'omoplate de l'autre, sur les extrémités de mon incision verticale Aucun incident post-opératoire. Guérison.

J'avais perdu de vue cette jeune fille qui était sortie du service en parfaite santé ; je viens d'avoir de ses nouvelles, et j'ai appris que son état était toujours bon ; c'était une excellente domestique qui était restée dans la même famille. Depuis 1902, elle n'avait eu aucune récidive locale ou générale, aucun trouble fonctionnel notable, en un mot, tout était pour le mieux.

De quoi s'agissait-il ? A l'examen, la tumeur était parfaitement enchâssée dans le muscle. Sur la coupe, la plus grande partie de la masse était blanchâtre, assez dure ; cependant, par places, j'avais trouvé des productions kystiques ressemblant à de petites géodes, et j'envoyai la tumeur à l'examen anatomo-pathologique de M. Paviot, qui voulut bien l'examiner, et voici le compte-rendu qu'il a bien voulu me donner de cet examen :

La tumeur paraît être un *néoplasme de provenance conjonctive* né aux dépens du tissu fibreux du muscle et se développant dans le muscle.

Elle est formée d'un tissu fibrillé pâle, semé de cellules fusiformes ; ce tissu infiltre le muscle qui disparaît, fond devant lui. Le muscle avant de disparaître, ne présente aucune multiplication de ses noyaux (contrairement à ce qui arrive pour les tumeurs primitives du muscle strié), avant de disparaître ; certaines fibres présentent de la dégénérescence fibreuse de Zencker, et c'est tout.

Vous le voyez, M. Paviot faisait de cette tumeur une tumeur conjonctive, un sarcome né aux dépens du muscle, mais il ne se prononçait pas sur sa malignité. Il a eu raison de ne pas se prononcer, car devant une tumeur qui marche aussi vite, qui présente des géodes, on aurait pu penser à quelque chose de malin. Heureusement, il n'en fut rien ; la malade a parfaitement guéri et n'a rien présenté de particulier ultérieurement.

Dans ma deuxième observation, il s'agit d'une malade entrée dans mon service le 11 février 1907, pour une tumeur du triangle de Scarpa. Cette jeune femme de 23 ans, sans antécédents personnels, était mariée depuis quelque temps et n'avait pas d'enfants. Elle s'était aperçue de la présence de cette tumeur depuis un an et demi environ, c'est-à-dire à la fin de 1906.

Obs. II. — M. B... Pas d'antécédents personnels ou héréditaires. Bonne santé antérieure. Mariée, pas d'enfants. La malade s'est aperçue il y a un an et demi environ, à la fin de 1906, de la présence d'une petite tumeur de la grosseur d'une noix, au niveau de la racine de la cuisse droite. La tumeur augmente peu à peu de volume, mais cette augmentation est surtout sensible depuis six mois. En octobre, la malade croyant avoir affaire à une hernie, porta un bandage qu'elle garda un mois environ, sur le conseil d'un pharmacien, sans autre résultat que d'amener un peu de rougeur de la peau.

A l'entrée, tumeur de la grosseur d'un poing, faisant saillie à la racine de la cuisse droite aux limites externes du triangle de Scarpa. Tumeur dure, indolore, fluctuante surtout dans sa partie interne. La peau qui la recouvre est rouge, amincie, sans doute à cause du bandage porté par la malade, mais n'adhère absolument pas à la tumeur.

La tumeur est incluse dans les masses musculaires du bord externe du triangle de Scarpa. En faisant contracter les muscles de la cuisse, on voit qu'elle semble dépendre du couturier, elle est facilement mobilisable dans le sens transversal, peu dans le sens vertical. Etat général bon.

15 février 1907. — Intervention. Après longue incision axiale, on sépare la tumeur des vaisseaux et on la libère des plans profonds, en allant de dedans en dehors. Elle d'adhère pas aux vaisseaux dont elle facilement isolée. En poursuivant la dissection, on constate que le couturier et une partie du droit antérieur sont englobés par la néoformation. Ablation du tiers supérieur du couturier : on se porte à l'insertion iliaque du couturier, on le sectionne tout contre l'os, le droit antérieur est séparé en deux faisceaux, l'un externe, sain, est laissé intact ; le faisceau interne atteint par la tumeur, est réséqué avec elle par section de son insertion iliaque. Couturier et faisceau interne du droit antérieur sont enlevés en bloc avec la tumeur par une section portant loin au-dessous de celle-ci, vers le tiers moyen de la cuisse. La partie inférieure du couturier est suturée, par sa tranche de section, au droit antérieur.

L'examen de la pièce anatomique montre qu'il s'agit d'une tumeur kystique à contenu séro-hématique. Sur les parois de la poche, nombreux petits kystes analogues. En un point de la paroi de la poche on trouve une masse de la grosseur d'un œuf, molle, à tranche très succulente, qui paraît être la tumeur primitive.

Aucun incident post-opératoire, réunion *per primam*. La malade revient quelques temps après : guérison parfaite, sans trouble fonctionnel apparent, elle dit aller très bien, pas de récidive, bon état général, aucun trouble.

27 mai 1909. — Actuellement, on constate une dépression du triangle de Scarpa, surtout à sa partie externe. Cicatrice excellente. En faisant agir le couturier, on sent très nettement son adhérence au droit antérieur, qui paraît solide. Dans la flexion de la cuisse, on voit le triangle de Scarpa s'excaver profondément et le faisceau du droit antérieur, qui persiste, forme une berge assez abrupte, bien tendue, utilisable. Toutes les fonctions du membre sont normales. Elle s'occupe facilement de son ménage. Elle a eu un enfant, depuis, qu'elle a pu nourrir sans inconvénient. Pas d'altération de l'etat général.

Examen microscopique dû à l'obligeance de M. Paviot :

Quatre fragments ont été coupés : le premier présente une nappe de

petites cellules fusiformes, nappe qui n'est interrompue que par des vaisseaux creusés à même les cellules de la tumeur. Souvent les cavités sanguines deviennent immenses, donnant de vrais lacs sanguins. Parfois, ces lacs sont plus strictement limités ; les cellules qui les limitent se tassent et quand deux cavités voisinent, il y a apparence de vastes kystes, mais ce sont de faux kystes.

Un autre fragment a la même constitution sans pseudo-kyste.

Un troisième fragment présente un tissu cellulo-adipeux qui commence à monter entre des îlots de la même tumeur, paraissant en voie de développement.

Enfin un quatrième comporte vraiment, avec du muscle, séparé des fibres par un tissu fibro-hyalin, un grand kyste tapissé par une mince couche de cellules de la tumeur, offrant çà et là quelques dépôts de substance grasse.

En somme, tumeur fuso-cellulaire d'aspect sarcomateux, avec faux kystes. *Malignité.*

Ici, M. Paviot a été affirmatif sur la nature maligne de la tumeur. Heureusement, ce diagnostic n'a pas été vérifié par les faits et l'ablation a donné un résultat satisfaisant, puisque, opérée en février 1907, cette malade était en parfaite santé en mai 1909.

Voilà donc deux tumeurs d'une certaine malignité qui n'avaient jamais franchi les muscles dans lesquels elles s'étaient développées ; j'ai enlevé la tumeur en enlevant les muscles qui avaient servi de point de départ à la tumeur et j'ai obtenu deux résultats satisfaisants deux ans et sept ans après.

Je ne veux pas me lancer à discuter l'anatomie pathologique microscopique de ces deux tumeurs et des sarcomes musculaires en général : je crois que, comme tous les sarcomes, ce chapitre appelle de nouvelles recherches.

Je tiens par contre à montrer la technique un peu spéciale que j'ai employée. D'ordinaire on enlève les tumeurs musculaires par dissection, en coupant dans le tissu musculaire en dehors du néoplasme. Il m'a paru que cette technique économique est insuffisante et qu'on peut faire mieux : pourquoi ne pas considérer le muscle, la masse musculaire où siège le néoplasme, comme un véritable organe dont on doit faire, dès lors, l'ablation en bloc systématique ?

C'est ce que j'ai fait là et dans plusieurs autres cas de lésions musculaires : me portant à l'insertion du muscle ou de la masse musculaire malade, je sectionne très près de l'os ces inser-

tions, puis je sépare l'organe ainsi libéré des organes voisins, jusque loin au-dessous de la tumeur : je coupe ensuite le muscle transversalement. Il est évident que ceci n'est possible que quand la lésion n'a pas dépassé la limite du muscle, mais il en est de même pour tous les organes accessibles à la chirurgie.

Ce point de technique, ablation systématique des muscles atteints de sarcome, n'est peut-être pas sans importance ; il m'a donné, en tout cas, deux heureux résultats.

M. Gangolphe. — Je félicite M. Durand de l'excellente technique tout à fait rationnelle qu'il vient de nous exposer ; pour ma part, je l'utiliserai à la première occasion. Je demanderai à M. Durand s'il a eu l'occasion d'opérer des tuberculoses musculaires ; il n'y a rien, à mon avis, de plus difficile à diagnostiquer. Il m'est arrivé, dans un cas (publié dans les *Archives provinciales de chirurgie*, il y a quatorze ou quinze ans) de diagnostiquer une tuberculose juxta-synoviale développée dans le vaste interne ; eh bien ! le bistouri à la main, la tumeur enlevée, je me demandai s'il ne s'agissait pas d'un sarcome : le microscope montra qu'il s'agissait d'un tuberculome.

Plus tard, j'ai éprouvé les mêmes difficultés ; enfin, dans un cas où, cliniquement et en opérant même, j'avais pensé à la tuberculose, il s'agissait d'après l'examen histologique, d'un sarcome.

En ce qui concerne les rhabdomyomes, il me paraît difficile de les soumettre à la technique de M. Durand.

Dans le seul cas que j'ai vu, la tumeur siégait dans la masse sacro-lombaire et le malade, qui était le père d'un de mes élèves, souffrait horriblement. J'ai fait le diagnostic de lésion vertébrale avec abcès, car la tumeur paraissait fluctuante. Je fis une ponction et ne retirai que du sang et quelques débris blanchâtres. Le malade succomba huit à dix mois après, il avait une tuméfaction assez considérable et diffuse ; peut-être aurais-je dû tenter une intervention telle que celles que vient de nous indiquer M. Durand. A l'avenir, en pareil cas, je ne m'abstiendrai pas et j'opérerai, bien que je connaisse l'extrême gravité de ces lésions.

M. Bérard. — A côté des formes de tumeurs conjonctives qui restent circonscrites assez longtemps dans l'intérieur d'un corps musculaire, pour être extirpées totalement lorsqu'on sacrifie tout le muscle atteint comme l'a fait M. Durand, il en est d'autres, confondues avec les précédentes dans la classe des sarcomes. qui ont d'emblée un pronostic beaucoup plus grave et qui défient trop souvent toute thérapeutique active.

Il en est ainsi de beaucoup de rhabdomyomes malins, dont j'ai eu

l'occasion d'observer deux cas, infiltrés dans les muscles de la masse sacro-lombaire, et qui, malgré des ablations précoces très larges, ont récidivé presque immédiatement dans la cicatrice, avec une rapide extension aux téguments eux-mêmes.

M. Aubert. — La malignité d'une tumeur tient bien à la malignité en soi, mais elle tient aussi dans son évolution au mode opératoire suivi.

Pour les cancers du sein, on enlève les muscles très largement, et il semble que les récidives s'éloignent ; dans le cas de M. Durand, l'ablation totale des muscles est une innovation très heureuse dont il faut le féliciter.

Ce qui ressort de ces observations, c'est que c'est là une méthode qui pourrait être suivie dans tous les cas. On comprend très bien que les éléments malins s'insinuent dans les muscles, il faut donc procéder à l'ablation totale du muscle.

***

DEUX FORMES RARES DE LÉSIONS DU POIGNET : FRACTURE ISOLÉE DU PYRAMIDAL ; FRACTURE ANCIENNE DU SEMI-LUNAIRE AVEC SYNOSTOSE AU RADIUS.

M. Bérard. — Le premier malade que je vous présente est un jeune homme de 17 ans, qui est tombé, il y a huit jours, de sa hauteur, et dont la main droite a porté par son talon et son bord cubital sur le rebord d'un trottoir. Il a éprouvé une assez vive douleur, qui a persisté les jours suivants, au-dessous de l'apophyse styloïde du cubitus, avec des irradiations douloureuses le long du nerf cubital à l'avant-bras. L'examen révélait l'intégrité du radius et du cubitus ; la région carpienne était empâtée, surtout dans sa moitié interne et sur sa face palmaire.

Les mouvements du poignet étaient assez gênés, avec une douleur spéciale à la flexion en dedans. La pression du doigt délimitait une zone de douleurs aiguës sur le pisiforme. Pas d'ecchymose.

La radiographie, reproduite ci-joint, a montré qu'il s'agissait d'une *fracture isolée de l'os pyramidal*, sans doute par cause directe.

Peut-être l'ensemble des signes décrits ci-dessous permet-

tra-t-il à l'avenir de soupçonner une telle lésion dont quelques

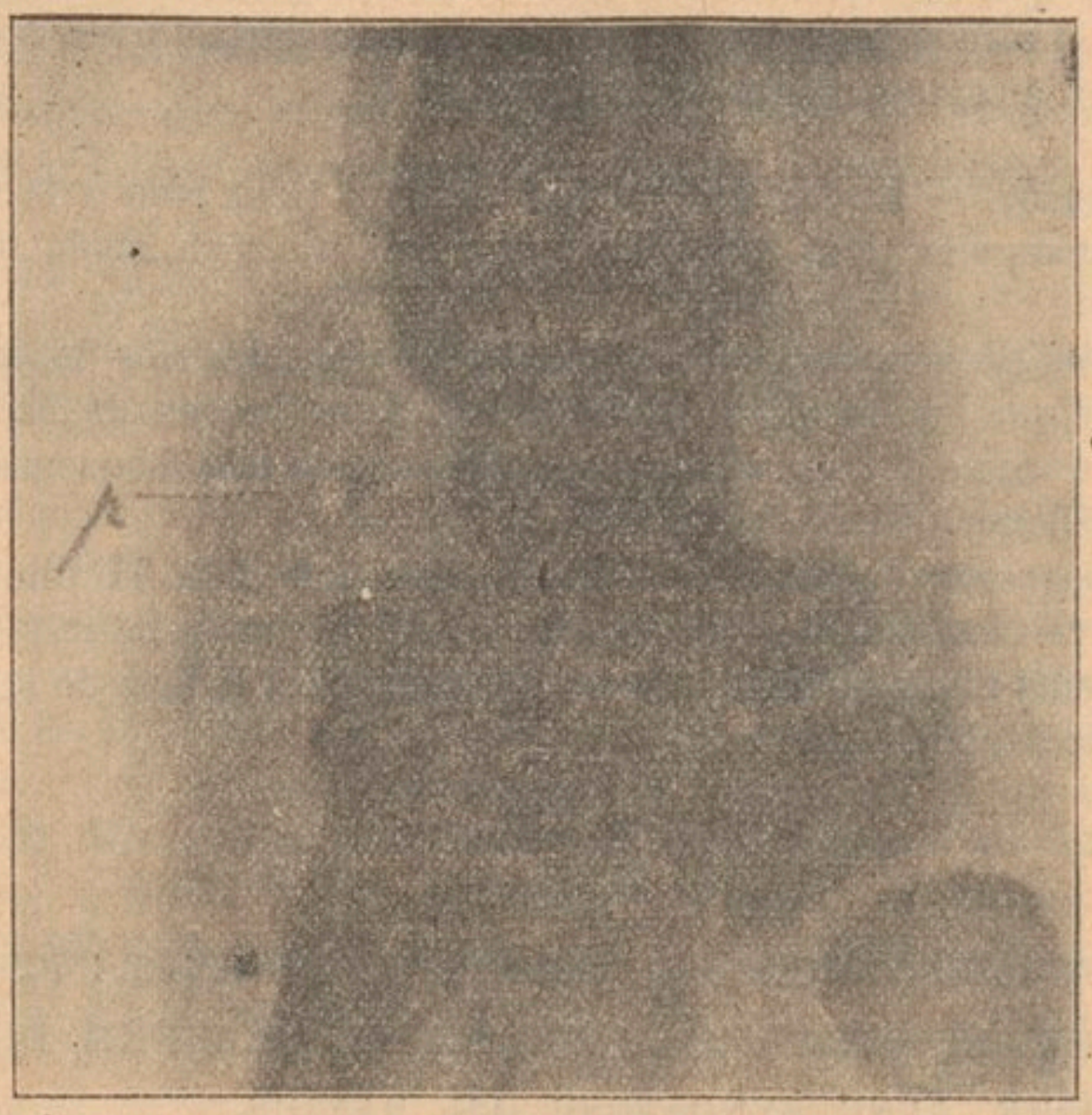


Fig. 1. — Fracture isolée de l'os pyramidal : la figure osseuse est visible en *p*.

cas ont déjà été réunis par M. Destot, et par Tavernier dans sa thèse.

* * *

Le cas du deuxième malade était plus complexe. Il s'agissait d'un manœuvre de 44 ans, entré à l'Hôtel-Dieu pour un traumatisme du poignet droit datant de vingt-trois jours. Lui aussi était tombé de sa hauteur, mais sur le dos de la main droite placée en demi-flexion. Il se présentait avec la déformation et l'attitude caractéristiques des dislocations du carpe : poignet tassé et épaissi en masse, radius et cubitus intacts, main fixée en demi-flexion, douleur à la pression sur la face dorsale au niveau du semi-lunaire qui semblait faire saillie en arrière, douleurs irradiées avec fourmillements dans tous les doigts, surtout dans les doigts innervés par le cubital.

La radiographie ci-jointe, nous montra, à notre étonnement, une *ankylose ancienne du semi-lunaire, avec la face articu-*

laire du radius. Il y avait fusion intime des deux os. Ne pouvant admettre qu'en trois semaines une consolidation de fracture avec synostose se fût réalisée, nous avons pressé de questions le malade, qui se prêtait d'abord assez mal à cet interrogatoire. Il finit par avouer qu'à l'âge de 12 ans, donc 32 ans auparavant, il avait déjà fait une chute sur la main, à la suite de laquelle il avait gardé une déformation du poignet en légère flexion, avec gêne des mouvements des doigts, qui devenaient le siège de fourmillements dès qu'il travaillait avec un outil un peu lourd ; il ne pouvait se servir de la pelle, et piochait difficilement.

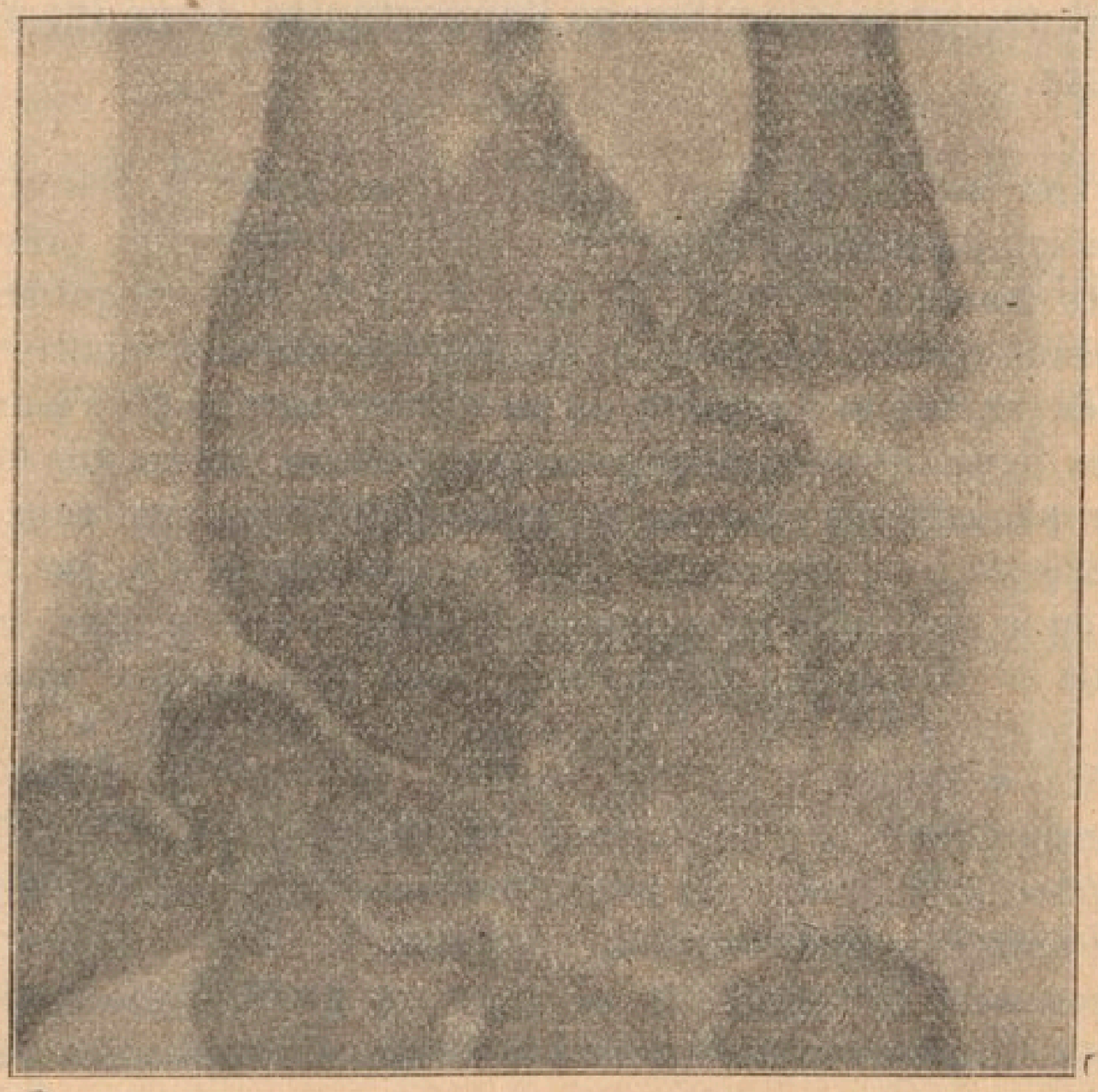


Fig. 2. — Traumatisme ancien du poignet. Synostose du semi-lunaire avec l'épiphyse radiale.

La chute récente n'avait fait qu'exagérer ces troubles anciens en y adjoignant des signes d'arthrite, comme il arrive après les entorses dans des vieux foyers de fractures articulaires.

Quelle conduite thérapeutique à tenir dans ces deux cas ?

Chez le premier malade, le simple repos avec massage et

compression légère a déjà amélioré les douleurs dues à la fracture du pyramidal. Nous ne ferons sans doute pas autre chose.

Chez le second, faut-il agir plus directement sur cette ancienne *fracture du semi-lunaire*, qui avait dû s'accompagner d'une fissure de la surface articulaire radiale ? Avant de tenter une résection du semi-lunaire, qui serait peut-être trop tardive pour donner de sérieux résultats fonctionnels, nous avons également l'intention de commencer par l'immobilisation et la révulsion à la teinture d'iode. Puis on tentera de rendre progressivement au poignet des mouvements de plus en plus amples. Si ces tentatives échouent, alors, mais seulement alors, nous discuterons l'opportunité d'une intervention sanglante.

M. Destot — Le deuxième malade présenté par M. Bérard soulève une question d'expertise importante. Voilà un blessé qui présente une griffe, des troubles nerveux, le poignet en flexion, et qui accuse un traumatisme récent. La radiographie, heureusement, montre une synostose du lunaire et du radius qu'on ne peut attribuer qu'à une lésion ancienne, le radius étant changé dans sa forme. Le malade est obligé d'avouer qu'avant son trauma sa main était déjà impotente. Mais la loi de 1898-1902 ne reconnaît pas l'état antérieur. On ne tient pas compte de la diminution de l'incapacité physique et morale, mais seulement de la valeur économique du blessé. Cet homme gagnait par exemple 5 francs par jour : l'expert ne peut qu'apprécier la diminution de salaire qu'entraîne le traumatisme récent. De même qu'une lésion insignifiante par elle-même qui nécessite chez un diabétique une amputation doit être payée comme amputation, sans tenir compte de l'état antérieur diabétique du blessé.

Ces cas sont fréquents en expertise, et la difficulté pour l'expert consiste à élucider ce qui revient à la lésion ancienne et ce qui revient au trauma récent.

La fracture du pyramidal du premier malade est une fracture directe rare, il est vrai, d'un pronostic difficile à établir en raison de la rareté même de la lésion, mais ne prêtant pas à des considérations cliniques importantes. C'est une fracture qu'il est impossible de diagnostiquer en dehors de la radiographie.

Les fractures indirectes du pyramidal sont au contraire plus intéressantes, soit qu'elles accompagnent la dislocation du carpe et constituent une luxation médio-carpienne, soit qu'on les trouve à l'état isolé, provoqué par une chute sur l'éminence hypothénar, soit enfin qu'elles accompagnent les fractures du cubitus. J'en ai observé quelques

cas, dont un à l'hôpital Desgenettes, chez un soldat cycliste qui avait fait une chute sur la main, et un autre chez un terrassier qui voulut arrêter un wagonnet Decauville avec la main et se fit une fracture du pyramidal et du cubitus. Ces deux cas démontrent qu'en l'absence de radiographie il eût été impossible de faire un diagnostic.

*
* *

DEUX DÉSARTICULATIONS DE LA HANCHE.

M. Goullioud. — J'ai l'honneur de vous présenter deux malades ayant subi la désarticulation de la hanche pour des indications différentes et par des procédés différents, mais ayant tous deux un bon résultat au point de vue vital et au point de vue fonctionnel. C'est d'ailleurs à ce point de vue spécial que ces malades sont intéressants.

Le premier malade a été opéré au mois de février 1898, il y a donc près de douze ans, à l'âge de 22 ans, pour un sarcome à myéloplaxes, développé à la suite d'un traumatisme du genou et qui avait pour ainsi dire détruit l'extrémité inférieure du fémur au point d'amener une impotence absolue du membre.

L'opération fut précédée d'une incision exploratrice montrant une sorte de suffusion sanguine très étendue sur la hauteur de la cuisse d'aspect suspect, qui fit préférer la désarticulation du membre à l'amputation au tiers supérieur. Mais le siège du néoplasme permettait dans ce cas de conserver sans crainte une partie des muscles de la racine de la cuisse; c'est pourquoi on s'adressa au procédé de Wolkmann-Pollosson.

L'avantage de cette méthode fut, dans ce cas, de conserver un moignon charnu de plusieurs centimètres de hauteur, doué de mouvements volontaires dont le malade bénéficie encore dans la marche.

(Son observation a été publiée *in extenso* dans la thèse de Paul Jacques, Lyon, 1902, observation XIII.)

La seconde malade se présenta à nous en novembre 1905, âgée de 45 ans, avec une tumeur de la partie moyenne du droit interne et des adducteurs datant de huit mois. Cette tumeur fut largement enlevée, et l'examen montra qu'il s'agissait d'un rabdomyome malin.

Deux ans après, en septembre 1907, la malade fut opérée de nouveau pour une petite tumeur dans les muscles postéro-internes de la cuisse. Il fallut mettre à nu et récliner le nerf sciatique pour permettre l'ablation large de la tumeur.

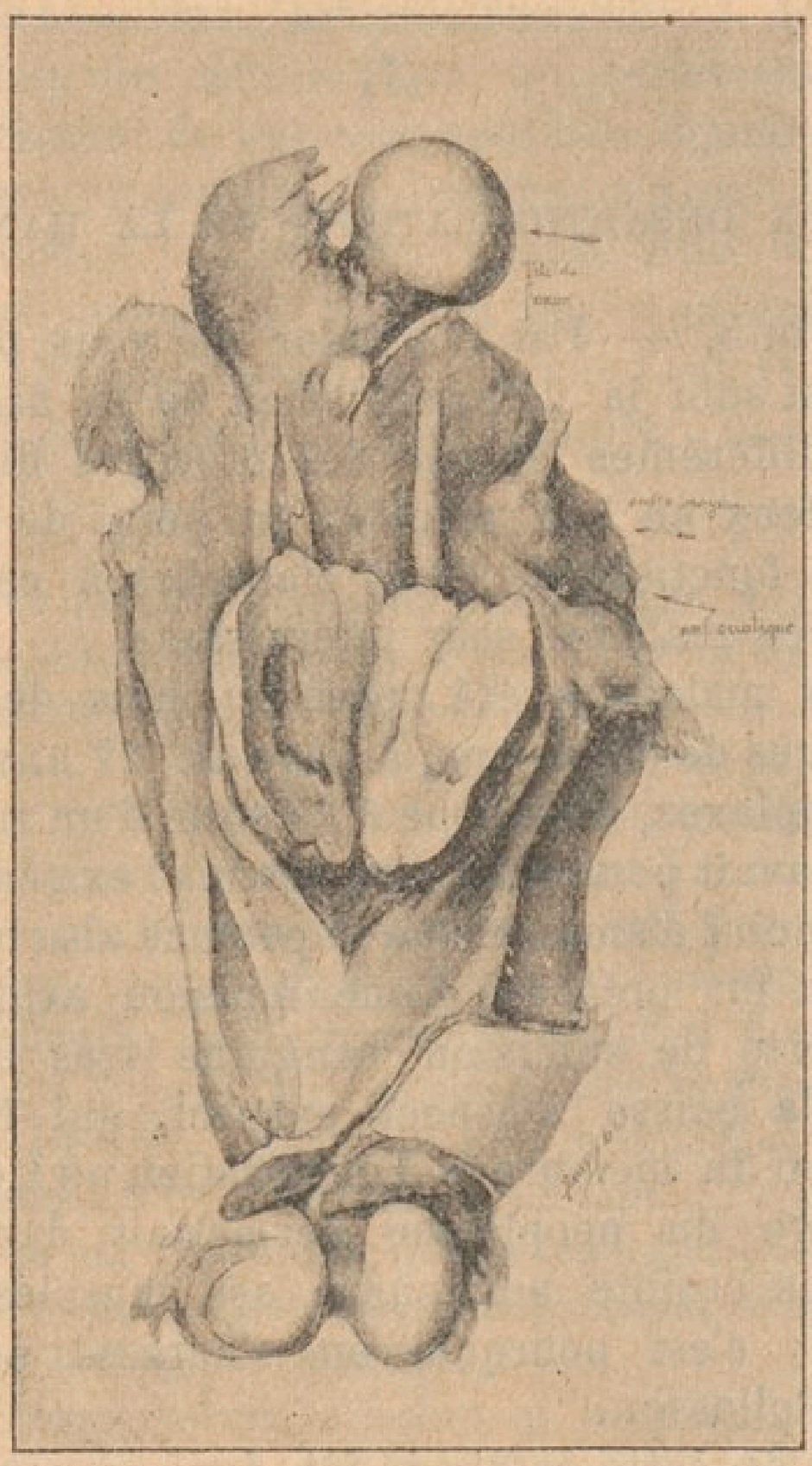


FIG. 1. — Cuisse désarticulée pour tumeur maligne des parties molles.

Un an après, en novembre 1908, le néoplasme avait reparu et déterminait des phénomènes douloureux des plus pénibles par suite de l'envahissement du nerf sciatique. Toute la partie supérieure de la cuisse était envahie, surtout dans sa partie interne et ne permettait qu'une seule intervention : la désarticulation de la hanche.

Dans ce cas, il fallut renoncer à la méthode de Volkmann-Pollosson, de façon à réséquer les muscles le plus haut

possible. Inspiré par la même idée que M. Durand, dans le procédé intéressant qu'il vient de conseiller pour l'ablation des tumeurs musculaires, nous nous sommes efforcé de ne rien garder des muscles primitivement atteints, et c'est au ras de la branche ischio-pubienne que nous avons sectionné les tendous des muscles ; le psoas sectionné au ras de l'arcade crurale se rétracta de telle sorte qu'il fallut drainer sa loge. L'examen des pièces montra combien ces précautions étaient utiles, car il y avait de petits noyaux secondaires, indépendants, répartis dans les muscles, bien au-dessus de la tumeur apparente.

Au cours de cette opération, la perte sanguine avait été nulle, la fémorale et la sciatique ayant été liées avant leur section. L'observation de la malade et les pièces ont été présentées par M. Dagrève à la Société des sciences médicales. (*Lyon Médical*, 1909, t. I, p. 19.)

Cette malade a eu, les premières semaines après son opération, de vives douleurs que l'on peut rattacher à la névralgie des moignons, et l'on peut se demander si les douleurs antérieurement ressenties par suite de l'envahissement du nerf sciatique ne l'y ont pas prédisposée. L'opération date d'un an, et la malade est actuellement parfaitement guérie.

Au point de vue fonctionnel, ces deux malades sont aussi intéressants.

Ils sont peu gênés dans leurs mouvements, grâce à leurs tuteurs ; l'un un peu primitif d'aspect, construit par le malade lui-même ; l'autre, modèle nouveau, très ingénieux, perfectionné et construit par M. Aubert.

Le premier malade, ouvrier tulliste, marche avec ou sans canne ; il gagne sa journée en travaillant debout devant son métier de tissage, et il lui arrive de se baisser peut-être cinquante fois par jour pour ramasser à terre son fil cassé, et cela en déclanchant rapidement le verrou qui lui donne la flexion du genou.

Quand il marche il progresse, grâce à trois facteurs : d'abord un mouvement de torsion du tronc, qui porte en avant le côté désarticulé ; secondement, une contraction de son moignon musculaire, puissant, exceptionnel ; enfin, l'aide que lui fournit la main glissée dans une fente du pantalon et portant le tuteur en avant.

La femme est encore un peu malhabile dans la marche

parce qu'elle ne porte son tuteur que depuis peu de jours. Cependant, celui-ci est des mieux conditionnés. Il est léger : c'est un pilon en bois.

Sur le côté externe de l'articulation du genou se trouvent deux verrous affrontés. En les resserrant, la malade se donne simultanément la flexion du genou et la flexion de la hanche. Elle peut alors s'asseoir aisément.

Fig. 2. — Appareil Aubert pour désarticulation de la hanche.

Mais ce qu'il y a d'original dans l'appareil se trouve au niveau même de l'articulation de la hanche.

Celle-ci est représentée par un pivot arrondi, fémoral, et par une coulisse pelvienne dans laquelle il peut glisser.

Ce pivot est au sommet d'un arc métallique à convexité supérieure et à direction transversale. Cet arc se continue sur les côtés avec les deux montants latéraux du tuteur et représente l'aboutissant des forces de résistance du membre inférieur.

Du côté du bassin, une ceinture pelvienne moulée et montée à la façon de Hessing enveloppe tout le moignon. Au-dessous de cette enveloppe du moignon ou coque pelvienne se trouve

un arc métallique à direction antéro-postérieure et creusé d'une coulisse de même direction et de même longueur en avant. C'est dans cette coulisse que pénètre le pivot fémoral, tenon à ressort, muni d'un tampon de caoutchouc. Il reçoit par elle toute la pression ischiatique dans la station verticale. Au contraire, dans la flexion, le tenon fémoral glisse dans la coulisse pelvienne, sans échappement possible. Le cuissard étant alors en flexion sur le bassin, la malade peut s'asseoir d'autant plus facilement que la coque pelvienne a peu d'épaisseur.

En résumé, du côté fémoral, un arc transversal à convexité supérieure, se terminant par un pivot articulaire ; du côté pelvien, un arc antéro-postérieur à convexité inférieure, embrassant le moignon et creusé en coulisse, dans laquelle glisse le tenon dans la flexion. Un des avantages de cette disposition en arc double est une meilleure répartition des pressions soit du côté du tuteur, soit du côté du moignon.

Robert et Collin (v. le traité de Gaujot et Spillmann) avaient déjà eu l'idée de l'arc antéro-postérieur avec coulisse et d'une tige crurale transversale avec glissière. Le perfectionnement du dernier appareil consiste donc en la disposition en double arc et en l'interposition d'un tampon de caoutchouc. Ces deux modifications ont l'avantage d'amortir le choc dans la marche.

M. Gangolphe. — Je me joins à M. Goullioud pour adresser mes félicitations à M. Aubert ; il a construit là un appareil excessivement intéressant. Je ne connaissais pas encore d'appareils qui pussent remplir les mêmes conditions que celui-là.

Séance du 18 novembre 1909.

Présidence de M. Aubert.

A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL.

Le Président. — A propos du procès-verbal de la dernière séance et de la question soulevée par M. Destot au sujet de la loi de 1898, je dois dire que parfois, c'est contre les ouvriers que les effets de cette loi se font sentir. Depuis son application, les grandes compagnies n'acceptent pas les ouvriers à partir d'un certain âge, à partir de 40 ans, et même de 30 ans; de sorte qu'un ouvrier qui a atteint cette limite d'âge trouve difficilement à se placer, et cela non point à cause de la législation sur les accidents du travail, mais à cause de la retraite que les compagnies doivent fournir à leurs ouvriers à partir de 60 ans.

En ce qui concerne les accidents du travail, les grandes compagnies exigent maintenant de leurs nouveaux ouvriers un certificat médical ; il en est ainsi dans les compagnies du gaz, de tramways et d'autres compagnies, où les ouvriers qui ont une tare quelconque ne sont pas admis.

Par conséquent, cette loi, qui n'existait pas autrefois, pèse parfois très lourdement sur les ouvriers qui cherchent une place et n'en trouvent qu'avec difficulté.

M. Destot. — Ainsi que vient de le dire M. Aubert, il est exact que, avec la loi de 98, ce sont les ouvriers qui paient, comme on dit, les pots cassés, et cela d'une double façon, d'abord parce que, alors qu'ils ont droit à une indemnité on ne leur en accorde que la moitié, ce qui est déjà une illégalité ; on ne leur donne que la moitié de l'indemnité à laquelle ils ont droit, alors que ce n'est pas une demi-jambe ou un demi-bras qu'ils ont perdu, mais bien un membre complet ; d'autre part, parce qu'ils sont ultérieurement gênés pour trouver du travail.

La loi de 1898 a fait naître aussi pour les grandes compagnies ou les administrations une grosse difficulté en ce qui concerne le recrutement de leurs salariés, puisqu'elles n'acceptent que ceux qui n'ont pas dépassé un certain âge et qui ne sont atteints d'aucune tare. J'ai cependant vu un ouvrier entrer à la compagnie P.-L.-M. trente ans après avoir eu une fracture de la cuisse; cet homme a travaillé pendant trois heures à la compagnie. Il avait eu une fracture et on l'avait accepté tout de même. Il tomba sur la hanche et se fit une fracture du col du fémur. On cherche en ce moment les voies et moyens pour éviter que la compagnie ne paie les frais de traitement et serve une retraite à cet employé.

Cette loi néfaste de 1898, sur laquelle j'ai attiré l'attention de la Société de chirurgie, occasionne en ce moment une révolution complète dans l'histoire des accidents, et elle aboutira à un tel désarroi qu'on sera, je crois, obligé de la supprimer à un moment donné. C'est ainsi qu'un Belge, M. Poels, au dernier congrès de Rome, est arrivé à dire qu'il serait préférable de supprimer toutes les petites indemnités de 10 à 15 pour 100 accordées aux ouvriers victimes de petits accidents pour les reporter sur les accidents graves, parce qu'il est indigne de ne donner que la moitié d'un bras ou d'une jambe à un ouvrier qui a perdu son bras ou sa jambe en entier.

Si cette loi que M. Poels veut faire adopter en Belgique était votée, elle donnerait lieu à une série de choses désagréables parce que l'estimation de 10 à 15 pour 100 à un ouvrier est extrêmement difficile à établir; on sait bien où cela commence, mais on ne sait pas où cela finit. Toujours est-il, selon moi, ainsi que l'ont dit beaucoup de juristes, que cette loi de 1898 est une loi néfaste, c'est un forfait; la loi ancienne avait plus d'équité et offrait beaucoup plus de garanties à la classe ouvrière que la loi soi-disant sociale de 1898.

***

TUBERCULOSE RÉNALE, CASÉEUSE MASSIVE, FERMÉE D'EMBLÉE; NÉPHRECTOMIE ANTÉRIEURE AVEC CLOISONNEMENT PRÉALABLE DU PÉRITOINE; GUÉRISON.

M. Bérard. — La malade qui fait l'objet de cette présentation était atteinte de cette forme si curieuse de tuberculose

rénale que l'on appelle *caséeuse massive*, parce que tout l'organe est réduit à une mince coque bosselée par des logettes remplies de caséum (ainsi qu'on le voit sur la pièce ci-jointe) et *fermée d'emblée*, parce qu'à aucun moment les urines ne contiennent ni sang, ni pus, ni même albumine. Dans notre cas, l'évolution de la tuberculose avait été si torpide que le tableau clinique était celui d'une grosse tumeur rénale kystique. Le volume du rein dépassait, comme vous le voyez, celui d'une tête d'adulte ; son poids était de 1.200 grammes.

Cette femme, âgée de 35 ans, avait toujours joui d'une excellente santé. D'un aspect florissant, elle vaquait aux soins de sa maison encore quelques jours avant notre opération. Mariée, elle perdit un premier enfant de diarrhée en nourrice ; elle a encore une fille de 9 ans, chez qui on ne relève, comme chez la mère, aucun signe de tuberculose viscérale ou ganglionnaire.

Il y a cinq ans, la malade constata, pour la première fois, la présence dans le flanc droit, d'une masse un peu mobile, indolore, donnant simplement une sensation de pesanteur, et qui augmenta peu à peu de volume jusqu'au début de 1909, où elle subit une poussée plus active, sans entraîner d'ailleurs aucun autre trouble que d'empêcher le port du corset. Pendant ces derniers mois, la menstruation, jusque-là régulière et modérée, était devenue plus abondante et plus fréquente (tous les 20 à 25 jours) ; c'est la raison qui décida cette femme à prendre l'avis d'un chirurgien.

Je la vis en septembre dernier. Elle présentait dans le flanc droit une tumeur du volume d'une tête d'adulte, arrondie, un peu bosselée, indolore à la pression, mobilisable à travers la paroi, un peu abaissée dans les fortes inspirations, séparée du bord inférieur du foie par une bande de sonorité. Cette masse était rénitente plutôt que fluctuante, sans sonorité antérieure ; elle ballottait assez franchement. Comme, d'autre part, l'examen génital était négatif et qu'on ne pouvait songer à un fibrome ou à un kyste de l'ovaire même avec pédicule très étiré, il fallait bien conclure à un gros rein.

Et pourtant il n'y avait jamais eu ni sang, ni pus, ni albumine, ni sucre dans les urines, ni température, ni douleurs d'étranglement rénal, ni variation dans la quantité des urines émises. Je contrôlai par une observation de quelques jours ces

renseignements très affirmatifs de la malade. Indécis entre une hydronéphrose, un kyste hydatique du rein, ou une de ces formes rares de rein polykystique qui évoluent d'ailleurs exceptionnellement sans albuminurie, je prolongeai l'observation pendant un mois, sans obtenir de nouveau document pour le diagnostic.

Au bout de ce temps, décidé à une intervention, je demandai à M. Gauthier de vouloir bien me renseigner sur l'état du rein gauche par le cathétérisme de l'uretère ; il obtint de ce côté une urine claire, abondante et normale. Le cathétérisme de l'uretère droit ne fut pas pratiqué.

A cause du volume de ce rein, et de l'absence de tout phénomène infectieux, nous résolûmes de l'aborder par la voie antérieure. La néphrectomie fut faite, avec l'assistance de M. Gauthier, il y a vingt-neuf jours (19 octobre).

Le péritoine pariétal antérieur fut incisé sur le bord externe du grand droit, le péritoine pariétal postérieur sur la tumeur elle-même, qui apparut rouge livide, semée de taches plus claires, avec une consistance pâteuse. Nous pensâmes aussitôt à un rein tuberculeux fermé ; et pour éviter tout risque de contamination du péritoine, dès que la face antérieure de la tumeur fut découverte, un surjet au catgut accola sur tout le pourtour de celle-ci les deux séreuses pariétales antérieure et postérieure suivant la technique préconisée par M. Villard. La décortication se poursuivit sans aucune difficulté, sans le moindre incident, même pour le dégagement du pôle supérieur très peu engagé sous le foie. L'uretère repéré fut lié et coupé à 10 centimètres du hile ; les vaisseaux rénaux, d'un calibre réduit, ainsi qu'il arrive dans ces cas, furent liés séparément et le rein enlevé. La vaste loge, laissée vide, fut rapidement diminuée de capacité par les anses qui refoulèrent concentriquement les feuillets péritonéaux ; nous pûmes donc nous borner à placer un drain assez gros entouré d'une mèche de gaze qui sortit au point déclive de la plaie ; la paroi fut solidement suturée à trois plans.

Pendant quatre jours, la malade eut des oscillations thermiques jusqu'à 38° 7, sans qu'il s'écoulât du drain d'autre liquide que de la sérosité sanguinolente ; au cinquième jour, la mèche fut enlevée, le drain beaucoup réduit de calibre, la malade put garder le décubitus ventral. De suite, la tempé-

rature revint à la normale. Les urines, de quantité réduite à 500 grammes d'abord, remontèrent à 1.000 grammes, puis 1.200 grammes, toujours très claires, malgré une atonie vésicale qui nécessita le cathétérisme durant trois ou quatre jours. A signaler également quelques coliques intestinales partant de l'angle droit du côlon, probablement un peu coudé par la suture des feuillets péritonéaux. La plaie a été complètement cicatrisée, avec une paroi solide, au vingtième jour.

Fig. 1. — Pyonéphrose caséeuse massive fermée d'emblée. Le rein sectionné longitudinalement suivant son grand axe. Les cavernes de la moitié gauche ont été vidées de leur contenu caséeux.

La *pièce ci-jointe* correspond à une coque rénale de 2 à 4 millimètres d'épaisseur, fibreuse, lobulée par des cloisons incomplètes qui font communiquer entre elles la plupart des loges remplies de caséum pâteux. Sur la moitié gauche de la coupe, les loges ont été vidées de leur contenu ; on voit de ce côté que le bassinet est remplacé par une masse fibro-

lipomateuse dans laquelle se perd l'uretère, réduit à un cordon fibreux. En dehors du hile rénal, sur la hauteur de 8 centimètres, où il a été réséqué, cet uretère présente en outre plusieurs étranglements fibreux, les uns incomplets, les autres complets, sans qu'il soit possible de retrouver sur le conduit quelque ulcération bacillaire expliquant la formation de ces rétrécissements.

*
* *

Les détails cliniques de l'observation, les caractères de la pièce enlevée doivent faire ranger sans discussion ce cas dans les tuberculoses rénales fermées d'emblée dont MM. Chauffard, Lœderich, Villaret admettaient encore récemment avec peine la réalité. A part les signes de tumeur rénale, aucun autre caractère que la lobulation et une certaine rénitence ne permettait d'orienter le diagnostic vers l'origine même de la lésion : c'est pourquoi, jusqu'au moment de la décortication sous-péritonéale de la masse, nous avions pensé à une hydronéphrose, ou à un kyste hydatique, ou même à une lésion polykystique unilatérale. Quand la malade fut convalescente, nous avons fouillé avec le plus grand soin son histoire ; ses antécédents étaient absolument muets. C'est par hasard, au cours d'un cathétérisme, que j'ai découvert sur la fesse gauche, une tache vineuse de lupus nodulaire, semée de deux ou trois points livides, à bords amincis et un peu gaufrés, des dimensions d'une pièce de 5 francs, et qui n'a jamais été l'objet d'aucun traitement depuis l'âge de 10 ans où la malade s'en aperçut.

Depuis les premiers cas réunis dans la thèse de Vigneron en 1892, ces tuberculoses du rein fermées ont été signalées à nouveau par Albarran et Cottet, par Rochet, par Rafin et Raynaud, par Krausse, Zukerkandl, etc. Souvent elles ne furent découvertes qu'à l'autopsie de sujets morts de tuberculoses viscérales multiples, ou même ayant succombé à des affections qui semblaient tout à fait indépendantes de leur ancienne lésion rénale : ce qui avait fait admettre à un certain nombre de médecins la curabilité de la tuberculose du rein, lorsqu'elle évolue vers cette forme ou vers la sclérose totale.

Mais ainsi que l'avaient fait observer Delbet, Oraison, il faut parfois attendre de longues années pour que des lésions

du rein, jusque-là torpides, provoquent un retentissement fâcheux sur l'état général, et dans des conditions telles que toute relation de causalité puisse passer inaperçue. Il y a quelques mois Gallavardin et Rebattu faisaient la même constatation à propos de deux *observations de brightiques dont l'autopsie révéla, au lieu de la néphrite chronique simple attendue, une tuberculose rénale fermée;* et ils intitulaient ces cas « forme médicale ou brightique de la tuberculose rénale ».

*
* *

Assez souvent, ces tuberculoses fermées ont été d'abord ouvertes; elles ne s'oblitèrent, comme certaines hydronéphroses tuberculeuses, que lorsqu'une coudure de l'uretère fixée par des adhérences a exclu le rein, ou lorsque l'oblitération du conduit a été provoquée par la cicatrisation d'une ulcération bacillaire. En remontant dans le passé de tels malades, on retrouve une phase de pyurie, ou d'hématurie avec des douleurs réno-vésicales plus ou moins accentuées. Mais parfois aussi, comme chez notre malade, le syndrome rénal se réduit aux signes de la tumeur et ne comporte jamais aucun trouble fonctionnel : c'était le cas, notamment des observations de Hallé, Oraison, Krause, Rafin, Zuckerkandl.

Il faut admettre :

1° Ou que les calices et le bassinet ont été progressivement oblitérés par le refoulement concentrique de leurs parois, dû à l'accroissement des masses caséeuses développées primitivement dans la substance corticale;

2° Ou que le rein, déjà mobile, alourdi par ces masses, a glissé peu à peu dans sa loge, pour amener l'oblitération par coudure de l'uretère; la sclérose de l'organe est alors secondaire, ainsi qu'il arrive dans certaines hydronéphroses banales.

Sur la pièce que nous présentons aujourd'hui, on note à la fois : 1° une scléro-lipomatose du hile rénal, qui est occupé par une masse graisseuse épaisse de plusieurs centimètres; cette masse occupe tout l'espace laissé libre au centre des coques caséeuses, sans que l'on retrouve aucune trace des calices ou du bassinet; 2° une oblitération de l'uretère par plusieurs valvules et par des sténoses totales, fibreuses, sans trace d'ulcéra-

tion, échelonnées sur une hauteur de 4 ou 5 centimètres. L'uretère, réduit à un cordon fibreux, se perd bientôt dans la masse lipomateuse du hile.

***

Reste un dernier point à envisager : celui des indications opératoires en pareil cas. Aujourd'hui, tous les chirurgiens sont d'accord pour pratiquer la néphrectomie quand le diagnostic de tuberculose d'un rein a été porté, et que l'autre rein a été reconnu encore sain par le cathétérisme de l'uretère. C'est alors la voie lombaire que l'on emprunte, comme dans toutes les néphrectomies pour lésions infectées.

Chez notre malade, nous sommes intervenu par la voie antérieure, transpéritonéale, comme on fait pour les tumeurs volumineuses, parce que nous croyions à un gros rein kystique. Je me demande cependant si, même lorsqu'on a reconnu, avant l'intervention, que le gros rein kystique, ouvert ou fermé, est un rein tuberculeux à loges remplies de caséum, cette voie antérieure n'est pas celle qu'il faut adopter.

Lorsqu'on prend la précaution, après l'incision des deux feuillets péritonéaux antérieur et postérieur, de suturer les deux séreuses, on se trouve dès lors dans une loge extrapéritonéale, où le clivage du gros rein dans son atmosphère graisseuse se fait au jour, moins profondément; l'ablation en masse en est facile, quel que soit le volume de l'organe; la ligature des vaisseaux se pratique aisément sous le contrôle de la vue; la résection de l'uretère peut être portée aussi bas qu'on le désire. On évite ainsi l'obligation très fréquente où l'on se trouve pour les reins tuberculeux un peu gros, enlevés par voie lombaire, d'opérer à bout de doigt, de décortiquer péniblement et aveuglément la masse dans la profondeur avant de pouvoir l'amener au jour, manœuvres qui ne vont pas sans la perforation de quelques coques caséeuses plus minces de l'un des deux pôles rénaux, d'où la nécessité de laisser ensuite la brèche lombaire largement ouverte si l'on veut éviter des réinoculations de la plaie par la tuberculose, telles que M. Rochet en a rapporté encore récemment quelques cas, sans compter les difficultés de l'hémostase et la nécessité parfois de laisser sur les gros vaisseaux, malgré leur ligature, une ou deux pinces de sûreté.

On a reproché à la voie antérieure utilisée dans ces cas de permettre moins aisément un bon drainage. D'abord on peut toujours terminer par une contre-ouverture lombaire si l'on craint le drainage antérieur. Chez notre malade, nous avons pourtant pratiqué celui-ci et malgré le drain laissé en place, une dizaine de jours, la cicatrice est solide sur toute sa hauteur ; jc ne crois pas qu'il y ait d'éventration à redouter par la suite, car les deux feuillets péritonéaux antérieur et postérieur, suturés, se sont opposés d'emblée au glissement de l'épiploon vers la loge cloisonnée, et l'accolement de ces deux feuillets dans la profondeur ne fera que renforcer encore la paroi.

M. Gangolphe. — J'ai entendu avec beaucoup d'intérêt la communication que vient de faire M. Bérard, car j'ai eu moi-même l'occasion d'observer un fait analogue il y a huit ou dix ans. Voici dans quelles conditions se présentait la malade : porteur d'une tumeur du flanc gauche sans diagnostic précis de la part du médecin, je l'examinai et posai le diagnostic à peu près ferme de la lésion rénale gauche. Ce diagnostic fut fait à mon cabinet. Je fis entrer la malade dans mon service et avant de l'opérer, je la soumis à un examen très serré au double point de vue des urines et de la température. L'examen des urines fut fait d'une façon très méthodique, la malade avait son bocal au pied de son lit et son urine ne changeait jamais d'aspect. J'en fis faire l'analyse par le pharmacien de l'Hôtel-Dieu et, pendant près de trois mois, je ne trouvai aucun trouble du côté de l'urine, ni comme quantité, ni comme qualité ; pendant trois mois il ne me fut pas possible de trouver une indication précise sur le siège de la maladie, ni sur sa nature.

Bien entendu, cette malade fut examinée par différents collègues, entre autres par M. Rochet. Dans tous les cas j'avais pensé, devant cette invariabilité de l'état normal des urines, à un kyste la queue du pancréas, car elle me rappelait tout à fait deux malades que j'avais opérés et qui n'avaient eu ni température, ni troubles dans les urines, ni cystite ; dans les antécédents on ne trouvait rien non plus.

Je l'opérai et choisis la voie antérieure. Je reconnus parfaitement qu'il s'agissait non pas d'une tumeur de la queue du pancréas, mais d'une tumeur du rein. Je l'extirpai en faisant une décortication sous-capsulaire, ainsi que le faisait Ollier et je fus assez heureux pour enlever totalement la tumeur sans l'ouvrir.

Les suites furent très simples et très bénignes. Je drainai dans la partie inférieure de l'incision, puis je refermai. La malade n'eut pas de fistule, pas d'éventration, tout se passa bien.

J'ai eu des nouvelles de cette malade, il y a six mois ; elle continue toujours à bien se porter.

Voilà donc un cas tout à fait intéressant et qui mérite d'être rangé, je crois, dans la pyonéphrose tuberculeuse fermée.

L'examen de la pièce montra qu'il s'agissait d'un véritable abcès froid du rein. Cette pièce différait de celle présentée par M. Bérard, en ce sens que ce n'était pas une masse caséeuse solide, mais du pus. Je ne me rappelle pas bien l'état de l'uretère, mais ce que je puis dire c'est qu'on n'observait pas, après cette opération, des traces d'inoculation tuberculeuse dans les loges capsulaires que j'avais laissées en place. Il n'y eut aucune complication et tout se passa très bien.

A côté de ce fait, je pourrais vous en citer un autre que j'ai opéré dans le courant de l'été dernier. Ce cas était un peu différend de celui de M. Bérard, dans ce sens qu'il s'agissait d'une tumeur du flanc gauche et que le diagnostic de tumeur rénale put être fait d'une façon excessivement nette, car il y avait des urines légèrement colorées par du sang de temps à autre. A part cela, le diagnostic pouvait encore être hésitant. Je fis le diagnostic de pyonéphrose tuberculeuse fermée, et je l'extirpai par la voie postérieure.

Je fis une incision postérieure parce que, en effet, dans les cas où il y a du pus, il vaut mieux recourir à la voie postérieure, soit parce que le drainage est plus commode, soit parce qu'il est plus facile d'éviter les dangers de l'infection péritonéale.

Dans ce cas-là, après avoir obtenu la réunion immédiate dans les quatre cinquièmes de la longueur de l'incision, j'observai ce que j'ai signalé, des foyers de réinoculation dans les parties profondes, et je vis certains de ces points se désunir. J'arrivai facilement à m'en rendre maitre par l'usage de l'eau salée très concentrée chaude, combinée avec l'emploi du nitrate d'argent et du baume du Pérou.

J'ai revu cette fillette, il y a environ trois semaines ou un mois et elle est dans un état de santé excellent.

Je ne présente pas ce cas comme un cas de tuberculose rénale fermée, mais il est intéressant, parce que s'il n'y avait pas eu de phénomène de cystite on aurait pu hésiter.

M. Durand. — Il y a deux parts à faire dans la communication de M. Bérard. D'abord la très intéressante pièce qu'il nous a présentée ; puis une proposition thérapeutique qu'il a faite en terminant et sur laquelle je voudrais dire quelques mots.

Je ne crois pas que la voie antérieure soit bonne pour aborder les tuberculoses rénales. Je crois que M. Bérard est tombé sur un de ces cas de tuberculose rénale particulièrement favorables à l'ablation, quelle que soit la voie qu'on prenne ; je veux dire qu'il s'agissait là d'une tuberculose rénale sans adhérences. Lorsqu'on a fait un certain

nombre de néphrectomies pour tuberculose, on sait qu'il y en a deux sortes : il y en a d'extrêmement simples, qui donnent lieu à l'une des plus élégantes opérations qu'on puisse avoir à faire et à montrer, mais il est loin d'en être toujours ainsi. Dans certains cas de pyonéphroses un peu anciennes, on a des difficultés inouïes à isoler le rein, à l'amener en dehors et à l'extirper ; c'est pour ces cas qu'on est parfois heureux d'employer la sous-capsulaire d'Ollier.

Je me demande si on tombait, en intervenant par la voie antérieure, sur un de ces cas, quelles difficultés on pourrait bien avoir.

Dans les cas que j'ai opérés dans ces conditions, les adhérences m'ont paru exister surtout dans la partie supérieure. Si on utilise la voie antérieure, je crois que le clivage de cette partie supérieure ne va pas être facile et, dans tous les cas, le sera beaucoup moins par la voie postérieure, qui me semble mener beaucoup plus haut que la voie antérieure à cause de l'obliquité costale et de la présence du foie. Mais il est très important de faire une grande incision : au lieu de l'arrêter au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure, il faut la prolonger en avant le long de l'arcade de Fallope, toutes les fois que la néphrectomie est difficile. On a un champ opératoire très large, on voit très clair, on peut opérer très facilement et on triomphe des adhérences les plus serrées.

MM. Bérard et Gangolphe ont insisté sur l'infection de la plaie par le moignon urétéral ; croyez-vous qu'il sera plus facile d'éviter cette infection par la voie antérieure que par la voie postérieuse ? Je ne le crois pas. Si vous descendez suffisamment l'incision, si vous clivez jusque dans la fosse iliaque, vous enlèverez de l'uretère aussi long que vous voudrez, parce que c'est la voie classique de l'ureterectomie qui vous permet de descendre aussi bas que l'on veut.

Au point de vue du drainage et des dangers d'infection, il n'y a pas de comparaison entre les deux voies.

Je crois donc que la voie antérieure peut être une voie d'exception dans certains cas bien particuliers ; mais que si l'on n'a qu'une indication, c'est le cas où la tuberculose rénale est vague, où le diagnostic n'est pas fait, c'est la voie postérieure qu'il faut choisir.

M. Patel. — Je puis vous rapporter une observation, analogue en tous points, à celle de M. Bérard. Elle a trait à une forme anatomique semblable de tuberculose rénale, et le procédé, utilisé pour la néphrectomie, vient encore confirmer les avantages de la voie antérieure, lorsqu'il s'agit d'enlever de gros reins, formant de véritables tumeurs.

Il s'agit d'une femme de 49 ans, M^me^ D..., entrée le 24 juillet 1906, dans le service de M. Jaboulay, que j'avais l'honneur de suppléer. Elle venait à l'Hôtel-Dieu pour des douleurs vives et constantes, survenues depuis deux mois, et dont elle ne soupçonnait pas l'origine. Cette malade avait fort bon aspect : elle n'avait jamais été souffrante

antérieurement ; elle n'avait pas d'enfant ; ses règles avaient cessé depuis six mois environ. Elle rapporte le début de son affection à deux mois à peine ; elle se plaint uniquement de douleurs continues, profondes, siégeant dans le flanc gauche, remontant jusqu'à la région lombaire et descendant jusque dans la cuisse du même côté. Elle n'accuse aucun trouble digestif, respiratoire ; elle n'a jamais eu aucun symptôme urinaire, quel qu'il soit. Elle n'a pas maigri.

A l'examen, on constate que l'abdomen est absolument souple : dans le flanc gauche, on perçoit aussitôt une tumeur très volumineuse, semblable à une tête de fœtus ; elle n'avait jamais attiré l'attention de la malade ; elle est mobile, peu douloureuse ; elle semble presque fluctuante ; le ballottement rénal est net ; en avant de la tumeur, sonorité très marquée.

Le reste de l'examen abdominal est entièrement négatif ; le rein opposé n'est pas perçu ; on ne sent rien d'anormal du côté des organes génitaux.

Les urines, examinées avec soin pendant quelques jours, n'ont jamais rien présenté d'anormal : pas d'albumine, pas de pus, pas de sang ; il n'y avait, du reste, ni polyurie, ni pollakiurie, ni mictions douloureuses.

Le diagnostic hésitait entre une tumeur splénique et une tumeur rénale ; cependant, étant donnés les caractères très nets du ballottement, on pencha pour une tumeur du rein ; et, devant l'absence de signes urinaires et de signes généraux, on songea à une hydronéphrose.

L'opération eut lieu le 27 juillet 1906. Laparotomie latérale, en dehors du bord externe du grand droit du côté gauche ; un gros coussin rond est placé au-dessous de la région lombaire, qui se présente ainsi très largement. Incision du péritoine pariétal antérieur ; on constate qu'il n'y a rien dans la cavité péritonéale et que la tumeur est bien rénale ; le péritoine pariétal postérieur est alors incisé à 2 ou 3 centimètres en dehors du bord externe du côlon descendant ; on peut alors cliver très aisément ce dernier et le détacher entièrement de la tumeur ; comme l'a recommandé M. Villard depuis longtemps, le péritoine pariétal postérieur est suturé immédiatement au péritoine antérieur ; le ventre est alors fermé.

La tumeur est alors isolée facilement ; le pôle supérieur, plus adhérent, est détaché et on luxe le rein à l'extérieur ; l'artère et la veine rénales sont liées isolément sous le contrôle direct de la vue ; l'uretère est détaché sur une longueur de plusieurs centimètres ; il est également lié. Fermeture complète de la paroi antérieure ; incision lombaire postérieure, pour laisser passer un drain.

Les *suites opératoires* furent très simples : la quantité des urines fut de 500 grammes le premier jour, puis remonta rapidement au taux normal.

Le 31 juillet, l'analyse des urines donnait les résultats suivants : albumine, 0 gr. 35 ; urée 12 gr. 92 ; phosphates, 0 gr. 98. L'albumine disparaît les jours suivants.

Depuis, la malade va tout à fait bien ; revue le 12 octobre 1908, on constatait que la région rénale gauche était entièrement souple ; le rein droit était gros, facilement perceptible ; il s'agissait, sans doute, d'une hypertrophie compensatrice ; il n'y avait aucun trouble urinaire ; comme la malade s'en plaignait un peu, on lui fit porter une sangle Glénard. L'état général est très bon ; la malade a repris de 6 kilos. Ce résultat s'est maintenu depuis ; il date donc de plus de trois ans.

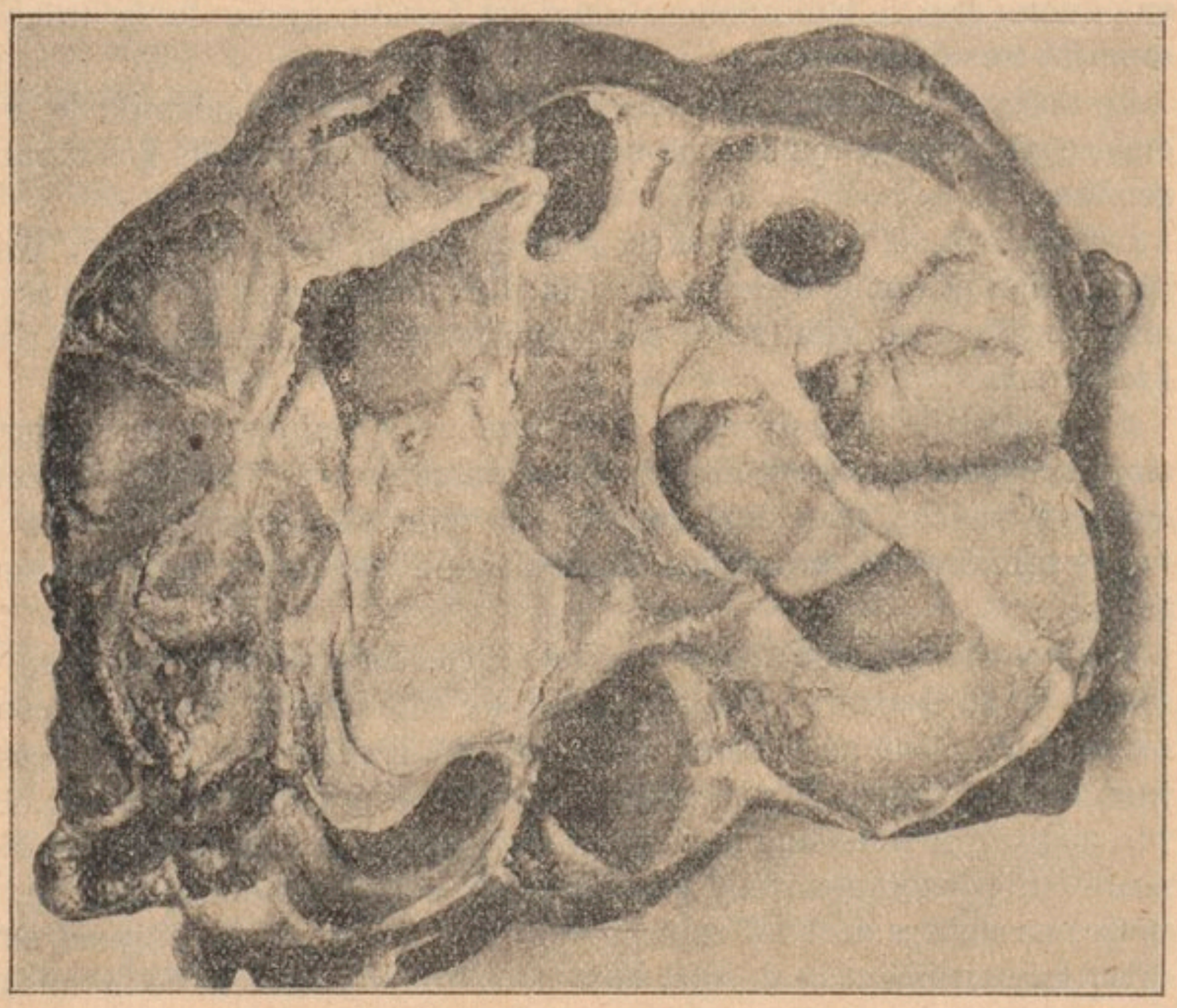


Fig. 1. — Pyonéphrose caséeuse massive fermée. Section longitudinale; certaines logettes sont encore remplies de caséum, les autres ont été vidées ; l'uretère était oblitéré.

Le *rein enlevé* pesait 650 grammes ; il était bosselé, irrégulier ; son contenu était analogue à celui de la pièce que vient de vous présenter M. Bérard ; il n'y avait plus de substance rénale, mais une série de loges renfermant une substance mastic, dure ; le bassinet était réduit à un canal ; l'uretère était entièrement oblitéré. Vous pouvez vous rendre compte facilement de toutes ces dispositions sur cette photo-

graphie. Il s'agit bien d'une tuberculose rénale, fermée d'emblée, sans signes vésicaux, forme anatomique assez rare, signalée par Tuffier, Pousson, et dont Krause vient de publier une observation (*Beitræge z. klin. Chir.*, 1908).

Quant au procédé opératoire utilisé, il m'avait été inspiré par les néphrectomies transpéritonéales que j'avais vu pratiquer par M. Villard, et aussi par les tentatives, alors récentes, de décollement du méso du gros intestin, notamment au niveau de l'S iliaque. En ayant soin de placer sous les reins un coussin, la région est extériorisée parfaitement ; il modifie l'aspect du champ opératoire, comme il le fait dans les interventions sur le cholédoque. J'ai été frappé de la facilité avec laquelle on pouvait lier le pédicule rénal, et j'ajouterais, contrairement à ce que vient de dire M. Durand, que s'il y avait des adhérences, il serait plus facile de les voir et d'en être maître par la voie antérieure que par la voie postérieure ; de plus, par la voie antérieure, on peut enlever en masse les tumeurs que l'on serait obligé de morceler, si l'on voulait passer par la voie postérieure.

Aussi, en présence d'un gros rein, d'un rein, tumeur bien perceptible, en dehors, bien entendu, de tout signe de suppuration périrénale, la voie antérieure, soit parapéritonéale, soit transpéritonéale, avec suture immédiate des feuillets péritonéaux et décollement du mésocôlon, paraît donner plus de jour et plus de sécurité.

M. Albertin. — Pour l'abord du rein, même pour la néphropexie, je donne la préférence à la voie mixte, c'est-à-dire à une incision allant de la masse sacro-lombaire parallèlement à la douzième côte et obliquement prolongée sur la paroi abdomino-latérale suivant les besoins. On a tout le jour que l'on veut et comme bien souvent l'exploration directe du rein modifie le programme que l'on s'était tracé, on peut exécuter n'importe quelle intervention depuis la néphropexie jusqu'à la néphrectomie, et même l'uretérectomie, si elle est reconnue nécessaire.

Si en décollant le péritoine et le côlon, on ouvre la séreuse, on la suture et la brèche est bien vite réparée. Je considère cette incision comme celle de choix, repoussant l'incision verticale lombaire comme bridant trop le champ opératoire.

Quant à la voie transpéritonéale, c'est une voie d'exception pour les tumeurs rénales devenues abdominales, mais lorsqu'elle est indiquée, elle donne toute satisfaction.

M. Tixier. — Il est très intéressant de constater combien les tendances personnelles influencent chaque chirurgien dans le choix du manuel opératoire d'une opération aussi bien réglée que la néphrectomie. C'est ainsi que M. Albertin, habitué aux opérations de gynécologie, ne voit plus que la voie abdominale antérieure et n'hésite pas à

pratiquer par laparotomie non seulement la néphrectomie, mais même la néphropexie.

Il semble cependant que pour la tuberculose rénale, point de départ de cette discussion, la question soit jugée. C'est par l'incision lombaire que l'on doit enlever les reins tuberculeux suppurés ou non, la laparotomie médiane ou antéro-latérale étant réservée aux cas que nous a énumérés M. Durand, c'est-à-dire aux cas complexes où le diagnostic est hésitant.

Pour ma part, toutes les fois que je me suis trouvé en présence d'un rein tuberculeux suppuré ou non, j'ai pratiqué la néphrectomie lombaire et n'ai jamais rencontré de grosses difficultés. En prolongeant loin, en bas et en avant, l'incision postérieure, on se donne un jour. Le décollement lent et minutieux permet d'arriver sur le pédicule vasculaire que j'ai toujours pu lier ; jamais je n'ai laissé de pinces à demeure.

Quant aux suppurations prolongées que l'on a signalées et qui persistent dans la loge rénale, il m'a semblé que, pour les éviter, il fallait avant tout pratiquer la néphrectomie lombaire avec une asepsie aussi minutieuse qu'une laparotomie ordinaire. C'est-à-dire, qu'alors même que le rein est franchement suppuré, que l'atmosphère graisseuse est filtrée, il ne faut pas considérer le champ opératoire comme fatalement infecté. Le bacille de Koch ne détermine ordinairement pas à lui tout seul de gros foyers suppurants ; c'est l'association microbienne souvent opératoire qui entretient la suppuration ultérieure.

J'ai toujours lié et sectionné l'uretère le plus bas possible, j'ai souvent réséqué, une fois le rein enlevé, d'épais fragments de l'atmosphère périrénale atteinte de périnéphrite scléro-adipeuse et les suites opératoires ont été très simples.

Au lieu de ces complications post-opératoires ennuyeuses par la suppuration abondante nécessitant de fréquents pansements que j'avais anciennement observés, j'ai été surpris de voir couramment guérir en trois semaines mes dernières néphrectomies. Un drain unique, placé à la partie inférieure de l'incision, assure, pendant les premiers jours, l'écoulement des sérosités.

M. Bérard. — Dans cette discussion, je ne voudrais pas que M. Durand me fit tenir le personnage de l'avocat du diable aux sermons, et me prêtât des arguments si pauvres, qu'il se donnerait à les réfuter un triomphe vraiment trop facile. Je n'ai jamais eu la pensée de proposer la voie antérieure transpéritonéale comme celle à utiliser d'ordinaire pour l'ablation des reins tuberculeux : ce serait là, en effet, une simple absurdité. J'ai pratiqué environ vingt néphrectomies pour tuberculose rénale ; cette malade est la première chez qui j'ai utilisé la voie antérieure et encore avec un diagnostic probable de gros rein kystique.

J'ai dit simplement, et je le répète, que, si la voie lombaire s'impose dans les cas habituels de tuberculose rénale, dûment diagnostiqués, pyrétiques ou non, mobiles ou fixés par des adhérences de périnéphrite scléreuse, avec un rein petit ou moyen, il est, par contre, une forme apyrétique et indolore de gros rein caséeux, fermé du côté de l'uretère, mobile et nettement délimité comme tumeur kystique, qu'on ne saurait extirper par la voie lombaire sans l'ouvrir ou le morceler.

La pièce que je vous ai apportée ce soir et celle de M. Patel, avec leurs loges remplies de caséum demi-solide, n'auraient certainement pas pu être enlevées en bloc, même après une ponction au gros trocart, à travers l'échancrure lombo-costale. Or, cette forme que le diagnostic en soit douteux ou certain, me paraît devoir être assimilée dans son traitement, comme elle l'est dans ses signes, aux grosses tumeurs du rein, et pouvoir bénéficier de la technique qui a été reconnue la meilleure pour celles-ci, c'est-à-dire l'abord par la voie antérieure. Le cloisonnement d'emblée du péritoine par la suture des deux feuillets antérieur et postérieur, comme je l'ai pratiqué, ou encore le décollement du côlon, comme l'a fait M. Patel, ramène l'intervention à des manœuvres extra-péritonéales, ainsi que dans la voie lombaire ; mais comme on a ici tout le jour et l'espace nécessaires, même pour la libération du pôle supérieur du rein, ces manœuvres sont moins aveugles et plus sûres que par derrière ; elles permettront une décortication méthodique et prudente du rein en bloc, une facile résection de l'uretère sur une grande longueur, et une hémostase minutieuse et définitive par la ligature isolée de chaque gros vaisseau Quant au drainage consécutif, si le rein n'a pas été ouvert, il peut être réduit au minimum ; si quelque poche a été crevée en cours de route, le caséum qui la remplissait est d'une virulence si atténuée, qu'un seul drain, entouré d'une mèche de gaze, est encore suffisant, soit par la plaie opératoire, soit par la voie lombaire.

*
* *

PHLEGMON DIFFUS CONSIDÉRABLE DU MEMBRE SUPÉRIEUR. RÉSULTATS ÉLOIGNÉS.

M. Gangolphe. — J'ai l'honneur de vous présenter un malade que j'ai opéré, il y a plus de dix-sept ans, à l'hôpital de la Croix-Rousse. Amené dans un état adynamique profond, presque sans connaissance, cet homme présentait un peu d'œdème du membre supérieur gauche, quelques taches noirâtres, vers l'aisselle ; sa patronne nous dit qu'il avait dû se *démettre* l'épaule en portant une moitié de porc. En raison de

sa profession (garçon charcutier) qui l'exposait aux piqûres, à cause de la fièvre, du mauvais état général, je diagnostiquai un phlegmon diffus septique. Je lui fis près de deux mètres d'incision, sans anesthésie, sans que le malade parût souffrir ; puis je le fis boire abondamment. A mon grand étonnement, il guérit après avoir perdu par sphacèle une bonne partie des téguments du membre supérieur.

Vous pouvez juger, à dix-sept ans de distance, le travail de restauration qui a dû s'accomplir : sans greffe, il a reconstitué ce qui avait été perdu. Ce cas montre bien l'efficacité de l'intervention, quand, dans une infection, il existe une lésion. « Il faut avoir quelque chose à se mettre sous la dent », comme le disait Léon Tripier, sinon le sujet est bien compromis.

Séance du 25 novembre 1909.

Présidence de M. Aubert.

PHLEGMON A ALLURE GRAVE.

M. Vennin. — L'observation suivante m'a semblé intéressante à mettre en parallèle avec celle qui ont été présentées par M. Gangolphe. Il s'agit d'ailleurs d'un malade vu par lui et chez lequel il a jugé, à l'inverse des cas précédents, toute intervention inutile.

La lésion qui a servi de point de départ à l'infection générale est une simple plaie par érosion et piqûre para-unguéale de l'extrémité de l'index droit, accident survenu le 24 novembre 1908. Il en résulta une petite ulcération torpide peu douloureuse, légèrement suintante, sans réaction inflammatoire du voisinage, ne présentant, malgré un traitement méthodique, aucune tendance à la guérison.

Le 10 décembre, au quinzième jour, des bourgeons exubérants lui donnaient un aspect botryomycosique ; on constatait, sans lymphangite intermédiaire, de l'adénite sus-épitrochléenne et axillaire peu douloureuse et sans empâtement. Après antisepsie minutieuse, on pratique le curettage de ces bourgeons et de plus une large cautérisation au galvanocautère.

Le 13 décembre, la plaie est asséchée sous le pansement sec, mais deux jours après, un suintement séro-purulent soulève la croûte, le résultat est nul.

Le 20 décembre, la situation change subitement; dans la journée, douleurs dans la région du coude; le soir, deux frissons successifs; durant la nuit, de l'insomnie et de la fièvre.

Du 20 au 24 décembre, localement de l'empâtement se produit dans les régions sus-épitrochléennes et axillaires, reliées entre elles par un cordon induré au bord interne du bras. Au point de vue général, la température monte le soir jusqu'au voisinage de 40°, avec une rémission de 1° à 2° le matin.

Le 24 décembre, deux incisions sont pratiquées à la partie inférieure du bras, l'une au bord interne, l'autre en dedans du biceps, un drain est passé de l'une à l'autre ; il ne sort qu'un peu de sérosité.

Il ne s'ensuit aucune amélioration ; au contraire, la température ne présente, le 25 décembre au matin, aucune rémission et s'élève, à 1 heure de l'après-midi, à 41° 3. C'est à ce moment que M. Gangolphe voit pour la premiere fois le malade et juge inutile toute intervention nouvelle.

Le traitement local et général est donc continué tel qu'auparavant : enveloppement humide, frictions au collargol, injection de nucléinate de soude avec addition de staphylase de Doyen et augmentation de la quantité des boissons diurétiques.

Du 25 au 28 décembre, l'état général va en s'aggravant. La température du matin oscille entre 39° et 49° ; celle du soir monte presque à 41°. Le pouls se maintient aux environs de 120. Le malade présente de l'insomnie et du délire nocturne ; il a des crises de sueurs profuses.

Le 28 décembre, vers le soir, et jusqu'au 30, la situation semble désespérée. Le malade est complètement inconscient ; à 9 heures du soir, après une période d'agitation délirante, le pouls monte jusqu'à 180, puis disparaît (première syncope). Sous l'influence d'injections d'éther, d'huile camphrée, de sparteine, les battements reparaissent avec des intermittences, la respiration prend le type de Cheynes-Stokes ; sueurs abondantes, incontinence d'urine complète.

Le matin, nouvelle syncope ; dans l'après-midi, délire avec agitation considérable, contractions toniques et cloniques des membres.

A partir du 30 décembre, une détente légère se produit progressivement dans l'état général. La température continue à dépasser 40° le soir, mais elle descend le matin aux environs de 38°, et même de 37°. Le pouls, 110-120, a repris sa régularité, la vessie a repris sa contractibilité, les urines sont abondantes, les sueurs profuses continuent. Le délire reste calme et le sommeil reparaît.

Localement, les grandes oscillations thermiques font guetter une suppuration qui n'apparaît pas.

Le 1er janvier, trois pointes de feu profondes sont pratiquées en pleine infiltration sur la paroi externe de l'aisselle ; pas de suppuration.

Le 2 janvier, une phlébite des veines profondes du membre inférieur gauche se déclare sans œdème considérable et caractérisée surtout par des douleurs.

Du 6 janvier soir au 7 janvier matin, l'écart de température dépasse 4°, de 41° 2 à 37° ; devant les oscillations qui deviennent de plus en plus grandes, une injection de 250 grammes de sérum térébenthiné selon la formule du Prof. Fabre est pratiquée.

La température reste à 37° jusque vers 4 heures, puis un grand frisson se produit, prolongé pendant plus de deux heures, et la température monte à 40° 8. Elle ne descend pas le lendemain (deuxième injection du même sérum), mais reste en plateau pendant deux jours entre 40° et 41°.

Le 10 janvier, elle fléchit brusquement pour tomber à 38° 7, et dès ce moment elle descend lentement et progressivement jusqu'à l'apyrexie. Le pouls suit une marche analogue.

L'état général s'améliore parallèlement, l'alimentation est progressivement reprise.

Localement, les lésions rétrocèdent également sous l'influence des injections interstitielles d'eau oxygénée.

Au 20 jauvier, on peut les considérer comme guéries, les ganglions dégagés restent nettement hypertrophiés.

A ce moment apparaît, dans la région de la nuque et sur divers points du corps, une série de furoncles qui évoluent normalement.

Le 1er février, apparition d'une phlébite du membre inférieur droit ne dépassant pas le creux poplité.

Enfin, dans le courant du mois de mars, une éruption de macules apparaît à la paume de la main, lésions en cocarde suivies de desquamation aux points occupés par les macules.

Actuellement, le malade, complètement guéri, a pu reprendre son service.

Cette observation m'a paru devoir vous intéresser à divers titres, en raison :

I. De la longueur anormale de la période d'incubation : vingt-cinq jours.

II. De l'incertitude dans laquelle, malgré les investigations les plus minutieuses, on est resté de l'agent pathogène.

Le 24 décembre, examen de la sérosité obtenue à l'incision du coude.

Les 5 et 8 janvier, prélèvement de sang, séro-réaction et hémoculture.

Il est vrai que ces examens et cultures ont été faits pour rechercher les germes aérobies. Il est donc probable qu'il s'agit d'une bactérie anaréobie non pyogène.

III. De l'absence de toute localisation suppurée, malgré les oscillations de température.

Les furoncles ne doivent point, en effet, être considérés comme tels ; ils résultent d'une infection secondaire tardive banale.

L'affection a donc conservé constamment le type de la septicémie pure sans pyohémie.

IV. De l'inefficacité absolue des interventions chirurgicales. Se sont montrées inefficaces également l'ingestion de staphylase, les frictions au collargol, les injections de nucléinate de soude.

Par contre, le sérum térébenthiné selon la formule du Prof. Fabre a paru avoir une action remarquable sur l'état général dont elle a complètement modifié les réactions.

De même, les injections interstitielles d'eau oxygénée employées à deux reprises ont paru avoir une action des plus favorables, tant au point de vue général qu'au point de vue local.

* * *

ÉNORME HYDRONÉPHROSE CONGÉNITALE DU REIN GAUCHE ; NÉPHRECTOMIE PAR LA VOIE ANTÉRIEURE ET PARA-PÉRITONÉALE ; GUÉRISON.

M. VIGNARD. — Au cours de la dernière séance, on a discuté longuement au sujet de la meilleure voie à employer pour l'ablation du rein. Je regrette de ne pas avoir été présent à cette séance et désire vous présenter aujourd'hui une obser-

vation qui semble se rapprocher de celles qui vous ont été rapportées.

Il s'agit d'un enfant que M. Patel m'a adressé pour une tumeur du rein gauche qui paraissait être une hydronéphrose congénitale. Je n'insiste pas sur les symptômes qu'il présentait.

L'opération a été pratiquée, il y a dix jours, avec le concours de M. Patel ; elle a eu lieu par la voie antérieure.

Voilà la tumeur que nous avons enlevée ; elle était bien plus grosse que vous ne la voyez ici, car elle a été vidée et distendue ensuite avec de la vaseline. Cette pièce montre un rein à peu près intact, mais un énorme bassinet ; cet énorme bassinet nous apparaissait encore plus gros au moment même de l'opération. Il semble bien, au point de vue pathogénique, qu'on ait affaire à une anomalie du bassinet, car l'uretère n'était pas oblitéré, mais simplement coudé.

Je désirerais surtout insister sur la technique opératoire. Avant l'opération, cet enfant avait uriné 2.500 grammes, de telle sorte que, une fois sur la table d'opération, je ne sentais plus le rein et étais très perplexe sur la meilleure voie à suivre, lorsque M. Patel m'a donné le conseil de placer un énorme coussin sous le tronc de l'enfant, de façon à faire saillir le ventre en arc-boutant, les pieds et la tête portant pour ainsi dire seuls sur la table. Immédiatement j'ai commencé à sentir la tumeur.

Après incision de 2 centimètres en dehors du bord externe du muscle droit gauche, et le décollement du péritoine, nous sommes conduits très vite sur la tumeur, et surtout sur son pédicule artériel ; il y avait trois ou quatre grosses artères, dont une, en particulier assez volumineuse, aboutissait à la partie supérieure du rein ; nous avons eu une certaine peine à la lier, elle se perdait sous les côtes. J'ai été frappé de la facilité avec laquelle nous sommes parvenus à enlever cette tumeur, et surtout de la vision que nous avons eu sur le rein. Nous avons terminé par un drainage lombaire, nous avons refermé toute la loge rénale par trois plans de suture. Hier, j'ai retiré le drain de cet enfant dont je vous présente la feuille de température ; il est en bonne voie de convalescence et pourra quitter le service dans cinq ou six jours.

Je n'ai vu que deux cas de grosse tumeur du rein, que j'ai

enlevées par la voie antérieure, par la voie péritonéale avec décollement du péritoine, opératiou peut-être plus facile chez les enfants que chez les adultes ; mais si j'avais passé par la voie lombaire, j'aurais fait une très mauvaise opération ; j'aurais très certainement morcelé cette tumeur, et très probablement j'aurais laissé saigner cette artère du pôle supérieur que je n'aurais jamais pu arriver à saisir secondairement.

M. Villard. — La question des voies d'accès sur le rein ayant été soulevée par la communication de M. Bérard, je désirerais que cette discussion fût mise à l'ordre du jour, me réservant de prendre la parole sur ce sujet.

M. Aubert. — Vous pourriez le faire à la prochaine séance.

*
* *

TECHNIQUE OPÉRATOIRE DE L'OPÉRATION DITE « DE WERTHEIM ».

M. Albertin. — Grâce à l'énergique intervention de mon collègue et ami Auguste Pollosson, le traitement du cancer utérin au moyen de l'hystérectomie abdominale par le procédé de Wertheim a été remise à l'ordre du jour de la chirurgie française, qui avait quelque tendance à l'abandonner.

J'ai pratiqué un peu plus de cent opérations de ce genre, et il m'a paru opportun d'exposer avec quelques détails la technique que j'ai adoptée.

Cette opération laborieuse, difficile, peut être facilitée par la connaissance de petites manœuvres qu'on arrive à instituer à mesure qu'on fait un plus grand nombre d'opérations et que l'on se heurte à de multiples dfficultés.

J'ai divisé les manœuvres en temps, de façon à permettre de suivre les détails de l'intervention.

Premier temps. — Incision médiane de la paroi abdominale, mise en place de l'écarteur de Ricard. J'ai fait faire deux jeux de valves, un très large pour les malades obèses, et le cas est fréquent.

Le chirurgien se place le plus souvent à gauche de la malade. Pour toute laparotomie, je me place à droite par convenance

personnelle, et pour le « Wertheim » particulièrement, je trouve cette position plus commode.

Deuxième temps. — Préhension de l'utérus. Dégagement des annexes. Pincement, section et ligature des pédicules ovariens et ligaments ronds. La préhension de l'utérus n'est pas indifférente. Pour le cancer du col où le corps est dur, solide, la pince de Bouilly est commode; pour les cancers du corps ou ceux du col dans lesquels l'utérus est un véritable pyomètre à parois amincies, il faut donner la préférence à la pince en lyre qui n'entame pas la paroi et n'expose pas à l'issue de liquide sanieux à l'occasion de la préhension ou de la traction du corps utérin.

Après pincement et section des pédicules, il faut faire la ligature immédiate pour déblayer le champ opératoire des pinces qui l'encombrent.

Troisième temps. — Section aux ciseaux courbes sur le plat de la collerette péritonéale au voisinage de la vessie. Refoulement du péritoine et de la vessie avec tampon monté sur pince. En même temps qu'on refoule le péritoine et la face postérieure de la vessie, on facilite la manœuvre soit en sectionnant quelques brides, quelques fibres musculaires, soit en repoussant par la pointe mousse et convexe des ciseaux al vessie qui se reconnaît facilement par les fibres de sa musculeuse. On décolle ainsi la vessie jusque sur le vagin dans le prolongement de la face antérieure de l'utérus. Sur les côtés, le tampon monté refoule cornes vésicales et tissu cellulaire jusqu'à ce qu'on découvre des plexus vasculaires situés en dehors et au-dessous de l'insertion du vagin sur le col utérin.

Dans l'exécution de cette manœuvre, on voit souvent l'abouchement des uretères. On met une compresse en avant de l'utérus pour faire l'hémostase.

Quatrième temps. — Ligature des artères hypogastriques. Dédoublement des feuillets du ligament large. On ramène l'utérus en avant sur la compresse placée en travers et tamponnant les surfaces cruentées. L'index gauche est placé en avant du moignon de ligature de l'artère ovarienne et soulève l'angle formé par l'union des feuillets du ligament large. D'un coup de l'extrémité des ciseaux courbes fermés (utilisés toujours par moi en place de la sonde cannelée dont je ne me

sers jamais), le ligament large est dédoublé jusqu'au voisinage de la face postérieure de l'utérus. On trouve vite sous l'index gauche la bifurcation de l'iliaque qu'on dégage souvent par l'ablation de ganglions. On reconnait, isole et lie l'artère hypogastrique au niveau de l'origine des branches. Bien ménager la veine. Pendant cette manœuvre, on voit le plus souvent l'uretère en dedans de l'index gauche.

Cinquième temps. — Recherche et libération de la partie postérieure de l'uretère. Sous le feuillet postérieur du ligament, au-dessus de la ligature de l'hypogastrique, l'uretère est vite trouvé. Placer une pince pour tendre, étaler ce feuillet postérieur dont on décollera l'uretère. Soulever ce conduit pour le libérer complètement de façon à pouvoir le récliner plus tard en dehors. Cet isolement de l'uretère vous amène jusqu'à l'artère utérine.

Sixième temps. — Ligature de l'artère utérine à son origine et décroisement de l'artère et de l'uretère, dont on termine la libération dans le paramètre. — Dénuder l'artère utérine à son origine, placer une ligature au voisinage de l'hypogastrique, sectionner après avoir mis une pince sur le bout périphérique. Ramener ce bout périphérique avec tissu cellulaire, ganglions même, sur la face antérieure du col pour opérer le décroisement du vaisseau avec l'uretère situé au-dessous. On reprend alors l'uretère déjà isolé jusqu'au paramètre et on aborde le temps délicat de l'opération, la séparation de ce conduit de la gangue plus ou moins indurée qui l'enserre de toutes parts. On utilise les ciseaux courbes fermés maniés comme la sonde cannelée, la face convexe repose sur l'uretère, l'extrémité agit vigoureusement sur la voûte celluleuse qui recouvre le conduit. On enlève la partie supérieure de ce tunnel à parois quelquefois très dures et très épaisses dans certaines formes *scléreuses*, qu'on pourrait opposer à d'autres formes *œdémateuses*, où la gangue celluleuse infiltrée d'un peu de liquide séreux se laisse bien plus facilement cliver et déchirer.

On ne craint pas de déchirer le conduit, il reste au-dessous de l'instrument qui agit au-dessus de lui. On met à nu l'uretère sur tout son trajet et on le dégage alors assez facilement en le mobilisant, soit en dehors soit en dedans, en le soulevant, en sectionnant quelques brides se détachant de sa gaine.

Toutes ces manœuvres doivent être précises, sans brutalité, exécutées avec patience, par petits coups, lentement.

L'uretère étant libéré jusqu'à la vessie, on refoule encore le le point d'abouchement le plus bas possible avec la paroi vésicale pour que la section puisse porter bas, aussi bien en avant du vagin que sur les côtés.

Septième temps. — Section du péritoine postérieur (du feuillet postérieur du ligament large, du cul-de-sac de Douglas). Décollement du rectum, section des ligaments utéro-sacrés. — C'est le moment de placer les écarteurs de façon à récliner la vessie en avant, les uretères sur les parties latérales de l'excavation pour que la zone postérieure ne soit pas encombrée par les uretères.

L'utérus est attiré au dehors et ramené sur le pubis. La main gauche (l'opérateur est placé à droite de la malade) est mise à plat sur la face antérieure du rectum et l'attire en arrière de façon à faire remonter le cul-de-sac de Douglas le plus haut possible.

On sectionne facilement le feuillet postérieur du ligament large qui est tendu par cette manœuvre, on incise le cul-de-sac de Douglas au point de réflexion de la séreuse sur la face postérieure du col. L'extrémité des doigts de la main gauche effondre le tissu cellulaire pré-rectal en décollant la face antérieure du rectum aussi bas que possible. Il faut se méfier, à ce moment, qu'à ce niveau le rectum est convexe en avant (cap du rectum de Charpy) et qu'il faut décoller en avant sur la paroi postérieure du vagin pour éviter la déchirure de l'intestin. Ce décollement du rectum sera parfois prolongé assez bas pour que la section transversale du vagin ne l'atteigne pas. Cette manœuvre a dégagé les ligaments utéro-sacrés qui sont sectionnés alors que la main gauche aplatissant le rectum et le tirant en arrière, facilite la notion de la zone pararectale à ménager.

On libère ainsi la région postérieure, l'utérus, et le paramètre se détache de la zone rectale qu'on ne doit plus aborder.

Huitième temps. — Vérification de la mise en place des écarteurs antérieurs pour la vessie, latéraux pour les uretères. Fermeture du vagin au-dessus de la section à opérer par pinces de Goullioud ou pince en T. Ablation de l'utérus, du pa-

ramètre et de la partie supérieure du vagin. — On vérifie à nouveau que l'écarteur antérieur ramène bien la vessie et l'abouchement des uretères, de façon à ce que la ligne de section vaginale se présente nettement.

L'index vérifie que la zone vaginale soit libérée suffisamment bas de façon que la collerette vaginale attenante au col se termine par une zone de tissus sains. Les uretères réclinés dans la gouttière des écarteurs latéraux sont maintenus tout à fait sur la paroi verticale du bassin.

Avant d'arriver à l'ablation, il est bon, la pince vaginale étant en place, de faire pratiquer le nettoyage du vagin avec un tampon monté imbibé d'eau oxygénée.

Le bloc à enlever est saisi par la main gauche du chirurgien et fortement tiré en arrière. L'aide, qui tient l'écarteur latéral gauche de la main gauche, place la main droite à plat sur la face antérieure du rectum et l'aplatit en le tirant en arrière.

A l'aide de longs ciseaux courbés sur le plat on sectionne de droite à gauche le paramètre droit, le vagin au-dessous de la pince, le paramètre gauche.

Dans le cours de cette section, lorsqu'on arrive au vagin, si l'isolement n'est pas complet, il faut se méfier du rectum, inciser la paroi antérieure du vagin, puis la paroi postérieure.

La traction tend le tissu cellulaire prérectal et on évite le rectum en restant près de la section vaginale.

Dans le cours de cette section, on a du sang fourni par les plexus vaginaux, par des branches vésicales, des hémorroïdales moyennes, mais il est préférable d'achever rapidement la section et de tamponner le fond du bassin avec une volumineuse compresse de gaze pendant quelques instants.

Neuvième temps. — Hémostase. Drainage sous péritonéal par le vagin. On enlève la compresse, on place une pince tire-col sur la lèvre postérieure du vagin et on place des pinces longuettes sur les plexus latéraux du vagin, sur quelques troncs veineux. Il est rare qu'on ait affaire à des hémorragies en jet. Cet hémostase par pincement et ligature doit être faite soigneusement et patiemment. Lorsqu'on la croira complète, on pourra, en ramenant la malade dans la position horizontale, vérifier si cette nouvelle position ne provoque pas un nouvel écoulement sanguin.

L'hémostase faite, une pince introduite par le vagin vient

saisir une longue mèche de gaze dont la première partie traverse le vagin et le débarrasse des caillots et dont la seconde est utilisée pour capitonner la surface cruentée du fond du bassin, au-dessous des uretères.

Dixième temps. — *Péritonisation basse.* Il reste maintenant à réparer la brèche péritonéale faite au fond du bassin. On suture en surjet, au catgut, à partir de l'angle postérieur gauche, les deux lèvres de l'incision péritonéale depuis le pédicule de la ligature de l'ovarienne ; en avant, la collerette vésicale à bord concave est suturée au bord convexe du péritoine prérectal, au niveau de la ligne d'incision du Douglas. On reconstitue en quelque sorte le Douglas, le péritoine pré-rectal se continuant par le péritoine vésical.

Onzième temps. — *Fermeture de l'abdomen.*

En vous détaillant ce manuel opératoire qui, dans l'ensemble, n'a rien de personnel, qui ressemble beaucoup à celui décrit dans le *Précis de chirurgie de l'appareil génital de la femme* de Robert Proust, j'ai cru devoir souligner certaines manœuvres qui peuvent venir à l'aide du chirurgien dans certains temps difficiles de l'opération.

*
* *

GROS FIBROME NASO-PHARYNGIEN ENLEVÉ PAR LA RÉSECTION DU MAXILLAIRE SUPÉRIEUR.

M. Tixier. — Il est une affection qui semble disparaître des services de chirurgie : c'est le fibrome naso-pharyngien. Durant ces dernières années, de l'avis de mes collègues interrogés sur ce sujet, les cas se sont comptés. C'est sans doute parce que les spécialistes les reconnaissent de meilleure heure heure qu'autrefois, et par suite les enlèvent au début de leur évolution.

Le malade auquel j'ai enlevé ce matin cette grosse tumeur n'avait lui, jamais été soigné. Il descendait des hautes montagnes de l'Ardèche. Agé actuellement de 18 ans, il faisait remonter à trois ans environ le début de sa maladie. Cela avait été une gêne progressive de l'inspiration, bientôt suivie de

l'apparition de saignement de nez terribles. Plusieurs fois on avait trouvé le malheureux garçon étendu, baigné de sang, en syncope.

Sa tumeur pharyngienne lui donnait actuellement le masque caractéristique du fibrome naso-pharyngien. Sa face était asymétrique par l'envahissement de la narine droite et la tuméfaction considérable de la joue du même côté. Par l'orifice externe des fosses nasales, on apercevait un gros bourgeon rouge, recouvert de croûtes et de caillots desséchés. Le sinus était plein, car à la lampe il apparaissait complètement opaque. Pas de turgescence de l'œil ; rien dans les différentes fosses latérales du crâne. Au doigt, on percevait un cavum distendu par des séries de masses fibreuses ; le voile du palais était simplement refoulé en avant.

Ce cas relevait donc non plus des moyens habituels aux spécialistes, mais de l'action chirurgicale la plus large. Étant donné que le gros prolongement semblait occuper les fosses nasales, je pensais d'abord à l'enlever par l'abaissement du nez d'Ollier. Mais comme il fallait débarrasser aussi le sinus de son contenu, je songeais à utiliser le procédé inédit d'Ollier, qui n'est qu'un dérivé de son procédé habituel.

D'un côté, on prolonge sur la joue l'incision ordinaire de l'abaissement du nez, et d'un trait de scie, on sectionne non seulement les os propres du nez, mais encore la paroi antérieure du sinus maxillaire. Sur le cadavre, au laboratoire de médecine opératoire, j'essayai ce procédé ; il m'a paru donner peu de jour sur le cavum et exposer à la nécrose secondaire de l'écaille maxillaire conservé. Donc je me décidais à la résection du maxillaire supérieur.

J'avais l'intention, ainsi que l'a préconisé Létiévant, de conserver et nerf sous-orbitaire et l'os incisif.

J'ai opéré ce matin mon jeune malade : j'ai voulu, tandis qu'elle était encore fraîche, vous montrer sa tumeur. Elle pèse 80 grammes et est formée de deux gros prolongements principaux : l'un pour le sinus maxillaire, l'autre pour les fosses nasales. Sa base, nettement implantée sur l'apophyse basilaire, est constituée par du tissu fibreux nacré, résistant ; les parties périphériques, au contraire, sont beaucoup plus molles et plus télangiectasiques.

Quelques mots sur les détails opératoires. Je fis une première

incision sus-orbitaire, allais chercher le nerf à son origine et taillais un coin osseux aux ciseaux pour le relever avec mon lambeau. Il se produisit immédiatement une hémorragie formidable, car la paroi supéro-antérieure du sinus était très vascularisée. Aussi, au lieu de commencer par sectionner la branche orbito-malaire et la branche montante du maxillaire refoulée par le prolongement nasal de la tumeur, je taillais tout mon lambeau suivant l'incision de Liston. J'arrachais la canine et laissais l'os incisif : section antéro-postérieure de la voûte palatine et section transversale du voile du palais ; tamponnement postérieur pour empêcher le sang de tomber dans les voies respiratoires. Je revenais rapidement sur la face externe ; en dehors, section de l'apophyse malaire ; en dedans section de la branche montante. Au davier j'arrache le maxillaire supérieur : la tumeur, comme privée de son cadre, apparaît nettement dégagée. Je la saisis avec une forte pince de Museux et sectionne aux ciseaux courbes son insertion à l'apophyse basilaire.

Comme toujours, dans ce genre d'opération, l'hémorragie s'arrête dès que la tumeur est enlevée. Toilette de la région profonde : un petit tubercule fibreux filant le long de la paroi latérale droite du cavum est enlevé. Suture de l'incision de la joue sur un gros tampon.

Le malade est peu schoké : il a été endormi à l'éther après l'injection d'un centigramme de morphine dans le bras. La dernière partie de l'opération a été, comme toujours, exécutée alors que le malade était à moitié réveillé, mais dans une insensibilité quand même suffisante (1).

M. Villard. — La communication que vient de nous faire M. Tixier est très intéressante, surtout au point de vue de la méthode hardie qu'il a employée et qui mérite de retenir l'attention.

J'ai eu l'occasion d'observer un cas à peu près analogue en 1902, à l'hôpital Saint-Pothin chez un jeune homme qui avait déjà été opéré d'un polype naso-pharyngien par M. Rochet et qui avait eu une récidive ; il existait des hémorragies extrêmement répétées et graves, et une anémie très accentuée. Il fallait passer par le maxillaire, c'est ce que j'ai fait en utilisant toutefois un procédé plus économique que

(1) Les suites opératoires ont été parfaites (3 décembre), le malade est guéri.

celui de M. Tixier; je me demande si lui-même n'aurait pas pu y avoir recours, car il a enlevé à son malade la moitié de la mâchoire supérieure.

J'ai dans ce cas pratiqué la résection partielle du maxillaire supérieur en me contentant d'évider le sinus tout en conservant la voûte palatine et le plancher orbitaire. J'ai pu enlever aussi la tumeur, non sans que le malade cependant ait saigné effroyablement. Dans cette opération, il faut aller vite, plus on va vite, mieux cela vaut. Aussitôt que je suis arrivé sur la tumeur, je l'ai arrachée presque brutalement ; c'est ce qu'il faut faire, sans s'inquiéter des vaisseaux qui saignent abondamment de tous les côtés; car en introduisant deux gros tampons serrés à bloc dans le fond de la plaie, on est certain de voir ces phénomènes d'hémorragie se suspendre rapidement.

J'ai vu également un autre cas très grave opéré une première fois par M. Maurice Pollosson d'un polype très volumineux avec un état général tellement inquiétant que M. Pollosson avait cru devoir prévenir la famille que le malade pouvait succomber pendant l'intervention. Ce malade, revenu à l'Hôtel-Dieu avec une grosse récidive, saignant très abondamment, et bien qu'il n'y eût pas cliniquement de prolongement appréciable de la tumeur dans le sinus maxillaire, il existait une tuméfaction diffuse de la région zygomatique. Je passais dans ce cas-là, par les voies naturelles, après avoir mis en place deux drains de caoutchouc allant de la bouche à la partie antérieure des narines pour récliner le voile.

Le malade étant dans la position de Rose, j'ai pratiqué l'arrachement de la tumeur, et là encore, j'ai eu une très grosse hémorragie immédiate se manifestant par des jets de sang jaillissant par les narines. Là encore, l'hémostase a été facilement obtenue par un tamponnement serré du cavum.

Cette observation est en outre curieuse par ses suites, car ce malade revint deux ans plus tard avec de la tuméfaction de la fosse ptérygo-maxillaire, et les signes d'une récidive faciale, sans hémorragies nasales cependant. Il refusa une nouvelle opération, et je n'insistai pas, car il avait 19 ans. Je l'ai revu, il y a huit jours, et cette fois sa tumeur a complètement disparu, ayant subi la résorption spontanée.

M. Tixier. — Je comprends très bien la remarque de M. Villard quant à la possibilité de passer simplement à travers le sinus sans réséquer le maxillaire. Après avoir tenté l'opération de cette façon sur le cadavre, je m'étais rendu compte que le jour était insuffisant. Etant données les péripéties de mon intervention, je me félicite au contraire de m'être décidé à enlever le maxillaire supérieur.

Quant au fait curieux qu'a présenté son malade, antérieurement opéré par Maurice Pollosson, à savoir l'existence d'nn fibrome dans la joue, sous l'arcade zygomatique, il me rappelle des observations déjà

faites à ce sujet par M. Garel. Cet auteur signale dans son dernier ouvrage sur les maladies du nez, l'existence, chez deux jeunes gens ayant eu des fibromes naso-pharyngiens, de petits fibromes complètement indépendants du cavum et développés dans la joue. J'ai vu un de ces malades ; il avait une petile tumeur fibreuse sous l'os malaire et aucun signe de repullulation de sa tumeur pharyngienne Donc il est probable que sur le malade de M. Villard il s'agissait en dernier lieu d'un fibrome de la joue complètement indépendant de l'affection primitive naso-pharyngienne.

*
* *

MÉLANOSE DU SEIN.

M. Albertin présente une malade opérée de mélanose de la glande cutanée, et présentant des récidives multiples réparties sur les bras, le cou, le dos, la région fessière, qui lui paraissent justiciables de l'ablation.

Le Gérant, Dr Vallas.

Lyon. — Association Typographique, 12, rue de la Barre. — H. Gabrion, directeur.

Séance du 2 décembre 1909

Présidence de M. Aubert.

PERTE CONGÉNITALE DES MOUVEMENTS DE PRONATION ET DE SUPINATION.

M. Destot. — Nous vous présentons un homme de 23 ans, qui offre cette particularité d'avoir une ankylose complète des mouvements de supination du côté gauche, et une diminution considérable des mêmes mouvements du côté droit. Le malade, âgé de 23 ans, n'a jamais fait de maladie ; il déclare avoir toujours été comme il est. Il est sabotier de son métier, ce qui n'exige pas une grande dextérité.

On constate du côté gauche que la main est fixée en pronation extrême, que les deux styles radial et cubital sont au même niveau ; que l'angle de l'avant-bras avec le bras est exagéré et qu'on peut l'augmenter encore par flexion latérale de l'avant-bras sur le bras.

On ne sent pas la tête du radius à sa place ; la masse des muscles épicondyliens n'est pas soulevée par le relief de la tête de l'os. Par la palpation on sent en arrière, à côté de l'olécrâne et en dehors de lui, une espèce de saillie anormale que la radiographie démontre être la tête du radius. Du côté droit on n'a pas les mêmes symptômes, mais on constate que la main est maintenue en demi-pronation et que l'on ne peut obtenir la supination complète.

Les radiographies de face et de profil permettent de constater :

1° Du côté gauche, que le radius, très incurvé sur le profil vient s'accoler à l'olécrâne en passant en arrière du condyle. Sur la face prise en supination, l'ombre du radius se confond

avec celle du cubitus ; on ne voit pas d'espace interosseux. Le condyle est déshabité ;

2° Du côté droit, sur le profil, on ne voit rien de spécial, si ce n'est sur le cubitus, au-dessous de la coronoïde, une crête anormale faisant relief.

De face, la tête du radius est atrophiée et n'a pas de contact avec le cubitus ; en revanche, s'il n'existe pas de saillie pour l'insertion du biceps, on voit à ce niveau une projection d'une exostose du cubitus, comme si le biceps s'insérait sur cet os. Le radius est droit, son angle normal n'existe pas, et il est difficile de dire si de ce côté la limitation des mouvements est due à cette absence d'angulation du radius, à l'exostose du cubitus ou à une insertion anormale du biceps.

J'ai trouvé dans la collection du Dr Gallois, grâce à l'obligeance de M. Latarget, les squelettes des avants-bras d'une femme morte à l'âge de 28 ans, et qui présentait une perte double des mouvements de supination.

Ces pièces sont absolument semblables aux lésions que présente le bras gauche de notre malade et on peut ainsi expliquer parfaitement l'infirmité qu'il présente.

En effet, on voit sur les pièces les lésions suivantes : 1° le radius est soudé au cubitus dans toute son extrémité supérieure, mais la radiographie montre que les os soudés ne sont pas fusionnés. La tête radiale déformée, aplatie, d'avant en arrière, est luxée en arrière et en haut et vient jusqu'au niveau de la base du crochet olécranien.

Le radius est ainsi remonté, et les styles radial et cubital sont sur la même ligne horizontale. De ce fait, il existe en bas une déformation de l'extrémité inférieure du cubitus. L'articulation radio-cubitale inferieure est libre.

Si on met les os en position, on voit que le radius vient directement d'arrière en avant et se place dans le plan sagittal, si bien que l'espace interosseux disparaît totalement lorsqu'on place le bras en supination, c'est-à-dire que sur la plaque radiographique le plan de l'espace interosseux est perpendiculaire à la plaque.

En résumé, la lésion est avant tout constituée par une luxation en haut et en arrière de la tête du radius avec fixation en pronation forcée. Il existe des crêtes d'empreintes sur le cubitus comme si le biceps s'était inséré sur cet os.

La dissection de la pièce n'a pas été faite d'une façon soigneuse... et les os présentés ont été une trouvaille de laboratoire ; il est dommage qu'on ait pas eu sur ce point un protocole d'autopsie indiquant l'état des muscles.

Cette disposition osseuse rappelle celle de certains animaux privés du mouvement de pronation et de supination, et il nous a semblé intéressant de montrer à la fois un sujet vivant et un squelette présentant la même difformité. Comme le sujet s'accommode de son état, la question d'intervention ne se pose pas. L'examen du squelette d'ailleurs montre les difficultés d'une opération.

* * *

THYROÏDECTOMIE SUBTOTALE POUR CANCER THYROÏDIEN ; SUSPENSION DE LA TRACHÉE ; ABSENCE DE MYXŒDÈME POST-OPÉRATOIRE.

M. Bérard. — Depuis trois ans, j'ai présenté déjà une douzaine de malades opérés pour diverses formes de cancers thyroïdiens, qui avaient échappé aux risques de l'intervention, parce que je n'avais pas cherché de parti pris et malgré tout à me tenir en dehors des tissus envahis par la tumeur, ou suspects de l'être. Chez plusieurs de ces malades, malgré une ablation sûrement incomplète de l'organe néoplasique, malgré un diagnostic histologique d'épithélioma atypique, non seulement le soulagement avait été immédiat, mais chez quelques-uns d'entre eux la survie avait dépassé plusieurs mois ; j'ai amené ici même l'un d'eux, qui est encore vivant au bout de trois ans.

Le cas que je désire vous soumettre aujourd'hui présente comme caractères spéciaux : la marche aiguë de la tumeur, sa disposition en collier autour de la trachée avec refoulement du récurrent droit en avant d'elle, le ramollissement total du conduit aérien, qui dut être suspendu au muscle sterno-mastoïdien pour éviter son affaissement après l'ablation du cancer, enfin, le fait curieux que la seule persistance de débris thyroïdiens minimes au voisinage des pédicules vasculaires gauches, a suffi pour prévenir l'apparition du myxœdème post-opératoire.

Obs. — Le malade, âgé de 45 ans, employé à l'École vétérinaire, avait été soumis à notre examen au début du mois de novembre, par M. le Dr Bianchi, médecin de l'École, à cause de l'accroissement très rapide d'un goitre dont il était porteur depuis de longues années. C'est au mois d'août que la tumeur, à peine visible jusque-là, avait commencé sa poussée, pour atteindre en trois mois le volume du poing Il n'y avait encore que peu de troubles fonctionnels, consistant en légère dysphagie et en dyspnée d'effortaise, en raucité de la voix par parésie du récurrent droit, enfin en irradiations douloureuses vers la nuque.

La tumeur médiane très dure, mal limitée latéralement, masquait totalement la trachée et la moitié inférieure du pharynx ; elle semblait plonger dans le médiastin, à en juger par sa fixité ; le paquet vasculo-nerveux droit était recouvert par elle, le gauche repoussé en dehors. Pas de ganglions nets.

Bien qu'une ablation complète nous parût presque impossible à tenter, je décidai néanmoins de l'opérer pour dégager les voies respiratoires avant une menace d'asphyxie grave. L'intervention eut lieu il y a quinze jours.

Une longue incision en collerette avec section transversale des sterno-mastoïdiens, complète à droite, partielle à gauche, me conduisit sur les muscles sous-hyoïdiens déjà adhérents à la tumeur ; il fallut les réséquer en partie avec elle. Puis commença tantôt la dissection, tantôt le décollement très pénible de la masse, dont les pédicules vasculaires n'étaient pas directement accessibles. A gauche, une lame thyroïdienne paraissant saine au voisinage du pôle supérieur fut laissée adhérente à l'artère sur une lougueur de 2 centimètres et une épaisseur de 5 millimètres à peine. Le pôle inférieur, engagé de deux travers de doigt, au-dessous de la fourchette sternale, ne put être libéré qu'après de multiples ligatures de pédicules vasculaires. A droite, l'artère thyroïdienne inférieure, refoulée en dehors et en arrière, put être liée loin de la tumeur, et celle-ci suivie de très près jusqu'au sillon trachéo-œsophagien, où l'on n'aperçut pas le récurrent. Un prolongement en croisant s'insinuait de ce côté entre la trachée et l'œsophage ; il nécessita une dissection des plus minutieuses, au cours de laquelle la tunique musculeuse de celui-ci dut être éraflée par places. La trachée, complètement enfouie sous le néoplasme, fut libérée au ciseau, très péniblement ; on dut même laisser adhérer à quelques anneaux une mince lame de tissus lardacés suspects pour éviter de l'ouvrir. Malgré cette précaution, dès que la tumeur eut été extirpée la trachée, réduite à un ruban flasque, s'affaissait à chaque inspiration sans que le passage de l'air fût supprimé. Quelques points de suture au catgut permirent de la suspendre au muscle sterno-mastoïdien lui-même rétabli dans sa continuité. Suture avec drainage médian.

L'opération avait été pratiquée sous anesthésie très légère à l'éther ;

dès le réveil du blessé, sa voix enrouée vint nous confirmer que le récurrent droit avait dû être sacrifié. Nous avons alors examiné la tumeur, constituée par une masse blanchâtre très dense ; et sous plusieurs lames fibreuses qui l'enserraient étroitement en avant, nous avons pu dégager le récurrent droit, qui avait été peu à peu refoulé en dehors, puis en avant, par la corne du néoplasique insinuée entre la trachée et l'œsophage. La photographie ci-jointe montre qu'une épaisseur de 2 centimètres du cancer séparait le récurrent du sillon trachéo-œsophagien et l'écartait également du pédicule de l'artère thyroïdienne inférieure.

L'examen histologique, pratiqué par M. Alamartine, a conclu à un épithélioma thyroïde, atypique, formé d'éléments embryonnaires épais dans un stroma fibreux.

Les suites immédiates de cette intervention ont été des plus simples ; ainsi que vous le voyez, la cicatrisation de la plaie est actuellement terminée. Comme pronostic à longue échéance, nous faisons toutes les réserves, car certainement les débris de tumeur ont été laissés dans les tissus avoisinants, sur la trachée notamment. C'est de parti pris que nous n'avons pas tenté une extirpation plus complète qui eût été extrêmement grave, non seulement à cause du voisinage des gros vaisseaux du médiastin, mais parce qu'il aurait réséquer partiellement la trachée et la laisser ouverte ; or, la trachéotomie dans le cancer thyroïdien donne 75 pour 100 de mortalité daus les trois jours. De plus, comme je le disais au début, même avec un diagnostic histologique de tumeur maligne, les récidives ne sont pas toujours rapides ; elles ne sont pas constantes. Enfin, je fais observer que le seul fait d'avoir gardé une portion minime de la glande a prévenu l'apparition du myxœdème, à moins que ce soit la sécrétion même des cellules néoplasiques subsistantes qui ait servi de suppléance, ainsi qu'Eiselsberg a eu déjà l'occasion de le remarquer.

Je ne reviendrais pas sur la suspension de la trachée très ramollie, pour éviter l'affaissement qui se produit d'ordinaire dans les quarante-huit premières heures. Il y a trois ans, M. Jouffray a présenté un de mes opérés, chez lequel j'avais eu déjà recours au même artifice avec plein succès.

Reste le détail relatif au récurrent droit, rejeté par la tumeur très loin en avant du sillon trachéo-œsophagien où l'on doit le trouver normalement. Dans ma thèse, j'avais signalé déjà

quelques cas analogues, tous relatifs au récurrent droit ; car celui-ci, décrivant sa courbe autour de la crosse de la sous-clavière droite, se trouve déjà de ce fait sur un plan plus antérieur que le récurrent gauche ramené en arrière par la crosse de l'aorte. De par cette disposition anatomique, le récurrent droit doit être cherché de préférence en avant de l'artère thyroïdienne inférieure ; il peut se trouver à quelque distance du sillon trachéo-œsophagien. Mais pour qu'il soit, comme ici, luxé si loin de sa situation normale, il faut que le bord postérieur du lobe néoplasique, en s'insinuant sur la trachée et le conduit alimentaire, écarte progressivement le nerf qui finit par entourer sa face antérieure. Cette disposition est rare ; elle rend la section du nerf inévitable lorsqu'il est inclus, comme chez ce malade, dans les tissus adhérents à la tumeur qui les a englobés. En vue de prévenir cette section dans les goitres bénins qui pourraient avoir refoulé le récurrent loin des repères fournis par l'artère thyroïdienne inférieure et le bord trachéal, A. Reverdin avait conseillé depuis longtemps de tenir les malades éveillés et de les faire parler, de façon que la moindre modification de la voix accusât l'excitation du nerf dénudé ou tiraillé.

*
* *

DE L'HYSTÉRECTOMIE EN VASE CLOS, SPÉCIALEMENT DANS LE CANCER UTÉRIN.

M. Goullioud. — Depuis les publications de Wertheim, les travaux sur l'hystérectomie abdominale pour cancer ont été si nombreux et accompagnés de statistiques si riches, qu'on a quelque pudeur à parler ou à écrire sur ce sujet, quand on a de plus modestes documents à sa disposition. J'ai eu particulièrement cette impression après la lecture des travaux de M. le professeur Auguste Pollosson, travaux si riches en science bibliographique et en expérience personnelle.

Cependant, depuis longtemps, je désirais exposer ma manière de faire un peu spéciale. La communication de M. Albertin, à la séance de la Société de Chirurgie de Lyon du 25 novembre, m'a fourni l'occasion de parler de l'hystérectomie abdominale pour cancer. Cette communication limitait la ques-

tion à la technique opératoire, et il peut y avoir un intérêt réel à ce que chacun de nous apporte le concours de son expérience. C'est donc simplement l'exposé de ma manière personnelle de pratiquer l'hystérectomie que je veux faire ici.

Dès 1896, en effet, je proposai, au Congrès Français de Chirurgie, un procédé d'hystérectomie abdominale totale qui était absolument nouveau.

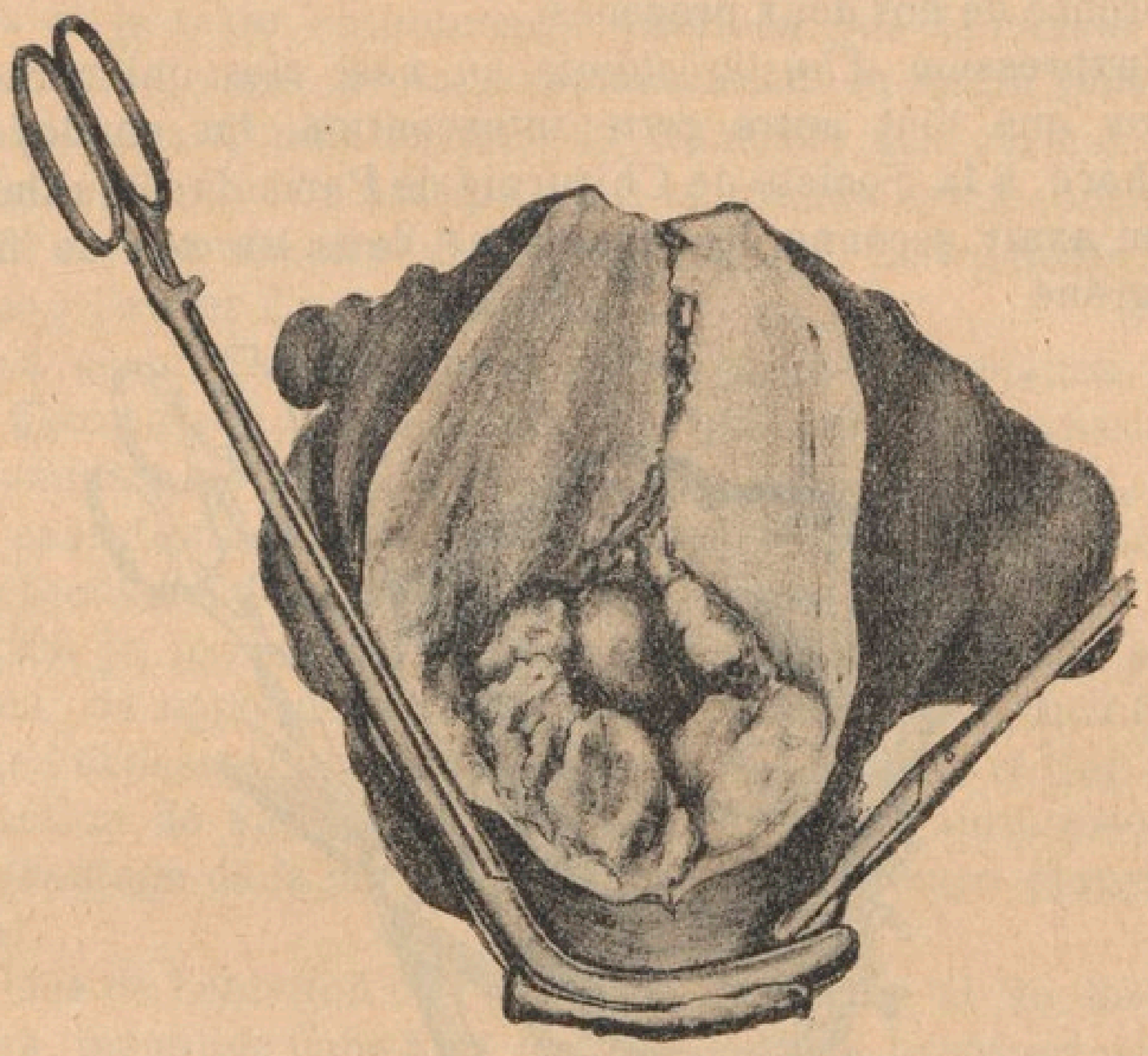


Fig 1. — Hystérectomie en vase clos pour fibrome dégénéré.

Je l'employais pour toute hystérectomie, spécialement pour les fibromes; les dessins qui le schématisent se rapportent donc à des hystérectomies pour fibromes, et la disposition de la coupe des tissus sur les côtés du vagin correspond à une section de celui-ci juste au-dessous du col.

Ce procédé, que j'emploie dans toute hystérectomie abdominale totale, est particulièrement indiqué dans les utérus infectés.

Il convenait à merveille pour l'hystérectomie abdominale pour cancer, puisqu'il permettait d'enlever celui-ci absolument en vase clos : c'est d'ailleurs un des points de la technique proposée par Wertheim.

Mon procédé fut reproduit dans le *Précis de technique opératoire*, par les prosecteurs de la Faculté de Paris, dans le volume sur la *Chirurgie de l'appareil génital de la femme*, écrit par Robert Proust; reproduit également dans la *Chirurgie de l'utérus*, de Henry Delagénière, et enfin dans la *Technique opératoire*, de Monod et Vanverts. On ajoute quelquefois à mon nom celui de Durante, pour la seule raison que son nom était cité dans mon mémoire de 1896, où je faisais ressortir la différence de nos deux procédés.

L'expression d'*hystérectomie en vase clos*, qui caractérise mieux que tout autre cette intervention, fut employée par Rochard, à la Société de Chirurgie de Paris du 20 juillet 1904. Il en avait reconnu les avantages dans un cas de fibrome gangréné.

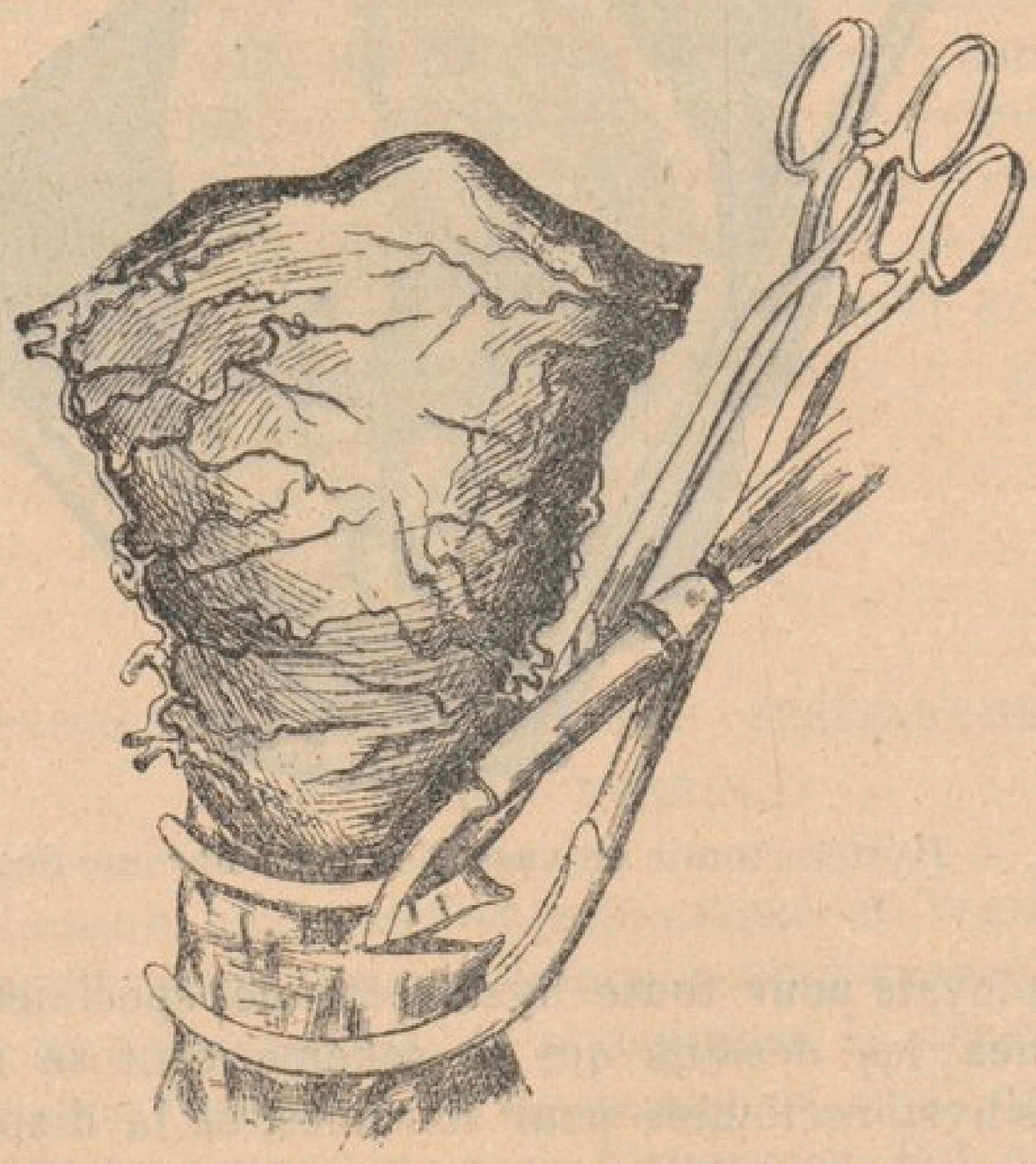


Fig. 2. — Section du vagin au thermocautère, procédé primitif de 1896.

Mon procédé de 1896 consistait en la section du vagin, au thermocautère coudé, entre deux pinces longuettes courbes, après que l'utérus avait été libéré par la ligature de tous ses ligaments. On empêchait ainsi d'une façon absolue l'écoulement sur le champ opératoire pelvien de tout liquide de pro-

venance utérine ou vaginale. On arrivait ainsi à détacher l'utérus en vase clos sans le secours d'aucun autre instrument que la lame rougie du thermocautère. C'était réaliser une ablation aseptique d'un utérus même infecté. La plupart des chirurgiens se contentaient de bien isoler leur champ opératoire avec des compresses, avant d'ouvrir le vagin avec des ciseaux. Il faut d'ailleurs reconnaître que ces précautions sont le plus souvent suffisantes.

J'étais et je reste absolument convaincu que le danger de l'hystérectomie vient de la communication du vagin avec la cavité abdominale, mais surtout du transport des germes de provenance vaginale ou utérine dans la grande cavité péritonéale par l'intermédiaire des doigts ou des instruments : je cherchais à l'éviter d'une façon absolue.

Grâce à ce procédé que nous utilisons pour l'ablation de l'utérus fibromateux, nous étions tout préparé à l'hystérectomie abdominale pour cancer. Celle-ci, en effet, ne fut pas, au début, l'opération aussi parfaitement réglée et aussi complète qu'est actuellement l'opération de Wertheim.

Dès 1900 je commençai à enlever l'utérus cancéreux par l'abdomen, en appliquant mon procédé quelque peu modifié, comme je l'exposerai plus loin. J'y suis resté fidèle, et j'ai eu la satisfaction de voir M. Albertin et M. J.-L. Faure reconnaître l'avantage de la pince qui réalise la fermeture étanche du vagin.

Cette idée de l'ablation de l'utérus en vase clos, et au thermocautère, me guide dans tous les temps d'une hystérectomie abdominale.

Technique opératoire, toilette opératoire. — Grâce à cette idée directrice, je puis me dispenser d'un premier temps opératoire vaginal, d'exérèse ou de destruction partielle du cancer. Faite la veille ou l'avant-veille de l'opération principale, elle a le grave inconvénient d'ouvrir, en plein milieu infecté, des voies d'absorption veineuses et lymphatiques, et de faire opérer des malades ayant quelques dixièmes de température. Il est difficile d'apprécier si la nocivité de ces manœuvres existe réellement, quand le raclage vaginal du cancer précède immédiatement l'intervention abdominale. Toujours est-il que c'est une complication opératoire.

Je me contente donc d'une simple toilette vaginale faite par

une infirmière, très soigneusement au savon d'abord, au sublimé faible ensuite ; tout disposé d'ailleurs à recourir à quelque autre antiseptique plus efficace ou plus à la mode. Il faut recommander que cette toilette soit aussi peu traumatisante que possible et fasse saigner la tumeur le moins qu'il se pourra.

Opération abdominale, incision de la paroi. — Malgré le chaud plaidoyer de M. Pollosson pour l'incision de Pfannenstiel, je suis resté fidèle, pour cette opération, à l'incision médiane, plus rapide et plus familière. Je la fais d'ailleurs remonter d'emblée au-dessus de l'ombilic. Je me sers généralement de la valve sus-pubienne de Doyen avec points d'appui latéraux.

Section et ligature des vaisseaux utéro-ovariens et des ligaments ronds. — Je perfore en général avec un instrument mousse l'espace avasculaire du ligament large, ce qui permet immédiatement de faire un pédicule sur les vaisseaux utéro-ovariens, en dehors des annexes. Je veux signaler ici un accident qui m'est arrivé une fois, après de bien nombreuses hystérectomies, et malgré la hantise constante de l'uretère. En constituant, ainsi que je viens de le dire, le pédicule des vaisseaux utéro-ovariens du côté gauche, je soulevai avec eux l'uretère, probablement adhérent, sans m'en rendre compte, et en fis la section à ce niveau élevé. Pareil accident est arrivé à d'autres chirurgiens. Je sectionne ensuite les ligaments ronds. Les ligatures sont faites aussitôt.

Décollement de la vessie. — J'amorce tout au moins ce décollement dès ce moment ou même plutôt, si je crains de rencontrer une vessie trop adhérente au néoplasme.

C'est en se tenant contre la paroi vésicale qu'il faut isoler celle-ci : on laisse souvent ainsi une partie de la couche musculaire de cet organe adhérente à l'utérus. Il ne m'est arrivé qu'une fois de faire de propos délibéré une résection urétéro-vésicale, sans tentative de restauration, en acceptant d'emblée l'idée d'une fistule. Il s'agissait d'un noyau cancéreux isolé dans le paramétrium, avec des douleurs vives, et cependant avec des lésions paraissant susceptibles d'une ablation suffisante.

Ligatures de l'hypogastrique et de l'utérine. — C'est en général par la plaie qui résulte de la dechirure de l'espace avasculaire du ligament large et de la constitution du pédicule

de l'utéro-ovarienne que nous arrivons sur l'hypogastrique, près de l'angle de bifurcation de l'hypogastrique et de l'iliaque externe. Cette ligature n'est peut-être pas très utile, mais nous la faisons volontiers, elle est des plus faciles, et doit faciliter, semble-t-il, l'hémostase des artérioles. Dès 1901, nous avons inspiré à notre interne, M. Gaillardon, une thèse sur la ligature de cette artère en gynécologie. Cette ligature est-elle rendue difficile par une circonstance quelconque, nous y renonçons, mais le fait est rare.

Un de ses grands avantages est de mettre à nu l'uretère, avec lequel nous prenons immédiatement contact, sans avoir pour ainsi dire à le rechercher. C'est aussi à l'angle de bifurcation des deux branches de l'iliaque primitive que l'on trouve les plus volumineux ganglions.

Nous devons signaler un accident qui nous est arrivé une fois, au cours de cette facile ligature, la blessure de la veine hypogastrique. Celle-ci fut grave, parce que nous l'avons liée, péniblement d'ailleurs, et qu'il est résulté de cette ligature une grande gêne dans le retour du sang veineux dans la moitié correspondante du bassin ; d'où un suintement par toutes les veinules ouvertes, et une hémostase presque impossible.

Si pareil accident nous arrivait de nouveau, ce n'est pas la ligature de la veine hypogastrique que nous ferions, mais la suture longitudinale de la plaie de sa paroi. Pour faciliter celle-ci, nous ferions d'abord la résection de quelques centimètres de l'artère hypogastique.

Une fois nous avons réalisé cette résection, parce que le tronc était adhérent à un gros ganglion. L'artère vient avec l'origine de ses principales branches emergentes, appendues à son tronc. Cette résection serait peut-être un mode facile et élégant d'hémostases pelviennes, mais notre expérience est trop limitée pour que nous puissions la conseiller.

La ligature de l'utérine se fait en dehors de l'uretère ou près de son croisement. C'est dans le tissu cellulaire qui l'entoure que nous avons trouvé le plus souvent de petits ganglions suspects ; c'est dire avec quel soin il doit être enlevé.

Dissection de l'uretère. — L'uretère qui a été aperçu près de la bifurcation de l'iliaque primitive, suivi et disséqué au moment où il croise l'utérine, est isolé avec un soin plus particulier dans la région où il avoisine le col uterin et où il pénètre

sous la vessie avant de pénétrer dans l'épaisseur de la paroi. Nous n'avons rien de spécial à dire de ce temps opératoire si bien étudié par Wertheim. C'est ce contact de l'uretère avec le col utérin qui est l'obstactacle habituel à l'exérèse suffisante du cancer utérin, quand il est déjà avancé dans son développement.

A signaler la nécessité fréquente de ligatures, soit veineuses, soit même artérielles, à l'angle supéro-externe de la vessie, près du point où l'uretère pénètre sous celui-ci.

Recherche et ablation des ganglions. — C'est le moment de parler de la recherche et de l'ablation des ganglions lymphatique. Sans doute on aura pu l'amorcer, avant même de pratiquer la ligature de l'uterine.

Les ganglions que nous avons eu l'occasion d'enlever au cours de l'hystérectomie pour cancer, ont été, suivant les cas, ou bien satellite de l'artère utérine et enlevés avec le tissu cellulaire qui entoure cette artère, ou bien ils ont été trouvés plaqués contre la paroi pelvienne, remontant le long de l'hypogastrique jusqu'à la naissance de celle-ci ou même au-dessus, descendant aussi dans la direction de l'origine inguinale du ligament rond. Ce sont ces ganglions qui sont le point de départ des douleurs irradiées aux régions fessières et crurales, indiquant un envahissement des nerfs du plexus sacré.

Devant ces ganglions, nous sommes quelquefois perplexes. Sont-ils libres dans le tissu cellulaire ? Il n'y a pas à hésiter à en faire l'ablation, mais s'ils sont plaqués sur les vaisseaux, adhérents aux veines hypogastrique ou iliaque externe, nous nous demandons s'il y a réellement utilité à en faire l'ablation. Ne hâte-t-on pas ainsi quelquefois la diffusion du néoplasme ? Pareil problème se pose d'ailleurs dans les tumeurs du sein, à propos des ganglions axillaires. L'espoir de la guérison durable est dans l'ablation large de ces ganglions, mais avant qu'ils ne soient fixés et adhérents aux vaisseaux.

Isolement du vagin. — Il faut prolonger la dénudation du vagin sur plusieurs centimètres sur ses faces antérieure, postérieure et latérales. En avant, on achève de décoller la vessie ; en arrière, c'est sur le gros intestin plutôt que dans le Douglas même que nous sectionnons la séreuse péritonéale. Nous nous efforçons d'isoler le rectum, en laissant le paramétrium posté-

rieur adhérent à l'utérus. Presque toujours il faut lier quelques artères hémorroïdales.

C'est pendant ce temps de dénudation de la face postérieure du vagin que nous coupons, le plus profondément possible, le ligament utéro-sacré, pendant qu'un aide tire l'utérus en avant.

Sur les parois latérales du vagin, nous cherchons, pour bien libérer celui-ci, à faire des pédicules profonds sur les artères vaginales.

Ce n'est que dans l'hystérectomie par fibrome ou par cancer du corps que l'on peut recourir à ce que nous appelons communément la *ligature du bouquet des vaginales*. Dans ces cas de section haute du vagin, on trouve entre la paroi latérale du vagin et la ligature de l'utérine un petit triangle d'où émergent plusieurs artérioles que nous nous efforçons à lier avec un seul fil, passé avec une aiguille de Reverdin, au ras du vagin, sans pénétrer dans sa cavité, et qui lie en bloc toutes ces branches vaginales, pincées préalablement avec des pinces longuettes pour mieux assurer la prise du fil. En général, cette ligature faite à droite et à gauche, suffit à assurer complètement l'hémostase de la tranche de section du vagin, même sur sa lèvre postérieure. Dans l'opération du cancer, c'est, nous le répétons, à un niveau bien plus profond qu'il faut descendre le long du vagin.

Pincement du vagin. — Nous poussons très loin cette dénudation du vagin pour pouvoir mettre facilement bien au-dessous du col cancéreux, notre pince courbe vaginale. Elle doit en effet être placée assez bas pour que les limites du cancer soient dépassées largement et que les deux faces antérieure et postérieure du vagin s'appliquent aisément l'un à l'autre.

Notre pince, mise en travers sur le vagin, ferme d'une façon absolue la cavité vaginale. Pour prévenir le glissement possible de l'extrémité libre des mors, cependant solides, nous appliquons au-dessous une pince coudée de Wertheim ou la pince utérine de J.-L. Faure.

Pour bien apliquer notre pince, il faut une dénudation parfaite du vagin, soit en avant, soit en arrière, soit sur les côtés. On ne saurait donc objecter qu'elle soit une cause de moindre exérèse vaginale. Elle fournit d'ailleurs une sorte de point d'appui pour attirer et fixer le vagin au moment de sa section.

Nous l'appliquons facilement même dans les cas où le dôme vaginal doit envelopper au-dessus d'elle un gros fongus polypiforme du col. C'est plutôt dans les cas de vagin très court, rétracté, chez des vieilles femmes, que son application peut être difficile. C'est alors l'hystérectomie abdomino-vaginale qu'il faut pratiquer ; mais le cas est absolument rare et exceptionnel.

Nous avons actuellement renoncé à la seconde pince vaginale que nous mettions jadis, et qui pouvait gêner, pour une exérèse profonde du vagin.

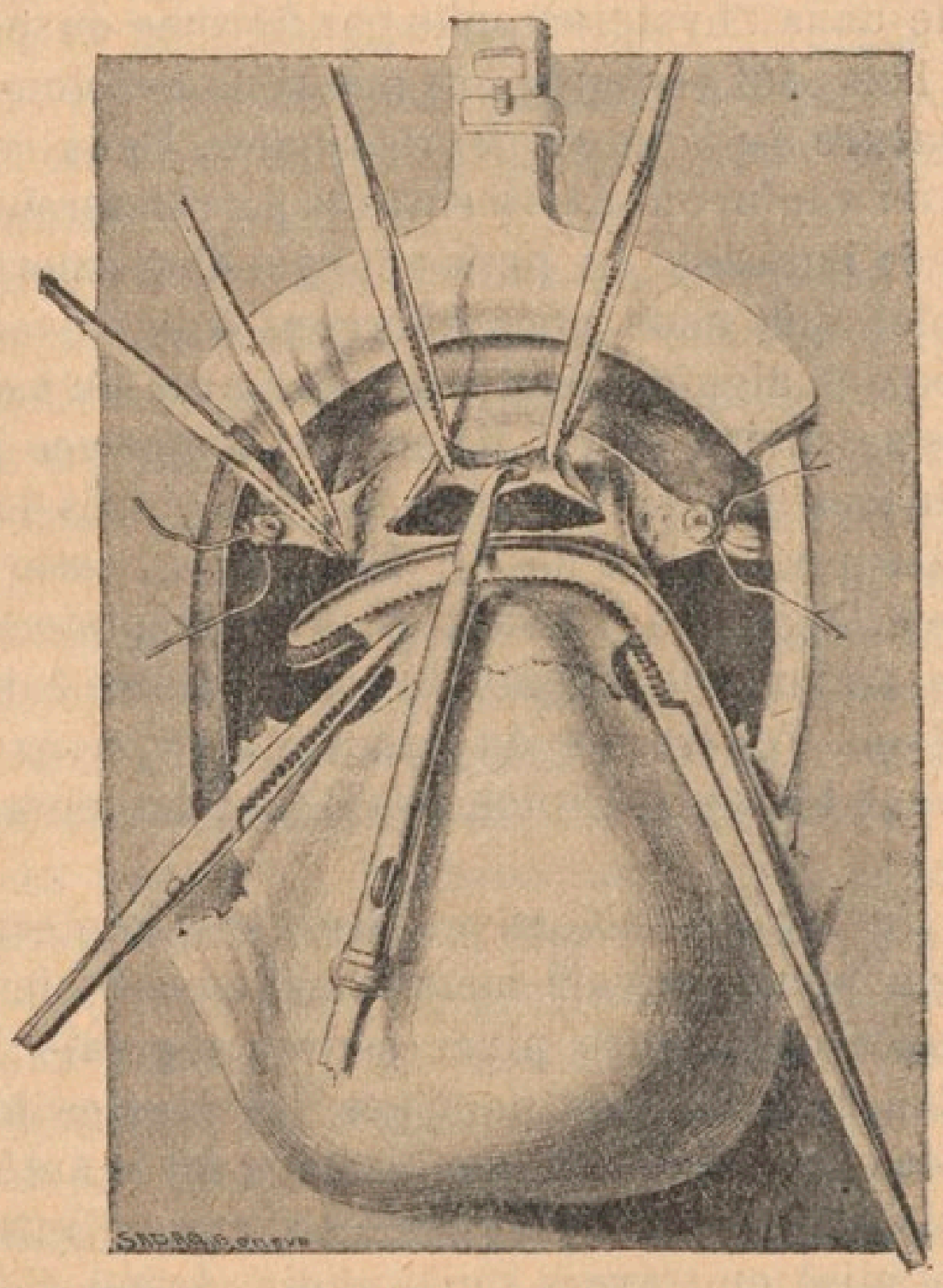


Fig. 3. — Procédé actuel. Section et cautérisation superficielle du vagin.

Il est très important, pour que, au moment de la section de celui-ci, il n'y ait pas un reflux des liquides retenus dans la cavité vaginale et exprimés de l'utérus pendant les manœuvres précédentes, il est très important, il est indispensable de faire à ce moment une *nouvelle toilette de ce qui reste du vagin* au-dessous de la pince. Notre table de Trendelenburg présente une large fenêtre mobile au niveau du siège de la malade, ce

qui permet à un aide, sans qu'on change la position de la malade inclinée en position déclive, de passer dans le vagin plusieurs tampons, soit secs, soit imbibés d'éther Il nous est même arrivé dernièrement d'en faire passer un dernier imbibé de teinture d'iode.

Section du vagin au thermocautère coudé. — Cette toilette vaginale terminée, le bassin bien protégé par des compresses, la vessie relevée par une longue valve carrée ou mieux par la valve vésicale de M. A. Pollosson, nous ouvrons le vagin, au-dessous de notre pince occlusive, avec la lame coudée du thermocautère. Pas une goutte de liquide n'apparaît; quelquefois des vapeurs d'éther restées dans le vagin s'enflamment au contact du thermo, sans faire de brûlure sérieuse. Cependant, un aide saisit la muqueuse vaginale avec des pinces longuettes de Kocher, à mesure que l'on sectionne le vagin. En même temps que l'on pratique cette section, on peut, avec la lame du thermocautère, posée à plat, cautériser superficiellement la muqueuse vaginale sur 8 ou 10 millimètres. Un ou deux tampons de gaze sont introduits dans la cavité vaginale et refoulés avec une pince ou avec la lame du thermo. Une mèche de drainage vagino-sous-péritonéale est aussitôt introduite à la suite des tampons. Une compresse propre recouvre son extrémité péritonéale, pendant qu'on termine la toilette du bassin.

Il ne reste plus qu'à péritoniser.

Péritonisation. — Il nous arrive souvent de faire de chaque côté un petit surjet pelvien latéral de protection de l'uretère, qui isole en partie celui-ci des mèches de drainage, indépendamment du grand surjet de péritonisation.

Quant à celui-ci, nous le faisons avec le côlon pelvien, ayant soin de mettre un premier point médian vésico-intestinal, d'où partent deux surjets allant à droite et à gauche, pour limiter le froncement du côlon, bien que nous n'ayons jamais observé de gêne dans le fonctionnement ultérieur du gros intestin suturé.

Pour nous, ce surjet de péritonisation qui isole le champ opératoire cruenté de la grande séreuse doit être étanche, et nous croyons que si un suintement sanguin se produit au-dessous du surjet, et si le sang filtre entre les points du surjet péritonéal, il peut y avoir là, dans quelques cas, une cause de péritonite. Aussi nous arrive-t-il, pour être sûr d'avcir un surjet étanche, de faite ce surjet double (aller et retour), quand nous

redoutons un suintement pelvien un peu fort ou des causes d'infection de celui-ci.

Un drain abdominal peut, exceptionnellement, en même occurence, être indiqué.

Nous procédons enfin à la réfection de la paroi, en trois plans d'habitude en un plan s'il y a indication spéciale à gagner du temps.

Généralement, nous ne touchons plus nos opérés avant le dixième jour. Ce jour là, nous enlevons les fils de la suture cutanée et les mèches de drainage vaginal. Les soins post-opératoires se bornent le plus souvent à cet unique pansement,

On nous excusera d'être entré dans de si minimes détails, et d'insister encore sur quelques points. Rien ne presse au cours d'une hystérectomie d'enlever l'utérus et la tumeur. Pour assurer l'asepsie de cette ablation, nous croyons qu'il y a intérêt à ce que la dissection du parametrium et les ganglions soit terminée, et que l'hémostase soit achevée, avant que l'on ouvre le vagin.

Ni les doigts, ni les instruments ne doivent avoir de contact avec le cancer ou le vagin, et tout instrument suspect doit être mis de côté.

Dans les opérations aussi complexes qu'un Wertheim ou qu'une amputation abdomino-périnéale du rectum où les temps aseptiques et septiques ou suspects alternent, un aide spécialement chargé de ne fournir que des instruments propres et les fils sûrement aseptiques, qui n'a aucun contact avec les instruments qui ont servi au cours de l'opération, nous paraît donner une grande sécurité et assurer une simplification considérable au point de vue de l'asepsie des instruments. Ncus sommes toujours surpris de voir prendre à la fin d'une laparotomie des instruments dans le même plateau où les mains en avaient déjà pris dans un temps d'une asepsie douteuse.

Qu'il nous soit permis de terminer par notre profession de foi, touchant la question du choix entre la voie vaginale et la voie abdominale.

De loin en loin, nous pratiquons encore une hystérectomie vaginale, quand il s'agit, par exemple, d'enlever à une vieille femme un petit utérus, plus ou moins procident, que des pertes rouges tardives font soupçonner atteints d'une dégénérescence de la muqueuse de la cavité.

Nous n'oublions pas les succès très certains, durables, persistants encore, de quelques hystérectomies vaginales pour cancer dans des cas exceptionnellement favorables.

Le 18 mars 1891, nous avions présenté à la Société de Médecine de Lyon nos six premiers cas d'hystérectomie pour cancer du col, avec les pièces. Onze ans après, en 1902, à la même Société, nous avons représenté, exemptes de récidive, deux de ces opérées, et aussi une femme qui avait subi à la même époque une hystérectomie vaginale pour cancer du corps. Ces cas, des plus favorables, il est vrai, montrent après bien d'autres, la possibilité d'une bonne opération par voie vaginale, quand les lésions sont au début. Mais il en est très rarement ainsi malheureusement.

Aussi, sommes-nous convaincu, par notre expérience personnelle, par un certain nombre de faits bien précis de cas inopérables par le vagin, opérés par l'abdomen, et restés sans récidive depuis cinq ans et plus, de la supériorité de l'hystérectomie abdominale dans le cancer utérin. Aussi est-ce à elle que nous nous adressons, nous pouvons dire, toujours.

M. Tixier. — J'ai écouté avec un très vif intérêt la communication de M. Albertin. Sa description de l'opération de Wertheim est très vivante parce que très vécue. Quelques points de technique me semblent cependant pouvoir être discutés.

Il est bien entendu que nous parlons uniquement ici du traitement du cancer du col de l'utérus par l'opération dite de Wertheim. C'est dire que sans tenir aucun compte de l'hystérectomie abdominale totale, qui depuis longtemps a été pratiquée dans le cas de cancer du col, nous discutons de la technique de l'attaque par voie abdominale des néoplasmes du col avec recherche systématique et préliminaire des uretères.

C'est le Prof. Auguste Pollosson qui a fait connaître à Lyon ce procédé, et c'est lui qui m'a appris à l'exécuter. Grâce à cette circonstance heureuse pour moi, j'ai pu, dès avril 1905, pratiquer cette opération, et c'est l'exécution systématique d'une trentaine d'opérations de Wertheim qui m'ont suggéré les quelques réflexions suivantes.

Je signalerai d'abord comme premier temps de l'opération l'incision de Pfannenstiel, substituée à l'incision ordinaire de laparotomie. Je ne veux pas faire ici ressortir les avantages de cette incision au point de vue de la solidité ultérieure de la paroi, mais je considère qu'elle constitue un mode de contention parfait des anses intestinales durant l'intervention. Sous le couvercle formé par la lèvre supérieure de l'in-

cision pariétale, on loge les anses intestinales très aisément et très facilement maintenues par des compresses que l'on tasse tout entières dans le ventre. En agissant de la sorte, jamais je n'ai eu à lutter contre l'issue intempestive des anses intestinales.

Une fois dans le ventre, M. Albertin va immédiatement et de propos délibéré lier l'artère hypogastrique. Pour ma part, et je ne suis encore en cela que l'élève de M. Pollosson, je ne pratique jamais cette ligature. Je la considère comme inutile, et peut-être même dangereuse.

Elle est inutile, car en liant l'artère utérine très en dehors au niveau du croisement de l'uretère, on fait l'hémostase de toutes les branches de cette artère allant à l'utérus, au vagin et à la vessie. En employant un petit procédé particulier pour la section des ligaments utéro-lombaires et utéro-sacrés, on assèche parfaitement le plancher pelvien.

Étant donc inutile, il y a avantage peut-être à s'en dispenser au point de vue de la nutrition ultérieure des organes laissés dans le pelvis après l'ablation de l'utérus. Une des complications les plus banales après le Wertheim est l'atonie de la vessie Je ne parle pas de sa perforation immédiate ou consécutive par dénudation de sa face postérieure, mais même lorsque ce décollement de la vessie a été complètement et facilement exécuté, il est très fréquent de constater dans les jours qui suivent l'intervention non seulement la rétention des urines, ce qui est banal, mais une cystite par troubles mécaniques et trophiques des parois vésicales. Cette paresse comme cette inflammation de la vessie est parfois persistante. Et je me demande si la ligature de l'hypogastrique ne serait pas un facteur de gravité.

Quant à la découverte de l'uretère, sans qu'il y ait à vrai dire de règle absolue, je le recherche presque toujours au niveau même de son croisement avec l'utérine. Une fois trouvé, on le suit avec soin en avant, du côté de la vessie, en le séparant parfois avec une facilité qui surprend de la gangue néoplasique qui l'ensercle souvent. Mais loin, en arrière, pourquoi le dissocier ?

C'est un temps inutile ; en effet, dans une partie de son trajet l'uretère remonte très vite sur la paroi postérieure du pelvis, il n'est pas gênant dans l'attaque du col utérin et du paramétrium. Il est bien trop loin.

Une fois disséqué et refoulé sur les côtés du bassin, l'uretère doit être soigneusement repéré et constamment écarté. Pour ce faire, M. Albertin, après M. Pollosson, préconise de grands écarteurs spéciaux. J'avoue que je ne m'en suis jamais servi, parce que je n'en ai jamais eu besoin. D'une façon générale je n'aime pas, dans les interventions intra-pelviennes, multiplier les instruments métalliques ou autres, les pinces plus ou moins longues ou coudées, je trouve que cette *ferblanterie* gêne toujours le jeu des doigts. Je le simplifie au maximum.

Et cependant, il faut que l'uretère soit sûrement et facilement écarté.

Voici le petit procédé que j'utilise; il est emprunté à la médecine opératoire courante. Sous l'uretère bien dissocié, je passe à l'aide de l'aiguille de Cooper un long fil de catgut, comme sous une artère dans le cas d'une ligature préventive. Mon fil n'est pas noué, mais simplement fixé en anse par une pince hémostatique appliquée sur les chefs libres en dehors du ventre.

Cette manœuvre, exécutée de chaque côté, me permet aussi très aisément de faire soulever et écarter par un aide, dont les mains sont loin, hors du ventre, les uretères, dès que je veux agir au-dessous d'eux.

A ce moment l'utérus, saisi par des prises latérales au niveau de l'abouchement des trompes dans l'utérus à l'aide de solides pinces de Museux, monte ordinairement déjà beaucoup. Mais il reste pour exagérer cette ascension et pour permettre de descendre très bas sur le vagin à couper les ligaments utéro-lombaires et utéro-sacrés. L'utérus étant attiré en haut et en avant, ces ligaments apparaissent sous la forme de deux cornès circonscrivant le Douglas et allant se perdre sur les côtés du rectum très loin, en arrière ; il faut, avant de les sectionner, les saisir dans de fortes pinces hémostatiques courbes : pinces immédiatement remplacées par des ligatures correspondantes.

Cette hémostase préventive dispense de la ligature préalable de l'artère iliaque interne contre laquelle je vous ai déjà fait connaître mon opinion. D'autre part, elle vous met à l'abri de ces hémorragies veineuses en nappe qui viennent plus tard de la profondeur et qui sont d'autant plus difficiles à combattre que l'utérus une fois enlevé, tout le plancher pelvien est comme effondré, sans tissu résistant offrant de bonnes prises aux pinces hémostatiques.

Reste après refoulement progressif de la vessie en avant un temps délicat : la section vaginale. La cavité, malgré la toilette la plus soigneuse antéopératoire, malgré un dernier lavage fait à ce moment avec de l'éther, doit être considérée comme septique. Je comprends très bien qu'on soit tenté d'employer la pince coudée de M. Goullioud, qui ferme hermétiquement le vagin, mais elle a un inconvénient certain. Elle gêne pour la section basse du vagin et diminue toujours la collerette vaginale.

Voici personnellement comment je m'efforce de me mettre à l'abri de l'issue des produits septiques vaginaux. La paroi antérieure du vagin étant largement mise à nu, je saisis le col utérin, qui apparaît alors à travers le cul-de-sac vaginal comme un gland recouvert de son prépuce, à l'aide d'une forte pince de Museux qui l'attire en haut et déplisse ainsi la cavité vaginale. A la portée de ma main je place une pince courbe armée d'un tampon de gaze et deux pinces de Museux.

Je sectionne au bistouri transversalement le cul-de-sac vaginal antérieur et de suite, par cette fenêtre ouverte sur le vagin dans le

cul-de-sac postérieur duquel on aperçoit quelquefois un petit lac de liquides septiques, je fais pénétrer la pince courbe armée de son tampon de gaze. C'est un véritable écouvillon qui de haut en bas, de dedans en dehors, chasse vers la vulve les produits septiques. On peut être conduit à refouler ainsi deux ou trois petits tampons de gaze pour bien assécher le vagin. Une des pinces de Museux a entre temps saisi la lèvre vaginale inférieure.

Aux ciseaux courbes section de la collerette vaginale et saisie avec la deuxième pince de Museux de la tranche vaginale postérieure. L'ablation est exécutée.

Restent l'hémostase terminale, le drainage, la péritonisation.

Pour rendre bien étanche la tranche vaginale, il est le plus souvent prudent de passer quelques points au *catgut* sur la demi-circonférence postérieure. Je place des points séparés qui ont l'avantage sur le surjet de ne pas trop rétrécir le dôme vaginal. Deux points sont passés au niveau des commissures.

Comme drainage, une simple mèche de gaze peu serrée est placée de haut en bas dans le vagin. Cette mèche va être recouverte par la péritonisation et drainera uniquement et simplement l'espace mort sous-séreux correspondant à la base des ligaments larges. Ce n'est pas un drainage de la cavité péritonéale et il est par suite très différent du véritable Mickuliez vaginal dont M. Goullioud nous parlait.

Cette mèche vaginale est enlevée au bout de quarante-huit heures, le jour même où la malade est purgée. Je ne vois pas quel avantage on a à laisser pendant dix jours cette mèche imbibée de sang et de sécrétions répandre son horrible odeur. Au contraire, son ablation au deuxième ou au troisième jour détermine le plus souvent la chute définitive de la température, qui oscille ordinairement à ce moment entre 38,2 et 38,8 environ. Je ne fais pas de lavages vaginaux avant le cinquième ou le sixième jour.

Quant à la péritonisation du pelvis elle est exécutée au-dessus de la mèche vaginale d'une façon très minutieuse. Elle est exécutée le plus bas possible à l'aide du grand lambeau péritonéal antérieur fixé soit aux débris du péritoine postérieur, soit à l'S iliaque : surjet à la soie fine. La malade replacée alors dans la position horizontale on referme solidement la paroi abdominale.

L'opération de Wertheim est longue, pénible, fatigante, mais c'est une opération bien réglée. Malgré la longueur de l'anesthésie (souvent deux heures, habituellement une heure et demie), les malades ne présentent pas de complications pulmonaires ; malgré les énormes délabrements pelviens elles sont relativement peu schockées, l'intervention est bien supportée. Mais je ne veux pas m'étendre sur ces considérations, pas plus que sur les résultats ultérieurs, car nous discutons ici sur des détails de technique.

M. Goullioud. — La ligature de l'hypogastrique est peut-être inutile, puisqu'elle ne dispense pas de lier les branches, la vaginale et l'utérine; mais il est probable cependant que le débit du sang est diminué dans les artérioles, d'où une hémostase plus facile des petits vaisseaux. Je ne fais d'ailleurs pas toujours cette ligature. Mais je recherche l'artère, car cette recherche a le grand avantage de mettre à nu l'uretère, et souvent des ganglions. On prend contact avec l'uretère à ce niveau ; on le suit, mais on ne le dissèque vraiment que vers son croisement avec l'utérine, et au-dessous.

M. Tixier paraît croire que je fais un Mikulicz vaginal : non, j'ai seulement rappelé que pendant longtemps j'ai fait des hystérectomies abdominales, avec succès, sans péritoniser le bassin ; mais cette péritonisation est précieuse et a fait disparaître les subobstructions post-opératoires et évite ainsi beaucoup de douleurs et d'angoisse aux opérées.

Quant à la mèche de drainage vaginal, que je laisse dix jours en place, en général, cela n'a pas d'inconvénients, parce que sans doute les tissus cruentés se collent aux mèches et cette adhésion empêche une ascension des liquides évidemment non aseptiques du vagin. D'ailleurs, si, au bout de cinq ou six jours, une légère ascension thermique se produit, on enlève la mèche un peu plus tôt. En général, il n'en est rien.

M. Albertin. — Je ne veux pas apprécier l'incision de Pfannenstiel, ce n'est pas le moment, je reste fidèle à l'incision médiane, plus vite faite, plus vite suturée et donnant tout le jour désirable.

Pour la ligature de l'hypogastrique, M. Tixier en exagère les conséquences en lui imputant des troubles trophiques qui me paraissent bien hypothétiques. L'ablation du paramètre nécessite la section ou la résection des branches antérieures de l'artère, à quoi bon ménager le tronc si les branches sont séparées des viscères où ils aboutissent. D'ailleurs, la suppléance est largement assurée et d'emblée ; j'ai souvent montré à mes élèves que les deux artères hypogastriques étant liées, la section de l'artère utérine à son origine provoque un jet sanguin isochrone au pouls, c'est donc que la suppression du courant artériel de l'hypogastrique permet instantanément le retour du sang dans une partie de ses branches terminales par les anastomoses artérielles. Les troubles dits trophiques sont plutôt dus aux manœuvres de décollement de la vessie, quelquefois réduite à sa muqueuse, la musculeuse restant prise dans la périphérie du néoplasme utérin.

Je fais une dissection de l'uretère sur presque tout son trajet pelvien, sans cela il est impossible de le récliner en dehors pour trancher largement le paramètre central et périphérique.

La vitalité de l'uretère est bien assurée par les anses vasculaires parallèles au conduit.

Les écarteurs préconisés par A. Pollosson, modifiés par moi, facilitent tellement les manœuvres d'ablation en leur donnant une parfaite sécurité vis-à-vis des uretères et de la vessie, que je les considère comme les seuls instruments spéciaux nécessaires à cette opération. Les avoir employés, c'est les adopter définitivement.

Quant à l'ablation en vase clos préconisée par Goullioud, je la préconise à la condition qu'il ne sera mis qu'une seule pince, la section pouvant porter au-dessous, plus ou moins bas, au gré de l'opérateur. La présence de la pince inférieure limite trop la zone d'incision. La fermeture supérieure du vagin est un obstacle à l'écoulement du « jus » cancéreux dans le bassin, c'est la suppression du seul accident qui peut produire l'infection d'emblée de la large surface cellulaire cruentée qui va être isolée du ventre par la péritonisation ; c'est là un avantage qui n'est pas négligeable.

M. Goullioud fait la péritonisation avec l'anse sigmoïdo-rectale ; je préfère beaucoup faire la péritonisation basse qui est bien différente. Elle laisse libre la totalité de l'anse, ne la fixe en aucun point, n'expose pas à des coudures, à des tractions sur le conduit intestinal pouvant produire des phénomènes d'obstruction passagers ou durables.

Le péritoine vésical vient, par sa concavité s'appliquer directement sur la ligne d'incision péritonéale convexe pré-rectale, là où le péritoine finit, où le tissu cellulaire sous-jacent dénudé doit être isolé. Il n'y rien à objecter à cette manière de faire et on doit lui donner la préférence toutes les fois qu'il est possible de le faire. Ce n'est qu'en cas de blessure du rectum à un niveau un peu élevé que je recourrai à l'abaissement de l'anse sigmoïde à la façon d'un couvercle sur le fond du bassin.

*
* *

OSTÉOSARGOME DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR DU CÔTÉ DROIT.

M. Vallas présente un malade atteint d'un ostéosarcome du maxillaire inférieur du côté droit.

M. Gangolphe. — Au sujet de l'incision faite par M. Vallas, je dois dire qu'au début, lorsque j'avais l'occasion de pratiquer cette opération, je la faisais remonter plus haut ; ultérieurement, il m'est arrivé de la faire aussi bas parce que j'avais constaté que l'appareil avait des tendances à faire saillie dans l'incision. Sur un opéré que j'ai revu il y a longtemps (il était venu à Lyon lors du passage des marins russes), quatre ans après l'intervention, l'aspect du visage était satisfaisant. Je lui avais enlevé les deux tiers du maxillaire inférieur. J'ai observé

chez lui le même résultat excellent que celui que nous venons de constater, et cela grâce à l'appareil de M Martin. Sur une jeune fille, que j'ai opérée il y a plus de dix-sept ans, le résultat était tellement bon que la malade a pu se placer comme bonne et que son patron ne s'est jamais aperçu de l'opération qu'elle avait subie.

Séance du 9 décembre 1909

Présidence de M. Aubert

DISCUSSION SUR LES VOIES D'ABORD DU REIN DANS LA NÉPHRECTOMIE POUR TUBERCULOSE.

M. Rochet. — Je n'ai pas assité à la discussion précédente au sujet de la meilleure voie d'abord sur le rein, mais je crois avoir compris, d'après ce que j'en ai entendu dire, que M. Bérard avait proposé la voie antérieure comme la meilleure voie d'abord du rein dans la pyonéphrose tuberculeuse, et qu'il préfère cette voie à la voie postérieure.

Je tiens à dire qu'il y a d'abord là une question de terminologie, et que la voie lombaire ou postérieure opposée à la voie abdominale ou antérieure est une erreur de langage. La voie lombaire est aussi bien une voie antérieure puisqu'on peut faire par cette voie une longue incision qui part en arrière pour venir en avant, quelquefois même très bas en avant. Les voies qualifiées comme vraiment distinctes sont la voie intra-péritonéale et la voie extra-péritonéale. La première est une voie à adopter pour certaines grosses tumeurs du rein ou collections du rein, quand la tumeur est très antérieure, très saillante en avant, comme dans les cas où on a pu la confondre avec une tumeur de l'abdomen ; dans ces cas, il n'y a pas à hésiter, il faut aller à travers le péritoine, décortiquer le rein et l'extraire.

Au point de vue du choix de la voie péritonéale pour la pyonéphrose tuberculeuse, je crois que, dans certaines conditions, si la pyonéphrose est considérable et fait saillie en avant, si la tumeur est greffée sur un déplacement rénal, il faut choisir la voie intra-péritonéale comme dans les cas dont j'ai parlé plus

haut. Mais je crois aussi qu'il y aurait quelque inconvénient à choisir cette voie d'une manière trop systématique. Evidemment, elle a des avantages incontestables pour les tumeurs un peu volumineuses, elle permet d'aborder plus facilement le rein lui-même que la voie lombaire ; elle permet surtout d'arriver plus facilement sur le pédicule, de le lier d'une façon moins brutale, sans nécessiter les tractions trop fortes que certaines tumeurs exigent, et par conséquent, au point de vue du large éclairage du foyer opératoire, la voie antérieure paraît être parfois extrêmement utile.

On a dit aussi que cette voie intra-péritonéale pouvait servir, et c'est là un gros avantage, à vérifier séance tenante l'état du rein du côté opposé, à vérifier si le rein du côté opposé existe, puis dans quel état il se trouve.

Évidemment, je crois qu'on peut le faire, je l'ai moi-même fait dans deux cas ; j'ai pu sentir le rein du côté opposé, mais il m'a semblé que pour apprécier la qualité exacte de ce rein, on était assez mal renseigné par cette voie ; il ne suffit pas, en effet, de trouver un petit rein pour dire qu'il est sain ; il peut arriver qu'un petit rein soit un rein malade, et par conséquent cet avantage, qui paraît tout d'abord considérable, ne l'est peut-être pas en réalité d'une façon aussi nette. Bien plus, parfois on a pu croire après le palper qu'il n'y avait pas de rein du côté opposé, alors que ce rein existait cependant, mais noyé dans une grosse couche adipeuse. L'avantage qu'on a fait valoir en faveur de la voie intra-péritonale est donc peut-être plus apparent que réel.

Il y a du reste des inconvénients à cette néphrectomie intra-péritonéale. Je ne parle pas du schok ou des complications inflammatoires du péritoine, qui sont maintenant réduites au minimum ; dans les mains d'un chirurgien exercé, dans un milieu aseptique parfait, il n'y a presque plus de schok et il n'y a plus à craindre de complications aussi graves qu'autrefois, quand on disait que la voie intra-péritonéale donnait une mortalité de 40 à 50 p. 100 et la voie lombaire de 10 à 15 p. 100. Mais il y a d'autres inconvénients que je veux faire ressortir pour qu'on ne tende pas à faire de la voie intra-péritonéale une voie trop systématique.

On cherche le rein, on l'aborde : il peut se faire que, malgré un examen extrêmement soigné, on se trouve en présence de

conditions toutes différentes de celles qu'on avait prévues, qu'on trouve par exemple, non pas un rein qui nécessite une ablation, mais un cas à résection partielle, ou souvent une simple néphrostomie ; il faut, dans ce cas, pouvoir immédiatement changer son fusil d'épaule. Eh bien, je crois, dans ce cas, que la voie intra-péritonéale est moins favorable que la voie rétro-péritonéale, surtout si on a affaire à ces cas de tuberculose où on a en réalité des foyers purulents plus ou moins gros dans le rein et où la néphrostomie à travers le péritoine serait dangereuse.

Puis, il y a aussi ce fait qui est peut-être peu connu, mais que j'ai observé quelquefois et qui a déjà été signalé par M. Legueu, de Paris. Dans certains cas plus fréquents qu'on ne pense, de pyonéphrose tuberculeuse, surtout de grosse pyonéphrose tuberculeuse, il y a un foyer d'infection autour du rein, et il peut arriver qu'après avoir enlevé le rein on ait plus tard des complications ennuyeuses par suite de l'inoculation de la loge rénale par la tuberculose. Il y a des cas très nets où, malgré qu'on se soit mis à l'abri de cette possibilité d'infection, la plaie ne se ferme pas, et au bout de trois semaines ou un mois on est surpris de voir le champ opératoire garni de tuberculose. Il faut rouvrir complètement la plaie et panser à plat. Ces complications ultérieures, cette inoculation secondaire sont choses bien connues maintenant.

Si pareil accident arrive, on se trouvera, par la voie intra-péritonéale, dans de mauvaises conditions pour traiter ces complications et on aura en tout cas de gros ennuis à la suite.

Je ne voudrais pas que les partisans de la voie intra-péritonéale croient que je m'insurge contre cette voie ; elle est extrêmement utile, je le répète, dans certains cas, et même la seule à employer parfois ; mais dans les cas précisément de pyonéphrose tuberculeuse, je ne sais pas si ce n'est pas une voie d'exception ; n'y aurait-il pas alors quelque danger et des surprises désagréables pour les jeunes chirurgiens s'ils employaient, sur les conseils de leurs maîtres, systématiquement cette voie intra-péritonéale dans l'ablation de reins tuberculeux ?

M. Villard. — Dans la discussion qui a suivi la présentation de M. Bérard, la néphrectomie transpéritonéale par tuberculose rénale a eu une mauvaise presse ; M. Durand même l'a qualifiée de méthode

des erreurs de diagnostic. Je ne crois pas que la néphrectomie transpéritonéale mérite d'être frappée d'un pareil discrédit, car elle conserve à mon sens des indications très précises. Pour bien comprendre ces indications il faut envisager ce que peut donner la voie antérieure et quels résultats on peut en attendre, c'est-à-dire examiner les avantages et les inconvénients de la néphrectomie transpéritonéale.

Le principal avantage de la néphrectomie transpéritonéale est d'être une opération *de jour*, une opération à ciel ouvert, dans laquelle on est toujours sûr, quel que soit le volume du rein, d'avoir une ouverture suffisante pour voir ce que l'on fait. C'est sutout du côté des organes du hile que cet avantage sera important ; en effet, lorsqu'on absorbe le rein par la voie lombaire, l'abord du hile est rendu particulièrement difficile par le volume de la tumeur qui le recouvre. Pour ma part, j'ai eu dans deux cas à me louer grandement d'avoir utilisé la voie transpéritonéale.

Dans un premier cas je me suis trouvé en la présence d'une infiltration lardacée de tout le pédicule rénal, et la pince que j'essayais de placer à son niveau sectionna les vaisseaux comme de véritables ciseaux. Je dus comprimer au doigt l'artère rénale, et je restais pendant une dizaine de minutes dans une situation critique, car toutes les tentatives de pincement des vaisseaux n'aboutissaient qu'à la déchirer davantage. Je voyais avec une certaine anxiété se rapprocher l'origine aortique de l'artère, lorsque je pus passer un fil et faire l'hémostase. Il est certain que dans ce cas si j'avais absorbé le rein par la voie lombaire, je n'aurais pu parvenir à lier la rénale.

Dans une autre circonstance, où le rein était très volumineux avec un gros paquet de périnéphrite la veine cave fut déchirée sur une petite étendue ; grâce à la voie antérieure, j'ai pu placer une pince ; là encore je suis sûr que si j'avais utilisé la voie lombaire, j'aurais perdu mon malade sur la table d'opération. Je dois ajouter cependant que cette femme mourut au bout d'une dizaine de jours, à la suite d'une embolie partie du pincement latéral que j'avais pratiqué.

La néphrectomie transpéritonéale est aussi une opération plus aseptique que la néphrectomie lombaire, en ce sens que pour les reins un peu volumineux, elle évite le morcellement et permet une dissection plus en bloc de la tumeur tuberculeuse. M. Rochet faisait allusion tout à l'heure aux faits d'inoculation de la loge rénale, n'est-il pas évident que la néphrectomie lombaire qui réclame souvent l'ouverture des poches tuberculeuses, pour réduire le rein, expose davantage à l'inoculation des parties molles que l'ablation en masse, possible par la voie antérieure !

Mais le plus souvent cette inoculation est sous la dépendance de la persistance d'un uretère tuberculeux avec fistule consécutive. Là encore, la voie abdominale me paraît supérieure à la voie lombaire,

car elle permettra au cours de l'intervention de suivre aussi bas qu'on le voudra l'uretère, et de le réséquer.

A côté de ces avantages incontestables, la néphrectomie transpéritonéale présente-t-elle des inconvénients sérieux ? Le plus grand reproche qu'on lui ait adressé est celui des dangers d'infection du péritoine.

En réalité, ces dangers sont plus apparents que réels, car avec une bonne technique, l'opération est véritablement transpéritonéale, et non intra-péritonéale ; je veux dire par là que le rein peut bien être extrait au travers de la cavité péritonéale, sans cependant que les manœuvres d'extraction aient lieu dans cette cavité.

J'ai décrit, en effet, en 1898, dans la *Gazette hebdomadaire*, un procédé repris par mon élève Baubois dans sa thèse, qui met à l'abri des dangers de péritonite. C'est ce procédé auquel faisait allusion tout à l'heure M. Rochet, qui en attribuait la paternité à M. Terrier. Ce procédé consiste après laparotomie sur le bord externe du droit, à inciser le péritoine pré-rénal, immédiatement en dehors du côlon, à décoller la séreuse, et à en relever deux lambeaux, immédiatement fixés ou suturés aux lèvres correspondantes du péritoine pariétal. Il résulte de cette technique une sorte de cheminée, traversant la cavité abdominale, et permettant *d'aborder le rein sans risquer d'infecter la séreuse.*

L'intervention devient en effet extra-péritonéale aussitôt que l'adossement séro-séreux est réalisé. Le temps intra-péritonal a été très court, et exempt de tout danger, puisqu'il précède toutes les manœuvres sur le rein.

Ce procédé diffère considérablement de la technique indiquée par Terrier, qui conseillait le relèvement des feuillets séreux, comme temps terminal de l'intervention, destiné à assurer le drainage de la loge rénale, et non par conséquent comme un moyen d'éviter l'infection péritonéale au cours de l'ablation du rein. Pour Terrier, le cloisonnement séreux était une sorte de traitement du pédicule rénal, pour moi, au contraire, il réalise la voie d'abord du rein.

Ce procédé n'est évidemment applicable qu'aux reins volumineux.

Reste le reproche du drainage moins bon par une incision antérieure que par l'incision lombaire ; ce reproche a peu d'importance, car il est facile de faire, si on le désire, une contre-ouverture lombaire, mais celle-ci ne me paraît pas du reste indispensable.

Enfin, M. Rochet émettait tout à l'heure des craintes sur la possibilité de pouvoir terminer l'intervention par une néphrostomie, dans les cas où, au cours de l'opération, l'ablation du rein n'aurait pas paru indispensable. Cette crainte ne me paraît pas justifiée, car dans plusieurs circonstances j'ai eu recours à la néphrostomie transpéritonéale, et grâce au cloisonnement séreux que j'ai indiqué plus haut, je n'ai eu aucun accident.

Il me semble donc pour conclure que la néphrectomie transpéritonéale doit garder toute sa valeur dans la tuberculose rénale avec distension. Il est certain que par les tuberculoses de peu de volume, la voie lombaire sera indiquée, mais le grand nombre des interventions faites par cette méthode n'est-elle pas la conséquence de l'usage un peu abusif de la néphrectomie dans la tuberculose rénale commençante? S'il est hors de doute qu'un rein de 100 grammes doit être enlevé par la voie lombaire, on peut se demander si son ablation est réellement justifiée. Par contre, dans les gros reins bacillaires, la néphrectomie s'impose, et par la voie antérieure toutes les fois que le volume du rein exposera par la voie lombaire au morcellement Ce terme de gros rein est vague. Est-il possible de préciser d'une manière pratique et clinique le volume rénal que réclamera la néphrectomie trans-péritonéale? Voici à ce point de vue la règle que j'ai coutume d'observer. *Toutes les fois que le rein est senti par une seule main appliquée sur la paroi abdominale antérieure, il est justiciable de la néphrectomie transpéritonéale.* Cette recherche démontre en effet que la tumeur rénale est proche de la paroi abdominale et qu'il sera possible de faire le cloisonnement séreux que je considère comme indispensable à la sécurité de la voie antérieure.

En terminant ce plaidoyer en faveur de la voie antérieure, je suis heureux de me rapprocher bien près de ce que disait tout à l'heure M. Rochet, et d'avoir eu dans cette discussion l'appui de sa compétence spéciale.

M. Rochet. — Je suis tout à fait de l'avis de M. Villard dans les conditions visées par lui. Je ne suis pas contre la voie transpéritonéale. Le signe qu'il nous a donné me parait surtout excellent; il est certain que les cas où on peut sentir le rein par le palper antérieur, sans être obligé de s'aider de la main postérieure, sont précisément des cas où le rein est extrêmement près de la paroi antérieure, ce sont des reins surtout abdominaux, et c'est dans ces cas-là que la méthode est excellente.

M. Bérard. — Je suis heureux d'avoir provoqué cette discussion, au cours de laquelle MM. Rochet et Villard ont démontré qu'il ne fallait pas *a priori* repousser la voie transpéritonéale, dans la néphrectomie pour tuberculose du rein, et que c'était peut-être la voie de choix, comme je l'avais avancé pour les gros reins tuberculeux encore mobiles sous leur capsule. Sur les points relatifs à la valeur du drainage antérieur, à la tuberculisation secondaire du foyer opératoire, et à la possibilité d'une néphrostomie imposée au cours de l'intervention, je n'ai rien à ajouter à ce qui a été dit par M. Villard.

*
* *

EMBOLIE MORTELLE APRÈS PROSTATECTOMIE SUS-PUBIENNE.

M. Rochet. — J'ai l'honneur de vous communiquer le cas d'un malade de mon service, opéré de prostatectomie par voie haute, que je viens malheureusement de perdre à la suite d'une grosse embolie partie du foyer opératoire.

C'était un homme pas très âgé encore (une soixantaine d'années), auquel j'avais enlevé la prostate en ouvrant la vessie au pubis, il y a quinze jours, pour des accidents de rétention chronique presque complète, avec distension, nécessitant l'emploi de nombreux cathétérismes quotidiens ou la sonde à demeure pour assurer l'évacuation vésicale.

La prostate n'était pas grosse, ni du côté du rectum, ni du côté de la vessie, mais elle me semblait scléreuse, dure, sur la voie peut-être d'une dégénérescence maligne, et je résolus de l'enlever. L'opération fut assez laborieuse, à cause précisément de la consistance ferme de la glande, laquelle ne présentait pas de corps fibreux aisément énucléables ; je pus cependant l'avoir en totalité et tout d'une pièce, sans déhiscence même à sa partie antérieure. L'hémorragie fut insignifiante et les suites opératoires extrêmement simples : pas de fièvre, pas de complications locales, etc.

Tout se passait donc très bien, et le malade avait demandé déjà à s'asseoir dans son lit une partie de la journée, quand brusquement, un jour qu'il remontait du pansement, porté sur un brancard, il cria qu'il étouffait et mourut de syncope blanche en quelques instants.

L'autopsie ne releva aucune lésion locale ou générale capable d'expliquer la mort subite, si ce n'est la présence de plusieurs caillots volumineux que je fais passer sous vos yeux (dont quelques-uns mesurent 2 à 3 centimètres de long et sont de la grosseur d'une sonde n° 13 ou 14 de la filière ordinaire) et qui encombraient les premières branches de division de l'artère pulmonaire. Leur nombre et leur volume expliquent la mort rapide par syncope, sans asphyxie préalable ; le cœur s'est arrêté presque de suite après leur engagement dans l'artère du poumon. Ces caillots sont d'aspect grisâtre, fibrineux et sont tout différents des caillots cruoriques noirs formés *post-mortem*.

La mort subite par embolie est chose bien connue actuellement après les opérations de prostatectomie surtout, semble-t-il, après prostatectomie par voie haute ; les auteurs en citent presque tous des cas de leurs statistiques personnelles. J'ai perdu ainsi 1 malade sur 80 cas environ de prostatectomie basse ; j'en ai perdu 2 de la même façon sur 30 cas environ de prostatectomie haute.

Peut-être peut-on expliquer la plus grande fréquence de l'embolie par voie haute par ce fait que, dans cette voie haute, agissant plus à l'aveugle que dans la voie basse, le chirurgien fait parfois de plus grands dégâts veineux sur les plexus veineux rampant au-dessus de la prostate notamment. En outre, pour les cas de prostates petites, scléreuses, difficiles à décortiquer et qui sont loin de s'énucléer aisément comme les prostates franchement fibromateuses (et c'était le cas de notre malade), fait-on encore plus de désordres du côté des veines péri-prostatiques, et les phlébites consécutives sont-elles alors plus faciles à se produire.

Je me méfierai dorénavant de ces cas où la décortication aura été particulièrement laborieuse, et j'imposerai à mes opérés un repos complet au lit de plusieurs semaines, sans même les déplacer pour leurs pansements et les pansant dans leur lit même, jusqu'à ce que les craintes de mobilisation des caillots deviennent improbables.

M. Goullioud. — M. Rochet demandant l'avis des gynécologistes sur la question des embolies post-opératoires, je lui dirai que malheureusement nous connaissons bien cette terrible complication. Nous ne sommes pas absolument désarmés envers elle, c'est-à-dire que nous pourrions quelquefois l'éviter en immobilisant les opérées au moment opportun. Le repos absolu est absolument indiqué quand on suspecte une phlébite. Avant de laisser lever les opérées pour le fibrome, il faut surveiller le pouls, la température, les membres inférieurs.

Quant à l'époque des accidents, elle varie : si la plus grande fréquence de l'embolie est du quinzième au vingt-cinquième jour, comme après les couches, l'an passé j'ai observé un cas fatal au cinquante-deuxième jour. Il s'agissait d'une femme qui avait subi l'amputation abdomino-périnéale pour cancer du rectum.

Le cinquante et unième jour, elle était présentée à notre Société comme guérie : le lendemain, elle s'affaissait au pied de son lit Elle avait un peu souffert d'une cuisse et avait un très léger œdème d'un

pied ; mais elle n'avait parlé de sa douleur qu'à sa voisine. Depuis, j'ai fait redoubler la surveillance de mes opérées à ce point de vue.

M. Villard. — Il y a un signe qui aurait une certaine valeur en pareille circonstance, je veux parler de l'accélération régulière et progressive du pouls. Ce symptôme a été surtout signalé en chirurgie abdominale, comme manifestation d'une phlébite pariétale en évolution. Lorsqu'à la suite d'une hystérectomie ou d'un accouchement, on constate une accélération régulière et progressive de la fréquence du pouls, qu'on voit celui-ci s'élever successivement à 80, 90, 100 et plus, sans cependant qu'il y ait d'élévation de la température, il faut toujours redouter l'apparition d'une embolie ou d'une phlébite. L'accélération du pouls paraît provoquée par l'inflammation pariétale et non encore oblitérante d'une veine.

Il est rationnel de penser que la thrombose des plexus prostatiques peut donner ce même symptôme. Je serais très heureux de savoir si M. Rochet l'a observé chez son malade. En tout cas, il me semble que chez les prostatectomisés, l'accélération du pouls non motivée par une élévation de la température doit faire observer de très près ces malades et prolonger leur séjour au lit.

M. Rochet. — Je n'avais pas fait cette observation, je remercie M. Villard de nous avoir fait connaître ce signe que je ne connaissais pas.

***

CANCER DU CORPS THYROÏDE ; THYROÏDECTOMIE ; MYXŒDÈME POST-OPÉRATOIRE ; GUÉRISON CONFIRMÉE DIX-HUIT MOIS APRÈS.

M, Gayet. — J'ai eu l'occasion de revoir ce matin un malade dont l'histoire n'est pas sans analogie avec celle de l'opéré, dont vous entretenait mon collègue Bérard à la dernière séance. C'est ce qui m'a engagé à vous le présenter ce soir.

P. Nicolas, 45 ans, cultivateur à Saint-Étienne-sur-Chalaronne, se présente pour la première fois dans mon service de la Croix-Rousse, le 25 mars 1900, pour une grosse tumeur du cou qui s'accompagne de troubles respiratoires.

Il y a dans sa famille quelques antécédents de goitre ; sa mère a toujours eu gros cou ; un frère a un goitre de la grosseur d'un œuf. Personnellement, bronchites fréquentes. Il y a seize ans qu'il a remarqué pour la première fois sa tumeur, qui depuis a grossi lentement, un peu plus vite ces derniers temps.

Depuis cinq ans, elle entraine un peu de gêne respiratoire, de la dyspnée d'effort. Ces troubles se sont accusés récemment, et depuis novembre 1907 il ne peut plus travailler. Sa voix a un son rauque ; il y a du cornage et des crises nocturnes de suffocation.

A l'examen, on note une grosse tumeur s'étendant en hauteur depuis la région sus-hyoïdienne jusqu'à la fourchette sternale, bombant en avant, distendant la peau qui est parcourue par de grosses veines tortueuses. A la palpation, cette tumeur est d'une dureté ligneuse, elle est assez fixe ; cependant, les mouvements de déglutition la mobilisent quelque peu; en cherchant à la délimiter on remarque qu'elle s'enfonce de chaque côté de la trachée, surtout à droite, où le pôle postéro-supérieur de la tumeur atteint une ligne verticale passant par l'angle de la mâchoire. Pas de prolongement médiastinal.

Du côté droit, un peu d'énophtalmie et de myosis.

Nous avions proposé une opération au malade lorsqu'une bronchite intercurrente survint avec des températures de 39°. Au bout de quinze jours, cette bronchite avait fort affaibli le pauvre homme, et nous le renvoyâmes faire sa convalescence dans son pays.

Il rentra dans le service le 13 juin suivant, et nous pratiquâmes le surlendemain l'opération suivante.

Opération (le 15 juin). Simple anesthésie locale par une traînée de kélène. Incision cruciale découvrant largement la tumeur et intéressant les sterno-cléido mastoïdiens. La dissection est très laborieuse en raison des adhérences aux muscles ; tantôt on trouve un plan de clivage sous-capsulaire, tantôt on est obligé de sectionner franchement en dehors de la capsule. On arrive enfin à mobiliser le pôle latéral gauche, le plus accessible, puis la partie inférieure, et enfin le lobe droit qu'il faut disséquer très profondément au voisinage de la colonne. On ne voit pas le récurrent. Suture de la poche en capiton, qui amène l'hémostase. Mèche dans l'espace mort sus-sternal. Suture de la peau.

La tumeur pesait 700 grammes ; elle présentait quelques petits kystes, d'autres parties crétacées ; la plus grande part est formée par un tissu jaunâtre, dur à la coupe. Un fragment est prélevé pour l'examen histologique.

Les suites opératoires furent simples, mais quelques jours

après on observe un œdème des membres inférieurs, des cuisses et du scrotum ; la face est bouffie, le teint jaunâtre, l'intelligence engourdie.

Immédiatement on ordonne un traitement avec des tablettes d'iodothyrine, deux par jour (10 centig.). Les urines sont indemnes d'albumine.

Au bout de huit jours de traitement, l'œdème a disparu. Malgré cela, on continue l'iodothyrine quelque temps. Le malade rentre chez lui un mois plus tard, bien guéri.

Examen histologique (laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculte). — Les coupes montrent au sein d'une charpente hyaline assez serrée un grand développement des éléments épithéliaux qui forment des lobules. Dans la plupart de ces lobules se dessinent des vésicules dans lesquelles la substance colloïde n'apparaît pas avec ses caractères de coloration habituels. De plus, dans quelques points les amas épithéliaux sont absolument compacts, sans vésicules, et formés uniquement de cellules basses et polyédriques par pression réciproque. Il s'agit d'un épithélioma thyroïdien métatypique.

Je vous présente aujourd'hui l'opéré dix-huit mois après son opération. Il est resté parfaitement guéri, et vous pouvez voir que son aspect est florissant. Son teint, qui etait jaune et cachectique, a complètement changé.

Il a éprouvé encore pendant l'hiver dernier quelques atteintes d'œdème des malléoles ; mais cela encore a disparu. Il ne lui reste qu'un peu de paralysie de son sympathique droit (myosis et énophtalmie), qu'il présentait avant l'intervention.

L'examen histologique paraît formel au point de vue de la malignité. Cependant, l'evolution clinique paraît montrer qu'il ne s'agissait pas d'un épithélioma d'une évolution bien maligne, et je crois qu'il est très difficile de diagnostiquer histologiquement les différentes tumeurs thyroïdiennes. Quoi qu'il en soit, ce cas montre tout ce qu'on peut espérer des interventions larges contre les néoplasmes thyroïdiens. Ces interventions constituent le meilleur des traitements palliatifs, la trachéotomie simple étant incomparablement plus dangereuse ; assez souvent aussi elles acquièrent la valeur d'une véritable cure radicale.

M. Bérard. — Le résultat obtenu ici par M. Gayet vient à l'appui de l'opinion que j'ai déjà émise à plusieurs reprises, à savoir que dans les

opérations pour cancer thyroïdien, il faut avant tout remplir l'indication symptomatique et lever l'obstacle causé par la tumeur à la respiration et à la déglution, sans trop se préoccuper de se tenir en tissu sain, loin de la capsule glandulaire suspecte ou envahie. Les opérations larges sont souvent impossibles à terminer sans d'énormes dégâts du côté des gros vaisseaux et des nerfs du cou, elles sont d'un pronostic extrêmement grave ; et d'autre part nous sommes si mal fixés sur l'histologie des tumeurs thyroïdiennes, que des cancers réputés malins d'après leur structure et enlevés incomplètement donnent des survies inespérées.

Le dernier malade présenté par moi a quitté l'hôpital complètement cicatrisé, sans aucun trouble fonctionnel.

*
* *

VOLUMINEUX FIBROME INTRA-ABDOMINAL DU LIGAMENT ROND DROIT.

M. Albertin. — Je me suis décidé à vous présenter cette pièce, en raison de sa rareté relative. Il s'agit d'un fibrome du ligament rond siégeant sur la portion intermédiaire entre l'utérus et l'entrée du ligament sous le péritoine pariétal. La tumeur a le volume d'une tête fœtale ; elle était absolument mobile dans l'abdomen, et cette mobilité, jointe à la consistance de la tumeur avait fait croire à une tumeur solide de l'ovaire. Je me propose de publier cette observation en y joignant un dessin très démonstratif.

Séance du 16 décembre 1909.

Présidence de M. Aubert.

PLOMBAGE DE LA HANCHE POUR COXALGIE GRAVE TRAITÉE VINGT-DEUX MOIS PAR LE PLATRE.

M. Vignard. — Je vous présente un petit coxalgique de 7 ans qui entra pour la première fois dans mon service le 23 octobre 1907. Il était porteur d'une coxalgie qui datait, disaient ses parents, de six mois. Il avait été vu à ce moment, c'est-à-dire tout à fait au début, par le docteur Siraud, qui, fort judicieusement, avait conseillé une immobilisation absolue et l'avait mis en plâtre.

A son entrée dans le service, il présentait les signes classiques d'une coxalgie en pleine évolution. Je n'insisterai pas, mais je voudrais attirer votre attention sur la radiographie : le col paraît en deux points différents évidé et transformé en deux grandes cavités.

La suite de l'histoire pathologique de cet enfant est banale : c'est la suite classique et monotone des plâtres qui s'échelonnent pendant des mois. Il en porta jusqu'en janvier 1909, époque à laquelle je note sur l'observation qu'à la sortie du plâtre la cuisse se met en flexion à 45° avec rotation externe, toujours de gros ganglions dans l'aine droite ; la pression sur la hanche est très douloureuse, les mouvements sont très limités et très douloureux.

La radiographie montre que le col s'est redressé, mais que la raréfaction de son tissu s'est accentuée.

L'état général du malade est mauvais : il ne mange pas et a beaucoup maigri.

Devant l'insuccès d'un traitement immobilisateur qui durait

depuis vingt-deux mois, je me décidai à pratiquer l'intervention que j'ai déjà préconisée à plusieurs reprises et dont j'ai présenté deux exemples au dernier Congrès de chirurgie.

J'évidai le col et la portion sous-cartilagineuse de la tête, je curettai à fond le cotyle et, après deux jours d'attente comme de coutume, je remplis le tout du mélange iodoformé dont j'ai donné la formule.

Le 13 mars la cicatrisation était parfaite.

Le 16 juin, l'enfant était admis à marcher avec une culotte plâtrée, ce qu'il a fait depuis jusqu'à ce jour, 16 décembre, époque à laquelle je lui ai enlevé son plâtre pour constater que la hanche est sèche, mobile, non douloureuse, avec des mouvements d'abduction très appréciables, et des mouvements de flexion qui lui permettent de donner un coup de pied à une hauteur raisonnable. Il n'a aucun raccourcissement. La marche s'accompagne d'une boiterie peu marquée et qui, je crois, s'atténuera beancoup, car le malade est sorti du plâtre depuis sept jours seulement et, d'autre part, comme le montre la radiographie, la tête est fortement butée sous l'avant-toit du cotyle.

Voici donc un malade qui a guéri en six mois, puisqu'il marchait jour pour jour après son opération d'une coxalgie qui avait résisté à vingt-deux mois d'immobilisation.

Je vais plus loin, je prétends que ce malade a guéri avec un résultat fonctionnel très supérieur à celui qu'on aurait obtenu si l'enfant avait guéri après ses vingt-deux mois de traitement conservateur sous plâtre.

*
* *

RÉDUCTION SANGLANTE DES FRACTURES.

M. Lagoutte. — J'ai déjà eu l'occasion de communiquer l'année dernière, à la Société de chirurgie, les résultats de réductions sanglantes de fractures. Depuis lors, j'ai continué, quoique prudemment, dans la même voie, et aujourd'hui je désire communiquer à la Société des radiographies concernant quatre blessés (trois fractures de jambe et une fracture de cuisse) traités par l'ostéosynthèse et dont voici les observations :

Obs. I. — G...., 28 ans. Fracture de la cuisse droite au tiers supérieur le 4 mai 1909.

Radiographie : fracture à trois fragments : fragment supérieur en dedans, inférieur en dehors, fragment intermédiaire taillé aux dépens de la demi-circonférence de l'os, oblique de haut en bas, et de dedans en dehors.

Réduction sanglante le 10 juin 1909. Les deux fragments supérieur et inférieur sont juxtaposés exactement suivant le trait de fracture oblique sur la face antérieure de l'os. On ne s'occupe pas du troisième fragment.

Fixateur de Lambotte.

Ablation de l'appareil cinq semaines après, le 15 juillet 1909.

Pendant les jours suivants, on remarque un léger déplacement. Les deux principaux fragments qui étaient exactement réduits, se sont un peu déplacés.

La consolidation a dû être insuffisante à cause du peu d'étendue des surfaces osseuses juxtaposées, le troisième fragment ayant supprimé la moitié de l'épaisseur de l'os.

De ce fait, on maintient l'immobilisation au lit avec traction pendant encore quinze jours.

Le 1er août, le malade se lève. Le genou est gros et raide. Traitement mécanothérapique pendant un mois.

Il quitte l'Hôtel-Dieu le 31 août.

Etat actuel : la radiographie montre un gros cal enveloppant les trois fragments.

Il n'y a pas de raccourcissement. Etat actuel parfait au point de vue fonctionnel, sauf une légère hésitation du mouvement de flexion de la jambe sur la cuisse.

Obs. II. — M....., 33 ans. Fracture de la jambe gauche au tiers inférieur le 7 février 1909.

Radiographie montre fracture oblique du tibia au quart inférieur avec déplacement en dedans du fragment supérieur.

Réduction sous anesthésie. La radiographie dans l'appareil plâtré montre que les fragments sont dans la même situation.

Réduction sanglante le 17 février 1909.

Ablation de l'appareil quatre semaines après.

Quelques jours après, à l'occasion des premiers mouvements, le blessé sent une douleur brusque au niveau de la fracture et on perçoit de la mobilité, mais sans déplacement. Le blessé est immobilisé de ce fait dans une gouttière de jambe pendant quinze jours.

Il quitte l'Hôtel-Dieu le 15 avril marchant parfaitement.

Actuellement, la radiographie montre une reconstitution complète.

On sent une tuméfaction au niveau du trait de fracture sur la face interne du tibia. C'est le seul vestige de la lésion.

Etat fonctionnel parfait.

Obs. III. — L....., 35 ans. Fracture de la jambe gauche au tiers inférieur le 3 mars 1909.

La radiographie montre une fracture oblique des deux os, avec déplacement en dehors et en avant des fragments inférieurs. On aperçoit un petit fragment isolé entre les extrémités du tibia.

Réduction sous anesthésie. Résultat non satisfaisant par la radiographie. Réduction imparfaite : les os ne sont pas dans l'axe.

Réduction sanglante le 14 mars. Fixateur de Lambotte. Ablation de l'appareil au bout de quatre semaines.

Résultat radiographique bon ; restitutio ad integrum presque complète.

Sortie de l'Hôtel-Dieu le 15 mai 1909.

Etat actuel : parfait au point de vue de la forme et de la fonction.

Obs. IV. — N....., 45 ans. Fracture de la jambe droite le 1er novembre 1909.

Radiographie : fracture oblique du tibia au tiers inférieur ; fracture oblique du péroné un peu plus haut, avec un troisième fragment isolé.

Réduction sanglante le 11 novembre. Appareil de Lambotte.

Ablation de l'appareil après quatre semaines, le 9 décembre,

Consolidation complète Excellent résultat au point de vue de la reconstitution anatomique.

Les résultats que j'ai obtenus jusqu'à présent me donnent suffisamment satisfaction pour que je me crois autorisé à continuer. Je sais bien les objections que l'on peut faire à la méthode. On dit qu'elle est dangereuse. Mais je crois que nous savons réaliser aujourd'hui des conditions d'asepsie telles que nous pouvons nous mettre sûrement à l'abri des accidents. Au surplus, pourquoi ne pas faire à la jambe ce que plus personne n'hésite à faire pour la rotule ?

Si elle n'est pas dangereuse, la méthode est inutile. Car, à des résultats anatomiques défectueux, souvent même franchement mauvais, correspondent souvent des résultats physiologiques suffisants et parfois excellents. C'est là un fait que tous les chirurgiens ont pu constater. Mais je crois qu'il faut raisonner autrement. Nous avons tous vu également des cas où il y a à la fois mauvais résultat anatomique et mauvais résultat fonctionnel, et rien n'empêche de se demander si on n'aurait

pas modifié complètement ce dernier par l'emploi d'une méthode réalisant la restauration idéale des formes osseuses.

C'est pourquoi je crois que la méthode doit être prise en considération, ne serait-ce que pour préciser les indications et en perfectionner la technique sur certains points.

M. Aubert. — Je crois que la méthode dont M. Lagoutte vient de nous entretenir mériterait d'être généralisée et il est fâcheux qu'à Lyon nous n'ayons pas les instruments nécessaires pour pratiquer la méthode de Lambotte ; il serait à souhaiter que l'administration des hôpitaux, les compagnies d'assurances ou quelque âme généreuse nous fournissent ces instruments, car si cette méthode était plus répandue, on obtiendrait des résultats meilleurs que ceux que nous avons actuellement, si nous en jugeons d'après les résultats que M. Lagoutte vient de nous soumettre. Mais il s'agit d'un matériel coûteux ; néanmoins il est fâcheux qu'un grand hôpital comme celui de Lyon ne possède pas ce matériel que chaque chirurgien pourrait appliquer suivant les circonstances.

M. Lagoutte. — Il serait nécessaire d'avoir quelques exemplaires de ce matériel, car l'appareil reste en place pendant un mois ou un mois et demi. Pour moi, j'ai acheté un premier appareil que j'ai fait copier à l'usine du Creusot, de sorte que j'ai quatre grands appareils et un petit.

M. Destot. — Les résultats obtenus par M. Lagoutte sont excellents, mais il ne faudrait pas se hâter de généraliser la méthode de Lambotte, comme cet auteur et M. Tuffier, en 1900, ont essayé de le faire.

Elle exige d'abord des conditions spéciales de milieu et n'est pas à la portée de tout le monde ; il faut une installation particulière et une asepsie rigoureuse.

Des fractures comme celles que présente M. Lagoutte, tout le monde a pu en voir fort bien réduites par la traction continue employée d'une façon systématique ; et par des appareils bien appliqués, les résultats ne le cèdent en rien à ceux obtenus par la méthode de Lambotte, sauf sur ce point que la restauration anatomique est toujours imparfaite, ainsi que le montre la radiographie.

Les fractures du tibia de M. Lagoutte menaçaient la peau et constituaient un danger, mais c'est un danger commun à tous les becs de flûte ; et il n'est pas rare de rencontrer de vieilles fractures présentant une saillie sous la peau et qui n'en marchent pas moins bien. La traction continue, élastique plutôt que par des poids, est la méthode de choix pour toutes ces fractures des leviers.

Mais je suis absolument de l'avis de M. Lagoutte pour certains types de fractures, pour certains cas spéciaux, notamment pour les

fractures des os de l'avant-bras et pour les fractures articulaires et juxta-articulaires dans lesquelles le chirurgien a peu de prise.

Dans les sus-malléolaires, par exemple, on a l'habitude de voir se former des arcs de cercle qui sont dus à un défaut de thérapeutique. Trop souvent le chirurgien place un appareil plâtré et s'endort dans une fausse sécurité. La pratique journalière démontre les méfaits de l'appareil plâtré et de la négligence du médecin traitant.

Il y a tant de praticiens qui font leur premier appareil plàtré sur le client avec le système absurde de l'enseignement actuel, qu'il ne faut pas s'en étonner, et qu'il faut faire remonter la responsabilité à qui de droit.

M. Durand. — Nous avons déjà discuté, l'an dernier, à l'occasion d'une communication de M. Lagoutte, les indications du traitement sanglant des fractures fermées, c'est encore une question à l'étude et ses indications sont encore loin d'être précises.

Il semble pourtant qu'on peut, dès maintenant, poser quelques jalons. Il est des cas où on *doit*, à mon avis, intervenir : ce sont ceux dans lesquels un fragment juxta-articulaire déplacé ne se réduit pas par les moyens habituels, alors que son déplacement va entraîner des troubles mécaniques sérieux. Si l'opération est simple, si le maintien est aisé, après réduction, l'intervention s'impose. Je vous rappellerai, dans cet ordre d'idées, une de mes observations : fracture de l'extrémité supérieure du cubitus, impossible à réduire par les procédés habituels. Opération, simple incision sur la crête cubitale, réduction, fixation par une agrafe de Dujarier. Rien n'est plus satisfaisant que pareil cas et le résultat fut parfait, vous avez pu le constater. Mais il y a des contre-indications. Une femme est entrée, il y a quelques semaines, dans mon service, avec une fracture analogue. Je ne l'ai pas opérée, car elle avait 72 ans.

Voici donc un point qui peut être considéré comme établi : l'ouverture est indiquée pour les fractures juxta-articulaires qui ne se réduisent pas sous anesthésie. Ce qui crée l'indication, c'est la simplicité du manuel opératoire, et la perfection des moyens de contention : agrafe de Dujarier, attelles métalliques vissées. Je répète que ces appareils métalliques sont bien tolérés si on ne fait pas de fautes d'asepsie et si on les inclus sous le périoste. Il est du reste facile de les enlever au bout de quelques semaines.

Dans les fractures intra-articulaires, la même indication opératoire peut être posée lorsque le trait est simple et la contention facile, mais, dans les fractures complexes, à plusieurs petits fragments, l'emploi des plaques métalliques ou des vis parait discutable, et les réductions non sanglantes méritent, je crois, sauf dans des cas bien particuliers, de garder notre faveur.

La question la plus intéressante, mais la moins fixée, me paraît être

celle des fractures diaphysaires des grands os, le fémur et le tibia, surtout le fémur.

Ici, en effet, particulièrement à la cuisse, l'intervention est sérieuse, et, point le plus important, les appareils de contention ne sont point parfaits. Je n'ai pu encore me résoudre à faire les frais du tuteur à fiches de Lambotte parce que ces fiches traversant la peau m'effraient un peu et me paraissent très discutables, Les attelles vissées qu'a préconisées Lambotte paraissent également peu satisfaisantes, car elles semblent bien faibles pour tenir correctement un fémur soumis à la puissante traction des énormes muscles de la cuisse. Quant aux attelles boulonnées de M. Delbage, qui sont évidemment très puissantes, elles ont le grave inconvénient d'être très difficiles à placer et d'exiger une incision sur chaque face de l'os, soit des manœuvres compliquées à travers une incision unique. Il me semble dès lors que la technique actuelle n'est pas encore parfaite et que les indications s étendront singulièrement quand nous serons mieux outillés. Pour le moment, je crois que l'opération sanglante ne peut être employée qu'après échec de toutes les autres méthodes, surtout au fémur. En l'état des choses, il faut être très réservé, et nous devons nous garder d'enseigner que l'opération sanglante est la méthode de choix, de redoutables abus ne tarderaient pas à se produire, car ces interventions ne doivent être pratiquées que dans un milieu et avec un outillage antiseptique parfaits. Nous voyons du reste combien les plus interventionistes restent réservés : M. Lagoutte nous publie quelques observations, et moi-même, qui cherche ces cas, je n'ai pu, en dix-huit mois, trouver que de très rares indications.

M. Tixier. — Puisque M. Durand vient de nous parler de certains détails d'accessoires se rapportant à l'instrumentation de l'ostéosynthèse, je vous parlerai de quelques cas dans lesquels j'ai appliqué des gouttières métalliques. Du reste, j'ai déjà eu l'occasion de vous présenter deux malades chez lesquels j'avais appliqué ce mode de réunion osseuse. Il s'agissait de fracture des deux os de l'avant-bras. Dernièrement, j'ai appliqué une troisième fois cette méthode dans les mêmes conditions.

Pour que cette gouttière de Lambotte s'applique exactement, il est bon de faire mouler au préalable sur un squelette l'os ou les os que l'on doit réunir, de cette façon il n'y a pas de gauchissement des extrémités de la plaque métallique qui gênerait leur adaptation exacte

Pour les os de l'avant-bras, cette gouttière lattérale constitue une attelle très suffisamment résistante, et chez mes trois derniers malades j'ai eu un résultat anatomique (radiographie) et fonctionnel parfait. Son adaptation est facile et se fait par une seule incision, tandis que pour appliquer l'appareil boulonné il serait indispensable de faire une

deuxième incision sur le côté opposé de l'os, ce qui compliquerait beaucoup l'opération.

Mais cette gouttière latérale en argent, en aluminium, en or, ne serait pas assez résistante pour maintenir juxtaposés les deux fragments d'un fémur. Aussi, je comprends très bien pourquoi Lambotte préconise alors son appareil boulonné. Mais, d'autre part, sa mise en place nécessite de larges débridements, de longues incisions à travers des muscles puissants, souvent énergiquement rétractés. C'est alors une opération grave, souvent très grave. Transformer une fracture fermée de la diaphyse fémorale en fracture ouverte est une très grave décision. Ne connaissons-nous pas tous des cas où cette conduite suivie par de vrais chirurgiens, dans des conditions parfaites de sécurité, a donné des désastres ?

Aussi, autant je défendrais cette méthode pour les fractures des os de l'avant-bras, seul point sur lequel j'ai voulu donner mon impression, autant je crois qu'il serait dangereux de généraliser la méthode et de l'appliquer à toutes les fractures.

M. Gangolphe. — Bien que j'aie été un des premiers à pratiquer l'intervention sanglante dans des fractures fermées, notamment pour celles du tiers inférieur de la jambe, je la repousse complètement comme méthode générale Pendant mon majorat, sur les nombreuses fractures que j'ai traitées, je n'en ai trouvé qu'un petit nombre qui fussent rebelles au traitement non sanglant. Si l'on obtient maintenant de moins bons résultats, cela tient peut-être au défaut de surveillance ; du moment où il n'y a pas eu effusion de sang, le cas ne semble-t-il pas moins intéressants à certains ?

De même, la radiographie ne doit pas servir à exagérer la tendance opératoire ; ses données ont besoin d'être contrôlées ; telle fracture qui guérit avec un excellent résultat fonctionnel peut laisser à désirer comme radiographie.

En somme, je suis partisan de l'ostéosynthèse, mais pour certains cas à indications spéciales et non comme méthode générale de traitement.

M. Destot. — Je désire répondre quelques mots à M. Gangolphe à propos des effets néfastes de la radiographie sur la mentalité des accidents du travail.

Tout le monde sait, et depuis longtemps, que la restitution anatomique exacte est impossible à obtenir et que les écarts réels que montre la radiographie sont sans aucun effet sur les résultats fonctionnels. Il faut distinguer nettement les fractures des leviers des fractures des épiphyses. Dans les fractures des leviers, tout le monde sait que la fonction n'est pas gênée s'il existe un chevauchement des fragments dans l'axe du membre.

Il n'en va pas de même lorsqu'il s'agit de fractures juxta-articulaires ou articulaires où l'équilibre articulaire est rompu. Le jeu des antagonistes ne se fait plus ou se fait mal, et il me serait facile d'apporter ici les résultats mauvais que j'ai observés dans les hôpitaux et entre les mains des meilleurs chirurgiens. Ces cas demandent de nouvelles recherches et de nouvelles interventions réglées et soignées par la radiographie.

On voit, par exemple, beaucoup de fractures bimalléolaires qui, insuffisamment réduites, déterminent secondairement des pieds plats valgus traumatiques, ou mieux des luxations postérieures du pied; c'est là que les interventions sanglantes sont justifiées, au moins à l'avant-bras, lorsque la fonction de pronation-supination est suspendue.

Mais qu'importe que le fémur ait un ou deux centimètres de moins; le malade n'en marche pas moins bien, alors que dans les fractures articulaires, le déplacement du centre de pression donne un impotent pour un écart de 5 millimètres dans les surfaces articulaires. La pratique des accidents du travail montre des déformations telles qu'on se demande si c'est un médecin ou un rebouteur qui a traité les blessés, et souvent les résultats du rebouteur ne sont pas pires que ceux des médecins, ce qui explique d'ailleurs leur grande vogue. L'influence néfaste de théories et de pratique comme celle de M. Lucas-Championière n'est plus à démontrer, et la radiographie, en faisant connaître les causes de gravité des fractures et en les éclairant, démontre qu'il faut changer de méthode et varier suivant les cas considérés.

Dans ces cas spéciaux auxquels je fais allusion, le Lambotte seul ne suffit pas.

M. Albertin. — Il y a dix ou douze ans, avec M. Martin, pour une fracture de l'humérus, nous avons fixé sur l'os une attelle de platine que nous avons laissée en place et qui est restée; la fracture s'est consolidée; le malade a repris son travail, je l'ai revu dans la rue, et personne ne se serait douté qu'il avait été opéré, tellement la consolidation est parfaite.

M. Lagoutte. — Je n'ai jamais eu l'idée de généraliser à tous les cas la réduction sanglante des fractures; ce qui le montre bien, c'est que, depuis que je m'en occupe, je n'ai traité que peu de cas; j'ai rejeté la méthode pour diverses raisons, soit que les malades fussent trop âgés, soit que j'aie eu affaire à des cas de fractures trop simples. D'autre part, il y a des blessés auxquels on propose l'intervention et qui se soucient fort peu de l'accepter; il y a donc toute espèce de raisons qui limitent l'emploi de cette méthode sanglante. Mais, ceci dit, si je me suis laissé aller dans cette voie, c'est que j'ai vu, dans le milieu où je suis appelé à opérer tous les jours, de nombreux résultats mauvais, et c'est pour cela que j'ai cherché à améliorer par l'emploi

d'une méthode qui satisfait l'esprit, espérant que les résultats obtenus me donneraient raison.

Il y a des différences entre fractures diaphysaires et épiphysaires. Il est certain que les fractures les plus graves, celles qui donnent le moins de satisfaction par les anciens procédés, sont les fractures épiphysaires juxta ou intra-articulaires ; c'est pour ces cas-là que la technique est le moins perfectionnée, c'est pour celles-là qu'on a le plus de peine à aborder les fragments, à les réduire et surtout à les maintenir ; c'est pour cela que je disais qu'on peut chercher à améliorer la technique de ce côté-là. Pour ce qui est des fractures diaphysaires, il y a des distinctions à faire suivant les os atteints. A ce point de vue, il est certain que j'aime mieux traiter par les anciennes méthodes les fractures du fémur où j'obtiens en général de bons résultats. Au contraire, nombreuses sont les fractures de jambe où les méthodes classiques ne donnent que des réductions très approximatives et où les malades ont des déformations et se plaignent ; c'est pour arriver à changer ces résultats que j'ai employé la méthode sanglante.

Pour le fémur lui-même, j'ai eu aussi des déceptions par les anciennes méthodes, en particulier une fracture que j'ai traitée par l'appareil d'Hennequin qui a demandé plus de six mois d'immobilisation pour arriver à une consolidation en position très défectueuse, avec ankylose presque complète et douloureuse du genou au point que le malade est venu me demander de lui supprimer ses derniers mouvements de l'articulation.

C'est pour cela que je crois que, même dans les fractures des leviers, la méthode est à considérer. Pour ce qui est de la technique, je crois que l'appareil de Lambotte est excellent, au tibia. Au fémur, c'est plus ennuyeux, parce que les fiches sont obligées de traverser une couche musculaire épaisse. On a de la peine à arriver sur le foyer de la fracture, et il est difficile de faire supporter les fiches plus de six semaines.

Pour ce qui est des autres appareils proposés, j'ai employé les plaques d'acier doré pour une fracture de l'humérus sus-condylienne que j'ai eue à traiter l'année dernière ; j'ai eu un très bon résultat, le malade a son appareil depuis un an et demi, il a tous ses mouvements. Ces petites plaques sont donc bien tolérées ; pour le fémur, il faudrait de longues plaques avec cinq ou six vis qui forment des corps étrangers très volumineux, difficiles à tolérer et peut-être insuffisants pour maintenir une fracture de cuisse.

Les plaques de Lepage avec écrous me semblent d'une application difficile, d'autant plus que pour leur mise en place il est nécessaire de débarrasser le champ opératoire, et que dès lors on ne peut plus maintenir la réduction temporaire pendant le temps de la fixation avec les daviers de Lambotte, si commodes pour assurer la coaptation idéale des fragments.

M. Aubert. — Je crois que le fait qu'on agira dix jours après la fracture est déjà une garantie ; au bout de dix jours on voit comment se comporte la fracture Je crois qu'il y a là une garantie et pour le malade et pour le chirurgien.

M. Destot. — Le laps de dix jours ne suffit pas, et M. Aubert sait bien que les déformations apparaissent souvent plus tard. La discussion de la Société de chirurgie de Paris en 1906, à défaut de travaux lyonnais, suffirait à démontrer que même dans le centre et le foyer de la chirurgie, les déformations ne sont pas rares, et apparaissent dans les fractures malléolaires au moment où le blessé met le pied à terre. Les fausses réductions ne sont pas rares, et je pourrais appeler le témoignage de M Durand qui, dans un cas idéalement choisi, a eu des ennuis considérables. Le blessé, interne en pharmacie à l'Antiquaille, se cassa la jambe dans la cour. Il eut de suite tous les soins, et moins de dix minutes après l'accident, il était réduit sous anesthésie et plâtré, ce qui ne l'empêcha pas, trois mois plus tard, de subir une suture osseuse pour pseudarthrose.

***

IMPERFORATION DE L'ANUS ; RECTOPLASTIE ; GUÉRISON.

M. Piollet (de Clermont-Ferrand). — J'ai l'honneur de présenter à la Société la photographie actuelle d'un enfant que j'ai opéré, il y a huit mois environ, pour une imperforation anale. Cet enfant est très bien guéri, et son anus est bien conformé, comme vous pouvez le voir sur cette épreuve.

Ce petit garçon, le premier enfant de parents bien portants, est né le 26 mars 1909, dans la soirée. Le 27, on remarqua qu'il n'avait pas expulsé son méconium ; le 28 mars, on essaie de mettre un suppositoire et de donner un lavement, le tout ressort aussitôt ; l'enfant vomit, son ventre se ballonne ; on fait appeler dans la journée le Dr Mavel, qui constate la malformation et me télégraphie. L'enfant est opéré à Ambert, le 29 mars, à 9 heures du matin, donc 60 heures environ après la naissance.

Je trouve un garçon d'apparence robuste, bien constitué d'autre part, pesant à la naissance 3 kil. 500. Le ventre est ballonné, l'enfant ne peut prendre aucun aliment sans vomir, il pleure presque constamment. Localement il existe un anus formé d'une dépression infundibuliforme de 2 centimètres de profondeur environ ; au delà le stylet bute sur des parties

molles. On ne voit ni ne sent bomber l'ampoule rectale. Le petit doigt, introduit dans le cul-de-sac, sent des contractions, il y a donc un sphincter anal.

L'opération est pratiquée sans anesthésie, l'enfant étant immobilisé dans la position de la taille. Après désinfection soigneuse, l'incision est menée de l'anus au coccyx, en *respectant la partie antérieure du sphincter anal*. Sa partie postérieure est incisée et réclinée, rien n'apparaît.

Libération du tissu cellulaire, à la sonde cannelée. Alors apparaît la partie postérieure de la vessie, que j'ai prise un instant pour l'ampoule rectale cherchée : une sonde introduite dans l'urètre montre qu'on a affaire à la vessie ; les recherches sont reportées plus en arrière.

Je trouve alors un plan musculo-fibreux, s'étendant de la vessie au sacrum : il s'agissait sans doute des releveurs de l'anus avec l'aponévrose périnéale supérieure. Le coccyx étant récliné en arrière, ce plan est attaqué franchement, au ras de la concavité sacrée : je suis alors à 3 ou 4 centimètres de profondeur.

Aussitôt que le plan de l'aponévrose périnéale supérieure est traversé, je sens, puis je vois bomber l'extrémité inférieure de l'intestin, reconnaissable à la teinte du méconium qui la remplit : elle se tend dans les efforts et les cris de l'enfant. Elle est située tout à fait *en arrière, au ras du sacrum*, dans la concavité et sa face antérieure.

Il faut libérer avec le doigt cette ampule rectale trop courte pour l'amener en bas, au niveau de l'anus ; en procédant avec douceur j'y parviens sans l'ouvrir. Deux points en U non perforants, aux crins, sont alors passés, un de chaque côté et fixant l'ampoule au voisinage de l'anus.

L'ampoule rectale est alors largement ouverte d'avant en arrière ; le méconium s'écoule abondamment, un lavage à l'eau bouillie salée permet de repérer les bords de l'ampoule, et de les suturer par cinq points perforants de la peau de l'anus. La partie postérieure de la plaie est refermée par deux points au crin de Florence.

Les suites furent parfaites : dès l'opération terminée, l'enfant teta volontiers ; les fils furent enlevés par le Dr Mavel six et huit jours après, et l'élevage du bébé se fit tout à fait normalement.

Actuellement (29 novembre 1909), cet enfant est en très bonne santé ; son anus ne présente, à première vue, presque aucune trace de malformation. Pourtant, en l'examinant de près, on aperçoit la cicatrice de l'incision ano-coccygienne.

L'anus est *continent* : pendant que nous le photographions l'enfant criait, et pourtant les matières ne s'échappaient pas. Le petit doigt entre facilement dans l'orifice anal, et sent fort bien l'anneau contractile du sphincter : toutefois, celui-ci paraît un peu plus mince en arrière.

Il y a peu à ajouter à l'histoire du fait lui-même : l'imperforation rectale est assez rare et mérite à ce titre d'être signalée. D'après Trélat, la proportion serait de 1 sur 11.000 enfants ; d'après Collins, de 1 sur plus de 16.000 enfants.

Non traitée, la formation amène rapidement la mort; les efforts d'expulsion restant inutiles, les accidents d'occlusion s'installent peu après la naissance, et la mort survient du quatrième au sixième jour ; elle est quelquefois hâtée par la rupture intra-péritonéale de l'intestin. Quelques enfants résistent dix et même treize jours.

Le traitement, uniquement chirurgical, doit comprendre les points suivants, bien réglés par Trélat (Dictionnaire Dechambre, art : Malformation de l'anus) : 1° créer une voie artificielle et permanente à l'évacuation des matières, et placer cette voie à l'anus, ou aussi près de lui que possible ; 2° commencer toujours les recherches par la voie périnéale et n'y renoncer que s'il est démontré que la tentative ne peut aboutir ; 3° ne se résigner qu'en dernière ressource à l'établissement d'un anus artificiel (anus de Littre).

L'opération périnéale, opération d'Amussat, rectoplastie ou proctoplastie, anoplastie, peut être très simple, si l'ampoule est contre la peau du périnée : encore faut-il ne pas se contenter d'une *ponction*, opération aveugle et insuffisante, laissant après elle un rétrécissement, mais faire une *incision* suivie de sutures.

Elle peut être plus compliquée, comme dans notre cas, où l'ampoule était au-dessous de l'aponévrose périnéale supérieure et des releveurs, mais cependant au-dessous du péritoine, qui ne dut pas être ouvert.

Quelquefois, l'ampoule reste cachée, et il faut aller à sa recherche dans le péritoine : parfois, on peut la trouver, l'abais-

ser et la fixer à la peau. Mais parfois aussi il a fallu (Hadra-Chalot) rechercher l'ampoule par voie abdominale, et l'amener ensuite au périnée, ou enfin se contenter de l'anus iliaque de Littre.

Toutes ces opérations abdominales sont extrêmement meurtrières, mais l'enfant, livré à lui-même. n'est-il pas condamné?

Aussi ne doit-on pas hésiter à opérer en pareil cas, dans l'espoir d'obtenir un résultat éloigné aussi parfait que ceux qu'a présentés M. Vincent ici même, à plusieurs reprises, ou celui de MM. Fabre et Trillat (novembre 1908), concernant un jeune homme de 15 ans, opéré autrefois par M. Fochier, et guéri avec un anus continent.

Je rappelle que dans sa thèse de Paris (1905), Haudoin, sur 223 opérés d'imperforation anale, en a retrouvé 73 traités par la méthode d'Amussat. La mortalité immédiate de l'opération est supérieure à 50 p. 100. Parmi les survivants, 6 seulement ont dépassé un an, et un seul a dépassé dix ans.

Il faut remarquer encore que, dans le cas que je présente, l'existence d'un infundibulum anal assez profond, grâce auquel la malformation est passée inaperçue pendant plus de trente-six heures après la naissance. Cet infundibulum, muni d'un sphincter, a permis d'obtenir un résultat fonctionnel parfait; en prenant soin de ne couper le sphincter qu'en arrière, d'amener la muqueuse rectale à la peau, et de faire des sutures soignées, nous avons pu faire à cet enfant un anus continent, quoique non rétréci, en un mot un anus normal.

*
* *

CHONDROME DU STERNUM; SUITES ÉLOIGNÉES.

M. Tixier. — Voici, Messieurs, une malade que vous connaissez. J'ai eu l'honneur de vous la présenter l'année dernière, alors qu'elle venait de subir une large ablation d'un enchondrome de la fourchette sternale. Elle avait été opérée par M. Gangolphe et par moi.

Le résultat éloigné est intéressant à deux points de vue : guérison d'une tumeur en évolution, résultat fonctionnel. Au point de vue de la guérison tout n'est pas parfait, tant s'en faut, car elle a dû revenir dans mon service pour une repul-

lulation *in situ* de son néoplasme. Elle présentait en effet depuis deux mois environ deux noyaux gros comme une petite noix. L'un au niveau de l'extrémité interne de la 3e côte droite, et l'autre sur l'extrémité interne de la clavicule gauche. Ces noyaux étaient indépendants de la peau, mais solidement fixés dans la profondeur.

Un examen radioscopique exécuté par M. Destot révélait une ombre très large et très suspecte dans le médiastin. Cependant je voulus tenter l'ablation de ces bourgeons. Celui de droite fut largement enlevé, mais celui de gauche se continuait dans la profondeur sous la forme d'une traînée de gelée de pomme non limitable. Je dus battre en retraite, car j'allais contre les gros vaisseaux de la base (1).

Au point de vue fonctionnel il est intéressant de constater que malgré l'ablation de la moitié supérieure du sternum, d'une partie des deux clavicules tous les mouvements du bras ont été récupérés. De plus, vous pouvez sentir, et j'ai pu le constater dans le cours de mon opération itérative, un véritable plastron fibreux-scléreux, en certains points ostéo-cartilagineux, qui protège la brèche antémédiastinale. Nous avions donc eu raison de rejeter, après notre première opération, toute prothèse ostéoplastique ou métallique.

M. Gangolphe. — Lorsque nous avons opéré cette malade, nous avions pensé qu'il s'agissait d'un cas de chondrome assez bénin. J'ai eu également l'honneur de présenter à la Société un malade auquel j'avais fait trois interventions successives. Après la dernière opération, je m'étais bercé de l'espoir que j'avais fait une opération définitive et que, si j'avais fait courir un très grand danger à ce malade pendant l'opération et même après, puisque je n'avais pas eu assez de téguments pour découvrir la plaie, je devais obtenir une guérison définitive. Mon espoir a été déçu, le malade a succombé un an plus tard, sans que j'aie pu savoir exactement dans quelles conditions ; mais je ne serais pas éloigné de croire qu'il y a une généralisation d'une néoplasie maligne.

Le fait dans lequel j'étais intervenu à ce moment était d'autant plus intéressant qu'il s'agissait, au point de vue anatomo-pathologique macroscopique, d'un cas semblable à celui de M. Tixier ; mais au point de vue de l'anatomie pathologique générale, c'était un cas un peu diffé-

(1) L'examen histologique a révélé qu'il s'agit d'un enchondrome en évolution maligne.

rent, puisqu'il s'agissait d'un sujet atteint d'exostoses non seulement des membres, mais aussi des côtes. Une de ces exostoses ayant affecté l'allure d'un chondrome, le fait m'avait paru intéressant, car il y avait là un exemple typique de la transformation en tumeurs malignes de lésions qui, jusqu'alors, étaient considérées comme bénignes.

On sait que chondromes et exostoses coïncident fréquemment, que ce sont des lésions de la même catégorie ; mais ce qu'on ignorait, c'est qu'une affection qui parait tenir simplement d'un trouble dans la croissance du squelette pût amener la mort.

Chez mon sujet, le fait était encore plus curieux, puisque l'hérédité des exostoses s'était présentée pendant quatre générations successives et seulement sur l'aîné de la famille.

Nous avons, avec M. Tixier, l'intention de reprendre cette question des tumeurs thoraciques.

Séance du 23 décembre 1909.

Présidence de M. Aubert.

RÉSECTION DU COUDE POUR TUMEUR BLANCHE; PLOMBAGE AU MOOSETIG; GUÉRISON EN MOINS DE TROIS MOIS.

M. Durand.—J'ai l'honneur de vous présenter un résultat de plombage Moosetig qui m'a paru intéressant à cause de la rapidité de guérison qu'il m'a permis d'obtenir.

Françoise E..., 38 ans, entre dans mon service le 23 septembre 1909 pour une tumeur blanche du coude droit ayant débuté en juillet 1908, à la suite d'un léger traumatisme.

A son entrée, elle présente une volumineuse tuméfaction de la région malade, avec prédominence sur l'avant-bras. Mouvements douloureux et restreints; pas d'abcès articulaire ou arthrifluant; bon état général.

28 septembre, résection du conde, lésions osseuses multiples, prédominant à l'avant-bras; parties molles en assez bon état de conservation.

4 octobre. — Plombage à la Moosetig.

31 octobre. — Premier pansement, région bien propre, pas de suppuration; l'orifice de drainage laisse passage, comme d'habitude, à des bourgeons charnus un peu spéciaux.

20 novembre. - Deuxième pansement.

18 décembre. — Troisième pansement. La plaie est guérie.

Actuellement, vous pouvez constater que la guérison opératoire est parfaite : la cicatrice est satisfaisante et solide; la mobilité est plutôt trop considérable, comme il arrive souvent après le plombage, aussi vais-je la faire immobiliser encore pendant quelque temps.

J'ai tenu à vous présenter cette malade parce qu'elle offre un exemple, un peu exceptionnel il est vrai, des résultats que peut

donner le plombage articulaire suivant la méthode de Moosetig. Je tiens à insister sur les dates.

Agée de 38 ans, cette malade a été réséquée le 28 septembre, plombée le 4 octobre, premier pansement le 31 octobre, deuxième pansement le 20 novembre, la guérison constatée le 18 décembre. Elle a donc guéri entre le 20 novembre et le 18 décembre, c'est-à-dire entre le deuxième et le troisième pansement.

Si on rapproche ces dates de ce que nous obtenons avec le drainage et les pansements anciens, je crois qu'on peut être convaincu, une fois de plus, du merveilleux progrès réalisé par cette technique de Moosetig.

*
* *

MAILLET POUR LES OPÉRATIONS SUR LES OS.

M. Durand. — J'ai toujours trouvé que les maillets fournis par les constructeurs d'instruments chirurgicaux sont peu commodes, mal en main, d'un mouvement peu sûr et tournent dans la main.

Pour avoir un instrument mieux adapté, j'ai pensé qu'il fallait m'adresser aux corps de métier qui utilisent le ciseau et le maillet : ces outils m'ont paru devoir être très parfaits puisqu'ils sont employés depuis des siècles. J'ai cherché chez les ciseleurs ou sculpteurs. Après enquête, il m'a paru que je devais m'adresser aux sculpteurs sur pierre, parce qu'ils travaillent une matière dont les propriétés se rapprochent relativement de celles de l'os. Voici ce que j'ai appris :

Ces ouvriers emploient deux sortes de maillets : l'un gros et puissant sert pour frapper des coups très violents, c'est la « massette », outil trop lourd pour être intéressant, l'autre s'appelle la « tapette », et il m'a paru digne d'entrer dans l'arsenal chirurgical.

C'est un cube allongé, en fer, monté sur un manche représentant un cylindre un peu aplati, il y a continuité de substance entre le cube et le manche. Cet outil pèse 1 kilo, 1 kil. 500, 2 kilos et plus, suivant ce qu'on en veut faire.

J'ai adopté sa forme et son principe, mais j'ai modifié sa substance. Les sculpteurs le font en fer dur, parce qu'il frappe

sur un outil dont l'extrémité est un peu déformable. Comme nos ciseaux ont une tête d'acier, j'ai fait mon maillet en bronze mou, de sorte que le coup porté ne glisse pas et reste sûr. Le maillet que je vous présente ne pèse que 800 grammes, et ce

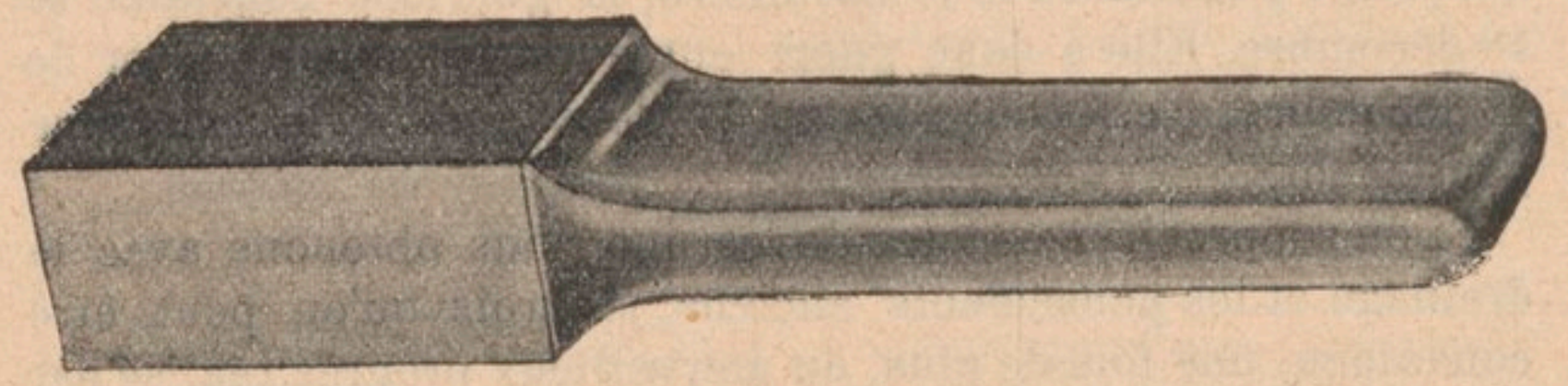


Fig. 1. — Maillet pour les opérations sur les os.

poids me suffit. Je l'utilise de trois façons : pour frapper fort et sans crainte, je le tiens à pleine main et frappe en agissant du coude et même de l'épaule; pour sculpter plus doucement, j'agis par des mouvements du poignet; pour aller à très petits coups, dans la mastoïde par exemple, je maintiens le marteau avec le pouce opposé à l'index et au médius et j'imprime au manche de tout petits mouvements de bascule par les deux derniers doigts.

Vous pouvez voir que cet instrument est bien en main, sûr, qu'il ne tourne pas, et sans amour-propre d'auteur, parce que je n'ai fait que l'empruter à un corps de métier qui l'utilise séculairement, je puis déclarer qu'il m'a donné toute satisfaction.

***

RÉSECTION DU POIGNET ; RÉSECTION DU PREMIER MÉTATARSIEN.

M. Vandenbosche. — J'ai l'honneur de vous présenter deux malades réséqués, l'un du poignet, l'autre du premier métatarsien.

Le premier est un soldat du 10e cuirassiers, envoyé à l'hôpital Desgenettes en octobre 1908, avec une ostéoarthrite bacillaire évidente du poignet droit. Les os du carpe semblaient pris à l'exclusion des os de l'avant-bras et des métacarpiens. La radiocarpienne était bourrée de fongosités, les syno-

viales palmaires intactes, mais il existait une volumineuse adénite axillaire.

L'intérêt de ce malade vient de ce qu'il a subi le traitement de Calot. En effet, séduit par les résultats communiqués par cet auteur, nous appliquâmes son traitement à notre malade. L'avant-bras fut immobilisé en plâtre, et, comme il s'agissait d'un cas récent et fongueux, nous lui fîmes, selon la technique indiquée, dix injections intraarticulaires d'huile créosotée iodoformée, chacune à six jours d'intervalle. Ces injections douloureuses sur le moment furent bien supportées par le malade et ne déterminèrent aucune réaction locale. Des ponctions évacuatrices pratiquées à leur suite ne donnèrent aucun résultat.

La deuxième partie du traitement consiste à maintenir deux mois encore l'immobilisation plâtrée, en pratiquant en outre, la compression directe de l'articulation lésée, par un tampon placé sur le dos du poignet, sous la valve plâtrée par où étaient faites les injections.

Au bout des quatre mois réglementaires du traitement, le plâtre fut enlevé. Il était évident que les lésions, loin d'avoir guéri, avaient progressé et que l'ostéoarthrite fongueuse était devenue purulente.

En février dernier, nous reprîmes le vieux traitement classique et pratiquâmes la résection du poignet. Il fallut faire au malade une carpectomie totale, en laissant toutefois en place le trapèze et le pisiforme — et nous pûmes voir chemin faisant l'effet du traitement par les injections intra-articulaires : il s'était bien produit une certaine liquéfaction des fongosités, mais les os du carpe aussi s'étaient liquéfiés ; atteints d'ostéoporose avancée, ils étaient réduits à de véritables petites éponges purulentes.

Malgré une scarlatine intercurrente, les suites opératoires furent simples, et à l'heure actuelle, dix mois après la résection, vous voyez que la méthode d'Ollier a rendu au malade un poignet indolore, solide, souple, peu déformé, avec une bonne capacité fonctionnelle, manuelle et digitale.

Ce deuxième malade entra dans mon service le 29 avril dernier avec une ostéoarthrite bacillaire de la première articulation métatarso-phalangienne, fistulisée à la plante et au dos du pied droit, avec tuméfaction péri-articulaire des tissus du vo-

lume d'une orange. La radiographie révélait une véritable fonte des surfaces articulaires et des lésions s'étendant à la moitié antérieure du premier métatarsien.

Le 10 juin dernier, on pratiqua l'ablation de la base de la première phalange du gros orteil et la résection sous-périostée totale du premier métatarsien. L'idée première était de garder la partie postérieure, fertile, de cet os, mais elle parut suspecte à l'opération et nous enlevâmes l'os en totalité.

La guérison était complète trois mois après, mais le gros orteil laissé en place s'était rétracté, et, attiré par le tendon extenseur, dressé sur le dos du pied, comme vous le voyez sur cette photographie, rendant difficile le port de la chaussure. Entre la section du tendon, suivie de l'extension continue de l'orteil, que pratiqua parfois Ollier, et l'amputation, nous nous décidâmes en faveur de ce dernier procédé, dans la crainte d'une déviation ultérieure cherchant d'ailleurs un pied solide et non esthétique.

Vous voyez sur le malade le résultat de notre intervention au sixième mois. La marche est facile et indolore, l'appui du pied se faisant sur son bord externe et sur la tête des métatarsiens restants. Le bord interne du pied est en léger contact avec le sol et la palpation y révèle la présence d'une masse ostéoïde qui empêche la trop grande saillie du premier cunéiforme. La radiographie montre que cette masse correspond à la production d'un véritable os nouveau, formé par une épiphyse postérieure notable et par une mince tige diaphysaire.

M. Gangolphe. — Je tiens tout d'abord à féliciter M. Vandenbosche de l'excellent résultat qu'il a obtenu chez ses deux opérés. Le premier malade a récupéré, grâce à la résection, l'utilisation de la main; comme on peut le constater l'état fonctionnel est très bon; il faut maintenir, lui laisser subir l'épreuve du temps. Mais ce cas est encore intéressant à d'autres points de vue. Les moyens thérapeutiques mis en usage avant l'intervention sont pris en flagrant délit d'inefficacité absolue; ne savons-nous pas que la dissemblance est telle entre la tuberculose de l'enfant et celle de l'adulte, que l'on dirait avoir affaire à deux maladies différentes : bande de Bier et injections peuvent avoir leurs indications, mais il ne faut pas s'attarder à leur emploi chez l'adulte. Bien au-dessus de ces moyens, je place l'immobilisation, que l'on oublie de plus en plus.

Quand les résultats d'un traitement non sanglant paraissent aléatoi-

res, il nous reste la résection : ce n'est pas ici que j'ai besoin de le redire.

Relativement au second malade, je rappellerai que j'ai pratiqué avec succès et préconisé l'hémirésection longitudinale du premier métatarsien. On conserve ainsi l'extrémité antérieure, la tête du premier métatarsien ; le point d'appui antéro-interne de la voûte plantaire est sauvegardé, et d'autre part on peut nettoyer complètement la cavité diaphysaire malade.

*
* *

VASO-VÉSICULECTOMIE PAR VOIE HAUTE.

M. Villard. — Je vous présente un jeune homme de 23 ans, chez lequel j'ai pratiqué, le 27 octobre dernier, une castration droite avec ablation complète du déférent et de la vésicule séminale correspondante, le tout par voie haute. Il s'agissait d'une tuberculose génitale unilatérale, qui avait débuté dix-huit mois auparavant et s'était accompagnée de fistules en juin 1908 et juillet dernier.

A son entrée à l'Hôtel-Dieu, le testicule droit était nettement augmenté de volume, l'épididyme était énorme avec des points ramollis; la peau des bourses présentait plusieurs cicatrices d'anciennes fistules, et l'une d'entre elles était encore suintante. Le déférent était épaissi, mais non monoliforme, et la vésicule droite était indurée et bosselée. L'appareil séminal du côté opposé paraissait absolument intact. L'unilatéralité des lésions étant à mon sens l'indication rationnelle de la vaso-vésiculectomie, j'ai pratiqué cette intervention le 27 octobre dernier, par la voie haute, en utilisant l'incision inguino-abdominale, et la technique dont je vous ai déjà entretenus lors d'une précédente communication.

Au cours de l'intervention, le péritoine fut légèrement déchiré, mais une suture rapide en assura facilement l'oblitération; par contre, mes précédentes interventions m'ayant peut-être trop rassuré sur les dangers de blessures de l'uretère, je sectionnai ce conduit dans une seconde d'inattention; je dus en refaire la suture, qui fut pratiquée sans trop de difficulté; l'ablation du testicule, du déferent et de la vesicule seminale droite fut faite en bloc sans rupture et montra des lésions profondes de l'épididyme, de la terminaison du déferent, et de la vésicule séminale.

Les suites opératoires furent marquées par l'évolution d'une fistule urinaire qui était tarie le 12 décembre, et actuellement, comme vous pouvez vous en rendre compte, la guérison est complète.

Ce cas est le septième où j'ai pratiqué la vaso-vésiculectomie par voie haute, et je suis de plus en plus persuadé que la voie abdominale est la meilleure pour enlever en bloc les lésions tuberculeuses du tractus génital. La blessure accidentelle de l'uretère, que j'ai observée dans ce dernier cas ne me semble pas devoir diminuer les avantages de la voie inguinale de Villeneuve, avantages que je vous ai exposés, paraît-il, avec trop d'enthousiasme dans une précédente communication. M. Marion, en effet, a tout dernièrement, à la Société de chirurgie de Paris, critiqué quelque peu cet enthousiasme, lui reprochant de me faire oublier mes devanciers en vaso-vésiculectomie haute.

Qu'il se rassure, il est loin de ma pensée de vouloir diminuer le mérite de MM. Beaudet, Duval et Kendirdjy, mais en présence de sept interventions que j'ai eu l'occasion de pratiquer dans les meilleures conditions opératoires, il m'est permis de dire que la voie haute est la voie de choix dans l'ablation du déférent et de la vésicule séminale. MM. Beaudet et Kendirdjy, qui ne l'admettent que pour les lésions unilatérales, les seules à mon sens qui soient justiciables de cette intervention, utilisent une large incision inguinale. M. Legueu, par contre, aborde le pelvis par une incision faite sur le bord externe du droit. J'estime qu'il est préférable de combiner ces deux incisions, et dans la technique que j'ai exposée soit dans la thèse de Gobard, soit ici même il y a quelques mois, j'ai insisté sur les avantages d'une incision mixte, prenant son origine sur le scrotum, suivant le trajet inguinal jusqu'au bord externe du droit, pour remonter ensuite parallèlement à ce muscle jusqu'à quelques travers de doigt au-dessus de l'ombilic. J'ai toujours eu, par cette longue incision, un très grand jour, sur une région profonde il est vrai, et dans toutes mes interventions j'ai réussi à enlever assez facilement la totalité des voies spermatiques. Dans un seul cas le déférent s'est rompu au niveau d'un foyer caséeux.

*
* *

OSTÉOTOMIE POUR FRACTURE DE L'EXTRÉMITÉ INFÉRIEURE DU RADIUS.

M. Vallas. — J'ai l'honneur de vous présenter un malade auquel j'ai dû pratiquer une ostéotomie pour une fracture de l'extrémité inférieure du radius dont la consolidation avait été suivie d'un déficit important dans le mouvement de supination. La fracture avait cependant été fort bien réduite au point de vue de la déformation classique du dos de fourchette. Aucun raccourcissement ne subsistait et les deux fragments étaient exactement bout à bout. Mais il s'était produit, dans le foyer de la fracture, une rotation sur l'axe, différente pour chacun des deux fragments, de telle sorte que le fragment supérieur étant presque en supination complète, le fragment inférieur s'était placé dans un certain degré de pronation. La consolidation une fois effectuée dans cet état, il en était résulté fatalement une limitation du mouvement de rotation en dehors du fragment inférieur et de supination de la main.

J'ai dû pratiquer sur ce blessé une ostéotomie transversale dans le foyer de fracture et faire exécuter au fragment inférieur une rotation en dehors d'environ 45°. Vous pouvez constater que le résultat cherché a été obtenu et que la main peut aujourd'hui se placer en supination à peu près complète.

L'observation de ce blessé est intéressante parce qu'il est rare de voir cette déformation à la suite d'une fracture classique du radius à la partie inférieure. Quand la fracture siège plus haut, en pleine diaphyse radiale, cet accident a beaucoup plus de chances de se produire. C'est un écueil dont il faut beaucoup se méfier, ainsi que cela résulte du travail de M. le Dr Bosquette, auquel j'ai indiqué ce sujet, et j'ai fait déjà plusieurs interventions pour corriger des fractures radiales ainsi vicieusement consolidées. Mais en bas ce n'est pas ordinairement cet accident qu'il faut craindre, et la raison en est que l'engrènement des deux fragments produit par le traumatisme amène un raccourcissement du radius et un chevauchement de la main sur l'avant-bras, mais s'oppose à la rotation des deux fragments l'un sur l'autre. C'est pourquoi il est peut-être permis de dire que cette fracture fut trop bien réduite, le désen-

grènement trop parfait, puisqu'ils ont pu perdre le contact et se mobiliser séparément dans deux directions différentes.

*
* *

INTERVENTION SANGLANTE DANS UNE FRACTURE FERMÉE DE L'AVANT-BRAS.

M. Vallas. — Le blessé que je vous présente est intéressant, d'abord par la constatation du résultat obtenu et ensuite parce que son observation soulève une question de doctrine intéressante à discuter.

Voici le cas :

B... Louis entre dans mon service au commencement de 1909, avec une fracture des deux os de l'avant-bras à la partie moyenne. La fracture est simple, sans plaie, sans excoriation des téguments. On s'efforce d'obtenir la réduction par traction et le membre est fixé dans un plâtre en supination presque complète. Connaissant les difficultés de réduction de cette fracture et les dangers qu'elle fait courir aux patients au point de vue fonctionnel, je fis faire, comme j'en ai pris depuis longtemps l'habitude, une radiographie sous plâtre. L'épreuve me montra un résultat mauvais; les quatre fragments chevauchaient les uns sur les autres d'environ 2 centimètres. J'endormis alors le blessé et refis, sous anesthésie une seconde tentative de réduction et un nouveau plâtre. Une seconde radiographie fut faite quatre jours après la première, le 8 octobre. Le résultat était aussi mauvais que la première fois. Vous pouvez vous en rendre compte par l'examen de l'épreuve que je vous soumets (fig. 1).

Je décidai alors d'avoir recours à une intervention sanglante, pour obtenir la mise bout à bout des fragments. Après avoir préparé tout l'apareil instrumental nécessaire en pareil cas, je fis anesthésier le blessé et ouvrir le foyer de la fracture par une double incision cubitale et radiale. J'arrivai facilement à descendre le fragment inférieur du cubitus et à le mettre en bonne position vis-à-vis du fragment supérieur. Quand j'abordai le radius, j'éprouvai des difficultés bien plus grandes. En effet, non seulement les fragments avaient chevauché l'un sur l'autre (dépla-

cement suivant la longueur), mais ils avaient subi un mouvement de rotation sur leur axe, chacun dans un sens différent, le supérieur entrainé en supination et l'inférieur en pronation. La déformation était manifeste et rendue visible par ce fait que sur un point de la circonférence des fragments il y avait

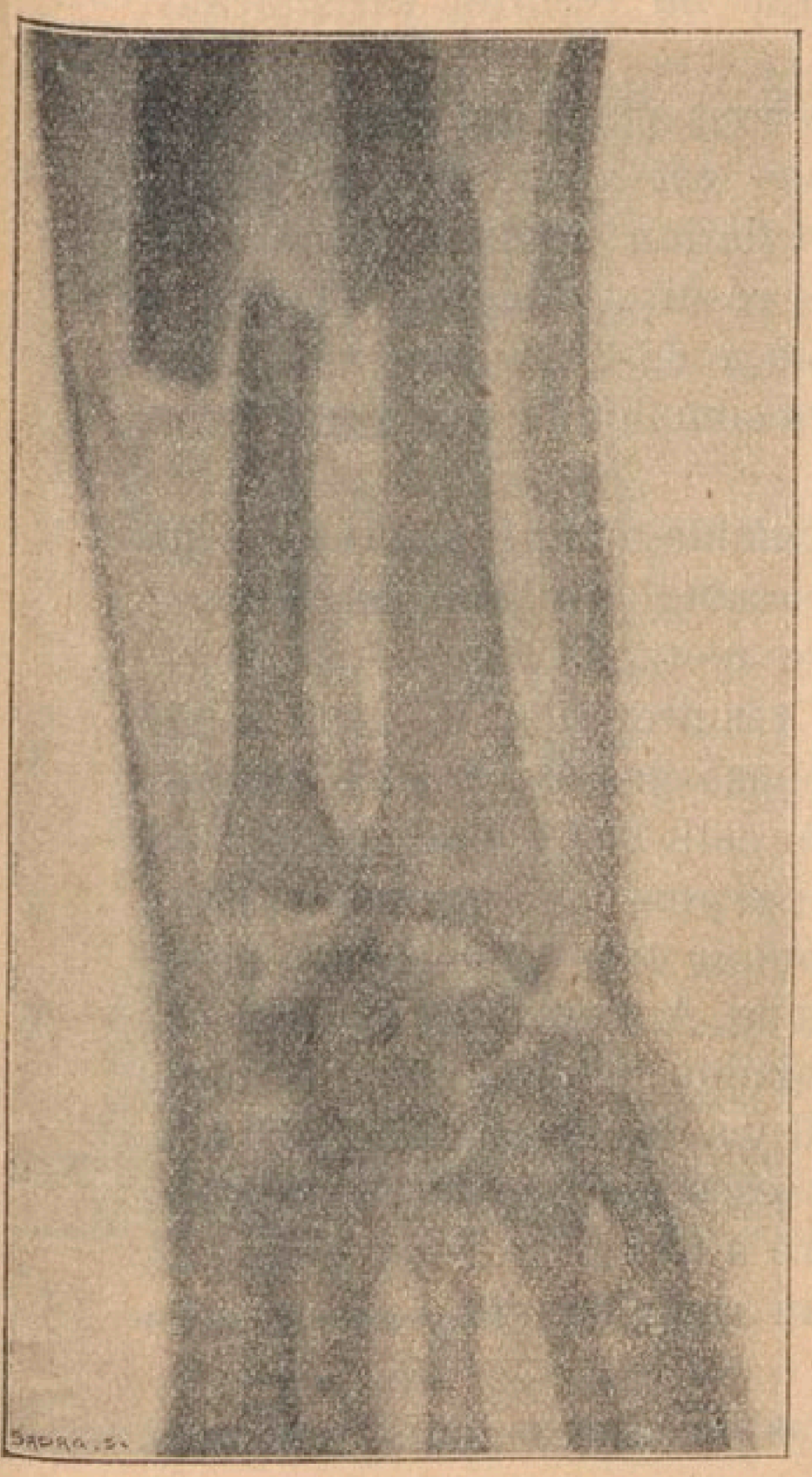


Fig. 1. — Fracture des deux os de l'avant-bras radiographiés sous plâtre après tentative de réduction. Mauvais résultat.

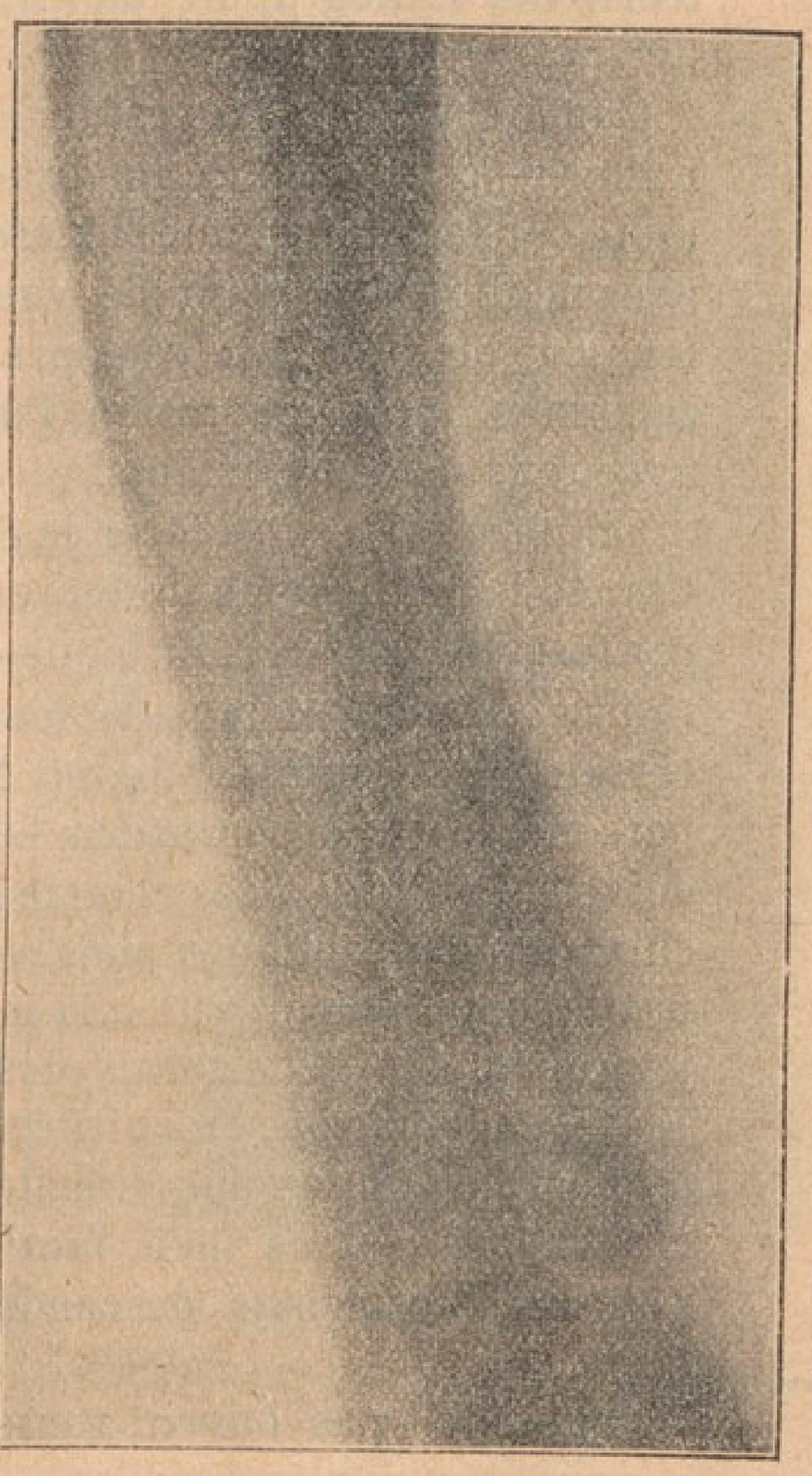


Fig. 2. — La même après réduction sanglante.

un V, saillant d'un côté, rentrant de l'autre, et que l'on pouvait ainsi mesurer l'angle de ce déplacement par une rotation sur l'axe, lequel était d'environ 35° à 40°. La présence de ce V me suggéra alors l'idée de l'utiliser pour la contention des fragments en bonne position et de me passer ainsi des vis et attelles métalliques, tous corps étrangers, que je ne place qu'à

contre-cœur dans un foyer de fracture. Je fus en effet assez heureux pour engrener les deux fragments au radius à l'aide de ce double V, et du coup le cubitus se trouva, lui aussi, maintenu en bonne position. Il ne me restait plus qu'à suturer les parties molles et à fixer le tout dans une attelle plâtrée. Une troisième radiographie montra enfin un résultat satisfaisant (fig. 2).

Comme vous le voyez, la mise bout à bout est parfaite. Le radius — c'est la chose importante — est absolument droit. Il reste sur le cubitus une légère déviation angulaire que l'on peut négliger au point de vue du résultat fonctionnel. D'ailleurs, le blessé que je vous présente a déjà retrouvé, quelques semaines après l'opération, l'usage complet de son avant-bras avec tous ses mouvements.

On peut donc considérer ce cas comme une heureuse application de la méthode de l'intervention sanglante dans les fractures fermées. Est-ce à dire que cette méthode doive être généralisée, comme cela semblerait résulter de la lecture de certaines statistiques? Je ne le pense pas, pour mon compte personnel. Les observations comme celle que je vous ai apportée doivent être regardées comme une des plus belles conquêtes de la chirurgie antiseptique; mais, à vouloir trop généraliser cette pratique, on nuirait vite à la méthode. A dire toute ma pensée, je crois même qu'on serait plus nuisible qu'utile aux malades. Là, comme partout en chirurgie, il y a des indications, et il est, à l'heure actuelle, plus difficile de les poser que de les remplir. C'est cependant ce qu'il faut faire à tout prix, sous peine de voir les chirurgiens descendre au rang de simples ouvriers d'art.

On ne doit pas ouvrir toutes les fractures indistinctement pour plusieurs raisons :

1° Parce que l'on peut transformer une fracture simple en une fracture infectée. Quelle que soit la propreté du milieu où l'on opère, un accident est toujours à redouter et la gravité des phénomènes septiques évoluant dans un foyer de fracture impose forcément une grande réserve et une prudente circonspection.

Même en ne tenant pas compte du danger de l'infection, il n'est pas certain que le seul fait d'inciser des parties molles, peau, muscles, filets nerveux, on ne détermine pas des troubles

trophiques qui font que la *restitutio ad integrum* est plus difficile, en tous cas plus longue à obtenir. Sans pouvoir donner sur ce sujet des précisions plus grandes, je suis persuadé qu'une fracture, toutes autres complications mises à part, évolue plus simplement à l'état fermé qu'à l'état ouvert.

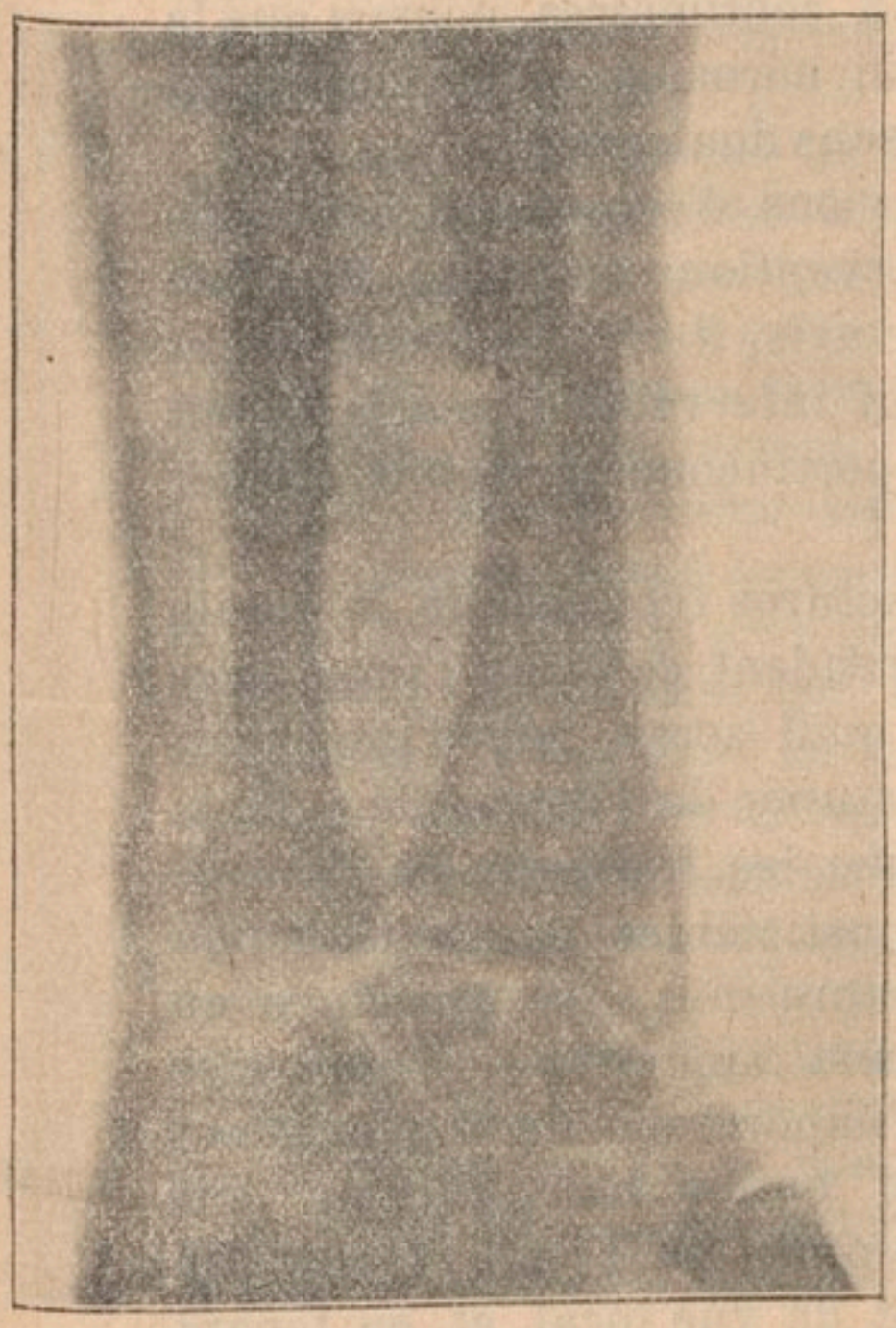


Fig. 3. — Fracture du radius radiographiée sous plâtre après réduction.

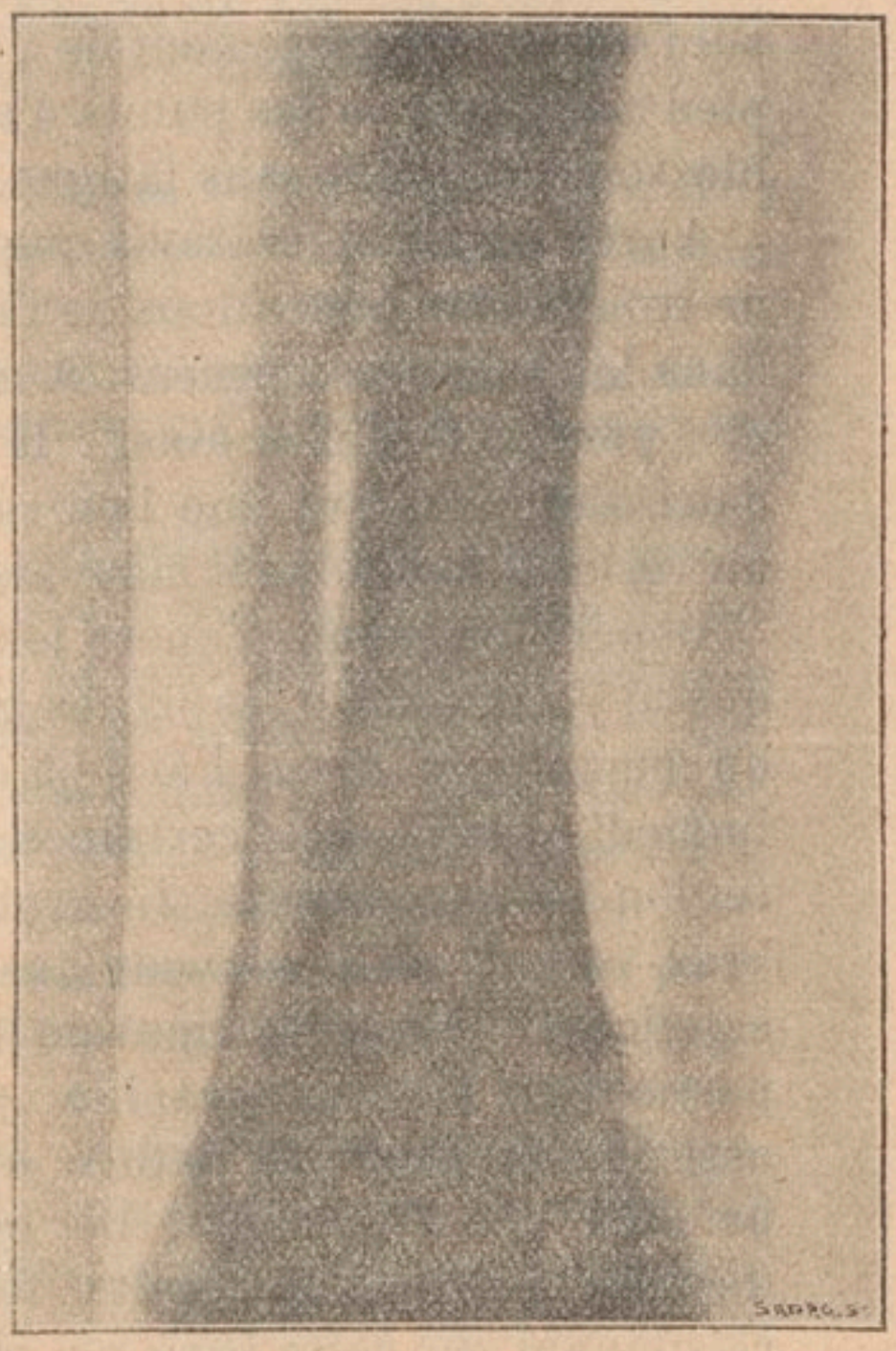


Fig. 4. — Fracture des deux os de la jambe radiographiée sous plâtre après réduction.

2° Parce qu'il est un très grand nombre de cas où avec les moyens simples dont nous disposons, on peut obtenir des résultats absolument parfaits. Voici des radiographies qui viennent à l'appui de ce que j'avance. La fracture du radius que je vous montre est aussi bien réduite que possible (fig. 3). Il en est de même de la fracture de jambe que représente la figure 4.

Qu'aurait-on fait de mieux avec une intervention sanglante, et dès lors pourquoi faire courir au patient un danger de complication, quelque minime qu'il puisse être ?

3° Parce que souvent, avec un résultat imparfait au point de vue de la forme, on a cependant un résultat fonctionnel suffisant. Il ne faut pas oublier, en effet, que la fonction doit être l'objectif principal du chirurgien et que la forme ne vient qu'au second plan. Or, qu'importe qu'une jambe ait un cal un peu volumineux, pourvu qu'elle soit solide ? Qu'importe qu'elle ait subi un raccourcissement de 2 ou 3 centimètres, pourvu que le pied ait conservé ses points d'appui normaux et permettre au blessé de marcher sans fatigue et sans douleurs ?

Après les considérations que je viens d'exposer, il est facile de trouver les indications de l'intervention sanglante d'emblée dans les fractures fermées. A mon avis, il n'y en a qu'une, et elle peut se formuler ainsi : Il faut intervenir immédiatement dans toute fracture que l'on sait pertinemment devoir donner un résultat fonctionnel mauvais.

Depuis longtemps j'opère les fractures récentes de la rotule quand j'ai constaté les signes qui rendent certaine l'impotence du membre inférieur. J'ai déjà dit qu'il serait bon d'intervenir immédiatement dans certaines fractures de l'astragale et de la région sus-malléolaire. Je crois que les fractures de l'avant-bras seront bien souvent aussi justiciables de la réduction sanglante. Chaque variété de fracture doit être examinée en particulier. La radiographie permet aujourd'hui d'apprécier assez exactement la nature et l'importance du déplacement primitif des fragments. De cette notion le chirurgien doit déduire la valeur du résultat fonctionnel qu'il peut obtenir. En raisonnant sur cette base au point de vue local, et en tenant compte de la santé générale et même de l'état social du blessé, il pourra poser une indication et instituer un traitement véritablement rationnel.

M. Gangolphe. — J'ai entendu avec plaisir la communication de M. Vallas ; il ne semble pas plus que moi partisan de l'ostéosynthèse en tant que méthode générale. En ce qui concerne les fractures du membre supérieur je partage tout à fait les idées qu'il a émises ; et je pense que c'est d'après indications précises, spéciales, qu'il faut intervenir.

M. Destot. — Les malades présentés par M. Vallas présentent un gros intérêt pratique. L'un représente une lésion rare, l'autre est plus commun.

Le premier démontre que dans les fractures de l'extrémité inférieure

du radius, il faut éviter, lorsque les fragments sont libres et désengrenés, la manœuvre de Volkman, flexion de la main, inclinaison cubitale, car le fragment inférieur libre se décèle par rapport au fragment supérieur et amène la perte des mouvements de pronation et de supination. Lorsque les fragments sont engrenés, la manœuvre de Volkmann est insuffisante pour les libérer et réduire le dos de fourchette. Inutile ou dangereuse, cette manœuvre doit faire place à une action directe sur les fragments, laminage direct sur lequel depuis longtemps j'ai insisté.

La question des fractures de l'avant-bras, radius seul ou des deux os, a fait l'objet de recherches nombreuses qui ont pour base la physiologie des mouvements.

Ces fractures sont plus graves qu'on ne le pense, et déjà les anciens avaient indiqué des procédés de traitement qui démontrent quel intérêt ils attachaient à cette question.

L'antique formule : avant-bras en supination forcée, rétablissement de l'aspect interosseux à tout prix, indique bien la préoccupation des auteurs. Pouteau faisait jouer un rôle au carré pronateur, les autres à la membrane interosseuse, qui devait être tendue pour éviter la soudure des quatre fragments en une masse unique. D'autres enfin ont cru devoir distinguer les fractures qui siègent au-dessus ou au-dessous de l'insertion du court supinateur et du rond pronateur.

Partant de ces idées, certains radiographes ont cherché dans quelle position l'espace interosseux était le plus grand, et ont conseillé la demi-pronation : c'est une erreur.

D'abord il faut remarquer que rien ne trompe comme la radiographie de l'avant-bras, et j'ai insisté sur ce fait dans l'*Echo de médical de Lyon* de 1898. Si on prend deux radiographies du même bras sous plâtre, en pronation et en supination, on voit de suite que la distance des os paraît moins grande en supination qu'en pronation. Avec mon ami Briau j'avais remarqué qu'il est impossible de mettre en position de supination extrême le radius en contact avec la plaque, et je me rappelle la stupeur d'un chirurgien qui, voulant montrer une belle réduction de fracture de l'avant-bras, m'ordonna de mettre le membre en supination. Il fut cruellement puni, car les fragments paraissaient en mauvaise situation.

L'espace interosseux ne signifie rien en soi, et cependant la pratique des anciens était bonne. Dans cette question il faut d'abord éliminer les broiements qui déplacent les fragments, amènent des interpositions musculaires et des pseudarthroses. A ces cas il faut opposer l'intervention sanglante d'emblée.

Mais dans les autres formes on peut arriver par des moyens plus simples et pour cela il faut partir de notions physiologiques précises.

Il y a d'abord le décalage; sitôt que le radius est cassé, le fragment

supérieur tiré par le biceps se met en supination et il faut, pour éviter la rotation dans l'axe des fragments, mettre le poignet dans le plan du coude. J'ai insisté dans la thèse de Bosquette sur ce mécanisme. Mais il en est un autre. Si on regarde la tête du radius on la voit tourner sur son axe et sur place, si on regarde l'extrémité inférieure on lui voit faire un mouvement de dégagement d'épée, c'est-à-dire d'excentrique par rapport à l'axe de l'avant-bras. Cette transformation de mouvement par le même levier est due à l'angle du radius, car si la tige était droite le mouvement axial ne serait qu'un mouvement de rotation. Toute fracture qui aura pour effet de diminuer cet angle diminuera l'excentricité et par conséquent entravera les mouvements de pronation et de supination. Or, les fractures directes produisent d'ordinaire un angle rentrant. Il faut donc lutter contre cet angle et incurver plutôt le radius en dehors. Le rétablissement de l'espace interosseux est donc la conséquence de cette traction du radius en dehors.

Enfin, il est un troisième facteur, l'angle rentrant du radius ne va pas sans ascension du fragment inférieur. D'où diastasis radio-cubital inférieur, saillie de la tête cubitale, déformation du poignet et impotence. D'où cette règle de tirer fortement sur l'avant-bras pour réduire le fragment inférieur. On retombe aussi dans les règles pratiques anciennes justifiées par des théories nouvelles. Tirer fortement et réduire dans la longueur. Mettre la main en supination forcée. Rétablir l'espace interosseux par traction ou pression, pour éviter l'angle rentrant des fragments, et si ces manœuvres ne suffisent pas, intervenir sitôt qu'on aura constaté leur inefficacité.

Le Gérant, Dr Vallas.

Lyon, — Association Typographique, 12, rue de la Barre. — H. Gabrion, directeur.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE LYON

1908

BUREAU

Président	MM.	Aubert.
Vice-Président		Aug. Pollosson.
Secrétaire général . . .		Vallas.
— — *adjoint.*		Durand.
Trésorier-Archiviste . .		Gayet.
Secrétaires annuels. .		Delore.
		Molin.

MEMBRES

Albertin.
Aubert.
Augagneur.
Bérard.
Chandelux.
Claudot.
Commandeur.
Condamin.
Cordier.
Delore.
Destot.
Durand.
Fabre.
Gangolphe.
Gayet.
Goullioud.
Horand.
Jaboulay.
Laroyenne.
Martel.
Martin.
Nimier.
Nové-Josserand.
Patel.
Pollosson (Auguste).
Pollosson (Maurice).
Rochet.
Rollet.
Sabatier.
Siraud.
Tixier.
Vallas.
Vignard.
Villard.
Vincent.

MEMBRES CORRESPONDANTS

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

TABLE DES MATIÈRES

Table alphabétique par noms d'auteurs des Travaux de la Société de Chirurgie de Lyon pendant l'année 1909.

ALBERTIN. — Cancer du col utérin opéré par la méthode de Wertheim..... 131
Discussion : Goullioud, Albertin..... 132
— Kyste mucoïde de l'ovaire gauche rompu ; généralisation à l'appendice du processus néoplasique..... 282
Discussion : Condamin, Durand, Gangolphe..... 283
— Technique opératoire de l'opération dite « de Wertheim ».. 334
— Volumineux fibrome intra-abdominal du ligament rond droit..... 379

AUBERT. — Allocution..... 297
— A propos du procès-verbal..... 312
Discussion : Destot..... 312

BARJON. — De quelques causes d'erreur dans le diagnostic radiologique des calculs du rein..... 23
Discussion : Rochet, Gayet, Barjon..... 27

BAUFFRE. — Nouvelle aiguille à suture à manche évidé..... 174

BÉRARD. — Opération conservatrice pour un gros fibro-sarcome parostal de l'extrémité inférieure du fémur ; résection articulaire extra-périostée ; enclouage..... 8
Discussion : Gangolphe, Durand, Destot..... 11

BÉRARD. — De l'intervention dans le cancer thyroïdien suffocant à prolongement médiastinal..... 35
Discussion : Delore, Gangolphe, Bérard..... 38
— Tumeurs cutanées en relation avec certains kystes de l'ovaire..... 60
Discussion : Gangolphe, Bérard..... 61
— Résultat d'une opération conservatrice pour fibro-sarcome périostique de l'extrémité inférieure de la cuisse..... 155
— Récidive d'une tumeur du mésentère deux ans et demi après l'extirpation, large envahissement de la paroi abdominale, ablation..... 156
— Atrophie faciale par ancienne ostéomyélite du maxillaire inférieur ; indications thérapeutiques..... 212
Discussion : Cl. Martin..... 213
— Deux formes rares de lésions du poignet, fracture isolée du pyramidal, fracture ancienne du semi-lunaire avec synostose au radius..... 303
Discussion : Destot..... 306
— Tuberculose rénale caséeuse massive fermée d'emblée; néphrectomie antérieure avec cloisonnement préalable du péritoine ; guérison..... 313
Discussion : Gangolphe, Durand, Patel, Albertin, Tixier, Bérard..... 320
— Thyroïdectomie subtotale pour cancer thyroïdien ; suspension de la trachée ; absence de myxœdème post-opératoire..... 347

BÉRARD et **CHALIER**. — Sur les grands prolapsus dans les anus contre nature..... 246
Discussion : Gangolphe..... 252

BONNET (L.-M.). — Sporotrichose osseuse..... 126
Discussion : Destot..... 126
— Sporotrichose..... 293
Discussion : Gangolphe, Bonnet..... 294

DELORE. — Pancréatite hémorragique avec stéato-nécrose péritonéale diffuse ; incision et drainage du pancréas ; guérison..... 189
— Fistule vésico-vaginale après hystérectomie ; colpopléisis... 253

DESTOT. — Fracture du calcanéum (type Boyer)..... 14
Discussion : Gangolphe, Destot, Gayet..... 15
— A propos du procès-verbal..... 33
— Ectasie œsophagienne..... 142
Discussion : Gayet, Nové-Josserand, Durand, Gangolphe, Destot..... 144
— Maladie de Paget..... 158
Discussion : Bérard, Vincent, Aubert..... 158
— Fracture de Dupuytren ancienne..... 242
— Perte congénitale des mouvements de pronation et de supination..... 345

DESTOT et **GIGNOUX.** — A propos du procès-verbal..... 180
Discussion : Gangolphe..... 180

DOYON. — Effets de l'ablation du foie..... 107
Discussion : Bérard, Gangolphe, Doyon..... 109

DURAND. — Luxation en dedans du corps de l'astragale..... 44
Discussion : Destot. Durand..... 45
— Section de l'auditif et du trijumeau par la voie cérébelleuse. 116
Discussion : Tixier..... 124
— Quelques cas de plombage..... 165
Discussion : Bérard, Durand, Gayet..... 171
— A propos de l'arthroclasie..... 202
Discussion : Gangolphe, Robin..... 205
— Traitement des sarcomes musculaires par l'ablation systématique du muscle atteint ; résultats éloignés..... 297
Discussion : Gangolphe, Bérard, Aubert..... 302
— Résection du coude pour tumeur blanche ; plombage au Moosetig ; guérison en moins de trois mois..... 396
— Maillet pour les opérations sur les os..... 397

DURAND et **NICOLAS.** — Tumeur mélanique du front ; ablation ; guérison après trois ans..... 133
Discussion : Gayet, Durand, Gangolphe, Nicolas..... 136

Élection. — Nomination de M. Nimier au titre de membre titulaire..... 196
— Pour le renouvellement du Bureau..... 296

GANGOLPHE. — De la mobilisation ano-rectale dans la cure des fistules haut situées..... 16
Discussion : Bérard, Gangolphe..... 17
— Allocution à l'occasion du décès de M. Cavaillon..... 197
— Résection du poignet datant de 27 ans..... 267
— Opérations conservatrices pour ostéo-sarcomes malins.... 268
— Tarsectomie postérieure totale..... 271
Discussion : Vincent..... 273
— Considérations sur la résection du tibia pour ostéo-sarcomes et sur l'utilisation du péroné..... 275
— Phlegmon diffus considérable du membre supérieur ; résultats éloignés..... 327

GAYET. — Genu recurvatum par altération traumatique du cartilage de conjugaison tibial..... 5
Lithiase rénale bilatérale ; double néphrolithotomie ; guérison.... 20
— Spondylose chronique..... 172
— Deux cas de résection du maxillaire inférieur pour tumeurs de cet os..... 190
— Fracture bi-malléolaire ; luxation de l'astragale et du pied en arrière ; astragalectomie..... 211
— Paralysie du membre inférieur gauche ; rétroversion utérine ; redressement de l'utérus et fixation abdominale des ligaments ronds ; guérison de la paralysie..... 277
Discussion : Vincent..... 279
— Cancer du corps thyroïde ; thyroïdectomie ; myxœdème post-opératoire ; guérison confirmée dix-huit mois après. 376
Discussion : Bérard..... 378

GOULLIOUD. — Le pincement prophylactique du cardia en chirurgie gastrique..... 49
Discussion : Condamin, Bérard, Durand, Delore, Goullioud, Gangolphe..... 54
— Menstruation et aménorrhée douloureuses par malformation utérine..... 179
— Deux désarticulations de la hanche..... 307
Discussion : Gangolphe..... 311

GOULLIOUD. — De l'hystérectomie en vase clos, spécialement dans le cancer utérin..... 350
Discussion : Tixier, Goullioud, Albertin..... 361

LAGOUTTE. — Réduction sanglante des fractures..... 381
Discussion : Aubert, Lagoutte, Destot, Durand, Tixier, Gangolphe, Albertin..... 384

LAHAUSSOIS — Thrombo-phlébite du sinus latéral gauche et du golfe de la jugulaire interne au cours d'une otite aiguë (2e cas) ; intervention ; guérison..... 214

LAROYENNE. — Contusion grave du rein ; néphrectomie.... 152
Discussion : Rochet..... 154

LECLERC (Georges). — La compression élastique du tronc comme procédé d'hémostase préventive dans les opérations sur les membres inférieurs et les organes du bassin. 237

Liste des membres de la Société..... 411

MARTZ (F.). — Appareils aseptiques pour injections et lavages chirurgicaux..... 294

MULLER. — Balle de revolver dans la régiou lombaire..... 150
Discussion : Vignard, Destot, Muller..... 152
— Urétérectomie pour urétérite..... 192
Discussion : Rochet..... 194

Nomination d'un membre titulaire..... 196

NOVÉ-JOSSERAND. — Traitement du pied bot varus équin congénital par la méthode de Finck..... 18
Discussion : Gangolphe..... 20
— Ostéomyélite et pyonéphrose..... 46
Discussion : Bérard, Nové-Josserand..... 48

PATEL. — Plombage iodoformé après résection totale du tarse postérieur..... 261
Discussion : Bérard, Gangolphe..... 265

PATEL et **LERICHE**. — Goitre exophtalmique ; hémithyroïdectomie 285

PIOLLET. — Imperforation de l'anus ; rectoplastie ; guérison... 390

POLLOSSON et **VIOLET.** — Kyste de l'ovaire mucoïde rompu dans le péritoine ; extirpation ; pas de drainage... 125

— Sur une forme rare de cancer de l'utérus..... 127

ROBIN. — Présentation d'un appareil..... 245

ROCHET. — Dilatation élastique caoutchoutée dans les rétrécissements de l'urèthre..... 230

Discussion : Durand, Cl. Martin, Gangolphe, Destot..... 334

— Taille vésicale après dédoublement de la cloison vésico-vaginale..... 258

Discussion : Gangolphe..... 261

— Discussion sur les voies d'abord du rein dans la néphrectomie pour tuberculose..... 368

Discussion : Villard, Rochet, Bérard..... 370

— Embolie mortelle après prostatectomie sus-pubienne..... 374

Discussion : Goullioud, Villard, Rochet..... 375

RUOTTE. — Quelques observations de chirurgie rénale..... 220

TIXIER. — Ablation du maxillaire inférieur..... 31

Discussion : Cl. Martin, Gangolphe..... 31

— Gastrectomie datant de deux ans et demi ; apparition chez la malade d'un cancer bilatéral des ovaires et d'un cancer du sein ; guérison..... 39

Discussion : Goullioud, Gangolphe, Delore..... 42

— Énorme enchondrome de la fourchette sternale ; résection de moitié supérieure du sternum, du tiers interne des deux clavicules et d'une portion des deux premières côtes ; guérison..... 161

Discussion : Vincent, Destot, Gangolphe..... 166

— Gros fibrome naso-pharyngien enlevé par la résection du maxillaire inférieur..... 339

Discussion : Vallas, Tixier..... 341

— Mélanose du sein..... 343

— Chondrome du sternum ; suites éloignées..... 393

Discussion : Gangolphe..... 394

VALLAS. — Tarsectomie antérieure totale..... 255
Discussion : Gangolphe..... 255
— Cancroïde des lèvres..... 256
Discussion : Gangolphe..... 257
— Ostéo-sarcome du maxillaire inférieur du côté droit..... 366
Discussion : Gangolphe..... 366
— Ostéotomie pour fracture de l'extrémité inférieure du radius..... 403
— Intervention sanglante dans une fracture fermée de l'avant-bras..... 404
Discussion : Gangolphe, Destot..... 408

VANDENBOSSCHE. — Présentation de malades..... 110
Discussion : Cl. Martin, Gangolphe..... 115
— Résection du poignet ; résection du premier métatarsien... 398
Discussion : Gangolphe..... 400

VIGNARD. — De l'arthroclasie dans le redressement des ankyloses solides du genou..... 149
Discussion : Durand, Gangolphe, Vignard..... 150
— Plombage de la hanche pour coxalgie grave traitée vingt-deux mois par le plâtre..... 380
— Énorme hydronéphrose congénitale du rein gauche, néphrectomie par la voie antérieure et parapéritonéale ; guérison..... 332
Discussion : Aubert, Villard..... 334

VILLARD. — Vaso-vésiculectomie par voie haute..... 401

VINCENT. — A propos du procès-verbal..... 159

VENNIN. — Phlegmon à allure grave..... 329

Mémoires présentés à la Société.

(fascicule du mois d'août).

LAHAUSSOIS. — Thrombo-phlébite du sinus latéral gauche et du golfe de la jugulaire au cours d'une otite moyenne aiguë suppurée ; ligature et section de la jugulaire interne ; drainage transsinuso-jugulaire ; guérison..... 13

LECLERC (G.). — Dangers de l'occlusion unilatérale simple (sans fistulation) dans les rétrécissements serrés de l'intestin 3

NIMIER. — Lymphangite inguinale double ; lymphangite streptococcique avec orchi-épididymite et œdème du cæcum ; septicémie aiguë ; mort..... 23

ROCHET. — Moyen d'ouvrir l'uretère et ou la vessie par le vagin sans risque de fistule..... 37

Lyon. — Association Typographique, 12, rue de la Barre. — H. Gabrion, directeur.

MÉMOIRES

PRÉSENTÉS A LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DE LYON

DANGERS DE L'OCCLUSION UNILATÉRALE SIMPLE

(SANS FISTULISATION)

DANS LES RÉTRÉCISSEMENTS SERRÉS DE L'INTESTIN

PAR

Georges LECLERC (de Dijon)

Professeur suppléant de Clinique chirurgicale à l'École de médecine.

L'observation que je vais rapporter a trait à un accident rarement signalé de l'exclusion unilatérale simple, c'est-à-dire de celle où le bout proximal de l'anse exclue n'est ni fistulisé, ni abouché à la peau, mais au contraire fermé en cul-de sac abandonné dans le ventre. Cette manière de faire est la façon la plus simple de pratiquer l'exclusion unilatérale; elle semble au premier abord être la plus avantageuse, puisque, tout en dérivant le contenu de l'intestin, elle évite la création d'une fistule stercorale; elle est d'ailleurs, et pour toutes ces raisons, de beaucoup la plus employée dans la pratique.

Ce procédé présente cependant un danger lorsqu'il est utilisé contre une sténose serrée : c'est la distension post-opératoire du segment intestinal situé en amont du rétrécissement et fermé en cul-de-sac. L'observation qu'on va lire est un exemple de cet accident possible. Or, bien que les observations semblables soient très rares, cet accident est

si naturel, si logique lorsque la sténose est serrée, que l'on doit se défier de cette apparente rareté et retenir soigneusement le fait pour le verser dans le débat encore pendant sur la valeur et les indications de l'exclusion unilatérale.

Observation.

Obstruction intestinale par cancer de la valvule iléo-cœcale. — Exclusion unilatérale simple. — Six mois après, entérectomie, distension énorme de la portion exclue de l'iléon. — Guérison.

B..., 30 ans. Pas d'antécédents tuberculeux, ni héréditaires ni personnels. Pas de maladies antérieures, notamment pas d'affection abdominale. A noter cependant que, de temps en temps, le malade eut facilement la diarrhée, spécialement quand il prenait froid.

En septembre 1907, le malade est pris de coliques très violentes avec vomissement; depuis cette époque il va difficilement à la selle et il a quotidiennement de violentes coliques : elles surviennent soit vers six ou sept heures du soir, soit vers minuit.

Elles siègent au-dessous de l'ombilic et s'accompagnent de péristaltisme très marqué ; un gargouillement intense marque la fin de l'accès douloureux. De temps en temps ces coliques prennent uns intensité particulière et s'accompagnent de vomissement.

En novembre 1907, je suis appelé auprès du malade qui présente depuis trois ou quatre jours des signes d'obstruction intestinale allant en se complétant : constipation très marquée; un seul vomissement jaune Le ventre est à peu près uniformément ballonné : on constate cependant que la région sus-ombilicale n'est pas distendue par le côlon transverse. Le syndrome de Kœnig net avec grosses ondes péristaltiques siege an surtout dans la fosse iliaque droite et très visibles aussi jusque vers l'ombilic.

Sonorité hydro-aérique avec clapotage très facile dans tout le ventre, spécialement dans la fosse iliaque droite et autour de l'ombilic.

Rien au toucher rectal. Le malade supporte des lavements de 1 litre et demi.

Par un palper soigneux de la fosse iliaque gauche, on sent l'S iliaque, non distendue, formant la corde sous le doigt.

Léger subictère des conjonctives. Pas de température.

Le 11 novembre 1907. Devant l'obstruction qui n'est pas absolument complète, mais qui tend à le devenir, j'interviens par une laparotomie sous-ombilicale médiane.

Un peu d'ascite. L'obstacle siège exactement à l'angle iléo-cæcal : extérieurement on ne voit rien et aucune réaction péritonéale de voisinage n'indique à la vue la lésion. Mais au palper on sent une induration de la

grosseur d'une noix, donnant absolument l'illusion d'un bouton anastomotique en place senti à travers les parois de l'intestin. Cette induration semble être la valvule de Bauhin hypertrophiée.

La tumeur étant complètement située dans l'intérieur du canal intestinal, tout diagnostic de nature est impossible : tuberculose ou cancer ?

L'état d'obstruction ne m'autorisant pas à faire une entérectomie en un temps, je fais une exclusion unilatérale : section de l'iléon à 10 centimètres de l'angle iléo-cæcal; fermeture des deux bouts en cul-de-sac. Anastomose latérale du bout supérieur dans la partie moyenne du côlon transverse.

Suites opératoires normales ; le malade reprend sa vie habituelle trois semaines après l'intervention : il n'a plus de coliques, digère bien, n'a ni diarrhée ni constipation. Dans la fosse iliaque droite on sent avec netteté la tumeur constatée pendant l'intervention : elle est dure, mobile, indolore, bien limitée.

Six mois après la première intervention, le malade se décide à se faire enlever sa tumeur.

A ce moment, l'état est excellent ; l'appétit est parfait, le poids a augmenté, les digestions sont bonnes. Cependant il y a eu récemment une petite indigestion et on constate de nouveau un léger subictère.

De plus, la tumeur iléo-cæcale a augmenté de volume : elle est à peu près deux fois plus volumineuse qu'après l'intervention ; elle est toujours parfaitement mobile.

Le 6 mai 1908. Deuxième intervention. Une incision sur le bord externe du droit conduit sur la région iléo-cæcale. On tombe immédiatement sur une volumineuse anse intestinale distendue par un liquide qui y est accumulé sous tension : elle est rouge, congestionnée. Fermée d'un côté en cul-de-sac, elle aboutit de l'autre dans le cæcum : c'est la partie terminale du grêle qui précède immédiatement la sténose et qui a été exclue antérieurement.

La tumeur est toujours localisée dans l'angle iléo-cæcal, mais elle est un peu plus volumieuse, un peu plus diffuse que la première fois ; elle commence en outre à se traduire sur le péritoine sous forme de traînées blanchâtres. Le mésentère est épaissi et renferme de volumineux ganglions.

Un peu d'ascite.

Les lésions sont facilement mises hors du ventre et isolées par des compresses. Incision du péritoine sur les bords externe et interne du côlon ascendant ; décollement de celui-ci et section entre deux pinces assez loin du cæcum. Incision du mésentère en coin de façon à enlever les ganglions. Ablation de la partie d'intestin ainsi isolée.

Fermeture de la tranche de section colique. Hémostase de la tranche mésentérique. Péritonisation en enfouissant le mieux possible le cul-de-sac du côlon.

Fermeture de la paroi sans drainage.

Les suites opératoires sont parfaites, et le malade quitte la maison de santé au bout de huit jours. Son état est parfait depuis cette époque.

Examen de la pièce. — Elle est représentée sur la photographie ci-jointe et comprend la partie terminale du grêle, le cæcum et une partie du côlon ascendant.

L'anse grêle, qui mesure 15 centimètres de long, est certainement dilatée ; elle contient sous tension environ 3 à 400 grammes d'un liquide blanchâtre extrêmement fétide.

A l'ouverture du cæcum, la tumeur apparaît : elle fait saillie dans la lumière de l'intestin au lieu et place de la valvule de Bauhin et oblitère complètement l'orifice de communication du grêle dans le gros intestin ; par l'iléon on peut cependant cathétériser cet orifice à l'aide d'un stylet.

La tumeur se prolonge en outre sur les face antérieure et postérieure du cæcum en formant un anneau incomplet, la face externe étant indemne.

A la coupe, le tissu de la tumeur est dur et blanchâtre et la nature épithéliale ne fait pas de doute. L'aspect néoplasique s'arrête net au niveau du grêle.

Les ganglions mésentériques sont gros mais mous, et à la coupe d'aspect inflammatoire plutôt que cancéreux.

L'examen histologique pratiqué par M. Bériel, médecin de hôpitaux de Lyon, confirme le diagnostic macroscopique. La tumeur est un épithélioma typique de la muqueuse ; les ganglions examinés ne montrent aucune trace de généralisation.

Cette observation montre que l'exclusion unilatérale simple, c'est-à-dire non fistulisée, peut, lorsqu'elle est pratiquée pour une sténose serrée, amener la distension extrême, avec tous ses dangers, de l'anse située en amont de la sténose. Sans doute, chez mon malade, il n'y a eu de ce fait aucun accient à déplorer, mais le danger était patent : l'anse iléale fermée en cul-de-sac d'un côté, de l'autre en communication extrêmement difficile avec le cæcum, était dans des conditions identiques à celle d'une exclusion bilatérale fermée. Or ces conditions sont si mauvaises qu'elles ont fait rejeter complètement et définitivement cette opération. Comme dans l'exclusion bilatérale fermée, la surdistension de l'anse juxta-cæcale pouvait se produire rapidement après l'opération et faire lâcher ainsi les sutures. Elle pouvait

encore se développer lentement, devenant ainsi excessive et risquant d'amener la péritonite par d'autres mécanismes : soit en créant des ulcérations gangréneuses et perforantes de la paroi intestinale, soit en déterminant une rupture par éclatement due à l'excès même de la pression. Ce sont les lésions que j'ai décrites dans ma thèse en étudiant le segment d'intestin sus-jacent aux sténoses intestinales.

Remarquons que, dans le cas particulier, l'anse grêle distendue était déjà très congestionné, bleuâtre, que la vascularisation y était fort mauvaise, et que là était vraisemblablement l'origine de l'adénopathie inflammatoire et de l'épaississement du mésentère ainsi que du léger degré d'ascite observés.

Cet accident possible de l'exclusion unilatérale pour sténose serrée est si facilement compréhensible qu'il avait été prévu *a priori* par les chirurgiens qui les premiers ont fait des exclusions intestinales. Dès le début ils considérèrent comme logique de drainer le segment exclu en amont du rétrécissement. Aussi Hartmann, dans son rapport au Congrès de Chirurgie, 1903 (1), Lance dans sa thèse (2), passant en revue tous les genres d'exclusion pratiqués antérieurement, distinguent trois sortes d'exclusion unilatérale suivant la façon dont est traité le bout proximal de l'anse exclue :

1° Celui-ci peut être fermé en cul-de-sac : c'est l'exclusion unilatérale simple ;

2° Après fermeture du cul-se-sac, on pratique sur l'anse exclue une petite fistule de sûreté, ou bien il existait antérieurement une fistule pathologique : c'est l'exclusion unilatérale fistuleuse ;

3° Le bout sectionné est fixé à la peau et s'ouvre au dehors : c'est l'exclusion unilatérale avec abouchement à la peau.

---

(1) Congrès de Chirurgie. Paris, 1903. Rapport sur l'exclusion de l'intestin.

(2) Lance. Thèse de Paris, 1903. L'exclusion intestinale.

Or, de ces trois variantes de l'exclusion unilatérale, les auteurs précités ne retiennent guère que la première, les deux autres leur paraissant être des complications inutiles et gênantes pour l'opéré.

« La fistulisation de l'anse exclue, dit Hartmann, a été conseillée par quelques chirurgiens qui craignent l'accumulation de sécrétions au-dessus du rétrécissement; aucun fait n'en montre la nécessité, et dans tous les cas il serait toujours temps d'y recourir s'il se produisait secondairement des accidents de cet ordre. »

Et à la suite de ces auteurs, les chirurgiens, peu séduits par l'idée de créer une fistule stercorale qu'ils jugent inutile, n'ont guère recours qu'à l'exclusion unilatérale mixte avec fermeture en cul-de-sac.

L'observation précédente montre qu'une telle conduite est imprudente toutes les fois que la sténose est serrée ou susceptible de le devenir. Il est vrai que les observations semblables sont très rares, puisque après avoir parcouru un grand nombre de relations d'exclusions unilatérales, je n'en ai trouvé qu'une seule signalant un accident du même genre. C'est une observation de Graser, résumée dans la thèse de Lance de la façon suivante :

Sch ., 43 ans. Depuis cinq ans, tumeur de la région iléo-cæcale, qui atteint aujourd'hui le volume du poing.

En janvier 1901, un médecin pratique une incision, juge la tumeur inopérable et referme le ventre. Mais les signes d'occlusion augmentant, on opère.

20 mai 1901. Laparotomie. Section de l'iléon à 10 centimètres du cæcum. On ferme le bout distal, le bout proximal est anastomosé latéralement dans le côlon transverse. On sépare l'anse exclue de la cavité péritonéale par la suture du péritoine mésentérique à la peau. Tamponnement à la gaze iodoformée.

Suites simples. Le 24 mai, on enlève les fils et les tampons. On trouve l'extrémité de l'iléon noirâtre et en train de se gangréner. Ablation de l'anse exclue. Dissection de l'uretère. Fermeture de la paroi au fil d'argent. Suites normales. Guérison.

L'examen de la pièce montre un cancer à cellules cylindriques de l'iléon près de la valvule de Bauhin.

Il s'agit donc d'un accident tout à fait semblable à celui

que j'ai eu l'occasion d'observer et relevant vraisemblablement de la même pathogénie. Étant donné le nombre considérable d'exclusions unilatérales pratiquées pour sténose, les deux seules observations que je rapporte peuvent paraître une minorité négligeable et faire penser que cet accident est en réalité exceptionnel : cela est possible, mais loin d'être sûr, car nul aujourd'hui ne peut se flatter de connaître toutes les publications parues, et il faut tenir compte des cas non publiés, et surtout des exclusions unilatérales terminées rapidement par péritonite et où le mécanisme indiqué plus haut a pu jouer un rôle.

Plusieurs observations parlent d'autre part de douleurs cæcales, de gonflement de la fosse iliaque droite survenant plus ou moins longtemps après l'opération, mais sans que ces accidents aient conduit à une intervention itérative. Pour les expliquer, on a invoqué la stase des matières dans le cæcum, stase due au reflux qui se produit dans la plupart des exclusions unilatérales, et on les a invoquées contre le principe même de ce genre d'exclusion. Mais pour certain que soit ce reflux, il me paraît bien difficile d'admettre qu'il détermine des accidents douloureux, puisque en définitive l'évacuation des matières est largement assurée par le bout distal ouvert dans l'intestin. Il est contraire plus vraisemblable d'admettre que ces douleurs sont dues aux difficultés d'évacuation des sécrétions accumulées en amont de la sténose.

Au demeurant peu importe que ces accidents de rétention soient peu fréquents, il nous suffit de savoir qu'ils sont possibles et qu'ils peuvent devenir graves, et en vérité la simple logique pouvait le faire prévoir.

Il est donc prudent lorsqu'on pratique l'exclusion unilatérale pour sténose serrée, de drainer la partie de l'anse exclue qui est située en amont du rétrécissement.

Or, pour établir ce drainage, toute fistulisation à la peau est à repousser ; le principal avantage de l'exclusion unilatérale n'est-il pas précisément de dériver le contenu intestinal sans créer pour cela une fistule stercorale ? Si l'exclusion doit être définitive la fistule constitue en effet une dé-

goûtante infirmité ; si au contraire l'exclusion n'est que le premier temps d'une résection, cette même fistule doit encore être évitée, car elle met le malade dans de mauvaises conditions d'asepsie pour l'intervention curative. En somme, tant qu'à créer une fistule intestinale, autant faire purement et simplement un anus contre nature, dont la confection est bien autrement simple qu'une exclusion fistuleuse.

Montprofit a indiqué dans plusieurs publications (1) une élégante façon de tourner la difficulté et de drainer l'extrémité de l'anse exclue sans l'aboucher à la peau : il implante cette extrémité dans l'intestin en un point situé au-dessous de l'implantation du bout proximal ; généralement c'est le bout distal de l'iléon sectionné *qui est abouché dans l'S iliaque* : de la sorte, tous les produits sécrétés par la tumeur ou par l'intestin peuvent s'écouler librement, soit en amont, soit en aval, et les liquides ne peuvent s'accumuler dans la portion d'intestin qui précède la stéose. Ainsi est réalisé le « tout à l'intestin ».

L'auteur d'ailleurs ne rapporte aucune observation semblable à la mienne, et les considérations qui l'amenèrent à perfectionner ainsi l'exclusion unilatérale semblent avoir été théoriques.

Cette modification, si séduisante en apparence, n'assure pas, elle non plus, un drainage parfait dans tous les cas. A l'abri de toute critique dans les sténoses iléo-cæcales, elle manque son but essentiel de drainage lorsque le rétrécissement siège au-dessous du cæcum, la valvule de Bauhin forme une barrière théoriquement infranchissable à rebours et par conséquent rendant illusoire tout drainage établi par l'iléon.

Sans doute Montprofit assure que la valvule iléo-cæcale est rapidement forcée et ne constitue pas un obstacle sérieux, mais tel n'est pas l'avis de tous les chirurgiens, notamment d'Hartmann, Cavaillon, Desmarest.

---

(1) Montprofit. Congrès de chirurgie, 1903. — *Archives provinciales de chirurgie*, 1904.

En réalité, la valvule est tantôt franchissable, tantôt infranchissable. Il y a des valvules qui, par nature, ferment bien, d'autres qui ferment mal. Il y a des cas où le ballonnement cæcal disloque la valvule et la force, et d'autres où ce ballonnement n'arrive pas à forcer la barrière et se développe à un point tel que le cœcum surdistendu finit par éclater.

Comme il est impossible de prévoir la façon dont se comportera la valvule de Bauhin, le mieux est de la considérer comme infranchissable, en tous cas d'admettre que sa dislocation ne peut se produire qu'au prix d'un ballonnement excessif et par conséquent dangereux.

Il est vrai que Montprofit conseille à ceux qui redouteraient cette résistance de le valvule, de détruire celle-ci avec une lame de thermo-cautère introduite par le bout distal de l'iléon sectionné, mais cette manœuvre est à repousser, car elle n'est pas compatible avec l'asepsie sûre et parfaite que demandent les interventions pratiquées sur l'intestin.

En réalité, la seule façon véritablement efficace d'établir un drainage parfait de l'intestin dans le cas de sténose située au-dessous du cæcum, c'est de drainer le cæcum lui-même en pratiquant une cæco-sigmoïdostomie.

En somme, des deux observations que j'ai réunies et des considérations qui précèdent, il résulte avec évidence que dans le cas de rétrécissement serré ou susceptible de le devenir, lorsque le chirurgien peut tourner l'obstacle temporairement ou définitivement, peut se servir de l'exclusion unilatérale, il doit, s'il veut agir en toute sécurité, compléter celle-ci par une implantation de l'iléon dans l'S iliaque (en cas d'obstacle iléo-cæcal ou par une anastomose cæco-sigmoïde, en cas d'obstacle infra-cæcal).

Mais ce sont là des manœuvres sinon compliquées, ni périlleuses par elles-mêmes, du moins assez longues, et si elles sont réalisables sans aucun danger chez les malades qui ne sont pas en état d'obstruction, elles constituent, au contraire, une véritable complication et un véritable péril chez les obstrués. C'est pourquoi je pense que chez ces derniers

il est beaucoup plus sûr de pratiquer simplement l'entéro-anastomose de Maisonneuve, l'iléo-sigmoïdostomie si l'obstacle siège à l'angle iléo-cæcal, la cæco-sigmoïdostomie s'il siège au-dessous du cæcum : le drainage parfait est ainsi obtenu d'une façon beaucoup plus simple et plus rapide qu'avec l'exclusion unilatérale modifiée de Montprofit. Il est vrai que par la simple entéro-anastomose la lésion, si elle contournée, n'est en tous cas pas mise au repos comme l'exclusion unilatérale.

Mais remarquons que nous envisageons le cas d'une sténose serrée ; or cette sténose atténue dans de grandes proportions les inconvénients de l'entéro-anastomose, puisque forçant les matières à passer par la voie artificielle que leur ouvre le chirurgien elle réalise en réalité une façon de véritable exclusion.

Je ne veux pas discuter ici d'une façon générale la valeur comparée de l'exclusion unilatérale et de l'entéro-anastomose de Maisonneuve dans les rétrécissements de l'intestin : c'est là une question très controversée et au sujet de laquelle mon observation n'apporte aucun élément d'appréciation.

Je crois seulement que cette observation me permet d'avancer ceci :

Lorsque au cours d'une sténose serrée ou susceptible de le devenir, le chirurgien, pour rétablir le cours des matières, veut se servir de l'exclusion unilatérale, il doit le faire en prenant soin de drainer l'iléon ou le cæcum dans l'S iliaque. Mais si le malade est en obstruction et ne paraît pas pouvoir supporter sans danger la double anastomose que nécessite le « tout à l'intestin » l'exclusion unilatérale est à rejeter et doit céder le pas à la simple entéro-anastomose de Maisonneuve. Celle-ci, en effet, bien que ne remplissant pas exactement le même but que l'exclusion, se rapproche néanmoins très sensiblement d'elle par ses effets dans les cas que nous envisageons.

Thrombo-phlébite du sinus latéral gauche et du golfe de la jugulaire au cours d'une otite moyenne aiguë suppurée. — Ligature et section de la jugulaire interne. — Drainage transsinnso-jugulaire. — Guérison.

PAR

M. LAHAUSSOIS

Médecin-Major, Répétiteur à l'Ecole de Service de Santé Militaire.

L..., 22 ans, jeune soldat, cultivateur, ne présentant pas de suppuration d'oreille dans ses antécédents, est hospitalisé le 22 janvier 1908 pour otite aiguë à gauche, succédant à une angine légère.

La paracentèse du tympan ouvre la voie à une suppuration abondante, mais n'a pas d'influence sensible sur les phénomènes généraux constatés dès le début du séjour à l'hôpital : prostration, vomissements, température en plateau à 40°, signes de broncho-pneumonie à la base du poumon gauche.

Ces phénomènes persistent pendant quatre jours, puis leur succède une accalmie de six jours, avec chute de la température et atténuation des phénomènes généraux et pulmonaires. Pendant ce temps, l'oreille gauche suppure abondamment L'oreille droite s'est mise à suppurer aussi, mais pendant trois jours seulement.

Le 2 février, reprise de la fièvre avec grandes oscillations,

de la céphalée, des vomissements, des symptômes pulmonaires.

Le 8, la douleur à la pression du point antral gauche apparaît, sans œdème mastoïdien, sans chute de la paroi postéro-supérieure du conduit, sans décollement du pavillon. Antrotomie. L'antre est à 1 cm. 5 de profondeur. En même temps qu'on découvre l'antre, on aperçoit à nu, à travers un orifice de la corticale interne mesurant quelques millimètres de diamètre, et un peu allongé verticalement, la paroi externe du sinus latéral, qui s'avance à un centimètre du bord postérieur du conduit osseux. Sinus bleuâtre et souple, d'aspect tout à fait normal, ne présentant pas de battements. Pas de fongosités extra-durales. Les parois de l'antre sont fongueuses.

Après l'antrotomie, la suppuration de l'oreille cesse aussitôt pour ne plus reparaître. Suintement peu abondant par la plaie opératoire bien détergée et bien drainée. Température normale. Amélioration de l'état général.

Quatre jours après l'antrotomie, le 12 février, nouvelle reprise brutale de tous les symptômes généraux : céphalée occipitale, prostration, vomissements, température à 40°, pouls à 120, signes de broncho-pneumonie à gauche. Le 14 février, douleur vive à la pression rétro-mastoïdienne, plus vive encore à la pression sous l'angle du maxillaire, sans empâtement, sans ganglions apparents. Ponction lombaire : dix centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien eau de roche, en très légère hypertension. Pas de raideur de la nuque. Aucun symptôme oculaire.

L'orifice de trépanation mastoïdienne a très bon aspect. Le sinus apparaît toujours gris-bleuâtre, peut-être un peu flétri.

Etat général inquiétant de façon immédiate. Les phénomènes pulmonaires ne peuvent suffire à expliquer l'intensité des symptômes généraux et des signes douloureux paramastoïdiens. D'autre part, l'otite aiguë et la mastoïdite, arrêtées dans leur évolution depuis l'antrotomie, ne sont plus en cause.

Une complication intra-crânienne, accompagnée de septico-pyohémie est devenue évidente. La localisation des symptômes douloureux, les caractères du liquide céphalo-rachidien, l'absence d'agitation ou de délire, de phénomènes paralytiques, de décubitus en chien de fusil, du signe de Kernig, permettent d'exclure la méningite séreuse et la lepto-méningite. La marche de la température et du pouls, l'absence de lésions osseuses du côté du toit de l'antre s'opposent à l'hypothèse d'abcès du cerveau. L'absence de pus ou de fongosités à la surface du sinus découvert fait écarter l'abcès extra-dural. Contre l'abcès du cervelet, il faut retenir l'absence de vertiges, de déviation conjuguée de la tête et des yeux, de nystagmus, et aussi l'accélération du pouls.

Après élimination de ces diagnostics, mais surtout en raison des symptômes positifs nettement constatés, et des rapports presque constants de voisinage qui existent entre un foyer crânien primitif (ici la région postérieure de la mastoïde) et le foyer intra-crânien consécutif (ici la région du sinus latéral), nous portons, mon collègue Vennin et moi, le diagnostic ferme de thrombo-phlébite du sinus latéral, avec extension au golfe de la jugulaire et probablement un peu au delà. Ce diagnostic s'appuie, malgré le peu de modifications apparentes de la paroi sinusale découverte lors de l'antrotomie, sur la douleur très vive à la pression rétro-mastoïdienne et surtout sous-angulo-maxillaire (nous accordons à ce dernier signe une valeur diagnostique très grande), sur les grandes oscillations de la température et du pouls, les signes de broncho-pneumonie de la base gauche, qui peuvent être rattachés à une métastase de l'infection à point de départ sinusal.

Nous intervenons aussitôt. Tout d'abord, ligature de la jugulaire interne en territoire sain, immédiatement au-dessus du tronc thyro-linguo-facial. Pince hémostatique au-dessus de la ligature, et section de la veine entre pince et ligature. Nous voulons ainsi barrer la route à l'infection, et nous mettre à l'abri des embolies au cours de l'intervention sur la zone thrombosée.

Puis nous revenons à la plaie mastoïdienne bien détergée. Agrandissement très large de la brèche osseuse, de façon à mettre à nu presque toute la portion horizontale du sinus, et sa portion verticale jusqu'au-dessus du golfe. Le sinus ne bat pas. Chemin faisant, ouverture et curettage de grosses cellules mastoïdiennes postérieures aberrantes, remplies de fongosités, séparées du sinus par un très mince feuillet osseux. La paroi osseuse du golfe est saine. Nous ne l'attaquons pas.

Ponction du sinus au bistouri. Pas de sang. Ouverture large de toute la région exposée du sinus. Il est oblitéré par un caillot brunâtre, grumeleux, ramolli au centre. Extraction du caillot, à l'aide d'une pince effilée, d'abord du côté du bout central du sinus. Pas d'hémorragie, ni par la plaie sinusale, ni par le bout supérieur de la jugulaire. Même manœuvre du côté du pressoir d'Hérophile : ici, le sang apparaît bientôt, abondant. Tamponnement hémostatique du sinus à la gaze. Tentative infructueuse, avec une bougie souple, de cathétérisme du canal sinuso-jugulaire. Puis un lavage de ce canal avec du sérum artificiel entraîne les derniers débris du caillot. Un petit drain de caoutchouc est glissé dans le bout supérieur de la jugulaire. Drainage de la place sinusale à la gaze.

Quelques heures après l'opération, la température, de 40°,4, est tombée à 36°,4, et cette défervescence si brusque est définitive. Amélioration rapide de l'état général. Cicatrisation assez lente de la plaie opératoire.

Le malade a été revu le 15 décembre. Réparation anatomique très satisfaisante. Tympan gauche mobile et souple, avec son reflet normal, et une petite bride cicatricielle dans le quadrant postéro-supérieur. La montre est entendue de ce côté à 0^{m}60. Oreille droite absolument normale.

De cette observation, quelques points particuliers sont intéressants à retenir :

Tout d'abord, le fait assez rare de l'apparition de la thrombo-phlébite du sinus au cours d'une otite aiguë.

D'autre part, cette complication est contemporaine des premiers jours de l'évolution otitique, antérieure à l'antrotomie où le sinus apparut à découvert. En effet, le sinus n'a pas été blessé. Il n'est même pas possible d'affirmer que ce soit un coup de gouge qui ait mis à nu le sinus. Cette dénudation pouvait fort bien résulter d'une perforation spontanée, suite d'ostéite raréfiante aiguë, de la très mince lamelle osseuse qui séparait antre et sinus. Des perforations analogues ont déjà été constatées à l'autopsie de cas non opérés. Peut-être même cette mince lamelle osseuse présentait-elle une déhiscence anormale.

D'ailleurs, le sinus mis à nu communiquait, après l'opération, avec une cavité osseuse largement ouverte, bien détergée et drainée, ainsi que le prouve la cessation de la suppuration par le conduit aussitôt après l'antrotomie. L'ouverture du sinus a montré que le caillot oblitérant était de formation déjà ancienne, à coup sûr antérieure à l'antrotomie, qui ne datait que de six jours. Enfin, les phenomènes généraux, cérébraux et pulmonaires, attribuables à l'infection sanguine à point de départ sinusal, ont été constatés dès le début du séjour à l'hôpital.

La situation du sinus, procident, entouré de cavités infectées : antre et cellules postérieures, dont il n'était séparé que par un très mince feuillet osseux, explique que la trombophlébite ait pu apparaître très tôt. Rappelons que nous n'avons pas constaté de fongosités extra-durales, jalonnant une étape de l'infection gagnant le sinus de proche en proche, et si nous ne pouvons affirmer la perforation spontanée de la paroi profonde de l'antre, nous pouvons émettre l'hypothèse tout aussi satisfaisante de la propagation de l'infection par voie veineuse (veine antro-sigmoïdale d'Elsworth ou veinules de direction parallèle).

Retenons aussi que la paroi interne du sinus thrombosé apparaissait gris bleuâtre et souple, et qu'elle n'était pas animée des battements signalés en cas de thrombo-phlébite par Hofer, Rolland, Bourguet et Moure, qui dit ces battements constants.

Au point de vue de l'évolution clinique, l'infection sinusale a traversé trois phases successives, séparées par des rémissions passagères, et cette évolution justifie l'intervention en trois temps : paracentèse du tympan, antrotomie, ouverture du sinus.

Nous n'avons pas ouvert le sinus aussitôt après l'antrotomie, tout d'abord par ce que le sinus nous semblait normal (nous avons vu que ce n'était qu'une apparence trompeuse), et parce que tous les symptômes constatés pouvaient encore être attribués à une otite aiguë particulièrement virulente, et que nous devions d'abord attendre les résultats de l'antrotomie, aucun signe ne nous obligeant à intervenir d'urgence sur le sinus. En effet, pendant quatre jours, la rémission des symptômes otitiques et généraux a pu nous faire croire à l'efficacité définitive de l'antrotomie. C'est la reprise des symptômes généraux, et la constatation de la douleur à la pression rétro-mastoïdienne, et surtout sous-angulo-maxillaire, qui nous a conduit au 3e temps de l'intervention : ligature de la jugulaire et ouverture du sinus.

Chez notre malade, nous avons noté la prépondérance des phénomènes généraux, cérébraux et pulmonaires, signalés dans la plupart des cas de thrombo-phlébite. Insistons plus spécialement sur la prostration, attribuée par Voss aux troubles de la circulation cérébrale dépendant de l'oblitération du sinus. Les symptômes pulmonaires intenses présentés par notre malade peuvent être logiquement rapportés à une embolie infectueuse, et l'importance qu'ils ont prise a pu égarer un moment le diagnostic et retarder l'intervention sur le sinus.

A propos du diagnostic, la douleur, très vive malgré l'état de prostration, provoquée par la pression rétro-mastoïdienne, et sous-augulo-maxillaire, peut être interprétée ainsi : on peut rapporter ce signe à l'inflammation sinuso-jugulaire, mais on pourrait aussi l'attribuer à l'inflammation des cellules mastoïdiennes postérieures aberrantes d'une part, et des ganglions supérieurs de la chaîne carotidienne d'autre part. Chez notre malade, les ganglions étaient trop peu atteints

pour qu'à la phlébite ne revînt pas ce symptôme douloureux très accusé, et dont nous avons tenu grand compte pour apprécier l'extension d'un processus phlébitique un peu au delà du golfe, en l'absence de cordon induré sur le trajet du vaisseau. Le même symptôme avait la même importance dans une observation récente de Bourguet (1).

Nous basant sur ce diagnostic, nous avons fait d'emblée la ligature et la section de la jugulaire interne.

Cette section de la jugulaire n'a pas été précédée de la ponction exploratrice du sinus découvert, parce que le diagnostic de phlébite sinusale nous paraissait suffisamment établi, et que, même positive, la ponction du sinus n'aurait pu modifier notre diagnostic que dans le sens d'une thrombose pariétale.

Disons dès maintenant que les constatations opératoires ont permis de contrôler l'extension de la thrombo-phlébite au golfe, d'après l'absence d'hémorragie par le bout supérieur de la jugulaire et par la large onverture du sinus après évacuation du bout central du caillot. L'origine du sinus pétreux inférieur et des veines vertébrales était donc aussi atteinte par la thrombose. Cependant nous n'avons pas ouvert le golfe en même temps que le sinus, l'ostéite mastoïdienne ne s'étendant pas jusqu'à lui, et le drainage transsinuso-jugulaire ayant pu être assuré.

La ligature de la jugulaire interne dans le traitement de la trombo-phlébite du sinus latéral est aujourd'hui très discutée.

Elle est combattue comme inutile ou dangereuse par certains auteurs. Parmi les communications les plus récentes, Delsaux (2) a insisté sur la périphlébite accompagnant presque toujours la thrombo-phlébite. Cette périphlébite, qui peut être très difficile à reconnaître, suffirait, en l'absence de thrombose, si on lie le tronc veineux, pour déterminer un foyer de thrombo-phlébite. Tretrop, venant appuyer l'affir-

---

(1) Ann. or. larynx, nov. 1908.

(2) Société belge d'otologie 19 juin 1907.

mation de Delsaux, considère la ligature de la jugulaire, au point de vue bactériologique, comme une utopie, les voies lymphatiques, les vasa vasorum suffisant bien pour la diffusion des germes. Cheval, dans la même discussion, insiste sur l'importance des voies de communication qui permettent, après ligature, l'infection facile du sang et le transport des germes.

Eagleton (1), Grünert et Dallmann (2), Luc (3), Schultze (4), ont même attribué à la ligature de la jugulaire interne des accidents tels que : double névrite optique avec hémorragies cérébrale ou pie-mérienne. Mais ces accidents sont très exceptionnels, en admettant que la ligature en soit responsable, ce qui n'est pas démontré.

Il est vrai que les observations sont assez nombreuses, à l'heure actuelle, des cas de guérison par ouverture du sinus thrombosé sans ligature de la jugulaire. Citons, parmi les plus récents, les cas de Dundas Grant (5), Hofer (6), Jouty, (7), Rolland (8), Cornet (9).

Si nous consultons les statistiques récentes, il semble que la ligature de la jugulaire n'ait pas une influence bien grande sur l'évolution de l'affection : Körner (1902), sur 300 cas, compte 58 % de guérisons par ouverture du sinus sans ligature de la jugulaire, 59 % si l'on fait la ligature préalable, 55 % en cas de ligature consécutive.

Moure (10), sur 15 cas, n'a jamais fait la ligature. Il compte 7 morts.

---

(1) *Revue de laryngologie*, 1907, t II, p. 747.
(2) *Archiv. f. ohrenheilk.* band. 62, n° 1 et 2.
(3) *Rev. laryng*, 1905, t. I, p. 418.
(4) *Archiv f. ohrenheilk*, band. 59, p. 216.
(5) Soc. otol. du Roy. Uni, 5 février 1906.
(6) *Monatschr. f. ohrenheilk*, n° 3, 1707.
(7) *Ann. or. larynx*, 1907 p. 235
(8) Soc. belge d'otologie, juin 1907.
(9) Soc. lar. et rhin de Paris, juillet 1908.
(10) Soc. belge d'otologie 10 juin 1906.

Bradfort Dench (1), sur 28 cas sans résection veineuse, a eu 5 morts, et sur 16 cas de résection veineuse, 6 morts.

Mais il faut distinguer entre les différents cas, et Mignon (2) et Luc (3) conseillent de ne lier la jugulaire qu'en cas de propagation de la phlébite à ce vaisseau. Bourguet (4), à la suite d'un cas où il regrette de ne pas avoir découvert la jugulaire, pour s'assurer si elle n'était pas thrombosée comme le sinus latéral, aucun phénomène, d'après lui, ne pouvant donner la certitude que la jugulaire est intacte, conclut aini : « Après avoir ouvert et vidé le sinus, nous nous proposon s à l'avenir d'aller dans la même séance découvrir ce vaisseau, de le lier s'il est malade au-dessous du thrombus, de l'ouvrir jusqu'à la rencontre du sinus. S'il est sain, nous le respecterons, nous ne poserons pas de ligature ».

Chez notre malade, non seulement la ligature, suivie de section de la jugulaire au-dessus du tronc thyro linguo-facial, n'a pas eu une influence fâcheuse, mais la jugulation immédiate des phénomènes infectieux est assez frappante pour qu'on soit en droit de l'attribuer, au moins en partie, à cette ligature, accompagnant ou plutôt précédant l'ouverture du sinus. C'est grâce à elle, en effet, que nous avons pu, dans un premier temps aseptique, faire d'abord la part de l'infection, en la devançant dans sa route, et isoler aussi complètement que possible la région encore saine du vaisseau de la région infectée. C'est grâce à elle que, dans un deuxième temps, dont la septicité n'était plus à craindre, nous avons pu, en toute sécurité, ouvrir et déterger, dans toute son étendue, la zone infectée.

Dans un cas analogue, à l'avenir, nous ferions encore la découverte et la ligature *préalable*, aussi haut que possible, mais en territoire sain, de la jugulaire. D'après l'étude consciencieuse des faits publiés, en présence d'un diagnostic ferme

---

(1) Ann, or. larynx, n° 6, 1907.
(2) Complications septiques des otites moyennes suppurée, 1898.
(3) Soc. larg. ot. et rhin de Paris, 11 janvier 1907.
(4) Ann. or. Larynx, nov. 1908.

de thrombo-phlébite du sinus latéral, si on soupçonne l'extension au golfe de la jugulaire, ou au delà (d'après la douleur exquise à la pression sous-angulo-maxillaire, en l'absence de cordon veineux induré), cette précaution opératoire nous semble, sinon indispensable, du moins très utile et fort peu dangereuse. Elle est conforme aux principes généraux de la chirurgie des phlébites.

LYMPHOCÈLE INGUINALE DOUBLE

LYMPHANGITE STREPTOCOCCIQUE

avec orchi-épididymite et œdème du scrotum

SEPTICÉMIE AIGUE. — MORT

PAR LE

Dr H. NIMIER

Obs. — X..., âgé de 31 ans, est né à La Guadeloupe, où il séjourne de 1875 à 1897, sujet à de fréquentes bronchites ; il a, de plus, la rougeole, et à l'âge de 4 ans, est opéré d'une fistule dentaire à l'angle droit de la mâchoire inférieure. En 1897, il prend les fièvres à La Guyane ; pendant un mois et demi, accès quotidiens. En 1899, après un séjour de huit mois en France, complètement rétabli, X... part pour le Haut-Congo en qualité d'administrateur colonial et s'y porte bien. En 1902, nouveau séjour de sept mois en France ; puis, en 1903, nouveau départ cette fois sur le Gabon. Là, X..., tous les mois ou tous les quarante jours, est pris de fièvre à accès irréguliers, plutôt tierces, cela pendant dix à douze jours. Il éprouve, de plus, deux attaques de bilieuse hématurique. Rentré en France au commencement de 1906, il vient dans mon service au Val-de Grâce le 6 avril pour se faire opérer d'hémorroïdes. Comme il a été repris de fièvre en mars, je décide que l'intervention ne sera pratiquée qu'après un traitement arsenical de quelque durée par des injections de cacodylate de soude.

Les hémorroïdes dont X... se plaint ont apparu en 1898, se manifestant d'abord par des hémorragies abondantes ; plus tard, par la sortie d'un bourrelet à chaque défécation. Au Gabon, les deux accès de bilieuse hématurique furent précédés d'un grand flux hémorroïdaire, puis les

crises reparurent à intervalles irréguliers. Enfin, depuis dix-huit mois, chaque selle est suivie d'un suintement sanguin plus ou moins prononcé.

L'examen de la région anale montre l'anus entouré d'nn bourrelet muqueux haut et large de quelques millimètres, sans inflammation, mais turgescent sous les efforts de défécation. Sur le périnée, à 3 centimètres environ en avant de l'anus, existe une petite cicatrice rosée, trace d'une fistulette, laquelle s'ouvrirait parfois pour laisser écouler quelques gouttes de pus ; à la palpation, on en sent partir un petit tractus sous-cutané, lequel gagne la commissure anale antérieure. Le toucher rectal ne décèle pas d'hémorroïdes internes ; la prostate est un peu volumineuse, non douloureuse, non indurée.

Comme maladies vénériennes, deux blennorragies modérées ; l'une en 1894, l'autre en 1897 ; cette dernière, compliquée d'une cystite qui dure six mois. Actuellement, l'urine est normale à tous les points de vue. Il n'existe pas de rétrécissement. On note une légère tuméfaction de l'épididyme gauche et un *double varicocèle moyennement développé* ne retient pas l'attention.

L'état du tube digestif est satisfaisant ; le foie a ses dimensions normales. Lors des accès fébriles, X .. accuse avoir éprouvé une très grande hyperesthésie de la région hépatique. La rate est délimitée par la percussion sur une hauteur de 4 à 5 centimètres et une largeur de 3 centimètres. Rien aux poumons, rien au cœur.

Malgré une perte récente de poids de 3 à 4 kilogrammes depuis le retour en France, X... est très bien musclé. En 1901, à la suite d'une blessure par une flèche empoisonnée, il a eu un peu de parésie du côté gauche. Elle a disparu. Les réflexes rotuliens et pupillaires sont normaux, ainsi que la sensibilité.

Du 7 au 10 avril, X .. reste sans autre traitement qu'une injection quotidienne de 5 centigrammes de cacodylate de soude ; il s'alimente, se promène, se trouve très bien. Au milieu de la nuit du 10 au 11, il est pris d'un violent accès de fièvre ; le thermomètre marque 41 degrés ; mais ce sont surtout des douleurs atroces dans les deux régions rénales avec irradiations testiculaires qui tourmentent le malade. Une injection de morphine ne peut les calmer ; elles rappellent à X... celles qu'il a endurées lors de ses précédents accès de bilieuse hématurique.

Mon collègue, le médecin principal Lemoine, le 11 avril au matin, prend la direction du traitement médical. Il fait pratiquer une injection sous-cutanée avec formiate de quinine : 0 gr. 50 et uréthane 0 gr. 20 ; une onction sur l'abdomen avec la pommade : salicylate de méthyle, 1 gramme ; extrait de belladone, 3 grammes ; vaseline, 20 grammes et pommade mercurielle : 10 grammes, et prescrit : lait, tilleul, thé, café, eau de Vichy, champagne, plus un cachet de 1 gramme de sulfonal.

Le soir, la fièvre a diminué ; le thermomètre marque 38°4 et s'y tiendra désormais.

Le 12 avril, la douleur persiste toujours aussi vive, avec irradiation dans les testicules ; les urines restent normales. A la prescription diététique de la veille, on ajoute une nouvelle injection de quinine, deux de morphine, un cachet de sulfonal quatre pilules avec : extrait de jusquiame, 0 gr. 01 ; oxyde de zinc, 0 gr. 01 ; extrait de valériane, 0 gr. 10. En plus de l'onction calmante, de la glace est appliquée sur le ventre.

Dans la nuit du 12 au 13 avril, le scrotum se tuméfie, les douleurs persistent. La température est encore de 38°4 ; l'agitation est extrême en raison de la douleur dans le ventre et les bourses.

Le scrotum a le volume d'une tête d'enfant ; les téguments en sont tremblottants, ecchymotiques, violacés près du collet, sphacélés sur le fond ; on en voit sourdre une sérosité louche. La verge est légèrement œdématiée et violacée ; elle est en partie télescopée dans le scrotum, dont la tuméfaction masque complètement au toucher les deux testicules et remonte, mais sous forme d'œdème simple, sur les deux orifices inguinaux. La racine des deux cuisses est normale. La tuméfaction scrotale s'éteint sur le périnée antérieur ; le périnée postérieur paraît à peine infiltré.

Avec le thermocautère, je pratique sur le raphé du scrotum une incision allant de la verge au périnée ; la brèche mesure quatre travers de doigt de profondeur ; les parois en sont constituées par du tissu cellulaire grisâtre, infiltré de sérosité louche coulant à flots. Les deux bourses sont séparées l'une de l'autre. La vaginale droite ouverte laisse écouler une cuillerée à soupe environ de sérosité louche ; le testicule droit est un peu augmenté de volume et violacé ; l'épididyme, presque aussi volumineux que lui, est dur et violacé ; par ponction avec une pipette on en extrait du liquide louche destiné à l'analyse. Le cordon paraît, à la palpation, augmenté de volume.

A gauche, l'ouverture de la vaginale donne aussi un peu de sérosité louche ; le testicule est moins tuméfié que le droit ; le fait est encore plus frappant pour l'épididyme, qui porte à la tête un petit kyste à contenu limpide. Le cordon de ce côté paraît également augmenté de volume.

Après exploration de l'urètre, pour bien préciser qu'il ne s'agit pas d'infiltration urineuse, ce qui du reste ressort également de l'exploration directe de la face inférieure du canal mis à nu, je pratique à la racine de la bourse gauche une incision oblique qui intéresse la paroi antérieure du canal inguinal. Le cordon, mis à nu, donne l'impression d'un épiplocèle enflammé ; mais on reconnaît que la lésion reste extra-péritonéale, et même ne se prolonge pas dans le tissu cellulaire de la fosse iliaque ; elle offre son maximum au niveau du collet de la bourse. Par dissociation on reconnaît, outre le canal déférent d'apparence normale, quelques veines perméables, mais on note surtout des traînées longitudinales fibrino-purulentes et (ce qui éclaire le diagnostic) une

varice lymphatique grosse comme une plume d'oie, à paroi transparente sur une longueur de 3 centimètres, à contenu limpide ; elle est excisée pour examen. Enfin, dans la partie inférieure du cordon, on ouvre un abcès véritable, gros comme un haricot et paraissant siéger dans un lymphatique dilaté.

Une intervention analogue est pratiquée à droite, où le cordon tuméfié donne à la palpation l'impression d'un volumineux appendice ou d'un épiplocèle cylindrique enflammé. La dissociation permet encore de reconnaître qu'il s'agit de lymphangite avec périlymphangite ; ce sont, en avant du canal déférent, au milieu de quelques veines peu volumineuses et à parois normales, des tractus fibrino-purulents qui se prolongent jusqu'à l'épididyme, tandis que du côté du ventre la mise à nu de la graisse sous-péritonéale et l'exploration digitale de la fosse iliaque ne décèlent plus de cordons.

Les trois incisions sont laissées largement ouvertes et pansées à plat.

Une injection de quinine est pratiquée; toutes les deux heures une injection d'huile camphrée et du sérum artificiel. X... prend du lait, du café, du champagne.

Dans l'après-midi, le pansement est traversé, et le drap d'alèze, imprégné de liquide, lui aussi, doit être changé.

Le 14 avril au matin on constate que le scrotum, fendu sur la ligne médiane, est presque revenu à ses dimensions normales ; les tissus se sont vidés de leur infiltrat séro-sanieux ; le sphacèle n'a pas gagné. Les cordons apparaissent, dans les deux incisions inguinales, dissociés et vascularisés.

Mais si l'état local est satisfaisant, il est loin d'en être de même de l'état général. X..., qui a bien supporté le chloroforme au cours de l'intervention, a présenté depuis le réveil le tableau fidèle de la septicémie aiguë : subdélire avec conversation consciente, coloration violacée des téguments, surtout à la face et aux extrémités, refroidissement, bien que le thermomètre marque toujours 38° 4; pouls à 130, très faible; respiration rapide malgré les inhalations d'oxygène.

Le 14 avril, à 3 heures de l'après-midi, X... finit de s'éteindre.

L'urine recueillie après l'opération est acide, d'une densité de 1020; elle renferme : urée, 18 grammes ; acide phosphorique, 4 gr. 80; chlorure de sodium, 0 gr. 175; sucre, néant; albumine acéto-soluble, 3 grammes par litre.

Tous les liquides prélevés au cours de l'intervention renferment une quantité considérable du streptocoque pur en courtes chaînettes ; sa pureté a été vérifiée par six ensemencements. Il est très virulent pour le lapin en injection sous-cutanée de 1 centimètre cube de culture en bouillon de vingt-quatre heures. L'examen (sans coloration à l'état frais des liquides, une demi-heure après leur prélèvement) permet de constater des îlots de globules blancs, cellules lymphatiques agglomérées par

paquets, comme soudés les uns aux autres. Il n'y a pas de cellules libres. Les îlots sont constitués par des amas de vingt à cinquante. A la coloration, on ne constate pas d'éléments microbiens intracellulaires. Il existe un grand nombre de polynucléaires.

Dans le liquide provenant du lymphatique simplement dilaté se trouvent seulement quelques cellules lymphatiques isolées.

L'autopsie ne peut être pratiquée.

L'observation précédente me paraît intéressante tout d'abord au point de vue du diagnostic du *lymphocèle inguinal* ou *lymphocèle du cordon*. A deux reprises, chez mon malade, la lésion a été méconnue ; c'est d'abord au moment de l'examen pratiqué à l'entree en vue de trouver un varicocèle ; puis, c'est lors du début des accidents qui ont entraîné la mort. Cependant, il existait bien un double lymphocèle inguinal ; les lésions de lymphangite et de périlymphangite des cordons constatées lors de l'intervention, et mieux encore la présence d'une varice lymphatique non enflammée dans le cordon gauche, mettent ce diagnostic hors de discussion. Il y a donc lieu de songer au lymphocèle inguinal *latent* chez certains sujets du fait de leur origine ou de leurs séjours coloniaux, tout aussi bien qu'il est indiqué de différencier chez ces individus les lymphocèles et la varicocèle lorsque le cordon volumineux donne la sensation bien connue de vaisseaux dilatés. En pareil cas, l'examen clinique de la région, de règle, ne permet pas de trancher la question ; il convient de chercher à la résoudre indirectement en posant le diagnostic de filariose. Doublé des commémoratifs coloniaux, le simple examen du malade peut suffire s'il existe des lésions multiples : adéno-lymphocèle inguinal ou crural, hydrocèle, orchite, dilatation cyrsoïde du réseau lymphatique cutané. Mais si l'on suppose la lésion lymphatique limitée aux seuls vaisseaux du cordon pour diminuer le diagnostic de *varicocèle* ou celui d'*épiplocèle inguinale*, il faut chercher autre chose que les signes locaux prétendus différentiels fournis par le palper. « Dans le varicocèle lymphatique, écrit Audain (1), l'allongement du cordon n'existe pas au même degré. Les vaisseaux lymphatiques ectasiés paraissent former des

---

(1) Audain. *Varicocèle lymphatique et filariose*. Port-au-Prince, 1908, p. 17.

nœuds ou plutôt des anses beaucoup plus larges que dans le varicocèle sanguin. »

D'après notre collègue Moty (2), « la lumière épiploïque forme une masse plus régulière, son pédicule est plus dur que celui des varices lymphatiques ; en cas de hernie, le testicule est ordinairement un peu atrophié, tandis que son volume augmente dans la filariose scrotale ». Pas n'est besoin d'insister. La difficulté du maintien par le bandage de la prétendue hernie, d'après mon expérience, a plus de valeur ; c'est du reste ce que Trélat (3) avait admis comme conclusion de l'autopsie d'un malade chez lequel, comme Nélaton, comme tous les membres de la Société de chirurgie, il avait diagnostiqué la coexistence d'une hernie inguinale et d'un lymphocèle du cordon. A Verneuil, qui avait émis l'idée qu'il existait de larges communications entre les vaisseaux lymphatiques superficiels et les profonds, eux aussi énormément dilatés, Trélat avait objecté que si, chez son malade, les « tumeurs se désemplissent en grande partie par le décubitus dorsal, cela se fait lentement, et la pression ne change pas beaucoup leur volume d'une façon immédiate ; or, il devrait en être autrement si les communications n'étaient pas étroites ». L'autopsie montra que Verneuil avait raison.

Ainsi que j'ai pu m'en convaincre chez un malade, l'examen local ne permet pas toujours de différencier le kyste périnéal du cordon et certains lymphocèles.

Obs. — Lymphocèle du cordon avec dilatation kystique volumineuse. Intervention. *Guérison.*

X. ., maréchal des logis de la garde républicaine, âgé de 37 ans, a fait une partie de son service aux colonies (de 1889 à 1896) et y a été atteint de paludisme. Au mois de septembre 1900 sans cause appréciable, il s'est aperçu de l'existence, dans l'aine gauche, d'une tuméfaction qui se montrait seulement le soir. Peu à peu elle augmenta de volume, moins grosse le matin que le soir et ne disparaissant pas par le repos au lit. Bien que gêné pour monter à cheval, X... n'a pas porté de bandage.

Le 25 avril 1901, X... présente une saillie en bourrelet dessinant le cordon gauche. Les bourses sont volumineuses, et sur leur fond les téguments sont épaissis. Le testicule gauche est le double du droit ; bien

---

(2) Moty. *Revue de Chirurgie*, 1892, p. 22.
(3) Trélat. Société de Chirurgie, 1864.

que porteur d'une urétrite ancienne, le malade nie toute orchite antérieure.

L'examen du cordon gauche décèle une tumeur grosse comme un petit œuf, allongée, dure, rénitente, mate, indolore, qui, le malade étant couché, se laisse assez difficilement réduire en masse au delà de l'anneau inguinal dilaté, d'où elle s'échappe par la station debout et la toux pour redescendre vers le testicule, dont elle reste distante de 2 centimètres environ.

Le 29 avril, par une incision sur la racine de la bourse, la tumeur est mise à nu ; elle se présente comme un kyste, dont les deux extrémités doivent être détachées d'un coup de ciseaux entre deux ligatures ; son contenu est jaune citrin. Le long du cordon, on reconnaît d'autres petites tumeurs liquides grosses comme une noisette, réductibles, ainsi que des conduits dilatés, sinueux, de la grosseur d'une plume d'oie et d'aspect blanc jaunâtre, en raison du liquide contenu. Dans la vaginale existe un peu de sérosité citrine; le testicule paraît normal.

L'incision fut fermée sur un drain ; malgré cette précaution la plaie suppure ; mais la guérison survient sans accidents d'infection générale.

Sans doute, dans ce cas, les commémoratifs coloniaux, l'épaississement de la peau du scrotum, l'augmentation de volume du testicule, voire encore le mode de début de la tumeur, pouvaient faire penser à une dilatation des lymphatiques du cordon. Mais pour confirmer ce diagnostic avant l'intervention, il eût fallu rechercher les filiaires dans le sang, voire aussi dans le liquide du kyste prélevé par ponction. A noter toutefois qu'un résultat négatif de cette recherche des parasites n'eût pas résolu le problème.

Je me suis accusé de n'avoir pas pensé à une lésion du système lymphatique au moment où éclatèrent les accidents qui enlevèrent mon malade. Pareille erreur fut du reste commise par Amussat et plus récemment, par notre confrère américain, le Dr Opie. Avec la sienne, aucune autre observation de lymphangite *spontanée*, suivie de septicémie comme complication de lymphocèle ou d'adéno-lymphocèle n'existant à ma connaissance, ces faits méritent d'être relevés.

Obs. — Le malade d'Amussat (1), natif de la Réunion, était âgé de 19 ans. Depuis une année, dans chacune des aines, s'était développée une

---

(1) Amussat, *in* Breschet. Thèse d'agrégation. Paris, 1836.

tumeur douloureuse, et il avait porté avec avantage un double bandage herniaire.

En novembre 1825, après une marche, il éprouve une violente douleur, qu'il soulage par le décubitus ventral.

Le 7 décembre, subitement, il souffre, au niveau du côté droit, de la poitrine et des régions inguinales : respiration difficile, toux sèche, traits tirés, fièvre. Le soir, malgré la disparition du point de côté, il existe de la matité à la base droite ; les tumeurs inguinales sont rouges et sensibles, l'urine est rougeâtre, de couleur brique. Dans la nuit, léger délire avec dilatation des pupilles De bon matin le ventre est ballonné ; les tumeurs sont plus rouges, fluctuantes. Au soir les douleurs abdominales sont très violentes, la gêne respiratoire est très grande, le collapsus extrême. Mort subite.

Obs. — Le malade d'Opie (2), âgé de 24 ans, né à Saint-Thomas, fut apporté à John Hopkins Hospital ayant le ventre ballonné et douloureux. Considéré comme porteur d'une hernie depuis huit ans, il avait déjà à plusieurs reprises éprouvé des crises analogues.

Cette fois, trois jours avant son entrée à l'hôpital, il avait encore travaillé, mais le soir il eut un frisson, sa prétendue hernie sortit et ne put être rentrée. Le lendemain matin, violentes douleurs abdominales, vomissements fréquents à odeur fécaloïde, pas de selle, miction un peu difficile et douloureuse.

Le malade est faible. Température, 40 degrés. Pouls, 136. La sonorité est diminuée à la base droite ; l'abdomen est un peu tympanisé. Dans l'aine droite existe une tumeur qui se décompose en deux parties : une masse ronde, immédiatement sous l'arcade de Fallope, mesure 3 centimètres de diamètre ; elle est molle au toucher, mate, ne subit pas d'impulsion par la toux et paraît être une hernie crurale. Une seconde masse, sous l'embouchure de la saphène interne, mesure 8 centimètres sur 3 et semble être un ganglion lymphatique tuméfié.

Une incision exploratrice après cocaïnisation montre que la prétendue hernie est constituée par de nombreux canaux dilatés, remplis de caillots sanguins, couleur chocolat et d'un tissu épais de structure spongieuse.

Le lendemain, en raison des symptômes de péritonite, l'abdomen est ouvert, on y trouve du pus et des masses fibrineuses.

Le surlendemain, *mort*.

Les résultats de l'autopsie, qui seront donnés plus loin, justifient le diagnostic de lymphocèle.

Dans ces deux observations, les adéno-lymphocèles ayant été pris pour des hernies, les accidents aigus brusquement

(2) Opie. *The American Journal of the Medical Sciences*, 1901.

observés devaient être tenus pour une complication herniaire. Ce fut également cette hypothèse que Trélat souleva, il est vrai, pour réfuter et admettre l'inflammation des adéno-lymphocèles de son malade.

Obs. — Il s'agissait d'un jeune homme de 21 ans, natif de la Réunion, qui était venu en France pour se faire débarrasser d'une double tumeur lymphatique du pli de l'aine avec (prétendue) hernie inguinale droite. Trétal croit devoir conseiller la compression au moyen d'un caleçon spécialement agencé à cet effet ; mais il accepte d'opérer une petite fistule consécutive à un abcès de la marge de l'anus.

Le 7 septembre, il en incise le trajet, puis l'excise au ciseaux et remplit la plaie de charpie.

Le lendemain, le surlendemain, rien d'anormal ; mais le troisième jours à 6 heures du soir, les deux tumeurs inguinales deviennent douloureuses, une demi-heure plus tard la douleur est extrême, et à 9 heures le malade est très pâle ; cette pâleur existe sur tout le corps ; les yeux sont cernés, la face, le cou et les mains humides de sueur. Lea douleurs, toujours très violentes, deviennent excessives, à intervalles rapprochés ; elles siègent dans les deux tumeurs et remontent en s'irradiant vers la région des reins et l'épigastre. Les tumeurs, qui d'ordinaire étaient vides et flasques dans le décubitus, sont tendues et, quoique à leur surface la plaie ait conservé sa coloration normale, le moindre attouchement provoque une souffrance insupportable. De chaque côté le canal inguinal est vide. La paroi abdominale est tendue, ou mieux, raidie par la contraction musculaire. Le ventre est sonore à la percussion.

Le pouls, contracté, est extrêmement fréquent, 140 pulsations. Il y a dans la journée avant le début des accidents, une selle normale; les urines rares et fortement colorées sont évacuées sans difficulté.

Le lendemain, après une nuit sans sommeil, à cause de la souffrance, il semble y avoir un peu de calme ; les tumeurs n'offrent plus la même sensibilité excessive au moindre contact. Pouls à 130. Un purgatif prescrit est rejeté. A trois heures, abattement, demi-délire calme, pouls filiforme. La peau du corps a pris une coloration rose vif, comme au début de la scarlatine ; au cou, cette teinte est irrégulière et alterne avec des plaques pâles ; la face est restée très pâle. C'est un commencement d'agonie. Le malade expire doucement à huit heures du soir, moins de 26 heures après le début des accidents. Au moment de la mort on voyait des marbrures violacées sur la peau du cou et du thorax. Dès le lendemain la putréfaction était très avancée.

En raison de l'état de la plaie opératoire et de l'absence de réaction à son pourtour, Trélat se refuse à la regarder comme

le point de départ d'une irritation transmise par le réseau lymphatique aux ganglions de l'aine ; il admet plutôt que les accidents ont commencé primitivement dans les voies lymphatiques dilatées, « ce qui s'accorderait mieux avec la brusque intensité des douleurs, avec leur étendue et avec les troubles généraux amenés par la fréquence du pouls et la pâleur de la peau ». Il me paraît toutefois difficile, en raison du début des accidents inflammatoires au niveau de l'aine, de ne pas considérer la plaie opératoire comme la porte d'entrée de l'infection dont les agents ont trouvé dans les lymphatiques distendus du voisinage un milieu favorable à leur pullulation et à la diffusion de leurs toxines dans l'économie.

Un rien, écrit Th. Anger, suffit pour déterminer l'explosion d'une violente inflammation dans les adéno-lymphocèles. Les malades d'Amussat et d'Opie furent pris sans cause appréciable, et il en fut de même du mien. En effet, s'il était porteur d'une cicatrice de fistulette anale, celle-ci sommeillait au moment de l'accident ; aussi est-il difficile d'y placer le point de départ de l'infection, contrairement à ce que l'on peut admettre chez le malade de Trélat. Mais admettre une inflammation spontanée, c'est simplement avouer qu'on ignore le mode de pénétration dans le système lymphatique de l'agent infectieux. Autrefois, la porte d'entrée était ouverte par l'intervention pratiquée sur l'adéno-lymphocèle. Alors, « les glandes lymphatiques n'existant plus qu'à l'état de larges canaux, l'inflammation trouve une voie toute ouverte et n'est pas arrêtée dans sa marche par la rencontre d'organes dont la structure compliquée semble faite exprès pour s'opposer à son passage ; elle se propage jusqu'au canal thoracique avec une effrayante rapidité. Le pus qui se forme arrive à plein canal dans le sang et il en résulte une pyémie mortelle dans les 24 ou 48 heures qui suivent le début des accidents » (Thitnger). Chez l'opéré de Trélat, le débridement de la fistule anale put très bien, sans réaction locale susceptible de fixer l'attention à l'époque (1864), être suivi par prorogation latente, d'une infection des ganglions malades. Par contre, dès le début, chez les patients d'Amussat et d'Opie, plus nettement encore chez le mien, les douleurs initiales vers les régions rénales paraissent localiser dans les voies lymphatiques profondes le siège des premiers accidents infectieux.

Enfin, je désire faire une dernière remarque relative à la pathologie des dilatations lymphatiques attribuées, par certains auteurs à la filariose. Les ramifications lymphatiques se dilateraient sous la pression de leur contenu liquide arrêté dans sa course par l'obstruction des troncs principaux dans lesquels seraient accumulés des œufs de filaires. A vrai dire, je ne connais pas d'autopsie probante à l'appui de cette théorie; le rapport *constant* entre la présence des filaires dans l'économie et le lymphocèle ou l'adéno-lymphocèle des pays chauds me semble encore contestable. Mais, quoi qu'il en soit de ce dernier point, on peut admettre avec Verneuil que le processus de dilatation est le même pour les lymphatiques que pour les veines.

« La lymphangiectasie spontanée débute par les vaisseaux profonds de l'abdomen ; elle dilate successivement de haut en bas les lymphatiques, puis les vaisseaux intra-ganglionnaires iliaques et inguinaux, enfin les vaisseaux efférents de ces ganglions. Dans cet état, à cette periode, il y a *tumeur variqueuse profonde sous-aponévrotique*. L'affection s'accroît toujours dans le même sens, l'ectasie envahit les gros lymphatiques sous-cutanés, *varices cylindroïdes sous-aponévrotiques*. Le progrès continue, la dilatation se propage aux réseaux les plus superficiels, *veines dermiques*. Cette marche extensive et centrifuge a été vérifiée dans de nombreux faits. C'est une première donnée acquise : si l'on y joint la symétrie très ordinaire des tumeurs, leur généralisation même dans certains faits, leur coxistence fréquente avec les varices veineuses, on devra conclure à son processus pathogénique très général dans son essence, mais susceptible de se cantonner à un territoire restreint et dont la nature précise et le mécanisme intime restent encore inconnus. »

En résumé, il ne s'agit pas de dilatation par cause purement mécanique, mais bien d'une dilatation consécutive à une diminution de résistance de la paroi lymphatique, désordres dont il est logique de rechercher la raison dans une modification du contenu vasculaire, elle-même sans doute provoquée par la présence de parasites, dont les filaires.

Du reste, où siègerait le bouchon obturateur dans les cas de dilatation lymphatique intéressant le canal thoracique? T. Auger, dans sa thèse, en a rapporté quelques cas. Il rap-

pelle également que Carswelle (1) a dessiné une dilatation colossale de tous les lymphatiques du tronc jusqu'aux régions inguinales, et je crois intéressant de reproduire la figure donnée par Opie à l'appui de l'autopsie de son malade.

Observation. — Chez ce dernier, dans le tissu rétro-péritonéal existait une néoformation diffuse, comblant l'espace interrénal, sans intéresser les deux reins, mais envoyant de chaque côté de l'aorte et de la veine cave un prolongement large de 5 centimètres et épais de 1 cent. 1/2. Celui-ci, au dessous du promontoire, s'aplatissait derrière l'uretère droit, entre la vessie et la paroi pelvienne ; d'autre part, il suivait les vaisseaux iliaques d'abord, fémoraux ensuite, jusqu'à la plaie opératoire où se trouvait un ganglion de 1 cent. 1/2 de diamètre. En outre de la masse interrénale se détachait un tractus de canaux dilatés qui, longeant la veine spermatique, gagnait sur le cordon, les testicules pour constituer avec l'épididyme une masse fibro-spongieuse, moins développée à droite qu'à gauche.

Toujours de la masse interrénale se détachait à droite de l'aorte un prolongement qui, après avoir traversé le diaphragme, se présentait comme un cylindre de 2 centimètres de diamètre, constitué par des vaisseaux dilatés à parois épaisses, à lumière obstruée par des trabécules irréguliers et par un thrombus brunâtre. S'écartant les uns des autres les canalicules dépassent la crosse de l'aorte, longent le côté gauche de l'œsophage et de la trachée, contractent avec les troncs veineux innominé et sous clavier gauches des rapports qui ne purent être suffisamment précisés. On peut cependant constater que l'un des canaux, représentant sans doute le canal thoracique, communiquait avec une veine qui sans doute était la sous clavière gauche.

Un point à noter dans ce cas, c'est l'intégrité des chylifères ; les ganglions mésentériques étaient altérés, mais leur lésion se trouvait sans doute sous la dépendance de la péritonite.

Observation. — A l'autopsie de son malade, Trélat reconnut l'existence de vaisseaux lymphatiques variqueux, qui occupaient le canal inguinal et la partie supérieure du cordon ; puis en décollant le péritoine et la paroi abdominale postérieure, on apercevait le long des vaisseaux iliaques, une masse plus grosse que le poing, formée de conduits pelotonnés, enroulés les uns sur les autres, se dirigeant généralement de bas

---

(1) Carswelle. *Path. anat. hypertrophy*, pl. IV, fig. 4, d'après T. Anger.

en haut. La même disposition existait des deux côtés. Vers les piliers du du diaphragme, ces eeux masses se rapprochaient l'une de l'autre et confinaient par leurs bords. Elles remontaient plus haut et s'engagaient très probablement sous le diaphragme, où elles ne furent pas poursuivies. Dans leur ensemble, les masses, constituées par les dilatations lymphatiques, rappelaient exactement le dessin donné par Breschet.

MOYEN D'OUVRIR L'URÈTRE OU LA VESSIE

PAR LE VAGIN

SANS RISQUE DE FISTULE

PAR

M. le Dr ROCHET

Dans des cas pathologiques assez nombreux, l'ouverture de la vessie ou de l'urètre féminins par la voie vaginale reste assez souvent indiquée encore, bien que les chirurgiens lui préfèrent certainement d'autres voies, quand il est possible. Pas besoin d'insister longuement sur les raisons de cette préférence, qui se résument dans le sérieux ennui, difficile à éviter parfois, d'une fistule urétro ou vésico-vaginale.

La voie vaginale est cependant bien commode, n'était le gros inconvénient signalé. Nous avons cherché, comme beaucoup probablement déjà, à conserver l'une en évitant l'autre. La suture soignée, sur deux plans, de la brèche urétrale ou vaginale après l'intervention donne évidemment de bonnes garanties ; mais on sait que toute suture, en matière de voies urinaires, surtout faite à une partie déclive, expose à des mécomptes, tout au moins à des insuccès partiels, même entre des mains habiles. D'autre part, il est des cas, en l'espèce que nous envisageons, où ces sutures

ne peuvent pas être faites immédiatement après l'opération, ceux par exemple où l'on est intervenu pour une cystite douloureuse chronique et dans lesquels le résultat cherché, c'est-à-dire la cessation ou l'atténuation des douleurs, ne sont obtenues précisément que grâce à une fistulisation temporaire systématique. Plus tard, évidemment, les douleurs dissipées, on peut toujours tenter la fermeture de la fistule, mais dans des conditions encore moins bonnes qu'immédiatement après la taille vaginale.

Ne pourrait-on pas se mettre, à l'aide d'un procédé un peu détourné, d'un petit expédient opératoire, en meilleure posture pour prévenir une fistule ?

Voici ce que nous avons fait dans trois cas, que nous relaterons brièvement, et dans lesquels le résultat obtenu nous a pleinement satisfait.

Nous avons pratiqué, à 1 centimètre environ en arrière du méat urétral, et au-dessous de lui, une incision transversale de 3 centimètres et demi à peu près, n'intéressant que la muqueuse vaginale. Puis, avec la sonde cannelée ou le bec de ciseaux mousses, nous avons décollé, dans toute la largeur de l'incision, cette muqueuse, d'abord de l'urètre sus-jacent, puis de la vessie elle-même. Ce décollement, à moins d'adhérences pathologiques anormales, est très facile, et l'on arrive ainsi très vite à avoir sous les yeux et le doigt toute la face inférieure de l'urètre et une partie assez étendue de la face inférieure de la vessie. On voit très bien alors, notamment, le point correspondant à l'abouchement de l'urètre dans la vessie, et, par derrière, la vessie qui s'étale au-dessus du vagin. Rien de plus simple d'inciser ensuite, et dans l'étendue qu'on veut, la paroi inférieure de l'urètre ou de la vessie pour y extraire un corps étranger, pratiquer une opération sur le sphincter urétro-vésical, mettre un drain dans la vessie pour un drainage momentané de celle-ci, etc. En se tenant bien sur la ligne médiane du plan vésical inférieur, on ne risque pas, même par une incision un peu longue, de commettre de dégâts, notamment d'intéresser les uretères à leur abouchement vésical.

L'opération terminée, si l'on ne veut pas laisser de propos délibéré une brèche urétrale ou vésicale temporaire, on ferme, par quelques points de suture, urètre ou vessie au niveau de la plaie qu'on y a pratiquée, puis, à l'aide d'autres points, l'incision vaginale transversale faite au début de l'intervention. On peut si l'on veut, et pour plus de sûreté contre une désunion possible de la suture urétrale ou vésicale, laisser pendant quelques jours un tout petit drain au-dessus de la muqueuse vaginale décollée. En tout cas, les conditions pour la production d'une fistule ultérieure durable sont très défavorables ici, en raison de la discordance complète entre la plaie urétrale et la plaie vaginale ; la fistule, si elle se produisait, rentrerait éminemment dans la catégorie des fistules très indirectes, celles où les deux orifices, viscéral et muqueux, ne sont pas du tout superposés et se trouvent au contraire à une grande distance l'un de l'autre. Sans suture vésicale même, dans les cas que nous étudions, la cicatrisation spontanée aurait probablement grandes chances de se faire toute seule ; on se bornerait à rétrécir, par quelques points, la plaie vaginale, laissant un petit passage seulement pour l'issue de l'urine pendant les jours qui suivraient l'intervention ; c'est le résultat qui s'est produit d'ailleurs pour un de nos cas, que nous allons passer maintenant en revue.

Dans un premier cas, il s'agissait d'une femme de 30 ans à peu près, qui nous avait été adressée pour un abcès sous-urétral assez volumineux (une très grosse amande environ) plaqué sous la partie profonde de l'urètre, tout près de la vessie. Ne voulant pas l'inciser directement par le vagin, pour éviter une fistule possible à cause du voisinage du col vésical, j'employai le procédé ci-dessus décrit. Le décollement fut très facile jusque près de l'abcès lui-même ; là, l'adhérence inflammatoire périphérique à l'abcès fut rompue avec une sonde cannelée, et le pus sortit ; un petit drain fut laissé dans le décollement, après curettage léger des parois de l'abcès, et au bout d'une dizaine de jours tout était terminé. Le plafond de l'abcès communiquait largement

avec l'intérieur du canal, et une grosse sonde cannelée passait aisément de l'un à l'autre.

Dans un second cas, je voulais tenter une petite opération autoplastique sur le sphincter urétro-vésical d'une jeune fille de 20 ans, qui perdait ses urines depuis son tout jeune âge, et chez laquelle toutes les médications avaient échoué. Je voulais, comme cela a été proposé et exécuté souvent dans ces cas rebelles (Albarran, Pousson, Legueu, etc.), essayer de rétrécir l'origine de l'urètre et le sphincter, et comme je ne voulais sous aucun prétexte exposer la jeune malade à une fistule, si petite fût-elle, au cas où l'opération ouvrirait l'intérieur de l'urètre et de la vessie, je me servis de l'artifice proposé. Je fis bien, car en voulant aviver la face inférieure du col vésical, pour la suturer ensuite à elle-même et obtenir le froncement désiré, j'ouvris l'urètre à son origine, et l'urine coula.

Des sutures appropriées furent faites, je ne mis aucun drain dans le décollement sous-urétral, et je suturai presque complètement l'incision vaginale primitive. Il n'y eut aucun incident ; la malade avait fait sa cicatrisation complète en 12 jours, et, par surcroît, chose qui ne lui était jamais arrivée, elle ne perdait plus d'urine dans l'intervalle des mictions. Revue depuis lors (il y a quatre mois de l'opération maintenant) elle reste encore débarrassée de son incontinence.

Le troisième cas a trait à une jeune femme en proie depuis de longues années à des douleurs terribles de cystite chronique douloureuse. Les reins étaient à peu près sains chez elle, sauf un léger louche dans l'urine de l'un d'eux ; l'origine de l'affection remontait peut-être à une infection gonococcique déjà ancienne, mais la tuberculose ne s'y était pas encore greffée. Tout avait été mis en œuvre chez elle et sans résultat, et les douleurs partant bien nettement de la vessie elle-même, ne semblaient pas indiquer une intervention autre part que sur cette vessie ou le sphincter urétro-vésical. D'ailleurs, une dilatation forcée du col, sous anesthésie, avait été faite sans succès. La seule intervention à

proposer semblait la fistulisation temporaire de la vessie, pour faire cesser ces épreintes et ces besoins douloureux permanents d'uriner.

Je n'ai jamais pratiqué la fistulisation vaginale de gaîté de cœur, même dans ces cas-là, où elle est amplement justifiée cependant. Il m'a toujours semblé, en la pratiquant, que je commettais une mauvaise action. On sait d'ailleurs que pareilles malades, quand elles arrivent à être soulagées après l'opération, oublient vite leurs souffrances passées, et, ne pensant plus qu'à l'infirmité présente de la fistule, en veulent presque au chirurgien de l'avoir pratiquée; elles implorent pour qu'on les en débarrasse, mais ce n'est pas alors toujours aisé.

J'essayai chez cette malade une fistulisation temporaire, à l'aide du procédé en question.

J'ouvris la vessie et l'origine même de l'urètre sur elle, dans l'étendue de 1 c. 1/2 environ ; j'ouvris l'urètre lui-même pour intéresser systématiquement le sphincter, le mettre au repos et couper une partie des plexus nerveux intra ou péri-sphinctériens dont la névrite est probablement en jeu dans ces cas. Puis, je mis un drain dans l'ouverture vésico-urétrale et je le fixai à demeure aux lèvres de la boutonnière vaginale, en rétrécissant simplement celle-ci par quelques sutures. La malade perdit d'abord ses urines par ce drain, puis, quand celui-ci fut enlevé au bout de huit jours, par la plaie vaginale ; elle était notablement soulagée, autant probablement qu'elle aurait pu l'être par une fistule vaginale directe, puisque toutes ses urines coulaient alors par le vagin. Au bout d'une vingtaine de jours, l'urine reprit le chemin de l'urètre en partie, et *sans suture, d'elle-même,* la fistule vaginale se cicatrisait. Après un mois, il restait encore une petite fistulette, large comme une aiguille à tricot, qui donnait de l'urine, mais contre laquelle je n'ai rien fait encore, estimant plutôt qu'elle est utile comme soupape contre les douleurs vésicales. On a bien la sensation, du reste, que quand on voudra le faire, la fermeture de cette fistulette sera facile à réaliser, et que rien ne ressemble là

à la situation créée par une fistule qu'on aurait faite directement du vagin à la vessie.

Il est bien possible, quoique nous n'ayons pas souvenance de l'avoir vu décrit, que l'expédient opératoire employé par nous ait déjà été mis en œuvre par d'autres chirurgiens ; nous n'avons pas encore fait, du reste, des recherches bibliographiques bien étendues à ce sujet. En tout cas il nous a paru intéressant à mettre en relief, et à appeler l'attention des opérateurs sur lui. Il est simple, d'application aisée, et nous semble devoir décharger la taille urétrale ou vaginale directe, d'un des gros ennuis qui pesaient lourdement sur elle, la fistule durable consécutive.

Le Gérant, Dr Vallas.

BIBLIOTHÈQUE UNIVERSITAIRE DE LYON

Lyon. — Association Typographique, 12, rue de la Barre. — H. Gabrion, directeur.

BUREAU
DES
RENSEIGNEMENTS