# BULLETIN

DE LA

# SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

# DE LYON

ANNÉE 1914. — TOME XVII.

LYON
ASSOCIATION TYPOGRAPHIQUE
12, RUE DE LA BARRE

1914

# SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE LYON

1914

## BUREAU

| | | |
|---|---|---|
| *Président* . . . . . | MM. | Vallas. |
| *Vice-Président* . . . . . | | Rochet. |
| *Secrétaire général* . . . | | Durand. |
| *Trésorier-Archiviste* . . | | Gayet. |
| *Secrétaires annuels* . . | | Desgouttes. |
| | | Leriche. |

## MEMBRES

Albertin.
Aubert.
Augagneur.
Bérard.
Chandelux.
Commandeur
Condamin.
Cotte.
Delore.
Destot.
Desgouttes.
Durand.
Duroux.
Fabre.
Gangolphe.
Gayet.
Goullioud.
Horand.
Laroyenne
Leriche.
Martel.
Molin.
Nimier.
Nové-Josserand.
Patel.
Pollosson (Auguste).
Pollosson (Maurice).
Rochet.
Rollet.
Sabatier.
Siraud.
Tavernier.
Thévenot.
Tixier.
Vallas.
Véron.
Vignard.
Villard.
Vincent.

## MEMBRES CORRESPONDANTS

Batut.
Bertein.
Cantas (d'Athènes).
Curtillet (d'Alger).
De Gauléjac.
Egot.
Gaudier (de Lille).
Jacob.
Jacques (de Montceau-les-Mines).
Kaeppelin (du Puy).
Lagoutte (du Creusot).
Leclerc (de Dijon).
Piollet (de Clermont-Ferrand).
Plisson.
Rey (d'Alger).
Rigal.
Rouvillois.
Ruotte.
Severeanu (de Buckarest).
Sorel (de Dijon).
Stefani.
Vialle.
Viannay (de St-Etienne).
Termier (de Grenoble).

# BULLETIN

DE LA

# SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

## DE LYON

---

**Séance du 8 janvier 1914**

Présidence de M. Vallas.

---

### UN CAS D'S ILIAQUE MOBILE AVEC VOLVULUS INCOMPLET.

M. Patel. — L'observation que j'ai l'honneur de vous rapporter a trait à une variété, encore mal connue, de troubles fonctionnels de l'S iliaque, dus à un vice de position de cet organe, et ayant nécessité un traitement chirurgical.

Observation. — Il s'agit d'une femme de 48 ans, solide campagnarde, qui n'a jamais eu de maladies antérieures graves et qui ne se plaint que d'une constipation opiniâtre, qu'elle avait l'habitude de considérer comme naturelle jusqu'à ces derniers temps.

En septembre 1913, il y a quatre mois, elle ressentit brusquement, sans cause apparente, une vive douleur dans la partie inférieure de l'abdomen, au voisinage de la partie médiane; cette douleur se continua trois jours, sans interruption; elle avait le caractère de coliques intestinales violentes, que rien ne pouvait calmer. L'abdomen était météorisé, tendu, douloureux, il n'y avait pas de vomissements. Il n'y eut ni selles, ni gaz pendant trois jours, simplement des envies fréquentes d'aller du ventre, qui demeurèrent sans résultat; les lavements également demeurèrent sans effet. Après trois jours de cette situation,

qui était assez inquiétante, une débâcle de matières intestinales, très abondantes, liquides et fétides, survint ; tous les phénomènes douloureux cessèrent et la malade revint à son état premier, en remarquant toutefois que la constipation était un peu plus prononcée qu'auparavant.

A la fin du mois de novembre 1913, un second accès, en tout semblable au premier, survint ; mais il dura huit jours ; il n'y eut, pendant toute cette période, ni vomissements, ni hoquets. L'abdomen était très météorisé, surtout à la partie inférieure. Une débâcle, analogue à la précédente, mais encore plus abondante qu'elle, vint mettre fin à la crise douloureuse

Depuis, la malade se mit à souffrir plus régulièrement de l'abdomen ; quoique soumise à un régime léger, des douleurs survenaient vers 4 ou 5 heures du soir, environ trois ou quatre heures après le repas de midi ; c'était une crise en miniature. qui durait quelques heures et cessait dès que la malade était allée à la selle.

Je vis la malade pour la première fois, le 14 décembre 1913. Elle n'était pas amaigrie. L'appétit était conservé ; la première partie de la digestion s'effectuait normalement ; il n'y avait pas de vomissements, mais les mêmes difficultés de la digestion terminale seulement. Les matières étaient liquides plus souvent que solides, non déformées ; elles n'ont jamais renfermé de sang.

Aucun trouble pulmonaire, ou cardiaque, génital ou urinaire.

L'examen de l'abdomen révélait des particularités du plus haut intérêt : l'abdomen était un peu tendu et météorisé dans sa moitié inférieure. La palpation démontrait une paroi souple, facilement dépressible ; rien d'anormal n'était perçu dans les parties supérieure et droite ; par contre, dans la fosse iliaque gauche, on sentait facilement une anse intestinale, très distendue, clapotante, répondant au siège du côlon iliaque. A la suite de cet examen prolongé, il se produisit un accès douloureux, analogue à ceux que la malade ressentait chaque jour ; on put voir alors se dessiner nettement, sous une paroi amincie, une anse intestinale volumineuse, qui décrivait une boucle dont le sommet atteignait l'ombilic ; il existait des alternatives de tension et d'affaissement des plus nettes ; chaque période de tension correspondait à une augmentation de la douleur ; pas de bruits musicaux, pas de péristaltisme violent.

Le toucher vaginal était négatif.

Le toucher rectal ne permettait de sentir absolument rien d'anormal.

La présence d'un obstacle siégeant sur l'S iliaque était évidente ; la malade fut rectoscopée le lendemain. Le tube moyen pénétra facilement jusqu'à 16 centimètres, sans révéler de lésions muqueuses ; à ce niveau, arrêt brusque et impossibilité, même en insistant doucement en distendant l'intestin par une insufflation d'air, de pénétrer plus avant. L'examen fait à ce niveau montrait une fermeture presque complète

de la lumière intestinale : la muqueuse était froncée, plissée ; chacun des plis partait du point rétréci, et par un trajet hélicoïdal gagnait la périphérie. Aucune ulcération suspecte, aucune induration ; l'impression était qu'il s'agissait d'une torsion, d'un nœud du gros intestin.

C'est avec ce diagnostic que l'opération fut décidée.

*Intervention* (17 décembre 1913). — L'anesthésie étant complète, on vit encore se réveiller, par la palpation de l'abdomen, des contractions lentes et larges du gros intestin. Laparotomie sous-ombilicale médiane. La cavité péritonéale ouverte, l'anse sigmoïde apparut, très volumineuse, très distendue, remontant à l'ombilic et animée de contractions péristaltiques. En suivant son trajet, on put se rendre compte qu'il n'y avait ni point induré, ni zone suspecte, ni tumeur. L'S iliaque, repérée sur toute son étendue, présentait une curieuse disposition ; partie de la fosse iliaque gauche, elle rejoignait la fosse iliaque droite en passant exactement au-devant du cæcum, puis, en décrivant une grande boucle, elle rejoignait la fosse iliaque gauche, passait ensuite au-devant de la boucle précédente et se continuait avec le rectum. En somme, elle formait un immense Ω dont les pieds se rejoignaient et se croisaient ; on avait la disposition du volvulus complet, type rectum en avant. Il fut facile de détordre l'anse colique en faisant le mouvement en sens inverse ; aussitôt, la circulation intestinale parut se rétablir ; l'intestin s'affaissa ; néanmoins, l'S iliaque mesurait sur tout son trajet environ 90 centimètres à 1 mètre ; le reste du gros intestin était distendu ; le cæcum était volumineux ; il n'y avait pas de malformation ou de longueur anormale. La partie moyenne de l'anse sigmoïde fut anastomosée latéralement à une partie de l'intestin grêle, située à 20 centimètres de la valvule iléo-cæcale ; la bouche, très large, fut suturée à la soie ; l'S iliaque fut encore suturée par son méso au méso de l'intestin grêle. La fixation paraissait bonne et la formation d'un nouveau volvulus presque impossible.

Les *suites opératoires* furent très simples ; à l'aide de petits lavements huileux, donnés dès le troisième jour, la malade eut des débâcles successives ; les fonctions intestinales étaient régulières, comme elles n'avaient pas été depuis longtemps ; les matières étaient normales. Examiné au rectoscope, l'intestin était perméable sur toute l'étendue du tube ; la vision directe ne montrait plus l'existence d'une sténose par torsion de l'anse intestinale sur son axe. Trente jours après son apparition, la malade était parfaitement guérie à tous points de vue.

J'ai cru intéressant de vous rapporter cette observation au triple point de la lésion elle-même, de son diagnostic et de son traitement.

1° Il s'agit ici, à n'en pas douter, d'un cas d'*S iliaque mobile* ayant subi un commencement de torsion ; l'intestin était obli-

téré, mais pas d'une façon complète et permanente. Ce tableau clinique est décrit par les auteurs sous le nom de période prémonitoire du volvulus, ou encore de période médicale du volvulus. En réalité, le terme est mal choisi ; car rien ne prouve que ces malades arrivent un jour au volvulus confirmé. Au contraire, le terme d'S iliaque mobile rend mieux compte des faits, au point de vue de leur pathogénie et de leur évolution. On se trouve en présence d'S iliaque dont le méso est malformé, démesurément long ; récemment, Kiemböck (1) en signalait un cas diagnostiqué par la radiographie ; l'anse sigmoïde mesurait 96 centimètres de long. Il est facile de s'expliquer, à la vue de cet intestin, certaines constipations rebelles, les coudures ou les torsions qui arrivent à l'occlusion.

2° En ce qui concerne le *diagnostic*, j'insisterai particulièrement sur les services rendus par la rectoscopie. Il était évident, d'après les signes physiques constatés, qu'il existait une sténose de l'S iliaque ; mais sa nature demeurait inprécise. L'examen direct permit de reconnaître tout d'abord le siège ; l'absence d'ulcérations, de végétations, fit éliminer le diagnostic de cancer ; l'aspect si caractéristique de muqueuse froncée, à replis spiroïdes, fit songer de suite à une torsion de l'anse intestinale ; cette hypothèse fut, du reste, reconnue exacte.

3° La thérapeutique mise en œuvre est celle qui nous paraît convenir le mieux à ces cas.

La *résection* de l'anse sigmoïde semble être à priori l'opération de choix, car elle supprime définitivement la cause même de l'affection, au moins théoriquement. En pratique, elle s'applique surtout aux volvulus maintenus fixés par des adhérences, dans lesquels l'anse sigmoïde, de calibre anormal, revient difficilement sur elle-même, après la détorsion ; ce sont les volvulus consécutifs à des méso-sigmoïdites rétractiles ou à des coudures fixées de l'intestin. Dans le cas présent, la résection aurait présenté une grande gravité, étant donné l'état d'occlusion chronique ; de plus, c'était le gros intestin en entier qu'il aurait fallu réséquer. Or, cette opération était disproportionnée avec l'état du gros intestin, qui ne présentait aucune trace

(1) Kiembock. *Münchener medizinische Wochenschrift*, 14 janvier 1913, p. 68. S iliaque allongée et mobile.

d'inflammation ancienne, mais simplement une longueur et une mobilité exagérées.

Parmi les opérations palliatives qui pouvaient être utilisées, on pouvait discuter entre la fixation simple ou une anastomose intestinale.

La *fixation* simple, opération innocente, semble être délaissée en ce qui concerne l'idée d'une cure quelque peu radicale ; tout au plus, est-elle utilisée dans les cas aigus, lorsque la détorsion est effectuée et que l'on ne peut pas faire autre chose ; mais on a observé souvent une récidive du volvulus ou une torsion nouvelle autour du point primitivement fixé. Ici, la fixation aurait pu se faire à la paroi, sur une grande longueur ; elle n'aurait rétabli que très imparfaitement la morphologie normale de l'S iliaque.

Les *anastomoses intestinales* semblaient convenir beaucoup mieux. L'*exclusion unilatérale* du gros intestin, avec abouchement terminal iléo-iliaque convient surtout aux cas de mégacôlons iliaques ; elle nous a paru, dans ce cas, mériter un reproche, c'est de supprimer le courant des matières dans le gros intestin et d'y favoriser leur accumulation ; elle ne paraît pas meilleure que l'anastomose simple. Nous avons établi une *anastomose iléo-sigmoïdienne*, moins complexe et plus sûre que l'anastomose cæco-sigmoïdienne. Cette opération nous a paru présenter un double avantage. Le premier, c'est qu'elle maintient, dans le gros intestin, une certaine circulation des matières ; elle exécute une véritable chasse et prévient l'encombrement ; comme une partie des matières liquides de l'intestin grêle arrive directement dans l'S iliaque, le contenu de cette dernière se trouve moins consistant que d'habitude et la circulation est d'autant plus facilitée. Le second, c'est qu'en même temps que l'anastomose est pratiquée, il est possible de fixer l'S iliaque sur une certaine étendue au mésentère de la portion terminale de l'intestin grêle, mésentère assez fixe dans cette région, ce qui assure une colopexie meilleure que celle qui peut se réaliser au niveau de la paroi abdominale. Du reste, les suites opératoires sont venues confirmer ces données.

M. Albertin. — M. Patel n'a-t-il pas pensé qu'il y avait lieu de faire ici l'opération de Lane ?

M. Patel. — Je crois que cette opération ne s'applique pas aux cas d'S iliaque distendue, mais bien aux colites rebelles ; d'autre part, c'est

une opération qui n'est pas exempte de dangers, qui est beaucoup moins simple que celle-ci ; en dehors de cela, il faut tenir compte de la morphologie du gros intestin. L'idéal aurait été de réséquer l'S iliaque purement et simplement ; c'est en raison des phénomènes d'occlusion que présentaient la malade que j'ai préféré pratiquer cette opération, qui m'a paru beaucoup plus simple, d'autant plus que cette S iliaque n'était pas fixe ; on avait l'impression qu'elle était distendue, parce qu'il y avait un obstacle. Lorsque la détorsion a été effectuée, l'intestin est revenu sur lui-même. Cette malade reste guérie et restera certainement guérie.

M. Albertin. — L'opération de Lane, qui est peu connue de nous, parait relativement simple. Lane la fait très rapidement ; il enlève le cæcum, le côlon descendant et fait un abouchement latéral, iléo-sigmoïdien.

M. Leriche. — A la dernière séance, j'ai présenté deux pièces de ce genre, obtenues par la méthode de Lane ; comme le dit M. Albertin, l'opération est très facile ; l'une d'elle m'a donné l'impression d'être aussi simple qu'une résection d'intestin grêle : je serais tenté de considérer l'opération de Lane comme l'opération de choix quand on intervient à froid.

M. Patel. — Lane ne fait cette opération que pour les cas de constipation prolongée avec gros intestin peu distendu, tandis que dans cette observation il s'agit de troubles mécaniques dus à un vice de position de l'S iliaque ; ce n'est pas le gros intestin qu'il aurait fallu réséquer, mais l'S iliaque ; eh bien ! je crois que lorsque l'intestin est assez souple pour revenir snr lui-même, l'anastomose pure et simple suffit.

Dans un article analysé dans le *Journal de Chirurgie* en juillet 1913 (1), l'anastomose iléo-sigmoïdienne est considérée comme le meilleur traitement de toutes ces courbures, des longueurs anormales de l'S iliaque.

*
* *

## UN CAS DE REIN EN FER A CHEVAL TUBERCULEUX.

M. Thévenot. — Les pièces que j'ai l'honneur de vous présenter répondent à une modalité de la pathologie rénale beau-

(1) Von Beck. *Beitrage zur klinischen Chirurgie,* mai 1913, p. 339. Résultats éloignés des entéro-anastomoses.

coup moins rare qu'on ne le croirait au premier abord : il s'agit d'un rein en fer à cheval pathologique et, pour le cas présent, tuberculeux. Voici, au surplus, le détail de cette observation :

Obs. — C. F..., âgé de 46 ans, demeurant à Lyon, nous est adressé par son médecin, le docteur Vagnon, pour un rétrécissement très serré, qui fut soigné à diverses reprises par des séances d'électrolyse.

Ce malade, qui n'avait rien de particulier dans ses antécédents héréditaires, qui n'était personnellement pas sujet aux bronchites et n'avait jamais présenté d'accidents pulmonaires, commença, il y a quelques mois, à maigrir, à perdre ses forces et à tousser un peu Cette situation s'aggrava très rapidement et, le 26 novembre 1913, F... entra à l'Antiquaille.

A cette date, la lassitude est extrême ; le malade, qui a maigri de 6 kilos en quelques mois, a en outre perdu ses forces. Il est oppressé et a de la cyanose des ongles et des lèvres. A l'auscultation, on constate des râles humides dans le tiers supérieur du poumon, et M. le docteur Bret porte le diagnostic de granulie. La température se maintient à 39°.

Du côté de l'appareil urinaire, on sent deux nodules dans la prostate, et l'on note une double épididymite, dont l'évolution a été absolument insidieuse.

Le canal urétral est rétréci à nouveau ; il n'admet qu'une sonde n° 14. Les urines sont claires

Peu après son entrée à l'hôpital, le malade se met à délirer. Enfin, dans les quelques jours qui précèdent sa mort, F... émet des urines troubles. Le pus qu'elles contenaient ne venait pas de la vessie, mais d'un petit abcès de la protaste ouvert spontanément dans l'urètre.

La mort survint le 7 décembre 1913.

L'autopsie confirma le diagnostic de granulie pulmonaire.

La vessie présentait, dans la profondeur de la muqueuse, de nombreuses granulations miliaires. La prostate contenait une petite caverne ouverte dans l'urètre et de nombreuses granulations bacillaires, mais la lésion qui nous parut de beaucoup la plus intéressante était la lésion rénale.

Le rein était en fer à cheval, à concavité supérieure. Le rein droit et le rein gauche, dont la surface est un peu lobulée, sont de volume normal. Ils sont unis, à leur extrémité inférieure, par un pont haut de 6 cent. 1/2, et qui décrit une courbe dont la concavité embrasse la colonne vertébrale, l'aorte et la veine cave inférieure.

En avant de lui, passent les deux uretères, qui aboutissent à deux méats urétéraux, de siège et d'aspect normal. Chaque rein est abordé par un pédicule vasculaire au-dessous duquel se trouve le bassinet. A

droite, le bassinet est ampullaire, un peu plus gros que normalemen à gauche, il est bifurqué.

La coupe de ce rein montre des lésions tuberculeuses réparties inégalement dans l'un et l'autre rein. Ces lésions consistent en granulations isolées dans les deux tiers inférieurs du parenchyme ; dans le tiers supérieur, il y a, à droite et à gauche, deux amas de granulations qui sont de date trop récente pour avoir constitué un foyer caséeux. Les lésions, comme cela s'observe d'ordinaire dans la granulie, siègent dans la substance médullaire et non dans la substance corticale. La muqueuse des bassinets paraît indemne.

Les altérations pathologiques du rein en fer à cheval ne doivent pas représenter pour nous une simple curiosité clinique, car cette anomalie est si fréquente qu'elle doit prendre rang dans la pathologie rénale. Botez ne dit-il pas, dans un article récent, que, sur 715 reins, il y en a un en fer à cheval, et que, sur 143 reins que l'on opère, il y en a un qui présente cette anomalie. Ce dernier chiffre est véritablement considérable et mérite de retenir notre attention.

Les lésions pathologiques du rein en fer à cheval consistent surtout en hydronéphroses, pyonéphroses et accidents lithiasiques. La tuberculose est plus rare, et nos recherches, ainsi que celles faites par A. Poyard à l'occasion de sa thèse, ne nous ont permis de retrouver que 10 cas analogues publiés jusqu'à ce jour.

Ces diverses observations établissent que la tuberculose se présente, chez ces malades, avec les mêmes formes cliniques que lorsque le rein est normal. La bilatéralité des lésions est exceptionnelle, et les deux reins se comportent comme s'ils étaient séparés.

En raison de ces faits, en raison de ce que les deux orifices urétéraux occupent, à la cystoscopie, leur siège normal, le diagnostic de tuberculose est facile à porter, mais l'existence de l'anomalie passe toujours inaperçue. Un seul signe permet d'en certifier l'existence : c'est la constatation sur la ligne médiane d'une masse transversalement dirigée et dont les deux extrémités plongent en profondeur du côté des reins. L'anomalie doit être soupçonnée toutes les fois que le rein est abaissé et rapproché de la ligne médiane, soit qu'il soit perceptible à la palpation, soit que le siège du bassinet ait été repéré par une radiographie après introduction de sondes opaques ou injection de collargol.

Le traitement est celui de la bacillose rénale ordinaire, c'est la néphrectomie lorsque la lésion est unilatérale. Elle peut être exécutée par la voie lombaire, mais il est mieux d'intervenir par la voie transpéritonéale. La ligature des vaisseaux du hile est plus facile à faire, de même que la section de l'isthme et la suture de la tranche de section.

Les suites opératoires ont été simples et nous n'avons vu notée qu'une fois la persistance d'une fistule urinaire.

*
* *

## GREFFES MUSCULAIRES HÉMOSTATIQUES.

M. Leriche. — J'ai l'honneur de vous présenter un malade intéressant en lui-même, à propos duquel je voudrais envisager devant vous un point de technique générale nouveau.

Observation. — Cet homme, âgé de 65 ans, présentait un cancer thyroïdien plongeant, ayant la forme d'un collier péritrachéo-œsophagien, pour lequel je l'ai opéré le 24 décembre 1913. La tumeur avait débuté il y a six mois environ, avait rapidement grossi et s'accompagnait d'une dysphagie intense. Par contre, il y avait peu de dyspnée. En apparence purement cervicale, la masse semblait mobile, et malgré l'existence de ganglions carotidiens bilatéraux et d'une paralysie récurrentielle droite, je me décidai à l'enlever, quitte à faire une thyroïdectomie totale, ce qui m'est déjà arrivé sans que j'aie eu à le regretter.

Je libérai d'abord le pôle supérieur droit, puis l'isthme, mais quand je passai au pôle inférieur, il me fut impossible de le doubler. Il plongeait dans la profondeur derrière la clavicule. Pour me donner du jeu, j'isolai le bord inférieur de l'isthme que fixait une grosse artère thyroïdienne moyenne. Tirant alors à pleines mains sur le lobe droit, j'arrivai peu à peu à le faire monter. Au bout d'un instant, j'aperçus la thyroïdienne inférieure, anormalement placée qui fut liée dans le thorax et cela permit de gagner encore un peu en hauteur, et je pus voir que l'espace rétrosternal était totalement occupé par la tumeur qui faisait le fer à cheval autour du paquet trachéo-œsophagien.

En glissant le doigt le long de son bord externe, j'arrivai à percevoir son bord inférieur à cheval sur la bronche droite ; en suivant le plan antérieur, je rencontrai un énorme tronc veineux qui devait être le tronc brachio-céphalique tout le long duquel une masse horizontale se profilait, dépassant la ligne médiane. La tumeur dans son ensemble faisait donc un L dont la branche horizontale était parallèle à la bifur-

cation de la trachée. Dans ces conditions, une opération radicale devenait impossible. Le malade était trop âgé pour qu'il fût indiqué de réséquer le sternum ; je sectionnai donc aussi loin que je pus, sur la ligne médiane, cette formation thyroïdienne aberrante, et enlevai ainsi en bloc la grosse tumeur que vous voyez. Elle est faite de deux masses, d'iuégal volume, séparées par un sillon très net. Ce sillon correspond à l'entrée du thorax. A 2 centimètres au-dessous, se voit la thyroïdienne inférieure. La masse supérieure mesure 7 centimètres, et l'inférieure 9 à 10.

Une fois la pièce enlevée, il restait une énorme cavité au fond de laquelle on apercevait à 8 ou 9 centimètres de la clavicule la tranche de section blanchâtre, appllquée contre la bifurcation trachéale. Au lieu de laisser cette tranche néoplasique libre et de drainer l'espace mort restant, j'appliquai contre la surface de section une greffe musculaire libre que je prélevai sur le sterno-mastoïdien, et que je mis comme un capuchon.

Puis, je refermai la plaie sans drainage. Les suites ont été très simples. Ce malade, opératoirement guéri, avale plus facilement et va partir chez lui au seizième jour, sans avoir eu la moindre élévation thermique.

Ce fait est en lui-même intéressant. J'ai eu affaire à une anomalie thyroïdienne d'un degré très prononcé ; mais ce n'est pas sur ce point que je voudrais attirer votre attention. Ce que je veux retenir dans cette observation, c'est l'emploi de *fragments musculaires libres comme moyen de supprimer des espaces morts, de refaire aux organes une sorte de capsule nouvelle, et comme agent d'hémostase.*

La greffe musculaire de remplissage ou de revêtement a pour moi de multiples indications. Elle est bien préférable à la greffe adipeuse, et ses propriétés hémostatiques lui donnent une valeur particulière. Ces propriétés sont très réelles et c'est sur elles que je veux insister aujourd'hui. On sait que tous les tissus vivants ont plus ou moins une action coagulante. Le muscle est celui qui l'a le plus. Ces notions classiques étaient restées pour moi purement théoriques, malgré ce que j'avais pu lire, jusqu'au jour où j'en ai vu faire l'application par H. Cushing. En chirurgie cérébrale, H. Cushing qui, comme Halsted, pousse le souci de l'hémostase jusqu'au scrupule, fait un très grand emploi des propriétés hémostatiques du muscle. Toutes les fois qu'il se trouve en présence d'un suintement veineux ou capillaire dont l'hémostase directe ne

peut être faite, il taille un petit morceau de muscle et l'applique sur ce qui suinte. L'effet est très rapide; cela facilite beaucoup l'intervention. Il l'emploie même pour des hémorragies veineuses un peu fortes. Je lui en ai vu mettre sur une déchirure du sinus longitudinal supérieur, et sur une plaie latérale de la jugulaire interne qui, à mes yeux, aurait nécessité une ligature latérale, sinon une ligature totale.

Depuis lors, j'ai employé une cinquantaine de fois l'hémostase au muscle, et je crois que tous ceux qui me l'ont vu appliquer sont convaincus de son efficacité. Je l'ai employé en chirurgie générale, dans l'abdomen, dans le thorax, mais surtout pour la chirurgie de la moelle et du cerveau. Le greffon musculaire est laissé en place, et fait, au bout de quelque temps, comme une plaque fibreuse sur le vaisseau. Il va de soi qu'on ne doit pas l'employer pour une hémorragie artérielle, la pression chassant le tampon musculaire à chaque coup. Cela m'a rendu un service particulier au cours d'une trépanation cérébelleuse : le volet allait d'un côté jusqu'à une énorme émissaire mastoïdienne qui saignait sans que rien ne réussisse à l'arrêter. J'enfonçai dans le trou un bout de muscle et je pus continuer l'intervention sans incident. C'est évidemment bien supérieur à la cire de Horsley et on l'a toujours à la portée de la main.

Cette méthode ne doit donc pas rester à l'état de notion théorique et entrer dans la pratique courante.

M. Bérard. — Ce mode d'hémostase, qui m'avait été signalé par M. Leriche, m'a été très utile dans deux cas récents où j'avais eu à faire l'ablation de la langue par une technique déjà ancienne, mais que Morestin a réglée dans un article récent du *Journal de Chirurgie* et qui permet, par la voie maxillo-carotidienne unilatérale, d'enlever toute la langue néoplasique et d'avoir un jour très large. C'est une opération qui se fait sans danger, d'autant mieux qu'on découvre rapidement la carotide externe, que l'on lie dès le début des manœuvres profondes ; mais on se débarrasse beaucoup moins facilement des hémorragies veineuses lorsqu'on a fait une section très large ; il m'a suffi d'accoler muscle à muscle pour voir cesser ces hémorragies veineuses et pour éviter ainsi les hémorragies secondaires qui ont été signalées au niveau de la jugulaire interne

A propos du traitement du cancer thyroïdien, je rappelle que j'avais présenté, en 1906, un malade porteur d'un cancer comme celui qu'a opéré M. Leriche, plongeant aussi profondément dans le médiastin.

J'avais pu cliver la tumeur jusqu'au niveau de l'aorte et l'amener au dehors. De tels néoplasmes encore encapsulés sont d'ordinaire extirpables en totalité sans hémostase délicate. Cependant, parfois on trouve un pédicule artériel profond qui correspond à l'artère moyenne thyroïdienne, mais cela est assez rare. Quand le lobe néoplasique est enlevé en masse, on a quelquefois la chance d'obtenir une guérison durable. Le malade auquel je fais allusion est encore venu avant-hier dans mon service pour se montrer; il se trouve à l'hospice d'Albigny. Il y a sept ans qu'il a été opéré et il a un excellent état général; je le compte comme une guérison définitive. C'est un des cas de survie la plus longue que j'ai eus. La tumeur a été identifiée par MM. Paviot et Savy.

*
* *

## CORPS ÉTRANGER DE L'ŒSOPHAGE. ŒSOPHAGOTOMIE. MORT TARDIVE PAR ULCÉRATION DE LA CAROTIDE INTERNE.

M. Molin. — Quelques jours après une extraction facile d'un corps étranger pointu par œsophagotomie cervicale, alors que tout paraissait aller bien, le malade mourut brusquement d'hémorragie foudroyante. A l'autopsie, j'ai trouvé une petite perforation à l'emporte-pièce de la carotide.

M. Bérard. — J'ai eu l'occasion de pratiquer un assez grand nombre d'œsophagotomies, car, quand j'étais à la Charité, en 1902 et 1903, on en faisait même pour des corps étrangers mousses, tels que pièces de monnaie. Ces opérations m'ont presque toujours donné de bons résultats, puisque, dans un article que j'ai publié avec M. Leriche, en 1905, on ne relevait qu'un cas de mort sur douze opérés. Depuis cette époque, j'ai pratiqué encore huit œsophagotomies externes, ce qui fait en tout vingt, pour des corps étrangers qui n'ont pu être retirés par l'œsophagoscopie, ou qui, malgré l'œsophagoscopie et l'extraction directe, avaient provoqué le développement de lésions gangréneuses ou suppurées dans la paroi œsophagienne.

Lorsqu'on fait un drainage en laissant l'œsophage ouvert avec une sonde passant par la plaie cervicale, on court certainement quelques risques d'avoir une ulcération des vaisseaux par infection secondaire. Dans les cas où on n'est pas obligé de drainer largement en foyer gangréneux périœsophagien, il vaut mieux suturer la paroi du conduit alimentaire en laissant seulement à son contact un petit drain de sécurité pour le cas où il se ferait de l'infection ultérieure. Souvent on obtient ainsi une réunion par première intention si l'on a soin d'ali-

menter d'abord le malade par une sonde nasale. Toutes les fois où il n'y a pas d'indication formelle à drainer, la suture de l'œsophage et le drainage minimum sont préférables.

M. Vallas. — Je demanderai à M. Molin s'il ne pense pas que la sonde mise dans l'œsophage ait pu jouer un rôle dans l'ulcération qui s'est produite. Il semble bien que l'ulcération de la carotide ressort d'un mécanisme infectieux ; mais ce n'est pas le fait d'avoir laissé la plaie ouverte qui aurait favorisé cette complication ; au contraire c'est plutôt le contact de la sonde qui a joué ici le rôle que j'ai vu maintes fois jouer à un drain mis au contact d'une artère dans une cavité infectée et profonde.

J'ai vu, comme M. Bérard, un assez grand nombre de cas de corps étrangers dans l'œsophage ; presque toujours j'ai laissé la sonde dans l'œsophage, mais très peu de temps, je la sortais au bout de deux ou trois jours, de façon à éviter un contact prolongé d'un corps étranger avec les voies artérielles.

M. Bérard. — Je crois que l'on a avantage à placer une sonde par le nez et à alimenter par la sonde, de façon qu'il n'y ait aucun contact d'aliments avec la suture des parois œsophagiennes, et qu'on ne laisse pas de drain infecté au contact des vaisseaux. On a fait récemment des expériences sur des chiens en laissant des tubes de caoutchouc au contact de vaisseaux dénudés dans un foyer non infecté ; au bout de plusieurs semaines, on n'a pas eu d'altération par ulcération, tandis que, dans les cas où il s'agissait d'un foyer infectieux, au bout de quelques jours, le contact du drain donnait de l'ulcération des vaisseaux.

## Séance du 15 janvier 1914

Présidence de M. Vallas

---

### FRACTURE BIMALLÉOLAIRE ANCIENNE AVEC FRAGMENT POSTÉRIEUR. INTERVENTION. BON RÉSULTAT FONCTIONNEL.

M. Bertein. — J'ai l'honneur de vous présenter un malade chez lequel je suis intervenu pour une ancienne fracture du coup-de-pied droit.

Le mode opératoire utilisé, et dont les indications ont été récemment fournies par M. Destot, le résultat fonctionnel très satisfaisant que j'ai obtenu, m'ont paru mériter de vous être communiqués.

Observation. — L'histoire de ce militaire est celle classique et malheureuse de nombre de ces traumatismes du pied. La fracture remonte au 18 août 1912, Elle se produisit par abduction. On la réduisit et on crut la réduire entièremont en corrigeant le valgus considérable qui existait. Mais quatre semaines après, à la levée de l'appareil plâtré, le pied droit offrait une attitude vicieuse en équin.

Envoyé dans mon service à l'hôpital Desgenettes, je notai, outre la position en extension, la triade anatomo-clinique que caractérise la subluxation postérieure du pied. Le dos était raccourci, on percevait, saillant en avant, le rebord tibial antérieur, enfin, le tendon d'Achille offrait une concavité exagérée. La radiographie confirmait le déplacement astragalien et, en outre, le montrait sous la dépendance d'une fracture marginale postérieure. On voit nettement sur les clichés un fragment triangulaire abrasé de la marge postérieure tibiale, comme soulevée par la poussée du bloc astragalien et plaqué contre le bulbe tibial, en arrière. Par ailleurs, le péroné est cassé à 6 centimètres au-dessus de sa pointe malléolaire, son fragment inférieur ayant suivi en arrière l'astragale. Du côté interne, on voit encore en partie la malléole en continuité avec le tibia, mais elle a été fendue verticalement et son bord postérieur fait partie intégrante du fragment postérieur.

Dans cette masse déformée du cou-de-pied, on ne peut imprimer

aucun mouvement. Aussi, la marche est-elle difficile, l'appui du pied droit ne se fait, ainsi que le démontrent les empreintes plantaires, que sur les têtes métartasiennes, d'où des tiraillements douloureux. Le malade, volontairement, annihile la fonction de tout le membre inférieur droit en marchant avec des béquilles, le genou fléchi, le pied éloigné du sol.

*Intervention* (19 novembre 1913). — Pratiquée sous anesthésie à l'éther et avec l'aide précieuse de mon maître, M. le Médecin principal Toubert.

Incision rétro-péronière de 0 m. 15 cent. à partir de la pointe malléolaire. Je reconnais l'ancien foyer de fracture, section du cal à la gouge. Malgré la mobilisation en dehors du fragment inférieur, aucun mouvement du pied n'est possible,

Deuxième incision rétro-malléolaire interne de 0 m. 15 cent., me dirigeant vers le plateau tibial, et, sans perdre son contact, je reconnais le fragment postérieur. A l'aide d'une rugine, je le clive assez facilement du bulbe tibial, le refoulant contre les tendons. A ce moment, j'ai l'impression nette que j'ai trouvé la clef de l'opération, mon pied est facilement mobilisable dans tous les sens. Il est véritablement ballant. Je passe alors à la remise en place de l'astragale, qui s'effectue sans grandes difficultés une fois sa loge sous-tibiale désencombrée des productions fibreuses qui s'y sont organisées. Pour aider cette réduction, je recourbe en avant mon incision rétro-malléolaire interne et, avec un instrument faisant levier, je ramène d'arrière en avant l'astragale en place.

Les suites opératoires furent normales. Plâtre et fils furent enlevés au quinzième jour. La mobilisation fut immédiatement commencée. Le 18 décembre, le malade fait ses premiers pas avec l'appui d'une canne tout d'abord. Mécanothérapie.

Aujourd'hui, vous pouvez voir que le pied est à angle droit sur la jambe, l'appui plantaire est normal, Les empreintes, qu'il est intéressant de comparer à celles obtenues avant l'opération, sont identiques à droite et à gauche. Ce pied a, de plus, des mouvements de flexion et d'extension dont une cure à Bourbonne augmentera encore, sans doute, l'amplitude. Le sujet, qui marche sans béquilles ni canne, se déclare très satisfait. La radiographie montre toutefois que la réduction astragalienne ne s'est pas maintenue. La subluxation postérieure s'est reproduite.

Le plan opératoire que j'ai suivi découle logiquement de la connaissance du fragment postérieur tibial. Les ostéotomies malléolaires latérales qu'il est classique de pratiquer dans ces anciennes fractures sont loin d'être suivies toujours facilement de la mobilisation du pied remis en place.

L'astragalectomie a bien souvent été le terme des tentatives opératoires. Elle donne au reste de bons résultats. Mais la notion du 3e fragment permet de compléter heureusement l'intervention habituelle sur les malléoles latérales et la mobilisation, voire l'extirpation (Destot) de cette 3e malléole plaquée contre le tibia et unie à l'astragale qu'elle empêche de se porter en avant, quand bien même les deux autres malléoles auraient été écartées, devra logiquement à l'avenir et en pareil cas être tentée. Ce type nouveau d'intervention n'avait, à ma connaissance, encore été réalisé que deux fois dans un cas de M. Tixier, rapporté par Bosquette (1) et dans un autre de M. Vallas, qui n'a pas été publié.

Dans mon cas, la réduction et les mouvements du pied ne furent possibles très nettement qu'une fois le fragment postérieur mobilisé.

Encore que le résultat anatomique soit imparfait chez le sujet présenté et que mouvements récupérés se passent, non dans l'articulation du cou-de-pied à proprement parler, mais dans une sorte de néarthrose constituée entre le dos astragalien et la surface de section du fragment postérieur : le bon résultat fonctionnel obtenu et grâce à l'application à la chirurgie difficile de ces anciennes fractures de données récentes, en grande partie d'étude lyonnaise, m'a paru digne de vous être communiqué.

M. Durand. — M. Bertein s'est trouvé évidemment en présence d'un cas complexe, puisqu'il avait une ancienne fracture des deux malléoles type Dupuytren avec un grand déplacement et gros fragment postérieur, déplacé et remonté. D'après ce que j'ai pu voir en pareil cas, je crois que, dans ces fractures anciennes, l'opération sanglante donne assez facilement la réduction du valgus et de la rotation du pied en dehors, autrement dit, qu'on rétablit sans trop de peine la pince malléolaire de Destot. Le fragment postérieur, au contraire, dans les fractures anciennes, est presque impossible à ramener en bonne position, il reste en haut et en arrière, de sorte que la correction de la déformation du pilon tibial n'est jamais satisfaisante. Dans les fractures récentes de ce type, il faut toujours faire la radiographie ; afin d'être complètement renseigné sur l'état des lésions et d'en obtenir, au moment

---

(1) Bosquette. Le traitement pratique des fractures malléolaires. *Dauphiné Médical*, 1909, p. 158.

où elle est possible, une correction qui soit bonne et permette d'obtenir un bon résultat.

Actuellement, j'ai justement dans mon service une série de fractures tibio-tarsiennes compliquées de fragments postérieurs ; l'une d'entre elles présentait une déformation analogue à celle du cas de M. Bertein, mais il n'y avait pas de valgus. En faisant une réduction immédiate, j'ai pu corriger à peu près parfaitement le relèvement du fragment postérieur et reconstituer le pilon tibial, de sorte que j'ai une restauration anatomique à peu près complète. J'escompte un très bon résultat fonctionnel.

Dans les fractures anciennes, je le répète, et le cas de M. Bertein étudie parfaitement cette donnée, l'intervention sanglante restaure l'appareil de direction du pied, mais non le pilon tibial. Malgré cela, dans ce cas particulier, le résultat présenté par M. Bertein au point de vue fonctionnel est très satisfaisant et véritablement intéressant.

M. Vallas. — M. Bertein a fait tout à l'heure allusion à des cas du même genre dont un, notamment, a été opéré par moi. Je me suis trouvé, en effet, maintes fois en présence de cas de ce genre et particulièrement un jour, sur un malade que M. Destot avait vu, j'ai pratiqué à peu près la même intervention que lui. Je regrette que ce malade ne soit pas un malade d'hôpital, parce que je l'ai perdu de vue et je n'ai pas pu l'examiner à nouveau, mais ce que je sais, c'est que le résultat fonctionnel a été bon ; d'ailleurs, le seul fait que je n'ai pas revu ce malade semble bien indiquer qu'il s'est déclaré satisfait.

J'ai fait la même intervention que M. Bertein ; j'ai abordé le foyer de la fracture par une incision postérieure, j'ai mobilisé les trois fragments et ramené les parties en leur situation normale.

Je suis de l'avis de M. Durand ; il est certain que, dans les cals vicieux, il y a la déformation anatomique contre laquelle on ne peut pas grand'chose, car lorsque le plateau tibial a été déformé par le traumatisme, qu'on rétablisse plus ou moins exactement l'état anatomique, il y aura toujours un épaississement considérable de la région et un dénivellement de la surface articulaire. Mais le résultat fonctionnel n'est pas toujours fonction du résultat exactement anatomique et il est certain que les cals vicieux sont dus beaucoup plus au changement des différents axes, qu'à des modifications de structure des surfaces anatomiques.

Le gros écueil des fractures de Dupuytren, c'est le valgus, la luxation du pied en arrière, par conséquent, le changement de l'axe du pied par rapport à la jambe : il faut réduire cette déformation ; c'est ce qu'on arrive à faire en faisant une ostéotomie suivant les données fournies par la radiographie qu'on doit toujours faire aujourd'hui dans les cas de ce genre.

Avec l'intervention de M. Bertein, avec celle que j'ai pratiquée, on fait une ostéotomie qui permet de mobiliser les fragments et de les replacer dans leur axe primitif. Mais le résultat est tellement dû à cette modification des axes, que je crois qu'on peut obtenir le même effet avec une ostéoclasie dans laquelle on ne fait pas une restauration anatomique aussi exacte; mais avec laquelle on peut obtenir un bon résultat.

Ce n'est pas que je veuille dire que l'ostéoclasie soit préférable à l'ostéotomie dans ces cas, surtout depuis que nous avons le secours de la radiographie, qui nous permet d'aller à coup sûr ; mais lorsqu'on a affaire — et la chose m'est arrivée — à un malade dont l'état général contre-indique une intervention sanglante, on peut se contenter de l'ostéoclasie. Je me rappelle avoir vu un homme chez lequel il y avait des troubles trophiques tels que la moindre incision paraissait devoir fatalement s'accompagner de troubles graves, d'autant plus qu'il était en même temps albuminurique et diabétique, et je n'ai pas osé faire une intervention sanglante. J'ai fait une ostéoclasie et j'ai obtenu un résultat qui n'était pas très bon au point de vue anatomique, mais suffisant au point de vue fonctionnel.

M. Durand. — Je suis tellement persuadé, d'après ce que j'ai vu, que, comme le disais M. Vallas, il est à peu près impossible d'obtenir une réduction secondaire du fragment postérieur, que j'attends le jour où, sur une fracture récente, je ne pourrai pas obtenir une correction suffisante et un abaissement net de mon fragment postérieur. Ce jour-là, j'interviendrai par une intervention sanglante sur une fracture récente de façon à ramener le fragment postérieur au niveau de son implantation normale et à le visser. Je crois que c'est une indication absolument précise d'intervention sanglante dans les fractures malléolaires, et comme je crois que les interventions sanglantes sur ce type sont rares, il est bon de souligner celle-ci.

Et puisque je parle sur cette question, je crois qu'il est une autre indication d'intervenir : c'est lorsqu'on a un très grand diastasis tibio-péronier qui ne se maintient pas. A la prochaine occasion, je remettrai en place la malléole externe et je la visserai à l'endroit qu'elle doit occuper, parce que j'ai vu des cas où, malgré tous les soins, on n'arrivait pas à la remettre en place.

Je crois devoir donc signaler deux indications d'intervention sanglante sur les fractures bi-malléolaires récentes : la première dans les fragments postérieurs et la seconde dans le diastasis.

*
* *

## RHINOPLASTIE.

M. Albertin. — Ayant eu à examiner un accidenté du travail présentant une section de la narine gauche constituant

une véritable difformité de la face, je l'adressai au docteur Pont, qui lui a fait une rhinoplastie par un procédé spécial qui va faire l'objet de sa communication, dont je n'ai à fournir que le préambule.

M. A. Pont. — Je vous remercie, et tout particulièrement mes anciens maîtres Vallas et Albertin, de me permettre de vous présenter quelques malades pour lesquels j'ai confectionné des appareils de prothèse nasale par la méthode de Henning. Cette méthode. qui est destinée à mon avis à révolutionner la prothèse restauratrice, n'a pas été encore que je sache, employée en France, et un auteur allemand a seulement présenté à la *Société d'odontologie de Paris* il y a environ six mois. C'est donc une question neuve, et je suis très heureux d'offrir la primeur de cette communication à votre Société.

Vous verrez que cette nouvelle méthode n'a rien de comparable avec les anciennes et que ces appareils sont bien supérieurs, à tous les points de vue, à ceux qu'on construisait autrefois, qu'il s'agisse des appareils en vulcanite, en argent, en aluminium et même des appareils en céramique.

Les nez en céramique étaient les plus parfaits de tous, et j'ai eu l'occasion, en m'inspirant particulièrement des travaux de Cl. Martin, d'en faire et d'en placer un certain nombre.

Je vais vous présenter le dernier patient auquel j'ai fait un nez en céramique. Ce malade, porteur d'une lésion intéressant seulement l'aile droite du nez et la cloison, j'avais construit un petit appareil intranasal en or destiné à maintenir la narine droite entrouverte, à relever la pointe du nez et en même temps à supporter la pièce externe de prothèse. Cette dernière était construite en céramique et remplaçait les tissus absents ou affaissés.

Cet appareil de prothèse, que le malade a porté jusqu'au moment où j'ai pu lui faire l'appareil que vous voyez aujourd'hui, lui a donné toute satisfaction, mais présentait les inconvénients des appareils en céramique, que je passerai rapidement en revue.

La céramique nécessite un outillage compliqué, coûteux, et en particulier de grands fours électriques. J'ai présenté è la *Société des sciences médicales de Lyon*, en 1900, un malade auquel j'avais fait un nez en céramique. C'était au moment de mes débuts dans ce genre de prothèse, il est vrai, mais je me souviens encore de toute la peine que j'ai dû prendre, et les fours électriques n'étant pas d'un usage courant à ce moment-là, j'ai dû construire spécialement pour, ce cas, un four à coke.

Pour faire cuire la céramique, il faut d'abord estamper un nez en platine. De là un prix de revient très élevé pour ce genre d'appareil, dont la confection est longue et difficile.

La teinte est très difficile à atteindre, et même les plus habiles n'obtiennent pas la perfection du premier coup ; d'où la nécessité de faire souvent deux ou trois appareils pour le même patient.

Les nez en céramique sont lourds, difficiles à faire tenir et se brisent facilement.

L'appareil étant rigide n'accompagne pas la peau dans ses déplacements ; il reste fixe, et à cause de cela, même s'il est bien réussi comme teinte, ne donne pas un résultat esthétique aussi parfait que les appareils nouveaux que je vais vous présenter.

Par cette nouvelle méthode, l'appareil est construit rapidement, à peu de frais et très facilement. Le malade peut apprendre à construire lui-même son nez ; il suffit de lui donner son moule et la matière de Henning. Ces appareils sont de consistance légèrement molle, ils sont dépressibles sans se déformer, bref ils possèdent tous les caractères des tissus humains, dont ils la qualité et l'aspect vivant.

Leur adaptation et leur adhérence sont parfaites, en enfin, avantage important, ces nez artificiels tiennent, quelle que soit leur forme et leur volume, sans qu'il soit nécessaire d'employer des appareils de contention qui, avec les anciennes méthodes, étaient souvent si encombrants et si mal supportés.

M. Vallas. — Nous ne pouvons que remercier M. Pont de sa très intéressante communication et du beau résultat qu'il nous a présenté.

C'est là un grand pas fait dans la question de la rhinoplastie et qui réalise un avantage énorme sur les méthodes auxquelles on était obligé jusqu'à présent d'avoir recours. Jusqu'ici, la rhinoplastie n'avait pu rétablir la forme du nez, et c'est cependant une difformité très pénible, surtout lorsqu'elle est complète, et surtout lorsqu'elle est occasionnée par l'absence de la zone médiane.

Je n'ai pas à rappeler les artifices que la médecine opératoire a employés : le pivotement, la méthode indienne, tentatives de greffe osseuse ou ostéo-périostiques surs supports métalliques, tout cela ne se faisait qu'à grand'peine, nécessitant des débridements, des cicatrices au milieu du visage, tellement que presque toujours, les malades ont été amenés par le découragement à avoir recours à la prothèse simple, c'est-à-dire au nez de céramique. Il semble bien que la nouvelle méthode qu'il vient de nous exposer constitue un grand progrès en faveur de la prothèse simple.

*
* *

## FISTULE ENTÉRO-VAGINALE. EXCLUSION UNILATÉRALE DE L'INTESTIN GRÊLE. GUÉRISON.

M. Durand. — J'ai l'honneur de vous communiquer un cas

d'exclusion unilatérale de l'intestin grêle, que j'ai faite pour tarir une fistule entéro-vaginale consécutive à une hystérectomie.

Observation. — Il s'agissait d'une femme assez jeune qui avait été opérée dans le courant de l'année dernière dans une ville voisine ; elle avait subi une hystérectomie à la suite d'une rupture utérine. Tout s'était bien passé et rien ne faisait prévoir, lorsqu'elle sortit de l'hôpital, une complication quelconque. Rentrée chez elle, vers la fin de la quatrième semaine, elle commença à voir sortir du vagin des liquides qui semblaient être d'origine alimentaire. Bientôt le diagnostic se précisa et elle constata l'issue, par la vulve, non seulement de liquides, mais de débris alimentaires solides.

Espérant que les choses s'arrangeraient toutes seules, et peut-être aussi ayant peu de tendances à recourir à une nouvelle laparotomie, elle négligea cela pendant quelque temps, malgré le grand inconvénient qui en résultait pour elle, et ce n'est que ces jours derniers qu'elle est entrée dans mon service.

C'était une femme amaigrie, dans un état de dénutrition assez frappant ; en la voyant, on aurait pu penser qu'elle était atteinte de néoplasie. Le médecin qui l'avait opérée voulut bien m'écrire pour me mettre au courant des faits, mais il ne s'expliquait pas pourquoi une fistule s'était produite. Dans tous les cas, voici comment elle se présentait : lorsque la malade mangeait, elle n'éprouvait rien de particulier, mais une heure et demie au maximum après l'ingestion des aliments, elle commençait à se sentir souillée, et je pus voir que les aliments qui sortaient par l'orifice vaginal étaient très peu altérés ; c'est ainsi, par exemple, — ce qui m'avait frappé une première fois, — qu'en mettant le doigt dans le vagin, j'en retirai deux ou trois cosses de haricot à peu près entières, à peine altérées par les ferments digestifs. Comme la sécrétion était relativement acide, elle altérait la région vulvo-périnéale. Je pensais que la fistule siégeait sur le grêle et relativement haut, mais il n'était pas possible, d'après les renseignements que je possédais, de donner une localisation ferme à cette fistule. Par le toucher vaginal, on sentait que la malade avait subi une hystérectomie totale, on voyait à l'extrémité du vagin un orifice assez grand admettant l'index et qui était l'orifice par lequel l'intestin grêle communiquait avec le vagin.

Devant l'état de cette malade et en présence du grand inconvénient qui en résultait pour elle, il fallait intervenir. Comme je pensais que la fistule siégeait assez haut sur l'intestin, je m'étais demandé quelle conduite je tiendrais après la laparotomie ; il me semblait que l'intervention la plus simple était non pas de faire une opération idéale qui consistait à cliver l'intestin au niveau de la fistule et de fermer celle-ci

par une technique appropriée, mais d'exclure la fistule en laissant adhérente au vagin une courte partie de l'anse malade. Cette manière de faire me paraissait être une intervention très facile, très simple, et partant, peu grave ; elle me semblait, d'autre part, n'avoir que peu d'inconvénient puisqu'il n'y avait plus d'utérus.

Je trouvai une lésion plus simple que celle à laquelle je m'attendais. Au point de vue de la situation de la fistule, voici où en étaient les choses : l'anse perforée était très près de la valvule de Bauhin, à 10 ou 15 centimètres, pas davantage, c'est dire qu'entre la fistule et le cæcum il n'y avait qu'une anse grêle peu mobilisable, avec un méso assez court. Au contraire, l'anse susjacente était une anse très mobile avec un grand méso, sur laquelle on pouvait, par conséquent, faire facilement ce qu'on voulait.

Il n'y avait absolument qu'une anse intestinale intéressée, les autres étaient saines et mobiles : une fois la malade basculée il n'y avait dans le fond du Douglas, vide de son utérus, absolument que cette anse.

Nous discutâmes avec M. Tavernier, qui voulut bien me prêter son concours, sur la conduite à tenir et nous convînmes de faire simplement une exclusion unilatérale qui devait être radicale si on voulait bien compter sur la suffisance de la valvule de Bauhin.

Voici donc ce que nous fîmes : section facile de l'intestin sur l'anse très mobile qui arrivait vers la fistule, et fermeture des deux bouts, puis nous prîmes l'anse ainsi mobilisable, grâce à son long méso, et nous la rapprochâmes du cæcum, ce qui fut très simple. Anastomose latéra-latérale du bout supérieur du grêle avec la partie inférieure du côlon ascendant, l'intervention fut extrêmement simple.

La malade supporta facilement l'intervention, actuellement elle est guérie et va quitter le service : plus rien ne passe par le vagin.

Nous nous sommes trouvés évidemment en présence d'un cas un peu exceptionnel, et j'oserai dire trop facile, puisque nous étions à la fin de l'intestin grêle et qu'une exclusion unilatérale ne laissait entre la fistule vaginale et le cæcum qu'une anse intestinale insignifiante. Je crois que nous avons bien fait de faire simplement cette exclusion unilatérale et voici pourquoi : d'abord, que cette intervention est d'une idéale simplicité et ne présente aucune gravité, d'un autre côté, si nous avions réalisé le projet que nous avions tout d'abord, c'est-à-dire faire une exclusion bilatérale qui aurait permis de réunir bout à bout la dernière anse de l'iléon à l'anse susjacente, nous aurions laissé une portion de l'intestin qui, après l'intervention, se serait trouvée en exclusion bilatérale fistuleuse ; mais si, malheureusement, la fistule intravaginale s'était fermée, nous

aurions pu nous trouver ultérieurement dans les conditions très défavorables d'une exclusion bilatérale fermée et nous aurions pu avoir les ennuis que donne cette exclusion complètement abandonnée aujourd'hui à cause de ses dangers.

Le seul point discutable de notre intervention était la crainte que la valvule de Bauhin n'étant pas suffisante, la malade conservât un certain un certain reflux de matières qui aurait pu sortir ultérieurement par le vagin. Cette circonstance ne s'est pas produite et la malade va pouvoir quitter le service complètement débarrassée de cet inconvénient qu'elle avait, et conservant un vagin qui communique avec un petit bout d'intestin, mais qui n'en remplira pas moins la seule fonction à laquelle il est destiné.

Cette intervention est un peu moins satisfaisante que celle qui aurait consisté à cliver l'anse, mais il m'a paru qu'il y avait une si grande différence de gravité entre ces deux interventions, que l'on pouvait vraiment tenter le coup et se borner à l'intervention la plus simple.

M. Goullioud. — Je désirerais ajouter quelques mots sur le danger signalé par M. Durand dans les exclusions bilatérales susceptibles de devenir fermées. Je me rappelle avoir fait cette exclusion dans un cas, chez une malade qui avait été opérée loin de Lyon et qui avait un anus contre nature. Elle était arrivée avec cet anus contre nature et une inflammation considérable de tous les tissus voisins. Je crus bien faire, pour être sûr, de faire l'intervention en deux temps : d'abord exclusion de la fistule et ensuite ablation de ce qui restait d'intestin avec cure radicale de la hernie.

Je fis donc une exclusion bilatérale de cette anse fistulisée, pensant bien, plus tard, réintervenir. C'était donc une exclusion bilatérale, mais temporaire. Quand je repris cette malade, quelques mois après, la fistule s'était fermée ; mais l'anse exclue était distendue par du liquide, très exposée à se rompre dans l'intestin et à amener une péritonite grave, de sorte que le danger que M. Durand a évité par l'exclusion unilatérale existait très réellement.

M. Molin. — Je demanderai à M. Goullioud s'il s'agissait, dans son cas, d'une hernie crurale ou d'une hernie inguinale, car je considère les indications comme différentes dans les deux cas.

M. Goullioud. — Il s'agissait d'une hernie crurale, l'anse qui avait été fixée à la peau était une anse élevée, de sorte que le terrain était mauvais pour pouvoir faire une cure radicale dans une hernie crurale :

en opérant en deux temps, je suis arrivé au but. J'ai été très satisfait de cette intervention, et si j'en ai parlé aujourd'hui, c'est simplement pour signaler le danger que ma malade a couru, mais pendant quelques jours seulement.

*
* *

MONUMENT JABOULAY.

La Société vote une souscription de 100 francs pour le monument Jaboulay.

## Séance du 22 janvier 1914

Présidence de M. Vallas

---

### TUMEUR DE LA VESSIE. RÉSECTION TRANSPÉRITONÉALE

M. Tavernier. — Je vous présente cette malade, à qui j'ai enlevé une tumeur de la vessie, pour insister sur les avantages de la voie transpéritonéale que j'ai employée.

Observation. — Il s'agit d'une femme de 60 ans, sans antécédent pathologique intéressant, entrée à l'Hôtel-Dieu le 9 octobre 1913 dans le service de M. Durand, que je remplaçais à ce moment. Elle avait depuis deux mois des hématuries continuelles, à chaque miction l'urine était teintée, tantôt plus, tantôt moins, de sang uniformément mélangé à l'urine ; deux ou trois fois, cependant, l'hématurie avait été terminale, et depuis quelques jours ces phénomènes s'accompagnaient de pollakiurie et de douleur à la fin de la miction. La malade avait un peu maigri.

Au toucher bimanuel, la main abdominale arrivait à faire descendre d'en haut et d'à gauche jusqu'au contact du doigt dans le cul-de-sac antérieur une tumeur mobile et un peu dure du volume d'une petite mandarine. Les reins n'étaient pas sentis à la palpation.

Pensant à une tumeur du dôme vésical, je lui fis, le 10 octobre, une laparotomie sous-ombilicale qui me permit de saisir entre les doigts toute la vessie, mais il me fut beaucoup moins facile que je n'aurais cru de préciser alors le siège et l'étendue de la lésion, car les plans vésicaux glissent les uns sur les autres et empêchent de se rendre compte du point d'implantation de la tumeur, qui paraît libre dans la vessie. J'incisai donc la vessie sur la ligne médiane, ce qui me permit de voir que la tumeur occupait toute la partie gauche et le dôme de la vessie, mais qu'elle restait à une certaine distance des méats urétéraux. C'est alors que j'appréciai les avantages de la voie transpéritonéale qui me permit de réséquer très largement les deux tiers de la vessie sous le contrôle de la vue, de dehors en dedans, et après avoir repéré l'uretère en dehors de la vessie.

Vous pouvez vous rendre compte sur la pièce qu'il s'agit d'une tu-

meur infiltrée, avec des noyaux multiples à distance de la tumeur principale, d'aspect très malin, vous pouvez voir que la section passe partout très loin des limites de la tumeur ; à la partie inférieure, elle a passé au ras de l'uretère que j'avais pu repérer dans l'épaisseur de la paroi, l'ayant isolé en dehors de la vessie.

Je suturai au catgut ce qui restait de la vessie et que la rétraction réduisait à peu de chose. J'eus un peu plus de peine à refermer le péritoine auquel manquait presque toute la surface du dôme de la vessie, je dus utiliser l'utérus pour parfaire la fermeture et mettre le péritoine à l'abri de l'urine qui allait probablement filtrer à travers la suture vésicale. Suture de la paroi en laissant un drain au contact de la vessie. Sonde à demeure.

*Les suites opératoires* furent très bonnes ; il y eut une fistulette suspubienne qui se ferma après vingt jours de sonde à demeure.

A ce moment, la contenance vésicale était très faible, et la malade devait uriner au moins toutes les heures. La radiographie ci-jointe prise après distension à la solution de collargol, montre un petit moignon de vessie complètement dévié à droite, et auquel manque toute la partie gauche et le dôme. Cette vessie a dû se distendre depuis car, aujourd'hui, trois mois après l'opération, la malade n'en est plus gênée le jour, elle ne se lève plus que deux fois par nuit en moyenne. Elle a engraissé, elle n'a plus eu d'hématurie et le toucher ne révèle aucune trace de récidive.

Il ne s'agit évidemment que d'un résultat peu éloigné, mais il est néanmoins encourageant dans cette tumeur d'allure si maligne, et dont le microscope a confirmé la nature : tumeur composée d'amas de cellules épithéliales nombreuses, pénétrant assez loin dans la profondeur, mais n'envahissant pas un fragment prélevé sur une partie d'apparence saine au voisinage du point d'implantation de la tumeur (Dr Bouchut).

Le point intéressant de cette observation est la facilité et la sûreté que donne à l'opération la voie intra-péritonéale. Au lieu d'agir à l'aveugle au fond d'une vessie qui saigne, sans se rendre compte exactement de la profondeur où l'on est et de la situation exacte de l'uretère, comme dans les extirpations de tumeurs vésicales faites de dedans en dehors ; on travaille au contraire au grand jour, et une fois l'uretère découvert, on fait sans aucune difficulté et sans hémorragie une résection aussi étendue qu'on veut de toute l'épaisseur de la vessie et du tissu graisseux qui l'entoure. Il est étonnant de voir que cette technique préconisée depuis longtemps par les chirurgiens américains, Mayo et Watson en particulier, n'est même pas signalée dans les classiques français ; la technique prescrite dans le

traité récent de Legueu est encore pleine de recommandations pour éviter l'ouverture du péritoine et la péritonite, dit-il, qui peut en résulter. Nous savons assez maintenant protéger la séreuse par des compresses au cours de l'opération, et par la péritonisation à la fin, pour que cette crainte soit sans motif, et ne mérite pas, je crois, de nous arrêter en face des avantages de la méthode.

M. Goullioud. — Bien que je n'aie pas eu à opérer des tumeurs de la vessie, ayant auprès de moi de trop bons spécialistes, j'ai été intéressé par la communication de M. Tavernier.

S'il est très rare que l'on opère les tumeurs de la vessie par la voie transpéritonéale, cela tient en partie à la crainte de la péritonite, en partie à ce que les spécialistes, ici comme en toutes les régions, opèrent de préférence dans leur champ d'action habituel. M. Tavernier a opéré en chirurgien de chirurgie générale, et la voie transpéritonéale lui a permis une résection plus large en étendue et surtout en profondeur que la voie endo-vésicale. Je crois d'ailleurs avoir entendu M. Rafin parler de la voie péritonéale dans des cas spéciaux.

Je comprends tres bien les craintes de péritonite manifestées par les auteurs, soit en ouvrant délibérément le péritoine, soit et plus encore en le blessant au cours d'une opération endovésicale. Je comprends d'autant plus ces craintes que dans les cas que j'ai vus de tumeur de la vessie, ce réservoir était rempli d'un liquide infect et que les cathétérismes multiples des tentatives de traitement par les injections modificatrices avaient dû y introduire des microbes variés. Aussi je demanderai à M. Tavernier s'il a eu la chance d'avoir une vessie vierge d'explorations, ou si les urines devaient être considérées comme déjà septiques

Enfin, j'ai cru comprendre que M. Tavernier avait drainé le péritoine : je suis très peu favorable à ce drainage.

M. Tavernier. — Ce n'est pas le péritoine que j'ai drainé, je l'ai fermé complètement, et j'ai mis un drain dans l'espace prévésical, de crainte que l'espace prévésical ne tienne pas ; il y a eu en effet un écoulement d'urine par le drain, mais il n'y a pas eu d'inoculation du péritoine. Quant à la question de l'infection de la vessie, elle ne se posait pas dans ce cas particulier : c'était une vessie vierge, la malade n'avait eu ses accidents que depuis deux mois, elle n'avait jamais subi aucune opération, aucun cathétérisme, elle avait donc une vessie aseptique.

Dans le cas où la vessie aurait été infectée, on aurait pu avoir des craintes ; bien que, en vidant au préalable la vessie à l'aspirateur, je crois bien ces craintes superflues. On opère en effet presque au dehors

du péritoine et en se protégeant suffisamment avec des compresses, je crois qu'il est possible d'opérer par voie transpéritonéale des vessies, même infectées ; elles ne le sont jamais plus qu'un cancer du col utérin.

Quant à la question du fait que les spécialistes ne prennent pas cette voie, je crois bien aussi que c'est parce qu'ils n'en ont pas l'habitude, mais il est bon de leur en montrer les avantages au point de vue du jour qu'elle donne ; on voit ce qu'on fait au lieu d'opérer en aveugle au fond de la vessie. Je crois vraiment que cela est beaucoup mieux, beaucoup plus facile, beaucoup plus large et pas plus dangereux.

M. Bérard. — Je ne crois pas que la voie intra-péritonéale ait été exclusivement mal accueillie jusqu'ici par tous les chirurgiens français, dans le traitement des tumeurs de la vessie. Sans doute elle a été rejetée par eux dans les tumeurs voisines du plancher vésical et de l'embouchure des uretères, où l'ouverture d'emblée de la vessie s'impose, afin de se rendre compte si la largeur de la base d'implantation du néoplasme ou la multiplicité des tumeurs ne s'oppose pas à une intervention radicale autre que la cystectomie totale. Pour nombre de grosses tumeurs du dôme également, on a cru essentiel d'ouvrir d'abord la vessie, ce qui est le seul moyen d'apprécier l'étendue du sacrifice à faire. Restent les tumeurs limitées ou pédiculées de la portion intra-péritonéale pour lesquelles Tuffier, dès 1898, je crois, avait pratiqué et recommandé la voie abdominale, ainsi que j'avais pu m'en rendre compte à propos d'une tumeur du dôme vésical opérée par moi en 1899. A quelle époque les chirurgiens américains ont-ils fait connaître la technique à laquelle fait allusion M. Tavernier ?

M Tavernier. — Les travaux de Mayo (1) et de Primrose (2), auxquels j'ai fait allusion, datent, je crois, de 1908 et 1909. Je n'ai d'ailleurs pas cherché à faire l'historique de l'utilisation de la voie transpéritonéale dans les tumeurs de la vessie, j'ai dit simplement qu'elle était inusitée en France, et au contraire préconisée par ces chirurgiens américains. Ce qu'il y a de particulier dans cette technique, c'est le fait d'entrer, d'emblée et de parti pris, dans le péritoine, par une longue incision sous-ombilicale, ce qui permet d'agir de dehors en dedans sur une vessie isolée en avant et en arrière, que l'on manie à son gré avec des pinces à tractiou, que l'on taille sous le contrôle de la vue, sans hémorragie gênante, et surtout sans la crainte de blesser à l'improviste un uretère mal repéré dans sa traversée vésicale, puisqu'il est

(1) Mayo. *Annals of Surgery*, 1908, p. 105.
(2) Primrose. *Annals of Surgery*, 1909, p. 1137.

## BIBLIOGRAPHIE

**Le mal de tête,** ses différentes formes, nature, diagnostic et traitement, par le Dr Siegmund Auerbach. Un vol in-8°. Vigot frères, éditeurs, Paris. — 3 fr. 50.

**La narcose.** Théorie et pratique, par le Dr Th. Hammes. Un vol. in-8° écu, cartonné toile, de 280 pages, avec 22 fig. dans le texte. O. Doin, éditeur. — 5 francs.

**Pathologie gastro-intestinale,** 4e série : *Les grandes médications*, par les Drs Alb. Mathieu et J.-C. Roux. Un vol. in-8° de 432 pages. O. Doin, édit. — 8 fr.

**Formulaire des nouveaux remèdes,** par le Dr G. Bardet. 22e édition. 1913. Un vol. in-18 jésus, cartonné toile, de 380 pages. O. Doin, édit., Paris. — 4 fr.

**L'hystérie,** définition et conception, pathogénie, traitement, par le Dr H. Bernheim, de Nancy. Un vol. in-18 grand jésus, cartonné toile, de 450 pages. O. Doin, édit. — 5 francs.

**Précis de médecine légale,** par L. Thoinot. Deux vol. collection Testut, formant 1660 pages, avec 56 planches, contenant 101 figures hors texte. O. Doin et fils, éditeurs. — 20 fr.

**Varices du membre inférieur** (pathogénie et traitement), par P. Delbet et P. Mocquot. Un vol. grand in-8° avec 20 planches hors-texte en noir et couleurs et 61 figures dans le texte. Félix Alcan, éditeur. — 18 francs.

**Quelques consultations médicales,** par R. Oppenheim, médecin de la Maison départementale de Nanterre. Un vol. in-16 carré, de 258 pages, reliure souple pleine toile. A. Rouzaud, édit., rue des Ecoles, 41, Paris. — 3 fr.

**Précis de Pathologie chirurgicale,** par MM. Bégouin, Bourgeois, Pierre Duval, Gosset, Jeanbrau, Lecène, Lenormant, R. Proust, Tixier. Quatre volumes in-8°, avec très nombreuses figures dans le texte, cartonnés toile souple. Masson et Cie, édit. — 40 francs.

**Technique microscopique,** d'après Bohm et Oppel, par E. de Rouville. Un vol. in-8° écu. Vigot frères, édit. — 8 fr.

**Précis de physique médicale,** par J. Cluzet, professeur de physique médicale à la Faculté de médecine de Lyon. Collection Testut. 1 vol. in-18 grand jésus, cartonné toile, de 680 pages, avec 393 figures dans le texte et 10 planches, dont une en couleurs, hors texte. Doin et fils, éditeurs. — 8 francs.

très simple, dès que l'on voit qu'on approche de leur région, d'isoler les uretères en dehors de la vessie, à leur point d'arrivée entre la vessie et le cul-de-sac vaginal. Les avantages de ce repérage préalable de l'uretère me semblent rendre la méthode encore plus intéressante dans les tumeurs à implantation basse au voisinage des méats, que dans les tumeurs du dôme pour lesquelles l'a utilisée M. Bérard. Je puis dire en tout cas que chez ma malade cette voie m'a permis d'extirper d'un bloc, avec une large collerette de vessie saine, une tumeur infiltrée facilement, proprement et sûrement, tandis que toutes les extirpations transvésicales que j'ai vu faire pour des tumeurs analogues m'ont toujours paru difficiles, faites à l'aveugle, au fond d'un puits saignant, mal réglées et incomplètes, extirpant par morcellement des lambeaux ne ressemblant en rien à la pièce intacte que je vous apporte.

* *

## DEUX CAS D'OPÉRATION DE FREUND POUR EMPHYSÈME PAR THORAX DILATÉ RIGIDE.

M. Leriche. — J'ai l'honneur de vous présenter deux vieux emphysémateux que j'ai opérés par la chondrectomie de Freund.

L'un est opéré depuis le 1er mars 1913. C'est un homme de 48 ans, vieux tousseur, à antécédents personnels et collatéraux tuberculeux nets, ayant des bronchites à répétition depuis sa jeunesse, et soigné pendant des années dans le service du professeur Lépine, pour une dyspnée croissante. En novembre 1912, il est entré à la clinique du professeur Roque, très essoufflé et cyanosé. Malgré les traitements employés, son état ne s'améliora nullement. Tous les quinze jours environ il faisait des poussées congestives avec température, dyspnée paroxystique ; il en vint à rester confiné au lit avec une sensation d'angoisse continuelle et la crainte des mouvements les plus usuels. C'est ainsi que, pour lui, descendre de son lit et y monter était devenu une affaire d'état. C'est dans ces conditions que M. Cordier me le montra, en me donnant tous les résultats d'un examen très complet, duquel il résultait que le thorax immobile, en position de dilatation maxima, se comportait comme une cage rigide, sans utilité respiratoire apparente.

Le 1er mars 1913, je réséquai les 2e, 3e et 4e cartilages costaux gauches sans incident. La libération de ces deux premiers cartilages n'amena aucune modification de l'immobilité thoracique ; mais sitôt le 4e enlevé, le thorax se mobilisa et se mit à se mouvoir rythmiquement. La plaie fut refermée à trois plans, sans drainage.

Vous pouvez voir le résultat au bout de 11 mois. C'est une véritable transformation. Le malade circule, monte des escaliers sans dyspnée. Il n'est plus cyanosé et a passé jusqu'ici l'hiver sans bronchites.

En regardant la zone opératoire, on voit nettement qu'il existe une pseudarthrose thoracique : la paroi, à ce niveau, a toute sa mobilité. A chaque inspiration, la peau se déprime et parait s'enfoncer dans le thorax. Bref, le résultat anatomique et fonctionnel parait acquis, et il est excellent.

Le second malade est un homme de 68 ans, hospitalisé dans le service du professeur J. Courmont presque constamment dans ces dernières années, à cause d'une dyspnée progressive. Les lésions de bronchite n'étant pas très considérables et son thorax étant fixé en dilatation maxima, M. Savy me le montra, et le 18 décembre, je réséquai du côté gauche les 4e, 3e et 2e cartilages costaux. Après la résection du 2e, le thorax céda et se mobilisa ; j'arrêtai l'intervention en fermant la plaie à trois plans sans drainage.

Le résultat a été excellent. Au bout de trois jours, il put se lever. La convalescence a été rapide et le malade se trouve très amélioré. Cependant quand on examine la zone opératoire, on ne voit pas comme chez le précédent malade, une mobilité thoracique normale : apparemment il n'y a rien de changé. En réalité, si on fait des mensurations, on constate une modification sensible de la cage thoracique.

Il m'a paru intéressant de vous montrer ces deux malades qui, tous deux, peuvent servir à établir l'excellence de l'opération de Freund, qu'on ne connaît pas assez, et qui devrait être pratiquée plns souvent.

M. Vallas. — Je prierai M. Leriche de bien vouloir nous donner quelques détails sur l'historique de cette intervention extrêmement intéressante.

M. Leriche. — Il y a, dans l'opération de Freund, quelque chose de tout à fait rare et de très intéressant au point de vue philosophique ; c'est qu'entre sa conception et sa réalisation, une vie tout entière s'est écoulée : des études sur l'emphysème encadrent l'existence de Freund : ses recherches anatomiques sur le thorax dilaté, rigide, ont été entreprises alors qu'il était jeune médecin à Breslau ; il les a nubliées en 1859, en formulant déjà la conclusion pratique à laquelle il était conduit, c'est-à-dire à la nécessité de la chondrectomie dans ces cas. Puis il est devenu le célèbre gynécologue de Strassbourg, sans plus s'occuper de ses idées premières. En 1901, alors qu'il était à la retraite, il a repris cette question qui sommeillait depuis cinquante ans et, en 1906, il a trouvé un chirurgien de Berlin, Hildebrand, qui voulut bien essayer le traitement de l'emphysème par la résection de trois ou quatre

côtes. Les premières interventions ont donné des résultats satisfaisants, si bien que la méthode a paru prendre corps. Au *Congrès international de chirurgie de 1911*, Garré, dans son rapport, disait en connaître une soixantaine de cas. Quand on songe au nombre des emphysémateux et à l'inefficacité du traitement médical pour eux, on est étonné qu'il n'y en ait pas davantage !

La question a été cependant très étudiée : de tout côtés, on a cherché à voir si l'emphysème essentiel était bien secondaire à la dégénérescence des cartilages costaux. A Paris, notamment, ont paru d'excellentes thèses sur ce point ; celle d'Ameuille, préparateur du professeur Marie, qui date de 1908, est un travail important consacré à l'anatomie pathologique de l'emphysème, concluant nettement en faveur de la conception de Freund : il y a, dit-il, entre les lésions pulmonaires et celles des cartilages costaux, un rapport constant qui mériterait le nom de loi de Freund. D'après lui, il y a une prolifération très active des éléments cellulaires produisant une augmentation du volume des cartilages et leur détorsion, ce qui les amène et les fixe on attitude inspiratoire forcée. Dans cette position, le poumon, sollciité de suivre le thorax, se colle contre les côtes et demeure, par suite, en état de distension permanente et progressive.

En 1911, un prosecteur de Paris, Roux-Berger, reprenant la question à son tour, conclut dans le même sens, et apporte à l'appui d'une statistique chirurgicale comptant cinq observations dues à Lejars et à Tuffier. Depuis lors, Delbet, Hirtz, Chauffard ont également cité des faits personnels. Les cas néanmoins restent peu nombreux. Cependant, dans la dernière séance de la *Société de chirurgie de Paris*, P. Delbet, à propos d'une présentation de Lenormant, a annoncé l'étude sous presse d'un de ses élèves apportant de nouveaux faits. Celui-ci arrivait d'ailleurs, au point de vue théorique, à des conclusions contraires à celles de Freund. Peu importe l'idée théorique au fond, ce qu'il faut retenir, c'est qu'à juger d'après les observations publiées, et j'en connais 86, plus du tiers des emphysémateux opérés ont retiré grand avantage de l'opération de Freund. Parmi eux, il y a des résultats datant de deux et trois ans, avec bénéfice réel et durable. En somme, que l'idée pathogénique soit vraie ou fausse, il est certain que par la résection de quelques cartilages, on améliore les emphysèmes essentiels, et c'est là la chose capitale.

Au point de vue technique, voici quelques détails :

On a, au début surtout, fréquemment réséqué plusieurs côtes (de 2 à 7) de chaque côté et d'emblée. Je crois cela exagéré, il vaut mieux essayer d'un seul côté et attendre. Si le résultat obtenu est appréciable, on se bornera là. S'il laisse à désirer, on recommencera l'opération du côté opposé et dans un temps ultérieur.

Combien de côtes, et quelles côtes faut-il réséquer ? Lorsqu'on

commence à réséquer un premier cartilage costal, rien ne bouge ; on en résèque un deuxième, rien ne se mobilise encore ; on coupe un troisième, un quatrième, et soudain, brusquement, le thorax revient sur lui-même. Il y a donc un cartilage-clé. On pourrait croire *a priori* que ce cartilage-clé est le deuxième, puisque c'est lui qui correspond à l'angle de Louis. En réalité, la côte principale n'est pas toujours la même. Chez l'un de mes malades, celui qui est opéré depuis le 25 mai 1913, c'était la quatrième qui tenait. Chez le deuxième malade que je vous ai présenté aujourd'hui, c'était le deuxième cartilage qui retenait le thorax. Chez un troisième, j'ai réséqué les 5e, 4e et 3e sans que rien ne bouge, et lorsque à une séance ultérieure j'ai excisé le second, l'ankylose thoracique a enfin été rompue. Une fois ce résultat obtenu, il faut s'arrêter, et après hémostase minutieuse, fermer la plaie sans tamponner ni drainer. On a fait quelquefois des interpositions musculaires pour être plus sûr de maintenir la pseudarthrose. Je crois cela inutile : si la résection est suffisamment étendue (je résèque de 3 à 5 centimètres de cartilage) la mobilisation parait devoir persister.

Je fais cette résection au bistouri, mais en laissant le périchondre postérieur, quitte à l'enlever partiellement s'il parait trop rigide.

Souvent, en opérant, on entend un sifflement d'air qui fait craindre que la plèvre ne soit perforée et si l'on cherche, on ne trouve pas de perforation. J'y ai été pris dans le premier cas que je vous ai cité. Il s'agit, en réalité, d'aspiration d'air dans la zone pleuro-péricardique, il ne faut donc pas s'en effrayer, d'ailleurs le bruit n'est pas tout à fait le même que celui de l'aspiration intrapleurale.

Dans les suites opératoires on a d'habitude quelques nouveaux soucis : après l'intervention, on a l'impression d'avoir produit un vrai déséquilibre thoracique ; les malades ont de l'angoisse, une dyspnée considérable, différente d'ailleurs de celle des blessés ayant une fracture de côte ; elle est moins douloureuse, moins aiguë, elle parait plus profonde ; elle est due probablement au déséquilibre thoracique produit et s'accompagne d'une expectoration extraordinairement abondante ; les malades remplissent chaque jour quatre ou cinq crachoirs de gros crachats purulents.

Vers le huitième ou le neuvième jour on voit une amélioration apparaître, et c'est à partir de ce moment qu'on peut autoriser les malades à se lever et qu'on peut juger du résultat obtenu.

Le résultat se maintient-il ? C'est probable, mais non certain. Cependant il semble plutôt que oui. Au reste, ne se maintiendrait-il pas exactement, il me semble qu'il ne faudrait pas pour cela condamner la méthode de Freund parce que les cas opérés jusqu'ici n'ont, pour la plupart, été que de mauvais cas et là, comme dans le reste de la chirurgie, il ne faut pas opérer trop tard si l'on veut obtenir le maximum.

M. Goulliod. — A quelle anesthésie M. Leriche s'est-il adressée, car chez ces malades emphysémateux, on peut craindre les complications pulmonaires ; a-t-il fait de l'anesthésie générale ?

M. Leriche. — J'ai voulu essayer de l'anesthésie locale parce que j'avais affaire à des malades très asphyxiques, et je me suis servi de novocaïne, mais cela n'a pas été suffisant : dès que j'ai touché au cartilage, tous mes malades ont accusé de telles douleurs que je les ai fait endormir au chloroforme. L'anesthésie a d'ailleurs toujours été très bien supportée. Je crois qu'il est plus simple de recourir d'emblée à l'anesthésie générale, d'autant plus qu'il y a un grand inconvénient à ce que les malades ne soient pas parfaitement endormis, car s'ils font des efforts, s'ils bougent, ils gonflent leurs poumons et l'on a la crainte perpétuelle de crever la plèvre, qui est très amincie chez eux. Et à mon avis, il faut avoir la hantise du danger pleural si l'on veut que l'intervention soit innocente.

M. Bérard. — L'innocuité de l'opération de Freund et son utilité sembleraient bien démontrées par la plupart des cas qui en ont été publiés jusqu'ici, et en particulier par les malades que nous présente aujourd'hui M. Leriche.

Cependant dans une des dernières séances de la Société de Chirurgie de Paris, on a rapporté deux cas de mort presque subite après cette intervention, alors qu'elle semblait avoir été correctement conduite, et en dehors de tout incident d'anesthésie. Quelle est la cause de tels accidents ? Et quelles contre-indications apportent-ils à l'opération ?

M. Leriche. — Dans la dernière séance de la Société de Chirurgie, le Prof. Delbet a en effet cité deux exemples de mort rapide après la chondrectomie. Nous n'avons aucun détail à leur sujet, il est donc difficile d'en parler, et je m'en abstiendrai.

Ce ne sont du reste pas les seuls, mais la possibilité de tels faits n'a rien de très surprenant. Ces malades sont toujours fragiles et l'on ne sait pas exactement le retentissement circulatoire de l'opération que l'on pratique. Enfin et surtout, toute opération nouvelle a toujours, dans ses débuts, une certaine mortalité.

Cela ne doit pas arrêter l'essor d'une méthode qui, par ailleurs, a fait ses preuves et j'estime que, dans le cas particulier des emphysémateux, il ne faut pas tenir compte, dans l'établissements des indications opératoires, des morts bizarres que l'on a citées. Dans quatre ou cinq ans, quand les faits seront assez nombreux, on pourra utilement discuter et tracer les limites exactes de l'intervention, mais pas avant. Et pour éviter les désastres, ce qu'il faut surtout, c'est s'efforcer d'éviter les traumatismes inutiles : il faut opérer avec une minutie et un soin extrêmes, parce que l'on ne sait pas exactement les réactions de son

malade et qu'il faut mettre toutes les chances de son côté. A première vue, on peut s'imaginer qu'on va réséquer des cartilages costaux, pour un Freund, comme on le fait d'une côte en présence d'un empyème ; opérer ainsi pour la galerie expose à des désastres. Il faut aller soigneusement, méticuleusement et surtout faire une hémostase *exagérée*, ne fermer la plaie que quand elle est vraiment à sec. Après la résection, il reste en effet une cavité à parois dépressibles, où se fait un suintement en nappe assez abondant. Si l'hémostase n'est pas très bien faite, il peut se produire une collection sous-pleurale qui, chez des malades fragiles comme ceux-ci, peut être très dangereuse et peut exposer à des réflexes mortels. J'ai déjà insisté sur le soin qu'il faut apporter dans la résection cartilagineuse pour ne pas perforer la plèvre. Cela aussi demande quelques précautions. Et c'est en agissant ainsi que j'ai fait quatre fois l'opération de Freund sans un incident opératoire. J'ai opéré très lentement : pour réséquer trois ou quatre côtes, j'ai mis une heure, du commencement à la fin. Cela parait absolument ridicule, mais je n'ai pas eu à le regretter, aucun de mes malades n'en a souffert. J'opère de la même façon pour faire la cardiolyse de Brauer, que j'ai pratiquée quatre fois et qui est comparable à l'opération de Freund. Je considère que cela est nécessaire si l'on veut être sûr de son résultat. C'est par de la minutie que l'on rend innocente une opération qui pourrait être dangereuse chez des malades peu résistants, auxquels il ne faut faire courir que le minimum de risques.

M. Vallas. — J'espère que cette intéressante communication de M. Leriche en provoquera d'autres ; c'est là un sujet nouveau et qui mérite d'être étudié. Il s'agit d'une question de mécanique qui ouvre un champ nouveau à la chirurgie : nous sommes loin des théories qui rattachaient l'emphysème plutôt à la tuberculose qu'à d'autres lésions.

Ce déséquilibre du thorax qui se produit à la suite de la section des cartilages costaux se produit toujours et d'une façon plus violente encore lorsqu'on résèque la première pièce du sternum.

En entendant la description que nous a faite M. Leriche, il me semblait voir un malade auquel j'avais enlevé la première pièce du sternum. A la suite de cette intervention, il se produisit une dyspnée extrêmement intense, qui dura pendant plusieurs jours et qui était horriblement pénible pour le malade ; j'arrivai à la calmer en faisant coucher le malade sur le dos avec un coussin au milieu du dos, de façon à entr'ouvrir la cage thoracique et à empêcher l'affaissement qui s'était produit à la suite de la suppression de la clé de voûte sternale.

C'est précisément le résultat qu'on recherche aujourd'hui, puisqu'on veut que les côtes se mobilisent et aillent presser sur le poumon distendu de façon à lui permettre d'expulser son contenu aérien, grâce à son élasticité, qui retrouve une partie de son action. Ce sont donc

bien les conditions de la mécanique respiratoire qu'on modifie par cette intervention. Reste peut-être à trouver un procédé plus simple pour arriver à ce résultat. Cette intervention, en effet, quoique n'étant pas très grave, nécessite cependant les soins les plus minutieux au point de vue de la plèvre. Si l'on pouvait reporter sur le sternum le champ opératoire, on se trouverait dans des conditions plus favorables, mais peut-être aussi le résultat qu'on recherche ne serait-il pas obtenu aussi bien que par la section des cartilages costaux. C'est une question à étudier.

M. Leriche. — La section médiane du sternum a été proposée par Braun, sa résection par Wullstein, mais tout cela est resté théorique, l'opération paraissant plus traumatisante, plus hémorragique que la chondrectomie.

---

## Séance du 29 janvier 1914

Présidence de M. Vallas

---

### PYÉLO-NÉPHRITE D'ORIGINE GONOCOCCIQUE. ACCIDENTS GRAVES DE RÉTENTION. LAVAGES DU BASSINET. GUÉRISON.

M. Gayet. — Le malade que je vous présente était dans un état tout à fait alarmant lorsqu'il me fut adressé par mon ami le professeur Paul Courmont, de son service de l'hôpital de la Croix-Rousse. Amaigri, fébricitant, le facies cachectique, la cuisse droite contracturée en demi-flexion, souffrant au moindre mouvement, il donnait l'impression d'un coxalgique à la période des abcès. Quelques lavages de son uretère et de son bassinet en ont fait l'homme bien portant que vous voyez ici ; cette cure, obtenue à si peu de frais et alors que la néphrectomie d'urgence m'avait paru tout d'abord le seul moyen de salut, m'a beaucoup frappé et m'a semblé digne de vous être racontée en détail.

Observation. — G... Jean-Joseph, âgé de 30 ans, est entré à l'hôpital de la Croix-Rousse le 19 novembre, dans le service du professeur P. Courmont, pour des douleurs rénales gauches, accompagnées d'hématurie et de pyurie. On soupçonna une tuberculose rénale et on m'adressa le malade dans mon service de Saint-Pothin, où il entra le 3 décembre 1913.

L'idée d'une affection bacillaire venait en effet de suite à l'esprit en présence de ce garçon chétif, très maigre et très pâle, pissant du pus et du sang. Ses antécédents héréditaires étaient quelconques. Mais il avait été réformé pour faiblesse de constitution, et se plaignait de bronchites répétées.

Depuis environ un mois et demi ses urines étaient troubles et rougeâtres ; il y a un mois (avant son entrée) il avait été pris d'une subite et violente douleur au côté gauche, qui s'atténua un peu par le repos, mais reprit dès le lendemain et dès lors s'établit définitivement en

s'accentuant de plus en plus. Dès le début, les urines avaient été colorées par du sang avec de petits filaments de pus. En même temps il y avait de la pollakiurie diurne et surtout nocturne.

A l'examen, ce qui frappe, c'est l'attitude du malade. Incapable de marcher il a l'attitude classique de l'inflammation du psoas : flexion de la cuisse gauche sur le bassin en abduction et en rotation externe. Quand on essaye de modifier cette attitude on provoque un redoublement de contracture et de la douleur. La palpation bi-manuelle de la région rénale gauche rencontre aussi une violente contracture des muscles postérieurs et antérieurs, et on ne peut rien percevoir dans la profondeur. Mais on provoque de la douleur, et cela depuis la fosse lombaire jusqu'à l'anneau inguinal en suivant le trajet de l'uretère.

La tête de l'épididyme gauche est indurée, le cordon douloureux au palper. Au toucher rectal, vésicule séminale gauche « injectée au suif » et bosselée, rien à la prostate.

La température est élevée, 39°,5 le soir, 38°,5 le matin. Sueurs nocturnes abondantes.

Cœur : tachycardie, deuxième bruit un peu dédoublé.

Poumons : légère submatité aux sommets, surtout à droite.

*4 décembre.* — Cystoscopie. Capacité 200 gr. L'uretère droit est légèrement entre-ouvert. La zone périurétérale est saine. L'uretère gauche est au milieu d'une zone vasculaire, mais sans ulcérations. On fait le cathétérisme des deux uretères. Du côté gauche, la sonde poussée jusqu'au bassinet laisse écouler en gouttes pressées une certaine quantité d'urines troubles, on a la sensation d'évacuer une rétention pyélique ; à la fin, il vient du pus presque pur. La quantité ainsi évacuée en quelques instants est de 40 cc. Le pus est envoyé au laboratoire pour examen ; les épreuves ordinaires (polyurie expérimentale, glycosurie phlorhidzique), sont pratiquées pour les deux reins. En voici les résultats :

| | REIN DROIT | | REIN GAUCHE | |
|---|---|---|---|---|
| | Avant polyurie expérimentale | Après polyurie | Avant polyurie | Après polyurie |
| | — | — | — | — |
| Volume..... | 25 | 200 | 55 | 80 |
| Urée °/₀₀ ..... | 18,3 | 7,05 | 3,84 | 2,10 |
| NaCl °/₀₀ ..... | 7,4 | 3,8 | 2,56 | 2,22 |
| $P^2O^5$ °/₀₀ ..... | — | 0,65 | — | 0,24 |
| Sucre ..... | — | 12,50 | — | 3,10 |
| Albumine ..... | présence | | présence | |
| Sang..... | présence | | traces | |

*Au microscope.* — Urines droites, normales ; urines gauches, nombreux polynucléaires, *gonocoques* en abondance.

*Conclusion : Rétention rénale gauche, pyélite à gonocoques, valeur du rein très diminuée.*

Après la récolte des urines, lavage au protargol du bassinet gauche. L'état général, la température, la contracture musculaire nous avaient fait poser l'indication d'une intervention sur le rein gauche, néphrotomie qui serait peut-être transformée en néphrectomie si les lésions du rein paraissaient trop graves.

Mais le lendemain, jour fixé pour l'opération, un mieux s'était produit la douleur et la contracture étaient moins accentuées, la température avait baissé de quelques dixièmes. Au lieu d'opérer, je me décidai à faire un nouveau lavage du bassinet et à en profiter pour obtenir une pyélographie. Une injection de collargol au dixième est faite : cette fois nous n'évacuons que 20 cc. d'urines beaucoup moins troubles, et la solution injectée n'atteint pas même ce chiffre. La pyélographie obtenue que je vous présente démontre que le bassinet est à peine dilaté.

L'effet de ce lavage au collargol fut merveilleux. Dès le lendemain la température tombait, les urines devenaient claires, la contracture disparaissait presque entièrement.

Un nouveau lavage, toujours au collargol, fut pratiqué cinq jours après, le 11 décembre, et à partir de ce moment le malade entra franchement en convalescence. Les urines ne contenaient ni pus ni albumine, aucun culot de centrifugation.

J'ai attendu, pour vous présenter le malade, d'avoir le résultat des inoculations. Elles ont été absolument négatives au point de vue de la tuberculose.

Enfin le résultat se complète par l'amélioration considérable de la valeur fonctionnelle du rein qui vient de subir cet assaut. Alors que cette valeur était tombée au sixième de celle de son congénère à la première récolte, elle s'est relevé au point d'en atteindre la moitié. C'est ce que nous a prouvé l'analyse de l'urine du rein gauche, faite le 28 janvier :

| | |
|---|---|
| Volume en une demi-heure..... | 35 cc. |
| Urée °/oo ..... | 9,47 |
| NaCl °/oo..... | 9,40 |

Et il est vraisemblable que cette amélioration continuera encore et ceci nous amène à nous féliciter d'avoir conservé ce rein.

En somme, un malade atteint de pyélite à gonocoques avec rétention, présentant des symptômes inquiétants et pouvant faire penser à une intervention d'urgence, a été complètement guéri par trois lavages de son bassinet avec disparition absolue du pus et des microbes et récupération d'une grande partie de la valeur fonctionnelle du rein atteint.

Ce résultat thérapeutique m'a paru valoir de vous être si-

gnalé comme affirmant la haute valeur curative des lavages du bassinet en pareil cas et l'indication de toujours y recourir avant de prendre le bistouri, en face d'une rétention rénale gonococcique s'accompagnant de fièvre et d'accidents généraux.

*
* *

FRACTURE BI-MALLÉOLAIRE AVEC FRAGMENT POSTÉRIEUR.

M. Desgouttes. — J'ai l'honneur pe vous présenter des radiographies faites avant et après la réduction d'une fracture bi-malléolaire avec un troisième fragment La réduction a été absolument parfaite. Je vous amènerai plus tard le malade. Pensez-vous que le résultat sera bon ? On ne peut pas avoir de réduction meilleure que celle-là. Si le résultat est mauvais, je me demande si on ne devrait pas opérer systématiquement des cas semblables.

M. Durand. — A la suite de la communication de M. Bertein, il m'a paru intéressant, comme à M. Desgouttes, de revenir sur la question du fragment postérieur compliquant les fractures bi-malléolaires avec grand déplacement du pied. J'ai dans ma collection radiographique un assez grand nombre de cas de fragment postérieur. Dans mon service actuellement même, j'ai trois malades porteurs de semblables fragments. Deux d'entre eux sont de petit volume et n'ont pas déterminé de déplacement notable. Le troisième, par contre, m'a paru pouvoir vous intéresser Il s'agit d'une femme qui s'est fracturé la cheville il y a un mois environ. Les radiographies que je vous fais passer montrent, face et profil, une fracture « Dupuytren bas » avec gros fragment postérieur et grande luxation du pied par chute du talon. Vous pouvez voir que le bord antérieur du tibia se trouve reporté bien en avant, à l'aplomb du scaphoïde. J'endormis cette malade et réduisis la déformation, mettant le pied en flexion forcée, et serrant fortement les malléoles. Je me me promettais de faire une opération sanglante si ma réduction était insuffisante. La radiographie faite sous plâtre me montra, comme vous pouvez le voir, que la correction était très satisfaisante, et que le fragment postérieur notamment, avait été ramené en bas à sa place normale : je n'ai donc plus qu'à mobiliser cette jointure.

Cette présentation a d'autres buts que de contribuer, par un cas heureux, à l'étude des fragments postérieurs. Elle se propose de montrer que la réduction peut être obtenue dans les fractures récentes, alors

qu'elle est presque impossible, même par opération sanglante, dans les fractures anciennes.

Il est intéressant toutefois de savoir ce que deviennent ces malades atteints de grand déplacement avec gros fragment postérieur lorsqu'on a la chance de les réduire complètement, comme M. Desgouttes et moi-même l'avons fait.

Je dois à l'obligeance de M. Gallois de pouvoir vous présenter une pièce qui va répondre complètement à cette question.

Cette pièce doit être décrite prochainement par M, Japiot. Elle montre la perfection de la réduction que l'on peut obtenir. Le malade a été réduit par M. Vallas et le résultat obtenu a été excellent pendant un an ; il a très bien marché. Il vint ensuite mourir de tuberculose dans un service de médecine.

Vous pouvez voir combien la réduction est parfaite : le fragment postérieur, qui était considérable, ne se reconnait presque pas à la surface de l'os ; on voit cependant très bien sa limite en regardant la surface articulaire du tibia, car il y existe une sorte de petite marche d'escalier, qui ne compromettait en rien la fonction du pied.

Ce cas tout à fait démonstratif répond bien à la question posée.

M. Bérard. — J'ai eu l'occasion de suivre à longue échéance plusieurs malades atteints de fracture du péroné, avec fragment marginal postérieur et traités par la méthode non sanglante Dans l'un de ces cas, il s'agissait d'une femme assez obèse de 60 ans, qui, il y a quatre ans, s'était fait une fracture en descendant de tramway par le mécanisme habituel ; elle s'effondra, se luxant le pied en arrière. Je réduisis la fracture immédiatement, sans difficulté, et l'immobilisai en gouttière plâtrée. Cette malade a repris une vie active et marche aussi bien que possible.

J'ai un autre blessé que je pourrais faire descendre de mon service, auquel j'ai appliqué un appareil de marche pour fracture de la jambe, avec fragment marginal postérieur. Ici, la réduction des fragments s'est faite automatiquement, après trois quarts d'heure de tractions continues à 15 kilos et, au bout de quelques jours, le malade a commencé à marcher avec son appareil.

J'ai également en traitement un autre malade qui serait intéressant à vous montrer et qui est tout à fait à rapprocher du malade de M. Bertein. Il présentait une fracture du péroné et de la malléole tibiale avec fragment postérieur du tibia consolidé vicieusement, avec une forte subluxation du pied en avant. Les reproductions périostiques autour du fragment postérieur non réduit, avaient formé une colonne osseuse épaisse. Il était donc inutile de songer à faire une réduction par ostéotomie simple du péroné, avec manœuvres non sanglantes sur le tibia. J'ai été obligé de pratiquer une arthrotomie tibio-tarsienne

par le procédé de Nélaton ; j'ai fait bâiller largement l'articulation en luxant le pied en dedans et j'ai pu sculpter la colonne osseuse qui remontait jusqu'au tiers de la hauteur de la jambe.

Cette intervention, longue et laborieuse, m'avait donné quelque appréhension, à cause de l'hémorragie osseuse abondante qu'elle avait provoquée, et de la section des tendons péroniers : les suites en ont été aussi simples que possible. Le pied a pu être ramené dans une position satisfaisante ; nous sommes au vingt-cinquième jour, le malade n'a pas encore été pansé, et lorsque nous aurons un résultat définitif, je vous le présenterai. Je crois que c'est un des premiers cas où l'on se soit attaqué, par cette voie, au fragment postérieur pour le réséquer, dans les circonstances où il est tellement volumineux qu'il est inutile de chercher à obtenir le retour du pied en avant, en pratiquant simplement l'ostéotomie du péroné.

M. Vallas. — Il ne faut pas trop s'étonner du résultat obtenu dans la réduction de ces fractures : on ne s'inquiète du fragment postérieur que depuis qu'on fait de la radiographie, mais il est bien certain que jadis, le fragment postérieur existait déjà ; or, on réduisait simplement ces fractures, et dans la majorité des cas, on obtenait de bons résultats. Le fragment postérieur a donc été très souvent réduit sans qu'on le sache.

La pièce de M. Durand démontre donc anatomiquement que, dans ces fractures, on peut obtenir un bon résultat sans intervention sanglante.

L'indication de l'intervention sanglante n'en reste pas moins réelle dans certains cas.

M. Bérard. — Au moment où j'avais eu à faire un rapport (en 1911) sur le traitement sanglant des fractures récentes, j'avais demandé à beaucoup de chirurgiens de me fournir des statistiques sur ce point ; j'avais surtout traité longuement cette question avec M. Destot : pour lui, la plupart des fractures à fragments postérieurs pouvaient et devaient être réduites immédiatement ; et, de fait, les indications d'intervention sanglante précoce sont exceptionnelles, d'après ce que j'ai pu voir. Il n'en est pas de même pour les fractures à fragment antérieur, qui cèdent beaucoup moins facilement aux tentatives ordinaires de réduction, et qui doivent être opérés beaucoup plus souvent d'emblée.

*
* *

## EXCLUSION DU PYLORE AU FIL.

M. Desgouttes. — J'ai eu l'occasion de faire une exclusion du pylore pour une perforation duodénale ; je désirais rapporter cette observation qui me parait intéressante.

J'ai opéré, il y a deux mois, un malade qui avait des signes très nets de perforation duodénale ; j'ai trouvé un abcès de la région pylorique et une péritonite diffuse, mais je n'ai pu agir sur la perforation du duodénum, car il était impossible de voir quelque chose, j'ai été obligé de me borner à mettre une mèche à son niveau ; puis j'ai voulu faire l'exclusion ; pour cela, j'ai employé la méthode de la ficelle, que MM. Leriche et Bérard ont étudiée, c'est-à-dire que, à l'aide d'une grosse soie pliée en quatre, j'ai serré très modérément et j'ai fait une entéro-anastomose au bouton de Jaboulay. Le malade a été très bien au début, mais vingt-deux ou vingt-trois jours après l'intervention, il prit des accidents de péritonite, de la température, et alors, je trouvai dans la région supérieure un abcès volumineux et le malade, malgré un drainage nouveau, mourut. A l'autopsie, j'ai pu constater que, le fil mis sur le pylore avait très bien tenu en avant : l'épiploon s'était collé sur le fil ; mais, en arrière, il avait passé dans la lumière gastrique et l'estomac était ouvert largement dans l'arrière-cavité de l'épiploon.

Je rapporte cette observation parce que je crois que cette méthode, qui peut servir dans certains cas, peut être dangereuse, et je ne sais pas s'il ne vaudrait pas mieux s'en abstenir et se contenter de mettre une mèche sur le duodénum dans le cas d'ulcère perforé.

M. Bérard. — Je crois que cette méthode de l'exclusion du pylore par ligature a une contre-indication, c'est lorsqu'on intervient sur des tuniques enflammées, ou dans un péritoine infecté.

Nous sommes ici, M. Leriche et moi, d'un avis différent, sur la valeur des divers procédés d'exclusion duodénale, car il est opposé à la méthode de Parlavecchio, alors que, pour mon compte, j'en suis partisan, au moins dans les indications à froid. J'ai eu l'occasion d'appliquer le fil suivant la méthode de Parlavecchio six fois depuis moins d'un an, dans des interventions pour des ulcères cicatriciels ou avec des hémorragies ; jusqu'à présent, je n'ai pas noté d'incidents. Je me sers d'une grosse soie tressée que je serre juste assez pour juxtaposer les deux muqueuses et pour réaliser un barrage mécanique qui s'oppose au passage des matières, sans risquer de sectionner les tuniques de l'estomac.

J'ai fait repasser trois de ces malades aux rayons X à des périodes différentes pour chercher ce que devenait le fil et si le barrage tenait. Chez tous les trois, au bout de plusieurs semaines, on a noté une descente directe de la bouillie bismuthée dans le jéjunum par l'anastomose sans passage nouveau dans le duodénum.

On a prétendu que toujours le fil passait dans l'estomac lorsqu'il s'agit d'un fil de soie. Je crois que, en ayant soin de ne pas trop serrer et en appliquant une soie assez grosse et sur des tuniques saines on a des conditions aussi favorables que possible de réaliser une exclusion durable.

C'est aussi l'opinion de M. Lambotte qui, depuis quinze ans, m'a dit avoir terminé toutes ses gastro-entéro-anastomoses à froid par une exclusion du pylore au moyen d'une simple ficelle d'épicier et n'en avoir jamais eu aucun ennui.

A propos de perforations et d'ulcère du duodénum, j'ai fait présenter tout récemment à la Société de médecine une perforation guérie ; il s'agissait d'un malade chez lequel le diagnostic avait été posé deux heures après un syndrome aigu. La contracture de la paroi était surtout marquée dans le flanc droit ; aussi je fis d'abord une incision dans cette région. L'appendice ayant été trouvé peu altéré au milieu de liquides péritonéaux muco-purulents ; après l'avoir rapidement réséqué, je me portai vers le pylore où apparut une perforation des dimensions d'une tête d'épingle en verre sur la première portion du duodénum. Les tuniques étaient relativement saines autour de cette perforation, ce qui me permit de réaliser un double enfouissement séro-séreux de ses bords. Je terminai par une gastro-entéro-anastomose au bouton ; mais je n'osai pas compléter la dérivation du contenu de l'estomac par une exclusion du pylore à la ficelle, précisément à cause de la péritonite déjà existante et de l'inflammation des tuniques. Le malade a guéri sans incidents nouveaux.

M. Leriche. — Ayant été un des protagonistes de l'exclusion du pylore et du duodénum dans le traitement de l'ulcère en activité (1), j'ai fait l'une et l'autre opération un certain nombre de fois et je crois qu'il n'y a qu'une bonne manière de les faire : c'est de couper l'estomac ou le pylore en travers et de coudre chaque tranche séparément, car c'est seulement ainsi que l'on peut être sûr du résultat éloigné ; je ne crois pas à l'efficacité durable du procédé de Parlavecchio, qui consiste à mettre un fil de soie et à serrer peu. Si j'ai cette opinion, c'est que, théoriquement, ce procédé ne vaut rien et que, pratiquement, ayant voulu en faire l'expérience pour ne pas en parler *a priori*, j'ai eu l'occasion trois fois de vérifier son inefficacité à longue échéance.

---

(1) R. Leriche et Bressot. L'exclusion du pylore et l'exclusion du duodénum. *Lyon Chirurgical*, octobre 1911.

R. Leriche. Comment faut-il réaliser l'exclusion du pylore et du duodénum *Lyon Chirurgical*, juillet 1913.

Molimard. Thèse de Lyon, juin 1912, n° 111, *même sujet*.

Dans mon premier cas il s'agissait d'un ulcère du duodénum ; j'ai mis un fil sur le pylore et fait une gastro-entéro-anastomose. Aussitôt la guérison opératoire obtenue, j'ai radioscopé l'estomac ; le fil excluait bien, mais au bout d'un mois le malade reprit des douleurs ; je le radioscopai de nouveau et je vis que tout le bismuth passait par le pylore, que l'anastomose était inutilisée, bref que le fil n'avait servi à rien. J'ai réopéré mon malade ; il n'y avait plus trace de fil au niveau du pylore. La bouche était en bonne place. J'ai donc fait une exclusion typique en sectionnant le pylore et en fermant aux deux bouts, et l'estomac depuis lors fonctionne très bien. On ne peut rêver cas plus démonstratif de l'insuffisance du procédé de Parlavecchio, et ce fait vaut toutes les expériences : il tranche la question.

Il m'est cependant arrivé encore d'employer l'exclusion au fil ; elle me paraît indiquée dans les ulcères de la face postérieure de l'estomac, qui remontent jusqu'au voisinage de la région cardiaque ; ces cas sont heureusement rares, car on ne peut, quand on les rencontre, ni enlever la lésion ni l'exclure, parce que l'ulcère remonte tellement haut que la tranche de section serait si près du cardia qu'on ne pourrait pas la coudre dans des conditions de sécurité suffisante. Il faut alors joindre l'exclusion temporaire du fil à la gastro-entéro-anastomose. Dans deux cas de ce genre, j'ai donc fait une biloculation avec un fil un peu au-dessous du cardia et une gastro-entéro-anastomose sur la poche supérieure. Les deux malades ont guéri avec un résultat fonctionnel satisfaisant ; mais radioscopiquement l'ulcère n'est pas demeuré exclu.

J'ai eu en effet l'occasion de radioscoper un de mes malades quatre mois après l'intervention. L'examen, après ingestion bismuthée, montre une première poche sous-diaphragmatique, terminée par une ligne nette. Après quelques minutes apparaît une seconde poche sous-ombilicale. Le liquide passe lentement de l'une à l'autre, dessinant de temps à autre un filet intermittent. On voit d'autre part un trajet sinueux partant de la poche supérieure et descendant vers la ligne médiane pour aboutir à une petite poche sous-jacente au bas-fond gastrique, dont elle est nettement indépendante : c'est l'anse anastomosée. La poche supérieure se contracte avec énergie, mais se vide très lentement. La poche inférieure ne présente aucune contraction et ne paraît pas se vider. Au bout de quatre heures, la poche supérieure n'est plus visible ; la poche inférieure garde les mêmes dimensions qu'au précédent examen. Il n'est donc pas douteux que l'exclusion n'a pas été obtenue.

Dans le *Lyon Chirurgical* de juillet 1913, j'ai rapporté un fait de même ordre Un mois et demi après l'application d'un lacet médio-gastrique, la route pylorique était redevenu libre.

C'est pour cela que je ne conserve au procédé de Parlavecchio que des indications de nécessité ; je ne l'emploie que lorsque je ne peux pas faire autrement.

Je sais bien que cet avis n'est pas celui de tout le monde : Bier, comme Lambotte, comme M. Bérard, défendent le procédé du fil ; mais beaucoup de ceux qui l'ont essayé l'ont abandonné. [Ch. Mayo, de Rochester, qui a été un des vulgarisateurs de l'exclusion dans les ulcères qui faisait autrefois la plicature du pylore, et qui a depuis employé l'exclusion au fil, m'a dit l'avoir abandonnée parce que le résultat n'était pas durable. Quand je l'ai vu, il faisait l'exclusion avec de l'épiploon. Toutes ces méthodes ne sont à vrai dire que les étapes d'une lente évolution vers l'exclusion typique. On objecte à celle-ci sa gravité. Cela est exagéré : l'exclusion du gros intestin est bien plus compliquée et l'on ne parle pas de sa gravité. En tout cas, cet argument n'a aucune valeur réelle : le fil étant infidèle doit être rejeté.

M. Desgouttes. — Dans mon cas, j'ai bien mis la ficelle en tissu sain ; il y avait du pus dans le voisinage, mais assez loin du point où j'ai lié. Je crois que la présence d'exsudats péritonéaux change les conditions et c'est dommage, car c'est dans les cas d'urgence analogues à celui-là que ce procédé rapide pourrait rendre des services.

M. Goullioud. — Très partisan de l'exclusion du pylore, j'ai toujours recours à la section et à la suture à trois plans. N'ayant jamais eu d'inconvénient à ce procédé, je continuerai à l'appliquer.

Mais chez les malades à sténose incomplète, qui ont très grand estomac, je me suis demandé s'il ne vaudrait pas mieux faire une réseetion partielle de l'estomac plutôt qu'une simple exclusion.

Après la pylorectomie large, l'anastomose fonctionne toujours bien ; au contraire, dans les estomacs distendus, la bouche anastomotique n'est pas aussi facilement mise en bonne place et fonctionne inégalement. C'est pourquoi il m'est arrivé deux fois, en pareil cas, de faire l'*exclusion avec exérèse*, c'est-à-dire de faire une assez large résection gastrique au lieu d'une simple exclusion.

M. Bérard. — Sauf pour son premier cas, les faits invoqués par M. Leriche ne sont pas des arguments probants contre l'exclusion du pylore à la ficelle puisqu'il dut se borner à une approximation toute relative des parois de l'estomac cicatricielles et sans souplesse, à une grande distance du pylore lui-même.

Il doit y avoir en cette matière des points de technique qui n'ont pas été réglés de même par tous les chirurgiens et qui nécessiteraient encore des expériences de contrôle pour fixer la nature du lien à employer et son degré de constriction. Même une ligature temporaire, d'ailleurs, doit pouvoir suffire dans nombre de cas pour permettre la cicatrisation de l'ulcère pendant que le contenu gastrique est dévié.

M. Tavernier. — L'observation de M. Desgouttes me paraît extrêmement défavorable à la méthode de Parlavecchio. Nous avons, je crois,

presque tous abandonné cette méthode dans les cas opérés à froid, où l'avantage de sa rapidité ne compense pas l'inconvénient de son infidélité; mais pour ma part, j'étais bien résolu à l'employer dans les cas comme celui de M. Desgouttes, où le malade ne supporterait pas sans inconvénient une prolongation opératoire d'un quart d'heure au moins, nécessaire pour une exclusion à la suture. Si dans ces cas de péritonite débutante on risque des complications tardives de perforation, voilà évanouie cette dernière indication, et je ne vois plus guère dans quel cas j'utiliserais le procédé du fil, sauf peut-être chez des malades sans perforation, mais trop affaiblis pour supporter une opération un peu longue.

J'ai justement opéré, il y a trois jours, une perforation d'ulcère duodénal, j'ai trouvé un vieil ulcère calleux, très difficile à fermer, adhérent dans la profondeur, où les fils coupaient comme dans du cancer, j'ai eu grand'peine à boucher la perforation et à l'enfouir tant bien que mal en suturant le petit épiploon au-devant d'elle, à la racine du grand épiploon. J'aurais eu grande envie d'exclure cette perforation mal fermée, mais j'estimais l'exclusion à la suture trop longue, et connaissant l'accident arrivé à M. Desgouttes, je n'osais pas utiliser le procédé de la ficelle; je terminai par une simple gastro-entéro-anastomose. Mon malade semble d'ailleurs guérir très bien et sans fistule, mais peut-être que l'expérience acquise par M. Desgouttes l'a sauvé des risques d'une perforation tardive.

M. Durand. — Quand j'ai eu l'occasion de faire l'exclusion du duodénum, je me suis gardé d'employer le procédé de Parlavecchio parce qu'il me paraît très peu séduisant. Je sais en effet depuis longtemps, d'après une vieille expérience de physiologie expérimentale qui remonte peut-être à la période pré-aseptique, que quand on lie l'intestin avec un fil, on constate, au bout d'un certain temps, que ce fil a passé à l'intérieur du conduit. J'ai toujours pensé que la même chose doit se produire sur l'estomac. Dans un cas aigu, je me serais peut-être laissé tenter par la simplicité de la technique; je ne l'emploierai jamais, je vois qu'elle a perdu ses attraits et qu'elle expose même à des accidents. Je n'en suis nullement surpris.

M. Leriche. — Expérimentalement, la question est tranchée : Parlavecchio et son élève Randisi, d'une part, ont opéré des chiens et prétendent que l'on obtient des rétrécissements fibreux durables. Cela paraît difficile à admettre, car nous ne sommes pas libre de produire à volonté des épaississements fibreux dans les organes. D'autre part, de nombreux auteurs : Oliva et Paganelli, von Tappeiner ont repris l'expérimentation sur une plus grande échelle, et de leurs recherches il résulte que, toujours, le fil, quelle que soit sa nature, passe dans la lumière gastrique.

Les recherches de Tappeiner sont extrêmement complètes ; il a essayé tous les procédés : le fil de soie, le catgut, le fil métallique, etc. A son avis, le meilleur des liens est la bandelette aponévrotique, qui arrive à faire un rétrécissement relatif.

Mais toujours il reste une incertitude sur la permanence du résultat : aussi bien quand il est indiqué d'exclure, *sauf impossibilité*, c'est à l'exclusion typique de Doyen que je garde la préférence.

*Le Gérant*, Dr VALLAS.

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