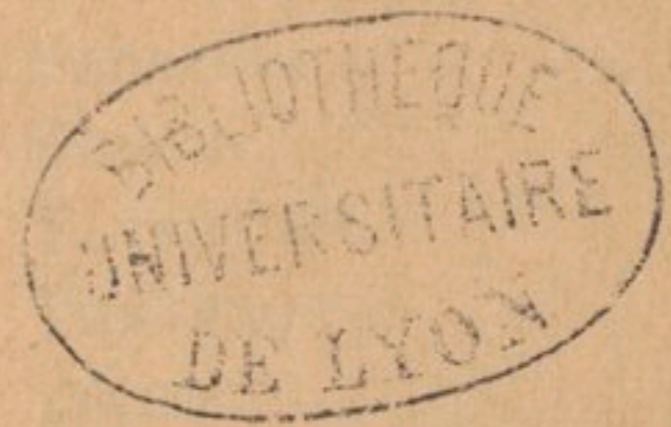


137695

BULLETIN
DE LA
SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE
DE LYON

—
ANNÉE 1913. — TOME XVI.
—



LYON
ASSOCIATION TYPOGRAPHIQUE
12, RUE DE LA BARRE
—
1913

BULLETIN

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DE LYON

ANNÉE 1813 TOME XVI

LYON

ASSOCIATION THÉRAPEUTIQUE

15, RUE DE LA MONTAGNE

1813

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE LYON

1913

BUREAU

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

MEMBRES

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

MEMBRES CORRESPONDANTS

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

BULLETIN
DE LA
SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE
DE LYON

Séance du 9 janvier 1913

Présidence de M. A. POLLOSSON

RÉSECTIONS ARTICULAIRES SANS DRAINAGE NI PLOMBAGE.

MM. VILLARD et TAVERNIER. — Dans la dernière séance de la Société, au cours de la discussion soulevée par M. Bérard sur les résections sans drainage, l'un de nous a soutenu la possibilité et les avantages de la suppression du drainage, toutes les fois qu'il ne s'agit pas de lésions très infectées, fistuleuses ou à abcès étendus. Il a mis en doute la valeur du plombage, qui ne lui semblait devoir ses avantages qu'à la suppression du drainage, et présenter l'inconvénient de s'éliminer le plus souvent en entraînant les fistulettes prolongées. M. Bérard a paru refléter l'opinion de la majorité des membres présents en reconnaissant les avantages de la suppression du drainage dans toutes les résections orthopédiques et dans les résections du genou pour tuberculose, mais en refusant de l'accepter dans les résections des autres articulations atteintes de tuberculose. Il nous a invités, M. Villard et moi, à présenter nos résultats pour les comparer à ceux obtenus pour la méthode de Mosetig.

Comme il est difficile de faire revenir des malades anciens, et qu'il est intéressant de voir des cas en voie de guérison plutôt que des résections anciennes, nous vous présentons aujourd'hui toutes les résections sans drainage actuellement en traitement dans nos salles ; c'est une série intégrale, non expurgée, telle que le hasard nous l'a offerte.

Elle comporte 5 cas : 2 résections du genou pour tuberculose, 1 résection orthopédique du coude, 2 résections du coude pour arthrite tuberculeuse.

Obs. I (1). — Nous n'avons pas cru utile de faire venir la première des résections du genou, car, pansée pour la première fois il y a quelques jours, deux mois après l'opération, ayant une réunion par première intention et encore un peu de mobilité, elle a été mise aussitôt dans un plâtre moulé qui nous empêcherait de vérifier l'état de son genou.

Obs. II. — Le second réséqué du genou est un cas ancien, revenu dans le service pour une nouvelle localisation tuberculeuse qui a exigé l'amputation de son médius droit. Il avait été réséqué le 6 janvier 1912 (M. Villard) pour une forme très fongueuse de tumeur blanche du genou évoluant depuis quatorze mois. Deux mois après, au premier pansement, le genou était sec, mais il a gardé longtemps un peu de mobilité, et le malade a quitté l'hôpital le 19 juin 1912 avec une genouillère plâtrée. Vous pouvez voir qu'aujourd'hui le résultat est parfait : genou solide et indolent.

Obs. III. — La troisième malade est une jeune fille de 18 ans qui, à la suite d'une arthrite aiguë du coude de cause indéterminée, survenue en juillet 1912, avait gardé une ankylose complète de son articulation. Résection orthopédique le 12 novembre 1912 (M. Villard). Pas de drainage. Suites apyrétiques. Premier pansement le 26^e jour : cicatrisation complète. Mobilisation progressive. Aujourd'hui, moins de deux mois après l'opération, les mouvements passifs sont aussi étendus que du côté sain ; les mouvements actifs manquent encore de force, mais ont autant d'amplitude que les mouvements passifs ; il y a encore un peu de mobilité latérale. Bref, le résultat définitif s'annonce excellent.

Obs. IV. — Le quatrième cas est celui d'une jeune fille de 17 ans qui présentait une tumeur blanche du coude à lésions articulaires peu

(1) Voir le détail de ces observations et de la technique opératoire dans le travail que nous avons publié, sur les résections sans drainage, dans le *Lyon Chirurgical*, t. IX, n^o 2, 1^{er} février 1913.

avancées, mais avec abcès froid étendu de la région sus-épicondylienne; cet abcès s'était ouvert, mais était peu infecté, la fistule laissant couler du liquide plutôt séreux que purulent. Intervention le 6 août 1912 (M. Tavernier). Dissection de la poche de l'abcès froid externe qui finit par mener sur un nid de fongosités remplissant le cul-de-sac postérieur de la synoviale du coude. Résection, lésions osseuses de l'humérus, os de l'avant-bras intacts. Couche fongueuse mince sur la synoviale antérieure. Pas de drainage.

Suites apyrétiques ; premier pansement le 21^e jour ; cicatrisation per primam. Ultérieurement, répullulation tuberculeuse dans la partie supérieure de l'incision, au siège de l'ancien abcès externe. Ce foyer est curetté et thermocautérisé le 5 décembre 1912 ; il est indépendant de tout foyer osseux ou articulaire.

Actuellement, ulcération en voie de cicatrisation sur la face externe du bras ; l'articulation est sèche et indolente ; les mouvements de flexion et d'extension sont un peu limités ; ceux de pronation et supination satisfaisants ; pas de mobilité latérale.

Obs. V. — Le dernier malade est un jeune homme de 22 ans, entré à l'Hôtel-Dieu avec une forme grave de tumeur blanche du coude : articulation immobilisée en extension, tuméfaction considérable de la région, surtout en dehors. La résection, le 19 octobre 1912 (M. Villard), montre les fongosités très abondantes et un abcès assez volumineux autour de la tête du radius. Cet abcès se prolonge assez bas sous les muscles épicondyliens et exige, pour être curetté, une incision cutanée spéciale descendant le long de l'extrémité supérieure du radius. Suture complète sans drainage de toutes les incisions.

Suites apyrétiques. Premier pansement au bout de trente jours montre une réunion parfaite de l'incision en baïonnette de la résection ; mais une inoculation tuberculeuse cutanée au niveau de l'incision spéciale nécessitée par l'abcès périradial. Aujourd'hui, un peu plus de deux mois après la résection, vous voyez que l'articulation semble en très bon état, indolente et sans fongosité, à mouvements encore limités (ceux de pronation et supination sont à peu près nuls), sans laxité latérale ; mais il subsiste, le long de l'incision accessoire un foyer tuberculeux extra-articulaire cutané et sous-cutané qui va probablement exiger un curettage supplémentaire.

Je n'insiste pas sur les 3 premiers cas, qui concernent des résections du genou et une résection orthopédique, au sujet desquelles l'accord semble fait entre nous pour la suppression du drainage et du plombage. Mais, dans les deux autres cas, nous avons affaire à des arthrites tuberculeuses du coude assez graves : l'une fistulisée, l'autre avec un abcès dont la dissec-

tion a exigé une incision spéciale, c'est-à-dire à des cas à la limite de ceux où nous sommes obligés de recourir au drainage; il s'agissait de tuberculoses assez virulentes, puisque nous avons eu des inoculations cutanées, et, malgré cela, vous pouvez voir que le foyer articulaire est en parfait état, et que la suppression du drainage et du plombage a simplifié les suites opératoires sans entraîner aucun inconvénient.

Quant aux inoculations cutanées, il nous paraît douteux qu'un plombage y ait rien changé, puisqu'elles se sont produites à distance du foyer articulaire qui aurait été plombé. Néanmoins, cette question des repullulations tuberculeuses est celle où nous réservons nos conclusions; nous affirmons qu'on peut avec avantage et sans inconvénient *immédiat* supprimer drainage et plombage dans les résections toutes les fois qu'il n'y a pas d'infection sérieuse; mais nous avons eu, dans nos résultats éloignés, une proportion importante de récives; nous avons l'impression que drainage et plombage n'y auraient rien changé, mais seule l'étude d'un plus grand nombre de cas pourra élucider ce point.

M. VILLARD. — Depuis la première communication que nous avons faite avec M. Tavernier sur les résections sans drainage, l'idée que nous défendons a fait son chemin et je suis heureux de constater que, dans une des dernières séances, certains de nos collègues acceptaient une telle conduite et considéraient même que c'était une question résolue. Je crois qu'il est bon de préciser certains points.

L'absence de drainage dans les résections du genou a été pratiquée depuis plusieurs années par Bœckel, qui a publié de brillants succès avec cette manière de faire; mais, pour la résection du genou la question ne se pose pas de la même façon que pour les autres résections articulaires. En effet, après la résection du genou, alors que le tibia et le fémur ont été réunis l'un à l'autre, il ne persiste pas d'espace mort entre les surfaces osseuses, tout se passe comme après une résection osseuse dans la continuité et le drainage paraît moins nécessaire. L'idée originale que nous défendons consiste en ce que le drainage peut être supprimé dans les résections articulaires, alors qu'une cavité plus ou moins grande est laissée vide entre les les extrémités osseuses résectionnées, par exemple, pour les articulations du coude, du poignet, ou de la tibio-tarsienné.

La suppression du drainage après les résections articulaires doit être envisagée dans la pratique des résections orthopédiques et à propos des résections pour tuberculose.

Dans les résections orthopédiques du coude, du poignet où de l'astragale, il persiste après l'intervention une cavité plus ou moins grande qui se remplit de sang et de sérosité ; il n'y a pas lieu de s'en préoccuper avec une bonne asepsie ; les liquides épanchés se résorbent peu à peu, et lorsque, au bout de vingt, trente ou cinquante jours, on enlève le plâtre immobilisateur et le pansement, tout a disparu et la néo-articulation est sèche. Il ne faut pas se laisser tenter par la mise en place d'un drain, celui-ci exposant à l'infection de dehors en dedans du foyer articulaire. Les avantages de l'absence du drainage dans les résections orthopédiques sont incontestables et, d'après les résultats que nous avons obtenus, j'espère que nos collègues se rattacheront à cette pratique.

L'absence de drainage dans les résections pour tuberculose mérite d'être plus discutée ; certains estimant que le drainage met à l'abri des réinoculations tuberculeuses ; les autres ne consentant à fermer qu'après avoir rempli la cavité de la résection avec un mélange antiseptique de Mosevig ou similaire, ce mélange devant, par sa présence, surveiller en quelque sorte la cicatrisation progressive de cette cavité.

Je ne crois guère à l'efficacité du drainage contre la repullulation des fongosités tuberculeuses, et si la résection a été faite correctement, c'est-à-dire en enlevant les os malades et toute la synoviale envahie, il n'y a pas de raison de ne pas considérer qu'à la fin de l'intervention les choses se présentent sensiblement comme après une résection orthopédique. Le drainage paraît donc inutile.

L'avenir décidera de l'exactitude de cette conception ; pour le moment, les résultats obtenus nous encouragent à continuer dans cette voie.

Quant aux mélanges antiseptiques, du type Mosevig, j'estime que leur action bienfaisante n'est pas démontrée, et je préfère m'en abstenir, après les avoir utilisés dans ces dernières années. Trop souvent il y a des éliminations du mélange, éliminations interminables, qui surviennent tardivement, alors que l'on jugeait la guérison complète. A mon sens, la méthode de Mosevig a eu un grand mérite : elle nous a montré qu'on pouvait fermer les cavités laissées vides après les résections et que la présence d'un drain était inutile. Nous avons osé tout fermer parce que nous avons confiance dans la vigilance antiseptique du mélange abandonné au contact des surfaces cruentées, comblant les espaces morts ; nous devons maintenant penser que le mélange est inutile, et qu'avec une bonne asepsie on peut tout fermer sans arrière-pensée.

Les cas que nous avons opérés avec M. Tavernier et que vous venez de voir viennent à l'appui de cette idée. Ce ne sont pas cependant des malades choisis pour les besoins de la cause, ce sont les malades que j'ai actuellement en traitement dans mon service. Parmi ces malades,

il y en a deux qui avaient des formes sévères de tuberculose articulaire, avec fongosités abondantes et même abcès péri-articulaires. Chez l'homme qui vous a été présenté pour une résection du coude, il y avait une collection qui descendait autour de l'extrémité supérieure du radius et pour laquelle j'ai dû faire une incision spéciale. C'est là cependant un beau résultat, comme vous pouvez en juger.

Comme résumé de cette discussion, j'estime que, dans les résections orthopédiques, il faut toujours tenter la réunion par première intention sans drainage. Dans les lésions tuberculeuses articulaires, il faut être opportuniste. La résection sans drainage ne devra être tentée qu'autant qu'il aura été possible d'enlever toutes les lésions. Les formes sèches, les formes à fongosités limitées seront les plus justiciables de la réunion sans drainage. Cette pratique sera également étendue aux formes fongueuses, dont la dissection, bien que large, aura été partielle.

Certaines formes fistuleuses, avec des fistules petites, n'ayant pas permis à une infection secondaire ascendante de se réaliser, seront aussi justiciables, mais d'une façon relative, de la résection sans drainage. Enfin, les formes très étendues, suppurées, et surtout largement fistulisées, devront être drainées.

M. BÉRARD. — Je suis heureux que ma présentation à la dernière séance ait fait reprendre la discussion sur la question des résections sans drainage dans la tuberculose ostéo-articulaire. C'est une question toute d'actualité, bien que depuis près de trois ou quatre ans déjà nous ayons fait les uns ou les autres des tentatives dans ce sens, et que j'aie montré dans mon service, il y a deux ans, à M. Tavernier, un réséqué du genou pour tuberculose, agrafé et non drainé. Depuis cette époque, j'ai cherché à me faire une opinion définitive sur la suppression du drainage de parti pris et dans tous les cas, ainsi que le préconisent actuellement MM. Villard et Tavernier. J'ai demandé qu'on fit entrer dans mon service le plus grand nombre possible de ces malades et j'ai établi, comme je le disais dans la dernière séance, une distinction très nette entre la résection du genou, qui doit guérir par ankylose osseuse rectiligne sans qu'il subsiste d'espace mort, et les résections où l'on recherche des mouvements, par conséquent où persistent des cavités résiduelles.

Dans sa thèse, au mois de juillet 1912, Bidon avait présenté 16 résections du genou pratiquées par moi depuis trois ans pour des tuberculoses de types divers. Depuis cette époque, j'ai réséqué encore deux malades, aujourd'hui guéris ou à peu près. Au total 18 résections, toutes avec hémostase soigneuse sans application de bande d'Esmarch, toutes avec enclouage aux agrafes, la moitié environ non drainées. Je n'ai eu qu'un cas de mort, chez un tuberculeux avancé auquel j'avais

proposé d'emblée l'amputation à cause de son mauvais état général et local (forme suppurée avec fistules anciennes et infections secondaires); cet homme succomba au bout de plusieurs mois, et après une amputation secondaire faite *in extremis*. Or, même pour le genou, je crois que le drainage est à conserver parfois, quand il s'agit de sujets gras, lymphatiques, peu résistants, tuberculeux pulmonaires, avec des formes fongueuses exubérantes, fistuleuses ou ayant donné des abcès intra-articulaires, infiltrés dans les muscles. Le drainage, limité aux parties molles, ne prolonge pas notablement la durée de la convalescence, et donne des garanties contre les infections bacillaires continuées dans des foyers insuffisamment désinfectés, en tissus mal défendus. Sur ces 18 cas, je me suis repenti trois fois de n'avoir pas drainé des malades dans ces conditions, qui ont mis six, huit et neuf mois à se cicatriser après des pansements multiples.

Quant aux résections avec cavités résiduelles pour tuberculose en évolution, même après les arguments présentés par M. Villard, je reste jusqu'à nouvel ordre sur mes positions. Je ne crois pas sans danger de laisser un caillot volumineux dans des tissus infectés par le bacille de Koch, qui trouvera dans ce caillot un milieu de culture favorable. M. Villard n'a-t-il pas eu lui-même des déboires de ce fait chez quelques-uns de ses opérés dont les observations ont été publiées? Je préfère le plombage iodoformé, auquel je ne saurais refuser ici toute propriété antiseptique, alors qu'on fait un si copieux usage des injections iodoformées dans le traitement non sanglant des tuberculoses articulaires.

Si le plombage est toléré tel quel, et que le mélange iodoformé se résorbe en entier sous les sutures cutanées, que lui reproche-t-on? La guérison se fait par première intention aussi vite et aussi bien que si l'on n'a pas drainé. Quand le mélange est éliminé en partie, je n'y vois pas un inconvénient bien grand. Il en reste toujours assez pour assurer les premiers jours l'hémostase et l'oblitération de la cavité, et, plus tard, pour éviter son infection secondaire. Même dans cette dernière hypothèse, la durée de la convalescence est moins longue que celle observée par M. Villard dans les cas non drainés; parmi les malades qu'il nous présente aujourd'hui, deux ont eu des infections des parties molles qui ont retardé la cicatrisation au-delà de six mois.

M. VIGNARD. — Je ne crois pas que le fait de drainer ait une influence marquée sur l'évolution des lésions tuberculeuses, sur leur repullulation ou leur assèchement définitif; je crois même l'inverse et j'ai été, en 1908, le premier à présenter des résections de la hanche, de l'arrière-pied entier sans aucun drainage. Il est vrai qu'à ce moment, et même depuis, je remplissais la cavité de mélange de Mosevig. Celui-ci, à mon avis, a le mérite de tenir la place, de faire l'hémostase, d'être un modi-

ificateur des tissus voisins. Qu'après une résection tibio-tarsienne sans drainage et sans plombage on ait un gros suintement qui force un ou deux points de suture, on risque beaucoup plus l'infection que si cet incident ne se produit pas. En outre, le mélange, par sa présence, joue le rôle d'un modificateur puissant. On a fait grand cas de quelques centigrammes d'iodoforme véhiculés par un peu d'huile comme modificateur des lésions tuberculeuses; il me semble que les doses plus massives du plombage doivent bien aussi avoir quelque influence.

On dit que le mélange s'élimine; mais cela, à mon avis, ne doit pas arriver et, dans toutes mes résections, c'est par la résorption surveillée par la radiographie du mélange que je me rends compte de la réparation des lésions et du moment où je pourrai rendre au malade l'usage de son membre.

En somme, je suis sûr qu'on peut supprimer le drainage, car je n'en ai presque jamais fait depuis quatre ans, même pour des évidements de la hanche; mais il me semble que lorsqu'il y a une grande cavité comme dans les évidements de la hanche ou dans les résections de l'arrière-pied, on joue la difficulté en laissant au sang le soin d'obturer la cavité.

M. DURAND. — Dans la communication de MM. Villard et Tavernier, je dois distinguer d'abord — et ceci a déjà été dit il y a quelques mois — d'un côté, les résections orthopédiques, et de l'autre, les résections dans la tuberculose. Des premières il n'y a rien à dire et nous devons admettre que notre technique actuelle nous permet la suture sans drainage.

Dans la tuberculose, deux ordres de faits encore : les résections qui ne laissent aucune cavité, tel le genou, pour lesquelles le drainage, au moins dans les bons cas, n'apparaît pas comme nécessaire; de l'autre, les résections qui laissent une cavité, l'astragale ou l'épaule. Ce sont ces dernières seules qui méritent d'attirer notre attention. A ce point de vue, nous devons reconnaître que les faits rapportés par MM. Villard et Tavernier sont de toute importance, mais nous ne pouvons encore, à ce qu'il me semble, nous faire une opinion, car nous devons reconnaître que les deux coudes ici présents ne peuvent entraîner la conviction, puisque la guérison de la plaie opératoire n'est pas encore obtenue. Malgré cela, la tentative audacieuse de MM. Villard et Tavernier est extrêmement importante et cette technique mérité d'être étudiée. Nous savons par elle qu'on peut fermer ces cavités de résection; l'avenir seul nous dira si on a raison de le faire. Il est inutile actuellement d'afficher des préférences pour le drainage, le Mosevig, l'absence de drainage; notre opinion ne pourra résulter que de l'examen de multiples cas anciens.

Il est bien évident que notre technique des résections s'est beaucoup

modifiée dans ces dernières années et que, notamment, nous avons tous restreint le drainage qui était nécessaire au temps d'Ollier. Il se pourrait parfaitement que le Mosemig n'ait été, comme le dit M. Villard, qu'un intermédiaire entre le drainage méthodique et la suppression de tout drain, mais nous ne pouvons encore, avant plus ample informé, adopter pleinement cette opinion. Nous pouvons, par contre, espérer qu'elle se réalisera. Je dis que nous pouvons *espérer*, car il me paraît évident que, en chirurgie générale, la suppression du drainage est un idéal auquel nous devons tendre. Supprimer les drains c'est, en effet, prévenir les infections secondaires et les fistules plus ou moins longues, les cautérisations douloureuses et les pansements pénibles qui deviennent nécessaires. Personne ne me contredira, je pense, si je dis que partout où elle est possible, dans les espaces cellulaires comme dans les cavités séreuses, la suppression du drainage a d'énormes avantages. Si donc la tuberculose n'est pas une contre-indication absolue à la suppression du drainage dans les résections, nous devons la tenter, et M. Villard nous montre que cela est possible. Reste à savoir ce que sera l'avenir de ces opérés; des cas multiples peuvent seuls le dire et aucune opinion ne peut, sur ce point, être actuellement formulée.

M. VILLARD. — Je partage l'opinion de M. Durand; la question de la suppression du drainage après les résections est encore en évolution; ce sont les faits qui montreront ce qu'il faut en penser. Aussi est-ce pour appuyer sur des observations les idées que nous défendons avec M. Tavernier que ces malades vous ont été présentés.

Je connais la thèse de Bidon, rappelée par M. Bérard; elle ne contient que des observations de résection du genou, et la première opération faite sans drainage par M. Bérard date de quelques jours après ma première communication, alors que j'avais déjà présenté un résultat acquis; je ne peux que me féliciter d'avoir ainsi entraîné par cette communication la conviction de M. Bérard et l'avoir amené à supprimer complètement l'usage des drains dans ses résections du genou.

J'ai d'autant plus de liberté à insister sur ce petit point de priorité, que je dois à M. Tavernier l'idée première de cette suppression de drainage.

Quant aux très intéressantes observations de M. Vignard, elles visent des cas de fermeture sur mélange de Mosemig. C'est là une thérapeutique à part sur laquelle je me suis déjà expliqué, et très différente de la pratique que nous recommandons.

STÉNOSE INFLAMMATOIRE DU CHOLÉDOQUE. CHOLÉCYSTO-
GASTROTOMIE. GUÉRISON.

M. R. LERICHE. — J'ai l'honneur de vous présenter un homme de 61 ans, ancien colonial, que j'ai opéré le 31 août 1912, en plein ictère ; ne trouvant ni calcul, ni tumeur, je fis une cholécysto-gastrostomie dont le résultat, au bout de quatre mois passés, est tel, que je me confirme dans l'idée de rétrécissement inflammatoire du cholédoque que j'avais cru devoir porter après l'intervention.

OBSERVATION. — B..., 61 ans, est un vieux colonial qui, entre 20 et 30 ans, eut de la dysenterie à la Réunion et souffrit longtemps du foie ; malgré cela, il a toujours mené une existence très active.

Depuis quinze ans, il se plaint de troubles digestifs capricieux, douleurs, inappétences passagères, intolérance de certains aliments, le tout étant accompagné de douleurs vives dans les épaules. Il y a deux ans, pour ces troubles, il entra dans un service de chirurgie, en attirant de plus l'attention sur des hémorroïdes. Un chimisme gastrique fut fait, mais il ne donna pas grand résultat ; aussi se borna-t-on à faire une cure des bourrelets hémorroïdaires. L'état digestif demeura à peu près stationnaire jusqu'au début d'août 1912. A cette époque, vers le 8, il fut pris d'un brusque ictère, qui alla en s'accroissant, et c'est pour cela qu'il entra à l'hôpital de la Croix-Rousse, le 27 août, dans le service de mon maître, M. Delore, que j'avais l'honneur de remplacer.

Amaigri, très jaune, il avait, à cette date, tous les signes d'un ictère par rétention. L'examen de l'abdomen était négatif ; le foie n'était pas gros ; on ne sentait pas la vésicule ; la palpation n'éveillait pas de douleur. Le pouls était à peine ralenti ; la température atteignait 39°5 le soir, pour retomber à 37°2 au matin. Les urines étaient peu abondantes, très foncées, sans albumine ni sucre.

Songeant à une lithiase de vieille date avec angiocholite et peut-être dégénérescence néoplasique, j'interviens le 31 août, en présence du professeur Gomoiu, de Bucarest. Préalablement, la veille et le matin, j'avais fait injecter 10 cc. de sérum de cheval pour favoriser l'hémostase, comme je le fais toujours chez les hépatiques. L'anesthésie est faite à l'éther.

Par une incision transversale en ∞ dont la branche ascendante gauche est à droite et au-dessus de l'ombilic, je découvre l'épiploon qui adhère à la paroi. Sous lui apparaît une très grosse vésicule, un peu épaissie, absolument libre d'adhérences et ne renfermant aucun calcul. Une périhépatite ancienne symphyse la face convexe du foie au

péritoine diaphragmatique, et il est impossible d'attirer le foie au dehors. L'exploration du cystique ne montrant aucune cause à la dilatation vésiculaire, non plus que la palpation des voies biliaires sous-duodénales, je décolle le duodénum ; le pancréas, palpé entre deux doigts, est souple, non induré ; il n'y a pas de calcul à son niveau ; par contre, on voit plusieurs gros ganglions rougeâtres à la face postérieure de la glande. J'en conclus qu'il s'agit probablement d'un petit cancer vaterien ; mais l'état précaire du malade l'oblige à se contenter d'une opération palliative, au moins pour l'instant ; je ponctionne la vésicule, qui laisse écouler près de 200 grammes de liquide vert clair, très peu filant, de ce vert spécial que l'on voit dans les rétentions d'origine néoplasique ; puis, à l'aide d'un bouton de Jaboulay, la vésicule est anastomosée à l'estomac. Autour du bouton, je mets quelques points de renforcement, je ramène l'épiploon à leur contact et je ferme le ventre à trois plans.

Les suites furent idéalement simples. Pendant les deux premiers jours, malgré quelques rejets bilieux, l'état général fut excellent ; la température tomba d'un coup, comme le montre ce curieux tracé. Dix-sept jours plus tard, le malade quittait le service, ayant recouvré une santé parfaite.

Depuis lors, son état s'est maintenu excellent. Il a le teint fleuri, la mine reposée ; il mange de tout, n'a aucun malaise ; bref, il peut se considérer comme guéri, et je crois, en effet, que le résultat est définitivement acquis.

Il paraît bien s'être agi là d'une *sténose purement inflammatoire, cicatricielle ou non, du cholédoque terminal*. On ne peut parler de néoplasme devant un pareil état de santé quatre mois et neuf jours après une opération de dérivation. D'autre part, on peut encore moins songer à de la lithiase. L'exploration des voies biliaires, qui permet la mobilisation duodénale, est si complète et si facile, qu'elle ne laisse pas place à l'erreur ; d'autre part, les voies biliaires étaient libres de toute adhérence et de tout signe d'inflammation. Enfin, l'évolution post-opératoire et surtout l'examen de la courbe thermique permettent d'éliminer absolument l'hypothèse de calculs que l'intervention aurait respectés.

Si l'on tient compte du passé de ce malade, l'hypothèse de sténose inflammatoire du cholédoque terminal paraîtra très vraisemblable et, à ce titre, cette observation devait être signalée.

FRACTURE ANCIENNE DU COUDE (CONDYLE EXTERNE). PARALYSIE CUBITALE TARDIVE (DEUX ANS ET DEMI APRÈS LE TRAUMATISME). TRANSPOSITION DU NERF CUBITAL. GUÉRISON.

M. LECLERC (de Dijon). — La rareté des complications nerveuses tardives après les fractures du coude m'engage à présenter l'observation suivante :

OBSERVATION. — Il s'agit d'un petit garçon que je vis en juillet 1909, alors qu'il était âgé de 5 ans. Il était amené par sa mère parce que depuis deux mois environ sa main droite se déformait et manquait d'habileté pour certains mouvements. L'enfant n'accusait aucun fourmillement ni aucune douleur. L'examen de la main droite montrait une déformation très nette. Au repos, les trois derniers doigts étaient légèrement en crochet. Lorsque l'enfant voulait étendre ses doigts, la griffe cubitale apparaissait avec netteté. Le rapprochement des doigts était impossible. Il n'existait pas de troubles objectifs de la sensibilité.

Cette paralysie cubitale s'était installée depuis deux mois d'une façon progressive et sans cause connue de l'entourage du malade. On ne me parla même pas d'un violent traumatisme du coude survenu à l'âge de 2 ans 1/2, parce qu'il s'agissait là d'une affection ancienne qui avait guéri complètement et sans laisser de trace. C'est en examinant méthodiquement l'enfant que je découvris la fracture ancienne, à laquelle je rapportai immédiatement la lésion nerveuse actuelle.

L'enfant, en effet, à l'âge de 2 ans 1/2, était tombé sur le coude droit; il ne reçut à la suite de ce traumatisme aucun soin particulier; après une courte période d'impotence absolue, les mouvements réapparurent petit à petit, et un an environ après l'accident l'enfant se servait du coude fracturé à peu près comme de l'autre.

A l'examen, on constate que l'articulation du coude a ses mouvements de flexion et d'extension dans toute leur amplitude. Les mouvements de pronation et de supination sont également normaux. Lorsqu'on met le coude en extension complète, on voit que la direction de l'avant-bras est à peu près normale, mais qu'il peut à volonté être dévié en cubitus valgus tel que l'angle externe formé par le bras et l'avant-bras est réduit à 135° environ.

Le palper du coude révèle immédiatement au-dessus de la cupule radiale, mais sur un plan plus postérieur, une saillie osseuse très appréciable; cette saillie, qui appartient au condyle externe, est légèrement mobile dans le sens antéro-postérieur, et ces mouvements s'accompagnent d'une fine crépitation. L'olécrâne semble plus volu-

mineux qu'à l'ordinaire et fait du côté interne une saillie, qui réduit considérablement la gouttière épitrochléo-olécranienne.

Les radiographies ci-contre furent pratiquées par le Dr Gremeaux. La radiographie de face montre qu'il s'agit d'une fracture du condyle externe avec déplacement du fragment condylien en haut, en dehors et en arrière; ce fragment n'est relié à la diaphyse par aucune trace de cal. La radiographie de profil montre la saillie postérieure du fragment et son ascension.

L'olécrâne ne présente pas de déformation, et il semble que la saillie que l'on sent sur le côté interne est due simplement à son déplacement en dedans.

En résumé, *il s'agit d'une fracture ancienne du condyle externe avec déplacement du fragment condylien en arrière, en dehors et en haut; une pseudarthrose s'est établie. Il existe un degré assez accentué de cubitus valgus, déformation réductible très facilement dans l'extension. Enfin, il existe une paralysie cubitale incomplète.*

Cette paralysie étant due probablement à la compression du nerf cubital dans la gouttière épitrochléo-olécranienne, je résolus d'intervenir sur le cubital à ce niveau.

Le 31 juillet 1909 : incision au niveau de la gouttière; celle-ci se montre très réduite par un olécrâne très saillant en dedans. Dans les mouvements de flexion, le nerf apparaît tendu sur le bord interne de l'olécrâne comme un chevalet; il est de volume normal, mais un peu aplati, rouge et congestionné. Il est libre d'adhérence. Je le dégage facilement et je le fais passer dans le plan antérieur du coude, en avant de l'épitrochlée. Pour faciliter cette manœuvre, je coupe un petit filet nerveux qui va à la face postérieure du coude.

Dans cette nouvelle situation, le nerf est sans aucune tension, quelle que soit la position du coude. Suture. Le bras est mis en écharpe.

Le résultat de cette intervention ne tarde pas à se faire sentir : en quelques semaines, la déformation en griffe diminua et les mouvements d'extension des dernières phalanges réapparurent. Je fis faire par le Dr Gremeaux plusieurs séances d'électrisation; mais le malade cessa rapidement de se faire électriser, et après une période d'amélioration manifeste les progrès ne se firent plus que très lentement; ils continuèrent pourtant à se faire, et au bout de deux ans environ après l'opération les signes de paralysie cubitale n'existaient plus.

Actuellement en effet (octobre 1912), plus de trois ans après l'intervention l'enfant se sert de sa main droite aussi bien que de l'autre. Il n'y a plus de trace de déformation, sauf peut-être un léger degré de flexion de la phalangette du petit doigt. Toutes les autres phalanges s'étendent parfaitement et les interosseux fonctionnent normalement.

Les complications nerveuses tardives des fractures du coude sont exceptionnelles. Destot, Vignard et Barlatier, dans leur

travail si documenté sur les fractures du coude chez l'enfant, disent n'en avoir jamais observé d'exemple. Ils n'en connaissent que six observations qu'ils ont recueillies dans la thèse de Vacquerie inspirée par Broca. Müller, dans son travail du *Lyon Chirurgical* (1910), cite en outre une observation de Mouchet.

Le cas rapporté plus se superpose trait pour trait aux sept observations que je viens de rappeler et affirme une fois de plus les propositions suivantes :

Les paralysies tardives surviennent toujours avec les fractures du condyle externe. Elles portent toutes sur le nerf cubital, sauf un cas de Broca concernant une névrite du nerf médian. A l'exception de ce dernier cas, il est toujours signalé que l'avant-bras était plus ou moins fortement dévié en cubitus valgus. L'intervalle de temps qui sépare la fracture du début des accidents nerveux peut être considérable (22 ans dans un cas de Broca et Mouchet), et cet intervalle de temps est silencieux, sans aucun trouble sensitif ni moteur. Souvent le malade a complètement oublié le traumatisme ancien, il n'en parle pas au chirurgien dont le diagnostic causal peut s'égarer.

On sait que ces paralysies tardives sont dues au cubitus valgus ; l'olécrâne, qui se rapproche du plan médian du corps, rétrécit la gouttière épitrochléo-olécranienne et comprime ainsi le nerf cubital. Mais l'origine du cubitus valgus est discutée, Rieffel, Broca et Mouchet l'expliquent par des troubles ostéogénétiques aboutissant à l'arrêt de développement du condyle externe traumatisé ; ainsi s'expliqueraient et l'apparition tardive du cubitus valgus et la survenue tardive des troubles nerveux.

Au contraire, Destot, Vignard, Barlatier, Müller pensent que le cubitus valgus est tout simplement une déformation primitive, contemporaine de la fracture et qu'une réduction incorrecte a laissé persister. Ultérieurement, lorsque progressivement l'extension réapparaît, le cubitus valgus se démasque ; la production tardive des troubles nerveux trouve donc là une explication toute naturelle.

Mon observation confirme cette interprétation ; le cubitus valgus s'y produisait à volonté, grâce à la pseudarthrose du fragment condylien. S'il s'était agi d'un trouble ostéogénétique de l'épiphyse humérale, le cubitus valgus aurait été permanent et irréductible.

Il est d'ailleurs intéressant, à ce point de vue, de rapprocher des paralysies cubitales tardives une observation de Redard (Congrès de chirurgie, 1910), concernant une paralysie cubitale secondaire, c'est-à-dire survenue à la période de consolidation, après une fracture du condyle externe. Il existait, là encore, du cubitus valgus et, comme celui-ci ne pouvait être dû à des troubles de développement, il est bien certain que la mauvaise réduction était en cause. L'auteur dit d'ailleurs que les mouvements du coude étaient faciles et étendus, spécialement en ce qui concerne l'extension. Celle-ci lui a même permis de mesurer le cubitus vulgus. Ce retour rapide du mouvement d'extension explique probablement la rapidité de production de la paralysie, et cette observation, bien qu'elle n'ait pas trait à une complication nerveuse tardive, vient ainsi à l'appui de l'opinion de Destot, Vignard et Barlatier.

Les paralysies cubitales tardives doivent être opérées sans retard ; il existe en effet au niveau de la gouttière épitrochléo-olécranienne une cause d'irritation incessante pour le nerf et qu'une intervention seule pourra faire disparaître. Si dans le cas de Panas il y eut, par l'électrisation, une grande amélioration, qui existait encore au bout de six mois, ce traitement, uniquement palliatif, ne peut donner des succès durables ni constants.

Il faut songer d'autre part que si l'on tarde à intervenir, les lésions nerveuses peuvent devenir définitives et les troubles persister même lorsqu'on a soustrait le tronc nerveux à toute cause d'irritation. Un des malades de Broca et Mouchet en est un exemple, et la paralysie cubitale n'ayant été rapportée à la fracture ancienne que huit ans après le début des symptômes nerveux, ni l'opération que lui fit Broca ni celle que pratiqua Roux ne parvinrent à le guérir. Et cependant l'électrisation avait été employée avant et après les interventions.

L'opération est d'ailleurs simple et bénigne. Dans un des cas de Broca et Mouchet, Potherat qui intervint se contenta de libérer le nerf de ses adhérences ; il n'y eut aucune amélioration.

Dans les autres observations, on voit que le chirurgien, après avoir abordé le nerf dans la gouttière épitrochléo-olécranienne rétrécie et après l'avoir dégagé, se préoccupa de lui creuser une gouttière plus vaste et plus profonde en abrasant à la gouge et au maillet les parties exubérantes de l'olécrâne

et de l'épitrochlée. Pour éviter les récurrences on a interposé un feuillet aponévrotique entre le plan osseux et le nerf dégagé (Denucé). Afin de maintenir le nerf et d'éviter sa luxation pendant la flexion du coude, Redard ferme le canal en arrière en détachant un lambeau musculo-aponévrotique assez épais, qu'il fait passer par-dessus le nerf et qu'il suture au chef épitrochléen du cubital antérieur : le canal ostéo-fibreux du nerf est ainsi reconstitué.

Le procédé consistant à refaire la gouttière du cubital a été employé par Segensée, Broca, Redard ; il doit donner certainement de bons résultats. Cependant, dans les observations, on ne consigne pas de résultats très éloignés (6 mois à 1 an au plus). Or il est à craindre précisément qu'avec ce procédé des récurrences se produisent de temps à autre et à la longue. L'opération s'adresse la plupart du temps à des enfants et leur périoste, fertile et irritable, peut réagir d'une façon exubérante au traumatisme opératoire ; il peut encombrer et réduire au bout d'un certain temps la gouttière que le chirurgien avait soigneusement déblayée. Si l'on ajoute que le cubitus valgus persiste toujours, qu'il peut même augmenter, on comprend que les phénomènes nerveux puissent se produire.

Il me paraît beaucoup plus simple et beaucoup plus sûr de faire passer le nerf cubital, préalablement dégagé de sa gouttière, dans le plan antérieur du coude, en avant du condyle interne. Cette transposition du nerf en avant a été employée, sans succès il est vrai, par Roux de Lausanne dans le cas déjà cité de Broca et Mouchet ; mais il s'agissait d'une paralysie traitée tardivement, due à des lésions de névrite invétérée, et le procédé consistant à déblayer la gouttière épitrochléo-olécranienne avait été employé antérieurement par Broca, et sans succès.

La transposition en avant du nerf cubital m'a au contraire réussi pleinement, et le résultat que j'ai obtenu se maintient excellent plus de trois ans après l'opération. La manœuvre est des plus simples ; elle met le nerf complètement à l'abri de la compression quel que soit le degré de cubitus valgus, et si les lésions nerveuses ne sont pas trop anciennes, la récurrence est impossible. C'est pour ces raisons que ce procédé me semble être le procédé de choix.

Séance du 16 janvier 1913

Présidence de M. A. POLLOSSON

RÉSECTION DE LA PAROI THORACIQUE POUR RÉCIDIVE D'UN
CANCER DU SEIN.

MM. BÉRARD et COTTE. — Messieurs, nous avons l'honneur de vous présenter une malade à laquelle nous avons fait, il y a un mois, une résection de la paroi thoracique pour une tumeur du sein. Voici son observation :

OBSERVATION. — Il s'agit d'une femme âgée de 46 ans, qui était entrée une première fois salle Ollier, en décembre 1911, pour une tumeur du sein gauche. La malade avait remarqué l'existence de cette tumeur depuis deux ans déjà, mais elle n'avait pas voulu entendre parler d'intervention jusque-là.

A l'examen, on trouvait, dans le sein gauche, une tumeur dure, bosselée, adhérente à la peau, mais paraissant encore mobile sur les pectoraux. Dans l'aisselle, il y avait des ganglions nettement perceptibles. Dans le creux sus-claviculaire gauche, il y avait bien quelques ganglions, mais on en trouvait autant du côté opposé et on n'avait pas l'impression d'une généralisation de la tumeur.

Au point de vue thérapeutique, j'avais fait une opération d'Halstead avec ablation complète des pectoraux et curage systématique de l'aisselle.

Les suites de cette intervention avaient été tout d'abord excellentes. Pendant huit à dix mois, la malade se crut complètement guérie ; puis elle vit peu à peu se développer, au-dessous de la cicatrice, une petite tumeur qui présentait à l'entrée le volume d'une petite mandarine. Cette tumeur était apparue depuis deux mois environ. Elle siégeait au niveau de l'insertion sternale des 3^e et 4^e cartilages costaux. Elle était dure et faisait nettement corps avec le squelette de la paroi thoracique aux dépens duquel elle paraissait s'être développée. Les téguments qui la recouvraient adhéraient à la masse sur une petite étendue et on

avait nettement l'impression qu'il ne s'agissait pas d'une récurrence cutanée.

Sur la pièce enlevée, on voit d'ailleurs encore aujourd'hui que les téguments sont respectés. Par ailleurs, la malade ne présentait pas d'autres signes de généralisation. L'état général était encore bon. Pas d'œdème, pas d'ascite, pas d'albuminurie ; pas de douleurs dans la colonne vertébrale ou dans les membres inférieurs. L'examen radioscopique, fait pour rechercher l'existence possible de ganglions dans le médiastin, était resté négatif. Dans ces conditions, la récurrence paraissant nettement locale, il semblait qu'on fût en droit d'intervenir pour enlever ce noyau de généralisation.

Cette *intervention* fut pratiquée le 14 décembre 1912, avec l'aide de M. Cotte. Après avoir circonscrit la tumeur osseuse par une incision ovale, je pénétrai par un espace intercostal jusqu'au-dessous de la plèvre, afin de préciser les rapports de la tumeur avec la séreuse. Cette exploration nous montra que la plèvre adhérait intimement à la paroi et qu'il était impossible de la séparer de la tumeur. Pour enlever celle-ci, il fallait ouvrir la plèvre. Après avoir donc laissé pénétrer doucement et lentement l'air dans la cavité pleurale, je sectionnai rapidement les 3^e, 4^e et 5^e côtes. Pendant tout ce temps opératoire la malade respira très librement et n'eut ni secousse de toux, ni cyanose. L'anesthésie put être continuée sans aucun inconvénient. Aussi bien, après avoir protégé la brèche ainsi créée par une compresse de gaze, je soulevai la tumeur de dehors en dedans et, avec une scie de Gigli, je sectionnai rapidement son pédicule interne sur le sternum. L'examen de la pièce ainsi obtenue nous ayant ensuite montré que la section du sternum portait encore un point douteux, je décollai secondairement le péricarde du plastron sternal et fis une large recoupe à ce niveau. Il restait à combler la large brèche osseuse obtenue de cette façon. Pour cela, après avoir posé des ligatures sur la mammaire interne et les intercostales qui avaient été intéressées dans la résection en bloc de la paroi thoracique, je fermai complètement la cavité pleurale en fixant le bord antérieur du poumon, par quelques points au catgut, aux bords de la plèvre pariétale. Puis, au-dessus du poumon, je rapprochai simplement les téguments sans laisser aucun drain, ni dans la plèvre, ni à son contact.

Les suites opératoires furent excessivement simples. Le soir de l'intervention, la malade avait un peu de dyspnée, son pouls était un peu rapide ; mais son état général était aussi satisfaisant que possible. Pendant les quatre premiers jours, la température oscilla entre 38°5 et 39° ; puis, à partir de ce moment, la fièvre disparut peu à peu. Au 12^e jour, comme sa température s'était de nouveau élevée à 39°8, on fit le premier pansement ; la plaie était complètement cicatrisée. Du côté de la plèvre, il y avait des signes d'épanchement très accusés, mais comme

la ponction exploratrice, faite à ce moment, ne nous avait permis de retirer que du sang pur, sans aucune marque de passage à la suppuration, on s'abstint de toute intervention et on jugea même inutile pour l'instant d'évacuer cet épanchement. Bientôt après, d'ailleurs, la malade commença sa défervescence ; à l'heure actuelle elle est apyrétique et il ne reste plus aujourd'hui aucune trace d'épanchement.

Cette observation ne saurait comporter de longs commentaires, et si nous avons tenu à vous présenter ici cette malade, c'est surtout pour insister sur ce fait que, même sans appareils à hyper ou à hypopression, la chirurgie thoracique peut quelquefois être menée à bien dans de bonnes conditions et avec des résultats fort encourageants. Si l'on a soin, au moment de l'ouverture de la plèvre, de laisser pénétrer doucement l'air dans sa cavité et, au besoin, d'amarrer le poumon pour empêcher le refoulement brusque de l'autre côté de la cloison médiastine, on peut, comme l'a bien établi Wilems, obvier aux principaux inconvénients du pneumothorax opératoire. A la fin de l'intervention, il faut avoir soin, toutefois, d'exclure le plus possible la cavité pleurale de la plaie et de réaliser sa fermeture indépendamment de celle des téguments. Grâce à cela, et sans faire aucun drainage préventif, les suites opératoires se trouvent extrêmement simplifiées, et, pour en revenir à notre malade, on voit que, chez elle, on n'eut besoin de faire qu'un pansement au douzième jour, pour enlever les fils.

Un pareil résultat nous montre donc que les dangers de l'ouverture de la plèvre à l'air libre sont certainement bien moins grands qu'on ne l'a prétendu, et qu'avec une bonne technique, on arrive bien à se mettre à l'abri des complications trop longtemps redoutées des chirurgiens.

Mais si les résections de la paroi thoracique pour tumeur offrent aujourd'hui une certaine bénignité opératoire, il ne faudrait pas fonder sur elles des espoirs trop enthousiastes au point de vue des résultats éloignés, tout au moins dans les cancers du sein.

Lorsque ces tumeurs récidivent dans la peau, au niveau de la cicatrice, peut-être l'ablation secondaire de ces noyaux arrive-t-elle encore à donner des suites éloignées assez satisfaisantes. Mais lorsque ses noyaux de récurrence apparaissent dans le squelette ou semblent se développer, comme chez notre malade, dans les lymphatiques qui vont aux ganglions rétro-

sternaux de Souligoux, en est-il bien de même ? Chez la malade que vous avez vue tout à l'heure, l'examen clinique semblait laisser croire qu'il n'y avait chez elle qu'une récurrence purement locale. Au cours de l'intervention, nous eûmes d'ailleurs nous-mêmes la même impression et nous aurions encore aujourd'hui le même espoir si, au moment même où nous terminions l'opération, en attirant le poumon dans la plaie pour fixer son bord antérieur à la plèvre, nous n'avions découvert en plein hile une petite tache de bougie qui ne nous laisse aucun doute sur les suites éloignées que peut donner notre résection. A ce point de vue, il semble donc que lorsque la paroi thoracique est envahie secondairement après l'ablation d'un cancer du sein, il faut, même dans les cas les plus favorables, ne pas fonder trop d'espérance sur les résections qu'on peut faire en pareil cas. Si elles constituent à l'heure actuelle le seul moyen que nous ayons pour lutter contre de pareilles récurrences, elles semblent, malheureusement, incapables de procurer à nos malades autre chose qu'un résultat palliatif et un soulagement moral.

M. VALLAS. — Je me rappelle avoir pratiqué une intervention pleuro-pulmonaire qui m'a permis d'arriver aux mêmes conclusions que M. Bérard. Il s'agissait d'un malade chez lequel j'avais fait le diagnostic de tumeur sarcomateuse de la paroi thoracique. Je taillai un large volet dans cette paroi ; mais, quand le volet fut mobilisé et que je m'attendais à cueillir la tumeur, je m'aperçus qu'elle tenait au poumon par un pédicule large comme une pièce de quarante sous. Partout ailleurs, le poumon paraissait sain. Alors, je me décidai à aller jusqu'au bout et à enlever, en même temps que la tumeur, son pédicule pulmonaire. J'amenai le poumon au dehors, et avant d'inciser le poumon je saisis entre les deux mors d'une longue pince le morceau que je voulais enlever. J'évitai ainsi tout pneumothorax pendant l'opération ; quoique la plèvre ne fût pas prise, et qu'il n'y eût d'adhérences qu'au niveau du pédicule de la tumeur, je laissai la pince pendant quarante-huit heures. Les choses allèrent très simplement et le malade guérit rapidement.

Le plus curieux de cette histoire, c'est que l'examen histologique a montré qu'il s'agissait non pas d'un ostéosarcome, mais d'un tuberculome cru, qu'à la coupe j'avais pris pour un sarcome, et qui avait envahi à la fois la paroi thoracique et la plèvre.

J'ai fait rechercher ce malade quelques années après pour savoir s'il était guéri ; il avait disparu ; on n'a pas pu me donner de ses nouvelles, mais, quelques mois après l'intervention, il allait très bien.

Dans ces conditions, l'intervention était intéressante, car il s'agissait d'une tumeur tuberculeuse, et, puisque tout avait été enlevé, comme pour une tumeur maligne, on avait des chances d'avoir une guérison complète.

Je voudrais retenir de cette observation que les appareils et l'insufflation dans la trachée ne doivent pas être d'une utilité bien courante pour faire une intervention large sur le poumon, car, alors, je crois que l'opération est contre-indiquée par autre chose que par les difficultés opératoires.

M. LERICHE. — J'ai eu deux fois l'occasion, dans le service de M. Poncet, d'enlever une tumeur de la paroi thoracique dans les mêmes conditions que celles qui viennent d'être rapportées, c'est-à-dire en plèvre libre; la première fois, il s'agissait d'un ostéosarcome malin qui avait envahi trois côtes et tenait à la plèvre; il y avait aussi des adhérences au poumon. J'ai enlevé la paroi thoracique et la plèvre; le malade, un jeune homme de 17 ans, a guéri opératoirement sans incident, mais il a récidivé *in situ* deux mois après l'intervention.

Dans un second cas, chez un malade âgé, qui avait également un ostéo-sarcome de la deuxième côte, j'ai réséqué la côte et la plèvre; tout s'est bien passé; le malade a guéri, mais je ne sais pas ce qu'il est devenu.

Les observations de ce genre ne sont peut-être pas très rares, mais on ne peut pas s'appuyer sur elles pour déclarer qu'il n'y a pas avantage à opérer sous hyperpression; la baronarcose permet des opérations impossibles ou dangereuses sans elle.

UN CAS DE LUXATION SPONTANÉE DU GRAND OS EN AVANT, DANS UNE ARTHROPATHIE DU POIGNET.

MM. GOULLIoud et ARCELIN. — Nous avons l'honneur de présenter à la Société un cas curieux de *luxation spontanée* médio-carpienne, survenue au cours d'une arthrite ou d'une arthropathie du poignet, sans traumatisme, semble-t-il.

Il nous a paru intéressant de rapprocher ce cas de celui d'une *luxation traumatique* de la tête du grand os en avant, que nous avons présenté ici même (1), il y a quatre ans, car le second

(1) GOULLIoud et ARCELIN. Luxation en avant de la tête du grand os. *Lyon Médical*, 1908, t. II, p. 550 et *Archives provinciales de chirurgie*, 1909.

cas reproduit le déplacement du premier, autant qu'une lésion spontanée peut reproduire une lésion traumatique.

Dans les deux cas, en effet, la lésion fondamentale est une luxation de la tête du grand os en avant ; dans la luxation traumatique, le scaphoïde s'est fracturé, le fragment supérieur accompagnant le semi-lunaire en arrière, le fragment inférieur gardant ses connexions avec le grand os. Dans la luxation spontanée, le scaphoïde a pivoté, son extrémité supérieure restant attachée au semi-lunaire, son extrémité inférieure au grand os.

De l'avis de nos collègues les plus compétents, Destot, Tavernier, etc., la luxation traumatique du grand os en avant est tout à fait exceptionnelle. Nous ne saurions dire s'il en est de même de la luxation spontanée, mais elle nous a paru très rare aussi.

Qu'il nous soit permis, avant de donner notre observation nouvelle, de rappeler en quelques mots notre premier cas.

OBS. I. — *Observation de luxation traumatique du grand os en avant (résumée).*

Il s'agissait d'un valet de chambre, âgé de 46 ans, qui était tombé d'un marchepied de 2 mètres de hauteur environ. Pendant sa chute, ou à la fin de celle-ci, un renversement exceptionnel de la main droite sur la face dorsale de l'avant-bras s'était produit. Il en était résulté une triple lésion : une plaie transversale par éclatement de la paume de la main, une luxation médio-carpienne et une luxation en arrière de la phalangette de l'annulaire.

La déformation du poignet était caractérisée par le glissement en avant de la main par rapport à l'avant-bras, par une sorte de torsion amenant l'éminence thénar sur un plan plus antérieur que l'éminence hypothénar, par un raccourcissement de la hauteur du carpe, par suite du chevauchement partiel de ses deux rangées, et enfin par une augmentation de l'épaisseur du poignet.

Au palper, on remarquait, au-dessous de l'extrémité inférieure des os de l'avant-bras, vus par leur face postérieure, surtout au-dessous du radius, une dépression qui se montrait à un centimètre environ au-dessous de la ligne bistyloïdienne, ce qui répond approximativement au milieu du carpe, de sorte que, par l'examen clinique, on arrivait déjà au diagnostic de luxation plus ou moins complète dans l'interligne médio-carpien.

Les clichés radiographiques lumineux de M. Arcelin montraient une luxation en avant de la tête du grand os, qui avait déserté la cavité du

semi-lunaire, une subluxation en arrière de celui-ci, et une fracture horizontale du scaphoïde au niveau de son col. Le fragment supérieur du scaphoïde avait conservé ses rapports normaux avec la glène radiale et avec le semi-lunaire ; le fragment inférieur du scaphoïde avait ses connexions habituelles avec le trapèze et le trapézoïde, et aussi avec le grand os. Les deux fragments de l'os fracturé chevauchaient donc l'un par rapport à l'autre, par suite de l'ascension du fragment inférieur.

Le pyramidal avait conservé sa position relativement à l'extrémité inférieure du cubitus et relativement à la seconde rangée.

Une première tentative de réduction avait échoué, comme la radiographie sous plâtre nous l'avait montré ; mais, à une seconde tentative, faite sous anesthésie, comme la première, la réduction s'était produite ; la tête du grand os avait repris sa position sous le semi-lunaire et le scaphoïde avait sensiblement retrouvé sa forme normale. La radiographie le montrait nettement.

Le résultat avait été excellent et s'est maintenu tel.

Obs. II. — *Observation de luxation pathologique du grand os en avant.*

Cette femme fut adressée à fin de radiographie à M. Arcelin par le docteur d'Espiney.

C'est une malade âgée de 28 ans, exerçant la profession de modiste. Mariée à 22 ans, elle eut deux enfants, respectivement à 23 et 27 ans. Le premier enfant est bien portant ; le second est mort en nourrice à 4 mois et demi. Son père et sa mère sont vivants et bien portants ; son mari également.

Cette femme dit s'être toujours bien portée jusqu'à la fin de sa dernière grossesse. Elle signale néanmoins des douleurs sous forme de lancées fugaces, qu'elle aurait dans le bras gauche depuis nombre d'années, depuis l'âge de 12 ans environ, dit-elle, et sur lesquelles nous reviendrons.

Le 24 décembre 1911, à la fin de sa seconde grossesse qui se termina par un accouchement normal le 2 janvier 1912, elle prit des douleurs que la sage-femme attribua non au début du travail, mais à un coup de froid.

Le lendemain, elle souffrait dans les deux genoux, dans l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce droit et dans le poignet gauche.

La tuméfaction fut très accusée du côté de ce poignet, et la malade fit appeler le docteur Drey, car les douleurs du genou l'empêchaient de marcher. Celui-ci fit même sur le poignet quelques pointes de feu, dont on voit les cicatrices. Nous devons à son obligeance la certitude qu'il ne s'est pas agi d'une arthrite traumatique, mais d'une lésion de nature inflammatoire.

Trois semaines après son accouchement, comme elle souffrait encore, elle se rendit chez un second médecin qui, constatant la tuméfaction

du poignet et des craquements persistants dans le genou, accusa les pertes blanches qui avaient augmenté à la fin de la grossesse. Cependant, il ne semble pas qu'il y ait eu de blennorragie contractée à ce moment; peut-être y eut-il une reviviscence des germes d'une infection maritale très antérieure (1902) sous l'influence de la grossesse ?

Les douleurs très modérées du poignet auraient persisté trois mois, gênant plus ou moins les mouvements; puis elles s'atténuèrent au point que la malade put reprendre son travail de ménagère et de modiste. Mais la déformation persistante du poignet la poussa dernièrement à demander de nouveaux conseils, ce qui l'amena à M. Arcelin. L'examen radiographique lui révéla une luxation du poignet.

Examen clinique actuel du poignet : la déformation prononcée du poignet est caractérisée par les traits suivants : l'axe de la main n'est plus dans l'axe de l'avant-bras ; la main est sur un plan plus antérieur. Le pouce lui-même a tourné en avant, et l'éminence thénar forme une saillie anormale dans la prolongation de la face antérieure de l'avant-bras et plus en dedans que normalement.

D'autre part, sur la face postérieure, le cubitus et le bord de l'extrémité inférieure du radius forment une double saillie anormale, très perceptible à la palpation, reconnaissable à la vue, quoique un peu dissimulée par le passage des tendons extenseurs et un léger empatement. Sur la face antérieure du poignet, on reconnaît une saillie anormale formée par les os du carpe, manifestement déplacés en avant. Leur saillie est aussi atténuée à la vue par les tendons fléchisseurs.

Si l'on regarde les deux mains par leur bord externe, on est frappé de l'épaississement antéro-postérieur du poignet malade. Au compas d'épaisseur, on trouve à droite 3 centimètre et demi ; à gauche 5 centimètres.

La main est raccourcie par suite du tassement du poignet de 4 centimètre à 4 centimètre et demi.

La déformation que nous venons de décrire est presque identique à celle de notre premier malade. Il n'y a pas à s'en étonner, puisque l'examen radiographique qui suit indique les mêmes lésions anatomiques fondamentales.

Examen radiographique. — Les épreuves ont été obtenues avec la technique suivante. Pour les radiographies de face, la face palmaire de la main était au contact de la plaque ; pour celles de profil, le côté radial du poignet contre la plaque. L'anticathode à 60 centimètres de la plaque, le rayon normal d'incidence passant par le centre du poignet.

I. RADIOGRAPHIE DE FACE.

Dans son ensemble, le poignet gauche paraît diminué de hauteur,

par comparaison avec le poignet droit. Si l'on mesure cette hauteur à droite et à gauche, en prenant divers points de repère, on constate que cette diminution est de 10 millimètres environ.

1° *Extrémités inférieures des os de l'avant-bras.* — Aucune modification particulière à signaler. La ligne bistyloïdienne a conservé sa forme. La trabéculatation de l'os semble normale. La différence de netteté d'avec le côté sain peut être attribuée simplement au gonflement des parties molles.

2° *Première rangée du carpe.* — Au lieu de se trouver placés en demi-cercle autour du grand os et de l'os crochu, les quatre os de la première rangée se sont véritablement disposés sur une ligne transversale. Le scaphoïde a perdu son orientation habituelle, il ne se présente pas par sa plus grande face, mais par un bout. D'autre part, il semble avoir abandonné ses rapports normaux avec le grand os. Au lieu de recouvrir le bord supéro-externe du grand os, il n'a conservé qu'un point de contact bien net avec le bord externe de ce grand os.

Le semi-lunaire, orienté différemment, ne recouvre plus l'extrémité supérieure du grand os, son ombre empiète largement sur celle du grand os et de l'os crochu. Cette constatation permet d'affirmer la luxation de la seconde rangée du poignet par rapport à la première. L'épreuve de profil complètera cette donnée.

Le pyramidal et le pisiforme sont rapprochés de l'apophyse styloïde du cubitus.

3° *Deuxième rangée du carpe.* — Les os de cette rangée ont conservé entre eux leurs rapports normaux. Mais, dans son ensemble, cette rangée s'est portée en haut. L'extrémité supérieure du grand os n'est plus recouverte par la concavité du semi-lunaire. Les ombres des extrémités supérieures du grand os et de l'os crochu recouvrent partiellement celle du semi-lunaire.

II. RADIOGRAPHIE DE PROFIL.

1° *Extrémités inférieures des os de l'avant-bras.* — Paraissent normales. Aucune modification ni comme forme, ni comme disposition, à signaler.

2° *Première rangée du carpe.* — Le scaphoïde, au lieu de se présenter, comme à l'état normal, oblique de haut en bas et d'arrière en avant, occupe une position transversale. Son extrémité antéro-inférieure semble avoir conservé des connexions avec le grand os, son extrémité postéro-supérieure avec le semi-lunaire. D'autre part, ce scaphoïde semble avoir été le siège de troubles trophiques, ses contours ne sont pas nets. On ne peut cependant pas dire qu'il a été fracturé. L'image radiographique ne fournit aucune donnée dans ce sens.

Le semi-lunaire occupe sa situation normale par rapport à la surface articulaire de l'extrémité inférieure du radius.

3° *Deuxième rangée du carpe.* — L'extrémité supérieure du grand os a quitté la concavité du semi-lunaire pour se luxer en avant. L'épreuve de profil montre admirablement la tête du grand os butant contre le rebord antérieur du semi-lunaire.

En résumé, l'examen radiographique de ce poignet indique une luxation en avant du grand os en tout point semblable à celle que nous avons décrite. Dans notre première observation, il s'agissait d'un traumatisme violent, avec fracture du scaphoïde. Dans cette seconde observation, le mécanisme est tout différent; cette luxation s'est produite pour ainsi dire spontanément à la suite d'un processus inflammatoire mal défini, sans traumatisme, sans phénomènes très douloureux. Le scaphoïde ne s'est pas brisé, il s'est contenté de pivoter sur lui-même pour permettre la luxation du grand os.

Si nous poursuivons l'examen clinique de la malade, nous constatons que tout l'avant-bras paraît plus gros que celui du côté opposé. Loin d'avoir de l'atrophie de l'avant-bras, on a une augmentation de volume certaine. La circonférence de l'avant-bras est, à 10 centimètres au-dessus de l'apophyse styloïde, de 23 centimètres à droite, de 25 centimètres à gauche. Au bras, la circonférence est la même des deux côtés. La longueur des os, humérus, radius et cubitus, n'est pas modifiée.

Les mouvements de ce poignet sont tous possibles sans douleur, mais seulement un peu limités. On sent dans ce poignet une sorte de craquement; ce n'est pas celui d'un dépoli articulaire, mais plutôt celui d'une laxité articulaire permettant des déplacements osseux.

Nous devons à l'obligeance de notre collègue, M. Thévenet, l'examen du système nerveux de la malade.

Le réflexe rotulien est augmenté à droite, diminué à gauche; le réflexe achilléen plutôt augmenté à droite, nul à gauche; le réflexe olécranien normal à droite, nul à gauche; le réflexe radial normal à droite, nul à gauche.

La sensibilité aux membres inférieurs est normale; aux membres supérieurs, normale au contact, sauf quelques erreurs paresthésiques à gauche.

De ce même côté, *diminution très nette de la sensibilité thermique.* Cette diminution cesse à la racine du membre.

Rappelons les douleurs fugaces, *sortes de douleurs fulgurantes*, dont se plaint la malade au bras gauche depuis de nombreuses années. Il n'y a pas de sensibilité anormale à la pression le long des nerfs de ce membre.

La force paraît normale, sauf un peu de diminution dans les mouvements de la main, qui peut être expliqué par la luxation.

Les mouvements de l'épaule et du bras sont normaux, ainsi que les mouvements des doigts.

Il n'y a pas d'atrophie musculaire apparente ; il y a, comme nous l'avons dit, une sorte d'épaississement des tissus, qui augmente le volume de l'avant-bras.

Un peu de rougeur de la peau à la main et à l'avant-bras gauche.

Il n'y a pas de troubles trophiques. L'ongle de l'index est déformé, mais du fait d'un panaris qui remonterait à l'âge de 9 ans.

Rien du côté de la face. Déglutition normale. Langue normale.

Vision normale. Ouïe diminuée à gauche (?).

Les pupilles réagissent à la lumière et à l'accommodation ; donc pas de signes d'Argyl Robertson.

Pas de signe de Romberg.

Rien à la colonne.

Le cœur est normal au point de vue des orifices, mais le pouls est rapide, 106 pulsations.

Il n'y a pas d'albumine, ni de sucre dans les urines.

Aucun signe appréciable de spécificité.

De l'ensemble de cet examen, M. Thévenet conclut qu'il ne s'agit pas de tabes, mais probablement d'une syringomyélie, dont la cause initiale échappe.

M. DESTOT. — On trouve dans le tabes, dans la tuberculose, dans tous les types d'arthrites, des luxations pathologiques du carpe qui présentent la physionomie qu'on observe sur les clichés de M. Goullioud ; mais ces faits n'ont rien de commun avec les cas traumatiques, qui sont d'une très grande rareté. Je ne connaissais jusqu'à ces derniers temps que le cas de M. Goullioud ; or, j'ai vu dernièrement, au Val-de-Grâce, un officier aviateur qui, à la suite d'une chute, avait une luxation médio-carpienne complète en avant, analogue à celle que M. Goullioud nous a présentée il y a quelques années. Dans toute la littérature, on ne peut trouver que deux cas authentiques.

Il y a quelque chose de particulier dans ces faits : c'est qu'on n'observe pas de compression nerveuse ; le malade que j'ai vu avait un poignet en Z pour ainsi dire, et ne présentait cependant aucun trouble trophique ; il avait une main en parfait état, des mouvements très étendus ; la luxation datait cependant de treize mois et n'avait pas été traitée ; l'indemnité qui lui a été attribuée a été de 10 p. 100, qui est réduite de moitié, ce qui constitue une très petite indemnité pour une grosse lésion du poignet droit.

Ces luxations médio-carpiennes spéciales, luxations en avant du grand os, ne sont pas du tout comparables à ce que nous observons dans les dislocations du carpe, où les troubles nerveux déterminés par le semi-lunaire luxé obligent à une résection secondaire.

M. TAVERNIER. — Je ne crois pas que le cas que vient de nous présenter M. Goullioud soit un cas banal ; les autres cas de luxations

pathologiques se produisent toujours comme les luxations traumatiques, c'est-à-dire le semi-lunaire en avant et le grand os en arrière; le cas que vient de nous présenter M. Goullioud est à déplacement inverse; il est, en outre, très particulier par la conservation et l'indolence des mouvements du poignet, qui éveillent l'idée d'artropathie nerveuse.

Séance du 23 janvier 1913

Présidence de M. A. POLLOSSON

L'HÉLIOTHÉRAPIE ARTIFICIELLE DANS LE TRAITEMENT
DES TUBERCULOSES EXTERNES.

M. VIGNARD. — Les résultats vraiment surprenants obtenus par l'héliothérapie et dont je vous ai montré des exemples l'année dernière m'ont poussé à chercher s'il serait possible, non pas de remplacer le soleil (mon ambition ne vise pas aussi haut), mais de trouver dans une source lumineuse artificielle des énergies analogues. En effet, l'insolation générale n'est pas à la portée de tout le monde ; elle n'est pas nécessaire à tous les cas ; elle est nuisible à quelques-uns, et enfin, dans les régions où elle se pratique, bien des journées sont perdues faute de conditions climatiques suffisantes.

Convaincu comme je l'étais, de l'efficacité réelle, personnelle, si je puis m'exprimer ainsi, de la lumière solaire en dehors de toutes autres conditions extérieures, je me suis mis en quête d'une lumière qui lui ressemblât. Très rapidement je me suis rendu compte que seules les lampes à vapeur de mercure présentaient les conditions requises. En effet, toutes les autres sources lumineuses : arc voltaïque, lampes Edison ordinaires montées en batteries comme dans l'appareil de Miramond de Laroquette ont le triple défaut de donner surtout des rayons calorifiques, non seulement inutiles, mais nuisibles, de dépenser beaucoup et de ne pouvoir atteindre qu'une intensité lumineuse relativement faible. Songez que dans un appareil comme celui de Miramond de Laroquette, 10 lampes de 16 bougies, soit 160 bougies, donnent facilement 100°, ce qui est énorme pour une aussi faible intensité lumineuse. Une pareille chaleur fatigue les malades et est sans action sur les lésions.

Les lampes à vapeur de mercure atteignent facilement 3.000 bougies avec une dépense et une chaleur insignifiantes à 30 centimètres. Mais ces conditions ne se réalisent que si le brûleur est à enveloppe de quartz, car l'enveloppe de verre ne pourrait résister à la température développée dans le brûleur ; seul le quartz la supporte. Et c'est pour cela que la *lampe* de Cooper Hewit, que nous voyons illuminer les entrées des cinématographes ou les ateliers de photographie, ne saurait convenir à un usage thérapeutique ; son intensité ne dépasse guère 900 bougies, ce qui est déjà quelque chose.

Malheureusement les lampes à vapeur de mercure et à brûleurs enveloppés de quartz donnent une quantité considérable d'*ultra-violet moyen*, c'est-à-dire des rayons chimiques à action nécrosante, superficielle il est vrai, mais intense. Or, vous savez que le spectre solaire contient de l'*ultra-violet ordinaire* à ondes très courtes et qu'un rien suffit à absorber. En outre, ayant besoin d'insoler des surfaces très larges, je ne pouvais me contenter de la lampe classique de Kromayer, beaucoup trop petite, très dangereuse pour la peau et dont les rayons sont peu pénétrants.

Des recherches patientes m'ont procuré la source lumineuse que je désirais : une *lampe ayant une grande surface d'éclairage et un spectre analogue au spectre solaire, avec très peu d'ultra-violet*. Avant d'en avoir la certitude scientifique, j'en ai acquis empiriquement l'assurance par des expériences faites sur moi-même et sur des malades et conduites avec une prudence extrême pendant un mois.

Dès lors, à partir du 15 juillet dernier, j'ai soumis à l'exposition de cette lampe, en des séances surveillées et graduellement allongées, la malade que je vous présente ici, et dont je vous résume l'observation :

OBSERVATION. — *Énorme spina-ventosa du premier métacarpien.*

Enfant de 13 ans. L'affection actuelle débuta vers le 1^{er} mai 1912. Peu à peu la malade a dû restreindre l'usage de son pouce gauche et bientôt abandonner son métier de guimprière. Le pouce a continué de grossir et finalement le médecin lui a incisé un gros abcès. A son entrée, le 3 juillet, la région du premier métacarpien et toute l'éminence thénar sont tuméfiées, très douloureuses ; l'enfant ne peut remuer son doigt et le moindre contact détermine des cris. Cette douleur est si vive que l'état général est altéré et que l'enfant dort mal et mange peu.

Une grosse fistule donne du pus en abondance; la radiographie montre la raréfaction de l'os et le soulèvement du périoste, classiques dans le spina-ventosa.

Exposition à la lampe. Au bout d'un mois les douleurs ont disparu, et à partir du 1^{er} décembre, c'est-à-dire au bout de cinq mois, l'état était ce que vous pouvez constater aujourd'hui. Toute tuméfaction, toute douleur ont disparu; la fistule s'est fermée, sans aucun traitement d'aucune sorte. La radiographie montre que l'os s'est densifié à nouveau, le périoste s'est raffermi et appliqué à nouveau sur l'os. Celui-ci s'est un peu tassé et tout est rentré dans l'ordre.

Voici donc un résultat que l'on peut considérer comme excellent et, je l'espère, comme définitif. Il a été obtenu par un procédé, je crois, inédit (1). En effet, on ne s'est, à ma connaissance, jamais servi de sources lumineuses aussi puissantes, aussi larges, et la *lampe de Kromayer*, presque uniquement utilisée, n'a jamais été employée que pour des lésions cutanées : *lupus*, *nævi*, *alopécie*, *acné*, etc. Je n'ai retrouvé trace nulle part de lésions tuberculeuses osseuses guéries par ce procédé.

Je sais bien qu'Albert Weill, de Paris, a publié dans les *Archives d'Électricité médicales* du 25 mai 1912, un mémoire très intéressant sur la guérison du spina-ventosa par les rayons X appliqués et dosés suivant une méthode particulière. Ces observations et les figures qui les accompagnent sont extrêmement démonstratives; mais la méthode est très longue, dangereuse pour la peau, inefficace, de l'avis même de l'auteur, quand il y a des abcès ou des fistules. Enfin il fait des réserves sur la stérilisation possible des cartilages de conjugaison des os en voie d'accroissement. Pour toutes ces raisons, la méthode que je vous présente me paraît préférable. Cette expérience heureuse comporte un certain nombre de déductions d'ordre général qui ne sont pas sans intérêt :

Vous savez qu'actuellement le traitement héliothérapique exige, si l'on veut qu'il soit réellement efficace, le bain de soleil général donné progressivement sur le corps nu. Or ici, il s'est

(1) Depuis cette communication, j'ai appris que MM. A. Lumière et le Dr Gélibert utilisent depuis un certain temps déjà une lampe de quartz à vapeur de mercure, d'un modèle d'ailleurs différent du mien et qu'ils ont obtenu par des irradiations directes d'ultra-violets, de bons résultats dans plusieurs cas d'ostéites tuberculeuses.

agi, bien entendu, d'une exposition purement locale et ressemblant beaucoup à ce que l'on faisait il y a longtemps déjà en conseillant aux patients d'insoler une région malade, et celle-là seule.

Il n'est pas douteux que cette héliothérapie localisée compte à son actif de nombreux succès. Mais cette constatation, loin de ruiner la conception et la pratique de l'insolation générale, me paraît de nature au contraire, à en préciser les indications. Je vais le faire, si vous me le permettez, à l'aide de deux autres exemples tirés de ma pratique de l'héliothérapie artificielle.

En même temps que la malade que je viens de vous présenter, mais depuis moins longtemps, j'ai exposé à la lampe une autre enfant atteinte d'un spina-ventosa du médius fistulisé, mais moins douloureux et moins volumineux que celui-ci.

Je fus très étonné de voir que le résultat ne répondait pas à mon attente ; actuellement, en effet, la guérison devrait être complète et je n'ai qu'une amélioration. En examinant l'enfant et en interrogeant la sœur, j'ai appris qu'elle toussait souvent, vomissait presque tous les jours et mangeait à peine.

L'auscultation m'a paru révéler des lésions pulmonaires nettes, et pour plus de précision je l'ai envoyée à notre collègue, le Dr Barjon, avec prière de la radioscooper et de l'ausculter.

Voici la note qu'il m'a remise :

Obscurité de presque tout le poumon gauche, surtout du tiers moyen, avec gros ganglions du hile et ganglions péri-bronchiques médiastinaux. En outre, râles humides d'infiltrations, dans toute la hauteur du poumon gauche.

J'ai omis de vous dire que sa température oscillait entre 38° et 39°.

Voilà certainement l'explication du résultat insuffisant que j'ai obtenu et qu'aurait aussi donné l'héliothérapie locale. Je suis persuadé — et j'en ferai l'expérience — que cette malade au grand air et au bain de soleil, dosé avec des précautions extrêmes, cicatriserait sa lésion digitale dans la mesure où s'amélioreraient son état pulmonaire et son état général.

Par contre, et je vous l'aurais présenté ici, s'il ne lui était arrivé un accident, j'ai insolé à la lampe un petit garçon atteint d'une tuberculose du poignet et du métacarpe avec cinq fistules.

Sa guérison n'était plus qu'une question de jours, lorsqu'il a pris, il y a une semaine, un érysipèle de la face. Mais chez celui-ci, malgré l'étendue des lésions, l'état général était excellent et le traitement local suffisait.

Une autre question se pose, c'est celle de la *pigmentation*. Je ne l'ai observée chez aucun de mes malades et je trouve ceci d'autant plus curieux qu'elle est due, dit-on, aux rayons chimiques du soleil et qu'elle est considérée en héliothérapie vraie comme un signe et un gage du bienfait de la cure et de l'approche de la guérison.

Or, les lampes à vapeur et à brûleur de quartz émettent des rayons chimiques, elles en donnent presque trop. Je pose là un point d'interrogation auquel je ne puis répondre.

Quant à la nécessité de la pigmentation, je n'y crois pas, je la crois plutôt indésirable, car elle constitue une sorte d'écran jaune qui ramène la lumière vers l'orangé et le jaune, c'est-à-dire vers la partie abiotique du spectre, allant du bleu au violet ordinaire.

Il m'a paru intéressant de vous signaler ces premières recherches. Je compte les poursuivre sur des lésions plus profondes, avec des sources lumineuses plus puissantes encore et je garde la conviction que sans voir éclipser le soleil on peut dans certains cas faire sans lui aussi bien que lui-même.

M. NIMIER. — Il y a une quinzaine de jours, à Briançon, j'ai vu faire beaucoup d'héliothérapie et avec grand succès, et il en est ainsi pendant toute l'année; si Briançon était en Suisse, il y aurait déjà certainement un institut héliothérapique.

M. POLLOSSON. — Je serais heureux de voir M. Vignard nous donner des indications plus précises sur ce qu'est la lampe qu'il emploie, l'intensité de la lumière, la durée des séances; d'autre part, quelles sont les discordances entre les idées admises sur la nocivité de ces rayons ultra-violets et la tolérance si grande qu'il a observée?

M. VIGNARD. — Je ne puis donner aucun détail précis sur la fabrication de la lampe en question, car l'usine qui la livre garde le secret le plus absolu sur les détails de fonte et de travail de son quartz. Tout ce que je sais, c'est que je craignais qu'elle donnât trop d'ultra-violet et qu'elle provoquât des brûlures graves. Ce n'est qu'empiriquement d'abord, et par des expériences répétées que je me suis convaincu qu'elle en donnait peu et réalisait au mieux les conditions du spectre solaire.

M. POLLOSSON. — Il serait intéressant que vous nous montriez cette lampe.

M. VIGNARD. — Je ne puis guère le faire qu'en photographie, car la lampe est très lourde et son transport présente d'énormes difficultés.

*
* *

FRACTURE MALLÉOLAIRE A FRAGMENT ANTÉRO-EXTERNE.
AUTOPSIE.

M. DESTOT. — La *Société de chirurgie de Paris* a discuté, du mois de juillet au mois de décembre, sur les fractures marginales postérieures, et cette question de pratique fort importante a montré combien de points de vue différents pouvaient être envisagés.

A Lyon, la fracture marginale postérieure est bien connue depuis 1899, et on prête peu d'importance aux théories pathogéniques. Le roman de Tillaux n'est pas considéré autrement que comme un moyen commode pour relier entre eux différents types de fractures du cou-de-pied.

On arrive facilement à se rendre compte que l'arrachement ne donne que de petits fragments osseux, alors que l'action d'un os contre un os provoque des éclats plus importants. En un mot, il ne viendrait à l'idée de personne de sacrifier les faits visibles et tangibles à une théorie fût-elle magistrale.

Aujourd'hui, on différencie nettement sur les bords du tibia des fragments marginaux antérieurs et postérieurs qui troublent l'équilibre tibio-tarsien, des petits fragments arrachés par les ligaments tibio-péroniers et qui ne sont que des accessoires du diastasis.

Il résulte de la discussion de la *Société de chirurgie de Paris* qu'on faisait une confusion entre le fragment de Tillaux, le fragment intermédiaire que l'on attribuait à Verneuil et le fragment postérieur que je montre depuis quinze ans.

Or, le fragment de Verneuil, intermédiaire, est le même que le diastasis de Volkman et le même que le fragment d'Astley-Cooper, Laborie, Follin, etc. ; c'est un gros éclat antéro-externe qui peut entraîner un déplacement du pied en avant en en dehors : l'astragale se loge entre les fragments tibiaux.

Le fragment postérieur comprend l'apophyse postérieure du

tibia et, lorsqu'il y a déplacement du pied, il se fait en arrière.

Quant au fragment de Tillaux, il est surtout expérimental et c'est à peine si on en présente quelques pièces. Mais il fait partie d'une théorie sacro-sainte et, alors que son importance pratique est nulle, qu'il n'est qu'un accessoire du diastasis tibio-péronier, on cherche à le joindre au fragment postérieur que j'ai décrit et qui, lui du moins, a une valeur pratique, puisqu'on sait qu'il aggrave le pronostic des fractures du cou-de-pied, trouble l'équilibre tibio-tarsien antéro-postérieur et exige une thérapeutique spéciale. Si on compulse les textes, on voit que Tillaux parle de son fragment pour la première fois en 1877, dans son anatomie topographique, alors que, dans son mémoire présenté par Gosselin à l'Académie, il n'en est pas fait mention. Le maître dit simplement que les ligaments tibio-péroniers arrachent « une partie de la face externe du tibia » ; mais alors, cruelle énigme, surgissent deux versions : M. Chabut tient pour un arrachement antérieur ; M. Thaon présente une pièce où le fragment est postérieur, et est obligé de convenir que l'écrasement pourrait bien l'avoir causé ; alors ce n'est plus un fragment de Tillaux. M. Souligoux est plus éclectique, puisqu'il présente une fracture à deux fragments : un petit antérieur et un gros postérieur. De toute façon, qu'il soit antérieur ou postérieur, jamais le maître n'a considéré son fragment que comme un accessoire du diastasis tibio-péronier, dû à l'arrachement du tibia par le ligament. Nulle part il n'est fait mention ni de la luxation récidivante primitive ou secondaire du pied en arrière ; nulle part la lésion de la surface portante du tibia n'est indiquée ; et c'est pourquoi le fragment postérieur que j'ai décrit se différencie nettement du fragment de Tillaux.

J'ai eu la bonne fortune de trouver sur une table de la Faculté un pied qui avait échappé au service de M. Vallas, en raison des fêtes du Jour de l'An et par suite des règlements administratifs des autopsies. Il s'agit d'un homme qui avait été tamponné par une automobile et qu'on apporta au service de garde avec un gros fracas thoracique et une fracture bi-malléolaire. Il mourut deux heures après son entrée chez M. Vallas ; on me l'avait signalé et mon élève Billet fut assez heureux pour le retrouver à la Faculté.

Voici ces pièces. On constate une fracture absolument comparable à la figure 14 du livre de Chaput et qui représente une pièce expérimentale de Tillaux. Enorme fracture de la malléole interne remontant obliquement plus haut que sa base. Arrachement du tubercule antérieur du tibia sur une hauteur de 2 centimètres, d'un copeau mince. Fracture du péroné esquilleuse à 5 centimètres au-dessus de la pointe. En arrière, on constate que le ligament tibio-péronier postérieur est désinséré dans sa plus grande partie. Il n'y avait, sur la peau, aucune trace de choc direct, ni coupure, ni éraflure. Le pied était en valgus. Des suffusions sanguines remontaient le long du tibia, dans les interstices musculaires.

Les radiographies qui ont été faites avant la dissection montraient bien les lésions; mais il était impossible de trouver exactement le fragment antéro-externe sur le cliché de profil.

Sur le cliché de face, la lecture était difficile; le tibia paraissait tronqué en dehors. Au lieu de présenter un tubercule antérieur arrondi, faisant ombre sur le péroné, on voyait les deux lèvres de la gouttière rectilignes, séparées par un petit espace, comme si elle était rétrécie, et, sur l'ombre du péroné, on voyait une tache, mais sans forme caractéristique, qui répondait au tubercule arraché. Malgré la précaution de prendre le pied en valgus, le diastasis ne paraissait pas énorme et cependant l'arrachement du tubercule antérieur et la désinsertion du ligament postérieur rendaient la malléole externe très mobile.

Je tiens à vous signaler l'intérêt de cette pièce. Les autopsies de fractures sont rares; celle-ci est un peu anormale en raison de l'importance de la fracture de la malléole interne qu'on ne voit pas aussi volumineuse d'ordinaire, et par la constatation d'un fragment antéro-externe qui est rare. D'ailleurs, sur le cliché, la forme particulière des lèvres de la gouttière, l'absence de renflement du tubercule antérieur que l'on voit si nettement d'ordinaire sur l'ombre du péroné, permettraient de faire le diagnostic. Naturellement, les conditions de l'accident n'ont pas permis d'avoir de plus amples détails sur la pathogénie de la fracture; mais c'est, à n'en pas douter, surtout en confrontant la pièce avec le dessin du livre de Chaput, une fracture Dupuytren bas avec fragment de Tillaux. Le trait de fracture du péroné siégeait immédiatement au-

dessus des ligaments tibio-péroniers et il n'y avait pas de fissure dans l'articulation tibio-péronière, et la malléole externe était intacte.

*
* *

DEUX OBSERVATIONS DE MYOMECTIONIE ABDOMINALE :
RÉSULTAT ANATOMIQUE ET RÉSULTAT CLINIQUE.

M. PATEL. — J'ai l'honneur de vous présenter deux cas de myomectomie abdominale; l'un constitue un résultat anatomique que l'on a rarement l'occasion de constater; l'autre est un résultat clinique.

OBSERVATION I. — La première observation a trait à une femme de 29 ans, M^{me} M..., que j'ai opérée le 21 septembre 1912, dans le service du professeur Pollosson, que j'avais l'honneur de suppléer. Cette malade, jeune veuve, était porteuse d'un fibrome utérin volumineux, qui lui amenait des métrorragies et des troubles de compression abdominale; elle se savait atteinte de cette affection, diagnostiquée chez elle à plusieurs reprises, et voulait se faire opérer. Désirant se remarier, n'ayant jamais eu d'enfant, elle avait manifesté le désir de conserver intact son appareil génital. M. Pollosson, consulté à ce sujet, avait conclu à l'intervention, et conseillait une myomectomie, si la chose était possible.

Cliniquement, le fibrome paraissait faire corps complètement avec l'utérus et remontait à mi-distance de l'ombilic au pubis. La tumeur était dure, mobile, non bosselée, le fond utérin n'était pas perceptible. La malade, jeune, paraissait bien portante.

L'opération eut lieu le 21 septembre 1912. Incision transversale de Pfannenstiel; la tumeur, une fois extériorisée, on constate que le fibrome faisait une très forte saillie sur la face antérieure de l'utérus; il ne s'agissait pas d'un fibrome sous-péritonéal, mais d'un fibrome interstitiel, recouvert par la musculature utérine. L'utérus fut incisé longitudinalement; les deux lèvres de la plaie écartées, la coloration blanchâtre du fibrome apparut; saisi avec un tire-bouchon, il fut extériorisé facilement; de nombreuses pinces hémostatiques durent être placées, car l'hémorragie était assez abondante. L'énucléation faite, on vit la cavité utérine largement ouverte. La section de l'utérus fut régularisée de façon à le reconstituer avec ses dimensions normales. Suture de la muqueuse, capitonnage de la musculature; suture péritonéale. Le fibrome enlevé pesait 550 grammes et ne présentait rien de particulier. Les suites opératoires furent des plus simples; la malade

présenta seulement au troisième jour un 39°2, puis la chute se fit rapidement. Elle quittait l'hôpital le 4 octobre 1912.

Cette malade revint se montrer dans le service le 16 décembre 1912 ; elle se sentait bien ; ses règles étaient revenues régulièrement, elle se déclarait tout à fait satisfaite. Elle disait cependant qu'elle toussait depuis quelques jours. En l'auscultant, je fus très surpris d'entendre des râles fins diffus sur toute la hauteur du poumon ; je lui conseillais d'entrer à l'Hôtel-Dieu, dans un service médical. M. Pic fut appelé à la soigner ; les signes pulmonaires évoluèrent avec une rapidité surprenante, et l'analyse de ses urines, faite à ce moment, montra une quantité considérable de sucre. La malade était diabétique depuis longtemps ; elle le savait, mais elle avait eu soin de le cacher, pour qu'on ne lui refuse pas une opération. L'analyse n'avait pas été faite dans le service gynécologique ; rien ne venant particulièrement attirer l'attention de ce côté. Bref, une pneumonie caséuse survint, emportant rapidement la malade.

Grâce à l'obligeance de M. Pic et de M. Blanc-Perduet, son interne, je pus assister à l'autopsie de cette femme et recueillir la pièce que je vous présente. Je dois tout d'abord dire que l'incision des différents plans de la paroi abdominale montra une reconstitution parfaite de l'aponévrose et du muscle ; il était impossible de reconnaître la trace de l'intervention. Aucune adhérence intestinale ou épiploïque au voisinage de l'appareil génital. L'utérus, comme vous le voyez, a son aspect absolument normal ; il est plutôt petit, sans cicatrisation extérieure apparente ; c'est seulement sur le fond qu'une petite étoile cicatricielle, blanchâtre, vient indiquer la trace de l'opération. A l'intérieur, la cavité utérine est conservée, sans sténose, ni irrégularité. En somme, l'appareil génital est absolument intact.

Ce résultat est également intéressant du fait que la malade était une grande diabétique. Il est certain que si la constatation de la glycosurie avait été faite, l'abstention aurait été certaine, et, en tout cas, je n'aurais pas choisi une intervention longue et complexe comme la myomectomie. Il est curieux de noter que jamais suites opératoires ne furent plus simples.

Obs. II. — La seconde observation a trait à une femme de 34 ans, qui était porteur d'un volumineux fibrome utérin depuis un an ; elle avait de fréquentes métrorragies ; l'indication opératoire était très nette. La malade, n'ayant jamais eu d'enfants, manifestait le désir de conserver son appareil génital.

L'opération fut faite le 29 septembre 1912, dans le service du Prof. Pollosson. Incision longitudinale médiane, étant donné le volume de la tumeur. Celle-ci extériorisée, je vis que le fibrome était volumineux, mais unique ; il n'était pas non plus sous-péritonéal, mais interstitiel. La coque utérine fut fendue longitudinalement et le fibrome fut extirpé. Etant donné son volume (il pèse 1.050 grammes), la surface suintante était très étendue ; aussi, la paroi utérine dut-elle être réséquée sur une vaste surface. La suture des trois couches fut difficile, surtout au niveau du col. Une fois terminée, l'utérus était un peu grand et déformé, mais cependant sans élément pathologique étranger.

Les suites opératoires furent simples ; malgré une légère suppuration de la paroi, la malade quitta l'hôpital le 17 octobre 1912, dix-huit jours après son opération.

Depuis, la malade va bien ; elle ne souffre plus et n'a plus de métrorragies. Elle a été réglée régulièrement, la première fois, le 24 octobre.

Aujourd'hui, comme vous le voyez, cette malade est très bien portante. Localement, l'utérus est un peu gros, dépasse de deux travers de doigt le bord supérieur du pubis ; il n'est pas douloureux. Les règles sont revenues régulièrement quatre fois sans douleur. Je crois que le résultat fonctionnel et anatomique est actuellement aussi parfait que possible.

M. POLLOSSON. — Parmi les malades dont vient de parler M. Patel, l'une m'était connue, et c'était moi qui avais posé l'indication de la myomectomie, indication que je ne pose que rarement. Il y a quelques jours pourtant, je viens d'en pratiquer une autre pour un myome de la face antérieure de l'utérus que j'ai énucléé. Voici sa feuille de température : la courbe est sensiblement celle que l'on a dans la plupart des opérations abdominales actuelles, c'est-à-dire qu'elle ne dépasse pas 38° le deuxième ou le troisième jour et qu'elle descend au-dessous de 38° à partir de ce moment.

Mais je reviens à ce que je disais : je trouve que le nombre des myomectomies ne va pas en augmentant d'une façon sensible ; lorsqu'on recherche les indications, on voit qu'elles dépendent de causes locales et de causes sociales ; il faut avoir affaire à des femmes jeunes, mariées ou désirant se marier et désirant avoir des enfants ; or, le plus souvent, les myomes n'évoluent guère avant 30 ans, et la plupart du temps les femmes qui en portent déclarent d'emblée ne pas désirer plus d'enfants qu'elles n'en ont ; il y a, d'autre part, une catégorie de malades qui pourraient fournir des indications et qui n'en donnent pas cependant : c'est celle des célibataires, des religieuses, chez lesquelles

le fibrome est fréquent, mais chez lesquelles il n'y a pas de raison de discuter l'opportunité d'une myomectomie.

Si le nombre des myomectomies n'a pas changé, par contre ce qui a changé beaucoup dans ces dernières années, c'est la qualité des résultats que fournit l'opération ; il y a huit ou dix ans, la plupart des myomectomies donnaient des complications infectieuses ou des hémorragies, et les statistiques étaient mauvaises ; grâce sans doute à une asepsie meilleure, grâce à l'utilisation des gants, et peut-être aussi à l'emploi d'un catgut meilleur et d'une hémostase plus soignée, on peut maintenant, sans danger, proposer l'opération conservatrice.

Quels sont les résultats de la myomectomie au point de vue de la fécondation ? Le nombre d'observations que j'ai pu suivre n'est pas bien considérable : une femme que j'ai opérée il y a une dizaine d'années, était mariée et avait eu un enfant qu'elle avait perdu ; elle était plus désireuse qu'une autre d'avoir une nouvelle maternité ; elle est restée six ou huit ans stérile et c'est au bout de ce temps que je l'ai examinée ; j'ai trouvé un gros myome qui plongeait dans le pelvis et remontait sur le col très en avant ; il était une cause de stérilité évidente et si, par hasard, une fécondation avait eu lieu, il aurait été une cause de dystocie absolue. Cette femme a eu, depuis son opération, deux enfants et les accouchements ont été normaux ; j'ai eu l'occasion de la revoir ; elle n'a pas eu de récurrence de son myome.

C'est donc un cas très encourageant au point de vue de la myomectomie, mais je reconnais que c'est un cas assez rare ; d'une façon générale, les myomes produisent la stérilité ; par contre, je ne connais pas de cas dans lesquels les myomes aient provoqué des avortements.

Séance du 30 janvier 1913

Présidence de M. A. POLLOSSON.

CORPS ÉTRANGER DU CŒUR. ABLATION. GUÉRISON.

M. LERICHE. — J'ai l'honneur de vous présenter un petit garçon de 9 ans et demi, auquel j'ai eu l'occasion d'enlever, il y a trois semaines, une aiguille de 4 centimètres qui était logée dans l'oreillette gauche.

OBSERVATION. — A l'occasion du Jour de l'An, cet enfant avait reçu un aimant dont il s'amusait beaucoup ; il le portait constamment sur lui, avec une cargaison d'aiguilles et d'épingles piquées à sa veste.

Le 7 janvier, vers 11 heures du matin, il tomba en courant. Il revint immédiatement vers sa mère en se plaignant que quelque chose l'avait piqué dans la région du cœur. En le déshabillant, la mère trouva, au niveau du troisième espace intercostal, une petite saillie pulsatile, qui était rythmée par les battements du cœur, et qui paraissait bien être le fait d'une aiguille cachée sous la peau qu'elle soulevait.

Elle amena son enfant à l'hospice de la Charité dans l'après-midi ; il fut reçu dans le service de M. Nové-Josserand où M. Favre, interne des hôpitaux, le vit peu après.

A ce moment, il n'y avait aucun signe fonctionnel inquiétant. La respiration et le pouls étaient normaux, mais l'enfant était un peu agité : à l'examen, au niveau du troisième espace, à gauche du sternum, une pointe saillante de 5 ou 6 millimètres soulevait la peau. Au dire de la mère, elle avait diminué depuis le matin, mais elle battait toujours autant. Elle était en effet animée d'oscillations régulières qui ne laissaient guère place au doute, aussi M. Favre pensa-t-il qu'il y avait lieu d'aller voir ce qu'il en était ; il me fit prévenir, et à 4 heures du soir, j'étais auprès du petit malade dont l'état paraissait bon ; à deux travers de doigt du sternum, je trouvai un petit soulèvement acuminé qui battait régulièrement, mais cette saillie était à peine perceptible ; on sentait au doigt qu'il y avait quelque chose, mais on n'au-

rait pu dire ce que c'était si on ne l'avait su. M. Favre trouva qu'en l'espace d'une heure, le soulèvement avait sensiblement diminué, cependant personne ne l'avait touché.

Malgré l'absence de signes inquiétants, je fis transporter le malade dans la salle d'opérations et, sous anesthésie à l'éther, je fis une incision juste en dessous de la saillie qu'on ne percevait presque plus et qui ne battait que très faiblement. La peau avait été nettoyée par un badigeonnage de teinture d'iode que j'avais fait moi-même; il n'y avait eu aucune manœuvre susceptible de faire disparaître le corps étranger. Une fois la peau incisée, j'en soulevai la lèvre supérieure, pour chercher à atteindre le bout supérieur de l'aiguille, mais il me fut impossible de rien voir, ni aiguille, ni battements; j'explorai tout autour, me demandant s'il n'y avait pas eu erreur; lorsque j'aperçus que le cartilage costal présentait un tout petit point noir; sur le moment, il me parut (à tort ou à raison) que ce devait être la marque du passage de l'aiguille; j'isolai donc le cartilage, je glissai sous lui un instrument moussé, mais je ne sentis rien; il n'y avait pas trace de corps étranger. Voulant en avoir le cœur net, je fis au bistouri la résection du cartilage costal, mais malgré cela je n'aperçus toujours absolument rien d'anormal; j'écartais alors les fibres du muscle triangulaire et je vis que le cul-de-sac pleural, jusque-là masqué, portait une minuscule perforation correspondant à un trou d'aiguille. Il était manifeste, d'autre part, qu'il se faisait là un appel d'air et un peu de pneumothorax. Avec un tampon je réclinai la plèvre sans l'ouvrir et sans m'occuper plus du trou insignifiant que je venais de constater pour découvrir le péricarde sous-jacent. Sur la face antérieure de celui-ci, en un point qui correspondait à la perforation pleurale, il y avait un petit trou par lequel suintait une rosée rouge, qui montait sans interruption. Il n'y avait pas à hésiter, l'aiguille était entrée dans le péricarde. Je n'avais alors qu'un jour assez étroit n'ayant réséqué qu'un cartilage costal; c'était insuffisant pour manœuvrer à l'aise dans la profondeur: je fis ganter M. Fayolle, l'interne du service qui arrivait, et après avoir sectionné les deux cartilages costaux sous-jacents, je fis récliner fortement le lambeau en bas. J'avais alors un jour très suffisant pour inciser le péricarde, ce qui fut fait au niveau du point qui saignait; par la brèche, je mis la main dans la cavité qui renfermait une demi-cuillerée de sang. En examinant les ventricules, il me fut impossible de rien apercevoir d'anormal; en les prenant à pleine main, je ne sentis rien; mais comme je remontais sur l'oreillette gauche, j'eus tout d'un coup sur le bord gauche du cœur la sensation de tenir entre le pouce et l'index l'aiguille qui était placée de champ dans la cavité cardiaque. Je fixai alors la paroi cardiaque avec mes deux doigts, en la plaquant contre les plans postérieurs, puis avec un bistouri, en grattant la paroi musculaire, j'arrivai à faire saillir l'aiguille qui fut

retirée par M. Favre avec une pince. Un catgut fin fut mis sur le muscle qui saignait un peu, puis le péricarde fut suturé à points séparés et la paroi refermée sans drainage.

Dans la nuit, l'enfant eut une dyspnée extrêmement intense avec affolement du pouls, mais malgré tout il donnait l'impression de quelqu'un qui se défendait très bien.

Voici, du reste, les suites opératoires, très minutieusement notées par M. Favre :

A 7 heures du soir, le 7 janvier. — L'enfant agité se plaint de son pansement qui, dit-il, le serre trop; sensation d'étouffement. Pas de cyanose. Pas d'emphysème sous-cutané. Pouls à 100-110, régulier. Oxygène.

A 8 heures 1/2, le 7 janvier. — L'enfant est plus calme. Respiration difficile à trois temps : une grande inspiration, deux expirations poussées. Pouls à 100-110, régulier. On fait un demi-centigramme de morphine.

A 11 h. 1/2. — Rien de spécial. Transpirations abondantes.

A 4 heures du matin, le 8. — L'enfant a une crise de dyspnée très prononcée; il est agité, inquiet; il dit étouffer. Le pouls est filant à 120, mais régulier. La respiration se fait en trois temps. On ne constate pas d'emphysème sous-cutané, ni d'épanchement pleural expliquant ces manifestations. A nouveau on fait un demi-centigramme de morphine et on donne de l'oxygène. Température 37°.

A midi, le 8. — L'enfant a dormi depuis le matin; il est plus calme; le pouls est à 120, régulier, bien frappé. La respiration est moins précipitée, il n'y a pas d'emphysème sous-cutané. La température est de 38°6.

A partir du deuxième jour, les suites furent aussi simples que possible. La température qui avait atteint 39°2, le 8 au soir, redescendit en lysis et trois jours plus tard, elle était normale définitivement.

Le 14, les fils furent enlevés.

Le 20, l'enfant fut autorisé à se lever, étant complètement guéri.

A l'auscultation, mon ami Mouriquand n'a pu trouver trace de ce qui s'est passé.

Il y a actuellement 23 jours que l'accident est arrivé.

J'ai cherché dans la littérature des observations de ce genre, et, dans mes recherches un peu sommaires, je n'ai trouvé que le classique mémoire de Loison, publié dans la *Revue de Chirurgie*, en 1899 (1). C'est d'ailleurs ce travail que citent tous les ouvrages récents en France et à l'étranger.

(1) LOISON. Des blessures du péricarde et du cœur et de leur traitement. *Revue de Chirurgie*, janvier 1899. p. 49.

Loison a réuni 23 observations de plaies du cœur et du péricarde par aiguille. Dans 6 de ces cas, il relève des symptômes identiques à ceux présentés par mon petit malade, l'existence d'une petite élevation de la paroi avec battements isochrones au pouls ; plusieurs fois on a noté la disparition progressive de l'aiguille, il existe même une observation de Foy, dans laquelle, après incision du péricarde, on vit l'aiguille s'enfoncer à chaque systole et disparaître dans le ventricule sans qu'on ait pu arriver à l'arrêter. Sur les 23 cas, il y a eu 9 guérisons (2 fois sans qu'on ne soit arrivé à retirer l'aiguille, 7 fois avec extraction de l'aiguille) et 14 morts, soit 60,8 p. 100 ; presque tous les décès ont eu pour cause une hémorragie intra-péricardique plus ou moins tardive, généralement dans les dix jours.

Dans les cas où l'on est intervenu, presque toujours l'extraction a été tentée par des mouvements de reptation ou après incision des plans superficiels ; Loison ne cite que quatre cas dans lesquels on alla jusqu'au péricarde, ou jusqu'au cœur, sans d'ailleurs arriver dans aucun de ces cas à retirer l'aiguille.

Il est probable que, depuis 1899, l'extraction intra-péricardique d'aiguille a dû être faite plusieurs fois. Mais ni Terrier et Raymond dans leur rapport, ni Lenormant dans ses travaux sur les plaies du cœur, ni Sauerbruch dans sa *Chirurgie du Thorax*, ni Küttner dans son livre récent, ni Schwartz dans son traité publié l'an dernier, n'en citent de cas nouveaux.

Au reste, cela importe peu : il s'agit évidemment de faits exceptionnels.

Dans mon observation, je voudrais relever trois choses :

1° L'avalement progressif de l'aiguille entraînée par les mouvements cardiaques.

2° Le siège de l'aiguille : en opérant, j'ai cru qu'elle était dans l'oreillette gauche ; à la réflexion et après avoir regardé les planches des traités d'anatomie, je me demande si je ne me suis pas trompé et si ce n'était pas dans le ventricule gauche qu'elle était fixée. D'après les livres, en effet, l'oreillette gauche est peu accessible ; pourtant, j'avais eu l'impression d'une paroi mince, plus mince que ne l'était celle du ventricule. Je laisse donc ce point en suspens.

3° Le jour que m'a donné la simple résection d'un cartilage

costal avec section des deux suivants. J'ai pu sans difficulté (avec deux aides, mais avec une instrumentation de fortune) manoeuvrer dans le péricarde et le suturer. C'est donc un bon procédé d'abord du cœur.

J'ai taillé deux fois de grands volets thoraciques pour des plaies du thorax, cela se fait vite, mais cela ne donne pas plus de jour que la résection d'une côte avec section des cartilages voisins ; le délabrement est plus grand, au point de vue pleural c'est plus traumatisant ; le procédé que j'ai employé cette fois-ci est préférable, car il ne fait que des dégâts insignifiants.

M. CONDAMIN. — Est-ce que M. Leriche n'a pas eu la tentation de faire radiographier son malade ou bien n'en a-t-il pas eu le temps ? Il me semble que la radiographie aurait pu me donner un renseignement précieux.

M. LERICHE. — Ma première pensée, lorsqu'on m'a appelé pour une aiguille enfoncée dans le thorax, a été de demander une radiographie immédiate, mais il me fut impossible d'avoir même une radioscopie. J'ai dû prendre une décision sans avoir la certitude absolue ; pourtant, étant donnée la présence dûment constatée d'une petite pointe saillante avec battements, je n'ai guère hésité à aller de l'avant sans attendre le lendemain.

M. POLLOSSON. — J'ai gardé le souvenir d'une singulière plaie du cœur que j'ai observée il y a longtemps déjà et qui n'a jamais été publiée.

Il s'agissait d'un petit malade de 8 à 10 ans, qui avait reçu un coup de couteau dans la région précordiale en s'amusant avec un camarade.

La lame était entrée dans un espace intercostal, le troisième ou le quatrième, je ne me souviens pas très bien. Le couteau avait été retiré de suite, on ne savait même pas dire à quelle profondeur il était entré. On sentait les battements du cœur avec la plus grande intégrité ; la pointe du cœur était nettement perçue ; le pouls était bon. Je fus surtout préoccupé par l'idée d'une hémorragie pleurale que je recherchai vainement ; je me bornai donc à mettre le malade au repos absolu, ne voyant rien à faire au point de vue chirurgical.

Le lendemain, l'état était un peu moins bon ; l'enfant avait l'air d'avoir un peu de shock, mais, malgré un nouvel examen, je ne vis rien encore du côté du thorax, qui me préoccupait plus que le reste, et rien de particulier du côté du cœur.

Le surlendemain, quarante-huit heures après l'accident, le petit malade succomba. Sa mort me surprit beaucoup, étant donné le carac-

tère constamment négatif des examens très attentifs que je viens de rappeler ; elle me paraissait complètement inexplicable.

A l'autopsie, je vis que le couteau était venu, au travers de l'espace intercostal, inciser le péricarde pariétal, de telle façon que les bords accolés semblaient presque réunis ; mais la pointe était venue blesser l'aorte dans sa portion intra-péricardique, faisant là une coupe de un centimètre ou un peu plus, parallèle à des fibres musculaires, perpendiculaires à la direction axiale de l'aorte ; par cette plaie, s'était faite, secondairement, une hémorragie intra-péricardique assez abondante pour donner des phénomènes de compression mortelle.

N'est-il pas surprenant de voir, avec une ouverture large de l'aorte, une survie aussi longue ?

Peut-être y a-t-il eu un accoïement mécanique du péricarde sur la blessure ; en tout cas, le malade n'a eu aucun phénomène clinique d'hémorragie et de compression.

M. TAVERNIER. — N'y avait-il pas plutôt une blessure incomplète de l'aorte, qui serait complétée ensuite ?

M. POLLOSSON. — C'est possible, mais, à l'autopsie, rien ne l'indiquait.

M. BÉRARD. — A propos de la durée de survie de ces malades et des caractères paradoxaux de certaines plaies du cœur, j'ai publié, avec Viannay, l'observation d'un infirmier de la Charité qui, voulant se suicider, s'était tiré une balle de revolver dans la région du cœur. Nous l'avons opéré, avec Viannay, dans l'intention de lui faire une suture de la plaie si nous avons constaté une hémorragie péricardique abondante. Nous avons incisé le péricarde à minuit, alors que l'infirmier s'était tiré cette balle à 8 heures du soir. Nous avons trouvé, dans le péricarde, une cuillerée à soupe de sang ; rien ne jaillissait des parois visibles du cœur, si bien que nous n'avons pas poursuivi plus longtemps notre examen. Le malade a survécu jusqu'au lendemain à 10 heures. A l'autopsie, nous avons trouvé une plaie du ventricule droit, une plaie de la cloison interventriculaire, une plaie du ventricule gauche, une plaie de la plèvre et du poumon gauche. Il y avait, dans la plèvre, un demi-litre de sang ; dans le péricarde, il n'y en avait pas un verre à bordeaux. On a signalé assez fréquemment des faits analogues après les plaies pénétrantes des ventricules.

M. LERICHE. — Les cas de survie paradoxale après des blessures de l'aorte sont peut-être à rapprocher des longues survies que l'on observe après la rupture de certains anévrysmes ; on sait bien que dans les anévrysmes qui se rompent la mort n'est pas immédiate et que le sang s'enkyste en quelque sorte dans une fausse poche qui, secondairement, se crève, quelquefois tardivement. Cela ne se voit pas qu'au niveau des

membres. On le voit aussi au niveau de l'aorte, et j'ai eu l'occasion, l'été dernier, dans le service de M. Poncet, d'opérer, avec M. Cotte, un cas de ce genre.

Il s'agissait d'un homme de 45 ans environ, qui, depuis quelques semaines, s'était cachectisé rapidement et qui souffrait terriblement dans le flanc gauche où l'on trouvait une volumineuse tumeur mate. Elle paraissait bien limitée, mais plongeait dans la profondeur. Elle battait, mais à l'exploration clinique, les pouls fémoraux étaient synchrones. Le diagnostic resta en suspens entre tumeur de rein et anévrisme sacciforme de l'aorte. Pour parer à tout, je préparai, indépendamment de ce qu'il fallait pour une suture vasculaire, des plaques de caoutchouc, pour faire, au besoin, ce rapiécage provisoire de l'aorte que Tuffier et Carrel ont montré possible, et j'intervins avec M. Cotte par une laparotomie latérale. Par voie sous-péritonéale, nous pûmes isoler une grosse tumeur ressemblant à un cancer vasculaire du rein. Plus nous allions, plus ce diagnostic paraissait se vérifier. Toute la face postérieure de la tumeur était clivée et j'avais les doigts entre elle et la colonne vertébrale pour en embrasser le pédicule, lorsque tout d'un coup un flot de sang jaillit sous ma main; le diagnostic d'anévrisme s'imposait brutalement; pour arrêter l'hémorragie et voir ce qu'il en était, j'enfonçai de suite le poing dans la cavité; l'hémorragie s'arrêta. Nous pûmes alors débarrasser la plaie du sang et des caillots qui l'encombrent et regarder à loisir. Il s'agissait d'une énorme poche anévrysmale, j'avais le poing dans l'aorte, dont l'onde sanguine venait battre sur ma main et il était manifeste qu'on ne pouvait rien faire pour obturer la perte de substance. Je retirai donc mon poing et la mort survint en quelques secondes.

A l'autopsie, nous avons trouvé un volumineux anévrisme de la fin de l'aorte, au-dessous des artères rénales. La poche qui avait un orifice de communication trop volumineux pour pouvoir être oblitéré, était à cheval sur l'aorte, mais se développait plus à gauche qu'à droite. De plus, à gauche, elle était déchirée sur une étendue assez large et, à cette déchirure, faisait suite un faux sac individualisé aux dépens du tissu cellulaire sous-péritonéal en refoulant le rein devant lui; sa face postérieure était au-devant de l'aponévrose du carré des lombes et du psoas. Cette deuxième poche, ayant les dimensions d'une tête d'adulte, était si résistante que nous avons pu la cliver comme une vraie poche kystique et la déhiscence qui s'était produite était juste au niveau de l'entrée dans le sac vrai.

Le travail de cheminement de cet anévrisme faux consécutif expliquait bien les douleurs intolérables que le malade avait endurées pendant près de deux mois, mais il était surprenant de voir comment il avait pu survivre dans de telles conditions.

M. DURAND. — Il vient d'être parlé de trois choses bien distinctes :

M. Leriche a rapporté un cas d'*anérysme faux consécutif* développé dans le tissu cellulaire rétro-péritonéal par suite de la rupture d'un *anérysme vrai* de l'aorte. Cette lésion aurait eu, par elle-même, des caractères exactement pareils si elle s'était produite au niveau d'une artère d'un membre.

M. Bérard nous a rapporté un cas de plaie du cœur avec hémorragie relativement minime et lente : c'est là un caractère bien classique des plaies du cœur que nous avons tous constaté, ceux au moins qui ont eu l'occasion d'observer des plaies cardiaques. Il est à peine besoin de rappeler que c'est à ce caractère très particulier des plaies cardiaques que nous devons la possibilité de faire utilement la suture du cœur.

Le fait de M. Pollosson, plaie de la portion intra-péricardique de l'aorte, me paraît très exceptionnel et plein d'intérêt ; il est très important de savoir que cette lésion présenta sous les yeux de M. Pollosson le symptôme d'hémorragie lente et peu abondante qu'on trouve dans les plaies cardiaques.

*
*
*

FRAGTURE COMPLIQUÉE DU CALCANÉUM. RÉSECTION IMMÉDIATE. GUÉRISON AVEC EXCELLENT RÉSULTAT FONCTIONNEL.

M. LERICHE. — J'ai l'honneur de vous présenter un homme de 24 ans auquel j'ai fait une résection du calcaneum, le 27 avril 1912, pour une fracture compliquée de cet os.

La rareté des cas de ce genre (1) et l'excellence du résultat obtenu m'ont déterminé à vous amener ce blessé.

Voici son observation :

OBSERVATION. — François Auguste, 24 ans, entre le 27 avril 1912 au service de garde de l'Hôtel-Dieu, à la suite d'un accident grave survenu le 25 avril. Ce jour-là, il travaillait sur un toit à 12 mètres de hauteur, lorsque le toit s'effondra ; il fut précipité sur le sol et tomba droit sur ses pieds. Il ne perdit pas connaissance, et resta immobile sur place. De suite, on constata une blessure du pied gauche, pour laquelle on l'adressa à l'Hôtel-Dieu sous pansement épais.

Je l'examinai le 27, à 4 heures du soir, 48 heures après l'accident : le pied droit est normal, simplement contusionné et ecchymotique. Le pied gauche est énorme, violacé, œdémateux et tuméfié : à la partie

(1) RENAUT. Du traitement des fractures compliquées du calcaneum. Thèse de Lyon, décembre 1912.

interne, dans ce qui correspond à la gouttière calcanéenne interne, une large déchirure des téguments laisse passer un gros fragment osseux, cunéiforme. Le calcanéum est gros et douloureux. L'astragale ne paraît pas intéressé; l'articulation tibio-tarsienne semble intacte : le diagnostic de fracture compliquée du calcanéum est évident. La température était de 38°5.

Pour mieux préciser les lésions, j'examine séance tenante le malade sous l'écran radioscopique, et j'arrive à me rendre compte que tous les dégâts sont limités à l'arrière-pied, que le calcanéum est en plusieurs fragments et que l'astragale est demeurée à sa place normale.

Devant ces constatations le malade est endormi à l'éther, et après désinfection iodée, je pratique avec l'aide de M. Murard, interne de garde, la résection du calcanéum.

Elle est indiquée à deux points de vue : tout d'abord au point de vue du drainage du foyer de fracture et secondement, parce qu'il me paraît impossible d'obtenir, par la réduction pure et simple, un résultat fonctionnel satisfaisant. De plus, dans la plaie de la face interne, on voit les vaisseaux plantaires soulevés comme sur un chevalet par le fragment saillant, et ils paraissent en partie rompus. *La résection s'impose d'urgence.*

Par l'incision classique, le calcanéum est enlevé de façon fort atypique, l'os étant brisé en sept ou huit fragments.

L'astragale paraît absolument sain. Les vaisseaux plantaires et les nerfs sont en partie déchirés et il faut placer deux ou trois ligatures à leur niveau.

La coque talonnière saigne en nappe, ce qui oblige à tamponner avec des mèches et le pied est immobilisé dans une gouttière plâtrée.

L'examen de la pièce montre qu'il s'est agi d'une fracture comminutive du thalamus et de la grande apophyse.

Les suites opératoires ont été des plus simples. La température monte à 39° 8 le lendemain soir, revient à la normale graduellement. Le blessé est transporté dans la clinique de M. le Prof. Poncet, où le premier pansement a lieu le 10 mai; à partir de ce moment la cicatrisation par seconde intention se poursuit normalement.

La réunion à la partie interne ne se fait que très lentement, les tissus ayant été fortement distendus et contusionnés.

Le 14 août le blessé part chez lui, immobilisé dans une gouttière plâtrée qu'il garda plus que je ne lui avais recommandé soit jusqu'à ces jours derniers.

Comme vous le voyez, le pied est indolore. Il a l'aspect caractéristique que l'on observe après l'ablation totale du calcanéum : le pied est plat, étalé; il semble un peu porté en masse en avant, comme s'il y avait un léger équinisme; le talon est large, trapu, sans saillie postérieure. Fonctionnellement le résultat est excellent, le malade peut s'appuyer

sur son pied sans souffrir, il peut se tenir sur le pied opéré, le sain étant levé en l'air. Comme vous le voyez, il marche aisément, sans soulier spécial ni tuteur. Dans l'avenir, avec l'exercice et l'habitude, il aura mieux encore.

Bref, on ne pouvait espérer davantage.

Voici d'autre part une *radiographie* faite ces jours derniers. Elle montre la régénération partielle de l'os : en arrière, l'insertion du tendon d'Achille se voit sous forme d'une languette osseuse très manifeste ; en avant on se rend compte qu'une partie de l'os n'a pas été enlevée, mais elle est minime. Entre ces deux points, il y a une masse osseuse importante, pourtant l'opération n'avait été sous-périostée qu'au minimum étant donné la difficulté d'agir avec la rugine sur des fragments multiples.

Le résultat anatomique et fonctionnel de cette résection montre qu'il ne faut pas hésiter à intervenir dans les cas de fracture compliquée du calcanéum ; d'autre part, il permet de se demander s'il ne faudrait pas faire une opération identique dans les fractures fermées graves du calcanéum.

On peut faire toutes sortes d'objections à cette proposition : on peut dire notamment qu'il est difficile de savoir d'avance, même par la radiographie, si une fracture donnera un résultat fonctionnel mauvais ou bon. Je le sais bien, mais, puisqu'on admet l'extrême gravité, l'incurabilité même, de certains éclatements complets de l'os (1), je crois qu'il y aurait lieu d'essayer ce que donnerait la résection dès que le pronostic d'une fracture du calcanéum paraît devoir être réservé.

*
* *

TRAUMATISME COMPLEXE DU POIGNET. RÉDUCTION
DU SEMI-LUNAIRE LUXÉ AU BOUT DE VINGT JOURS.

M. BÉRARD. — Je vous présente un malade qu'il y aurait eu intérêt, peut-être, à ne montrer que plus tard et dont l'obser-

(1) « La fracture du calcanéum par éclatement total constitue une lésion grave que l'on peut considérer comme incurable pendant de longues années », a écrit récemment encore M. Destot. Au bout de sept mois, mon malade marche aisément et sans douleur.

vation appartient plutôt à M. Destot, car c'est lui qui a réussi à réduire le lunaire luxé au vingtième jour. C'est à ce titre surtout que ce cas est intéressant, en raison de l'intervention tardive dont il a été l'objet. Quand nous présentons de tels faits à la Société de Chirurgie de Paris, on crie à l'invraisemblance, car les chirurgiens parisiens considèrent que si le lunaire peut être réduit dans les premiers jours qui suivent la luxation, il vaut mieux, cependant en pratiquer d'ordinaire l'ablation; pour eux, en tout cas, lorsque la luxation date de plus longtemps, il ne faut pas se laisser aller à une tentative de réduction, parce que le résultat obtenu dans ces conditions ne vaut pas la peine qu'on s'est donnée.

OBSERVATION. — Ce blessé est arrivé dans mon service dix jours après l'accident. C'est un employé du chemin de fer qui, en tombant, s'est fait un traumatisme du coude, du poignet, pour lequel on l'a soigné d'abord à Givors. Il fut envoyé à Lyon, parce que le médecin avait constaté qu'il conservait la main immobile, avec une douleur au niveau du carpe et des troubles de la sensibilité dans les doigts. Sans faire de diagnostic précis, on avait déjà soupçonné une lésion du côté du carpe. Nous n'avons pas eu grand mérite à faire le diagnostic avec un carpe douloureux au niveau du semi-lunaire saillant, qui soulevait les tendons fléchisseurs et le médian et provoquait de l'anesthésie au niveau des trois premiers doigts de la main.

La radiographie nous a montré un traumatisme complexe du carpe; d'une part, luxation du semi-lunaire qu'on voit basculée de 180° en avant, sur la radiographie de profil; d'autre part, fracture marginale du radius et fracture incomplète du scaphoïde.

Avant de décider une opération sanglante, comme je me souvenais d'avoir fait réduire par M. Destot, dans mon service de la Croix-Rousse, une luxation analogue datant de plus d'un mois, je lui demandai de vouloir bien tenter encore ici la réduction. M. Destot a eu beaucoup de difficultés à faire cette réduction par la méthode classique des pressions directes sur la lunaire, la main en extension. Au bout d'un certain temps, sans signes physiques de réduction, il a semblé que la saillie de l'osselet était moins nette: le malade fut immobilisé en position de flexion. Une radiographie prise ce matin a confirmé que tous les éléments du carpe avaient repris leurs rapports normaux. Dès le deuxième jour après la réduction, ce malade avait repris la sensibilité au niveau des doigts; il n'avait plus de douleur, son poignet semblait s'être allongé. Actuellement on ne perçoit plus aucune saillie à la face palmaire du poignet. Il est encore à la phase d'arthrite après la réduction, et n'a pas récupéré encore les mouvements de la main; c'est pourquoi j'aurai voulu attendre à plus tard pour vous le présenter.

D'après les cas dont je me souviens, je ne crois pas que ces réductions, même énergiques, laissent des arthrites assez durables et assez graves pour compromettre gravement les fonctions du poignet. Je demanderais à M. Tavernier si, d'après les faits de sa thèse et ceux qu'il a recueillis depuis, la réduction est ou non préférable à l'ablation du lunaire. L'ablation est évidemment une opération aussi simple que possible; tandis que la réduction tardive comporte pour le chirurgien des efforts considérables et des manœuvres assez compliquées.

Chez ce malade, je ferai pratiquer des massages et de la mobilisation et je vous le ramènerai plus tard pour juger du résultat définitif.

M. TAVERNIER. — En écoutant l'observation du malade de M. Bérard, je me posais à moi-même la question qu'il m'a adressée en terminant, à savoir si, à ce stade, il vaut mieux réduire ou enlever le semi-lunaire; il est certain qu'avec l'ablation on aurait eu un bon résultat; aussi je crois qu'il sera intéressant de revoir ce malade non pas dans huit jours, mais dans trois mois.

Lorsqu'il s'agit de luxation récente, il vaut mieux réduire immédiatement que de faire une ablation sanglante; mais, dans les cas tardifs, où il y a un poignet raide, gonflé, la question est douteuse, et c'est pour cela qu'il sera très intéressant de revoir ce malade.

Le Gérant, D^r VALLAS.

Séance du 6 février 1913

Présidence de M. A. POLLOSSON

TECHNIQUE DE LA LARYNGECTOMIE.

M. DURAND. — La plus agréable à faire, la plus brillante des laryngectomies, c'est évidemment celle en un temps par le procédé Périer : couper en bas la trachée au-dessous du néoplasme, séparer du pharynx la face postérieure du larynx, ouvrir le pharynx au niveau de l'orifice laryngien, c'est l'opération la plus courte, la plus brillante et qui apparaît comme tout à fait satisfaisante. Ceci fait, le larynx enlevé, vous savez qu'on fixe à la partie inférieure de l'incision la tranche transversale de la trachée, puis on ferme plus ou moins complètement, suivant l'étendue de la lésion et la vitalité des tissus, l'orifice pharyngien, on rabat, puis on suture la peau : ceci est tout à fait bien.

Malheureusement les résultats ne sont pas toujours aussi favorables qu'il semble et si ce procédé paraît le plus brillant, le plus satisfaisant immédiatement, on a trop fréquemment des accidents ; ce sont d'abord les incidents communs à toute intervention sur la région laryngo-pharyngienne, par exemple une désunion de l'orifice pharyngo-laryngien, et plus malheureusement encore la broncho-pneumonie primitive qui guette le malade comme tous ceux chez lesquels on fait communiquer avec l'air extérieur l'appareil trachéal. Mais le grand inconvénient, au moins en ce qui nous intéresse aujourd'hui, c'est que le moignon trachéal fixé à la partie inférieure de l'incision ne contracte pas toujours des adhérences suffisantes, il tient mal au niveau de la peau, les points de suture lâchent, quand on les enlève même tardivement vers le dix ou douzième jour, la trachée tombe plus ou moins, les sécrétions de la plaie désunie

se déversent dans la trachée, dans les poumons et c'est la broncho-pneumonie secondaire, celle qui ne résulte pas du traumatisme opératoire lui-même, mais de l'infection des bords de la plaie, de la chute de la trachée. Voilà, je crois, le gros inconvénient de l'opération de Périer.

Après l'avoir tentée autrefois, je l'ai complètement abandonnée.

La plupart des chirurgiens ont eu les mêmes déboires et c'est pour cela que dans ces derniers temps la laryngectomie si brillante de Périer, en un seul temps, a fait place à la laryngectomie en deux temps. Evidemment, dans l'état actuel, nous n'aimons guère les opérations en deux temps, et toutes celles qui peuvent se faire en une seule séance ont nos préférences ; mais ici nos préférences doivent céder la place aux nécessités et, pour éviter un grand nombre d'ennuis, la laryngectomie en deux temps a pris la place de la laryngectomie en un temps entre les mains de la plupart des chirurgiens qui s'occupent de cette question.

Or, pour réaliser la laryngectomie en deux temps, c'est-à-dire premier temps : ouverture de la trachée, deuxième temps : ablation du larynx, la plupart, je crois, soit en Allemagne, soit en France avec Le Bec, soit même parmi nous, car plusieurs de nos collègues ont présenté des cas de ce genre, réalisent ce que Glück a fait le premier sous le nom de trachéostomie transversale complète, c'est-à-dire : dans une première séance on sectionne transversalement la trachée au-dessous du néoplasme, on la décolle légèrement de l'œsophage, on l'amène en avant de façon à ce que son orifice puisse être suturé à la peau au niveau d'une incision de dimensions appropriées, faite transversalement un peu au-dessous de l'incision qui a permis de réaliser cette section trachéale et ce décollement. On a ainsi une trachéostomie transversale complète par section entière de la trachée, fixée à la peau plus bas que l'incision opératoire. Quand le malade est habitué à respirer de cette façon, quand on a évité les dangers de l'intervention première, quand sa trachéotomie est devenue définitive, que la trachée s'est bien consolidée avec la peau, on intervient alors pour enlever le larynx. La laryngectomie se fait alors non de bas en haut comme dans le Périer, mais de haut en bas : on ouvre le pharynx par en haut, on décolle le larynx du pharynx et de l'œsophage. Cette

opération est moins facile, moins brillante que celle de Périer, car il est plus difficile de commencer la libération du larynx au niveau des aryténoïdes qu'à son pôle inférieur au niveau de la région cricoïdienne. Cette technique donne-t-elle toujours les résultats qu'elle promet? La trachéostomie à la Glück évite-t-elle sûrement cette chute désastreuse de la trachée et la broncho-pneumonie tardive que nous nous proposons d'éviter dans cette technique? Je ne le crois pas et, à la suite de deux échecs, je suis obligé de dire qu'elle ne m'a pas donné toute la satisfaction que j'en espérais d'après les données que je possédais, de sorte que j'ai aussi renoncé à ce procédé et que j'ai employé une technique un peu différente de celle-ci. J'ai eu ainsi deux succès opératoires intéressants.

Voici sur quoi elle est basée. Je dis que les échecs que j'ai observés sont dus à ce que le moignon trachéal de la trachéostomie par section transversale totale ne se fixe pas assez solidement à la peau, qu'il a des tendances à tomber dans le médiastin et à donner lieu à une infection de la plaie opératoire capable de donner une broncho-pneumonie secondaire comme dans le Périer. Je me suis donc proposé de rechercher les moyens d'éviter cette désunion des lèvres de la plaie cutanée d'avec la plaie trachéale et d'empêcher la chute de la trachée. Immédiatement, l'idée m'était venue d'éviter la section totale de la trachée, de maintenir en place cet organe en ne sectionnant pas sa partie postérieure et en maintenant ces adhérences avec l'œsophage, de faire en somme une trachéotomie transversale incomplète au lieu de faire une trachéostomie transversale totale à la Glück.

Au lieu de faire une section totale, j'ai fait une intervention sans détacher la trachée en arrière. Dans le premier temps, pour lequel on se trouve très bien d'utiliser l'anesthésie locale souvent si favorable pour ces malades, je fais une incision transversale un peu bas, qui me conduit sur la trachée; il est bon de tracer, par l'incision, un petit lambeau inférieur. On arrive sur la trachée que l'on incise transversalement entre deux anneaux, résection d'une portion de l'anneau au-dessus, puis suture de la peau aux lèvres de la plaie trachéale, on a donc une trachéostomie transversale large, mais qui n'a pas sectionné complètement la trachée. Cet organe par conséquent a conservé sa statique et ne peut glisser dans le médiastin.

Ceci fait, le malade présente pendant quelques jours la légère ascension thermique due à la petite infection bronchique qui suit presque toujours la trachéotomie. Quand tout est bien calmé, quelque temps après, on fait la laryngectomie.

Dans ce second temps il n'y a nul inconvénient à employer l'anesthésie générale et je la préfère à l'anesthésie locale, car cette intervention, bien qu'elle ne soit pas très longue, est douloureuse il me semble, et l'anesthésie locale ne donne pas toute satisfaction ; pour mon compte je me suis bien trouvé de l'anesthésie générale et les malades semblent s'en être bien trouvés aussi.

Le malade endormi, par son orifice de trachéotomie, au moyen de l'appareil de Trendelenburg, je fait une incision en H couché ; incision horizontale au bord inférieur de l'hyoïde, deuxième incision horizontale à 1 centimètre au-dessus de l'orifice de trachéotomie ; ces incisions vont d'un sterno-mastoïdien à l'autre comme il est classique. L'incision verticale est menée non sur la ligne médiane, mais un peu loin d'elle, latéralement. J'attache une certaine importance à ce détail qui permet une restauration plus correcte et plus solide au moment des sutures.

Libération du larynx sur ses faces latérales, on amorce le décollement de sa face postérieure.

Ouverture du pharynx au-dessous de l'os hyoïde. L'orifice laryngé est attiré en avant, on décolle le pharynx du larynx à partir de la région rétro-aryténoïdienne, puis, plus bas par la trachée qui est sectionnée au niveau de la stomie.

Fermeture du pharynx.

On rabat les deux lambeaux cutanés, le plus grand est suturé, par son bord inférieur à la partie postérieure de la trachée.

Restauration cutanée. Drainage approprié.

La trachée, bien maintenue par les adhérences solides qu'elle a contractées dès la première intervention, n'a plus aucune chance de tomber dans le médiastin et d'exposer à la broncho-pneumonie secondaire.

J'ai appliqué deux fois ce procédé et les deux fois avec succès. Dans le premier cas, il s'agissait d'un malade, porteur d'un vaste cancer obturant ; il avait 43 ans, ce qui n'est guère favorable aux interventions définitives — elle ne le fut pas du reste

— car il y eut une récurrence inopérable ; trois semaines s'écoulèrent entre la première et la deuxième intervention. Le résultat opératoire fut parfait, à tel point que, quatorze jours exactement après la laryngectomie, le malade pouvait se promener en ville. Il avait au niveau de l'orifice pharyngien une petite fistule qui se ferma rapidement.

Dans le deuxième cas, il s'agissait d'un homme beaucoup plus âgé, qui avait 66 ou 68 ans, atteint d'un cancer intrinsèque obturant. Il fut opéré avec M. Lannois exactement par la même technique et avec le même résultat immédiat. Après la trachéotomie faite sous anesthésie locale, il présenta des signes de bronchite, mais une fois la température tombée on fit la seconde opération et on enleva le larynx ; sous anesthésie générale. Excellent résultat opératoire, aucun incident sauf ouverture assez large de l'orifice pharyngien dont la suture avait mal tenu.

Voici donc, opposés aux deux échecs que m'avait donnés la technique de Périer et celle de Glück, deux faits consécutifs dans lesquels j'ai obtenu un résultat opératoire immédiat tout à fait satisfaisant et avec moins de frais, de dangers qu'avec la trachéostomie totale suivant la technique de Glück. Est-ce un perfectionnement, est-ce un recul ? Je laisse à l'avenir et à ceux qui ont l'habitude de ce genre d'interventions le soin de répondre.

M. BÉRARD. — Nous avons eu l'occasion, M. Sargnon et moi, de présenter ici-même deux malades opérés de laryngectomie totale, sous anesthésie locale et guéris en quelques jours de cette intervention. L'un des malades est mort de récurrence au bout de huit mois ; il avait refusé le cinquième mois une intervention itérative pour l'ablation de ganglions carotidiens. L'autre est vivant et dans un excellent état ; comme il y a plus d'un an qu'il a été opéré, je crois qu'il pourra franchir le cap dangereux des vingt-quatre premiers mois pendant lesquels la récurrence se produit habituellement. Nous avons utilisé la technique en deux temps, avec trachéotomie préalable, telle que M. Durand vient d'indiquer, sauf que nous avons fait la trachéotomie longitudinale en décollant un peu les bords de la plaie pour les suturer aux bords de la trachée. Comme le recommandent la plupart des chirurgiens aujourd'hui, pour éviter les infections secondaires de la trachée par la plaie opératoire, nous avons laissé un pont cutané entre le foyer opératoire et la trachéotomie, le secret de cette trachéotomie c'est de la faire extrêmement basse de façon qu'on puisse enlever le larynx, dans la

zone dépourvue d'adhérences péritrachéales. L'inconvénient, de telles adhérences, dans l'intervention en deux temps, c'est que lorsqu'on dégage le larynx en le disséquant de haut en bas, la fin de l'excision est assez laborieuse : or, c'est le moment où il ne faut pas d'hémorragies dans la trachée sous peine d'avoir des infections pulmonaires post-opératoires, trop souvent mortelles. Quant à la technique de Glück, elle diffère beaucoup de ces méthodes en deux temps. Je crois que Glück procède encore de la façon suivante : il opère en un temps aussi souvent qu'il le peut ; il abaisse le larynx de haut en bas ; il fait respirer le malade par son larynx pendant toute la durée de l'intervention, puis, au moment où il arrive à la fin de l'opération, il sectionne la trachée, fait une incision dans la peau, un centimètre au-dessous de la plaie opératoire, et introduit la trachée dans cet orifice. Au lieu de suturer les bords de la trachée aux lèvres de la peau, il passe quelques fils qui attirent cette trachée en dehors et il les suture à un centimètre, un centimètre et demi au-delà des bords de la plaie, exactement comme on le fait pour le rectum amputé et abaissé à travers l'anus.

Chez les deux malades que nous avons laryngectomisés et qui ont tous deux guéri très simplement, non seulement nous avons laissé un pont cutané entre le foyer opératoire et l'orifice de la trachéotomie ; mais pour éviter encore plus sûrement le passage des liquides de la plaie dans les voies aériennes, nous avons décollé de l'œsophage la tranche de section de la trachée, et nous l'avons oblitérée par une suture en bourse au fil de soie.

Si l'on se décide à intervenir en deux temps, faut-il préférer la *trachéostomie* à la *trachéotomie* comme opération préalable ? Sans doute quand la *trachéostomie* comporte la section transversale totale de la trachée et son abouchement méthodique à la peau, on est protégé plus tard au maximum contre les écoulements du foyer de laryngectomie dans les voies respiratoires. Mais la *trachéostomie* préalable ainsi faite comporte des manœuvres assez longues, qu'il est difficile de faire à blanc ; et comme il importe avant tout chez de tels sujets, d'ordinaire plus ou moins infectés et affaiblis, de réaliser ce premier temps rapidement et sans que du sang s'écoule dans la trachée, on conçoit que la simple incision trachéale faite en quelques minutes et à sec, ait conservé les faveurs de beaucoup de chirurgiens, quitte à fixer par un ou deux fils les bords de l'incision trachéale à la peau.

Je rappelle pour terminer, que non seulement la trachéotomie préalable, mais encore la laryngectomie entière a été faite par nous chez nos deux malades *sous la seule anesthésie* locale par infiltration superficielle et profonde à la novocaïne adrénaline en insensibilisant spécialement les deux nerfs laryngés supérieurs par une injection poussée dans leur tronc. Chaque fois, l'opération a duré environ une heure ; grâce à l'injection préalable de morphine, ces malades n'ont accusé que des douleurs supportables.

M. TIXIER. — Je vous avez présenté l'année dernière un laryngectomisé pour cancer, opéré par moi le 12 janvier 1912. Je l'ai revu souvent depuis lors.

Sa santé est florissante, il a engraisé de plus de 15 kilos et il n'a localement aucun signe de récurrence. Il est arrivé à parler d'une façon remarquable à tel point qu'on a peine à croire qu'il a subi une laryngectomie totale ; cependant il n'a aucun appareil prothétique. Je suis en train de m'occuper d'une canule merveilleuse, au dire du docteur Sargnon, qu'un chirurgien espagnol a inventée et préconisée.

Il est intéressant à un autre point de vue. Lors de mon opération j'avais, de parti pris, laissé dans la région carotidienne des ganglions volumineux nettement perceptibles. Ce malade habitant Lyon pouvait être surveillé et à la première crainte de dégénérescence néoplasique de ces ganglions je les aurais enlevés. Or, on ne trouve plus rien à la palpation attentive de ses régions lymphatiques. Il s'agissait donc de réaction purement inflammatoire : c'est un fait connu pour les cancers intrinsèques du larynx et dont nous faisons tous les jours la constatation dans les ganglions souvent volumineux que l'on trouve autour des cancers des organes viscéraux, spécialement de l'estomac.

J'avais opéré ce malade en deux temps : trachéotomie avec anesthésie générale, puis laryngectomie avec anesthésie *locale*. Je crois qu'un des très grands avantages que donne l'anesthésie locale dans le cours de la laryngectomie, c'est que le malade éveillé vous aide puissamment dans le rejet du sang qui fatalement pénètre peu à peu dans l'orifice trachéal. Par réflexe, il expectore de suite le sang qui glissant dans les bronches prédispose si souvent à la fatale broncho-pneumonie de déglutition.

Tous les procédés, et celui sur lequel vient d'attirer notre attention M. Durand, me paraît excellent, qui faciliteront la fixation solide de la trachée, doivent être minutieusement appliqués par le chirurgien qui est appelé à pratiquer une laryngectomie totale, car la chute secondaire de la trachée dans le médiastin est un accident redoutable qui menace toujours le malade.

M. DELORE. — Je n'ajouterai que quelques mots pour joindre mon expérience à celle de MM. Bérard, Durand et Tixier. Dans la laryngectomie, l'un des points principaux c'est la fixation de la trachée ; j'ai eu l'occasion de faire autrefois plusieurs laryngectomies. Dans les premières j'avais employé la technique de Glück, avec fixation de la trachée au-dessous d'un pont cutané : l'un des opérés paraissait en bonne voie de guérison quand j'ai enlevé les fils fixant la trachée ; celle-ci est tombée dans le médiastin et le malade a succombé. Il y a de cela six ans. Depuis cette époque, je n'avais pas eu l'occasion de faire une nouvelle laryngectomie jusqu'à ces derniers temps. Il y a trois mois,

j'ai opéré en deux temps, j'ai fait une incision trachéale verticale avec fixation de la muqueuse à la peau, le malade a guéri très simplement. J'avais appliqué chez lui ce que M. Bérard a indiqué, c'est-à-dire la fermeture de l'orifice supérieur de la trachée ; ma suture a tenu huit jours, puis a lâché. Le malade a guéri néanmoins, il se porte bien ; actuellement, fume une grande partie de la journée, se fait comprendre à voix basse.

Je crois qu'il faut insister sur ce qui a été dit : la trachée doit être fixée ; quant à la fermeture de la partie supérieure de la trachée, elle est très importante et doit devenir un détail opératoire à généraliser.

En ce qui concerne l'anesthésie locale, je ne l'ai pas employée ; mais je suis absolument de l'avis de MM. Bérard et Tixier, elle est appelée à donner des résultats meilleurs.

M. BÉRARD. — Malgré les résultats heureux obtenus dans la laryngectomie totale par l'anesthésie générale, je crois cette dernière beaucoup plus dangereuse que l'anesthésie locale à la novocaïne chez ces malades dont les voies respiratoires sont d'ordinaire déjà infectées. En outre, quand on fait l'anesthésie générale au chloroforme par la canule de Trendelenburg munie d'un entonnoir, on est exposé à certains risques de technique ; dans un cas de Le Bec, quelques gouttes de chloroforme coulèrent ainsi dans la trachée et provoquèrent une bronchite suraiguë à laquelle succomba l'opéré.

Dans le cas de M. Tixier, malgré la présence d'un ganglion juxta-laryngé, la guérison a été durable. C'est une opinion admise en effet que de tels ganglions sont seulement inflammatoires quand le cancer n'a pas franchi les limites de la cavité laryngée. On conseille dans l'extirpation du larynx de ne pas se préoccuper des parties molles et de garder toujours le contact avec les cartilages et leurs muscles propres. Cependant chez le premier de nos opérés, c'est dans un ganglion carotidien que se fit la métastase à laquelle cet homme succomba après avoir refusé son ablation. Quand on constate une adénite même peu volumineuse au cours de l'intervention il est plus prudent de l'extirper.

Quant à l'incision de la trachée faite délibérément dans le sens transversal plutôt que verticalement, je crois que si on l'a beaucoup prônée depuis quelques mois, c'est surtout pour la trachéotomie simple et temporaire.

La cicatrisation de l'orifice trachéal est en effet plus facile et rapide quand il se trouve entre deux arcs cartilagineux écartés que lorsqu'il passe verticalement à travers un ou deux de ces arcs. Cependant en cas de tumeur laryngée bas située et débordant au-delà du cricoïde (éventualité rare), il peut y avoir intérêt à faire la trachéotomie transversale, ce qui permet de gagner 1 ou 2 centimètres vers le sternum.

M. DURAND. — Je ne puis que remercier mes collègues de la contri-

bution qu'ils ont bien voulu apporter à la question que, extemporanément, j'ai effleurée devant vous. Il résulte en effet de notre discussion que nous sommes d'accord sur les principes qui doivent régler actuellement la laryngectomie. L'opération en un temps est condamnée au profit de l'opération en deux temps; la trachéostomie incomplète semble préférable à la trachéostomie transversale totale.

J'ai insisté sur les avantages de l'incision transversale de la trachée, j'y veux revenir pour mieux les préciser. Elle semble valoir mieux que l'incision axiale classique, car elle permet de descendre plus loin du cancer et ceci n'était pas indifférent dans le cas du plus jeune de mes malades, car chez lui le cancer descendait bas dans la trachée.

Elle offre l'avantage de permettre des incisions plus concordantes dans le premier temps puisqu'on la fait sans difficulté par une section transversale de la peau, dont les lèvres viennent d'elles-mêmes se suturer à celles de la plaie trachéale.

Au moment de la laryngectomie, de plus, elle facilite la restauration puisqu'on n'a plus à se préoccuper de fermer une plaie trachéale béante au-dessus de l'orifice de trachéostomie et l'on n'a pas comme M. Delore l'ennui de voir échouer cette fermeture. L'exclusion de la trachée est donc mieux réalisée.

De l'anesthésie locale je suis très satisfait pour pratiquer la trachéostomie, mais je préfère l'anesthésie générale dans le temps de laryngectomie et je ne lui ai pas trouvé d'inconvénient. Je crois bien que les malades souffrent moins par ce moyen que si l'on utilise l'anesthésie locale.

La question des ganglions soulevée par M. Tixier est fort intéressante. Il est bien certain que pendant l'ablation du larynx on est très satisfait de n'avoir pas à s'occuper des ganglions. Tant qu'on se tient tout contre le larynx on a une impression de sécurité. Le clivage se fait dans un plan qui paraît donner contre l'infection une couverture très satisfaisante; s'il faut au contraire sortir de cette lame cellulaire qu'on a voulu individualiser sous le nom de gaine viscérale, s'il faut aller dans l'espace carotidien, on a l'impression qu'on est moins défendu contre l'infection. Et pourtant les ganglions sont loin, chacun le sait bien, d'être toujours aussi accommodants que dans le cas de M. Tixier. Pour mon compte, je possède à ce point de vue une observation que je ne rappelle jamais sans regret. J'avais enlevé la corde vocale droite chez un malade de M. Lannois, porteur d'un épithélioma. Le résultat était parfait depuis près de deux ans. Non seulement il n'y avait pas de récurrence, mais encore la corde vocale enlevée s'était reproduite de façon assez parfaite pour qu'on eût grand-peine, au laryngoscope et sur de belles photographies stéréoscopiques dues à l'habileté de M. Garel, à la distinguer de la corde normale. Les fonctions vocales étaient très satisfaisantes. Or cet homme vit apparaître deux ans environ après

l'opération un ganglion juxtalaryngé. Au lieu de venir nous le montrer, il eut recours à un pharmacien du quartier qui prescrivit des pommades. Quand il vint vers nous, beaucoup plus tard, toute intervention était impossible et le malheureux mourut ultérieurement par ouverture de la carotide. Il ne faut donc pas se fier aux ganglions et la prudence conseille leur ablation soit immédiate, soit peut-être dans une séance opératoire ultérieure.

En résumé nous sommes, comme je le disais plus haut, d'accord sur un point : la laryngectomie en deux temps paraît actuellement réunir la majorité des suffrages et constitue un important progrès.

*
* *

FISTULE VÉSICO-VAGINALE. COLPOCLÉISIS.

M. POLLOSSON. — Messieurs, j'ai l'honneur de vous présenter une jeune femme qui a été opérée d'une hystérectomie vaginale pour métrorragies rebelles par un de nos jeunes collègues, et qui, quelque temps après son opération, a vu apparaître une petite fistule vésico-vaginale qui s'est quelque peu agrandie dans les jours consécutifs.

Au mois de septembre, trois mois après la première opération, cette malade fut reprise pour l'oblitération de sa fistule. Cette oblitération fut faite avec beaucoup de soins et parut réussir : la malade fut considérée — chose curieuse — comme complètement guérie. Or au mois de janvier elle vint dans mon service avec une fistule vésico-vaginale étendue. Cette fistule était située sur la paroi antérieure du vagin, qui n'avait plus d'utérus ; elle était un peu plus grande qu'une pièce de 50 centimes, plus petite qu'une pièce de 1 franc ; les urines coulaient continuellement. J'ai demandé des renseignements au chirurgien qui l'avait opérée et il m'a répondu : « Ce n'est pas possible, cette malade était complètement guérie au bout de quelques semaines, elle manifestait sa joie d'être oblitérée après avoir eu sa fistule pendant trois mois. »

Quel était le mystère ? Je suis arrivé à le préciser et, en regardant de plus près, à voir comment les choses s'étaient passées. Cette malade a été revue douze jours après l'opération ; elle ne perdait plus ; dans les huit jours qui ont suivi elle a perdu un peu, puis davantage, mais si peu qu'elle ne crut pas devoir le signaler à son chirurgien qui resta dès lors sur l'im-

pression d'un succès opératoire, c'est du reste une impression sur laquelle on aime rester plus volontiers que sur toute autre.

Y a-t-il quelque chose d'anormal dans ce décollement des lambeaux après douze jours ? Je crois que nous répondrons tous que non, car tous nous avons vu des malades qui, pendant dix, douze ou quinze jours nous ont paru guéries puis, qui ont secondairement vu reparaître une fistule plus large qu'avant l'opération primitive.

Je vous raconte donc cette histoire assez typique pour insister sur les illusions qu'on peut avoir au point de vue de la guérison des opérées pour fistule vésico-vaginale.

J'ai réopéré cette malade le 25 janvier en faisant ce colpo-cléisis élevé que j'ai fréquemment utilisé à la suite d'hystérectomie pour cancer. En réalité cette intervention ne diffère guère de l'oblitération habituelle des fistules vésico-vaginales et ressemble beaucoup au procédé de Braquehaye.

Ce colpo-cléisis n'a qu'une particularité, mais elle est importante : c'est qu'on le fait en l'absence de l'utérus : les fistules vésico-vaginales telles qu'on les voyait autrefois étaient dix-neuf fois sur vingt des fistules obstétricales survenues dans des accouchements longs, par sphacèle d'une portion de la paroi vésico-vaginale ; c'étaient des fistules avec conservation de l'utérus. Cette conservation de l'utérus est dans la plupart des cas d'une commodité extraordinaire au point de vue de la technique opératoire ; vous avez une fistule située derrière le pubis, elle est difficile à voir et par conséquent à atteindre ; vous saisissez le col, vous attirez l'utérus au dehors ; en créant un prolapsus, vous faites apparaître la fistule hors du vagin et elle s'opère dès lors comme s'opère une fistule intestinale avec l'intestin hors du ventre dans les conditions les meilleures au point de vue de la dissection et de la suture.

Lorsque, au contraire, il s'agit d'une fistule vésico-vaginale, comme celle que nous voyons maintenant, où il n'y a plus moyen d'attirer l'utérus, on est obligé d'opérer *in situ*, ce qui constitue une difficulté, de sorte qu'il faut une technique opératoire spéciale, c'est celle que je viens d'indiquer : le colpo-cléisis élevé.

Je ne veux à son sujet n'insister que sur un point : il faut n'utiliser que le plus petit nombre possible de points de suture ; c'est en effet une grosse faute que de vouloir, sur une étendue

de 4 centimètres, faire des points rapprochés de 2 ou 3 millimètres au nombre par exemple d'une douzaine; il faut en faire un aussi petit nombre que possible; dans le cas considéré, après avoir, avec un point, adossé les lambeaux j'ai placé deux points d'angle, puis deux points intermédiaires espacés de plus de 1 centimètre. Cette façon de procéder a l'avantage de ne pas anémier les lambeaux qui doivent être bien irrigués et non pas exsangues.

Cette malade est restée oblitérée après cette deuxième opération, elle a dépassé maintenant ses douze jours et je crois bien que cette fois elle peut être considérée comme définitivement guérie.

Séance du 13 février 1913

Présidence de M. A. POLLOSSON

ALLOCUTION.

M. LE PRÉSIDENT. — Messieurs, j'ai l'honneur de vous présenter un de nos collègues étrangers, M. Lambotte ; nous le connaissons tous depuis longtemps. Il veut bien nous honorer aujourd'hui de sa présence et nous faire une communication. Je me permets, en votre nom, de lui souhaiter la bienvenue et de lui dire combien nous sommes heureux de le posséder au milieu de nous et prêts à entendre ce qu'il voudra bien nous dire.

*
* *

SUR L'OSTÉO-SYNTÈSE.

M. A. LAMBOTTE (d'Anvers). — Quelle que soit l'opinion que l'on se fasse sur les indications de l'intervention sanglante dans les fractures, que l'on soit interventionniste convaincu ou conservateur à outrance, il n'en est pas moins vrai que le traitement opératoire se présente dans certains cas comme une absolue nécessité. Il ne peut y avoir de désaccord sur ce point. Aussi la question de l'ostéo-synthèse présente-t-elle une importance considérable pour tous ceux qui font de la chirurgie générale.

Jusque dans ces dernières années, les techniques applicables à cette chirurgie spéciale étaient vraiment rudimentaires, et, encore actuellement, de nombreuses lacunes restent à combler. Aussi, je crois vous intéresser en vous exposant mes idées sur les procédés de fixation osseuse et en vous communiquant quelques nouveautés instrumentales.

La fixation des fragments est le complément logique et né-

cessaire de la réduction sanglante. Il est bien rare, en effet, que les fragments une fois réduits tiennent suffisamment en place pour qu'un nouveau déplacement ne soit pas à craindre.

Il faut avoir ouvert peu de foyers de fracture pour affirmer, comme certains chirurgiens le font, que la réduction une fois obtenue les fragments peuvent rester coaptés sans moyens de fixation directe. Le fait est cependant exact pour quelques fractures transversales simples, dentelées ou à encoche, encore que, dans ces circonstances favorables, un bandage plâtré soit de rigueur. Mais, par contre, dans les fractures obliques, dans les fractures esquilleuses, dans les fractures par contraction musculaire, c'est-à-dire dans presque tous les cas où une intervention est nécessaire, la fixation des bouts osseux est *indispensable* pour maintenir la réduction.

De nombreux griefs ont été reprochés à la fixation directe des fragments. On l'accuse de retarder la consolidation, d'amener de la raréfaction osseuse, des ostéites hypertrophiques ou fistuleuses, etc.

Tous ces accidents sont, j'en suis convaincu, des manifestations plus ou moins prononcées d'infection. Le tissu osseux n'a pas de vertus spéciales à ce point de vue, et il tolère parfaitement, comme les autres tissus, les corps étrangers aseptiques.

Ce qui influe le plus sur la tolérance, c'est le volume du corps étranger ; ce qui est facile à comprendre, puisque les chances d'infection croissent avec les surfaces. Les chiffres suivants, que j'ai relevés, il y a deux ans, dans une statistique générale, sont édifiants à ce point de vue :

Sur 52 prothèses perdues, la plaque fut retirée 24 fois, soit dans 46 p. 100 des cas. Sur 153 vissages perdus, il y eut intolérance 58 fois (37 p. 100) ; enfin, sur 81 cas de cerclages et sutures métalliques, les fils furent extraits 19 fois seulement (23 p. 100). J'ajouterai que les cas d'intolérance que j'observe vont en diminuant de fréquence, à mesure que ma technique s'améliore ; actuellement, la nécessité de l'ablation des matériaux perdus ne se présente plus qu'exceptionnellement. Les inconvénients d'une infection légère sont d'ailleurs minimes, en comparaison des avantages d'une solide fixation. Dans aucun cas, je n'ai dû faire l'extraction prématurément, avant la consolidation. L'extraction elle-même comporte peu d'inconvénients et est en général fort simple.

Après avoir expérimenté un grand nombre de procédés de fixation, j'en suis arrivé à ne plus en admettre que deux pour la généralité des cas : le *vissage* et le *cerclage*. Exceptionnellement, et seulement pour les fractures des os spongieux (épiphyses et os courts), l'agrafage, le clouage, le boulonnage ou la suture classique peuvent présenter des avantages. Je ne m'étendrai pas ici sur les détails de ces différents modes de fixation, je dirai seulement que je considère comme procédés de choix le *cerclage* dans les fractures diaphysaires en biseau ; le *vissage direct* dans les fractures des épiphyses et des os courts ; le *vissage sur tuteur externe ou sur plaque* dans les fractures diaphysaires transversales.

La prothèse perdue, dont je veux vous parler plus particulièrement, prend, dans ma pratique au moins, une importance de plus en plus grande. Je considère le fixateur comme l'appareil idéal pour les fractures transversales de la jambe, mais, par contre, pour les fractures transversales du fémur, de l'humérus et de l'avant-bras, je crois la prothèse perdue préférable. Le fixateur reste aussi le meilleur mode de fixation dans les fractures infectées, à cause du drainage facile de la plaie.

Le grand aléa de la prothèse perdue réside dans la difficulté de l'intervention. Cette difficulté est certainement pour beaucoup dans l'intolérance fréquente que l'on observe pour les plaques de prothèse, car l'asepsie est toujours compromise dans les opérations longues et laborieuses.

J'ai tâché de rendre la technique de la prothèse interne plus facile et plus sûre en combinant un instrument permettant de faire la fixation temporaire des fragments avant la pose de la plaque.

L'instrument en question est un davier droit à trois branches ; les deux branches principales sont destinées à faire la fixation temporaire des fragments osseux ; la troisième permet de fixer temporairement la plaque pendant le vissage. Les mors, dont l'un est articulé doublement pour s'adapter aux inégalités de l'os, ont la forme de deux gouttières allongées et étroites, de façon à embrasser seulement une partie de la circonférence de la diaphyse ; ils laissent ainsi, entre eux, un espace suffisant pour placer la prothèse.

Voici le mode d'emploi de ce nouvel instrument.

Soit une fracture transversale du fémur. Le foyer est ouvert,

les bouts déperiostés sur une petite étendue. On saisit les deux fragments au moyen de deux daviers à tractions placés à trois centimètres des extrémités ; on fait la réduction par mise en angle, arc-boutement et redressement ; on confie les daviers droits à l'assistant, qui maintient ainsi la fracture bien réduite. On place alors le nouveau davier sur la fracture, en ayant soin que les mors portent également de part et d'autre du trait de fracture. Le davier étant fortement serré, est fixé par la crémaillère ; on enlève les daviers droits et on procède à la pose de la plaque. Pour cela, on prend la plaque par une extrémité au moyen d'une pince hémostatique coudée sur le plat. On la présente à l'os en la glissant entre les mors du davier ; on libère la troisième branche de celui-ci, en desserrant l'écrou qui la fixe, et on la pousse vers l'os ; la pièce articulée qui termine cette branche vient buter contre la prothèse et l'applique ainsi fortement sur l'os. On cale la branche mobile en serrant sur l'écrou, et on enlève la pince porte-plaque. A ce moment, on a la fracture réduite et fixée par les mors principaux du davier, en même temps que la plaque de prothèse est maintenue en place par la branche moyenne ; on peut ainsi, en toute sécurité, et les deux mains libres, faire le placement des vis.

Cette pince permet de pratiquer la prothèse perdue aussi bien dans les fractures des os longs que dans les fractures juxta-épiphysaires. Je l'ai construite en trois grandeurs pour pouvoir l'employer pour les différents os du squelette.

La réduction première, avec fixation temporaire de la plaque, me paraît constituer un réel progrès ; elle simplifie beaucoup l'opération et lui donne une précision et une sécurité fort grandes.

J'ai également, dans ces derniers temps, modifié mes daviers à tractions. J'ai changé la forme des mors afin d'améliorer la préhension des os ; l'un des mors est articulé doublement pour compenser les inégalités des surfaces. J'ai augmenté le degré d'ouverture maxima, qui était parfois insuffisant dans mes anciens modèles, par exemple pour affronter les fractures condyliennes du fémur. L'instrument porte cinq articulations permettant un écartement progressif des mors ; je l'ai construit en trois grandeurs, ayant respectivement 32, 26 et 20 centimètres. Dans le grand modèle, l'écartement des mors peut être porté jusqu'à 12 centimètres. Ces daviers peuvent être employés

comme daviers à tractions pour réduire les fractures diaphysaires transversales ; comme daviers réducteurs et fixateurs dans les fractures en biseau des diaphyses ; comme daviers à griffes pour affronter et fixer les fractures des épiphyses.

Je serais très heureux de voir quelques-uns d'entre vous se lancer dans cette voie ; j'ai la plus grande confiance dans l'accueil favorable qu'ils feront à ces nouvelles idées.

En terminant, je vous remercie, Messieurs, d'avoir bien voulu me recevoir parmi vous et m'écouter avec une si grande attention. (*Applaudissements.*)

M. LE PRÉSIDENT. — Je remercie M. Lambotte de la si intéressante communication qu'il nous a faite. La discussion est ouverte à ce sujet.

M. VALLAS. — Nous ne pouvons que remercier M. Lambotte de la très intéressante communication qu'il vient de nous faire. C'est un maître dans l'art de la technique de la réduction des fractures et les nombreux appareils qu'il vient de nous montrer sont la preuve évidente de longues méditations et de longs travaux.

Je ne veux discuter aucune des conclusions de M. Lambotte, cela serait difficile et même impossible : ce sont des principes absolus qu'il vient de nous exposer et, à ce point de vue, ils sont exacts. Il est évident que la base du traitement d'une fracture, c'est la reconstitution parfaite de la forme anatomique. Personne ne peut aller à l'encontre d'une telle proposition. Dès lors, il est certain que l'intervention sanglante s'impose comme élément fondamental du traitement, sauf dans les fractures sans déplacement ; ce sont là, théoriquement, les seuls cas où pourrait être admise une contre-indication à l'intervention sanglante.

Mais, pratiquement, dans les fractures récentes, alors que la réduction n'est pas absolument parfaite, il est certain qu'un très grand nombre de cas guérissent d'une façon satisfaisante avec les méthodes simples, non sanglantes, par l'extension continue ou l'immobilisation.

Il n'est pas douteux qu'il faut par suite faire intervenir une question de milieu, une question de personne, une question d'instrumentation dans la décision opératoire.

Je répète qu'on ne peut pas contredire le principe de l'intervention ; ceci est un fait absolu ; mais j'estime que, peut-être, il y aurait danger à ne pas faire des réserves — et M. Lambotte, lui-même, les a faites — car si tout le monde se lançait, sur la foi des discussions qui ont lieu au sein des sociétés spéciales, dans ces réductions sanglantes des fractures, on arriverait certainement à des désastres. J'ai déjà vu, pour

ma part, des cas lamentables, des cas dans lesquels on aurait pu obtenir un résultat très satisfaisant avec un traitement non sanglant, et qui, après intervention, se sont jugés par des échecs auxquels on a eu peine à remédier plus tard.

Par conséquent, on doit poser en principe formel que la réduction sanglante dans les fractures ne doit être faite que par un chirurgien absolument rompu aux méthodes d'asepsie et dans un milieu parfaitement aseptique, ce qui n'est pas toujours facile à réaliser.

J'ai dit encore : question de personne. Il est bien certain que je n'arriverais pas, en ce qui me concerne, à réduire une fracture comme M. Lambotte le sait faire, surtout une fracture articulaire. Il possède une habileté manuelle à laquelle on ne peut arriver qu'après un long apprentissage. Et encore faut-il en plus une instrumentation spéciale.

Je crois, en effet, qu'il faut insister sur la perfection de l'appareil instrumental. Vraiment, j'admire beaucoup ces multiples appareils que M. Lambotte vient de nous soumettre. J'ai, dans mon service, le davier primitif de Lambotte ; c'est un instrument dont je me suis servi et auquel j'ai trouvé de grands avantages, surtout pour le fémur. Lorsqu'on a fait une bonne prise avec ce davier, on se sent solidement armé et on amène facilement les fragments osseux dans la position qu'on désire, mais ce n'est pas encore parfait, aussi ai-je admiré sans réserve la modification que M. Lambotte a apportée à son appareil primitif : cette troisième branche descendante, qui permet de fixer la plaque et de rendre les deux mains de l'opérateur absolument libres de manœuvrer avec beaucoup de facilité dans le foyer de la fracture.

Car il y a encore là — c'est une conséquence de ce que je disais tout à l'heure — une affaire de milieu. Quand on opère une fracture du fémur (j'ai surtout opéré des fractures du fémur, car j'estime que là il est impossible d'obtenir un bon résultat autrement), on est amené à faire des ouvertures considérables, à sectionner largement les parties molles pour pouvoir descendre les fragments et les amener au contact de l'autre. Les difficultés sont grandes pour remettre en place les fragments osseux et il arrive un moment où, si on n'a pas une instrumentation parfaite, si on n'est pas rompu dès longtemps aux manœuvres très spéciales qu'il faut, on met les mains à droite et à gauche, tantôt dans la plaie, tantôt au dehors. Les chances d'infection deviennent considérables et on fait courir au malade un grand danger.

M. Lambotte avait l'air de dire tout à l'heure qu'il y avait quelquefois des infections minimes ; or, lorsqu'une infection, même minime, arrive dans un foyer de fracture, elle est à redouter, car on ne peut savoir d'avance où elle s'arrêtera ; elle peut donner un phlegmon total de tout le membre, nécessitant une amputation. Quelques cas de ce genre suffiraient à restreindre considérablement les indications de cette méthode.

Les perfectionnements apportés à la technique instrumentale sont donc de premier ordre. Leur seul inconvénient c'est qu'il faut un instrument particulier pour chaque os : le davier qui s'adresse au fémur ne s'adresse pas au radius.

M. LAMBOTTE. — Il y a trois grandeurs.

M. VALLAS. — Pour résumer mon impression, je reste, en principe, partisan des interventions sanglantes et de la réduction parfaite des fractures ; mais étant données les difficultés de la méthode, les conditions multiples qu'elle doit réaliser pour être avant tout inoffensive, je crois qu'il faut encore et quand même poser en correctif que c'est une intervention d'exception, dont il serait dangereux d'abuser.

Les perfectionnements de la technique sont déjà considérables ; M. Lambotte vient de nous montrer qu'il travaille continuellement à les améliorer encore ; je ne saurais trop l'en féliciter en le remerciant de nous les avoir soumis.

M. BÉRARD. — Comme l'a dit M. Vallas, il ne saurait être question de proposer le traitement sanglant des fractures fermées comme une thérapeutique courante, à la disposition de tous les médecins. Il faudra toujours distinguer le traitement d'urgence des fractures quelles qu'elles soient, où l'on fait, suivant les moyens dont on dispose, tout ce que l'on doit et où l'on obtient ce que l'on peut, et le traitement de choix par l'ostéosynthèse des fractures à grand déplacement, à réduction difficile, qui ne saurait être confié qu'à un chirurgien exercé, dans un milieu bien outillé, où l'asepsie la plus stricte peut être réalisée. Nous avons déjà dit, dans notre rapport au *Congrès de Chirurgie* de 1944, sur le traitement sanglant des fractures, que si, après une tentative minutieuse de réduction non sanglante contrôlée par la radiographie, le praticien n'est pas satisfait du résultat obtenu, il doit, avant la fin de la deuxième semaine, poser à un chirurgien qualifié la question d'opportunité de l'ostéosynthèse.

Si, pendant longtemps, et même jusqu'à aujourd'hui, dans le milieu chirurgical hospitalier, l'ostéosynthèse n'a pas rallié plus de partisans, c'est, d'une part, que l'on se contente encore trop facilement des résultats approximatifs obtenus par les anciennes méthodes ; d'autre part, que l'on reste sous la mauvaise impression des premières tentatives de traitement sanglant qui n'assuraient qu'une coaptation imparfaite, et enfin que l'on ne veut pas courir les risques d'une opération délicate dont la nécessité n'apparaît pas absolue, avec des organisations matérielles qui ne sont pas elles-mêmes irréprochables.

Pour mon propre compte, j'aurais opéré plus de fractures fermées si je ne devais pas, encore actuellement, garder côte à côte dans mes salles des malades aseptiques et des infectés, soignés par un personnel commun.

Il ne faudrait pourtant pas exagérer les dangers des infections atténuées, possibles dans ces foyers opératoires osseux, quelques précautions que l'on prenne. Ainsi que le disait M. Lambotte, quand les appareils de prothèse ont provoqué des fistules et doivent être enlevés prématurément, il est rare que l'on ne puisse pas les laisser en place jusqu'au moment où la coaptation osseuse est assurée, avec un cal suffisamment solide. Dans deux cas personnels, où des signes d'infection légère se sont manifestés, une fois pendant la première semaine, la seconde au bout de quinze jours, la plaque vissée a été laissée à demeure cependant qu'à la fin de la quatrième semaine, et aussitôt les parties molles drainées à son contact, toute élévation thermique a cessé. Le résultat définitif a été satisfaisant.

Pour réduire au minimum les risques d'infection, il est certains détails de technique de la plus haute importance, que nous avons vu appliquer ce matin encore par M. Lambotte sur deux malades particulièrement difficiles qu'il a bien voulu opérer devant nous : 1° faire des incisions étendues, mais aussi peu multipliées que possible, et 2° limiter dans la plaie les dénudations osseuses, les contacts au strict minimum en travaillant *à bout d'instruments et non pas à bout de doigts*. C'est une habitude à prendre, qui demande une certaine application et beaucoup de dextérité.

En terminant, je répéterai, comme dans mon rapport, que le fait d'adopter le traitement sanglant ne conduit pas forcément les chirurgiens à ouvrir pour les suturer la plupart des fractures fermées qu'ils rencontrent. Même M. Lambotte, je crois, n'estime pas plus de 1 sur 5 ou 6 celles dans lesquelles il pose l'indication de l'intervention. Il semble en opérer une plus grande proportion, parce qu'on lui envoie surtout les mauvais cas, où l'intervention est nécessaire beaucoup plus souvent.

M. VILLARD. — Je crois que dans la question du traitement sanglant des fractures il y a deux points à considérer : 1° les moyens et la technique qu'on peut employer pour assurer une consolidation en position normale des fragments ; 2° les indications de traitement sanglant.

Au point de vue *des moyens et de la technique* à suivre pour réduire une fracture et assurer une consolidation normale, nous pouvons être sans réserves admirateurs de la méthode Lambotte. Il est certain que son instrumentation est extrêmement ingénieuse et permet de coapter les fragments d'une façon très simple, très correcte et avec le minimum de traumatisme opératoire. Aussi je crois que, dans les discussions que nous avons déjà eues ici sur le traitement des fractures, nul n'a critiqué la méthode de Lambotte ; le seul point sur lequel les hésitations ont été plus grandes, c'est celui des indications.

Quant aux principes posés tout à l'heure par Lambotte, ils sont presque intangibles : le traitement des fractures doit évidemment tendre à une réduction parfaite, à une *reductio ad integrum*. Si cela est nécessaire, il faut intervenir non pas dans un tiers des cas, mais dans l'immense majorité des fractures. De telle sorte qu'on serait tenté, si on adoptait d'une façon totale la manière de voir de Lambotte, d'intervenir non pas par exception, mais dans la majorité des cas de fractures, car la majorité sont des fractures avec déplacement.

Mais il y a un point d'interrogation qui se pose : avec un déplacement minime, doit-on intervenir ; par le traitement sanglant, on ne peut pas obtenir une réduction plus parfaite dans ces cas que par la traction continue. D'autre part, pour le membre inférieur, par le tracteur, on peut obtenir, dans un très grand nombre de cas, une coaptation très satisfaisante et une restitution absolue de la marche. Et pourtant, sur la radiographie, il n'y a pas une juxtaposition normale, une *restitutio ad integrum* de la forme de l'os. Si la réduction sanglante était absolument innocente, on pourrait quand même en généraliser l'emploi.

Ce n'est pas la septicité que je crains, mais il y a des éliminations de plaques ; M. Lambotte nous en confessait la fréquence tout à l'heure. Or, je me demande si, pour une fracture du tibia, le résultat ne sera pas meilleur par la traction continue, qui ne donnera pas une *restitutio ad integrum* de la forme, mais permettra une guérison dans un délai normal, sans aucune complication, qu'avec une réduction sanglante, qui sera suivie après un délai variable d'une nouvelle intervention pour extirpation de corps étranger ; je crois que la situation du blessé opéré sera inférieure à celle d'un autre malade traité par la méthode non sanglante.

Ma conclusion est donc la suivante : au cas où des circonstances, telles que difficultés de réduction, nature esquilleuse de la fracture, empêchent une restitution suffisante pour le bon fonctionnement ultérieur du membre malade, il faudra avoir recours à l'intervention sanglante et c'est l'instrumentation de Lambotte qu'il faudra utiliser.

Mais ce ne sont encore pour nous que des indications d'exception, puisque ce ne sont que les cas où les moyens actuels de traitement des fractures par les procédés non sanglants donnent un résultat défectueux.

M. DELORE. — Dans mon service, qui reçoit des quantités de fractures, environ 200 par an, j'ai posé, l'année dernière, trois fois seulement l'indication d'une suture ; les malades ont guéri avec résultat fonctionnel parfait.

Mon impression, basée sur ces faits, c'est qu'avec la méthode de Lambotte on coapte les os d'une façon simple, sans être obligé de

mettre les doigts dans la fracture et les interventions ne présentent pour ainsi dire aucune gravité.

Dans un cas de fracture du fémur chez une femme de 60 ans, l'intervention a donné une guérison en deux mois avec un résultat fonctionnel parfait ; dans un autre cas, chez un jeune homme ayant une double fracture des os de l'avant-bras avec chevauchement et interposition musculaire, j'ai mis sur le radius et le cubitus deux plaques avec écrou de Lambotte ; le malade a guéri d'une façon parfaite, sans complication.

Je crois donc que M. Lambotte a rendu un immense service à la chirurgie des fractures et que, tous, nous serons de plus en plus disposés à suturer des fractures quand l'indication s'en présentera. J'ai vu M. Lambotte opérer ce matin une fracture à cinq fragments de l'extrémité inférieure du tibia ; j'ai pris beaucoup d'intérêt à le voir, et il me semble que les indications seront, pour moi, désormais plus fréquentes qu'elles ne l'étaient autrefois.

M. DURAND. — La méthode d'intervention sanglante dans les fractures récentes constitue évidemment l'une des plus belles et des plus utiles conquêtes chirurgicales de ces dernières années, et, en s'en faisant le protagoniste, M. Lambotte a rendu d'inappréciables services. Nous lui en sommes reconnaissants et nous ne saurions trop lui dire combien nous admirons la perfection de sa technique et l'ingéniosité merveilleuse des moyens d'ostéosynthèse qu'il a su imaginer ou perfectionner. Je suis, depuis longtemps, partisan de cette méthode, je l'ai souvent mise en pratique et je vous ai montré ici même des résultats excellents qui ne peuvent que m'engager à persévérer dans la voie que M. Lambotte a si magistralement tracée.

L'étude de cette méthode reste ouverte, car ses applications n'ont pas encore obtenu l'assentiment général et demandent encore à être précisées. La technique semble, dès maintenant, parfaite, mais il faut voir quelles doivent être les indications. Il n'est pas douteux que ces opérations perdront à être généralisées et que les chirurgiens de carrière seuls peuvent l'employer sans danger sous le couvert de l'asepsie permise seulement dans les conditions d'intervention chirurgicale parfaite. Les craintes que vient d'exprimer M. Vallas ne sont que trop justifiées, et nous connaissons tous les abus auxquels peut donner lieu, entre certaines mains, l'extension trop grande de l'ostéosynthèse.

Sur les principes généraux qui doivent guider l'usage légitime de l'intervention précoce, nous sommes tous d'accord : elle ne doit pas être considérée comme le traitement ordinaire des fractures, mais elle doit être appliquée toutes les fois que les méthodes conservatrices paraissent devoir donner des résultats insuffisants. Sur ce point, je

désire préciser. Il est évident que le traitement idéal des fractures devrait être de restaurer parfaitement les formes et les fonctions de l'os brisé. A cet idéal, il est souvent inutile de prétendre complètement, et je professe que nous ne devons pas trop nous attacher à la restauration anatomique des os. Peu importe qu'il persiste un certain degré de déjettement latéral ou de raccourcissement, à condition toutefois que les fonctions ne soient pas altérées par cette modification anatomique. Combien voyons-nous de fractures, à la jambe, au poignet, qui donnent lieu à un cal irrégulier dans la forme, mais ne laissant aucun trouble fonctionnel ? Dans ces cas, il serait inutile, je crois, de poursuivre l'idéal trop loin et de faire l'ostéosynthèse pour obtenir la correction anatomique. Là n'est pas notre but ; il doit consister à obtenir la restauration des fonctions, et l'intervention sanglante s'impose, à mon avis, toutes les fois que les autres méthodes paraissent insuffisantes pour rétablir la restauration fonctionnelle. Le but que je poursuis n'est pas anatomique, il est physiologique : je n'opérerai pas des fractures de jambe parce que leur correction anatomique est insuffisante et que leur cal sera irrégulier, lorsque je saurai que ce cal sera solide et que les axes statiques et dynamiques du membre seront conservés, permettant ainsi la marche normale après guérison ; j'opérerai les fractures de l'avant-bras qui, modifiant les axes, ne permettraient pas les mouvements de pronation et supination.

A ce point de vue, je dois dire que je ne me suis pas arrêté, comme M. Bérard, par des considérations d'asepsie. M. Lambotte nous a montré qu'on pouvait tout faire sans que les doigts touchent la plaie. Je me suis toujours efforcé de faire des interventions sans que mes gants soient tachés de rouge, règle primordiale posée par M. Lambotte, et je continue à être interventionniste parce qu'aucune de mes ostéosyntheses, déjà nombreuses pourtant, ne m'a donné d'infection.

Pas plus que l'asepsie, les difficultés opératoires ne doivent nous arrêter et ce n'est pas de ce côté que nous devons chercher des indications ou contre-indications opératoires ; celles-ci reposent simplement sur la comparaison des résultats physiologiques que peuvent donner l'une ou l'autre méthode de traitement. Les principes généraux donc sont, dès aujourd'hui, bien établis, et je crois que nous sommes tous, par eux, d'accord avec M. Lambotte. Il est bon d'ajouter, toutefois, que devant certains cas, la conduite de chacun de nous ne sera pas la même. Les uns, rompus à la pratique de l'opération sanglante, opèreront parce qu'ils savent que, par ce moyen, ils donneront un résultat fonctionnel meilleur que par les méthodes conservatrices ; d'autres, au contraire, ayant mieux en main l'appareil plâtré, la traction ou le massage, resteront fidèles à ces techniques parce qu'il leur semblera pouvoir en tirer un résultat satisfaisant. Ce sera là, comme dans tant de chapitres de la chirurgie, affaire d'impression personnelle

et d'indications relatives. Quoi qu'il en soit, le champ de l'intervention sanglante ne peut que s'accroître, et ici, peut-être plus que partout ailleurs, nous avons le droit d'espérer que la perfection de la technique étendra considérablement les indications. De même que nous avons vu se créer, timidement d'abord, puis plus largement, puis se généraliser, les indications du traitement opératoire dans les fibromes au fur et à mesure que se perfectionnait la technique de l'hystérectomie, de même aussi nous avons vu s'élargir l'emploi de l'opération dans les fractures récentes au fur et à mesure que l'ostéosynthèse devenait plus parfaite ; nous verrons s'étendre encore, j'en ai le ferme espoir, ces indications, puisque nous possédons maintenant une technique parfaite. Cette technique, c'est à M. Lambotte que nous la devons, et la chirurgie doit lui en manifester toute sa reconnaissance.

M. BÉRARD. — Je sais bien qu'aujourd'hui, pour un chirurgien digne de ce nom, il est entendu que le coefficient infection doit être rayé de la discussion des indications opératoires. Et je me garderais de protester quand nos collègues viennent affirmer ici qu'ils n'ont jamais eu de déboires de cet ordre, soit à l'Hôtel-Dieu, soit dans tout autre de nos hôpitaux. Mais alors, si nous ne devons plus compter avec ce facteur, je ne m'explique plus leur timidité et la rareté des indications qu'ils trouvent à l'ostéosynthèse.

M. Villard s'est appuyé sur l'argument classique, que la restauration anatomique n'est pas indispensable à la restitution fonctionnelle et qu'avec des réductions paraissant mauvaises sur la radiographie, on peut avoir pourtant des incapacités définitives, nulles ou minimales ; c'est ce qu'avaient soutenu déjà Berger, Nélaton aux premières discussions de la Société de chirurgie de Paris. Mais cette affirmation que l'on pose comme un aphorisme demanderait précisément à être démontrée ; pour moi, je la crois fautive. J'ai eu l'occasion d'examiner en expertise, après des accidents du travail, un nombre déjà considérable de fractures de jambe ou de cuisse, soignées avec zèle par des chirurgiens consommés, au moyen des anciennes méthodes, et je ne crois pas qu'un sur dix de ces blessés ait bénéficié d'une guérison absolue, sans aucun degré d'incapacité permanente partielle. Or, en 1911, j'ai vu chez M. Lambotte, à Anvers, défiler sous mes yeux, avec radiographies en main, une centaine de blessés atteints de fractures graves très obliques à plusieurs fragments ou articulaires de la cuisse et de la jambe ; plus des trois quarts étaient complètement guéris et avaient repris sans aucune indemnité leur métier pénible de débardeurs, de camionneurs du port. Il en est de même pour la durée de l'incapacité temporaire, c'est-à-dire pour la durée du traitement jusqu'à la date de consolidation légale : elle est, quoi qu'on en ait dit, considérablement raccourcie par la méthode sanglante : un mois pour des fractures de

bras et de jambe, quarante-cinq jours à deux mois pour des fractures de cuisse. Comme ces chiffres relatifs à l'incapacité et la durée du traitement sont d'une importance capitale pour les blessés de la classe ouvrière, dont le gagne-pain est l'enjeu, je demanderai à M. Lambotte de vouloir bien lui-même nous faire connaître le résultat de sa pratique à ce double point de vue.

M. GAYET. — Au risque de lasser la patience de M. Lambotte, je veux lui poser deux questions pour mon instruction personnelle.

1° A quel moment, combien de temps après la fracture, pratique-t-il l'ostéosynthèse? peut-on, sans inconvénients, attendre quinze jours à trois semaines? s'il en est ainsi, on conçoit qu'il est plus aisé de déterminer les cas qui doivent guérir d'une façon très convenable par la méthode non sanglante et ceux qui laisseront un état imparfait de coaptation. En effet, à cette période l'œdème a disparu, les muscles ont cessé d'être un obstacle à la réduction, on perçoit très bien le chevauchement s'il persiste; l'indication opératoire est facile à poser.

2° La mentalité des ouvriers dans son pays (ou celle des médecins experts) est-elle vraiment si différente de ce que nous voyons chez nous, au point qu'une fracture grave, même parfaitement consolidée, n'entraîne pas des récriminations, des demandes d'indemnité; on a parlé tout à l'heure de blessés déclarés guéris sans aucune incapacité; je me demande si nos ouvriers, se sachant porteurs d'une plaque et de vis, accepteraient cette situation sans essayer d'en tirer parti pour obtenir une indemnité.

M. LAMBOTTE. — Au sujet du moment de l'opération, je suis partisan d'intervenir à froid, c'est-à-dire plusieurs jours après l'accident, tantôt au bout de huit jours, tantôt au bout de quinze jours, quelquefois au bout de trois semaines; de cette façon, on a tout le loisir de faire la radiographie et de faire les tentatives de réduction si on les croit utiles. Les cas de réduction sanglante d'urgence sont très rares; je citerai cependant la fracture de Dupuytren pour laquelle il faut intervenir souvent d'urgence.

Au sujet de l'acceptation par le blessé d'une intervention, je n'éprouve aucune difficulté. Généralement, je sou mets la plaque radiographique au blessé, je lui montre le déplacement et lui indique qu'il doit se laisser visser ses os; tous acceptent généralement de très bon cœur.

Après l'opération, je n'ai pas eu de désagrément; il y a quelquefois des simulateurs qui profitent de l'accident pour se plaindre, mais en général mes malades sont heureux de se voir guéris rapidement.

On me demande la durée du traitement. C'est variable; au bout de quinze jours, quelquefois au bout de trois semaines généralement après l'opération, je fais lever mes malades; cette question est assez secondaire d'ailleurs.

Il m'est impossible de donner une idée générale des résultats au point de vue de l'incapacité du travail. Il y a deux ans, à l'occasion du Congrès de Paris, j'avais fait une enquête, que j'ai communiquée à M. Bérard, mais je ne me souviens plus des chiffres : ils étaient très faibles.

Le grand point, à mon avis, c'est que la fracture soit envoyée à temps ; souvent les sociétés d'assurances envoient les blessés six mois après leur accident ; dans ces conditions, on obtient un résultat chirurgical généralement bon, mais non parfait, et ce résultat nécessite une indemnité commerciale. Les seuls cas sur lesquels on peut tabler sont les cas récents et, à ce point de vue, l'enquête de la Commission anglaise est irréfutable.

Je crois donc qu'il faut marcher de plus en plus dans la voie des interventions ; il faut le faire avec eprudence, c'est certain, mais je crois aussi qu'il ne faut pas s'entêter à refuser un si grand progrès aux nombreux blessés que nous voyons.

M. LE PRÉSIDENT. — Je remercie encore une fois notre hôte de sa visite et de de son intéressante communication. M. Lambotte a pu voir que ses travaux, ses méthodes ont, à Lyon, beaucoup d'admirateurs, et je puis lui dire que sa personnalité conservera ici des sympathies nombreuses. Nous marquerons d'une pierre blanche le jour de sa visite.

*
* *

RÉTRÉCISSEMENT ÉTENDU DE L'URÈTRE. PÉRIURÉTRITE
SCLÉREUSE. RÉSECTION DE 8 CENTIMÈTRES D'URÈTRE.
GREFFE DERMO-ÉPIDERMIQUE APRÈS CYSTOSTOMIE DE
DÉRIVATION. GUÉRISON.

M. GAYET. — Les beaux succès obtenus par notre collègue Nové-Josserand dans le traitement des hypospadias par son procédé de greffes dermo-épidermiques nous avait fait penser qu'il y avait là une méthode qui pourrait rendre de grands services pour les rétrécissements acquis nécessitant une résection étendue de l'urètre. L'occasion de l'appliquer nous a été fournie l'année dernière par un malade qui se présentait cependant dans d'assez mauvaises conditions pour que le succès nous parût bien douteux ; et cependant le résultat a été réellement satisfaisant et nous a paru digne de vous être montré.

OBSERVATION. — Il s'agissait d'un homme de 62 ans, dont la vie tout

entière avait été empoisonnée par la dysurie consécutive à un grave rétrécissement. C'est en effet à l'âge de 19 ans qu'il avait contracté une blennorragie et depuis, la miction avait toujours été douloureuse ; puis, dix ans après l'infection, survient la gêne de la miction et le cycle habituel des crises de rétention et d'infection ascendante. Enfin, une poussée aiguë d'infiltration d'urine l'amena dans le service du professeur Rochet, qui pratiqua plusieurs interventions successives et très larges dont les cicatrices, encore visibles, indiquent l'importance. De cet orage il garda une fistule périnéale ainsi que des masses scléreuses blindant absolument tout le périnée.

Il revint nous trouver au mois d'avril 1912 ayant toujours de la rétention incomplète, une fistule gênante et des phénomènes de cystite purulente. Nos tentatives d'exploration du canal restèrent sans succès ; rien ne passait, pas même la plus petite bougie. Nous décidâmes alors de faire une opération exploratrice qui se terminerait soit par une résection avec urétrostomie périnéale, soit par tout autre mode de réparation, suivant ce que nous constaterions au cours de l'intervention.

Le 19 août 1912, le malade est insensibilisé par anesthésie rachidienne. Cette anesthésie fut excellente et nous permit de travailler tranquillement, en causant avec le malade et sans crainte de prolonger nos manœuvres fort complexes et fort délicates. En effet, l'extirpation des masses cicatricielles fut des plus laborieuses. Il n'existait pour ainsi dire plus d'urètre, mais uniquement un tissu de sclérose criant sous les ciseaux, et quand nous eûmes retrouvé un tissu à peu près sain, nous étions au niveau du diaphragme uro-génital, avec un bout postérieur ouvert à la sortie de la prostate, un bout antérieur rétracté dans le scrotum. Nous devions même renoncer à l'espoir d'établir une urétrostomie préprostatique, car le décollement de la prostate était absolument impossible et la peau insuffisante pour venir jusqu'à l'urètre.

C'est alors que nous eûmes l'idée d'une greffe. Mais auparavant il fallait détourner les urines et nous pratiquâmes rapidement une cystostomie. Remettant alors le malade en position sur le dos, les jambes relevées, nous détachâmes au rasoir une longue bandelette de tissu dermo-épidermique sur la face dorsale suffisamment glabre de la cuisse gauche. Cette greffe fut enroulée autour d'une bougie et mise en place dans l'urètre. Les parties molles furent ramenées et suturées au-dessous ; la peau fut réunie au crin de Florence.

Les suites opératoires furent simples ; la température resta constamment normale.

Le 1^{er} mai la bougie est retirée, un petit fil conducteur est facilement introduit et une petite sonde glisse à la suite dans la vessie pour un lavage très prudent.

Le 20 mai, nous plaçons une sonde à demeure ; le 31 mai, elle est définitivement enlevée et le malade urine complètement par la verge.

Nous entreprenons ensuite une série de dilatations ; malheureusement celles-ci provoquent un peu de température, les urines se troublent, le canal est gonflé et le sondage difficile. Aussi le 26 juin, nous pratiquons l'urétrotomie interne sur la greffe ainsi que l'a conseillé Nové-Josserand en des cas pareils. A partir de ce moment, la dilatation se fait plus régulièrement.

Au mois de septembre, il y eut cependant de nouveaux incidents sous forme d'orchites à répétition qui nous amenèrent à pratiquer la ligature des déférents.

Depuis, le malade peut être dilaté sans nouvel ennui ; actuellement on passe facilement le 21 de la filière Charrière ; le jet est fort, les urines claires et l'opéré a une fonction mictionnelle très satisfaisante.

L'intérêt de cette observation réside surtout dans le fait qu'un malade âgé, qui n'était plus justiciable, semblait-il, que d'une cystostomie définitive, a pu récupérer un canal convenable au moyen d'une greffe cutanée par un procédé qui avait fait ses preuves chez les jeunes hypospadias, mais semblait, ici, un peu risqué. Je suis heureux de soumettre ce cas à notre collègue Nové-Josserand et de lui demander de nous communiquer les réflexions qu'il ne peut manquer de lui inspirer.

M. NOVÉ-JOSSERAND. — Je suis très heureux de la communication de M. Gayet, d'autant plus que M. Leriche m'en a déjà annoncé une prochaine sur le même sujet. Ceci montre que l'idée de reconstituer l'urètre avec la greffe dermo-épidermique fait des adeptes et qu'elle trouve même des applications plus étendues qu'on ne pouvait le penser tout d'abord.

Puisque j'en ai l'occasion, je dirai que cette méthode continue à me donner de très bons résultats dans l'hypospadias et l'épispadias. Ma statistique compte maintenant 25 opérés, et je pense pouvoir vous apporter bientôt l'ensemble de mes résultats, dont quelques-uns datent maintenant de plus de dix ans.

Je me bornerai à vous raconter aujourd'hui l'histoire d'un de ces opérés, très intéressante, parce qu'elle montre, contrairement à ce que je pensais jusqu'ici, que l'urètre artificiel peut s'accroître spontanément parallèlement à la croissance du sujet.

OBSERVATION. — Il s'agit d'un garçon que j'ai opéré le 25 juin 1906, pour un hypospadias péno-scrotal ; il était âgé alors de 7 à 8 ans. Le calibre de l'urètre fut d'abord tout petit, il ne dépassait pas le n° 10 de la filière Charrière. Après l'urétrotomie interne pratiquée le 16 novembre 1906, le calibre s'éleva au n° 15 et c'est dans cet état que le malade quitta le service. Je ne l'ai revu que cette année, en 1913, à la

fin de janvier ; il n'avait reçu aucun soin depuis six ans. La miction était très facile et le malade se trouvait dans des conditions absolument normales. Le cathétérisme a montré que l'urètre avait un calibre régulier et qu'il admettait facilement une sonde n° 18. Il s'était donc agrandi de trois numéros dans l'espace de six ans.

En général, l'urètre persiste avec ses dimensions premières, et jusqu'ici je ne l'avais vu s'agrandir que dans un cas. Le fait actuel montre que l'accroissement progressif est possible, et peut-être si je pouvais revoir mes plus anciens opérés trouverais-je que ce fait est plus fréquent que je ne l'ai pensé jusqu'ici.

*
* *

RÉSECTION SANS DRAINAGE POUR UNE ARTHROPATHIE TABÉTIQUE.

M. VILLARD. — Je vous présente un malade auquel il a été fait une résection sans drainage pour une arthropathie tabétique.

OBSERVATION. — Ce tabétique, âgé de 49 ans, m'arriva avec un pied flottant comme un fléau au bout du tibia, il marchait sur la malléole externe et quand on lui remuait le pied, on avait des craquements très nombreux. J'étais d'abord décidé à l'amputer, pensant qu'il marcherait mieux sur le genou que sur n'importe quel appareil ; puis, poussé par mon entourage, je me suis décidé à faire une arthrodeuse, bien que le cas fût très défavorable.

J'ai fait l'ablation de l'astragale, qui était un corps flottant dans une grande cavité remplie de liquide, à peine reconnaissable en tant qu'astragale ; il y avait encore un certain nombre de corps étrangers libres dans l'articulation ; puis j'ai réséqué la malléole externe, j'ai abrasé la partie inférieure du tibia, sectionné la partie supérieure du calcanéum de façon à l'aviver, puis refermé complètement sans drainage la cavité laissée libre par l'ablation faite. Ensuite, par une incision plantaire, j'ai transfixé avec une grande vis de Lambotte la face inférieure du calcanéum et du tibia et j'ai immobilisé le malade dans un appareil plâtré. Tout s'est passé aussi simplement que possible. Le malade a été sorti de son plâtre au bout de quarante jours avec une solidité relativement suffisante. Je ne l'ai pas laissé beaucoup marcher encore, c'est aujourd'hui qu'il fait ses premiers pas. Ils sont encore bien chancelants et le pied est bien imparfait, mais quand on le compare avec ce qu'il était, on trouve que le résultat dépasse toute espérance. Évidemment ce malade ne sera jamais un marcheur de premier ordre, mais il aura un pied qui ne lui sera pas tout à fait inutile.

J'ai tenu à vous montrer ce fait à deux points de vue : d'abord à cause de nos discussions sur les résections sans drainage; ensuite au point de vue de la stabilité relative qu'a donnée cette intervention.

M. BÉRARD. — Cette présentation de M. Villard et le résultat très satisfaisant qu'il a obtenu par l'arthrodèse calcanéo-tibiale dans ce cas d'arthropathie tabétique du cou-de-pied, après résection de l'astragale, m'intéresse particulièrement. J'ai en effet en traitement, depuis un mois, un malheureux tabétique atteint d'une arthropathie de l'épaule droite avec luxation récidivante. La radiographie nous a montré une déformation notable de la tête humérale avec une érosion de la cavité glénoïde; ces lésions expliquent comment la luxation pathologique, très facile à réduire, se reproduit au moindre mouvement du bras. Comme ce malade, âgé de 50 ans, encore très actif, est déjà privé de l'usage de son bras gauche du fait de névrites et de troubles d'incoordination, qui l'empêchent de se servir de la main gauche, il se trouve actuellement dans une situation déplorable : il n'ose même plus se servir de sa main droite pour manger. Après un entretien avec M. Aubert, nous nous sommes rendu compte que tout appareil orthopédique serait sans efficacité pour maintenir réduite la luxation de l'épaule droite. Et en désespoir de cause, j'en suis venu à rechercher si une intervention chirurgicale telle qu'une suture de la tête humérale à l'acromion, ou un vissage de la tête dans la cavité glénoïde, aurait quelque utilité. Je profite de la présence de M. Lambotte pour lui demander s'il a eu à traiter déjà quelques cas semblables, et quelle conduite il adopterait en pareil occurrence.

M. LAMBOTTE. — Il y a quelques années, j'ai fait, pour une ostéo-arthropathie tabétique du genou, une résection sans drainage, comme je fais d'habitude pour le genou. Le résultat a été bon, mais la consolidation a été un peu longue; elle a demandé près d'un an; ce malade est revenu plusieurs mois plus tard avec une arthropathie de l'autre genou; je l'ai réséquée également, là encore la consolidation a été très lente, mais le résultat final satisfaisant.

* *

CANCER DU CÔLON TRANSVERSE.

ABLATION EN UN TEMPS

DE LA TUMEUR AVEC LE CÔLON ASCENDANT ET LE CÆCUM.

M. L. TAVERNIER. — Je vous apporte une observation de cancer du côlon transverse qui me paraît prêter à quelques considérations intéressantes.

OBSERVATION. — A... (Jean), cultivateur, âgé de 48 ans, est entré à l'Hôtel-Dieu en août 1912, pour des coliques douloureuses qui ont débuté six mois auparavant et se sont accompagnées de méléna à plusieurs reprises. On sent dans sa fosse iliaque droite une tumeur assez mobile, dure, non douloureuse, grosse comme le poing qui me fait penser à une tumeur du cæcum. L'état général est resté assez bon.

Le 14 août, une laparotomie latérale droite sur le bord du grand droit montre que la tumeur siège non sur le cæcum, mais sur la partie droite du côlon transverse prolabée et légèrement fixée en ce point par quelques adhérences. Il y a de gros ganglions dans le mésentère, au-devant du pancréas, et le long de la grande courbure de l'estomac, l'étendue de cette réaction ganglionnaire impose d'abord l'idée d'adénopathie cancéreuse inopérable, mais aucun de ces ganglions n'est très gros ni très dur, la tumeur est anatomiquement enlevable. La tumeur est libérée ainsi que le côlon ascendant et le cæcum qui sont décollés d'un coup de doigt dans leur fascia d'accolement après incision du péritoine sur leur bord externe. Toute cette portion d'intestin est devenue aussi libre qu'une anse grêle, elle est réséquée depuis la terminaison du grêle jusqu'au milieu du côlon transverse. La circulation intestinale est rétablie par une anastomose latéro-latérale au bouton. Des masses ganglionnaires assez volumineuses de la région de la tête du pancréas sont extirpées péniblement; quelques ganglions sont encore enlevés isolément dans le mésentère et vers la grande courbure de l'estomac, mais il en reste beaucoup d'inélevables dans le mésentère qui en est farci.

La péritonisation de la zone de décollement du cæcum et du côlon ascendant se fait assez facilement, et surtout aux dépens du lambeau péritonéal externe. Fermeture de la paroi en laissant un petit drain intrapéritonéal qui est retiré le deuxième jour, après avoir laissé écouler une assez notable quantité de sérosité.

Bien que l'opération ait été assez longue, les suites furent extrêmement simples, comme vous le voyez sur la feuille de température, dont la courbe ne dépasse pas 38, alors que celle du pouls oscille entre 60 et 70.

L'examen histologique montra que la tumeur était un épithélioma métatypique à néoformations épithéliales disposées pour la plupart en tubes glandulaires, très rarement en boyaux pleins. Les ganglions du mésentère et pancréatiques étaient purement inflammatoires; quant au ganglion prélevé sur la grande courbure « après un examen attentif on trouve sous la capsule un seul petit nodule épithélial indiquant une généralisation tout à fait au début, le reste de l'organe a l'aspect inflammatoire » (Savy).

Craignant d'après cette réponse histologique la possibilité d'une récurrence ganglionnaire, je fis revenir le malade au bout de six mois. Il était en parfait état de santé, sans troubles digestifs, mais on sentait

dans sa fosse iliaque droite une masse arrondie, ferme, très mobile, plaquée contre la paroi postérieure; était-ce un rein très abaissé ou une récurrence ganglionnaire?

Dans le doute, je lui fis le 30 janvier 1913 une laparotomie exploratrice sur son ancienne cicatrice, et je constatai que la tuméfaction en question n'était autre qu'un rein extrêmement abaissé, comme si l'absence de côlon droit l'avait privé d'un soutien physiologique. Nulle part il n'y avait trace de récurrence, ni dans les ganglions de la région gastrique ni dans ceux du mésentère que je retrouvais encore gros, mais moins que je ne les avais laissés six mois auparavant. Un de ces ganglions prélevé pour l'examen histologique n'a montré que des lésions inflammatoires (Santi). Il s'était formé à la suite de la première opération beaucoup d'adhérences intestinales que je dus libérer en partie pour explorer complètement l'abdomen; pour tâcher d'éviter leur reproduction, je versai en terminant de l'huile camphrée dans l'abdomen.

Les suites opératoires furent excellentes, et vous pouvez voir qu'aujourd'hui, quatorze jours après l'opération, le malade est en parfait état.

Une première remarque qu'appelle cette observation, c'est que, malgré une réaction ganglionnaire si étendue, qu'elle imposait presque la notion de sa nature néoplasique, j'ai cru pouvoir faire bénéficier ce malade d'une exérèse aussi complète que possible. Je craignais bien de ne faire qu'une opération palliative, mais, même à ce titre, l'ablation de la tumeur me paraissait une opération meilleure qu'une simple exclusion chez un malade encore capable de supporter une longue intervention. Aujourd'hui que l'examen histologique n'a montré qu'un seul ganglion partiellement néoplasique, et qu'une nouvelle laparotomie à six mois d'intervalle n'a pas fait voir trace de récurrence, j'ai bon espoir d'obtenir un résultat durable. Des surprises aussi heureuses sont bien faites pour nous encourager à faire, même à titre palliatif, des opérations plus complètes que celles visant simplement à rétablir le cours des matières. M. Delore nous a montré récemment, pour les tumeurs de l'estomac, combien les pylorectomies, faites dans ces conditions, donnent des résultats meilleurs et plus durables que la simple gastro-entéro-anastomose; je crois qu'on peut appliquer les mêmes données aux cancers du côlon toutes les fois que les conditions anatomiques de la tumeur et l'état général du malade le permettent.

Mais le point que je voudrais surtout développer devant vous,

c'est l'avantage qu'il y a dans le cas de cancer du côlon transverse à étendre la résection colique jusqu'à l'intestin grêle, pour pouvoir terminer l'opération par une anastomose iléo-colique, infiniment plus facile et sûre qu'une réunion des deux bouts du côlon transverse.

La mortalité, dans les ablations de cancers coliques, est encore assez élevée ; c'est elle qui a poussé aux opérations prudentes en plusieurs temps, si désagréables pour les malades ; je crois que cette gravité est due surtout aux mauvaises conditions dans lesquelles sont faites les sutures intestinales qui rétablissent le cours des matières bien plus qu'à une septicité particulière des opérations portant sur ce segment d'intestin. J'en vois la preuve dans la bénignité relative des opérations pour cancers du cæcum ou de l'anse sigmoïde ; dans le premier cas, l'opération se termine par une iléo-colostomie dans de bonnes conditions ; dans le second cas, l'anastomose bout à bout est facile sur une anse sigmoïde aussi libre et aussi bien péritonisée qu'une anse grêle. Au contraire, les cancers dont la résection est grave sont ceux du côlon transverse, de l'angle gauche et du côlon descendant, parce qu'alors pour peu que l'exérèse ait été large, les tranches de section de l'intestin se rapprochent difficilement ; on en est réduit, pour rétablir la continuité du tube intestinal, à une suture bout à bout qui tient mal, parce qu'elle est faite sur un intestin mal péritonisé, envahi par la graisse et les insertions épiploïques s'il s'agit du côlon transverse, dépourvu de péritoine sur sa face postérieure s'il s'agit du côlon descendant. C'est dans ces cas qu'il serait très avantageux, je crois, de poursuivre la résection du côlon sus-jacent à la tumeur jusqu'à l'intestin grêle, pour pouvoir terminer facilement l'opération par l'implantation de l'extrémité de l'intestin grêle sur un point bien péritonisé du côlon sous-jacent à la tumeur et à une certaine distance au-dessous de la tranche de section, pour que le reflux des matières ne vienne pas compromettre le succès de la suture qui la ferme. Cette suture reste le seul point délicat de la technique, mais quand il s'agit simplement de fermer un intestin, on peut toujours profiter pour le mieux des points bien péritonisés de la tranche de section et multiplier les enfouissements séro-séreux.

On pourrait objecter à cette opération sa longueur et sa

complication, mais en décollant les fascia de coalescence rétro-coliques, on rend les côlons ascendant et descendant aussi libres et aussi faciles à enlever qu'une anse grêle. L'insertion du grand épiploon sur le côlon transverse nécessite bien quelques ligatures, mais la rapidité de l'anastomose iléo-colique, qu'on peut faire au bouton, permet de regagner en partie le temps perdu. Dans le cas de mon malade, l'opération a été assez longue, mais surtout à cause du curage ganglionnaire de la région pancréatique, et, malgré cela, le shock a été insignifiant.

Je regrette de n'avoir pas à vous présenter, pour illustrer cette thèse, un cas de cancer du côlon descendant opéré suivant cette technique, car c'est là que cette technique serait surtout intéressante : c'est là que les conditions de la suture termino-terminale sont les plus mauvaises et c'est là aussi que l'opération exige le sacrifice d'une portion considérable d'intestin : cæcum, côlon ascendant, côlon transverse et côlon descendant, jusqu'à la tumeur. Mais il me semble que ce sacrifice n'est pas hors de proportion avec le but qu'il vise, s'il nous permet d'opérer un cancer du côlon descendant avec autant de sécurité qu'un cancer du cæcum et sans avoir à infliger au malade les ennuis des opérations en plusieurs temps.

Séance du 20 février 1913

Présidence de M. A. POLLOSSON

LYMPHOGRANULOMATOSE LOCALISÉE DE L'AINE.

MM. DURAND, NICOLAS, FAVRE. — Nous étudions, depuis huit ans, une variété assez particulière de ganglions de l'aîne. Nous en possédons un grand nombre d'observations et nous pouvons maintenant fournir sur elle des données assez précises. Il s'agit d'une adénopathie subaiguë ou chronique qui peut assez facilement être confondue avec la tuberculose, mais qui peut et doit pourtant en être distinguée. Les caractères cliniques, la constitution anatomo-pathologique, l'évolution et le traitement nous paraissent maintenant assez précisés pour pouvoir vous être présentés. Pour illustrer cette communication, voici un malade atteint de cette affection :

OBSERVATION. — F. M..., 23 ans, entre le 10 janvier 1913 dans le service de M. Nicolas pour une adénopathie inguinale.

Antécédents héréditaires : mère et père morts cardiaques, une sœur, 27 ans, mal portante.

Antécédents personnels : le malade est atteint d'une malformation congénitale importante des organes génitaux externes : hypospadias péno-scrotal. Son scrotum est presque divisé, sa verge courbe, palmée, rétractée vers le bas, l'urètre s'ouvre à la base du pénis ; un degré de plus et cet homme présentait une pseudo-vulve. Ceci ne l'empêche pas d'utiliser souvent, en rôle mâle ces organes malformés, à telle enseigne qu'il a pu puiser successivement, chez des amies contaminées, la blennorragie, des chancres mous et la syphilis.

Vers la fin de décembre, il vit apparaître, à gauche, les ganglions pour lesquels il entre dans le service. Peu à peu, cette adénite augmente de volume, restant peu douloureuse, sans entraîner de fièvre perceptible subjectivement par le malade.

Quelques jours avant son entrée, une petite érosion de la partie droite du sillon péno-scrotal de son hypospadias attira son attention.

A son entrée dans le service, on voyait encore cette lésion sous forme d'une petite ulcération sans induration, ressemblant comme dimensions, forme et coloration, à celle que laisse une vésicule d'herpès un peu grosse.

Le pli inguinal droit est douloureux, le gauche est rempli par une masse multiganglionnaire, siégeant haut, dans la région abdomino-inguinale plutôt que dans le triangle de Scarpa. La peau rouge, enflammée, mais d'une manière qui paraît subaiguë et non aiguë phlegmonneuse, adhère sur une assez large surface à la masse sous-jacente.

Le 15 janvier, la peau a été ouverte au point où vous voyez une fistule, et il s'est écoulé un pus jaunâtre filant.

Poumons, cœur, foie et tous les viscères sont normaux.

Le testicule droit présente un épididyme un peu induré, reliquat d'une orchite aiguë qui avait compliqué la blennorragie.

Actuellement, la lésion est constituée, comme vous pouvez voir, par une masse résultant de la fusion incomplète de multiples ganglions haut situés. Il est à peine utile de faire remarquer combien cette lésion ressemble à une adénite tuberculeuse, à un examen superficiel. Si l'on regarde de plus près, au contraire, on voit que la fistule n'a nullement un aspect tuberculeux, que les ganglions, par leur forme et leur localisation haute, très spéciales, ne peuvent guère non plus être attribués au bacille de Koch.

Le diagnostic nous a paru évident et c'est pourquoi nous avons cru devoir vous présenter ce malade comme un cas typique cliniquement de l'affection que nous décrivons sous le nom de lymphogranulomatose localisée de l'aîne, bien que, pour pouvoir affirmer ici ce diagnostic, il nous manque le critérium des cultures et inoculations négatives, et celui de l'examen histologique.

Permettez-moi de vous présenter, au nom de MM. Nicolas et Favre et au mien, ce que nous savons de cette maladie.

Quand nous avons commencé à étudier ces ganglions, nous avons cru d'abord qu'ils n'avaient pas été décrits à part, mais nous avons vu bientôt que Velpeau, Chassaignac autrefois, Ch. Nélaton, Lejars, Imbert (de Marseille), et plusieurs autres auteurs (thèses de L'Hardy, 1895; Chavanne, 1903; Dugas, 1909) avaient reconnu l'individualité de cette adénopathie. Marion et Gandy (*Archives générales de Médecine*, 1901) lui ont notamment consacré un très remarquable mémoire qui conclut toutefois à la nature tuberculeuse de cette affection.

Or, au nom de la clinique, de l'anatomie pathologique, nous pouvons affirmer aujourd'hui que cette affection n'est pas tuberculeuse et nous prouvons la véracité de cette affirmation en disant que nous avons bien souvent pratiqué l'inoculation au cobaye sans jamais tuberculiser cet animal. Nous pouvons même fournir une contre-épreuve à ces inoculations négatives, car dans plusieurs cas de ganglions tuberculeux vrais, en rapport avec une tuberculose testiculaire, l'inoculation a tuberculisé le cobaye. Nous pouvons en conclure que la lymphogranulomatose ne tuberculise pas le cobaye et que les ganglions tuberculeux vrais de l'aine tuberculisent l'animal. Donc cette maladie n'est pas tuberculeuse.

Son *étiologie* est intéressante. Exceptionnelle chez la femme, nous n'en avons que trois ou quatre cas, cette affection est fréquente chez l'homme. On la voit surtout chez les gens qui ignorent la propreté balano-préputiale. Dans un grand nombre de cas, comme chez le malade ici présent, nous avons trouvé sur le gland une ulcération herpétiforme et nous sommes amenés à penser que cette ulcération constitue la porte d'entrée de l'agent pathogène. Malheureusement, toutes nos recherches bactériologiques ont été vaines sur la nature de cet agent, le pus s'est toujours montré stérile à l'examen direct, à la culture et à l'inoculation.

La *pathogénie* nous est donc encore inconnue et appelle de nouvelles recherches.

Ne pouvant caractériser cette affection par son agent pathogène, nous avons cru devoir lui donner un nom en rapport avec sa constitution histologique, et comme cette constitution est exactement, on le verra plus loin, celle de certaines formes d'adénopathie qu'on appelle lymphogranulome, nous avons adopté ce mot. Nous savons bien que nous ne sommes pas en présence d'une véritable lymphogranulome, car cette maladie est grave, à évolution progressive et fatale. Mais en attendant une meilleure dénomination, nous avons cru pouvoir admettre celle qui représente la structure fine des adénites que nous étudions.

Anatomie pathologique. — Nous avons insisté sur la topographie de nos ganglions; nous allons décrire maintenant leurs lésions macroscopiques.

Les ganglions atteints sont nombreux en général et offrent

la plupart du temps, côte à côte, les différents degrés des lésions. Ils sont d'abord peu augmentés de volume, offrant à la coupe une surface jaunâtre avec quelques marbrures lie de vin.

Un peu plus tard, et le ganglion ayant grossi, la coupe montre de petits points plus colorés et un peu plus durs, ayant vaguement l'aspect d'une granulation tuberculeuse. A ce stade, la substance ganglionnaire est souvent d'une teinte lie de vin, un peu succulente.

On voit ensuite apparaître, dans le plein du ganglion, un ou plusieurs petits abcès, qui, se creusant de plus en plus, ont d'abord la forme arrondie et le volume d'une tête d'épingle, puis deviennent plus gros et prennent la forme stellaire, irrégulière.

Ces abcès peuvent confluer, creusant ainsi le ganglion d'une cavité assez importante, mais qui ménage toujours une portion assez importante du parenchyme ganglionnaire. De suite l'idée s'impose que l'ouverture de cette collection laisserait trop de substance altérée pour que cette pratique soit satisfaisante.

Il s'agit donc de ganglions tuméfiés, infiltrés, dans lesquels apparaissent des points d'infiltration, puis des abcès petits d'abord, grossissant ensuite, irréguliers : la suppuration est intraganglionnaire. Mais ce mot ne suffit pas à caractériser l'affection, car il y a toujours de la périadénite, plastique d'abord, avec des microabcès plus tard et parfois avec de larges nappes de suppuration péri-ganglionnaires. Il nous est souvent arrivé d'ouvrir une collection fluctuante superficielle et de trouver, saillant dans la cavité, un ganglion parfois énorme, rouge, un peu tomenteux, qui après extirpation montrait, à la coupe, une série de petits abcès stellaires, sans communication avec la nappe péri-ganglionnaire.

Assez rapidement, grâce surtout à la périadénite, la peau adhère aux ganglions. Il s'ouvre bientôt un foyer d'adénite ou de périadénite, une fistule s'établit, une autre s'ouvre plus loin et ainsi de suite.

Les lésions histologiques ne sont pas moins remarquables.

L'examen d'un ganglion, à un très faible grossissement, pour juger de l'ensemble des lésions, montre, au sein d'un parenchyme modifié par l'inflammation, des formations dont la répartition, la confluence, le développement peuvent varier,

mais que l'on peut regarder constantes, ce sont : les *abcès à contours irréguliers*, *abcès stellaires*, les *gommés*, les foyers épithélioïdes, les cellules géantes.

Dans son ensemble, le ganglion est profondément transformé par l'inflammation diffuse qui fait disparaître plus ou moins les formations normales : cordons folliculaires, voies cavernueuses. Assez habituellement toutefois on retrouve, dans la capsule du ganglion, des follicules persistants que l'on reconnaît facilement à leur centre clair et à leur limitation. C'est dans la région médullaire que le remaniement du parenchyme nous a toujours paru le plus accusé.

Les ganglions, qui ne présentent aucun abcès lenticulaire, conservent une architecture générale encore reconnaissable sur nombre de points ; mais où les abcès confluents, en guêpier, se sont développés, on n'observe plus sur les coupes que de larges nappes d'inflammation diffuse, accidentées par les formations déjà énumérées.

Les *abcès* peuvent être arrondis ou ovalaires, à contours réguliers. Plus souvent ils sont arborescents ; le qualificatif de stellaires nous paraît les désigner mieux encore. Ils envoient, en effet, des prolongements multiples, les uns courts et trapus, d'autres beaucoup plus longs, qui s'enfoncent par un trajet tortueux dans l'épaisseur du ganglion.

Déjà, même à un faible grossissement, il est aisé de constater que la bordure de ces abcès est formée d'une ou plusieurs couches de cellules qui prennent vivement l'éosine, dont les noyaux volumineux sont peu colorables et dont le protoplasma est très développé. On reconnaît, à cette description, les cellules épithélioïdes, elles sont ici très typiques.

Quelques-unes d'entre elles possèdent deux ou trois noyaux, ce sont là de véritables cellules géantes, dont il est d'ailleurs fréquent de rencontrer des éléments typiques, de grande taille, à noyaux nombreux, dans la bordure épithélioïde de l'abcès.

Ce manteau d'éléments épithélioïdes est ordinairement aminci autour des abcès volumineux ; il peut être alors discontinu ou réduit à une mince couche de grosses cellules acidophiles arrondies. Certains abcès stellaires ou fissuraires peuvent même ne pas présenter cette bordure épithélioïde. Dans la cavité même de l'abcès les éléments cellulaires sont en abondance variable. Tantôt très nombreux, tassés, ils sont

parfois séparés les uns des autres par d'abondants débris granuleux qui proviennent, nous le verrons plus loin, de la désintégration des gommés.

Les gommés du *granulome inguinal* n'ont pas la structure histologique de la gomme typique, la gomme syphilitique.

On sait que la gomme syphilitique est formée d'un centre granuleux dégénéré, que circonscrit une coque plus ou moins dense de tissu conjonctif épaissi par l'inflammation.

Les gommés de la lymphogranulomatose inguinale ont également un noyau central dégénératif, homogène, finement granuleux, mais ici la bordure scléreuse est remplacée par un large revêtement épithélioïde, communément formé de plusieurs assises cellulaires, et dans laquelle il est fréquent d'observer de belles cellules géantes.

De telles formations sont très particulières, et nous n'avons pas trouvé leur équivalent dans les nombreux cas de lésions syphilitiques, tuberculeuses, infectieuses diverses, que nous avons étudiées. Elles sont réparties en nombre variable dans les ganglions.

Parfois rares, elles sont abondantes dans certains ganglions, elles sont de taille très inégale.

Les petites gommés sont remarquables par l'épaisseur de leur couche épithélioïde et la réduction du noyau caséux central.

Dans les gommés plus volumineuses, l'amas granuleux axial est beaucoup plus étendu.

A ce stade de développement, la gomme ne tarde pas à subir une transformation dont on peut étudier sur les coupes toutes les étapes : c'est la transformation en abcès, la fonte purulente.

Elle s'annonce par le passage à travers la bordure épithélioïde d'éléments cellulaires d'abord peu nombreux et qui pénètrent dans la masse centrale homogène de la gomme. Peu à peu, ces cellules deviennent plus nombreuses et bientôt ce n'est plus le terme de gomme qui convient à la formation histologique ainsi modifiée, mais celui d'abcès.

Sur certaines coupes d'un même ganglion, il est facile de reconnaître toutes les transitions entre la petite gomme à haute bordure épithélioïde, la gomme moyennement développée à centre granuleux homogène, la gomme volumineuse envahie par les cellules migratrices et l'abcès à bordure épithélioïde.

Devant l'envahissement cellulaire, le caséum gommeux disparaît plus ou moins complètement, par suite, l'abondance variable de ses débris granuleux dans le pus des abcès s'explique tout naturellement.

La gomme du granulome inguinal, quand elle est de petite taille, est d'ordinaire arrondie. Les éléments plus volumineux sont, par contre, souvent irréguliers, bourgeonnants, de forme stellaire, comme les abcès.

Rien d'étonnant à cela, l'abcès n'est, en somme, qu'un stade avancé de l'évolution de la gomme.

Les *amas épithélioïdes* n'ont pas toujours une disposition concentrique autour d'un centre dégénératif. On voit, par places, dans le parenchyme du ganglion, des nappes géantes. Ces foyers « d'épithélioïdisation » ne se distinguent par aucun caractère de ceux qu'il est commun d'observer dans les inflammations tuberculeuses et syphilitiques.

Ajoutons que les *cellules géantes* sont habituellement rencontrées sur les coupes des ganglions. Les unes ont les caractères des cellules de Langhans, d'autres possèdent des noyaux, répartis uniformément dans tout le champ protoplasmique, à la manière d'un plasmode. Les divers types de cellules géantes peuvent, notons le fait, exister isolés loin de tout amas épithélioïde.

Il nous reste, pour achever de donner une vue d'ensemble des lésions, à signaler l'épaississement du tissu cellulaire, la transformation du tissu adipeux péri-ganglionnaire en nappes cellulaires denses.

Les abcès et les gommes peuvent s'y développer et l'histologie confirme ce que nous avait montré l'examen macroscopique, que la péri-adénite ne saurait être regardée comme toujours simplement plastique, ainsi qu'on l'avait dit jusqu'ici.

Il faut aussi noter l'importance et la constance des lésions des vaisseaux. Les artères et les veines, qui cheminent dans les territoires conjonctifs à la périphérie des ganglions, sont atteints dès le début de l'inflammation et cette atteinte, qui porte habituellement sur les tuniques internes des vaisseaux, aboutit fréquemment à leur oblitération complète.

Il nous resterait maintenant à entrer dans le détail des lésions. Telle n'est point notre intention dans ce travail.

Et cependant, quelques-unes des constatations qui per-

mettent de faire l'examen approfondi, à proprement parler cytologique, du ganglion ont une telle importance que nous devons y insister.

L'analyse cytologique du pus nous retiendra peu. Tout l'intérêt, par contre, est dans l'étude des réactions que présente le parenchyme du ganglion, dans l'intervalle des formations que nous avons sommairement décrites.

La formule cytologique du pus du granulome inguinal est assez particulière pour qu'on la signale. C'est une formule mixte, on n'a pas affaire ici à la polynucléose pure du pus des abcès. Aux polynucléaires se mêlent, en proportions variables, de grands mononucléaires acidophiles qui proviennent du revêtement épithélioïde de la paroi. Bon nombre de ces derniers éléments jouent le rôle de macrophages. Leur protoplasma contient des polynucléaires encore reconnaissables et de très nombreux chromatiques qui paraissent reconnaître, pour la plupart, une origine nucléaire. Dans ces abcès, un grand nombre de cellules présentent des phénomènes de pycnose.

Que devient le parenchyme du ganglion dans l'intervalle des gommés, des abcès, des nodules épithélioïdes ?

A ce parenchyme lymphoïde s'est substitué un tissu inflammatoire dont les éléments cellulaires sont remarquables par leur polymorphisme. On y trouve, en effet, plus ou moins étroitement confondues, de petites cellules lymphoïdes, des mononucléaires moyens, des cellules fixes du tissu conjonctif, des plasmazellen jeunes et adultes, de grandes cellules mononucléées, acidophiles, qui proviennent, pour la plupart, de la transformation des éléments cellulaires du réticulum, des leucocytes polynucléaires neutrophiles et éosinophiles, des cellules à granulations basophiles, des cellules géantes. Cette réaction cellulaire « bigarrée » s'oppose à la réaction lymphoïde monomorphe que provoque autour de ses foyers la tuberculose ganglionnaire.

De fait, autour des gommés, à la périphérie des îlots épithélioïdes, on ne retrouve pas la zone de cellules lymphoïdes qui complète la série d'édifications du nodule tuberculeux classique.

Par ce polymorphisme cellulaire, les ganglions que nous décrivons se rapprochent d'un type d'adénopathie à allures progressives, dont l'étiologie est encore imprécise, et dont la

caractéristique majeure est jusqu'ici purement histologique. Nous voulons parler de granulomatose ganglionnaire à type progressif.

Prenons en effet la définition du granulome malin telle que la donne Nœgeli (1) : « Le tissu de granulation, dit cet auteur, est riche en grosses cellules d'aspect endothélial, en fibroblastes, en cellules épithélioïdes, en cellules géantes, en petites cellules rondes (cellules lymphoïdes). Dans les stades aigus, ces cellules lymphoïdes prédominent, bientôt toutes les cellules déjà énumérées apparaissent mélangées et les grandes cellules d'aspect endothélial peuvent être très nombreuses. Ce *bariolage cellulaire* se complète par l'apparition de leucocytes polynucléaires neutrophiles, et de leucocytes éosinophiles qui, à certains stades, peuvent être extrêmement abondants. Parfois apparaissent des mastzellen. Benda a trouvé de la fibrine dans les stades de début. L'existence de cellules à plusieurs noyaux est fréquente et particulière à ces cas. Les cellules géantes sont petites, parfois plus grosses, ressemblant aux mégakaryocytes. Les noyaux occupent le milieu de la cellule au lieu de former une bordure à la périphérie du protoplasma, comme dans celles de Langhans. Ce dernier type de cellule géante (type Langhans) peut se rencontrer cependant, sans qu'on puisse mettre en évidence le rôle de la tuberculose. »

Nous retrouvons dans nos ganglions ce polymorphisme, ce « bariolage cellulaire ». Ici le granulome est si typique, que tels points de nos préparations reproduisent fidèlement la structure du tissu de granulation, du bourgeon charnu. Le réticulum fibrineux n'y fait point défaut. A certains stades, nous le trouvons très abondant, particulièrement au voisinage des abcès.

On comprendra dès lors que nous ayons adopté, pour caractériser l'adénopathie que nous étudions, le terme de lymphogranulomatose. C'est là, nous en convenons, une qualification d'attente, que nous abandonnons à la critique.

Symptômes. — L'affection, le plus souvent unilatérale au

(1) NOEGELI. *Bluckkrankheiten und Blutdiagnostik*, p. 569. — Consulter également : G. LACRONIQUE. *Maladie de Hodgkin : Lymphogranulomatose*. Thèse de Lyon, 1912-13.



début, commence sournoisement par l'apparition d'un petit ganglion que le malade remarque à cause de la douleur, peu considérable d'abord, qu'il provoque. La grosseur augmente plus ou moins lentement, son accroissement n'est jamais rapide, mais traînant ; les douleurs s'accroissent avec la même lenteur, gênant la marche et provoquant un peu de flexion de la cuisse. Les phénomènes généraux sont peu marqués ou même nuls ; il nous est arrivé cependant de voir, chez certains sujets, un peu d'élévation thermique et d'inappétence.

Le ganglion pris d'abord ne reste pas longtemps seul atteint ; ses voisins se tuméfient à leur tour et la localisation de l'adéno-pathie est, dès le début, très spéciale. Ce ne sont pas les ganglions du milieu du triangle de Scarpa qui sont d'abord atteints ; ce sont ceux qui occupent la partie la plus supérieure et interne de la région. Si l'on veut bien se rappeler que cet espace est appelé parfois région inguino-crurale, on verra que les glandes tuméfiées sont plutôt inguinales que crurales et cette localisation persiste même dans la période d'état.

Peu à peu les ganglions, toujours assez mal isolés, se confondent en une masse unique, peu mobile sur les plans profonds, non adhérente à la peau, la consistance est dure, la pression peu douloureuse.

A cette période de crudité, qui dure de trois semaines à deux mois environ, va succéder une période de ramollissement et de suppuration.

En un ou plusieurs points plus saillants, la masse adhère à la peau qui va se capitonner d'abord, adhérer franchement ensuite, prendre un reflet violacé, puis une teinte franchement violette, non pas d'un rouge franc comme dans les inflammations aiguës, mais d'un violet plus sombre, ne donnant en rien la coloration d'un adénophlegmon aigu. Le ramollissement de la région rouge devient perceptible, donne lieu à une franche fluctuation. La peau amincie se perfore et il s'écoule par l'orifice un pus épais, gluant, à caractère bien particulier, que Marion et Gandy ont noté avec soin. Ce pus est blanchâtre, visqueux. On l'aspire difficilement avec une pipette et l'on éprouve de réelles difficultés à « en débarrasser le bord raclé d'une lame de verre avec laquelle on cherche avec peine à l'étaler ». La cavité ainsi ouverte est rarement considérable ; tantôt, on l'a vu, elle correspond à l'évacuation d'un abcès

intra-ganglionnaire et la poche tomenteuse, rouge violacé, est mal arrondie, avec des prolongements; tantôt elle est due à l'évacuation d'un foyer de périadénite suppurée et alors elle renferme en son centre, en grelot, un ganglion plus ou moins volumineux, rouge violet, rattaché par un pédicule assez large à la paroi profonde.

Si les choses sont abandonnées à elles-mêmes, plusieurs orifices vont se produire, séparés par des ponts de peau presque saine, mais adhérente, et la lésion sera parvenue à la période fistuleuse.

A ce moment, on peut lui décrire deux aspects principaux : 1° forme fistuleuse ; 2° forme ulcéreuse.

Dans la première, plus discrète et moins grave, ou peut-être simplement moins avancée, on trouve le haut de la région inguino-crurale, dans sa portion inguinale, nous le répétons, occupé par une masse surtout transversale, qui commence en dedans, vers l'angle superficiel du canal inguinal, quelquefois même dans la région pubienne, et s'étend en dehors, jusque près de l'épine iliaque antéro-supérieure ; en bas, elle dépasse peu l'abouchement de la saphène dans la fémorale, mais occupe volontiers, en dedans, l'origine du pli inguino-crural. Entre ces limites, se trouve une masse plus ou moins saillante, vaguement bosselée, sur laquelle se montrent des fistules larges de 1 centimètre environ, à bord décollé, aminci, assez régulier, ourlé en dedans d'une bordure ressemblant à des bourgeons charnus violacés. Elles n'ont en rien l'aspect si spécial des fistules auxquelles donnent lieu les adénites tuberculeuses avec leurs bourgeons profonds et leurs petites masses jaunâtres tuberculeuses. Le pus qui s'écoule reste épais et filant, gluant, peu abondant.

Dans la forme ulcéreuse, les lésions cutanées se sont agrandies, les ponts de peau séparant les fistules ont été envahis, puis détruits, et l'on trouve alors des surfaces rouge violacé, tomenteuses, de dimension variable, dont le fond et les bords rappellent en principe les caractères des fistules et des abcès de la forme précédente, mais sont souvent modifiées par des infections surajoutées, des pansements sales ou des applications médicamenteuses. Quelquefois, des ganglions comme disséqués par la périadénite suppurée font saillie au niveau des ulcérations.

L'évolution vers la suppuration et l'ouverture spontanée

est-elle fatale ? Nous ne le croyons pas et nous avons pu obtenir la rétrocession chez quelques malades que nous avons pu voir dès le début,

Les ganglions suppurés ne peuvent guérir qu'après évacuation de leur pus.

Les fistules une fois établies sont interminables ; il n'est pas impossible qu'elles puissent guérir spontanément après élimination des débris ganglionnaires infectés, mais cette évolution est très longue et il vaut mieux ne pas compter sur cette issue heureuse, mais très lointaine.

Les ulcérations larges, de par le déficit cutané qui leur donne naissance, sont encore plus longues à guérir, si tant est qu'elles puissent y parvenir sans intervention.

Nous n'avons jamais vu de complications soit à distance (altérations viscérales ou généralisations ganglionnaires), soit locales (ulcérations vasculaires, etc.). Cependant, assez souvent, les ganglions de la fosse iliaque sont tuméfiés, gros, perceptibles à la palpation, mais ne suppurent pas. Nous n'avons pas observé nous-mêmes, mais Chavanne en a rapporté des cas, d'œdème lymphatique de la cuisse. La santé générale ne nous a jamais non plus paru gravement atteinte.

Le *diagnostic* de cette affection doit être envisagé à ses différentes périodes :

Au début, quand il s'agit d'une petite masse mono ou pluriganglionnaire, c'est le diagnostic de toutes les tumeurs profondes de la base du triangle de Scarpa. C'est alors qu'il faudra songer à la petite hernie crurale, diagnostic souvent délicat. Quant on aura établi l'origine ganglionnaire de la tumeur, il faudra encore préciser sa nature lymphogranulomateuse et éliminer l'adénite simple chronique en rapport avec une altération de l'anus, des organes génitaux ou du pied.

Plus tard, à la période d'état, de ramollissement ou de fistulisation discrète, il faudra éliminer l'origine tuberculeuse de la lésion. Il nous semble que ce diagnostic est d'ordinaire facile et que, quand on a vu et bien observé chacun des stades de cette affection, avec sa localisation haute, ses ganglions multiples inflammés, ses fistules et sa suppuration si spéciales, on n'aura aucune tendance à penser à de la tuberculose.

Il ne nous paraît pas possible de confondre avec une adéno-pathie chancreuse ou chancrelleuse. La présence de l'accident primaire ou du chancre mou trancherait du reste la question.

A la période d'ulcération, le diagnostic est parfois plus difficile à cause des modifications surajoutées, mais la constatation des masses ganglionnaires permettra souvent de ne pas faire d'erreur.

Traitement. — Tout au début, on pourra, par le repos, des applications résolutes locales et en traitant les ulcérations génitales, obtenir la guérison spontanée.

A la période d'état, nous préconisons l'ablation systématique des ganglions.

La technique que nous conseillons est la suivante : incision suivant le grand diamètre de la lésion, dissection de la peau de façon à atteindre, sur toute sa périphérie, les limites de la masse.

On en pratique alors l'exérèse systématique suivant la technique classique de l'évidement du creux inguinal. On sait que cet évidement prend pour guides les vaisseaux et qu'il se poursuit de la manière suivante : en haut et en dehors, recherche et section entre deux ligatures des deux branches de la sous-cutanée abdominale ; en dedans, même conduite vis-à-vis des honteuses externes. En bas, recherche et ligature de la saphène au point où elle plonge dans la masse pathologique. Au doigt et aux ciseaux mousses, on sépare cette masse des plans profonds, muscle limitant en dedans et en dehors le triangle de Scarpa, région de l'arcade de Fallope et, souvent, le cordon spermatique, les piliers du canal inguinal. Peu à peu, ce travail amène le chirurgien vers les vaisseaux fémoraux qu'on reconnaît pour les ménager. A un moment, par dissection centripète, on arrive à voir que la masse soulevée ne tient plus que par la crosse de la saphène ; on la ligature, et le paquet est emporté d'un dernier coup de ciseaux.

La masse est toujours sus-aponévrotique ; la dissection ne dénude donc pas les vaisseaux fémoraux. Il arrive pourtant parfois qu'un ou deux ganglions (ganglion de Cloquet) se trouvent profondément contre la veine fémorale : la dissection alors doit se faire avec précaution.

Suture soigneuse, drainage au point favorable. Ce drainage est indispensable, car l'opération laisse dans l'aîne une cavité souvent considérable dans laquelle la peau doit se déprimer pour la combler et cette cavité secrète assez abondamment.

On doit savoir que cette opération donne rarement des suites

absolument simples. La plupart du temps, la température s'élève le soir du second jour à 39° ou même plus; elle tombe rapidement, il n'y a pas lieu de s'inquiéter. Il y a souvent aussi désunion d'une partie de la suture, aux points fistulisés ou ramollis.

Dans les cas de fistules multiples et quand il y a déficit cutané, la restauration tégumentaire est souvent difficile. On se trouve bien de mettre la cuisse en flexion pour éviter les tractions sur la suture. On devra parfois supprimer des morceaux de peau trop altérés et la réunion pourra devenir impossible. Il faudra alors laisser granuler la plaie et au besoin faire des greffes secondaires ou des autoplasties.

Nous avons autrefois utilisé le simple curetage des foyers ganglionnaires, nous y avons renoncé maintenant en faveur de la dissection systématique, car cette méthode est plus radicale, plus certaine et donne une guérison plus sûre et plus rapide.

M. DELORE. — Depuis plusieurs années, mon attention a été attirée sur les adénites inguinales particulières que vient de décrire M. Durand. Faisant, en effet, en 1905, une période militaire à l'hôpital Villemanzy, où l'on m'avait confié le service de chirurgie, j'y remarquai trois jeunes gens atteints depuis de longs mois d'adénites inguinales fistuleuses. Pensant à la tuberculose, je les enlevai; sur les coupes des ganglions déchiquetés, se trouvaient des nodules blanchâtres paraissant confirmer mon impression. Je priai le docteur Bouchereau, médecin-major de l'hôpital, de faire pratiquer des inoculations. Il me répondit que la chose avait été faite à de nombreuses reprises et que les inoculations n'avaient jamais réussi; les médecins militaires, mieux placés, connaissent donc bien cette variété d'adénite, pour eux assez banale.

Depuis cette époque, il m'a été donné d'observer six à sept cas de cette affection qui n'est pas exceptionnelle. Mon ami Favre a bien voulu examiner les ganglions de l'un; le résultat bactériologique a été négatif. Les pièces de mon dernier malade ont été étudiées par mon ami P. Courmont, qui, devant la nature spéciale de ces adénites, nous avait suggéré l'idée qu'il s'agissait peut-être d'une lésion engendrée par les bacilles du smegma préputial. La encore, les cultures et l'inoculation sont restées sans résultat. Comme traitement, c'est à l'ablation qu'il faut recourir toujours et d'emblée.

M. TIXIER. — Les bubons dits strumeux de l'aine étaient bien connus de moi depuis un mémoire de Brault, d'Alger, paru dans les *Archives générales de Médecine*. Cet auteur rattachait à la tuberculose ces adénites chroniques et, pour ma part, j'ai observé souvent des faits cliniques qui

lui donnent raison. Je me souviens particulièrement de l'observation d'une jeune fille de 15 ou 16 ans, chez qui les antécédents personnels et héréditaires tuberculeux étaient manifestes. Une adénite tenace s'était développée dans le triangle de Scarpa et persistait malgré des incisions et des drainages multiples. Je lui fis un large évidement de toute la région et elle guérit parfaitement. Mais, depuis, elle a présenté des localisations tuberculeuses viscérales non douteuses.

Chez l'homme, j'ai observé plusieurs fois cette forme particulière d'adénite de l'aîne. Dernièrement encore, j'ai fourni à M. Favre un gros paquet ganglionnaire extirpé dans ces conditions chez un homme de mon service. Tant au point de vue histologique que bactériologique, il m'a répondu qu'il ne s'agissait pas de tuberculose.

Il est très possible que parfois on ne puisse pas démontrer par les méthodes de laboratoire la nature tuberculeuse de ces adénites, mais, au point de vue clinique, j'ai été frappé par des constatations importantes : ces bubons se développent chez des individus peu vigoureux, ayant, dans l'enfance, été atteints d'adénites cervicales chroniques, et présentant parfois concomitamment des localisations tuberculeuses viscérales ou autres. Aussi, tout en reconnaissant le grand intérêt des observations histologiques et expérimentales de M. Favre, rappelées ici par M. Durand, je ne rejeterai pas d'emblée l'influence de la tuberculose dans le développement de ces bubons. Au point de vue thérapeutique, cette discussion pathogénique n'a, du reste, aucune importance, car nous sommes d'accord pour préconiser dans ces cas non pas le drainage simple des ganglions, mais leur ablation large qui, seule, assure une guérison radicale.

*
* *

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS D'UNE LARGE RÉSECTION POUR NÉO-FORMATION BULLEUSE DU FÉMUR.

M. BÉRARD. — Le 17 et le 24 novembre 1910, j'avais eu l'honneur de vous présenter déjà le malade qui fait l'objet de ma communication d'aujourd'hui. Son observation a été publiée dans les procès-verbaux de notre Société (1911). Il s'agissait d'une énorme production bulleuse de l'extrémité inférieure du fémur, dont voici la pièce sèche. Elle intéressait toute l'épiphyse inférieure du fémur, sur la hauteur de 10 centimètres que présente le segment réséqué. Avant l'intervention, nous avions émis ici même plusieurs diagnostics, dont le plus probable était celui de production inflammatoire osseuse chroni-

que, avec soufflure de l'os, comme on l'observe dans certains kystes osseux simulant sur la radiographie le sarcome à myéloplaxes, avec géodes multiples. L'ablation de la lésion complétée par la résection orthopédique du genou fut faite le 20 novembre 1910. Sur la pièce fraîche (dont une photographie en couleurs a été reproduite ici-même), à côté de zones fibro-cartilagineuses et osseuses constituant la coque et les cloisons de refend de cette masse, on voyait des zones évidées remplies d'un liquide mucoïde, et, çà et là, des infiltrations hémorragiques de couleur rouge clair, rappelant le sarcome à myéloplaxes.

L'examen histologique, sur les coupes pratiquées par M. Alamartine, avait décelé surtout des travées fibreuses encerclant les foyers hémorragiques et parsemées de cellules conjonctives fixes, sans caractères néoplasiques précis. Çà et là, se voyaient quelques grandes cellules à noyaux multiples, mais isolées et non point semées sur un champ d'éléments fuso-cellulaires comme on les voit dans le sarcome à myéloplaxes.

Les suites de cette énorme résection articulaire furent des plus simples. Elle avait été faite sans drainage, avec enclouage de la diaphyse fémorale sur le plateau tibial, au moyen d'une agrafe de Dujarier, qui se voit encore en place aujourd'hui sur la radiographie ci-jointe. Au bout de trois mois, ce malade rentrait chez lui, marchant avec le tuteur à tige métallique qu'il porte encore aujourd'hui. Depuis cette époque, il a pu peu à peu reprendre son métier de plâtrier, malgré un raccourcissement de 10 centimètres du membre inférieur corrigé par une chaussure orthopédique.

Ainsi que vous pouvez le voir, après vingt-sept mois, le résultat s'est maintenu excellent. Le membre est solide, avec une légère déviation en varus du genou, sans empâtement suspect. La radiographie montre que le fémur et le tibia sont accolés par une synostose solide, de tissu compact, sans tache claire centrale, sans bourgeonnement périphérique, qui laisse quelque arrière-pensée au sujet d'une récurrence.

L'état général est excellent.

C'est surtout à cause du caractère exceptionnel de telles lésions que j'ai fait rechercher ce malade, pour vous le présenter à nouveau. Il s'agit, chez lui, d'une de ces dystrophies

osseuses inflammatoires, évoluant plus ou moins lentement, sur lesquelles l'attention des chirurgiens est de plus en plus attirée. Dans le cas présent, c'est dix ans auparavant que l'affection avait débuté, par des douleurs rhumatoïdes, d'abord polyarticulaires, puis fixées sur le genou gauche. Elle avait présenté d'abord les caractères d'une arthrite bacillaire et avait été traitée comme telle, sans que l'on constatât une autre manifestation de nature tuberculeuse, ganglionnaire, osseuse ou pulmonaire, sans que l'on relevât chez ce sujet quelque antécédent suspect; aussi j'hésiterais encore à mettre une étiquette d'origine plus précise sur ce fait. Peut-être l'avenir nous donnera-t-il quelque renseignement utile pour affirmer la pathogénie de ces lésions.

*
*
*

GREFFE D'UNE PORTION DU PÉRONÉ GAUCHE DANS UNE PERTE DE SUBSTANCE DE DIX CENTIMÈTRES DU TIBIA DROIT, CONSÉCUTIVE A UNE FRACTURE PATHOLOGIQUE AVEC DYSTROPHIE OSSEUSE.

M. BÉRARD. — C'est encore une malade que vous connaissez que je vous présente ici. Je l'avais amené à la séance du 27 juin 1912, portant sa lésion, qui consistait en une pseudarthrose du tibia droit au niveau d'une formation bulleuse de la partie moyenne de la diaphyse. Cette lésion pouvait en imposer, d'après la radiographie, pour une tumeur à myéloplaxes.

Je rappelle que cette malade, âgée de 27 ans, avait eu à ce niveau trois fractures successives en sept ans, après une contusion osseuse : les deux premières de ces fractures semblaient s'être consolidées normalement; la troisième, survenue il y a trois ans, après une simple torsion du pied, avait laissé le membre impotent, raccourci de 3 centimètres, un peu incurvé en dedans, avec des douleurs à l'appui du pied sur le sol. La seule cause à laquelle pouvait être rattachée cette affection dystrophique osseuse était une atrophie notable du corps thyroïde constatée à la palpation du cou.

Suivant le programme opératoire que j'avais exposé ici, j'ai découvert par une longue incision le foyer tibial qui s'est présenté comme une boursouffure, ayant l'aspect et la consistance

d'une coquille d'œuf. A l'intérieur de cette cavité, se trouvait un peu de liquide séro-sanguin et quelques bourgeons formant une membrane discontinue, que je remis à M. Alamartine pour un examen histologique. Après l'ablation de toute la zone osseuse malade, qui nulle part ne présentait de caractère néoplasique, je me trouvais en présence d'une perte de substance du tibia de 9 à 10 centimètres, aux deux pôles de laquelle le canal médullaire était fermé par une mince coque osseuse. Je tamponnai aussitôt cette vaste brèche, pour en faire l'hémostase complète, et je procédai à l'ablation de la diaphyse du péroné gauche, sans son périoste, sur une hauteur de 12 centimètres.

Le segment du péroné fut alors introduit par chacune de ses extrémités dans le canal médullaire de chacun des fragments du tibia. Il y entra à frottement, était maintenu par les parois du canal lui-même, sur une hauteur de 1 centimètre de chaque côté. J'estimai que ce mode de fixation était suffisant, et je suturai complètement les plaies opératoires des deux jambes en prenant le maximum d'épaisseur des parties molles pour assurer mieux l'hémostase. La plaie de la jambe gauche, côté de l'ablation du péroné, avait été suturée la première, et les fragments osseux enveloppés simplement dans une compresse de gaze aseptique, en attendant leur réimplantation dans le tibia. Un appareil plâtré remontant au-dessus du genou immobilisait le membre inférieur droit.

Les suites opératoires furent des plus simples, sans élévation thermique au-dessus de 38°. Plusieurs radiographies successives nous montrèrent que la greffe du péroné ne subissait aucune résorption. Mais ce n'est qu'au bout de cinq mois, en décembre, que la jambe droite put être considérée comme consolidée, et fut capable de s'appuyer sur le sol.

Comme le montre la radiographie ci-jointe, des jetées périostiques parties de chaque fragment tibial engainent en haut et en bas la tige constituée par le péroné. Actuellement, on ne peut plus imprimer aucun mouvement de latéralité dans l'ancien foyer de fracture, et la malade marche facilement avec un tuteur métallique, placé par mesure de précaution, et pour corriger le raccourcissement initial du membre inférieur droit. Elle peut, d'ailleurs, marcher également la jambe nue, mais plus difficilement et en boitant.

Le résultat opératoire et orthopédique est donc aussi satisfaisant que possible. Sera-t-il durable ou faut-il craindre quelque nouvelle fracture pathologique ?

Nous espérons que le traitement thyroïdien auquel cette malade a été soumise d'une façon régulière, et qu'elle va continuer chez elle, la mettra à l'abri de nouveaux accidents dystrophiques.

Nous ne craignons pas une récurrence d'ordre néoplasique, bien que sur quelques fragments membraneux se voient des éléments conjonctifs jeunes, groupés en longs faisceaux comme dans le sarcome fuso-cellulaire. Il semble de plus en plus démontré, en effet, qu'une telle disposition n'est pas absolument caractéristique d'une formation néoplasique. Rien dans l'histoire de cette malade ne concorde avec l'hypothèse d'un sarcome fuso-cellulaire, qui n'est pas appuyée non plus par l'aspect macroscopique des lésions. Durante, dans la *Presse Médicale*, le 26 octobre 1912, a repris, après Tuffier, Routier, Delbet, Poncet et Leriche, nous-même, la question de l'inflammation subaiguë et des pseudo-sarcomes inflammatoires. Dans la thèse de Trucy, en 1902, à propos d'un fait analogue à celui d'aujourd'hui, nous avons déjà envisagé ces rapports ; notre premier malade est resté guéri depuis onze ans.

M. GANGOLPHE. — Je dois féliciter M. Bérard des excellents résultats qu'il vient de nous montrer.

En ce qui concerne la pseudarthrose, le but poursuivi paraît avoir été obtenu. Il a tiré un très bon parti de la greffe du péroné.

Depuis longtemps j'ai insisté sur le choix de cet os, non seulement après l'humérectomie pour sarcome, mais encore comme greffon en général.

La greffe du péroné s'impose de plus en plus ; c'est l'os qui doit être choisi pour toutes les greffes osseuses à distance, de préférence au tibia, ou, plus exactement, aux fragments de tibia utilisés en Allemagne.

Pour procéder à l'ablation d'un segment tibial latéral, bien entendu, il faut beaucoup plus de temps que pour enlever un morceau complet de péroné.

Le périoste, la moelle se décolle plus ou moins ; bref, comme j'ai pu m'en convaincre, lors d'une intervention faite avec M. Tixier (résorption partielle de l'humérus par ostéomyélite gommeuse), l'opération est plus longue, le greffon moins parfait.

Au contraire, le péroné présente toutes les qualités requises, puisque

c'est un os complet. La malade à laquelle j'ai enlevé, il y douze ans, la majeure partie de la diaphyse humérale pour sarcome, continue à se bien porter, mais, comme elle est satisfaite de l'appareil orthopédique, elle se refuse à une greffe. J'ai été heureux de voir les idées soutenues ici adoptées et, ce qui est plus rare, avec citation du nom de l'auteur, par notre distingué collègue, le docteur Huguier, chirurgien de l'hôpital Saint-Joseph, de Paris. Dans un article publié en juin 1910, puis dans la thèse de son élève, le docteur Fay, on peut lire les excellents résultats donnés par ce procédé de restauration. Je compte, du reste, revenir sur cette question et offrir à la Société, au nom de M. Fay, un exemplaire de sa thèse. Quand au second malade, présenté par M. Bérard, je ne suis pas bien fixé sur l'étiquette à lui appliquer; je pencherais plutôt cependant pour un sarcome bénin, entouré d'une coque osseuse.

On parle actuellement de tumeurs *inflammatoires*; ce terme peut se traduire cliniquement par le qualificatif de bénignes, et, en thérapeutique, par une opération conservatrice; ainsi se vérifie l'opinion que j'ai soutenue: c'est que l'histologie est insuffisante pour donner le pronostic d'une lésion et justifier à elle seule le sacrifice d'un membre. J'ai vu, aujourd'hui même, un sarcome de l'extrémité supérieure du tibia récidivé après un curettage fait, il y a plus de douze ans, à Marseille. C'était la seconde opération pratiquée sur ce malade; la première ayant été faite moins complètement deux ans avant. Au total, le développement initial doit remonter à vingt-deux ans au moins. Il semble, maintenant, que l'on ne puisse pas songer à une opération conservatrice; mais, comme il n'y a aucun signe de généralisation, on ne peut dénier à cette lésion les plus grands caractères de bénignité.

M. BÉRARD. — J'avais choisi comme greffon la diaphyse du péroné de préférence à un fragment ostéo-périostique de l'autre tibia, pour les raisons de simplicité que vient d'indiquer M. Gangolphe. Chez l'adulte, une semblable technique ne laisse aucune arrière-pensée au sujet de la solidité et de la statique du membre sur lequel ce greffon a été prélevé. Je demanderai à M. Gangolphe s'il en est de même chez l'adolescent, et s'il ne faut pas redouter pour la suite quelques troubles de croissance avec déviation du pied en valgus. Cette crainte a fait que, récemment, pour combler une perte de substance du radius, après ostéomyélite chez un enfant de 15 ans qui présentait une main bote avec déjetement sur le bord externe, j'ai pris comme greffon la diaphyse du 3^e métatarsien que j'ai engagée, comme chez la malade présentée aujourd'hui, dans les deux fragments radiaux évidés en capsule. L'opération date de deux mois; le greffon a été bien toléré; prochainement, je pourrai vous communiquer le résultat définitif obtenu.

M. GANGOLPHE. — L'ablation du péroné ne paraît donner lieu à aucun

trouble ; dans un cas où j'en ai enlevé une notable partie, sur une jeune fille de 13 ans, en conservant une portion de la malléole externe, je n'ai observé aucun trouble fonctionnel ; il y a de cela neuf ans.

*
*
*

COEXISTENCE D'UNE TUMEUR KYSTIQUE DE L'OVAIRE DROIT
ET D'UN CANCER STÉNOSANT DE L'S ILIAQUE. EXTIRPATION
SIMULTANÉE.

M. TIXIER. — A plusieurs reprises, nous avons eu l'occasion de discuter sur le syndrome dit de Krukenberg. M. Goullioud et moi-même nous avons présenté ici de belles observations.

Voici des pièces anatomiques caractéristiques de cette maladie ; ces tumeurs bilatérales des ovaires à surface mamelonnée, à consistance ferme et résistante, sont typiques. Sur ce cliché que je vous fais présenter, vous voyez reproduites en couleur des tumeurs bilatérales que j'ai enlevées, il y a un an environ, chez une femme qui, six mois après, est morte avec des signes de généralisations intestinale et péritonéale non douteuses.

Mais, aujourd'hui, je veux attirer votre attention sur un type anormal de ce syndrome de Krukenberg. En effet, vous voyez sur ce plateau, d'une part, une tumeur kystique multilobée de l'ovaire à consistance très molle, à parois fluctuantes, et, d'autre part, un noyau cancéreux siégeant sur le côlon descendant.

OBSERVATION. — La malade qui portait ces tumeurs était une femme très vigoureuse de 47 ans. Depuis plusieurs mois elle constatait que son ventre grossissait progressivement. L'état général était florissant.

A l'examen clinique je reconnus aisément l'existence de cette grosse tumeur de l'ovaire du volume d'une tête d'enfant, surtout développée à droite de l'abdomen et refoulant en avant contre le pubis un utérus normal de volume et de consistance. En arrière et à gauche, dans le Douglas on percevait au toucher vaginal une deuxième tumeur beaucoup plus petite du volume d'une orange environ. Le toucher rectal était négatif. Une intervention fut facilement acceptée : je diagnostiquais une *tumeur bilatérale des ovaires*.

Le ventre ouvert, je pratiquais l'extériorisation en masse de cette grosse tumeur ovarienne droite et rapidement exécutais la ligature de son large pédicule. Puis je me portais sur les annexes gauches, persuadé que j'allais y découvrir une autre tumeur développée aux dépens

de l'ovaire gauche. A ma grande surprise, cet ovaire était absolument sain : je l'enlevai rapidement : vous pouvez constater qu'il est normal.

J'avoue que j'étais un peu vexé de ne pas retrouver cette deuxième tumeur gauche que, cliniquement, j'avais affirmée. Heureusement qu'au moment où j'enlevai mes compresses abdominales je fis une dernière exploration du pelvis pour tâcher de trouver la cause de cette fausse sensation de tumeur, qui m'avait induit en erreur. C'est alors que, sur la partie mobile de l'S iliaque, au-dessous d'un point fortement dilaté du gros intestin, je perçus ce cancer en virole qui, prolabé dans le Douglas, avait simulé la deuxième tumeur de l'ovaire.

Sans hésiter, je pratiquai de suite l'*entérectomie*, suivie d'une entérorraphie bout à bout à la suture. Fermeture totale du ventre. Appendicostomie pour établir une soupape de sûreté en amont sur l'intestin grêle, qui était fortement dilaté et n'avait pas été soigneusement vidé avant l'opération. L'intervention date de huit jours ; il n'y eut aucune suite opératoire.

Voilà donc un cas où, au point de vue clinique, la constatation d'une tumeur bilatérale m'avait fait penser au syndrome de Krukenberg. Et, à l'intervention, je n'ai pas trouvé de tumeur bilatérale des ovaires, mais une tumeur de l'ovaire droit et une tumeur de l'S iliaque ; donc faux Krukenberg.

D'ailleurs, comme aspect, cette tumeur mollassse, multikystique de l'ovaire ne rappelle pas du tout les tumeurs dures, à consistance fibreuse, caractéristiques du syndrome de Krukenberg, et qui ont été si bien décrites dans la thèse de M. Flaisier. Ici, il s'agit d'un véritable épithélioma mucœide de l'ovaire avec un noyau du même aspect sur le gros intestin. J'ai cru intéressant de vous présenter ces pièces et de vous raconter les péripéties de cette intervention. La coexistence d'une tumeur du tube digestif et d'une tumeur de l'ovaire, tumeur unilatérale, constitue un cas curieux de faux Krukenberg.

M. ALBERTIN. — J'ai présenté antérieurement deux pièces de ce genre ; j'avais trouvé une tumeur ovarienne unilatérale gauche avec propagation à l'appendice ; la tumeur de l'appendice reproduisait la tumeur primitive ovarique ; elle se présentait comme une tumeur volumineuse, à l'aspect gélatineux.

GROS CALCUL BILIAIRE (31 GR. 40). CHOLÉCYSTECTOMIE
SOUS-SÉREUSE.

M. TIXIER. — J'ai enlevé ce matin ce gros calcul unique de la vésicule biliaire : il pèse 31 grammes 40. Il déterminait des phénomènes de fausse hydropisie intermittente de la vésicule ; cependant, il était logé dans le corps même de la vésicule. J'ai pratiqué une cholécystectomie sous-séreuse typique suivant mon procédé habituel. Un simple tunnel séreux péritonéal pariéto-cystique a conduit un drain au contact du cystique ligaturé. Fermeture de l'incision pariétale sans aucun drainage.

Je suis partisan de la cholécystectomie sous-séreuse toutes les fois que l'ablation de la vésicule est indiquée, et je prétends que, très souvent, cette opération peut être méthodiquement conduite. Pour confirmer cette assertion, j'ai rapidement, ce matin, établi la statistique de mes opérations sur la vésicule pratiquées dans ce semestre, de novembre 1912 à février 1913. Sur six cholécystectomies, dont deux avec Kehr complet, je n'ai été réduit qu'une seule fois à l'ablation de la vésicule suivant la technique classique. Les cinq autres fois, la cholécystectomie sous-séreuse a été complète et m'a permis de supprimer tout drainage sous-hépatique.

Séance du 27 février 1913

Présidence de M. A. POLLOSSON

RÉSECTION DU COUDE.

M. VALLAS. — Cette malade est entrée dans mon service pour une luxation du coude datant de deux mois ; j'ai essayé vainement de réduire, sous anesthésie.

Sur la radiographie, vous verrez, à la partie postérieure, une tige sombre que j'ai prise pour une ossification périostique et que je regardais comme l'obstacle à la réduction. Devant l'insuccès de ma tentative, je me décidai pour une intervention sanglante et m'adressai à la résection du coude. Je ne suis pas partisan, en pareil cas, de la reposition, qui donne un résultat fonctionnel bien inférieur à la résection totale. Je constatai alors un fait extrêmement rare et sur lequel j'appelle votre attention. La baguette osseuse n'était pas du tout une ossification nouvelle, mais une fracture de l'épithrochlée avec arrachement d'une languette osseuse sur le bord de l'humérus.

J'ai fait cette résection sans drainage, comme nous faisons tous dans ces cas depuis longtemps. De plus, j'ai suturé à deux plans la plaie opératoire ; un premier plan comprenant la gaine périostique et la synoviale, et un deuxième plan cutané. La réunion s'est faite par première intention.

Je vous présente cette malade un mois après l'intervention avec une guérison opératoire complète ; les mouvements existent, mais cette jeune fille ne se mobilise pas très volontiers, de telle sorte que les mouvements actifs sont encore peu considérables. Je voulais simplement vous la montrer d'abord pour la rareté de la lésion constatée et, en deuxième lieu, à cause de la technique nouvelle en discussion de la suppression du drainage, qui doit être la règle aujourd'hui dans les résections orthopédiques.

Le deuxième malade que je désire vous montrer est du même genre que la précédente. Ici cependant, il ne s'agit pas d'une résection orthopédique. Le malade était porteur d'une tumeur blanche du coude avec fistules. J'ai trouvé des fongosités, des lésions osseuses considérables, qui m'ont amené à faire une résection assez étendue intra-tubérositaire.

Cependant, comme j'avais pu enlever la lésion tuberculeuse, j'ai procédé à peu près de la même façon que pour une résection orthopédique et j'ai refermé à deux plans en suturant isolément la gaine périostique et la peau. Comme il y avait de l'infection ancienne, j'ai mis un petit drain traversant l'articulation. Ce drain a du reste été enlevé au bout de peu de jours et la guérison s'est faite très vite. Cette résection pathologique a évolué comme une résection orthopédique.

Si je vous présente ce malade, c'est à cause de la perfection du résultat. Ce jeune homme est intelligent et plein de bonne volonté, il s'est mis à travailler son articulation, et vous pouvez voir aujourd'hui, trois mois après l'opération, qu'il y a une restitution presque intégrale de l'articulation du coude. Il a l'intégrité des mouvements, ce qui est vraiment remarquable, l'extension complète, la flexion active, les mouvements de pronation et de supination absolument complets. Je ne sais pas s'il conservera ce résultat dans cette perfection ; il est probable que l'articulation va se serrer un peu et qu'il verra se limiter quelques-uns de ses mouvements, mais il récupérera en force ce qu'il perdra en étendue et il aura un résultat fonctionnel tout à fait remarquable.

Ce sont là des choses connues, mais sur lesquelles il faut quand même revenir toujours, pour faire constater ce qu'on peut obtenir.

M. VILLARD. — M. Vallas a insisté sur un point particulier de sa technique qui consiste à faire une suture en deux plans de la gaine périostique et musculaire. Je dois dire que, inconsciemment, dans les cas que j'ai présentés dans ces derniers temps, j'ai toujours fait cette suture à deux plans.

Au point de vue des résections orthopédiques, c'est à la résection totale que j'ai recours, et j'ai eu moi aussi des résultats excellents.

Il est intéressant de publier ces faits à une époque où on cherche dans le traitement des ankyloses des moyens complexes tels que l'interposition cartilagineuse. Je suis extrêmement sceptique sur la réalité

des greffes cartilagineuses. Quand il y a eu récupération des mouvements, après la greffe, c'est à la résection, selon moi, qu'il faut les attribuer. Je crois, en somme, que nous devons défendre la valeur de la résection au point de vue du traitement des ankyloses.

M. MOLIN. — Je viens d'entendre M. Vallas et M. Villard affirmer leur préférence pour la résection totale dans le traitement opératoire des luxations anciennes du coude.

Je crois cependant qu'à côté de cette excellente intervention, qui s'impose dans certains cas, il faut laisser une place honorable à l'hémi-résection humérale.

J'ai vu, en effet, mon maître, M. Gangolphe, obtenir une série de succès remarquables grâce à cette intervention. Les résultats étaient aussi parfaits au point de vue fonctionnel qu'au point de vue esthétique.

Les malades commençaient à mouvoir leur articulation sans douleur dès le sixième ou septième jour ; de plus, ils évitaient tous les inconvénients de la résection totale, comme la laxité articulaire, la reconstitution lente ou défectueuse du crochet olécranien, la faiblesse de l'extension, etc., etc. Les suites opératoires étaient, en résumé, d'une simplicité idéale, et, si mes souvenirs sont exacts, je crois bien que M. Gangolphe ne pratiquait aucun drainage après ces hémi-résections.

M. VALLAS. — En principe, je suis partisan des résections totales, à peu près toujours. J'ai défendu, à Paris, cette résection totale pour le poignet ; pour le coude, en gardant les deux os de l'avant-bras, on n'arrive pas à un meilleur résultat qu'en supprimant tout, surtout depuis que la suture à deux plans, avec fermeture complète, dirige les ossifications et fournit à la régularisation osseuse un moule absolument parfait.

Je ne voudrais donc pas dire que je réproûve d'une façon complète les résections semi-articulaires. On peut en poser les indications et en retirer un bénéfice ; mais il ne faut pas le laisser dire. On doit soutenir le plus pour avoir le moins.

*
* *

RÉSECTION DE LA VEINE ILIAQUE EXTERNE AU COURS D'UNE HYSTÉRECTOMIE POUR CANCER.

M. POLLOSSON. — Voici une pièce, qui m'a été fournie par une opération de Wertheim pour cancer de l'utérus avec extirpation de ganglions cancéreux, qui m'a réduit à faire une résection de quelques centimètres de la veine iliaque externe.

Après avoir opéré un très grand nombre de cancers utérins, je pense que lorsqu'une opération plus ou moins large ayant été effectuée, on constate sur les parois du bassin, le long de l'artère et de la veine iliaques externes, ou encore de l'hypogastrique, des ganglions volumineux, il faut procéder à leur dissection le plus systématiquement possible, c'est-à-dire saisir délicatement ces ganglions, de façon à ne pas les écraser et faire leur dissection en entraînant avec eux le plus qu'il est possible de tissu cellulaire ambiant, de façon que les lymphatiques qui y aboutissent soient, autant que possible, enlevés en même temps. Il est souvent très difficile de ne pas écraser les ganglions, de ne pas les transformer en une bouillie, cause d'inoculation. Ce temps de l'opération peut donc devenir vraiment difficile et long, à cause des difficultés d'hémostase veineuse qui résultent de cette extirpation ganglionnaire ; je dirais, par exemple, que lorsqu'on a enlevé un cancer avec le paramètre le plus largement possible, dans un temps qui a duré trois quarts d'heure, on peut voir son opération doublée comme durée par la recherche des ganglions et l'hémostase correspondante.

Mais, parmi les adhérences veineuses que j'ai constatées à plusieurs reprises, les adhérences des gros ganglions avec la veine iliaque externe constituent quelque chose d'assez caractéristique. Dans un travail que j'ai publié dans le *Lyon Chirurgical*, en 1909, je citais déjà quatre cas qui m'avaient conduit soit à la ligature, soit à une résection partielle de la veine iliaque externe.

Dans le cas que je vous présente, où il s'agissait d'un cancer assez volumineux, j'ai trouvé un ganglion du volume d'une grosse amande, accolé contre les vaisseaux iliaques externes ; j'ai cru tout d'abord que je ne pourrais pas le disséquer de l'artère iliaque externe. Cette dissection faite, bien que la surface externe de la veine ne présentât pas de signe d'envahissement, la dissection me parut véritablement impossible. Je me décidai donc à réséquer la vessie. Les suites furent très simples ; ces interventions agrandies ne semblent pas, d'ailleurs, aggraver très notablement les interventions. Pour la malade à laquelle je viens de faire allusion, je vous présente la feuille de température qui est, en somme, une courbe très satisfaisante ; l'opération secondaire n'a donc pas compliqué

l'opération ; cette femme, d'ailleurs, n'a pas eu d'œdème des membres inférieurs.

Je crois, en somme, qu'on peut étendre l'extirpation ganglionnaire, même au prix d'une résection veineuse importante ; je crois, d'ailleurs, que ces extensions d'extirpation doivent être poussées d'autant plus loin que c'est à une complication seulement qu'on s'adresse. Je veux dire ceci : si un cancer utérin étendu nécessite, par exemple, une extirpation partielle d'un point de la vessie et que, par ailleurs, le cas soit bon, je dis qu'on doit s'adresser à cette complication et l'extirper ; quelquefois, un uretère et son abouchement dans la vessie peuvent sauter ; d'autres fois, c'est un envahissement ganglionnaire qui peut conduire à une extirpation grave en elle-même. Que si, au contraire, on constate l'accumulation de ces difficultés, il vaudrait mieux alors considérer comme inopérables ces cas, d'autant plus que les résultats ne sont bons qu'à une condition, c'est que les difficultés ne soient pas accumulées dans tous les sens.

M. CONDAMIN. — Il me semble que, de plus en plus, M. Pollosson tend à poursuivre les ganglions, ce à quoi on avait renoncé. Sans revenir à l'opération très étendue décrite autrefois par Jonnesco, il cherche à poursuivre un peu plus loin les ganglions envahis.

M. POLLOSSON. — L'opinion que je formule ne doit pas être considérée comme quelque chose de définitif ; je puis dire ceci, c'est que lorsque les opérations élargies pour cancer utérin sont entrées en France, lorsque, en 1899, Ricard a fait, au Congrès de Chirurgie, son rapport si intéressant sur ce sujet, tout ce qu'on pouvait dire au point de vue théorique était dit ; le rapport de Ricard avait des arguments si justes, qu'à l'heure actuelle je le signerais volontiers. Mais, pratiquement, la question n'était pas aussi avancée ; autour de 1900, un certain nombre de chirurgiens de Paris se sont lancés dans la voie des opérations abdominales larges, Terrier, Ricard, Faure et quelques autres ; puis, au bout d'un an ou un an et demi, tout le monde s'est tu et, lorsqu'on s'est informé, on a vu que les tentatives faites avaient donné une mortalité si considérable et des récidives si habituelles, que l'emballement primitif avait été complètement arrêté. Il me semble que l'on était parti trop tôt, soit parce que l'asepsie n'était pas alors aussi parfaite qu'elle est à présent, soit parce que la technique était encore insuffisante.

Dans tous les cas, à cette phase, les tentatives faites par des chirur-

giens français ont eu des résultats très mauvais et la question a été arrêtée. Je crois avoir été le premier en France à y revenir et à ne plus l'abandonner.

Pour ce qui est des ganglions, je crois, en effet, qu'on a fait machine en arrière par rapport au plan opératoire que Jonnesco avait tracé dans de très remarquables articles de 1901 et 1902. Ces articles, au point de vue de la technique, étaient parfaits ; il le sont encore et on ne leur a rien ajouté. L'opération comportait un évidement du tissu cellulaire pelvien analogue à ce que fait la chirurgie d'à présent dans les cancers du sein. Evidemment, une telle extension opératoire à l'époque où ces articles ont été écrits, représentait quelque chose de très dangereux. Il n'en est plus ainsi.

A l'heure actuelle, je ne fais pas tout le curage systématique du tissu cellulaire pelvien. Je fais l'extirpation de l'utérus en allant le plus possible en dehors pour enlever beaucoup de paramètre, grâce à la dissection des uretères ; puis, je fais la recherche des ganglions à la main, et je ne cherche à enlever que des ganglions préalablement perçus.

M. VALLAS. — Je voudrais dire quelques mots sur un point qui se rattache à la chirurgie générale des cancers : l'envahissement des gaines vasculaires par les ganglions. D'après ce que j'ai entendu dire par mes collègues, je vois qu'en gynécologie les choses se passent comme dans les cancers de la langue et du pharynx. J'ai été amené à pratiquer sur les vaisseaux carotidiens l'intervention que les gynécologues font sur les vaisseaux iliaques. Ces interventions m'ont montré que jamais, ou à peu près, la paroi artérielle n'était prise, mais que, au contraire, les adhérences aux parois veineuses étaient extrêmement fréquentes. Et quand je dis les adhérences aux parois veineuses, je ne dis pas envahissement de ces parois, car on arrive, avec de la patience, à isoler les ganglions ; mais je ne sais pas si, dans ces conditions, une dissection trop pénible équivaut à une intervention complète. Lorsqu'on est obligé de disséquer avec peine on a de grandes chances de laisser des vaisseaux lymphatiques qui sont déjà envahis. Il vaut donc mieux recourir franchement à la résection de la veine. Cette résection n'a d'ailleurs pas d'influence sur la circulation des parties sous-jacentes ou sus-jacentes, par conséquent elles peuvent être sacrifiées sans dommage.

Il m'est arrivé quelques rares fois d'être obligé d'enlever tout le paquet vasculo-nerveux, y compris le nerf pneumogastrique, lorsqu'il était impossible de faire une dissection convenable en tissu sain.

En somme, ce que je voulais dire, c'est que je préfère, dans les cas difficiles, à adhérences fortes, la résection de la veine elle-même à une dissection pénible des ganglions, à cause des éléments cancéreux qu'on peut laisser dans l'atmosphère péri-ganglionnaire.

M. POLLOSSON. — Je crois, comme M. Vallas, qu'il vaut mieux réséquer les vaisseaux que de faire une dissection ; mais s'il semble tout naturel de lier ou de réséquer la veine iliaque externe sans incident, sur un sujet quelconque, à propos d'une tumeur locale ou d'un coup de couteau, par exemple, cela paraît plus étrange lorsqu'on vient, par un curage du bassin, de supprimer toute communication avec l'iliaque interne des deux côtés.

*
* *

ACCIDENTS DES PESSAIRES.

M. POLLOSSON. — Nous sommes restés, à Lyon, très conservateurs dans le traitement des prolapsus et, comme Laroyenne, nous utilisons toujours les pessaires de différents types. Il y a cependant, dans le monde gynécologique actuel, un réel mépris pour les pessaires, que l'on a souvent durement critiqués ; les Allemands, entre autres, déclarent que ce n'est pas une thérapeutique définitive et qu'ils doivent être laissés de côté, pour être remplacés par des traitements sanglants. Nous avons donc un peu à nous défendre au sujet de l'utilisation des pessaires.

A propos des rétroversions, j'en suis resté partisan parce que j'ai connu des guérisons définitives, après port prolongé d'un pessaire, et maintenues avec suppression du pessaire ; cela vaut mieux, évidemment, qu'une intervention, étant donné surtout que toutes les interventions ne sont pas parfaitement innocentes.

Quant aux prolapsus que l'on observe en général chez des femmes d'un certain âge, les interventions ne sont, elles non plus, pas toujours d'une innocuité parfaite. D'autre part, les résultats obtenus sont loin d'être toujours merveilleux, de telle façon qu'on est encore excusable, quand on utilise les pessaires.

Je reconnais cependant que l'évolution des idées et des résultats se fait de plus en plus en faveur de l'intervention, et je crois que dans l'avenir nous mettrons de moins en moins des pessaires. Il y aura cependant toujours des cas où leur emploi continuera à être indiqué.

Les pessaires n'ont-ils pas certains inconvénients ? Si, à coup sûr.

Prenons le cas de pessaire mis à propos de prolapsus. On a mis un anneau à section très large. Ces pessaires sont lisses

au moment où on les met, mais au bout d'un certain temps, ils se dépolissent et finissent par tracer sur le vagin un sillon œdémateux dans lequel le doigt peut pénétrer; bientôt, il y a des ulcérations de la muqueuse, puis il arrive que le pessaire s'enfonce dans ce sillon et que les tissus viennent le recouvrir et le masquer. C'est là un inconvénient sérieux qu'il faut bien reconnaître. Que faut-il pour éviter cet inconvénient? Pour le savoir, il faut chercher dans quelles conditions cela se produit. Cela se produit d'abord avec des anneaux trop larges; cela se produit à des phases extrêmement variées, suivant les malades. Une femme a, au bout de quelques semaines, une ulcération produite par un pessaire; il est aisé de dire: il faut l'enlever pendant quelques semaines et de le remettre quand la cicatrisation est faite; mais cela ne suffit pas. Cette malade gagnera à ce que son pessaire soit un peu moins gros, moins volumineux que le précédent. Chose curieuse, j'ai vu à maintes reprises des femmes porter un pessaire qu'elles tolèrent sans le moindre inconvénient pendant plusieurs années, et qui, un jour, sans cause, présentent une ulcération profonde. Pour mon compte personnel, je dis à toutes ces malades qu'elles sont exposées à des accidents, que si elles éprouvent des douleurs locales, des pertes puriformes, auréolées de sang, il faut qu'elles se fassent enlever leur pessaire. Si cet accident se produit quelques mois après le placement du pessaire, les malades ne manquent pas de venir; mais lorsqu'il se produit six ou huit ans après, les pessaires ont alors creusé une ulcération profonde, rebelle, et on a même vu des cancers se greffer sur des ulcérations de ce genre.

Voilà un pessaire enlevé chez une femme qui le portait depuis neuf ans; elle se rappelait très bien que je lui avais dit de venir me trouver tous les six mois, mais, au bout de six ans, elle n'y a plus pensé et, au bout de neuf ans, des ulcérations très profondes se sont produites. Si vous vous rappelez, il y a quelques années, je vous ai montré un volumineux pessaire qui était tout entier passé dans la vessie d'une vieille femme; j'ai dû enlever le pessaire et reconstituer la vessie ultérieurement. Voilà un des ennuis qui peuvent se produire tardivement.

Une autre complication des pessaires dans les cas de prolapsus est un peu moins connue: c'est le fait que, au-dessous

d'un utérus soutenu, il se produit des phénomènes de rétraction qui rétrécissent souvent très nettement l'orifice vaginal, cela en peu de temps ; on a alors des malades qui vous disent souvent qu'on leur a fait plus de mal pour enlever le pessaire que pour le mettre ; on a alors de telles difficultés pour enlever le pessaire, que des déchirures et des hémorragies très ennuyeuses se produisent ; dans ces cas, il ne faut pas vouloir forcer.

Que faut-il faire alors ? Souvent, il est bon d'endormir la malade, mais cela ne suffit pas, et lorsqu'une femme est endormie on peut faire des déchirures étendues ; il vaut mieux chercher à pratiquer une section de l'anneau, mais ce n'est pas chose facile, toutes les pinces sont insuffisantes, elles glissent ; j'ai essayé avec une scie, mais la scie s'encrasse par la poussière du pessaire. J'ai essayé de détruire le pessaire avec le thermocautère, il est très difficile de faire une section complète. J'ai enfin songé à passer une compresse sur l'anneau et à tirer par son intermédiaire sur le pessaire ; cette compresse sert à la fois de protecteur et de tracteur ; on peut alors couper le pessaire facilement et sans danger.

Dans ces derniers temps, j'ai enlevé par ce procédé, de la façon la plus rapide, sans anesthésie, plusieurs anneaux enchâssés.

M. CONDAMIN. — Je suis très heureux d'avoir entendu défendre l'usage des pessaires par M. Pollosson. J'ai eu, comme lui, des difficultés considérables pour extirper un pessaire qui avait pénétré dans les tissus ou avait subi une inclusion véritable dans le vagin. J'ajouterai à ce qu'il vient de dire que cette inclusion, quand elle est vulvaire et produite dans les premiers mois après l'application, est justiciable de la dilatation progressive de l'anneau vulvaire rétracté. Je suis toujours arrivé, en faisant de la dilatation digitale en plusieurs séances, à faire passer le pessaire, sauf dans un cas où il s'agissait d'un anneau rond, du type Meyer, qui avait été porté pendant longtemps. Il y avait un orifice tellement rétracté, qu'il a fallu non seulement endormir la malade, mais procéder par des sections multiples du pessaire, et je me souviens d'y avoir travaillé pendant trois quarts d'heure, de m'être blessé les doigts, d'avoir blessé le vagin ; ce fut une opération très laborieuse. Je crois que le procédé indiqué par M. Pollosson, utilisant une compresse, doit être, au moins pour un petit pessaire, meilleur que les autres moyens de traction sur le pessaire et plus capable de protéger le vagin.

M. VALLAS. — J'ai vu un cas de migration de pessaire assez curieux ; il s'agissait d'un pessaire inclus depuis de longues années ; la malade en avait perdu le souvenir. Ce pessaire portait, sur sa convexité, une tige qui s'enfonçait dans l'utérus. Je l'ai trouvé, non dans le vagin, mais dans le rectum. La cloison recto-vaginale était perforée et je l'ai sorti par l'anus. Là, je n'ai pas eu de difficultés, parce que la dilatation était facile.

M. CONDAMIN. — La restauration de l'orifice par lequel il avait passé ne s'est-elle pas cicatrisée toute seule ?

M. VALLAS. — Oui, elle s'est cicatrisée toute seule.

Le Gérant, D^r VALLAS.

Séance du 6 mars 1913

Présidence de M. A. POLLOSSON.

HERMAPHRODISME ANDRO-GYNOÏDE RECONNU A L'OCCASION
D'UNE CURE RADICALE DE HERNIE.

M. GOULLIoud présente une pièce provenant d'une malade qui est entrée dans son service pour se faire opérer d'une double hernie : ce sont deux testicules.

OBSERVATION. — Une femme, âgée de 38 ans, M^{lle} M. A..., couturière dans un petit village, se présenta à l'hôpital Saint-Joseph le 3 février 1913 pour être opérée d'une hernie inguinale gauche.

La hernie était manifeste, et sa réduction facile ; on ne se préoccupa pas de son contenu, et il fut décidé que l'on ferait la cure radicale demandée par la malade.

La veille de l'opération, le 10 février, j'ai l'idée de faire un toucher vaginal pour voir s'il existe quelque affection gynécologique concomitante. Le toucher vaginal permet de suite de reconnaître que le vagin est terminé en cul-de-sac, à 5 ou 6 centimètres de profondeur, sans aucune saillie cervicale. La malade raconte d'ailleurs qu'elle n'a jamais été réglée ; elle est célibataire. Son aménorrhée ne s'est pas accompagnée des douleurs périodiques habituelles en cas de malformation utérine.

La malade se plaint de sa hernie gauche, mais elle se plaint aussi un peu à droite, et comme on ne constate pas de hernie de ce côté, on se demande si les douleurs dont elle se plaint ne peuvent pas être liées à sa malformation, et l'on pense à quelque petit hématomètre possible, malgré l'absence des douleurs périodiques habituelles.

La vulve a une conformation normale, en ce sens que le clitoris, les petites et grandes lèvres ont leurs rapports respectifs habituels et leurs proportions relatives. Mais ces organes sont peu développés, le clitoris notamment, comme il le serait chez une enfant de 15 à 16 ans. Le système pileux est également moins développé que normalement. Au toucher vaginal, on ne rencontre pas de résistance hyménéale.

Par le palper bimanuel, on sent dans la région rétro-pubienne une tuméfaction qui paraît correspondre à un corps utérin de volume à peu près habituel. Cet utérus remonte un peu au-dessus du pubis ; son pôle inférieur est en contact avec le rectum ; à travers la muqueuse rectale, on sent très bien ce pôle inférieur, mais on n'y distingue aucun méat cervical.

D'autre part, on n'a pas l'impression qu'il y ait aucune rétention hématique, ni dans l'utérus, ni à son pourtour.

A gauche, on sent nettement, par le palper combiné, un petit corps sensible, considéré comme l'ovaire gauche. L'ovaire, du côté droit, est moins nettement perçu, un peu dissimulé par le corps utérin, plus incliné de ce côté et très mobile.

La voix est normale et les seins sont normalement développés.

Intervention le 12 février. Par une double incision inguinale, on reconnaît que les ovaires ne présentent pas de caractères normaux, et qu'ils ont une apparence scléreuse. On essaie d'abord de les enlever par les deux incisions pratiquées, puis, constatant que l'ovaire droit porte un kyste d'un certain volume, on se décide à transformer les deux incisions latérales en une incision de Pfannenstiel atypique.

Par la ligne médiane, on onlève les deux glandes, et on a la surprise de ne pas trouver de corps utérin. Le dôme vésical se continue directement avec le cul-de-sac de Douglas, et l'on se rend compte que c'est le kyste appendu à la glande droite qui donnait à l'examen l'impression d'un corps utérin.

Chacun des organes glandulaires tenait à la paroi pelvienne latérale par un petit méso triangulaire et deux pédicules, l'un correspondant au ligament infundibulo-pelvien, l'autre à une sorte de ligament rond.

Examen des pièces. Le prétendu corps utérin n'était autre qu'un kyste qui avait sensiblement le volume d'un gros œuf ; il avait la direction et la forme de l'utérus, son extrémité inférieure se logeant dans le Douglas juste au-dessous du cul-de-sac vaginal ; ainsi s'expliquait l'impression de mobilisation que l'on avait constatée.

A ce moment, on émet un doute sur la nature des organes glandulaires, et l'on pense qu'ils peuvent être des testicules et non pas des ovaires ; en effet, ils sont recouverts d'une sorte d'albuginée et ne présentent pas les kystes habituels de la surface corticale de l'ovaire.

Chaque glande est libre sur ses deux faces et par un bord elle tient à la paroi pelvienne par une sorte de méso, qui présente un prolongement analogue à celui formé par l'épididyme.

Si l'on étudie ce méso, on constate qu'il est formé d'épaississements constituant une boucle ; à l'extrémité supérieure de ce méso, aboutit un pédicule vasculaire, à l'autre extrémité, un cordon fibreux comparable à un ligament rond ; on ne distingue ni épидидyme, ni canal déférent, mais plutôt des tractus fibro-musculaires.

Le kyste situé à l'extrémité interne de la glande droite et dont nous avons déjà parlé, présente un petit kyste superficiel en forme de croissant, l'un et l'autre paraissent manifestement formés aux dépens des débris embryonnaires annexés au testicule.

Sur la glande gauche, on remarque aussi à son extrémité interne un petit kyste, mais beaucoup moins important.

L'examen histologique (M. Faysse) permet de reconnaître que ces deux organes glandulaires sont des testicules et non des ovaires.

a) Un fragment prélevé sur une des glandes montre qu'il existe une partie externe formée de tissu conjonctif très épais en faisceaux denses et entrecroisés, une partie interne caractérisée par la présence de nombreux tubes glandulaires très nets. Ceux-ci ne sont séparés les uns des autres que par un stroma très fin, sauf en quelques points, où il apparaît sclérosé ; enfin, ces tubes sont tapissés par un épithélium à plusieurs couches.

Ces caractères permettent de dire qu'il ne s'agit pas d'un ovaire, mais d'un testicule avec son albuginée.

b) Un petit fragment, pris au-dessus du précédent (formant un petit kyste), présente à l'examen histologique des dilatations tubulaires allongées, tapissées par une assise de cellules légèrement cylindriques, et qui sont peut-être un vestige de l'épididyme.

c) Le troisième fragment, qui est un cordon dur, et qu'on pouvait interpréter comme un canal déférent, ne présente au microscope aucune lumière. C'est un cordon plein formé de tissu conjonctif épais avec quelques fibres musculaires lisses.

Les suites opératoires de cette intervention furent simples ; on a évité de laisser entrevoir la vérité à cette femme, qui était déjà troublée par l'attention qu'on lui prêtait, et chez qui l'on a craint de provoquer quelque neurasthénie par des questions indiscrettes.

Réflexions. — Les cas analogues, c'est-à-dire d'hermaphroditisme, reconnus à l'occasion d'opérations herniaires, sont fréquents ; en général, ovaire ou testicule se trouvent dans la hernie et sont enlevés au cours de l'intervention.

Dans le cas présent, c'est en cherchant une cause à des douleurs que n'expliquait pas une hernie du côté droit, que l'on a été amené à une opération plus complexe ; la constatation d'un kyste a poussé également à faire l'ablation de la glande droite ; l'ablation de celle du côté gauche aurait pu être évitée si le diagnostic avait été fait à temps, et l'on aurait pu se contenter

de fermer le collet du sac et l'anneau de la hernie inguinale de ce côté.

Ce qu'il y a de particulier dans ce cas, c'est la disposition de ce kyste, qui a simulé un corps utérin au palper bimanuel.

D'une façon générale, l'ablation de ces organes atypiques peut être discutée, mais en sa faveur il faut se souvenir des nombreux cas de dégénérescence signalés : Bégouin (1) a publié une belle observation de sarcome de l'ovaire dans un cas d'hermaphrodisme gyn-androïde ; Pauchet (2), d'Amiens, a relaté le cas curieux d'un homme porteur d'un volumineux fibrome utérin.

Je termine en rappelant que cette malade rentrait dans la classe bien décrite par Pozzi (3) des andro-gynoïdes, c'est-à-dire des individus hommes par leur glande sexuelle, mais ayant tout à fait l'aspect féminin, par opposition aux gyn-androïdes, c'est-à-dire aux individus qui sont femmes par leur glande sexuelle, mais qui ont l'aspect masculin.

Notre sujet rentre dans les andro-gynoïdes réguliers, c'est-à-dire qu'il présente une conformation tout à fait normale des organes génitaux externes, alors que chez d'autres ces organes sont anormalement constitués, formant un type intermédiaire, tels les hypospades vulviformes.

Ce cas montre, une fois de plus, suivant la remarque de Neugebauer (4), que la nature de la glande génitale ne commande pas le développement des organes génitaux externes ; nous ajouterons que cette glande ne commande pas non plus la conformation du squelette, et notamment la conformation du bassin, puisque chez notre sujet d'apparence féminine, et porteur de testicules, la radiographie a montré *un bassin du type féminin*.

(1) BÉGOUIN. Pseudohermaphrodisme masculin externe coïncidant avec un sarcome de l'ovaire. *Société de chirurgie de Paris*, 2 déc. 1908. (Broca, rapporteur.)

(2) PAUCHET. Fibrome utérin chez une femme pseudohermaphrodite d'apparence masculine. *Gazette médicale de Paris*, 26 février 1913.

(3) POZZI. Neuf cas personnels de pseudohermaphroditisme. *Revue de Gynécologie*, 1^{er} mars 1911, p. 269-337.

(4) NEUGEBAUER. L'hermaphrodisme chez l'homme. Leipzig 1908 (livre de 700 pages, 350 figures).

M. ALBERTIN. — J'ai observé, il y a quelque temps, une malade qui avait été opérée par M. Jaboulay : celui-ci avait fait une incision sur le canal inguinal pour enlever une hernie et avait trouvé un organe dans lequel l'examen histologique avait montré un tissu embryonnaire n'ayant pas évolué dans un sens suffisant pour qu'on puisse dire si c'était un ovaire ou un testicule. A l'examen des organes génitaux de cette femme, rien ne pouvait prêter à confusion.

Cette femme présentant encore des troubles du côté du bas-ventre, des douleurs, toute une série de phénomènes, je fis une laparotomie et je trouvai un utérus embryonnaire comme on en trouve quelquefois, c'est-à-dire de simples cordons, et je trouvai une tumeur absolument semblable à celle qui avait été enlevée, qui se présentait à l'orifice inguinal et qui avait fait hernie d'un côté. Cette tumeur a été enlevée, il est probable qu'elle donnera le même résultat à l'examen que la première tumeur.

C'est une observation qui peut se rapprocher de celle de M. Goulioud et qui montre la difficulté qu'il y a à déterminer, même ayant sous les yeux le type de ces tumeurs, s'il s'agit de testicules ou d'ovaires.

M. GAYET. — J'ai observé un cas assez analogue à celui de M. Goulioud. Un jour entra dans mon service de la Croix-Rousse une malade envoyée pour appendicite aiguë. Extérieurement elle paraissait normalement constituée; bassin large, seins développés, habitus essentiellement féminin. Elle était mariée depuis vingt ans, mais n'avait jamais eu de grossesse ni même de menstruation. Elle souffrait d'un abcès abdominal dans la fosse iliaque droite. En faisant le toucher vaginal je fus surpris de ne pas trouver d'utérus; par le toucher rectal on n'en sentait aucune trace. En explorant la fosse iliaque gauche je rencontrai un organe mobile, rond, donnant l'impression d'un testicule ectopié. Je fis alors le diagnostic d'orchite suppurée à droite; j'incisai et ne trouvai qu'une bouillie sphacélée. Quelque temps après, j'enlevai la tumeur gauche et je reconnus facilement un testicule avec un petit kyste de l'épididyme. L'examen histologique fut fait à la fois au laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté, et des deux côtés on me répondit qu'il s'agissait bien d'une glande mâle.

Particularité intéressante : cette femme avait une sœur qui, pas plus qu'elle, n'avait jamais été réglée. Son médecin a bien voulu l'examiner après que j'eusse attiré son attention sur le fait et il put constater qu'elle n'avait pas non plus de corps utérin.

Il s'agissait donc bien, dans la même famille, de deux cas d'hermaphroïtisme mâle externe, suivant la terminologie de Neugebauer.

Séance du 13 mars 1913

Présidence de M. A. POLLOSSON

RÉSECTION ANCIENNE DU COUDE.

M. ALBERTIN. — J'ai tenu à vous montrer une malade entrée dans mon service pour des troubles de l'abdomen et ayant été réséquée du coude par Ollier, il y a vingt-six ans, alors qu'elle était âgée de 17 ans.

Bien que le résultat obtenu ne puisse pas être classé parmi les meilleurs, car le bras est un peu ballant, cette malade déclare que son membre est extrêmement utile et que, depuis les premiers mois qui ont suivi la résection, elle s'en sert sans peine.

M. GANGOLPHE. — A l'époque où cette opération a été faite, les interventions pour tumeurs blanches étaient souvent accompagnées d'accidents graves. Cela est d'autant plus remarquable qu'on leur préférerait souvent l'amputation.

La présentation de M. Albertin a un grand intérêt; cette malade possède des mouvements de latéralité extrêmement marqués; le coude est flottant, mais au moment de la contraction, tout cela se fixe, les muscles constituent les mouvements actifs de l'articulation et, comme l'a dit M. Albertin, elle a un résultat fonctionnel excellent.

*
* *

UNE FORME RARE DE CALCULOSE VÉSICALE
AU COURS D'UNE HYPERTROPHIE DE LA PROSTATE.

M. THÉVENOT. — La calculose vésicale, au cours d'une hypertrophie prostatique, est relativement fréquente, banale, et ses modalités un peu anormales méritent seules d'être mises en vedette. C'est à ce titre que je vous présente ces pièces, qui proviennent d'un malade que nous avons opéré, M. Rochet et moi, il y a trois jours.

OBSERVATION. — Il s'agit d'un homme de 67 ans, qui était atteint, depuis dix ans environ, de dysurie. Les cathétérismes devinrent chez lui de plus en plus difficiles, et il y a trois semaines, des accidents de rétention durent être traités, par son médecin, par des ponctions répétées.

C'est dans ces conditions qu'il vint à Lyon où M. Rochet réussit pourtant à placer à demeure une sonde de petit calibre.

La prostate était molle, régulière, volumineuse. Les urines avaient une odeur fétide, elles étaient troubles et glaireuses. Le malade avait conservé un assez bon état général.

Dans ces conditions, on pratiqua, pendant une quinzaine de jours, des lavages de la vessie, qui améliorèrent notablement la situation, puis, en raison de la presque impossibilité du cathétérisme, la prostatectomie fut décidée.

Par la voie sus-pubienne, on ouvrit une vessie aux parois épaissies, et l'on constata, dans le bas-fond, la présence des calculs que voici. On enleva ensuite en un seul bloc la prostate, que vous voyez hypertrophiée uniformément, ainsi que cela était à prévoir : elle pèse 80 grammes et a le volume d'une grosse orange. L'intervention, en elle-même, n'a présenté aucune particularité et le malade l'a fort bien supportée.

Les calculs que l'on observe d'ordinaire en pareil cas sont constitués par une ou deux pierres. La consistance friable, de coloration blanchâtre lorsqu'il s'agit, ainsi que cela est presque la règle, de calculs d'infection, conséquence de la stagnation de l'urine dans le bas-fond vésical.

Ceux sur lesquels nous désirons appeler votre attention sont tout différents. Ils sont au nombre de 61, les uns du volume d'une grosse noisette, les plus petits des dimensions d'une tête d'épingle en verre. Serrés les uns contre les autres dans le

bas-fond, ils ont perdu leur forme arrondie et présentent des facettes, analogues à celles des calculs de la vésicule biliaire ; ils diffèrent de ces derniers par leur teinte grise. Ils sont d'une consistance très ferme, et l'ongle qui les gratte n'en détache aucun fragment.

Dans l'ensemble, ils constituent une masse du volume d'une petite mandarine et pèsent 30 grammes.

Comme cela arrive bien souvent, ils ne se traduisaient par aucun signe clinique, ne déterminaient ni hématurie, ni douleurs. Seul l'état glaireux des urines, l'intensité de la cystite pouvaient faire supposer leur existence. Ils n'étaient pas perceptibles au toucher rectal, bien que le doigt put dépasser facilement le bord supérieur de la prostate et palper le bas-fond. Quant à leur constatation par l'explorateur de Thompson ou des instruments intra-vésicaux, il n'était pas possible d'y songer, en raison de l'impossibilité du cathétérisme.

Au surplus, l'indication opératoire de la prostatectomie était rendue formelle par cette dernière, et les calculs dans le cas présent n'étaient qu'un épiphénomène, intéressant par la disposition que je viens de vous décrire.

M. TAVERNIER. — J'ai eu l'occasion d'opérer, dans le service de M. Villard, un malade auquel j'ai fait une prostatectomie et chez lequel j'ai trouvé une immense quantité de calculs avec de l'infiltration calcaire de la paroi vésicale. Après avoir enlevé la plus grande partie de ces calculs, j'ai trouvé la paroi vésicale revêtue de boue calcaire englobée dans du mucus et adhérente aux parois de la vessie. Ce fut une opération très pénible que l'ablation des calculs, une fois les premiers calculs enlevés à la main, toute la masse calcaire qui infiltrait presque la muqueuse a dû être décollée péniblement avec les doigts et la curette ; l'hémorragie fut importante et j'ai eu l'impression de faire presque une opération grave, à tel point que je me suis demandé si je devais faire a prostatectomie sur-le-champ ou la remettre à plus tard. Je me décidai à enlever rapidement une prostate facile à énucléer, et les suites opératoires ont été très simples ; mais ce qui m'avait frappé, c'est la difficulté extrême que j'ai eue à évacuer cette boue calculeuse tout à fait adhérente aux parois de la vessie.

CHOLÉCYSTECTOMIE D'ARRIÈRE EN AVANT.

MM. PATEL et CHALIER présentent, au nom de M. Jaboulay, deux pièces de cholécystite calculeuse, enlevées tout récemment d'arrière en avant, avec section première du cystique. Dans les deux cas, le canal cystique fut découvert au ras du cholédoque et sectionné entre deux pinces. L'artère cystique fut liée séparément et la vésicule fut enlevée par décollement de la face inférieure du foie d'arrière en avant.

Dans la dernière séance de la Société de Chirurgie de Paris (5 mars 1913), MM. Gosset et Desmarest ont fait une communication sur un procédé analogue de cholécystectomie, décrit par eux sous le nom de cholécystectomie d'arrière en avant, et imité de la méthode de Mayo et de Moynihan.

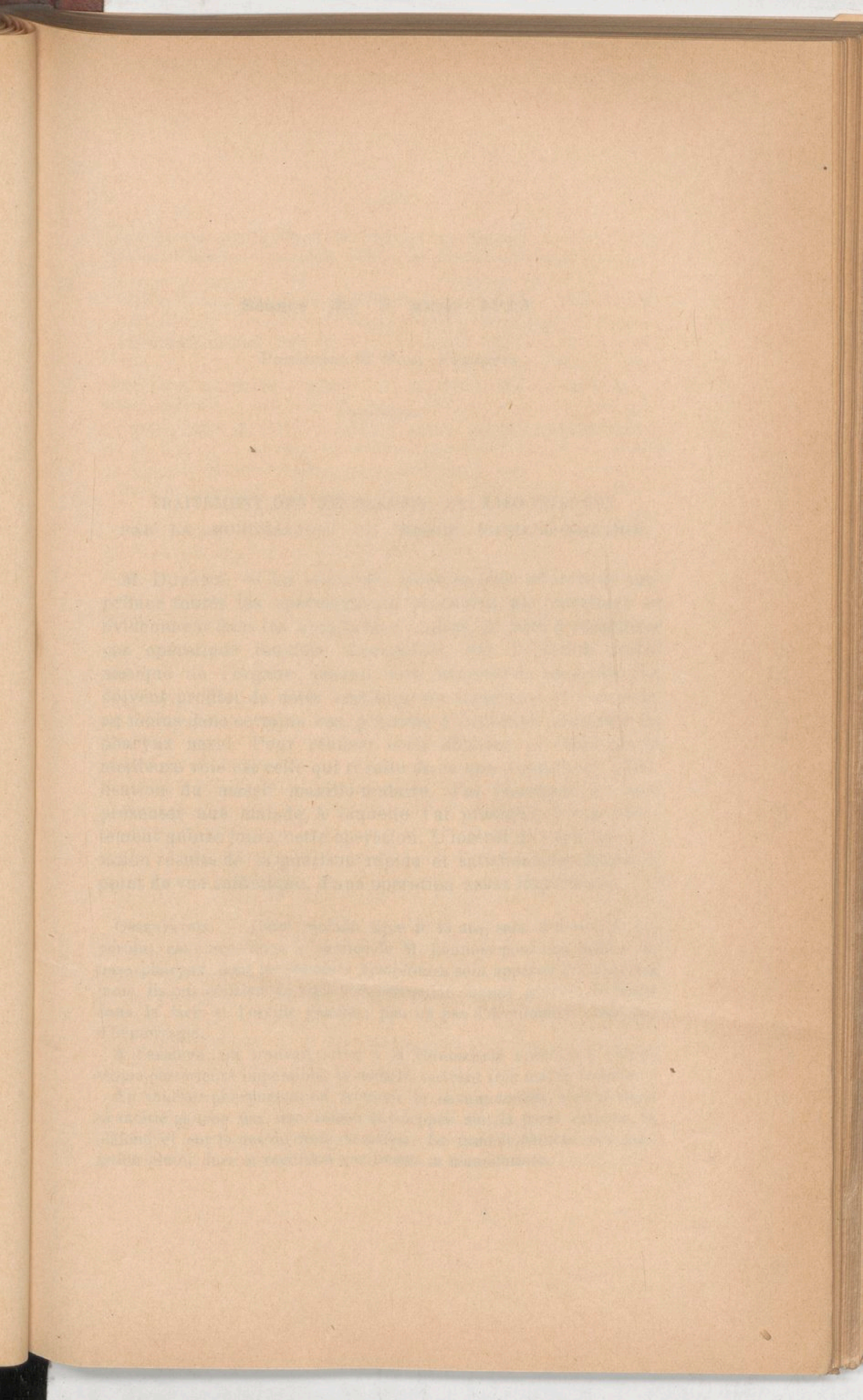
Le même procédé a été utilisé déjà plusieurs fois par M. Jaboulay, et depuis très longtemps; l'un de nous a eu l'occasion de le pratiquer chez cinq malades. L'opération se fait, en effet, très facilement par ce procédé, et sans le moindre incident opératoire. La portion terminale du cystique est le plus souvent libre, même dans les cas de calculs enchatonnés dans le cystique. Le canal est coupé alors au ras du cholédoque. Cette section effectuée, la prise de l'artère cystique est très facile et c'est précisément là un gros avantage de la méthode.

En somme, ce procédé sur lequel l'attention vient d'être attirée à nouveau a l'avantage de faciliter la cholécystectomie et l'hémostase consécutive.

Nous voudrions, à propos de ces deux pièces, vous présenter, de plus, la radiographie des calculs contenus dans la vésicule enlevée ce matin même. On a discuté assez longtemps sur le point de savoir si les calculs biliaires étaient perméables ou opaques aux rayons X; on a dit qu'ils étaient le plus souvent perméables. En réalité, dans le service de M. Jaboulay, on a fait la radiographie de nombreux calculs biliaires et il semble que certains d'entre eux, les gros en particulier, sont opaques aux rayons X. Malheureusement, le plus souvent, on ne peut les déceler par la radiographie que sur une vésicule déjà cueillie; il est difficile de les radiographier sur le malade qui en est porteur, mais il semble bien qu'avec de nouveaux progrès de technique, notamment avec une immobilisation plus parfaite

du foie et de la vésicule on pourrait obtenir dans bien des cas un cliché positif. M. Arcelin a présenté, il y a quelques jours, un cas de ce genre où l'on avait fait le diagnostic de calcul du rein droit, parce que, à la radiographie, on avait trouvé un calcul dans la région de l'hypochondre; or, l'opération et l'autopsie démontrèrent que le rein n'avait pas de calcul et que celui-ci siégeait dans la vésicule. C'est pourquoi il nous a paru intéressant de vous présenter, avec ces pièces, cette radiographie, et de vous montrer que les calculs biliaires un peu volumineux ou d'une constitution chimique spéciale peuvent être perçus à l'examen radiographique.

Le Gérant, D^r VALLAS.



Faint, illegible text, possibly bleed-through from the reverse side of the page.

Faint, illegible text, possibly bleed-through from the reverse side of the page.

Faint, illegible text, possibly bleed-through from the reverse side of the page.

— 851 —

Séance du 3 avril 1913

Présidence de M. A. POLLOSSON

TRAITEMENT DES NÉOPLASMES DU NASO-PHARYNX
PAR LA MOBILISATION DU MASSIF MAXILLO-MALAIRES.

M. DURAND. — La chirurgie moderne s'est efforcée de supprimer toutes les opérations qui procèdent par curettage et évidemment dans les néoplasmes malins, et tend à remplacer ces opérations toujours incomplètes par l'ablation systématique de l'organe atteint. Les tumeurs du naso-pharynx doivent profiter de cette amélioration technique et l'on peut, au moins dans certains cas, procéder à l'ablation régulière du pharynx nasal. Pour réaliser cette ablation, je crois que la meilleure voie est celle qui résulte de ce que j'appelle la mobilisation du massif maxillo-malaire. J'ai l'honneur de vous présenter une malade, à laquelle j'ai pratiqué, il y a exactement quinze jours, cette opération. L'intérêt de cette présentation résulte de la guérison rapide et satisfaisante, même au point de vue esthétique, d'une opération assez importante.

OBSERVATION. — Cette malade, âgée de 43 ans, sans antécédent important, est entrée dans le service de M. Lannois pour une tumeur du naso-pharynx, dont les premiers symptômes sont apparus il y a quatre mois. Ils ont consisté en signes d'obstruction nasale gauche, douleurs dans la face et l'oreille gauche ; peu ou pas d'écoulement nasal, pas d'hémorragie.

A l'examen, on trouvait : rien à la rhinoscopie antérieure, rhinoscopie postérieure impossible, la malade ouvrant très mal la bouche.

Au toucher pharyngien, on trouvait le cavum envahi, surtout dans sa moitié gauche par une masse développée sur la paroi externe, le plafond et sur le dos du voile du palais. La tumeur donnait une sensation plutôt dure et régulière que friable et mamelonnée.

Ceci nous avait fait penser à un sarcome plutôt qu'à un épithélioma. Diagnostic reformé lors de l'intervention, montrant un épithélioma très végétant. Pas d'adénopathie.

Intervention le 19 avril. — Mobilisation du massif maxillo-malaire suivant la technique de G. Roux, améliorée :

Incision de résection du maxillaire supérieur; simple trait de bistouri sans dissection de lambeau.

1° Section à la scie de Gigli de l'apophyse orbitaire externe. On sectionne entre deux trous faits avec un perforateur, et l'on passe immédiatement dans ces trous, ce qui est plus facile, un fort fil d'argent qui sera tordu très simplement lors de la restauration.

2° Section de l'apophyse zygomatique un peu loin en arrière.

3° Section à la cisaille de la branche montante du maxillaire supérieur, en ménageant soigneusement les voies lacrymales.

4° La bouche est ouverte, on ponctionne au bistouri très près de la ligne médiane le voile du palais, tout contre son attache osseuse; une scie de Gigli est passée, à l'aide d'un porte-fil par cet orifice, de la bouche dans la fosse nasale gauche et est ramenée en avant. Section, par cette scie, d'arrière en avant, du palais osseux et des muqueuses nasale et palatine qui le recouvrent.

5° Désinsertion du voile du palais au niveau de son attache au palais dur, comme dans une résection ordinaire du maxillaire (1).

6° Mobilisation du bloc maxillo-malaire; un fort ciseau est introduit dans le trait de scie palatin et fait basculer en dehors tout le massif mobilisé.

Le chirurgien est ainsi conduit sur la face antérieure de l'apophyse ptéridoïde, c'est-à-dire sur la partie antérieure de la paroi latérale du naso-pharynx. Il pourra, dès lors, si les lésions le permettent, réaliser l'ablation méthodique du naso-pharynx. Je l'ai pratiquée dans le cas que je vous ai présenté en 1907, sur la malade ici présente et sur un autre malade opéré il y a deux ans. Je me suis trouvé en présence d'épithéliomas ayant envahi les os voisins, ethmoïde, et peut-être sphénoïde, de sorte que l'ablation du naso-pharynx fut impossible. Je dus me contenter de pratiquer, comme il arrive trop souvent dans les cas d'épithélioma des fosses nasales, un curettage et un évidement.

Eclairé par le miroir de Clar, indispensable pour toutes ces opérations cavitaires, m'aidant de la curette, mais opérant, grâce à la mobilisation du maxillaire, avec un jour très satisfaisant, j'ai pu faire une désobstruction suffisante du naso-pharynx. Je ne me flatte pas, pour-

(1) Dans mes interventions anciennes, j'avais sectionné le voile sur sa ligne médiane. La désinsertion pratiquée dans le cas présent est meilleure; elle donne plus de jour et permet une restauration plus facile et plus correcte.

tant, d'avoir réalisé une extirpation complète, car en haut, j'arrivai dans une cavité qui me parut être le sinus sphénoïdal envahi pour qu'il y ait intérêt à le toucher.

L'intervention se poursuivit sans trop de peine et sans incident. L'hémorragie, notamment, fut de très médiocre importance.

Restauration. — Je ramène en place le bloc mobilisé.

Suture métallique de l'apopyse orbitaire externe, préparée dans le premier temps de l'opération, comme il a été dit plus haut.

Suture au catgut du voile palatin au palais dur.

Le maxillaire est maintenu par un appareil palatin moulé, avant l'intervention, sur l'arcade dentaire supérieure; appareil que M. Caillon, dentiste de l'hôpital, a bien voulu nous fournir.

Suture de la peau.

Il n'y eut pas d'incident post-opératoire et la guérison, comme vous pouvez le voir, a été rapide et correcte.

La suture cutanée est satisfaisante, le bloc osseux a retrouvé correctement sa place et est déjà solidement réimplanté. En regardant la bouche, vous pouvez voir que l'arcade alvéolaire est régulièrement restaurée, l'articulation des dents est parfaite et la mastication est redevenue facile. La trace des sections palatines est à peine visible.

Le résultat opératoire est donc, à mon avis, très satisfaisant, surtout si on considère que cette grosse intervention date de quinze jours seulement.

Quant au résultat thérapeutique, eu égard au cancer, il est évidemment moins satisfaisant. Si la malade s'était présentée plus tôt, avant que l'envahissement fût aussi considérable, j'aurais pu pratiquer, comme je l'ai déjà fait, l'ablation méthodique de l'organe atteint, c'est-à-dire du naso-pharynx. Dans les cas où, comme ici, et comme dans le second des trois malades que j'ai opérés par cette méthode, on se trouve en présence d'un épithélioma malin, ayant dépassé les limites du naso-pharynx et envahi les os voisins, il faut se borner à des évidements par la curette : le chirurgien en est réduit à une opération qui ne le satisfait guère.

Ces curettages ne doivent pourtant pas être abandonnés, car s'ils ne peuvent réaliser une exérèse complète et définitive, ils donnent une opération palliative dont les résultats sont momentanément très appréciés des malades. La femme ici présente est enchantée, car elle ne souffre plus et n'a plus d'obstruction nasale : très peu portée à se laisser opérer, lors

de son entrée à l'hôpital, elle est très satisfaite d'avoir consenti à l'intervention.

Ces résultats palliatifs, vous le savez, sont très fréquents dans les tumeurs des fosses nasales et bien qu'ils ne donnent qu'un bénéfice momentané, ils méritent qu'on les pratique.

Le but qu'on doit se proposer, mais qui n'est pas toujours réalisable, dans le traitement des tumeurs malignes du cavum, est donc l'ablation systématique du naso-pharynx. Je crois que le meilleur et peut-être même le seul moyen de réaliser cette ablation consiste à aborder l'organe par la mobilisation du massif maxillo-malaire.

La vue de la malade que je vous présente aujourd'hui montre bien que cette intervention, peu grave — trois guérisons sur trois cas opérés — ne produit pas de délabrement de la face et que son résultat esthétique est très satisfaisant.

M. BÉRARD. — L'intervention pratiquée par M. Durand donne, en effet, un jour considérable par la résection temporaire du maxillaire supérieur, rabattu en dehors avec le massif malaire. Elle ne laisse pas de déformation notable de la face, ni de cicatrices trop apparentes. Dans les cas où l'on peut opérer une guérison durable, elle est nettement indiquée, par exemple dans certains polypes naso-pharyngiens à implantation très latérale dans le cavum ou dans les cancers pédiculés.

Toutefois, comme l'a dit lui-même M. Durand, quand il s'agit d'épithéliomas du haut pharynx, presque toujours on trouve des cancers infiltrés largement, dont l'ablation totale est à peu près impossible. La récurrence est de règle, et d'ordinaire rapide. Aussi, dans ces cas peu favorables, nous sommes-nous résolus, depuis quelques années, avec M. Sargnon, à pénétrer dans le cavum par un tunnel creusé à travers le maxillaire supérieur et la paroi externe des fosses nasales, en incisant les téguments de l'aile du nez, et en ménageant à la fois le plancher de l'orbite, et la voûte palatine. Le morcellement du maxillaire et la résection du maxillaire sont faits au davier-gouge aussi largement qu'il faut. En s'aidant de la lampe Clar, on a toutes les facilités nécessaires pour curetter les bourgeons néoplasiques.

C'est une technique de nécessité, mais qui permet de surveiller la repullulation des bourgeons cancéreux, et, s'il le faut, d'intervenir à nouveau sans créer de délabrements. Dans ces formes de cancers, infiltrés, à marche rapide, et relativement accessibles par leur surface muqueuse, le radium trouverait ses indications les plus nettes; mais je ne crois pas que les résultats obtenus jusqu'à présent soient suffisamment concluants pour nous permettre de nous faire une opinion sur ce point de thérapeutique.

*
* *

VOLVULUS POST-OPÉRATOIRE DE L'ESTOMAC.

M. R. LERICHE. — Le malade que voici a présenté une complication post-opératoire tardive qui m'a paru mériter d'être relatée : je l'avais opéré l'an dernier pour un ulcère duodénal et pratiqué une exclusion du duodénum ; je l'ai réopéré il y a un mois pour des troubles digestifs nouveaux et j'ai trouvé un volvulus de l'estomac.

Voici l'observation dans laquelle je ne rapporterai en détail que ce qui a trait aux derniers incidents.

OBSERVATION. — Cet homme, âgé de 38 ans, présentait depuis 1911 un syndrome d'ulcère duodénal. Le 3 janvier 1912, je l'opérai dans le service de M. Poncet et je pratiquai une gastro-entérostomie postérieure transmésocolique avec ligature du pylore par un gros fil de catgut (exclusion de Parlavecchio). Le résultat immédiat fut excellent : la radioscopie montrait, à la fin du mois, une évacuation très satisfaisante de la bouillie bismuthée. Les douleurs avaient totalement disparu.

Cela ne dura pas ; dans le courant de février, elles reparurent aussi intenses qu'auparavant. La radioscopie montra que plus rien ne passait par la bouche artificielle et que tout passait par le pylore, redevenu perméable.

Je réintervins donc le 27 mars 1912 et non sans peine, à cause d'une périgastrique intense qui masquait l'estomac, je fis une exclusion nouvelle par section transversale de l'antra pylorique et fermeture des deux bouts. La périgastrite était surtout marquée sous le foie (ce détail a son importance), et pour libérer l'estomac, je fus obligé d'entamer le tissu hépatique. La bouche anatomique, antérieurement établie, paraissant rétrécie, je fis, à son côté, une nouvelle gastro-entérostomie au bouton, puis je refermai le ventre en laissant un drain et une mèche sous le foie, à cause d'un suintement sanguin en nappe assez abondant.

Les suites post-opératoires furent simples, et le résultat thérapeutique excellent.

Je voyais ce malade assez souvent ; il allait bien, lorsque, en février 1913, il se plaignit de quelques troubles digestifs et d'une douleur dorsale assez intense. M. Bouveret, qu'il alla consulter, trouva de la tension intermittente de l'épigastre ; ne sachant pas que j'avais fait une exclusion, il pensa à une sténose de la bouche et conseilla une nouvelle intervention. Je la pratiquai le 4 mars 1913, sans avoir malheureusement

fait une nouvelle radioscopie, car j'étais loin de m'attendre à ce que j'allais trouver.

J'ouvris le ventre à gauche de la ligne médiane, pour ne pas tomber dans les adhérences que j'avais déjà rencontrées ; à ma grande surprise, je ne trouvai que des brides lâches, peu épaisses, derrière lesquelles je fus très étonné d'apercevoir, se présentant d'emblée sous la paroi, la première anse jéjunale, deux fois anastomosée à la face postérieure de l'estomac : on la voyait accolée au mésocôlon depuis la colonne vertébrale ; le mésocôlon bombait en avant, refoulé par la face postérieure de l'estomac, à telle enseigne que l'arrière-cavité des épiploons était presque contre la paroi abdominale antérieure.

Au premier moment, je ne saisis pas bien tout cela ; je crus que c'était au travers de l'espace gastro-colique que j'apercevais mon anastomose ; pour m'orienter, je cherchai le côlon et le grand épiploon ; en bas, il n'y en avait pas ; par contre, en haut, sous les côtes, le côlon passait en écharpe au contact du foie ; le grand épiploon complètement relevé était fixé à la face inférieure du foie et au petit épiploon. Après avoir agrandi en haut et latéralement mon incision, je libérai le grand épiploon, et le coupai transversalement. Je pus alors rabattre le côlon, l'estomac reprit sa place normale ; pour terminer, j'explorai l'anastomose : elle paraissait en parfait état et suffisamment large ; par mesure de précaution, j'anastomosai entre elles, au bouton de Jaboulay, les deux branches de l'anse anastomosée à l'estomac, et après injection dans le ventre d'un peu d'huile camphrée, je refermai en deux plans (catgut et fil d'argent).

Les suites opératoires furent simples, et ce malade est actuellement en parfait état ; il mange et digère, ne souffre que de douleurs erratiques dans le thorax et va reprendre son métier.

En somme, chez un malade ayant subi une exclusion du duodénum, j'ai trouvé, un an plus tard, une bascule de l'estomac autour d'un axe longitudinal pyloro-cardiaque, de telle façon que la grande courbure se trouvait là où se trouve d'habitude la petite, entraînant avec elle le côlon transverse sous le foie ; la face postérieure de l'estomac bombait en avant et probablement la petite courbure plongeait dans l'ancienne cavité des épiploons. C'est exactement la disposition décrite sous le nom de volvulus total de l'estomac, dont un mémoire récent de Tuffier et Jeanne (1), et une chronique de Lenormant (2) ont

(1) TUFFIER ET JEANNE. Le volvulus de l'estomac. *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, janvier 1912, n° 1, p. 27.

(2) LENORMANT. Le volvulus de l'estomac. *La Presse médicale*, 11 mai 1912, n° 39, p. 417.

vulgarisé la connaissance : le schéma, que j'ai dessiné dans mes notes après l'opération, paraît calqué sur un des dessins de Tuffier et Jeanne, et la description de ce que j'ai vu est superposable à celle que ces auteurs donnent du volvulus total infracolique. La disposition anatomique que j'ai trouvée est donc bien celle du volvulus, mais cliniquement, ce volvulus n'a pas eu la symptomatologie ordinaire. Celui-ci se traduit d'habitude par une occlusion aiguë de l'estomac. Peut-être en aurait-il été ainsi un jour chez mon malade. C'est possible, mais peu probable : sa torsion gastrique s'était faite lentement et l'estomac s'était adapté en somme à une position nouvelle.

Comment cela s'est-il fait ? Il me semble que la pathogénie de l'accident est simple : j'ai trouvé le grand épiploon ratatiné et fixé au foie par son bord libre. Il est donc probable que c'est lui qui est l'auteur de tout ; attiré vers le foie pour y remplir son rôle défensif, au contact de la gaze que j'avais laissée dans ma seconde intervention, au niveau des surfaces suintantes, il a adhéré au foie, puis la rétraction cicatricielle aidant, il a tiré sur l'estomac, l'a attiré à lui, relevant peu à peu la grande courbure et faisant lentement basculer tout l'estomac, mal fixé après l'exclusion du pylore.

C'est évidemment là un fait rare, dont on ne peut rien conclure contre l'exclusion, mais qu'il m'a paru intéressant de vous signaler.

M. PATEL. — Je demanderai à M. Leriche quel était l'état de l'orifice du mésocôlon transverse. Si je demande cela, c'est qu'à Paris, Hartmann emploie la méthode suivante : après avoir perforé le mésocôlon, il suture à la brèche péritonéale les parois de l'estomac de chaque côté et il m'a dit faire cela parce que dans un cas il avait vu l'estomac passer dans le péritoine ; personnellement, j'ai vu l'intestin passer dans l'arrière-cavité de l'épiploon ; peut-être s'agissait-il, dans le cas de M. Leriche, du passage de l'estomac dans la grande cavité péritonéale et non pas d'un volvulus.

M. LERICHE. — La brèche mésocolique était intimement fusionnée avec l'anastomose, aucun glissement n'était possible et il ne s'agissait nullement d'une des hernies dont parle M. Patel. Ces hernies, complications de la gastro-entérostomie, je les connais bien : le passage de l'intestin dans l'arrière-cavité est également décrit sous le nom de hernie de Petersen, ce chirurgien l'ayant signalé le premier autrefois à un Congrès de chirurgie allemand.

Dans ma thèse sur la gastrectomie, j'ai consacré quelques lignes à cet accident, dont il existe plusieurs observations. C'est pour l'éviter que l'on a recommandé de fixer le mésocôlon à la face postérieure de l'estomac, et je croyais que c'était une pratique classique. En tout cas, je l'emploie toujours à l'instigation de mon maître Delore, qui ayant eu, après une gastrectomie, une hernie de l'intestin dans l'arrière-cavité, prend soin depuis huit ou neuf ans d'unir le mésocôlon à l'estomac. J'opère suivant la technique qu'il m'a montrée : cette manœuvre en fait partie.

Dans mon observation, il ne s'agissait pas de cela, le mésocôlon transverse, auquel était fixée l'anse jéjunale anastomosée, bombait en avant, refoulé par l'estomac basculé ; la grande courbure et le côlon se trouvaient sous le foie, là où d'habitude on aperçoit la pars flaccida du petit épiploon.

J'avais fait, de suite après l'opération, un schéma de ce que j'avais vu. C'est ce schéma que j'avais comparé aux figures du mémoire de Tuffier et Jeanne ; il paraît calqué sur l'une d'elles. Bref, il s'agissait bien d'un volume total infra-colique.

M. DURAND. — A quel moment ont apparus les troubles dus au volvulus ? Ne pourrait-on pas supposer que c'est en rentrant l'estomac qu'on l'a placé dans cette position anormale ?

M. LERICHE. — J'ai fait l'exclusion définitive le 28 mars 1912 et j'ai réopéré ce malade le 4 mars 1913. C'est vers le mois de janvier 1913 qu'il avait recommencé à souffrir ; il était allé voir M. Bouveret en février pour quelques douleurs et c'est alors que M. Bouveret a constaté de la tension intermittente, symptôme qui lui a fait conseiller l'intervention. Il pensait que la bouche était rétrécie. Etant donné que j'avais fait une exclusion, je songeais plutôt à une périgastrite, et le volvulus a été une surprise opératoire. En tout cas, il s'est agi d'un accident tardif. Le coupable dans ce cas fut le grand épiploon qui, tirant sur l'estomac petit à petit, a relevé la grande courbure, l'a remontée progressivement vers le haut, en basculant complètement l'estomac en arrière.

Séance du 10 avril 1913

Présidence de M. A. POLLOSSON

STÉNOSE INTESTINALE TARDIVE CONSÉCUTIVE
A L'ÉTRANGLEMENT HERNIAIRE.

MM. BÉRARD et COTTE. — Les sténoses intestinales tardives consécutives à l'étranglement herniaire sont aujourd'hui bien connues. Ici même, des observations intéressantes ont été rapportées par M. Jaboulay, M. Goullioud, M. Albertin. R. Leriche et Cotte leur ont consacré, en 1905, une étude d'ensemble dans la *Revue de Pozzi*. Enfin, la question a été encore l'objet des thèses de Francoz et de Roche.

Malgré tous ces travaux, il nous a paru intéressant de vous en présenter une observation. Au point de vue anatomique, en effet, le nombre de cas dans lesquels on a fait la résection et où les lésions ont pu être examinées histologiquement est assez restreint, et c'est à ce point de vue surtout que nous avons tenu à vous montrer cette pièce. Voici, tout d'abord, l'observation de notre malade :

OBSERVATION. — Il s'agit d'un homme de 50 ans qui présentait une hernie inguinale gauche volumineuse depuis plus de vingt-cinq ans. Au mois de septembre dernier, cette hernie devint tout à coup le siège de phénomènes douloureux ; quatre ou cinq jours après, des signes d'étranglement apparurent ; l'occlusion devint complète, le malade se mit à vomir.

En présence de ces symptômes, le docteur Laurent, de Sainte-Foy-l'Argentière, fit une intervention d'urgence et leva l'étranglement. Les suites immédiates de l'intervention furent très simples et la guérison très rapide.

Pendant quatre ou cinq mois, le malade se déclara très satisfait de ce résultat, mais bientôt de nouveaux accidents vinrent le contraindre à entrer à l'hôpital.

Vers le milieu de janvier, le malade avait remarqué que sa hernie était de nouveau très volumineuse et qu'elle augmentait de volume tous les jours. En même temps, il se plaignait de douleurs dans le bas-ventre, de diarrhée et de vomissements. Son médecin avait constaté à nouveau chez lui des signes d'obstruction intestinale, et c'est pour cela qu'il l'envoyait à l'hôpital.

A l'entrée (6 février 1913), il s'agissait d'un homme amaigri, très affaibli, mais non cachectique.

L'examen montrait dans la bourse gauche l'existence d'une hernie qui descendait jusqu'au fond du scrotum. Celle-ci était assez facile à réduire; mais la réduction semblait incomplète. L'orifice inguinal était extrêmement dilaté. A certains moments, cette hernie devenait grosse, douloureuse; mais même lorsqu'il en était ainsi, il était possible de la réduire: cette réduction s'accompagnait, d'ailleurs, d'un gargouillement tout à fait significatif.

Beaucoup plus intéressante était la constatation qu'on faisait du côté de l'abdomen. Dans la fosse iliaque gauche, en effet, la palpation permettait de reconnaître l'existence d'une zone de clapotage. L'abdomen était météorisé et la palpation faisait naître des ondes péristaltiques visibles sous la paroi. Par moments, ces contractions intestinales, très nettement ressenties par le malade, s'accompagnaient de borborrygmes qu'on entendait à distance. Il était donc facile d'affirmer l'existence d'une sténose, et il était tout naturel de rattacher celle-ci à l'étranglement herniaire antérieur.

L'intervention fut pratiquée le 11 février.

Hernio-laparotomie au niveau de la fosse iliaque gauche.

Le péritoine présente des signes d'inflammation chronique très accentués: dans sa cavité, de même que dans le sac herniaire, il existe une certaine quantité de liquide citrin; les anses intestinales sont couvertes d'exsudats fibrineux.

Très rapidement, on découvre une anse grêle, épaissie, dilatée, qui correspond manifestement au point sus-jacent à la sténose. En déroulant l'intestin de haut en bas, on arrive bientôt à découvrir le point altéré. A ce niveau, il existe un sillon cicatriciel très net qui répond sans aucun doute à un ancien sillon d'étranglement. Au-dessous, l'intestin grêle est vide, ratatiné, mais il ne présente aucune lésion apparente. Le mésentère, au niveau de l'anse malade, est un peu épaissi; à sa coupe, il existe quelques brides inflammatoires.

Etant donnée la limitation très nette des lésions, on fait immédiatement une résection de l'anse malade en enlevant une assez grande étendue du segment sus-jacent, qui était très infiltré: suture termino-terminale de l'intestin au catgut et à la soie. On termine enfin l'intervention par la réduction de la hernie, qui était constituée par une portion de l'S iliaque engagé dans un sac incomplet. Après avoir décollé

l'intestin adhérent à la paroi externe du sac, on fait une cure radicale de la hernie. Ablation du sac et fermeture de la paroi.

Les suites de l'intervention furent tout à fait simples. Le malade est rentré chez lui complètement guéri depuis plusieurs semaines.

Nous avons dit tout à l'heure qu'il y avait, chez ce malade, une sténose en virole très nette de l'intestin. Sur la pièce enlevée, il était facile de se rendre compte de cette disposition. Au niveau même du rétrécissement, il y avait, sur la séreuse, une cicatrice indurée. Du côté de la muqueuse, au contraire, il y avait encore une ulcération qui occupait presque toute la circonférence de l'intestin.

Sur les coupes, qui ont été faites par M. Blanc-Perducet, on voit, d'ailleurs, très nettement cette disposition. Du côté du segment sous-jacent à la sténose, les parois intestinales ont un aspect à peu près normal. La muqueuse est régulière, et présente à peine quelques traînées inflammatoires. La musculuse a des faisceaux musculaires à peu près intacts.

Au niveau même de là sténose, on voit que la muqueuse est interrompue; elle est remplacée par un tissu de granulations qui s'étend jusqu'à la séreuse. La musculuse, en effet, manque complètement à ce niveau. Elle est remplacée par du tissu cicatriciel.

Sur le segment sus-jacent, on voit que, de la sous-séreuse à la muqueuse, il existe des signes d'inflammation très marquée. La couche musculuse est infiltrée; les faisceaux musculaires sont dissociés par une infiltration abondante. Enfin, du côté de la muqueuse, il existe des formations adénomateuses tout à fait curieuses. Il y a une hyperplasie glandulaire extraordinaire et en certains points on croirait même que celle-ci est arrivée à former de véritables polypes muqueux.

En résumé, il s'agissait, chez ce malade, d'un rétrécissement annulaire de l'intestin, consécutif à une hernie étranglée. L'intervention a consisté à faire une résection de l'anse malade et du segment sus-jacent, avec anastomose termino-terminale à la suture.

Sur la pièce que nous avons ainsi obtenue, on remarquait que le segment sus-jacent à la sténose était épaissi et infiltré. Au niveau du rétrécissement même, il existait une ulcération qui intéressait à peu près la moitié de la circonférence de l'intestin. Enfin, au point de vue histologique, nous avons constaté qu'en outre des lésions d'infiltration de la sous-séreuse, de la sous-muqueuse et de la musculuse, décrites autrefois par M. Patel, il y avait ici des lésions de la muqueuse, qui avait un aspect adénomateux fort curieux. Nous n'avons pas vu signa-

lées dans les descriptions antérieures des lésions de ce genre.

M. GOULLIoud. — Le cas de M. Bérard me rappelle deux faits personnels que j'ai observés et publiés, et dont le premier a fait le sujet de la thèse de Francoz (Lyon, 1899), à laquelle M. Bérard vient de faire allusion.

Ces deux cas représentaient les deux types du rétrécissement intestinal consécutif à l'étranglement herniaire. Dans l'un, il s'agissait de rétrécissement intrinsèque, comme dans le fait de M. Bérard, et l'intestin présentait un double rétrécissement, correspondant aux deux points de constriction de l'anse herniée. C'est là un caractère typique de cette variété de rétrécissement, et l'anse, doublement rétrécie, mobile, put être réséquée. Dans l'autre cas, le sphacèle intestinal s'était accompagné de phénomènes inflammatoires péritonéaux et l'anse était solidement fixée au fond de l'abdomen. On dut se contenter d'une entéro-anastomose.

Dernièrement, m'étant adressé à la voie inguinale pour opérer une hernie crurale, j'ai pu, par un large accès dans l'abdomen, constater, au-dessus de la hernie, qu'une anse était fixée à ce niveau et sténosée. Une opération, faite par la voie crurale, n'aurait pas révélé cette lésion complexe et aurait, en laissant une sténose intestinale, obligé à une seconde opération. Je me suis félicité de m'être adressé dans ce cas à la voie inguino-abdominale.

M. PATEL. — L'examen de la pièce que M. Bérard vient de nous présenter est extrêmement intéressant, parce qu'elle vient confirmer des données bien connues.

A propos de la tuberculose intestinale, j'avais recherché, dans les cas de sténose, si vraiment le segment sus-jacent de l'intestin était hypertrophié, quant au muscle. On disait autrefois qu'il s'agissait d'hypertrophie compensatrice. Or, dans le cas dont vient de nous parler M. Goullioud, cette hypertrophie s'était constituée en quarante-huit heures. Les examens histologiques que j'avais pratiqués montraient précisément une infiltration intra-musculaire absolument analogue à celle-ci. Quant à l'état adénomateux de la muqueuse, je ne l'avais jamais rencontré et je crois que c'est là un cas extrêmement curieux, très intéressant, mais qui tient peut-être à une irritation. Quoi qu'il en soit, il n'y a pas d'hypertrophie musculaire vraie.

TUBERCULOSES ARTICULAIRES SUCCESSIVES ET MULTIPLES.
CINQ RÉSECTIONS VARIÉES CHEZ LE MÊME INDIVIDU.
PLOMBAGE AU MOSETIG. GUÉRISON.

M. GAYET. — Je désire vous présenter un malade atteint d'une infection bacillaire à localisations multiples qui, après avoir atteint le péritoine, a successivement altéré cinq articulations ou groupes articulaires et nécessité toute une série d'interventions. Ces interventions ont consisté dans des résections suivies de plombage au mélange de Mosestig; elles ont toutes guéri très simplement, avec un bon résultat fonctionnel, et il faut espérer que le malade en a cette fois bien fini avec ces poussées destructives qui ont menacé tour à tour une série de ses articulations.

OBSERVATION. — L... François, 17 ans, de Beynost (Ain), entre le 28 août 1909 dans mon service de la Croix-Rousse pour des arthrites multiples.

Rien dans les antécédents familiaux, sauf une sœur morte à 3 ans et demi de péritonite. Personnellement, jusqu'à 15 ans, excellente santé. A cet âge : angine compliquée de néphrite aiguë guérie au bout d'un mois et demi. Un an après, péritonite bacillaire soignée salle Saint-Nizier par le docteur Bret. Le malade sortit au bout de quatre mois, soit le 25 décembre 1908, considéré comme guéri.

Au début de mai 1909, il ressent des douleurs dans les deux coudes et dans les deux pieds, mais plus accentuées au niveau du coude gauche et du pied gauche, qui augmentent de volume. Progressivement, les mouvements d'extension du coude deviennent incomplets; il y a de la douleur dans les mouvements de supination et de pronation.

Du côté du pied gauche, le cou-de-pied est tuméfié; on voit, sur la face dorsale, une fistule d'où s'échappe de la sérosité, du pus et des tissus nécrosés. Les articulations du tarse postérieur sont indemnes, mais tout le tarse antérieur est malade.

3 septembre. *Tarsectomie antérieure totale à gauche.* — Le maximum de lésions siège sur le scaphoïde autour duquel se sont développés des abcès fongueux, l'un dorsal, l'autre plantaire. Le premier cunéiforme et la tête de l'astragale sont également atteints; celle-ci est évidée au couteau-gouge. Après deux jours de tamponnement, la cavité est remplie du mélange de Mosestig, et l'incision refermée complètement.

La plaie se cicatrise par première intention, mais, vers la fin d'octobre, se développe en quelques jours une tumeur blanche de l'arti-

culation métacarpo-phalangienne du pouce droit. La peau se fistulise rapidement et, pour arrêter la marche de cette arthrite, on doit intervenir.

Le 5 novembre, *Réssection de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce droit*, plombage au Mosetig, guérison par première intention.

Mais, pendant ce temps, on assiste au développement d'une nouvelle poussée très aiguë sur le tarse antérieur droit, qui nécessite à son tour une troisième intervention.

16 décembre. *Tarsectomie antérieure totale à droite*. — Lésions très analogues à celle du pied gauche ; même conduite, plombage au Mosetig, guérison rapide.

Nous n'étions cependant pas au bout de nos peines, car pendant que cette dernière atteinte rétrocedait, une nouvelle poussée aux mêmes allures aiguës et nécrosantes se déclarait au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne du gros orteil et nécessitait une quatrième opération.

27 février 1910. *Réssection de l'articulation métacarpo-phalangienne du gros orteil droit*. Plombage au Mosetig.

Cette fois, la septicémie bacillaire à localisations multiples semblait épuisée et le malade quittait le service en bon état.

Nous le revîmes le 1^{er} août 1910, pour un très petit abcès de la face antérieure de l'astragale droite. Cet abcès se fistulisa, laissa éliminer un peu de mélange de Mosetig et se referma spontanément.

Depuis, le malade rentra chez lui, marchant facilement, exerçant la profession de cantonnier et se portant bien. Seul son coude gauche restait de plus en plus enraidé et parfois un peu douloureux. L'ankylose augmentait peu à peu et, cette même année, au début de janvier, notre opéré revenait nous trouver, nous demandant de lui rendre les mouvements de cette articulation.

Ce coude était à peine augmenté de volume, les mouvements étaient presque abolis et on remarquait un point douloureux très net au niveau de l'articulation radio-cubitale supérieure. La radiographie montrait un tubercule enkysté très net avec séquestre en grelot au niveau de la tête radiale, ainsi qu'une altération de l'épiphyse humérale, très raréfiée.

Je pratiquai alors ma cinquième résection sur le même sujet.

10 janvier 1913. *Réssection du coude gauche*. — On ne trouve pas d'abcès, mais des nids de fongosité surtout accumulés autour de la tête radiale, ainsi que le séquestre révélé par la radiographie. On enlève 2 centimètres de l'épiphyse radiale et les épiphyses des os de l'avant-bras jusqu'à la hauteur de la tubérosité bicipitale. Le plombage au Mosetig est fait deux jours après.

Actuellement, la cicatrisation est complète et le malade suit un traitement de mobilisation et d'électrisation grâce auquel il s'améliore journellement.

Sommes-nous enfin au bout de cette lutte contre la tuberculose, qui a mis à rude épreuve la patience et du malade et du chirurgien ? Je n'oserai pas encore l'affirmer, car pendant les jours qui ont suivi la dernière opération, le malade a ressenti quelques douleurs au niveau du pied droit, qui ont nécessité des pointes de feu. Actuellement, ces douleurs ont disparu. Mais chez ce jeune garçon, il semble que l'infection générale ait besoin d'un foyer pour se localiser et reprenne de la virulence, dès que ce foyer est supprimé. Faudrait-il donc pour lui revenir aux vieilles thérapeutiques et lui créer un exutoire à la faveur d'un cautère permanent comme au temps de jadis ?

Quoi qu'il en soit, il m'a semblé intéressant de vous présenter ce malade, soit au point de vue de la multiplicité de ses localisations, soit au point de vue du résultat orthopédique laissé par deux tarsectomies antérieures totales, permettant au malade de marcher très convenablement, sans souliers spéciaux, et d'exercer sa profession.

* * *

PIÈCES ANATOMIQUES RELATIVES AUX CHORIO-ÉPI THÉLIOMES.

M. POLLOSSON. — Les chorio-épithéliomes sont relativement rares et si je désire vous présenter les quelques cas que j'ai eu l'occasion d'observer en ces dernières années, c'est justement parce qu'il me semble que leur rareté vient en grande partie de ce que l'attention n'est pas suffisamment attirée sur elles, et que nous en laissons souvent passer inaperçues.

La première pièce qui ait été présentée à Lyon l'a été par mon maître Fochier, il y a bientôt vingt ans, et, dans la même année, une autre pièce a été présentée par M. Paviot. Depuis lors, nul n'en a reparlé : mais il y a quelque temps j'en ai présenté un cas à la *Société de Chirurgie*. Il paraît invraisemblable que, pendant près de vingt ans, il n'y ait pas eu de chorio-épithéliomes ; je le dis sans aucune ironie, mais je suis convaincu que des quantités de ces tumeurs ont été méconnues.

C'est en 1909 que j'ai diagnostiqué et opéré la première. Depuis cette date, nous en avons réuni 5 observations, auxquelles vient s'ajouter l'observation très intéressante que

M. Lagoutte a bien voulu nous communiquer. Cela fait donc 6 cas. C'est avec ces 6 observations que nous avons rédigé, mon ami Violet et moi, un article qui a été publié dans le *Lyon Chirurgical* du 1^{er} mars. Depuis cette date, nous avons un 7^e cas qui est venu s'adjoindre aux autres d'une façon indiscutable.

Au point de vue anatomo-pathologique et macroscopique, ce sont des tumeurs molles, friables, rouge violacé, qui ressemblent à un morceau de placenta.

A un premier stade, elles apparaissent comme un petit bourgeon dans l'intérieur de la cavité utérine. Il est probable que parmi les métrites hémorragiques, bon nombre ressortissent de ces cas.

D'autres fois, c'est une tumeur plus volumineuse comme saillie, ayant le volume d'une noix à l'intérieur de la cavité utérine.

Nous avons une pièce dans laquelle l'envahissement par la tumeur est tout ce qu'il y a de plus net, de plus indéniable, il y a un rongement tel de la musculature que la tumeur a pu traverser la totalité de la paroi musculaire pour venir se développer à la surface péritonéale.

Nous avons une pièce un peu desséchée qui représente une tumeur à l'intérieur de la cavité utérine, c'est une tumeur grosse comme une tomate, la paroi est traversée, elle s'est développée à la surface péritonéale ; vous voyez donc là un envahissement destructif.

Si l'on considère ces tumeurs au point de vue de leur extension, elles sont caractérisées par ce fait qu'elles ne se propagent pas par voie lymphatique, il n'y a jamais de ganglions ; elles se généralisent par voie vasculaire, donnant par conséquent des généralisations analogues aux métastases.

Nous avons sur cette pièce une généralisation représentant un noyau para-métritique ; sur cette même pièce, au moment où elle était fraîche et facile à examiner, nous avons un noyau de métastase vaginale ; ces noyaux sont si fréquents et c'est au point que je fais le diagnostic par l'apparition de ces noyaux de métastase vaginale.

J'observais une femme jeune qui avait eu une môle : cette femme, par précaution, venait se faire visiter ; à un moment donné, je sens dans le ventre quelque chose de mollasse, je

crois d'abord à une salpingite, puis, plus en rapport avec le diagnostic, je continue les recherches lorsque je vois un noyau vaginal. Voici la pièce, et cette femme est restée guérie malgré une tumeur qui traversait l'utérus, malgré un noyau dans le paramètre.

Il y a des métastases pulmonaires assez fréquentes faisant par conséquent que, dans certains cas, les premiers symptômes sont des phénomènes pulmonaires ou des réactions pleurales tout à fait semblables à un infarctus. Quelquefois nous voyons aussi apparaître une embolie dont on ne sait pas l'origine : on cherche, et l'attention est attirée du côté de l'utérus, et l'on fait secondairement le diagnostic ; ou bien des généralisations cérébrales faisant croire que la première symptomatologie a été un phénomène de paralysie localisée ; en somme, on suppose l'existence d'une tumeur cérébrale dont on cherche l'origine ; on la trouve du côté de l'utérus.

Voilà des données assez curieuses au point de vue de l'évolution ; mais le plus souvent, c'est du côté des symptômes utérins que se trouve la symptomatologie sur laquelle on doit diagnostiquer la maladie.

Ce sont des tumeurs très friables et essentiellement hémorragiques au point qu'on a des hémorragies très abondantes et que, dans certains cas, on a de la peine à arrêter temporairement. Dans un cas, il y a eu une hémorragie assez importante, avec une tumeur intra-utérine et un col petit et pas très ouvert, pour que nous ayons pu utiliser avec efficacité la pince que mon frère a utilisée pour arrêter les hémorragies utérines ; c'est un des cas où cette pince trouve sa plus grande utilité. Il y a des hémorragies avec répétition, telles, que les malades sont parfois arrivées à une grande anémie par hémorragie. Ma dernière malade était dans un état de faiblesse tel que, malgré une opération extrêmement satisfaisante et rapide faite par un de mes assistants, elle a succombé le lendemain matin à des phénomènes d'infection résultant non pas du choc de l'intervention, mais d'infection résultant de sa faiblesse extrême du fait de l'hémorragie, de sorte que j'ai pu faire le diagnostic de ce genre d'assez bonne heure pour pouvoir intervenir.

Il est évident que ce sont des tumeurs malignes entraînant la mort et à propos desquelles il y a une indication d'extirpation chirurgicale faite le plus largement possible et de façon

la plus précoce, c'est-à-dire avec la formule qui correspond à toutes les formes malignes. Mais parmi les choses intéressantes qu'on peut voir à propos des chorio-épithéliomes, touchant à son histoire et à son évolution, une des plus intéressantes, me semble-t-il, c'est le fait d'un certain nombre d'observations bien prises et bien indiscutables dans lesquelles des tumeurs ayant l'aspect de la plus haute malignité, à un moment donné, ont guéri spontanément. Le fait de cette guérison spontanée d'une tumeur évidemment maligne mérite d'attirer l'attention, non pas pour en tirer la conséquence que, devant un chorio-épithéliome il faut s'arrêter d'opérer et espérer la guérison spontanée : non, elles sont trop rares, mais l'existence de ces guérisons spontanées doit, au contraire, permettre d'être plus audacieux encore qu'on ne le serait pour des tumeurs malignes, et intervenir dans des cas où l'on abandonnerait la partie s'il s'agissait d'un cancer d'une autre nature, parce qu'on doit savoir qu'il y a des éléments capables de subir une évolution de guérison spontanée; il semble qu'à un moment donné les tumeurs deviennent malades et que la résorption s'en est faite.

Parmi les cas de guérison les plus intéressants, je citerai le cas type suivant : Une femme est opérée pour un chorio-épithéliome, elle récidive, on fait un raclage, une destruction locale, la récidive reprend, la repullulation continue, on abandonne la partie, la malade guérit et reste guérie définitivement. Cela veut donc dire qu'il est bon de faire l'opération, même dans les cas où il semblera que le résultat peut être imparfait, car on peut être aidé par la nature.

Je dirai par exemple, à propos du premier cas, cette jeune femme de 29 ans, qui avait sa tumeur intra et extra-utérine, une généralisation vaginale, une dans le paramètre, je dirai : s'il s'était agi d'un cancer de l'utérus donnant lieu à ces généralisations, il est bien probable qu'une intervention, si large qu'elle ait été faite, aurait été suivie de récidive et pourtant cette femme va bien.

Il y a donc une malignité moins grande que pour d'autres tumeurs ; la généralisation se fait, mais il n'est pas impossible que la généralisation disparaisse. Peut-être, par exemple, si l'on avait un chorio-épithéliome utérin avec généralisation pulmonaire devrait-on se dire : j'interviens quand même, il est

possible que la malade guérisse, tandis qu'on ne se dirait pas cela s'il s'agissait d'une tumeur cancéreuse.

Ces tumeurs sont beaucoup plus jolies lorsqu'on les voit à l'état frais, et les pièces que je vous présente perdent énormément à être vues ainsi avec leur conservation formolée ; c'est au point que, parmi ces pièces, j'ai là des photographies en couleurs qui, faites avec ces pièces formolées, ressemblent presque à des photographies en noir.

Quant à l'étude histologique de ces tumeurs, c'est un point très intéressant à propos duquel je vous demanderai de passer la parole à mon ami, M. Violet.

* *

COUPES HISTOLOGIQUES DE CHORIO-ÉPITHÉLIOMES.

M. VIOLET. — J'ajouterai peu de chose à ce que vient de dire M. le Prof. Pollosson sur la question anatomo-pathologique.

Macroscopiquement il existe une forme *polypeuse*, une forme *ulcéreuse* qui à un stade plus avancée peut devenir la forme *térébrante*. Il existe une quatrième forme, plus rare, c'est la forme *interstitielle*, qui peut en imposer pour un fibrome dégénéré. Cette forme peut échapper d'autant plus facilement qu'elle correspond au point de vue clinique à des formes à apparition tardive.

Au point de vue de l'anatomie pathologique microscopique, il convient de rappeler que c'est par elle qu'a été établie la nature véritable et le point de départ de la tumeur. Le chorio-épithéliome est une tumeur qui provient de l'*épithélium*, des *villosités choriales*. Sur une des préparations que je fais passer sous vos yeux on voit des boyaux épithéliaux pleins, formés par des cellules claires à gros noyaux, tassées les unes contre les autres, bordées par des masses plasmodiales multinucléées, ou séparées de temps en temps par ces mêmes masses plasmodiales. Ces noyaux épithéliaux sont bordés ici uniquement par du sang, des caillots et des détritits cellulaires. Ces cellules claires à gros noyaux, ce sont les cellules de Langhans, les masses plasmodiales, c'est le syncitium ; la disposition classique de la villosité est complètement bouleversée, l'axe con-

jonctif a disparu et l'épithélium de revêtement, en particulier les cellules de Langhans, forment des bourgeons pleins. Ces formations épithéliales changent d'aspect si l'on considère les zones d'envahissement au niveau du muscle utérin. Ici, ce sont des nappes épithéliales d'épaisseur variable, situées en bordure, plongeant à une faible profondeur dans le muscle utérin. Dans la profondeur du muscle utérin on voit de grosses cellules à protoplasma prenant fortement le colorant, multinucléées pour la plupart, isolées ou en petits amas et qui infiltrent ou dissocient les cellules musculaires. Ces cellules sont considérées comme des cellules syncytiales migratrices.

Dans toutes ces formes l'aspect histologique est typique, c'est ce que nous appelons les formes épithéliomateuses, ce sont les cas où les deux formes cellulaires existent et se groupent en boyaux, en nappes épithéliales pleines. A côté de ces formes, il existe des formes *sarcomateuses* dans lesquelles on ne retrouve que des grosses cellules isolées, piquées çà et là dans les tissus envahis, pénétrant les vaisseaux, mais ne se présentant nulle part en boyaux pleins rappelant une disposition épithéliomateuse. Ces deux formes existent : elles ont été signalées par la plupart des observateurs, par Marchand, en particulier. Les formes *typiques* et *atypiques* de cet auteur correspondent à nos deux divisions. Ces deux formes correspondent-elles à des degrés différents de malignité ? à des stades différents de l'évolution de la tumeur. La question n'a jamais été posée et nos observations ne nous permettent point de la trancher. En tout cas, l'existence de ces formes sarcomateuses ou atypiques explique comment la notion du déciduome, c'est-à-dire du sarcome décidual, a pu être soutenue par des observateurs éclairés et ayant bien observé leur préparation. Les observateurs qui se sont arrêtés à la doctrine du déciduome sont tombés sur des formes sarcomateuses, sur des formes uni-cellulaires et ils ont tout naturellement considéré ces grosses cellules néoplasiques piquées çà et là dans le muscle et constituant les seuls éléments étrangers de la tumeur comme des cellules déciduales. Actuellement, ces grosses cellules sont considérées comme des masses *syncytiales*. La doctrine du déciduome ne peut plus être soutenue, car s'il y a deux formes histologiques très différentes qui pourraient faire croire à deux maladies, la clinique et l'anatomie pathologique macro-

scopique ne permettent pas cette division. D'autre part, histologiquement, sur certaines de nos préparations, on trouve réunies les deux formes histologiques.

Un autre point à considérer sur lequel les données du microscope intéressent le clinicien est le suivant : Peut-on, sur un débris de rétention placentaire retiré au doigt ou à la curette faire un diagnostic histologique ? Les examens microscopiques de produits de curettage doivent être faits d'une façon systématique.

Il y a des cas où le diagnostic histologique du chorio-épithéliome est certain, ceux où l'on trouve dans des débris placentaires ramenés à la curette les figures histologiques très nettes, avec des boyaux épithéliaux formés de cellules de Langhans, bordées par des masses plasmodiales.

Il y a des cas où la bénignité de ces produits de curettage est non moins facile à affirmer. Il y a des cas où l'on trouve des villosités partout, vivantes avec leur bourgeonnement syncytial ; mais ces bourgeonnements syncytiaux sont normaux lorsqu'il s'agit de grossesses de moins de cinq mois et demi. Ces bourgeonnements syncytiaux peuvent apparaître de temps en temps, coupés en travers au milieu d'un groupe de cellules déciduales et donner des aspects histologiques un peu troublants. Mais à un examen plus attentif il est facile de distinguer les cellules déciduales des cellules de Langhans. Les cellules déciduales ont un protoplasma trouble et qui diffère beaucoup par les réactions tinctoriales des cellules de Langhans, dites avec avec raison : cellules claires.

A notre avis, il y a un élément important sur lequel jusqu'à présent les auteurs n'ont pas assez attaché d'importance, c'est l'état de l'axe conjonctif de la villosité. Cet axe conjonctif de la villosité subit des modifications très importantes lors de la formation de processus épithéliaux néoplasiques, tandis que les néoformations physiologiques, telles que les bourgeonnements syncytiaux normaux, évoluent avec un tissu conjonctif normal. Les néoformations épithéliales pathologiques s'accompagnent très rapidement d'une infiltration, d'un effondrement, d'une disparition de cet axe conjonctif. Les cordons épithéliaux pleins se substituent aux villosités normales. En tout cas, tant que le stroma conjonctif de la villosité reste intact, on n'est pas en présence d'une malignité chorio-épithéliale.

Voilà donc un certain nombre de points dont il faut tenir compte dans le diagnostic histologique des produits de curettage.

Qu'il y en ait à côté de cela des cas douteux, c'est certain. Dans ces cas douteux, il ne faut jamais proposer l'ablation de l'utérus, sans avoir confirmé le diagnostic par le toucher intra-utérin, qui permettrait de sentir une tumeur.

D'autre part, il ne faut pas demander au curettage plus qu'il ne peut donner. Il y a des cas où le microscope ne peut rien trouver dans les produits de curettage, parce que la curette n'a pas ramené de produits néoplasiques. Prenez le cas d'un noyau très limité, du volume d'une pièce de 50 centimes. La curette peut passer à côté ou le débris intéressant ne pas être coupé; prenez surtout le cas des formes interstitielles d'emblée, l'examen des produits de curettage ne peut rien donner, puisque le curettage n'a pas porté sur les éléments néoplasiques. Je dirai même qu'alors il ne peut qu'induire en erreur, du fait qu'il fera conclure à la non existence d'une tumeur, alors que celle-ci existe, mais plus profondément dans le muscle, sous une muqueuse sacrée. Mais ces faits ne condamnent point le microscope et les examens microscopiques; ils exigent simplement une interprétation.

Disons donc en concluant : lorsque les données microscopiques sont d'accord avec la clinique, c'est parfait; si elles sont en contradiction, le dernier mot doit rester à la clinique.

Il y aurait encore un certain nombre de points d'anatomie pathologique à envisager. C'est tout d'abord la question des rapports anatomiques entre la môle et le chorio-épithéliome, celle des productions kystiques ovariennes, accompagnant les chorio-épithéliomes et les môles, et enfin celle de la place que doit occuper cette tumeur dans la classification actuelle. Nous nous bornerons ici à envisager la question de la malignité des môles qui intéresse le clinicien. Frappés de ce que le chorio-épithéliome survenait surtout à la suite de la môle hydatiforme, certains ont proposé l'extirpation de l'utérus dans tous les cas de môle, ou dans tous les cas d'hémorragies survenant après l'expulsion d'une môle. Il y a là une exagération. Beaucoup de malades ayant expulsé une môle restent guéries (87 p. 100 d'après la statistique de Senanbus), un certain nombre sont redevenues enceintes et ont eu des accouchements normaux à

terme. Il convient donc de surveiller toute malade ayant expulsé une môle, et au moindre accident faire une exploration intra-utérine.

M. DELORE. — Je crois avoir vu trois ou quatre fois des chorio-épithéliomes, malheureusement je n'ai pas l'examen histologique des tumeurs.

J'ai eu dernièrement l'occasion d'opérer une jeune femme de 28 ans qui, pour une fausse couche, avait été soignée à Genève. Devant la persistance des hémorragies on lui avait pratiqué un curettage, et comme l'hémorragie persistait au bout de trois mois, elle est venue dans mon service. Elle fut guérie par une hystérectomie : la tumeur était semblable à celle que présente M. Pollosson.

Il ressortirait de ceci que les chorio-épithéliomes sont plus fréquents qu'on ne croit ; si je n'avais pas connu le travail de M. Pollosson, j'aurais laissé passer cette dernière tumeur en croyant qu'il s'agissait d'un cancer.

M. GOULLIoud. — Il est possible que j'aie laissé passer quelque cas de chorio-épithéliome sans le diagnostiquer. Cependant, j'ai l'impression que le cancer de la cavité utérine chez la femme jeune n'existe pour ainsi dire pas, tant il est rare cliniquement. Je ne vois donc pas dans quelle rubrique aurait pu être classés les cas que j'aurais pu méconnaître : fibrome gangrené, sarcome utérin peut-être.

Cependant, je suis persuadé en avoir observé un cas, mais avant le fait de Fochier, avant qu'ait été décrit le déciduome malin. Il s'agit d'un fait très ancien, qui remonte au temps où j'étais chef de clinique.

Une femme s'était présentée dans le service de M. Laroyenne quelques semaines après un accouchement, pour des pertes persistantes. Elle fut traitée comme atteinte de polypes placentaires. Un premier curettage améliora la malade ; elle sortit du service comme guérie, mais elle revint pour de nouvelles pertes ; on retrouva, dans la cavité utérine, des productions analogues à celles enlevées lors de la première opération. Une seconde et une troisième intervention ne furent pas plus heureuses. On agita vaguement l'idée de l'hystérectomie, mais cette opération était à ses débuts. Le déciduome malin était inconnu ; et cette femme finit par mourir exsangue, au bout de quelques semaines ou de quelques mois.

Toutes les fois que j'ai entendu parler de déciduome malin ou de chorio-épithéliome, le souvenir de ce cas malheureux s'est présenté à moi.

Nous avons retrouvé cette observation, qui date de 1889, et nous croyons intéressant de la reproduire : car cliniquement elle paraît typique.

M. LAGOUTTE. — J'ai eu récemment l'occasion d'observer un second cas absolument comparable à celui que j'ai communiqué à M. Pollosson. Il s'agissait d'une jeune femme de 25 ans, qui, à la suite de l'expulsion d'une môle, continuait à perdre. Après un premier curettage sans résultat, et en présence des hémorragies abondantes que présentait cette jeune femme, j'ai dilaté la cavité utérine, au fond de laquelle j'ai pu sentir un polype sessile du volume d'une petite noix. J'ai pratiqué une hystérectomie suivie de guérison.

A l'aspect macroscopique, la pièce était absolument analogue à celle de ma première observation.

M. POLLOSSON. — Pourriez-vous nous présenter la pièce ?

M. LAGOUTTE. — Si j'avais su que la question vienne en discussion aujourd'hui je l'aurais apportée.

Je voudrais encore signaler ce point, qu'on a cité, le cas de chorio-épithéliome de la trompe à la suite de grossesses extra-utérines.

Séance du 17 avril 1913

Présidence de M. POLLOSSON

DU CHORIO-ÉPITHÉLIOME.

M. GOULLIoud. — J'ai retrouvé l'observation à laquelle j'avais fait allusion à l'occasion de la très intéressante communication de M. Pollosson. Elle date de vingt-quatre ans, du temps où j'étais chef de clinique de M. le professeur Laroyenne et, par conséquent, elle est antérieure aux travaux de MM. Fochier, Lacroix, etc., sur le déciduome malin.

Mais elle montre bien quelle est l'évolution clinique du chorio-épithéliome, aboutissant à la mort quand on ne s'adresse pas à la seule méthode curatrice, l'hystérectomie. C'est à ce titre que nous croyons intéressant de la reproduire.

Observation ancienne très probable d'un chorio-épithéliome, étiquetée : Polypes placentaires. Raclages. Mort.

La femme C... B., âgée de 27 ans, se présente, le 24 avril 1889, à la clinique du professeur Laroyenne, pour des hémorragies utérines.

Elle a eu cinq enfants en peu d'années, de 18 à 26 ans.

Le dernier accouchement remonte au 13 septembre 1888; on eut recours à la délivrance artificielle.

Elle a perdu continuellement pendant un mois, puis ses pertes sont devenues intermittentes, revenant comme un jet de sang, après des périodes d'arrêt de huit à dix jours.

Elle vint d'abord à la consultation où M. Laroyenne, constatant un col entr'ouvert par des caillots, fit introduire des éponges dans la cavité utérine, espérant provoquer ainsi des contractions et l'évacuation de l'utérus; mais celui-ci ne réagit pas et n'expulsa pas son contenu.

24 avril. Col toujours béant, laissant pénétrer le doigt jusque dans la cavité utérine. On sent, dans celle-ci, des masses charnues qui ressemblent à des caillots adhérents fibrineux.

Très légère périmérite gauche.

L'utérus, volumineux, en antéversion, reste très mobile.

En l'absence de M. Laroyenne, je m'efforce de vider cet utérus de son contenu. Il est formé d'un grand nombre de polypes fibreux ; on les arrache avec la pince à faux germes ; arrachés, ils entraînent à leur base un petit lambeau de muqueuse.

Le 26 avril, nouvelle séance, sans anesthésie, suivant le désir de la malade ; on craint moins d'ailleurs de perforer l'utérus, et la malade se prête aux manœuvres ; curettage très sérieux, énergique, prolongé, avec la curette de Récamier et avec les pinces à pansement.

Le 3 mai, les pertes ont été remplacées par un suintement séreux. L'utérus est encore un peu gros ; le col s'est refermé.

La malade rentre chez elle pour reprendre l'allaitement de son enfant, car son lait n'a pas disparu.

Deuxième séjour à l'hôpital, le 23 mai. — Après être restée trois semaines sans perdre, la malade a vu reparaitre ses pertes, avec expulsion de volumineux caillots.

L'utérus est augmenté de volume ou en subinvolution ; le cathétérisme est de 8 centimètres ; le col fermé.

On fait quelques séances de galvano-caustique, suivant la méthode d'Apostoli.

Du 6 au 24 juin, à trois reprises, on dut enlever de l'utérus d'énormes caillots adhérents, distendant l'utérus et le col, et se reproduisant rapidement dans un utérus inerte.

Un fragment arraché est examiné au microscope par M. Charles Audry. Il montre des fongosités utérines, avec une glande utérine dans un coin de la préparation, de nombreux vaisseaux.

Le 5 juillet, M. Laroyenne cautérise l'intérieur de la cavité utérine avec son hystéro-thermocautère.

Le 11 juillet, un énorme caillot, adhérent au fond de l'utérus, distend le vagin. On le dissocie et on l'enlève ; mais la surface utérine reste tapissée de saillies dures, de caillots fibreux adhérents.

Le malade ne cesse de s'anémier : pâle, elle vomit, a des vertiges. Etat subfébrile.

Le 19 juillet, la malade veut absolument quitter l'hôpital.

Nous apprenons sa mort peu après sa sortie de l'hôpital, environ dix mois après son accouchement.

*
* *

COLLUM FLEXUM ET FRACTURES SPONTANÉES DES ADOLESCENTS.

M. GANGOLPHE. — J'ai l'honneur de vous présenter une nouvelle observation de fracture spontanée du col du fémur, survenue chez une fillette de 12 ans.

En me basant uniquement sur l'histoire et les signes cliniques, j'ai pu faire un diagnostic ferme, que la radiographie a complètement confirmé.

L'observation de ce dernier cas est pour ainsi dire la reproduction de celle que j'ai déjà publiée.

Cette fillette me fut adressée, comme les autres malades, avec l'étiquette de coxalgie. Mon excellent confrère, le docteur Fombarlet, de la Voulte-sur-Rhône, me l'envoyait en me faisant connaître qu'il s'agissait d'une coxalgie, *avec douleurs ayant débuté par le creux poplité et le pli de l'aîne gauche*. Voici ce que je constatai.

OBSERVATION. — L... V... est âgée de 12 ans, fille unique de parents très bien portants; n'a eu, jusqu'à présent, que des maladies de l'enfance.

Nourrie au sein, elle a mis ses dents vers 9 ou 10 mois, et a marché très bien à 18 mois. Elle aurait eu la coqueluche à 5 ou 6 ans, un embarras gastrite fébrile à 7 ans et la rougeole à 8 ans.

Pas la moindre adénopathie; mais je relèverais un état polysarcique des plus nets.

Elle a une taille de 1 mètre 50 et pèse environ 68 kilos.

Elle marchait très correctement; ne s'était jamais plainte, lorsque, l'été passé, au mois de juillet, elle commença à boiter un peu du côté gauche. D'abord légère, intermittente, cette claudication, absolument indolore, s'accompagna, au mois de septembre, de douleurs en arrière du genou, dans le creux poplité. L'enfant évitait plutôt de marcher, mais, quand elle était reposée, elle ne se plaignait guère. Les parents ne croient pas qu'il y ait eu de raccourcissement à ce moment-là.

Le sommeil était parfait; jamais de cris nocturnes. Les vacances se passèrent ainsi. Elle rentra en classe; pendant les mois d'octobre et de novembre, la claudication parut se prononcer davantage, ou tout au moins la marche devenir plus pénible.

Au mois de décembre, l'enfant se plaignait davantage, *ne pouvait pas s'asseoir comme il faut*; enfin, le 25 décembre 1912, étant allée se promener avec sa mère, sur une route absolument plane, elle demanda à rentrer à la maison, ne désirant pas aller plus loin. Toutes deux s'assirent un instant sur un petit mur qui bordait la route. Au moment où elles se levèrent, la fillette se mit à pleurer, criant que sa jambe gauche lui faisait mal, qu'elle ne pouvait pas la déplacer. Sa mère dut la soutenir et attendre qu'une voiture vint à passer. On lui aida, alors, à la mettre dans le véhicule. De retour chez elle, l'enfant fut installée dans son lit.

Il lui était impossible, au dire des parents, de détacher le talon du lit, ni de porter la jambe à droite ou à gauche.

Les trois premiers jours, elle a un peu souffert; mais vers le 10 janvier, elle allait mieux et elle essaya de se lever. Elle dut se remettre au lit jusqu'au 10 février environ. A partir de ce moment, elle a recommencé peu à peu à marcher.

Les parents me disent « *qu'elle boitait beaucoup plus, tout en étant cependant plus dégagée* ». Et, depuis qu'on la lève, ils se sont aperçus que le raccourcissement était plus fort. Depuis quelques jours, elle marche très volontiers, joue, mais elle est très gênée pour s'asseoir.

Tel est l'historique de la maladie, jusqu'au jour de mon examen.

Le 31 mars dernier, la jeune L... V... se présente à mon cabinet dans les conditions suivantes : elle marche très facilement, mais avec une claudication très accentuée; elle ne se sert ni de canne, ni de béquilles.

Etendue sur un plan horizontal, on voit que le membre inférieur gauche est dans une attitude rectiligne, mais avec un certain degré d'éversion. Il n'y a ni varus, ni valgus. Il existe un raccourcissement réel de 4 centimètres environ; pas la moindre ensellure. En raison des masses adipeuses, il est impossible de percevoir aucune modification au niveau de la hanche. En tout cas, il n'existe aucune douleur, soit spontanée, soit à la pression, pas plus du reste qu'à la percussion, sur le trochanter ou sur le talon.

Les mouvements spontanés ou provoqués de la hanche paraissent nuls; l'articulation semble enraidie en extension complète. Je ne crois pas pouvoir déterminer des mouvements de rotation de la tête fémorale. Par suite de cet enraidissement en extension, l'enfant est très gênée pour s'asseoir; elle est du reste obligée de fléchir le genou.

Il est très difficile de dire s'il y a de l'atrophie musculaire, à cause de la surcharge graisseuse. Me basant sur les symptômes énumérés ci-dessus, et plus spécialement sur l'absence de l'ensellure et l'existence d'un raccourcissement réel de 4 centimètres, je fis le diagnostic de COLLUM FLEXUM, avec fracture spontanée du col, actuellement consolidée.

Je transmis ce diagnostic à M. Arcelin, en le priant de bien vouloir le vérifier par la radiographie. Celle-ci fut absolument démonstrative, comme vous pouvez le voir sur les feuilles que je vous présente.

Tandis que la hanche droite, absolument saine, se présente avec l'angle obtus cervico-fémoral, on voit à gauche un glissement de la calotte fémorale en bas et en arrière, et surtout une inclinaison du col, qui atteint à peine l'angle droit, avec la diaphyse fémorale. Le trochanter est également remonté

presque jusqu'au niveau du sourcil cotyloïdien. Je n'insisterai pas davantage ; je dirai seulement que cette observation confirme mes communications antérieures. Cette enfant, dont le squelette ne présente aucune trace de rachitisme, est un exemple typique du ramollissement du col du fémur, s'accompagnant de flexion, puis de fracture spontanée. J'ai simplement prescrit un repos, relatif, et non absolu, et j'ai prévenu surtout les parents, qu'à la moindre apparition de douleur et de claudication du côté sain, ils aient à m'en informer et à faire étendre leur enfant.

On pourrait craindre, en effet, que le col sain ne vienne à se ramollir comme je l'ai observé, et à se rompre, sous l'action du poids considérable (68 kilos), qu'il a à supporter.

Quant au côté malade, je n'interviendrai en aucune façon. Une traction ne donnerait rien, maintenant que la fracture est consolidée. Je me bornerai à prescrire une chaussure élevée, et ultérieurement des massages.

* *

ANNEXITE LOMBAIRE D'ORIGINE PUERPÉRALE.

M. PATEL. — J'ai l'honneur de vous présenter une malade que j'ai opérée pour une forme élevée de salpingo-ovarite, liée à la puerpéralité. Voici son observation.

OBSERVATION. — *Accouchement il y a huit mois ; fièvre puerpérale consécutive ; abcès de la partie inférieure de la région lombaire droite. Laparotomie latérale droite ; extirpation des annexes droites en position élevée.*

M^{me} P..., 21 ans, entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon, salle Saint-Pierre, service de M. Jaboulay, suppléé par M. Patel, le 21 mars 1913.

Cette jeune femme a accouché, il y a huit mois, à terme, d'un enfant pesant 6 livres et demie ; l'accouchement a été normal ; mais, huit jours après, des phénomènes de cystite sont survenus et, après eux, des signes nets d'infection puerpérale. Elle a fait une phlébite double des membres inférieurs, qui l'a tenue couchée pendant six mois ; des abcès de fixation ont été pratiqués à la cuisse. La malade a guéri de son infection ; mais, depuis quatre mois, une tuméfaction douloureuse était survenue dans la fosse iliaque droite ; diverses incisions ont été pratiquées par son médecin traitant dans la partie supérieure de la région fessière droite ; aucune d'entre elles ne semble avoir atteint le

foyer suppuré. Bref, l'amélioration ne se produit pas ; la température restait toujours élevée le soir : la malade maigrissait ; elle se décida alors à venir à l'Hôtel-Dieu.

A l'examen, cette malade est émaciée ; ses traits sont creusés ; elle donne, au premier aspect, l'impression d'une bacillaire. L'appétit est bon, sans troubles digestifs appréciables, sans diarrhée. Pas de toux. Les urines sont normales ; la température est normale le matin ; le soir, elle atteint 38°5.

Les antécédents personnels sont bons : la malade n'a subi qu'une intervention pour végétations adénoïdes il y a quelques années.

En examinant la région droite de l'abdomen, on constatait une tuméfaction volumineuse, atteignant les dimensions de deux poings ; elle siégeait à moitié dans la région lombaire, à moitié dans la fosse iliaque interne ; la crête iliaque la séparait en deux parties presque égales. Douleur à la pression ; pas de fluctuation. La tumeur était plaquée contre la paroi abdominale postérieure ; elle ballottait nettement dans la région lombaire ; elle était sonore en avant.

Aucun autre signe abdominal ; pas de contractions péristaltiques.

Au toucher vaginal, l'utérus était élevé, difficile à atteindre ; il était de volume normal, à direction horizontale ; les culs-de-sac latéraux étaient libres.

En présence des signes constatés et des antécédents de la malade, le diagnostic de suppuration iliaque résiduelle fut porté ; cependant, quelques doutes persistant, je décidai de faire une incision antérieure, pour être prêt à intervenir dans la cavité péritonéale, s'il y avait lieu.

Opération le 1^{er} avril 1913. Incision latérale droite, rappelant l'incision de Roux, un peu élevée cependant. Arrivé sur le péritoine, je le décollai rapidement et j'arrivai non pas sur la tuméfaction elle-même, mais sur sa face postérieure, et le palper bimanuel me permit de reconnaître que le corps du délit siégeait à l'intérieur du péritoine.

Revenant à mon incision première, j'ouvris le péritoine ; le cæcum et l'appendice se présentaient en premier lieu et se trouvaient absolument sains. En réclinant le gros intestin en dedans, je pus apercevoir une masse indurée, située en arrière et en dehors du cæcum et du côlon ascendant ; au milieu d'adhérences solides, se trouvaient la trompe et l'ovaire droits, malades, déformés, suppurés ; ils adhéraient fortement au fascia iliaca. Après les avoir détachés, je pus les attirer au dehors, voir la corne utérine droite et en pratiquer facilement l'extirpation. Fermeture complète du péritoine ; drainage postérieur du plan sous-péritonéal.

La malade, actuellement, va bien ; elle a retrouvé son appétit habituel ; elle n'a plus de poussée de température le soir ; elle s'apprête à quitter l'hôpital après-demain.

Examen de la pièce. L'ovaire et la trompe droits enlevés présentent, macroscopiquement, l'aspect des annexites interstitielles chroniques ; l'ovaire notamment est volumineux, parsemé de lames purulentes. L'examen histologique, pratiqué par M. Horand, chef du laboratoire, n'a révélé que des lésions d'inflammation chronique, sans tuberculose. Il semble donc bien que l'on se trouve en présence d'une salpingo-ovarite droite, d'origine puerpérale.

Cette variété élevée de salpingo-ovarite survient quelquefois après l'accouchement, lorsque l'infection envahit une trompe, qui n'a pas encore repris sa place dans la cavité pelvienne et que des adhérences la maintiennent fixe. La question anatomique et pathogénique a été bien envisagée par Pinatzis, dans sa thèse de Lyon (1907), inspirée par M. Villard.

La plupart des observations qu'il rapporte ont trait à des salpingites iliaques ou herniaires ; je n'en ai pas retrouvé qui avaient un siège franchement lombaire.

Ce qu'il y avait de très particulier dans l'observation ci-dessus, c'est en premier lieu la situation lombaire de la salpingite et en second lieu l'indépendance complète, à un examen clinique approfondi, de l'appareil génital avec la tuméfaction ; ce qui pouvait guider au point de vue du diagnostic, c'est la situation élevée de l'utérus, qui se trouve comme attiré en haut par la trompe, sa légère déviation latérale droite et son absence de mobilité dans le sens vertical. Néanmoins, on conçoit que des erreurs puissent se produire.

En ce qui concerne le traitement, la voie abdominale antérieure constitue le procédé de choix ; tout d'abord, elle permet le décollement toujours facile du péritoine, pour s'assurer si l'abcès siège bien dans la zone sous-péritonéale. En cas contraire, elle permet de revenir à l'intérieur du péritoine, de vérifier exactement la nature et le siège des lésions, et d'en pratiquer facilement l'extirpation, s'il y a lieu.

* * *

DEUX CAS DU CANCER DU TESTICULE. CASTRATION : ABLATION
DES GANGLIONS LOMBAIRES.

M. PATEL. — J'ai l'honneur de vous rapporter deux observations de cancers du testicule, opérés à peu de jours d'intervalle chez des jeunes gens. J'ai pratiqué ici, non seulement l'ablation

de la tumeur, mais aussi celle des ganglions lombaires; les résultats sont trop récents pour permettre de discuter la valeur de l'opération elle-même, mais la technique opératoire m'a paru présenter quelques points intéressants, dignes de vous être rapportés.

Voici ces deux observations :

OBSERVATION I. — *Tumeur du testicule droit. Castration (7 mars 1913); ablation de ganglions lombaires. Examen histologique : tumeur mixte.*

Il s'agit d'un jeune homme de 18 ans, C..., entré le 5 mars 1913, dans le service du professeur Jaboulay, que j'avais l'honneur de suppléer. L'affection actuelle aurait débuté, il y a six mois, à la suite d'un coup. Il exerce la profession de sabotier et, tenant un jour un sabot entre les cuisses, ce dernier dévia sous le choc du marteau qui y enfonçait des clous et vint contusionner la bourse droite; le blessé fut même déclaré comme accidenté du travail, avec le diagnostic d'orchite traumatique. Quoi qu'il en soit, le testicule droit augmenta progressivement de volume, sans amener de troubles autres que la gêne progressivement croissante occasionnée par une tumeur lourde et volumineuse.

A son entrée, ce malade paraissait en bonne santé, aucun trouble digestif, respiratoire, circulatoire ou urinaire; pas d'amaigrissement, pas de température. Aucun antécédent suspect, soit héréditaire, soit personnel.

La tumeur de la bourse droite atteint le volume des deux poings; elle est très lourde; les plans superficiels sont sillonnés de grosses veines. Il est impossible de reconnaître un élément quelconque du testicule; celui-ci est pris en masse; la tumeur est dure, ferme, sans points ramollis; pas de douleur; pas d'hydrocèle; pas de transparence; la vaginale ne peut être pincée.

Le cordon est épais, infiltré; le canal déférent ne paraît pas induré.

Toucher rectal négatif; testicule opposé sain. L'examen de la région lombaire est négatif au point de vue ganglionnaire.

Le diagnostic est posé ferme : cancer du testicule.

Opération le 7 mars 1913. — Anesthésie à l'éther. Ouverture de la partie superficielle de la tumeur pour confirmer le diagnostic.

L'incision est faite sur toute la longueur du canal inguinal et se continue en raquette sur le scrotum. Ouverture de tout le canal inguinal; section et ligature des éléments du cordon, au niveau de l'anneau inguinal péritonéal; la tumeur est enlevée.

L'incision de castration est prolongée; dans une première partie, elle est oblique en haut et en dehors, pour arriver à 4 centimètres en avant de l'épine iliaque antéro-supérieure, puis elle se redresse, dans sa

seconde partie, verticalement, jusqu'à l'extrémité de la 10^e côte. L'incision de la couche musculaire ne donne lieu à aucune hémorragie importante; le décollement du péritoine est facile et j'arrive, en moins d'une minute, sur la face antérieure de la colonne lombaire; la veine cave, l'aorte sont découvertes.

Le cordon est repéré facilement. Deux petits ganglions apparaissent au-dessus de la bifurcation de la veine cave, au voisinage du pédicule rénal. Ils adhèrent intimement à la paroi veineuse; toute tentative pour les enlever donne l'impression de grand danger d'ouverture de la veine. En cherchant plus haut, je perçois encore d'autres ganglions au-dessus du pédicule rénal; ils sont également très adhérents à la veine; je m'arrête. Toute la plaie est refermée; drain à la partie inférieure du scrotum.

La guérison opératoire a été rapide; il n'y a eu ni température ni exsudation quelconque. Le sujet a quitté l'hôpital dix-huit jours après l'opération; la paroi était solide, sans aucune menace d'éventration.

Examen de la pièce (1). — Le testicule enlevé avec le cordon pèse 240 grammes; la tumeur est constituée par une masse homogène, dense, dure, avec quelques petites zones kystiques; macroscopiquement, on a l'aspect classique de l'embryome.

L'examen histologique, pratiqué par le Dr Horand, a montré qu'il s'agissait d'une tumeur mixte. Les ganglions enlevés sont néoplasiques.

OBSERVATION II. — *Tumeur du testicule gauche. Castration* (15 mars 1913); *ablation des ganglions lombaires. Examen histologique : sarcome du testicule.*

Il s'agit d'un jeune homme de 16 ans, B..., entré le 10 mars 1913, dans le service du Prof. Jaboulay, que j'avais l'honneur de suppléer. L'affection actuelle aurait débuté depuis cinq mois; sans cause connue, le testicule gauche se mit à augmenter de volume; aucun trouble sérieux n'en résulta, si ce n'est une gêne occasionnée par le poids de la tumeur.

A son entrée, le malade était pâle, émacié; aucun trouble fonctionnel digestif, respiratoire, circulatoire ou urinaire. La température était un peu élevée (37° 8 le matin, 38° le soir). Aucun antécédent héréditaire. Personnellement, le malade a eu quelques bronchites; il n'a jamais été très robuste.

La tumeur de la bourse gauche est très volumineuse; plus grosse que deux poings superposés; elle est allongée dans le sens vertical et atteint l'anneau inguinal cutané. La peau est normale. A la palpation,

(1) M. Chevassu, qui a bien voulu examiner les préparations, conclut à une tumeur mixte; étant donné, dit-il, qu'il y a des proliférations épithéliales abondantes, le pronostic est sombre.

la tumeur n'est pas lourde ; elle est chaude ; elle est mollassse, donne la sensation de pseudo-fluctuation. Sa consistance est mollassse ; il est impossible de reconnaître le testicule et l'épididyme ; on perçoit un prolongement qui fait saillir le raphé médian dans la bourse du côté opposé. Pas de transparence ; la vaginale ne peut être pincée.

Le cordon est épais, dur ; toucher rectal négatif ; rien au testicule opposé. Rien à la palpation profonde de la région lombaire.

Le diagnostic est douteux, on pense plus volontiers à une tuberculose cancéreuse aiguë.

Opération le 15 mars 1913. — Anesthésie à l'éther. Incision des plans superficiels ; aussitôt des bourgeons néoplasiques mous font issue sous le bistouri ; le cancer est évident.

L'incision est prolongée sur la paroi antérieure du canal inguinal ; celui-ci est ouvert sur toute son étendue ; castration haute.

Le malade est placé alors sur un coussin plat, mis au-dessous de la région lombaire ; celle-ci fait saillie. Incision partant à peu de distance de l'incision de castration ; elle remonte jusqu'à l'extrémité de la 10^e côte gauche ; pour faciliter le décollement, je branche à son extrémité une incision parallèle au bord inférieur des côtes. Le péritoine est décollé facilement et la vue est parfaite sur toute la moitié gauche de la paroi abdominale postérieure. Trois gros ganglions sont enlevés au-dessous du pédicule rénal ; il n'en existe pas d'autres, notamment au-dessus ; l'extirpation ganglionnaire est certainement aussi complète que possible. Fermeture sans drainage.

Les *suites opératoires* ont été simples ; cependant, au troisième jour, la température s'est élevée et une exsudation séreuse se fit à la partie inférieure de la plaie. La guérison est complète aujourd'hui, sans éventration, comme vous pouvez le voir ; le malade quitte l'hôpital demain.

L'*examen de la pièce* montre un énorme cancer mou du testicule avec envahissement de tous les organes. L'examen histologique, pratiqué par M. Horand, indique un sarcome à cellules rondes (1).

Telles sont les deux observations que je vous présente, à titre documentaire. Il est impossible de préjuger de l'avenir, mais ces malades seront particulièrement intéressants à suivre. C'est surtout au point de vue de la technique opératoire que je me permettrai quelques réflexions.

La *position* du sujet est importante ; le coussin dorso-lombaire ouvre l'abdomen et facilite beaucoup le décollement péritonéal et l'exploration pérachidienne.

(1) Cet examen a été confirmé par M. Chevassu, qui admet un sarcome, forme extrêmement rare, en pensant qu'il s'agit probablement d'une dégénérescence sarcomateuse d'une tumeur mixte.

L'incision a été pratiquée à 4 centimètres de l'épine iliaque antéro-supérieure; aucune hémorragie notable n'a accompagné la section des muscles. Je crois le débridement supérieur beaucoup plus utile que le débridement inférieur; c'est pourquoi je l'ai pratiqué sur le second malade. La vue sur le détroit supérieur est toujours satisfaisante; aussi chez le deuxième malade n'ai-je pas réuni l'incision lombaire à l'incision de la castration; le pédicule de castration se retrouve facilement. Ce qui importe, c'est la vue très large sur le pédicule rénal; or avec le débridement supérieur, elle m'a paru excellente.

Le décollement péritonéal est facile, surtout chez de jeunes sujets, si l'on trouve bien le plan de clivage; je crois que la difficulté n'est pas grande de ce côté. Du reste, avec M. Bérard, nous avons déjà attiré l'attention sur ce point, au sujet de l'abord par la voie antérieure des tumeurs rénales (Société de Chirurgie de Lyon, 18 novembre 1909, *Lyon Chirurgical*, 1910, t. I, p. 100 et 107); contrairement à ce que l'on a pu dire, le décollement se fait bien si l'on sait le faire.

L'ablation des ganglions est plus délicate; dans l'observation II, ils étaient volumineux et se laissaient facilement séparer de l'aorte; dans l'observation I, ils adhèrent très fortement à la paroi de la veine cave; la difficulté est plus grande, pour cette raison, du côté droit que du côté gauche.

L'opération en elle-même n'est ni longue ni choquante; les suites opératoires sont simples, l'éventration n'est pas à craindre s'il n'y a pas d'infection. Je crois donc que cette conduite est logique et qu'il faut tout faire pour essayer la cure aussi complète que possible de la terrible affection que constitue le cancer du testicule.

M. GANGOLPHE. — J'ai entendu, avec beaucoup d'intérêt, la communication de M. Patel, mais je ne me placerai pas au point de vue de la technique opératoire; je désire seulement insister sur l'obscurité qui règne encore touchant le pronostic des tumeurs du testicule, et par suite sur les réserves que l'on doit faire relativement aux données histologiques.

Pour mon compte, je n'ai pu, à mon grand regret, suivre tous mes opérés, mais autant que je puis le dire, ils ont tous succombé, à l'exception d'un seul. Celui-ci fut opéré en 1879, par Fochier et moi, pour un sarcome kystique du testicule droit du volume du poing.

Notre pronostic avait été absolument fatal; néanmoins, le sujet continuait à se bien porter encore au bout de deux ans, lorsque à ce

moment survint une tuméfaction du testicule gauche, localisée entre le testicule et l'épididyme. En quatre ou cinq semaines, malgré l'emploi de l'iodure et l'absence de tout antécédent, du reste, la tumeur s'accrut considérablement, et je pratiquai la castration.

La tumeur enlevée ressemblait tout à fait à celle que M. Patel vient de nous présenter, c'est-à-dire à un sarcome non kystique. Malgré l'absence d'examen histologique, je puis affirmer que ces tumeurs n'étaient certainement pas de nature tuberculeuse ou syphilitique.

Cet opéré n'a jamais eu la moindre généralisation, a survécu plus de vingt-cinq ans, et finalement a succombé à une lésion cardiaque. Je pense donc qu'il sera intéressant, dans quelques années, de reprendre les travaux publiés, et de nous faire connaître le sort des opérés.

M. BÉRARD. — Il serait à souhaiter, comme le demande M. Gangolphe, qu'un travail de critique pût réunir les résultats éloignés obtenus par tous les chirurgiens français ou étrangers qui ont opéré des tumeurs du testicule, suivant telle ou telle technique. De telles enquêtes sont malheureusement laborieuses et ingrates : nous ne connaissons jamais bien que nos propres malades.

Voici un fait qui peut présenter, à ce point de vue, quelque intérêt. J'ai revu avant-hier un étudiant, âgé de 23 ans, que j'ai opéré il y a près de trois ans pour un épithélioma à petites cellules du testicule droit ; c'était un séminome. Ce malade m'avait été envoyé avec le diagnostic de tuberculose massive du testicule ; il présentait une tumeur lourde et compacte, avec un peu d'hydrocèle symptomatique. L'absence de lésions perceptibles sur le canal déférent et sur la prostate m'avait fait garder quelques réserves en faveur d'une tumeur. Dès l'ouverture du scrotum, mes soupçons se trouvèrent confirmés ; je prolongeai donc l'incision des bourses jusqu'au-dessus du canal inguinal et j'extirpai en bloc facilement le testicule, le canal déférent, aussi haut que possible, et toutes leurs enveloppes. N'ayant rien perçu ni au palper direct de la fosse iliaque interne ni au palper lombaire, à travers la paroi abdominale, je ne poussai pas plus loin la recherche des ganglions. Les suites furent des plus simples, et actuellement encore l'état de l'opéré est excellent : dans l'examen minutieux que j'ai pratiqué avant-hier, je n'ai constaté aucune menace de récurrence locale ou à distance, le long de la chaîne ganglionnaire péri-aortique.

Voilà donc un succès, assez rare par sa durée, obtenu par l'intervention limitée. L'examen histologique, ratifiant le diagnostic macroscopique d'épithéliome à petites cellules, a été fait par M. Ball, professeur à l'École vétérinaire.

J'ai utilisé à plusieurs reprises la voie para-péritonéale pour l'extirpation de grosses tumeurs du rein ou d'un des flancs. Il m'a semblé que l'incision, pour donner le maximum de jour et d'aisance,

devait être prolongée aussi bas que possible vers le pubis. M. Patel aurait eu peut-être à continuer de bas en haut son incision scrotale jusqu'aux fausses côtes pour basculer en dedans le grand volet ainsi taillé, et suivre, dès l'entrée de la fosse iliaque interne, les ganglions suspects plutôt que de faire deux incisions distinctes, l'une scrotale, l'autre abdominale,

Quant à la valeur de ces très larges opérations (dont nous devons d'ailleurs nous déclarer partisans ici, comme pour tous les cancers), il serait utile que nous pussions bientôt la connaître d'après un nombre suffisant de cas. Chez un de ces malades, M. Patel a dû laisser des ganglions envahis adhérents à la veine cave qui menaçait de se déchirer; il n'y avait pas autre chose à faire. Mais, même quand on peut enlever, comme il l'a fait chez le second malade, tous les ganglions qui paraissent envahis le long de la colonne lombaire n'y a-t-il pas lieu de redouter qu'on arrive d'ordinaire déjà trop tard, et qu'il y en ait de plus haut, en des régions inaccessibles ?

M. GAYET. — Je demande la parole pour répondre un peu à la dernière question de M. Bérard. J'ai opéré un malade qui mourut de pneumonie dix jours après; la cicatrisation était presque complète, la plaie était en parfait état.

J'ai enlevé au moins une dizaine de ganglions de haut en bas, dont les premiers le long de la veine iliaque externe, dont les plus adhérents se trouvaient au niveau de la bifurcation des vaisseaux et se continuaient le long de la veine cave.

J'ai fait examiner ces ganglions : jusqu'au niveau de la veine iliaque, ils étaient en effet cancéreux, mais ceux cités plus haut, qui étaient déjà un peu volumineux, ne présentaient aucune lésion cancéreuse, de sorte qu'on peut dire que la récurrence avait bien des chances d'être évitée.

Au point de vue de la technique opératoire, je suis de l'avis de M. Bérard; je me suis très bien trouvé, dans mon cas, de faire un décollement à la faveur d'une très grande incision unique, qui permet de rabattre et de très bien voir dans cette région profonde de la bifurcation des vaisseaux où se trouve le maximum de chances d'avoir des ganglions. Cette incision prolongée un peu en avant, il me semble que Grégoire l'avait proposée il y a plusieurs années, et c'est elle que j'ai utilisée.

Enfin, au point de vue de la gravité de l'opération, il est certain que c'est là une intervention sérieuse, mon cas est là pour le prouver, mais chez les jeunes gens, il faut la faire et elle doit réussir; il faut savoir cependant que le décollement n'est pas facile chez tous les sujets et j'ai vu notamment, au cours d'une opération pour une tumeur de ce genre à laquelle j'assistais, Chevassu déchirer deux ou trois fois le péritoine au cours du décollement : le malade est mort de péritonite.

Il y a donc des cas dans lesquels le péritoine, soit qu'on ait pas pris un bon plan de clivage ou parce qu'il s'est produit des adhérences, ne se laisse pas décoller aisément; il y a des variétés dans la résistance et l'épaisseur du péritoine.

M. PATEL. — Je suis très heureux de pouvoir répondre à peu près à toutes les questions qui m'ont été posées.

Je dirai tout d'abord à M. Gangolphe qu'en ce qui concerne les examens histologiques, j'ai eu de fréquents entretiens avec M. Chevassu, qui m'a dit être arrivé à une formule très nette; il a fait sa thèse avec des documents étrangers, mais toutes les observations ont été contrôlées par lui, ce qui donne à son travail une valeur considérable. Cependant, il peut y avoir des erreurs; je puis en citer une: au moment où Chevassu faisait sa thèse, il m'a demandé si je possédais des observations; je me rappelais avoir opéré un malade pour une tumeur du testicule; j'ai fait demander de ses nouvelles, et j'ai appris que cinq ans après il était bien portant; un peu surpris, je recherche la pièce, le l'envoie à Chevassu, qui m'a dit qu'il s'agissait de tuberculose hypertrophique et non de cancer, comme un premier histologiste l'avait affirmé. Voilà un premier fait qui montre la discordance au point de vue histologique.

M. Bérard a parlé de l'incision: il a dit qu'en prolongeant l'incision de la castration, on pouvait avoir un décollement plus facile. Cette incision, que j'ai pratiquée chez le premier de mes malades, m'a bien donné un jour extraordinaire sur le détroit supérieur, mais la topographie des ganglions du testicule montre qu'ils siègent surtout au voisinage du pédicule rénal, et c'est de ce côté qu'il faut voir clair. Chez le deuxième malade, j'ai pratiqué l'incision à quelque distance de celle de la castration; j'ai pu facilement attirer le pédicule du testicule et suivre le cordon tout le long. La bifurcation des vaisseaux iliaques est découverte parfaitement; c'est plutôt du côté supérieur que j'avais été gêné, c'est pourquoi j'ai fait ce petit débridement et, avec une incision de ce genre, on a une vue tout à fait étendue depuis l'anneau inguinal jusqu'au niveau du pilier du diaphragme; j'ai la sensation très nette qu'il ne reste pas de ganglions néoplasiques. Chez l'autre malade, les ganglions adhéraient à la veine cave et je les ai laissés.

En ce qui concerne la survie des opérations larges, Chevassu a des observations qui ne sont pas assez anciennes (1); d'autre part, d'après lui, on a, pour les épithéliomes du testicule, 17 p. 100 de guérisons par castration simple; par conséquent, il faut quelques années pour comparer les résultats de la castration simple et ceux de l'opération large.

(1) CHEVASSU. Le traitement chirurgical du cancer du testicule. *Revue de Chirurgie*, 1910, t. I, p. 628.

Séance du 24 avril 1913

Présidence de M. POLLOSSON

SUR LA NATURE DES TROUBLES DIGESTIFS
DANS LES HERNIES ÉPIGASTRIQUES.

MM. BÉRARD et COTTE. — On a beaucoup discuté dans ces dernières années sur la signification des troubles gastriques qui accompagnent les hernies de la ligne blanche sus-ombilicale. Aux conceptions classiques qui faisaient de ces troubles de simples phénomènes d'ordre réflexe, Capelle, le premier, en 1900, substitua cette notion que ces troubles sont assez souvent dus en réalité à des altérations anatomiques de l'estomac. Il y a trois ans, Leriche et moi avons publié (1) trois observations qui étaient en faveur des idées soutenues par l'assistant de Garré, et quelque temps après, dans sa thèse, Cuinet défendait la même opinion.

Depuis cette époque, nous avons eu l'occasion d'observer plusieurs malades atteints de hernies épigastriques : la plupart ne se plaignaient pas de l'estomac. Quelques-uns étaient venus nous consulter pour d'autres lésions : ils ne furent pas opérés. Chez cinq autres qui se préoccupaient de cette petite hernie, et demandaient à être opérés, un seul avait des troubles gastriques : il s'agissait d'un homme de 29 ans, éthylique, qui avait une hernie du volume d'une grosse noix. Il souffrait dix minutes environ après le repas, mais ces douleurs étaient toujours de courte durée. Elles s'accompagnaient de nausées, mais jamais de vomissements. A l'intervention, il n'y avait aucune lésion

(1) BÉRARD et COLOMBET. Coexistence d'une hernie de la ligne blanche et d'un ulcère de l'estomac. *Société des Sciences Médicales*, 23 novembre 1910.

LERICHE. De la nature des troubles gastriques qui accompagnent la hernie de la ligne blanche. *Eodem loco*.

appréciable du côté de l'estomac, mais on peut se demander si les troubles étaient d'ordre purement réflexe ou, s'ils ne dépendaient pas en partie des excès éthyliques avoués par le malade.

Dans deux cas, enfin, les troubles gastriques beaucoup plus accusés étaient en réalité sous la dépendance de lésions de l'estomac. Voici ces deux observations :

OBSERVATION I. — Il s'agit d'une femme de 45 ans, qui fut opérée par M. Cotte à la clinique de M. Poncet, le 30 novembre 1912. Elle avait été envoyée à l'hôpital avec le diagnostic de troubles gastriques consécutifs à une hernie épigastrique. La malade souffrait de l'estomac depuis plus de quinze ans ; quant à sa hernie, c'est à peu près à la même époque qu'elle en avait remarqué l'existence. Les troubles gastriques consistaient surtout en phénomènes douloureux, irradiés dans le dos ; ils s'accompagnaient d'une hyperchlorhydrie avec hypersécrétion telle, que pour pouvoir reposer la nuit, la malade se faisait, depuis douze ans, un lavage d'estomac tous les soirs. Elle n'avait jamais eu ni vomissements, ni mélæna. A l'examen, l'estomac n'était pas distendu ; à la palpation, on ne sentait rien d'anormal. Il faut ajouter toutefois que l'examen de la région épigastrique était rendu difficile par l'existence à ce niveau d'une hernie du volume d'une petite mandarine, qui renfermait de l'épiploon adhérent. Cette hernie paraissait s'engager dans le canal de Richet et elle arrivait jusqu'au niveau de l'ombilic.

A l'intervention, pratiquée le 30 octobre dernier, on reconnut qu'il existait sur la petite courbure un ulcère ancien qui adhérait fortement au niveau de la paroi abdominale postérieure. Gastro-antéro-anastomose postérieure à la suture et cure radicale de la hernie. A la suite de l'intervention, les douleurs furent immédiatement soulagées. L'hyperchlorhydrie cessa complètement. La malade quitta le service vers la fin du mois de novembre. Depuis, nous n'avons pas eu de ses nouvelles.

OBSERVATION II. — Il s'agit d'un homme de 42 ans qui était entré dans le service pour des douleurs gastriques qu'il mettait sur le compte d'une hernie de la ligne blanche sus-ombilicale.

Les troubles gastriques dataient déjà de quatre ou cinq ans ; ils étaient caractérisés par l'existence de crises douloureuses qui survenaient à des intervalles irréguliers, qui s'accompagnaient d'irradiations dans le dos et qui entraînaient parfois à leur suite de petits vomissements. Ces vomissements étaient toujours peu copieus et ne soulaçaient pas sensiblement le malade.

Ces troubles étaient très irréguliers dans leur apparition et souvent

le malade passait plusieurs semaines sans qu'ils reviennent. Jusqu'ici, l'état général est resté bon et le malade a pu continuer son travail. Depuis quelque temps, les douleurs sont tellement violentes qu'elles l'ont obligé à s'arrêter.

A son entrée dans le service, le malade avait un abdomen souple ; en aucun point il n'y avait de contracture. La palpation n'était pas douloureuse, sauf toutefois au niveau de la ligne blanche sus-ombilicale. A ce niveau, il existait une petite hernie de la grosseur d'une petite noix, qui était le siège d'une vive sensibilité, et dont la pression provoquait des douleurs jusqu'au niveau du dos.

L'estomac n'était pas distendu. Il n'y avait rien aux autres organes.

L'*intervention* fut pratiquée le 16 janvier dernier. Elle montra l'existence d'un petit lipome pré-herniaire comme on en voit souvent dans ces cas-là. Le ligament suspenseur ne faisait pas partie de la tumeur. Enfin, le péritoine ayant été ouvert, on put s'assurer que du côté de l'estomac il n'y avait rien d'anormal. Fermeture de la paroi à deux plans. Guérison.

Les *suites immédiates* de l'intervention ne présentèrent rien de particulier. Quinze jours après son opération le malade quittait l'hôpital ne souffrant plus de l'estomac ; mais cette amélioration fut de courte durée. Deux ou trois semaines plus tard, en effet, le malade eut de violentes douleurs à l'estomac et en même temps apparurent de petites hémorragies qui se manifestèrent à l'extérieur sous forme d'hématémèses et de mélæna.

Cet état alla bientôt en empirant, et même dans la deuxième quinzaine de mars le malade souffrait tellement qu'il revint à l'Hôtel-Dieu.

L'examen pratiqué à ce moment ne laissait plus le moindre doute : les douleurs, les vomissements, les hémorragies présentés par le malade rendaient l'existence d'un nouvel ulcère très vraisemblable. Une nouvelle laparotomie fut pratiquée le 25 mars dernier. Elle montra, au niveau de la deuxième portion du duodénum, sur sa face postérieure, un ulcère calleux, ayant les dimensions d'une pièce de 2 francs environ. Celui-ci adhérait fortement aux plans profonds et il était impossible d'en faire l'exérèse. On se contenta donc de faire l'*exclusion du pylore et du duodénum*, en sectionnant et en suturant à trois plans l'estomac au niveau de l'antra pylorique.

Les suites de cette intervention furent extrêmement simples. Actuellement, le malade ne souffre plus de l'estomac, il ne vomit plus et il a déjà notablement repris depuis son opération.

En somme, dans le premier cas, il s'agissait d'un ulcère ancien de l'estomac, avec hypersécrétion permanente et hyperchlorydrie dont il était facile de faire le diagnostic. Dans le second, au contraire, les troubles accusés par le malade étaient

beaucoup plus vagues et en dehors de la hernie la palpation ne montrait rien d'anormal. La pression à ce niveau déterminait de vives douleurs et il semblait bien s'agir, dans ce cas, uniquement de troubles réflexes. L'examen de l'estomac, que nous avons fait au cours de la première intervention, semblait confirmer cette façon de voir. En réalité, la suite a montré que là encore les troubles vagues du début étaient bien sous la dépendance d'une lésion anatomique de l'estomac sous-jacent.

Aussi bien, reprenant aujourd'hui, en les complétant, les conclusions que nous avons déjà développées à la *Société des Sciences médicales* en 1911, nous disons avec Capelle que dans les hernies épigastriques avec troubles digestifs, il faut toujours se méfier d'une lésion organique de l'estomac ou du duodénum et toujours en rechercher l'existence, au moment de la cure radicale par une laparotomie, dans laquelle on explorera avec soin non seulement l'estomac, mais encore le duodénum.

Au point de vue thérapeutique, dans le premier cas, il s'agissait d'un ulcère étendu de la petite courbure et on s'est contenté de faire une large gastro-entéro-anastomose à la suture. Dans le second cas, il s'agissait d'un ulcère du duodénum et M. Cotte, qui me remplaçait à ce moment, a préféré faire une exclusion complète du duodénum, avec section et suture de l'estomac au niveau de l'antra pylorique, afin de mettre l'ulcère dans de meilleures conditions de cicatrisation. Pour mon compte, si j'étais intervenu chez ce malade, étant donné le siège des lésions, j'aurais certainement cherché à exclure le duodénum, mais peut-être aurais-je eu recours plus simplement à la ligature du pylore avec un fil de soie. Je crois, en effet, qu'à la condition d'être faite avec un fil non résorbable et peu serré (afin qu'il ne coupe pas), la ligature du pylore suffit dans la majorité des cas à réaliser l'exclusion du duodénum.

*
* *

TUBERCULOSE UTÉRINE.

M. POLLOSSON. — Voici deux pièces qui représentent deux formes de tumeurs utérines qui me semblent très différentes l'une de l'autre; l'une est une tuberculose utérine pseudo-épithéliomateuse; l'autre une tuberculose du corps.

Il s'agit, dans le premier cas, d'une demoiselle de 35 à 38 ans,

que j'ai vue pour la première fois dans mon cabinet avec quelques pertes rosées. A l'examen, je trouvai, sur le col, une petite ulcération à peine de la dimension de l'ongle de mon petit doigt, n'ayant pas un caractère induré des ulcérations épithéliomateuses. Je remis à cette malade une note portant : ulcération que je ne crois pas épithéliomatense.

Cette malade, à laquelle j'avais demandé de venir me revoir deux mois après, est revenue seulement au bout de quinze mois. J'ai été alors épouvanté en l'explorant par le toucher vaginal : je sentais une ulcération indurée présentant tout à fait, au doigt, le caractère de cancer ulcéreux du col qui aurait rongé toute la surface du col jusqu'à la zone de l'insertion vaginale. A ce moment, je me suis dit : c'est un cancer, je me suis trompé la première fois, dépêchons-nous. Je l'ai fait entrer à l'hôpital et je l'ai opérée, très largement.

La pièce a attiré mon attention par quelques particularités. D'abord les bords de cette ulcération présentent, sur toute la périphérie, un décollement comme on en a sur certaines ulcérations, en particulier sur les chancres mous ; son bord avait, sur certains points, des contours arrondis ; en outre, elle n'avait pas tout à fait la consistance de l'épithélioma ; l'épithélioma étant une induration friable, ce col avait une consistance élastique. L'examen histologique soigné nous a montré de la façon la plus nette qu'il s'agissait d'une lésion tuberculeuse.

En revisant alors l'histoire de son passé, nous avons retrouvé quelques années auparavant l'histoire d'une hémoptysie et les signes cliniques d'une tuberculose du sommet, qui avait passé inaperçue. Voilà donc une forme peu courante ; je n'ai jamais rien vu de semblable à cette pièce.

L'autre pièce que je vous présente est une tuberculose du corps présentant la forme d'un gros néoplasme interstitiel, constituée par du tissu tuberculeux. C'était une femme de 35 à 40 ans, mariée depuis quelques années, n'ayant jamais eu d'enfant, et qui s'est présentée à mon observation se plaignant de métrorragie remontant à quelques mois. A l'examen, je constate l'intégrité du col et de l'utérus, dont le fond était un peu globuleux, présentant par conséquent la forme d'un utérus dans la paroi duquel se trouve un noyau myomateux, et j'ai conclu à un utérus myomateux ; mais comme elle était relativement jeune, mariée et sans enfant, et désirant avoir des

enfants, comme il ne s'agissait pas d'un utérus fibromateux, j'ai songé à faire une des opérations conservatrices : polypectomie ou myomectomie.

Pour arriver à ce résultat, j'ai fait une exploration intra-utérine. Lorsque dans un utérus de ce calibre on arrive, par des dilatations, à pouvoir mettre le doigt dans la cavité utérine, c'est là réellement une information qui permet de préciser le diagnostic ; on rencontre le myome soupçonné et l'intervention peut suivre ; d'autres fois, on constate un myome interstitiel bombant du côté de la cavité utérine ; d'autres fois, on constate un myome dans la paroi qu'on peut aller chercher par la voie abdominale, mais on a une notion ultra-précise qui permet d'aller de l'avant. Je cherchai donc la situation exacte du myome en touchant dans la cavité utérine. J'y trouvais une ulcération grande à peu près comme une pièce de 10 centimes, paraissant bien décollée et me permettant d'aller dans une cavité centrale représentant une loge, comme pourrait être une loge de myome sphacélé en train de s'énucléer. Je me demandais ce que cela pouvait être ; ça saignait, c'était mou ; et je songeai au chorio-épithéliome puisqu'à ce moment on parlait de cela. Dans tous les cas, je me suis dit : ce n'est pas un myome normal et je crois qu'il est prudent de faire une hystérectomie.

J'ai donc fait une hystérectomie. L'ulcération correspondait à une tumeur, grosse comme une noix, avec sa coque. Cette ulcération était de teinte rose pâle, avec des îlots jaunâtres, couleur jaune soufre ; sur un dessin que j'avais fait, afin de conserver le souvenir de cette pièce, j'avais noté les teintes, comme je vous les décris avec cette coloration safran et des marbrures.

Je me suis demandé s'il ne s'agissait pas d'une gomme syphilitique, de cette fameuse syphilis que nous cherchons un peu vainement du côté des organes génitaux internes de la femme.

Nous avons donc recherché d'une façon très attentive ce qu'on pouvait trouver relativement à la syphilis. Au point de vue clinique, il n'y avait absolument rien. On lui a fait la réaction de Wassermann, elle a été négative ; nous avons donc été conduit à rejeter cette idée de syphilis lorsque l'examen histologique qui a été fait a été tellement net, tellement démonstratif, il donnait non seulement des cellules géantes, mais des follicules tuberculeux avec dégénérescence caséuse. C'est une forme très rare.

M. GOULLIoud. — Les pièces que M. Pollosson vient de nous présenter sont d'autant plus intéressantes qu'il y a les deux formes de cancer mises en parallèle : la forme de tuberculose du col et la forme de tuberculose de la cavité utérine.

A la prochaine séance, je pourrai apporter une observation qui se rapproche de celles de M. Pollosson, quoique représentant un type un peu différent. Il s'agissait d'une femme ayant passé la ménopause et ayant des pertes plus ou moins sanieuses, de petites hémorragies, qui m'avait été amenée par le Dr Leclerc, avec cette idée que, probablement, il s'agissait d'une dégénérescence néoplasique. Dans tous les cas, il me l'abandonnait pour faire le diagnostic et le traitement nécessaires.

Chez cette femme, dans le doute, comme chez les femmes âgées, lorsqu'il y a des pertes, je fis d'emblée une hystérectomie : il s'agissait de tuberculose de la cavité utérine. En un point, la cavité était usée à tel point qu'une anse intestinale était adhérente.

Cette malade a bien supporté l'opération, elle avait quelques dixièmes de température, elle a continué à avoir de la température et finalement elle a succombé quelques mois après, avec des lésions très nettes de tuberculose. Ce qui avait fait porter le diagnostic, c'est qu'elle avait quelques petits râles du côté d'une base et elle avait un peu de température. A la prochaine séance, je pourrai vous apporter cette pièce.

M. BÉRARD. — Je demanderais à M. Pollosson s'il a eu des renseignements sur l'état éloigné de ses malades.

M. POLLOSSON. — Pour la première malade, cela remonte à quelques années, et la malade va très bien. Comme je l'avais mise dans la catégorie des cancers, on l'a suivie au point de vue du résultat éloigné et elle va très bien. La dernière remonte seulement à quelques mois, elle va bien.

Mais si nous parlons d'autre cas de tuberculose, j'en ai vu deux autres qui remontent à huit ou dix ans, il y a une malade qui va très bien — mais non opérée — elle avait un col ulcéré avec des follicules très nets.

M. CONDAMIN. — Nos maîtres, Fochier et Laroyenne, disaient autrefois qu'on n'avait jamais observé de cancer du col chez des femmes vierges. La constatation d'une ulcération douteuse chez une fille vierge serait peut-être une indication à soupçonner la tuberculose génitale qui se rencontre plus fréquemment chez les vierges, surtout si on pense toujours que l'épithélioma du col n'existe pas chez les femmes vierges.

M. POLLOSSON. — Jusqu'à présent je n'ai jamais vu de cancer du col chez une vierge, mais il y a des vierges qui sont plus douteuses, et celle dont je présente la pièce l'était d'une façon très douteuse.

M. BÉRARD. — Est-ce que M. Pollosson n'en fait pas une exception ?

M. POLLOSSON. — Si, car je n'en avais jamais vu.

M. BÉRARD. — J'ai opéré une religieuse vierge qui avait un cancer du col.

*
* *

VOLUMINEUX FIBROMES CALCIFIÉS.

M. GOULLIoud. — Ce sont deux fibromes, absolument calcifiés, d'un poids exceptionnel, que j'ai l'honneur de vous présenter. Ils étaient portés par une religieuse âgée et les phénomènes de compression qu'ils déterminaient étaient devenus tels que j'ai cru devoir intervenir, malgré l'âge de la malade et son aspect sénile.

Les *pierres de la matrice* ont été bien étudiées jadis et l'on cite partout un mémoire de Louis (1753) dans les *Mémoires de l'Académie de Chirurgie*. Mais comme certaines espèces animales trop pourchassées, elles deviendront sans doute une extrême rareté si nous suivons les conseils de notre collègue M. Albertin, d'opérer tous les fibromes utérins.

Il était d'ailleurs habituel de les présenter comme pièces d'autopsie; il est exceptionnel qu'on soit obligé d'intervenir du fait de complications amenées par cette transformation spéciale : tel fut cependant le cas dans le fait suivant :

OBSERVATION. — La malade, entrée à l'hôpital Saint-Joseph le 31 mars dernier, était une vieille religieuse de 72 ans, atteinte d'un rhumatisme chronique déformant, avec des genoux à moitié ankylosés et un cœur irrégulier, sénile. Elle est venue demander à la chirurgie de la débarrasser d'une tumeur qui lui causait de grandes douleurs.

Ces douleurs ne remonteraient qu'au mois de juin dernier, à partir de cette époque, elle avait des besoins fréquents, pénibles, d'uriner, en même temps qu'elle éprouvait une grande difficulté à satisfaire ses besoins. Du côté du rectum, mêmes douleurs, mêmes besoins d'évacuation et même empêchement à se débarrasser.

La main, appliquée sur le ventre saillant, fait d'emblée le diagnostic de fibrome calcifié, tant est dure la tumeur qui tombe sous la paroi abdominale. Au toucher rectal, on sent une autre tumeur dure, incluse dans le petit bassin et comprimant la vessie et plus encore le rectum.

Nous l'avons fait radiographier pour la curiosité du fait, et nous avons constaté que cette tumeur arrêtait les rayons, d'où l'apparition d'une large tache occupant une grande partie de l'abdomen. Il serait intéressant d'étudier comment se comporte la radiographie dans les

cas de fibromes calcifiés moins importants et d'un diagnostic moins facile.

Cette femme avait un pouls faible, irrégulier, sénile ; j'hésitais à l'opérer, et ne me décidai que devant ses plaintes et après avoir obtenu de ne pas faire une anesthésie générale.

Opération le 10 avril 1913. — A cause des efforts de la malade, une simple inhalation de kélène est insuffisante, et il faut recourir au Billroth, mais donné d'une main légère.

Un volumineux calcul s'échappe du milieu des anses intestinales. Il adhère à un petit utérus par un pédicule charnu, à peine gros comme le pouce. On lie et on sectionne ce pédicule, qui présente pas mal de vaisseaux à la coupe. Puis du petit bassin, où elle est enclavée, on extrait une autre volumineuse pierre, couverte d'aspérités piquantes. Elle est rattachée à l'utérus par un pédicule analogue au précédent et que l'on traite de même. On péritonise les deux moignons, et on laisse dans le bassin un utérus encore chargé de cinq ou six petits fibromes, ceux-ci sans inconvénient. Il faut encore, par une omphaléctomie rapide et la ligature de quelques paquets épiploïques, débarrasser la malade d'une épiplocèle ombilicale. Suture en un plan.

Le second jour après l'opération, nous eûmes quelque inquiétude à cause du pouls mauvais de la malade ; mais la digitale conjura le danger.

La malade est très soulagée, ayant repris des fonctions intestinales et vésicales normales.

La tumeur abdominale est la plus volumineuse : elle pèse 1 kilo 920 grammes. Elle représente à peu près une demi-sphère, avec une surface supérieure convexe et une surface inférieure bosselée. C'est au centre de cette surface que se trouvait l'insertion du pédicule. Elle présente de nombreuses plaques d'apparence cartilagineuse ; sur une surface en général calcifiée, quelques résidus graisseux provenant d'adhérences épiploïques.

La tumeur pelvienne pèse 1 kilo 670 gr. Elle a la forme d'un rein, avec un bord convexe et un bord concave sur lequel s'insérait le pédicule. Sa surface est irrégulière, parsemée de nombreuses aspérités piquantes, entièrement calcifiées. Entre les aspérités, se trouvent quelques plaques blanchâtres, moins dures, ressemblant à du cartilage. On comprend les troubles que pouvait amener cette volumineuse pomme épineuse, lourde et enclavée dans le petit bassin.

Il est curieux que les accidents se soient développés si tardivement, ce qui fait penser à un développement lent, mais progressif des tumeurs.

M. POLLOSSON.— Les pièces que vient de nous présenter M. Goullioud sont en effet des pièces rares, comme toutes choses qui demandent une longue évolution pour être constatées.

Voici une forme de calcification correspondant à des fibromes pédiculés, par conséquent, à des fibromes à développement intra-péritonéal. Il me semble qu'on en rencontre une autre forme, mais coïncidant toujours avec des fibromes dans lesquels se sont produits des nécrobioses en voie de vascularisation. Parmi ces fibromes, un certain nombre avaient un aspect un peu jaunâtre, conservant une consistance nette, dépourvus de vaisseaux.

Il me semble que parmi ces fibromes il y en a un certain nombre qui se calcifient à la périphérie et je me demande si ce n'est pas une condition principale d'être de la nécrobiose.

M. GOULLIoud. — Je répondrai à M. Pollosson qu'il y a bien pu y avoir des troubles vasculaires dans ces fibromes pédiculés ; cependant, il y avait encore dans les pédicules des vaisseaux d'une certaine importance.

M. BÉRARD. — M. Pollosson disait que la calcification paraissait être consécutive à la nécrobiose : pour les goitres, c'est évident, on trouve des goitres calcifiés qui sont nécrobiosés.

Le Gérant, D^r VALLAS.

Séance du 8 mai 1913

Présidence de M. A. POLLOSSON

QUELQUES CAS DE CHIRURGIE DU GROS INTESTIN.

M. TIXIER. — J'ai eu l'occasion d'opérer, durant ces derniers mois, une série curieuse de tumeurs du gros intestin. Je me contenterai aujourd'hui des cas où la lésion siégeait sur le côlon transverse, le côlon descendant et le haut rectum. Je me permettrai, dans une autre séance, de vous entretenir des opérations que j'ai exécutées sur le cæcum.

1° *Coexistence d'une tumeur de l'ovaire et d'une tumeur de l'S iliaque.* — Dans une précédente séance (20 février 1913), j'ai eu l'occasion d'attirer votre attention sur un faux syndrome de Krukenberg : coexistence d'une tumeur unilatérale de l'ovaire et d'un cancer de l'S iliaque. Il s'agissait d'une femme de 47 ans, chez laquelle j'avais enlevé, dans le même acte opératoire, un gros kyste de l'ovaire droit et un rétrécissement néoplasique de l'S iliaque. Cette malade a parfaitement guéri. Je vous montrais alors les pièces fraîches que j'avais conservées ; aujourd'hui, grâce à l'extrême bienveillance de mon interne, M. Murard, je puis vous donner le résultat de l'examen histologique de ces tumeurs :

Intestin. — Épithélioma de forme très atypique, formule histologique très maligne.

Ovaire. — Ce qui est curieux, c'est qu'il s'agit d'une tumeur de type très différent. C'est un épithélioma mucoïde, à forme glandulaire, en grappes. Cette tumeur est d'une malignité locale.

On ne peut affirmer aucune relation de l'une à l'autre.

Par conséquent, il s'agissait bien d'un cancer de l'intestin, alors que certains membres de la société avaient émis l'opinion qu'il s'agissait peut-être d'une sigmoïdite.

Voici donc un syndrome de Krukenberg tout à fait différent de ce que nous connaissons : au lieu d'une tumeur bilatérale de l'ovaire et d'un noyau néoplasique, nous avons simplement une tumeur maligne d'un ovaire et en même temps cancer sur l'intestin.

Or, circonstance curieuse, je viens d'observer un nouveau cas qui se rapproche beaucoup du précédent.

Au mois de novembre, je fus appelé auprès d'une dame de 44 ans, qui souffrait beaucoup de l'intestin, elle n'avait aucun passé pathologique, si ce n'est qu'elle avait subi un curettage exécuté quinze ans auparavant par le Prof. Laroyenne. Depuis lors, elle se portait très bien, malgré une constipation opiniâtre. Lorsque je fus appelé, elle avait le ventre ballonné, elle vomissait, elle était en pleine occlusion. Je la fis d'urgence porter à la maison de santé et j'établis un anus contre nature.

Au commencement de décembre, la malade était tout à fait remise de cette première opération ; je voulus alors voir la cause de cette occlusion, je fis une laparotomie médiane et découvris sur l'S iliaque une tumeur qui était un cancer annulaire de l'S iliaque. Je fis une entérectomie, suivie d'une entérorraphie bout-à-bout, suites opératoires très simples. Dans un troisième temps, quelques semaines après, je fermais son anus contre nature.

Au moment de la laparotomie, — il s'agissait d'une femme de 44 ans, — j'examinais avec soin ses annexes ; la tumeur siégeant sur la partie inférieure de l'S iliaque, étant donné mes tendances à exécuter alors l'hystérectomie totale, j'étais tout disposé à enlever l'utérus. Si je ne l'ai pas fait, c'est que son utérus, quoique gros, me parut normal, et que les ovaires ne présentaient aucune lésion. D'autre part, je n'ai pas voulu la castrer parce que le médecin qui l'avait soignée avait attiré mon attention sur des troubles nerveux qu'il avait constatés et m'avait dit : « S'il y a moyen, ne modifiez pas sa sécrétion ovarienne. »

La malade était guérie dès le début de janvier. Cependant, et j'insiste sur ce point : alors que les fonctions intestinales étaient normales, elle avait des douleurs persistantes du côté gauche et un peu de température. J'ai pensé qu'il s'agissait là d'un peu de réaction péritonéale autour de la suture intestinale. Je la perdis complètement de vue.

Or ces temps derniers, depuis quinze jours environ, cette malade se mit à souffrir beaucoup du ventre et sa température montait chaque soir jusqu'à 39°. Elle ne voulut cependant pas encore me faire appeler, craignant une nouvelle opération. Pourtant, il y a trois jours, je fus d'urgence réclamé par elle.

Je découvris alors une grosse tumeur du volume d'une tête de fœtus, développée à la partie sous-ombilicale du ventre. Au toucher, la tumeur plongeait dans le Douglas et je fis le diagnostic de tumeur de l'ovaire.

Je l'ai opérée hier; j'ai trouvé une tumeur qui avait rompu sa capsule et envoyait des bourgeons dans l'épiploon, que je dus réséquer en partie. Je vous apporte les débris de cette tumeur, qui avait l'aspect et la consistance d'une cervelle injectée de sang. Je ne pus l'enlever que dans des conditions déplorables, en un point le côlon infecté fut déchiré et fut péniblement suturé. Je pratiquai une castration totale avec péritonisation haute et fermeture totale du ventre. L'opération a été bien supportée et ce matin la malade était dans un état satisfaisant; mais le pronostic doit être très réservé en raison des difficultés créées par les bourgeons néoplasiques très hémorragiques qui encombraient tout le bas-ventre (1).

Voilà donc une observation à rapprocher de la précédente, mais avec une variante clinique et anatomo-pathologique remarquable.

En effet, alors que dans le premier cas on trouve simultanément une tumeur de l'ovaire et de l'S iliaque, dans ce deuxième cas on observe d'abord une tumeur de l'S iliaque avec occlusion intestinale; il n'y a rien au moment de l'intervention du côté des ovaires et, dans les six mois qui suivent cette intervention, il se développe un cancer de l'ovaire du même côté, l'ovaire du côté droit n'ayant rien.

Je me permettrais donc d'attirer votre attention sur la nécessité, lorsqu'on se trouve en présence d'un cancer de l'S iliaque chez la femme, d'examiner avec soin ses annexes et peut-être d'en pratiquer l'ablation et réciproquement lorsqu'on constate une tumeur de l'ovaire d'examiner avec soin l'intestin voisin.

(1) En réalité, les suites opératoires immédiates ont été remarquablement simples. La malade s'est levée dès le 25 mai.

Voilà donc, au point de vue syndrome de Krukenberg, un faux syndrome sans doute, mais qu'on peut faire rentrer dans le même cadre au point de vue indications thérapeutiques : tumeur de l'ovaire et d'une tumeur sur l'intestin.

2° *Un cas de mégacôlon acquis.* — Puisque nous parlons de chirurgie du gros intestin, je veux vous présenter une malade, une femme de 42 ans, ayant subi dans mon service plusieurs interventions pour une affection curieuse du gros intestin. Elle est venue dans mon service en juillet 1912. Elle avait eu une attaque du carreau dans son enfance et, à l'occasion d'une couche, un accident grave qui l'obligea à garder le lit pendant plusieurs mois. Cependant, il semble bien qu'il s'agissait d'une affection puerpérale pas très grave, puisque, ultérieurement, elle eut trois enfants qui se portèrent bien.

Depuis seize ans, elle présentait une constipation de plus en plus opiniâtre et qui, dans ces dernières années, se manifestait par une selle tous les mois environ, parfois elle sautait même un mois. Peu à peu le ventre se distendait, il devenait énorme et, après une colique atroce et des purgations répétées, il se produisait un véritable accouchement, et elle remplissait un plein seau. Elle trouvait presque que cet état était naturel. Cependant, son mari, qui appartient au service des Hospices, me demanda si l'on ne pouvait pas la soulager. J'examinais au mois de juillet dernier : on constatait un cadre colique fantastique. Lorsque la malade avait l'intestin plein, le ventre était énorme et il fallait des purgations et des lavements pour la débarrasser en partie.

Je proposai une intervention qui fut acceptée. A vrai dire, je m'attendais à trouver un rétrécissement néoplasique du côté du côlon descendant. Je fis une laparotomie médiane sous-ombilicale ; immédiatement, je vis sortir du ventre un énorme côlon, gros comme un tuyau de poêle, tout à fait caractéristique de cette affection connue sous le nom de mégacôlon. La malade avait l'intestin mal vidé, il fallait faire une opération complexe ; je me contentais, pour soulager la malade et permettre une évacuation de cette poche intestinale, de faire une anastomose iléo-sygmôïdienne. Sous l'influence de cette anastomose latérale, la malade fut tellement soulagée qu'elle voulut quitter le service, disant qu'elle était guérie.

Pendant l'été, elle fut suffisamment bien pour ne pas venir

me demander conseil, lorsque, le 27 octobre 1912, elle fut prise d'une véritable occlusion intestinale aiguë. Elle fut amenée à l'Hôtel-Dieu et le chirurgien de garde, dont je regrette de ne pas connaître le nom, fit rapidement ce qu'on devait faire : un anus contre nature cæcal. La malade fut de suite soulagée.

Pendant longtemps, elle ne voulut plus rien entendre, elle en avait assez des opérations, mais cependant, le 29 janvier, se rendant compte que cet anus contre nature ne se fermait pas spontanément, elle me demanda d'intervenir à nouveau. Je fis donc une grande laparotomie et alors je découvris, au niveau de la partie intérieure du pelvis, une annexite ancienne qui enserrait complètement la partie supérieure du rectum. Il n'y avait point de rétrécissement intrinsèque du rectum, et pour m'en assurer, je fis mettre, par un aide, le doigt très haut dans le rectum et j'arrivais par le ventre à sentir son doigt à travers des tuniques rectales saines. Pour cela je fis l'ablation de l'annexite gauche et pratiquai une exclusion, je sectionnai l'iléon, l'abouchai dans l'S iliaque et je fermai le bout cæcal.

Sous l'influence de cette opération, la malade se mit à aller à la selle trois ou quatre fois par jour durant les premières semaines ; puis, peu à peu, cette diarrhée devint moins profuse et il n'y eut plus que deux selles par jour en moyenne.

Enfin, le 16 avril, je fermai l'anus établi par le chirurgien de garde sur le cæcum.

Il s'agit donc d'un cas de mégacôlon acquis créé par une salpingite ancienne gauche, qui semble avoir succédé à ces accidents puerpéraux produits seize ans auparavant. Cependant, cette femme a eu trois enfants, mais le fait clinique, c'est que depuis cet accident elle a toujours été très constipée et c'est à partir de ce moment qu'elle a dû se battre avec son intestin pour aller à la selle, d'abord tous les huit, puis tous les quinze jours, enfin tous les mois !

Donc, cas de distension monstrueuse du côlon, intéressant au point de vue gynécologique ; au point de vue thérapeutique, on pourrait discuter le mode opératoire que j'ai choisi, mais il a donné un très bon résultat et la malade se trouve en paradis, par rapport à ce qu'elle a supporté depuis seize ans pendant lesquels elle a souffert terriblement.

3° *Invagination aiguë du côlon transverse et du côlon des-*

endant. — Ces derniers jours, j'ai été conduit à exécuter une opération formidable.

Le 27 avril, un homme âgé de 44 ans, très vigoureux, habitant les environs de Vienne, fut pris de coliques intestinales atroces; il se mit à vomir d'une façon continue et il vit un médecin qui fit le diagnostic d'occlusion intestinale. Il n'avait pas de température et le médecin l'envoya à l'Hôtel-Dieu, mais le malade ne voulut pas partir tout de suite et c'est seulement le 30 avril au matin qu'il vint dans mon service. Il avait un facies déjà plombé, des vomissements incessants et les signes d'une occlusion intestinale absolue; à la palpation du ventre, on sentait, à gauche de l'ombilic, une grosse masse très dure, très douloureuse; le malade avait des épreintes, il expulsait du sang, des glaires. Le diagnostic s'imposait : invagination. Cependant, fait très particulier, alors que l'obstacle semblait siéger vers l'angle gauche du côlon, le milieu du ventre était absolument plat, *l'intestin grêle n'était pas du tout distendu*, c'était uniquement le cæcum et le côlon qui étaient très volumineux.

Par la palpation on trouvait le signe que M. Gangolphe a décrit : de la matité dans les flancs, et j'affirmai l'existence d'une invagination.

Je fis une laparotomie. Dès l'ouverture du ventre je vis sortir un énorme boudin noir, qui siégeait au niveau du côlon transverse, qui, déjà, présentait du dépoli très prononcé de sa surface séreuse, de sorte que, essayer de vouloir désinvaginer était chose impossible. Cet intestin était absolument friable, on ne pouvait pas essayer de faire une réduction. Je me décidai donc à faire cette opération formidable : réséquer le côlon transverse, l'angle gauche, le côlon descendant jusqu'à la partie supérieure de l'S iliaque.

Cette opération fut très bien supportée, cependant elle fut longue, à cause de l'hémostase, qui est minutieuse quand il s'agit d'enlever 80 centimètres de gros intestin.

A la fin de l'opération, on ne savait trop comment rétablir la continuité de cet intestin. Il restait quelques centimètres de côlon transverse et en bas la section avait porté sur le milieu de l'S iliaque; cependant, en attirant le côlon vers le cæcum distendu, j'anastomosai cette partie du côlon au cæcum par une anastomose termino-latérale. Je discutais l'indication d'un

anus de sûreté sur le cæcum, mais, à mon grand regret, je ne l'établis pas.

Pendant les deux premiers jours, le malade est allé relativement bien; le troisième jour, je constatai une distension du côté de son cæcum, le pouls devint rapide, il présenta des hoquets et des signes évidents d'occlusion. Je le fis porter d'urgence sur la table d'opérations et je pratiquai une laparotomie iliaque droite. Il ne s'écoula absolument aucun liquide, pas de pus; je vis le péritoine, et je crois pouvoir affirmer qu'il n'avait pas de péritonite. Rapidement j'ouvris le cæcum à la peau.

Dès que j'eus fait l'anus cæcal, il s'écoula une grande quantité de matière et je pouvais encore espérer une guérison possible. Malheureusement, malgré mes supplications, la femme de mon malade voulut absolument l'emmener; deux heures à peine après cette dernière opération on l'enleva en automobile.

J'ai écrit à son médecin pour avoir des détails précis sur la fin de cette histoire; je n'ai pas encore reçu de réponse, ce qui est mauvais signe, car j'imagine qu'il aurait été heureux de me donner de bonnes nouvelles de son malade.

Quoi qu'il en soit, il s'agissait d'une invagination sans tumeur, portant sur le côlon transverse, l'angle gauche et tout le côlon descendant et, détail remarquable, l'invagination débutant au niveau du côlon transverse, le grand épiploon s'était invaginé dans le côlon descendant, ce *grand épiploon tirant sur l'estomac et le pylore* l'avait attiré dans le boudin invaginant, de sorte que voilà l'explication du fait que le malade vomissait absolument tout et que l'intestin grêle était réduit à l'état d'intestin de poulet chez un malade ayant une occlusion sur le gros intestin. Il y avait donc une sténose absolue, mécanique du pylore, c'est un cas intéressant à signaler, car qui dit occlusion du gros intestin dit distension du grêle et météorisme progressif.

On peut discuter sur la thérapeutique que j'ai suivie, sur l'opération que j'aurais pu faire, sur l'emploi d'une autre méthode, mais au point de vue clinique, voilà un cas bien digne d'attirer notre attention.

4° *Trois cas d'entérectomie du côlon pour cancer.* — Je vous parlerai ensuite de trois malades auxquels j'ai enlevé de gros

cancers du côlon descendant et qui sont encore simultanément dans mon service.

Voici une très belle pièce du côlon descendant, enlevée chez un malade de 61 ans, lequel avait présenté au mois de septembre 1912, une occlusion intestinale absolue. Il fut transporté de Chambéry et on fit un anus contre nature cæcal. Il guérit de cette occlusion, on fit en même temps une laparotomie médiane pour reconnaître la cause de l'occlusion et on lui proposa une deuxième intervention : il refusa d'abord, mais peu à peu son infirmité répugnante le décida à venir me demander ce qu'on pouvait faire pour lui. Etant donné que cet homme, malgré son âge, allait bien, qu'il était vigoureux, je lui proposai une laparotomie qu'il accepta. Je trouvai alors sur le gros intestin distendu, au niveau de la portion mobile du côlon descendant, cette énorme tumeur ; je fis une entérectomie, suivie d'entérorraphie circulaire ; le malade va très bien, il ne restera plus qu'à fermer son anus contre nature.

Voici un cancer en virole du côlon pelvien, que j'ai enlevé chez cette femme, laquelle va quitter mon service. Agée de 60 ans, cette femme fut amenée d'urgence dans mon service, le 28 novembre 1912, par mon excellent ami, le docteur Gros, de Vienne. Elle était en pleine occlusion qui, en trois jours, avait présenté une marche progressivement alarmante. Le 29 novembre, j'établis un anus contre nature cæcal : guérison rapide et disparition de tous les phénomènes d'occlusion, mais rien ne passe par le rectum ; la malade se remonte lentement. Le 1^{er} février 1913, laparatomie médiane, entérectomie de ce cancer en virole, siégeant très bas sur le côlon pelvien, suture bout-à-bout. Suites parfaites. Enfin, le 12 avril, je fermais l'anus cæcal, l'intestin fonctionne parfaitement et la malade se lève depuis quelques jours.

Enfin, j'ai dans mon service un autre cas intéressant de cancer du haut rectum, que j'ai enlevé par la voie périnéo-coccygienne transanale. Je crois qu'il est rare de pouvoir enlever par cette voie un gros intestin de cette étendue, il mesure 32 cent. de long. Il s'agissait d'un homme de 39 ans, Chaum... Antoine, très vigoureux, qui, depuis plusieurs mois, souffrait uniquement d'entérocolite, il faisait des glaires, il avait des épreintes douloureuses. Il vint voir le docteur Gangolphe qui, en le palpant, crut sentir une tumeur de la fosse iliaque gau-

che, et lui proposa d'entrer à l'Hôtel-Dieu. Il fut reçu dans mon service et je constatai ceci : très haut, à bout de doigt, lorsqu'on faisait tousser le malade, on sentait une masse qui venait effleurer l'index; d'autre part, par la palpation, on percevait une masse entre le doigt rectal et la main abdominale. C'était donc un cancer du haut rectum. Je me refusais, chez un homme de moins de 40 ans, à pratiquer un simple Lisfranc avec sacrifice du sphincter. Le 5 mars 1913, et par la laparotomie latérale nécessitée par cette opération, je m'assurais que le pelvis ne présentait aucun signe de généralisation. Connaisant l'extrême gravité de l'amputation abdomino-périnéale chez l'homme, je résolus d'attaquer ce cancer par la voie périnéale coccygienne. Opération le 15 avril. Premier temps, par une incision postérieure, je fis une résection très haute du coccyx et je décollai par derrière le mésorectum. Hémostase. Deuxième temps, dilatation extrême du sphincter, suivie de l'incision circulaire. Troisième temps, décollement progressif, ouverture du péritoine et ablation par la voie périnéale transanale de cette énorme portion d'intestin.

Le cancer était situé à 18 ou 20 centimètres au-dessus de l'anus, la pièce enlevée a en tout 32 centimètres de long et, cependant, par des manœuvres successives d'abaissement, je suis arrivé à invginer le gros intestin dans le sphincter conservé et à le suturer à la peau. Tout cela a très bien tenu et le malade est actuellement guéri.

Je signalerai qu'en faisant le décollement, j'ai enlevé les vésicules séminales qui sont venues avec le rectum, auquel elles étaient intimement unies.

A la fin de l'opération, pour extirper cette grosse tumeur, j'ai été obligé de sectionner le sphincter en arrière, mais je l'ai de suite suturé et déjà il se contracte parfaitement. Actuellement, le malade a la sensation très nette du besoin de la défécation, son sphincter se contracte. Il ne restera plus qu'à fermer son anus contre nature, qui ne sert plus à rien, car cet anus de dérivation ne fonctionne plus et il va à la selle par son anus normal.

Il est remarquable d'avoir pu enlever une pareille longueur d'intestin par cette voie et je suis persuadé que chez l'homme il faut étendre les indications de cette méthode. Je ne vois pas bien pourquoi, quand un cancer est à bout de doigt, on sacrifie

le sphincter et la portion sous-jacente, qui est bonne. De même que j'ai préconisé, chez la femme, les entérectomies très basses rendues possibles par l'hystérectomie abdominale préalable, il me semble que chez l'homme on a le droit de s'acharner à conserver la fonction du sphincter.

De cette exposition de faits un peu disparates, je veux tirer quelques conclusions. Pour la moitié gauche du gros intestin, il est toujours prudent, quand on veut faire une entérectomie, suivie d'entérorraphie circulaire, d'établir au préalable un anus contre nature cæcal, de dérivation, donc opération en trois temps. En vous parlant de quelques cas de chirurgie du cæcum et du côlon ascendant, je vous signalerai, au contraire, la possibilité de l'opération en un seul temps.

Il est important de savoir qu'une invagination du côlon transverse peut déterminer une sténose mécanique du pylore, partant des vomissements immédiatement incoercibles et une absence absolue de distension de l'intestin grêle.

M. GOULLIoud. — J'ai dans mon service une femme qui a été opérée il y a quatre ou cinq ans pour une tumeur maligne de l'ovaire ; j'ai dû laisser à ce moment, dans le fond du bassin, quelques petites masses de tissu néoplasique ; malgré cela, la malade a été très bien. Il y a deux ans, elle a été envoyée pour une occlusion intestinale, je lui ai fait un anus contre nature, puis une laparotomie, et une entérectomie pour une sténose d'une anse grêle, elle a été très bien pendant deux ans, puis elle nous a été envoyée de nouveau pour une nouvelle occlusion intestinale. J'ai fait un anus sur le cæcum, puis, comme le gros intestin restait très distendu, j'ai fait un deuxième anus à gauche, sur le côlon descendant, et en faisant cette opération, j'ai constaté qu'il y avait dans le bassin une sténose qui portait sur la partie haute du rectum.

Dans un troisième temps, j'ai voulu faire une tentative pour voir si je ne pourrais pas rétablir la circulation intestinale, et enlever ces noyaux : j'ai fait une entérectomie basse.

Dans tous les cas, cette femme a eu un cancer de l'ovaire et successivement une sténose cancéreuse de l'anse grêle, puis une sténose du gros intestin, pour lesquelles j'ai fait une entérectomie. Elle a supporté cela avec patience et actuellement les matières s'échappent par l'anus gauche et un peu par la voie naturelle.

Il paraît intéressant de rapprocher ce cas de ceux de M. Tixier, puisque j'ai fait deux entérectomies à deux ans de distance.

M. GAYET. — J'ai opéré un mégacolon et j'ai constaté que les parois de l'intestin étaient extrêmement épaisses, elles avaient bien 4 centi-

mètre ; en outre, il y avait des vaisseaux considérables, énormes, qui se dirigeaient vers l'intestin et je me trouvai en présence de difficultés considérables ; tandis qu'ayant opéré une occlusion chronique, notamment un volvulus chez un vieux malade qui récidivait à chaque instant, les parois de l'intestin étaient au contraire très amincies, on sentait que c'était l'intestin qui s'était laissé distendre, mais il n'y avait pas de malformation.

M. PATEL. — La remarque que vient de faire M. Gayet est très intéressante et très judicieuse. On a tort, en effet ; de confondre le mégacôlon congénital avec le mégacôlon acquis. Il faudrait réserver le terme de mégacôlon pour les dilatations congénitales, tandis que, dans le cas de M. Tixier il s'agissait d'une lésion acquise.

Ce n'est pas parce que le côlon est augmenté de volume qu'il faut dire mégacôlon, je crois qu'il faut s'entendre : dans le cas de mégacôlon congénital, les parois de l'intestin sont parfois très épaissies, l'intestin est dilaté congénitalement et surtout l'absence de sténose est la condition essentielle.

M. TIXIER. — Les réflexions que viennent de faire MM. Gayet et Patel sont très justes et je suis tout à fait de leur avis ; il ne s'agit pas, dans mon cas, de mégacôlon, mais d'obstruction colique ; j'ai dit mégacôlon pour donner l'impression du volume qu'avait atteint l'intestin. Quant à l'état des tuniques du gros intestin, je suis obligé de dire qu'elles étaient considérablement épaissies pour un cas d'occlusion progressive simple et n'étaient pas du tout amincies comme l'a vu parfois M. Gayet, mais beaucoup plus volumineuses, beaucoup plus denses que normalement, il y avait spécialement de grandes bandes musculaires hypertrophiées. Ce n'était pas l'intestin soufflé des occlusions chroniques ; il y avait des parois rudes, épaissies, beaucoup plus volumineuses que normalement ; j'ai fait deux fois l'anastomose sigmoïdienne et j'ai incisé deux fois les tuniques de cet intestin, qui étaient remarquablement épaissies. C'est donc un cas qui est à cheval entre l'obstruction chronique simple et le mégacôlon.

Quant au cas de M. Goullioud, je ferai remarquer — et je crois qu'il sera de mon avis, — qu'il s'agit plutôt de greffes sur l'intestin qui ont évolué très lentement, mais de greffes immédiates, puisque, dans sa première intervention, il n'avait pas été sûr d'avoir enlevé toute la tumeur ; c'était donc une tumeur avec bourgeons extra-capsulaires.

Dans mon cas, il ne s'agissait pas du tout de tumeur maligne, on aurait dit un kyste de l'ovaire avec sa poche bien limitée, il n'y avait aucune réaction péritonéale indiquant une généralisation sur le revêtement séreux des organes.

D'autre part, M. Goullioud a très justement signalé la nécessité qu'il y a de recouvrir avec soin de péritoine, les sutures d'entérorraphie pra-

tiquées sur le bas-côlon. A ce point de vue, j'ai oublié un petit détail de manuel opératoire intéressant. Chez cette vieille femme, à laquelle j'ai fait la résection de ce cancer de l'S illiaque, la tumeur était presque derrière le ligament large. Alors, pour recouvrir mes sutures, j'ai fait une écharpe avec ses deux trompes très longues enroulées artificiellement autour de mon anastomose et je les ai suturées tout autour de mon côlon descendant. C'est un petit procédé curieux de se procurer du péritoine.

*
*
*

TUBERCULOSE UTÉRINE.

M. GOULLIoud. — M. Pollosson nous a présenté deux pièces de tuberculose de l'utérus, intéressantes, et représentant deux types cliniques bien différents. Dans l'un, l'ulcération simulait un cancer du col; dans l'autre, il s'agissait d'une tumeur végétante de la cavité utérine chez une femme jeune.

Nous pouvons présenter à la Société une observation toute différente : là, c'est le cancer de la cavité utérine, après la ménopause, que pouvait simuler l'infiltration tuberculeuse, étendue à toute la muqueuse de la cavité utérine.

OBSERVATION. — *Tuberculose de la cavité intra-utérine, après la ménopause, simulant le cancer des vieilles femmes.*

La malade était une femme de 55 ans, que je fus appelé à voir le 4 novembre 1904 avec M. Leclerc.

Elle avait eu plusieurs enfants, dont trois avaient été atteints de tuberculose.

La ménopause remontait à six ans. Auparavant, la malade n'avait présenté aucune fatigue gynécologique.

En juillet et août 1904, fièvre intense et inexplicquée.

En septembre, la malade, qui n'avait plus de fièvre, est tout à coup inondée par une perte, que le mari compare à de l'eau de riz. Depuis, elle a continué à avoir des pertes blanches teintées de rose.

Il y a huit jours, sans cause connue, M^{me} B. reprend de la fièvre, oscillant autour de 38°. Un examen médical très complet, fait par M. le Dr Leclerc, reste négatif. En somme, tous les symptômes font penser à une affection utérine; bien que l'utérus soit petit, nullement sensible, il présente de très fines granulations sur le col. On peut craindre une dégénérescence commençante de la muqueuse de la cavité utérine.

12 décembre 1904. — Depuis la consultation précédente la malade a eu de la fièvre; elle présente de la pleurite à droite, de la matité au sommet droit, quelques frottements à la base.

D'autre part, elle a toujours des pertes blanches suspectes. Elle souffre, mais peu, dans la région ombilicale.

On parle d'une dilatation utérine à faire, quand les accidents pulmonaires seront bien calmés.

Ce n'est qu'au mois de mai que je suis rappelé auprès de cette malade, que je trouve peu modifiée, ayant toujours, le soir, un peu de fièvre, les mêmes pertes, les mêmes symptômes pulmonaires à l'auscultation.

Elle ne fait pas l'effet d'avoir un cancer intra-utérin. On décide néanmoins d'intervenir et de faire au préalable une dilatation utérine.

Le 18 mai 1905, opération à Sainte-Marthe. Pendant la dilatation, on voit s'écouler un liquide blanchâtre rappelant le caséum. Il y a des végétations intra-utérines; on se décide à enlever l'utérus. Hystérectomie vaginale.

Pendant l'opération, au moment de faire la ligature de l'utéro-ovarienne vers la corne utérine, on constate que la trompe droite est malade et qu'elle adhère à une anse intestinale, dont il est facile de la détacher.

Examen de la pièce. — L'utérus, mesurant 9 centimètres de cathétérisme, est ouvert; toute la cavité utérine jusqu'à l'isthme est tapissée de végétations molles, qui, en s'effritant, ne donnent pas lieu à l'écoulement de fragments de bourgeons analogues à ceux de l'épithélioma, mais à des débris blanchâtres ressemblant à des grumeaux caséeux. La coque utérine est encore bien intacte.

La trompe droite est extrêmement bosselée, légèrement vésiculeuse, présentant sur sa surface de petits grains durs, non caséeux. Sa muqueuse est légèrement bourgeonnante, mais sa cavité ne renferme pas de caséum ni de végétations analogues à celles de l'utérus.

Examen histologique (dû à l'obligeance de M. Regaud). — Il s'agit, pour les deux pièces, non point d'un néoplasme proprement dit, mais de tuberculose.

Utérus. — La muqueuse et les parties sous-jacentes du muscle sont infiltrées de tubercules petits, extrêmement nombreux, parfois isolés, le plus souvent confluent.

Aucun de ces petits tubercules n'est caséux en son centre et d'ailleurs il n'y a pas dans le morceau examiné de points caséux. Tous ces tubercules sont formés par des cellules épithélioïdes et contiennent des leucocytes plus ou moins désintégrés. Les cellules géantes sont très nombreuses et très caractéristiques.

Oviducte. — Mêmes lésions fondamentales que dans l'utérus: il y a des tubercules sous-péritonéaux et d'autres dans les plis de la mu-

queuse. Le canal de l'oviducte est rempli de détritux cellulaires comme dans le pus tuberculeux.

Suites opératoires. — Les suites opératoires sont simples au début, sans réaction péritonéale.

31 mai. — La fièvre reprend avec de petits frissons, et l'on se demande s'il s'agit d'un peu de résorption au niveau de la plaie ou de l'évolution de la tuberculose. La plaie vaginale est presque cicatrisée, mais elle présente des bourgeons gros et durs, d'un aspect un peu spécial, que ne modifient pas quelques cautérisations au chlorure de zinc. La malade quitte la clinique fin juin, ayant toujours un peu de fièvre comme avant son opération.

On apprend sa mort dans les derniers jours d'août par suite de la persistance de la fièvre et d'un affaiblissement général, avec apparition de symptômes cérébraux dans les derniers jours.

On peut noter dans cette observation quelques symptômes qui permirent de soupçonner la nature tuberculeuse de l'affection : les pertes un peu spéciales, blanchâtres, la fièvre légère, persistante, l'apparition de symptômes pulmonaires chez une femme dont trois enfants avaient été atteints de tuberculose.

Pendant la dilatation, ce ne sont pas des végétations cancéreuses qui s'échappent de l'utérus, mais un liquide blanchâtre, rappelant le caséum.

Le résultat de cette opération fut nul, bien que la lésion utérine, unique au début, ait été supprimée, la tuberculose qui en même temps s'était attaquée aux poumons ayant continué à évoluer.

C'est surtout avant l'apparition des phénomènes pulmonaires que le diagnostic était intéressant à poser. On sait, en effet, combien on doit craindre le cancer intra-utérin chez les femmes âgées, qui reprennent des pertes après la ménopause.

*
**

INTERVENTION CHIRURGICALE ET RADIOTHÉRAPIE COMBINÉES DANS LE CANCER DU SEIN.

M. BÉRARD. — Dans la discussion de l'an dernier sur l'efficacité de la radiothérapie dans le traitement des cancers, il avait été convenu que nous apporterions ici, à titre documentaire, tous les faits qui nous sembleraient de quelque intérêt.

Voici trois observations relatives à des cancers du sein, tous contrôlés par l'examen histologique.

OBSERVATION I. — La *première malade* est une femme âgée actuellement de 58 ans, que j'ai opérée le 18 décembre 1909, pour une énorme tumeur du sein droit, reconnue par elle depuis huit mois. Toute la glande était infiltrée, le mamelon rétracté, la peau adhérente et capitonée par des zones de lymphangite néoplasique jusqu'à 7 ou 8 centimètres du mamelon. Empâtement diffus dans l'aisselle droite, sans ganglions perceptibles au-dessus de la clavicule. Cette femme, très grasse et glycosurique (16 g. de sucre par jour), subit l'intervention d'Halsted, que j'utilise toujours.

La masse enlevée (ganglions, pectoraux et glande mammaire) pesait 2 k. 800.

Dès la cicatrisation de la plaie opératoire furent commencées des séances de radiothérapie par M. le Dr Barjon, qui les a continuées jusqu'à ce jour, à intervalles variables. *La malade vient d'avoir la cent quatorzième séance de rayons X*, sans dommage appréciable de la peau, ce qui est au moins à l'avantage de l'opérateur. On a dû atteindre ce chiffre énorme de séances, car dès la fin de la première année, de petits nodules indurés suspects s'étaient montrés sur la peau, au voisinage de la cicatrice. Par trois fois, en l'espace de deux ans, j'ai même extirpé quelques-uns de ses petits noyaux cutanés. Les plus gros, du volume d'un pois, adhéraient au périoste costal et devaient correspondre sans doute à des infiltrations des lymphatiques perforants; l'examen histologique de ces noyaux montra qu'il s'agissait bien de nodules cancéreux à cellules plus ou moins modifiées par les rayons X.

Aujourd'hui, vous pouvez constater que la région opératoire est à peu près nette : sur la peau pigmentée, on voit quelques cicatrices plus pâles correspondant à des brûlures radio-dermiques superficielles et sans durée. Le dernier nodule irradié est ulcéré superficiellement ; il a diminué de volume de plus des trois quarts.

Quel est l'avenir réservé à cette malade ? Je la suivrai et vous tiendrai au courant. Actuellement, en tout cas, elle jouit d'une santé parfaite, avec un état général excellent. On ne constate aucune adénopathie suspecte axillaire ou sous-claviculaire droite : le bras droit est souple, sans œdème, et jouit de tous ses mouvements. *La radioscopie*, à laquelle je soumetts, de parti pris, ces malades tous les six mois, ne nous a révélé aucune traînée suspecte dans le médiastin, aucun noyau perceptible dans le poumon, aucune trace d'épanchement dans les plèvres.

De cette observation, j'en rapprocherai deux autres en les résumant.

J'aurais désiré vous amener une de ces malades, mais elle a dû quitter l'hôpital prématurément.

OBSERVATION II. — Agée de 48 ans, spécifique, cette femme m'avait été adressée en janvier 1912, par le Dr Hernoc, de Lons-le-Saunier, pour une énorme tumeur du sein gauche, ulcérée, adhérente à la peau, avec de gros ganglions axillaires et des ganglions sus-claviculaires gauches indurés.

La diffusion des lésions était telle, surtout du côté de la peau, que j'hésitais à intervenir, ne sachant comment je pourrais réunir les bords de la plaie. MM. Regaud et Nogier consentirent, sur ma demande, à faire deux séances préalables de *radiothérapie intensives*, suivant leur technique. L'effet en fut excellent; l'infiltration cutanée se réduisit dans de notables proportions, les ganglions diminuèrent énormément, si bien que le 22 février je pratiquai l'ablation des lésions par un Halsted. Quelques séances de radiothérapie complémentaires, par MM. Regaud et Nogier firent disparaître tout nodule suspect, sauf dans la région sus-claviculaire, où l'on perçoit encore quelques grains de grenaille néoplasique. Mais la peau du thorax, de l'aisselle, du bras est souple et nette; la malade se sert du bras gauche comme du bras droit.

Elle est revenue dans mon service le mois dernier pour un épithélioma de la langue (moitié gauche), greffé sur de la leucoplasie à plaques diffuses, sur toute la face dorsale de l'organe. Ganglions carotidiens et sous-maxillaires durs, mais encore mobiles. L'état général de cette femme semblait si satisfaisant que j'ai été sur le point de lui proposer l'amputation subtotale de la langue avec curage des ganglions cervicaux. Mais la radioscopie nous a montré, du côté gauche, une trainée ganglionnaire des plus nettes, qui explique la légère dyspnée d'effort accusée par la malade.

Je n'ai pas voulu tenter la radiothérapie de cet épithélioma lingual, les résultats obtenus jusqu'ici ayant été reconnus presque toujours mauvais.

Enfin, j'ai appris récemment la mort d'une troisième malade, opérée par moi en 1903 d'un néoplasme du sein droit avec adénopathie (Halsted) et qui a succombé en 1912, avec des signes de pleurésie hémorragique, de cancer secondaire de la colonne, et d'adénopathie trachéo-bronchique. Chez celle-ci également, la radiothérapie avait été faite dès la cicatrisation de la plaie opératoire, et continuée régulièrement par M. le Dr Hau, de Villefranche. En 1906, j'avais enlevé un noyau de

récidive dans la peau, proche de la cicatrice, et en 1909 un autre noyau sur le bord droit du sternum. Déjà, à cette époque, la malade accusait quelques névralgies en ceinture dans la paroi abdominale et dans le sciatique droit; j'avais fait quelques réserves sur un noyau vertébral qui ne s'affirma qu'un an après, par des douleurs plus constantes et de la paraplégie. Ici, la survie avait donc été de neuf ans.

J'ai un certain nombre d'autres malades en observation et en traitement dans des conditions identiques, avec des résultats plus ou moins encourageants, que je vous présenterai de même quand elles reviendront se faire examiner.

Séance du 15 mai 1913

Présidence de M. A. POLLOSSON

SUBLUXATIONS CONGÉNITALES LARVÉES DE LA HANCHE
CHEZ L'ADULTE.

M. GANGOLPHE. — Depuis longtemps déjà, j'ai observé et appelé l'attention sur une variété spéciale de malades atteints de sublaxations congénitales de la hanche, qui étaient restées plus ou moins latentes pendant un temps quelquefois très long, et qui ne se manifestaient que très tardivement vers la fin de l'adolescence ou même à l'âge adulte.

Je voudrais aujourd'hui revenir sur cette question en appuyant ma démonstration par cette série de radiographies que je vous présente et en vous montrant aussi un malade que j'aurai tout à l'heure l'honneur de vous présenter au nom de M. Plisson, médecin-major répétiteur à l'École du Service de santé.

Ces sublaxations larvées se manifestent quelquefois dans l'enfance par quelques troubles légers, mis la plupart du temps sur le compte d'une faiblesse congénitale, mais qui, cependant, peuvent être diagnostiquées par un observateur averti. Les malades présentent une légère claudication et l'examen montre une certaine laxité articulaire, une légère atrophie musculaire qui, jointes à des signes plus précis sur lesquels je reviendrai tout à l'heure, permettent de faire le diagnostic de la lésion. C'est ainsi que j'ai vu, il y a quelques années, un malade qui avait été examiné dans sa toute jeune enfance par Ollier, qui avait diagnostiqué une sublaxation de la hanche, et qui présentait les signes tellement frustes de cette lésion, que mon premier mouvement eût été de rejeter ce diagnostic; s'il n'avait été porté par Ollier lui-même, diagnostic qui

fut confirmé du reste par une radiographie que je fis faire de ce malade.

Un fait très important, que je voudrais faire ressortir, c'est que ces malades passent presque toujours par une période de latence de la lésion.

Chez les jeunes gens, c'est à la suite de travaux pénibles vers la quinzième année, ou à l'occasion du service militaire, que la boiterie s'accroît. Tel est le cas du malade de M. Plisson. C'est la même chose qui se passe pour un malade du médecin-major Brisset, jeune soldat du train, qui boitait depuis qu'il était au service, auquel il ne trouvait aucune lésion apparente, et qui cependant était porteur d'une subluxation de la hanche, qui ne s'était révélée qu'à l'occasion des fatigues du service militaire.

Chez les femmes, la boiterie apparaît aussi, très souvent, assez tardivement.

La grossesse, la ménopause, l'embonpoint venant avec l'âge, sont souvent l'occasion de l'apparition des premiers symptômes de la lésion, jusque-là bien compensée par le tonus musculaire. Les femmes ou leur entourage paraissent très étonnées de constater une lésion qui daterait de l'enfance et dont on ne se serait aperçu que si tard, et cependant si on cherche bien dans leurs souvenirs ou dans ceux de leur entourage, on apprend que bien souvent, pendant la toute première enfance, ces malades ne marchaient pas comme tout le monde, qu'elles étaient plus vite fatiguées et avaient une démarche un peu particulière.

Cette lésion est donc masquée pendant un certain temps par la bonne tonicité musculaire. Le terme de larvée leur est donc bien applicable ; puis, plus tard, quand la hanche a à supporter des pressions plus considérables et que les muscles deviennent moins bons, la lésion se manifeste par deux symptômes apparents : la douleur, la claudication. Quelquefois aussi, c'est à la suite d'une arthrite développée dans l'articulation anormale que se développent les symptômes dont nous venons de parler.

La plupart du temps, ces malades sont pris pour des coxalgiques ou bien on les croit atteints d'arthrite sèche et on les soigne en conséquence.

C'est qu'en effet on a bien de la peine à croire qu'une lésion

congénitale puisse seulement se manifester à l'âge adulte, et cependant c'est dans ces conditions que mon attention a été attirée vers ces faits.

Les symptômes sont très atténués, mais existent pourtant pour celui qui sait bien les chercher.

Ce sont, en réduction, tous les symptômes de la luxation de la hanche dont je ne vous reppellerai que les principaux ici :

Claudication avec marche en canard plus ou moins accentuée, suivant le degré de laxité articulaire et l'ascension de la tête ; fatigue dans la marche ou la station debout prolongée ; légère flexion avec adduction du membre ; raccourcissement réel mesuré de l'épine iliaque antéro-supérieure à la pointe de la malléole externe ; saillie du grand trochanter ; tête plus superficielle et non sentie à sa place en dedans des vaisseaux ; élévation du trochanter au-dessus de la ligne de Nélaton-Roser ; abaissement au-dessous de l'ombilic de la ligne de Schrœmacker (ligne allant du sommet du trochanter et passant par l'épine iliaque antéro-inférieure, et qui, chez les sujets normaux, prolongée, doit passer par l'ombilic) ; raccourcissement de l'hypothénuse du triangle de Bryant, etc., etc.

Il est à noter que des poussées d'arthrite peuvent modifier l'allure clinique de l'affection. C'est ainsi que j'ai vu, à dix ans de distance, un malade, chez qui j'avais diagnostiqué une première fois une subluxation congénitale de la hanche, avec grande laxité articulaire, et que j'ai revu dans ces derniers temps avec un enraidissement complet de sa hanche, dû à un traitement intempestif par la mobilisation forcée et un traitement hydro-minéral à Aix, toutes lésions qui sont de nouveau rentrées dans l'ordre par le repos imposé à la jointure.

La fatigue est aussi un facteur très important dans l'apparition des symptômes, et je pourrais vous citer à cet égard le cas d'une malade à laquelle la double lésion de ses deux hanches n'a été révélée qu'à la suite d'excursions fatigantes dans les Alpes.

Enfin, Messieurs, ce qui confirme le diagnostic que fait soupçonner l'examen clinique, c'est l'épreuve radiographique qui montre la malformation typique de l'articulation et que vous voyez très nettement sur la série de radiographies que je vous fais passer.

Je vous rappelle seulement que dans la lecture de ces radio-

graphies il faut se méfier des erreurs qui pourraient être causées par la position du sujet par rapport à la plaque. En effet, si le fémur est en rotation interne, le col paraît redressé et raccourci.

Or, Messieurs, il est de notion classique que dans la luxation congénitale de la hanche le col est raccourci.

Mais, à côté de ces cas, il y en a d'autres où la subluxation congénitale s'accompagne de modifications différentes du côté du col, d'un redressement accompagné, non plus d'un raccourcissement, mais d'un allongement de ce col fémoral.

C'est à une de ces formes, que je crois excessivement rares, puisque Plaziat, dans sa thèse de 1912, n'en cite que quatre cas, que se rattache l'observation de ce malade que je vous présente en même temps que les radiographies le concernant, au nom de M. Plisson.

OBSERVATION. — Il s'agit d'un malade entré à l'hôpital Desgenettes, dans le service de M. Plisson, pour boiterie de la hanche droite.

T... Eugène, 23 ans, cultivateur. Enfant trouvé, il n'a aucun renseignement sur ses parents. Il a été élevé à la campagne et ne se souvient que fort peu de ses premières années.

Il a marché très tard. Il avait, dit-il, beaucoup de peine à marcher étant en nourrice. Ne se rappelle pas avoir eu de convulsions, mais il a toujours été plus faible de la jambe droite. Il tombait fréquemment dans ses jeux. Jusqu'à l'âge de 15 ans, il n'a jamais souffert de sa jambe.

Aussi loin qu'il reporte ses souvenirs, il dit qu'il boitait en marchant. On lui disait, chez lui, qu'il « canardait ». Depuis l'âge de 5 ou 6 ans jusque vers sa quinzième année, son affection a été plutôt en s'améliorant. *C'est à partir de 15 ans que, s'étant livré à des travaux plus durs, son attention a été de nouveau attirée sur son membre inférieur droit.* Quand il avait travaillé, il sentait une fatigue dans la hanche et boitait davantage.

Quoique versé dans l'auxiliaire, il n'a jamais pu faire de service, et c'est pour cette raison qu'il se présente à notre examen.

Etat actuel. C'est un homme de 1 mètre 61, bien développé et bien musclé.

Quand on le voit de face, nu et debout, il se présente en légère position hanchée à gauche. Le membre droit est très légèrement fléchi. Au repos, le malade porte la pointe du pied très légèrement en dedans.

En arrière, on constate une légère lordose lombaire à convexité droite. Quand on demande au malade de se redresser, on constate des trémulations musculaires dans sa masse sacro-lombaire droite.

La flexion du membre apparaît plus nette que de face. La fesse

droite est plate ; le creux rétro-trochantérien est absent ; le pli fessier est très abaissé, beaucoup moins accentué que du côté opposé.

Le reste de la cuisse est légèrement amaigri ; le pli costo-iliaque est plus prononcé que du côté opposé. A la palpation, quand le malade est étendu sur le dos, on constate, par les moyens habituels, que l'épine I. A. S. est abaissée de 1 centimètre et demi. Le grand trochanter semble un peu plus saillant que normalement et dépasse la ligne de Nélaton-Roser de 1 centimètre et demi. La ligne de Schräemacker passe à 6 centimètres au-dessus de l'ombilic ; les dimensions des côtés du triangle de Bryant sont les suivantes : côté vertical abaissé de l'épine iliaque antéro-inférieure, 8 centimètres ; côté horizontal tiré du sommet du D. trochanter jusqu'à la rencontre du côté vertical, 11 centimètres ; hypothénuse, 12 centimètres (le col est donc très allongé !). Signe de Trendelenburg négatif. (En effet, quand le malade s'appuie sur le côté malade, l'épine iliaque reste plus haute que celle du côté sain.)

La tête n'est pas perceptible à sa place normale en dedans des vaisseaux.

Aucun point de l'articulation n'est douloureux.

Les mouvements actifs sont tous possibles, la flexion et l'extension sont normales, l'abduction aussi ; l'abduction semble légèrement limitée, mais quand on la joint à la rotation externe, elle est au contraire plus ample que du côté sain. Les mouvements provoqués sont également tous possibles, plus amples que du côté sain. A la limite de l'abduction combinée à la flexion avec rotation externe, on sent comme une butée du col sur une arête qui limite le mouvement. Les adducteurs sont parfaitement souples et extensibles.

Les mouvements contrariés montrent une force un peu moins grande dans le membre inférieur droit.

Les pelvi-trochantériens et les adducteurs en particulier semblent légèrement déficients.

Quand le malade marche, il incline tout le tronc du côté malade. Il canarde légèrement sans ployer réellement. Le malade marche le pied légèrement plus en dedans que du côté sain, ainsi qu'en fait foi l'empreinte sur papier noirci.

Les mensurations des différent segments de son membre inférieur donnent les résultats suivants :

	Côté sain	Côté malade
Epine I A S à sommet de la malléole externe . .	87 1/2	87 1/2
Epine I A S à sommet du trochanter	12 1/2	10 1/2
Sommet du trochanter à interligne externe du genou	41	43
Plateau interne du tibia à sommet de la malléole interne	36	36
Écartement maximum des deux pieds	101 c/m.	

L'examen à distance ne révèle rien de particulier. Pas de signes de rachitisme. Réflexes normaux, sensibilité normale. Un fait cependant mérite de retenir l'attention. Le genou droit présente une laxité articulaire considérable permettant des mouvements de latéralité et de torsion très étendus. Il présente, de plus, le phénomène dit du genou à ressort, que le malade peut provoquer à volonté en fléchissant à fond son genou et en portant son tibia en dedans et en avant.

Il se produit alors, quand il allonge le genou, un ressaut brusque, vibrant, sonore et non douloureux. (Cette lésion fera l'objet d'une étude à part.)

Examen radiographique. — Il montre que, dans son ensemble, le bassin est légèrement incliné du côté malade.

Du côté sain, l'articulation coxo-fémorale paraît normale. Du côté malade on voit :

1° Le col fémoral est fortement redressé. L'angle qu'il fait avec le corps du fémur est de 142° , tandis que du côté sain il ne mesure que 130° . Le col paraît allongé et porte une tête bien développée, mais aplatie en champignon. L'angle d'Alsberg (angle formé par la réunion de deux lignes, l'une prolongeant le corps du fémur, l'autre passant par la base de la tête fémorale) est de 50° à gauche et de 73° à droite. Le col est donc fortement redressé.

2° La tête n'est pas à sa place dans le cotyle. Elle est sublaxée en haut et son sommet s'appuie sur le rebord inférieur de la cavité cotyloïde.

Cette dernière est déformée, plus haute que du côté sain, moins profonde. Elle n'est habitée qu'à sa partie supérieure par la moitié inférieure de la tête. Le sourcil cotyloïdien est éculé et semble rongé par le contact anormal du pôle de la tête fémorale.

La partie inférieure non habitée du cotyle est remplie par des masses qui, à la radiographie, apparaissent sous forme de taches claires et sombres qui sont l'indice probable de formations ostéo-fibreuses.

Comme vous le voyez, Messieurs, il s'agit ici d'une sublaxation larvée de la hanche droite, à laquelle s'ajoute un redressement du col fémoral.

Cette lésion est absolument comparable à celle qui a été décrite récemment par Lance, sous le nom de coxa vara sublaxée.

Ainsi que le fait remarquer M. Plisson dans les considérations dont il fait suivre son observation, cette dénomination est inexacte, car elle semble consacrer ce fait que le redressement du col est la cause de la sublaxation, ce qui, je crois, est faux. De plus, le terme de coxa valga paraît lui aussi mauvais,

car l'abduction de la cuisse ne peut pas être considérée dans cette lésion comme son caractère principal. Je crois donc, Messieurs, que de même qu'on a abandonné le terme de coxa vara pour le remplacer par celui de collum flexum que j'ai proposé, il y aurait lieu de ne plus appeler ces lésions du nom de coxa valga, mais de parler tout simplement de redressement du col fémoral.

Un deuxième point, sur lequel je voudrais appeler votre attention, c'est l'interprétation qu'on peut donner à l'association des deux lésions dont est porteur le malade de M. Plisson.

Nous n'y voyons que quatre hypothèses possibles :

1° Celle de Lance, qui croit à une fracture du col fémoral dont la consolidation aurait produit le redressement. Cette hypothèse est loin de paraître satisfaisante, puisque, outre que cette fracture n'apparaît nullement sur le décalque de la radiographie de son malade, je ne sache pas qu'une fracture du col, ayant à la rigueur pu amener un redressement de celui-ci, soit capable de produire un allongement. Or, c'est justement ce point qui fait l'intérêt de son malade.

La seconde hypothèse serait d'admettre que la subluxation est primitive et le redressement secondaire ; qu'il y aurait en somme une sorte d'adaptation de la statique fémorale à la mauvaise organisation de la jointure.

Je ne vois pas bien, pour ma part, comment et par quel mécanisme pourrait se réaliser cette adaptation, et, de plus, un renversement avec allongement du col fémoral ne se constate que d'une façon rarissime dans les luxations de la hanche. Là n'est donc pas encore la vérité.

Les Allemands, avec Hoffa, Preiser, Drehman, etc., tendent de plus en plus à considérer le redressement du col comme le premier temps de la luxation et croient qu'il existe dans presque tous les cas. Le redressement serait donc primitif et la luxation secondaire, ou tout au moins concomitante, le col restant droit par conservation de son état fœtal, en raison de l'arrêt de développement de l'articulation coxo-fémorale.

Mais, ici encore, je leur oppose ce fait que chez ce malade il existe non pas du raccourcissement du col, comme cela est la règle pour la luxation congénitale, mais un allongement (masqué du reste à la mensuration directe par l'ascension de la tête). Or, un arrêt de développement n'a jamais provoqué un allongement d'un segment.

Il nous semble donc que ces deux lésions doivent être dissociées et qu'elles sont indépendantes. Il s'agissait peut-être, à notre avis, de malformation liée à l'ostéogénèse et accompagnant la subluxation.

Je ne m'étends pas davantage aujourd'hui sur ces faits, car j'ai l'intention de publier, avec M. Plisson, un mémoire détaillé sur la question.

Enfin, Messieurs, avant de terminer cette déjà longue communication, je voudrais encore appeler votre attention sur ce fait qu'a bien mis en évidence M. Plisson chez son malade, à savoir que l'association de la subluxation avec le redressement du col est une lésion extrêmement difficile à diagnostiquer sans l'aide de la radiographie, puisque, ainsi que vous le montre ce tableau comparatif des signes des deux lésions, ceux-ci sont presque tous opposés et se détruisent.

Tableau comparatif des signes de la luxation congénitale et du redressement du col :

<i>Luxation :</i>		<i>Redressement du col :</i>
1° Attitude du malade.		
<i>Adduction :</i>		<i>Abduction :</i>
Rotation en dedans. Ensellure lombaire très marquée.		Rotation en dehors. Ensellure lombaire nulle ou peu marquée.
2° Signes physiques.		
Saillie du trochanter.		Effacement du trochanter.
Tête absente dans le triangle de Scarpa.		Tête plutôt saillante dans le triangle de Scarpa.
Raccourcissement du col.		Allongement du col.
Élévation du grand trochanter au-dessus de la ligne de Nélaton-Roser.		Abaissement du grand trochanter au-dessous de la ligne de Nélaton-Roser.
Signe de Trendelenburg positif (épine I. A. S. plus basse du côté malade dans la station unilatérale sur le membre malade par défaut de tonicité des fessiers).		Signe de Trendelenburg négatif (épine I. A. S. plus haute dans la même position car la tonicité des fessiers est conservée).
<i>Modifications dans le triangle de Bryant :</i>		<i>Modifications dans le triangle de Bryant :</i>
Hypoténuse raccourcie.		Hypoténuse allongée.
Côté vertical raccourci.		Côté vertical allongé.
Côté horizontal allongé.		Côté horizontal raccourci.

<p>Ligne de Schrœmacker (ligne ilio-trochantérienne prolongée jusqu'à la ligne blanche) tombe au-dessous de l'ombilic.</p> <p>Boiterie en canard.</p> <p>Abduction très limitée.</p> <p>Adduction facile.</p>	<p>Ligne de Schrœmacker tombe au-dessus de l'ombilic.</p> <p>Balancement du tronc.</p> <p>Abduction exagérée.</p> <p>Adduction limitée.</p>
---	---

Signes fournis par la mensuration.

<p>Raccourcissement du membre, mesuré de l'épine I. A. S. à la pointe de la malléole externe.</p> <p>Raccourcissement de la ligne iléo-trochantérienne.</p> <p>Col du fémur raccourci.</p> <p>Fémur égal ou raccourci.</p> <p>Angle d'inclinaison diaphyso-épiphytaire normal ou peu modifié.</p> <p>Angle d'Alsberg (angle formé par la réunion des deux lignes passant, l'une par l'axe de la diaphyse fémorale, l'autre par la base de la tête fémorale) normal.</p> <p>Angle de déclinaison plus fermé.</p>	<p>Allongement.</p> <p>Allongement de la ligne iléo-trochantérienne.</p> <p>Col du fémur allongé.</p> <p>Fémur quelquefois allongé.</p> <p>Angle d'inclinaison très ouvert.</p> <p>Plus ouvert que normalement.</p> <p>Angle de déclinaison plus ouvert.</p>
---	--

De sorte, Messieurs, que quand ces deux lésions existent simultanément et à un degré à peu près égal, elles se compensent et se masquent réciproquement, ce qui n'est pas fait pour faciliter leur diagnostic qui, soupçonné seulement au point de vue clinique, aura, la plupart du temps, besoin d'une épreuve radiographique pour être confirmé.

M. BÉRARD. — Sur les radiographies que vient de nous montrer M. Gangolphe, la lésion qui frappe tout d'abord est la malformation du cotyle, qui n'est pas assez creusé, et contre lequel la tête fémorale est simplement appliquée, comme l'est la tête humérale contre la cavité glénoïde.

Mais il y a également une autre anomalie, c'est le *faible développement du grand trochanter*, — qui peut expliquer le *redressement du col fémoral en coxa valga*, — en effet, quand on résèque le grand trochanter, même chez un sujet adulte, constamment il se produit un redressement du col fémoral, après la suppression ou la diminution de résistance des arcs-boutants qui le soutiennent normalement en dehors. Ollier l'avait montré sur des pièces expérimentales. J'ai apporté ici

même, il y a une dizaine d'années, des observations cliniques confirmatives.

Il faudrait démontrer maintenant si cette anomalie de développement du grand trochanter est primitive, ou si elle est consécutive à la malformation du cotyle insuffisamment creusé et à la subluxation haute de la tête, qui en résulte.

M. GANGOLPHE. — Depuis très longtemps j'ai, en effet, remarqué cette atrophie du grand trochanter dans les cas de luxation congénitale; cette atrophie m'avait même beaucoup ennuyé à l'époque où j'avais eu l'idée de traiter des luxations congénitales par une opération sanglante, celle que j'ai décrite et employée sous le nom de trochantéroplastie. Utilisant le procédé eu tabatière d'Ollier, je pensais m'opposer à l'ascension de la tête du fémur en créant une sorte de toit osseux. Eh bien, je n'ai pu mettre ce procédé à exécution sur un malade, parce que le grand trochanter est très effacé chez de tels sujets.

M. DURAND. — La communication de M. Gangolphe permet, avec des documents complets, la radiographie, et des examens suivis pendant longtemps, de fixer des faits cliniques qu'on soupçonnait, mais dont on n'avait pas une démonstration assez manifeste.

Nous savons, en effet, que chez certaines luxations congénitales, on voit au moment où les tissus s'épaississent, où les ligaments deviennent moins souples, vers l'âge avancé, les symptômes s'accuser davantage, s'aggraver et se compliquer de signes d'arthrite chronique rendant à ce moment la vie beaucoup plus pénible.

Je me rappelle avoir vu, dans le service d'Ollier, plusieurs malades de cet ordre et j'en ai revu assez souvent depuis. J'avais entendu dire, peut-être par Ollier lui-même, peut-être bien par M. Gangolphe, mes souvenirs ne sont pas très précis, que certaines malades qui, après la quarantaine, présentent des troubles de la hanche, avaient probablement de petites luxations congénitales restées à l'état latent jusqu'à ce moment. Cela est si vrai qu'on m'avait appris cela que, à deux reprises, j'ai eu l'occasion de faire ce diagnostic.

Il y a sept ou huit ans, on me montra la femme d'un pharmacien, âgée de 45 ans environ, qui, à la suite de quelques marches, de quelques fatigues, car elle avait eu un enfant malade, s'était mise à souffrir de la hanche. Elle était mariée depuis de longues années et jamais l'idée n'était venue qu'elle pût avoir une luxation congénitale. On me la montra, me demandant s'il ne s'agissait pas de coxalgie. Or, cette femme présentait les signes absolument formels, quoique peu marqués, d'une luxation congénitale; de sorte que, d'après ce que j'avais appris avec Ollier ou M. Gangolphe, je portai sans hésitation ce diagnostic

d'arthrite développée, chez une femme au moment où les muscles sont moins puissants, où les ligaments deviennent moins souples, plus épais, moins glissants, au moment des rhumatisme de l'âge avancé, sur une luxation congénitale restée latente jusque-là. Cette luxation était si latente que son mari pharmacien et le médecin qui la voyait fréquemment ne s'en étaient jamais aperçus.

Je connais un autre cas semblable. Il s'agit d'une dame qui frise actuellement la soixantaine et qui, il y a cinq ou six ou six ans, s'est mise à marcher fort mal ; elle souffrait de la hanche gauche et a présenté, à ce moment, des troubles comparables à ceux que je viens de rapporter, sans cause apparente cette fois. En l'examinant, on ne trouvait rien, aucune déformation. Il était du reste impossible, étant donné son état adipeux, de voir quelque détail dans cette hanche dissimulée sous une adiposité fessière et crurale énorme. Je portai alors le diagnostic d'arthrite chronique simple de la hanche. J'eus, peu après, l'occasion de rencontrer plusieurs personnes avec lesquelles cette malade avait été en classe, alors qu'elles étaient tout enfants, et j'appris, d'une façon formelle, et de plusieurs sources, que cette dame qui, pendant toute la période de l'adolescence, de jeune fille, de mariage, avait marché d'une façon correcte, au contraire, dans sa petite enfance, avant l'âge de la coquetterie, avait eu des troubles de la marche. Trois ou quatre de ses amies de pension, que j'ai pu voir, m'ont confirmé que cette dame, alors qu'elle était toute petite, ne marchait pas comme tout le monde.

Je suis donc certain, sans en avoir cependant la démonstration formelle par des pièces ou la radiographie, que c'est là un cas qui se superpose tout à fait aux cas que vient de nous signaler M. Gangolphe, et que cette personne avait une luxation congénitale restée latente pendant une longue période et qui s'est révélée vers l'âge des rhumatismes.

M. Gangolphe nous a dit qu'il ne connaissait qu'un seul cas de luxation congénitale vraie, typique, qui soit devenue le siège d'une coxalgie. J'ai eu, récemment, l'occasion de voir un cas — je lui en ai même parlé — où il s'agissait d'une femme de 38 ans, atteinte d'une luxation congénitale double très accentuée et qui, depuis un certain nombre de mois, a souffert de sa hanche gauche dans des proportions qu'elle ne connaissait pas ; en même temps se sont installés des raideurs, des troubles de la marche plus marqués et tout le cortège de l'arthrite de cette articulation luxée. Elle avait été vue par un certain nombre de chirurgiens. M. Souligoux, de Paris, entre autres, ayant eu l'occasion de la voir, avait constaté, à la partie supérieure et interne du triangle de Scarpa gauche, une tuméfaction fluctuante, et il avait posé l'indication d'une ponction. La malade n'avait pas voulu s'y soumettre. Sur mes instances, elle a fini par céder et je lui ai fait une

ponction qui a ramené un pus manifestement tuberculeux. Donc, arthrite de la hanche assez récente, tous les signes logiques d'une coxalgie, abcès de nature tuberculeuse, c'est donc bien une coxalgie.

J'ai vu la radiographie qui montre que le col et surtout la tête luxée du fémur sont suffisamment transparents pour qu'il n'y ait pas de doutes sur la nature tuberculeuse et l'origine fémorale de cette arthrite de la hanche développée sur une luxation congénitale.

Aux faits rapportés par M. Gangolphe, je puis donc ajouter deux faits de luxation latente se manifestant à l'âge avancé et un cas d'arthrite tuberculeuse greffée nettement sur une luxation congénitale.

M. GANGOLPHE. — J'ai entendu avec beaucoup de plaisir mon collègue et ami M. Durand faire cette remarque, au sujet des souvenirs anciens d'une de ses malades, qui, dans son enfance, avait eu des troubles de la marche; ce sont là des petits détails qu'on retrouve en effet. Une de mes malades, discutant avec son mari, tous deux étaient tombés d'accord sur ce point que cette malade avait peut-être bien eu quelque trouble de la marche.

J'espère que par la suite les observations en seront plus nombreuses et qu'elles ne seront plus confondues avec des arthrites rhumatismales ou tuberculeuses.

Seance du 22 mai 1913

Présidence de M. A. POLLOSSON

TUBERCULOSE ARTICULAIRE ATTÉNUÉE DES DEUX COUDES
ÉVOLUANT PAR POUSSÉES AIGUËS. LUXATION SPONTANÉE
DE LA TÊTE DU RADIUS GAUCHE.

M. GANGOLPHE. — J'ai l'honneur de vous communiquer, au nom de M. Bertein, répétiteur à l'École du Service de santé militaire, l'intéressante observation que voici :

OBSERVATION. — Le malade dont il s'agit et que je vous présente est un jeune soldat du 54^e régiment d'artillerie, entré le 21 janvier 1913 à l'hôpital Desgenettes, pour gêne fonctionnelle des deux coudes.

Nous retiendrons dans ses antécédents ceci : son père est mort tuberculeux, deux sœurs sont mortes en bas âge, une autre est bacillaire. Lui-même a contracté successivement à 17 et à 19 ans, blennorrhagie et syphilis. Je m'empresse de dire que les accidents qui vont suivre sont antérieurs à l'apparition de ces deux infections vénériennes.

La maladie actuelle a débuté à l'âge de 14 ans par une crise de « rhumatisme articulaire », dit le malade, au coude gauche. La jointure était douloureuse, tuméfiée, la température dépassait la normale. Tout cela céda par le repos en une dizaine de jours, mais depuis lors, quatre ou cinq fois l'an, des poussées semblables sont réapparues, localisées d'abord au coude gauche, frappant aussi, depuis deux ans, le coude droit. C'est pour une crise articulaire de ce genre que M. Bertein examine ce malade.

La région du coude droit est modérément tuméfiée, les culs-de-sac péri-olécraniens sont distendus et fluctuants. Le coude demi-fléchi est spontanément douloureux, les douleurs persistent la nuit. Température : 37° 5. Les muscles du bras et de l'avant-bras sont amaigris. Quelques ganglions se perçoivent dans l'aisselle correspondante. Par deux fois au même coude, M. Bertein a pu voir évoluer ces poussées d'hydarthrose douloureuse cédant en une douzaine de jours au simple repos et à l'immobilisation.

Dans l'état où vous voyez ce coude droit aujourd'hui, il a sensiblement repris son aspect normal, son fonctionnement seul est quelque peu entravé. Nous remarquons surtout que si, dans l'ensemble la synoviale ne contient plus de liquide, il persiste encore un certain degré d'empâtement du cul-de-sac latéro-olécranien externe.

Mais l'intérêt se concentre surtout sur le coude gauche de ce malade. Indemne de toute poussée fluxionnaire depuis l'apparition des mêmes accidents au coude droit, l'articulation ne renferme pas de liquide, les surfaces squelettiques épiphysaires se laissent aisément palper du fait de l'atrophie musculaire; elles ne sont pas douloureuses. Mais la région antéro-externe de l'avant-bras apparaît comme soulevée, et le pouce reconnaît là, roulant sur le doigt, quasi sous la peau, avec des craquements nettement perceptibles, la tête radiale hors et en avant de son condyle. Saisie entre pouce et index, on imprime à cette tête des mouvements fort étendus d'excursion dans le sens antéro-supérieur. Le malade, et M. Bertein y insiste avec raison, déclare ne s'être jamais traumatisé le coude et ne s'être aperçu à aucun moment, au cours de l'évolution de ses arthrites, que quelque chose s'était dérangé dans sa jointure. Il en avait, avant l'apparition des douleurs, le libre et parfait usage.

La radiographie confirme l'existence du déplacement radial; en même temps, elle nous montre un certain degré d'hypertrophie de la tête osseuse, que l'on rencontre, au reste, symétriquement du côté opposé.

Terminons en notant que l'examen général des viscères est négatif, en particulier que les articulations autres que les coudes sont intactes.

En résumé, il s'agit de fluxions articulaires à répétitions, frappant, à l'exclusion de toutes les autres jointures, d'abord le coude gauche, puis le coude droit, et au cours desquelles la tête radiale gauche s'est luxée en avant.

Deux points méritent, semble-t-il, de retenir l'attention chez ce malade, et d'abord : quelle est l'infection causale de ces hydarthroses multiples ? En procédant par exclusion, et après avoir éliminé l'hypothèse d'accidents blennorragiques ou syphilitiques pour la raison énoncée en commençant, M. Bertein a pensé à la tuberculose articulaire. Je crois aussi ce diagnostic pathogénique exact et les preuves qui l'étayent apparaissent suffisantes. Les antécédents tuberculeux sont nets chez ce sujet, il accuse, en outre, un amaigrissement marqué, le séro-diagnostic établi par le médecin-major Lévy, s'est montré positif au 1/5, l'allure subaiguë sans grande fièvre des accidents est encore en faveur de l'infection tuberculeuse. Enfin nous

trouvons, pour ainsi dire, la signature de celle-ci au niveau du cul-de-sac olécranien externe droit, qui persiste encore aujourd'hui épaissi, empâté, pseudo-fluctuant. Tout plaide ainsi en faveur d'une tuberculose atténuée, pseudo-rhumatismale, si l'on veut, des deux coudes. Mais le point le plus curieux de cette observation, c'est la luxation de la tête radiale gauche en avant. Interrogé de près encore une fois, le sujet est très affirmatif : la luxation est apparue dans le cours des arthropathies ; et l'on ne peut s'arrêter à l'idée d'une malformation congénitale.

Ces luxations du radius sont fort rares déjà dans les tuberculoses banales du coude et le fait rapporté de luxation au cours d'une hydarthrose tuberculeuse est, à ma connaissance, unique. Il rentre dans le cadre de ce que Verneuil a décrit en 1883 sous le nom de « luxations spontanées subites » dans les infections articulaires et Vidal a présenté, en 1895, à la *Société médicale des Hôpitaux de Paris* un cas de luxation du radius en tout semblable à celui étudié ici et survenu au cours d'arthrites blennorragiques des deux coudes.

Dans la tuberculose on trouve aussi signalées ces luxations spontanées, tout spécialement au début de la coxalgie ; Kirmisson, Nové-Josserand et Perrin ont attiré sur elles l'attention. MM. Bérard et Tixier en ont signalé des observations. Elles sont indépendantes de toute altération osseuse et à distinguer nettement des luxations pathologiques de la dernière période des tumeurs blanches où, par usure osseuse, une extrémité articulaire se déplace par glissement bien plus que par luxation véritable.

Dans l'observation qui précède, et qui se rapproche des faits auxquels je viens de faire allusion, la luxation se produit sous l'influence de l'épanchement inflammatoire articulaire. Celui-ci, en ramollissant, en relâchant les liens capsulaires, met l'articulation dans un état d'irritabilité. La luxation se produit alors sous une influence minime et le plus souvent à l'insu du patient lui-même, comme chez celui de M. Bertein.

Pour en finir avec ce dernier, nous ajouterons que la nature même de son affection, la fréquence des crises articulaires qu'il présente le rendent impropre à tout service militaire continu. Au point de vue thérapeutique, toute intervention sanglante paraît contre-indiquée, la luxation n'augmente pas notablement

pour son compte la gêne fonctionnelle résultant de l'arthropathie proprement dite, et celle-ci est relativement peu accusée. L'immobilisation relative de la jointure, à l'aide d'une bande contentive, l'abstention de gros efforts seront simplement conseillées au malade.

— 515 —

Séance du 29 mai 1913

Présidence de M. A. POLLOSSON

GRAVITÉ OPÉRATOIRE DE LA GASTRECTOMIE.

M. DELORE. — A l'heure actuelle, chacun reconnaît à juste raison l'utilité des interventions gastriques, telles que la gastro-entérostomie, la gastrostomie, etc. L'opinion est toute différente vis-à-vis de la méthode d'exérèse, de la gastrectomie. On l'admet bien comme la méthode de choix dans le traitement du cancer ou de l'ulcère rebelle; mais dès qu'il faut passer à la pratique, la plupart des médecins lui retirent leur confiance.

D'où provient cet anathème? Tel médecin n'hésite pas à proposer au malade une amputation de la langue, du larynx ou du rectum, et cependant il hésite à proposer l'ablation du cancer de l'estomac. Ce n'est certes pas en raison des infirmités qu'entraîne la gastrectomie, puisque après son exécution l'opéré reprend une vie normale.

Serait-ce que les résultats éloignés de la gastrectomie ne sont pas brillants? Il y aurait beaucoup à discuter sur ce point, car les résultats éloignés sont ici ce qu'ils sont ailleurs. On y constate des récives rapides, mais aussi nombre de survies de plusieurs années. A tout prendre, les résultats éloignés des gastrectomies sont beaucoup plus encourageants que ceux obtenus par les méthodes de dérivation, les anastomoses simples, universellement acceptées aujourd'hui. Sans vouloir insister davantage sur ce point qui mériterait, je le répète, une longue discussion, je ne crois pas que l'ablation de l'estomac soit rejetée à cause des résultats éloignés. Ceux qui ne l'acceptent pas pour le cancer ne sont guère mieux disposés à l'accepter contre l'ulcère avec biloculation par exemple?

En réalité, l'exérèse du cancer gastrique n'a pas la faveur, parce qu'elle est considérée comme fort grave. S'il était dé-

montré par les statistiques que la mortalité opératoire n'est pas aussi considérable qu'on l'admet, on ferait tomber, à mon avis, le principal grief élevé contre la gastrectomie. C'est dans ce but que je vous apporte mes résultats personnels immédiats, en espérant qu'ils contribueront, dans une faible mesure, à faire revenir quelques confrères sur un jugement trop sévère.

Voici dix ans que j'ai pratiqué ma première gastrectomie et j'en suis à la soixante-treizième. Les observations sont réunies dans la thèse de mon ami Payot (thèse, Lyon, 1913). Quelque modeste que soit ce chiffre, je pense que de son étude on peut tirer quelques conclusions intéressantes.

Sur 73 gastrectomies, nous comptons en bloc 18 morts, soit 75,4 p. 100 de guérisons et 24,6 p. 100 de mortalité opératoire. Ne sont considérés comme guéris que les opérés ayant quitté l'hôpital sans aucune plaie ou complication, mangeant et buvant comme à l'ordinaire et n'ayant présenté plus tard aucune complication pouvant être rattachée directement ou indirectement à l'opération.

Envisagée ainsi en bloc cette statistique pourra paraître intéressante : la mortalité y est cependant appréciable. Mais ne considérons plus la mortalité en bloc, divisons les opérés en quatre groupes aussi égaux que possible de 18 gastrectomies pour les trois premiers et de 19 pour le dernier groupe.

Nous avons :

Premier groupe : 18 gastrectomies (1903-1905), 8 morts, soit 44 p. 100 de mortalité opératoire.

Deuxième groupe : 18 gastrectomies (1905-1908), 6 morts, soit 33,3 p. 100.

Troisième groupe : 18 gastrectomies (1908-1911), 3 morts, soit 16,6 p. 100.

Quatrième groupe : 19 gastrectomies (1911-1913), 1 mort, soit 5,2 p. 100.

La chute de la mortalité est bien mise en relief dans cette statistique personnelle. Elle vient confirmer les remarques déjà faites par d'autres chirurgiens. Kocher, sur 141 gastrectomies, a une mortalité globale de 20 p. 100. Sur les 52 premières interventions, il avait 34 p. 100 de mortalité opératoire; sur les 45 de la seconde série, il a 17 p. 100; sur les 44 dernières, la mortalité tombe à 9 p. 100. Kappeler voit le chiffre

passer de 36 p. 100 à 17 p. 100. Mayo a réduit sa mortalité de 14 p. 100 à 9 p. 100.

Il faut attribuer en partie cette chute de la mortalité à un choix plus judicieux des malades et à une expérience plus approfondie des indications. Tel cas qui nous avait semblé justiciable de l'exérèse au début de notre pratique ne serait plus traité ainsi par nous aujourd'hui ; mais à côté de ces cas, il en est d'autres que nous jugions inopérables, il y a quelques années, et que nous traitons actuellement par la gastrectomie. C'est ainsi que tout récemment nous enlevions une tumeur du poids de 850 grammes, et que nous traitions par l'exérèse une cancéreuse arrivée au dernier degré de la cachexie et réduite à l'état de squelette. Notre formule d'opérabilité s'est élargie : Est enlevée toute tumeur de l'estomac anatomiquement extirpable ; toutes les fois que l'on peut couper un tissu sain et rétablir la continuité du tube digestif, l'exérèse est indiquée. Les ganglions envahis sont enlevés autant que possible en bloc avec la tumeur gastrique : cependant, nous abandonnons les adénopathies adhérentes au pancréas ou prévertébrales. La gastrectomie n'est plus curative, mais en tant qu'opération palliative, elle donne un meilleur résultat que la gastro-entérostomie et sa mortalité n'est pas plus élevée, elle peut être moindre.

De petites adhérences cancéreuses au bord du foie, au pancréas, au mésocôlon transverse ne constituent pas une contre-indication. A plus forte raison agissons-nous de même lorsque les adhérences paraissent inflammatoires. On peut impunément réséquer une légère portion de la tête du pancréas et du bord hépatique ainsi que le mésocôlon transverse avec son méso.

Il faut savoir s'arrêter lorsqu'il y a de la généralisation péritonéale, des adhérences intimes et larges entre la tumeur et les plans profonds et d'une façon générale toutes les fois qu'on ne peut exterioriser la tumeur. En pareil cas, la mortalité est telle qu'il vaut mieux s'abstenir.

Cette mortalité opératoire a-t-elle diminué progressivement parce que les malades sont adressés plus rapidement ? Nous le croyons dans une certaine mesure. Cependant, nous avons le regret de constater encore la défiance de bien des malades peu encouragés par leurs médecins, Cette tendance relève pour une part des difficultés du diagnostic.

En résumé, la mortalité opératoire diminue progressivement pour de multiples raisons : les malades sont en particulier mieux choisis. Mais tous ces motifs nous paraissent devoir s'effacer devant l'amélioration de la technique opératoire. Celle-ci est plus méthodique, plus rigoureuse ; les soins post-opératoires sont mieux réglés.

Étant admis que l'on pratique la gastrectomie par le procédé Billroth II, voici les détails de technique que nous voulons mettre en relief. C'est tout d'abord l'hémostase rigoureuse des pédicules vasculaires, coronaire, gastro-épiploïque, pylorique, et l'on ne se contentera pas de lier les artères, mais aussi les veines, source d'hématomes. L'hémostase préalable est importante et l'on ne doit pas apercevoir de jets de sang sur les surfaces de section.

Les tranches de section stomacale et duodénale sont fermés par une suture à trois étages au catgut : plan muco-muqueux, musculo-musculaire, séro-séreux. On abandonnera la soie qui expose aux fistules. De plus, le moignon duodénal est enfoui sous un quatrième plan de suture prenant d'un côté le péritoine pancréatique et de l'autre la face antérieure du duodénum. Grâce à ces précautions, nous n'observons plus aucune de ces fistules gastrique ou duodénale, qui n'étaient pas rares au début de notre pratique. La suture de la tranche duodénale est grandement favorisée par le décollement du duodénum poursuivi entre lui et le pancréas, après ligature d'un pinceau vasculaire qui, du pancréas, se jette sur la face postérieure du duodénum.

Quant au temps de la gastro-entérostomie, nous le plaçons maintenant après la suture de la tranche gastrique. Lorsqu'on le rejette après la suture du duodénum, l'estomac remonté sous le diaphragme est tout petit, rétracté et l'abouchement se fait avec de grandes difficultés. Celui-ci est obtenu au moyen du bouton anastomotique, d'application plus rapide ; le bouton n'a jamais été la cause d'accidents.

La mortalité de la gastrectomie diminuée par l'emploi judicieux de l'opération en deux temps, qui a fait ses preuves dans les occlusions intestinales. Lorsque la sténose pylorique est serrée, les malades intoxiqués supportent mal la gastrectomie ; souvent on observe, les jours suivants, de véritables hémorragies gastriques à *vacuo*. Il faut alors pratiquer une

gastro-entérostomie préliminaire, suivie, quelques jours après, de gastrectomie.

Au reste, ces hémorragies intra-gastriques ne sont pas exceptionnelles après la gastrectomie, leur pronostic est grave, mais le remède n'est pas compliqué. Il suffit de laver abondamment l'estomac le plus tôt possible, le soir de l'opération, par exemple, et renouveler ces lavages autant que le liquide ressort teinté en rouge, quelquefois pendant deux ou trois jours. Certains chirurgiens lavent systématiquement leurs opérés. Nous nous contentons de pratiquer ces lavages à la moindre complication s'il y a une sensation de tension épigastrique, un pouls rapide, de la température ou des vomissements.

Telles sont les considérations intéressantes qui nous ont paru ressortir de cette statistique. Grâce à une expérience plus étendue, nos résultats se sont améliorés ; en outre, l'hémostase minutieuse, les sutures étanches, la péritonisation exacte des surfaces dénudées, les lavages gastriques post-opératoires, sont autant de détails qui offrent une importance capitale et peuvent décider du succès.

M. CONDAMIN. — Je désirerais que M. Delore complète son intéressante communication en nous disant ce qu'il pense de la gravité de la gastro-entérostomie ; il nous a dit que la gastrectomie n'était pas plus grave que la gastro-entérostomie : cela choque un peu tout d'abord, il me semble qu'il y a une telle différence entre les deux interventions qu'on ne peut guère accepter, à première audition, une assertion comme celle-là.

M. DELORE. — Il m'est bien difficile de répondre exactement à la question de M. Condamin. Comme je pratique la gastrectomie aux cas moins avancés et que je réserve la gastro-entérostomie aux plus mauvais cas, je ne puis, personnellement, faire la comparaison entre la gravité des deux opérations. On ne doit pas s'étonner que le taux de la mortalité soit plus élevé dans ma pratique chez les malades ayant subi la gastro-entérostomie. Toutefois, je ferai remarquer qu'après la gastro, la tumeur peut être la cause de bien des complications, telles qu'hémorragies, infection. En supprimant la tumeur par la gastrectomie, on évite ces complications. Aussi ai-je l'impression que la gravité de la gastro-entérostomie est plus grande que celle de la gastrectomie pratiquée dans de bonnes conditions.

M. CONDAMIN. — Lorsque M. Delore se trouve en présence d'un cas

à la limite de l'opérabilité, est-ce qu'il ne croit pas que la gastro-entérostomie est beaucoup moins grave que la gastrectomie ?

M. DELORE. — C'est une impression que je donne lorsque je dis que la gastrectomie est moins grave que la gastro-entérostomie. Les suites opératoires de l'exérèse sont, en général, plus simples, parce qu'on a supprimé la tumeur. Dernièrement se trouvaient ensemble, dans mon service, trois cancers de l'estomac arrivés au dernier degré de la cachexie. Poussé par un chirurgien étranger, qui désirait voir la technique de la gastrectomie, je pratiquai, chez l'un, la gastrectomie : ce fut une guérison. Les deux autres, dont la tumeur était parfaitement justiciable de l'exérèse, subirent tout d'abord une gastro-entérostomie ; j'avais l'intention d'enlever la tumeur dans un second temps, quelques jours après. Ces deux opérés succombèrent, au bout de dix et quinze jours, à une bronchopneumonie suppurée, sans aucune complication du côté du péritoine ou de l'anastomose. J'ai regretté de n'avoir pas fait d'emblée la gastrectomie.

M. POLLOSSON. — Lorsqu'on voit une statistique avec une amélioration si considérable que celle de M. Delore, on se demande si cette amélioration tient bien à l'amélioration des procédés techniques employés ou si elle ne tient pas à un choix plus sévère, plus restreint des cas opérés : le plus souvent, cela tient à ces deux causes, mais cela n'est pas forcé. Il est indiscutable que la plus grande part de l'amélioration des résultats tient à l'amélioration de la technique et, dans sa communication, M. Delore nous a montré une série de points de détail qu'il considère comme la raison de l'amélioration progressive des résultats. En même temps, il nous a laissé entendre qu'il faisait un choix des cas. Je voudrais savoir quel est le chiffre d'opérabilité. C'est essentiel.

M. DELORE. — Dans un article publié en 1909, j'avais établi la proportion des gastrectomies, des gastro-entérostomies, des jéjunostomies, des simples laparotomies exploratrices et des cas non opérés. Le chiffre des gastrectomies représentait environ le quart de tous les cas.

Le Gérant, D^r VALLAS.

...the

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

Séance du 5 juin 1913.

Présidence de M. A. POLLOSSON

VALEUR DE LA PROSTATECTOMIE PARTIELLE.

M. THÉVENOT. — Le terme de prostatectomie partielle éveille en vous le souvenir des premières et timides interventions faites sur la prostate au cours d'une cystostomie ; le chirurgien, trouvant dans la vessie un lobe plus ou moins saillant, le détachait d'un coup de ciseau et laissait en place le reste de la glande, bien qu'elle fût hypertrophiée dans son ensemble. Nous savons, à l'heure actuelle, ce qu'il faut penser de cette façon de faire, et il ne viendrait à l'idée de personne d'escompter un résultat bien favorable d'une pareille opération.

Les cas sur lesquels j'ai l'honneur d'appeler votre attention, au nom de M. Rochet et au mien, sont tout différents. Ils concernent des sujets porteurs d'une prostate peu volumineuse, scléreuse, ne paraissant contenir aucun adéno-myome lorsqu'on se borne à faire le toucher rectal ; pratique-t-on une cystoscopie, on aperçoit un lobe médian plus ou moins saillant dans l'intérieur de la vessie. Le fibrome prostatique n'est pas central, inclus dans l'épaisseur des lobes, il est implanté seulement sur la base de l'organe, et, par un développement en quelque sorte excentrique, fait saillie dans la vessie.

Il y a quelques jours, M. Rochet eut l'occasion d'intervenir dans un cas semblable, chez un vieillard qui présentait un résidu d'un litre et qui était obligé de se sonder à chaque instant. Après cystostomie sus-pubienne, on voyait en arrière du col un noyau fibromateux qui surplombait l'urètre et on apercevait sous la muqueuse vésicale, en avant et de chaque côté de ce premier noyau, deux autres nodules plus petits.

La muqueuse vésicale fut incisée circulairement comme l'in-

dique Freyer, le décollement des masses fibromateuses fut amorcé, mais il ne fut possible d'enlever qu'un petit croupion, du volume de la première phalange de l'index. Le reste de la protaste n'était pas hypertrophié, mais scléreux, et ne renfermait aucune masse énucléable.

En recherchant dans les observations de la clinique, nous avons retrouvé 7 cas analogues que je vous résumerai en quelques mots :

Chez le premier, on enleva, à la pince coupante, il y a six ans, un croupion assez volumineux. Le résultat s'est maintenu excellent depuis cette époque ; le malade a été revu à diverses reprises. Le second fut opéré il y a quatre ans, dans les mêmes conditions ; le résultat fut tout aussi satisfaisant.

Deux malades ont présenté une nouvelle poussée fibromateuse dans la portion de la glande restée en place. L'un fut opéré en 1903 ; à la pince coupante, on lui enleva un gros lobe moyen en croupion. Trois ans après, on constatait chez lui le retour des accidents dysuriques et une hypertrophie complète des deux lobes latéraux de la prostate.

L'autre avait été opéré en 1901 ; on lui avait enlevé trois petites tumeurs pédiculées, du volume de petites noisettes et surplombant le col. Pendant les premiers mois qui suivirent l'opération, la miction fut considérablement améliorée, puis les troubles dysuriques revinrent en même temps que les lobulations cervicales.

Enfin, trois malades ont été perdus de vue. Chez l'un, on avait excisé, à la pince coupante, deux saillies du volume d'une noisette ; chez un autre, un fibrome du volume d'une petite noix ; chez le troisième, une petite masse pédiculée sus-cervicale.

En résumé, quatre malades sur huit ont été suivis suffisamment longtemps ; ils nous fournissent deux cas favorables et deux récidives. Notons qu'il s'agit toujours de tumeurs bénignes, et non de dégénérescence maligne de la glande.

Quelle conclusion tirer de ces divers faits ? L'éventualité d'une prostatectomie partielle ne saurait être, à l'heure actuelle, envisagée qu'à propos de formes rares d'hypertrophie de la prostate : hypertrophie du lobe moyen avec sclérose du reste de la glande. En raisonnant par analogie avec ce que l'on fait pour l'hypertrophie ordinaire de la prostate, il semble que

l'énucléation sous-capsulaire du fibrome, après cystostomie sus-pubienne, soit l'intervention de choix. C'est en effet une théorie qui pourrait être défendue, et M. Rochet, dans un ouvrage récent (Rochet : Quelques données nouvelles de clinique et thérapeutique urinaire, Lyon, 1906), rapporte l'opinion favorable de Louiseau, Mac Gill, Mayo-Robson, Harison, etc.

Il nous paraît cependant, à l'heure actuelle, que cette intervention est souvent insuffisante, et qu'il faut faire plus. Enlever, par la voie sus-pubienne, tout le reste de la glande et non une tumeur encapsulée, est, on le voit, une opération difficile ; aussi ne serions-nous pas éloignés, pour des cas analogues, de recourir à la prostatectomie périnéale, qui permet, mieux et avec moins de dangers, l'ablation *totale* de la prostate.

M. BÉRARD. — Je me suis trouvé deux fois, récemment, en présence de cas semblables, dans lesquels, par le toucher rectal, on avait l'impression d'une prostate très peu développée, puis, après une cystostomie sus-pubienne, au doigt et à l'examen direct, on apercevait un obstacle suffisant pour expliquer les phénomènes graves de dysurie.

Or, dans les deux cas, alors même qu'il y avait un nodule très saillant et limité dans la vessie, j'ai préféré faire une prostatectomie totale, à cause des risques de récurrence possible. Dans ces deux cas, il m'avait semblé que la prostatectomie, faite habituellement, s'était effectuée simplement ; je n'avais pas eu l'impression que je faisais une décortication dans un plan de clivage périnodulaire, mais que j'avais enlevé tout ce qu'on extirpe d'ordinaire dans la prostatectomie sus-pubienne.

Je demanderais donc à MM. Rochet et Thévenot s'ils considèrent qu'en pareil cas il vaut mieux tenter des manœuvres de parti-pris pour arriver à cette énucléation partielle et s'il y a vraiment une technique particulière dans le cas de prostate scléreuse, pour arriver à faire cette énucléation d'un nodule limité par exemple à une luvette saillante.

Au point de vue de l'avenir des malades, est-il préférable de faire une énucléation partielle d'un noyau ou vaut-il mieux chercher à enlever tout ce qui paraît faire bloc avec la masse hypertrophiée ?

M. ROCHET. — En principe, toutes les fois qu'on le peut, il faut faire, en effet, l'ablation totale de la glande, même dans le cas d'hypertrophie localisée dont a parlé M. Thévenot. Je dis même que chaque fois que je l'ai pu, c'est ce que j'ai fait. Il m'est arrivé cependant quelquefois, et encore tout dernièrement, il y a huit jours, de commencer par faire la décortication de Freyer, puis je me suis aperçu que mon doigt

avait fait sauter un petit fibrome, mais en cherchant un plan de clivage plus profond, je n'ai pas pu en trouver; j'ai insisté beaucoup pour trouver ce plan de clivage, je n'y suis pas parvenu.

Dans ces cas-là, je crois que, étant donné le résultat très incertain de la prostatectomie partielle, quand le diagnostic a été fait d'avance et que la prostate est petite, qu'elle se borne à une petite saillie au-dessus du col, pour éviter de se trouver en présence de cette difficulté, et même de cette impossibilité d'énucléation, il vaudrait mieux aborder la glande par le périnée, parce qu'alors l'ablation de la prostate par le périnée est plus chirurgicale, plus régulière comme manœuvres que la prostatectomie sus-pubienne.

Pour enlever la prostate par la voie sus-pubienne, c'est très simple, quand il y a des fibromes un peu partout, et plus la prostate est grosse, plus les fibromes sont développés, plus l'opération est aisée. Au contraire, si on tombe sur une prostate à tissu glandulaire serré, non fibromateux, on peut avoir de grosses difficultés d'extirpation.

Au point de vue des résultats ultérieurs de la prostatectomie partielle, il y a trois de nos malades que nous n'avons pas suivis, mais l'opération ne me paraît pas recommandable en dehors des cas de nécessité dont on a parlé tout à l'heure. La question a, du reste, été déjà jugée au Congrès d'urologie, en 1905, où partisans et adversaires de la méthode partielle se trouvaient en présence et la conclusion très nette à laquelle on était arrivé, c'est que la méthode partielle présente deux gros inconvénients: elle permet l'évolution ultérieure de fibromes non existants au moment de l'opération, et en second lieu elle a été parfois suivie de l'évolution cancéreuse de la glande laissée en place.

M. GANGOLPHE. — Ne faut-il pas faire l'assimilation à établir entre l'ablation des fibromes prostatiques et l'ablation des goîtres; il me semble que le tissu de la prostate est refoulé au loin sous l'enveloppe de la prostate, absolument comme le tissu du corps thyroïde. Lorsqu'on fait l'ablation d'un goitre, il semble aussi qu'on a enlevé tout le corps thyroïde parce que ce tissu a été refoulé.

M. ROCHET. — Les deux cas sont absolument comparables. Dans la prostatectomie sus-pubienne, il s'agit de trouver un bon plan de clivage à la limite du fibrome et de l'ancienne glande refoulée à la périphérie et tassée sous la capsule prostatique. Une fois qu'on a trouvé ce plan de clivage on a toute facilité, mais ce n'est pas la prostate qu'on enlève, c'est le fibrome développé à son intérieur. Chez un de mes malades, où la prostate était petite, scléreuse, et où j'avais cependant poursuivi l'extirpation par la voie sus-pubienne, dans laquelle je m'étais engagé, j'ai eu la sensation que je ne savais plus bien où j'allais à un moment donné, j'allais du côté du rectum et j'ai

amené une fois les deux vésicules séminales avec la glande prostatique ; j'ai eu la sensation que ce n'était plus une énucléation réglée que je faisais. M. Bérard a d'ailleurs apporté aussi un cas dans lequel il avait enlevé une vésicule avec la prostate ; c'est dans ces cas où on risque de faire des dégâts en s'obstinant dans la voie haute.

M. BÉRARD. — J'ai présenté ici, en effet, d'abord l'observation, puis les pièces d'un malade qui est mort trois ans après. Chez ce malade, du côté où on avait enlevé la vésicule, il y avait un rétrécissement de l'uretère, il s'était fait une cicatrice fibreuse avec distension de l'uretère au-dessus. Je crois donc que lorsqu'on est obligé d'enlever la vésicule avec la prostate, il n'y a pas à hésiter, il faut préférer la voie périnéale à la voie sus-pubienne.

* *

FRACTURE ET SUTURE OPÉRATOIRE DES DEUX ROTULES.

M. DURAND. — Je vous présente un malade auquel j'ai suturé les deux rotules. Cette bilatéralité et certains détails cliniques m'ont paru pouvoir vous intéresser.

OBSERVATION. — Il s'agit d'un homme de 30 ans qui, dans un accès de delirium tremens, se précipita du premier étage et tomba sur les genoux. Il se fit ainsi une fracture de chacune de ses rotules.

A droite, il y avait un très large écartement avec déchirure importante des ailerons rotuliens. Il était indispensable de faire une intervention sanglante.

A gauche, l'écartement était moindre, les déchirures moins larges et je crus pouvoir espérer une guérison sans intervention sanglante.

Suture des ailerons rotuliens droits, suivant la technique de M. Vallas, le 4 septembre 1912. L'intervention ne présenta qu'un seul point intéressant : comme le malade avait eu du delirium, je ne pouvais lui donner de l'éther et j'opérai après rachi-novocaïnisation. Tout se passa très bien et nous n'eûmes aucun accident anesthésique ni aucune menace de delirium. J'insiste, à ce propos, sur ce point, que je reste partisan convaincu de l'anesthésie à l'éther, mais que je reconnais les contre-indications de cet agent et que, lorsque j'en rencontre, je me sers de la rachi-anesthésie. Dans les cas où l'éther est contre-indiqué, l'anesthésie rachidienne constitue une précieuse ressource et je suis très satisfait des résultats qu'elle m'a donnés.

Le résultat de mon intervention sur la rotule droite fut rapidement très satisfaisant, comme d'habitude. A ce moment, le malade constata, comme moi, que sa jambe droite opérée allait beaucoup mieux que la

gauche traitée par l'abstention; il me demanda, et je le lui accordai facilement, de suturer aussi le genou gauche.

Deuxième intervention le 4 octobre, c'est-à-dire sept semaines après la fracture. Je constatai la présence d'une lame fibreuse représentant le cal rotulien et la ré-équai. Je fis de même pour celle qui s'était produite entre les lèvres des déchirures des ailerons. La synoviale était encore rouge, épaisse et infiltrée, un peu d'épanchement séro-hématique dans l'articulation. Je pus rapprocher et coapter assez exactement la rupture de la rotule et de ses ailerons. Suture simple des ailerons. Guérison opératoire.

Le malade partit à Longchêne, et là, glissant en marchant sur le sol, il se fit une entorse de son cal gauche avec nouvel épanchement articulaire.

Aujourd'hui, comme vous le voyez, cet homme marche très bien, sans boiter et peut faire une assez longue course. De sa jambe droite, il peut, sans appui, se hisser sur une chaise, c'est-à-dire exécuter l'acte qui est le critérium de la guérison parfaite d'une fracture rotulienne. La rotule droite est parfaitement consolidée, sans intervalle entre les fragments. Le résultat ne laisse rien à désirer.

Du côté gauche, le résultat anatomique est moins satisfaisant; il persiste entre les deux fragments un peu d'écartement et on peut leur imprimer une certaine mobilité.

Le membre est moins fort et moins solide, dit le malade, et il ne peut, de ce côté gauche, se hisser debout sur une chaise par le seul effort du membre. Pratiquement, cependant, comme vous pouvez le constater, le résultat est très suffisant, puisque mon opéré marche sans difficulté et sans que rien ne révèle, même à l'observateur prévenu, un trouble apparent de la marche.

Le résultat moins parfait pour la rotule gauche tient-il à ce que je suis intervenu trop tardivement? je ne le pense pas, et je rapporte plutôt ce fait à l'entorse qu'a subie le malade. Bien que j'aie employé la suture des ailerons de M. Vallas sur une fracture rotulienne datant de près de deux mois, j'ai tout lieu de penser que cette manière de faire m'aurait donné ici les résultats parfaits qu'elle permet d'obtenir dans les fractures récentes. Cette méthode, du moins, me les a donnés dans deux cas de fracture très ancienne où je l'ai employée.

En résumé, l'intérêt de ce malade est constitué par la bilatéralité de la suture, l'intervalle de temps mis entre les deux interventions, l'emploi de l'anesthésie rachidienne pour éviter le delirium, enfin et surtout les résultats très satisfaisants, quoique inégaux, que vous pouvez constater.

M. BERARD. — Je crois qu'il n'y a pas à hésiter aujourd'hui au point de vue du traitement sanglant des fractures de la rotule; la suture

immédiate donne toujours de bons résultats, avec la suture tardive on n'obtient parfois que des succès relatifs.

J'ai pu comparer ces résultats à propos de certains accidentés du travail qui avaient été d'abord soignés par la méthode conservatrice, puis qui se trouvant dans une situation d'incapacité trop grande venaient d'eux-mêmes ou étaient envoyés par les compagnies d'assurance, demander qu'on leur donnât un résultat meilleur par la méthode sanglante. J'en ai opéré trois depuis quatre ans et je dois dire que dans ces trois cas je ne suis jamais arrivé à une restitution ad integrum complète de l'articulation. Ce sont des malades qu'on nous envoie alors que le traitement par les massages a été fait d'une façon plus ou moins correcte; les muscles sont atrophiés, les ligaments relâchés, et on ne se trouve pas, alors, dans des conditions égales à celles qu'on rencontre dans le traitement des fractures récentes. Toutes les fois donc qu'on a résolu le traitement sanglant des fractures de la rotule, il faut le faire dans les huit jours qui suivent le traumatisme; lorsqu'on tente le traitement sanglant d'une fracture ancienne, il faut s'attendre à un résultat incomplet.

En ce qui concerne la technique, après vingt-une sutures de la rotule, j'ai l'impression que c'est la technique simple que nous a apprise Vallas, qui doit être préférée à toute autre, puisqu'on ne laisse aucun corps étranger dans l'articulation, et que l'on assure une réparation exacte et solide de tout appareil ligamenteux.

Je rappellerai simplement qu'on a essayé tout dernièrement (Mores-tin, Kirmisson, Alglave) de remettre en faveur la griffe de Malgaigne, appliquée sur les fragments préalablement mis à nu. Ces chirurgiens font là une véritable opération, puisqu'ils incisent les parties molles pour trouver un point de l'os où ils placeront les griffes: c'est faire courir un risque aux malades, aussi grand que dans l'opération classique, sans chances égales de bons résultats.

Chaput a cherché à simplifier l'opération, en faisant une suture périrotulienne sous-cutanée, qui serait réservée aux malades auxquels on ne peut pas faire l'opération complète; cette opération présente le même inconvénient que la griffe, on n'obtient pas un cal osseux, car on ne supprime pas l'interposition fibreuse entre les fragments, et il vaut mieux faire une intervention intégrale.

M. NIMIER. — Je crois que la suture des ailerons de la rotule remonte à pas mal d'années. Il y a plus de dix ans, je la pratiquais déjà au Val-de-Grâce. Je reconnais que ce procédé m'avait été recommandé par mon camarade Jacob, qui l'avait appris ici à l'Hôtel-Dieu, alors qu'il était répétiteur à Desgenettes.

M. DURAND. — Je n'ai pas voulu soulever la question de la technique opératoire des sutures rotuliennes, mais puisque M. Bérard vient de le

faire, je crois pouvoir dire que l'opération de Vallas a partie gagnée, non seulement pour les fractures récentes, mais aussi pour les fractures anciennes. Plusieurs d'entre nous ont eu l'occasion, en effet, de présenter des fractures anciennes restaurées par cette méthode avec une restitution tout à fait ad integrum. L'un de mes malades, qui était carrier, avait repris sa profession, lorsque le malheureux fut pris dans une explosion de mine, son articulation si bien restaurée fut ouverte dans l'accident, d'où une arthrite suppurée traitée par M. Duchamp, à Saint-Etienne, par l'arthrotomie large. Le résultat fut une ankylose. Un autre, que j'ai revu il n'y a pas longtemps, a conservé un résultat qui peut être considéré comme une restitution ad integrum.

Par conséquent, puisque dans les fractures récentes, comme dans les fractures anciennes, l'opération de Vallas (suture sanglante des parties molles) suffit à donner un résultat tout à fait satisfaisant, il n'est pas nécessaire d'avoir recours à des opérations de suture osseuse souvent difficiles et pénibles, ou bien au cerclage dont nous connaissons bien les inconvénients. Notre pratique, très courante à Lyon, de la suture des ailerons suivant la technique de M. Vallas, est bien le meilleur traitement des fractures récentes et des fractures anciennes.

M. BÉRARD. — Je crois qu'il était intéressant de donner ces indications et de montrer combien nous sommes tous partisans de ces interventions.

Toutes les fois qu'on parle du traitement sanglant des fractures de la rotule, c'est de la suture osseuse ou du cerclage; Lambotte fait même, actuellement, du vissage, dont il dit obtenir des résultats parfaits; il ne fait pas même de l'immobilisation ou de l'extension, il rend immédiatement à ses malades la flexion, puis le libre jeu de leurs muscles.

Séance du 12 juin 1913

Présidence de M. A. POLLOSSON

PÉRITONITE GÉNÉRALISÉE CONSÉCUTIVE A UNE PERFORATION
DE L'INTESTIN GRÊLE ; EXTÉRIORISATION DE L'ANSE PER-
FORÉE ; ÉTHÉRISATION DU PÉRITOINE ; GUÉRISON.

M. PATEL. — J'ai l'honneur de vous présenter un cas de
péritonie généralisée, dans lequel l'emploi de l'éther m'a donné
toute satisfaction au point de vue résultat définitif.

OBSERVATION. — Une femme, âgée de 57 ans, entre le 13 mai 1913,
dans le service du professeur Jaboulay, que j'ai l'honneur de suppléer,
avec le diagnostic d'appendicite avec péritonite généralisée.

L'affection actuelle paraît remonter à cinq mois environ ; à ce mo-
ment, la malade se plaint de troubles digestifs, de coliques légères
avec maximum du côté de la fosse iliaque droite ; les troubles restèrent
assez atténués pendant quelque temps ; le 5 mai, les douleurs repa-
rurent plus fortes, faisant songer à une appendicite véritable ; le repos
au lit dut être gardé. Le 11 mai au soir, douleur très brusque du côté
droit de l'abdomen : sensation de déchirure ou de torsion en même
temps, le ventre se météorise, la constipation apparut ; les vomisse-
ments survinrent, bilieux, puis fécaloïdes ; l'état général s'affaiblit très
vite. La malade fut alors dirigée sur l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Elle y arrive, le 13 mai au matin. A ce moment, le tableau clinique
de la péritonite généralisée était au complet ; l'état général paraissait
très gravement atteint ; les lèvres étaient violacées ; la respiration
superficielle et rapide ; le nez et les mains étaient froids. Localement,
l'abdomen était très météorisé, la paroi immobile ; pas de péristaltisme
intestinal ; submatité dans les flancs ; sensation de résistance plus
grande dans la fosse iliaque droite.

Le diagnostic de péritonite généralisée d'origine appendiculaire pro-
bable, fut posé ; après quelques hésitations, étant donné l'âge et l'état
de la malade, je décide une intervention.

Opération le 13 mai 1913 (38 heures après le début des accidents péri-

tonéaux). Incision de Roux, après anesthésie légère à l'éther. Le péritoine ouvert, il s'écoule un liquide louche, très fétide, suivi bientôt de l'issue d'un liquide fécaloïde, contenant nettement des matières fécales jaunâtres. Aucune adhérence ; pas de fausses membranes ; le liquide s'écoule en bavant, vient de tous les coins de l'abdomen, si l'on soulève une anse intestinale ; la péritonite est donc bien généralisée.

Le péritoine est asséché aussi bien que possible, avec l'aspirateur de Villard et des compresses ; le pelvis est rempli de matière fécales.

Rapidement, l'appendice est attiré au dehors ; il est absolument sain ; en attirant l'intestin grêle, je découvre, à 20 ou 25 centimètres de la valvule de Bauhin, une perforation de l'intestin grêle, sur la face opposée au mésentère, taillée à l'emporte-pièce, du diamètre d'un gros pois ; du liquide intestinal s'écoule à flot par cet orifice.

Cette anse intestinale est extériorisée, puis, par l'incision, je fait verser 150 à 200 cc. d'éther anesthésique dans la cavité péritonéale ; l'éther disparaît rapidement dans le pelvis et dans tout l'abdomen.

Fermeture incomplète en laissant l'anse perforée en dehors de la plaie.

Suites opératoires. La malade fut transportée dans son lit, très fortement choquée, le pouls se précipita encore davantage, au point de devenir imperceptible, au moment de la mise de l'éther dans la cavité péritonéale. Il resta ainsi dix minutes, puis se releva. La face était très pâle ; la malade resta dans cet état pendant plusieurs heures, complètement somnolente, sans pouvoir articuler la moindre parole. Le soir, elle avait repris des couleurs, se sentait très bien, et il y avait un contraste saisissant entre l'état du matin et celui du soir. On ne fit que 500 grammes de sérum artificiel, comme traitement complémentaire.

L'amélioration fut surprenante de rapidité ; la malade put s'alimenter quelques jours après, la fistule stercorale laissait écouler une très grande quantité de liquide intestinal.

Craignant une dénutrition rapide et voyant l'état général bon, je pratiquait, le 24 mai, soit onze jours après la première opération, une exclusion unilatérale de l'intestin grêle, avec abouchement iléo-sigmoïdien.

Actuellement, les matières ne passent plus par la plaie ; l'anse intestinale a réintégré l'abdomen, et je compte, dans une opération ultérieure, en pratiquer la résection.

Je ne veux retenir de cette observation que la partie ayant trait à la péritonite et à son traitement.

Cette femme était atteinte de péritonite vraiment généralisée ; il n'y avait aucune adhérence pour limiter l'envahissement de la cavité péritonéale ; je crois la perforation intestinale de nature tuberculeuse, étant donné les antécédents de la

malade ; mais peut importe l'étiologie. Il est certain que les causes de la guérison sont multiples : l'extériorisation de l'anse, manœuvre très simple, l'existence d'une fistule stercorale, ont été des manœuvres utiles. Il n'en est pas moins vrai qu'à elles seules, elles n'auraient pu amener cette sorte de résurrection rapide (le mot n'est pas exagéré) et je crois que l'éther doit en être rendu responsable.

J'ai eu depuis l'occasion de verser plusieurs fois de l'éther dans le péritoine, mais je ne voudrais pas les faire rentrer dans le cadre des péritonites généralisées. Je l'ai utilisé à titre de tonique du système cardiaque et du système nerveux. Chez une malade de 20 ans, opérée en pleine péritonite diffusée, consécutive à un double pyosalpinx haut situé, avec du pus remontant jusqu'à l'ombilic, avec principalement un état général très grave (depuis un jour, la température était à 36°2, avec tout le cortège péritonéal), j'ai versé dans l'abdomen, après castration totale, 150 cc d'éther. L'état général s'est remonté avec une rapidité vraiment surprenante.

Chez une autre malade de 60 ans, chez laquelle j'avais extirpé une tumeur maligne de l'ovaire, avec des adhérences multiples à la paroi et à tous les viscères, le choc était très accusé ; la mise dans cette immense cavité péritonéale de 150 cc. d'éther a eu un résultat tonique surprenant.

Au cours de ces manœuvres, j'ai observé un certain nombre de phénomènes assez particulier :

1° Aussitôt l'éther mis dans le ventre, le pouls s'affole pendant cinq à dix minutes, puis remonte très vite ; sa tension devient très bonne. C'est là un phénomène sans doute réflexe.

2° Le sommeil anesthésique se prolonge deux heures environ, pendant lesquelles les malades sont calmes ; c'est au moment de ce réveil que l'amélioration se produit aussitôt ; l'action tonique est incontestable et se manifeste aussi les jours suivants.

3° Localement, aussitôt après la mise de l'éther dans le ventre, on voit le liquide filer très rapidement de tous côtés ; il est certain que si l'on invoque une action antiseptique, celle-ci doit s'exercer mieux qu'avec l'huile camphrée qui séjourne à grand'peine dans le péritoine.

4° J'ai mis de l'éther dans l'abdomen sur des malades non endormis, en utilisant l'orifice du drainage ; le contact avec

le péritoine n'est pas douloureux et, comme dans les cas précédents, aussitôt après la mise de l'éther, le pouls est précipité quelques minutes, puis remonte rapidement.

5° De plus, lorsque l'éther arrive au contact de l'intestin, celui-ci roséit légèrement, se rétracte, et tend à réintégrer spontanément l'abdomen ; on pourrait peut-être utiliser cette propriété dans les occlusions intestinales.

Cette observation me paraît justifier l'usage de l'éther dans le traitement des péritonites généralisées, et vient à l'appui des discussions récentes de la Société de Chirurgie de Paris, au cours desquelles Morestin et Témoin ont soutenu la cause de l'éther.

M. BÉRARD. — Parmi les points qu'a indiqués M. Patel, il y en a un qu'il serait intéressant de connaître : c'est de savoir si l'éther a une action particulière sur la péritonite ; dans la deuxième intervention y avait-il moins d'exsudats fibrineux et moins d'adhérences que l'on en trouve habituellement ? D'ordinaire, lorsqu'on réopère, après une péritonite généralisée datant de quinze jours, il est impossible de faire des manœuvres méthodiques, parce qu'on trouve des anses friables, agglutinées, avec de petits clapiers purulents entre elles. Je demanderai donc à M. Patel si les anses étaient revenues à l'état lisse, ou bien s'il a eu affaire à des tuniques friables, sur lesquelles les sutures ne prennent pas.

M. VILLARD. — L'observation de M. Patel est très intéressante ; l'idée de verser de l'éther dans le ventre est heureuse, il est certain que ce doit être meilleur que l'huile camphrée, mais je suis toujours choqué par les termes de « péritonite généralisée » ; je suis bien plutôt tenté de croire qu'il s'agit d'une péritonite en voie de généralisation et non généralisée. Pour moi, je n'ai jamais pu opérer au bout de quelques jours des malades atteints de péritonite généralisée, parce qu'ils ne m'en ont pas laissé le temps. D'autre part, celles que je considérais comme généralisées et que je n'ai pas pu opérer, j'ai pu les autopsier ; et ce que je sais d'après l'autopsie, c'est que les anses intestinales sont très adhérentes et, comme M. Patel est intervenu au bout de huit ou dix jours est-ce qu'il a eu beaucoup de difficultés pour faire cette exclusion intestinale et implanter son grêle dans le côlon : existait-il des exsudats ?

M. PATEL. — Je répondrai à M. Bérard au sujet de cette production d'adhérences que précisément ce point m'avait intéressé et je l'avais remarqué particulièrement au cours de ma deuxième intervention ; celle-ci a lieu treize ou quatorze jours après la première ; eh bien, il y

avait des adhérences, mais elles n'étaient pas très fortes et j'ai pu assez facilement anastomoser l'anse grêle avec l'S iliaque, la suture a été facile, la malade est allée à la selle extrêmement vite et il n'y a pas eu d'accidents.

Pour répondre à M. Villard, je dirai que cette malade avait une perforation de l'anse grêle et, par conséquent, une péritonite vraiment généralisée; c'est pour cela que je me suis permis de vous la présenter; je ne vous aurais pas présenté une péritonite généralisée d'origine salpingienne ou même d'origine appendiculaire.

Ce cas me semble tout à fait typique au point de vue de la péritonite; il n'y avait pas la couenne lardacée qu'on voit dans les autopsies; le début de l'infection paraissait dater de trente-huit heures; je crois que l'on ne peut pas guérir une péritonite lorsqu'il existe des lésions semblables. Il est très curieux et très intéressant de voir cette femme, qui était dans un état épouvantable, revenir comme elle est revenue; tous ceux qui étaient là — et je ne peux pas invoquer d'autres témoignages — en ont été surpris; et comme ce sont des malades qui sont irrémédiablement perdues, il me semble qu'on est en droit de tout tenter. Je suis persuadé que l'éther a eu ici une action très heureuse.

M. GOULLIoud. — Ce qui serait le plus concluant pour prouver l'efficacité des traitements nouveaux de la péritonite, ce serait d'obtenir des succès dans la péritonite post-opératoire. Je ne puis souhaiter que M. Patel puisse faire cette expérience pour l'éther. Dans cette malheureuse forme de péritonite, heureusement de plus en plus rare, mais toujours menaçante cependant, aucun progrès n'a été réalisé, et son évolution reste fatale comme il y a vingt ans.

L'observation de M. Patel n'en a pas moins un très réel intérêt, et l'éther peut bien avoir une grande action directe ou indirecte dans le traitement de certaines péritonites.

M. POLLOSSON. — Est-ce que, lorsqu'on verse de l'éther dans le péritoine, on n'observe pas du tympanisme? Il me semble que, théoriquement, on devrait en observer?

M. PATEL. — Lorsqu'on ferme absolument l'abdomen on a du tympanisme, l'éther bout presque immédiatement et la chaleur est telle qu'il est presque impossible de laisser le doigt pour faire la suture et prendre la paroi en masse. Dans tous les cas, sauf un, j'ai laissé un drain; alors le météorisme post-opératoire ne peut pas exister. Dans le cas où j'ai fermé la paroi, il s'agissait d'une énorme tumeur de l'ovaire de 8 à 10 kilos, l'espace libre était alors très grand et le météorisme n'a pas été très sensible.

ECTOPIE TESTICULAIRE OPÉRÉE PAR UN PROCÉDÉ
DIT EN X.

M. VILLARD. — Messieurs, je vous présente, au nom de M. Plisson, médecin-major, un malade qu'il a opéré d'ectopie testiculaire par un procédé un peu spécial qui lui a donné, comme vous pouvez vous en rendre compte par la vue du malade lui-même, un résultat satisfaisant.

Il s'agit d'un cuirassier de 21 ans, qui était entré à l'hôpital Desgenettes pour un traumatisme banal du pied et qui demanda, avant sa sortie, à être opéré de ce qu'il appelait sa hernie. En réalité, il était porteur d'une ectopie testiculaire droite. En effet, la bourse droite était flasque, vide et peu développée, et l'on sentait le testicule dans la paroi inguinale, à mi-chemin des deux orifices. Il était très légèrement mobile, mais les manœuvres externes n'arrivaient pas à l'amener à l'orifice inguinal externe.

M. Plisson décida d'abaisser et de fixer ce testicule.

Il mena son opération de la façon suivante :

1° *Libération et abaissement du testicule.* — Ici, rien de particulier à signaler. Il fit classiquement une incision dans l'axe du canal inguinal, et qu'il prolongea sur la bourse vide. Après avoir fendu la paroi antérieure, il vit le testicule ectopié d'un volume assez satisfaisant et recouvert par une ébauche de vaginale qui se prolongeait en bas sous forme d'un sac flasque et vide affleurant l'anneau inguinal externe. La fibreuse commune et le canal vagino-péritonéal furent réséqués et, comme toujours, l'opérateur put se rendre compte que, si le canal déférent pouvait se laisser attirer, c'étaient les vaisseaux spermaticques qui tenaient. Leur libération, aussi soignée que possible, ne permit qu'un allongement insuffisant du pédicule vasculaire jusqu'au moment où il se sécida à ouvrir le péritoine, ce qui permit de suite d'abaisser le testicule dans des conditions très satisfaisantes pour continuer l'opération par la fixation du testicule par un procédé un peu spécial dont je vais maintenant vous entretenir.

Mais, auparavant, je voudrais insister de nouveau sur ce fait que j'avais déjà signalé dans mon rapport au congrès de Chirurgie, à savoir que le pédicule funiculaire ne s'abaisse qu'autant qu'on sectionne le péritoine, auquel il adhère, car ces vaisseaux étant embryologiquement trop courts ne se laissent étirer que si on les libère de leurs connexions avec le péritoine qui les recouvre.

Après avoir disséqué le pédicule testiculaire, restait le second temps de l'opération : la fixation du testicule.

Actuellement, deux méthodes sont employées : le procédé de Walther, et celui de Gorse.

Le procédé de Walther consiste, vous le savez, à prendre appui sur la cloison des bourses pour fixer le testicule ectopié, à faire passer ce testicule à travers la cloison des bourses et à le placer de cette façon à côté du testicule sain. Il en résulte que le malade a deux testicules dans la même bourse.

Le reproche qu'on pourrait faire à ce procédé, c'est que si, au point de vue chirurgical il est très rationnel, au point de vue esthétique il est défectueux, puisqu'il ne corrige pas, mais accentue plutôt la difformité de la région, qui souvent, autant que la gêne et les douleurs, ont décidé le malade à se confier au chirurgien.

C'est pourquoi Gorse a essayé de mettre un testicule dans chaque bourse en utilisant la bourse mal développée pour y placer le testicule ectopié. Mais, frappé du fait que le testicule a une tendance indéniable à venir se coller à l'anneau inguinal externe quand il ne trouve pas un logement suffisant dans la bourse qui lui est destinée, il a imaginé de préparer un logement à ce testicule en plaçant dans le scrotum du côté malade une boule de porcelaine de grosseur appropriée, et qui, par sa présence, détermine autour d'elle un processus réactionnel léger, qui prépare une sorte de loge où, dans un deuxième temps opératoire, environ deux mois après la première intervention, il loge le testicule après l'avoir abaissé.

L'inconvénient de ce procédé, c'est qu'il nécessite deux opérations à deux mois de distance.

M. Plisson s'est demandé s'il ne pourrait pas appliquer ce qu'avaient de bon les procédés de Walther et de Gorse, en les combinant. Il s'est dit qu'il valait mieux qu'il y ait un testicule dans chaque bourse et que, puisqu'il fallait une loge toute

préparée au testicule ectopié, celle-ci pouvait être fournie par la bourse du côté sain, habitué à loger son testicule; que, d'autre part, ce testicule sain pouvait faire l'office de la boule de porcelaine pour dilater la bourse aplexiée et que, d'autre part enfin, cette mutation testiculaire à travers la cloison permettait de profiter doublement de la présence de celle-ci pour fixer les deux glandes dans leur position respective.

A cet effet, après avoir effondré d'un coup de ciseau la cloison médiane des bourses, il fit passer le testicule sain dans la bourse malade, préalablement dilatée à l'aide du doigt, et le testicule ectopié à la place du testicule sain. Il en résultait un croisement en X des deux cordons, tandis que les deux testicules avaient échangé leur logement.

Quelques points de suture au catgut fermaient la brèche de la cloison, laissant juste la place suffisante au passage des deux cordons.

L'opération terminée, après avoir refait la paroi inguinale par un Bassini, le testicule primitivement ectopié paraissait très au large dans sa nouvelle loge, sans aucune tendance au déplacement; le testicule sain donnait la sensation d'être un peu serré comme après une opération de varicocèle par résection scrotale large.

Pendant les premiers jours, le malade s'est plaint de tiraillements dans le cordon du côté malade. Celui-ci était senti comme une corde assez tendue allant de l'orifice inguinal droit à la bourse gauche.

Puis ces phénomènes se sont progressivement atténués et actuellement le malade se déclare complètement satisfait de son état. Vous pouvez constater, en effet, que le scrotum a pris une disposition absolument symétrique. Peut-être même le testicule ectopié fait-il meilleure figure que son voisin, car ce dernier encore un peu à l'étroit dans sa loge scrotale est resté un peu plus haut que celui du côté opposé.

Cependant, la bourse de ce côté tend à s'agrandir tous les jours, et nul doute qu'elle devienne symétrique avec celle du côté opposé dans quelque temps, en raison de la grande élasticité du scrotum bien connue.

M. Plisson prévoit l'objection qu'on peut lui faire : comment va se comporter ce testicule sain transplanté dans un nouveau logement moins confortable que le précédent ? Il croit que, les

vaisseaux étant intacts, et non comprimés, il ne peut en résulter rien de fâcheux et que ce testicule se trouve dans les mêmes conditions que la glande après la cure radicale du varicocèle par résection des bourses.

Quant au testicule primitivement ectopié, il n'a qu'à gagner à sa nouvelle situation si ces vaisseaux n'ont pas été sectionnés comme le proposait Mignon.

En ce qui concerne le malade actuel, il déclare avoir une puissance génitale égale à celle qu'il avait avant l'intervention. Je sais bien que l'opération est encore trop récente pour qu'on puisse avoir des certitudes sur l'état anatomo-physiologique de ces glandes.

Un dernier point est à signaler, c'est que, en raison de la disposition croisée de ces deux testicules, si par hasard ce malade devient porteur d'une orchite-épididymite, son médecin ne sera pas peu surpris, si cette lésion s'accompagne de funiculite, de voir la lésion passer du côté opposé.

M. BÉRARD. — Ce procédé est tout à fait ingénieux et élégant. Seulement, je me demande, du moment qu'on peut faire entrer le testicule sain dans la bourse atrophiée, pourquoi il n'y aurait pas place dans cette bourse pour le testicule ectopique, qui est plus petit d'ordinaire et qui s'y tiendrait plus à l'aise que l'autre. D'autre part, je crois que lorsque l'on constate la présence d'un bon testicule en bonne place, à côté d'un testicule douteux et ectopique, il faut y regarder à deux fois avant de placer la bonne glande à la mauvaise place, et la mauvaise glande du côté opposé.

Cette disposition nouvelle en X des deux glandes séminales peut n'être pas sans danger pour leur vitalité, ne serait-ce qu'en les exposant à une torsion du cordon.

Quant à l'observation de M. Villard, elle est tout à fait juste. L'obstacle à la descente du testicule ectopique, c'est le péritoine surtout. Dans une thèse que j'ai fait faire sur l'ectopie du testicule, j'ai préconisé, après la libération et le retournement de la portion sus-vaginale du canal vagino-péritonéal, d'utiliser ce plan fibro-séreux pour fixer aux piliers du canal inguinal fermé et aux tuniques fibreuses du scrotum les éléments du cordon, depuis le pôle supérieur du testicule jusqu'à l'orifice inguinal externe, sans me préoccuper de fixer la glande elle-même et sans avoir à toucher aux éléments nobles du

cordon. C'est le procédé que j'emploie couramment et, jusqu'à présent, il m'a semblé que j'avais obtenu une descente suffisante du testicule sans tendance à sa réascension ultérieure.

* * *

RÉCIDIVE CRANIENNE D'UN CANCER DU SEIN. PERFORATION
DU CRANE MÉCONNUE A LA RADIOGRAPHIE.

M. GOULLIOND présente une femme âgée de 40 ans, opérée il y a trois ans dans son service, par M. Giuliani, pour un cancer du sein droit (24 mars 1910). L'ablation du sein avait été complétée par le curage de l'aisselle et l'ablation du grand pectoral.

Cette malade est revenue à l'hôpital Saint-Joseph le 3 juin dernier, pour une tuméfaction de la région sincipitale. Le D^r Thiers, son médecin, crut d'abord à une loupe, mais bientôt il se méfiait de la nature de cette tuméfaction, faisait une ponction exploratrice et envoyait sans retard la malade à l'hôpital. Cette femme souffrait déjà de douleurs vives.

La tumeur bombe sur le crâne, mais elle est plus étalée qu'une loupe ; la saillie qu'elle forme a un diamètre transversal de 9 cm. 1/2 et un diamètre de 10 cm. 1/2 dans le sens antéro-postérieur.

Elle est manifestement adhérente aux plans profonds et nullement mobile. La peau ne glisse pas sur la tumeur, mais elle ne paraît adhérente que sur une moindre étendue. Elle a la consistance d'une tumeur solide, peu ou pas de sensibilité à la pression. Le diagnostic de récurrence dans le squelette du crâne ne paraît pas douteux.

La radiographie du crâne, prise de profil par M. Arcelin, est très nette : elle montre que la table externe est érodée superficiellement au niveau de la tumeur et la ligne de son contour est irrégulière. La table interne paraît au contraire intacte : au niveau de la tumeur, c'est la même ligne qui se continue en bas et en haut.

C'est à peine si l'on trouve, dans la région atteinte, une légère ombre qui peut être attribuée à la présence de la tumeur superficielle. Les bords de la tumeur sont assez nets pour qu'on

n'ait pas l'impression d'une infiltration diffuse, mais au contraire celle d'une tumeur à limites bien précises.

L'examen de la malade montre que sa cicatrice opératoire est parfaite : pas le moindre ganglion axillaire ou sus-claviculaire.

Rien à l'auscultation : la radioscopie montre une transparence absolument normale de la cage thoracique.

Aucun autre foyer de récurrence.

Quant à la lésion crânienne, elle n'a influencé aucun des organes des sens. L'examen du fond de l'œil, pratiqué par M. Jaqueau, n'a pas montré d'œdème papillaire.

M. Goullioud a donc l'intention d'opérer cette malade en faisant une large craniectomie, mais il serait très heureux d'avoir, avant, l'avis de quelques membres de la Société, car il faudra faire une large brèche au crâne et il ne voudrait faire ni une opération trop grave ni une opération reconnue d'avance inutile.

M. DURAND. — Trois thérapeutiques peuvent être discutées :

1° L'abstention pure et simple appuyée sur le fait que nous sommes en présence d'une importante métastase néoplasique.

2° L'ablation de la tumeur, parties molles, avec rugination de la table externe osseuse altérée. Thérapeutique peu séduisante, que j'ai été obligé, il y a quelques mois, de mettre en pratique chez un de mes malades : je lui avais enlevé, trois ans auparavant, un épithélioma de la peau de la jambe : peu avant son entrée dans le service, l'épithélioma avait donné une récurrence locale de faible étendue. Longtemps avant cette récurrence était apparue, dans le cuir chevelu, une masse métastatique ressemblant à celle qui nous est présentée, mais occupant une surface au moins double. Il ne pouvait s'agir de faire une résection crânienne osseuse sur une pareille étendue, car la peau devait être sacrifiée et la dure-mère fût restée à nu sur une trop grande surface, les deux tiers au moins du cuir chevelu. Comme le malade voulait absolument être opéré, je dus intervenir bien malgré moi. Je ne puis, ici, conseiller cette opération.

3° Ablation de la tumeur et de la zone osseuse du crâne qui lui sert de support.

Ce n'est point là une opération téméraire et c'est à cette ligne de conduite que je me rattache.

En effet, il n'y a pas d'autre métastase apparente et nous ne trouvons pas de récurrence locale. L'état général est bon. On a le droit, par conséquent, de tenter une intervention.

Celle-ci n'offre ni difficulté ni grand danger, puisque la table interne

du crâne est saine, de par la radiographie. On sera donc amené à faire une craniectomie de largeur importante, mais non excessive et sans difficulté du côté de la profondeur, puisque la dure-mère dénudée restera intacte. Pour moi, qui ne trouve pas cette opération téméraire, c'est celle-ci que j'adopterais, sans me faire illusion, bien entendu, sur la possibilité d'autres métastases.

M. BÉRARD. — En raison des dangers de l'opération sanglante, si la malade n'est pas très pressée par le temps, est-ce que M. Goullioud ne voudrait pas essayer de la radiothérapie? Chez un de mes malades, porteur d'un épithélioma du pavillon de l'oreille, j'avais été obligé, il y a trois ans, de faire une opération très large, en enlevant le muscle temporal et une partie de l'écaille temporale envahie. Il y avait des ganglions carotidiens et parotidiens que j'extirpai en évitant la loge parotidienne; il restait néanmoins des bourgeons néoplasiques dans l'oreille moyenne et j'avais l'impression que je n'avais pas tout enlevé. Ce malade est revenu au bout d'un an, après quelques séances complémentaires de radiothérapie; à ce moment on voyait, dans le fond de sa plaie, la dure-mère battre sous des bourgeons épithéliomateux avec de petits séquestres osseux que j'ai extirpés. Nouvelles séances de radiothérapie. Cet homme est dans mon service à nouveau depuis quatre mois; on lui a refait encore de la radiothérapie et sa plaie s'est réduite de moitié; elle s'est asséchée et le malade paraît dans des conditions générales bien meilleures. Ce n'est pas une guérison radicale, mais en tout cas la situation n'a pas empiré et trois ans se sont écoulés depuis la première intervention.

*
* *

RÉSECTION PARTIELLE DU BORD INFÉRIEUR
DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE SANS INTERRUPTION DE L'OS.

M. DURAND. — La pièce que je vous présente n'a d'autre prétention que d'appeler votre intérêt sur un point de technique. Quand on est amené à pratiquer l'ablation de ganglions cancéreux sous-maxillaires adhérents à la mâchoire sur une zone peu étendue, on se propose de réséquer en même temps que l'adénopathie la portion d'os adhérente et envahie. La dureté de l'os et la difficulté de l'attaquer utilement par nos instruments ordinaires, ciseau et maillet, scies, pince-gouge, rendent difficile la réalisation de ce temps opératoire.

M. Vallas vous a montré que la fraise cranienne de De Martel

permettait très facilement cette opération. La pièce que je vous présente a été très facilement obtenue par ce procédé.

Il s'agit d'un malade opéré dans une petite ville voisine, il y a quelques mois, pour un épithélioma de la lèvre inférieure. On enleva la tumeur d'un coup de ciseau, mais on se garda bien, comme il arrive trop souvent, de toucher aux ganglions.

A l'entrée dans mon service de l'Hôtel-Dieu, je trouvai une assez grosse adénopathie sous-maxillaire, portant surtout, détail intéressant, sur les ganglions sus-hyoïdiens médians. Ceux-ci adhéraient à la mâchoire.

Opération. — Curage soigneux de la loge sous-maxillaire et du carrefour carotidien. L'ensemble de ces organes est élevé d'un bloc de dehors en dedans jusqu'aux ganglions médians, qui sont disséqués de partout, sauf de leur adhérence osseuse.

Prenant alors la fraise de De Martel, je contourne la zone adhérente, de sorte que la portion d'os envahie reste dans la masse ganglionnaire et tombe avec elle. Ce temps osseux est ainsi d'une extrême simplicité, se termine sans effort, malgré l'extrême dureté de la mâchoire, qui ne se laisse que lentement attaquer par la fraise.

Le de Martel permet donc des résections partielles de la mâchoire inférieure, sans interruption de l'os, avec une grande facilité. Il m'a paru que ce point de technique n'était pas sans intérêt.

* * *

LUXATION MÉDIO-CARPIENNE EN AVANT PATHOLOGIQUE.

MM. DESTOT et JAPIOT présentent l'observation d'un jeune homme de 18 ans qui, au point de vue clinique, répond à l'éternel problème des rapports de la tuberculose et du traumatisme. Il raconte, en effet, qu'au mois de mars 1912, il fit une chute sur le poignet gauche, mais sans gravité, puisqu'il continua son travail et quelques jours après, en poussant une caisse de bouteilles, il ressentit une vive douleur à la suite d'un arrêt brusque de la caisse. Le poignet gonflé, douloureux, fut immobilisé, mais malgré tous les soins il resta globuleux et déformé, la main en subluxation antérieure. C'est dans ces conditions qu'il fut adressé à M. Japiot, qui le radiographia.

La lecture des clichés est assez délicate. De face, on voit que la première rangée a basculé. Le semi-lunaire est dans l'ombre du grand os et le scaphoïde globulisé et déformé transparent à travers l'apophyse styloïde du radius. De plus, et c'est là le fait capital, on voit que le grand os est pommelé, qu'il y a des vides dans les articulations carpo-métacarpiennes et des différences de densité par places.

De profil : le semi-lunaire est basculé en arrière sur le corps du grand os, mais sa corne antérieure n'est pas passée sur la face dorsale. Le scaphoïde est complètement horizontal et perpendiculaire à l'axe de l'avant-bras ; mais son bord est intact et il ne présente aucune trace de fracture, sa forme en haricot est nette. J'insiste sur ce point, car cette lecture n'est pas facile et M. Durand avait pensé qu'il pouvait être cassé.

Les signes radiographiques que je viens d'indiquer permettent de conclure à une subluxation pathologique de la seconde rangée en avant ; c'est d'ailleurs la forme typique que l'on voit soit dans les arthropathies nerveuses, soit dans les arthrites qui détruisent les moyens d'union du massif carpien. La raison en est simple, c'est la prédominance des fléchisseurs sur les extenseurs qui entraîne cette déformation. Le 16 janvier 1913, MM. Goullioud et Arcelin ont présenté à la Société de Chirurgie une observation comparable à celle-ci, du moins en tant que déformation et radiographie, car l'origine n'était pas la même.

J'ai été un peu surpris de voir de quelle façon le compte rendu de la Société avait été donné. M. Goullioud avait présenté la malade avec radiographies et décalques. Il déclarait n'être pas bien fixé sur l'origine de la lésion : un traumatisme insignifiant, un passé génital, étaient les seuls faits relevés, mais il tendait à l'assimiler à une luxation célèbre, traumatique celle-là, qu'il a présentée il y a quelques années et qui est, à mon avis, le premier cas de luxation médiocarpienne en avant. D'autre part, l'interprétation radiographique m'avait paru fautive et j'avais insisté sur la comparaison entre les épreuves et leurs décalques. Dans ces derniers, M. Arcelin avait cru bon de simuler la fracture de la base du scaphoïde par une ligne dentelée que je ne retrouvais pas sur les épreuves, et qu'on ne retrouve pas d'ailleurs dans le compte rendu.

Cette fracture de la base du scaphoïde, que M. Durand croyait retrouver dans notre cas, a une certaine importance, car il s'agit de préciser le rôle du traumatisme dans la lésion observée, et il est bien évident qu'une fracture constatée implique un traumatisme grave, alors qu'une faible entorse peut être envisagée non comme la cause, mais comme l'effet d'une tuberculose au début et l'on sait combien les malades ont de tendance à rapporter leur lésion à un trauma.

Cette question très délicate a été traitée dans un rapport au Congrès de Chirurgie par M. Jeanbrau, et dans une étude de M. Sarret. En pratique, la jurisprudence de la cour de cassation ne tient pas compte de l'état antérieur et l'on doit considérer seulement la valeur économique du blessé, qui bénéficie de la loi forfaitaire de 1898.

La radiographie permet dans notre cas d'affirmer l'origine tuberculeuse de la subluxation pathologique, il existe d'ailleurs un ganglion dans l'aisselle. Cette subluxation pathologique de la première rangée sur la seconde, ou, si l'on veut, cette subluxation en avant de la seconde rangée se rencontre non seulement dans les arthropathies nerveuses ou tuberculeuses, mais dans certains traumatismes, et M. Durand et moi-même avons présenté des cas de fracture de l'extrémité inférieure du radius anciennes, dans lesquelles la compensation du dos de fourchette mal réduit se faisait par une subluxation entre les deux rangées des os du carpe.

M. GOULLIQUÉ. — Ma communication a peut-être manqué de précision et de clarté, et le fait de présenter d'abord mon observation antérieure de luxation traumatique du poignet, avant ma deuxième observation, a pu laisser supposer que mon second cas était traumatique comme le premier. Nous avons dans les deux cas une luxation en avant de la tête du grand os, avec fracture du scaphoïde dans le premier cas, simple luxation dans le second; mais nous n'avons jamais considéré, M. Arcelin et moi, que notre second cas fût une lésion traumatique, car il n'y avait pas eu de traumatisme; nous avons simplement, en étudiant l'étiologie, signalé un effort insignifiant fait par la malade, signalé plus longuement une arthrite de grossesse concordant avec une poussée analogue sur le genou, signalé aussi l'absence d'antécédents syphilitiques.

Suivant le désir exprimé par un membre de la Société de Chirurgie, nous avons fait faire un examen médical du système nerveux de la malade. Cet examen, fait par M. Thévenet, nous a permis de donner

à la rédaction de notre observation plus de précision qu'à notre présentation, mais ni avant les remarques de M. Destot, ni après, nous n'avons cru à une origine traumatique.

M. DESTOT. — Je regrette de ne pas être d'accord avec M. Goullioud.

M. Goullioud avait été très hésitant : le traumatisme insignifiant, les pertes blanches de la femme surtout avaient attiré son attention.

Mes observations et celle de M. Tavernier concluait à une arthropathie nerveuse à laquelle on n'avait pas songé : M. Goullioud n'en avait pas parlé. L'examen et la note de M. Thévenet n'ont pas été présentés à la Société et cependant figurent dans le compte rendu.

Peu importe, le point important est que M. Arcelin a fait des décalques ou croyant à une fracture de la base du scaphoïde et qu'il a indiqué, par une ligne dentelée, ce qu'il croyait être la fracture. J'ai fait remarquer la différence entre les épreuves et leurs décalques. Ce point servait de base à mon argumentation ; la dentelure impliquant la fracture, et, je répète que ce point est important puisque dans notre cas M. Durand avait cru retrouver cette fracture de la base du scaphoïde. Cette dentelure ne se retrouva pas sur les figures du compte rendu.

Enfin, à propos de ce cas, M. Goullioud a demandé si l'on connaissait d'autres cas de luxations médio-carpiennes traumatiques en avant et j'ai cité le cas de l'officier aviateur que j'avais vu au Val-de-Grâce.

Séance du 19 juin 1913

Présidence de M. A. POLLOSSON

RÉCIDIVE CRANIENNE D'UN CANCER DU SEIN.

M. GOULLIoud présente la pièce enlevée par une large craniectomie. Le fragment osseux présente en effet 11 cent. 1/2 de long sur 10 centimètres de large.

La pièce est formée par les couches suivantes :

Le cuir chevelu, réséqué sur une étendue moindre ;

La tumeur avec une collerette de tissu osseux sain ;

La dure-mère n'a pas été ouverte.

Mais ce qu'il y a de curieux, c'est que la tumeur était perforante et qu'elle formait dans l'intérieur du crâne une saillie équivalente à peu près à la saillie qui existait au dehors.

En arrière même le néoplasme s'était infiltré entre l'os et la dure-mère, en dépassant les limites de la tumeur extérieure et aussi les limites de la craniectomie. Elle adhère faiblement à la dure-mère.

La tumeur est de consistance faible, avec des particules osseuses répandues dans son épaisseur et perceptibles à la palpation.

Malheureusement, cette craniectomie, qui paraissait ne devoir pas mettre en danger la vie de la malade, a été suivie de mort. Celle-ci est survenue à la fin même de l'intervention ; elle paraît devoir être surtout attribuée à la perte de sang ; il y eut de suite un abondant écoulement de sang sur toute l'étendue de la plaie, peut-être l'hémostase n'a-t-elle pas été assez prompte à ce moment.

L'hémorragie se continua à la surface même de l'os, spécialement au niveau des bords de la tumeur, comme par de petites perforations de la couche externe de l'os. L'exérèse fut faite

avec l'instrumentation de Doyen et certainement celle de De Martel eût, en gagnant du temps, permis peut-être de sauver la malade. Cependant, elle avait très rapidement anémiée. Il semble que cette anémie a joué un rôle plus important que la décompression brusque du cerveau.

Le fait capital à signaler est celui de l'erreur d'interprétation due à une excellente radiographie de profil. Malgré une large perforation de 8 centimètres environ, la table interne ne montrait aucune solution de continuité, par suite sans doute de la projection de la table interne des parties avoisinantes.

Il aurait fallu, pour déceler cette perforation, une radiographie faite sur un plan perpendiculaire.

Bref, ici comme partout, il faut, pour bien apprécier l'état du squelette, la radiographie de profil et la radiographie de face.

M. BÉRARD. — Même en admettant qu'il s'agit d'une tumeur non perforante du crâne, ce que nous supposons tous d'après l'aspect de la radiographie, j'avais fait toutes réserves dans la dernière séance sur les dangers d'une opération sanglante, et j'avais opiné plutôt en faveur de la radiothérapie préalable, car je me souvenais d'être intervenu autrefois avec M. Poncet sur un sarcome périostique externe de la région occipitale, de même consistance et de dimensions analogues. Or, malgré une hémostase minutieuse, faite au fur et à mesure de l'incision des parties molles, nous avons eu pendant et de suite après l'ablation de la tumeur, une hémorragie formidable, qui avait failli emporter le malade.

M. DURAND. — Lorsque, dans notre dernière séance, je me suis rallié à l'idée d'une intervention large, pour cette malade, je me basais surtout, pour considérer cette intervention comme facile et bénigne, sur les renseignements de la radiographie. Or, la radiographie nous a trompés en nous faisant croire que la dure-mère était intacte. Je m'appuyais, comme je vous l'ai dit, sur un fait récent de ma pratique. Je suis intervenu chez un malade porteur d'une tumeur deux fois volumineuse comme celle que présentait M. Goullioud. Il s'agissait d'une récurrence par métastase d'un épithélioma de la peau de la jambe. Or, je constatai qu'il n'y avait presque pas de lésion osseuse. Le fait était tellement encourageant que le cas de M. Goullioud m'avait paru devoir participer de la même thérapeutique.

M. Goullioud nous dit n'avoir pas été satisfait du lien élastique placé autour du crâne; je dois dire que les résultats donnés par ce lien sont véritablement discordants : tantôt on obtient une hémostase parfaite et une opération absolument à blanc, tantôt, au contraire, probable-

ment par suite d'une circulation trop richement anastomotique entre l'os et les parties molles, on a des hémorragies aussi considérables que si on n'avait pas de lien élastique. Je ne suis donc pas étonné que M. Goullioud ait eu à lutter contre l'hémorragie, malgré l'application de ce lien.

En pareil cas, il faut disposer d'une instrumentation permettant de faire vite l'ablation osseuse, et je ne saurais trop louer sur ce point les mérites de l'appareil de De Martel, puis faire l'hémostase des parties molles, ce qui n'est pas trop difficile en général, et de l'os, ce qui est souvent plus pénible.

M. DESTOT. — L'erreur de la radiographie est facile à expliquer dans ce cas : les bords se projettent les uns sur les autres et leurs courbes juxtaposées donnent une ligne d'ombre qui paraît continue ; il aurait fallu mettre la tumeur directement sur la plaque et, pour cela, faire placer la malade pour la radiographie dans une position véritablement impossible, il aurait fallu la suspendre par les pieds.

J'ai vu un cas semblable, dans lequel une loupe dégénérée avait rongé les deux tables du crâne et chez lequel on n'aurait jamais dit, d'après le cliché radiographique, qu'il existait une perforation ; il y avait cependant une perforation large comme la paume de la main.

M. GANGOLPHE. — J'ai opéré récemment une tuberculose perforante du crâne de la région pariétale. La radiographie n'avait pas montré de perforation crânienne ; or, en faisant l'opération, j'ai trouvé un trou de la dimension d'une pièce de 1 franc. L'explication donnée par M. Destot rend compte de l'absence de données fournies par la radiographie chez ma malade.

M. BÉRARD. — Les données de la radiographie en pareil cas sont souvent trompeuses ; sur les clichés, les perforations de la voûte crânienne, même larges, passent très bien inaperçues. C'est ce qui m'est arrivé l'an dernier chez une femme atteinte d'un épithélioma du sinus frontal. La tumeur, diffuse et très adhérente aux plans profonds, ne semblait pourtant pas avoir forcé la paroi osseuse interne. Après deux séances de radiothérapie intensive, pratiquées par MM. Regaud et Nogier, la masse néoplasique s'élimina par sphacèle ; et nous découvrimmes sous elle une perforation osseuse et dure-mérienne, large comme une pièce de 5 francs, à travers laquelle s'écoulait le liquide céphalo-rachidien : cette femme survécut pourtant encore trois semaines, malgré l'infection de ses espaces méningés.

M. DESTOT. — Dans le même ordre d'idées, comme indication un peu spéciale, j'ai vu une perforation du crâne par balle dans la région temporale : le malade avait été vu par M. Girard, de Genève, et on avait envoyé ce malade à la radiographie pour savoir si oui ou non il

était resté des fragments de balle, Chose curieuse, sur la radiographie on voyait une tache sombre se découper très nettement dans la région temporale; or, cette tache varia de valeur avec deux radiographies successives. J'eus l'idée de mettre un papier d'étain très mince sur la tache; or, j'ai aperçu mon papier à travers la tumeur, d'où j'ai pu conclure que cette tache sombre n'était pas celle du crâne. En effet, M. Girard, qui a opéré cette malade, a trouvé un kyste du cerveau faisant hernie, il l'a extirpé et on a trouvé nettement une perforation.

Lorsqu'on demande des renseignements à la radiographie il faut donc être extrêmement prudent dans leur appréciation.

*
* *

SUR LA PHYSIOLOGIE DE L'ILÉO-SIGMOÏDOSTOMIE PAR IMPLANTATION DANS LA STASE CÆCALE ET SUR L'ANTI-PÉRISTALTISME DU GROS INTESTIN.

M. R. LERICHE. — La discussion actuellement en cours à la *Société de Chirurgie de Paris* sur la typhlo-sigmoïdostomie et la stase cæcale m'engage à vous présenter un malade très intéressant au point de vue de la physiologie normale et pathologique des anastomoses intestinales.

Chez cet homme, j'ai pratiqué, il y a un an, pour une stase cæcale, avec péricolite ascendante, rétraction scléreuse du côlon descendant et péricolite descendante, une implantation termino-latérale sigmoïdienne. Les suites de l'opération furent simples, mais au bout de quelques semaines, le malade se plaignit de coliques violentes naissant dans la fosse iliaque droite et remontant vers l'épigastre, en suivant le flanc droit. Elles s'accompagnaient de ballonnement et ne se terminaient par des émissions de gaz qu'après piquûre de morphine. Je ré-intervins donc en janvier 1913 et je trouvais le cæcum très distendu par un énorme fécalome de vieilles matières dures. L'anastomose fonctionnait bien, mais le cæcum ne pouvait expulser son contenu, quelque effort qu'il fût. Je sortis le cæcum par une incision latérale et, quarante-huit heures après, sa taille donna issue à une grande quantité de matières noires, dures, sans odeur, certainement de vieille date et séjournant là depuis l'exclusion que j'avais faite. Ce malade fut très soulagé, mais, peu après, il eut la surprise de voir ressortir par sa plaie

cæcale tantôt des matières normales, tantôt des lavements ; les matières descendues de l'iléon dans l'S iliaque remontaient à contre-courant par le côlon descendant (difficilement perméable cependant aux gaz cheminant dans le sens normal et arrivaient jusqu'au cæcum.

Depuis lors, cet état a persisté. Aussi vais-je prochainement pratiquer une résection cæco-colique pour mettre fin à tous ces ennuis (1).

En somme, chez ce malade, on a pu observer deux inconvénients de l'exclusion :

1° La rétention douloureuse de matières dans le cæcum exclu : de temps à autre, le cæcum cherchait à les expulser, sans y parvenir, le côlon descendant étant trop rétréci pour les laisser passer, alors qu'il était perméable aux gaz à contre-courant.

2° L'antipéristaltisme du côlon faisant que les matières déversées dans l'S iliaque pouvaient remonter jusqu'au cæcum, malgré les faibles dimensions d'un côlon descendant rétréci dans toute sa longueur.

Aussi me semble-t-il que dans des cas de ce genre, je n'envisagerai dans l'avenir l'iléo-sigmoïdostomie que comme le premier temps d'une résection colique.

M. BÉRARD. — Est-ce que M. Leriche a trouvé des matières dans la terminaison de l'iléon lorsqu'il a opéré pour la deuxième fois ?

M. LERICHE. — Non, car je sectionne toujours l'iléon très près du cæcum, de façon à ne pas laisser un cul-de-sac où les liquides iléaux peuvent s'accumuler, comme dans le cas de Leclerc, rapporté ici autrefois par M. Bérard.

M. BÉRARD. — Je posais cette question à M. Leriche simplement pour lui demander si, dans le cas où il y aurait une distension du bout iléal, il ne croirait plus utile, dans l'avenir, de faire une simple anastomose latéro-latérale iléo-sigmoïdienne et non une exclusion vraie,

(1) Le 23 juin, sous anesthésie rachidienne j'ai enlevé le cæcum, le côlon ascendant et une partie du transverse. Le malade a guéri sans incident et il paraît avoir retiré de cette opération radicale un réel bénéfice ; toutefois il souffre encore à gauche et je me demande s'il ne faudra pas réséquer également le côlon descendant pour amener une guérison complète.

car celle-ci coupe toute voie de retour, en cas de reflux antipéristaltique des matières dans le côlon.

M. LERICHE. — C'est ce qu'on pourrait faire évidemment, secondairement, s'il y avait dilatation du bout iléal, mais je ne sais pas si cela donnerait pleine satisfaction. Les observations de double anastomose ne semblent pas très favorables, et Monprofit, qui a proposé autrefois une double implantation, a abandonné sa méthode parce qu'inutile. D'ailleurs, il faut bien déclarer que dans le mécanisme physiologique des anastomoses intestinales il y a encore beaucoup d'inconnues.

Il y a quelques années, un chirurgien allemand a présenté un malade qui, après avoir été opéré plusieurs fois, avait vu se réaliser sur lui-même une sorte de mouvement fécal perpétuel. A l'époque, cela parut une haute fantaisie. Il me semble qu'aujourd'hui cela ne surprendrait plus personne. En tout cas, ces cas ne laissent pas que d'être embarrassants, car ils montrent que l'iléo-sigmoïdostomie termino-latérale n'est pas l'opération parfaite dans ses suites que l'on a dite. Quant à faire une anastomose pure et simple, il me semble que cela donnerait encore moins de satisfaction. Je préférerais la résection de tout le côlon.

M. DESTOT. — Il serait utile d'avoir des renseignements précis sur l'examen radioscopique. Je crois, en effet, que la physiologie intestinale faite aux rayons X demande à être suivie naturellement sans purgatif ni excitant. Après un séjour souvent prolongé dans le cæcum, cette caisse d'épargne stercorale, on voit d'un seul coup les matières poussées très rapidement et arriver à l'S iliaque en un seul coup, avec une rapidité considérable ; dans d'autres cas, la progression se fait par une sorte de vis a tergo, il y a une espèce de garde-manger dans la fosse iliaque droite, puis, progressivement, il se produit une grande poussée et on voit progresser les matières dans le côlon transverse.

Il y a à cet égard des recherches physiologiques à poursuivre de longue haleine ; il m'est arrivé souvent de voir des gens, pendant trois ou quatre jours, qui allaient à la selle tous les jours par regorgement, c'est-à-dire qui, dans leurs selles quotidiennes, rendaient la nourriture qu'ils avaient prise trois ou quatre jours auparavant.

La valvule de Bauhin s'oppose normalement au retour des matières en arrière, mais quand elle est forcée, comme la contracture péristaltique n'aboutit pas à fermer complètement la lumière de l'intestin, la pression fait refluer les matières dans les deux sens et les chirurgiens sont souvent fort embarrassés pour savoir dans quel sens se fait le cours des matières. La chirurgie a un gros intérêt à connaître la physiologie exacte du gros intestin, qui rappelle des études radiographiques de longue haleine.

M. LERICHE. — Je n'ai voulu poser ici qu'une question de thérapeu-

tique chirurgicale et non un problème de pathologie intestinale. Aussi ai-je passé brièvement sur tout ce qui a trait à l'étude clinique de ce malade : après enquête clinique et radioscopique approfondie, M. Devic, qui avait bien voulu me confier ce malade, avait conclu à un obstacle probable du gros intestin, au niveau de l'angle gauche et je ne crois pas qu'on aurait pu préciser plus.

Quant à l'étude de la physiologie du gros intestin, mon observation est justement là pour en montrer la nécessité.

M. PATÉL. — Le reflux des matières dans le gros intestin, après exclusion unilatérale, est un fait très fréquent, contrairement à ce que l'on a pu penser ; j'ai eu l'occasion de le vérifier encore hier. Il s'agissait de la malade que j'ai présentée à la dernière séance, guérie d'une péritonite généralisée pour arrêter l'écoulement des matières par la fistule intestinale : j'avais fait une exclusion unilatérale du gros intestin. Hier j'ai pratiqué le troisième temps définitif et j'ai enlevé tout le segment inférieur de l'intestin grêle. Or, déjà pendant la convalescence de cette femme, on voyait les matières sortir par la fistule stercorale, alors qu'on n'aurait pas dû, théoriquement, les voir. Pendant l'opération, j'ai constaté que le cæcum était plein de matières liquides ; de plus, la valvule avait été forcée et la portion d'intestin, qui s'étendait depuis la valvule jusqu'au niveau de la suture, était remplie de matières fécales, si bien que dans ce dédale intestinal je me demandais si j'avais eu affaire au bout exclu ou à celui qui allait directement dans l'S iliaque. Le fait n'est pas douteux, le reflux se produit par progression en sens inverse des matières, depuis l'S iliaque jusqu'au cæcum et au-delà.

M. TIXIER. — A propos de ces résultats aléatoires des différents types d'anastomose intestinale, je puis vous rappeler l'histoire de cette malade que je vous ai dernièrement présentée comme ayant été atteinte d'un mégacolon acquis d'origine gynécologique. Dans une première opération j'avais exécuté une simple anastomose latéro-latérale iléo-sigmoïdienne : le résultat fut mauvais, puisque quelques mois après on dut d'urgence lui pratiquer un anus contre-nature cæcal. En dernier lieu j'ai sectionné l'iléon, fermé le bout cæcal et implanté le bout central dans l'S iliaque. Malgré la fermeture de l'anus cæcal tout semble devoir bien fonctionner.

Ce serait donc un cas qui va à l'encontre de l'opinion de ceux qui prétendent que l'anastomose latérale iléo-sigmoïdienne est la meilleure opération, mais on doit simplement en conclure que dans cette technique rien n'est absolu.

DÉCHIRURE LONGITUDINALE DE LA VEINE FÉMORALE AU
COURS DE L'ABLATION D'UN GROS SARCOME DE LA GAINE
DES VAISSEAUX. SUTURE DE LA FÉMORALE. GUÉRISON
SANS INCIDENT.

M. TIXIER. — Cet homme a été opéré par moi le 20 mai 1913. Voici l'énorme sarcome que je lui ai extirpé de son triangle de Scarpa. Cette tumeur s'était rapidement développée et lors de son entrée dans mes salles elle avait le volume d'une tête de fœtus. Elle distendait les tissus de la racine de la cuisse et commençait à déterminer quelques troubles légers de circulation : fourmillements, œdème de la cheville. Sachant par expérience que souvent ces tumeurs sont facilement enlevables, j'en décidais l'ablation.

Grande incision verticale descendant de l'arcade de Fallope au milieu de la cuisse. Ligature de la saphène et recherche des vaisseaux fémoraux, qui étaient intimement unis au néoplasme. Lentement, progressivement, de bas en haut, j'isolais la tumeur et arrivais à la soulever jusqu'au niveau de l'anneau crural, sans difficulté notable. A ce moment, l'opération était finie lorsque par une traction intempestive j'arrachais de la veine fémorale une collatérale anormalement développée. Hémorragie veineuse bouillonnante que j'arrêtai par une pince placée parallèlement à la veine béante. Il existait une plaie longitudinale de la veine d'une longueur de 2 centimètres et demi au moins. Rapidement, je terminais l'ablation de la tumeur.

Puis, muni des aiguilles appropriées de Carrel, je fermais soigneusement, par deux surjets superposés, la plaie veineuse. Pour faciliter cette suture, j'avais momentanément placé une ligature ou-dessous de la plaie : ligature d'attente au catgut. L'oblitération de la plaie vasculaire fut rapidement exécutée : deux fois, malheureusement, je brisais mon fil de soie au moment où, le surjet terminé, j'exécutais le nœud terminal. C'est un détail sur lequel il est bon d'insister : le fil résiste à la traction du surjet, mais se brise aisément lorsqu'on exécute le nœud fixateur terminal.

Je desserrais ensuite ma ligature sous-jacente d'attente : la suture fut immédiatement étanche. Par précaution je laissais cependant, pendant 48 heures, les deux extrémités au fil de catgut de ligature sortir hors du pansement. A la moindre alerte, il eût suffi d'étreindre dans cette ligature la veine fémorale.

Le reste de la plaie hémostasiée est suturée à l'ordinaire, le membre inférieur du malade fut immobilisé dans une grande gouttière. Il n'y eut aucune suite opératoire digne de vous être signalée. Cet homme se lève et marche depuis plusieurs jours, il va quitter demain mon service. Il n'a jamais présenté le moindre œdème malléolaire : il a cependant 55 ans.

Voici donc une suture vasculaire qui a été très simple dans son exécution comme dans ses conséquences. Je sais bien qu'elle était facile, parce qu'elle a porté sur un gros vaisseau, la veine fémorale, parce qu'il s'agissait d'une plaie longitudinale. Il est cependant bon de signaler ces cas et de montrer qu'en présence d'une plaie vasculaire de près de 3 centimètres de longueur, un chirurgien quelconque peut aisément, au lieu d'une ligature banale, conserver la continuité du vaisseau par une suture aisément exécutée.

Ce gros sarcome était télangiectasique et, point intéressant, il présentait un véritable pédicule d'insertion à la branche montante du pubis entre les fibres dissociées du pectiné.

COLLUM FLEXUM DES ADOLESCENTS.

M. GANGOLPHE. — Les faits se présentent parfois en séries.

C'est ainsi qu'après vous avoir montré, dans le courant d'avril, un cas absolument typique de collum flexum, je puis vous en présenter aujourd'hui un autre, tout aussi remarquable.

OBSERVATION. — Le 12 juin dernier, je vis à mon cabinet un jeune garçon de 16 ans et demi, marchant avec peine et qui m'était adressé comme atteint de coxalgie.

A vrai dire, son aspect général n'était pas très florissant, et, au premier abord, le récit sommaire du début de l'affection n'éveilla pas

très spécialement mon attention ; mais, lorsqu'il fut déshabillé, étendu sur mon lit d'examen, les deux mêmes symptômes qui m'avaient frappé jadis, dans des cas de *collum flexum*, apparurent avec une telle netteté, que ce dernier diagnostic s'imposait. *Il n'existe pas la moindre trace d'ensellure, et le membre malade offrait un raccourcissement réel.*

Les radiographies ci-jointes ne permettaient pas la moindre hésitation, ainsi que vous pouvez le voir.

Permettez-moi, maintenant, de vous donner les détails de l'observation :

L'affection actuelle a débuté il y a six mois, sans qu'il y ait eu d'état infectieux ou de traumatisme, sans cause pathologique apparente, mais une circonstance a frappé les parents au point qu'ils m'en informent et attirent mon attention sur ce détail. Tandis que, jusqu'alors, ce jeune garçon avait été de très petite taille, il se serait mis à grandir, tout à coup, avec une rapidité étonnante ; les débuts de la maladie ont tout à fait coïncidé avec cette poussée de croissance.

Ils ne peuvent me donner de mensurations, « mais disent qu'à « 13 ans, il avait 1 m. 48. A 14 ans, on l'aurait confondu avec des enfants de 9 à 10 ans » : cette taille était restée stationnaire jusqu'à il y a six mois. Ce sont des douleurs, une certaine gêne, surtout pour s'asseoir ; une sensation de fatigue, qui furent les premiers symptômes. Le matin, au moment du lever, les premiers pas étaient particulièrement pénibles ; l'enraidissement de la hanche gauche, les douleurs firent penser à du rhumatisme, puis à une coxalgie. Le sujet fut alors immobilisé au lit ; la température, prise très souvent, ne s'éleva jamais au-dessus de la normale.

Il n'existait pas de douleurs nocturnes. Il était possible au malade, de détacher le talon du lit, sauf à certains moments où il souffrait trop.

Sous l'influence de l'immobilisation, tous les symptômes s'amendèrent très vite, et le médecin traitant crut pouvoir autoriser la reprise de la marche.

Pendant deux mois, tout sembla aller assez bien, mais en mars dernier, il y eut une aggravation assez rapide ; la claudication, les douleurs s'accrochèrent ; il n'y eut cependant pas d'incidents particuliers ; soigneusement interrogé, le malade affirme qu'il n'y a eu aucun traumatisme.

L'état où je le trouve aujourd'hui est celui qu'il présente depuis environ deux mois. Le 12 juin, je note une attitude du membre inférieur gauche à peu près rectiligne ; l'abduction est à peine sensible ; il y a une éversion légère ; la rotule est dirigée un peu en dehors ; pas la moindre ensellure ; la mensuration, prise de l'épine iliaque antéro-supérieure à la malléole externe, indique un raccourcissement réel de 2 centimètres ; le trochanter gauche est remonté et plus saillant ; les tibias sont égaux.

Les mouvements de la hanche sont réduits. La cuisse qui est en extension parfaite ne peut être fléchie sans entraîner immédiatement le bassin.

L'abduction agit de même ; l'abduction est tout juste indiquée ; quant à la rotation de la tête du fémur, elle existe assez bien.

On ne perçoit qu'un épaissement osseux modéré dans la région du pli de l'aîne, environ 1 centimètre ; pas la moindre douleur nulle part, soit à la palpation, soit même dans la recherche des mouvements. Pas d'adénopathie au pli de l'aîne ou ailleurs. La marche s'effectue avec assez de solidité et la claudication paraît due au raccourcissement réel constaté.

Il existe une gêne très marquée pour s'asseoir : le sujet se renverse et cherche à caser sa jambe gauche au-dessous de la droite, en flexion marquée ; cette gêne et cette attitude sont moins typiques que je ne l'ai vu dans d'autres cas.

L'atrophie musculaire de la cuisse gauche est d'environ 1 centimètre et demi à 2 centimètres.

La taille est de 1 mètre 64 centimètres.

Aucune trace de rachitisme ; les glandes testiculaires, le corps thyroïde sont normaux. J'ajoute que le père du jeune homme était très grand ; sa mère est de taille moyenne. Trois frères ou sœurs en bonne santé. Pas de bacillose dans les antécédents.

Les radiographies que je fais passer sous vos yeux, prises par le Dr Arcelin, montrent avec la plus grande clarté l'inflexion d'un col fémoral gauche. L'épiphyse ne paraît pas avoir subi de déplacement bien appréciable ; il n'y a pas de signes de décollement. Grâce à une seconde radiographie, prise deux mois après la première, ces jours derniers, on s'aperçoit que la flexion du col s'est encore accentuée. On peut se demander si le col fémoral, du côté sain, n'a pas esquissé un peu de ramollissement.

Cette observation, dans laquelle je relève la plupart des signes que j'ai indiqués comme caractéristiques du collum flexum (absence d'ensellure et raccourcissement réel), n'a pas offert l'élément épisodique, la fracture, le décollement observés chez d'autres sujets. Il y a eu flexion progressive et il est permis de penser que, si la fracture ne s'est pas produite, c'est que le sujet s'est arrêté assez tôt, donnant ainsi le temps aux tissus osseux de se consolider.

Je me suis borné à prescrire le repos, sans aucun appareil, dans le but de traverser sans encombre cette période critique. Plus tard, je vous dirai ce que sont devenues les fonctions de la hanche malade.

* *

ENTORSE DU POIGNET. DIASTASIS SCAPHO-LUNAIRE.

M. LAROYENNE. — La présence de M. Destot m'engage à vous rapporter brièvement l'observation d'une entorse du poignet qui risqua d'être méconnue.

OBSERVATION. — Un jeune homme, employé dans une maison de banque, passe sa journée à empiler des dossiers dans les rayons haut placés d'un placard. Au cours de ce travail, ses deux mains en hyperextension font effort pour pousser avec la paume. Le soir, il ressent dans un des poignets une gêne et même une douleur telle à l'occasion des mouvements, qu'il est véritablement impotent de cette main. Lorsqu'il se présente à mon examen, je songe, en l'absence d'un traumatisme net, à une arthrite pathologique ; mais il n'existe aucun soupçon de tuberculose, aucune blennorrhagie. L'examen et la palpation du poignet ne montrent rien d'anormal. On immobilise la main en extension pendant une dizaine de jours. Au sortir du plâtre, le malade est radicalement guéri. La nature de la lésion et sa guérison nous semblent d'abord également énigmatiques. Nous montrons à ce moment à M. Destot deux radiographies du poignet malade où aucun déplacement ne nous avait frappés, mais il parvient à reconnaître et à nous faire voir sur la première des épreuves un écartement scapho-lunaire qui a disparu sur la seconde épreuve tirée après guérison.

On doit donc mettre sur le compte d'une entorse du poignet, telle qu'elle a été décrite dans la thèse de Gaulier, les troubles observés. Cette entorse s'est réduite par le maintien dans un appareil plâtré du poignet en extension.

Cette observation tire son intérêt pratique des difficultés du diagnostic qui tenaient surtout à ce que l'entorse n'avait pas succédé à un traumatisme véritable ou à une chute, mais seulement à un mouvement un peu vif plusieurs fois répété. Il est possible qu'une traction exercée sur la main en hyperextension ait réussi en une séance à amener la réduction et peut-être la guérison instantanée. Aussi l'entorse du poignet mérite, comme la pronation douloureuse, comme certaines subluxations sous-tragaliennes, de s'ajouter à la liste des lésions que J. Paget avait, dans une de ses cliniques, réunies sous le titre : Les affections que les rebouteurs guérissent, et dont le traitement est parfois plus aisé que le diagnostic.

M. DESTOT. — L'observation de M. Laroyenne est très intéressante : elle rentre dans le cadre des lésions fréquentes qui échappent au médecin et font la renommée des rebouteurs. Aussi ne les trouve-t-on pas décrites et quand on raconte ces histoires on est sûr d'être accueilli par un sourire à la fois ironique et sceptique. Dans la thèse de Gauthier, j'ai montré comment on pouvait, par la radiographie, déceler ces entorses scapho-lunaires, et j'ai publié un cas que j'avais vu avec Gallois. J'en ai vu un autre il y a quelques jours. Une bonne pousse un lit et sent subitement un craquement et une douleur dans son poignet, qui reste immobilisé. Les mouvements de flexion et d'extension sont impossibles ; bien plus, la pronation et la supination sont supprimées. Objectivement, on sent une saillie dans la tabatière anatomique. On tire sur la main, en refoulant la saillie de la tabatière, un craquement, la douleur disparaît comme par enchantement et le poignet devient libre. Le nerf a sauté, disent les rebouteurs ; en réalité, le scaphoïde a repris sa place.

Les observations publiées sont rares et cela se conçoit, ce ne sont pas des malades d'hôpital, et, je le répète, ils font la joie des rebouteurs.

Cependant j'ai vu, il y a quelques mois, dans la *Gazette des Hôpitaux*, une petite revue sur ce point. L'observation fondamentale est celle d'un sergent qui, en se suspendant aux barres parallèles, s'était fait une entorse scapho-lunaire, que l'on pouvait reproduire d'ailleurs en faisant un vrai poignet à ressort.

Le rôle du scaphoïde était parfaitement défini et on voyait et on sentait sauter cet os. Ce fait montre qu'il faut souvent une certaine laxité articulaire congénitale et que quelques personnes sublaxent leur scaphoïde comme d'autres sublaxent leur pouce ; mais cette laxité articulaire congénitale, qui favorise la sublaxation, ou l'entorse scapho-lunaire, n'est pas une condition essentielle, et si dans le poignet à ressort on peut l'invoquer, dans beaucoup d'entorses simples l'effort traumatique existe seul, et la sublaxation ne se reproduit pas.

Les caractères radiographiques de cette affection sont très simples. Tantôt l'espace scapho-lunaire est augmenté, le scaphoïde paraît globuleux, et de profil on voit qu'il est horizontal, perpendiculaire à l'axe de l'avant-bras. Tantôt, au contraire, il est couché sur le grand os et son ombre couvre celle du lunaire ; en même temps sa base s'est écartée du col du grand os et on voit un vide au niveau du col. Si le lunaire bascule en même temps, la tête du grand os prend l'aspect en damier. Sur le profil, outre l'horizontalité du scaphoïde, on voit l'aspect bigéminé du condyle carpien, la courbe du lunaire n'étant plus sur le même plan que la courbe de l'extrémité supérieure du scaphoïde.

Cette lésion si simple, si facile à guérir par un coup de pouce, est à rapprocher de la pronation forcée douloureuse décrite par M. Pollosson, mais il est beaucoup d'autres petites sublaxations, douloureuses, im-

mobilisantes, qui font la réputation des rebouteurs et que les médecins devraient mieux connaître.

Voici le tour de rein : essayez le massage, l'électrisation, les embrocations diverses, rien n'y fait ; un rebouteur arrive, plie brusquement en le retournant le blessé, un craquement et tout est guéri ; quelquefois c'est par une simple pression violente que la subluxation vertébrale guérit.

L'entorse du pied, la vraie entorse, n'est souvent qu'une subluxation sous-astragaliennne. J'en ai vu, j'en ai radiographé, j'en ai guéri par un simple mouvement forcé du pied. Là encore, le craquement est suivi de soulagement et de guérison immédiats.

Nous devrions mieux connaître ces questions, qui paraissent très simples. Il est désagréable pour un médecin de ne pas soulager un malade qu'un rebouteur guérit en un tourne-main. Si M. Tavernier était ici, il vous raconterait une histoire personnelle, où un rebouteur a guéri un malade de la famille que lui, médecin et chirurgien distingué, n'avait pas soulagé, et cela par une simple torsion du pied. D'ordinaire, quand on raconte de telles observations, les médecins se contentent de hausser les épaules, mais les malades se moquent des médecins ; les rebouteurs étendent leur renommée et il serait facile, avec un peu de soin et d'attention, d'acquérir la réputation d'un bon rhabilleur, que je m'étonne que mes confrères n'aient pas pris cette peine. Il est vrai qu'il est plus facile d'être sceptique et que ni les livres ni les maîtres n'enseignent ces petits détails pratiques.

M. LAROVENNE. — En parlant des entorses et des subluxations méconnues, M. Destot vient de mentionner la colonne vertébrale. On trouve, à ce sujet, dans le traité des maladies articulaires de Bonnet, une singulière histoire lyonnaise : Martin aîné guérissant brusquement Marc-Antoine Petit d'un lumbago (ou d'un pseudo-lumbago) par des massages forcés. Riedinger (1) a rapporté un cas de luxation vertébrale dans la région lombaire, qui avait été méconnu et qui se réduisit brusquement au cours de mouvements mécanothérapeutiques.

Séance du 26 juin 1913

Présidence de M. A. POLLOSSON

NÉOPLASME PÉNÉTRANT DU CRANE.

M. BÉRARD. — Je puis vous présenter aujourd'hui le malade atteint d'un épithélioma du pavillon de l'oreille, avec envahissement de l'écaïlle du temporal, auquel j'avais fait allusion dans la dernière séance, ainsi que les photographies en couleurs prises aux différentes étapes de cette affection.

Les premières de ces épreuves montrent la tumeur avant toute intervention, il y a plus de trois ans. Je fis alors l'ablation large de l'oreille externe, l'évidement de la caisse du tympan, ainsi que des loges parotidiennes et carotidiennes occupées toutes deux par des ganglions. L'écaïlle du temporal avait été réséquée avec le muscle envahi, sur la largeur d'une pièce de 2 francs. Aussitôt après cette opération, cet homme fut soumis à la radiothérapie complémentaire.

Il resta guéri en apparence pendant plus d'un an et négligea ensuite de se présenter à notre examen, malgré les recommandations qui lui en avaient été faites.

Quand il revint dans le service, il y a cinq mois, le rocher se trouvait partiellement détruit, le sinus latéral et la dure-mère de la région temporale largement dénudés et tapissés par des bourgeons épithéliomateux. Je me bornai à l'ablation de quelques séquestres osseux, à des pansements antiseptiques et à de la radiothérapie plus active : quinze séances ont été faites, qui ont semblé enrayer momentanément le mal. La plaie est devenue moins vaste, par épidermisation des bords, le fond se déterge ; on voit battre la dure-mère ; il n'y a aucun ganglion ou noyau secondaire perceptible à distance. Je considère donc ce résultat comme des plus encourageants, puisqu'il correspond déjà à une survie inespérée de plus de trois années.

*
* *

OCCLUSION INTESTINALE, A LA SUITE D'UNE COUDURE DE
L'S ILIAQUE, DÉTERMINÉE PAR UN APPENDICE ÉPIPLOÏQUE,
ADHÉRENT DANS UN SAC HERNIAIRE CRURAL.

M. PATEL. — J'ai l'honneur de vous présenter un malade, que j'ai opéré d'une variété d'occlusion intestinale, que l'on a eu rarement l'occasion de rencontrer.

OBSERVATION. — Il s'agit d'un homme vigoureux de 59 ans, manoeuvre, entré dans le service du Prof. Jaboulay le 13 juin 1913 ; son diagnostic d'entrée était : occlusion intestinale.

Dans ses antécédents personnels, rien à relever jusqu'à 8 ans. A ce moment, comme il était au travail et qu'il faisait un effort brusque, il sentit une douleur dans la région crurale gauche, et vit une petite tuméfaction apparaître à ce niveau ; un médecin consulté diagnostiqua une hernie et ordonna le port d'un bandage ; après quelques mois de repos, le malade reprit ses occupations et ne ressentit jamais rien du côté de sa hernie, sinon qu'elle demeurait irréductible.

Il y a six mois, il ressentit une douleur assez vive dans la région iliaque gauche ; en même temps, il fut pris d'une diarrhée assez abondante, l'obligeant à aller à la selle sept à huit fois par jour ; il n'arrêta pas cependant son travail ; il n'y eut aucun symptôme fébrile ; cet état persista une semaine environ, s'accompagnant d'un état nauséux, de petites régurgitations de liquide aqueux, puis tout disparut spontanément.

Cet accident se renouvela à différentes reprises jusqu'à ces derniers temps ; chaque fois, les mêmes symptômes apparurent ; le malade n'y ajoute que deux particularités : la première, c'est qu'il avait un peu de sang dans ses matières ; la seconde, c'est qu'il avait vomi également du sang.

La dernière crise remonte au 7 juin ; elle parut céder assez bien, mais subitement, le ventre se météorise, les vomissements surviennent, la constipation fut absolue.

A son entrée, le malade se présentait avec occlusion intestinale aiguë ; le ventre était très météorisé, sans péristaltisme ; les vomissements étaient bilieux et alimentaires, répétés ; pas de selles, pas de gaz. Le pouls était plein, rapide ; la température était de 37° 5.

A la palpation de l'abdomen, on percevait dans la fosse iliaque gauche une résistance nette, avec une tuméfaction diffuse, qui se précisa le lendemain et apparut sous la forme d'une petite mandarine. Toucher rectal négatif.

On constate la présence de la hernie crurale gauche, irréductible.

Le diagnostic posé fut celui de sténose de l'S iliaque, de nature néoplasique vraisemblablement.

On n'intervint pas le premier jour (glace, lavements huileux). Le lendemain, l'occlusion avait très nettement progressé et l'on décida d'explorer la fosse iliaque gauche et de terminer par un anus contre nature.

Intervention le 14 juin 1913. — Incision latérale gauche; un peu de sérosité s'écoule à l'ouverture du péritoine. L'S iliaque fait hernie dans la plaie, très distendue. En descendant le long de son trajet, pour se rendre compte de la nature de l'obstacle, on perçoit une bride serrée qui coude l'S iliaque, en l'attirant fortement vers la partie inférieure de l'abdomen. Cette bride, résistante, se rend dans l'anneau crural, où le doigt, de l'intérieur de l'abdomen, arrive à le dégager. A ce moment, le côlon pelvien put être attiré entièrement à l'extérieur. On vit qu'il s'agissait d'un appendice épiploïque très long, qui croisait en écharpe la paroi intestinale et formait une sténose très serrée déterminée par la coudure et l'adhérence à l'intestin; résection après ligature.

La circulation des matières se rétablit aussitôt.

L'S iliaque, au-dessus du rétrécissement qui occupait le milieu de la portion flottante, était très volumineux et pourvue d'appendices épiploïques démesurément longs.

Les suites opératoires furent très simples; dès le soir de l'opération, une abondante débâcle se produisit; depuis, l'état n'a fait que s'améliorer et le malade est aujourd'hui guéri.

Cette observation montre une nouvelle variété des méfaits des appendices épiploïques de l'S iliaque; dans la thèse de Machuel (1), il est fait mention d'accidents d'étranglement ou de suppuration, mais d'aucun accident occlusif. En somme, il y a eu adhérence au sac herniaire, coudure de l'intestin, qui est devenue un jour plus brusque.

* * *

SUB-OCCLUSION INTESTINALE PAR DIVERTICULE DE MECKEL
ADHÉRENT A LA PAROI. CURE D'ÉVENTRATION PAR RÉ-
SECTION TRANSVERSALE LARGE D'UN LAMBEAU CUTANÉO-
GRAISSEUX.

M. BÉRARD. — La malade que j'ai l'honneur de soumettre à votre examen offre, dans son histoire, deux points intéressants :

(1) MACHUEL. Hernie des appendices épiploïques. Thèse de Lyon, 1911-1912.

Le premier est l'existence d'un diverticule de Meckel, de la grosseur et de la longueur de l'index, implanté sur le bord libre de l'intestin grêle, environ à 30 centimètres de sa terminaison, adhérent par son extrémité à une masse d'épiploïte et à une cicatrice ancienne de laparotomie pour annexite, et qui, depuis plusieurs mois, entraînait chez cette femme des accidents de subocclusion : constipation, douleurs, parfois nausées, et même vomissements, avec un ballonnement modéré. L'intervention rendit évident le mécanisme de ces troubles en montrant l'anse grêle, sur laquelle s'implantait le diverticule, coudée en canon de fusil, et maintenue en cette position vicieuse par quelques adhérences lamelleuses. La résection du diverticule, l'enfouissement sous-séreux de son moignon, la libération des anses accolées s'effectuèrent sans difficulté et firent disparaître tous les troubles fonctionnels.

Déjà, il y a trois mois, chez un homme que j'opérais d'urgence pour une contusion de l'abdomen, avec perforation de deux anses grêles, j'avais trouvé, sur l'anse lésée, un diverticule de Meckel aussi volumineux, mais libre de toute adhérence. L'obturation des deux petites pertes de substance intestinale, la résection du diverticule avaient eu des suites aussi simples.

Le deuxième point intéressant dans l'histoire de notre malade d'aujourd'hui a trait à la technique utilisée pour la cure radicale de l'éventration considérable présentée par cette malade depuis sa première opération pour annexite suppurée, il y a cinq ans. De façon à supprimer tous les tissus suspects et à pouvoir adosser facilement les plans musculo-fibreux j'ai pratiqué, suivant la technique de Morestin et Souligoux, pour la cure radicale de la hernie ombilicale une large résection d'un lambeau cutanéomuqueux de la paroi, sur 35 centimètres de long et 20 centimètres de hauteur, en donnant à ce lambeau la forme d'un losange et non pas seulement d'un ovale qui laisse dans chacun des flancs un excédent disgracieux de peau et de graisse. Les plans profonds : péritoine, aponévroses et muscles ont été solidement reconstitués sur la ligne ombilico-pubienne, et le plan superficiel cutanéoadipeux abaissé perpendiculairement à eux, assez bas vers le pubis.

La suture, qui date actuellement de cinq mois, est solide et semble vouloir rester telle.

J'ai eu recours six fois avec le même succès, depuis un an, à cette résection énorme de la peau et de la graisse qui la double, chez des femmes obèses atteintes de hernies ombilicales ou d'éventrations. Dans le cas de hernie ombilicale, après résection des bords de l'anneau, la suture des plans profonds avait été effectuée, comme la suture superficielle, dans le sens transversal. Dans un cas, le lambeau réséqué pesait plus de 4 kilos.

Plusieurs fois cette peau a été utilisée par moi pour faire des greffes dermo-épidermiques chez une scalpée.

*
* *

FRACTURE MÉCONNUE DU CORPS DE L'ASTRAGALE.

M. DESTOT présente, au nom de M. Billet, de Lons-le-Saunier, l'observation suivante :

OBSERVATION. — Un soldat du 60^e de ligne, à Besançon, en descendant de la corde lisse, le 7 mars 1913, lâcha cette corde à une hauteur d'environ 3 mètres du sol et tomba verticalement. Il ne perdit pas l'équilibre, fit quelques pas, alla s'asseoir sur un banc; quelques temps après, comme il souffrait du pied droit, on le fit évacuer sur l'infirmerie sans qu'il ait présenté, à un moment quelconque, une déformation du pied. Les médecins qui virent le blessé conclurent à une entorse. On fit des massages, on lui fit prendre des bains, mais le malade n'allait pas bien et il fut envoyé en convalescence dans son pays le 11 mai. Là on constata encore qu'il s'agissait d'une entorse, mais sans parvenir à comprendre pourquoi le malade souffrait toujours et s'ankylosait de plus en plus.

C'est pourquoi, à la date du 16 juin, c'est-à-dire plus de trois mois après l'accident, il se présenta chez le Dr Billet qui le radiographia et fut très surpris de trouver une fracture du corps de l'astragale, assez difficile à voir. Il n'y avait ni déformation ni déplacement du pied.

Au point de vue de la mensuration, le malade ne présente rien de spécial. La tibio-tarsienne est globuleuse, mais pas de signes cliniques bien nets ni bien précis. Les mouvements sont très limités et douloureux. L'examen ne montre rien dans les os de la jambe. Cette fracture de l'astragale est très grave parce que c'est une fracture du corps.

La radiographie montre les faits suivants :

De face : les deux os de la jambe sont intacts, et il y a peu de diastasis tibio-péronier. La poulie montre un profil régulier sans dénivellation et si l'on n'avait pas le profil, le diagnostic serait impossible.

De profil : on voit sur la poulie un trait qui gagne obliquement en

arrière la surface thalamique. Une légère dénivellation montre que la poulie est cassée en deux : 1^o une partie antérieure petite, sur laquelle on voit une exostose formant butée ; 2^o une partie postérieure comprenant presque toute la poulie, mais le trait aboutit environ au milieu de la surface thalamique (calcanéo-astragaliennne postéro-externe). Le déplacement des fragments est très petit, mais on voit la lèvre antérieure du bulbe du tibia incisée dans la dénivellation supérieure. Il n'y a pas de déplacement du pied, pas d'équinisme.

Ce cas est grave, parce que même en l'absence de déplacement, la poulie est intéressée. La statique du pied est compromise : l'arthrite tibio-tarsienne et l'ankylose en sont les suites inévitables. Une intervention s'impose, et c'est la résection de l'astragale. Cliniquement d'ailleurs, le malade va de mal en pis, et les douleurs et la limitation des mouvements, loin de s'atténuer s'accroissent.

Ce type de fracture est assez fréquent, et depuis 1897, j'en ai signalé des exemples typiques. Cas de Vallas, Villard, Nové-Josserand, etc. Ces fractures du corps succèdent à des précipitations, le pied étant en extension, la lèvre antérieure du tibia vient pénétrer le corps de l'os et le sectionne d'une façon oblique.

Suivant la violence du choc, le trait peut rester simple ou se compliquer de refente verticale antéro-postérieure de l'os (cas de Vallas). Le corps peut être réduit en bouillie (cas de Villard), mais quelquefois la fracture peut se borner à un simple trait. Dans les premiers cas, le pied reste souvent fixé en équinisme ; dans le second, on assiste à des évolutions diverses, le fragment postérieur privé de ses moyens de fixation, crampon de l'apophyse externe, crampon du sustentaculum, glisse en arrière sur le dos du calcaneum, secondairement, et la statique du pied est détruite. Le fait paradoxal est que ces fractures du corps ont ordinairement moins de déplacement que les fractures du col. M. Jaboulay, en 1889, a montré de quelle façon se faisait la soudure secondaire des fragments, et j'en ai trouvé depuis trois ou quatre exemplaires, notamment chez M. Villard.

Dans d'autres cas, enfin, le déplacement des fragments est insignifiant et cependant la gravité persiste, en raison de l'arthrite et de ses suites. Dans ces derniers cas, le diagnostic sans radiographie est, la plupart du temps, impossible. Dans le cas de M. Billet on a parlé d'entorse, mais il n'est pas rare de voir commettre l'erreur inverse, et, au dernier concours du Bureau central de Paris, on avait fait le diagnostic de fracture de l'astragale, que la radiographie a démenti. Le diagnostic cli-

nique de ces fractures du corps de l'astragale sans déplacement est donc plein d'incertitude ; alors que dans les fractures du col, lorsqu'il y a soit déplacement des fragments, soit déplacement du pied et déformation, le diagnostic est assez facile pour qu'on puisse le faire, même sans toucher le blessé ; c'est ce qui m'est arrivé dans le service de M. Tuffier.

On peut regretter que dans une ville de garnison comme Besançon la radiographie n'ait pas été faite, car ce cas soulève immédiatement des difficultés. C'est un soldat en service commandé, qui s'est fait une fracture grave exigeant une opération mutilante et, par conséquent, la réforme avec pension.

Le traitement des fractures de l'astragale a fait des progrès, réduction, reposition sanglante, ont été opposées à la résection astragaliennne. Pour les fractures du corps, la question est jugée, c'est la résection, mais encore faut-il distinguer les fractures du corps de celles du col. Il est évident que lorsque les os sont à nu, on peut se rendre compte, mais par la radiographie on est embarrassé et j'ai donné comme repère l'apophyse de l'astragale. En fait, le corps de l'astragale est constitué par la poulie en haut, et la surface thalamique en bas. Cette surface thalamique peut même être ébréchée, mais la poulie doit être intacte, faute de quoi l'arthrite et l'ankylose sont inévitables. C'est ainsi que pour une lésion en apparence très petite, se pose une intervention radicale, alors que pour de gros déplacements et de grandes déformations on peut recourir à des opérations conservatrices. J'ai eu plusieurs fois d'anciennes fractures du corps simulant des arthrites tuberculeuses, et où à la résection on s'aperçut qu'il s'agissait de fractures anciennes qui avaient été méconnues : c'est une variété curieuse qu'on prend pour une entorse localisant la tuberculose sur l'articulation tibio-tarsienne. La radiographie démontre la fausseté de l'interprétation.

Le Gérant, D^r VALLAS.

SECTION OF THE ...

... ..

SECTION OF THE ...

The

The

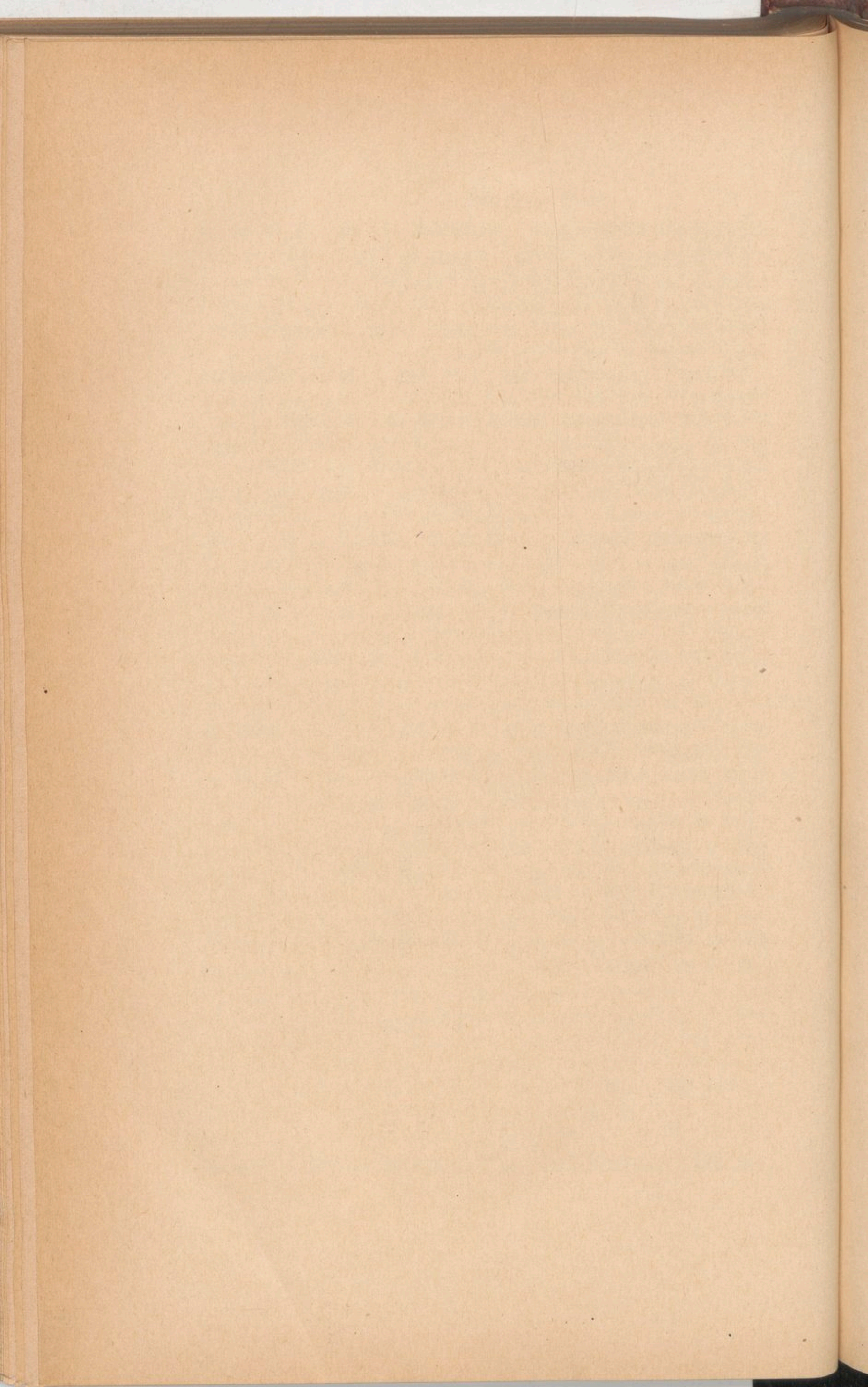
The

The

SECTION OF THE ...

The

The



Séance du 27 novembre

Présidence de M. VALLAS

ALLOCUTION DE M. POLLOSSON.

M. POLLOSSON. — Messieurs, je veux, en quittant la présidence, remercier les membres de la Société de la vitalité et de l'éclat qu'ils ont donné à nos séances. Le plus souvent, il m'a suffi de demander à l'un ou à l'autre de nos collègues présents de vouloir bien nous apporter quelque chose d'intéressant pour que, immédiatement, l'un deux montât dans son service pour nous en rapporter une observation accompagnée de réflexions intéressantes.

Je crois donc que la Société de chirurgie est aujourd'hui dans une vitalité aussi grande qu'elle n'a jamais été : je souhaite à mon successeur d'avoir des séances aussi intéressantes que celles que j'ai eu l'honneur de présider pendant deux années.

Nous n'avons pas de membres titulaires nouveaux, mais nous avons eu à enregistrer l'élection de quatre membres correspondants : M. Stefani, de Bastia, et trois médecins militaires, répétiteurs à l'École de Santé, MM. de Gaulejac, Plisson et Bertein.

Nous étions, en somme, à la joie de nous retrouver au jour où un terrible accident nous a enlevé notre président. Je ne veux pas refaire son éloge ; il est encore dans toutes les bouches, dans tous les cœurs. Je passe la parole et la présidence à M. Vallas.

*
**

ALLOCUTION DE M. VALLAS.

M. VALLAS. — Messieurs, en prenant le fauteuil de la présidence bien avant mon tour, je ne voudrais pas avoir à rappeler les tristes circonstances qui ont fait qu'un de nos présidents nous a été enlevé précisément la veille du jour où, pour la première fois, il devait venir présider les séances de la Société de chirurgie de Lyon.

Il y a dix-sept ans que la Société de chirurgie de Lyon existe : la première séance a eu lieu le 17 juin 1897. Je puis bien rappeler cette

date, car c'est à mon ami Rochet et à moi qu'était venue, à cette époque, l'idée de fonder une Société de chirurgie à Lyon. Il n'y avait alors que deux Sociétés : la Société de médecine et la Société des sciences médicales ; le développement intense de la chirurgie à Lyon qui a commencé à ce moment avec la multiplication des services de chirurgie, faisait que la pléthore se manifestait dans les anciennes sociétés ; elles n'étaient plus capables de fournir un exutoire suffisant aux nombreuses publications qui devaient se faire jour. Et ce fut une première raison.

Mais une autre raison nous avait incités à fonder cette Société : c'est que, le plus souvent, dans les sociétés constituées, où il y avait à la fois des médecins, des chirurgiens, toutes les spécialités mélangées, les communications chirurgicales étaient perdues ou du moins réduites à la simple mention des présentateurs, et toutes les discussions se trouvaient réduites au strict minimum.

C'est pour éviter cela que nous avons fondé la Société de chirurgie ; avec un peu d'hésitation au début, nous avons demandé simplement deux séances par mois, mais, très rapidement, nous nous sommes rendu compte qu'il y avait à Lyon de quoi alimenter une séance hebdomadaire de la Société de chirurgie et, depuis cette époque, ces séances n'ont jamais vu leur ordre du jour chômer. De plus, par son *Bulletin*, la Société est devenue un organe important de la chirurgie contemporaine.

Nous pouvons donc être fiers, Rochet et moi, de l'idée que nous avons eue et, pour mon compte personnel, je m'en félicite.

Je suis resté Secrétaire Général jusqu'à ce jour ; vous connaissez les circonstances qui font que je passe directement de cette place à celle de Président.

Comme dernier acte de secrétaire général, je vous transmets les lettres de condoléances que j'ai reçues de la Société de chirurgie de Toulouse et de la Société de médecine de Toulouse, au sujet de la mort de M. Jaboulay. Une lettre de remerciements leur sera adressée.

Et maintenant, Messieurs, il ne me reste qu'à vous inviter à travailler comme vous l'avez fait jusqu'à présent en répondant au double but que je vous ai signalé tout à l'heure : publier tous les cas intéressants et surtout discuter tous ces cas, de façon que les idées générales qui peuvent se faire jour à propos d'une observation particulière ne restent pas dans l'ombre.

* *

ÉLECTIONS.

M. le professeur ROCHET est élu vice-président à l'unanimité des membres présents.

M. DURAND est élu secrétaire général.

MM. TAVERNIER et THÉVENOT sont élus secrétaires de séances.

Nous avons reçu, enfin, deux demandes d'admission de MM. COTTE et DUROUX. D'après les statuts, sont membres de droit de la Société de chirurgie les chirurgiens des Hôpitaux et les professeurs agrégés de la Faculté de médecine, section de chirurgie ; par conséquent, MM. Cotte et Duroux n'ont qu'à prendre place parmi nous ; nous les invitons à venir s'asseoir au milieu des membres de la Société.

* * *

LYMPHOME DE LA RÉGION AMYGDALIENNE. — ABLATION
PAR LA VOIE SOUS-ANGULO-MAXILLAIRE.

M. BÉRARD. — J'ai voulu rendre aujourd'hui un hommage à la mémoire de mon maître Jaboulay en vous présentant une pièce extirpée par une opération dont il a fourni les indications et le manuel opératoire.

Obs. — Il s'agit d'un lymphome de la région amygdalienne, qui avait la dimension d'un œuf de poule que j'ai extirpé par la voie sous-angulo-maxillaire chez un jeune homme d'une vingtaine d'années ayant des antécédents peut-être suspects de bacillose, mais qui ne présentait aucune lésion soit ganglionnaire, soit viscérale en relations avec cette infection.

On avait commencé par lui faire tous les traitements médicaux et radiothérapiques possibles, il avait pris de l'arsenic pendant des mois ; il avait subi une trentaine de séances de radiothérapie sans obtenir grand résultat. Lorsqu'on me l'a montré, il y a six mois, il présentait dans le pharynx, au niveau de l'amygdale gauche, une saillie qui venait presque au contact de la luette et qui laissait un passage de un centimètre à peine pour les aliments. Je fus même surpris de constater que ce malade avait très peu de troubles fonctionnels : pas de crises d'asphyxie, pas de dyspnée nocturne : c'est pour cette raison qu'on avait attendu, espérant que le traitement médical aurait eu raison de cette lésion.

La tumeur avait un aspect globuleux, avec une muqueuse amygdalienne vernissée rouge. Lorsqu'on faisait la palpation combinée avec le toucher cervical, on sentait cette masse encore mobile, et la muqueuse se déplaçant sur elle ; c'est pourquoi je proposai de pratiquer l'ablation de ce lymphome par la voie extérieure, dans l'hypothèse, qui se réalisa,

que nous pourrions l'enlever sans avoir à interrompre la continuation de la muqueuse pharyngée.

Je fis donc l'intervention préconisée par Jaboulay, avec ce tracé qui paraît un peu bizarre lorsqu'on n'a pas eu à intervenir en pareil cas ; c'est l'incision en X combinant le tracé de la ligature de la carotide externe et celui de l'évidement sous-maxillaire.

Par cette voie, je n'avais à ma disposition qu'un orifice de trois ou quatre centimètres de diamètre, tous écarteurs placés ; aussi mon premier soin fut-il de me débarrasser de tout l'obstacle vasculaire en faisant une ligature de la carotide externe. En me donnant du jour autant que je pouvais sans léser les organes importants, j'arrivai sur le pôle inférieur de la tumeur. A partir de ce moment, l'opération était à peu près terminée ; je trouvai un plan de clivage qui m'a conduit très loin dans la profondeur, jusqu'à la base du crâne. La masse avait le forme et le volume d'un œuf ; une fois dégagée, elle se luxa rapidement au dehors.

Les suites opératoires ont été extrêmement simples. M'étant rendu compte que la muqueuse pharyngée était indemne, je me suis borné à mettre une mèche et un petit drain dans le fond de la plaie. Je les ai retirés au bout de trois ou quatre jours, et la réunion s'est faite par première intention.

J'aurais voulu vous amener ce malade, qui n'a pas répondu à mon appel, afin de vous montrer combien cette opération laisse peu de délabrement : il y a une petite cicatrice linéaire, mais sans déformation en surface ou dans la profondeur.

L'examen a montré qu'il s'agissait bien d'un lymphome. A signaler qu'en pareil cas, on est obligé à des manœuvres dans la loge cervicale profonde, au contact du grand sympathique ; et mon opéré a conservé jusqu'à ce jour une paralysie du sympathique du côté gauche : il a une fente palpébrale plus petite, une contraction de la pupille et de la vaso-dilatation des téguments de la joue et de la muqueuse nasale à gauche ; il prétend actuellement qu'il en est déjà moins incommodé qu'au début, et j'espère pouvoir vous le montrer bientôt complètement guéri.

M. MOLIN. — Il y a dix-huit mois, j'ai pratiqué par cette voie sous-angulo-maxillaire, l'ablation d'une tumeur de l'amygdale que mon ami Tolot reconnut histologiquement pour un lymphome.

Opératoirement, je fus frappé de la rapidité et de la simplicité d'accès que donne cette voie pour pénétrer jusqu'au pharynx ; de mon index gauche, engagé dans la plaie, je réclinai en arrière le paquet carotidien, pendant que par la bouche je pouvais alors, en toute sécurité, enlever largement la paroi latérale du pharynx.

J'avais extirpé, au préalable, par la même manière, un gros ganglion solitaire de la chaîne carotidienne.

Les suites opératoires furent très simples ; en huit ou dix jours, la fistule alimentaire créée par la brèche pharyngienne se tarit et se ferma.

Cliniquement, le résultat ne fut pas aussi merveilleux. Après quatre ou cinq mois de guérison apparente, des ganglions cervicaux apparurent du côté opposé à celui opéré. Aussi indurés que volumineux, ils occasionnèrent rapidement des troubles de la circulation veineuse de la face. L'examen radioscopique démontrant l'extension du processus au médiastin, il n'y avait pas à songer à une nouvelle tentative chirurgicale, chez une femme d'ailleurs âgée, qui a dû succomber douze ou quinze mois après la première opération.

M. VALLAS. — La voie préconisée par Jaboulay est, en effet, très commode pour aborder cette région du triangle maxillo-pharyngien. On peut l'utiliser aussi pour pénétrer à l'intérieur du pharynx, lorsqu'on a affaire à un néoplasme des amygdales qui est limité à l'amygdale même. D'ailleurs, lorsqu'on ouvre la muqueuse pharyngée et que la tumeur est assez petite, on a également des résultats qui ne sont pas des réunions par première intention, mais qui guérissent rapidement. C'est le type de l'opération brillante.

J'ai enlevé deux ou trois tumeurs du genre de celle de M. Bérard. On trouve toujours un plan de clivage et l'énucléation en est relativement facile. Elles ressemblent à des lymphomes, mais il y a toujours quelques réserves à faire au point de vue du pronostic ultérieur. On ne peut répondre de l'avenir d'une tumeur qui renferme du tissu lymphatique.

M. GANGOLPHE. — Je ne me rappelle pas avoir vu un seul cas de tumeur bénigne de l'amygdale, j'ai toujours vu des tumeurs malignes.

*
*
*

PYONÉPHROSE TUBERCULEUSE. — NÉPHRECTOMIE.

M. GAYET. — La pièce que je vous présente est intéressante par des lésions très caractéristiques de distension septique rénale, contrastant avec l'histoire de la maladie et permettant des interprétations pathogéniques ou un peu délicates. Voici d'abord l'observation :

Obs. — D... Rose, âgée de 30 ans, habitant Lyon, entre dans mon service le 5 septembre 1913, pour des douleurs dans la région rénale gauche.

Antécédents héréditaires sans intérêt. Personnellement, excellente santé jusqu'à il y a cinq ans ; elle eut, à cette époque, une violente

crise de coliques néphrétiques à gauche; cette crise cessa pour ne reparaitre que trois ans après. L'année passée, bronchite pendant l'hiver. Mariée, pas d'enfants.

Elle fut prise à nouveau, il y a trois semaines, de douleurs vives dans la région lombaire gauche, propagées le long de l'uretère jusqu'à la vessie, et également dans le dos. Cette douleur dura environ 12 heures.

La malade aurait remarqué qu'à ce moment les urines qui étaient auparavant peu abondantes et claires, étaient devenues abondantes et troubles. La douleur a persisté depuis, obligeant la malade à garder le lit. Il y avait aussi un peu de fièvre (38°5-39°).

A l'examen, on trouve le rein gauche perceptible à la palpation qui est douloureuse, rien à droite, pas de points urétéraux. Rien aux autres appareils, notamment aux poumons.

Les mictions commencent à devenir un peu cuisantes. Les urines sont très épaisses, très difficiles à filtrer. Il y a un gros disque d'albumine (pus). Après centrifugation, on trouve de nombreux polynucléaires et mononucléaires, presque aucun microbe.

9 septembre. — *Cystoscopie*. — Vessie presque saine, bonne capacité. Uretère droit normal. Uretère gauche béant et un peu rouge, laissant échapper à chaque éjaculation une mince colonne de pus qui s'évapore dans le liquide vésical et le trouble.

12 septembre. — *Cathétérisme urétéral*. — Une sonde est placée dans l'uretère droit présumé sain; une sonde de Nélaton placée dans la vessie recueille les urines du rein gauche.

On recueille ainsi une quantité assez faible d'urine (oligurie réflexe), parfaitement limpide et d'une belle couleur jaune à droite, du pus véritable à gauche. L'examen chimique donne les résultats suivants :

	REIN GAUCHE		REIN DROIT	
	Avant polyurie expérimentale	Après polyurie	Avant polyurie	Après polyurie
Volume...	7 c. c.	8 c. c.	9 c. c.	27 c. c.
Urée ‰	traces	4 10	16 0	15 74
Chlorure..	traces	0 76	5 50	4 08

Conclusion. — Le parenchyme rénal gauche est à peu près sans valeur fonctionnelle; le rein droit est très suffisant. Des inoculations ont été pratiquées. Leur résultat qui n'a été connu qu'après l'opération fut le suivant: à droite, négatif; à gauche, pas de chancre d'inoculation, une énorme ganglion inguinal caséux; poumons congestionnés, adhérences pleurales, pas de tuberculose trachéo-bronchique, ni rien nulle part ailleurs, sauf quelques ganglions lombaires non caséux, mais hypertrophiés.

Le 17 septembre. — Les symptômes, douleur, fièvre et unitéralité des lésions étaient assez nets pour commander la néphrectomie qui fut pratiquée à gauche sans incidents. La pièce enlevée que je vous présente

représentait un rein augmenté en volume d'un bon tiers, avec une série de bosselures fluctuantes, de la périnéphrite adhésive, peu de lésions urétérales, mais, par contre, un uretère coudé vers son insertion au bassinet et fixé là par une gangue de périnéphrite.

A la coupe longitudinale de ce rein, vous le voyez, il n'existe plus de parenchyme, mais une cavité multilocloisonnée, dont les parois sont formées d'une coque épaisse de 5 à 6 millimètres, d'un tissu lardacé, cartonneux.

Les suites opératoires furent simples. Trois semaines après, la malade quittait le service, cicatrisée, ayant des urines claires. Elle est revenue nous voir depuis, son état est aussi satisfaisant que possible, il n'y a plus aucun trouble fonctionnel.

Il s'agit ici, Messieurs, d'une véritable pyonéphrose tuberculeuse. Comment concilier ces lésions d'aspect évidemment ancien et l'absence de symptômes marqués jusqu'à ces tout derniers temps ?

Deux hypothèses peuvent être mises en avant. Ou bien il s'agit d'une vieille uronéphrose qui s'est tuberculisée secondairement. On a publié des cas de ce genre (Legueu); mais il y avait alors des lésions de distension du bassinet, des anomalies de situation ou d'artères qui permettaient d'affirmer l'ancienne hydronéphrose.

Rien de tel ici, et alors on est amené à rapprocher ce cas des pyonéphroses par infection et occlusion presque simultanées de l'uretère. C'est l'idée qui m'est venue de suite à l'esprit par comparaison entre ce rein et ceux que j'obtenais, en 1904, avec Cavaillon, dans mes expériences de la ligature de l'uretère. Chez plusieurs lapins, nous fîmes, dans ces conditions, l'injection de cultures tuberculeuses virulentes dans le bassinet clos, et, de même que les auteurs qui nous avaient précédés dans ces expériences (Albarran, Bernard et Salomon, etc.), nous obtînmes des pièces de pyonévrose tuberculeuse identiques, au point de vue macroscopique, à celle de notre malade. (Voir Gayet et Cavaillon, *Etude expérimentale et clinique de l'exclusion rénale*, *Annales des maladies des organes génitaux-urinaires*, mai 1904.) En outre, un autre point d'analogie que nous constatons entre ces tuberculoses rénales expérimentales et celles que nous venons d'observer en clinique, c'est l'atténuation de virulence du bacille de Koch dans ce milieu clos. Sacrifiant nos animaux à des intervalles de plus en plus longs, nous avons remarqué que plus on s'éloignait de la période

d'inoculation, plus la virulence s'atténuait; les réinoculations ne donnaient plus au cobaye qu'une tuberculose très localisée, n'atteignant en rien l'état général de l'animal. Or, l'inoculation du pus pris dans le rein gauche de notre malade nous donnait aussi une tuberculisation du cobaye très localisée et de faible virulence.

Nous croyons donc qu'on peut ainsi expliquer l'histoire clinique de notre malade. Elle a fait de la tuberculose rénale gauche avec occlusion presque immédiate de son uretère soit par coudure (périnéphrite adhésive), soit par urétérite. Les deux crises qu'on a pris pour des coliques néphrétiques ont dû être des crises de mise en tension du rein.

Depuis trois semaines, ce rein a dû se rouvrir (les urines deviennent plus abondantes, plus troubles, des symptômes vésicaux se montrent). Une infection secondaire se produit peut-être (température). Heureusement, une intervention hâtive met fin aux accidents.

Il s'agit, en somme, d'une de ces fausses guérisons de la tuberculose rénale par occlusion. Pendant plusieurs années, la maladie reste silencieuse. Mais on voit que les réveils sont possibles, et, somme toute, la malade y a gagné de se faire débarrasser d'un organe inutile et dangereux.

M. VALLAS. — Est-ce que cette malade ne présentait aucune lésion de cystite ?

M. GAYET. — A peu près aucune, sauf une légère rougeur dans la zone urétérale gauche.

M. VALLAS. — J'ai vu très souvent des cystites se manifester après l'ablation d'un rein tuberculeux et persister pendant très longtemps; les malades souffrent et se plaignent, mais cependant finissent souvent par guérir.

M. GAYET. — Je crois que les symptômes de cystite qui résistent à l'opération proviennent de lésions urétérales et vésicales secondaires, qui ont eu le temps de se développer parce qu'on a trop attendu pour opérer. C'est précisément le grand mérite des néphrectomies précoces, qu'elles débarrassent radicalement les malades de leurs troubles urinaires. J'ai ainsi des malades opérés quelques semaines après le début; ils ont guéri rapidement et n'ont plus jamais ressenti rien d'anormal du côté de leur vessie.

Le Gérant, D^r VALLAS.

Séance du 4 décembre

• Présidence de M. GANGOLPHE.

ÉVIDEMENT ET PLOMBAGE DE LA HANCHE POUR COXALGIE.

M. VIGNARD. — Je profite du passage dans mon service de deux anciennes malades pour attirer à nouveau votre attention sur les résultats obtenus par une technique opératoire dont les premiers essais remontent au mois de novembre 1908. La première des malades que je vous présente ici a été opérée en avril 1911. Elle présentait une coxalgie gauche extrêmement douloureuse ; avec une articulation chaude, empâtée, donnant l'impression d'une suppuration intra-articulaire. L'état général était si mauvais que pendant deux mois, j'avais hésité à intervenir et je n'y fus conduit que par la persistance des douleurs et l'aggravation des symptômes, en dépit d'une immobilisation sous traction continue. L'opération, conduite comme de coutume, par la voie antérieure, mena sur une capsule articulaire distendue par du pus et dans laquelle la tête fémorale, dénudée et privée de son revêtement cartilagineux, fut énucléée sans effort par la curette. Elle était complètement séquestrée. Le fond de la cavité cotyloïde fut curetté et j'y trouvai un petit séquestre. Plombage iodoformé et fermeture totale à deux plans de suture. Petit drainage en dehors de la ligne des sutures, à cause de l'infiltration des parties molles péri-articulaires. Plâtre en abduction forcée. Le drain fut enlevé au bout de trois semaines et la réunion se fit sans incident. L'enfant fut envoyée à l'hôpital maritime Renée-Sabran, pour y faire de l'héliothérapie sur le reste du corps. Ce n'est qu'au bout de six mois que le plâtre fermé fut remplacé par un plâtre ouvert en avant, maintenu seulement par une bride au-devant du ventre et au-dessus du genou, pour permettre l'insolation directe sur la lésion.

Dix-huit mois après, l'enfant, délivrée de tout appareil, fut autorisée à marcher, et depuis un an environ, elle circule sans aucun soutien. La radiographie montre que le moignon du col et le trochanter sont implantés dans le haut du cotyle un peu agrandi. Ceci ne va pas sans raccourcissement équivalent à la partie supprimée du squelette, et qui est de 4 centimètres. Ce raccourcissement est compensé par une chaussure appropriée et ne s'accompagne pas de cette boiterie avec plongeon qui caractérise ces luxations pathologiques de l'extrémité supérieure du fémur, dans la fesse, par usure de la tête et écurement du cotyle. Ici, l'extrémité supérieure est solidement fixée, grâce à la précaution prise d'immobiliser l'articulation en abduction aussi accentuée que possible. En outre, la musculature est très bien conservée et l'enfant fléchit spontanément la cuisse jusqu'à 90° environ, ce qui permet de lutter contre les déformations secondaires.

En résumé, cette coxalgique, traitée par les méthodes conservatrices serait, à mon avis, encore en traitement; j'ai la conviction, étant données les lésions que j'ai trouvées que sa tête séquestrée aurait fondu peu à peu, en donnant lieu à un abcès qui existait déjà au moment de l'opération, qui aurait grossi et qu'il aurait fallu ponctionner souvent avant de le tarir. Le raccourcissement par fonte de la tête aurait été aussi grand et rien ne permet d'affirmer que les lésions du cotyle, en s'étendant, n'auraient pas déterminé une usure et un agrandissement de celui-ci. Mais en admettant qu'il n'en fut pas ainsi et qu'on fut arrivé à guérir l'articulation, on n'aurait pu obtenir, après un délai qu'il n'est pas exagéré de fixer à trois ou quatre ans, qu'une ankylose, dont la consolidation définitive aurait exigé encore une surveillance d'un ou deux ans.

Donc, en dix-huit mois, au prix d'un raccourcissement dû à l'étendue des lésions, et avec un état général parfait, la malade dispose actuellement d'une articulation solide, mobile et curettée à fond, c'est-à-dire présentant des garanties de guérison plus sérieuses que celles que peut donner un traitement qui ne compte que sur l'extinction spontanée du processus pathologique.

D'ailleurs, la preuve que l'intervention par elle-même peut n'être pas mutilante si des lésions sont discrètes, nous est fournie par la deuxième malade. Opérée en février 1912 pour

une coxalgie à signes classiques datant de six mois, mais pour laquelle, évidemment, aucun symptôme alarmant ne commandait une intervention. J'ai pratiqué celle-ci parce que j'avais la conviction que je guérirais la malade aussi bien et plus vite que par le traitement conservateur le mieux conduit et le plus heureux. Le protocole de l'opération mentionne : incision de la capsule qui contient les fongosités. Evidement de la moitié inférieure de la tête, qui présente de l'infiltration puriforme ; on curette la cavité cotyloïde, qui ne semble pas présenter de lésions appréciables. Fermeture sans drainage.

Un an après, la malade qui a été soumise au traitement héliothérapique, a été autorisée à marcher sans appareil.

Actuellement, les deux membres inférieurs sont d'égale longueur et d'égal volume, la marche se fait d'une façon parfaite, sans aucune boiterie ; la mobilité de l'articulation est satisfaisante ; la flexion se fait presque jusqu'à l'angle droit et l'abduction est très suffisante. Je ne tirerai pas de ce cas la conclusion qu'il faut opérer une coxalgie à son début ; j'ai voulu montrer que l'intervention, en soi, était bénigne et qu'elle n'était mutilante qu'en proportion de l'étendue et de la gravité des lésions. Il ne faut pas attendre, pour la pratiquer, comme je l'ai presque toujours fait jusqu'ici, que des destructions osseuses étendues imposent des sacrifices considérables et incompatibles avec une restauration fonctionnelle satisfaisante.

J'estime qu'on a intérêt à opérer une coxalgie qui s'aggrave rapidement malgré un traitement conservateur rigoureux et fait dans de bonnes conditions hygiéniques à la campagne ou au bord de la mer.

Cette aggravation a pour signes :

1° La réapparition spontanée et immédiate des douleurs après quatre à six mois d'immobilisation rigoureuse, et alors que l'enfant est laissé au lit sans appareil et sans mouvements ;

2° La formation d'un abcès sous le plâtre ; la constatation à la radiographie d'une modification fâcheuse de l'image de la hanche : agrandissement et déformation du cotyle, déformation de la tête et du col, raréfaction de leur tissu, formation de géodes dans son intérieur, apparition (rare et difficile à constater) de séquestres ;

3° La fièvre et l'altération de l'état général (poids diminué ou stationnaire, pâleur, perte d'appétit, etc.) ; on a tout intérêt à

ne pas laisser s'aggraver une situation à laquelle on peut remédier sans péril et avec des garanties de guérison que ne donnera jamais le traitement conservateur.

S'il y a peu de lésions, l'intervention sera bénigne, pas ou peu mutilante, et constituera un traumatisme peu important; elle sera forcément plus large si elle rencontre des dégâts plus étendus; des abcès, des séquestres, des destructions ou perforations du cotyle; mais, dans ces cas, quel serait le bilan du traitement conservateur?

Je dois signaler en terminant l'appoint extrêmement important et favorable apporté à la guérison par l'adjonction du traitement héliothérapique appliqué progressivement à tout le corps et la région osseuse elle-même, lorsque la radiographie a montré que la plus grande partie du mélange s'est résolue et a été remplacée par du tissu de cicatrice.

Il y a là une association des plus utiles, et je crois que la combinaison d'une thérapeutique chirurgicale prudente, aseptiquement conduite, à l'héliothérapie, réserve de très brillants succès à ceux qui voudront l'expérimenter.

M. BÉRARD. — Les très beaux résultats que nous présente aujourd'hui M. Vignard sont en faveur de l'emploi du plombage, tel que nous le préconisons tous deux dans les résections pour tuberculose, avec fongosités, abcès, qui doivent laisser une cavité résiduelle.

Il serait intéressant de savoir ce que donnerait, en pareil cas, la résection modelante de la hanche, sans plombage ni drainage, avec suture totale. M. Vignard l'a-t-il utilisée? Pour mon compte, après les communications de MM. Villard et Tavernier, l'an dernier, j'ai fait l'essai loyal des résections, avec suture d'emblée, dans les tuberculoses suppurées du cou-de-pied et du coude, où les limites de la synoviale avaient été forcées par le processus tuberculeux. Je ne suis pas disposé à persister dans cette pratique, car j'ai eu des repullulations de fongosités sous la suture, qui ont nécessité des interventions secondaires, peu importantes d'ordinaire, mais qui ont prolongé inutilement la durée de la guérison et qui ont soumis les malades à des pansements multipliés, parfois douloureux, que l'on eût évités avec le plombage.

M. VIGNARD. — J'ai toujours mis du plombage; j'ai toujours eu peur de laisser une cavité sans assurer la compression donnée par le plombage. D'autre part, il me semble — et je crois que c'est aussi l'avis de M. Nové-Josserand — que le fait de mettre du mélange dans une cavité, s'il présente ce premier avantage, peut-être hypothétique, en offre un autre, celui de favoriser la reprise des mouvements.

J'ai revu avant-hier un malade que j'ai réséqué du coup-de-pied en 1906, à ce moment, on ne faisait pas de plombage, je n'ai donc rien mis, j'ai simplement drainé, j'ai fait le traitement habituel ; eh bien, ce malade a un bon résultat, mais il a une ankylose absolue, il ne bouge absolument pas son pied ; tandis que j'ai revu un très grand nombre de malades ayant présenté des lésions aussi intenses et chez lesquels, grâce au Mosetig, tous les mouvements ont été gardés.

M. Nové-Josserand disait, l'autre jour, qu'il lui apparaissait également que, même dans les cavités comme les résections du coude, où il n'y a pas une loge osseuse pouvant contenir du mélange de Mosetig, le fait de l'emploi de celui-ci semble favoriser la reprise des mouvements et donne moins lieu à la production de l'ankylose qu'on peut redouter, surtout au coude.

M. TIXIER. — Je demanderais simplement à M. Vignard s'il peut nous préciser quelles sont, pour lui, les indications cliniques du traitement sanglant de la coxalgie suivant cette méthode. Quels sont les cas où il est urgent de pratiquer cette résection par évidement ? et quel moment juge-t-il qu'il vaut mieux intervenir que de persévérer dans le traitement purement médical ?

D'autre part, je serais très heureux de savoir quelles lésions anatomopathologiques il a rencontrées chez ses malades, soit du côté de la cotyloïde, soit du côté de la tête fémorale, et spécialement s'il a conservé le revêtement cartilagineux. Cette conservation a une telle importance au point de vue du retour de la mobilité.

M. VIGNARD. — Au point de vue des indications, même actuellement, il m'est difficile de préciser le moment de l'intervention. Les premiers évidements que j'ai faits l'ont été chez des malades très gravement atteints, ils avaient tous des abcès et leur état général était mauvais, il me semblait qu'il valait mieux intervenir, car, même en admettant qu'ils eussent pu guérir avec le traitement conservateur, il me paraissait qu'ils guériraient bien plus rapidement avec l'intervention. Ce sont donc plutôt de mauvais cas que j'ai pris, sans distinction, dans le but d'essayer les vertus de la méthode, et sans poser d'indications nettes ; lorsque, au bout de six ou huit mois, les malades ne s'amélioraient pas ; lorsque des abcès apparaissent ou lorsque, malgré les ponctions, ils ne voulaient pas céder, je pratiquais l'évidement.

Jusqu'à présent, c'est à ces indications que je me suis tenu. Lorsque je vois un malade qui ne s'améliore pas après six ou huit mois d'immobilisation rigoureuse, si un abcès survient, si, lorsqu'on sort le malade du plâtre et qu'on le laisse plusieurs jours sans appareil, il reprend des douleurs, des contractures, s'il crie la nuit, si surtout la radiographie montre que des lésions ont progressé, je conclus à l'intervention.

J'avoue qu'il est difficile de fixer d'une façon plus nette, les indications de cette résection ou plutôt de cet évidement.

Quant au cartilage, je crois son rôle très important ; lorsqu'on peut le conserver, il est certain que le malade garde plus de mobilité. Ses lésions sont très variées, tantôt très graves, comme dans le premier cas que je présente ici, où la tête fémorale est venue seule ; elle était dénudée et lorsqu'elle a été enlevée, j'ai trouvé un séquestre cotyloïdien, que j'ai enlevé. Il m'est arrivé également de trouver une tête simplement ramollie ayant conservé sa forme, avec un cartilage percé comme une écumoire, on y pouvait entrer le doigt ; alors, j'enlève le tissu osseux central de la tête, qui présente de l'infiltration puriforme ou encore un tissu osseux, raréfié, desséché, ressemblant à du bois rongé de cirons : c'est ce qu'Ollier a appelé des lésions paratuberculeuses. Je me demande si cette paratuberculose n'est pas de la tuberculose véritable, et je dis ceci de la hanche en parlant par analogie avec ce qu'on voit au genou. Dans les huit cas où je suis intervenu, au genou, j'ai trouvé souvent le cartilage intact. Après avoir évacué souvent du pus, j'ai enlevé la synoviale, et c'est alors que, tant du côté du fémur que celui du tibia, j'ai vu fort souvent le cartilage normal, il n'y avait rien à sa surface, je n'ai pu découvrir aucun point ramolli ou perforé ou dénudé, où la lésion osseuse ait pénétré. Dans ces cas, voici ce que je fais : ne touchant pas au cartilage, je trépane les deux condyles par leur face latérale, j'évide leur intérieur à la curette, et là encore j'ai souvent retiré de la moelle osseuse, infiltrée de pus ou sèche comme de l'amadou. J'évide les deux condyles jusqu'au cartilage de conjugaison, puis je remplis cela de mélange de Mosetig ; je fais la même chose pour le tibia, à un demi-centimètre au-dessous de l'interligne articulaire, je passe la curette, et là encore j'ai retiré presque toujours du tissu de même nature. Après avoir soulevé un peu l'épiphyse tibiale pour la décoller, je remplis l'espace sous-jacent de mélange de Mosetig. Je referme sans drainer.

J'ai opéré il y a déjà deux ans un enfant qui a guéri par première intention et a la presque totalité de ses mouvements ; je crois qu'elle est à l'abri de toute déformation ou d'ankylose secondaire.

J'ai actuellement sept autres cas en voie de traitement, chez lesquels il semble bien que la conservation du cartilage jouera un rôle considérable dans la restauration des mouvements.

Je ne vois pas pourquoi on enlèverait ces cartilages ; chez un malade que j'ai opéré hier, le cartilage était intact ; chez d'autres, on trouve deux ou trois pertuis, par lesquels le mélange versé dans les condyles fait irruption dans l'articulation ; même dans ces cas, je garde ces cartilages, et lorsque ces lésions ne sont pas très étendues, je crois qu'on peut obtenir la restauration des mouvements.

Au point de vue des lésions, on est souvent déçu, et, dans le genou

surtout, on se demande vraiment d'où peut provenir l'inoculation tuberculeuse qui n'apparaît pas d'emblée osseuse ; il semble bien que la lésion réside dans cette moelle qui remplit les condyles fémoraux, qui n'est pas la moelle fémorale normale, et l'on peut légitimement se demander si on n'a pas devant soi des lésions plutôt tuberculeuses que paratuberculeuses.

M. NOVÉ-JOSSERAND. — Tant que je me suis servi du mélange de Mosetig, je n'avais rien remarqué d'extraordinaire ; la mobilité n'était pas très différente de celle qu'on observe après les résections ordinaires ; mais, depuis que j'emploie le mélange au xéroforme, il me semble qu'il y a quelque chose de changé à ce point de vue. Le mélange au xéroforme se résorbe en effet beaucoup moins vite que le mélange à l'iodoforme ; j'ai eu la surprise, il y a quelques années, de voir, après une résection du genou chez une jeune fille, le mélange non résorbé former, au bout d'un an ou dix-huit mois, sur le côté de l'articulation, une espèce de tumeur, que je pris d'abord pour un abcès. La ponction montra qu'il s'agissait simplement d'une accumulation du mélange. Il semble donc que le xéroforme se résorbe moins vite que l'iodoforme. Cette malade n'est pas arrivée à avoir une ankylose complète, mais elle a un genou solide, elle marche très bien, tout en ayant une certaine mobilité de l'articulation.

J'ai opéré une autre jeune fille qui a été traitée de la même façon et qui a présenté la même chose ; elle n'est pas arrivée non plus à avoir une ankylose complète, alors que, chez les jeunes sujets, je n'ai jamais eu de mobilité.

J'ai donc été frappé de la coïncidence de ces deux malades, chez lesquelles je n'avais pas obtenu l'ankylose. Alors, j'ai eu l'idée de réfléchir aux résultats que j'avais obtenus ces dernières années, et il m'a semblé que depuis que j'emploie le mélange au xéroforme, les malades conservaient une plus grande mobilité articulaire qu'autrefois. Je me demande donc si ce n'est pas un moyen qu'on pourrait utiliser dans certains cas, par exemple, pour l'ankylose du coude, pour obtenir une meilleure mobilité.

Il y a quinze jours, j'ai fait une résection du coude pour ankylose chez un jeune garçon, j'ai plombé cette articulation avec l'idée que peut-être cela donnerait un meilleur résultat que la résection pure et simple. Je vous tiendrai au courant du résultat, mais je crois que c'est un point sur lequel il est bon d'attirer l'attention, car il y a peut-être quelque chose à faire de ce côté.

M. DURAND. — Le mélange est le même ?

M. NOVÉ-JOSSERAND. — Oui, c'est le même mélange, dans lequel le xéroforme a été substitué à l'iodoforme.

M. GANGOLPHE. — Je tiens tout d'abord à féliciter M. Vignard des excellents résultats qu'il a obtenus et qu'il vient de nous montrer, notamment sur la première malade, qui avait des lésions anciennes et étendues de l'extrémité supérieure du fémur. La mobilité articulaire est tout à fait remarquable.

J'ai obtenu un résultat identique chez une jeune fille de 17 ou 18 ans, dont l'observation a été publiée dans le *Lyon médical* (1). La mobilité de la hanche était excellente.

La communication de M. Vignard soulève, comme le disent MM. Tixier et Nové-Josserand, une importante question de thérapeutique chirurgicale; on peut, je crois l'envisager, sous trois aspects différents: indications, technique opératoire et anatomie pathologique.

1° Au point de vue des indications, je me bornerai à dire que mon opinion n'est pas tout à fait la même que celle de M. Vignard; j'ai opéré sur un terrain différent; le chirurgien qui a eu affaire à des adultes ne peut pas regarder la question du même œil que celui qui soigne des enfants. En ce qui concerne ces derniers, je crois que la chronicité de la lésion, l'état fistuleux, justifient l'opération; mais celle-ci ne me paraît pas de mise, habituellement, soit au début, soit dans les cas simples. Il faut se garder d'interventions trop hâtives comme d'une abstention trop prolongée. Je lisais récemment une communication faite à Paris, dans laquelle on présentait comme un exemple à suivre, un fait de tuberculose du coude grave, traitée et guérie au bout de plus de deux ans par des injections, curettages, etc. Je crois qu'une résection aurait donné plus rapidement un aussi bon résultat fonctionnel.

2° M. Nové-Josserand a dit que le plombage, particulièrement celui qui est fait au xéroforme, semble s'opposer à la soudure osseuse. J'ai eu la même impression; c'est pour cela que j'en déconseille l'emploi au poignet. Comme vous le savez, je fais, après résection des os du carpe et de l'extrémité inférieure du radius, la suture du deuxième ou du troisième métacarpien (parfois des deux), avec le radius. On obtient ainsi un poignet solide, possédant l'intégrité de la pronation et de la supination.

Par contre, je pense qu'il serait sans doute bon d'employer le plombage, après les résections du coude, pour ankylose, ou luxations anciennes. On s'assurerait de meilleures chances ultérieures de mobilité.

3° En ce qui concerne les lésions des cartilages, je dirai qu'il est assez facile de les connaître. C'est toujours par la profondeur qu'ils sont attaqués, et quand cela existe, on les décolle avec la plus grande

(1) Ostéite cervico-trochantérienne: opération atypique: guérison. *Lyon Médical*, 1896.

facilité. D'un coup de pouce, on pèle une tête articulaire ; on voit alors au-dessus une surface rouge, veloutée, formée par des bourgeons. On ne voit jamais cela ailleurs que dans la tuberculose ; quant au décubitus articulaire, il peut produire l'amincissement, l'usure du cartilage, jamais son décollement. J'ajoute qu'il n'est pas démontré que la couche de petits bourgeons situés au-dessous du cartilage décollé soit tuberculeuse.

J'arrive maintenant aux modifications d'aspect, de coloration de consistance, que peuvent présenter le tissu spongieux, la moelle au voisinage de foyers tuberculeux. A vrai dire, il est difficile, si l'on n'en a pas l'habitude, de distinguer les lésions trophiques, voisines, mais non tuberculeuses, des altérations réellement bacillaires. Je me souviens avoir vu Péan évider un tibia parce qu'il trouvait un tissu friable cédant à la curette. Nul doute qu'il aurait constaté le même état de ramollissement sur le fémur correspondant. Seule, la nécrose tuberculeuse, sous la forme décrite par Nélaton (infiltration puriforme), ou de séquestre en grelot, est très facile à reconnaître. Il faut donc ne pas considérer comme dangereuse des lésions qui sont d'ordre trophique et susceptibles, par conséquent de guérir complètement.

* * *

RÉDUCTION OU RÉSECTION D'EMBLÉE DANS LES LUXATIONS DU SEMI-LUNAIRE.

M. BÉRARD. — Nous sommes tous d'accord, ici, pour essayer de réduire les luxations traumatiques du semi-lunaire quand on les observe aussitôt après leur production, ou dans la semaine qui suit l'accident. D'ordinaire, la réduction s'obtient facilement et donne un résultat fonctionnel satisfaisant.

Les avis, par contre, sont partagés, au sujet des luxations qui datent déjà de quinze jours ou trois semaines, et qui nécessitent, pour remettre en place le semi-lunaire (quand on y parvient), des manœuvres plus ou moins prolongées et violentes. Ces manœuvres risquent de laisser après elles des troubles d'arthrite traumatique qui prolongent l'incapacité temporaire du blessé et qui peuvent lui laisser une incapacité permanente partielle assez accusée.

Voici deux faits qui me semblent résoudre définitivement la question :

Le premier malade que je vous présente a été déjà soumis à la Société de chirurgie de Lyon au mois de février 1913. Entré

dans mon service à la fin de janvier, avec une luxation du semi-lunaire droit, qui datait de trois semaines, il présentait en outre une fracture de l'apophyse styloïde radiale, une fracture de l'épitrachée, de l'apophyse coronoïde et de la tête du radius. Grâce à l'assistance énergique de M. Destot, nous avons pu, *au bout de vingt-trois jours*, réduire le semi-lunaire luxé par des manœuvres très laborieuses.

A la suite de cette réduction, les signes de compression du médian cédèrent de suite ; mais malgré un traitement complémentaire méthodiquement appliqué, quand cet homme quitta l'hôpital, au mois d'avril, son poignet droit était encore gonflé, douloureux, très enraidé, avec une flexion et une extension presque nulles. Je ne parle pas des troubles de la pronation et de la supination, qui pouvaient relever des lésions de la tête du radius et de la coronoïde du cubitus. Au mois de mai, il reprit peu à peu son travail de manœuvre au chemin de fer ; vers la fin d'août, les mouvements du poignet récupérèrent quelque amplitude, et actuellement, cet homme se déclare peu gêné pour l'exercice de ses fonctions.

A l'examen, cependant, vous pouvez constater que le poignet est resté gros et raide, un peu douloureux sous les fortes pressions, que la flexion et l'extension dépassent à peine la moitié de leur course, et que la main droite ne serre pas très énergiquement les objets.

Voici, comme terme de comparaison, un autre blessé qui a été dirigé sur mon service par M. Patel, après un double traumatisme des deux poignets, *datant de sept mois*. A droite, il y avait une luxation du semi-lunaire en avant et une fracture verticale du scaphoïde ; à gauche, la luxation du semi-lunaire était isolée. Bien qu'à droite, l'impotence fonctionnelle fût plus grave et les douleurs dues au refoulement du médian plus accusées, néanmoins, les deux mains restent faibles, engourdis, avec une flexion presque impossible des doigts, si bien que l'expert avait proposé une incapacité partielle et permanente de 45 pour 100 du salaire.

Dans la même séance, j'extirpai : à droite, le semi-lunaire luxé et le fragment du scaphoïde qui lui était contigu, à gauche, le semi-lunaire seulement. L'intervention date actuellement de

quatre semaines. La suture totale a laissé une cicatrice insignifiante qui était solide au bout de quinze jours ; et les mouvements des deux poignets, chez cet homme, présentent aujourd'hui une facilité et une amplitude plus considérable que chez le malade précédent, au bout de dix mois. Tous les phénomènes douloureux et névritiques ont cédé. Et pourtant, à droite, la première rangée du condyle carpien est réduite à un fragment du scaphoïde et du pyramidal.

*
* *

CANCER DU HAUT RECTUM. — OPÉRATION PAR LA VOIE COMBINÉE ABDOMINO-VAGINALE, AVEC ABLATION SIMULTANÉE DE L'UTÉRUS.

M. LAGOUTTE. — La pièce que je mets sous les yeux des membres de la Société est constituée par le rectum et la partie inférieure du côlon pelvien, enlevés en bloc avec l'utérus, chez une malade atteinte de cancer du haut rectum.

Obs. — Il s'agissait d'une femme M. J..., d'Autun, âgée de 49 ans. Elle présentait déjà depuis des mois les symptômes habituels des néoplasmes rectaux, constipation, diarrhée, épreintes douloureuses, pertes par l'anus de sécrétions ichoreuses, etc. Mais seulement dans ces derniers temps, elle se décida de demander le secours de la chirurgie.

A son entrée à l'hôpital, le toucher permettait de sentir un néoplasme du rectum, dont le bord inférieur se trouvait à 6 ou 7 centimètres au-dessus de l'anus. La partie inférieure de l'ampoule était libre et parfaitement souple. Le cancer était annulaire et l'extrémité de l'index pénétrait au milieu des bourgeons cancéreux sans pouvoir atteindre le bord supérieur de la tumeur. Le toucher vaginal montrait que l'utérus était encore mobile sur la masse néoplasique rectale qui remontait bien au-dessus du Douglas. La mobilité de la tumeur par rapport aux parois de l'excavation semblait très limitée.

La radiographie que je présente a été obtenue en remplissant l'ampoule rectale et le côlon pelvien avec le bismuth, au moyen d'une sonde conduite à travers le rétrécissement cancéreux. Elle montrait que le néoplasme s'étendait loin par en haut, sur une étendue de 10 centimètres environ.

La malade fut préparée comme habituellement par des purgatifs répétés et le régime lacté. Bien qu'on eût de la peine à obtenir des selles, il n'y avait pas de météorisme.

En raison de l'étendue de la tumeur, de son peu de mobilité, comme

aussi l'état général de la patiente était bon et permettait un acte chirurgical important, je me décidai à tenter l'ablation du néoplasme par la voie combinée.

L'opération fut pratiquée le 19 novembre dernier, avec l'assistance de mes confrères Briau (du Creusot) et Renard (d'Autun).

Elle fut conduite en deux temps, un premier abdominal, et un second vaginal.

Laparotomie médiane. On prend soin de placer immédiatement des fils métalliques pour pouvoir fermer rapidement et avec un seul plan la paroi abdominale, au moment où l'acte opératoire sera terminé par la voie haute.

Exploration du pelvis. Il n'y a pas d'adhérences aux organes voisins, pas de masses ganglionnaires à distance. L'anse sigmoïde est bien mobile et son méso suffisamment long. Un rapide décollement dans la fosse iliaque gauche augmente encore cette mobilité.

Isolement de la partie inférieure du côlon pelvien et du rectum. Un fil est placé sur l'intestin au point où devra porter la section, 10 centimètres au moins au-dessus du cul-de-sac de Douglas, de façon à ce que la région recto-sigmoïdienne soit comprise dans la portion réséquée.

A ce niveau, le méso est coupé transversalement jusque dans la concavité sacrée au-dessous du promontoire. Ligature des deux tranches du méso, dans ce temps l'artère hémorroïdale supérieure est liée. Section du reste du méso près du sacrum, puis du péritoine latéralement le long et au-dessous des replis de Douglas jusqu'aux ligaments larges. Avec les doigts et de longs ciseaux courbés, le rectum est décollé de la concavité sacrée, aussi loin que possible vers le bas.

Sur les côtés, en tirant l'organe alternativement à droite, puis à gauche, on peut former des pédicules latéraux successifs, formés par les attaches latérales du rectum et le pédicule hémorroïdal moyen. Ils sont sectionnés entre deux ligatures et le décollement du rectum poussé aussi loin que possible. Dans ce temps, l'uretère du côté gauche est mis à nu dans son trajet postérieur et soigneusement isolé. Isolement de la partie antérieure du bloc utéro-rectal. Comme dans une hystérectomie ordinaire, ligature des pédicules des ligaments ronds et utéro-ovariens, taille du lambeau antérieur et décollement de la vessie. Ligature des utérines après décroisement aussi en dehors que possible. Dégagement des uretères. Isolement du vagin aussi bas que possible sur les côtés. Puis, ouverture du vagin en avant. Section oblique sur les côtés, de façon à laisser adhérente au rectum une plus grande étendue de sa face postérieure. Pour faciliter ce temps, on passe deux fils sur la tranche antérieure, et une pince de Museux sur le col. En tirant sur eux, on fait bailler largement le vagin et on pratique facilement la section de sa paroi postérieure, deux ou trois fils sont placés alors sur la tranche postérieure, de façon à l'attirer en

avant, ce qui permet avec des ciseaux mousses de pousser plus loin en avant le décollement du rectum et du vagin.

A ce moment, utérus et rectum sont repoussés dans le vagin béant. Une péritonisation soignée ferme par en bas le pelvis. On a soin de suturer le lambeau antérieur à la face antérieure du côlon pelvien à 10 centimètres au-dessus de la fecture section.

Fermeture rapide de la paroi abdominale antérieure en serrant les fils placés au début.

La malade est alors placée en position gynécologique, le vagin est sectionné sur la ligne médiane depuis la section transversale faite par en haut jusqu'à la fourchette. Avec les ciseaux et avec les doigts, on isole le rectum en avant, et sur les côtés. Tout le bloc à enlever est attiré en bas. A ce moment, section de l'intestin au-dessous du fil placé par l'abdomen et en avant d'une pince. Le bout supérieur est isolé dans une compresse, le bout inférieur abaissé. Ce qui permet d'achever de haut en bas la libération du rectum jusqu'au-dessous de la tumeur, au-dessus du plancher périnéal et de l'insertion des releveurs. Une pince est alors placée transversalement et l'ampoule rectale est sectionnée au-dessous d'elle.

Reste à amener le bout supérieur à l'anus. Pour ce temps, retournement du bout anal du rectum. Avivement de la muqueuse dans la partie supérieure, invagination à la Hochenegg et suture de la muqueuse à la peau de l'anus après ablation du fil placé au début de l'opération. Suture partielle de la section médiane vaginale.

Une compresse est placée par le vagin dans l'espace sous-péritonéal. Deux petits drains sont mis en place le long du nouveau rectum. Sortant par deux petites incisions faites de chaque côté de l'anus. Un troisième est glissé au niveau de la fourchette dans la partie inférieure de l'incision vaginale.

Les *suites opératoires* ont été des plus simples. La température n'a jamais dépassé 38°5. La compresse fut retirée le cinquième jour et la première selle provoquée le dixième jour. Une partie des matières s'écoula par le vagin. En effet, j'avais laissé entre le fil placé au début de l'opération sur le côlon pelvien et la section, une étendue de 2 centimètres environ. Cette portion inférieure qui avait été fortement ischémisée par la striction du fil, s'est sphacélée, s'est éliminée au bout de quelques jours, mais après avoir maintenu le bout rectal en place assez longtemps pour qu'il pût se fixer. Il n'y a pas à craindre de rétrécissement parce que cette partie sphacélée correspond précisément à la partie inférieure du canal rectal qui n'a pas été avivée.

Actuellement, quinze jours après l'opération, la cicatrisation est presque complète. Les fonctions du nouvel anus commencent à se régulariser. Il persiste seulement une fistule vaginale qui se bouchera peut-être spontanément ou que j'oblitérerai au cas contraire.

Comme MM. Albertin et Gouilloud l'ont déjà soutenu ici, je crois que la voie combinée est appelée à prendre de plus en plus d'extension dans le traitement des cancers élevés du rectum, et surtout chez la femme, où les conditions d'opérabilité sont évidemment plus faciles. D'abord, le petit bassin est d'un accès plus large, et puis, le vagin est une voie toute créée qu'il ne faut qu'élargir pour faire sortir par le bas ce qui a été libéré par le haut, et qui réalise au mieux les conditions de drainage de la vaste cavité cruentée sous-péritonéale. Mais ceci entraîne comme corollaire l'ablation de l'utérus en même temps que celle du rectum. Cette ablation simplifie et facilite le temps abdominal, comme M. Tixier l'a montré depuis longtemps. Mais, en même temps, elle permet une éradication plus systématique et plus complète des lésions, en sorte qu'on peut faire, comme le dit M. Albertin, un évidement complet du petit bassin, en n'y laissant subsister que la vessie et les uretères.

Mais je crois que la voie combinée ne doit pas être exclusivement réservée à la femme et qu'il faut en appeler de la réputation de gravité excessive que l'on attribue à l'opération abdomino-périnéale chez l'homme :

En avril 1911, j'ai opéré un homme atteint de cancer recto-sigmoïdien, par la voie combinée avec conservation du sphincter et rétablissement des fonctions. Ce malade a guéri dans d'excellentes conditions sans me donner aucune préoccupation. J'ai communiqué ici-même son observation (1) et actuellement, plus de deux ans et demi après l'intervention, il est encore en bonne santé.

Depuis lors, j'ai encore eu deux fois l'occasion de pratiquer cette même intervention chez l'homme. Voici, brièvement résumées, leurs observations :

La première a trait à un homme encore jeune, 44 ans, et de bonne santé apparente. Il avait un néoplasme de l'ampoule, dont le bord inférieur siégeait à 4 ou 5 centimètres de l'anus. Le cancer occupait les trois quarts postérieurs de l'intestin et on n'en atteignait pas la limite supérieure avec le doigt. Enfin, la tumeur n'était pas mobile, ce qui m'engagea à opérer par voie combinée.

L'opération eut lieu le 21 juin 1912 et conduite comme celle que

(1) LAGOUTTE, Cancer du haut rectum. Amputation abdomino-périnéale avec conservation du sphincter anal, *Société de chirurgie*, 4 mai 1911.

j'avais déjà faite. Pourtant le méso sigmoïde était épais et gras, pas très long. Aussi je fis porter la section intestinale en un point rapproché de la partie terminale du côlon pelvien, de façon à avoir une anse suffisamment longue. Pour la mobiliser, je libérai en arrière le mésentère et sectionnai l'artère hémorroïdale supérieure au lieu d'élection, indiquée par Sudeck, Hartmann, c'est-à-dire à un travers de doigt au-dessous du promontoire.

Dans le temps périnéal, le bout intestinal fut traité par invagination à travers l'anus préalablement avivé.

Les suites furent également des plus simples, sans aucune réaction péritonéale, et pourtant dans les jours suivants, il se produisit une gangrène étendue du bout inférieur, sur une longueur de 6 à 8 centimètres. En constipant par périodes le malade et en nettoyant soigneusement la plaie périnéale, je pus mener à bien la cicatrisation. Il se reconstitua un trajet anorectal, en partie cicatriciel, que je maintins longtemps dilaté par le port d'un gros drain ou d'un gros mandrin de caoutchouc introduit pendant la nuit.

Bref, le 31 octobre 1912, le malade quitte l'hôpital sans fistule et avec un appareil anal fonctionnant à peu près bien, à condition de maintenir son calibre par la dilatation.

Pendant quelques mois, les choses restèrent en l'état. Malheureusement, vers le mois de mai 1913, je constatai l'apparition d'une récurrence dans la région sacrée. Je fus forcé d'établir un anus iliaque gauche, et le malade succomba à la généralisation, au mois de septembre, quinze mois après l'opération.

L'histoire du troisième malade homme que j'ai opéré par voie combinée est calquée sur la précédente :

Il s'agissait d'un homme de 54 ans, Br..., du Creusot. Le néoplasme dont il était porteur occupait la partie supérieure de l'ampoule. Il était circulaire et on n'atteignait pas son bord supérieur. Enfin, il était volumineux et pas mobile.

L'opération eut lieu le 7 janvier 1913, en suivant le même plan que dans les deux cas précédents. Mais les difficultés de l'isolement du rectum furent grandes à cause de l'infiltration périrectale.

Là encore, je liai l'hémorroïdale supérieure au lieu d'élection et pourtant j'eus encore une gangrène étendue du bout inférieur. Mais malgré cette épisode regrettable, les suites opératoires furent encore des plus simples. Il n'y eut aucune réaction péritonéale, et le malade étant constipé d'abord pendant dix jours, puis par périodes successives, la cicatrisation des plaies périnéales antérieure et postérieure put se faire sans incident. Mais malgré les tentatives de dilatation du canal ano-rectal, les fonctions se faisaient mal, il persistait des fistules.

Aussi me décidai-je le 3 juin à établir un anus iliaque définitif, et le malade put quitter l'Hôtel-Dieu le 25 octobre, en bon état de santé.

Malheureusement, dans ce cas, la large infiltration périrectale que j'ai rencontrée, les difficultés que j'ai eues à isoler le rectum, me font craindre la récurrence plus ou moins rapide.

Dans ces deux derniers cas, j'ai eu de la gangrène du bout inférieur, et je crois que c'est là une complication que l'on n'est jamais sûr d'éviter, même en prenant soin de lier l'hémorroïdale au lieu d'élection. Chez mes deux malades, l'anse sigmoïde était peu mobile, son méso épais et gras. Aussi, dans les manœuvres d'isolement du rectum et de mobilisation de l'anse sigmoïde, ce méso se déchire, s'effrite avec la plus grande facilité, le réseau artériel, avec ses anastomoses, est plus ou moins dilacéré et la circulation plus ou moins compromise.

Je crois que le meilleur moyen d'éviter la gangrène qui, comme on le sait, menace surtout le point de jonction recto-sigmoïdien, est de supprimer dans tous les cas cette région dangereuse, et même, dans les cancers du rectum n'empiétant pas sur le côlon pelvien, de faire porter le point de limite de la résection, au milieu de l'anse sigmoïde, au point où le méso a son maximum de longueur et l'anse son maximum de mobilité. Souvent, il arrivera que le méso sectionné à partir de ce point jusqu'à son insertion pariétale sera assez long pour permettre l'abaissement, sans autre manœuvre. S'il est trop court, il faudra alors procéder par décollement ou section postérieure au niveau de sa racine.

Quoi qu'il en soit, ces quelques observations montrent que la méthode, même chez l'homme, n'a pas la gravité qu'on lui attribue généralement.

Le point capital est d'enlever la tumeur en vase clos. Dans le temps abdominal, que je crois devoir être le premier, il ne doit y avoir que des manœuvres d'isolement, de décollement des organes, sans aucune ouverture ou section intestinale, et quand la libération est poussée aussi loin que possible, une péritonisation soignée isole la grande cavité péritonéale du pelvis, en sorte que, dans ce premier temps, l'opération a été rigoureusement aseptique.

Chez la femme, quand on enlève en même temps l'utérus, il serait plus facile de libérer le bloc d'abord, par avant, en sectionnant les attaches utérines latérales, puis le vagin. J'ai pré-

fééré commencer par la libération du segment postérieur rectal, pour n'ouvrir la cavité vaginale qu'ultérieurement, presque à la fin du temps abdominal, pour diminuer les chances d'infection par cette voie. Dans l'extirpation de la masse par le bas, il est nécessaire encore de ne jamais mettre en contact la cavité sous-péritonéale cruentée avec le contenu rectal. C'est pourquoi je pense que la voie anale préconisée par M. Villard, employée par M. Goullioud dans une de ses observations, est à rejeter. Elle nous met, en effet, au contact des sécrétions de la masse néoplasique accumulées au-dessous de la tumeur et éminemment septiques. Je préfère, chez la femme, la voie vaginale, et chez l'homme la voie périnéale, par une large incision transversale allant d'un ischion à l'autre, à laquelle on ajoute si besoin est, une incision postérieure médiane rétro-anale, dans la région coccygienne.

Quant au mode de réunion des deux bouts, j'ai eu recours à l'invagination dans le bout anal avivé, et peut-être l'invagination simple, à la manière d'Hochenegg, est-elle préférable, comme plus rapide et aussi comme ménageant mieux la région sphinctérienne et, par suite, ses fonctions.

Il faut espérer que des opérations plus nombreuses, en particulier chez l'homme, viendront perfectionner les divers points de technique de cette opération et lui permettre de donner ce qu'on peut en attendre, c'est-à-dire une éradication aussi complète que possible de la lésion et un rétablissement absolu des fonctions sans les inconvénients matériels et moraux inhérents aux anus artificiels définitifs et même temporaires.

M. TIXIER. — J'ai été frappé du fait signalé par M. Lagoutte : sphacèle considérable de l'extrémité inférieure de l'intestin abaissé. Je crois que c'est là une complication surtout fréquente chez l'homme et qui tient uniquement à une *disposition anatomique*. Chez l'homme, en effet, le mésocôlon est presque toujours, épais et gras. On a beau lier l'hémorroïdale au bon endroit, on est toujours exposé, quand on est obligé d'exercer une traction un peu forte sur le méso, à avoir un sphacèle plus ou moins considérable. J'ai observé cette complication dans des interventions pratiquées, soit par la voie périnéale, soit par la voie périnéo-coccygienne sacrée et uniquement chez l'homme. Au contraire, chez la femme, le méso est toujours plus long, plus souple et se prête mieux à une traction considérable.

M. LAGOUTTE. — Au décollement, ce méso est friable, il se déchire, il ne reste plus rien, je crois que si on le résèque le plus haut possible, on a plus de chances de ne pas avoir de sphacèle.

M. DURAND. — En ce qui concerne la péritonisation chez l'homme, comment M. Lagoutte arrange-t-il le lambeau péritonéal de façon à fermer, lorsqu'il a précipité dans le petit bassin toute la masse ?

M. LAGOUTTE. — Voici comment j'ai procédé : chez trois malades hommes, j'ai introduit par l'anus et fait passer au-dessus de la tumeur, un cathéter terminé par une boule, sur laquelle j'ai lié l'intestin. Alors, lorsque j'ai voulu péritoniser le rectum, j'ai fait tirer très fortement le cathéter par un aide, par en bas, et les parties se sont invaginées l'une dans l'autre, dans le fond du petit bassin, je n'ai pas eu de peine à péritoniser.

M. DURAND. — Avec quoi ?

M. LAGOUTTE. — Avec le péritoine latéral, l'intestin est gros et large et va au contact des parois pelviennes ; je n'ai eu aucune peine.

*
*

ESTOMAC BILOCULAIRE PAR ULCÈRE CALLEUX PÉNÉTRANT
DE LA PETITE COURBURE. — RÉSECTION MÉDIO-GAS-
TRIQUE.

M. LAGOUTTE. — Les deux radiographies que je présente à la Société ont trait à un malade que j'ai opéré récemment pour un estomac biloculaire, consécutif à un ulcère calleux pénétrant dans la petite courbure. L'une a été faite le 1^{er} octobre, deux jours avant l'intervention, la seconde le 20 novembre dernier, quinze jours après la sortie du malade.

Obs. — Il s'agit d'une femme âgée de 40 ans, M... Marie, du Creusot. Depuis de longues années, elle souffrait de l'estomac, digestions difficiles, douleurs, etc., mais n'avait jamais eu d'hématèse. Dans ces derniers mois, la situation s'était aggravée. Les douleurs étaient vives, presque continues, l'intolérance gastrique absolue, les vomissements

se produisant presque aussitôt après chaque tentative d'ingestion alimentaire. Aussi l'amaigrissement était considérable. Le poids de la malade à son entrée à l'hôpital était de 36 kilos. A la palpation, on sentait au niveau de l'épigastre une petite masse dure non mobile, douloureuse à la pression.

La *radiographie* permet de faire un diagnostic exact. Elle montre, en effet, deux poches, l'une supérieure, plus petite, l'autre, inférieure, plus volumineuse. Entre les deux existe un large espace correspondant à la zone rétrécie. Le passage du bismuth se fait d'abord par un étroit couloir qui conduit dans un diverticule, auquel fait suite une cascade de liquide opaque, tombant dans la poche inférieure où il vient s'accumuler. Je dois dire que pour obtenir cette radiographie il y a eu deux prises de bismuth à une heure d'intervalle environ. Une première radiographie avait été faite après la première ingestion. Comme elle était mauvaise, j'ai dû en faire une seconde. Mais à ce moment, tout le liquide remplissait la poche inférieure. On ne voyait plus nettement la supérieure. J'ai dû la remplir à nouveau en faisant ingérer une petite quantité de bismuth. De sorte que la radiographie montre nettement la poche inférieure distendue et la supérieure au moment où elle se vide dans l'inférieure.

J'ajoute que six heures après, il existait encore un reste appréciable dans la poche inférieure, ce qui me porta à penser qu'entre l'ulcère déterminant la biloculation, il existait peut-être une seconde lésion sténosante du pylore.

En somme, l'examen radiologique conduisait au diagnostic d'estomac biloculaire par ulcère calleux probablement de la petite courbure, avec cavité de pénétration dans un organe voisin et peut-être aussi avec sténose du pylore surajoutée.

J'ai opéré cette malade le 3 octobre dernier : l'incision médiane me conduisit sur la face antérieure de l'estomac, adhérente à la paroi abdominale antérieure. Je dus faire à ce niveau une incision transversale, comprenant peau et muscle droit et circonscrire une zone du péritoine de la grandeur d'une pièce de deux francs, qui resta adhérente à la tumeur. En haut, la masse était adhérente au lobe gauche du foie. Sans difficulté et sans hémorragie appréciable, je réséquai une languette du foie adhérente et scléreuse. A ce moment, la masse calleuse qui occupait la petite courbure était libre en avant et en haut, mais était encore adhérente en arrière au pancréas. Je plaçai alors deux pinces au-dessus de la tumeur, sur la poche gastrique supérieure, et après ligature des vaisseaux, l'estomac fut sectionné. Rabattant alors la tumeur vers la droite, je pus la détacher du pancréas. Dans ce temps, j'ouvris une cavité creusée par l'ulcère dans le pancréas et correspondant évidemment à l'image diverticulaire vue dans la radiographie. Facilement, je pus en exciser superficiellement les parois dans le tissu

sclérosé de la glande. Quelques points au catgut fin purent rapprocher le péritoine et recouvrir cette petite perte de substance. La résection fut ensuite terminée par la suture entre deux pinces de l'estomac au-dessous de la tumeur.

L'examen de la région pylorique ne me montra aucun signe net de sténose. Aussi je renonçai à l'idée que j'avais d'abord eue de fermer les deux tranches et de terminer par un Billroth II. Je suturai purement et simplement les deux tranches gastriques l'une à l'autre et refermai la paroi abdominale.

L'examen de la pièce montrait bien un ulcère calleux de la petite courbure, avec pénétration en arrière du côté du pancréas. Mais la zone malade n'occupait outre la petite courbure qu'une partie des faces antérieures et postérieures, de sorte que le canal de communication était plus large que ne l'aurait laissé supposer à première vue la radiographie. On pouvait facilement y faire cheminer l'index.

Les suites ont été des plus simples, si bien que la malade pouvait quitter l'hôpital le 6 novembre, en parfait état, n'ayant plus de douleurs et digérant parfaitement. Le 20 novembre, c'est-à-dire un mois après l'opération, elle revint se montrer.

A ce moment, elle pesait 48 kilos 500, ayant engraisé par conséquent de 12 kilos 500. Une nouvelle radiographie fut prise. On aperçoit une encoche correspondant à la suture médiogastrique. On voit le bismuth dans le duodénum.

Deux points me semblent dignes d'intérêt dans cette observation :

D'abord, la valeur de la radiographie, qui a permis de faire le diagnostic exact d'ulcère calleux pénétrant.

En second lieu, l'examen radioscopique avait permis de constater que la poche inférieure qui, du reste, a l'aspect d'un bas-fond stomacal distendu, se vidait mal, puisque six heures après l'ingestion, il restait encore dans l'estomac un important reste de bismuth. Aussi, avais-je pensé à la présence possible d'un autre ulcère sténosant au pylore. On sait, en effet, la fréquence d'une double lésion. Pourtant, je n'ai rien trouvé du côté du pylore. Je crois que son mauvais fonctionnement était dû, soit à la réaction cicatricielle déterminée sur le petit épiploon par l'ulcère en selle de la petite courbure et entraînant en haut le pylore, soit à un spasme surajouté et déterminé par la lésion douloureuse, soit encore à la suppression des ondes péristaltiques, toujours à cause de la présence de la zone de biloculation, en sorte qu'il ne reste, au-dessous de celle-ci, qu'une cavité à parois atones incapables de se bien vider.

M. TIXIER. — Par suite d'une coïncidence curieuse, j'ai opéré avant-hier un estomac biloculaire qui rappelle absolument celui de M. Lagoutte. J'ai opéré ma malade pour des phénomènes surajoutés à des troubles digestifs très anciens. C'était une personne qui, depuis quinze ou seize ans, souffrait de l'estomac ; elle racontait qu'elle avait eu alors, un jour, des douleurs gastriques très vives et des vomissements pénibles. Pour être soulagée, elle s'était adressée à un pharmacien qui lui avait donné une potion. A la suite de l'ingestion de cette potion, elle fut prise de vomissements incessants et hémorragiques. Qu'était-ce que cette potion prise ? Je n'en sais rien ; est-ce qu'il y a eu erreur de la part du pharmacien, ou y a-t-il eu, comme souvent, erreur d'interprétation ? toujours est-il qu'elle fut prise de phénomènes très graves, qui l'obligèrent à garder le lit un an. Au bout de ce temps, elle a commencé à vivre tant bien que mal, plutôt mal que bien. Depuis quinze ans, elle ne s'alimentait qu'avec des purées et des liquides, lorsque, ces derniers mois, elle a ressenti des douleurs extrêmement vives, avec, à nouveau, des vomissements incessants. Elle alla consulter le docteur Devic, qui me l'adressa, et je l'ai opérée avant-hier.

C'est un estomac biloculaire, avec des adhérences en arrière, rappelant celles que M. Lagoutte vient de décrire. Je lui ai pratiqué une gastrectomie annulaire médiane avec gastrorrhaphie circulaire bout à bout. Ce qu'il y a de plus intéressant, c'est l'étude de la pièce anatomique qui est constituée par un véritable canal fibreux représentant l'ancien ulcère. De plus, fait remarquable, sur la portion supérieure de la poche cardiaque de l'estomac, il y avait, au contact de la partie rétrécie, un *ulcère en pleine évolution*, qui s'était greffé quinze ans après la guérison de la lésion primitive, cause de la biloculation. Cet ulcère avait amené un froncement de la poche cardiaque qui, par une périgastrite adhésive, était venu au contact de la poche pylorique ; de sorte que si cet ulcère avait évolué, il aurait guéri spontanément le rétrécissement au-dessous ; c'eût été un bouton anatomique ulcéreux entre les deux poches gastriques. La pièce est tellement curieuse que je me réserve de vous la montrer en même temps que la malade guérie. Cette malade a pu vivre pendant quinze ans avec son estomac biloculaire et elle a été obligée de se faire opérer sous l'influence des

douleurs causées par cet ulcère, greffé sur son vieux rétrécissement médio-gastrique.

M. DELORE. — Cette question du traitement de l'estomac biloculaire par ulcère m'a particulièrement intéressé parce que j'ai eu l'occasion d'en opérer une dizaine de cas. La résection m'a toujours paru le traitement de choix : tous les opérés ont guéri, sauf le premier, auquel j'avais dû pratiquer une résection du foie.

Le choix de l'opération me semble devoir varier suivant que l'ulcère est guéri ou qu'il est encore en évolution : *lorsque l'ulcère est guéri*, l'opération radicale n'est pas nécessaire. Nous n'avons rencontré qu'une seule fois cette variété, chez une malade que nous avait adressée notre ami Barjon. Nous avons réséqué le canal avec une zone adjacente de chaque poche et réuni les deux tranches gastriques ensemble, réalisant ainsi une résection médio-gastrique typique. Mais, en pareil cas, une large gastro-gastrotomie ou une double gastro-entérostomie avaient les plus grandes chances de succès, vu la souplesse de l'estomac.

Lorsqu'il s'agit d'un *ulcère médio-gastrique en évolution*, l'ablation de cet ulcère est certainement le traitement idéal : en fait de technique, c'est à la résection médiogastrique que l'on devra recourir, comme nous l'avons fait, ainsi que MM. Tixier, Lagoutte, Goullioud, à Lyon. Toute opération anastomotique laisse subsister un ulcère dont la tendance vers la guérison est à peu près nulle. Le propre de ces ulcères médiogastriques entraînant à leur suite la biloculation, ce sont la ténacité, l'usure progressive des parois gastriques et la pénétration dans les organes voisins : pancréas ou paroi abdominale antérieure notamment. J'en ai vu un qui avait creusé la paroi abdominale et dont le fond était formé par la peau ; le trajet peut atteindre plusieurs centimètres de longueur.

La paroi de l'estomac est donc perforée la plupart du temps.

Après l'ablation de pareils ulcères, il reste, sur l'un des organes voisins, une surface recouverte de bourgeons charnus qu'il suffit de cautériser ; cette zone cruentée n'entraîne pas l'infection du voisinage que l'on pourrait craindre *a priori*. Grâce à cette notion, nous ne poursuivons plus maintenant l'exérèse de ce fond de l'ulcère et évitons ainsi des résections d'organes voisins : foie, pancréas, paroi abdominale, etc., qui

aggravent toujours un peu le pronostic opératoire. Parmi nos dix malades, neuf se trouvaient porteurs d'un ulcère en évolution, justiciable de l'exérèse et traités par elle.

Ainsi qu'on vient de le rappeler, *l'ulcère médiogastrique coïncide quelquefois avec d'autres ulcères de l'estomac*. Sur l'un de mes malades s'en trouvaient trois, dont l'un pylorique, l'autre médiogastrique, le dernier au-dessus de la biloculation. La coexistence d'un ulcère pylorique avec une biloculation d'origine ulcéreuse serait même assez fréquente si l'on s'en rapporte à ma petite statistique personnelle. Car sur dix cas, il y avait quatre fois coexistence d'un ulcère pylorique sténosant avec un ulcère médiogastrique sténosant aussi, puisqu'il provoquait la biloculation. En pareil cas, j'ai réséqué le rétrécissement médiogastrique, la poche pylorique et le pylore, en somme, pratiqué une large gastrectomie, suivie d'abouchement suivant la méthode de Kocher ou de Billroth II. La radiographie, pratiquée par M. Barjon, nous renseignait d'avance sur la coexistence de deux sténoses.

L'exérèse des ulcères médiogastriques donne de beaux résultats ultérieurs. Les adhérences peuvent la rendre difficile ; elles contre-indiquent l'ablation moins souvent qu'on ne pourrait le croire. Seuls restent, en dehors de cette méthode, les ulcères trop haut situés, chez des malades trop cachectiques. Encore l'avenir n'en appellera-t-il pas de cette restriction, car le champ des gastrectomies s'élargit chaque jour davantage avec leur bénignité.

M. LAROYENNE. — M. Delore nous dit que la conduite à tenir est différente, suivant qu'il s'agit d'un ulcère guéri ou en évolution, à quoi le reconnaît-on ?

M. DELORE. — C'est pendant l'opération, pièces en main ; d'ailleurs, l'ulcère cicatrisé est rare. Je n'ai observé qu'un seul cas où l'ulcère était guéri ; les deux poches étaient réunies par un petit canal souple et mobile. On aurait pu discuter l'origine congénitale si les commémoratifs n'avaient révélé l'évolution préalable d'un ulcère.

Séance du 11 décembre

Présidence de M. VALLAS.

GASTRECTOMIE DANS L'ESTOMAG BILOGULAIRE.

M. LERICHE. — Dans la dernière séance, M. Lagoutte et M. Delore ont abordé la question du traitement de l'estomac biloculaire. Le hasard m'a fait rencontrer ce matin une de mes anciennes opérées, à laquelle j'ai enlevé, il y a un an et demi, un ulcère biloculant de la petite courbure ; j'ai profité de l'occasion pour vous l'amener et pour joindre le résumé de son observation au procès-verbal.

Cette femme, âgée actuellement de 49 ans, est entrée pour la première fois, il y a six ans, dans le service de M. Devic, pour une hématomèse abondante : elle avait des troubles digestifs très anciens qui s'étaient récemment aggravés. Au bout d'un mois, très améliorée, elle fut radioscopée, et on nota la forme singulière de l'estomac ébauchant une biloculation.

En juillet 1908, la malade revint à l'Hôtel-Dieu pour une récurrence de son ulcère. De même en décembre 1911, et à ce moment on constata nettement à la radioscopie l'existence de deux poches réunies par une partie très rétrécie. Le 2 mai 1912, nouveau séjour à cause de vomissements et d'une hématomèse abondante. L'hémorragie s'étant répétée le 3, M. Devic me montra sa malade : il me sembla préférable d'attendre et d'intervenir à froid. Le 2 juin, il parut à M. Devic que l'état général était suffisant pour que l'on put intervenir utilement, et le 8 juin je fis une laparotomie qui conduisit sur un ulcère induré, calleux de la petite courbure, ne produisant aucune biloculation anatomique, mais biloculant l'estomac physiologiquement (1), c'est-à-dire au moment des contractions seule-

(1) LERICHE et COTTE. Biloculation physiologique et biloculation anatomique de l'estomac. *Société nationale de médecine*, 17 février 1913, *Lyon Médical*, 1913.

ment. L'estomac étant très dilaté, au lieu de faire une résection médio-gastrique, il me parut possible de faire une simple excision d'ulcère. Je fis donc une excision cunéiforme de la petite courbure, puis, me souvenant des difficultés qu'avait eu autrefois mon maître Vallas à reconstituer la petite courbure après une excision de ce genre, pour laquelle je l'aidais, je fis une suture directe antéro-postérieure de chaque branche antérieure du V à la branche postérieure. Quand j'eus terminé la suture était parfaite, mais l'estomac était devenu *chirurgicalement biloculaire* : pour supprimer tout trouble possible de ce chef, j'anastomosais les deux poches l'une à l'autre à l'aide d'un bouton de Jaboulay. Les suites de cette intervention furent simples, et la malade, après dix-huit mois écoulés, est actuellement en parfaite santé.

Cette observation vient à l'appui de l'opinion de ceux qui pratiquent la résection dans l'ulcère en activité biloculant, et je me range parmi eux. Elle apprend aussi qu'il est plus simple de faire une résection médio-gastrique typique, telle que le préconise mon maître Delore, qu'une simple excision en coin de la petite courbure. Elle établit enfin que dans l'estomac biloculaire, l'ulcère est presque tout et que la forme de l'estomac importe peu quand ses parois sont souples.

M. VALLAS. — J'ajouterai quelques mots au sujet de la malade à laquelle M. Leriche a fait allusion et dont je me souviens bien. Cette malade présentait une induration de la petite courbure. Je pensais avoir affaire à un néoplasme très limité et je fis une résection localisée à la lésion, sans me douter de la difficulté que présenterait la restauration de l'estomac. Lorsque je voulus reconstituer l'estomac, j'eus en effet toutes les peines du monde à faire un premier surjet séro-séreux postérieur, parce que les parties n'étaient pas mobilisables et ne pouvaient pas être amenées en dehors de l'abdomen, il a fallu coudre au fond de la cavité, à bout de doigt, et ce fut très difficile. Cependant la malade a guéri. Les suites ont démontré qu'il s'agissait d'un ulcère tuberculeux, car cette malade est morte trois ou quatre ans après, dans le service de M. Devic, avec des lésions tuberculeuses.

Cette malade faisait partie d'une série de gastrectomies faites avec M. Leriche et que j'ai autrefois présentée ici.

GREFFES AMNIOTIQUES CHEZ UNE SCALPÉE.

M. COTTE. — Messieurs, j'ai l'honneur de vous présenter, au nom de M. Bérard et en mon nom, une malade chez laquelle nous avons fait récemment des greffes amniotiques.

Il s'agit d'une femme qui a eu le cuir chevelu complètement arraché le 23 décembre de l'année passée. A plusieurs reprises on avait fait chez elle différentes tentatives de greffes : toutes avaient échoué.

Au mois d'août dernier j'avais appliqué déjà de l'amnios sur sa plaie ; j'avais obtenu de cette façon un revêtement analogue à celui que vous pouvez voir maintenant, mais j'avais eu le tort de ne pas couvrir toute la surface cruentée en une fois. Dans les points non recouverts, il persista un suintement qui compromit la vitalité de la greffe. D'autre part, la malade ayant été ultérieurement laissée sans pansement, on vit la surface de la tête se recouvrir de nombreuses colonies microbiennes essaimées en flots, qui nécessitèrent des soins antiseptiques auxquels les derniers vestiges de greffe succombèrent.

Au mois de novembre dernier, après une tentative de greffe dermo-épidermique infructueuse, je me décidais à faire une nouvelle greffe amniotique. Grâce à l'obligeance de M. Voron, j'eus à ma disposition le 25 novembre dernier deux délivrances qui venaient d'être expulsées. Celles-ci furent recueillies avec une asepsie aussi parfaite que possible.

La région opératoire avait été préparée pendant que se faisait la délivrance ; toute la plaie avait été nettoyée au sérum artificiel. Pour le reste, je suivis la technique indiquée par Stern. Après avoir sectionné les membranes au ras de l'insertion placentaire, je les lavais rapidement dans du sérum artificiel ; puis je les appliquai rapidement sur la surface cranienne, face amniotique en dessous, au contact des bourgeons charnus, en ayant soin de chasser le mieux possible les bulles d'air qui restaient au-dessous. Par dessus, j'appliquai des compresses de gaze imbibées d'une pommade à la cire fondue au bain-marie.

Deux jours après le pansement était horriblement souillé par les débris de chorion restés adhérents à la surface externe de la membrane amniotique. Je fis un simple lavage au sérum et réappliquai ensuite le même pansement à la cire.

Depuis cette époque, la malade a été pansée régulièrement de la même façon. Le huitième jour, toutefois, comme il me semblait que certains points n'étaient pas complètement recouverts d'amnios, je fis une nouvelle application de membrane sur la greffe préexistante.

A l'heure actuelle vous pouvez constater qu'il existe sur toute l'étendue du scalp un vernis très mince qui forme un revêtement continu.

En vous présentant cette malade, nous avons voulu simplement vous montrer le résultat immédiat obtenu avec les greffes d'amnios. Que va devenir maintenant cette greffe ? Est-ce que les cellules ectodermiques qui constituent l'amnios arriveront à former une couche protectrice plus épaisse que celle qui existe maintenant et suffisante pour supporter une perruque ? Vont-elles simplement servir de guide à l'épidermisation qui se fait par les bords de la plaie ou bien vont-elles disparaître au bout d'un certain temps, comme les autres greffes auxquelles nous avons eu recours ? Ce sont autant de points que l'avenir seul nous permettra de préciser (1).

J'ajouterai, en terminant, qu'au point de vue pratique, la malade est très satisfaite de ce premier résultat. Malgré toutes les précautions que nous prenions jusqu'ici, son pansement était toujours très douloureux et la faisait saigner beaucoup. A ce point de vue, l'enveloppe qui coiffe l'étendue de son scalp, malgré sa minceur, a donc bien son utilité, puisque grâce à elle, on peut panser la malade sans la faire souffrir ou saigner.

M. BÉRARD. — Nous sommes arrivés, avec M. Cotte, à nous servir de l'amnios pour recouvrir cette surface de bourgeons charnus, après avoir, comme dans tous ces cas de scalp, essayé plusieurs autres procédés.

Après avoir attendu plusieurs mois que la phase d'infection des bourgeons soit terminée, pour tâcher de remettre de la peau sur le sommet de la tête, nous avons d'abord fait des greffes dermo-épidermiques ; ces greffes ont pris, elles sont restées en place pendant trois semaines, puis petit à petit elles se sont résorbées.

A deux reprises différentes, en mars et en avril, j'ai profité de ce que j'avais dans mon service deux malades atteintes de grosses hernies ombilicales, auxquelles je venais de faire une résection esthétique de la peau et du pannicule adipeux sous-cutané, pour faire des greffes cutanées totales ; là encore ce fut un échec complet.

Devant ces tentatives infructueuses, à la fin juillet, M. Cotte qui me remplaçait dans le service, voulut essayer de faire des autoplasties avec pédicule. Sur l'épaule droite, il tailla un volumineux lambeau, qu'il fit glisser sur la nuque, ce qui lui permit de gagner en hauteur un bon travers de main ; malheureusement, le lambeau ainsi obtenu ne pouvait être fixé que par les bords ; en haut il n'avait aucun point d'appui,

(1) Les greffes se sont ultérieurement éliminées ; actuellement il n'en reste plus trace (20 janvier).

aussi peu à peu il se rétracta vers le cou et le bénéfice obtenu fut peu important.

En fin de compte, nous avons essayé ces greffes d'amnios. Nous ne savons pas quel est l'avenir de cette dernière greffe ; la question reste à résoudre, mais elle nous a paru néanmoins intéressante à vous soumettre dès aujourd'hui.

M. THEVENOT. — J'ai eu l'occasion de m'occuper de cette malade, comme chirurgien de garde, lorsqu'elle a été amenée à l'Hôtel-Dieu. Elle y est arrivée quelques heures après son accident. On avait eu la sage précaution d'apporter dans un journal tout le cuir chevelu arraché quelques heures auparavant. Dans ces conditions, la chose toute naturelle que j'ai faite, ce fut d'essayer de le réappliquer et de le maintenir sur la surface cruentée par deux ou trois points de suture, qui avaient pour but de le fixer dans sa position. La première difficulté que j'ai rencontrée pour faire cette application a été la désinfection du cuir chevelu, qui avait été ramassé par terre ; il était maculé par de la graisse provenant des machines et il fut très difficile de le nettoyer ; de plus sa surface était revenue sur elle-même, elle s'était rétractée, j'avais beau le retourner pour le laver au savon et à l'éther, j'ai considéré qu'il n'était pas possible de désinfecter convenablement la face interne. Lorsque je l'ai réappliqué, j'ai fait simplement trois ou quatre points de suture pour le fixer, persuadé d'ailleurs qu'il se ferait en dessous de la suppuration, et je n'avais pas grande confiance sur le résultat définitif. Lorsque cette femme s'est présentée à moi, elle ne présentait aucune hémorragie du côté de la tête, il y avait là une surface lisse, un véritable plan de clivage, sans vaisseau, sans tendance apparente au bourgeonnement ; j'avais l'impression que la circulation ne se rétablirait pas par la prolifération des parties profondes, et que le lambeau se sphacèlerait.

Ainsi donc, une tentative de greffe a été faite dans les premières heures qui ont suivi l'accident ; cette tentative n'a pas été suivie de résultat.

M. GANGOLPHE. — Il est étonnant que l'on rencontre autant de difficultés pour réparer les plaies résultant de scalpées. Devant les succès obtenus par Carrel on est surpris des échecs de greffes, larges il est vrai, mais formées de tissus moins complexes que les organes transplantés.

M. COTTE. — Je répondrai à M. Gangolphe qu'avant de faire des greffes d'amnios nous avons essayé chez cette malade des quantités de greffes. M. Bérard a déjà signalé toutes nos tentatives et il vous a dit en particulier que les greffes dermo-épidermiques n'avaient pas réussi : les greffes qu'il avait prises avaient été prélevées sur la malade elle-

même. De mon côté en me basant précisément sur les recherches de Carrel, j'avais profité, au mois d'octobre dernier, d'un enfant mort au cours du travail, que m'avait envoyé M. Voron pour prélever des greffes dermo-épidermiques et pour les appliquer sur cette malade. J'avais couvert ainsi presque la moitié de la surface cruentée. Malheureusement, au bout d'un mois, toutes ces greffes se sont résorbées ; j'ajouterai même que les greffes que j'avais mises près des bords de la plaie et qui étaient arrivées à faire leur union avec la ligne d'épidermisation, subirent le même sort. Au niveau de toutes les greffes, le processus de régression était le même. Quand la greffe allait disparaître, on voyait se produire au-dessous d'elle une petite tache noire, ressemblant à un petit infarctus ; dans les jours suivants, elle disparaissait.

M. DURAND. — Je me suis trouvé, comme nous tous, en présence de vastes de substance cutanée à remplacer et, comme tout le monde, j'ai essayé un peu de tout ce qui avait été proposé dans ce cas.

Avant de parler de greffes d'amnios, je dois dire que j'ai eu une fois un succès satisfaisant par les greffes de la peau de poulet. On prend un poulet vivant, qu'on peut anesthésier avec un peu de chlorure d'éthyle si on a l'âme sensible, on le plume et on prélève la peau qui, au-dessous des ailes, est lisse et dépourvue de plumes ; on étend cette peau sur la plaie avec les précautions habituelles. Dans un cas, j'ai eu un résultat très satisfaisant. Par contre, dans un autre cas, j'ai eu un échec et même des ennuis, et j'ai renoncé à ce procédé.

Dernièrement, j'ai essayé la greffe amniotique sur un malade qui, à la suite d'un traumatisme, avait subi un arrachement de la peau de la face postérieure de l'avant-bras. La plaie se cicatrisant lentement, j'ai demandé à M. Voron de vouloir bien me fournir le matériel nécessaire qu'on trouve à la Maternité. Il m'a envoyé un placenta et les membranes qu'une femme saine venait d'expulser. J'avais vu, dans un mémoire allemand, que c'était le revêtement du cordon qui paraissait donner le meilleur résultat ; je me suis donc adressé au cordon. Je dois dire que pour préparer les greffons sur un cordon c'est assez difficile, parce qu'il ne faut prendre que le revêtement amniotique du cordon, et que les vaisseaux sont difficiles à cliver. On a beaucoup de peine à tailler les greffons, et ces difficultés laissent le greffon ici épais, ici mince, j'en ai revêtu la plus grande partie de la plaie. Sur une autre portion de cette plaie, j'ai mis la membrane amniotique, mais au cours des manœuvres, j'avais malheureusement retourné mon débris de membrane, de sorte que je ne sais pas de quel côté je l'ai placée. Cette greffe d'amnios n'a pas pris, mais ma greffe de cordon semble avoir pris. J'ai procédé, pour le pansement, comme toujours dans les greffes épidermiques, et il m'a donné un bon résultat.

La plaie a guéri, et je crois bien que c'est parce que ma greffe a

pris ; en tout cas, si c'est par bourgeonnement du voisinage, la greffe a certainement agi, et le malade a guéri dans un délai très rapproché. Je vais recommencer ce traitement chez un malade qui a un anthrax énorme, en priant M. Voron de vouloir bien me fournir le matériel nécessaire.

M. COTTE. — Au point de vue technique, les greffes d'amnios ont été faites extemporanément avec des membranes expulsées depuis 15 à 20 minutes, tandis que Stern, qui a préconisé ces greffes, a toujours opéré avec de l'amnios conservé en cold storage dans la solution de Ringer. Je ne sais si cette manière de faire donne de meilleurs résultats. Stern, qui l'a employée dans 11 cas, s'en déclare très satisfait.

M. BÉRARD. — Après la tentative faite par M. Thevenot de réapplication du cuir chevelu sur le scalp, il y a eu plutôt du sphacèle ; un beau jour, on a enlevé la calotte et on a trouvé des bourgeons en voie de suppuration. J'avais alors recherché si d'autres tentatives avaient été couronnées de succès et je n'en ai trouvé aucune.

Dans un cas, chez un malade qui s'était présenté au service de garde, il s'agissait d'un charpentier qui avait reçu deux poutres sur la tête et qui avait un scalp en raie qui repoussait la moitié du cuir chevelu ; on avait essayé de le réappliquer, mais, malgré tout il se fit un sphacèle du cuir chevelu, et ce ne fut qu'au bout de cinq à six mois que, disséquant ce lambeau, nous avons pu obtenir un résultat.

M. Gangolphe demandait si, dans ces cas, les greffes de tissus ne seraient pas, dans ces conditions, favorables pour prendre ; je crois que les greffes de Carrel prennent parce leurs vaisseaux suturés leur apportent les éléments nutritifs.

M. GANGOLPHE. — J'ai bien eu la même idée que M. Bérard, il n'en reste pas moins surprenant que l'on échoue si l'on veut employer d'emblée de larges greffons.

La greffe dermo-épidermique d'Ollier constitue une ressource qui présente les plus grandes chances de succès. Dans un cas semblable à celui présenté par M. Cotte, j'ai vu Siraud obtenir un bon résultat : le traitement dura près de deux ans et l'on dut faire d'innombrables greffes prises sur la blessée et sur sa sœur.

M. BÉRARD. — J'ai eu un succès analogue lorsque j'étais chef de clinique de M. Poncet ; on avait essayé chez cette malade toutes les greffes, y compris la greffe de Lefort, toutes avaient échoué, sauf la greffe d'Ollier. Mais, pour en revenir à notre malade, depuis la première tentative qui a été faite chez elle, elle n'a plus voulu qu'on lui prélève de nouvelles greffes et, d'autre part, elle s'est refusée à ce qu'on en prenne sur ses enfants.

* * *
SUR QUATRE CAS D'INTERVENTION SANGLANTE POUR
FRACTURE CHEZ DES ENFANTS.

M. VIGNARD. — Le hasard m'a, dans le courant de cette année, donné l'occasion d'intervenir quatre fois pour des fractures dans des conditions assez variées et par des moyens assez différents pour que la réunion de ces quatre cas constitue une sorte de revue générale en même temps qu'une comparaison intéressante des divers moyens pour coapter les fractures.

OBSERVATION I.

Le premier cas concerne une petite fille de 3 ans qui, à la suite d'un coup de pied d'âne, présenta une fracture très oblique de la moitié droite du corps du maxillaire inférieur avec déchirure de tout le plancher de la bouche et chevauchement qui amenait la prémolaire derrière les incisives.

Devant l'impossibilité de maintenir la réduction et de faire supporter aucun appareil, je fixai par une plaque d'aluminium et quatre vis de bronze placées sur le bord inférieur du maxillaire les deux fragments on très bonne coaptation.

Quinze jours après, j'enlevai la plaque et les vis et facilitai l'élimination d'un petit séquestre lamellaire.

Actuellement, la cicatrisation est presque complète, et, comme le montre la photographie ci-jointe, l'arcade dentaire inférieure a recouvré sa continuité et sa place par rapport à la supérieure.

OBSERVATION II. — *Ecrasement de la jambe par un tramway.*

P... Eugénie, 14 ans et demi. La malade, voulant descendre d'un tramway mal arrêté, est tombée, et une roue lui a passé sur la jambe gauche, mais le bas n'a pas été déchiré et la plaie n'a pas été infectée, semble-t-il, seul le genou était souillé. Les deux os de la jambe ont été fracturés au niveau du tiers inférieur; il y a eu écrasement et détachement d'esquilles osseuses assez grosses. Large entaille dans les parties molles du mollet, qui présentent un sillon et ont éclaté au-dessous.

Intervention (6 novembre 1912). — On enlève un fragment osseux de 3 centimètres de long environ; on place une cheville d'ivoire de 8 centimètres de long dans le canal médullaire, on ne touche pas au péroné. On draine en dehors des sutures.

21 novembre 1912. — La consolidation des fragments est presque déjà complète. On fait un nouveau plâtre roulé.

13 janvier 1913. — L'enfant part dans sa famille pour un mois. La radiographie montre la tige en place et l'os en voie de prolifération tout autour.

4 mai 1913. — Etant donnée la persistance des troubles trophiques osseux et cutanés, on se décide à enlever la tige d'ivoire, qui est enchâssée dans l'os, paraît faire corps avec lui et ne présente autour d'elle aucune suppuration.

Actuellement, la cicatrisation de l'os et sa solidité, de même que sa longueur sont parfaites ; une petite fistulette, qui mène seulement dans les parties molles, persiste encore. Pendant longtemps la peau de la jambe a été le siège d'une sorte d'éruption eczémateuse, qui semble rétrocéder, et qui paraissait liée à des troubles trophiques dus à l'écrasement des tissus, et qui présentent encore un sillon très marqué, trace du passage de la roue.

Cette observation paraît montrer (et cependant il s'agissait d'un cas défavorable) que les tiges d'ivoire ne méritent peut-être pas l'ostracisme dont on veut les frapper.

En outre les constatations faites lors de la seconde intervention semblent prouver qu'elles s'incorporent à l'os et forment avec lui un tout compact solide et presque homogène.

OBSERVATION III. — *Fracture du tiers inférieur du tibia.*

T... J.-O. En descendant de voiture, l'enfant est tombé le pied droit restant accroché au marchepied. A l'examen, la partie inférieure de la jambe droite est tuméfiée (avec, par places, des ecchymoses). Le raccourcissement dû au chevauchement des deux fragments égale deux centimètres.

A la radiographie, fracture oblique en V partant de l'union du tiers inférieur et du tiers moyen du tibia sur le bord externe et se dirigeant en bas et en dedans, pour atteindre le bord interne, un peu au-dessus de la malléole tibiale. Le péroné semble ne pas avoir été atteint.

Intervention (18 février 1913). — Le malade est placé sur le tracteur de Lorenz. Incision à la face interne de la jambe. On coapte avec le davier de Lambotte, le plus exactement possible, le fragment supéro-interne et le fragment inféro-externe, après avoir réduit le chevauchement par un forte traction. Vissage d'une plaque métallique (deux vis sur chaque fragment). Suture de la peau, qui paraît très tendue, plaquée sur l'os. Quelques tours de bande plâtrée. L'opération a été rendue très difficile par le siège même de la fracture, l'obliquité très grande des fragments et la proximité de l'articulation tibio-tarsienne.

Au bout de trois semaines la consolidation paraissait acquise et la

peau était tendue sur la plaque et les vis ; on enlève le tout. La guérison a été lente et retardée par une plaque de sphacèle au talon et au niveau du tendon d'Achille, due à la traction.

OBSERVATION IV. — *Fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus.*

B... Catherine. L'enfant est tombée de sa hauteur, le poids du corps portant sur l'épaule droite. Au moment, douleurs, impotence fonctionnelle, ecchymoses. Quand elle entre à l'hôpital, l'accident remonte à vingt jours environ

A l'examen. déformation du moignon de l'épaule. L'extrémité supérieure du fragment inférieur est remontée en avant de la tête et est très facilement perceptible à la palpation dans l'espace delto-pectoral. Raccourcissement du bras. L'enfant peut esquisser des mouvements d'abduction du bras.

Intervention (3 juillet 1912). — Incision de la peau et du deltoïde. Affrontement des deux portions fracturées du fragment supérieur et inférieur et cheville, pour les maintenir en place, le membre étant en rotation externe.

Plâtre. Bras en abduction, rotation externe à angle droit avec le tronc

7 août. — On enlève le plâtre. Réunion per primam.

16 septembre 1912. Tous les mouvements sont normaux.

J'ai reçu des nouvelles de la malade le 5 décembre 1913. Sa mère m'écrit qu'elle est très bien guérie, qu'elle se sert du bras malade comme de l'autre et ne ressent aucune douleur. La radiographie montre que l'agrafe a été enfouie dans la prolifération osseuse, et les nouvelles de l'enfant nous prouvent qu'elle y est très bien supportée.

Ces diverses observations nous montrent qu'on matière d'intervention et de contention pour fracture, il faut être éclectique, aller évidemment au plus simple, tout en étant outillé pour pratiquer les manœuvres les plus complexes. Je serais presque tenté de dire que tout est bon, pourvu que l'on soit aseptique.

M. DURAND. — Je ne sais pas si M. Vignard a beaucoup employé la tige d'ivoire dans la cavité médullaire ; pour mon compte, je ne l'ai jamais employée et je ne l'emploierai pas parce que j'ai eu l'occasion de voir des malades auxquels on avait fait une intervention de ce genre, la fracture avait été consolidée, mais avait donné lieu à une hyperostose excessive, qui paraissait attribuable à l'emploi de la tige d'ivoire intra-médullaire. Je préfère mettre un appareil facile à enlever après guérison de la fracture, et du reste, ces moyens d'approximation recommandés par Lambotte, me semblent plus satisfaisants.

En ce qui concerne la fracture de la mâchoire, je me vois obligé de défendre, contre M. Vignard, la méthode de Martin. M. Vignard nous a dit qu'il était ennuyeux de faire porter un appareil compliqué dans la bouche. Ces appareils ont cependant un grand avantage, c'est qu'on peut les mettre sans inciser la peau du visage.

Les appareils de Martin sont, je le reconnais, difficiles à faire bien, et demandent une surveillance constante. Ils donnent très rapidement de magnifiques résultats, et pour ma part je ne me déciderai guère à les remplacer par une intervention laissant une marque au menton.

M. VIGNARD. — A propos de fracture de maxillaire sans ouverture de la peau, je me rappelle avoir soigné un malade de 70 ans qui s'était fait une fracture au cours d'une chute d'automobile et qui, pendant deux mois au moins, fut traité par la méthode de Martin; il souffrait beaucoup, salivait abondamment et, malgré tous les soins, il se produisit une fistule au menton; la fracture se consolida, il a conservé un chevauchement et une cicatrice déprimée en cul-de-poule, bien qu'il n'y ait eu aucune plaie, il avait simplement une déchirure du plancher de la bouche. Actuellement, je n'hésiterais pas à lui faire une cicatrice linéaire sur le rebord du maxillaire de façon à obtenir un résultat esthétique meilleur, tout en supprimant bien des ennuis.

Je crois cependant qu'il ne faut pas généraliser et que toutes les fois qu'on peut avoir une contention par des moyens simples, il vaut mieux ne pas employer la méthode sanglante; mais, me rappelant ce malade et mettant son cas en parallèle avec celui de la fillette que je viens de présenter, il m'a semblé qu'en pareil cas je n'hésiterais pas à faire une intervention sanglante, plutôt que de courir le risque de manœuvres qui ne donnent pas une réunion immédiate, même au prix de bien des tracasseries.

* * *

OBSTRUCTION DU DUODÉNUM PAR PTOSE ET COUDURE SUR LES VAISSEAUX MÉSENTÉRIQUES; — CONDITIONS DU MAIN- TIEN DE LA PERMÉABILITÉ DE LA GASTRO-JÉJUNOSTOMIE.

M. BÉRARD. — A plusieurs reprises déjà, je me suis élevé ici contre l'opinion qui admet l'imperméabilité progressive et constante de la bouche de gastro-jéjunostomie, quand il n'y a pas d'oblitération cicatricielle ou provoquée du pylore. J'ai déjà eu l'occasion de présenter plusieurs malades opérés de gastro-anastomose dans ces conditions depuis plusieurs années, avec le maintien d'une stomie large, malgré que le pylore fut resté lui-même perméable. Voici deux nouvelles

malades qui viennent encore à l'appui de ce que j'avance : toutes deux avaient subi la gastro-jéjunostomie, l'une en 1909, l'autre en 1906, pour des lésions qui n'avaient altéré en rien le pylore ; chez toutes deux je suis réintervenue le mois dernier pour de nouveaux troubles digestifs, et j'ai pu me convaincre par la radioscopie bismuthée d'abord, puis par l'examen direct et par le palper au cours de l'opération, que la stomie avait conservé ses dimensions premières. Il suffit pour cela, comme je l'ai dit, de faire une stomie très large, avec des sutures soignées des tuniques au catgut fin ou à la soie fine. La technique est celle de von Hacker.

Celle de ces malades que j'avais opérée en 1910 était atteinte d'un ulcère de la petite courbure avec adhérences de périgastrique. Elle est revenue à l'hôpital parce que après trois ans de guérison apparente, elle souffrait à nouveau depuis un an, spontanément et après les repas, avec de rares vomissements. Nous avons pensé chez elle à la reproduction d'adhérences périgastriques : la laparotomie nous a montré, en effet, que le bord libre du foie, la vésicule, l'antra pylorique et le colon transverse étaient pris dans une nappe fibreuse, qu'il ne nous a été permis que de libérer partiellement, à cause de la friabilité extrême du foie. La gastro-jéjunostomie était intacte, sans adhérences, ni coudures à son voisinage, si bien que nous avons jugé inutile de faire une jéuno-jéjunostomie complémentaire.

La deuxième malade était plus intéressante. Voici son observation résumée avec le compte rendu in extenso de ma première intervention :

Obs. — Le 12 juin 1906, entre à l'hôpital de la Croix-Rousse M^{me} D., âgée de 32 ans, mariée, sans enfants, depuis longtemps dyspeptique, qui, depuis huit mois éprouve de violentes douleurs au creux épigastrique avec point dorsal. Ces douleurs ne semblent pas influencées par l'ingestion d'aliments. Il y a en même temps des vomissements alimentaires irréguliers, mais survenant le plus souvent immédiatement après les repas. Jamais d'hématémèse, ni de mélena.

Cette femme, très amaigrie, a perdu 16 kilogs en six mois. Elle est pâle, mais non cachectique.

L'examen révèle un estomac clapotant, ptosé, avec un peu de tension épigastrique et une évacuation très lente de la bouillie bismuthée. Le clapotage gastrique se poursuit loin à droite, et en bas jusqu'au voisinage de la région cœcale. Rein droit très mobile avec une ptose générale des viscères abdominaux.

Intervention (16 juin 1906). — La laparotomie sus-ombilicale médiane conduit sur un estomac extrêmement ptosé, avec un sillon au voisinage de la région pylorique, que l'on prend pour une cicatrice d'ulcère, donnant un estomac biloculaire. Mais bientôt on reconnaît que ce sillon correspond en réalité au pylore, et que c'est le duodénum mobile et très distendu dans ses deux premières portions qui constitue la poche droite et inférieure. L'absence de tout ulcère et de toute cicatrice perceptible, la distension du duodénum prolongé jusqu'aux vaisseaux mésentériques, fait conclure qu'il s'agit d'une coudure du duodénum au niveau de ces vaisseaux comme origine des troubles de canalisation révélés chez la malade.

Une gastro-entéro-anastomose postérieure transmésocolique à la suture est pratiquée en laissant une anse jéjunale libre de 30 centimètres environ entre l'origine du jéjunum et l'anastomose.

Les suites opératoires ont été marquées par des accidents graves de *circulus viciosus* avec vomissements copieux sans élévation de température. Ces accidents cédèrent à deux lavages d'estomac pratiqués à 24 heures d'intervalle.

Tous les troubles fonctionnels disparaissent rapidement ensuite. La malade put, pendant sept ans, reprendre ses occupations en éprouvant seulement quelques pesanteurs après les repas, avec parfois, des régurgitations aigres. Pas de régime spécial.

Vers le début de septembre 1913, brusquement, se produisirent de nouveaux accidents qui débutèrent par des pesanteurs épigastriques avec ballonnement après les repas, puis douleurs très violentes, apparaissant de suite après l'ingestion des aliments, pour se prolonger parfois durant deux ou trois heures. Vomissements alimentaires ou acides amenant une sédation appréciable des phénomènes douloureux. Au début d'octobre, les douleurs deviennent continuelles, atroces, aussi bien à jeun qu'après l'ingestion des aliments. Elles ne sont calmées par aucune application locale, par aucun traitement médical.

Au mois d'octobre 1913, cette femme rentra dans le service, dans un état de maigreur et d'adynamie tel qu'on aurait pu croire à l'évolution d'un néoplasme. Peu de vomissements, mais des douleurs intolérables à l'absorption, même fractionnée d'aliments liquides, sans soulagement par le bicarbonate de soude ou par le bismuth.

L'examen nous avait donc révélé un clapotage intense, au-dessus et à droite de l'ombilic, de la tension presque permanente à ce niveau sans péristaltisme visible. La radioscopie après injection de bouillie bismuthée montre que l'évacuation de l'estomac se fait à la fois par le pylore normal et par l'orifice de la gastro-jéjunostomie. Mais le bismuth séjourne dans le duodénum.

A la seconde opération, pratiquée le 25 octobre 1913, nous avons trouvé l'anse jéjunale de l'anastomose distendue et ptosée, comme le duodénum et l'estomac d'ailleurs. La stomie admettait deux doigts. Malgré l'absence d'adhérences coudant le jéjunum, j'ai fait ici une jéjuno-jéjunostomie complémentaire au bouton; en effet, j'avais suivi la première fois la technique ancienne de la gastro-jéjunostomie postérieure trans-mésocolique, en gardant un segment d'intestin de 30 centimètres entre l'angle duodéno-jéjunal et la stomie. Cette technique est défectueuse, en ce qu'elle favorise le *circulus viciosus* par coudure en ptose de l'anse anastomosée; il est bien préférable, comme l'ont montré Ricard et Chevrier de faire l'anastomose le plus près possible des points fixes, angle duodénal d'une part et face postérieure de la petite courbure gastrique de l'autre.

J'ai été sur le point également de terminer par une exclusion du pylore, que l'on a proposée pour remédier à la distension du duodénum ptosé. Mais j'ai été arrêté par cette idée que si la soupape pylorique était détruite, et si une coudure venait à se reproduire au niveau des vaisseaux mésentériques, j'aurai réalisé ainsi une exclusion complète du duodénum avec possibilité de troubles de canalisation extrêmement graves.

*
* *

ANÉVRYSME ARTÉRIO-VEINEUX DE LA RÉGION PAROTIDIENNE.

M. NOVÉ-JOSSERAND présente un malade dont voici l'histoire :

Garçon de 13 ans, sans antécédents intéressants. Il y a dix-huit mois, cours d'une grippe qui l'a retenu au lit trois semaines, il a souffert violemment de l'oreille gauche sans avoir eu de suppuration. C'est à partir de ce moment qu'on voit se développer la tumeur qu'il présente actuellement.

En avril 1913, les docteurs Evrault et Truchet, de Chambéry, pratiquèrent la ligature de la carotide externe. Cette opération fit disparaître tous les signes objectifs et subjectifs pendant quinze jours, puis la tumeur reprit son évolution.

Actuellement, on constate une tumeur du volume d'une noix, qui occupe la région parotidienne gauche, soulevant le lobule de l'oreille, remontant presque jusqu'à l'arcade zygomatique, s'étendant peu en

avant sur la branche montante du maxillaire, et n'atteignant pas en arrière la pointe de la mastoïde. Cette tumeur est animée de battements systoliques, et on perçoit à la surface un thrill à renforcement systolique, qui a son maximum au-devant du lobule de l'oreille. La tumeur, de consistance molle, est complètement réductible, et lorsque, après l'avoir réduite, on exerce une compression profonde sur un point limité correspondant à la partie moyenne du bord postérieur du maxillaire, on l'empêche de se reproduire et on arrête complètement le thrill et les battements. La pression sur la jugulaire externe à la base du cou augmente le volume et la tension de la poche et produit une distension de la veine qui se dessine sous les téguments avec le volume du doigt. La compression de la carotide arrête les battements et fait affaisser la tumeur. Les téguments sont sains. La paroi antérieure du conduit auditif externe est légèrement refoulée en arrière par la tumeur, mais l'oreille est saine, d'après l'examen pratiqué par M. Collet. Il n'existe aucune dilatation des vaisseaux voisins, temporale, occipitale, etc. L'examen de la bouche et du pharynx est négatif.

L'enfant perçoit des battements et un certain frémissement par l'oreille, mais il n'en est pas incommodé.

D'après ces symptômes, le diagnostic d'anévrisme artérioveineux s'impose. La réductibilité complète, l'absence de dilatation vasculaire à la périphérie, la possibilité de suspendre les battements en comprimant un point limité permettent d'écarter le diagnostic d'anévrisme cirsoïde.

Cet anévrisme artérioveineux paraît s'être développé spontanément, ce qui est rare, ces lésions ayant presque toujours une origine traumatique. On peut se demander si la cause première ne serait pas un kyste congénital comme j'en ai observé un cas, développé dans la région carotidienne et en rapport étroit avec les vaisseaux.

Au point de vue du traitement je crois qu'une intervention s'impose, mais il est à craindre qu'elle présente de grandes difficultés si la tumeur est enveloppée dans la parotide ou au-dessous d'elle, car le nerf facial serait alors une barrière bien gênante. Je me propose de découvrir la bifurcation de la carotide primitive et d'y placer une ligature provisoire. Je chercherai ensuite à remonter vers la tumeur en me guidant sur les vaisseaux et je verrai s'il est possible de la disséquer ou de poser une ligature sur la communication artérioveineuse. En cas d'impossibilité, il faut peut-être se réserver, comme dernière ressource, la ligature de la carotide primitive.

Séance du 18 décembre.

Présidence de M. VALLAS.

ANÉVRYSME ARTÉRIO-VEINEUX DE LA RÉGION
PAROTIDIENNE.

M. NOVÉ-JOSSERAND. — Je veux compléter l'observation de l'anévrisme artério-veineux que je vous ai présenté jeudi dernier en vous racontant l'intervention que j'ai faite lundi.

La découverte de la carotide a été rendue très difficile par la cicatrice de la première opération et les adhérences qu'elle avait créées autour de l'artère qui en faisaient craindre une déchirure de cette dernière ou de la veine jugulaire. Après une demi-heure de recherche j'ai dû me décider à me reporter plus bas et à mettre mon fil sur le tronc de la carotide primitive, un peu au-dessous de la bifurcation.

Poursuivant alors l'incision en haut, j'ai disséqué la veine jugulaire externe qui, flexueuse, énorme, remontait vers la parotide, puis s'enfonçait au-dessous d'elle. J'ai tenté de la suivre en incisant le tissu de la glande jusqu'à proximité du facial et en la faisant relever fortement en haut, mais malgré cette manœuvre, je restai encore bien en deçà des limites supérieures de la poche. Je cherchai alors à reconnaître la carotide externe et, en suivant ses battements, d'arriver au point de sa jonction avec la veine, mais ce point de jonction se trouvait aussi situé trop haut pour qu'il soit possible de l'atteindre. Ne voulant pas risquer de sacrifier le facial, je m'en suis donc tenu là et j'ai terminé en rendant définitive la ligature de la carotide primitive.

Cette longue opération, qui a duré une heure et demie, a été bien supportée. Le malade n'a éprouvé aucun trouble nerveux et nous avons remarqué seulement un très léger degré d'exophthalmie du côté gauche. La tumeur s'est affaissée et le bruit que percevait le malade a disparu d'une façon presque complète.

M. TAVERNIER. — Je voudrais, à propos de ce malade, ajouter un mot sur les résultats actuels des ligatures des artères, qui diffèrent considérablement de ce qu'ils étaient avant l'asepsie.

Lorsque M. Nové-Josserand nous a présenté son malade, j'ai fait remarquer que la seule façon d'interpréter logiquement l'arrêt des battements après la ligature de la carotide externe, et leur réapparition quinze jours après, était d'admettre que l'anévrisme siégeait sur cette artère ou une de ses branches, et que la ligature n'avait eu qu'un résultat provisoire et avait été accompagnée d'un retour de la perméabilité de l'artère; certains membres de la Société avaient paru s'étonner de ce fait, alors qu'en réalité il est habituel; lorsqu'on lie une artère, sans faute d'asepsie, avec un catgut ordinaire et sans précautions spéciales, on n'obtient jamais une imperméabilité définitive de l'artère, le cours du sang se rétablit environ au quinzième jour. Pour avoir une obstruction définitive, il faut avoir la précaution de serrer la ligature suffisamment pour écraser les tuniques artérielles; cela s'obtient facilement avec une soie ou avec un catgut conservé à sec, qui sont beaucoup plus rigides, tandis que cela est difficile à réaliser avec un catgut assoupli, qui est trop fragile et qui glisse trop facilement dans les doigts, de sorte qu'il n'est pas étonnant que dans le cas du malade de M. Nové-Josserand, le cours du sang se soit rétabli dans la carotide externe. Il faut tenir compte de ces données lorsqu'on veut réaliser sur une artère un arrêt définitif du cours du sang; il faut couper l'artère entre deux ligatures, on utilisera la soie ou le catgut conservé à sec, mais si l'on tient à employer du catgut assoupli, serrer le nœud très fort et veiller à ce que les tuniques de l'artère soient écrasées.

*
* *

INTERVENTION SANGLANTE DANS LES FRACTURES.

M. DURAND. — La communication que M. Vignard nous a faite, dans notre dernière réunion, me fournit occasion de vous présenter trois observations que je me proposais de vous soumettre.

Vous savez, car je vous en ai souvent déjà montré des cas, que je suis partisan convaincu de l'ostéosynthèse dans les fractures, et que j'ai pour principe d'opérer toujours, quel que soit le siège de la fracture, quand les méthodes conservatrices ne paraissent pas devoir donner un résultat satisfaisant. Je reste fidèle à ce principe, qui m'a fourni d'intéressants succès et ne m'a donné jusqu'ici aucun déboire: pas une de mes ostéosyntheses n'a donné d'échec ni d'infection.

Je vous présente aujourd'hui trois faits très dissemblables :

Le premier concerne une fracture des deux os de l'avant-bras. Le second est une fracture de l'olécrâne, à sa base, avec déplacement du cubitus, traité par ostéosynthèse avec plaque de Lambotte.

La troisième est un cas d'intervention retardée sur une fracture compliquée de jambe. Le fait diffère notablement des précédents, qui sont des interventions précoces, alors que là j'ai opéré six semaines environ après l'accident. Il a un intérêt particulier, parce qu'il démontre qu'on peut opérer une fracture compliquée d'une plaie non cicatrisée, et avoir pourtant, sans incident, une très satisfaisante guérison.

Voici ces trois observations :

OBSERVATION I. — *Fracture des deux os de l'avant-bras. Ostéosynthèse. Excellent résultat.*

G..., 17 ans, entre dans le service le 26 août pour une fracture de la partie moyenne des deux os de l'avant-bras, qu'il s'est faite le 17 en tombant de bicyclette.

A l'entrée, on trouve tous les signes cliniques d'une fracture des deux os.

La *radiographie* montre que les deux os sont fracturés à peu près au même niveau dans leur partie moyenne. Les fragments supérieurs chevauchent de 2 centimètres environ les fragments inférieurs. Ces deux fragments inférieurs filent tous deux dans l'espace interosseux.

On constate que la réduction est difficile et ne se maintient pas. On essaye pendant une semaine des tractions continues. La radioscopie montre que rien n'arrivera à donner une réduction, même approximative, et que les mouvements de pronation et de supination seront évidemment très compromis.

27 août. — *Ostéosynthèse* : Incision sur la crête cubitale postérieure. Le fragment supérieur se trouve loin en avant et dans l'espace interosseux. Réduction par flexion et en redressant avec les deux daviers de Lambotte, pas trop difficile. Mise en place d'une plaque fixée par quatre vis, dont l'une casse. Incision sur le radius : même disposition des fragments, mais du fait de la correction cubitale déjà faite, la reposition est facile : comme chacun des fragments présente des dentelures qui ne demandent qu'à s'engrener, on ne met pas de plaque. On s'assure que la pronation et la supination s'effectuent correctement et l'on suture. Plâtre en supination (2 semaines).

3 septembre 1913. — L'examen radioscopique montre la parfaite coaptation des fragments osseux : les mouvements de pronation et de supination s'effectuent comme normalement.

20 octobre 1913. — Le malade revient, se plaignant de souffrir au niveau de la cicatrice opératoire. A ce moment, en effet, rougeur, tuméfaction, chaleur. Ponction de l'abcès au bistouri. Guérison rapide.

Ablation de la plaque de Lambotte. Résultat fonctionnel excellent. Il manque à peine un peu de pronation.

OBSERVATION II. — *Fracture basse de l'olécrâne. — Ascension de cette apophyse, subluxation antérieure du cubitus sans déplacement du radius. Ostéosynthèse. — Guérison parfaite.*

C... (Eugène), 20 ans, a subi en mars 1913, par M. Vallas, une résection du poignet avec fermeture sans drainage et a un résultat extrêmement satisfaisant.

Le 6 septembre, il fait une chute sur le bras droit, le coude fléchi à angle droit.

Signes de fracture de l'olécrâne à sa base, sans luxation du radius ; mais, à la radiographie, on voit que le corps du cubitus est subluxé en avant, l'humérus repose non sur la cavité sigmoïde, mais sur la surface de fracture.

Il y a 2 cm. 1/2 environ d'ascension de l'olécrâne.

Intervention (12 sept.). — Incision axiale de 8 centimètres sur l'olécrâne, réduction du déplacement cubital ; l'olécrâne est abaissé au contact immédiat de la surface cubitale fracturée ; on met en place, par quatre vis, une petite plaque de Lambotte.

2 octobre. — Ablation du plâtre.

10 novembre. — Ablation de la plaque.

La radiographie montre, comme vous pouvez le voir, que la réduction du double déplacement olécrânien et cubital est absolument parfaite : on a peine à distinguer le trait de fracture.

Revu ces jours, le malade a retrouvé des fonctions tout à fait normales : flexion et extension du coude avec toute leur étendue ; la force revient peu à peu.

OBSERVATION III. — *Fracture compliquée de jambe. — Défaut de consolidation par interposition musculaire. — Ostéosynthèse retardée, pratiquée un mois et demi après la fracture, la plaie non encore fermée. Guérison.*

S..., 68 ans, heurté par une motocyclette, subit le 28 avril 1913, une fracture de la partie moyenne des deux os de la jambe gauche. Cette fracture est compliquée d'une plaie assez large pour laisser fortement saillir le fragment tibial inférieur. Il y a un très grand chevauchement avec rotation considérable du pied en dehors.

Après réduction relative et pansement de la plaie nettoyée à la teinture d'iode, le membre est mis en gouttière.

Pas d'infection, la fracture fonctionne comme une fracture fermée.

Vers le 15 mai, la réduction n'étant pas satisfaisante, on endort le malade et l'on pratique une réduction qui paraît plus correcte. Cette anesthésie détermine des phénomènes pulmonaires très graves, qui se terminent heureusement.

Un mois après, on constate que la fracture n'a aucune tendance à se consolider; la radiographie montre un assez grand écartement latéral des fragments et l'on pense à une interposition musculaire.

Bien que la plaie cutanée soit encore très large, comme une pièce de 5 francs environ, on intervient par ostéosynthèse et ouverture large du foyer de fracture le 13 juin.

Pour ne pas donner lieu à de nouveaux phénomènes pulmonaires, j'interviens sous anesthésie rachidienne à la novocaïne. Cette méthode donne toute satisfaction.

Incision large, isolement et luxation des fragments; on lève une interposition fibro-musculaire assez importante. Par traction avec le levier de Lambotte et avec l'aide des daviers de cet auteur, on obtient une réduction qui, sans être parfaite, est satisfaisante; on la maintient par deux agrafes de Dujarrier. Appareil plâtré.

Pas d'ascension thermique, aucun incident post-opératoire.

Le 16 juillet, pansement; la plaie est en bonne voie de cicatrisation; elle ne donne qu'un léger suintement non purulent.

La cicatrisation s'achève correctement; il en est de même de la consolidation osseuse. Le malade quitte le service, guéri trois mois après l'opération.

Comme je vous le disais, ces faits sont assez dissemblables. Le dernier surtout, dans lequel je suis intervenu six semaines après l'accident, est surtout un cas de pseudarthrose, mais il se rapproche des interventions précoces à cause du délai assez court entre la fracture et l'opération. Il tire, je crois, son principal intérêt de la présence, lors de l'opération, d'une plaie non encore fermée. Il me permet de penser qu'on peut faire profiter les fractures compliquées des bienfaits de l'ostéosynthèse de manière précoce; il me semble qu'il vaut mieux laisser la fracture franchir toute la période pendant laquelle les infections sont possibles. Je n'opérerai pas dans les premiers jours pour mettre une plaque de Lambotte; je ferai l'ostéosynthèse retardée parce que dans le cas que je vous présente elle m'a permis d'obtenir une bonne consolidation, une fois passés tous les dangers d'infection de la plaie.

Les deux autres cas, opération sanglante précoce concernent des fractures des os de l'avant-bras: c'est je crois sur ces os qu'on trouve le plus fréquemment les indications d'opérer les

fractures récentes. Nous savons tous, et M. Destot y a fort justement insisté, combien sont fréquents et graves les troubles de pronation-supination consécutifs à ces fractures. Il me paraît que, dans beaucoup de cas, le seul moyen donnant la certitude de les éviter est l'opération sanglante. Ce n'est pas, avec l'instrumentation actuelle, une opération très difficile. Ce n'est pas non plus une opération simple, elle reste délicate et exige une technique et une asepsie très parfaites.

Elle donne par contre de merveilleux résultats. Les deux que je vous présente aujourd'hui m'ont paru très satisfaisants, et les radiographies montrent une correction assez parfaite pour vous intéresser.

M. NOVÉ-JOSSERAND. — Comme juxtaposition à l'observation rapportée par M. Durand, relative à une fracture de l'olécrâne, nous avons eu l'occasion, avec M. Goullioud, d'observer un malade d'une trentaine d'années, qui, étant tombé dans un trou, avait fait un violent effort musculaire en cherchant à se retenir avec son bras placé sur les bords du trou; il s'était fait une fracture de l'olécrâne. Il y avait un écartement assez accentué, je me rappelle qu'il y avait un bon centimètre entre les deux fragments. Nous avons fait une suture osseuse avec un fil de bronze d'aluminium que nous avons laissé à demeure, perdu dans la fracture. Le résultat a été excellent, le malade a guéri rapidement; au bout d'un mois, il avait retrouvé sa capacité fonctionnelle et depuis le résultat est demeuré bon, sans que le fil ait déterminé un accident quelconque.

*
* *

TUMEUR SANGUINE COMMUNICANTE DE LA RÉGION PARIÉTALE DROITE.

M. BERTEIN. — J'ai l'honneur de présenter à la Société de chirurgie un malade qui m'a paru porteur d'une variété curieuse et exceptionnelle de tumeur du cuir chevelu :

Obs. — Le jeune soldat de 21 ans dont il s'agit présente, depuis sa naissance, et sans qu'aucun traumatisme puisse être relevé à l'origine, la tumeur que vous apercevez à droite de la ligne médiane, au niveau de la région pariétale. Cette masse, du volume d'une mandarine, s'implante par une base large de 5 centimètres, poussant un prolongement qui s'avance jusqu'à la limite antérieure du cuir chevelu.

La peau qui la revêt est recouverte de quelques poils rares et parcourue de veinosités.

Cette tumeur est sujette spontanément à des fluctuations de volume et, suivant les moments de la journée où on la considère, elle fait une saillie variable à la surface du crâne, sans jamais toutefois disparaître entièrement.

Elle est uniformément molle au palper, facilement dépressible, de consistance pâteuse. Elle est mate à la percussion, ne bat pas et ne présente ni expansions, ni souffle.

Une pression soutenue parvient à la faire disparaître progressivement en une minute environ. La peau de recouvrement revêt alors un aspect fané, comme flétri. Pendant cette réduction, le malade se sent, dit-il, devenir lourd, la tête lui tourne. Notons que la compression circulaire autour de la tumeur n'empêche aucunement la réduction. Vient-on, une fois la tumeur réduite, palper le crâne sous-jacent, on constate qu'il est à ce niveau, irrégulier, formé de morceaux mal soudés, semble-t-il. Au centre, en particulier, de la surface d'implantation de la tumeur, on note l'existence d'un trou cratériforme à bords osseux surélevés. Cette exploration est douloureuse.

Si la pression des doigts vient à se relâcher, progressivement la peau se déplisse, se soulève et la tumeur fait à nouveau saillie. La réapparition est favorisée à nouveau par l'inclinaison de la tête en avant, un effort exécuté par le malade, et par la compression prolongée des deux gouttières carotidiennes.

La radiographie n'a donné aucun résultat.

Hors une éruption pityriasiforme sur la peau antérieure du thorax, le malade n'offre rien à signaler d'anormal que sa tumeur. Aucune dilatation variqueuse en particulier en aucune région. Il est un peu apathique et indifférent à ce qui l'entoure.

Il ne semble pas, étant donné ce qui précède, qu'il puisse y avoir hésitation au sujet du diagnostic. Il s'agit d'une de ces tumeurs angiomeuses congénitales communicantes avec la circulation endocranienne, dont Lannelongue donnait la première description en 1886, appuyé sur 12 observations. Je vous rappelle, au nombre de quelques cas publiés récemment, celui qu'a présenté ici-même, en 1910, un de mes collègues de l'hôpital Desgenettes, M. Lahaussais. La tumeur dans ce cas beaucoup plus petite, est intéressante à comparer à celle-ci. La communication entre les deux circulations, intra-cranienne et périostique, y était plus facile, la réduction s'effectuant rapidement et spontanément suivant l'attitude de la tête, et on avait porté le diagnostic de hernie du sinus longitudinal. Chez le sujet que voici, cette communication avec le sinus est indirecte et ne s'effectue que par l'intermédiaire des ca-

naux du diploë dilatés, d'où la lenteur avec laquelle elle s'effectue.

Il s'agit, somme toute, d'une malformation congénitale caractérisée par la dilatation primitive des veines épicroraniennes suivie de la dilatation progressive des veines efférentes qui ne sont autres que les diploïques mettant en communication les deux circulations exo et endo-craniennes.

Il semble, en outre, que cet élargissement des canaux du diploë ait pu à la période fœtale, comme le pense Lannelongue, gêner l'ossification du pariétal dont le trouble d'ossification est nettement appréciable au palper chez ce sujet. La radiographie ne nous donne cependant aucune confirmation du fait, ce qui n'est pas pour surprendre, et M. Destot fournissait récemment l'explication de cette absence de renseignements radiographique possible dans les pertes de substance crânienne. La thérapeutique de cet angiome ne laisse pas que d'être délicate et je serais heureux d'avoir à cet égard l'avis de la Société. Ce que l'on sait, ce que j'ai lu, montre la difficulté de l'exercice de pareilles productions. Des morts brusques sur la table d'opération ou dans les jours suivants par hémorragie incoercible se sont vues. L'hémostase de la base d'implantation de ces tumeurs est délicate. Le malade de M. Lahaussais a été opérée et j'ai retrouvé le compte rendu de l'intervention purement exploratrice exécutée, l'opérateur, une fois la peau incisée, ayant reculé devant le risque à faire courir au malade en poursuivant plus avant.

Si bien qu'étant données l'absence de troubles fonctionnels, la non tendance du néoplasme à l'extension périphérique et à l'ulcération cutanée, j'inclinerai plutôt vers l'abstention chirurgicale que Lannelongue recommandait en pareil cas.

*
* *

ANCIENNE LUXATION OVALAIRE DE LA HANCHE GAUCHE
AVEC PÉNÉTRATION DANS LE PELVIS ; RÉDUCTION SAN-
GLANTE ; GUÉRISON.

MM. BÉRARD et VIGNARD :

Il s'agit d'un homme de 31 ans qui entre, le 3 mars, dans le service de M. Bérard, à l'Hôtel-Dieu, pour un traumatisme de la hanche gau-

che datant de trois mois. Le malade, en descendant d'une échelle, fit une chute de 4 mètres. La jambe resta prise entre deux échelons. Il perdit connaissance. Quelques jours après, un rebouteur essaya de remettre en place la hanche gauche, qu'il avait reconnu déboitée, mais il n'obtint aucun résultat et à partir de ce moment, le blessé fut incapable de marcher.

A l'entrée à l'hôpital, le membre inférieur gauche est en abduction légère et en rotation en dehors. Il paraît plus allongé que l'autre ; mais en réalité il ne s'agit que d'un allongement apparent. L'épine iliaque gauche est abaissée par rapport à la droite, et au total, il existe un raccourcissement de 2 centimètres.

Il existe une atrophie énorme de la fesse et de la cuisse. Les mouvements de l'articulation coxo-fémorale sont presque supprimés. Les mouvements de flexion se font dans les articulations du bassin. Au toucher rectal, saillie considérable de la paroi pelvienne gauche. Pas de signes de compression vasculaire ou nerveuse. Quand on fait marcher le malade, il avance péniblement en boitant profondément et en appuyant le pied avec hésitation. Cette attitude provoque une lassitude rapide, mais il n'y a pas de douleur.

La *radiographie* montre une luxation ovalaire avec pénétration de la tête dans le bassin.

Le 13 mars (avec l'aide de M. Destot), nous avons tenté une réduction non sanglante. Celle-ci fut impossible.

Le 5 juillet, nous pratiquons une intervention sanglante, qui est faite avec l'aide de M. Vignard. Comme il s'agit d'une luxation antérieure, on trace une longue incision partant à 4 centimètres environ de l'épine iliaque antéro-supérieure et conduit en bas et en avant pour descendre en avant du grand trochanter à peu près parallèlement à la direction du fémur. Après avoir désinséré quelques-unes des insertions supérieures des fessiers sur les crêtes iliaques, on pénètre dans l'interstice du tenseur du fascia lata et du couturier. On arrive ainsi très facilement sur la portion externe du col du fémur. On incise la capsule de la hanche qui est épaissie. Après avoir désinséré son pourtour cervical, on dégage la cavité cotyloïde remplie de tissu fibro-cartilagineux. On reconnaît ensuite que la tête fémorale s'est engagée dans le bassin par le trou obturateur. Par des manœuvres d'extension très fortes au moyen du tracteur de Lambotte, on n'aboutit pas à réduire la tête. Même par des manœuvres de pompe, analogues à celles qu'on emploie habituellement pour réduire les luxations de la hanche, on n'obtient aucun résultat. Il faut pour dégager la tête prisonnière, faire sauter aux ciseaux le bord supérieur du trou obturateur. Ceci fait, on ramène la tête dans la cavité cotyloïde où elle semble assez solidement logée. On résèque les portions de muscles qui ont été dilacérées au cours de l'intervention pour en éviter le sphacèle. Deux drains sont mis en contact de

l'articulation. Suture des téguments. Le membre est fixé en abduction et flexion légère pour éviter que la tête ne se déplace secondairement.

Les suites opératoires ont été simples, malgré l'existence de vastes hématomes qui ont retardé la cicatrisation. A l'heure actuelle, le malade se tient debout dans une attitude normale et la marche s'exécute dans de bonnes conditions, grâce à l'emploi d'une semelle surélevée de 1 cent. 1/2.

A l'examen, on constate cependant que le membre inférieur gauche présente un raccourcissement de 1 centimètre et demi environ qui semble dû, d'après la radiographie, à une légère inflexion du col et à une érosion du toit du cotyle. Les mouvements de l'articulation coxo-fémorale sont très limités et ne dépassent guère 30 ou 40° pour la flexion.

*
* *

ILÉUS BILIAIRE.

MM. TAVERNIER et MURARD. — J'ai l'honneur de vous présenter, au nom de M. Tavernier et au mien, l'histoire d'une malade âgée qui se présenta à l'Hôtel-Dieu, le 1^{er} janvier 1913, pour des signes d'occlusion. Ces symptômes remontaient à cinq jours, depuis les quels elle n'avait émis ni matières, ni gaz.

On trouvait l'abdomen peu tendu, mais l'exploration était gênée par le développement extrême de pannicules adipeux. On ne percevait rien d'anormal, et tout ce qu'on pouvait dire c'est qu'il s'agissait d'une occlusion. Cette occlusion était certainement haut située, car les vomissements avaient apparu, sans cesser depuis, dès les premières heures consécutives à l'accident initial.

Les divers modes d'exploration par le toucher et le palper restant négatifs, la malade ayant un passé sans incident d'aucune sorte, la nature de l'obstacle restait incertaine.

On fit une laparotomie à cheval sur l'ombilic, et on trouva le grêle distendu. En déroulant rapidement les anses qui faisaient saillie, on perçut un obstacle intra-intestinal dur, cylindrique, arrêté environ au niveau du tiers inférieur du grêle.

Entérotomie sur le corps étranger, qui est enlevé très rapidement, puis fermeture à deux plans de l'incision intestinale.

La paroi est refermée. L'opération est rapidement conduite.

Nous pensions que les suites seraient très simples. Néan-

moins, le lendemain, le pouls était à 130, il y avait de la température, et l'occlusion continuait.

On attendit encore au lendemain, et comme il n'y avait eu aucune émission rectale, malgré les petits moyens employés, on fit un anus contre nature. Mais, à ce moment-là, la malade était in extremis. Elle ne tarda pas à succomber.

L'anus contre nature nous a permis de constater qu'il n'y avait pas la moindre trace de péritonite. Notre malade a continué une occlusion, à laquelle elle a succombé.

Comme l'autopsie nous a été impossible, nous ne pouvons faire que des hypothèses sur la cause de la mort, et si nous avons apporté ce cas, c'est que nous croyons celle-ci due au fait qu'il y avait peut-être un autre calcul dans la lumière intestinale.

En effet, lorsqu'on examine le calcul en question, on voit qu'il est cylindrique sur ses bords, comme s'il reproduisait le moule de la vésicule distendue. Mais, par ailleurs, il est aplati d'avant en arrière et il semble avoir été au contact d'autres calculs semblables.

On comprend l'importance que ceci peut avoir dans la conduite opératoire, et c'est pour cette raison que nous rapportons cette observation.

M. TAVERNIER. — Lorsque j'ai opéré cette malade, c'était la première fois que je rencontrais un iléus biliaire, et j'ai été extrêmement étonné des bizarreries de cette affection où tout est paradoxal : paradoxale la migration d'un calcul pareil chez une malade qui n'a jamais eu d'accidents douloureux avant ; paradoxal l'arrêt d'un calcul en plein grêle cylindrique, sans rétrécissement ni bride qui l'explique, pas plus que le volume du calcul qui n'a guère que 3 centimètres de diamètre, à peine plus que les gros modèles de boutons anastomotiques ; le calcul semble surtout arrêté par spasme de l'intestin, car on ne peut ni le faire avancer ni le faire reculer, et l'intestin qui l'encercle paraît un peu blanchâtre, comme anémié par le spasme musculaire ; paradoxale enfin la mort d'une malade paraissant encore résistante, après une opération très simple, très courte, exécutée toute entière hors du ventre.

J'ai beaucoup regretté de ne pas pouvoir faire de vérification chez cette malade, parce que je ne savais pas de quoi elle était morte ; l'ayant réopérée deux jours après l'intervention, je n'ai pas trouvé de péritonite, j'ai trouvé des anses dilatées sur lesquelles j'ai fait un anus. En somme, l'occlusion a continué, et cette occlusion est restée pour moi énigmatique.

Lorsque j'ai parcouru les observations publiées, j'en ai trouvé plusieurs dans lesquelles le calcul n'était pas unique, où, après l'intervention, les malades avaient refait de l'occlusion dans un délai de quelques jours ou de quelques mois après le premier accident du fait d'un second calcul. Aussi lorsque j'ai vu le calcul que je vous présente, avec des facettes multiples, j'ai eu l'impression que cette malade devait avoir eu d'autres calculs qui avaient passé par le même orifice et qui étaient venus s'arrêter à l'endroit même où ma suture formait sténose. De sorte que, bien qu'il n'y ait pas eu de vérification faite, j'ai conservé l'idée que lorsqu'on opérât un iléus biliaire, il fallait penser qu'il pouvait y avoir d'autres calculs et qu'il fallait prendre des mesures de méfiance à cet égard, en particulier au point de vue des occlusions secondaires.

Par un hasard extraordinaire, très peu de temps après, au mois de septembre de cette année, j'ai eu l'occasion d'opérer un deuxième cas analogue et qui s'est présenté dans les mêmes conditions que le précédent.

OBS. — Il s'agissait d'une femme de 71 ans, concierge, sans autre antécédent pathologique qu'un fibrome traité autrefois par l'électricité, à la Charité, par Laroyenne. Les accidents d'occlusion qui l'amènèrent à l'hôpital avaient débuté brusquement, cinq jours auparavant par des douleurs à forme de coliques intermittentes immédiatement accompagnées de vomissements et sans température. L'état général était bon ; le pouls à 84. L'abdomen était peu distendu, des anses s'y dessinaient peu volumineuses, médianes, peu nombreuses, animées d'ondes péristaltiques. La palpation ne donnait aucun renseignement ; au toucher, vagin à fond atrophié, sillonné de brides, au fond duquel on sent une masse fixée contre le sacrum à droite et qui semble être un utérus modifié, car on ne trouve plus de col.

Le diagnostic d'occlusion haute était évident : en raison de ce fibrome traité autrefois par l'électricité et des signes fournis par le toucher, je pensai qu'elle était due à une adhérence ou à une bride dans le Douglas, et je fis une laparotomie médiane basse. Je trouvai des anses dilatées qui me conduisirent à un mètre environ de l'angle duodéno-jéjunal, sur un obstacle intra-intestinal constitué par le calcul que je vous présente, qui a à peu près 3 centimètres de diamètre sur 6 à 7 de long. Il se présentait dans l'intestin son pôle arrondi tourné vers l'aval, tandis que son pôle postérieur présente comme vous le voyez une facette plane d'articulation pour un autre calcul. Aussi, craignant l'arrivée ultérieure de cet autre calcul sur la sténose formée sur l'intestin par la suture longitudinale et la taille longitudinale, je réunis les deux extrémités de l'anse par une entéro-anastomose latéro-latérale excluant l'anse taillée. Fermeture de l'abdomen sans drainage.

Les suites furent simples au point de vue péritonéal et intestinal, mais il y eut de l'infection de la paroi, des escharres sacrées et une rétention d'urine persistante, dont je ne pus découvrir la cause et qui dura plus d'un mois. Malgré ces complications, qui furent un instant menaçantes pour la vie de cette femme âgée, la malade quitta l'hôpital entièrement guérie et sans avoir souffert de nouveau de ses voies biliaires.

Je ne sais si l'entéro-anastomose a eu à jouer un rôle utile ; il est possible que le calcul qui a laissé son empreinte sur celui que j'ai retiré ne migre jamais, mais ce qu'il y a de certain, c'est que cette anastomose complémentaire est si simple à établir, qu'elle ne complique et prolonge très peu l'opération, qu'elle ne peut pas être nuisible et qu'elle met la malade à l'abri des possibilités de migration d'un autre calcul, risque grave lorsque la migration se fait très tôt après l'opération, et risque non imaginaire dont témoignent, à défaut de ma première observation douteuse, de multiples observations publiées.

Je crois qu'à ce titre, c'est une ligne de conduite qui mérite d'être compte suivie.

M. VALLAS. — Je demanderais à M. Tavernier s'il a pu se rendre du point par lequel ce calcul avait pénétré dans l'intestin ?

M. TAVERNIER. — Dans mon premier cas je n'ai pas exploré la région hépatique, parce que je ne me suis pas rendu compte au cours de l'opération que ce gros corps étranger fût un calcul, j'ai supposé que la malade avait avalé un os ou un noyau quelconque.

Dans le second cas, comme j'avais fait le diagnostic d'occlusion par adhérence dans le petit bassin, j'avais fait une incision trop basse pour me rendre compte des lésions des voies biliaires. Ces calculs viennent presque toujours par des fistules réunissant la vésicule biliaire au duodénum ; il n'y a qu'un très petit nombre de calculs ayant passé par le cholédoque ; enfin il y en a quelques-uns à la suite de fistules faisant communiquer la vésicule biliaire avec le gros intestin. Dans les 95 % des cas, le calcul vient d'une perforation de la vésicule biliaire dans le duodénum.

Le calcul que j'ai trouvé dans le deuxième cas vient évidemment de la vésicule, sa forme le prouve, il représente exactement le moule des deux tiers d'une vésicule, le reste étant occupé par le calcul, dont il représente l'empreinte. On peut encore remarquer que l'autre pôle du calcul, celui qui est arrondi et représente le moule du fond de la vésicule est blanc et poli, tandis que tout le reste de la surface du calcul est noir, formé de détritüs biliaire ; j'ai l'impression que cette extrémité du calcul pointait depuis longtemps à travers une fistule du fond de la vésicule dans l'intestin, où le passage des liquides intestinaux l'ont lavé et poli, tandis que le reste de sa surface macérait dans la boue biliaire de la vésicule.

M. DELORE. — J'ai eu l'occasion d'opérer un cas d'obstruction par calcul biliaire ; j'avais remarqué que l'obstacle formé par le calcul n'est pas tout : il s'y ajoute le spasme de l'intestin.

La malade a succombé après ablation du calcul ; à l'autopsie, je n'ai pas retrouvé d'autres calculs, mais j'ai constaté que la communication entre les voies biliaires et l'intestin s'était établie par une fistule cholécysto-duodénale. Autour de la vésicule existait encore une zone de péricholécystite.

M. BÉRARD. — J'ai eu l'occasion autrefois d'assister M. Jaboulay dans deux interventions pour iléus biliaire : l'une de ses malades est morte ; je crois bien que l'autre, après avoir trainé quelque temps, a fini par mourir.

J'avais recherché, à cette occasion, les cas qui avaient été publiés, et j'avais vu qu'il y avait 60 pour 100 environ d'accidents mortels dus le plus souvent à des phénomènes persistants d'occlusion par un spasme se produisant au niveau de la muqueuse, à l'endroit où le calcul avait été incarcéré.

Pour ce motif Jaboulay avait fait une entéro-anastomose complémentaire, non par la crainte d'un autre calcul, mais parce que, disait-il, il faut éviter que l'ulcération n'entretienne un spasme occlusif.

M. TAVERNIER. — Je suis heureux d'apprendre que je n'ai pas été le premier à faire cette entéro-anastomose ; il faut donc la faire toujours en pareil cas.

* * *

DEUX CAS DE COLECTOMIE ÉTENDUE POUR STASE FÉCALE.
(MÉTHODE DE LANE).

M. LERICHE. — J'ai été amené, dans deux cas récents, à pratiquer une résection très étendue des côlons pour des troubles relevant de la stase fécale. Les opérations de ce genre étant à l'étude, à la suite des recherches de Lane, j'ai cru intéressant de vous montrer, sous réserve du résultat éloigné, les deux pièces que voici, comptant l'une 1 m. 10, l'autre 90 centimètres de gros intestin. Voici l'un de mes malades qui me les ont fournies ; l'autre (une femme), est rentrée chez elle depuis quelques semaines.

* * *

Mon premier cas a trait à un homme que vous connaissez,

je l'ai présenté à la Société de chirurgie le 19 juin 1913 (1), comme un exemple typique d'antipéristaltisme colique.

Je lui avais pratiqué une iléo-sigmoïdostomie par implantation termino-latérale le 28 mai 1912, pour des troubles de canalisation du gros intestin dus à de la péricolite membraneuse droite et de la colite rétractile gauche.

En janvier 1913, je dus réintervenir à cause de coliques gazeuses très violentes, siégeant à droite, et qui le rendaient morphinomane. Je trouvai un gros fécalome cæcal, qui fut évacué par taille du cæcum. Par cet anus des matières et des lavements passaient respectivement malgré l'iléo-sigmoïdostomie. C'est dans ces conditions que je vous le montrais.

Le 23 juin, sous anesthésie rachidienne, j'enlevai le cæcum, le côlon ascendant et une partie du transverse. Le malade guérit sans incident et parut retirer de l'intervention un bénéfice réel. Toutefois, en août il se plaignait encore de coliques à gauche, tant et si bien que je réintervins encore le 31 octobre, décidé à faire l'ablation de ce qui restait du côlon. Sous anesthésie rachidienne, je fis une incision latérale gauche, pensant n'avoir à intervenir que de ce côté. A ma grande surprise, une fois le côlon descendant décollé et mobilisé, une fois l'angle gauche libéré, je trouvais un côlon transverse de dimensions quasi-normales se prolongeant très loin vers la droite. Je fendis donc la paroi transversalement vers la ligne médiane et je pus alors reconnaître que le gros intestin était redescendu jusque dans la fosse iliaque droite, où il y avait comme un nouveau cæcum rempli de matières dures. J'enlevai le tout sans trop de difficultés, en sectionnant l'S iliaque presque au ras de mon implantation iléale antérieure. Le ventre fut refermé à trois plans, sans drainage, et la guérison se fit sans le moindre incident.

Voici cet homme, actuellement bien portant et très satisfait. Pendant les premières semaines il a eu de la diarrhée, comme on observe quand on vient de faire une implantation iléo-sigmoïdienne basse, puis tout est rentré dans l'ordre, et maintenant il serait plutôt constipé. Il est probable que la diarrhée

(1) LERICHE. Sur la physiologie de l'iléo-sigmoïdostomie par implantation dans la stase cæcale et sur l'antipéristaltisme du gros intestin. *Lyon chirurgical*, 1^{er} sep. 1913, t. X, n^o 3, p. 313.

tenait à la suppression de sa chambre de concentration fécale, où, pour les besoins physiologiques normaux, l'antipéritaltisme faisait séjourner quelque temps les matières liquides arrivant dans l'S iliaque. A l'heure actuelle il est probable que l'S iliaque s'est un peu dilaté et adapté à sa fonction de réservoir, d'où la concentration des matières.

Voici maintenant la pièce enlevée : elle mesurait, à l'état frais, 1 m. 10. Elle est encore remplie des matières qui la distendaient lors de l'opération. Si l'on songe que chez cet homme j'avais déjà réséqué, en juin, 30 à 40 centimètres de gros intestin, je crois qu'on peut considérer la colectomie comme à peu près totale chez lui.

En tout cas, le résultat est, pour l'instant, excellent.

* *

Ma second observation a trait à une jeune femme de 29 ans ayant un passé bacillaire chargé, et qui fut envoyée en février 1913 dans le service de M. Poncet pour des troubles digestifs datant de sept ans. Assez nerveuse, neurasthénique, très amaigrie, cette femme ne mangeait plus, ne dormait guère et souffrait surtout à droite dans la fosse iliaque, où l'on percevait un cæcum flasque et gargouillant. La radioscopie montrait un estomac atone, sans rétention.

Rejetant l'hypothèse d'ulcère que l'on avait posée, je pensais à de l'appendicite chronique avec cæcum mobile.

Le 15 février, une laparotomie médiane sous-ombilicale, après avoir évacué quelques cuillerées d'ascite sanglante, montra un gros utérus lourd, ballant, avec les marbrures vineuses que l'on voit chez les malades de cette sorte. Les ovaires étaient scléro-kystiques, les trompes saines, l'estomac normal. Le cæcum était énorme, mou flasque : c'était un vrai mégacæcum, recouvert d'un voile membraneux péritonéal typique, remontant jusqu'à l'angle droit. L'appendice fut enlevé ; le cæcum plicaturé, diminué de moitié, fut fixé à la paroi.

Le résultat de l'intervention fut bon. La malade, toujours gémissante, reprit 8 kilogs ; mais en octobre elle revint, se plaignant beaucoup de son épigastre. La radioscopie ayant montré que la soupe bismuthée restait près de 24 heures dans le cæcum sans un indice de rejet apparent, je réintervins le 18 octobre, et réincisai sous la cicatrice ombilicale : par cette

brèche de 10 centimètres, je pus sortir l'énorme pièce que vous voyez, soit le cæcum, le côlon ascendant et le transverse jusqu'à l'angle gauche, le tout très distendu. J'en fis la résection en terminant par une iléo-sigmoïdostomie latéro-latérale au bouton.

J'ajoute qu'il n'y avait plus d'ascite.

Les suites furent très simples, apyrétiques, mais tardivement, je dus évacuer un abcès intra-péritonéal, probablement épiploïque, à droite de l'incision réunie par première intention, huit jours après. Un mois après l'intervention, la malade rentrait chez elle. J'ai reçu de ses nouvelles il y a quatre ours : il y a une amélioration réelle. Mais je doute que le résultat soit aussi bon que chez l'homme, car cette malade est très neurasthénique (1).

La pièce que vous voyez mesurait, fraîche, 90 centimètres. Le cæcum avait 45 centimètres de circonférence.

* *

En somme, j'ai suivi, dans ces deux cas, la méthode de Lane. Je ne veux pas en discuter les indications : nous manquons encore de données pour cela ; et quand il s'agit de questions neuves, toute critique théorique est vaine ; il est certain que beaucoup de malades ont des troubles réels du fait d'une mauvaise canalisation des matières ; il est certain qu'il y a des malades ayant des côlons trop longs et insuffisamment fixés. Il est probable que sous peu, on saura reconnaître exactement ceux qu'il faut opérer. Pour l'instant il me suffira de signaler que l'opération de Lane m'a paru facile et que ses suites ont été très bénignes.

M. VALLAS. — Je félicite M. Leriche des observations qu'il vient de nous présenter ; cette question fort intéressante est en effet à l'ordre du jour à la suite des recherches de Lane, qui a fait sur ce sujet une longue communication au *Congrès de chirurgie* dernier ; je crois bien que ce sont les premières observations que nous ayons à Lyon ; je souhaite qu'elles suscitent parmi nous de nouveaux faits permettant d'évaluer la valeur de la colectomie totale dans ces cas.

(1) En date du 11 janvier 1914, son médecin m'écrit : L'état de votre opérée s'améliore de semaine en semaine.

HYDRONÉPHROSE GÉANTE SANS SYMPTÔME. PYONÉPHROSE.
NÉPHRECTOMIE TRANSPÉRITONÉALE. MORT PAR OCCLUSION
DUODÉNALE SURAIGÜE. HYDRONÉPHROSE NAINÉ OPPOSÉE.

Par M. le D^r DE GAULEJAC.

Répétiteur à l'École du Service de santé militaire.

OBSERVATION. — Le 2 décembre 1912 entrant à l'hôpital militaire, à Lyon, un jeune soldat du 98^e d'infanterie, qui, brusquement, dans la journée, avait été pris de violentes douleurs abdominales, particulièrement intenses au niveau de l'hypochondre gauche. Il avait eu deux vomissements. Sa température était de 39° 5 et son pouls, quoique bien frappé, ne battait qu'à 55.

Il déclarait n'avoir jamais eu auparavant de crises analogues. Son passé était vierge de tout antécédent. A l'examen, on notait une distension assez marquée de l'épigastre et une immobilité presque absolue dans les mouvements respiratoires de tout le côté gauche de l'abdomen. La palpation mettait en évidence une contracture des plus nettes de l'hypochondre, qui, douloureux dans toute son étendue, l'était plus spécialement en un point fixe situé à l'intersection de la ligne ombilico-axillaire et du rebord costal. De là, les douleurs s'irradiaient vers le flanc jusqu'aux limites antérieures de la région lombaire, et en avant vers l'ombilic.

La sonorité de l'épigastre était exagérée. L'hypochondre gauche présentait au contraire une zone de submatité en forme de battant de cloche, qui, arrondie, et des dimensions du creux de la main, au centre de la région, remontait jusqu'à la rate, suivant une bande large de trois travers de doigt, sans aucune interposition de sonorité franche. Pourtant, malgré l'exploration la plus minutieuse, on ne parvenait à déceler à ce niveau l'existence d'aucune tumeur. L'exploration de toutes les régions voisines était négative; la région lombaire, indolore et dépressible, ne présentait aucune déformation.

Au point de vue fonctionnel, le malade n'accusait d'autre trouble digestif qu'une constipation invétérée de longue date, de digestions parfois pénibles s'accompagnant de douleurs sourdes au creux épigastrique. Il assurait n'avoir rien remarqué d'anormal du côté de ses urines. Ses mictions avaient toujours été régulières, normales comme abondance, jamais troubles.

Dans l'impossibilité d'établir un diagnostic sur ces premières

données, je mis le malade en observation, prescrivant une diète absolue et l'application de cataplasmes chauds.

Le lendemain matin la scène avait changé. Le malade avait eu une selle abondante pendant la nuit. Les douleurs s'étaient apaisées. La température était normale, le pouls régulier et plein à 70.

Localement, la distension de l'épigastre avait disparu.

L'hypocondre, quoique toujours un peu douloureux à la pression, se défendait moins, mais la submatité y persistait, de même forme et de même étendue.

Cet état se prolongea huit jours, sans modification d'aucune sorte. Le malade s'alimenta légèrement pendant ce temps, mais n'alla à la selle qu'une seule fois, aidé par l'ingestion d'un léger laxatif. Comme auparavant, les matières qu'il évacua furent très abondantes et se caractérisèrent surtout par leur forme très allongée et l'excessive exigüité de leur calibre.

Durant cet intervalle la surveillance la plus attentive des urines ne révéla rien de particulier. Leur taux demeurait stationnaire à 4.500 grammes et leur analyse quantitative, plusieurs fois répétée, témoignait d'une sécrétion régulière et normale.

Le huitième jour, au matin, survenait brusquement, dans les mêmes conditions que la première, une nouvelle crise, sans élévation de la température, sans modification du côté du pouls, mais avec quelques symptômes nouveaux à l'hypocondre. A mesure que la paroi se tendait de plus en plus à ce niveau, que la douleur y devenait toujours plus vive, se dessinait au-dessous du rebord costal une légère voussure qui, se détachant bien surtout dans l'examen à jour frisant, donnait à l'abdomen un aspect d'asymétrie manifeste. A la zone de submatité, observée auparavant, s'était très rapidement substituée une zone de matité franche disposée suivant une bande large de trois doigts, à direction oblique, et s'étendant du milieu de l'hypocondre jusqu'aux limites de la zone splénique. Sur l'étendue de cette matité les téguments paraissaient plus chauds et gardaient plus facilement qu'ailleurs l'empreinte des doigts.

On avait l'impression qu'il existait là une tumeur abdominale à surface ronde, régulière et lisse, affleurant en avant la paroi du ventre, mais aux contours mal définis et d'origine fort obscure. Elle ne présentait pas le contact lombaire, et la fosse lombaire n'offrait rien d'anormal. On ne pouvait la mobiliser et les changements de situation du malade ne modifiaient ni sa forme ni ses rapports.

De consistance homogène, dure, résistante, elle se prêtait mal à la recherche de la fluctuation mais l'importance que j'attachai au petit signe de la peau, l'élévation thermique qu'avait présentée une fois le malade, la douleur aiguë, toujours persistante en un point fixe, la défense de la paroi, me firent penser que ce devait être une collection

liquide, sinon suppurée, mais tout au moins en voie de le devenir. Mais quel pouvait être la nature de ce kyste et d'où provenait-il ?

Du rein gauche ? Cela semblait si improbable que ce fut l'hypothèse la plus vite éliminée, car il n'y avait dans les antécédents du malade ni dans son état actuel rien qui pût faire penser à une localisation rénale. Tous les signes physiques et fonctionnels semblaient le contredire : intégrité anatomique de la fosse lombaire, pas de contact lombaire, aucun trouble urinaire, ni pollakiurie, ni polyurie, ni débâcles urinaires, ni hématurie, ni pyurie ; il n'y avait pas de sonorité en avant de la tumeur.

Un kyste du mésentère ? mais la tumeur était trop haut placée et elle n'était point mobile. Un kyste du pancréas ? mais on n'observait aucun des troubles physiologiques habituels de cette affection ; aucune manifestation ne se rapportait à pareille lésion. Dans l'hypothèse d'un kyste de la queue on aurait toujours retrouvé au-dessus de la tumeur une zone de sonorité franche qu'aurait donnée la présence soit de l'estomac, soit du côlon transverse.

Il ne restait plus qu'un organe à envisager, c'était la rate, et par élimination raisonnée on était amené à penser qu'il s'agissait d'un kyste de la rate, émanant très vraisemblablement de son pôle inférieur.

Si le diagnostic demeurait toutefois indécis, il était hors de doute qu'on se trouvait en présence d'une lésion réclamant une intervention immédiate ; la vie du malade en dépendait et il n'y avait plus d'hésitation possible.

Opération. — Je fis donc une laparotomie antérieure verticale latérale gauche, dont l'incision passait au niveau même de la portion la plus saillante de la tumeur, c'est-à-dire sur le bord externe du muscle droit. Elle s'étendait de l'ombilic au rebord costal. Le péritoine ouvert, la tumeur apparut immédiatement et sa tension était telle qu'elle faisait saillie entre les lèvres de la plaie dont elle occupait toute la surface d'écartement, offrant par sa disposition, sa forme et sa coloration l'aspect d'une tête fœtale en présentation.

Pour obtenir plus de jour, l'incision fut prolongée et coudée en dehors et tout le rebord costal cartilagineux fut réséqué.

Grâce à ce large accès, on constatait que tout en haut l'angle colique gauche, refoulé et comprimé contre le diaphragme, cravatait la tumeur. Il était vide, aplati, pas plus gros que le doigt. En dedans, toute la masse du grêle était réclinée vers le côté droit de l'abdomen, en même temps qu'elle paraissait projetée en avant.

Le péritoine postérieur, qui recouvrait la tumeur, était soulevé par une énorme veine, manifestement dilatée, à direction oblique en bas et en dehors et paraissant se perdre dans ses parois. Ce vaisseau isolé était le seul qu'on aperçut sur toute la surface du kyste. La séreuse fut donc incisée suivant toute l'étendue du champ opératoire et après

m'être débarrassé de la présence dangereuse de ce vaisseau en le sectionnant entre deux ligatures, je commençai le décollement. Je ne pus aller bien loin, car la tension du kyste était telle que la manœuvre devint tout de suite pénible et périlleuse. Avec un trocart je ponctionnais la poche et recueillis près de 5 litres de liquide louche, de couleur jaune verdâtre. Le décollement fut, dans la suite, extrêmement aisée. Bientôt apparut un gros pédicule vasculaire, dont le nombre et la disposition des éléments firent bien vite reconnaître l'origine et la nature du kyste. On avait affaire à une pyonéphrose volumineuse, toute entière développée dans l'hypocondre; le rein, qui lui avait donné naissance, ayant conservé ses rapports normaux. L'atmosphère celluleuse ambiante était intacte; nulle part il n'existait trace de réaction inflammatoire; aussi fut-il bien facile de dégager la face postérieure avec le rein qui, par un simple mouvement de bascule de haut en bas, se laissa détacher de sa loge avec la plus grande aisance. Au dernier moment de cette manœuvre, qui fut pourtant conduite avec une extrême douceur, la poche se déchira dans sa portion toute inférieure, en même temps que l'uretère se sectionnait sur une bride fibreuse qui lui adhérait à son extrémité. D'où provenait cette bride et quelle était sa signification? L'étude anatomo-pathologique de l'organe enlevé nous le dira dans un instant.

L'exérèse achevée, la cavité péritonéale fut isolée par la suture au péritoine antérieur des deux lèvres de l'incision postérieure et toute la paroi fut reconstituée dans ses différents plans anatomiques, ne laissant que le passage à la partie la plus déclive de deux gros drains destinés à l'évacuation de toute exsudation possible dans le foyer opératoire.

Suites opératoires. — Cette intervention, qui fut brève (35 minutes à peine), et relativement simple, n'eut pas les suites qu'on était en droit d'espérer. Un jour plus tard seulement, le malade était en effet emporté au milieu des accidents les plus étranges. Aussitôt après l'opération, il fut pris, au creux épigastrique, de douleurs extrêmement vives, qui persistèrent jusqu'au dernier moment, sans qu'aucun signe objectif ne permit d'en déterminer la cause. Le ventre demeura souple; l'épigastre ne se distendit pas; il n'y eut d'autres vomissements que quelques crachotements muqueux et jaunâtres, qui survinrent seulement dans les dernières heures. Mais les phénomènes généraux les plus intenses furent la caractéristique dominante de cette scène, qui se déroula dans une hyperthermie sans rémission et régulièrement croissante jusqu'à 41° 9, avec un pouls incomptable. Le malade évacua 500 gr. d'urines claires et sans trace de sucre ou d'albumine.

Autopsie. — Quelques instants seulement après la mort, l'autopsie éclaircissait le mystère de cette fin si brusque. Le malade était mort d'une occlusion duodénale suraiguë, sans aucune dilatation préalable de l'estomac, dont l'état et la disposition des viscères semblaient indiquer

le mécanisme. Toute la masse du grêle, qui, en présence de la tumeur, se trouvait déjetée en dedans, en même temps que propulsée en avant, avait repris sa place en comblant tout le vide laissé par l'exérèse de cette énorme poche. Cette translation subite de toute la portion mobile du grêle vers l'hémicavité abdominale gauche ne pouvait que modifier sensiblement ses rapports avec sa portion fixe, le duodénum, et l'inflexion qui en résultait devait s'accroître d'autant plus que la traction mésentérique agissait dans le même sens. Cette hypothèse paraissait d'ailleurs d'autant plus admissible et répondre à la réalité des faits, que lorsqu'on souleva la masse intestinale pour sectionner le mésentère, une grande partie des liquides duodénaux s'écoula dans le grêle.

Le péritoine ne présentait aucune trace de réaction inflammatoire; il n'y avait point de liquide dans la cavité séreuse.

De calibre normal dans toute sa portion ascendante et la moitié droite de sa portion transverse, le gros intestin avait à peine, au niveau de la tumeur, les dimensions d'un doigt. Le côlon se coudait à angle très aigu et demeurait ainsi fixé à la partie la plus haute de l'hypochondre, en arrière des côtes; il ressemblait à une corde. Sa lumière, aussi étroite que ses parois étaient épaissies, aurait tout au plus admis le passage d'un crayon; elle était comblée de matières en stagnation.

Tous les autres organes étaient normaux, à l'exception pourtant du rein droit, dont les dimensions, la forme et le pédicule s'offraient d'une manière toute particulière à l'attention.

Rein droit. — Sans le moindre degré de ptose, il était volumineux, de forme surtout très allongée, mesurant 16 centimètres en hauteur. Son poids (320 gr.) égalait celui de deux reins normaux.

En proportion plus volumineuse encore, le bassin occupait toute la hauteur du hile et se développait presque autant en largeur, surtout dans sa portion supérieure qui, contrairement à la disposition classique, représentait son bras de bifurcation le plus gros et le plus long.

L'infundibulum, également dilaté, présentait deux renflements nettement délimités par deux dépressions correspondant aux points de passage de deux vaisseaux anormaux. Sans inflexion ni coudure, l'uretère se continuait ensuite de calibre normal jusqu'à la vessie.

Il existait deux pédicules absolument distincts par leur origine, leur trajet et leur terminaison.

Une première artère rénale, appartenant au pédicule supérieur, se bifurquait à 10 millimètres avant d'atteindre le hile, en cinq branches disposées suivant deux plans. Une grosse branche postérieure, la plus volumineuse de toutes, figurait la rétro-pyélique. Les quatre autres branches cheminaient en avant du bassin, mais l'une d'elles, la plus supérieure, était extrahilaire et pénétrait directement en plein parenchyme au-dessus du tubercule hilaire supérieur.

Une seule veine rénale normale correspondait à ce premier système artériel.

Le deuxième pédicule, également volumineux, était destiné au pôle inférieur du rein. Une artère, aussi volumineuse que la radiale, naissait de l'aorte, un peu au-dessous de la précédente, contournant l'uretère en passant au-devant de lui pour s'enfoncer ensuite dans la portion la plus inférieure du hile, en arrière du petit bras du bassinnet. La veine suivait un trajet identique, au-dessus de l'artère, et s'abouchait à la veine cave.

Au point de vue histologique, ce rein ne présentait d'autre trait caractéristique que l'état de dilatation très nette de ses tubes, dont les cellules bordantes implantées sur des trabécules conjonctives d'aspect sinueux, s'étaient accrues du double de leurs dimensions habituelles.

Poche de pyonéphrose. — Il nous a paru surtout intéressant de rapporter à ces données d'autopsie l'étude comparative du rein pyonéphrosé. Des caractères anatomiques de la poche de pyonéphrose, de la composition histo-chimique de son liquide se sont dégagés certains faits qui ne nous ont pas semblé sans valeur, autant dans la pathogénie des lésions que dans le mode de leur évolution clinique.

Cette poche, dont la contenance — près de 5 litres — donne une idée des dimensions, s'était surtout développée aux dépens de la portion supérieure du bassinnet et son accroissement s'était fait en largeur. Ce qui restait du rein, que l'examen histologique a montré entièrement dégénéré, ne formait plus qu'une coque fibreuse, épaisse seulement de quelques millimètres, transparente même en certains points.

Sur les parois du kyste, notamment sur la portion rénale, se trouvaient disséminés, à l'extérieur comme à l'intérieur, des ilots de granulations jaunâtres, dont la grosseur variait du volume d'un grain de mil à celui d'une tête d'épingle, les uns opaques, les autres translucides, ressemblant à des pustules. C'était des petits abcès qui, examinés au microscope, n'étaient constitués que par des amas de polynucléaires de formation très récente, à en juger par l'absence de réaction fibroélastique de voisinage. Il n'existait ni cellule géante ni formation nodulaire d'aucune sorte.

L'uretère s'abouchait au point le plus déclive de la cavité kystique. Très élargie au niveau de l'infundibulum, dans lequel on pouvait facilement introduire l'extrémité du petit doigt, il présentait, au-dessous, un rétrécissement très serré sur une étendue de 2 à 3 millimètres. A ce niveau, les parois du canal étaient considérablement amincies et sa lumière laissait à peine pénétrer la pointe du plus fin stylet. L'uretère redevenait ensuite normal, et suivi jusqu'à la vessie, il n'offrait ni coupure ni rétrécissement.

Entre les déformations du canal à son origine et l'adhérence à ce même niveau de la bride fibreuse, apparaissait, sans conteste possible, la plus étroite relation de cause à effet. Quant à la signification de cette bride, elle ressortait avec la netteté d'un fait anatomique de l'examen détaillé du pédicule vasculaire.

A celui-ci se superposait exactement le pédicule du rein droit. Il présentait une artère rénale supérieure à cinq branches, une veine correspondante normale. Le vaisseau isolé qui dut être sectionné au cours de l'intervention n'était autre qu'une deuxième veine, celle-ci plus volumineuse, et provenant du pôle inférieur. A son point d'origine se détachait la bride qui, sous la forme d'un cordon arrondi, poursuivait son trajet sur la paroi du kyste et croisait l'uretère en avant, au collet de sa portion rétrécie. Seule, l'hypothèse d'une artère anormale oblitérée pouvait donner l'explication pathogénique de cette formation et lui garder le véritable rôle qu'elle avait dû jouer dans la genèse des lésions constituées.

Analyse du liquide (par M. le pharmacien-major Escallon). — De consistance crémeuse, de couleur jaune verdâtre, le liquide que contenait la poche de pyonéphrose offrait une réaction à peine alcaline.

De densité relativement faible — 1042 à 15 — il ne contenait, comme matières minérales, que des chlorures sous forme de NaCl, et dans une proportion de 6,08 p. 1000. Il ne renfermait ni phosphates ni urée.

Par contre, il était remarquable par la présence d'une *albumine*, complètement précipitable à froid par l'acide acétique et dont le précipité calciné donnait du phosphore en grande quantité.

En présence de teinture de gaïac et d'eau oxygénée, ce liquide donnait une coloration bleue intense, réaction vraisemblablement due à la présence d'*oxydases*, issue de la désintégration des nombreux leucocytes que l'analyse histologique mettait en évidence. Ces leucocytes — en quantité considérable — étaient tous des polynucléaires profondément altérés dans leur structure, à en juger aux vacuoles de leur protoplasma, à la faible coloration de leurs noyaux et aux nombreuses granulations graisseuses que décelait l'acide osmique.

Malgré ces caractères de purulence confirmée, ce liquide ne contenait aucun germe. L'ensemencement, l'inoculation au cobaye furent négatifs. Sa toxicité était nulle. Des quantités croissantes — jusqu'à 220 centimètres cubes — furent injectées dans la veine marginale de l'oreille d'un lapin, qui n'en fut pas autrement incommodé.

Cette question nous a paru intéressante par la pluralité des questions qu'elle soulève.

Les lésions d'hydronéphrose double, dont le malade était atteint, relevaient très certainement des anomalies vasculaires des pédicules rénaux, et si l'on ne peut affirmer que ces dernières ont été la cause unique des lésions du rein gauche, il est hors de doute qu'elles présidaient seules au mécanisme de la rétention du côté droit. Ici, la netteté des dispositions anatomiques et de leurs conséquences pathologiques apportent un

fait nouveau à l'appui de l'existence possible de certaines hydronéphroses qui ne reconnaissent d'autre cause qu'une compression exercée sur l'uretère par des vaisseaux anormaux. Qu'une coudure de ce canal ou une ptose du rein fussent plus tard intervenues pour parachever les lésions du rein droit, l'anomalie vasculaire n'en serait pas moins demeurée l'élément essentiel et primordial.

Au point de vue clinique, il est aussi intéressant de souligner l'évolution silencieuse de cette énorme poche, qui, malgré son volume, n'a révélé sa présence que le jour où suivirent des complications infectieuses. La raison en est peut-être dans l'absence de ptose et le mode de développement particulier du bassin, dont la distension aux dépens de la portion supérieure s'était faite surtout dans le sens transversal. Cette disposition permettait à la poche de garder une position haute dans l'hypocondre qui la contenait, d'autant plus aisément que le gros intestin refoulé présentait les plus petites dimensions, transformé qu'il était de longue date en un véritable microcôlon.

On est réduit à l'hypothèse en présence des manifestations symptomatiques de la pyonéphrose, que traduisirent surtout des signes de compression et des phénomènes douloureux. Il s'agissait d'une infection massive, à en juger à l'examen macroscopique des formations abcédées sur les deux faces des parois de la poche, à l'étude histologique de ces lésions, à l'analyse surtout du liquide, qui se distinguait par l'abondance des polynucléaires en suspension. Et cependant les phénomènes généraux furent à peine esquissés et de durée éphémère, le tissu cellulaire de voisinage ne témoignait d'aucune réaction quelconque.

Pour mettre d'accord des faits, en apparence si contradictoires, serait-il trop osé de penser que le liquide préexistant de l'hydronéphrose était doué de propriétés microbicides et antitoxiques ? Les diastases très actives que l'analyse chimique révélait en abondance dans le liquide kystique ne représentaient-elles pas ces antiferments que nous savons exister dans la plupart des humeurs pathologiques et dont le rôle est d'enrayer et d'arrêter l'action des ferments dissolvants des polynucléaires (Müller-Peiser : Congrès de Chirurgie de Berlin, 1908). Cette hypothèse — quelque risquée qu'elle paraisse — peut être envisagée.

Quant aux accidents post-opératoires que le malade a présentés et qui ont marqué une fin si brusque et si inattendue, ils nous paraissent mériter d'autant plus l'attention que leur pathogénie, leurs caractères anatomo-cliniques particuliers soulignent une forme rare d'occlusion aiguë post-opératoire. Cette occlusion duodénale n'a pas été — comme il advient d'habitude — l'aboutissant mécanique ultime d'une dilatation préalable de l'estomac, ce dernier ayant été reconnu sain à l'autopsie et de dimensions normales. Son expression symptomatique fut caractérisée seulement par l'apparition précoce de douleurs très aiguës au creux épigastrique, sans aucun autre signe local, et les phénomènes généraux les plus intenses. Cette forme se rattacherait-elle à une variété d'accidents post-opératoires encore mal connus et que la rareté des faits n'a pas jusqu'ici permis de différencier cliniquement ? et cette question posée, une autre intervient, celle de la thérapeutique à opposer à de telles complications que nos moyens habituels ne semblent pas *a priori* susceptibles de conjurer.

*
*
*

LES OSTÉOPATHIES BLENNORRAGIQUES.

Par M. le Dr BERTEIN,

Répétiteur à l'École du Service de santé militaire.

Trois observations inédites forment le fond de ce travail : l'une, recueillie à l'hôpital Desgenettes, a trait à un pied blennorragique où les altérations squelettiques étaient marquées au niveau du calcanéum et des métatarsiens ; la deuxième, recueillie dans le service de M. Villard, est un exemple d'ostéopériostite du fémur ; la troisième, qui m'appartient, mérite d'être considérée comme un cas d'ostéomyélite gonococcique.

L'étude anatomique qu'entreprend l'auteur est délicate. Les examens directs des lésions osseuses sont insuffisants ; l'infection étant rarement d'une telle virulence qu'elle puisse réclamer l'intervention. Toutefois, ces ostéopathies, attestées par les constatations cliniques, ont subi parfois le contrôle des interventions et de l'examen bactériologique. Le gonocoque que l'on a pu déceler dans le canal central de la moelle est susceptible, par l'intermédiaire de cette dernière, de frapper

l'os en entier. Certaines localisations prédominantes permettent cependant à l'auteur de distinguer un peu artificiellement au point de vue tant anatomique que clinique :

- 1° Les périostites simples ;
- 2° Les ostéo-périostites hypertrophiques ;
- 3° L'ostéomyélite aiguë gonococcique.

Sans s'attarder à la première forme : simple fluxion inflammatoire du périoste bien étudiée par Fournier, il insiste surtout sur la seconde, qu'il envisage successivement au niveau des os courts et des os longs des membres.

Au niveau des os courts, il décrit successivement les lésions métatarsiennes, les hyperostoses et exostoses du calcanéum, dont l'expression clinique est la tarsalgie. A noter que dans le tissu même de l'exostose certains auteurs ont pu mettre en évidence le gonocoque. Pour l'auteur, la tarsalgie du blennorragien serait d'origine osseuse : simple périostite ou exostose que la radiographie atteste.

Au niveau des os longs, avec Hirtz, Nicolas et Durand, M. Bertein insiste sur la disproportion énorme observée entre le volume de l'os apprécié au palper et celui que révèle la radiographie. Il arrive même que celle-ci soit négative. Dans ces cas, la part de l'os, même dans la réaction infectieuse, serait minime, il s'agirait plutôt d'une périostite plastique, le périoste peut bien fabriquer de l'os, mais ce tissu de nouvelle formation reste transparent aux rayons X, un peu comme les ostéomes jeunes du coude que l'examen clinique révèle durs au palper et qui ne font pas tache sur la plaque.

Dans une troisième forme, Bertein décrit l'ostéomyélite gonococcique dont il rapporte trois observations, deux ayant fait l'objet d'interventions et d'examen microscopique démonstratif.

M. Bertein aurait tendance, et c'est là un point original à mettre en relief dans ce mémoire, à considérer l'ostéomyélite gonococcique comme plus fréquente qu'il n'est dit, et à envisager certaines de ces tuméfactions diaphyso-épiphysaires indolentes, observés au voisinage d'anciens foyers d'arthrite, comme du reliquat d'anciennes poussées ostéomyelitiques. Il y aurait une ostéomyélite gonococcique primitive que les examens microscopiques révéleraient peut-être plus souvent et qui serait susceptible de se propager secondairement à l'ar-

ticulation. C'est ce diagnostic que Cüpler fit chez son malade, et qu'il vérifia opératoirement; chez la malade qui fait l'objet de la troisième observation de ce travail et qui m'appartient, c'est aussi l'impression que je ressentis en l'examinant. Quoiqu'il en soit, il semble bien que l'attention ne soit pas suffisamment attirée sur la possibilité de ces complications osseuses blennorragiques et qu'on ait trop tendance à ne considérer que les parties molles : synoviales articulaires surtout, comme capables de réagir au gonocoque.

Au point de vue opératoire, M. Bertein réserve l'intervention chirurgicale aux seules localisations aux extrémités. En ce qui concerne particulièrement l'exostose calcanéenne, on conçoit l'importance de son diagnostic radiographique, l'opération en découlant logiquement. L'abrasion des exostoses talonnières et le redressement des gros orteils en hallus valgus exécutés chez le soldat de la première observation, par M. Bertein, fut suivie de guérison.

Voici, à titre documentaire, les trois observations sur lesquelles repose ce travail :

OBSERVATION I (Bertein). — Le soldat Est... de la 14^e S. C. O. entre à l'hôpital Desgenettes le 25 janvier 1913 pour douleur des talons et déformation des orteils, gênant considérablement la marche.

Dans ses antécédents nous noterons que son frère fut alité pendant trois mois pour une affection nerveuse indéterminée; il est actuellement bien portant; un frère est mort de la poitrine; un autre, des suites d'une néphrectomie.

Personnellement, pas de spécificité, pas d'accidents rhumatismaux, pas d'excès de boisson; il n'a jamais été malade jusqu'en 1908. Il contracte alors en septembre une blennorragie qui va persister jusqu'en décembre, se compliquant de cystite en octobre, et au cours de laquelle, en pleine période d'écoulement, apparaissent diverses localisations douloureuses articulaires. Une arthrite avec épanchement intraarticulaire, douleur intense, impotence et fièvre, s'installe d'abord au niveau de l'épaule droite, puis de la gauche. Ce sont ensuite les articulations du cou-de-pied qui, de chaque côté, elles aussi, sont envahies; et toujours symétriquement, les articulations métacarpo-phalangiennes et métatarso-phalangiennes se gonflent et sont douloureuses. Les genoux, la hanche sont de façon intermittente douloureux, mais on n'y observa jamais de tuméfaction. Tout cela évolue durant cinq mois, au cours desquels le malade ne peut se livrer à aucun travail. Durant cette période, le malade commence à souffrir quand on appuie sur les talons.

En mai 1909, les grosses jointures ne sont plus douloureuses; par

contre, les articulations des doigts et les petites articulations du pied restent tuméfiées et se déforment de plus en plus. Déclaré apte au service auxiliaire, il ne peut accomplir son travail. Il souffre en marchant au niveau des talons et aussi au niveau de l'avant-pied. Il est réformé temporairement, et c'est à l'expiration de son année de réforme qu'il est renvoyé à l'hôpital, aucune amélioration ne s'étant produite dans l'état de ses pieds.

Examen du malade. — En dehors des signes subjectifs, douleur provoquée par la marche disparaissant au repos, on note, à l'exploration du pied, les lésions suivantes :

Avant-pied. — De chaque côté, et au même degré, on note un halus valgus très prononcé. Le premier orteil, déjeté en dehors, est sous les orteils voisins. Les mouvements sont très limités, non douloureux, et s'accompagnent de craquements. Les téguments sont intacts.

Les autres orteils ont également des mouvements limités.

Talon. — La peau ne présente aucun indice de réaction inflammatoire, les parties molles talonnières apparaissent épaissies à la palpation. Celle-ci, à deux travers de doigt en arrière du rebord post-talonnier, et un peu en dedans, perçoit une résistance dure, en même temps qu'elle révèle en ce point une douleur exquise et exactement limitée.

La palpation du talon en d'autres points n'est pas pénible.

Radiographie : Calcanéum. — On voit, se détachant nettement sur l'épreuve, ayant la même teinte que l'os sus-jacent, une excroissance de forme triangulaire, à pointe dirigée en bas et en avant et dont la base s'implante sur la face inférieure du calcanéum en un point répondant aux surfaces tubérositaires, sans que l'on puisse trouver une ligne de démarcation entre l'exostose et le calcanéum. L'aspect est identique des deux côtés. A noter, en outre, l'aspect irrégulier de la face inférieure calcanéenne, en arrière de l'exostose.

Métatarsiens et phalanges. — L'extrémité du premier métatarsien est déformée, hérissée sur tout son flanc interne de petits ostéophytes qu'on retrouve également en dehors. La première phalange est coudée franchement en dehors sur le métatarsien, lui-même dévié en dedans ; le sésamoïde interne est très en arrière sur le bord externe de l'os en son milieu. Les autres têtes métatarsiennes sont déformées, d'aspect conique. Les phalanges correspondantes sont déjetées en dehors, sauf le cinquième orteil, déjeté en dedans. La disposition de ces lésions est identique à droite et à gauche.

Du côté des autres articulations, l'aspect est normal, les mouvements ont toute leur étendue. Seuls les poignets et les jointures métacarpo-phalangiennes présentent des craquements.

Examen des viscères. — Entièrement négatif. Tout écoulement urétral a disparu.

Intervention chirurgicale le 17 février, sous chloroforme.

Traitement des halus valgus par une incision le long du bord interne de l'articulation déformée; on fait une résection oblique de la tête métatarsienne permettant le redressement de la phalange. Le maintien de la correction sera simplement assuré dans le pansement par un bourrelet de coton insinué dans le premier espace interdigital et refoulant le gros orteil en dedans.

Traitement de l'exostose calcanéenne. — Par une incision en fer à cheval talonnière on accède, après résection des parties fibreuses, sur la face intérieure de l'os. Le doigt reconnaît l'exostose au niveau de la tubérosité interne. Elle est enlevée à la gouge. Même opération des deux côtés. Les exostoses enlevées, au sein de parties fibreuses, ont un volume moindre d'un tiers à celui présumable à la radiographie.

L'ensemencement des parties fibreuses extirpées et du tissu de l'exostose a été négatif.

Suites opératoires normales. Le malade se lève au bout de quinze jours; les pieds sont encore un peu sensibles du fait des cicatrices, mais le malade n'a plus la douleur talalgique précise dont il souffrait. Une rougeole interrompt la convalescence. De retour au régiment, à l'expiration du congé accordé, il rentre à nouveau à l'hôpital. Les gros orteils sont en bonne position. L'appui sur l'avant-pied ne réveille plus aucune douleur. Par contre, il souffre encore au niveau des talons et, trois mois et demi après la première intervention, deux nouvelles exostoses de dimensions à peu près identiques à celles observées la première fois apparaissent à la radiographie.

Deuxième intervention le 1^{er} juin. — Abrasion large des exostoses et du squelette avoisinant. Fermeture de la plaie par première intention.

Le malade se lève le 10 juin et marche sans souffrir. La radiographie montre les faces inférieures calcanéennes un peu irrégulières au niveau où s'implantait l'exostose, mais sans épines.

OBSERVATION II (Villard). — Coud..., 26 ans, entre le 5 avril 1913, pour gêne fonctionnelle douloureuse du genou droit, à l'Hôtel-Dieu (salle Gensoul), dans le service de M. Villard, qui veut bien nous autoriser à prendre son observation.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'affection médullaire, mère morte accidentellement.

Antécédents personnels. — Elle présente une adénopathie sous-maxillaire et un leucome étendu de l'œil droit. Elle a des pertes blanches. Pas de rhumatisme antérieur.

Les accidents articulaires évoluent à la fin d'une grossesse normale. La malade accouche sans complications à l'hôpital de la Charité le 27 janvier 1913.

Histoire de l'affection. — C'est au mois de novembre 1912, en même temps qu'elle présentait depuis quelques semaines des pertes vaginales

abondantes, que la malade commença à éprouver des douleurs articulaires disséminées un peu partout. Il s'agissait de simples arthralgies évoluant sans tuméfaction, sans fièvre. Elles apparurent successivement aux deux hanches, au genou gauche, aux cous-de-pied.

Le 9 janvier, ces déterminations articulaires se précisèrent en s'aggravant très rapidement; le genou droit indemne jusqu'alors devint très douloureux d'emblée, se tuméfia; la peau était rouge, la température élevée, le simple contact de la jointure atteinte révélait une souffrance vive. En même temps, des douleurs, localisées les jours précédents aux deux cous-de-pied disparaissaient.

A la Charité, où la malade se trouvait alors pour son accouchement, une ponction évacuatrice fut pratiquée, ramenant de la sérosité, et le membre immobilisé dans une gouttière ouatée. Peu à peu les phénomènes aigus s'amendèrent, la tuméfaction œdémateuse, qui infiltrait les tissus péri-articulaires, s'atténuait, on pouvait percevoir une hypertrophie de l'os sus-jacent. Les mouvements devenaient en outre de plus en plus limités.

Sortie de l'hôpital de la Charité le 5 avril, la malade, incapable de travailler, entre à l'Hôtel-Dieu le même jour.

Etat actuel. Le membre inférieur découvert, la région du genou droit, l'extrémité inférieure de la cuisse et supérieure de la jambe apparaissent augmentées de volume, dans l'ensemble, formant un bloc hypertrophié. Les téguments sont normaux et il n'existe plus trace d'épanchement synovial.

La rotule, non augmentée de volume, ne joue plus comme normalement dans le sens latéral au-devant de la surface trochléenne du fémur. Les méplats péri-rotuliens, le supérieur surtout, apparaissent comme comblés du fait de l'hypertrophie des condyles. Prises entre pouce et index, les surfaces articulaires tibiale et fémorale sont en effet notablement augmentées de volume. Cet épaissement osseux envahit tout le chapiteau de l'épiphyse supérieure du tibia, les condyles fémoraux, tant dans le sens transversal qu'antéro-postérieur, et dans le creux poplité on sent, saillantes sous le doigt, les masses condyliennes volumineuses. La tête du péroné est normale, mais l'hypertrophie, au moins pour le fémur, se prolonge au-delà de l'épiphyse, et c'est toute la moitié inférieure de la diaphyse fémorale qui apparaît plus volumineuse que du côté opposé. Cette hypertrophie s'apprécie d'autant mieux que les parties molles musculaires sont atrophiées, ne gênant en aucune façon l'exploration. Celle-ci n'est pas douloureuse, sauf au niveau de la tubérosité tibiale interne où, à la pression et même spontanément, la malade éprouve des douleurs. Les mouvements de la jointure sont très limités, la jambe ne se fléchit guère sur la cuisse que sous un angle de 180°. Cette flexion n'est plus douloureuse. Dans l'extension, il existe des mouvements de latéralité de la jointure.

A distance, on ne note pas d'adénopathie inguinale, les autres articulations sont intactes. Atrophie marquée des muscles de la cuisse, appréciable seulement au palper. La mensuration, en effet, du fait du développement de l'os sous-jacent, donne, par comparaison, les chiffres paradoxaux suivants :

Cuisse mesurée à 11 centimètres au-dessus de la base rotulienne : à droite, 0 m. 32 ; à gauche, 0 m. 28 ; jambe, à 5 centimètres de la pointe rotulienne : 0 m. 30 à droite et 0 m. 28 à gauche.

Sortie de l'hôpital sans amélioration et revue le 25 mai, la malade est toujours dans le même état, le membre inférieur impotent. L'épaississement squelettique persiste.

La radiographie pratiquée nous surprend, on ne remarque, tant de profil que de face, aucun épaissement du squelette fémoral et tibial, de dimensions identiques à droite et à gauche. On remarque à droite cependant sur les radiographies de profil, tout autour de l'ombre opaque du fémur, une zone un peu sombre, d'une largeur de 1 centimètre, répondant à l'épaississement périosté.

Les conditions d'apparition des accidents au cours d'une blennorragie, le caractère douloureux pseudo-phlegmoneux de l'arthrite, la raideur très accusée consécutive de l'articulation, n'autorisent pas à porter d'autre diagnostic pathogénique que celui d'accidents ostéo-articulaires gonococciques.

Obs. III (Gangolphe). — Une jeune femme de 30 ans, sans antécédents intéressants à noter, nullement entachée, en particulier, de tuberculose, ni de syphilis, contracte une blennorragie, au cours de laquelle son médecin est appelé pour l'apparition d'une arthrite du genou droit, marquée par un gonflement d'aspect phlegmoneux dans la région fémoro-tibiale, des douleurs intenses et un état fébrile assez accusé. Température 38°4.

Le membre immobilisé dans un pansement ouaté, les phénomènes locaux et généraux s'amendent au niveau du genou, celui-ci est devenu moins gros, mais, par contre, c'est la région fémorale inférieure qui est tuméfiée et dont la palpation réveille encore une douleur très vive.

M. Gangolphe voit la malade une vingtaine de jours après le début des accidents. Il est frappé par l'intégrité relative de l'articulation, qui est sèche, et dont la mobilisation peut se faire sur un certain parcours, sans éveiller autre chose que de l'appréhension de la part de la malade, mais sans grandes douleurs.

Par contre, l'extrémité inférieure de la cuisse est augmentée de volume et l'aspect rappelle celui de l'ostéomyélite aiguë. C'est le diagnostic que porte M. Gangolphe, sans conseil d'intervention pour l'instant.

Progressivement, symptômes locaux et généraux s'atténuent, mais l'extrémité inférieure du fémur, et cela sur une étendue de 15 centi-

mètres environ, au-dessus de la base rotulienne, reste hypertrophiée en masse. Cet épaissement s'apprécie encore trois mois après le début de la complication. La malade n'a pu être revue ces jours-ci. A noter que le mari présenta, lui aussi, durant ce temps, une arthrite blennorragique du genou droit.

*
* *

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'AMPUTATION
TIBIO-CALCANÉENNE DE RICARD.

Par M. le Dr PLISSON,

Inspecteur à l'École du Service de santé militaire.

Lorsque le chirurgien se trouve en présence d'une lésion du pied qui nécessite une éradication partielle ou totale, sa préoccupation principale n'est pas seulement de guérir cliniquement son malade, mais encore et surtout de lui assurer, pour l'avenir, le fonctionnement aussi parfait que possible de son membre.

Si, quand il s'agit de la main, on peut opposer des méthodes opératoires qui mettent en présence deux facteurs souvent contraires : esthétique et état fonctionnel, au pied, la fonction ultérieure prime tout. Faire marcher convenablement son malade, voilà donc le seul but que se propose le chirurgien après une amputation portant sur un segment quelconque du pied.

A ce point de vue, les amputations du pied peuvent se diviser en deux catégories bien tranchées : celles qui portent sur l'avant-pied, c'est-à-dire sur tous les segments compris en avant de l'interligne de Lisfranc. Ainsi que l'a montré Delorme, dans son article du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique*, en 1879, elles ne nuisent nullement à la bonne sustentation du membre inférieur.

Lorsque au contraire on intervient sur l'arrière-pied, des conditions nouvelles apparaissent et déterminent des modifications dans la statique du pied. Ce sont ces conditions que M. Plisson étudie en rappelant aussi brièvement que possible les différentes opérations praticables sur l'arrière-pied, afin de les pouvoir mieux comparer à l'opération de Ricard, qui lui semble résumer au maximum les qualités qu'on est en droit de demander en pareil cas.

I. — Etude comparative des amputations applicables
à l'arrière-pied.

1° OPÉRATIONS RÉGULIÈRES. — Si on ne tient pas compte des désarticulations atypiques passant à travers les articulations intercunéennes, interscaphocunéennes ou interscapho-cuboïdiennes, connues sous le nom d'amputations longitudinales du tarse, les désarticulations préalables sur l'arrière-pied en restant dans les interlignes articulaires sont : le Chopart, la désarticulation sous-astragalienne, la désarticulation tibio-tarsienne.

a) *Opération de Chopart.* — La désarticulation de Chopart passe pour ainsi dire par la clé de voûte de la concavité plantaire. Elle prive par conséquent le pied de son arc-boutant antérieur et surtout de son arc-boutant antéro-interne, formé par le scaphoïde, le massif cunéen et les trois premiers métatarsiens. Il en résulte que le plus souvent l'astragale, placé en porte-à-faux sur la petite apophyse du calcanéum, tend à plonger dans la plante en entraînant le calcanéum dès que son appui antérieur lui fait défaut.

Si on ajoute à cette cause mécanique de la bascule de l'arrière-pied : pieds creux physiologiques, rétraction du tendon d'Achille après l'opération, suppuration des gaines tendineuses des fléchisseurs, mauvaise suture des extenseurs à la plante, etc... on conçoit que les résultats du Chopart soient très variables et qu'on ait pu dire qu'il y a de bons et de mauvais Chopart : et, même avec la période antiseptique, si on réunissait tous les cas on trouverait plus de mauvais résultats que de bons, car la plupart du temps les malades marchent, non pas sur la face inférieure de leur calcanéum, mais sur la pointe de celui-ci ou sur la tête de l'astragale, d'où des douleurs, des tiraillements et des ulcérations du moignon rendant le résultat assez peu satisfaisant. Cette opinion est celle qui semble ressortir de la discussion à la Société de Chirurgie de Paris, en 1897, et malgré les atténuations qu'y ont apportées Lapointe et Delorme, il semble bien que cette opération ne jouisse pas du crédit qu'elle mériterait en raison de sa facilité d'exécution si ses résultats étaient moins aléatoires.

Si la nécessité clinique conduit à retrancher une plus grosse portion de l'arrière-pied, c'est-à-dire à faire passer le couteau dans une des deux articulations sous-astragalienne ou tibio-

tarsienne, une condition nouvelle intervient, c'est le raccourcissement en hauteur du pilon restant. En effet, la partie postérieure de l'arrière-pied peut être considérée comme formée de trois étages (calcaneum, astragale, malléoles) séparés par deux paliers (articulation sous-astragaliennne et articulation tibio-tarsienne) et la suppression d'un, de deux ou de la totalité de ces étages, entraîne mathématiquement une diminution du squelette jambier égale à la hauteur du ou des os désarticulés ou sciés.

b) *Désarticulation sous-astragaliennne*. — Elle ne pallie pas complètement au reproche qu'on fait au Chopart de faire plonger l'astragale dans la plante, et Legouest, en particulier (avant la période antiseptique, il est vrai), accusait cette tendance qu'avait l'astragale à venir comprimer la cicatrice et gêner la marche.

Le grave défaut de la sous-astragaliennne est de priver le pied de son appui calcanéen normal et de le remplacer par une surface d'appui petite, cartilagineuse et irrégulière, difficilement modelable. Elle prive en outre le pilon jambier de toute la hauteur du calcaneum, ce qui n'est pas négligeable. Elle laisse enfin, après la décortication pénible du calcaneum, un clapier talonnier favorable au développement de l'infection et dans lequel plus tard pourront se développer des ostéophytes gênants. Mais elle a, ajoutons-le tout de suite, le grand avantage de donner un moignon parfaitement axé et muni d'une articulation très mobile qui permet une équilibratinn facile du malade et des mouvements étendus, à tel point que chez un malade de Jaboulay l'appareil prothétique pouvait être mobilisé avec la même amplitude que le pied sain.

c) *Désarticulation tibio-tarsienne*. — La désarticulation tibio-tarsienne, suivant le procédé de Syme, est, comme chacun le sait, une excellente opération clinique, car elle donne un pilon très solide et doublé par un moignon vivace formé par les parties molles du talon qui appuient normalement sur le sol. Mais il a l'inconvénient d'être un pilon rigide et surtout le grave défaut de raccourcir la jambe dans de grosses proportions.

Ainsi que le fait remarquer Chochon-Latouche, dans sa thèse, « à l'heure actuelle, tous les chirurgiens sont d'accord pour proclamer la nécessité de conserver le plus possible du squelette du pied ». Cependant, selon nous, cette formule ne va pas sans la restriction que nous avons formulée au début de

cet article, à savoir que cette conservation ne doit pas nuire au résultat fonctionnel de l'opération. C'est cette idée qu'exprimait le professeur Le Dentu, au Congrès de Chirurgie de 1905, quand il disait : Il existe deux sortes de conservations, la conservation matérielle et la conservation fonctionnelle du membre.

Si l'on s'en tenait à la formule de la conservation pure et simple, ce serait vouloir dire que par ordre de nécessité il faudra toujours faire, d'abord, un Chopart, puis la sous-astragaliennne, et enfin, en dernier lieu, la tibio-tarsienne, en supposant qu'on dispose d'un tarse postérieur osseux sain.

Or, cette proposition ainsi formulée est loin d'être exacte et, en particulier, la préoccupation de laisser la plus grande longueur possible au membre doit, croyons-nous, céder le pas à l'idée beaucoup plus importante de donner au malade un membre solide, d'aplomb et indolore.

En résumé, quand un chirurgien s'apprête à intervenir sur l'arrière-pied, il doit toujours se demander : Quel est le procédé qui résume le plus d'avantages au point de vue clinique, prothétique et opératoire.

Deux cas se présentent à lui : ou bien l'état des parties malades, osseuses et molles lui imposeront un procédé de nécessité dont il n'aura quelquefois pas le choix; ou bien ayant la libre disposition de tout l'arrière-pied, il pourra décider en toute liberté du procédé à employer.

C'est en présence de ce second problème que se sont trouvés les chirurgiens qui, non satisfaits des opérations trop limitées à leur gre que les désarticulations régulières leur offraient, ont appliqué de nombreux procédés mixtes dits ostéo-plastiques, que nous sommes maintenant obligés d'envisager pour arriver en fin de compte au procédé de Ricard, le dernier venu en date, et probablement aussi le meilleur.

2° OPÉRATIONS MIXTES OSTÉO-PLASTIQUES. — On peut les diviser en trois groupes :

Celles dans lesquelles le calcaneum est conservé en totalité ou en partie et appliqué soit dans la mortaise tibio-tarsienne, soit sur le plateau malléolaire réséqué. Ce sont les amputations dites tibio-calcaneennes, dont le type primitif est le Pirogoff et le dernier terme le Ricard.

Celles dans lesquelles l'astragale est laissée, soit au contact direct de la mortaise, soit débarrassée de sa surface articulaire

supérieure et fixée sous les malléoles réséquées (procédé de J.-L. Faure).

Celles où le procédé plastique porte sur les surfaces articulaires sous-astragaliennes en laissant intacts ou non le calcaneum et l'astragale, opérations qu'on pourrait appeler calcaneo-sous-astragaliennes.

1° *Opérations calcaneo-sous-astragaliennes.* — La plus simple est l'opération de Tripier, qui, pour allonger la sous-astragalienne, laissait la partie supérieure du calcaneum qu'il sectionnait horizontalement. Mais, ce petit morceau de calcaneum ne changeait pas beaucoup les conditions de la sous-astragalienne; mal nourri, il se résorbait la plupart du temps. Le besoin de laisser un appui calcaneen normal sous l'astragale, tout en empêchant le massif tarsien de basculer en avant comme dans le Chopart, a conduit deux auteurs à modifier la sous-astragalienne de la façon suivante: Hankoch décapite l'astragale, puis il avive sa face inférieure, qu'il soude au calcaneum, coupé à la Pirogoff.

Krausfeld, voyant la difficulté qui réside dans l'opération de Hankoch, à savoir, le retournement vertical de la partie postérieure du calcaneum qui ne laisse pas amener le tendon d'Achille, abrase également la tête de l'astragale et fait simplement une arthrodèse sous-astragalienne.

2° *Opérations astragalo-tibiales.* — Il n'en existe qu'une, c'est l'opération de J.-L. Faure. On peut la résumer d'un mot, c'est un Chopart avec arthrodèse tibio-tarsienne.

Les mouvements de bascule de l'astragale sont ainsi supprimés et le malade continue à marcher normalement sur son calcaneum, resté mobile sous l'astragale. Le fût jambier est très peu diminué de hauteur, et nous verrons tout à l'heure que c'est l'opération qui s'approche le plus de la perfection après le Ricard.

3° *Opérations ostéo-plastiques tibio-calcaneennes.* — On pourrait rattacher à ce groupe l'opération de Syme à la manière sous-périostée d'Ollier, qui garde une coque capable de refaire des masses osseuses propres à donner de la solidité au moignon talonnier.

Mis à part ce procédé, tous les autres dérivent du Pirogoff. Ils sont suffisamment connus pour que nous ne nous y arrêtions que juste pour en montrer les avantages et les inconvénients.

Le Pigoroff, qui consiste à scier verticalement le calcanéum et à le renverser en avant pour l'appliquer sur la surface malléolaire tibiale abrasée, présente en réalité plus d'inconvénients que d'avantages. Ainsi que le fait remarquer Farabeuf, le tendon d'Achille a une tendance fâcheuse à faire basculer la partie du calcanéum restant dans sa position primitive. Il y a, d'autre part, une grosse disproportion entre la petite surface calcanéenne et la large surface malléolaire, et le malade marche sur un pilon bien petit. Enfin, si dans les cas heureux, le calcanéum reste sous le tibia, il amène forcément avec lui la peau qui le recouvrait à sa face plantaire et le malade marche, non pas sur sa semelle talonnière, mais sur la peau fine de la face postérieure du talon. Le gain en hauteur n'est pas considérable (2 ou 3 centimètres) et le raccourcissement est, par conséquent, assez appréciable.

Les mêmes réflexions s'appliquent au procédé de Sédillot, qui lui sectionne le calcanéum obliquement de bas en haut et d'arrière en avant. Il a cependant sur le Pirogoff la supériorité de garder l'appui normal postérieur du calcanéum, mais il a encore une grande tendance à finir en arrière.

Jaboulay, pour augmenter la longueur du pilon et favoriser le maintien du calcanéum dans la mortaise, le coupe à la manière de Sédillot, mais le place dans les tenons de la mortaise tibio-tarsienne non réséquée.

Bruns arrondit le fût jambier et excave symétriquement la face inférieure du calcanéum.

Bœckel fait une opération plus complexe. Conservant les deux tubérosités postéro-supérieures du calcanéum, il enlève à la partie supéro-antérieure de cet os un rectangle osseux comprenant toute la partie articulaire, puis il y amène le tibia qu'il a sectionné obliquement.

Ces deux opérations paraissent bien compliquées pour être réalisées dans la pratique courante, d'autant plus qu'elles ne constituent pas un progrès bien marqué sur les opérations précédentes et surtout qu'elles sont inférieures au procédé de Pasquier-Lefort, qui, au contraire, jouit d'une vogue méritée.

En effet, en sectionnant horizontalement le calcanéum au ras de la petite apophyse et en l'appliquant sur les malléoles préalablement réséquées, ces auteurs assurent au pilon une sustentation normale. Malheureusement, le moignon est rigide et le raccourcissement assez grand.

Sklifossowsky et Samfirescu ont encore amélioré ce procédé. le premier en sectionnant incomplètement le calcanéum à la Bœckel, et le second en déperiostant les faces latérales des parties restantes du calcanéum et en les enfouissant entre les tenons malléolaires à la manière de Jaboulay.

Citons enfin la coupe de Tauber-Loison, qui, eux, font une coupe verticale et antéro-postérieure du calcanéum, dont ils suppriment le versant externe pour rabattre le reste, face cruentée vers le plateau malléolaire abrasé. De cette façon, l'opéré marche sur la face interne de son calcanéum, mais les auteurs croient que celui-ci protège efficacement les éléments vasculo-nerveux qui passent à ce niveau en les séparant du sol. En réalité, ce procédé est surtout applicable à la désarticulation tibio-tarsienne par le procédé à lambeau interne de Farabeuf, dont il est beaucoup plus une simplification opératoire qu'une amélioration clinique.

Tels sont les différents procédés dont le chirurgien dispose pour intervenir sur l'arrière-pied. Si nous les avons rappelés ici, c'est pour nous permettre maintenant de les grouper, non plus d'après leurs caractéristiques opératoires, mais d'après les résultats que donne leur application. A ce point de vue, on peut, à l'exemple de Chochon-Latouche, les séparer en deux grandes catégories :

1° Ceux qui donnent un moignon mobile ;

2° Ceux qui transforment la jambe en un pilon rigide.

Ces deux classes doivent subir de nouveau une deuxième division comprenant pour chacune d'elles :

a) Les opérations qui laissent un appui normal au moignon ;

b) Les opérations qui modifient les appuis normaux, de sorte que, finalement, l'ensemble de ces procédés peut être classé de la façon suivante :

A) Opérations donnant un pilon rigide.	{	Avec appuis normaux	{	Sedillot.
		Avec appuis modifiés	{	Pasquier-Lefort et procédés qui en dérivent : Bruns, Bœckel.
Sklifossowki.				
			{	Samfirescu.
			{	Syme.
			{	Pirogoff.
			{	Tauber-Loison.
			{	Ollier.

pas les considérer comme des opérations de choix, mais comme d'excellentes opérations de nécessité.

De sorte qu'en présence d'un choix à faire, le chirurgien qui veut à la fois pratiquer une opération économique, donnant un moignon mobile, bien axé et reposant sur des surfaces d'appui normal, ne trouve dans aucune des opérations ci-dessus de quoi le satisfaire complètement. Il existe cependant une opération qui résume à peu près complètement tous ces desiderata, sans présenter aucun des inconvénients qui constituent des atténuations à la valeur des procédés qui lui sont antérieurs, c'est le procédé de Ricard, ou amputation tibio-calcanéenne, dont nous allons maintenant rappeler les caractères principaux pour insister ensuite sur ses avantages et sur ses indications.

II. — L'opération de Ricard ou amputation tibio-calcanéenne.

Cette intervention, pratiquée pour la première fois par Ricard, et décrite par lui à la Société de Chirurgie de Paris, en 1897, à propos de la discussion engagée sur la valeur de la désarticulation de Syme, avait été cependant signalée avant lui, en 1896, par le chirurgien lyonnais Laguaitte, qui ne l'avait pratiquée du reste que sur le cadavre.

Selon l'expression même de Ricard, cette opération est un Pasquier-Lefort sans section des os, par simple désarticulation, ou mieux encore, un Chopart avec astragalectomie.

Au moment où Ricard parla de son opération, il l'avait pratiquée deux fois : une première fois, chez un homme dont le pied avait été écrasé transversalement, de sorte qu'il n'existait pas de parties molles suffisantes pour faire un Chopart. Il résolut d'extirper un os de plus et supprima l'astragale. Le résultat fut si satisfaisant qu'il recourut peu de temps après, de parti pris, à cette opération chez un second malade porteur de lésions gangréneuses de l'avant-pied par artérite, et, là encore, le résultat fut parfait ; car, ainsi qu'il le dit dans sa communication, « le malade marche comme tout le monde, sans boiterie, à l'aide d'un soulier lacé fait par un simple cordonnier, et ne s'aperçoit nullement du petit raccourcissement occasionné par l'extirpation de l'astragale.

Depuis cette époque, Ricard a pratiqué de nouveau deux fois son opération : une fois pour un traumatisme de l'avant-

pied avec un résultat parfait, et une autre fois pour une tuberculose du pied avec résultat moins bon, car il y eut récurrence des lésions bacillaires dans le moignon qui resta fistuleux.

La technique qu'il conseille de suivre pour pratiquer cette opération a été réglée dans tous ses détails dans la thèse de son élève Chochon-Latouche, à laquelle on pourra se rapporter (page 72). Nous n'en retiendrons ici que les éléments nécessaires à la discussion, c'est-à-dire la coupe économique du lambeau et la grande facilité opératoire.

Ricard trace deux lambeaux, un dorsal et un plantaire, dont on peut faire varier la longueur réciproque suivant l'état des parties molles, en gardant, bien entendu, la préférence pour le grand lambeau plantaire. Ce dernier part de la pointe de la malléole externe, suit un trajet horizontal de 2 centimètres le long du bord externe du pied et de là s'incline vers la plante en passant au niveau de la tête du 5^e métatarsien. Il coupe la plante en étrier et remonte symétriquement du côté opposé, pour s'arrêter à un centimètre en avant de la malléole externe.

C'est donc un simple étrier de Syme légèrement incliné en avant. Le lambeau dorsal forme une courbe convexe sur l'interligne scapho-cunéen.

Il pratique ensuite la désarticulation dans les trois temps suivants : désarticulation tibio-tarsienne, désarticulation astragalo-calcanéenne, désarticulation calcanéocuboïdienne. Le calcanéum est enfin placé sous la mortaise tibio-tarsienne et y est maintenu par la confection d'une sangle tendineuse solide obtenue en suturant les tendons extenseurs aux parties fibreuses de la plante. Ricard considère ce temps comme capital, et nous verrons en effet, à propos d'une observation personnelle, que si cette suture lâche, le calcanéum a tendance à basculer en avant.

La même opération a été pratiquée par Souligoux (6 fois), Rochard (4 fois), Routier (1 fois), Ruotte (2 fois), Chochon-Latouche (1 fois), Morestin (1 fois), Jacob (1 fois), et 1 fois par nous-même.

Les 6 cas de Souligoux comportaient : deux écrasements de la moitié antérieure du pied, ne laissant pas de parties molles suffisantes pour faire un Chopart; un écrasement du pied n'ayant laissé de sain que les parties molles entourant le cal-

canéum; un écrasement de l'avant-pied avec décollement total de la plante à l'avant-pied et dans le tiers postérieur et interne; deux tuberculoses nodio-tarsiennes, avec intégrité du calcanéum et de l'astragale.

Les deux cas de Ruotte se rapportent, l'un à un phlegmon profond de la plante avec dénudation du métatarse, l'autre à un écrasement des deux pieds qui nécessita d'un côté une amputation de jambe au tiers inférieur, et de l'autre un Ricard, les lésions étant limitées à un écrasement des cinq métatarsiens avec arrachement de la peau de tout le dos du pied jusqu'à l'interligne tibio-tarsien.

Chochon-Latouche pratiqua cette opération pour un mal perforant plantaire d'origine tabétique, avec décollement de la face interne de la plante dépassant le scaphoïde et zone inflammatoire chronique large s'étendant à plus de la moitié de la plante.

En 1906, Rochard avait pratiqué 4 fois cette opération, mais en raison du plateau calcanéen, il avait fait une section horizontale de cet os, avant de l'enclaver dans la mortaise tibio-tarsienne. Il avait donc fait un Ricard modifié tenant à la fois du Pasquier Lefort et du Jaboulay.

Le cas de Routier se rapportait à une tuberculose du pied avec résultat très satisfaisant.

Morestin pratiqua le Ricard après avoir constaté le mauvais résultat d'un Chopart, en raison du sphacèle des lambeaux trop courts.

Il faut arriver en 1910 pour voir publier un nouveau cas d'opération de Ricard. Elle fut faite par notre maître, le professeur Jacob, du Val-de-Grâce, et son observation fut rapportée par Sieur à la Société de Chirurgie. Il s'agissait d'un malade déjà amputé des deux membres inférieurs et qui présentait, à gauche, une amputation de jambe au tiers inférieur, à droite, une amputation inter-scapho-cunéenne, dont le moignon recouvert de téguments violacés, mal nourris, douloureux, et rendait la marche impossible.

Le résultat fut excellent, mais le professeur Jacob employa un mode de désarticulation différent de celui de Ricard, car il tailla un lambeau en raquette à queue externe, suivant la technique décrite et enseignée par le professeur Mignon, du Val-de-Grâce.

Depuis cette époque, malgré les recherches étendues que nous avons faites dans la littérature médicale, nous n'avons vu signaler aucun autre cas d'amputation de Ricard. Nous pouvons donc, à ces 20 cas, ajouter notre cas personnel, dont nous rapportons ici brièvement l'observation :

OBSERVATION. — G..., soldat de 21 ans, à l'aspect chétif et anémié, entre à l'hôpital Desgenettes, porteur d'une lésion tuberculeuse ancienne du pied gauche. La lésion est déjà vieille. Elle a commencé par une arthrite métatarso-phalangienne du 5^e orteil, qui s'est fistulisée rapidement et a nécessité l'amputation du 5^e métatarsien dans la continuité. Mais, à la suite de cette intervention, la cicatrisation opératoire ne s'est pas faite, la plaie s'est, au contraire, considérablement agrandie, a gagné une partie du dos du pied sur la face externe surtout pendant que le malade s'émaciait de plus en plus. C'est dans cet état qu'il a été reçu dans notre service.

A l'arrivée, l'examen montra que, indépendamment de cette lésion cutanée, le 5^e et le 4^e métatarsien étaient altérés, ainsi que le cuboïde. La radiographie révélait une raréfaction trabéculaire générale de tous les os du pied.

Que fallait-il faire chez ce malade ? Était-il de mise de faire une opération conservatrice et atypique, en enlevant les deux métatarsiens malades et le cuboïde et en recouvrant cette vaste perte de substance par un lambeau emprunté à la face inférieure du pied ?

Nous ne le croyons pas, car l'expérience a montré, et en particulier M. le professeur Nimier a montré que quand on doit enlever plus de deux métatarsiens au pied, il vaut mieux enlever tout l'avant-pied. L'opération de Lisfranc aurait donc été le procédé de choix si elle avait pu être pratiquée. Mais les lésions du cuboïde et l'état des parties molles à la partie dorsale en contre-indiquaient l'emploi. L'opération la plus économique à pratiquer était donc la Chopart. Nous ne l'avons cependant pas faite et lui avons préféré, de parti pris, le Ricard, pour les raisons que nous exposerons dans un instant. Le résultat en est encore trop récent pour que nous puissions le considérer comme définitif. Nous devons dire seulement que les premiers jours, il était magnifique. La radiographie montrait le calcaneum parfaitement encastré et horizontal entre les malléoles. Malheureusement, dans les jours qui suivirent, le malade suppura abondamment, une partie des parties molles dorsales s'élimina et la suture que nous avions faite des tendons antérieurs à la semelle plantaire lâcha. Il en résulta une légère bascule du calcaneum en avant, bascule qui put être, du reste, corrigée à la main et qui cédera peut-être aussi quand le malade posera son pied à terre. Quoi qu'il en soit, nous avons tenu à signaler cet échec partiel dû à la suppuration, car il montre que le calcaneum ne tient

bien en place que si la suture tendineuse tient. Et c'est peut-être là la seule restriction qu'on puisse faire à l'emploi de ce procédé, qui réussit surtout à merveille quand on est sûr d'éviter la suppuration.

En raison de la mauvaise qualité des parties molles dorsales, et aussi en raison d'idées théoriques que nous exposerons dans un instant, nous avons pratiqué cette opération avec une nouvelle modification de la technique opératoire, en taillant un lambeau en raquette à queue dorsale que nous allons tout d'abord décrire :

Technique de l'amputation tibio-calcaneenne de Ricard par l'incision en raquette à queue dorsale.

1° *Tracé de l'incision.* — Elle commence à 1 centimètre au-dessus du milieu de l'interligne tibio-tarsien. De là, elle descend, en suivant un trajet postéro-antérieur jusqu'au niveau de la partie moyenne du col de l'astragale. A partir de ce point, elle se divise en deux branches divergentes qui vont gagner les deux bords du pied en passant, l'externe, au niveau de la partie la plus postérieure du tubercule du 5^e métatarsien, l'interne, à 1 centimètre en arrière de l'interligne métatarso-cunéen. A partir de ces deux points, l'ovale de la raquette est tracé pour venir se terminer en arrière des bourrelets métatarsiens antérieurs à la limite du lambeau plantaire de Chopart.

(En réalité, on pourrait le tracer un peu plus court, ainsi que l'expérience nous l'a démontré.) Pour que le lambeau plantaire s'adapte bien à l'ouverture dorsale en Y renversé de l'incision, il vaut mieux le tailler pointu que rond.

2° *Libération des parties molles et des tendons extenseurs.* — Ceux-ci doivent être coupés assez longs pour être amenés facilement au contact de la semelle plantaire précalcaneenne, les lambeaux dorsaux sont réclinés au ras des os, jusqu'à ce que l'interligne tibio-tarsien soit libéré sur sa face antérieure, et le lambeau plantaire est simplement amorcé, car il sera disséqué d'arrière en avant après désarticulation.

3° *Désarticulation.* — Ouverture de la capsule de l'articulation tibio-tarsienne par sa face antérieure, puis section par l'intérieur de l'article des ligaments latéraux de l'articulation comme dans le Syme ; ouverture de l'articulation astragaloscaphoïdienne et, par cette amorce, pénétration dans le sinus du tarse et désarticulation sous-astragaliene (avoir soin dans

ce temps de ménager la branche externe du ligament en Y pour conserver l'avant-pied comme levier); libération de l'avant-pied par désarticulation calcanéocuboïdienne et dissection du lambeau plantaire par renversement comme dans le Chopart.

L'astragale ne tient plus que par les faisceaux les plus postérieurs de l'articulation astragalo-calcanéenne interne et surtout par le ligament péronéo-astragalien postérieur. Il est cependant suffisamment libéré pour permettre de le saisir avec un levier de Farabeuf et de le faire basculer en avant pour terminer rapidement et très facilement son extraction.

4° *Résections nerveuses, ligatures artérielles et sutures des tendons extenseurs* à la semelle fibreuse sous-calcanéenne, après avoir enclavé le calcanéum entre les deux tenons de la mortaise tibio-tarsienne. Il est à remarquer que la partie la plus large du calcanéum, celle qui correspond au prolongement interne de la petite apophyse, ne peut pas entrer dans la fourche malléolaire. Au lieu de la réséquer comme Ricard, nous avons préféré attirer le calcanéum plus en avant, croyant ainsi mieux fixer le calcanéum dans sa nouvelle loge. Enfin, le lambeau plantaire est appliqué au-devant de la partie antérieure du calcanéum et suturé en Y renversé avec la partie dorsale de l'incision.

III. — Discussion des procédés. — Avantages et indications de l'opération de Ricard.

Comme on le voit par ce qui précède, chacun des auteurs qui a pratiqué cette opération a, pour ainsi dire, appliqué un procédé personnel d'exécution, basé soit sur des nécessités cliniques, soit sur des facilités opératoires, soit même sur des données théoriques. Mais, quel que soit le procédé employé, on peut se rendre compte qu'il suffit d'un minimum de téguements et que cette opération devient praticable là où souvent le Chopart ne l'est pas, praticable aussi et surtout quand les nécessités cliniques demanderaient une sous-astragaliennne ou même un Syme comme dans l'observation de Ruotte.

En effet, le procédé classique de Ricard emploie à peine plus de peau qu'un lambeau de Syme; le procédé du Val-de-Grâce par la raquette externe ne dépasse pas les limites du lambeau de la sous-astragaliennne, et le procédé en raquette à queue

dorsale que nous avons employé peut se passer complètement des parties molles dorsales sans employer cependant un lambeau plantaire plus grand que celui du Chopart. Enfin, les observations de Souligoux et Ruotte montrent que si le calcaneum est recouvert de ses parties molles, elles suffisent pour assurer la confection d'un lambeau de nécessité.

De tous ces procédés, quel est le meilleur, il est difficile de le dire. Le procédé à deux lambeaux de Ricard est peut-être le plus économique quand le dos et la plante du pied sont également lésés.

Cependant, de l'aveu même de son auteur, il est un peu court, et plusieurs opérateurs ont été obligés, pour ne pas faire tirer les lambeaux, de réséquer la partie antérieure et quelquefois la petite apophyse du calcaneum. Or, plus le calcaneum sera long, moins il aura de tendance à basculer. Il faut donc autant que possible le conserver.

Le procédé du Val-de-Grâce, préconisé par les professeurs Mignon et Jacob, est excellent à bien des points de vue. Tout d'abord, il emploie cette même voie externe, si facile, que Roux utilise dans la tibio-tarsienne et Chauvel-Perrin dans la sous-astragaliennne. Il fait donc partie d'une méthode opératoire générale qu'il est bon de conserver. De plus, il ouvre une large voie sur le sinus du tarse, qui est la voie d'accès naturelle de l'articulation sous-astragaliennne, et qui permet d'ouvrir facilement cet interligne difficile. Il a cependant un petit inconvénient, c'est qu'il coupe systématiquement les attaches péronéo-calcaneennes.

Le procédé en raquette à queue dorsale que nous avons employé présente, croyons-nous dans certains cas, quelques avantages : au point de vue clinique, il nous a semblé que cette opération pourrait être réalisée lorsque la presque totalité des parties molles dorsales sont absentes ou en mauvais état ; conditions souvent réalisées dans les traumatismes et dans les tuberculoses du pied où les fistules se font de préférence à la face dorsale. De sorte que, bien souvent, là où un Chopart serait irréalisable, un Ricard à queue externe difficilement dessiné, l'incision en raquette à queue dorsale permettrait de réaliser facilement l'opération sans emprunter cependant plus de peau à la plante que le Chopart.

Au point de vue opératoire, plusieurs points sont à envi-

sager. Tout d'abord, la queue dorsale de notre incision n'est que la répétition de l'incision de Berger dans le Chopart. Elle se rapproche aussi des incisions dorsales de Chaput, qui tend à les employer de plus en plus pour toutes les opérations portant sur le tarse, y compris l'astragalectomie.

A ces arguments de pure doctrine on peut en ajouter d'autres basés sur des données anatomiques et opératoires.

L'incision par voie externe emprunte la voie facile du sinus du tarse; elle facilite donc le temps de la désarticulation sous-astragalienne, mais elle coupe toutes les attaches fibreuses péronéo-calcanéennes et le calcaneum peut avoir des tendances à basculer en dedans. Si, au contraire, on passe par la voie dorsale, toute l'opération se passe entre les malléoles et tous les ligaments externes sont conservés au même titre que les ligaments internes, de sorte que le calcaneum reste comme suspendu à la jambe.

Enfin, la considération opératoire ne doit pas entrer en jeu, car il nous a paru extrêmement simple de pratiquer cette opération par la voie dorsale.

Au point de vue prothétique on pourrait ajouter que la cicatrice dorsale et latérale de notre incision est peut-être moins gênante que la cicatrice terminale que donnent les deux autres procédés et qu'elle permet un appui antérieur parfait sur un appareil de prothèse remplaçant l'avant-pied absent.

Il résulte de cette discussion, qu'il ne semble pas y avoir de procédé type de taille du lambeau de Ricard, que sa caractéristique, au contraire, est de pouvoir s'adapter avec la plus grande facilité aux procédés les plus différents et surtout aux procédés les plus économiques, et qu'ainsi que le disait Ricard, à propos de la discussion du procédé employé par le professeur Jacob, « l'opération qu'il avait imaginée étant avant tout une opération économique, il n'y avait guère de technique réglée au point de vue de l'incision des téguments; on incise où l'on peut, en se donnant comme règle de conserver le maximum de parties molles et de téguments ».

Les résultats que comporte cette opération sont remarquables. Tous les auteurs qui l'ont pratiquée sont unanimes à déclarer leur satisfaction. Le malade, en effet, bénéficie de toutes les qualités qu'on peut demander à un bon moignon d'amputations du pied : indolence parfaite, marche aisée, raccourcisse-

ment très minime, mobilité du moignon, appui normal du pied sur les parties molles et les os réservés à cet usage, application facile et peu onéreuse d'un soulier prothétique.

Tous ces résultats sont dus à ce fait que le membre n'est diminué que de la hauteur de l'astragale, que la nouvelle articulation calcanéotibiale est suffisante pour donner une mobilité utile et que le calcanéum reste horizontal sous les malléoles, ainsi que le montrent les radiographies.

J'ajoute même que si le calcanéum a tendance à basculer, c'est seulement sous l'influence du tendon d'Achille et que le remède est facile à trouver, et que, dans certains cas, cette opération permet même de corriger un équinisme préexistant, puisqu'il donne une nouvelle articulation modelable à volonté pendant les premiers temps.

En un mot, on peut dire que cette opération conserve, ainsi ainsi que le fait remarquer Chochon-Latouche, l'intégrité physiologique maxima du pied. Une seule opération plastique peut lui être comparée, c'est le J.-L. Faure, qui donne une hauteur de pied légèrement plus grande, mais dont l'articulation est moins souple, et qui surtout d'une technique plus difficile et nécessitant une taille de lambeaux beaucoup moins économique.

L'opération de Ricard apparaît donc comme l'opération économique de choix sur l'arrière-pied, car au point de vue de ses résultats on peut dire, avec Lucas-Championnière : « C'est parfait. » Et, c'est d'autant plus parfait que ses indications en sont plus étendues.

Indications. — En raison des bons résultats obtenus par cette opération, le chirurgien paraît autorisé à la réaliser le plus souvent possible.

Plusieurs conditions distinctes sont à envisager :

1° Les cas où l'étoffe manquant, il n'est pas possible de recouvrir tout le tarse postérieur resté sain. Ici, pas d'hésitation possible, le Ricard est supérieur à toutes les autres désarticulations ou procédés ostéo-plastiques (Syme, sous-astagalienne, Pirogoff ou Pasquier-Lefort et leurs dérivés).

2° Les cas où l'étoffe étant suffisante, le tarse postérieur est malade. Si le calcanéum est sain et l'astragale seule malade, le Ricard est formellement indiqué. Même si seules les parties articulaires supérieures ou calcanéennes étaient malades, il y

aurait avantage à imiter Rochard, à enlever les parties malades et à placer le reste du calcanéum dans la mortaise.

3° Les cas enfin les plus nombreux où tout le tarse postérieur est sain, os et parties molles, c'est-à-dire les cas où un Chopart est possible.

S'il ne s'agissait que d'économiser, c'est le Chopart qu'il faudrait faire. Mais que vaudra l'opération si la bascule s'opère. Donc, il vaut peut-être mieux, dans ces cas, pratiquer une opération plus haute, mais fonctionnellement supérieure, et tout ce que nous avons écrit ci-dessus étant fait pour démontrer que le Ricard est supérieur à toutes les autres opérations plastiques, c'est encore à lui qu'il faudra avoir recours systématiquement.

Il n'existe pas d'observations de malades opérés pour des néoplasmes : mais il ne semble pas y avoir, à priori, de contre-indications à pratiquer le Ricard dans ces cas, si on peut enlever toutes les parties malades.

Dans les traumatismes il fait merveille. Les résultats ont été un peu moins favorables dans la tuberculose, mais ce n'est pas le procédé opératoire qui était à incriminer, mais la récurrence de lésions que seule une opération plus radicale pouvait supprimer.

Cette opération réalise donc le maximum des indications, donne des résultats supérieurs à tous les autres procédés. Elle mériterait, par conséquent, d'être pratiquée plus souvent que ne semble le comporter la pauvreté de la littérature médicale à son égard.

*
* *

COUP DE FEU PÉNÉTRANT DU COU-DE-PIED. FRACTURE DE L'ASTRAGALE. ARTHRITE PURULENTE GRAVE. ASTRAGALECTOMIE. GUÉRISON EN UN MOIS.

PAR LE

D^r STÉFANI,

Ancien interne des Hôpitaux de Lyon.

M. STÉFANI. — Messieurs, j'ai l'honneur de vous présenter l'observation, avec sa feuille de température, d'un jeune homme chez qui j'ai pratiqué, suivant la méthode depuis longtemps

préconisée par M. Poncet, une astragalectomie de drainage pour arthrite purulente grave par coup de feu ayant fracturé l'astragale.

OBSERVATION. — F. B..., 18 ans, berger de son état, entre à ma clinique le 4 mai 1911. Huit jours auparavant, en nettoyant un revolver, il a été victime d'un accident. Le coup est parti brusquement, alors que l'arme était chargée, et il s'est blessé au cou-de-pied. Dans l'intervalle, il a souffert violemment au niveau de la blessure, malgré le repos forcé qu'elle a entraîné. Un médecin a sondé la plaie, mais n'a pu rencontrer la balle avec son stylet. Il s'est borné à agrandir un peu l'orifice d'entrée du projectile et à y introduire l'extrémité d'une mèche de gaze.

A l'entrée, la fièvre est élevée, à 40°2, le pouls est rapide et plein, le facies vultueux, animé, la respiration accélérée. Le blessé est en proie à des frissonnements et se plaint vivement au niveau de la blessure.

Le 5 au matin, je constate que la balle a pénétré au niveau de la base de la malléole externe, un peu en avant. Une incision a été pratiquée verticalement sur une étendue de 1 cent 1/2 à 2 centimètres à peine et bourrée avec une mèche. Le moindre mouvement imprimé à la jointure tibio-tarsienne est très douloureuse. Les téguments, au pourtour de la plaie, sont rouges, œdématisés, ainsi que tout le pourtour de la cheville. D'après ce que raconte le blessé qui était assis au moment où partit malencontreusement l'arme qu'il maniait, le projectile a dû pénétrer en oblique du côté de l'article tibio-tarsien.

Après anesthésie au chlorure d'éthyle-éther, recherche du projectile par agrandissement progressif du trajet. Je le trouve sur la face supérieure de l'interligne astragalo-scaphoïdien, écrasé par le choc contre le squelette. Il s'écoule, de la jointure, une petite quantité de pus d'aspect louche, et je me rends compte, au doigt, que l'astragale se trouve fortement endommagé. Je pratique sur le-champ l'astragalectomie, suivie d'un grand lavage oxygéné de la brèche opératoire et de la mise en place de deux gros drains. Pansement modérément serré et gouttière métallique. L'examen de la pièce montre que l'astragale a été atteint par le projectile sur sa face supérieure, au niveau de l'isthme, qui a été pour ainsi dire labouré en gouttière. La tête de l'os est pour ainsi dire écrasée. Le projectile est une balle de plomb calibre 12 millimètres.

Le soir de l'opération, la température est à 40°5, le pouls à 80, l'état général satisfaisant, sans frissons. Le lendemain et le surlendemain, malgré la persistance de la fièvre entre 39° et 40°, comme il n'est survenu aucun phénomène nouveau indiquant une aggravation de l'état infectieux et sûr de mon drainage, je laisse le blessé au repos,

me bornant à instituer une médication tonique à base d'alcool et de quinine. Pas de douleurs dans le membre blessé.

Le jeune opéré ne manifeste qu'une soif incessante. Le troisième jour, 8 mai, premier pansement et lavage oxygéné. Le soir, la température s'élève un peu à 40°2, mais le lendemain et le surlendemain, elle baisse progressivement pour tomber à la normale le 12, sept jours après l'intervention. La suppuration est peu abondante, de bonne nature.

Le 15, j'enlève un drain et remplace la gouttière métallique par un appareil dextriné peu serré.

Le 19, j'enlève le second drain, et la réparation se fait désormais sans incident. Les plaies sont presque complètement fermées, et l'état général est excellent.

J'ai revu le blessé six mois après environ, dans un état pour ainsi dire parfait. Il boitait, il est vrai, légèrement, mais avait néanmoins pu reprendre sans difficultés ses courses à travers la montagne.

Cette observation est à rapprocher de plusieurs autres, analogues, que j'ai publiées dans ma thèse, inspirée par mon maître M. Bérard, sur le traitement des grands traumatismes du membre inférieur. Elle montre que la conservation d'un membre gravement atteint est réalisable, même en cas d'infection tibio-tarsienne grave en évolution, à condition que l'on ne perde pas de vue un seul instant les règles directrices que nous avons fixées, à savoir :

Large drainage immédiat de l'article infecté par l'astragalectomie ;

Se servir pour le drainage de gros tubes, et le moins possible de mèches ; en tout cas, éviter par-dessus tout de tasser les mèches et le pansement, dont la bonne exécution est à tout le moins aussi importante à nos yeux que celle de l'opération elle-même ; ne pas perdre de vue que le pansement doit être non seulement protecteur, mais avant tout et surtout absorbant ;

Immobilisation et pansements consécutifs aussi rares que possible.

En observant strictement ces simples règles, le chirurgien peut être assuré d'avoir dans les cas récents un excellent résultat. Notre observation prouve qu'on peut également l'obtenir, même en cas d'intervention tardive avec infection locale grave, tant que ne sont pas apparus les signes d'une infection générale vraiment menaçante.

..

ABCÈS DE LA CLOISON DU NEZ AVEC NÉCROSE TOTALE DU
CARTILAGE AU COURS DU DIABÈTE.

M. STÉFANI. — Messieurs, l'observation suivante d'abcès bilatéral de la cloison du nez d'origine cartilagineuse mérite la peine de vous être signalée, tant en raison de la rareté de l'infection que de son étiologie particulière.

OBSERVATION. — C. S..., âgé de 50 ans, entre à ma clinique le 12 février 1911. Il est atteint de diabète sucré reconnu par hasard il y a deux ans par une analyse fortuite d'urine. Il a été soigné l'été dernier à Vichy et a beaucoup maigri depuis. Son médecin traitant me prévient qu'il a eu dernièrement 150 grammes de sucre pour trois litres d'urine dans une journée. Actuellement, il en a 49 gr. 50 par litre et urine de 3.200 à 4.000 grammes d'urine par jour. Cel e-ci contient en outre une forte proportion d'acétone. Il a de la boulimie et présente, par contre, des phénomènes dyspeptiques. L'état général est médiocre.

Il y a quinze jours, souffrant, dit-il, d'une érosion des narines, il eut l'idée de se bourrer le nez de vaseline. Dès le lendemain, il se mit à souffrir violemment et le nez se tuméfie, en même temps qu'une obstruction nasale progressive s'établit. Ces phénomènes durent une semaine environ, au bout de laquelle s'établit un écoulement purulent.

A l'entrée, l'obstruction nasale est bilatérale et complète. L'écoulement est d'abondance variable. Il existe une douleur vive et localisée sur l'arête du nez, exacerbée par la moindre pression, une rougeur et un gonflement manifestes. La rhinoscopie montre de chaque côté la muqueuse de la cloison, tendue par une collection sous-jacente qui se laisse déprimer par le stylet.

Une incision au galvano-cautère pratiquée de chaque côté de la cloison donne issue à une certaine quantité de pus.

Le lendemain et les jours suivants, il n'y a pas de fièvre, l'état général est excellent. J'institue un traitement antiphlogistique : compresses très chaudes sur le nez fréquemment renouvelées, lavages nasaux. Cependant l'amélioration ne s'obtient que lentement. Au bout de quelques jours, la narine gauche se rouvre, mais à droite le gonflement persiste et la suppuration continue, plus abondante que jamais. Les lavages, mal supportés, sont supprimés. Je me borne à entretenir au stylet l'ouverture pratiquée à la muqueuse par le galvano-cautère.

Le 1^{er} mars, j'ai l'explication de la persistance de la suppuration en

extrayant, à l'aide de la pince, un séquestre cartilagineux des dimensions approximatives d'une pièce de cinquante centimes, qui se présentait par un bord à l'orifice de drainage.

Le 2 mars, un autre séquestre se présente. Celui-ci est beaucoup plus étendu et je n'ai pas de peine à y reconnaître le cartilage de la cloison entier, frappé d'une nécrose pour ainsi dire massive. La suppuration diminue dès lors à vue d'œil, la narine se désobstrue, et huit jours après, le 8 mars, la guérison était complète; il ne restait, comme trace de l'infection nasale, qu'un affaissement modéré du nez qui, de de rectiligne qu'il était, avait pris une forme légèrement busquée.

En résumé, il s'agissait, chez notre malade, d'un abcès bilatéral de la cloison du nez, symptomatique d'une altération infectieuse du squelette cartilagineux de ce septum, d'une véritable *chondrite de la cloison*.

L'abcès de la cloison est une affection assez rare, puisque M. Garel, dans son *Traité des maladies du nez*, n'en rapporte que 6 cas. Sur ces 6 cas, 4 étaient d'origine traumatique, un était survenu au cours d'un coryza aigu, le sixième était dû à une négligence de précautions antiseptiques au cours d'une séance d'électrolyse de la cloison. Notre cas ne rentre dans aucune de ces catégories étiologiques. A notre avis, il s'agit manifestement chez notre malade d'une infection nasale survenant comme complication véritable du diabète, à la manière des anthrax ou des phlegmons si fréquents au cours de cette dyscrasie. Il paraît difficile de dire si l'infection s'est manifestée d'abord dans le tissu cellulaire lâche sous muqueux, ou bien s'il s'agit véritablement d'une chondrite primitive et suppurée du septum. Nous penchons pour cette dernière hypothèse, tant à cause de la bilatéralité de la suppuration nasale que de la mortification massive du cartilage, qui s'expliquerait mal autrement. Quoi qu'il en soit, nous avons cru intéressant de signaler, ne fût-ce qu'à titre documentaire, la possibilité de l'abcès de la cloison survenant comme complication sérieuse du diabète sucré.

Au point de vue traitement, il n'est pas douteux que l'incision de ces phlegmons nasaux ne gagne à être plus précoce qu'elle n'a été chez notre malade, ne fût-ce que pour éviter la nécrose cartilagineuse susceptible de compromettre très sérieusement l'esthétique du visage.



SUR UN CAS DE TRÉPANATION TARDIVE POUR COUP DE FEU.
EXTRACTION D'UN PROJECTILE INTRA-CÉRÉBRAL AU
35^e JOUR. LÉSIONS ÉTENDUES DU PLI COURBE AVEC CÉCITÉ
VERBALE. GUÉRISON COMPLÈTE AU BOUT D'UN AN.

M. STÉFANI. — Nous avons eu l'occasion, au mois de juin 1911, de pratiquer l'extraction d'un projectile blindé de gros calibre inclus dans la masse cérébrale. Ce cas nous a paru mériter une relation, non point seulement en raison du succès inespéré qui couronna l'intervention, mais aussi par suite des considérations intéressantes auxquelles il se prête au point de vue neurologique. Voici tout d'abord l'observation :

OBSERVATION. — Le 18 juin 1911, j'étais appelé, à 200 kilomètres de distance, au chevet d'un jeune homme de 23 ans, étudiant, qui avait été victime, trente-cinq jours auparavant, d'un attentat d'ordre passionnel. Il avait reçu, à bout portant, un coup de revolver qui, tiré par derrière plus ou moins obliquement, avait atteint la boîte crânienne. Hémorragie immédiate considérable. Coma complet qui se dissipe les jours suivants d'une manière progressive et auquel succèdent des alternatives de dépression et d'agitation. Le docteur Ceccaldi, médecin traitant, appelé de suite, constate sans peine que la balle a perforé la boîte crânienne, à l'emporte-pièce, au-dessus et en arrière du conduit auditif gauche, sur la bosse pariétale. L'exploration au stylet lui montre que le projectile a pénétré profondément dans l'encéphale, l'instrument pénétrant sans résistance aucune à 5 ou 6 centimètres. Le blessé ne présente aucune trace de paralysie périphérique, mais il est plongé dans l'adynamie, la plus profonde, se plaignant d'une céphalée intense et continue.

Informations prises à la ville voisine (Ajaccio) et même, par correspondance, auprès de divers chirurgiens du continent, dont les réponses laissent peu d'espoir, la famille se résout à l'inévitable et attend le dénouement fatal.

Sur ces entrefaites, quinze jours environ après l'attentat, et après un redoublement des douleurs de tête, accompagné d'une certaine élévation thermique, un gonflement anormal se produit au niveau de la plaie du cuir chevelu, qui semblait subir un début de cicatrisation. Le médecin traitant ayant alors entr'ouvert la plaie avec son stylet, vit s'échapper une cuillerée environ de pus qui, dit-il, semblait venir de la

profondeur. Les jours après, irrégularités thermiques et variations des douleurs en rapport avec le plus ou moins de facilité avec laquelle le pus s'évacuait. Ayant fait cette remarque, le médecin traitant, pour ne pas recourir à chaque instant au stylet et pour assurer un meilleur drainage, enfonce dans la plaie un petit bout de drain qui, dit-il, passait par l'orifice osseux, pour plonger jusqu'à l'intérieur du crâne. Puis, les douleurs ayant reparu, le drain fut enlevé et la plaie livrée à elle-même.

A mon arrivée, trente-cinq jours après l'attentat, je me trouve en présence d'un jeune homme répondant avec une peine extrême aux questions que je lui pose. Il est en effet dans un état voisin du coma, d'une maigreur épouvantable, et souffre toujours violemment de la tête. Les pupilles sont dilatées, mais il n'existe aucun signe de paralysie externe des yeux, ni des membres ni de la face. La vue est entièrement conservée, et il existe un léger degré de photophobie. Les réflexes rotuliens sont exagérés. Le ventre est plat, rétracté; les membres inférieurs, décharnés, manifestent une tendance à la flexion permanente et, de fait, le signe de Kernig est des plus nets. La nuque est raide et la raie méningitique s'obtient sans difficulté; le pouls est ralenti, sans qu'il me souvienne du chiffre exact des pulsations, à peine au-dessous de la normale. La température, au dire du médecin traitant, est le plus souvent normale, avec, de temps à autre, un petit clocher. L'alimentation du blessé a été des plus défectueuses; aussi, se trouve-t-il dans un état de profonde dénutrition.

En présence de cette situation, dont je fais sans peine apprécier la gravité à la famille, qui, du reste, avait dès le début considéré le cas comme désespéré, je propose une intervention qui est acceptée et j'ordonne le transport du blessé à ma clinique. Pour ce faire, on est obligé de lui faire faire 25 kilomètres couché sur une charette, garnie d'un matelas, jusqu'à la gare voisine, et de là 150 kilomètres en chemin de fer. Enfin, de la gare à la maison de santé, il est transporté dans des conditions de confort satisfaisant par l'ambulance urbaine.

Dès son arrivée, je décide d'intervenir, malgré le désir de repos qu'il manifeste. A 4 heures, il est transporté à la salle d'opérations, rasé, aseptisé et endormi très prudemment à l'éther.

Incision en croix des téguments craniens au niveau de l'orifice d'entrée de la balle. Celui-ci est situé à 1 centimètre environ au-dessus d'une horizontale passant par le conduit auditif externe et à 3 bons centimètres en arrière de la verticale, passant par ce même conduit. Ce point, situé sur la bosse pariétale, un peu en avant, doit correspondre, topographiquement, au lobule du pli courbe.

Mise à nu rapide, à la rugine, des bords de l'orifice, qui m'apparaît de suite comme plus irrégulier et surtout comme plus grand que je ne pensais, admettant presque la pulpe de l'auriculaire. A son niveau, il

est impossible d'établir une distinction entre les plans sous-jacents, car on n'y voit qu'une surface rouge, tomenteuse, irrégulière et violacée. J'agrandis aisément l'orifice à la pince-gouge, sans avoir besoin de recourir à la fraise. Il n'y a pas trace de battements. J'ai maintenant sous les yeux une surface de la largeur d'une pièce de 5 francs, au centre de laquelle un pertuis aux bords contus indique le passage de la balle. Je pratique dans ce pertuis une exploration prudente au stilet, je débride même avec la pointe du bistouri, sans qu'il s'écoule la moindre goutte de liquide céphalo-rachidien. Je n'ai aperçu jusqu'ici qu'une très minime quantité de pus, d'aspect cérébral.

Ne sentant rien, et faisant surveiller très attentivement par un aide le pouls du blessé, qui n'est que très légèrement accéléré, j'agrandis progressivement le trajet à la sonde cannelée. Je suis, sans avoir pu me rendre compte de la superposition des plans, sans doute intimement fusionnés, en pleine substance cérébrale, molle et diffluyente. Avec une prudence extrême, j'introduis la pulpe de l'auriculaire, et ayant eu la rapide impression d'un corps dur, en moins de temps qu'il n'en faut pour le dire, je guide sur lui une pince de Kocher, j'accroche au petit bonheur la masse perçue et retire sans peine la balle, qui est dans la profondeur, à 3 ou 4 centimètres au moins.

Mise en place d'un petit drain de caoutchouc dans le trajet du projectile et pansement à plat. L'aspect du blessé est satisfaisant et il ne semble pas avoir été trop touché par les manœuvres intra-cérébrales. Néanmoins, sérum artificiel et huile camphrée. Son pouls, après l'opération, est à 100, alors qu'il était à 80 immédiatement avant l'acte opératoire. Une demi-heure après, le pouls monte à 120. Mais il baisse de suite et se retrouve à 80 à 7 h. 30 du soir, trois heures environ après l'intervention. Pas de troubles respiratoires, sinon une certaine irrégularité des inspirations, tantôt profondes et suspireuses, tantôt superficielles et à peine perceptibles. Les pupilles sont dilatées comme avant l'opération.

Le lendemain matin, le 20 juin, le blessé semble avoir bien supporté l'intervention. La température est normale, le pouls à 80. La céphalée persiste. Je renouvelle le pansement souillé d'une quantité très modérée de pus fétide, mais en laissant en place le drain cérébral.

Le 21, l'état est stationnaire, mais la céphalée a plutôt augmenté. J'attribue cette exacerbation à l'irritation causée par le drain. Je le retire et le remplace par un petit paquet de crins de Florence.

Le 22, la température s'est élevée au voisinage de 39°, mais le pouls se maintient autour de 80 et l'état général ne semble pas plus mauvais.

Le lendemain et les jours suivants, la température tombe progressivement, le pouls, oscillant toujours autour de 80. L'état général s'améliore progressivement. Le blessé commence à causer et s'intéresse

davantage à ce qui se passe autour de lui. Cette amélioration semble coïncider avec l'extraction, au cours des pansements, de deux esquilles pointues, appartenant nettement à la table interne du pariétal, esquilles que je ramène avec une pince hémostatique. Cependant, à partir du 28, la température remonte, la céphalée redouble, et l'état du blessé inspire à nouveau de fortes inquiétudes.

Le 2 juillet, la température, qui était de 38°5 le matin, fait le soir une chute formidable au-dessous de 35°. Quatre thermomètres placés successivement au rectum ne « démarrent » pas. Le pouls est aux environs de 40 à peine. Les extrémités se refroidissent et le blessé semble très affaibli. Devant un tableau aussi alarmant, je laisse entrevoir à la famille un dénouement fatal à brève échéance, et son père décide, le lendemain matin, de l'emmener. La température, prise avant le départ, était toutefois remontée à 36°5.

Je reçois quelques jours après, le 12 juillet, des nouvelles du blessé. Son médecin traitant, qui continue à s'occuper de lui, déclare que la plaie cicatrise bien, mais, dit-il, ...reste la fièvre. Celle-ci, en effet, persiste entre 37° et 38°5; elle est irrégulière et semble prédominer pendant le jour et disparaître la nuit. Ce phénomène est sans doute en rapport avec l'administration quotidienne d'un cachet de bromhydrate de quinine, lequel, dit le médecin traitant, « a pour effet de faire tomber la fièvre de 4 à 5 dixièmes et de provoquer un sommeil profond, mais aussi, par contre, de provoquer des crises de dyspnée ». Aussi, en suspend-il l'administration. Il prend soin aussi de me prévenir que, depuis trois jours, le blessé a de l'incontinence d'urine.

Le 23 juillet, une nouvelle lettre du médecin traitant m'avertit qu'après une crise de forte diarrhée, qu'il s'est appliqué à enrayer, la fièvre est tombée depuis quelques jours pour ne plus reparaitre ! Les forces reviennent petit à petit, ce qui permet quelque espoir. Le médecin traitant avait, il est vrai, sur mon conseil, retiré définitivement le paquet de crins et pansé à plat la plaie cranienne, qui, dit-il, a très bel aspect et cicatrise de jour en jour.

Le 8 septembre, une nouvelle lettre m'annonce que la cicatrisation est complète et que l'état général s'améliore de plus en plus.

Mais, ajoute-t-il, « ce qui inquiète son père et me préoccupe aussi, c'est que le blessé ne peut épeler les lettres d'un mot sans se tromper; en examinant attentivement ses yeux, qui paraissent au premier abord tout à fait sains, on voit que les pupilles sont dilatées des deux côtés, ce qui explique son amblyopie; je constate, en faisant ouvrir brusquement les yeux, que la pupille se contracte un peu, mais lentement, et reste toujours dilatée ». Et plus loin : « Cet infortuné jeune homme est atteint en outre d'un affaiblissement tel de la mémoire, qu'il ne se rappelle plus le soir ce qu'il a mangé au déjeuner. »

Enfin, le 12 janvier 1912, je reçois une dernière fois des nouvelles du blessé qui, dit le Dr Ceccaldi, « a bonne mine, bon appétit, dort bien la nuit et commence à faire de l'exercice. Seulement la pupille droite reste plus dilatée que celle du côté gauche, et plus lente à se contracter. Le blessé me dit n'avoir pu répondre jusqu'à hier à aucune des lettres qui lui sont parvenues. Quand à la mémoire, elle suit une progression favorable et j'espère que dans trois ou quatre mois elle sera redevenue normale ».

Cependant, le même jour, 12 janvier 1912, le blessé m'écrit pour la première fois lui-même. Voici les principaux passages de sa lettre :

« Vous demandez des nouvelles de mon état actuel. Elles sont plutôt satisfaisantes.

« L'équilibre semble vouloir commencer à se rétablir dans le cerveau. Les idées, obscurcies, aveuglées pour ainsi dire jusqu'à ce jour, reprennent peu à peu la clarté et la force qui leur ont manqué. La mémoire gagne du terrain tous les jours. Il faut cependant remarquer la facilité avec laquelle j'oublie les faits qui me sont rapportés. La vue s'est singulièrement affaiblie. *Il m'était impossible, il y a six mois, de me servir de ma montre; aujourd'hui cela va beaucoup mieux, quoique ne pouvant encore lire ma correspondance comme je voudrais.* A signaler en outre un bourdonnement continu dans les oreilles et un léger suintement de la blessure... »

Je pus, le 2 août, examiner mon opéré. Sa pâleur et sa maigreur squelettique avaient fait place à un état général des plus florissants, et son visage, d'aspect sanguin, criait la santé. La vue était redevenue parfaite, avec acuité visuelle normale aux deux yeux, mesurée suivant les règles, à l'échelle de Snellen; l'audition était non moins parfaite; la mémoire revenue jusque dans ses moindres détails, et la conversation du jeune homme ne trahissait aucun défaut de l'intelligence. Une épaisse croûte de sécrétions accumulées et religieusement respectées au niveau de l'ancienne plaie opératoire était la seule trace apparente du drame passé. Il me fut facile de l'enlever avec un peu d'alcool. Sous elle, le cuir chevelu était parfaitement réuni et l'os reformé. La lecture était aisée, mais, fait intéressant à noter, il n'en avait pas toujours été ainsi. En ce qui concerne, par exemple, la lettre plus haut, par lui écrite à la date du 12 janvier, le jeune homme déclare très nettement et spontanément avoir eu toutes les peines du monde à l'écrire, car, dit-il, il écrivait sans se rendre compte du mot écrit précédemment, sans pouvoir se relire, comme s'il avait eu les yeux fermés. Aussi, avait-il mis, dit-il, plus de deux heures à remplir les quatre pages de son écriture, qui pourtant paraît normale.

Revenons maintenant en arrière, et, si nous voulons analyser l'observation ci-dessus pour en retenir les points intéressants,

nous voyons qu'en définitive il s'agit d'un cas *relativement rare* d'extraction d'un projectile de la substance même du cerveau. L'intérêt de cette observation, surtout documentaire, se trouve néanmoins de suite accru par le fait du succès qui a couronné une intervention qui se présentait pourtant dans de très mauvaises conditions puisqu'elle ne fut pratiquée que trente-cinq jours après l'attentat, alors que le blessé, dans un état de cachexie déjà avancée, présentait tous les signes d'une méningo-encéphalite qui, quoique tardive, n'en était pas moins certaine (céphalée, mydriase, photophobie, exagération des réflexes, ventre rétracté, raie méningitique, raideur de la nuque, attitude en chien de fusil et sigue de Kernig).

On est plus étonné encore du résultat quand on jette les yeux sur le projectile. C'est une balle blindée du modèle 1892, extrêmement déformée par le choc, déchiquetée, et d'une longueur de 2 centimètres; de plus, j'ai extrait les jours suivants deux esquilles craniennes, toutes deux de forme irrégulièrement triangulaire, acérées, et présentant respectivement dans leur plus grand diamètre, 10 et 12 millimètres de dimensions.

On devait s'attendre à ce que la pénétration de pareils corps étrangers profondément au sein de la substance cérébrale, provoquât des désordres très graves des fonctions intellectuelles. Aussi lorsque, après maintes alternatives de haut et de bas (au cours desquelles, fait je crois rarement signalé, il est descendu à une température centrale inférieure à 35°), le blessé eut manifesté clairement sa volonté de vivre, aurait-il été intéressant au plus haut point de le soumettre à l'observation d'un neurologiste averti et d'en noter soigneusement les résultats. D'autant plus que le foyer du traumatisme cérébral, certainement très étendu, correspond anatomiquement à ce pli de passage temporo-pariétal dénommé « pli courbe » et sur lequel on a tant discuté.

Les neurologistes placent, on le sait, dans le pli courbe le centre de la cécité verbale. La destruction de ce centre ou des fibres qui en proviennent produit la cécité verbale : le sujet comprend les mots parlés, mais non les mots lus; il écrit volontairement, mais sans se relire et se contrôler, comme s'il avait les yeux fermés (Grasset). Pour Landouzy et Grasset, cette région de l'écorce cérébrale serait le centre sensorio-moteur des muscles de l'œil et des paupières.

Déjerine y place lui aussi le centre visuel des mots, alors que pour Charcot ce centre était constitué par le lobule pariétal supérieur, avec ou sans participation du pli courbe.

Quant à P. Marie, il considère le pli courbe comme partie intégrante d'un territoire plus étendu ou territoire de Vernicke. Comprenant le gyrus supramarginalis, le pli courbe et les pieds des deux premières temporales, centre intellectuel dont la destruction détermine proportionnellement à son étendue, outre les troubles de la parole, un défaut de compréhension du langage parlé ou écrit, ou de l'écriture. L'anarthrie ou difficulté d'élocution avec achoppement des syllabes tiendrait à des lésions de la zone lenticulaire (aphasie motrice de Broca).

Si donc nous voulons bien analyser à ce point de vue nouveau notre observation, nous y trouverons nettement des symptômes de destruction cérébrale localisée, rentrant dans la classe des troubles du langage précités. Nous notons, en effet, à la date du 8 septembre 1911, une « certaine difficulté à épeler les lettres d'un mot sans se tromper » et ce n'est que très tardivement, le 12 janvier 1912, que le blessé peut répondre aux lettres reçues. Encore n'y parvient-il qu'au prix des plus grandes difficultés, et avec une grande lenteur, car, l'a-t-il expliqué lui-même, il était dans l'impossibilité de se relire.

Ces symptômes correspondent à ceux de la cécité verbale. Et il est non moins intéressant de noter la longue durée de la mydriase indiquant une paralysie de l'accommodation portant plus spécialement sur les fibres rétrécissantes de l'iris, paralysie plus durable du côté opposé à la lésion puisque à la date du 12 janvier 1912 « la pupille droite reste plus dilatée que celle du côté opposé et plus lente à se contracter ». Ces faits viennent en confirmation de la thèse de Landouzy et Grasset, qui fait du pli courbe le centre sensorio-moteur des muscles de l'œil.

Quoi qu'il en soit, et en dernière analyse, il faut noter la rétrocession graduelle de tous ces symptômes et leur disparition complète et définitive un an à peine après le traumatisme. Cette guérison, qu'on peut qualifier de parfaite, indique bien une merveilleuse aptitude à la réparation de la substance cérébrale.

Le Gérant, D^r VALLAS.

TABLE DES MATIÈRES

Table alphabétique par noms d'auteurs
des Travaux de la Société de Chirurgie de Lyon
pendant l'année 1913.

ALBERTIN. — Résection ancienne du coude.....	130
DISCUSSION : Gangolphe.....	130
BÉRARD et COTTE. — Résection de la paroi thoracique pour récidive d'un cancer du sein.....	21
DISCUSSION : Vallas, Leriche.....	24
— Sténose intestinale tardive consécutive à l'étranglement herniaire.....	145
DISCUSSION : Goullioud, Patel.....	148
— Sur la nature des troubles digestifs dans les hernies épigas- triques.....	175
BÉRARD et VIGNARD. — Ancienne luxation ovalaire de la hanche gauche avec pénétration dans le pelvis ; ré- duction sanglante, guérison.....	326
BÉRARD. — Traumatisme complexe du poignet, réduction du semi-lunaire luxé au bout de 20 jours.....	54
DISCUSSION : Tavernier.....	56
— Résultats éloignés d'une large résection pour néoformation bulleuse du fémur.....	105
— Greffe d'une portion du péroné gauche dans une perte de substance de 10 centimètres du tibia droit, consécutive à une fracture pathologique avec dystrophie osseuse.....	107
DISCUSSION : Gangolphe, Bérard.....	109

BÉRARD. — Intervention chirurgicale et radiothérapie combinées dans le cancer du sein.....	198
— Néoplasme pénétrant du crâne.....	263
— Sub-occlusion intestinale par diverticule de Meckel adhérent à la paroi; cure d'éventration par résection transversale large d'un lambeau cutanéograsseux.....	265
— Lymphome de la région amygdalienne; ablation par la voie sous-angulo-maxillaire.....	275
DISCUSSION : Molin, Vallas, Gangolphe.....	276
Réduction ou résection d'emblée dans les luxations du semi-lunaire.....	289
— Obstruction du duodénum par ptose et coudure sur les vaisseaux mésentériques; conditions du maintien de la perméabilité de la gastro-jéjunostomie.....	314
BERTEIN. — Tumeur sanguine communicante de la région pariétale droite.....	324
Composition de la Société de Chirurgie en 1913.....	3
COTTE. — Greffes amniotiques chez une scalpée.....	306
DISCUSSION : Bérard, Thévenot, Gangolphe, Cotte, Durand..	307
DELORE. — Gravité opératoire de la gastrectomie.....	218
DISCUSSION : Condamin, Delore, Pollosson.....	222
DESTOT et JAPIOT. — Luxation médio-carpienne en avant pathologique.....	245
DISCUSSION : Goullioud, Destot.....	247
DESTOT. — Fracture malléolaire à fragment antéro-externe, autoplastie.....	38
— Fracture méconnue du corps de l'astragale.....	267
DURAND, NICOLAS et FAVRE. — Lymphogranulomatose généralisée de l'aîne.....	91
DISCUSSION : Delore, Tixier.....	104
DURAND. — Technique de la laryngectomie.....	57
DISCUSSION : Bérard, Delore, Tixier.....	61
— Traitement des néoplasmes du naso-pharynx par la mobilisation du massif maxillo-malaire.....	137
DISCUSSION : Bérard.....	140

DURAND. — Résection partielle du bord inférieur de la mâchoire inférieure sans interruption de l'os.....	224
— Fracture et suture opératoire des deux rotules.....	229
DISCUSSION : Bérard, Nimier, Durand.....	230
— Intervention sanglante dans les fractures.....	320
DISCUSSION : Nové-Josserand.....	324
Elections	274
GANGOLPHE. — Collum flexum et fractures spontanées des adolescents.....	162
— Subluxations congénitales larvées de la hanche chez l'adulte.....	202
DISCUSSION : Gangolphe, Durand.....	211
— Tuberculose articulaire atténuée des deux coudes évoluant par poussées aiguës ; luxation spontanée de la tête du radius gauche.....	214
— Collum flexum des adolescents.....	257
GAYET. — Rétrécissement étendu de l'urèthre, périurétrite scléreuse ; résection de 8 centimètres d'urèthre ; greffe dermo-épidermique après cystostomie de dérivation ; guérison.....	82
DISCUSSION : Nové-Josserand.....	84
— Tuberculoses articulaires successives et multiples. Cinq résections variées chez le même individu, plombage au Mosetig ; guérison.....	149
— Pyonéphrose tuberculeuse ; néphrectomie.....	277
DISCUSSION : Vallas, Gayet.....	280
GOULLIOUD et ARCELIN. — Luxation spontanée du grand os en avant dans une arthropathie du poignet.....	25
DISCUSSION : Destot, Tavernier.....	31
GOULLIOUD. — Hermaphrodisme andro-gynoïde reconnu à l'occasion d'une cure radicale de hernie.....	125
DISCUSSION : Albertin, Gayet.....	129
— Du chorio-épithéliome.....	161
— Volumineux fibromes calcifiés.....	182
DISCUSSION : Goullioud, Pollosson, Bérard.....	183
— Tuberculose utérine.....	196

GOULLIQUOD. — Récidive cranienne d'un cancer du sein, perforation du crâne méconnue à la radiographie.....	242
DISCUSSION : Durand, Bérard..	243
— Récidive cranienne d'un cancer du sein.....	249
DISCUSSION : Bérard, Durand, Destot, Gangolphe.....	250
LAGOUTTE. — Cancer du haut rectum ; opération par la voie combinée abdomino-vaginale avec ablation simultanée de l'utérus	291
DISCUSSION : Lagoutte, Tixier, Durand..	298
— Estomac biloculaire par ulcère calleux pénétrant de la petite tite courbure, résection médio-gastrique.....	298
DISCUSSION : Tixier, Delore, Laroyenne.....	301
LAMBOTTE (d'Anvers). — Sur l'ostéo-synthèse.....	69
DISCUSSION : M. le Président, Vallas, Lambotte, Bérard, Vallas, Villard, Durand, Delore, Gayet....	73
LAROYENNE. — Entorse du poignet, diastasis scapho-lunaire	260
DISCUSSION : Destot, Laroyenne.....	261
LECLERC (de Dijon). — Fracture ancienne du coude, paralysie cubital tardive.....	16
LERICHE. — Sténose inflammatoire du cholédoque, cholécysto-gastrotomie, guérison	14
— Corps étranger du cœur, ablation, guérison.....	45
DISCUSSION : Condamin, Leriche, Pollosson, Tavernier, Durand	49
— Fracture compliquée du calcaneum ; résection immédiate guérison avec excellent résultat fonctionnel.....	52
— Volvulus post-opératoire de l'estomac.....	141
DISCUSSION : Patel, Leriche, Durand	143
— Sur la physiologie de l'iléo-sigmoïdostomie par l'implantation dans la stase cœcale et sur l'antipéristaltisme du gros intestin.....	252
DISCUSSION : Bérard, Leriche, Destot, Patel, Tixier.....	253
— Gastrectomie dans l'estomac biloculaire.....	304
DISCUSSION : Vallas.....	305
— Deux cas de colectomie étendue pour stase fécale (méthode de Lane).....	332
DISCUSSION : Vallas	335

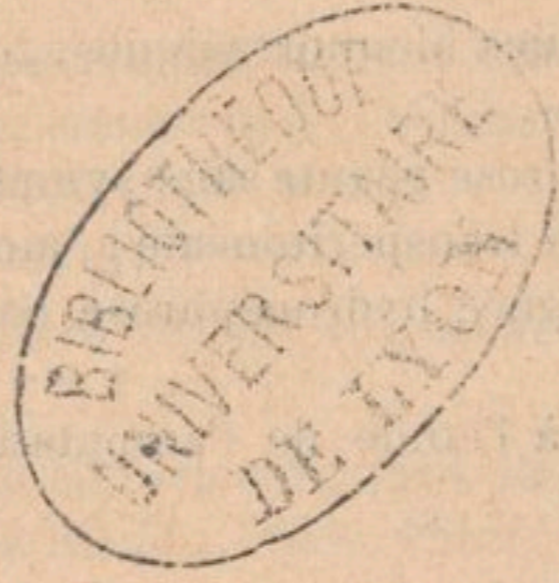
NOVÉ-JOSSERAND. — Anévrysme artérioveineux de la région parotidienne.....	317
— Anévrysme artérioveineux de la région parotidienne.....	319
DISCUSSION : Tavernier.....	320
PATEL et CHALIER. — Cholécystectomie d'arrière en avant	433
PATEL. — Deux observations de myomectomie abdominale ; résultat anatomique et résultat clinique.....	41
DISCUSSION : Pollosson.....	43
— Annexite lombaire d'origine puerpérale.....	165
— Deux cas de cancer du testicule, castration, ablation des ganglions lombaires.....	167
DISCUSSION : Gangolphe, Bérard, Gayet, Patel.....	171
— Péritonite généralisée consécutive à une perforation de l'intestin grêle ; extériorisation de l'anse perforée ; éthérisation du péritoine ; guérison.....	231
DISCUSSION : Bérard, Villard, Patel, Goullioud, Pollosson...	236
— Occlusion intestinale à la suite d'une coudure de l'S iliaque déterminée par un appendice épiploïque, adhérent dans un sac herniaire crural.....	264
POLLOSSON (A). — Fistule vésico-vaginale, colpoclésis.....	66
— Allocution.....	69
— Résection de la veine iliaque au cours d'une hystérectomie pour cancer.....	116
DISCUSSION : Condamin, Pollosson, Vallas.....	118
— Accidents des pessaires.....	120
DISCUSSION : Condamin, Vallas.....	122
— Pièces anatomiques relatives aux chorio-épithéliomes.....	151
— Tuberculose utérine.....	178
DISCUSSION : Goullioud, Bérard, Pollosson, Condamin.....	181
— Allocution.....	273
TAVERNIER et MURARD. — Iléus biliaire.....	328
DISCUSSION : Tavernier, Vallas, Delore, Bérard.....	329
TAVERNIER. — Cancer du côlon transverse, ablation en un temps de la tumeur avec le côlon ascendant et le cæcum.	86

THEVENOT. — Une forme rare de calculose vésicale au cours d'une hypertrophie de la prostate.....	131
DISCUSSION : Tavernier.....	132
— Valeur de la prostatectomie partielle.....	225
DISCUSSION : Bérard, Rochet, Gangolphe.....	227
TIXIER. — Coexistence d'une tumeur kystique de l'ovaire droit et d'un cancer sténosant de l'S iliaque ; extirpation simultanée.....	111
DISCUSSION : Albertin.....	112
— Gros calcul biliaire (31 gr. 40), cholécystectomie sous-séreuse.....	113
— Quelques cas de chirurgie du gros intestin.....	185
DISCUSSION : Goullioud, Gayet, Patel, Tixier..	194
— Déchirure longitudinale de la veine fémorale au cours de l'ablation d'un gros sarcome de la gaine des vaisseaux, suture de la fémorale, guérison sans incident.....	256
VALLAS. — Résection du coude.....	114
DISCUSSION : Villard, Molin, Vallas.....	114
— Allocution.....	273
VIGNARD. — L'héliothérapie artificielle dans le traitement des tuberculoses externes.....	33
DISCUSSION : Nimier, Pollosson, Vignard.....	37
— Evidement et plombage de la hanche pour coxalgie.....	281
DISCUSSION : Bérard, Vignard, Tixier, Nové-Josserand, Durand, Gangolphe.....	284
— Sur quatre cas d'intervention sanglante pour fracture chez des enfants.....	311
DISCUSSION : Durand, Vignard.....	313
VILLARD et TAVERNIER. — Résections articulaires sans drainage ni plombage.....	5
DISCUSSION : Villard, Bérard, Vignard, Durand.....	8
VILLARD. — Résection sans drainage pour une arthropathie tabétique.....	85
DISCUSSION : Bérard, Lambotte.....	86
— Ectopie testiculaire opérée par un procédé dit en X.....	238
DISCUSSION : Bérard.....	241
VIOLET. — Coupes histologiques de chorio-épithéliomes.....	155
DISCUSSION : Delore, Goullioud, Lagoutte, Pollosson.....	159

MÉMOIRES

BERTEIN. — Les ostéopathies blennorragiques.....	9
GAULEJAC. — Hydronéphrose géante sans symptôme, pyonéphrose, néphrectomie transpéritonéale ; mort par occlusion duodénale, suraiguë ; hydronéphrose naine opposée.	2
PLISSON. — Contribution à l'étude de l'amputation tibio-calcanéenne de Ricard.....	16
STÉFANI (de Bastia). — Coup de feu pénétrant du cou-de-pied ; fracture de l'astragale ; arthrite purulente grave, astragalectomie, guérison en un mois.....	33
— Absès de la cloison du nez avec nécrose totale du cartilage au cours du diabète.....	36
— Sur un cas de trépanation tardive par coup de feu, extraction d'un projectile intra-cérébral au 35 ^e jour ; ; lésions étendues du pli courbe avec cécité verbale ; guérison complète au bout d'un an.....	38

MEMOIRES



BERTIN

CARLIER

ELISSON

STEFANI

