

LIBRARY
MUSEUM
1870

137695

137695

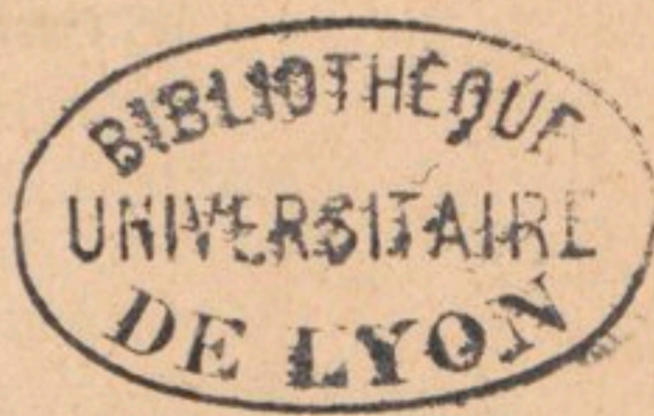
BULLETIN

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DE LYON

ANNÉE 1906. — TOME IX.



LYON
ASSOCIATION TYPOGRAPHIQUE
12, RUE DE LA BARRE

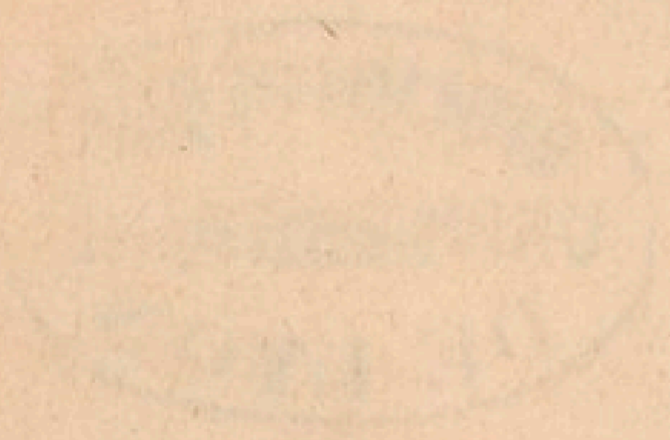
—
1906

BULLETIN

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DE LYON

ANNÉE 1888 - TOME IX



LYON
ASSOCIATION OF SURGEONS

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE LYON

1906

BUREAU

<i>Président.</i>	MM. HORAND.
<i>Vice-Président.</i>	VINCENT.
<i>Secrétaire général.</i>	VALLAS.
<i>Trésorier-Archiviste.</i>	AUBERT.
<i>Secrétaires annuels.</i>	{ GAYET. VIGNARD.

MEMBRES

ALBERTIN.	JABOULAY.
AUBERT.	MARTEL.
AUGAGNEUR.	MARTIN.
BÉRARD.	NOVÉ-JOSSERAND.
CHANDELUX.	POLLOSSON (Auguste).
CLAUDOT.	POLLOSSON (Maurice).
COMMANDEUR.	ROCHET.
CONDAMIN.	ROLLET.
CORDIER.	SABATIER.
DESTOT.	SIRAUD.
DURAND.	TIXIER.
FABRE.	VALLAS.
GANGOLPHE.	VIGNARD.
GAYET.	VILLARD.
GOULLILOUD.	VINCENT.
HORAND.	

MEMBRES CORRESPONDANTS

BATUT.	LAGOUTTE.
CANTAS (d'Athènes).	REY (d'Alger).
CURTILLET.	RIGAL.
DEBRIE.	RUOTTE.
EGOT.	SEVEREANU (de Buckarest).
GÉRAUD.	SOREL (de Dijon).
JACOB.	VIALLE.
KAEPPELIN (du Puy).	GAUDIER (de Lille).

MEMBRES DÉCÉDÉS

BERNE.	OLLIER.
LAROYENNE.	MARCUS.
FOGHIER.	GAYET.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE LYON

1888

MEMBRES

Président

Vice-Président

Secrétaire

Trésorier

MEMBRES

1. M. [Name]

2. M. [Name]

3. M. [Name]

4. M. [Name]

5. M. [Name]

6. M. [Name]

7. M. [Name]

8. M. [Name]

9. M. [Name]

10. M. [Name]

11. M. [Name]

12. M. [Name]

13. M. [Name]

14. M. [Name]

15. M. [Name]

16. M. [Name]

17. M. [Name]

18. M. [Name]

19. M. [Name]

20. M. [Name]

21. M. [Name]

22. M. [Name]

23. M. [Name]

24. M. [Name]

25. M. [Name]

26. M. [Name]

27. M. [Name]

M. [Name]

M. [Name]

M. [Name]

M. [Name]

M. [Name]

M. [Name]

M. [Name]

M. [Name]

M. [Name]

M. [Name]

M. [Name]

M. [Name]

M. [Name]

M. [Name]

M. [Name]

M. [Name]

M. [Name]

M. [Name]

M. [Name]

M. [Name]

M. [Name]

M. [Name]

M. [Name]

M. [Name]

M. [Name]

M. [Name]

M. [Name]

M. [Name]

M. [Name]

M. [Name]

M. [Name]

M. [Name]

BULLETIN
DE LA
SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE
DE LYON

Séance du 11 janvier 1906.

Présidence de M. VINCENT.

MM. VIGNARD et H. GAYET, secrétaires, lisent les procès-verbeaux des deux dernières séances qui sont adoptées sans autre modification que la lecture, par M. Nové-Josserand, d'une lettre du Dr Morel, de Romans, lui donnant des nouvelles d'un enfant opéré et guéri d'hypospadias depuis trois ans.

Actuellement, cet enfant est complètement guéri et son canal admet une sonde n° 14.

Le résultat est donc des plus satisfaisants.

*
* *

TRAITEMENT DES TUMEURS MALIGNES DE LA PAROTIDE ;
RÉSECTION CONDYLO-MARGINALE POSTÉRIEURE DU MAXIL-
LAIRE.

M. BÉRARD. — Dans la plupart des interventions dirigées contre les tumeurs de la parotide on s'est, jusqu'à présent, laissé guider par les conditions particulières de développement du néoplasme, sans se soucier beaucoup de régler le manuel opératoire.

S'il s'agit de tumeurs bénignes ou supposées telles, même quand ce sont des tumeurs mixtes, on se borne d'ordinaire à

réséquer largement dans la glande les portions malades ou suspectes, en cherchant avant tout à ménager le facial et sans se préoccuper des récidives possibles, que les recherches statistiques démontrent pourtant si fréquentes. S'il s'agit de tumeurs malignes, la technique est à peu près la même; on opère sans doute plus largement, puisque le facial est d'ordinaire déjà paralysé ou détruit; mais, sous prétexte que le pronostic du cancer parotidien est des plus sombres, on se donne rarement la peine, comme on le fait cependant aujourd'hui pour la plupart des organes cancéreux, d'aborder la tumeur de loin en enlevant de la périphérie vers le centre les ganglions et les tissus envahis, et en se créant assez de jour pour explorer et évacuer toute la loge parotidienne.

C'est pourtant ce programme dont l'exécution doit s'imposer au chirurgien du moment qu'il se décide intervenir. C'est que nous avons cherché à faire dans le cas suivant :

OBSERVATION.

G... Augustin, sujet italien, âgé de 45 ans, entre à l'hôpital de la Croix-Rousse, le 20 novembre 1905, pour une énorme tumeur récidivée de la parotide droite.

Sans antécédents dignes d'être notés, cet homme avait présenté, à l'âge de 22 ans, pendant qu'il faisait son service militaire en Italie, une petite tumeur dure, d'abord sous-cutanée puis ulcérée, de la région parotidienne droite. Opéré au régiment, il avait pu y terminer son service. La masse extirpée avait le volume d'un œuf.

Pendant seize ans, il se crut guéri, se maria, eut deux enfants bien portants.

Il y a sept ans, sur la cicatrice de la joue droite, reparut une grosseur indurée, qui mit trois ans à atteindre le volume d'une mandarine. En même temps se produisait une parésie faciale progressive. Il y a quatre ans, seconde opération dans le service de M. Rollet, à la Croix-Rousse.

Cette fois, la récidive se produit beaucoup plus rapidement, car au bout de quatre mois elle est déjà perceptible; jusqu'au mois de novembre 1905, la tumeur s'accrut assez pour aboutir à une masse énorme multilobée, suintante et odorante qui contraignit enfin le malade à se faire hospitaliser de nouveau.

A l'entrée dans le service, l'état est le suivant :

Les régions parotidienne, massétérine, mastoïdienne, sous-maxillaire et carotidienne droites sont occupées par une énorme tumeur dure multilobée, à nu à travers les téguments largement ulcérés. Un suintement ichoreux, abondant, d'odeur fade, entretient tout autour de la tumeur un

érythème ulcéré des téguments, qui sont en outre le siège d'un œdème considérable et d'une intense circulation veineuse, avec varicosités en tête de gorgone. Le pavillon de l'oreille est fortement refoulé en haut et en arrière. La face du côté droit est immobilisée par une paralysie complète et ancienne du facial, avec un léger chémosis, larmoiement, déviation des traits, etc. L'œil droit est à peu près immobile, avec du myosis.

Un trismus serré gêne considérablement l'alimentation. Il n'y a, par contre, aucun trouble de la déglutition pharyngo-œsophagienne.

Des ganglions assez nombreux et indurés continuent les prolongements de la tumeur dans les régions sous-maxillaire, carotidienne et même sus-claviculaire droite. Il semble, malgré cette énorme extension du néoplasme, qu'il n'y ait cependant aucune métastase; car le malade a conservé une certaine vigueur, il a plutôt la pâleur des infectés que le teint jaune des cachectiques. L'examen de tous les autres organes est d'ailleurs négatif.

C'est ce qui me décida à tenter au moins une opération de propreté, avec l'intention de supprimer toutes les masses suintantes, de rendre, si possible, quelques mouvements au maxillaire inférieure, et de calmer les douleurs irradiées tout autour de la tumeur. Mon plan était le suivant :

Aborder le néoplasme par en bas, lier la carotide externe pour assurer une hémostase préventive, poursuivre l'ablation de bas en haut, en sacrifiant tout ce qui était envahi dans les parties molles et dans le maxillaire inférieur.

Le malade fut opéré le 8 décembre, avec l'assistance de mon collègue et ami Patel.

Intervention. Incision de la peau, depuis la région temporale en arrière et au-dessus du pavillon de l'oreille, jusqu'au creux sus-claviculaire sur le bord postérieur du sterno-mastoïdien. Ce muscle dégénéré et adhérent à la tumeur, est largement réséqué; on arrive ainsi sur le paquet vasculo-nerveux, qui est dégagé, par l'ablation, d'assez nombreux ganglions. La gaine de la veine jugulaire interne et la veine elle-même sont largement adhérentes au néoplasme; la veine sera donc sacrifiée dans toute son étendue; on la coupe, au-dessus de la clavicule, entre deux ligatures.

La carotide ainsi mise à découvert, présente une anomalie: de la carotide primitive se détache un premier tronc artériel thyro-lingual; à 1 centimètre au-dessus seulement, l'artère se bifurque en ses deux branches. Sur la carotide interne, immédiatement au-dessus de la bifurcation, apparaît une dilatation fusiforme du volume du petit doigt, occupée par un thrombus ancien, déjà crétaqué. Cette artère réclinée, la carotide externe est facilement liée au contact de l'hypoglosse. Une autre ligature temporaire non serrée est mise par mesure de sûreté sur la carotide primitive.

Alors commence l'extirpation, très laborieuse, de la tumeur : dans les régions carotidienne et sous-maxillaire elle s'opère assez facilement. Mais les adhérences au maxillaire inférieur et à l'apophyse mastoïde sont telles qu'il faut se résoudre à morceler la masse et à exciser d'abord tout ce qui émerge de la profondeur.

La portion restante semble cimentée entre les rebords osseux de la loge parotidienne; aussi nous décidons de nous donner du jour et de l'aisance en réséquant *tout le bord postérieur du maxillaire y compris le condyle*. Le masséter et le ptérygoïdien interne, envahis par leur bord postérieur, sont largement excisés. L'os apparaît dénudé et percillé près de l'angle postéro-inférieur. Plus haut, il est simplement adhérent à la tumeur. La résection du bord postérieur est rapidement menée au davier gouge et à la cisaille. Le condyle, libéré au ciseau des attaches du ptérygoïdien externe, est enlevé avec toute la capsule articulaire et le ménisque, ainsi *qu'avec le prolongement pharyngien de la glande* qui lui adhère fortement, tandis que l'aponévrose pharyngée est saine, non envahie.

L'ablation est terminée par une dissection soigneuse de toute la paroi postérieure de la loge parotidienne, sur laquelle la tumeur est plongée, empiétant vers la face externe de l'apophyse mastoïde.

Grâce au jour créé, l'hémostase des pédicules veineux ptérygoïdien et maxillaire interne est facile, de même que celle du bout supérieur de la veine jugulaire interne.

Il reste alors une énorme perte de substance, car les téguments ont été sacrifiés jusqu'au milieu de la joue, dans toute la loge sous-maxillaire et suivant un triangle, dont le sommet affleure la clavicule, tandis que la base s'étend de la symphyse mentonnière à la mastoïde. Le lobe de l'oreille ne tient plus que par un pédicule supérieur de 3 centimètres de large environ. Il ne faut pas songer à faire une autoplastie complète. Par glissement, les téguments sont seulement rapprochés au maximum et suturés au-devant de la carotide, du pneumogastrique et du grand sympathique dénudés; le reste de la vaste brèche est tamponné avec de la gaze.

Les suites immédiates sont simples, bien qu'une hémorragie veineuse ait traversé le pansement le second jour. Le malade examiné à ce moment, sans pansement, accuse un soulagement notable. Les douleurs ont disparu. Le maxillaire inférieur libéré, est capable de mouvements assez étendus et, bien qu'il y ait un retrait en arrière et en dedans d'environ 1/2 centimètre du côté droit, il n'y a pas un écart suffisant entre les dents pour que la mastication soit gênée.

A la fin de la première semaine, l'œdème de la face a déjà diminué, ainsi que le chémosis. C'est peut-être cette raison qui explique le retour des mouvements de l'œil droit. Les deux pupilles sont à peu près égales.

Petit à petit, l'état général se relève; et ainsi que vous pouvez le cons-

tater aujourd'hui, sur le malade que voici, il y a lieu d'être satisfait du résultat au moins immédiat.

Naturellement pour l'avenir, nous faisons encore toute réserve.

C'est donc surtout au point de vue de la technique opératoire que cette communication peut être intéressante.

A son occasion nous avons, en effet, cherché à établir, M. Leriche, prosecteur à la Faculté, et moi, quel était le meilleur moyen de vider complètement la loge parotidienne de son contenu, en faisant, en même temps et en masse, l'ablation des ganglions envahis.

Le détail en sera ultérieurement publié, avec figure à l'appui.

Rappelons tout d'abord que jusqu'à présent, presque tous les opérateurs se sont bornés, en présence d'une tumeur parotidienne, à faire *péniblement* l'évidement de la loge, bien que Faure ait, en 1845, proposé, pour se donner du jour, d'encocher la branche montante et que Morestin, dans le même but, ait conseillé la résection de toute la branche montante.

Avec ces deux procédés, on fait trop peu ou trop : trop peu, si l'on garde le condyle auquel adhère intimement la glande qui pénètre même la capsule temporo-maxillaire, ainsi que Faure l'a fait remarquer lui-même ; et trop, d'autre part, si on enlève toute la branche montante car il est au moins inutile de la sacrifier toute. Il n'est probablement pas indifférent, au point de vue de la statique ultérieure de la mâchoire, de la supprimer complètement

Voici une pièce préparée par M. Leriche, sur laquelle on peut suivre tous les temps de l'intervention telle que nous la proposons :

Premier temps. — L'incision des téguments peut varier suivant qu'on veut la dissimuler ou qu'au contraire il est indifférent de la laisser visible.

Dans le premier cas, on la trace dans le sillon rétro-auriculaire en la descendant plus ou moins bas au-dessous de l'angle, suivant les nécessités locales, et en la recourbant vers la région sus-hyoïdienne, de façon à embrasser l'angle de l'arc du maxillaire. On a sectionné alors franchement le conduit auditif cartilagineux, que l'on rejette en avant avec le lambeau cutané.

Il ne faut avoir aucune crainte sur la vitalité ultérieure du

pavillon, même après ligature de la carotide externe, si l'on est obligé de sacrifier une partie des téguments de la région. Chez notre malade, comme on peut s'en assurer, le pavillon ne tient plus que par un pédicule de 3 centimètres environ, et ce fut très suffisant.

Chez l'homme, et dans la plupart des cas sans doute, où il importera peu de laisser l'incision visible, puisque l'esthétique de la face est déjà compromise par la paralysie faciale. L'incision sera tracée en avant du pavillon que l'on rejettera en arrière. On a ainsi beaucoup de jour. Elle descendra aussi bas qu'il est nécessaire pour permettre une extirpation ganglionnaire complète et la ligature de la carotide.

Deuxième temps. — Découverte du paquet vasculo-nerveux. Ligature de la carotide externe. Dissection des ganglions inférieurs.

Troisième temps. — Évidemment en masse de la loge sous-maxillaire du paquet ganglionnaire, et libération du pôle inférieur de la tumeur, d'avant en arrière et de bas en haut, jusqu'à ce que l'on ait dépassé l'angle de la mâchoire.

Quatrième temps. — On se porte en arrière et la dissection se poursuit au ras de la mastoïde et du conduit auditif externe, où elle doit être très minutieuse à cause des adhérences. On libère la masse d'arrière en avant, jusqu'à ce qu'on ait repéré le facial. Si on veut le conserver maintenant qu'on l'a sous les yeux, il est assez facile de le cliver entre les prolongements de la tumeur, qui est encapsulée d'ordinaire en pareil cas.

La pièce disséquée que vous avez sous les yeux montre d'un côté que l'on peut, en conservant la plupart des branches, diviser la parotide en deux grosses masses, une supérieure, l'autre inférieure, celle-ci attenant au paquet ganglionnaire, l'autre fixée à la capsule temporo-maxillaire et plongeant profondément derrière l'os. En cas de tumeur non adhérente, ce serait plus facile encore. Mais il faut procéder d'arrière en avant.

Si au contraire on est décidé à sacrifier le facial, on le coupe et l'on rejette alors très facilement toute la parotide en avant. Finalement, elle est tout entière libérée au delà du masséter. Il ne reste plus qu'un prolongement qui contourne l'os, et va dans la profondeur, entre les ptérygoïdiens ou vers le paquet stylien.

Cinquième temps.— Pour libérer sûrement cette partie profonde, on passe à ce moment de haut en bas une scie à chaîne par l'échancrure sigmoïde, et résèque longitudinalement une tranche de un centimètre de large environ sur toute la longueur du bord postérieur du maxillaire.

Sur le fragment ainsi obtenu, on coupe alors en deux la masse parotidienne. La plus grande partie est disséquée largement sur le masséter que l'on entame au besoin. On poursuit le décollement du prolongement antérieur de la glande et du canal de Sténon jusqu'au buccinateur. Il ne reste plus qu'à libérer la peau ou à la sectionner, suivant qu'elle est envahie ou non.

La plus grande partie de la tumeur est ainsi enlevée en masse avec les ganglions et la sous-maxillaire.

On revient alors au petit prolongement profond adhérent au volet osseux et à la capsule temporo-maxillaire. On excise celle-ci largement en entaillant de même les attaches du muscle, et en faisant pivoter d'avant en arrière ce fragment, on enlève en bloc l'os, le tissu glandulaire ou cellulaire qui cherche à s'insinuer vers le pharynx à travers l'ouverture postérieure de la capsule parotidienne, ainsi qu'avec tous les tissus suspects jusqu'au contact de l'aponévrose pharyngée. Exceptionnellement, on sera obligé de la dépasser ainsi que le notent la plupart des observations, la tumeur reste d'ordinaire en deçà de la capsule.

Il n'y a plus alors qu'à faire l'hémostase facile des plexus veineux, ptérygoïdiens et maxillaire interne, à suturer des téguments avec drainage au point déclive.

Les vaisseaux et nerfs dentaires n'ont pas été intéressés, pas plus que le glosso-pharyngien protégé par le bouquet stylien.

Non seulement, ce procédé est utilisable pour l'évidement de la loge parotidienne, mais c'est aussi, comme on peut s'en rendre compte sur l'autre côté de cette pièce, un moyen de s'ouvrir une large voie d'accès vers les tumeurs de la paroi latérale du pharynx, et en particulier sur les cancers de l'amygdale avec envahissement de la partie supérieure de la loge.

On peut alors ne faire qu'une résection temporaire condylo-marginale postérieure. Après avoir enlevé en bloc la glande

sous-maxillaire, le ganglion sous-angulaire et la parotide avec les ganglions parotidiens profonds si souvent pris.

Le segment de la mâchoire, mobilisé par la section longitudinale, est alors rejeté en haut et maintenu par un écarteur. On se trouve ainsi sur la paroi latérale du pharynx avec un accès assez large pour la réséquer en s'aidant au besoin d'un doigt placé dans la bouche.

M. GANGOLPHE estime que les tumeurs bénignes, quel que soit leur volume, sont énucléables sans intervention préalable sur les os, et il cite le cas d'une tumeur énorme qu'il a pu enlever totalement sans aucun délabrement osseux.

La question doit être réservée pour les tumeurs malignes. Il n'opère pas les tumeurs malignes qui s'accompagnent de paralysie faciale et surtout de douleurs dans le domaine de l'auriculo-temporal.

Il y a lieu de suivre le malade de M. Bérard pour voir si de si grands délabrements ont vraiment des indications.

M. BÉRARD. — Je reconnais comme M. Gangolphe que pour nombre de tumeurs bénignes de la parotide, l'excision pure et simple est possible, et que pour nombre de tumeurs malignes le pronostic très grave peut sembler déconseiller toute manœuvre opératoire laborieuse dont les résultats resteraient aléatoires.

Cependant, s'il est nécessaire pour fixer les idées de distinguer très nettement deux groupes de tumeurs, les unes bénignes, les autres malignes, en pratique c'est à chaque instant que l'on rencontre des tumeurs mixtes, qui infiltrent profondément les glandes, alors qu'à l'examen extérieur elles semblaient limitées. S'il y avait en apparence une tumeur bénigne, c'était bien celle de notre malade, qui, opérée il y a 23 ans, a mis 16 ans pour atteindre à nouveau le volume d'une orange, et qui après la seconde intervention il y a 4 ans a subi une évolution beaucoup plus rapide avec envahissement des muscles et infection ganglionnaire, comme une tumeur primitivement maligne. L'examen histologique pratiqué par M. Paviot dit en effet que, soit dans les fragments de la glande, soit dans les ganglions, on retrouve partout un épithélioma salivaire des plus nets.

Dans nombre d'observations que nous avons compulsées, l'évolution est la même, mais à plus brève échéance : le premier diagnostic est tumeur mixte ; l'évolution ultérieure fait dire épithélioma.

D'autre part, il est des tumeurs malignes cliniquement d'emblée, avec paralysie précoce du facial, pour lesquels le chirurgien répugne d'intervenir, à cause de la gravité du pronostic et la rapidité probable de la récurrence. Mais sait-on si pour ces néoplasmes l'évidement minutieux de la loge et l'ablation des ganglions seraient voués ainsi sûrement à un

échec ? On ne peut l'affirmer encore ; et comme, d'autre part, l'intervention que nous proposons ne comporte pas de manœuvres particulièrement dangereuses, peut-on refuser au malade le bénéfice du doute et même ne lui aura-t-on pas rendu service si, pour quelques mois, on supprime son angoisse et les douleurs parfois si vives qui irradient tout autour de la tumeur ?

Est-ce qu'on ne fait plus d'hystérectomie pour cancer, quoique plus de la moitié des malades soit en récurrence avant la fin de l'année ?

Et pour le cancer du sein ? ne fait-on pas aujourd'hui d'emblée, même pour des tumeurs limitées, l'ablation en masse, et en commençant par la périphérie, des ganglions et du tissu cellulaire de l'aisselle, des pectoraux et de la glande mammaire ? Pourquoi ne pas chercher pour la parotide à être aussi méthodique et tendre à enlever en une fois, en allant de la périphérie à la tumeur, les ganglions et les tissus suspects et toute la glande malade ?

Sans doute, nous n'avons pas la prétention d'avoir fixé une méthode radicale, tout au plus présentons-nous un procédé opératoire qui nous semble offrir des garanties de précision et de sécurité.

M. GANGOLPHE. — Je crois que les chondro-sarcomes ne justifient pas une extirpation totale. Il ne faut faire celle-ci que lorsque la tumeur n'est pas énucléable, ce que l'on ne voit souvent qu'après le début de l'opération.

Il estime qu'il faut obtenir l'autorisation du malade à cause de la paralysie faciale post-opératoire.

M. BÉRARD est de cet avis, quoique on puisse respecter le facial dans quelques cas.

*
* *

FRACTURE DU COL DU RADIUS CHEZ L'ENFANT.

M. VIGNARD. — Le malade que je présente ici est entré dans mon service de la Charité le 13 novembre dernier. Le médecin qui me l'avait envoyé m'indiquait dans une lettre, qu'appelé auprès de cet enfant quinze jours auparavant, il avait constaté à la suite d'un traumatisme violent une luxation du coude en arrière, qu'il avait réduite et immobilisée. Lors de l'ablation du bandage contentif il avait constaté que la luxation ne s'était pas reproduite, mais le coude était raide, immobile et toujours douloureux. Soupçonnant à juste titre une complication du côté des os, le médecin envoyait l'enfant à la Charité pour qu'on pût le radiographier et faire le nécessaire.

A ce moment, l'avant-bras était en légère flexion perma-

nente sur le bras et en pronation. L'extension complète était impossible, la flexion très diminuée, la pronation fixe et la supination nulle.

La région du coude était tuméfiée, surtout sur le côté externe, et à ce niveau-là, un peu au-dessous de l'épicondyle, en face de la tête radiale, on pouvait percevoir une crépitation nette en faisant faire des mouvements de rotation à l'avant-bras, mouvements qui arrachaient au malade des cris de douleur. Je pensai à une fracture du col du radius, et la radiographie montra en effet que la tête du radius avait été séparée du corps et s'était inclinée en dehors perdant tout contact avec le cubitus.

Cette fracture que Broca et Mouchet ont étudiée chez l'enfant est beaucoup plus rare qu'ils ne semblent le dire et se voit avec une fréquence plus grande chez l'adulte.

Tous les auteurs qui l'ont étudiée sont d'accord pour signaler la difficulté de sa réduction et les conséquences éloignées et fâcheuses qui résultent de la perte des mouvements de pronation et de supination quand cette réduction manque ou est imparfaite. Aussi trouve-t-on dans l'histoire de cette fracture une proportion assez élevée de cas où l'on a pratiqué la résection de la tête radiale.

Devant l'absence de réduction et de la raideur des mouvements, après le traitement rationnel qu'avait suivi le malade, je fus presque tenté de recourir à une intervention de ce genre.

Cependant, je me décidai quand même pour l'immobilisation. Ayant endormi légèrement le malade, je lui fixai l'avant-bras dans un plâtre en extension et en supination forcée.

Au bout de 12 jours l'appareil fut enlevé et l'on perçut encore quelques craquements.

On en refit un nouveau dans la même position. Il fut laissé en place pendant douze jours encore.

Lors de son ablation, la crépitation avait disparu et des massages légers et réguliers, des mouvements progressivement forts et sans aucune violence ont donné lieu au résultat que vous pouvez constater.

Le jeune malade a recouvré actuellement, le 11 janvier, tous ses mouvements, il ne reste aucune raideur, ni aucune douleur.

La radiographie, faite ces jours-ci, montre que la tête radiale est placée de nouveau dans l'axe du corps de l'os. Peut-être la facilité de la réduction est-elle due à ce que la tête n'avait pas changé complètement d'orientation, elle était seulement inclinée en dehors, et son refoulement joint à la supination forcée a pu favoriser une bonne réduction.

Les cas où l'intervention a paru nécessaire sont sans doute ceux dans lesquels le fragment formé par la tête avait complètement changé d'orientation sans espoir de réduction et formant corps étranger.

M. NOVÉ-JOSSERAND insiste sur la rareté de pareilles fractures, et il estime qu'il vaut mieux avoir fait l'immobilisation d'emblée que la résection dont on ne saurait dire au juste ce qu'elle aurait donné, tandis que dans ce cas l'immobilisation a eu un résultat parfait.

Il a toujours été et est resté peu interventionniste, et récemment encore dans un cas de fracture du condyle externe avec retournement de celui-ci, il a eu par l'immobilisation un résultat très satisfaisant.

M. VINCENT. — Je crois avec M. Nové Jossierand que les fractures de la tête du radius sont rares chez les enfants. Les examens radiographiques modifieront peut-être les statistiques anciennes.

J'ai plus souvent observé des fractures olécrâniennes qui sont en majeure partie des disjonctions épiphysaires ; plus fréquents encore sont les fractures et les arrachements de la région épitrochléenne.

Cette question de la fréquence des diverses variétés de fracture du coude sera tranchée définitivement par la radiographie lorsqu'on saura et pourra lire sûrement ses révélations. Jusque-là, je garderai les notions établies par la clinique.

Je suis heureux d'entendre M. Nové-Jossierand déclarer qu'il n'a pas encore observé un cas de fracture du coude exigeant une résection primaire chez les enfants. Je n'ai pas plus que lui trouvé un seul cas, en vingt ans de chirurgie infantile, qui m'ait paru soulever l'indication d'une résection partielle immédiate. Comme il a raison de dire qu'il faut savoir attendre ! La nature médicatrice a des ressources très grandes chez les enfants : les ossifications exubérantes, les saillies anormales se résorbent ou s'usent et il s'opère, à la longue, une restitution fonctionnelle résultant de l'adaptation, de l'accommodation des éléments articulaires.

Donc patience. Mais que convient-il de faire au moment de l'accident ? Règle générale, il faut recourir à l'anesthésie et mettre tout le temps voulu pour opérer une coaptation aussi exacte que possible des fragments et une immobilisation en bonne position.

Je ne féliciterai pas seulement M. Vignard d'avoir résisté à la tentation

d'intervenir en extirpant d'emblée la tête radiale, chez son malade, mais aussi d'avoir adopté la méthode du Prof. Laroyenne.

A cette occasion, je demande la permission d'appeler votre attention sur deux points : 1° le massage, 2° l'attitude à donner au membre.

D'une façon générale je ne crains pas d'affirmer que la méthode de mobilisation et du massage dans le traitement des fractures a fait plus d'infirmes que l'immobilisation traditionnelle.

On a dépassé la mesure. Sous prétexte de favoriser la résorption du sang épanché et de l'œdème, on détermine de l'irritation juxta, puis intra-articulaire, on excite les proliférations ostéogéniques dans le périoste, les éléments fibreux et ligamenteux de l'articulation et même dans les muscles voisins. On fait souder dans des positions irrégulières les fragments qu'on remue et déplace sans cesse ou à des intervalles très rapprochés ; bref, on provoque les cals vicieux et l'ankylose pour lesquels la résection peut devenir ultérieurement nécessaire.

Je renvoie à la belle monographie sur l'ankylose du coude, publiée par M. Nové-Josserand en 1893 dans la *Revue de chirurgie*. Mon avis est donc que l'on doit apporter de judicieux tempéraments à la méthode empirique rajeunie par M. Lucas-Championnière. Elle préconise les pratiques empruntées au reboutage, surtout pour les fractures voisines des jointures. C'est précisément pour celles-là que je les estime dangereuses.

Nos maîtres nous avaient enseigné que d'elles procédaient des tumeurs blanches ou des ankyloses. Pour ma part, j'ai constaté qu'ils avaient dit vrai ; beaucoup d'autres aussi. Pourquoi changer et adopter ce que l'expérience avait condamné ?

Le second point également important du traitement des fractures du coude est l'attitude à donner au membre. M. Vignard a mis son blessé en supination et en extension, et il a obtenu un bon résultat. Ce retour aux traditions du service me fait grand plaisir, non point plaisir d'inventeur, mais de simple continuateur d'une bonne méthode. On m'en a quelquefois attribué la paternité ; je tiens à redire que je n'y ai aucun droit naturel et que je puis tout au plus prétendre à l'adoption de conviction et de fait.

L'expérience m'a montré qu'elle est digne d'être recommandée. J'engage bien ceux qui ne sont pas convaincus de ses avantages à répéter les expériences d'amphithéâtre qui corroborent les résultats cliniques. Qu'ils relisent la thèse du docteur Berthomier, inspirée par le professeur Laroyenne. L'expérimentation cadavérique montre que tout naturellement les fragments reprennent leurs rapports normaux sous une simple traction axiale, lorsqu'on met le coude en extension et l'avant-bras en supination.

Sur le vivant les choses doivent se passer de même pendant le sommeil anesthésique. Il est alors facile de maintenir la réduction en immo-

bilisant à l'aide d'une attelle plâtrée ou d'un bandage ouato-silicaté. Le plâtre permet d'exercer des pressions plus localisées sur des fragments déplacés ou en saillie ; le bandage ouaté favorise davantage la résorption des épanchements grâce à une compression douce, élastique et soutenue. On peut donc choisir entre le plâtre et le silicate, suivant les cas, et même les employer successivement dans le même cas ; débiter par un silicate si l'épanchement est considérable, puis continuer par un plâtre lorsque la résection étant faite, il est nécessaire de procéder à une coaptation plus exacte des fragments.

M. Nové JOSSERAND se range aux conclusions de M. Vincent en ce qui concerne le massage.

M. Vincent est un chaud défenseur de l'extension et de la supination. M. Nové-Josserand ne trouve pas qu'elle soit très supérieure à la flexion et la demi-pronation. Il estime que quelle que soit la méthode on ne réduit pas dans certains cas. Mais il arrive que les cals vicieux se régularisent et ne sont pas toujours d'un aussi mauvais pronostic qu'on pourrait le croire.

Séance du 18 janvier 1905.

Présidence de M. VINCENT.

M. VIGNARD, secrétaire, lit le procès-verbal de la séance précédente.
A propos du procès verbal :

FRACTURES DU COUDE

M. BÉRARD. — Dans mon séjour à la Charité, j'avais cherché à contrôler ce que pouvait donner parallèlement l'extension et la supination d'une part, la flexion et la demi-promotion d'autre part dans les fractures du coude.

Ces vérifications ont été faites par le radiographe et souvent elles ont montré surtout dans les fractures supra-condyliennes que la réduction était loin de se faire toujours par la méthode d'extension et de supination.

M. VINCENT remercie M. Bérard de lui faire connaître que des examens radiographiques ont déjà été entrepris pour s'assurer de la coaptation soit en flexion, soit en extension. Si ces examens ont été faits dans les conditions voulues, c'est-à-dire après une réduction faite immédiatement après l'accident, il n'a qu'à exprimer le vœu que de tels contrôles soient répétés par d'autres et dans les cas les plus variés, afin de pouvoir arriver à des conditions définitives. Il défend la méthode Laroyenne-Berthomier. La sienne est une combinaison de l'extension et de la flexion à des intervalles de 10 à 15 jours (thèse Guedeney). Il regrette de n'avoir pas lu la thèse de Muller, dont vient de parler M. Bérard.

M. Vincent demande à M. Bérard si, dans son procédé d'extirpation des tumeurs de la parotide, la résection définitive d'une portion du maxillaire est un temps essentiel, et si l'on ne pourrait pas se contenter d'une résection ou section temporaire de la branche montante, d'écarter le segment osseux mobiliser pour nettoyer les prolongements de la tumeur, puis de le remettre *in situ*, ainsi que le faisait Ollier pour le maxillaire supérieur dans certains cas.

M. BÉRARD. — Des recherches anatomiques et histologiques m'ont montré la réalité de prolongements glandulaires entre la branche du maxillaire et le ptérygoïdien interne. On peut donc conclure que l'ablation complète anatomique, pour ainsi dire, de la glande nécessite l'attaque partielle du maxillaire.

*
* *

ULCUS RODENS TRAITÉ PAR GREFFE CUTANÉE

M. ROCHET. — J'ai l'honneur de vous communiquer l'observation suivante, intéressante à plus d'un titre :

Femme âgée de 46 ans. Il y a treize ans, une petite tumeur du volume d'une toute petite noisette se développa sur la racine de son nez du côté gauche principalement. Le chirurgien qui le vit à ce moment, mon collègue Gangolphe, lui conseilla l'ablation de cette petite masse qui fut faite à l'instrument tranchant ; La malade resta guérie sept ans. A ce moment., la tumeur récidiva sous forme d'une petite ulcération que la malade ne voulut pas se faire opérer à nouveau et qui fut traitée par les moyens empiriques les plus variés jusqu'à ces derniers mois, sans aucun résultat d'ailleurs, car la tumeur ne fit que s'étendre : et au mois d'août 1905, la racine du nez, l'angle interne de l'œil gauche et une partie du sourcil correspondant étaient envahis quand nous vîmes pour la première fois la malade, par pure ulcération présentant tous les caractères de ce qu'on appelle l'ulcus rodens, c'est-à-dire avec un aspect atone, des signes de désintégration moléculaire lente des tissus envahis sans aucune espèce de tendance à la réparation et avec, au contraire, un envahissement toujours progressif en largeur et en profondeur, sans que cependant il y ait sur les bords ou dans le fond des bourgeons, des saillies de l'épithélium ordinaire. Les bords étaient amincis, lisses. Cependant, à une certaine distance de l'ulcération, sur le sommet du dos du nez lui-même, on remarquait deux ou trois petits nodules gros comme des gros grains de mil non ulcérés. Aucun ganglion dans les régions sous-maxillaires ou préauriculaires.

Nous tentâmes de tous les traitements externes, et plusieurs séances de radiothérapie faites par un médecin compétent et consciencieux restèrent infructueuses. Devant la triste situation de la malade qui réclamait absolument quelque chose qui pût améliorer ce mal désespérément envahissant et défigurant,

nous eûmes l'idée de lui tenter des greffes cutanées sur la surface de l'ulcus avivé.

Après anesthésie faite au mois d'octobre dernier, nous détachâmes sur la peau de la partie interne de la cuisse trois petits lambeaux de peau de 1 centimètre $1/2$ carré environ et comprenant *toute l'épaisseur* de la peau sous laquelle nous enlevâmes simplement aux ciseaux courbes les pelotons adipeux restés adhérents (greffe cutanée totale en épaisseur, différant par conséquent de la greffe partielle dermo-épidermique). Ces petits lambeaux furent appliqués sur la surface de l'ulcus légèrement avivé, et du reste le squelette était presque à nu par dessous en plusieurs points et séparé de l'extérieur par une très mince couche granuleuse. Nous avons enlevé aussi à la curette en même temps les deux ou trois petits lobules cutanés périphériques.

A notre grande surprise, au bout de cinq jours, nous constatâmes que la greffe était parfaitement réussie et, plus tard le résultat se confirma, sans aucune nécrose des lambeaux greffés, si ce n'est un peu d'exfoliation épidermique superficielle qui se fait toujours en pareil cas.

Actuellement, c'est-à-dire près de trois mois après l'opération, vous pouvez constater que le résultat est parfait et que la peau greffée ne fait même pas de saillies disgracieuses et se continue sans bourrelet, sans modifications de couleurs presque avec la peau avoisinante. Elle est seulement plaquée et immobile sur le squelette sous-jacent.

Ce résultat nous paraît très remarquable, non seulement en lui-même, mais au point de vue d'une question de doctrine qu'il soulève.

L'analyse histologique, soit des parties grattées, soit surtout des petits lobules périphériques à l'ulcère, montra en effet qu'il s'agissait d'un épithélioma tubulé de la peau du genre des adénomes sudoripares que M. Verneuil avait longuement étudiés autrefois. Voilà donc une greffe cutanée d'emblée et assez durable sur une ulcération épithéliale *simplement avivée*, mais non traitée par l'exérèse complète. Je crois que les faits de ce genre sont à l'état rarissime. On en a signalé cependant et ils sont des plus consolants, puisqu'on se trouvait absolument désarmés avant cette ressource contre des ulcérations lentement mais fatalement progressives.

Je ne veux pas dire que plus tard l'épithéliome ne finira pas par manger la greffe cutanée, mais en attendant la guérison de l'ulcération est faite, le travail corrosif de l'ulcère dans la profondeur est arrêté, et, puisque la peau prend sur ces ulcérations, donnons-leur de la peau à manger ; pendant ce temps, leurs désordres profonds seront arrêtés.

M. GANGOLPHE. — Je félicite d'abord M. Rochet de ce résultat qui est parfait, surtout étant données les conditions dans lesquelles la greffe a été faite.

J'ai opéré il y a 13 ou 14 ans environ un cas un peu analogue. Il s'agissait d'un cas d'épithélioma de l'angle interne de l'œil, sur lequel j'avais fait une greffe empruntée à la face interne du bras. Le résultat fut bon, grâce à une intervention préliminaire très large et un avivement très profond.

Je n'ai pu constater sur la malade de M. Rochet si la greffe était sensible. Mais cette sensibilité met souvent longtemps à revenir.

M. BÉRARD. — Ces résultats sont très encourageants, d'autant plus que l'on avait fondé peut être de trop grandes espérances sur le traitement de ces tumeurs par la radiothérapie. J'ai eu à la Charité et à la Croix Rousse des malades atteints d'épithélioma rongeur de la face. Toutes les fois que l'on faisait d'une façon suivie la radiothérapie, l'affection subissait un arrêt net, et dans un des cas même, la cicatrisation fut complète. Mais lorsque le traitement cessait, on voyait le processus reprendre et dans le cas qui avait été guéri, la peau de nouveau s'est ulcérée au bout de quelques mois.

J'ai eu les mêmes succès chez un malade qui avait été également soigné à l'Hôtel-Dieu par M. Tixier, par des séances de radiothérapie. Celles-ci sont toujours restées vaines. Il est probable que ces lésions décrites sous le nom générique d'ulcus rodens ne sont pas toutes semblables et pas toutes justifiables de la radiothérapie.

M. DURAND trouve que l'originalité de la pratique de M. Rochet réside dans sa technique qui a consisté non à faire de la greffe dermo-épidermique, mais une greffe totale. A-t-il été dirigé dans ce choix par une expérience antérieure ?

M. ROCHET. — Pas plus que M. Gangolphe, je ne suis fixé sur la véritable nature de ces ulcus rodens. On ne connaît d'eux que leur lenteur d'évolution et leur aspect un peu particulier, sans pouvoir se prononcer sur leur essence pathologique.

J'ai souvent fait des greffes totales en emportant la couche sous-cutanée, mais en ayant soin de la dénuder aux ciseaux courbes des pelotons adipeux qui la doublent et que je résèque. J'ai eu toujours de bons

résultats, les mêmes que ceux que l'on a avec les greffes dermo-épidermiques, mais avec plus d'épaisseur.

Je n'emploie jamais de lambeaux plus larges que 1 cent. 1/2 ou 2 cent., je les plonge dans l'eau très chaude et je les fixe sous le pansement avec beaucoup de soin.

*
* *

OBSERVATIONS DE RADIOTHÉRAPIE ET D'AUTOPLASTIE SUR DES TERRITOIRES CANCÉREUX ; ACTION NOCIVE DES RAYONS X ; SUCCÈS DES AUTOPLASTIES, LIMITATION DES PROCESSUS ULCÉRATIF ; LONGUE DURÉE DE NON-RÉCIDIVE ET D'INTÉGRITÉ DE LA PEAU TRANSPLANTÉE.

M. VINCENT. — Je citerai deux cas à propos de l'intéressante communication de M. Rochet et des réflexions de M. Bérard. Je suis assidûment les publications sur les résultats de la radiothérapie dans les cancers de la face. Ils sont moins mauvais que pour les cancers des lèvres ; mais je crois qu'au résumé les faits n'ont pas non plus répondu aux espérances. Les quelques guérisons citées comme durables ne sont probablement pas des guérisons de cancers épithéliaux, mais des guérisons du lupus.

I. Voici un cas personnel : Il s'agissait d'un épithélioma de la face siégeant, d'une part, sur l'angle interne de l'œil droit et, d'autre part, sur la tempe gauche. J'enlevai au bistouri l'épithélioma noso-palpébral et reconstituai l'angle palpébral au moyen d'une greffe par glissement. La greffe autoplastique donna un résultat immédiat et définitif : car il n'y eut pas la moindre apparence de récurrence pendant les 2 ou 3 années que survécut la religieuse (sœur de Sainte-Marthe M. F.). Sur cette même opérée, j'enlevai, au moyen de la curette et du fer rouge, les végétations épithéliales qui occupaient toute la région temporelle gauche. Durant quelque temps, la plaie parut être radicalement cicatrisée ; mais il se fit ensuite une reproduction du tissu néoplasique malin. A en croire les affirmations des spécialistes, les rayons X sont particulièrement curateurs lorsqu'ils actionnent une production cancéreuse non recouverte de téguments épais, un noyau de récurrence après une ablation chirurgicale antérieure. Je conseillai donc de recourir à la radiothérapie. Tout d'abord, la radiothérapie fit merveille ; mais le succès fut passager. Une nouvelle récurrence se reproduisit. On

recommença les séances de radiothérapie. Localement l'action fut à peu près nulle ; la prolifération maligne ne fut que modérément réfrénée et, loin d'apaiser les douleurs comme au début, les rayons X ne firent que les exacerber. Effet plus grave, les ganglions cervicaux subirent une sorte d'envahissement aigu manifeste après chaque séance. On dut renoncer à la radiothérapie. Bientôt les ganglions de généralisation cancéreuse atteignirent un volume énorme, puis ils s'ulcérèrent et finalement la malade succomba à la cachexie et aux hémorragies répétées dont ces ulcérations sont le fatal point de départ.

II. Le second malade, que me rappelle la communication de M. Rochet, m'a donné l'occasion d'expérimenter très heureusement la greffe autoplastique sur un vaste territoire cancéreux. Il s'agissait d'un chanoine de Grenoble, vieillard de 72 à 73 ans, qui portait un cautère depuis plus de 40 ans au bras gauche. Les bourgeons charnus de cet exutoire s'étaient peu à peu transformés en tissu calleux, végétant, épithélial et la dégénérescence avait envahi progressivement toute la partie antérieure et externe du bras. Le bras n'était recouvert de peau saine qu'en dedans. Ce grand ulcère épuisait le malade par la suppuration et surtout par les hémorragies en nappe très fréquentes auxquelles il donnait lieu. En présence d'un épithélioma aussi étendu, la première pensée que j'eus fut de proposer l'amputation. L'idée fut écartée péremptoirement. Que faire d'utile ? Ayant lu, quelque part, qu'on avait fait la motion de greffer de la peau saine sur une surface cancéreuse de la région mammaire, je réfléchis sur la possibilité de la mise en œuvre de ce moyen. Il fallait bien curetter, brûler au fer rouge les bourgeons saignants jusqu'aux tissus en apparence sains sous-jacents ; retrancher au bistouri tous les abords cutanés déjà envahis. Mais après que se passerait-il ? Les bords cutanés n'arriveraient pas à se rapprocher pour recouvrir la vaste perte de substance ; l'ulcère se produirait. Je me résolus après avoir enlevé au moyen de la curette, du fer rouge et du bistouri tout ce qui paraissait malade, à recouvrir tout ce vaste champ dénudé et cruenté au moyen d'un emprunt de revêtement cutané suffisant fait à la région de l'épaule et du dos ; en procédant comme dans l'autoplastie par la méthode indienne pour la rhinoplastie. Le succès de cette greffe autoplastique fut immédiat et complet. J'avoue que je n'y avais pas compté.

Plusieurs problèmes de physiologie pathologique étaient en jeu. Il y avait à se demander ce que deviendrait cette peau amenée de loin et collée sur un territoire épithéliomateux. L'exérèse opératoire ne peut prétendre à une éradication absolue des germes cancéreux. On devait donc se demander si la peau transplantée serait bientôt envahie à son tour, ou si elle contribuerait, non seulement à faciliter les fonctions du bras, à éviter les étranglements cicatriciels des vaisseaux, mais si elle servirait encore à retarder la récurrence et même à l'empêcher. Chimère, pensera-t-on et c'est mon avis ; mais qui n'en a pas dans l'esprit quelques instants pour ses malades ! J'ai pu suivre cet opéré, pendant plus de dix ans, jusqu'à sa mort, déterminée par une maladie qui n'avait rien à voir avec l'épithélioma. A aucun moment la peau transplantée n'a présenté la moindre altération. C'est dire qu'il n'y a pas eu de récurrence pendant plus de dix ans. Est-ce à dire que l'absence de récurrence doit être attribuée à la transplantation d'une peau saine sur ce territoire d'épithélioma ou d'ulcère grandement suspect ? Est-on en droit de penser que la peau du dos plus saine que la peau voisine de l'épithélioma avait plus de résistance à l'envahissement, et que même elle a pu achever l'œuvre de destruction des éléments cellulaires malades, qui ont certainement échappé à la curette et au thermocautère ? Cette action a-t-elle un simple caractère inhibitoire ou bien relève-t-elle d'un processus de phagocytose ? Je ne sais. Je livre le fait tel qu'il s'est passé. Les interprétations sont libres. Il demeure acquis, en tout cas, même si l'on met en doute la nature maligne de l'ulcère, en supposant une erreur micrographique, il demeure acquis, dis-je, qu'il est possible d'éviter une amputation pour ces cas de vastes destructions du tégument d'un membre envahi par un ulcère cliniquement épithéliomateux, qu'il est possible de tarir cette source cachectisante de suppuration et d'hémorragies, en recouvrant de très vastes pertes de substance cutanée, au moyen d'une autoplastie à très grands lambeaux mesurant jusqu'à 12 à 15 centimètres de large sur 25 à 30 centimètres de longueur, comme dans le cas que je viens d'avoir l'honneur de vous rapporter.

M. GANGOLPHE. — Dans ces cas d'ulcération qualifiés d'épithélioma à marche lente, j'ai eu aussi des améliorations partielles.

J'ai eu dans mon service un malade porteur d'une ulcération profonde

de la joue gauche, au fond de laquelle on voyait les deux maxillaires. Il n'y avait pas de ganglions.

Je lui fis une intervention très considérable, j'enlevai l'ulcération et lui fis des greffes très larges qui n'aboutirent pas.

Il mourut 2 ans après cachectique.

J'ai eu un autre malade opéré 18 ans avant par M. Chandelux, pour une petite tumeur du nez. Il portait une ulcération qui avait détruit le nez, la voûte palatine, l'orbite. Il est mort aussi de cachexie.

Enfin, j'ai vu une troisième malade atteinte d'une ulcération de l'angle externe de l'œil gauche apparue à l'âge de 13 ans. Cette ulcération guérissait, puis disparaissait. Ce n'était pas de la tuberculose.

La radiothérapie lui procura seulement une guérison passagère.

M. VINCENT estime que lorsqu'il s'agit d'épithélioma véritable, la radiothérapie ne fait qu'exciter le processus. Il est préférable de faire d'emblée une extirpation large et de recouvrir par greffes ou glissement de lambeaux.

*
* *

RÉTRÉCISSEMENT TUBERCULEUX DE L'INTESTIN GRÈLE ET TUBERCULOSE LOCALISÉE DE LA VALVULE ILÉO-CÆ- CALE.

M. LERICHE, interne, présente une pièce opératoire provenant du service de M. Poncet. C'est une sténose très serrée de l'intestin grêle avec énorme dilatation du segment sus-jacent. L'intervention et l'observation présentent quelques particularités qui méritent d'être citées.

Il s'agissait d'une jeune femme de 25 ans, ne présentant dans ses antécédents *pas trace de tuberculose*.

En pleine santé, il y a bientôt deux ans, elle fut prise de douleurs assez violentes dans l'étage sous-ombilical droit, avec vomissements alimentaires, météorisme léger, mais sans arrêt des matières ni des gaz. Après quelques jours de repos, l'orage se calma.

Au bout d'un mois, nouvelle crise identique à la première, à partir de laquelle, continuellement, elle fut arrêtée par des crises identiques : chacune se composant de plusieurs coliques douloureuses d'une ou deux minutes.

Six mois plus tard, en septembre 1904, petit à petit les crises s'espacèrent et disparurent définitivement.

La malade se crut si bien guérie qu'elle se maria. En novembre, un mois après son mariage, réapparition des coliques qui, depuis, n'ont pas cessé.

Elles se montrent sans motif apparent, à toute heure de la journée, et ne sont pas influencées par l'alimentation. Chacune s'annonce par une crise de péristaltisme avec météorisme localisé, suivie immédiatement de douleurs et de gargouillement.

Un petit boudin allongé paraît alors, allant de la ligne médiane sous-ombilicale vers la fosse iliaque droite, puis s'efface, ainsi que la voussure abdominale. Après, il n'y a ni émission fécale, gazeuse ou urinaire.

De temps en temps, tous les huit ou quinze jours, une colique plus intense, plus douloureuse que les autres se termine par des vomissements alimentaires.

Pareille scène se répète plusieurs fois de suite ; l'ensemble constitue une crise ; il y a deux ou trois crises par 24 heures.

En octobre 1905, la malade amaigri de 3 ou 4 kilogs, sans fièvre d'ailleurs, et dans un bon état général, vint trouver M. Bouveret qui constate du péristaltisme, *du clapotage cæcal*, pense à une occlusion portant sur le côlon ascendant ou l'angle droit, conseille une intervention, et prescrivit un régime d'attente qui espaça les crises et supprima définitivement les vomissements.

Le 13 février, la malade, adressée à M. Poncet par M. Bouveret, entre à la clinique.

Elle est apyrétique ; l'état général est encore bon. On ne constate absolument rien en dehors de ce que montre l'exploration abdominale, et c'est peu. Dans la fosse iliaque droite, on trouve à différentes reprises une petite masse transversale, allongée contre le psoas, uniforme, souple, légèrement douloureuse. Il n'y a pas de clapotage cæcal, au moment du premier examen ; mais le lendemain, le boudin ayant disparu, on en

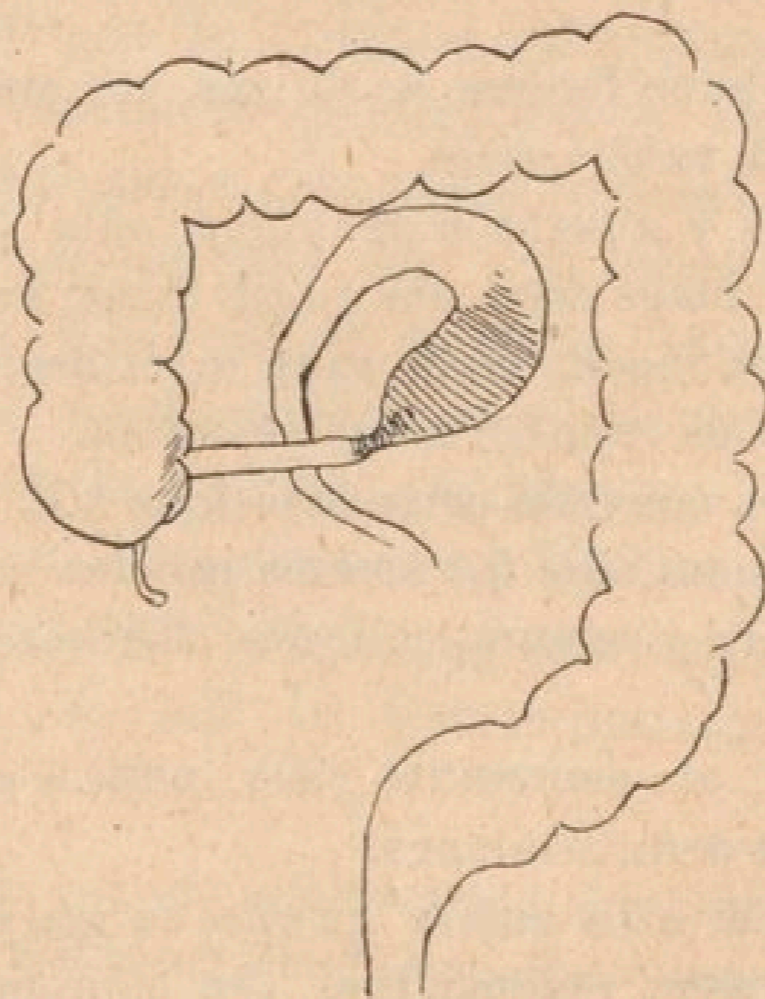


FIG. 1. — *État des lésions. Les segments teintés sont les parties malades.*

trouve. Mise en observation, la malade a eu deux ou trois crises, mais on ne peut en saisir aucune sur le fait.

Le 17 février, une laparotomie latérale, pratiquée par M. Delore, montra le cæcum et l'appendice libres d'adhérences, mais la valvule iléo-cæcale blindée par une plaque indurée que l'on considéra comme de la tuberculose localisée. L'intestin grêle à ce niveau n'étant pas dilaté, on se contente de faire une exclusion unilatérale, en abouchant termino-latéralement, à la suture, l'iléon dans le transverse.

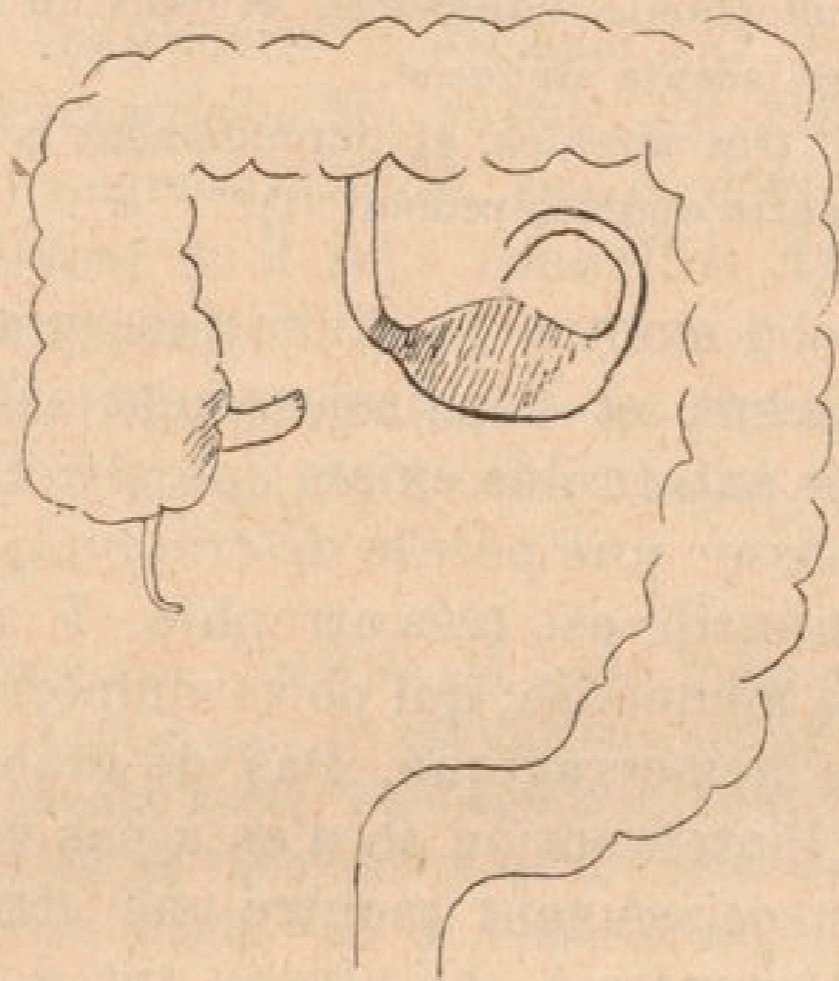


FIG. 2. — *Exclusion unilatérale par implantation termino-latérale.*

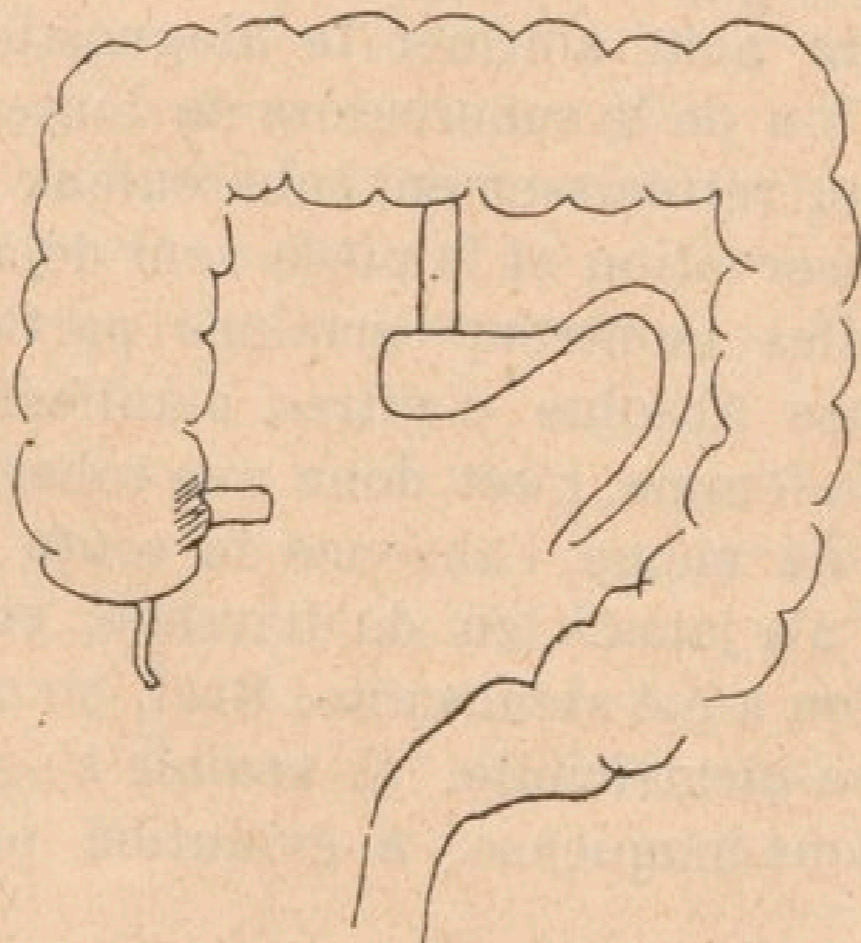


FIG. 3. — *État définitif de l'intestin après résection de l'intestin grêle et abouchement termino-latéral.*

Au moment de refermer le ventre, on aperçut à faible distance du segment implanté dans le côlon, une anse blâfarde, blanchâtre, très dilatée. On l'amena au dehors. Elle portait à 15 ou 20 centimètres de l'abouchement colique, une sténose très serrée, avec dilatation énorme du segment sus-jacent et atrophié en aval. Une résection s'imposait. Elle fut faite. A cause des différences considérables de calibre des deux segments (le bout supérieur avait les dimensions de l'antra pylorique à peu près), on ne pouvait songer à un abouchement termino-terminal. Aussi M. Delore fit-il une anastomose termino-laterale et on referma le ventre.

Bref, l'intervention avait comporté, dans un premier temps, une exclusion cæcale par *iléo-colostomie transverse*, et dans un second une résection avec de l'anse sus-jacente sténosée.

Les suites ont été très simples, et actuellement la malade peut être considérée comme guérie opératoirement (1).

La pièce que voici montre la dilatation, vraiment énorme, du segment sus-jacent, et l'épaississement inflammatoire des parois; à l'une des extrémités existe une *stricture très serrée, laissant à peine passer une pointe de crayon*.

Au-dessous, l'intestin est très atrophié. Il n'y a pas trace d'ulcération, sur la muqueuse, qui porte simplement en certains points un piqueté hémorragique. Pas de granulations sur la séreuse. Pendant l'intervention on n'en a pas vu davantage.

La coupe du rétrécissement montre une structure fibroïde, et la pression fait sourdre à son niveau une gouttelette infime de pus, véritable abcès folliculaire en miniature.

L'examen histologique sera pratiqué. Toutefois, il ne semble pas nécessaire pour affirmer le diagnostic. Avec ce que l'on sait aujourd'hui de la tuberculose de l'intestin, il ne peut s'agir ici que d'un rétrécissement tuberculeux du grêle.

A ce titre, l'observation et la pièce sont déjà intéressantes; mais de plus elles montrent certaines particularités: tout d'abord, l'absence absolue d'autres manifestations tuberculeuses, chez cette femme, c'est donc une tuberculose cliniquement primitive; de même, l'absence de toute trace d'entérite antérieure; elle n'a jamais eu de diarrhée, et on dirait que, d'emblée, sa lésion a été sténosante. Bref, on ne saurait parler ici de tuberculose cicatricielle. Il semble s'agir d'une lésion exclusivement sous-muqueuse, à évolution primitivement fi-

(1) Elle a quitté le service le 3 mars, mangeant de tout et ne souffrant plus.

breuse, à moins qu'il ne s'agisse d'une *tuberculose purement inflammatoire*.

L'examen microscopique fixera sur ce point.

En tout cas, la pièce, actuellement, ne porte aucune ulcération. Il est par suite difficile de dire si l'induration localisée du cæcum relève d'une inoculation secondaire, descendante, ou ou si elle représente un second foyer contemporain du premier.

Cliniquement, enfin, un détail mérite d'être rappelé. M. Bouveret avait très nettement constaté chez sa malade du clapotage cæcal. Le diagnostic d'obstacle sur le côlon ascendant ou transverse s'imposait. En réalité, le clapotage devait se produire dans le segment dilaté, sus-jacent à la sténose. C'est à une cause d'erreur qu'il faut connaître dans le diagnostic, du siège de l'occlusion.

Pour toutes ces raisons, et à cause de l'intervention complexe pratiquée ici, M. Poncet a cru intéressant de vous faire présenter cette pièce.

M. BÉRARD insiste sur l'intérêt de cette pièce avec sa sténose non ulcérée, si étroite. D'autre part, il est curieux de voir un tel rétrécissement sans passé d'aucune sorte. Le diagnostic, toutefois, n'est pas douteux, et c'est sûrement de tuberculose qu'il s'agit. Seule, elle donne des rétrécissements pareils à celui que M. Leriche nous a montré.

Séance du 25 janvier 1905.

Présidence de M. VINCENT.

M. VIGNARD, secrétaire, lit le procès-verbal de la séance précédente qui est adopté sans rectification.

*
* *

DU RÉTABLISSEMENT DE LA TRACHÉE RAMOLLIE AU COURS
DES INTERVENTIONS POUR GOITRE.

M. BÉRARD. — Indépendamment des causes d'asphyxie qui peuvent se produire au cours des interventions pour goitre par irritations ou lésions des récurrents par sécrétion trachéo-bronchique excessive et par congestion veineuse aiguë en dehors de syncope cardiaque, la mort sur la table d'opération est à redouter, surtout du fait de l'affaissement de la trachée déformée, ramollie et écrasée.

Ces lésions, bien connues aujourd'hui, depuis les travaux de Roux, de Bonnet, de Poncet, de Wölfler, etc., ont trop souvent nécessité la trachéotomie pour conjurer les accidents menaçants pendant l'intervention, soit avant, soit après l'excision des lobes goitreux.

Le pronostic de cette trachéotomie est très grave, elle se complique de broncho-pneumonie mortelle environ dans un tiers des cas, ce qui s'explique facilement par le mauvais état antérieur de la circulation pulmonaire chez ces goitreux. Aussi, après avoir fait les trachéotomies préventives dans toutes les opérations de goitre, avec dyspnée constatée avant l'intervention, on n'ouvrit plus tard la trachée qu'en dernier ressort et la main forcée.

Pour pallier aux accidents asphyxiques, on eut alors recours à diverses manœuvres, telles que la section large des téguments

et des parties molles au devant des lobes goitreux, de façon à les libérer, la luxation temporaire ou définitive des lobes au dehors (exothyropexie). Quand l'asphyxie survenait après ablation du goitre, la trachéotomie semblait plus difficilement évitable pour rétablir le calibre de la trachée. Cependant Moos, dès 1882, Kocher en 1883, Jaboulay, dans un cas en 1891, avaient tenté et réalisé le relèvement des parois trachéales en fixant les zones affaissées aux plans fixes du voisinage, mais avaient aussi suturé les faces de la trachée molle aux muscles sous-hyoïdiens. Kocher, puis Jaboulay, utilisant la bande résistante qui subsistait au niveau de la trachée déformée en lame de sabre, avait noué sur cette bande deux fils passés dans les parois affaissées du conduit aérien et avaient ainsi relevé ses parois. Ces manœuvres sont d'autant plus légitimes que les lésions de la trachée ramollie se rétablissent assez vite. Le succès avait été complet du reste dans les trois observations que nous venons de mentionner.

Depuis deux mois, j'ai eu deux fois l'occasion d'intervenir pour de volumineux goitres suffocants, chez des sujets encore jeunes qui eurent, l'un et l'autre, de l'asphyxie sur la table d'opération et qui guérissent ainsi que vous pouvez le constater aujourd'hui.

Dans la première observation, il s'agit d'un enfant de 15 ans, porteur d'un volumineux goitre charnu des deux lobes, qui entra à la salle Saint-Pothin, le 8 novembre 1905.

A son entrée, on pouvait noter une tumeur thyroïdienne du volume du poing, symétrique, la partie inférieure des lobes plongeant à l'entrée du thorax, de consistance régulière et molle, le goitre, qui avait commencé un an avant, avait déterminé certains troubles fonctionnels. C'est ainsi qu'on pouvait noter une dyspnée d'effort assez marquée, même au repos, l'enfant était essoufflé, et la nuit il présentait un cornage assez intense pour qu'on fût obligé de l'isoler de ses voisins. Le timbre de sa voix avait changé depuis un an, elle n'était pas cependant bitonale. Pas d'autres symptômes de compression. Pas de troubles intellectuels. Rien au cœur ni aux poumons.

Aussi, devant ses symptômes de suffocation, décidai-je une intervention. Elle eut lieu le 11 novembre. L'anesthésie fut très légère et surveillée de près car, dès le début, le malade présenta du cornage. Après incision arquée de Kocher, et section des parties molles, le goitre se montra sous forme d'une masse régulière de forme et de consistance parenchymateuse, dont les deux lobes plongent un peu derrière le ster-

num. A ce moment de l'opération, la respiration s'arrête, le malade se cyanose et je suis obligé d'aller rapidement chercher les pôles inférieurs derrière le sternum et les attirer au dehors l'un après l'autre. Cette manœuvre empêcha l'asphyxie commençante, on put après se rendre compte de la déformation qu'ils imprimaient à la trachée en l'applatissant. Voulant laisser une partie du corps thyroïde dans cette position pendant quelques jours, afin que la trachée ait le temps se calibrer, je me contente de réséquer la partie inférieure du lobe droit, qui gênait le plus la respiration, les lèvres de la plaie sont rapprochées par quelques points et le pansement est fait.

Les jours suivants, on constate très nettement une amélioration de la voix qui tend à reprendre son timbre normal, l'essoufflement et le cornage ont disparu; quand à la tumeur thyroïdienne, elle a régressé dans de notables proportions. L'examen histologique qui fut fait ultérieurement, décèle le remplacement du tissu thyroïdien par du tissu fibroïde formant une couche superficielle envoyant quelques travées vers la profondeur.

Le 8 décembre, le malade est opéré de nouveau. Les accidents asphyxiques complètement terminés, la trachée maintenant calibrée, permettent cette nouvelle intervention.

Je libère les lèvres de la plaie, et je sectionne le reste de la tumeur en quartier d'orange, sans déterminer une très grosse hémorragie. Suture hémostatique prenant les lèvres de la perte de substance ainsi formée, suture qui arrête tout suintement sanguin. On ramène alors la peau devant le corps thyroïde, sans déterminer d'accidents, qu'un peu de tirage qui cède à l'ablation d'un seul point de suture.

Les suites opératoires furent bonnes. La réunion se fit rapidement et le résultat fonctionnel fut très satisfaisant, puis qu'aucun des accidents asphyxiques d'avant l'opération ne se montrèrent plus, jusqu'à la sortie du malade qui eut lieu il y a quinze jours.

Goitre charnu bilatéral. — Compression et ramollissement de la trachée. — Énucléation des deux lobes. — Affaissement de la trachée. — Suspension du conduit aérien aux muscles sous-hyoïdiens.

Dans cette seconde observation, il s'agit d'une jeune femme de 32 ans, entrée dans mon service le 13 octobre. Sa tumeur thyroïdienne qui l'amène a débuté il y a dix à douze ans. Les phénomènes fonctionnels, d'abord peu marqués au début, ont acquis ces derniers temps une intensité particulière.

Actuellement, la malade se présente avec l'aspect suivant : Elle est de très petite taille, mais sans déformations des membres. Tissu cellulaire épaissi. Peau ichtyosique. Son visage est cyanosé, surtout les lèvres. Les yeux sont un peu saillants et très brillants. Tremblement. Tachycardie. Pouls à 100 pulsations. Dyspnée forte, augmentant au

moindre effort, pas de cornage, ni de voix bitonale, indiquant une compression récurrentielle. Il faut donc admettre une compression directe de la trachée.

On sent, au niveau du cou, une grosse masse charnue mobile, avec les mouvements de déglutition bilatérale, mais prédominante à droite. A gauche, la tumeur semble plus profondément engagée derrière la clavicule.

Opération le 20 octobre. Anesthésie très légère. Incision arquée de Kocher. La malade étant assez cyanosée et ayant du cornage, on luxe à la hâte le lobe droit. La respiration redevient calme. Résection du lobe droit. La même manœuvre est faite pour le lobe gauche; mais alors la trachée, qui n'est plus suffisamment soutenue, s'affaisse sur elle-même et la respiration s'arrête. Immédiatement trois fils liés, enchaînés au moignon du lobe thyroïdien gauche, encore restant, sont fixés aux muscles sous-hyoïdiens et sterno-mastoïdien, qui avaient été réclinés en dehors. La trachéotomie est ainsi évitée, le calibre de la trachée se rétablit et la respiration reprend, grâce à cette manœuvre qui n'a duré que quelques secondes. On peut se rendre compte avec le doigt qu'il s'agit bien d'une trachée très ramollie, donnant la sensation d'un tuyau de caoutchouc et que cette suspension a pour effet de tendre la paroi antérieure de la trachée.

Suture et léger drainage. En remettant la malade dans son lit, nouvelle alerte, la tête inclinée de côté empêche la respiration de se faire. Il suffit d'assurer la rectitude de la tête pour que tout revienne à la normale. La guérison s'opère progressivement et la malade part guérie trois semaines après.

Le 21 janvier, je la revois très améliorée. Elle n'a plus de sensation d'essoufflement, ni de gêne de la respiration. De temps en temps elle a un peu de constriction, qui la force à faire quelques mouvements de déglutition, mais cette sensation n'est que passagère.

Les phénomènes de basedowisme ont disparu.

La peau est toujours cyanosée, grenue, avec tendance à la desquamation.

*
* *

OVARIOTOMIE SANS PONGTION.

M. Auguste POLLOSSON présente un volumineux kyste de l'ovaire, du poids de 8 kilogs enlevé en masse sans évacuation de son contenu.

A ce sujet, M. Pollosson insiste sur l'opportunité qu'il peut y avoir à enlever les kystes de l'ovaire en masse sans les ponctionner, sans les morceler, sans les réduire.

Les avantages principaux sont les suivants : 1° on évite les greffes opératoires ; 2° dans certains kystes suppurés, enflammés ou présentant des accidents de torsion on évite l'infection du péritoine.

1° Les récidives des kystes de l'ovaire se font parfois dans l'ovaire conservé, mais le plus souvent elles ont lieu dans le péritoine et souvent aussi elles se font dans la paroi abdominale au niveau de l'incision.

Les récidives pariétales sont évidemment dues à des greffes néoplasiques pendant l'opération. Les récidives péritonéales ont probablement souvent cette même origine.

Ces greffes opératoires sont expliquées par l'épanchement du liquide kystique dans le péritoine ou au niveau de la plaie pariétale pendant l'opération.

Souvent au moment de la ponction le liquide kystique s'écoule entre le trocart et l'orifice de ponction. La paroi du kyste peut se déchirer sans que la déchirure puisse être annoncée au dehors.

Dans les kystes à contenu épais, colloïde ou gélatineux, la ponction peut être insuffisante pour évacuer le kyste ; il faut inciser la poche, le contenu s'épanche plus ou moins dans le péritoine.

Si le contenu est très épais, on est obligé de l'évacuer au moyen de la main ou avec des tampons.

Lorsque les cavités sont multiples, on est obligé d'évacuer le contenu des kystes par l'ouverture du premier kyste en effondrant les cloisons. Il faut alors introduire la main dans le kyste, et dans la suite de l'opération la main rapidement et insuffisamment lavée peut souiller le péritoine par des parcelles du contenu kystique.

On évite ces contaminations variées en enlevant les kystes sans les réduire au moyen d'une incision agrandie dans les proportions nécessaires.

2° Les mêmes conditions de contamination se présentent quand les kystes sont suppurés et enflammés. Dans ces cas il ne s'agit plus de greffes néoplasiques. Le danger est dans l'infection du péritoine par le contenu du kyste.

Lorsqu'on a affaire aux accidents de torsion du pédicule si fréquemment observés, on se trouve également dans de mauvaises conditions pour l'évacuation par ponction. Le kyste

contient du sang et parfois des caillots. D'autre part, les parois rapidement distendues sont devenus friables.

Le contenu des kystes qui ont présenté des accidents de torsion est-il infectieux ? Il est probable qu'au début le liquide hémostatique n'est pas infectieux. Les élévations de température s'expliquent par des phénomènes de résorption.

Mais lorsque les accidents de torsion datent de plusieurs jours, le contenu peut s'infecter secondairement. M. Aug. Pollosson a observé une fois, dans un kyste à pédicule tordu, des zones gangrénées de la paroi et une péritonite suppurée constatée pendant l'opération.

Les kystes suppurés et les kystes à pédicule tordu seront donc avantageusement enlevés sans ponction. On évitera des accidents infectieux du péritoine.

3° Dans les kystes du ligament large, totalement ou partiellement inclus, la dissection du kyste et son clivage se font plus facilement lorsque le kyste n'est pas évacué. Dans ces conditions on se rendra mieux compte de la situation de l'uretère et on évitera de blesser ce conduit.

L'opinion exprimée par M. Auguste Pollosson a déjà été émise par divers chirurgiens, toutefois elle n'est pas suivie habituellement dans la pratique des opérations. Elle mérite d'être généralisée, sinon à tous les cas de kystes simples uniloculaires à parois résistantes, du moins aux kystes multiloculaires, à parois friables, à évolution rapide et maligne, enfin aux kystes infectés.

Depuis un an et demi, M. Auguste Pollosson a enlevé en masse la plupart des kystes opérés à la Clinique gynécologique ; il espère voir diminuer le nombre des récidives.

M. ALBERTIN. — Je suis aussi de l'avis, dans certains cas, d'imiter la conduite de M. Pollosson. Il nous a cité une observation de récidive dans la paroi, mais sans autre détail, en particulier sur la situation et l'état de l'épiploon.

Dans un cas, j'ai vu une récidive dans un appendice.

Dans un autre, j'ai vu une récidive dans une adhérence épiploïque, et il me semble que l'épiploon paraît jouer un rôle dans le transport en son sein de particules de tumeurs qui se greffent ensuite grâce à l'adhérence de l'épiploon malade et infecté à la cicatrice.

Il y aurait lieu ultérieurement de chercher les relations qu'il pourrait y avoir entre ces récidives et les adhérences épiploïques.

M. GOULLIoud loue la pratique de M. Pollosson et croit se souvenir qu'il y a quelques années déjà M. Chandelux l'avait recommandée.

La ponction lui semble devoir être réservée aux kystes du bassin uniloculaires que l'on peut diagnostiquer facilement à l'ouverture du ventre. Dans ces cas, on doit faire bénéficier les malades d'une petite incision.

Les kystes mslins ont généralement un pédicule large infiltré, et la greffe dans ceux-ci se fait non pas toujours par l'intermédiaire de ponctions, mais par les déchirures qui sont presque inévitables, étant donnée la friabilité des parois de ces kystes.

Je ne considère pas les kystes tordus comme étant très septiques, et ce ne sont pas ceux-là qui me paraissent justifier l'ablation en bloc.

M. POLLOSSON. — Étant donné que dans un kyste, c'est surtout la paroi interne qui végète et peut donner des récidives, je ne crois pas que les adhérences de l'intestin ou de l'épiploon à la paroi externe puissent être l'origine de greffes. Réserves faites toutefois pour les kystes végétants en dehors de la paroi externe qui, dans les cas ordinaires, est plutôt une barrière protectrice.

Je me demande alors si les greffes épiploïques dont parle M. Albertin ne proviennent pas de l'issue hors du kyste de liquides ou de particules qui ont donné des greffes dans l'épiploon.

Quant à la préoccupation de ne pas verser du liquide dans le péritoine, elle a toujours existé, mais surtout au point de vue des complications infectieuses, et seulement dans ces dernières années au point de vue de la possibilité des greffes.

Quant à la septicité du contenu des kystes tordus, elle ne semble pas faire de doute et ne saurait être expliquée exclusivement par la réaction péritonéale, comme le dit M. Goullioud. C'est ainsi que j'ai pu observer chez une malade qui portait un kyste tordu et avait tardé malgré mes conseils à se faire opérer, j'ai pu observer, dis-je, une plaque de gangrène sur le kyste et un début de péritonite putride.

Ceci semblerait justifier l'extirpation en masse de ces kystes.

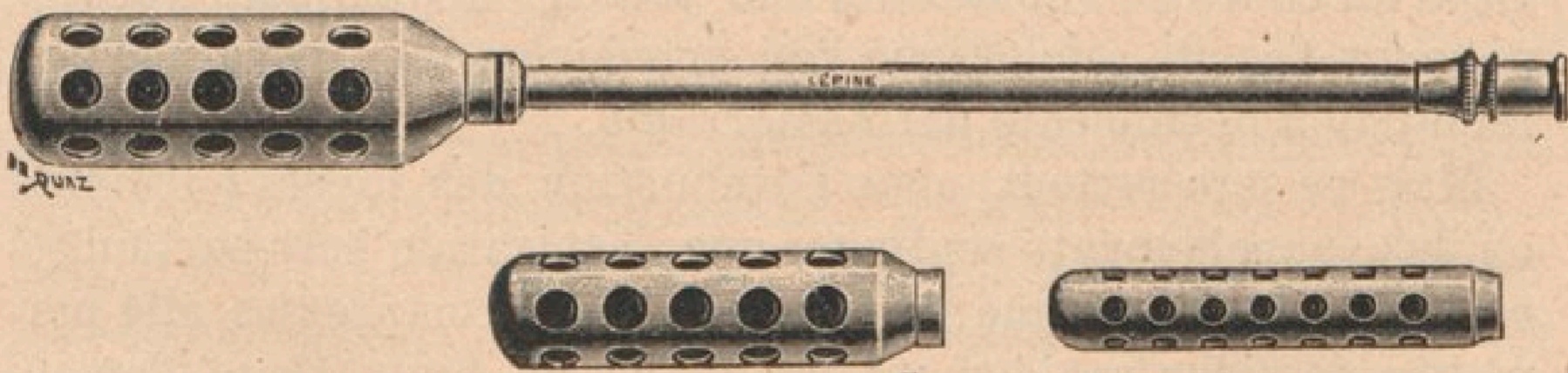
*
* *

ASPIRATEUR PÉRITONÉAL. — DE L'ASPIRATION PÉRITONÉALE IMMÉDIATE AU COURS DES LAPAROTOMIES

M. VILLARD. — Depuis plusieurs années, j'avais été frappé des services que pourrait rendre en chirurgie abdominale un appareil permettant l'évacuation rapide et complète des liquides péritonéaux, séreux, hématiques ou purulents. Ce furent surtout les épanchements septiques des péritonites

aiguës qui avaient attiré mon attention, et il me semblait que l'évacuation complète et l'assèchement de la cavité péritonéale devaient être des facteurs de première importance pour obtenir la guérison de ces infections, en enlevant des liquides toxiques et en favorisant l'accolement des anses intestinales et par suite le cloisonnement des foyers inflammatoires. C'est guidé par ces idées théoriques que, en 1903, me trouvant en présence d'un jeune garçon, atteint d'appendicite très grave, avec péritonite non cloisonnée, je tentai d'évacuer par aspiration le liquide, bouillon sale, qui s'infiltrait entre les anses intestinales et fusait jusqu'au dessous du diaphragme. Je pratiquais cette aspiration avec un appareil rudimentaire, utilisant une grosse sonde de Nélaton et une seringue de Guyon. L'évacuation de l'épanchement péritonéal fut très laborieuse, les anses intestinales venant à chaque instant oblitérer la lumière de la sonde. Néanmoins, le résultat clinique fut remarquable, car contrairement au pronostic que j'avais porté, une détente très marquée se produisit de suite chez l'opéré et la guérison fut rapidement obtenue. Encouragé par ce résultat, je me décidai à faire construire un appareil qui permit d'aspirer facilement les liquides péritonéaux, sans présenter au cours de l'évacuation les inconvénients d'oblitération que j'avais remarqués.

L'instrument que je vous présente, construit par M. Lépine, a réalisé ce but. Il se compose essentiellement d'un tube métal-



lique dont une des extrémités se termine par un ajutage correspondant à celui de l'appareil de Potain dont la pompe et le flacon servent à pratiquer l'aspiration et dont l'autre extrémité plonge dans une sorte de manchon, percé de trous, destiné à jouer le rôle de filet protecteur, s'opposant à ce que les anses intestinales puissent venir se placer devant l'orifice d'aspiration. Ce manchon est vissé sur le tube à une certaine hauteur, afin que l'extrémité de celui-ci plonge presque jusqu'à fond.

Ce dispositif permet suivant les circonstances de changer le calibre et la forme du manchon. J'ai fait construire dans ce but trois manchons de diamètres différents que l'on utilisera pour des collections de petits volumes ou les grands épanchements comme ceux de l'ascite tuberculeuse ; un quatrième manchon est en forme de pomme d'arrosoir et ne présente d'orifices que sur sa face inférieure ; ce dispositif permet de pratiquer l'assèchement en surface.

Dans les services hospitaliers, l'aspiration pourrait être faite par le fonctionnement d'une petite trompe à eau comme celles utilisées en art dentaire pour l'évacuation de la salive. Mais j'ai pensé que l'appareil de Potain étant universellement répandu, il était préférable que l'aspirateur que je vous présente puisse être toujours branché sur lui.

L'aspiration péritonéale pratiquée avec cet appareil au cours des laparotomies peut être utilisée pour l'évacuation de liquides aseptiques ou de liquides septiques.

Les liquides aseptiques seront constitués soit par de l'ascite, soit par du sang. L'ascite des péritonites tuberculeuses sera ainsi évacuée beaucoup plus facilement au moyen de l'aspirateur que par la simple laparotomie et l'introduction de compresses dans le ventre. En utilisant l'aspiration, il sera très facile d'assécher parfaitement la cavité abdominale, de vérifier l'état des anses, et de les irriter par le contact de la lumière de l'eau ou des tampons. De même, l'aspiration rendra de grands services au cours de l'ablation d'une tumeur abdominale s'accompagnant d'ascite, ou lorsque l'on se trouvera en présence d'une inondation péritonéale par hémorragie.

Mais ce sera surtout pour l'évacuation des foyers purulents ou des épanchements septiques que l'aspiration sera particulièrement utile. Mieux que des tampons ou des compresses, elle permettra de vider rapidement une collection suppurée et d'empêcher l'écoulement du pus dans la cavité abdominale. S'agira-t-il de l'extirpation laborieuse de l'utérus et de ses annexes dans un petit bassin plein de pus l'aspiration évitera l'écoulement dangereux d'une poche purulente malencontreusement ouverte. Dans les kystes purulents d'origine appendiculaire elle permettra une évacuation simple du contenu septique. Pour ma part, ayant l'habitude de rechercher toujours systématiquement l'appendice dans les formes enkystées, même suppurées, j'ai pour règle

d'assécher parfaitement la cavité de l'abcès appendiculaire au moyen de l'aspirateur, avant de commencer aucune manœuvre de recherche de l'appendice. J'attribue à cette précaution l'innocuité absolue de la résection de l'appendice dans ces conditions.

Mais ce sera surtout dans les infections péritonéales diffuses, dans celles où le péritoine ne réagit pas par la formation d'adhérences protectrices, où un liquide sanieux s'infiltré entre les anses intestinales, infections dont les formes suraiguës graves de l'appendicite sont le type, que l'aspiration péritonéale trouvera ses véritables applications. C'est pour remplir, ce que je crois être l'indication opératoire en pareille circonstance que j'ai imaginé l'appareil que j'ai décrit. Dans ces cas, en effet, le but doit être d'évacuer le plus complètement possible les liquides septiques répandus dans la cavité abdominale, afin de soustraire les toxines qu'ils renferment, et pour permettre aux anses intestinales séparées par le pus de s'accoler et de favoriser par leurs adhérences la limitation du foyer infecté.

Pour obtenir ce résultat, l'assèchement de la cavité abdominale avec des tampons ou des compresses me paraît insuffisant et peut-être même dangereux. Il sera insuffisant parce qu'il ne sera pas possible avec des tampons d'aller partout, et dangereux parce que ces manœuvres traumatiseront beaucoup les anses intestinales, les déplaceront et par cela même faciliteront l'infiltration des liquides septiques dans des territoires non encore envahis par l'infection.

L'aspirateur péritonéal remplira alors toutes les indications en réalisant une évacuation parfaite et cela, en traumatisant et en déplaçant au minimum les anses intestinales. Grâce à cet appareil, il m'a été, dans différentes circonstances, facile d'évacuer des épanchements péritonéaux fusant dans le petit bassin, vers la région rénale, ou la région sus-hépatique.

Dans trois circonstances, les faits cliniques sont venus corroborer ces considérations théoriques. J'ai pu arrêter ainsi des infections péritonéales très graves parties de l'appendice, et en voie de diffusion, alors qu'il n'existait aucune tendance à la formation d'adhérence et que l'état des malades était des plus précaire avec obstruction intestinale absolue, dyspnée, tachycardie dépassant 140 et dissociation de la courbe du pouls et de la température. J'insiste donc tout particulièrement sur les services

très grands que peut rendre l'aspiration péritonéale dans les cas graves de péritonites diffuses aiguës.

En résumé, l'aspirateur péritonéal que je vous ai présenté, devra être utilisé comme moyen commode pour évacuer des épanchements ascitiques ou hémorragiques, de la cavité abdominale, et il deviendra un moyen précieux de traitement dans l'évacuation des épanchements purulents de l'abdomen, qu'ils soient enkystés ou libres.

M. BÉRARD. — Depuis un an, j'ai utilisé l'aspirateur de M. Villard et m'en suis bien trouvé. Je m'en suis même servi pour vider des estomacs insuffisamment préparés et lavés avant une intervention. Je les ai ponctionnés et j'ai aspiré avec succès leur contenu avec l'appareil de M. Villard.

Le Gérant, D^r VALLAS.

Séance du 1^{er} février 1905.

Présidence de M. VINCENT.

M. VIGNARD, secrétaire, lit le procès-verbal de la précédente séance.
(Adopté.)

*
* *

SUR LA CURE DES FISTULES DU CANAL DE STÉNON.

M. VIGNARD. — L'enfant que je vous présente fut amené dans mon service à la Charité le 25 juillet 1905.

Il présentait au milieu de la joue droite une tuméfaction rouge encore fluctuante, percée en son sommet d'un petit orifice par lequel s'écoula d'abord du pus, puis un liquide séreux dont l'analyse démontra qu'il s'agissait de salive. D'ailleurs le doute paraissait impossible en raison du siège de la fistule sur le trajet du canal de Sténon, en raison aussi de l'augmentation très nette de la sécrétion au moment de la mastication.

L'enfant racontait que deux mois auparavant on lui avait ouvert un abcès et que depuis lors la salive n'avait cessé de couler.

Avant de rien entreprendre pour guérir cette fistule, je laissai tomber les phénomènes inflammatoires, j'agrandis légèrement l'orifice et je maintins pendant plusieurs jours sur la joue des pansements humides.

Je m'assurai en outre de la perméabilité du canal de Sténon dont je cathétérisai à plusieurs reprises le bout périphérique. Ces cathétérismes furent pratiqués avec des sondes de Bowman.

Sur le calibre de la plus grosse de celles qui avaient pu pas-

ser, je fis fabriquer par un dentiste qui suivait à ce moment le service, M. Dupuy, un tube en argent percé de trous dans la moitié de son étendue.

L'intervention pratiquée consista en ceci : sous anesthésie, l'orifice fistuleux de la joue fut encore agrandi, la poche soigneusement curetée ; puis j'introduisis le tube sur la sonde par l'orifice buccal du canal de Sténon légèrement débridé, et de telle façon que la partie du tube non percée de trous occupât le bout périphérique intra-jugal du canal. Au contraire la moitié du tube percillée comme un drain vint sortir par la fistule. Je passai alors dans un de ces trous un fil métallique fin dont je conduisis avec une aiguille les deux chefs dans l'épaisseur de la joue en arrière de la fistule, l'un au-dessus, l'autre au-dessous du trajet du bout central du canal. Ils entraînent avec eux le tube qui fut poussé dans les parties molles sous la peau et le tissu cellulaire dans la direction présumée du bout postérieur du Sténon.

Lorsque le tube eut été poussé aussi loin que possible, les deux chefs du fil furent ramenés à l'extérieur en traversant les parties molles de dedans en dehors et noués sur un tampon. Ils maintenaient donc en place le tube métallique qui traversait comme un aqueduc la poche de l'abcès et continuait sa route en arrière d'elle sur une étendue de 2 cent. environ vers la glande parotide.

Trois points de suture fermèrent la poche et la fistule.

Le tube fut laissé en place pendant un mois et cathétérisé tous les jours avec un grand soin.

Il s'en écoulait régulièrement une goutte ou deux d'un pus très fétide.

Lorsque au bout de dix jours le premier pansement fut enlevé, on s'aperçut qu'un point de suture avait lâché ; on cautérisa le pertuis les jours suivants au nitrate d'argent, mais sans grand succès. Cependant à la longue il finit par se rétrécir notablement, et comme le tube métallique s'oxydait, qu'il semblait entretenir la petite suppuration que j'ai signalée, il fut supprimé le 20 septembre environ, et on laissa tout en état.

L'enfant gardait encore un petit pansement sur lequel dans les huit jours qui suivirent évolua dans la région primitivement fistuleuse un nouvel abcès qu'il fallut de nouveau ouvrir.

Supposant que son apparition tenait à la suppression du

drainage du côté de la bouche, je fis faire régulièrement deux fois par jour, puis seulement une fois par jour un cathétérisme du canal de Sténon par la bouche avec des sondes de Bowmann, de numéro progressivement croissant. On put arriver ainsi jusqu'au n° 6.

Seulement, et j'insiste sur cette particularité, la sonde, au lieu d'être poussée jusqu'à la fistule, était dirigée bien en arrière d'elle dans l'ancien trajet du tube, du côté de la parotide et du bout postérieur du canal de Sténon.

Sous l'influence de ces cathétérismes répétés, la poche de l'abcès se draina du côté de la bouche, en même temps que la salive reprit son cours normal. Peu à peu la cicatrisation du côté de la joue se fit complète. Actuellement elle est terminée depuis un mois et demi environ. Depuis cette époque, on n'a fait qu'un cathétérisme pour s'assurer de la persistance du canal dont la continuité paraît assurée et à travers lequel la salive paraît avoir repris son cours normal.

En parcourant les traités, j'ai été frappé du peu d'importance que l'on attache à la cure des fistules du Sténon par les voies naturelles, si je puis ainsi parler. On donne cette méthode comme applicable aux cas où il y a simplement rétrécissement du canal de Sténon, et on signale que Daniel Mollière aurait eu par ce moyen quelques succès.

Cependant il semble que par analogie avec ce qui se fait pour l'urètre, on aurait dû poursuivre par les voies naturelles le rétablissement du canal.

Toutes les méthodes employées se proposent la création d'une voie artificielle d'écoulement de la salive vers la bouche.

Le segment périphérique du canal peut y suffire à condition qu'on le maintienne béant pendant un temps assez long et qu'on le dilate progressivement de manière à l'amener à un calibre très supérieur au calibre ordinaire.

Le mécanisme de la guérison semble avoir été celui-ci :

Le tube enfoncé profondément en arrière et laissé en place a effondré les lobules les plus antérieurs de la glande et créé un canal que les cathétérismes répétés ont ensuite entretenu et calibré.

En résumé, il semble qu'en présence d'une fistule salivaire du canal de Sténon, il soit préférable et plus simple de recourir à la dilatation soutenue du bout buccal du canal, en ayant

soin de pousser le dilatateur aussi loin que possible dans l'épaisseur des parties molles, en arrière du point fistuleux et de la poche de l'abcès du côté du bout parotidien du canal. Auparavant, on se trouvera bien de maintenir celui-ci béant à l'aide d'un tube métallique soigneusement calibré et percé de trous comme un drain dans sa moitié postérieure.

Ce tube, tout en maintenant largement ouvert le canal, évacuera du côté de la bouche la salive et les produits purulents qui stagnent dans la poche qui entoure la fistule et l'alimente. Un cathétérisme quotidien et progressivement dilateur, allant jusqu'au n° 6 des sondes de Bowmann, assurera la perméabilité et le calibre du nouveau canal.

M. GAYET. — Je demanderai à M. Vignard s'il ne croit pas que la fistule ait eu pour siège la glande même ou un canal secondaire plutôt que le canal principal lui-même ; si à la suite de son premier cathétérisme, il a eu un écoulement par la sonde, il semble bien que ce n'était pas le Sténon qui était intéressé.

Dans un cas personnel, après extirpation d'un ganglion dans la région parotidienne, suivie d'une suture sans drainage, j'eus la surprise de trouver le lendemain une grosse tuméfaction de la région ; il s'agissait d'un épanchement dépourvu de crépitation comme en aurait eu un hématome, c'était évidemment de la sécrétion parotidienne s'écoulant par une blessure de la glande. Heureusement les sutures tinrent bon, et un tamponnement de la région suffit à faire résorber la tuméfaction. Ceci indique bien que lorsque le canal est perméable, ces plaies glandulaires ne demandent qu'à guérir.

Mais si la fistule du malade de M. Vignard avait siégé plus en avant, si elle avait interrompu le canal de Sténon, je ne crois pas que ce simple cathétérisme forcé dont il nous parle, aurait été suffisant pour amener la guérison, et pour créer de toute pièce un canal nouveau en amont de la section.

M. VIGNARD. — A voir le siège de la cicatrice, il me semble qu'il est impossible de songer à une fistule glandulaire. La cicatrice actuelle est sur le bord antérieur du masséter où il n'existe pas de prolongement de la glande, et la preuve que la fistule actuelle n'était pas de celles qui ne demandent qu'à guérir, c'est que trois mois après sa constitution, et malgré tous les efforts, elle persistait et donnait encore issue à un abondant écoulement.

Le mécanisme de la guérison semble être celui que j'ai indiqué : effraction de la partie antérieure de la glande par le tube et les cathétérismes et raccordement de ce segment au tronçon antérieur du Sténon maintenu dilaté.

M. GANGOLPHE. — Je rappellerai un cas de fistule que j'ai eu à soigner à la suite d'une incision d'abcès peut-être d'origine actinomycosique. J'ai entouré l'orifice par une incision losangique à grand axe transversal. Je fis, dans l'intérieur de la joue une incision losangique aussi, mais plus large. J'enlevai totalement la fistule et la zone cutanée disséquée tout autour, et je fermais par dessus sans m'occuper davantage de l'orifice muqueux et de la brèche faite dans les tissus de la joue.

Le succès fut complet.

La fistule siégeait très en avant du bord antérieur du masséter.

*
* *

PRÉSENTATION DE CINQ PIÈCES D'HYDRONÉPHROSE ENLEVÉES PAR NÉPHRECTOMIE PRIMITIVE OU SECONDAIRE.

MM. ROCHET et DURAND font une communication sur ce sujet.

(Sera publiée au procès-verbal de la séance du 15 février.)

*
* *

ÉPITHÉLIOMA ADAMANTIN DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR RÉCIDIVÉ DOUZE ANS APRÈS UN ÉVIDEMENT; ABLATION COMPLÈTE.

M. GANGOLPHE. — J'ai l'honneur de vous présenter une malade que j'ai opérée le 10 novembre dernier pour une tumeur énorme occupant la moitié gauche du maxillaire inférieur et consécutive à un néoplasme opéré il y a une douzaine d'années par M. Ollier. Voici, du reste, l'observation de cette malade.

OBSERVATION.

Hélène Gautier, 42 ans, fermière à Chaumesac. Entrée le 24 octobre salle Saint-Martin, n° 4.

Cette malade présente une déformation considérable de toute la moitié gauche du visage au point qu'il est impossible à priori de savoir s'il s'agit d'une tumeur développée aux dépens du maxillaire supérieur ou inférieur. Toute la région, depuis le bord horizontal de la mâchoire inférieure jusqu'à quatre travers de doigt au-dessus de l'arcade zygomatique, est boursoufflée, saillante. Il existe une fistule à la partie inférieure donnant issue à un liquide un peu filant, mucoïde. Cette ulcération fistuleuse existe depuis fort longtemps déjà. La tumeur fait une saillie considérable dans la bouche et paraît s'étendre jusqu'aux piliers du palais. Les téguments sont tendus, amincis, mais non adhérents, sauf au pour-

tour de l'ulcération fistuleuse. J'ajoute que le liquide de la fistule paraît être d'origine kystique, bien qu'en aucun point, par la palpation, on ne trouve de point fluctuant. Il doit exister une petite quantité de fibres du masséter, car on le sent se contracter. Toutefois l'impression est que le masséter, et même le muscle temporal, comme les autres muscles masticateurs, sont détruits en majeure partie.

Pas de paralysie de l'orbiculaire. Pas d'adénopathie bien appréciable. La mastication est impossible, les douleurs spontanées ou à la pression peu considérables.

On peut affirmer que la tumeur naît dans la moitié gauche (portion horizontale) du maxillaire inférieur, a détruit complètement cette partie, plus la branche verticale et qu'elle a envahi les parties molles avoisinantes au point qu'on peut se demander même s'il y a lieu d'intervenir avec chances de succès. L'excellent état général, les antécédents surtout, nous conduisent à proposer l'extirpation.

En effet, quand on interroge cette malade, on apprend que douze ans auparavant, entrée dans le service de M. Ollier, elle a été opérée d'une tumeur siégeant au même point. On peut donc espérer que le processus actuel participe dans une certaine mesure de la bénignité ancienne. D'accord avec M. Martin, nous renonçons d'emblée à tout projet de prothèse immédiate, par suite de la nécessité où l'on sera sûrement de sacrifier les quatre cinquièmes des parties molles.

Opération le 10 novembre. Après anesthésie à l'éther, précédée la veille de l'administration de 3 grammes de bromure de potassium, et une heure avant d'injection sous cutanée d'un centigramme de morphine, une grande incision suivant la branche horizontale, la branche verticale et remontant à 6 centimètres au-dessus de l'arcade zygomatique, permet d'aborder la lésion. On sectionne, sur le doigt, les muscles mylo-hyoïdiens, génio-hyoïdiens, digastrique, ptérygoïdien interne. puis masséter, le temporal. J'éprouve une grande difficulté à contourner le bord postérieur de la mâchoire, ou plutôt de la tumeur à cause de son énorme volume, et je lie la carotide externe, la jugulaire externe et d'autres vaisseaux considérables.

J'excise à la cisaille l'arcade zygomatique très amincie et je coupe jusqu'à l'os tout le muscle temporal.

A ce moment, section à la scie à chaîne du maxillaire inférieur sur la ligne médiane. M. Martin fils maintient le petit appareil destiné à empêcher le déplacement ultérieur de la moitié droite restante. Un fil, passé dans la langue, est confié à un aide. Il ne reste plus qu'à achever l'extirpation ; me reportant en haut et en arrière, je sectionne les quelques fibres qui restent du ptérygoïdien externe, la muqueuse, et c'est fini. On voit alors la base du crâne dépouillée de son périoste qui a suivi la tumeur. Je tamponne pour arrêter l'hémorragie venant notamment du trou grand rond. Je referme par quelques sutures au cat-

gut, du côté de la bouche je suture du côté de la peau en établissant deux drainages, l'un dans la fosse temporale, l'autre inférieur.

La malade, comme vous le voyez, guérit de cette grave intervention après avoir eu le 5^e jour une parotidite gauche suppurée que j'incisai et un peu plus tard une poussée érysipélateuse assez bénigne.

Voici le résultat de l'*examen histologique*:

Sur les coupes, on voit une tumeur d'aspect épithélial, mais à cellules et à disposition tout à fait atypiques. Ces cellules, qui à la périphérie des nappes qu'elles forment prennent la disposition cylindrique, n'ont pas de caractères bien précis parce qu'elles sont petites et tassées. Au milieu d'elles, souvent dans la charpente d'un stroma vaguement alvéolaire, on retrouve, soit des îlots cartilagineux, soit des fragments de lamelles osseuses. Mais à considérer la richesse en vaisseaux, souvent embryonnaires, la dimension des nappes de cellules, on dirait épithélioma atypique et devenu malin. Mais aujourd'hui on ne reconnaîtrait pas l'origine paradentaire, c'est la clinique et l'infiltration au milieu de débris chondro-osseux qui le font dire.

RÉFLEXIONS. — Nous avons retrouvé l'observation ancienne de cette malade, publiée par MM. Nové-Josserand et Bérard, *Revue de chirurgie* 1893. Voici les commentaires et la relation clinique.

Les observations qui suivent nous ont paru établir que les épithéliomas adamantins du maxillaire ont une physionomie clinique assez spéciale. Ce sont des tumeurs bénignes, en ce sens qu'on peut les enlever complètement par le simple curage de la cavité qui les contient et qu'elles n'ont aucune tendance à récidiver. Il y a un grand intérêt pratique à utiliser leur connaissance et à chercher à les distinguer des sarcomes dont la thérapeutique, pour être efficace, doit être radicale.

OBSERVATION.

Malade de 29 ans. Excellente santé jusqu'à son mariage, il y a cinq ans. Depuis cette époque, série de fluxions dentaires dont la moindre exposition au froid était le prétexte.

Il y a trois ans et demi, se développe aux dépens du corps du maxillaire inférieur, près de l'angle gauche, une tuméfaction à laquelle elle n'accorde pas d'importance et qui, pendant un an, ne prit qu'un très léger accroissement. Au bout de ce temps, toutes les dents inférieures gauches devinrent douloureuses, rendant la mastication impossible. La malade se fit alors arracher la dernière molaire gauche, dont elle souffrait particulièrement, par un médecin qui lui fit remarquer l'intégrité de cette dent.

Soulagée quatre ou cinq mois, elle recommença ensuite à souffrir et à

la suite de fluxions nouvelles, elle vit se déclarer des abcès multiples qui s'ouvrirent à l'extérieur.

Deux fistules se produisirent en même temps à l'intérieur de la bouche, sur la face interne du corps du maxillaire, l'une sous la première, l'autre sous la troisième molaire, donnant constamment issue à un liquide très fétide, aujourd'hui encore non tari. Ce sont même les inconvénients résultant des fistules, plutôt que les douleurs, ou les considérations esthétiques, liées au développement progressif de la tuméfaction de l'os, qui décidèrent la malade à entrer dans le service de M. le Prof. Ollier.

Le diagnostic porté par le médecin qui l'avait vue en dernier lieu était : ostéites multiples avec nécrose.

Le diagnostic fut longuement discuté à la clinique. Le bourgeon gingival, et la réplétion de la cavité par un tissu mou pouvaient en imposer pour un sarcome. D'autre part, la prédominance et la priorité en date des phénomènes inflammatoires, l'absence de la dent de sagesse, semblaient témoigner en faveur d'accidents purement infectieux dus aux difficultés de l'éruption de cette dent.

Mais le siège précis du maximum du gonflement à l'angle de la mâchoire, et la lenteur de l'évolution de la maladie, la persistance de l'accroissement de la tuméfaction après l'avulsion de la 2^e molaire, qui eût dû faire un chemin à la dent de sagesse, déterminent M. Ollier à porter le diagnostic de tumeur d'origine dentaire avec inclusion de la dent de sagesse.

Opération. Abord de la tumeur par la voie cutanée. On ne trouve ni dent, ni kyste, évidemment simple de la cavité.

Histologiquement : *Epithélioma du type adamantin.*

Il semble que le pronostic de cette tumeur soit aussi bénin que celui du kyste dentaire. Dans tous les cas que nous avons cités, la guérison définitive a été obtenue par la simple ablation de la tumeur. On sait pourtant que les kystes paradentaires eux-mêmes sont capables de récidiver (Audry, *Lyon Médical*, 1891). On pourrait alors se demander si la forme solide d'épithélioma adamantin, dont il est question ici, ne comporte pas une malignité plus grande que celle de simples kystes, et ne demande pas une opération plus complète qu'un simple curettage. Jusqu'ici les faits ne semblent pas confirmer un pronostic fâcheux. Chez notre malade, pas de récurrence au bout de deux mois.

D'autre part, les faits anciens que nous a communiqués M. Ollier, montrent encore beaucoup mieux que ces tumeurs ne récidivent pas lorsqu'elles ont été enlevées dans leur totalité

ou que s'il en reste quelques parcelles, celles-ci pourront servir à former du tissu osseux adulte sans avoir aucune tendance à pulluler en tant que tumeur et de s'étendre loin de leur siège originel.

Nous croyons donc qu'il suffit, dans ces cas, de pratiquer une abrasion complète et soigneuse de la tumeur, quitte à intervenir plus tard par une opération plus large si une récurrence venait à se produire.

Ce fait montre qu'il ne faut pas se fier à la bénignité des néoplasmes. Sans préjuger de ce que l'avenir peut réserver à notre opérée, et j'espère que l'ablation très large lui a définitivement sauvé la vie, on est conduit à conclure contre l'emploi de l'évidement. Cette opinion, je l'ai formulée bien souvent à propos des tumeurs des os, bien que le maxillaire ait quelque chose de spécial à ce point de vue, en raison des débris paradentaires; il faut le faire rentrer dans la catégorie commune. En tout cas, si l'on ne pratique pas l'ablation d'une tranche de mâchoire, ce qui est toujours assez grave au point de vue esthétique et fonctionnel, il faut rejeter l'emploi de la curette pour les tumeurs d'apparence bénigne et recourir plutôt aux ciseaux et au maillet. On se placera ainsi plus certainement en dehors des lésions, et on écartera les chances de récurrences.

M. MARTIN. — Je ne voudrais pas laisser passer la présentation de M. Gangolphe sans faire ressortir devant vous les particularités intéressantes qu'offre l'observation de cette malade au point de vue de la prothèse. M. Gangolphe, en effet, a été dans la nécessité d'enlever toute la moitié gauche du maxillaire inférieur, y compris la branche montante et le condyle, et, bien qu'il soit partisan de la prothèse immédiate, il n'a pu dans ce cas faire bénéficier cette malade de son application. C'est que la lésion avait envahi une grande étendue de la joue et celle-ci a dû être enlevée en même temps que la tumeur. Dans ces conditions, il ne restait plus assez de parties molles pour recouvrir un maxillaire artificiel et les tissus restants permettaient à peine de fermer la large brèche de la face. Mais, ne voulant pas abandonner le fragment restant aux hasards de la rétraction cicatricielle et à ses fâcheuses conséquences, je plaçai sur ce fragment une prothèse antéopératoire, c'est-à-dire un petit appareil fixé aux dents restantes et muni d'une lame latérale verticale remontant dans le vestibule de la bouche. Cette lame était destinée à prendre appui sur la face externe des molaires de la mâchoire supérieure et à maintenir ainsi le fragment restant de la mâchoire inférieure en s'opposant à toute déviation en dedans. Vous pouvez voir, sur cette malade

opérée depuis plus deux mois, que ce fragment est bien resté en place et que les dents des deux mâchoires s'articulent parfaitement, grâce à cette attitude correcte du fragment, elle peut manger et retient bien sa salive : vous voyez d'autre part que son menton n'est nullement dévié. Du côté gauche de la face, la déformation est considérable. L'ablation large de la tumeur a laissé une large perte de substance au niveau de laquelle la face est aplatie et la difformité paraît à première vue irrémédiable. Cependant j'espère qu'avec l'aide des appareils lourds je pourrai faire céder peu à peu la cicatrice et que je parviendrai à modifier la cavité buccale en lui donnant une forme et des dimensions satisfaisantes. Si j'arrive à ce résultat, je pourrai alors placer un appareil dentier avec lequel la malade pourra recouvrer une mastication très suffisante.

Il est certain que le traitement que devra subir cette malade sera beaucoup plus long que si on avait pu appliquer une prothèse immédiate ; mais les observations que j'ai recueillies depuis la première prothèse antéopératoire que j'ai placée sur une malade de Létievant, me permettent de ne pas douter du succès final. Je suis convaincu que d'ici quelque temps, les maxillaires pourront reprendre leurs fonctions et que, au point de vue esthétique, la déformation sera entièrement corrigée.

M. NOVÉ-JOSSERAND. — L'observation de M. Gangolphe est très intéressante, car elle montre que si la bénignité de la tumeur primitive n'était pas absolue, du moins la malignité n'était-elle que relative, puisqu'elle a pu rester douze ans sans récurrence.

Tout en souscrivant aux conclusions thérapeutiques de M. Gangolphe, cependant je crois bien que certaines tumeurs à myéloplaxes surtout chez les enfants sont justiciables de l'évidement.

D'autre part, le traitement conservateur qu'avait adopté M. Ollier dans la circonstance avait été guidé non par le caractère histologique qui ne fut reconnu qu'après coup, mais par les caractères cliniques.

M. DURAND. — J'ai vu la malade au moment de l'opération, et la tumeur paraissait tellement bénigne que dans les jours qui suivirent on trouva une dent qui faisait issue par la brèche ; ce qui confirma M. Ollier dans la pensée qu'il avait eue d'une tumeur bénigne à laquelle convenait plutôt un traitement conservateur.

M. GANGOLPHE est heureux des éclaircissements soulevés par la présentation de cette malade. Il insiste sur ce fait que quand on veut faire une intervention conservatrice, il vaut mieux faire une ablation partielle, franche, nette, qu'un curetage.

*
* *

SPINA BIFIDA OCCULTA ; INTERVENTION.

M. VALLAS présente une malade, chez laquelle il est inter-

venu pour un spina bifida occulta, donnant lieu à des troubles nerveux divers.

Il s'agit d'une jeune fille de 21 ans, exerçant la profession de cultivatrice. Elle ne présente aucune particularité dans ses antécédents héréditaires. Un frère et une sœur en bonne santé.

Personnellement, elle a toujours joui d'une bonne santé. Aucune maladie dans l'enfance ou dans l'adolescence. Réglée à 15 ans, toujours régulièrement. Jusqu'à l'âge de 18 ans, elle a toujours exercé son métier sans éprouver la moindre fatigue ; puis, à ce moment, elle commença à présenter un léger degré d'équinisme du pied droit.

Quelque temps après, des troubles trophiques apparurent à la plante du pied. Leur évolution est la suivante.

La malade dit avoir présenté successivement trois ulcérations sur la plante du pied. La première située au niveau du 5^e métatarsien, persista pendant un an et disparut par le repos. Mais, dès que la malade remit le pied à terre, une nouvelle ulcération, qui dura deux ou trois mois, se développa sur la tête du premier métatarsien.

Depuis un an, cette malade présente de nouveau un ulcère, au niveau de la racine des 3^e et 4^e orteils. En même temps que s'est développée cette ulcération, l'équinisme du pied est devenu plus accusé, et depuis plusieurs mois, la malade ne prend contact avec le sol du côté gauche que sur la racine des orteils.

C'est à cause de cette déformation et surtout à cause de cette ulcération plantaire qu'elle entra à l'Hôtel-Dieu, le 26 octobre 1905.

A l'examen, qui fut pratiqué à son entrée dans le service, on constatait les particularités suivantes :

Au niveau du membre inférieur droit, il existait un équinisme très marqué. Le pied était gros, trapu, raccourci ; la voûte plantaire profondément excavée. Sur la plante, on voyait en outre, au niveau de la racine du 3^e et du 4^e orteil une ulcération, ayant environ les dimensions d'une pièce de 2 francs et affectant tous les caractères d'un *mal perforant plantaire*. Pas de point douloureux sur le squelette voisin. Les mouvements des articulations du pied étaient limités par suite de la contracture musculaire.

En l'absence de toute lésion locale susceptible d'expliquer ces troubles trophiques, on chercha du côté du rachis, s'il n'existait pas quelque déformation capable de justifier ces lésions, et on reconnut ainsi, au niveau de la région lombo-sacrée l'existence d'une cicatrice médiane, ombiliquée à son centre et pourvue de quelques poils à sa périphérie. La pression à ce niveau était douloureuse ; mais les douleurs ne donnaient lieu à aucune irradiation.

Par la palpation, on ne sentait aucune perte de substance du canal vertébral ; mais, sur la radiographie, M. Destot put affirmer qu'il man-

quait au moins deux arcs vertébraux. Aucune autre malformation congénitale.

Il s'agissait donc, à n'en pas douter, d'un *spina bifida occulta* de la région lombaire ; dès lors, on fit un examen minutieux des troubles nerveux présentés par la malade. Mais, malgré des examens répétés, il ne fut jamais possible de trouver la moindre trace de systématisation.

Du côté de la motricité, il existait de la contraction des extenseurs du pied, plus marquée du côté droit que du côté gauche.

Le réflexe rotulien était exagéré à droite et diminué à gauche. Le réflexe plantaire, au contraire, était diminué du côté droit.

L'examen de la sensibilité montra qu'il n'existait aucun trouble dans la perception des sensations tactiles, douloureuses ou thermiques dans presque toute l'étendue des membres inférieurs. Il n'y a qu'au niveau du pied droit qu'on constatait une abolition complète de la sensibilité à la chaleur. La malade ne distinguait pas le chaud du froid.

Pas de troubles subjectifs à la sensibilité.

Pas de troubles sphinctériens. Menstruation toujours régulière. Atrophie très légère des muscles du membre inférieur droit.

En présence de ces symptômes, le diagnostic de *spina bifida occulta* s'imposait, et il était tout naturel de rattacher à l'existence de cette lésion l'apparition des troubles trophiques des membres inférieurs.

La malade fut d'abord mise au repos et sa plaie pansée aseptiquement ; mais, malgré ce traitement, aucune amélioration ne survint. Je résolus donc d'intervenir chez elle et de voir n'il n'existait pas de brides cicatricielles qui soient comme dans les cas de Jones et de Katzenstein la cause des accidents.

Opération le 16 novembre 1905. Incision médiane partant de la 1^{re} ou 2^e vertèbre lombaire et descendant jusqu'au bord supérieur du sacrum. La peau avait un aspect cicatriciel. Elle était doublée à sa face profonde d'un tissu fibreux résistant, dur à entamer, qui se prolongeait au milieu de la masse sacro-lombaire jusque sur le sac méningien. Je pus me rendre compte alors que ce tissu fibreux s'insérait directement sur les méninges et le canal médullaire.

Je libérai alors le sac méningien sans l'ouvrir et je notai en

faisant cette libération la production de mouvements convulsifs dans les membres inférieurs. Je terminai ensuite par une autoplastie et fermai le canal médullaire par trois plans de suture.

Les suites de cette opération furent bonnes. Du côté de la plaie, la cicatrisation fut obtenue par première intention. Mais les fonctions médullaires furent d'abord assez troublées. La malade ne put uriner spontanément pendant une quinzaine de jours; et la menstruation, qui avait toujours été régulière, fut avancée de quinze jours.

Au bout de quinze jours, tous ces désordres avaient disparu. A ce moment, l'examen de la sensibilité montra une amélioration très manifeste dans la perception des sensations thermiques. L'ulcération plantaire était presque complètement cicatrisée; mais, dès ce moment, je jugeai bon de compléter la première intervention par une ténotomie du tendon d'Achille pour donner au pied droit un meilleur point d'appui.

Cette seconde intervention fut pratiquée le 16 décembre. Un plâtre fut appliqué pendant 18 jours.

Actuellement, on peut constater le résultat obtenu chez cette malade. L'examen de la sensibilité fait ces jours derniers a montré la persistance des modifications obtenues au point de vue de la sensibilité. L'ulcération plantaire est complètement cicatrisée, et, bien que la malade marche depuis trois semaines, elle n'a présenté aucune nouvelle ulcération, ce qui ne s'était pas produit depuis trois ans.

M. GANGOLPHE. — J'ai observé un cas analogue publié par M. Hau.

Il y avait aussi une dépression ombiliquée et même une touffe de poils.

Je crois qu'il faut faire des réserves sur la guérison des maux perforants qui ont été ici influencés d'une façon très heureuse par la ténotomie et le changement des points d'appui du pied.

M. DESTOT. — A propos de cette malformation consistant dans une touffe de poils au niveau de la cicatrice du spina, je ferai remarquer que les anciens semblaient l'avoir divinisée et représentaient les faunes et les satyres avec une petite queue dans cette région lombo-sacrée et une démarche en équinisme exagéré.

*
* *

GROS KYSTE DE L'OVAIRE TORDU.

M. POLLOSSON présente une pièce de kyste de l'ovaire de 11 kilogs enlevée le matin même.

La malade était dans un état de faiblesse extrême. La température était de 39°,3 la veille.

Il a fait prélever du liquide pour vérifier la septicité de celui-ci dans les torsions du pédicule. Car cette tumeur, malgré son énorme volume, offrait cette complication qui est plutôt le fait des tumeurs petites.

*
**

DOUBLE KYSTE DES OVAIRES.

M. PELLANDA présente, au nom de M. VINGENT, des pièces anatomiques ayant trait à la chirurgie ovarienne. Elles ont été recueillies au cours d'une intervention pratiquée il y a cinq jours.

Il s'agissait d'une malade d'environ 45 ans, n'ayant pas encore franchi la ménopause. On avait reconnu chez elle depuis plusieurs années l'existence de tumeurs abdominales à développement continu. Des crises douloureuses de courte durée, une altération progressive de l'état général, de l'amaigrissement, un teint jaune avaient fait songer à la malignité et décidé l'intervention.

On découvrait chez cette malade deux masses volumineuses débordant en haut l'ombilic de trois bons travers de doigt, avec prédominance à droite. L'extrémité supérieure de ces deux masses confondues sur la ligne médiane se montrait échancrée, chacune des cornes présentant par rapport à l'autre une certaine mobilité. Ces masses occupaient toute la partie inférieure de l'abdomen; elles étaient mates, nettement kystiques, sans tension; on percevait difficilement à leur surface une légère crépitation neigeuse. Ascite dans les flancs.

Le toucher vaginal, possible seulement sous anesthésie, montrait un col très élevé, comme avalé; un vagin sensiblement allongé, étiré, et, dans le Douglas, une masse kystique du volume d'un poing continue avec la tumeur droite. Le corps utérin n'était pas perçu.

La laparotomie montra qu'il s'agissait de deux tumeurs à kystes multiples des deux ovaires. La tumeur droite correspondait à l'ovaire droit; la tumeur gauche appartenant à l'ovaire gauche. Ces deux tumeurs, allongées, aplaties sur leur face de contact, s'étaient développées symétriquement, avaient,

au cours de leur évolution, quitté le pelvis où plongeait seul le prolongement de l'une d'elles (la droite), pour se développer dans l'abdomen. Elles avaient étiré, allongé le vagin et l'utérus qu'on découvrait caché, dans le plan sagittal, entre leurs faces internes.

Ces tumeurs avaient un poids total d'environ 5 k. 800, la tumeur droite l'emportant légèrement sur sa voisine. Polykystiques avec un gros kyste prédominant, elles montraient une série de poches vidées, à parois rétractées, épaissies, ayant manifestement, à une époque antérieure, évacué leur contenu dans le péritoine. On peut voir du reste, au cours de l'intervention, une poche du Douglas, occupée dans une étendue grande comme deux paumes de main par un semis de granulations rougeâtres, de *greffes* de la tumeur, rendant possible par la suite une récurrence péritonéale.

L'intervention fut rapide : section au galvano-cautère entre pinces-languettes, puis ligature des deux pédicules utéro-ovariens. Section des larges pédicules qui représentaient pour chacune des tumeurs le ligament large correspondant dans l'aileron supérieur duquel les deux tumeurs s'étaient incluses. Ablation des tumeurs en bloc sans ponction préalable, l'incision de la paroi ayant été suffisamment généreuse. Ligature des utérines. Péritonisation et suture de la surface pelvienne cruentée. L'utérus fut laissé en place. Fermeture de la paroi au catgut et au crin de Florence. Suites opératoires excellentes.

L'intérêt de cette observation est fourni par un certain nombre de particularités. La *bilatéralité* des lésions, quand elle comporte l'existence de deux tumeurs d'à peu près égal volume, n'est pas chose fréquente. L'existence de *kystes* manifestement *rompus* dans le péritoine expliquent très suffisamment la présence dans le Douglas de *greffes péritonéales* constatées sur une assez vaste étendue. Enfin, l'*ablation en bloc*, sans ponction préalable, était recommandée, avant même la constatation des lésions néoplasiques de la séreuse, par l'évolution vers la malignité démontrée par le passé clinique de la malade.

Séance du 8 février 1905.

Présidence de M. VINCENT.

M. VIGNARD, secrétaire, lit le procès-verbal de la séance précédente qui est adopté sans rectification.

*
* *

HYSTÉRECTOMIE POUR SEPTICÉMIE PUERPÉRALE.

M. ALBERTIN présente une pièce d'hystérectomie faite pour parer à des accidents de septicémie puerpérale.

(Voir *Mémoires*.)

M. POLLOSSON. — L'observation de M. Albertin démontre l'utilité de l'hystérectomie dans certaines formes de septicémie. Pour mon compte, je ne suis intervenu que deux fois dans cette circonstance pour des phénomènes de suppuration périutérine. Mais il était impossible d'isoler de l'utérus, par la palpation, une masse abcédée et à l'opération, le tissu phlegmoneux faisait corps sur l'utérus. Ces deux malades ont guéri. En tous cas je n'ai jamais vu de suppuration intra-utérine. Je demanderai seulement à M. Albertin pourquoi il n'a pas fait une hystérectomie totale et tout fermé en faisant une péritonisation. Le risque, semble-t-il, n'eût pas été plus grand, puisque la suppuration était tout entière intra-utérine.

D'autre part, on voit que la température a continué pendant un mois et peut-être eût-on évité cela en fermant tout.

M. ALBERTIN fait remarquer que l'état de l'épiploon et l'écoulement de pus au moment de l'opération ne lui ont pas donné assez d'assurance pour fermer complètement le péritoine.

Il a fait une subtotalaire parce qu'il a voulu aller très vite, étant donné l'état de la malade.

*
* *

FIBROME UTÉRIN DÉVELOPPÉ DANS LE LIGAMENT LARGE ;
UTÉRUS FIBROMATEUX AVEC GROSSESSE DE DEUX MOIS.

M. TIXIER. — Voici une pièce anatomique qui, quoique non exceptionnelle, mérite de vous être présentée. C'est un utérus fibromateux grévide que j'ai enlevé il a huit jours. L'histoire de la malade est intéressante :

Il s'agit d'une dame âgée de 43 ans, à passé génital chargé ; en effet, elle a eu, après sa quatrième grossesse, des suites de couches très graves qui furent certainement dues à une infection puerpérale aiguë. Elle habitait alors l'Alsace et un chirurgien de Mulhouse dut lui faire une large laparotomie médiane pour ouvrir une collection pelvienne. Ce drainage ne fut même pas suffisant, car il y eut une autre poche purulente qui s'ouvrit spontanément dans la vessie. Pendant deux semaines, la malade urina du pus, puis elle guérit au bout de trois mois, au point de mener bientôt à bien une cinquième grossesse. Ceci se passait il y a douze ans.

Pendant quelques années, la santé fut parfaite, la malade se plaignait seulement de tiraillements abdominaux, bien expliqués par l'énorme éventration qu'elle avait conservé de son incision abdominale. Puis les règles devinrent plus abondantes, laissant échapper avec douleurs d'énormes caillots ; à plusieurs reprises la miction fut gênée et on dut sonder la malade : ce fut l'histoire de ces deux dernières années.

Enfin, au mois d'août 1905, à l'occasion d'une rétention aiguë, coïncident avec une véritable hémorragie ; un examen complet fut pratiqué par un chirurgien de Barcelone, qui trouva un fibrome non perceptible alors par le toucher hypogastrique. Ce fut le début d'une nouvelle période de malaises et d'incidents. Les règles devinrent de plus en plus abondantes, les phénomènes de compression vésicale de plus en plus intenses : le médecin qui les surveillait vit rapidement apparaître une grosse tuméfaction au-dessus du pubis, le fibrome se développait rapidement. Au mois de décembre, les règles manquèrent, l'abdomen augmentait toujours de volume.

Je vis la malade vers le 20 janvier, à ce moment on sentait, en déprimant la grosse éventration, formée d'épiploon adhérent dans la portion droite du pelvis, un gros fibrome du volume d'une tête d'enfant, se continuant nettement avec le col utérin. C'était le fibrome bien connu par les médecins qui avaient examiné cette malade.

D'autre part, sur le côté gauche se percevait cette deuxième masse du volume de deux gros poings, qui était molle, résistante, douloureuse et qui, au dire des médecins, augmentait rapidement de volume. Puisque

les règles manquaient depuis bientôt deux mois, je penchai pour une grossesse intra-utérine et je proposai fermement une intervention.

Celle-ci fut pratiquée le 31 janvier ; ce fut une hystérectomie abdominale totale, rendue difficile par le fait de l'ancienne cicatrice de laparotomie à laquelle adhérait largement l'épiploon, l'hémorragie fut relativement intense du fait de la grossesse ; simple drainage vaginal, suites opératoires très normales.

Vous pouvez constater que le gros fibrome était développé sur le côté droit de l'utérus auquel il était attaché au niveau de l'isthme ; il avait dédoublé le ligament large, quant à la grossesse elle était utérine dans un utérus fibromateux.

Ce cas mérite les quelques réflexions suivantes :

D'abord, il est intéressant de constater qu'une femme ayant eu une grosse suppuration pelvienne par infection puerpérale a pu devenir enceinte ultérieurement, et j'ai constaté que son pelvis était libre d'adhérences.

Puis il est curieux de voir qu'un aussi volumineux fibrome à évolution rapide, et qui obstruait presque complètement le canal utérin, n'a pas empêché la fécondation.

Enfin, au point de vue diagnostic de siège de la grossesse, impossibilité matérielle absolue de préciser.

L'intervention abdominale a été seule capable d'éclaircir la situation et elle a mis la malade à l'abri de complications redoutables. Car ou bien elle aurait avorté et comment aurait-on pu délivrer cette cavité utérine ainsi déviée : ou elle aurait conduit sa grossesse à terme et alors c'était une césarienne à pratiquer, car cet énorme fibrome intra-ligamenteux n'aurait jamais laissé passer le fœtus.

M. CONDAMIN. — Je demanderai à M. Tixier s'il n'a pas eu la tentation de faire de la conservation et d'énucléer le fibrome. Je l'avais fait dans deux cas analogues. Dans un de ces cas la grossesse continua, dans l'autre l'avortement survint au 15^e jour.

M. TIXIER ne croit pas que dans les circonstances où se présentait la tumeur, et étant donné l'état de l'utérus, la conservation fût possible.

*
* *

OSTÉO-SARCOME DE L'ÉPAULE.

M. BOUCHUT, interne. — J'ai l'honneur de vous présenter, au nom du docteur Tixier, les pièces provenant d'un homme

mort dans son service. Il s'agit d'un ostéo-sarcome de l'épaule avec généralisation pleuro-pulmonaire.

C'est un homme de 47 ans qui depuis deux ans souffrait de douleurs dans l'épaule droite, sans tuméfaction apparente. Depuis trois mois seulement son épaule a augmenté de volume, en même temps que la douleur est devenue plus intense, surtout la nuit. Au mois de janvier dernier, en tombant de sa chaise, le malade s'est fait une fracture du tiers supérieur de l'humérus qui n'a occasionné que très peu de douleurs. A partir de ce jour le néoplasme semble s'être accru encore plus vite et des phénomènes pleuro-pulmonaires sont apparus. La dyspnée devenant très vive, le malade se décide à entrer à l'hôpital.

A son entrée, tuméfaction volumineuse de toute l'épaule envahissant l'aisselle, les fosses sus et sous-épineuses, le creux sus-claviculaire. La consistance est élastique. Pas de battements ni de souffle. Œdème du membre supérieur correspondant. Le pouls est normal, identique à celui du côté opposé. Pas de troubles nerveux du bras, soit moteurs, soit sensitifs. Myosis droit. Nulle part on ne perçoit de ganglions.

On constate une fracture du tiers supérieur de l'humérus dont il est aisé de mobiliser les fragments. Signes d'épanchement pleural total à gauche. Rien au poumon droit. Toux fréquente. Pas de crachats gelée de groseille. Le malade meurt deux jours après son entrée de phénomènes asphyxiques.

A l'autopsie, énorme ostéo-sarcome ayant envahi le tiers supérieur de l'humérus, l'omoplate et la moitié externe de la clavicule. Tous les muscles de l'épaule sont en dégénérescence sarcomateuse à l'exception de quelques fibres superficielles du deltoïde. L'humérus est fracturé à la partie inférieure de la tumeur, et les deux fragments ne présentent aucune tendance à la réunion.

Aux poumons, à gauche : épanchement hémorragique total ; le feuillet pariétal et le feuillet viscéral de la plèvre sont semés de gros bourgeons sarcomateux formant de véritables chapelets. On en trouve encore sur la face interne du plastron sterno-costal ; la partie superficielle du poumon est également envahie.

A droite, pas d'épanchement. Quelques noyaux sarcomateux pleuraux, pulmonaires, costaux et prévertébraux.

Dans les autres organes, rien de particulier. Le cerveau et la moelle n'ont pas été examinés.

M. TIXIER. — J'ai prié M. Bouchut, mon interne, de vous montrer ces pièces, parce qu'elles sont un beau type de généralisation sarcomateuse. Les lésions pulmonaires sont caractéristiques et ce sont elles qui avaient amené par des troubles dyspnéiques intenses le malade dans mon service.

D'autre part, il est intéressant de voir quel coup de fouet a donné à

l'évolution de ce sarcome la fracture pathologique de l'humérus. C'est à partir de ce moment que la tumeur jusqu'alors inconnue du malade a pris ce développement énorme que vous pouvez constater.

M. GANGOLPHE. — Je demanderai à M. Tixier l'observation complète de ce malade surtout au point de vue histologique.

*
* *

TUMEUR MALIGNE DU COUDE.

M. GANGOLPHE présente une tumeur volumineuse de la région du coude enlevée chez un vieillard de son service. Cette tumeur a évolué pendant une grande partie de l'existence du malade auquel on a pratiqué le matin même l'amputation du bras.

M. POLLOSSON rapporte le cas d'un jeune homme de 19 ans, entré dans le service de M. H. Mollière, chez lequel on crut à un rhumatisme. En quinze jours la tumeur atteignit un développement tel que toute intervention curative était impossible. M. Pollosson pour le soulager l'évida, ce qui atteignit le but, mais le malade mourut au bout d'un mois et demi.

L'examen dénota un enchondrome, et des greffes faites sur des lapins restèrent sans résultat.

Cette tumeur avait l'aspect de celle de M. Gangolphe, et cependant avait évolué avec une rapidité très grande, alors que celle que nous présente M. Gangolphe a eu une évolution inverse, alors que sa structure paraît identique.

*
* *

RÉTRACTION CICATRICIELLE DE LA PAUME DE LA MAIN ET DES DOIGTS; CHIROPASTIE PAR DÉSOSSEMENT ET TRAITEMENT PAR LA MÉTHODE DE M. MARTIN.

M. MOLIN. — J'ai l'honneur de vous présenter au nom de M. Gangolphe et de M. Martin une jeune fille atteinte de rétraction cicatricielle de la paume de la main et des doigts que j'ai opérée et traitée consécutivement suivant leurs indications et procédés.

La malade, âgée de 16 ans, tomba à l'âge de 3 ans sur des charbons ardents qui brûlèrent profondément la face palmaire de la main droite, le médius, l'annulaire et le pouce correspondant.

Aucun traitement préventif des rétractions ultérieures ne fut sans doute institué alors. Lorsque nous examinâmes cette jeune fille, nous trouvons le pouce collé à la paume avec diminution considérable du premier espace intermétacarpien.

La paume de la main, recroquevillée, est occupée tout entière par un tissu cicatriciel qui la fronce concentriquement; l'index, le médius et l'annulaire ont leur première phalange fléchie à angle droit sur la paume. Les articulations de l'index sont relativement mobiles. De même, mais à un degré moindre, celle du médius. Quant à l'index, il est figé dans sa flexion, très atrophié; des adhérences très étendues en profondeur s'opposent à toute mobilisation.

Sur les conseils de M. Gangolphe, nous pensons exécuter des *interventions successives*, une première devant libérer les quatre derniers doigts par le traitement de la rétraction de la paume, une deuxième ayant pour but de rendre la mobilité au pouce.

Nous demandons à la malade de consentir au sacrifice de de l'index, qui, profondément sclérosé, ne sera jamais qu'une gêne au fonctionnement de la main, et dont le revêtement cutané soigneusement disséqué nous permettrait une large autoplastie de la paume de la main.

Sur son refus, nous nous contentons de procéder à la libération de la paume de la main. Une incision superficielle en X permet de procéder à l'ablation totale de tout le tissu cicatriciel jusqu'au niveau des tendons; les doigts, sauf l'index, peuvent alors être étendus.

Pansement à plat. Nous attendons le bourgeonnement de la plaie pour faire de l'autoplastie, suivant la méthode italienne.

Suites très simples; la cicatrisation partie des bords des lambeaux maintenus écartés par le pansement de la main en hyperextension, marche très rapidement. En moins de trois semaines, la plaie est entièrement comblée.

Mais la rétraction réapparaît aussitôt invariable, malgré tous les efforts pour la combattre, difficiles à appliquer en raison de l'hyperflexion de l'index.

La malade consent alors au sacrifice de ce doigt.

Dans une deuxième intervention, la paume de la main est de nouveau réincisée, jusqu'à redressement complet des pre-

mières phalanges de l'index et du médius. Puis on dissèque la peau de l'index suivant le procédé de Bœckel-König (chéiloplastie par désossement); ainsi est obtenu un lambeau très vivant, très étoffé de 5 cent. 1/2 de large sur 7 cent. de longueur, qu'il ne reste qu'à rabattre sur la surface cruentée de la paume de la main.

La tête du 4^e métacarpien, après désarticulation du squelette de l'index, est aussi réséquée suivant le procédé de Dujardin-Beaumetz, afin de diminuer le champ à recouvrir. Le lambeau vient alors naturellement se placer en écharpe sur la paume de la main, son extrémité distale fourchée correspondant à la dissection périunguëale venant constituer l'arête du premier espace intermétacarpien.

Sauf en ce qui concerne le pouce, pas encore assez libéré, le résultat immédiat est parfait; il s'agissait de le maintenir et surtout d'achever l'extension des extrémités des trois doigts restants.

Aussitôt la réunion obtenue, la malade a été confiée aux soins de M. Martin qui, grâce au très simple et très ingénieux appareil que vous voyez, réalisant l'extension permanente des phalanges sur un rouleau mobile, comme point d'appui, a obtenu le résultat que voici.

Seule la flexion des doigts laisse encore à désirer. M. Martin se propose par un appareil à flexion permanente de donner à cette malade le complément des mouvements de ses doigts, qui alors aurait retrouvé leur fonctionnement intégral.

M. MARTIN. — J'ai insisté auprès de M. Molin pour qu'il présente cette malade après trois semaines seulement de traitement, pour bien montrer que la traction élastique *lente et continue* n'est pas toujours une méthode aussi lente qu'on pourrait le croire *a priori*. Il est certainement des cas tenaces où il faut longtemps pour obtenir un résultat; mais je crois que bien souvent, lorsque la méthode est appliquée dans toute sa rigueur, c'est-à-dire sans intermittence, l'amélioration peut être assez rapide. La malade M. Molin en est un bel exemple.

Séance du 15 février 1906.

Présidence de M. VINCENT.

M. VIGNARD, secrétaire, lit le procès-verbal de la séance précédente qui est adopté sans modification.

*
* *

PATHOGÉNIE ET TRAITEMENT DES HYDRONÉPHROSES.

M. ROCHET. — J'ai l'honneur de faire passer sous vos yeux deux pièces d'hydronéphrose, et mon collègue, M. Durand, va vous en présenter trois autres. De l'examen comparatif de ces reins enlevés par néphrectomie, soit primitive, soit secondaire, découlent de très intéressantes considérations que je vous demande la permission de développer devant vous, en mon nom et au nom de M. Durand.

L'un de ces reins, appartenant à un jeune homme de 17 ans, vous apparaît avec les dilatations du bassinet et des calices caractéristiques de l'hydronéphrose à son degré le plus avancé. Mais en outre, chose qui n'est plus du domaine classique de l'hydronéphrose, il est bourré de kystes à sa surface, et dans son intérieur, kystes de très différents volumes, depuis le volume d'un pois jusqu'à celui d'une noix, et donnant au rein l'aspect général d'un rein polykystique. Le contenu de ces kystes est clair dans les uns, un peu louche dans les autres. Ce jeune garçon avait été opéré une première fois, il y a un an environ, pour une énorme tumeur liquide de la région rénale gauche diagnostiquée hydronéphrose, et qui avait peu à peu évolué depuis le tout jeune âge. La tumeur avait le volume d'une grosse tête d'adulte environ. La néphrotomie faite largement

permet d'évacuer plusieurs litres de liquide et elle montra que ce liquide était contenu dans de grandes loges liquides plus ou moins isolées les unes des autres et dont il fallait rompre les cloisons intermédiaires pour bien vider tout le rein.

L'uretère fut recherché au-dessous du rein, disséqué sur une certaine étendue, et parut de grosseur normale, non coudé, non englobé dans des adhérences. On essaya de le cathétériser par l'intérieur du rein ouvert, mais une hémorragie intra-rénale assez forte empêcha de continuer les manœuvres; on dut tamponner le rein et drainer largement par la voie lombaire. On n'avait d'ailleurs pas pu tenter le cathétérisme urétéral, par la vessie, car le malade avait été opéré presque d'urgence, la poche rénale très tendue, menaçant de se rompre dans l'abdomen.

Le malade resta fistuleux pendant près d'un an, quoique le cathétérisme urétéral eût été pratiqué souvent par la suite, du côté de la vessie, et que la sonde s'enfonçât sans obstacle jusque dans le rein ouvert.

C'est pour le débarrasser de sa fistule persistante qu'on enleva le rein par néphrectomie secondaire ces jours derniers.

Le second rein appartient à une jeune fille de 23 ans, qui avait été opérée, il y a quatre ans environ, par mon collègue, M. Albertin, par néphrotomie, et pour une hydronéphrose remontant également à la première période de la vie. Ce rein présente, lui aussi, les dilatations caractéristiques de l'hydronéphrose; mais vous voyez que son parenchyme, rempli de poches multiloculaires à l'intérieur de l'organe, ne présente nullement à la surface et du côté de l'extérieur l'aspect polykystique si remarquable du rein précédent.

La malade resta fistuleuse après la néphrotomie et M. Albertin me pria de tenter sur elle une opération conservatrice du rein, mais curatrice de la fistule. Une seconde opération fut donc pratiquée un an environ après la première et nous réincisâmes le rein. On vit alors que le bassin et le pôle inférieur du rein étaient confondus et transformés en une poche volumineuse formant clapier, car l'uretère découvert à ce moment débouchait à 7 ou 8 centimètres au-dessus d'elle. Cet uretère n'était ni atrophié, ni coudé, ni enserré et une sonde de gros volume fut conduite dans son intérieur en partant du rein lui-même; cette sonde fut poussée dans la vessie, fut attirée ensuite au

dehors de l'urètre, et nous la laissâmes à demeure, comptant par ce cathétérisme longtemps prolongé et assurant l'évacuation du rein, guérir peut-être la fistule.

Malheureusement, quelques jours après l'opération, et lors d'un pansement, un aide ignorant arracha cette sonde avec le pansement lui-même.

Une troisième opération fut décidée quelque temps après, et nous fîmes alors une *urétéro-pyélo-néostomie*, en sectionnant l'uretère un peu au-dessous de son attache rénale, et venant anastomoser son bout périphérique avec une bouche faite sur le point le plus déclive de la poche inférieure du rein. L'uretère avait été fendu au préalable dans le sens de sa longueur, sur une étendue d'un bon centimètre, de façon à mieux l'aboucher avec la poche rénale. Les sutures furent soignées, autant que possible, et une sonde urétérale fut laissée quelques jours dans l'uretère jusqu'au delà de la suture, en la faisant ressortir par la plaie.

Tout parut aller bien pendant les premiers temps de cette troisième opération. Le chiffre quotidien des urines vésicales avait presque doublé et était monté, de 7 ou 800 gr., à 1.200 et 1.500 gr. La séparation des urines, faite un mois après, avait montré de l'urine des deux côtés. Enfin, la fistule rénale semblait vouloir se fermer, et cinq ou six mois après l'intervention, elle ne donnait plus que très peu d'urine; parfois même la malade restait un jour ou deux sans perdre de ce côté; tout faisait espérer une réussite du traitement conservateur. Seul, un point noir subsistait, c'était l'impossibilité de faire pénétrer par la vessie une sonde urétérale jusque dans le rein. La sonde s'enfonçait tout près de la région rénale, puis s'arrêtait là, et nul effort ne parvenait à la faire aller au delà. De multiples essais avaient été faits en vain dans ce sens; elle s'arrêtait toujours près du rein, sans y entrer.

Dans ces derniers temps, la fistule s'était remise à donner avec plus d'abondance et la malade désirant être débarrassée de cette infirmité si pénible à son âge, réclamait une intervention à résultat définitif. Aussi, M. Albertin et moi, nous résolûmes d'enlever le rein, ce qui fut fait il y a un mois environ, et c'est ce rein obtenu par néphrectomie secondaire que je vous présente. Vous voyez que le bout supérieur de l'uretère, coupé et laissé adhérent au bassin, n'est pas du tout

atrophie et est même resté largement perméable à une grosse sonde urétérale. Mais si vous cherchez la trace de l'anastomose urétéro-pyélique, vous ne découvrez rien ; la bouche créée par la troisième opération s'est refermée complètement et l'uretère abouché se terminait en cul-de-sac au-dessous du rein, résultat tout à fait concordant avec les essais de cathétérisme urétéral faits par la vessie.

Un premier point ressort de la première observation et d'une observation analogue que va vous communiquer M. Durand. C'est la possibilité d'une association de kyste du rein avec certaines hydronéphroses. La dilatation énorme du bassinet, des calices ressortissent à l'hydronéphrose ; la dégénérescence kystique (grands et petits kystes) de parenchyme rénal lui-même sont du ressort de l'histoire des kystes du rein. Cette histoire est du reste encore fort embrouillée, et peut-être faut-il admettre pour expliquer ces kystes, isolés ou associés, comme dans nos cas, à l'hydronéphrose vraie, une sorte de malformation originelle de la substance rénale et de ses premières voies d'excrétion ; mais en tous cas, au moins pour les grosses hydronéphroses kystiques que nous avons en vue, une pathogénie toute différente de celle qui a cours pour l'hydronéphrose de petit volume, pour l'hydronéphrose intermittente en particulier, s'impose.

On ne peut pas comparer en effet même au point de vue de la simple apparence, ces *grosses hydronéphroses*, de volume égal à celui d'une tête d'adulte, et davantage parfois, ces énormes dilatations du bassinet, des calices, de la calotte rénale elle-même, avec un parenchyme réduit par places à l'épaisseur d'une feuille de papier, avec bosselures saillantes à la surface du rein et prêtes à crever, avec ces petites hydronéphroses, ces *hydronéphroses en miniature* pour ainsi dire, dans lesquelles la dilatation porte seulement sur le bassinet qui apparaît seulement comme hernié en dehors du hile, dont beaucoup d'ailleurs ne sont peut-être pas de véritables hydronéphroses, et qu'on a décrites en particulier sous le nom d'hydronéphroses intermittentes.

Pour celles-ci, on a invoqué toutes sortes de mécanismes, la ptose primitive du rein coudant l'uretère, les torsions ou compressions urétérales par des brides, par des branches musculaires anormales, etc., etc. Pour les premières, un fait doit nous frapper, et il se montre aussi dans l'observation de M. Durand, c'est

l'intégrité de l'uretère. Ce conduit est largement perméable, il n'est ni coudé ni tordu : ce n'est donc pas sur lui qu'on pouvait faire peser la pathogénie de la lésion rénale. Dans les trois observations aussi, cette lésion semble remonter aux premiers temps de la vie : c'est dès l'enfance qu'ont lieu ces premières manifestations, légères d'abord et bien supportées, puis qui s'aggravent plus tard pour commander l'intervention. Il doit donc y avoir une mauvaise conformation congénitale du rein qui se traduit peu à peu par la dilatation kystique progressive de son parenchyme, par sa transformation en poches multiloculaires, de plus en plus volumineuses, sans qu'on soit obligé de faire intervenir le mécanisme un peu simpliste de la dilatation derrière une *compression* ou une *obstruction urétérale* qui manquent souvent d'ailleurs. Et si plus tard, l'uretère est trouvé s'abouchant un peu trop haut, par rapport au rein et au bassinet, c'est une déformation probablement secondaire, produite à la suite des dilatations intra-rénales et pyéliqués.

Probablement donc, la véritable hydronéphrose avec son type de grosse tumeur, avec l'altération profonde du parenchyme, avec les grosses dilatations du bassinet et des calices, c'est l'hydronéphrose d'origine congénitale ; l'hydronéphrose dite acquise est toute différente et ne reproduit jamais le type accompli de la précédente.

Un second point très important à mettre en relief, c'est l'échec des traitements dits conservateurs pour les grosses hydronéphroses dont nous parlons et qui peuvent réussir pour les petites. C'est encore une raison pour maintenir la division tranchée entre les deux catégories que nous avons essayé d'établir.

Le cathétérisme de l'uretère à demeure ou répété par la voie vésicale, nous a donné deux échecs sur trois observations, y compris celle que M. Durand a fournie. Et sur le malade de M. Durand, on ne pourra pas dire qu'on ne l'a pas laissé assez longtemps ; le malade a gardé sa sonde urétérale pendant plus de quatre mois.

L'uretéro-pyélo-néostomie (faite par l'anastomose terminale il est vrai, et non par l'anastomose latéro-latérale, meilleure semble-t-il pour d'autres observations) n'a pas réussi entre nos mains. Peut-être n'avons-nous pas bien su la pratiquer ? Et cependant nous l'avons faite avec un soin tout particulier.

Tout cela d'ailleurs, sans médire de l'opération si rationnelle de notre collègue et ami M. Bazy, dont le mérite est si grand, d'y avoir songé et qui lui a, ainsi qu'à d'autres, plusieurs fois réussi.

Un troisième point à noter, c'est l'insuffisance des renseignements tirés d'autre source que du cathétérisme urétéral pour savoir si vraiment un abouchement de cette nature fonctionne.

L'augmentation du chiffre quotidien de l'urine vésicale, l'absence de douleur et de signes de rétention ou de plénitude du côté de la poche rénale, la séparation des urines elle-même (1) ne donnent que des renseignements imparfaits. Un seul moyen a été fidèle et reste en l'espèce le vrai moyen de contrôle, c'est le cathétérisme de l'uretère par la voie vésicale.

Fût-elle réussie d'ailleurs, et complètement au point de vue opératoire, que l'anastomose urétéro-pyélique nouvelle ne servent pas à grand'chose, croyons-nous, dans les hydronéphroses de grande envergure que nous avons en vue.

Regardons ces énormes reins polykystiques et multiloculaires ; seront-ils drainés efficacement en changeant l'attache de l'uretère au bassinet ? Evidemment non ; l'anastomose drainera la poche adjacente, la poche la plus voisine même si l'on veut. Que fera-t-elle contre les autres qui ne communiquent même pas avec celle-ci, et dans lesquelles se perpétuera la rétention de l'urine sécrétée par le rein et par lesquelles s'alimentera toujours la fistule ?

C'est pour la même raison d'ailleurs que le cathétérisme à demeure ou répété échoue.

De tout cela découle un enseignement pratique important. Dans ces grosses poches, dans ces reins devenus kystiques, la question du fonctionnement de l'uretère au bassinet n'est plus rien. Il ne faut pas s'attarder à la néphrotomie simple et aux opérations conservatrices. Il faut pratiquer, pour les raisons suivantes, d'emblée la *néphrectomie* : 1° Les difficultés opératoires sont grandes dans les néphrectomies secondaires et n'existent pas dans la néphrectomie primitive ; 2° celle-ci pour les

(1) La séparation peut, dans certaines conditions, sur lesquelles nous reviendrons dans une prochaine communication, laisser accidentellement mélanger les urines d'un côté à l'autre, ne serait-ce que peu de temps, et cela suffit pour tromper.

cas qui nous occupent est bénigne, l'autre rein étant très généralement sain.

M. DURAND. — Je vais, à mon tour, comme vient de vous le dire M. Rochet, vous présenter trois pièces d'hydronéphrose enlevées par néphrectomie.

Voici d'abord celle qui se rapproche le plus des cas de M. Rochet.

Un enfant de 13 ans entre dans mon service, en mars 1905, pour une lésion abdominale qui date à peu près de sa naissance. Depuis son enfance, en effet, il présentait des crises douloureuses revenant tous les deux ou trois mois et durant deux ou trois jours. Elles débutaient par des douleurs lombaires gauches, accompagnées de vomissements et de malaise général. Bien qu'on n'ait pas constaté de modifications du côté de la quantité des urines émises, il y a tout lieu de croire qu'il s'agit là de crises de rétention rénale : hydronéphrose intermittente classique. Il présente depuis un temps indéterminé une volumineuse tumeur lombo-abdominale gauche. Il y a quelques semaines phénomènes de grippe, et depuis ce moment mictions fréquentes, urine albumineuse, altération de l'état général.

A son entrée, on trouve dans la région lombaire gauche, descendant jusque vers le milieu de la fosse iliaque interne une masse volumineuse mate avec bande sonore colique, manifestement fluctuante. Elle atteint presque la ligne médiane, sur son bord interne une échancrure en hile de haricot. Elle donne le ballottement rénal, et a une certaine mobilité latérale et de haut en bas.

La tumeur présenta sous nos yeux, pendant douze jours, des modifications très nettes de volume et parallèlement la quantité des urines de vingt-quatre heures variait de 400 à 1100 grammes.

Le diagnostic d'hydronéphrose congénitale n'était pas douteux.

Nous intervenîmes M. Rochet et moi le 12 avril 1905. Après une incision de néphrotomie, nous arrivâmes sur un rein très volumineux, et la néphrotomie nous conduisit dans une vaste poche contenant de l'urine limpide. L'exploration de cette poche n'y montra nulle part l'orifice urétéral. On recherche alors systématiquement l'uretère, et il nous conduit à une seconde poche qui fut incisée à son tour, et qui était cette fois

le bassinnet. Sa dilatation était faible, il contenait à peine un demi-verre d'urine ; l'autre poche, au contraire, renfermait près d'un litre de liquide. Il n'y avait aucune communication entre les deux cavités, et la plus grande était creusée en pleine substance rénale, dans l'épaisseur de la portion du rein gauche située en avant du bassinnet. Nous étions donc en présence d'une lésion biloculaire, l'une des poches étant pyélique et de volume restreint, l'autre creusée en pleine substance rénale et considérable.

L'exploration méthodique de la partie supérieure de l'uretère y montra une déformation curieuse. Il n'y avait nulle part de rétrécissement, de bride artérielle ou fibreuse, de point adhérent au psoas ou au rein, mais cet uretère présentait une double courbure en S, l'une dans un plan frontal, l'autre dans le plan sagittal. Le calibre de l'uretère n'était pas modifié, une sonde y passa très facilement.

Il n'y avait aucune valvule, aucun obstacle à l'orifice intrapyélique du conduit. En un mot nous ne pûmes rencontrer aucun obstacle capable d'expliquer la dilatation pyélique : il y a donc lieu de supposer, surtout en présence de la poche rénale, qu'il s'agit là d'une malformation congénitale *du rein* et non de l'uretère.

L'uretère repéré, comme il n'y avait ni valvule, ni grosse dilatation pyélique, on pensa qu'il était inutile de faire une opération plastique du bassinnet ou une néostomie ; on se contenta de mettre une sonde dans l'uretère afin de redresser ses courbures et d'obtenir ainsi un écoulement plus facile de l'urine. La poche intra-rénale fut fixée à l'incision, largement ouverte et drainée. Aucun incident post-opératoire. La poche intra-rénale se ferme assez rapidement. La poche pyélique au contraire est maintenue longtemps ouverte et donne lieu à un écoulement abondant d'urine devenue rapidement un peu purulente. Au bout de quelque temps, l'urine vésicale devient trouble à son tour et renferme quelques débris phosphatiques. On se rend compte que l'extrémité vésicale de la sonde urétérale a donné lieu à la production d'un calcul. On passe alors un lithotriteur (juillet 1905) qui ramène la sonde et d'assez volumineuses incrustations calcaires.

Malgré l'ablation de la sonde, la fistule lombaire persiste et donne lieu à un écoulement purulent assez abondant.

On est alors amené à proposer une néphrectomie. Néphrectomie le 11 janvier 1906. Incision sur la cicatrice, Décortication extrêmement pénible du rein qui adhère de tous les côtés au péritoine, au côlon descendant, au pancréas, tout contre la colonne vertébrale. Le décollement dure près d'une heure, est extrêmement pénible; on réussit cependant à le terminer sans ouvrir ni le péritoine ni les organes voisins. On ne peut isoler complètement le pédicule et en faire la ligature; aussi met-on une large pince à demeure. L'exploration de la cavité pyélique montre que son volume a considérablement augmenté, doublé, triplé même depuis la dernière intervention. La poche intrarénale a complètement disparu. La substance du rein est réduite à une coque mince, fortement modifiée, devenue fibreuse, en partie tout au moins. Aucun incident post-opératoire. Rétablissement rapide de la quantité normale des urines. Actuellement (avril 1906), guérison complète.

La seconde observation a trait à une femme de 62 ans (1904), qui avait été opérée par voie abdominale pour une lésion kystique qu'on avait rapportée au pancréas à cause de sa situation abdominale et non lombaire et de ses rapports avec l'estomac et le contenu de l'abdomen. Je la trouvais avec une fistule de l'hypochondre gauche donnant lieu à un écoulement considérable d'un liquide qui n'a jamais présenté de caractères urinaires. Comme cette femme se cachectisait, je fus amené à intervenir, malgré la gravité probable de cette intervention, dirigée, dans mon esprit, contre le pancréas.

Intervention le 7 février 1905. Incision losangique autour de la fistule méthodiquement obturée. Décollement de la zone d'adhérences et pénétration dans le péritoine. Traction de la poche qui l'amène au dehors. Décollement du péritoine qui recouvre la poche et décortication de celle-ci. J'arrive rapidement sur le pancréas; la tumeur est enchâssée dans la queue de cet organe, de sorte que l'origine pancréatique continue à ne faire aucun doute. A ce moment le clivage de la poche n'est plus possible. Je la dissèque à coup de ciseaux dans le pancréas, ce qui provoque une notable hémorragie qu'on arrête par tamponnement.

L'hémostase faite, j'explore la cavité rétro-péritonéale laissée par l'opération et j'y trouve deux cordons tubulés que j'ex-

plore au stylet. L'un est manifestement l'uretère, il me conduit à la vessie; l'autre se dirige en dedans et ne donne lieu à aucun écoulement; j'y engage un stylet qui se dirige vers la ligne médiane et immédiatement je vois jaillir un jet de sang artériel. Le conduit était certainement l'artère rénale allongée, un peu rétrécie, momentanément obturée par un mécanisme que j'ignore, et mon stylet avait cathétérisé l'aorte abdominale. J'étais assez confus d'avoir ainsi sectionné en enlevant un kyste du pancréas, l'uretère et la rénale, et ne trouvais pas dans l'examen de la poche les raisons de ces sections bizarres. Elles me furent fournies par M. Paviot, qui constata que la poche enlevée était manifestement une hydronéphrose et ne pouvait être rapportée au pancréas. Il n'y eut aucun incident post-opératoire. Les suites furent celles de toute néphrectomie et la malade guérit parfaitement. Elle est encore en excellente santé.

La troisième observation présente un intérêt particulier, car il s'agit d'une hydronéphrose calculeuse. On a publié sous le nom d'hydronéphrose calculeuse des cas dans lesquels on avait constaté la présence de calculs dans des poches hydronéphrotiques. Dans notre cas j'ai trouvé le calcul, que je vous présente, engagé dans l'orifice urétéral. Vous pouvez voir qu'il a la forme d'un clou dont la tête était dans le bassinnet et la tige dans l'uretère: il en réalisait ainsi l'obstruction.

Cette malade, âgée de 51 ans, avait eu une hématurie légère il y a cinq ans. Depuis trois ans, elle avait vu se développer dans son hypochondre gauche une tumeur qui, au moment où elle s'en aperçut, avait le volume d'une orange.

Aucun trouble fonctionnel: pas de douleurs, seulement un peu de lassitude dans les exercices pénibles depuis que la tumeur a pris un grand développement.

La malade accuse de la pollakiurie, mais elle a débuté, dit-elle, trois ou quatre ans avant l'apparition de la tumeur. Elle urine une ou deux fois la nuit, le jour toutes les heures.

A son entrée, cette tumeur présente les caractères suivants:

Inspection: Volumineuse tumeur réniforme, occupant tout l'hypochondre gauche, descendant obliquement en bas et en dedans, de sorte que ce qui paraît être le pôle inférieur du rein se trouve contre l'ombilic.

Percussion : Matité lombaire. Sonorité sur la moitié inféro-interne.

Palpation : La tumeur a tous les caractères d'une tumeur rénale. On la mobilise assez facilement, lui faisant même dépasser la ligne médiane. L'urine est trouble, le dépôt renferme de nombreux globules de pus et des cristaux de phosphates ammoniaco-magnésien. C'est donc là un cas d'uro-pyonéphrose.

Intervention : Le 11 août 1905, incision oblique le long de la 12^e côte jusqu'à la crête iliaque. On arrive facilement sur le kyste peu adhérent. Ponction.

Extirpation facile, pas d'adhérences. Ligature du pédicule vasculaire et de l'uretère.

Examen de la pièce : Environ deux litres de liquides dans la poche.

Le rein est dilaté. Les calices sont très dilatés, l'uretère y arrive brusquement sans infundibulum. La substance rénale est réduite à une mince coque.

Guérison en trois semaines.

Ces trois observations sont assez dissemblables ; la dernière présente une pathogénie simple, la présence d'un calcul faisant clapet sur l'orifice de l'uretère démontre péremptoirement l'existence d'une hydronéphrose calculeuse. Il n'est pas douteux, en effet, que ce calcul, de forme si anormale, ait causé la rétention pyélique et amené ainsi la dilatation du bassinet. La poche s'est ensuite infectée, et l'évolution clinique me fait penser que cette infection est de date récente.

C'est là le seul de nos cinq cas qui offre un obstacle manifeste au cours de l'urine. Je ne pense pas que la courbure urétérale du premier malade soit primitive et ait été la cause de la dilatation. Comme l'uretère n'était pas fixé au niveau de cette courbure et que sa cavité était perméable à la sonde, je pense que cette déformation était secondaire et ne pouvait amener de la rétention pyélique. Dans les autres, on n'a rien trouvé qui explique la rétention, et il y a lieu de croire que la dilatation constitue une malformation congénitale du rein lui-même. Je veux insister sur l'observation de mon premier malade, tout le rein était gros, moins par dilatation du bassinet que par la présence d'une poche creusée en plein dans la substance rénale. Ceci est à rapprocher du cas de M. Rochet, où le rein était polykystique.

Au point de vue thérapeutique, nos observations montrent la supériorité de la néphrectomie sur les opérations conservatrices. Dans les trois cas où la conservation a été tentée, elle a échoué, et nous avons été amené à pratiquer des néphrectomies secondaires, opérations pénibles, graves, par conséquent. La néphrectomie primitive, au contraire, est simple et sans gravité, le rein de l'autre côté étant supposé sain. Nous croyons donc que dans les grandes hydronéphroses, la conservation est peu indiquée ; ce sont de grandes malformations rénales qui doivent être traitées par la néphrectomie primitive.

M. GANGOLPHE. — J'ai écouté avec le plus grand plaisir la communication de M. Rochet et je suis heureux de voir qu'il confirme les idées que j'avais eues, à la suite de plusieurs cas de néphrotomie pour hydronéphrose. Là aussi il avait fallu recourir à la néphrectomie ; l'ouverture première n'ayant pu vider les poches multiples qui constituaient le rein.

M. AUBERT. — M. Rochet nous a dit qu'il n'avait pu retirer de l'urine par le cathétérisme, et que cependant la séparation avait donné de l'urine du côté malade. Il y a là une contradiction entre ces deux moyens d'exploration, contradiction que je désirerais voir expliquer.

M. VINCENT. -- Vous venez d'entendre la magistrale communication de M. le Dr Rochet. Après lui avoir adressé de justes félicitations, je me permettrai quelques réflexions pour amorcer la discussion. Je n'ai jamais eu l'idée, quoique conservateur, de recourir à ce drainage urétéral, ni à ces pyélo-anastomoses dont il vient de nous exposer l'insuccès. L'expérience étant faite, il n'y a plus à la renouveler et il faut en revenir à ce que nous faisons et continuons à faire, la néphrectomie. Je dirai tout à l'heure mon opinion sur le moment où il me paraît convenable de la pratiquer.

Je veux tout d'abord dire quelques mots sur la pathogénie ; j'admets une lésion congénitale, j'admets le processus du clou calculeux oblitérant l'urètre à son origine. Mais la pathogénie par ptose me semble contestable ou du moins fort rare. Dans ma longue carrière d'accoucheur, j'ai eu à soigner bien des cas de néphroptose, car la mobilité et l'abaissement du rein, surtout du côté droit, sont choses très fréquentes chez les multipares, ainsi que l'a surabondamment démontré le travail de M. Frantz Glénard, dont le souvenir persiste parmi nous. Eh bien ! je déclare que je n'ai jamais observé de cas d'hydronéphrose succédant à la néphroptose ; celle-ci peut seulement la favoriser s'il existe une prédisposition congénitale qui est encore mal définie. J'ai remarqué dans les crises de déplacement du rein, au début, une tuméfaction de cet organe avec de la douleur et des réactions

nerveuses plus ou moins intenses. Quelquefois j'ai vu de l'albumine suivre la crise et celle-ci disparaître par la réduction du rein et le repos au lit. C'est une simple albuminurie transitoire; critique, par congestion du parenchyme rénal. Est-il hors de propos de faire jouer à la tuberculose un rôle pathogénique dans la distension des calices et du bassin? La tuberculose détermine parfois une oblitération de l'uretère qui crée une sorte d'hydronéphrose avec fièvre et sans suppuration périnéphrétique.

J'ai observé une fois un envahissement de l'uretère tel qu'il avait presque le volume du petit doigt. Je n'eus pas l'audace d'extirper cet uretère jusqu'à la vessie; c'est à cela sans doute que nous devons une fistule qui s'est ouverte après cinq ans de guérison consécutive à la néphrectomie. Je suis partisan de la néphrectomie, mais pas de la néphrectomie primitive. Je crois qu'il est imprudent d'extirper d'emblée ce qui reste du rein, lorsqu'on n'est pas sûr de l'intégrité de son congénère. La durée de la fistule met sur la voie des probabilités touchant l'existence d'une poche unique ou d'une poche multiple; l'une tendant à fermer, l'autre se montrant rebelle.

On ne s'expose pas avec la néphrectomie secondaire à faire un sacrifice inutile. On a plus le temps de se rendre compte de l'état de l'autre rein. D'autre part, vouloir extirper d'emblée au milieu du pus, c'est exposer son malade à l'infection.

La néphrectomie secondaire espace le choc opératoire et permet d'agir sur un champ plus restreint et sur un terrain plus aseptisé. J'ai pratiqué la néphrectomie secondaire un temps plus ou moins long après une néphrotomie d'urgence en pleine suppuration et n'ai jamais perdu d'opéré.

M. ALBERTIN. — J'ai pu constater, au cours de l'intervention faite avec M. Rochet, combien devrait être précaire la néostomie, car l'uretère est mince, fragile, le rein est gros, friable et on a là un très mauvais terrain pour des sutures minutieuses. Il faut, semble-t-il, faire d'emblée toutes les constatations concernant le rein et si l'on trouve une poche descendant très bas, il ne faut pas compter sur la rétraction de ces poches et néphrectomiser d'emblée, car la néphrectomie secondaire, en raison des adhérences, est pleine de difficultés et de dangers, en raison aussi du voisinage d'organes importants et de la cavité péritonéale que l'on ouvre presque fatalement.

Il faut, autant que possible, garder des fragments de la capsule afin de garder de l'étoffe pour fermer la grande cavité péritonéale.

M. DURAND. — Si nous nous en tenons aux pièces que nous vous avons présentées, M. Rochet et moi, il est facile de voir que nous n'avons eu à lutter que contre d'énormes poches, de grandes hydronéphroses.

Nos cas ne ressemblent en rien aux petites dilatations du bassinet, sans rétention vraie, qu'on observe parfois dans le cours de la néphropexie. J'ai fait autrefois un nombre assez considérable de néphropexies, j'ai souvent cru constater que le bassinet paraissait un peu large, je n'ai jamais trouvé de rétention. Je veux à ce propos faire remarquer que j'emploie le mot « paraissait », je ne dis pas était : cette réserve est imposée par le fait que nous ne connaissons que très mal les dimensions du bassinet normal sur le rein sain vivant ; il peut bien n'avoir pas entièrement l'aspect du bassinet du cadavre sans que nous puissions le savoir.

Je dois ajouter que j'ai toujours cherché inutilement le syndrome hydronéphrose intermittente ; je ne l'ai jamais trouvé.

Je me demande du reste si le rein mobile est bien réellement une cause fréquente d'hydronéphrose. On a fait à ce sujet un raisonnement assez spécieux : expérimentalement, dit-on, on obtient l'hydronéphrose en créant un obstacle urétéral. On a immédiatement conclu que l'hydronéphrose avait pour cause un obstacle urétéral. Je crois qu'on a eu tort, non seulement on a fait là une grossière erreur de raisonnement, mais encore on méconnaît des faits très probants. Dans nos cas, par exemple, on trouvait l'uretère parfaitement perméable. Sur un de mes malades, l'uretère était bien coudé, mais ces coudures étaient à grand rayon et le cathéter passait très facilement. Je ne crois pas qu'on puisse expliquer mes faits par les lésions de coudures constatées sur l'uretère.

Nous croirions plus volontiers que cette hydronéphrose à grande poche se rapporte à une malformation rénale primitive. La malformation du reste peut ne pas porter sur ce seul bassinet. M. Rochet nous a montré que la substance d'un des reins qu'il vous a présentés offrait une dégénérescence polykystique très spéciale.

Sur l'un de mes malades, nous avons de même constaté l'existence d'une grosse poche en pleine substance rénale, à côté d'une dilatation du bassinet. Ces kystes me semblent bien se rapporter à une malformation spéciale. Elle diffère à mon avis du rein polykystique ordinaire. Dans ces derniers cas, en effet, j'ai pu voir que le bassinet n'était pas sensiblement dilaté, en tout cas était sans rétention.

Nous croyons donc que si le rein mobile est capable de donner de petites dilatations, les grosses hydronéphroses ont pour cause une malformation congénitale.

Il est intéressant de rappeler que l'uretère de nos malades, sauf dans notre cas d'hydronéphrose calculeuse, était parfaitement perméable. Nous avons même pu constater à ce propos un fait intéressant. Chez le petit malade de mon service que nous avons néphrectomisé il y a quinze jours, nous avons trouvé, à la première intervention, un uretère sain, recevant sans difficulté une sonde de bon calibre. Nous avons laissé cette sonde à demeure, permettant ainsi un drainage complet de l'urine, et constaté lors de la néphrectomie que l'uretère était resté perméable. Or

nous avons pu voir au moment de la deuxième opération que la poche pyélique avait au moins doublé de volume, résultat incompréhensible si l'on ne songe qu'à l'influence de l'obstacle urétéral. Il y a donc autre chose que cet élément, et le traitement des grandes hydronéphroses ne peut consister seulement à supprimer ou à tourner cet obstacle. Nos observations démontrent que ce traitement conservateur ne suffit pas et qu'on est amené, en fin de compte, à supprimer la poche.

Ne vaut-il pas mieux dès lors commencer par là ? La néphrectomie primitive est simple, facile, bénigne, la néphrectomie secondaire est extrêmement difficile, elle dure volontiers une heure ou une heure et demie ; elle est délicate, on décolle péniblement, parfois on avarie le péritoine, on est mené contre l'aorte, le pancréas, bref, on fait une opération qui peut être grave. Il faut drainer largement et le traitement post-opératoire est ainsi très long. Bref, elle est peu séduisante, et je lui préfère de beaucoup la néphrectomie primitive qui pourrait bien devenir, si nos résultats se confirment, le véritable traitement des grosses hydronéphroses.

M. GANGOLPHE rappelle que M. Ollier pour un cas de néphrectomie secondaire avait recouru à la néphrectomie sous-capsulaire qui constitue un très bon procédé.

M. ROCHET. — Je répondrai à M. Aubert que je n'ai pas fait la séparation au cystoscope, je ne puis donc pas dire que la séparation faite avec le séparateur de Luys avait été parfaite, et c'est sans doute à l'imperfection de la méthode que j'ai dû d'avoir un résultat paradoxal.

Pour ce qui concerne la néphrectomie secondaire, MM. Albertin et Durand se sont chargés de dire qu'elles étaient les raisons qui me la faisaient rejeter.

Je la rejette surtout pour ces énormes hydronéphroses, grosses comme une tête d'adulte et dont on ne peut espérer la guérison.

L'état de l'autre rein n'a pas lieu d'inquiéter, car en dehors de la tuberculose, il n'y a pas de raison pour que l'autre rein ne soit pas en bon état.

D'ailleurs la statistique montre que la néphrectomie primitive dans ces cas d'hydronéphrose donne une mortalité qui ne dépasse pas 4,5 %.

Si je n'ai pas insisté davantage sur toutes les pathogénies de l'hydronéphrose, c'est que la question est très complexe et que je n'avais l'intention d'aborder que certains côtés de cette question.

Séance du 22 février 1906.

Présidence de M. VINCENT.

M. VIGNARD, secrétaire, lit le procès-verbal de la précédente séance.
(Adopté.)

A propos du procès-verbal :

HYDRONÉPHROSE.

M. VINCENT. — La discussion fait, dit-on, naître la lumière ; je crois que cela est vrai, en ce sens que mes réflexions ont obligé MM. Rochet, Durand et Albertin à accentuer leur plaidoyer en faveur de la néphrectomie primitive pour l'hydronéphrose.

Ils ont franchi bien vite la distance entre les procédés conservateurs et l'intervention radicale. Je leur ai signalé la conduite intermédiaire : néphrotomie d'abord, puis continuer à bien étudier son malade et en venir à la néphrectomie secondairement lorsqu'on est en possession d'un diagnostic ferme.

Si je ne puis retenir mes jeunes collègues en ce qui regarde les hydronéphroses pures avec kystes ou loges multiples, j'espère qu'ils se hâteront moins dans les cas de suppuration, de tuberculose rénale, de cachexie prononcée.

La séparation des urines et leur analyse différentielle, le cathétérisme urétéral, la cystoscopie permettent aujourd'hui de s'assurer mieux de l'état des deux reins et de l'existence d'un seul ou de deux reins ; mais la clinique et la temporisation ne doivent pas perdre leurs droits.

*
* *

SUR TROIS CAS DE TUBERCULOSES INTESTINALES GUÉRIES PAR DES OPÉRATIONS PALLIATIVES.

MM. BÉRARD et PATEL. — Les trois observations nouvelles de tuberculoses chirurgicales de l'intestin que nous rapportons

aujourd'hui offrent un intérêt tout particulier, soit en raison de la forme et de la nature des lésions, soit à cause des opérations qui ont été pratiquées pour elles et les résultats vérifiés anatomiquement dans deux cas.

OBSERVATION I.

RÉSUMÉ : *Antécédents tuberculeux. — Phénomènes de contractions spasmodiques de l'intestin. — Laparotomie simple. — Amélioration considérable.*

S. B..., religieuse, 38 ans.

Antécédents héréditaires : Père atteint de bronchite depuis de longues années. Mère bien portante. Trois frères : l'un est mort tuberculeux pulmonaire, le second vient d'être réformé pour des lésions suspectes du poumon, le troisième se porte bien. Cinq sœurs assez bien portantes.

Antécédents personnels : La malade a toujours été faible et a toussé beaucoup ; ses crachats sont muco-purulents, jamais teintés de sang. Il y a deux ans, bronchite assez intense, considérée comme suspecte et s'accompagnant d'albuminurie presque constante et de températures inverses. L'albuminurie persista après la bronchite.

L'affection actuelle a débuté en juillet 1905 par des crises de *diarrhée* ; cinq à six selles par jour, sans douleur. Les matières ne contenaient pas de sang, pas de débris membraneux. Cet état dura six à sept semaines. La malade alla faire ensuite un séjour d'un mois à la campagne, où elle suivit un régime reconstituant (viande blanche, lait, œufs), mangeant souvent et peu à la fois. Son appétit restait ce qu'il avait toujours été.

C'est à ce moment qu'après la diarrhée survint la *constipation*. En même temps s'installèrent de violentes douleurs intestinales, occupant tout le ventre ; la paroi était en hyperesthésie profonde. La malade avait des sensations de tiraillement ; les anses intestinales semblaient attirées en haut et se contractaient en redescendant. Ces sensations correspondaient à des mouvements de contractions véritables, très intenses, visibles à travers la paroi, survenant par accès douloureux qui duraient parfois toute la nuit et persistaient une partie de la journée.

Au début, ces crises furent extrêmement douloureuses et causèrent un état névropathique très manifeste. La constipation était très marquée ; la malade n'allait à la selle que sous l'influence des lavements d'huile et des purgations à l'huile de ricin ; une selle par jour, non douloureuse, avec des matières granulées, petites et dures.

Il n'y avait pas d'autre trouble fonctionnel. La température oscillait entre 38°,2 et 37°,8, avec maximum le soir. La perte de poids était régu-

lière : en juillet, la malade pesait 60 kilogs, en octobre ce n'était plus que 55 kil. 500.

M. Mollard, qui avait jusque là dirigé le traitement de la malade, demanda l'avis de M. Bérard, qui conseilla une intervention, pensant qu'il existait des lésions tuberculeuses de l'intestin, causé de sténoses ou de spasmes.

Intervention le 18 novembre 1905 (M. Bérard).

Laparotomie médiane sous-ombilicale : vascularisation très grande de la paroi. La cavité péritonéale ne renferme pas de liquide. L'intestin apparaît entièrement libre, un peu congestionné, surtout vers la fin de l'iléon. Le péritoine qui le recouvre est moins lisse que le péritoine pariétal. Pas de granulations tuberculeuses ni de tractus fibrineux. La région iléo-cæcale est repérée tout d'abord ; il n'y a aucune modification d'aspect et de calibre. L'appendice est sain.

Le reste de l'intestin grêle paraît en certains points plus congestionné, en d'autres presque blanchâtre. Il n'y a pas de rétrécissements véritables, constitués, mais un état spasmodique de certains points.

On peut voir directement, en étalant l'intestin sur une compresse, une sorte de péristaltisme localisé très prononcé ; et l'intestin semble alternativement étranglé et dilaté. Certains de ces rétrécissements se produisent sous le doigt et persistent un certain temps, assez serrés pour oblitérer le calibre de l'intestin. Ces phénomènes sont surtout nets vers la fin de l'iléon, dans la zone où l'intestin est le plus congestionné, et dont le mésentère présente une infiltration ganglionnaire des plus nettes.

Suites opératoires.— Dès le lendemain de l'opération, la température a repris son type inverse, sans écarts supérieurs à 37°,2, 38°,3. La plaie se cicatrise normalement ; mais le soulagement n'est pas immédiat. La constipation a persisté ; les accès douloureux, avec les contractions intestinales sont revenus au bout de trois semaines, même plus intenses qu'avant l'intervention. L'amaigrissement a continué. L'auscultation révèle des signes certains de tuberculose des sommets. Seulement l'albuminurie a disparu. La malade semble décidée à une nouvelle intervention, que l'on diffère cependant à cause de l'inconstance des crises péristaltiques et de l'absence de toute tuméfaction fixe, à l'examen de l'abdomen.

Le 15 décembre 1905, départ pour l'hospice Sainte-Eugénie. Très rapidement alors le spasme cède et les douleurs s'atténuent ; la malade est revue le 8 janvier en excellent état général ; actuellement elle a engraisé de près de 3 kilogs.

Bien que l'on n'en ait aucune preuve directe certaine, on doit admettre qu'il s'agit ici de spasmes intestinaux causés

par des ulcérations tuberculeuses superficielles. Ce cas n'est pas isolé, et c'est ce qui donne à cette hypothèse plus de force. M. Bard a signalé un fait analogue (*Semaine médicale*, 1903). Les phénomènes d'occlusion étaient tels que l'on intervint, et à l'autopsie, faite quelques semaines plus tard, on ne trouva aucun obstacle mécanique, mais une simple ulcération. M. Cherjean, sous l'inspiration de M. Bard (thèse de Genève, 1905-1906) a rassemblé huit observations analogues. La laparotomie seule suffit à faire cesser tous les phénomènes spasmodiques; la guérison définitive est fonction du degré des lésions tuberculeuses.

OBSERVATION II.

Tuberculose iléo-cæcale, forme ulcéreuse progressive. — Signes de sténose. — Exclusion unilatérale avec abouchement iléo colique (à la fin du côlon descendant).

C. C..., âgée de 26 ans, lingère, entre à l'hôpital de la Croix-Rousse, salle Sainte Catherine, service de M. Bérard, le 25 août 1905, avec le diagnostic de colique appendiculaire.

Dans ses antécédents héréditaires, on note les faits suivants : son père est mort de bacillose pulmonaire, la mère est morte d'une affection abdominale de nature indéterminée. Un frère mort à l'âge de 26 ans de bacillose pulmonaire.

Personnellement, la malade a eu une scarlatine dans l'enfance; elle a eu différents maux d'yeux et d'oreilles. Régliée à 13 ans 1/2, jamais très régulièrement. Anémie très prononcée à la puberté.

Il y a un an, la malade a eu un vomissement de sang qui a été mis sur le compte d'une lésion stomacale. La malade dit avoir toujours été très faible; elle s'enrhume très facilement, tousse souvent depuis deux ans.

Aujourd'hui, elle se plaint de souffrir principalement dans la fosse iliaque droite; elle a ressenti, à ce niveau, il y a quinze jours, une douleur violente, subite, accompagnée de vomissements alimentaires et bilieux coïncidant avec un météorisme abdominal prononcé : des cataplasmes chauds, appliqués régulièrement pendant trois jours, calmèrent un peu les souffrances; celles-ci se montraient à intervalles irréguliers, sous forme de coliques douloureuses. Les vomissements ont disparu; il persiste une constipation opiniâtre.

La malade a un facies légèrement amaigri, le teint est blanc; les yeux sont excavés, le corps est menu.

L'examen de l'abdomen ne montre pas de ballonnement. Au niveau de la fosse iliaque droite, la palpation permet de sentir une masse dure, sorte d'empâtement profond, douloureux à la pression. Il s'agit, à n'el

pas douter, de la région iléo-cæcale ; la tuméfaction n'est pas mobile. A son voisinage, on obtenait un clapotage manifeste. On arrive alors à reproduire une colique douloureuse, caractérisée par un météorisme généralisé peu marqué, pas de bruits musicaux ; le péristaltisme existe à ce moment, mais peu marqué.

Le toucher vaginal est négatif.

La malade n'a pas de lésions pulmonaires manifestes. Pas d'albumine. La température est de 37°,3 le matin, 37°,4 le soir.

La malade est mise au repos absolu, de la glace est appliquée sur l'abdomen : les douleurs persistent. La tuméfaction ne diminue pas.

Intervention le 31 août 1905 (M. Patel). Laparotomie sur le bord externe du droit. Après ouverture du péritoine, on aperçoit, très nettement, plaquée contre la paroi postérieure de l'abdomen, le cæcum et la terminaison de l'intestin grêle, agglomérés. Un fin semis de granulations est aperçu sur leur surface extérieure. Le cæcum est dur, immobile ; le mésentère est infiltré, sans ganglions à son intérieur. En raison de l'état général plutôt précaire de la malade, et surtout de la fixité absolue de la région malade, on renouça à une extirpation.

Repérant exactement l'intestin grêle et le cæcum, on sectionne le premier à 20 cent. de la valvule de Bauhin, en plein tissu sain. On ferme le bout regardant le cæcum et on abouche l'intestin grêle dans la partie terminale du côlon descendant. Les deux anses intestinales sont rapprochées avec la plus grande facilité ; l'anastomose est faite au bouton de Jaboulay. Fermeture de la paroi à trois plans.

Suites opératoires. — La malade n'eut aucune réaction péritonéale bien nette, sauf les deux premiers jours, où elle ressentit quelques légers élancements, vite calmés par la morphine. Dès le troisième jour, les douleurs cessaient pour ne plus reparaitre. Il n'y eut à aucun moment d'élévation thermique.

Elle sortait peu après de l'hôpital, l'état général n'était pas encore très bon à ce moment, il s'améliora vite. L'appétit revint ; les repas étaient nombreux, mais peu abondants. La malade avait augmenté de 1 kilog. 500 (par rapport à son poids antérieur à l'entrée) en très peu de temps ; cependant il y avait toujours des douleurs dans le flanc droit, bien moins vives, il est vrai, mais persistantes.

La malade fut examinée plusieurs fois de très près, dans le courant d'octobre et novembre ; la palpation permettait de reconnaître une diminution progressive de la tuméfaction, le ventre était souple, non douloureux, mais les douleurs survenaient pendant les périodes digestives. La malade, à la fin de novembre, était enceinte de deux mois.

L'idée d'une seconde intervention lui avait été soumise dès sa sortie de l'hôpital.

En ne s'en tenant qu'aux signes physiques, rien ne pressait, on ne

trouvait plus, au commencement de décembre, qu'un peu d'empâtement diffus de la fosse iliaque droite, sans tumeur cæcale délimitable, mais les douleurs étant très vives, et, une grossesse débutante pouvant aggraver considérablement la lésion, une opération fut conseillée et acceptée, pour extirper, s'il y avait lieu, le segment intestinal malade.

Entrée à l'hôpital de la Croix-Rousse, service de M. Bérard, le 12 novembre 1905. On peut observer que les coliques douloureuses apparaissent en même temps que les contractions intestinales se montrent sous la paroi abdominale; le maximum de la douleur est situé dans la fosse iliaque, surtout celle de droite. L'abdomen est un peu météorisé.

L'état général est satisfaisant. Pas de température. Un peu d'obscurité au sommet gauche. L'utérus est gros, mou; il y a une grossesse d'un mois et demi.

Deuxième intervention, 15 décembre 1905 (M. Bérard) :

Incision sur le bord externe du grand droit, du côté droit, suivant le tracé de l'ancienne cicatrice, la paroi est très vascularisée. On rencontre immédiatement au-dessous du péritoine pariétal une solide adhérence de l'épiploon à la paroi, elle est sectionnée. La terminaison de l'intestin grêle, le cæcum tout entier sont découverts, attirés à l'extérieur très facilement. Il n'y a ni fausses membranes, ni épaissement de la paroi, à peine la séreuse est-elle un peu plus dépolie. Le segment d'intestin grêle adjacent au cæcum, formé en bourse, pour l'exclusion unilatérale, qui a été pratiquée, est entièrement normal. L'anastomose iléo colique est vérifiée, elle tient très bien; il n'y a pas de rétrécissement; on enlève un fil de soie qui avait servi à la suture. En relevant le cæcum, on découvre l'appendice, en position rétro-cæcale, adhérent à la face postérieure du cæcum au moyen de quelques brides. Extirpation de l'appendice, dont la paroi est assez épaisse et vascularisée. On referme la paroi abdominale.

Suites opératoires. Elles furent très simples, il n'y eut pas de réaction péritonéale; les douleurs persistèrent quelques jours, puis disparurent.

La malade est soumise à l'examen de M. Trillat, au point de vue obstétrical; la grossesse est certaine. M. Mollard, ayant examiné les poumons de la malade, déclare que les lésions ne semblent pas en évolution rapide et insuffisante, en tout cas, pour justifier l'accouchement prématuré. La malade est renvoyée chez elle en excellent état.

Examen de l'appendice (dû à M. Paviot). « Sans que l'on puisse affirmer la nature de sa lésion, cet appendice est malade. Sur un des points de la coupe, les glandes ont disparu, remplacés par un fort épaissement, constitué par une nappe de cellules rondes; dans cette nappe se creusent des espaces, et elle prend, au contact de cette perte de substance, un aspect vitreux. En certains points de la périphérie, une substance hyaline envahit la couche musculaire externe. Enfin tout autour sont des vais-

seaux, des lacs sanguins. Dans les portions où les glandes sont en place, la couche des follicules repose sur une sous-muqueuse sclérosée et munie de pelotons graisseux. »

OBSERVATION III.

RÉSUMÉ. — *Poussée de granulie péritonéale ; tuberculose entéro-péritonéale secondaire :*

- 1^o *Intervention (4 novembre 1903). Laparotomie simple. Symphyse viscéro-viscérale et viscéro-pariétale ;*
- 2^o *Intervention (18 avril 1904). Libération d'une anse intestinale rétrécie en plusieurs points et tordue sur son axe ;*
- 3^o *Intervention (12 février 1906). Cure de l'éventration. Constatation anatomique de la guérison.*

D. C..., âgée de 21 ans, entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon, salle Saint-Pierre, le 1^{er} novembre 1903, service du Prof. Jaboulay : elle vient du service de M. Roque, où elle fut traitée, sans résultat pour des troubles abdominaux.

Les antécédents héréditaires sont nuls.

Personnellement, la malade a eu une enfance assez chargée en maladies (rougeole, scarlatine, bronchites à répétition).

Depuis plusieurs années, elle se plaignait de constipation douloureuse, sans alternative de diarrhée, avec des douleurs localisées dans l'abdomen, douleurs très vives, l'obligeant à s'arrêter parfois, il n'y eut jamais de vomissements.

Règles régulières depuis l'âge de 14 ans.

En septembre 1903, elle éprouva, pendant huit jours, une constipation opiniâtre, avec vomissements, céphalée, épistaxis ; la température devint très élevée et se maintint telle pendant plusieurs jours, si bien que le médecin traitant l'adressa à l'Hôtel-Dieu, avec le diagnostic de fièvre typhoïde. La malade prit 4 bains tièdes, les symptômes aigus s'altérèrent sans disparaître toutefois ; les douleurs abdominales persistèrent ; l'observation fut prolongée un mois et demi ; pendant cette période, on s'aperçut de l'apparition d'une tuméfaction abdominale, c'est alors que la malade fut transférée dans le service du Prof. Jaboulay.

On constatait à ce moment un léger météorisme de l'abdomen. La palpation laissait percevoir une tuméfaction occupant la moitié de l'abdomen, dans la région ombilicale, elle était dépressible, douloureuse ; on réveillait des frottements péritonéaux très nombreux et très secs ; matité en damier. Cette masse était mobile sur les plans profonds, on avait l'impression très nette que des anses intestinales occupaient sa surface, on en percevait le péristaltisme avec la main.

Le toucher vaginal démontra l'existence de prolongements, dans le Douglas, en rapport avec la tumeur abdominale.

Deuxième intervention, 4 novembre 1903 (M. Jaboulay) :

Incision sous-ombilicale médiane, paroi très vascularisée. Le péritoine pariétal était très épaissi, sa surface interne est dépolie.

On constate que les anses intestinales, immédiatement sous-jacentes à la paroi sont agglutinées entre elles et avec la paroi ; granulation sur la surface péritonéale. Aucune exploration, aucune manœuvre de libération n'est pratiquée. Fermeture de la plaie.

Les suites opératoires furent des plus simples du côté de l'inversion abdominale.

Le 15 novembre, la malade prend des accès fébriles, intenses, à type inverse ; on ne constate du côté de l'abdomen aucune modification de la tuméfaction.

Renvoyée dans le service de médecine M. Roque, elle y demeura jusqu'au 7 mars 1904 ; on vit pendant le mois de février la tumeur disparaître de temps en temps, et pendant ces périodes, la malade se trouvait mieux, allait plus régulièrement à la selle. On l'envoya à la maison de convalescence de la Croix-Rousse ; son état général redevint meilleur ; mais l'état local se modifie ; la tuméfaction augmenta beaucoup, la constipation réapparut.

Deuxième séjour, 18 avril 1904.

La malade entre à la salle Saint-Pierre, service du Prof. Jaboulay, suppléé par M. Bérard. On constate de chaque côté de la cicatrice un œdème, et, bridée par elle, une tumeur à contours imprécis, allongée dans le sens transversal, adhérente à la paroi, relativement dure. Il n'y a pas de péristaltisme au-dessus et au-dessous d'elle ; il y a seulement un peu de tumeur et de ballonnement, tout autour d'elle à certains jours.

Quelques signes pulmonaires : les autres viscères sont sains, pas d'albumine. Température 37°8 matin et soir.

Deuxième intervention, 20 avril 1904 (M. Bérard).

Incision au niveau de l'ancienne cicatrice ; on détache, avec beaucoup de peine, une masse inflammatoire, adhérente à la paroi. On découvre tout d'abord un rideau épiploïque, infiltré de tuberculose, et à son intérieur, une anse intestinale, dont on peut dérouler péniblement, en s'aidant des ciseaux, d'une longueur de 40 centimètres, mais que des brides, très adhérentes, blanchâtres, ne saignant pas, très dures, pelotonnent en tous sens. Ces brides forment comme autant de bagues circulaires, qui s'incrument dans la paroi intestinale. On dirait que l'intestin forme un chapelet à gros grains enfoui dans une gangue de tissu épais, mou par places, dur en d'autres points, semé de tuberculose. Ailleurs, l'anse intestinale est coudée et tendue sur son axe, et sur la paroi épaissie se dessinent des tubercules guéris. Après section des brides, on peut libérer l'anse

intestinale, en sculptant les anneaux fibreux qui englobent ses parois, et faire l'enfouissement de larges surfaces dénudées au niveau desquelles la tunique musculaire de l'intestin est rétractée et semée de granulations. On découvre ailleurs, surtout dans le petit bassin, et même au niveau du péritoine sus-ombilical, d'autres adhérences semblables qui masquent les organes génitaux et qui sont tellement nombreuses et épaisses que l'on ne poursuit pas la libération. Il s'agit de tuberculose entéro-péritonéale, avec rétrécissements bacillaires fibreux multiples, dont quelques-uns seulement ont pu être sectionnés.

Les *suites opératoires* furent simples : il y eut cependant une légère réaction péritonéale avec des oscillations thermiques jusqu'à 38°6, et une constipation qui ne donna cependant de l'inquiétude à aucun moment et céda au bout de quelques jour à des lavements huileux.

La malade part en convalescence à la Croix-Rousse au bout de vingt jours.

Elle peut reprendre son travail de domestique au bout de deux mois. Il ne lui reste que des pesanteurs dans l'abdomen et une large éventration pour laquelle vient à l'hôpital de la Croix-Rousse, le 24 janvier 1906. L'examen de l'abdomen le montre souple, indolore, sans péristaltisme ; on ne perçoit plus aucune masse épiploïque. Le toucher rectal, à défaut du toucher vaginal impossible (hymen) ne révèle aucune lésion interanexielle.

L'état général est bon, il n'y a pas de lésions pulmonaires. Il n'y a ni constipation ni diarrée.

Troisième intervention, 12 février 1906 (M. Bérard). Fait la cure de l'éventration. A l'ouverture précédente du péritoine, on constate que les anses intestinales sont reliées à la paroi par des anses faibles ; après leur libération, on voit que l'intestin est redevenu à peu près normal ; il n'est pas dépoli, à peine un peu plus congestionné que normalement. On retrouva çà et là de petits tubercules, jaunâtres, durs, presque crétacés. Il n'y a aucun rétrécissement ou vice de position de l'intestin, dont le calibre paraît uniforme ; l'exploration du pelvis est négative.

La guérison des lésions tuberculeuses est donc complète, aussi bien pour l'intestin que pour le péritoine.

Ces deux dernières observations ont trait à deux variétés de tuberculose entéro-péritonéale, différentes par leur étiologie : dans l'observation II, l'origine est intestinale ; dans l'observation III, elle est péritonéale.

Ce qu'il y a de remarquable, c'est la disparition des lésions, constatées non pas seulement au point de vue clinique, mais au point de vue anatomique. Des opérations palliatives, détournant le cours des matières (exclusion unilatérale de l'obs. II),

en supprimant les phénomènes de sténose (débridement des anneaux cicatriciels de l'obs. III) ont suffi à amener une guérison que l'on est en droit de dire complète.

*
* *

L'APPENDICECTOMIE A FROID APRÈS LES POUSSÉES AIGUES
AYANT DONNÉ LIEU A ÉVACUATION D'UN ABCÈS PELVIEN.

M. DURAND. — Je ne veux traiter ici qu'un très petit point de l'histoire thérapeutique de l'appendicite ; je veux seulement proposer une solution au problème suivant : Un malade a subi une poussée appendiculaire aiguë, un abcès pelvien s'est ouvert ou a été ouvert par l'une des voies basses (rectum, vagin, vessie). Y a-t-il lieu de croire que l'appendicectomie à froid sera difficile ? L'antécédent « abcès pelvien » peut-il influencer sur les indications opératoires et faire redouter une opération difficile ?

Je me suis trouvé une première fois, il y a six ou sept ans, en présence de ce problème thérapeutique, et sur les conseils d'un de mes maîtres, je m'abstins d'opérer, redoutant une intervention sérieuse et grave. J'ai observé depuis trois cas semblables, dont deux très démonstratifs ; j'ai opéré sans la moindre difficulté, et je ne prends la parole aujourd'hui que pour vous rapporter ces trois observations : elles me permettent de penser que l'antécédent « abcès pelvien » ne constitue pas une contre-indication opératoire.

Ma première observation est celle d'une jeune fille de 27 ans qui prit une poussée assez bénigne d'appendicite aiguë en avril 1904. La résolution fut rapide et complète, elle ne laissa aucun trouble. En décembre de la même année, survint une deuxième poussée, très aiguë, extrêmement douloureuse et alarmante. Pendant son cours il se produisit une recrudescence correspondant à l'évolution d'un volumineux abcès pelvien qui fut vite trouvé par le toucher rectal et s'ouvrit spontanément, donnant issue, par le rectum, à une grande quantité de pus. La malade ne voulut pas avoir à redouter une nouvelle poussée aiguë, et demanda être débarrassée de son appendice. J'intervins sur sa demande, en mars 1905, trois mois par conséquent après la dernière poussée et je n'eus pas à regretter ma détermination. Je fis l'incision de Jalaquier, un

peu bas pour pouvoir poursuivre, s'il le fallait, l'appendice dans le bassin. J'eus le bonheur de ne trouver aucune adhérence, le cæcum vient facilement, l'appendice libre fut enlevé, son moignon enfoui, tout se passa avec la plus grande facilité, sans aucune particularité : l'appendice ne me parut pas occuper une situation particulièrement basse. Je fermai tout et obtins une guérison immédiate. Il est bon de noter que par le toucher rectal on constatait, et cette sensation persista plusieurs mois, un peu d'induration du cul-de-sac de Douglas.

Ma seconde observation concerne une jeune fille entrée en juillet, dans le service de M. J. Courmont à Saint-Pothin pour une appendicite aiguë à détermination pelvienne. Une détente brusque coïncida avec une selle abondante et fétide, dans laquelle on put voir du pus. Le fait n'est pas absolument certain, car il ne fut pas constaté par le chef de service ou l'interne, mais il paraît suffisamment établi. La jeune fille guérit bien, conservant de l'induration et de la douleur au niveau du Douglas. En octobre, elle subit une nouvelle poussée qui la détermina à entrer dans mon service. Je l'opérai en décembre. Éclairé par ma première intervention, que je viens de vous rappeler, je ne pris plus alors aucune précaution spéciale et fis l'incision très externe que je fais actuellement. J'ai abandonné, en effet, celle de Jalaguier pour adopter celle qui permet la discision sans section des muscles de la paroi. Je la fis donc très près de l'épine iliaque et un peu au-dessous. Je tombai très facilement sur un très long appendice de 15 centimètres environ, en situation un peu basse ; son extrémité plongeait sûrement dans le Douglas. Aucune adhérence, aucune disposition spéciale ne vint compliquer l'opération, tout se passa très simplement, et ma malade guérit très bien.

Je l'ai revu, il y a quelques jours, elle ne souffre pas, mais son Douglas est encore un peu cartonné.

Ma dernière observation est moins démonstrative. Elle a été publiée récemment dans les Archives de Guyon par M. Beutter, interne ces hôpitaux. Elle concerne une jeune fille qui présenta un foyer suppuré pelvien volumineux ouvert spontanément dans la vessie et rapidement guéri sans laisser de trouble vésical. Comme elle présentait des signes non dou-

teux d'appendicite récidivante, je pratiquai l'opération à froid et n'eus aucune peine à la mener à bien. Cette observation, malgré les lésions constatées sur l'organe enlevé, m'inspire quelques restrictions, car la jeune fille avait en outre des signes non douteux de salpingite.

En m'appuyant sur ces observations, je crois pouvoir conclure que l'existence antérieure d'un abcès pelvien ne modifie en rien la conduite chirurgicale et peut être laissée de côté quand l'appendicectomie à froid est indiquée. Il n'y a pas lieu à cause de lui de modifier les habitudes qu'on peut avoir et une incision externe étroite suffit à mener à bien l'opération.

Il est bien entendu que dans ces cas, plus que dans les circonstances courantes, il y a lieu de retarder le plus possible l'opération : deux mois d'attente valent mieux que deux semaines, mais c'est là une donnée trop bien établie, pour que j'y insiste. J'ai voulu seulement attirer votre attention sur ces cas particuliers et montrer qu'ils ne donnent lieu à aucune indication spéciale.

M. NOVÉ-JOSSERAND n'est pas aussi affirmatif que M. Durand sur la nécessité d'une intervention itérative à la suite d'une évacuation d'abcès pelvien par le rectum. Des malades suivis par lui longtemps à la suite d'appendicites suppurées évacuées au dehors ou par le rectum n'ont pas présenté de récurrence. D'autre part, il fait des réserves sur la facilité opératoire dans ces cas.

M. GANGOLPHE croit qu'il faut faire une différence entre les appendicites suppurées ouvertes dans le rectum et celles que l'on a ouvertes soi-même à la paroi. Il y aurait même lieu de distinguer encore celles qui ont eu des abcès qui ne sont pas résorbés.

En ce qui concerne ces derniers cas on ne trouve pas au point de vue opératoire de grosses difficultés, mais parfois aussi on ne trouve presque plus d'appendice et seulement un moignon ou un petit cordon fibreux.

Dans un cas où le chirurgien a ouvert un abcès, doit-on réintervenir ultérieurement ?

Il faut attendre des indications nettes, car souvent l'appendice est sphacélé.

Il ne connaît qu'un cas de récurrence après abcès, ce cas d'ailleurs fut suivi de mort.

Il n'a pas eu l'occasion de constater de récurrence après abcès pelvien.

M. GOULLIoud partage l'opinion de M. Durand et a vu des récurrences,

mêmes suivies de mort après des abcès pelviens évacués au dehors. Il croit que dans les formes très graves avec grosse suppuration il peut y avoir destruction de l'appendice, mais non pas dans les cas d'abcès limités.

M. BÉRARD estime qu'on a peut-être trop cru à la disparition de l'appendice par suppuration.

Il rappelle le cas d'une jeune fille opérée d'appendicite pelvienne sans résection de l'appendice qui mourut la veille de son mariage emportée par une nouvelle crise en 36 heures.

M. NOVÉ-JOSSERAND n'a pas vu plus de quatre à cinq fois de nouvelles poussées avec abcès chez des sujets ayant gardé leur appendice.

M. BÉRARD. — Qu'il s'agisse seulement des appendicites pelviennes que M. Durand avait en vue, ou des appendicites suppurées en général, telles que les a considérées M. Nové-Josserand, je ne pense pas tout à fait comme M. Nové-Josserand, que la plupart guérissent après ouverture de l'abcès dans l'intestin ou au dehors, spontanément ou après l'évacuation du pus par le chirurgien, sans que l'appendice ait été enlevé.

Cette cure de l'appendicite par sphacèle de l'appendice, ou sclérose oblitérante, se voit en effet quand la perforation spontanée de l'appendice, ou du moins quand les lésions destructives de la muqueuse et des vaisseaux siègent au voisinage du cæcum ; l'appendice peut alors s'atrophier ou être détruit, mais trop souvent la perforation ou les folliculites suppurées se localisent plus ou moins près de l'extrémité libre de l'appendice, qui se répare alors très bien, dont le calibre redevient perméable, et qui peut être le siège ultérieurement d'une nouvelle poussée d'appendicite, subaiguë ou aiguë même avec péritonite généralisée : en effet, dans ces cas, les adhérences protectrices du grand péritoine se résorbent, en y mettant plus ou moins longtemps.

C'est ainsi que personnellement j'avais opéré en 1902 à la Charité, une jeune fille atteinte d'appendicite pelvienne suppurée ; la collection volumineuse avait été ouverte par la voie iliaque et drainée par le vagin. La guérison se fit sans fistule, sans reliquat de douleur. Et pourtant j'appris un an plus tard par le médecin de la malade qu'elle venait de succomber de péritonite aiguë appendiculaire, en quarante-huit heures, à la veille de se marier.

Autre exemple : quand j'étais assistant de M. le prof. Poncet, en 1899, est venu mourir à l'Hôtel-Dieu un pharmacien auquel Lardy, de Constantinople, avait incisé quelques mois auparavant un abcès iliaque appendiculaire ; le malade succomba en quelques jours à l'Hôtel-Dieu.

L'opération faite *in extremis* m'avait montré un appendice perméable gangrené et perforé, avec du pus roussâtre dans tout le ventre : c'est inutilement qu'on le réséqua, et qu'on fit un large drainage avec anus cæcal.

De même chez un jeune garçon boulanger de Monplaisir ; j'ouvris deux fois de suite, à huit mois d'intervalle une énorme collection à parois sphacélées de la région cæcale. Il y eut chaque fois élimination d'une quantité considérable de tissu sphacélé ; c'est bien le cas type où l'appendice aurait dû être détruit. En réalité, même après la seconde poussée, il y eut une nouvelle menace d'appendicite suppurée qui céda à la glace, au repos et à la diète.

Enfin, en 1904, à la Charité, j'ai opéré à froid, six mois après l'incision iliaque d'un abcès appendiculaire; un enfant qui gardait dans la région cæcale de la douleur, avec constipation et défense de la paroi abdominale à la pression. L'appendice une fois enlevé paraissait cependant à peu près sain. Il avait sa lumière perméable, et présentait seulement au voisinage de sa pointe une cicatrice oblitérante et un épaississement lipomateux de son méso-péritonéal.

Tels sont les faits qui me reviennent maintenant à l'esprit. Je les crois suffisamment probants, sans compter ceux qu'on a publiés un peu partout, pour être partisan de l'ablation de l'appendice même après l'ouverture spontanée ou chirurgicale d'un abcès appendiculaire antérieur, dès que le malade se plaint à nouveau de son intestin qui est resté douloureux ou paresseux, avec un cæcum tympanisé et supportant mal la pression de la main.

Sans doute, un malade déjà opéré se fait difficilement à l'idée qu'une fois son abcès évacué, guéri et tout danger apparent passé, il ait un intérêt major à être débarrassé de son appendice. C'est l'éternelle et grosse question de l'appendicectomie à froid, dont la solution a comporté tant de variantes que d'opérateurs et de patients.

M. Gangolphe considère que les dangers de l'appendicectomie à froid sont encore actuellement à prendre en considération, et qu'ils peuvent compenser les risques d'une rechute lorsqu'on n'intervient pas. Sans doute, après les appendicites pelviennes ou postéro-internes avec ouverture dans l'intestin ou dans la vessie, il peut subsister pendant très longtemps des adhérences qui rendent laborieuse la décortication de l'appendice.

C'est pour cela que l'opération à froid, lorsqu'elle est indiquée par la persistance de quelques malaises ou troubles digestifs, doit être faite assez longtemps après la crise aiguë, plusieurs mois après, plutôt que plusieurs semaines.

C'est quand on intervient trop tôt que l'on a des ablations laborieuses. Mais le cas échéant, on a toujours la ressource d'enlever l'appendice sans danger de blesser les organes voisins en allant le chercher à son extrémité cæcale, et en faisant l'appendicectomie sous-séreuse, telle qu'elle est indiquée dans la thèse de Vignard.

Comme mesure de prophylaxie, enfin, et pour couper court à toute tergiversation pour la suite, restel'ablation^s de l'appendice d'emblée, quand

on opère à chaud l'abcès appendiculaire. Cette ablation est beaucoup plus souvent réalisable qu'on ne le croit, sans que l'on ait à détruire beaucoup d'adhérences, sans que l'on risque trop d'infecter le grand péritoine.

M. GANGOLPHE estime en effet que lorsqu'il y a des nouvelles poussées il faut intervenir, mais encore faut-il réfléchir avant de prendre le bistouri, à moins de crises assez fortes.

M. DURAND fait remarquer que les deux malades dont il a parlé rentraient précisément dans la catégorie de ceux que tout le monde conseille de réopérer, même après évacuation d'un abcès à la suite d'une première crise.

En effet, chez ces deux malades, il y avait eu à nouveau des douleurs, des poussées inflammatoires et l'intervention était même réclamée pour faire cesser des phénomènes aussi gênants.

Il n'avait pas, en faisant sa communication, l'intention d'ouvrir un débat sur les indications de l'appendicectomie, il voulait seulement signaler que celle-ci pouvait être menée à bien dans des cas qui de prime abord auraient pu paraître difficiles.

Le Gérant, D^r VALLAS.

Séance du 8 mars 1906.

Présidence de M. VINCENT.

M. VIGNARD, secrétaire, lit le procès-verbal de la précédente séance qui est adopté sans rectification.

M. VINCENT, au début de la séance, donne lecture d'une lettre de M. Cantaz, professeur à l'École d'Athènes, dans laquelle il remercie la Société de chirurgie de l'avoir admis au nombre de ses membres correspondants. Il témoigne du plaisir qu'il éprouve à se trouver ainsi rattaché à une grande école chirurgicale française dont il s'efforce de faire valoir les titres à l'étranger en présence de l'influence croissante de l'École allemande.

*
* *

NANISME PAR LÉSIONS THYROÏDIENNES. CÉSARIENNE AVEC
SUCCÈS POUR LA MÈRE ET L'ENFANT.

M. FABRE. — J'ai l'honneur de présenter à la Société de chirurgie une malade de mon service à laquelle je pratiquai l'opération césarienne le 31 décembre 1905 pour un rétrécissement du bassin, ou plutôt pour un « nanisme du bassin ».

Comme vous le voyez, en effet, cette femme dont la taille mesure seulement 1 m. 32 cent., offre l'aspect du nanisme dans toute l'acception du mot. Or, on ne retrouve ni dans ses antécédents ni dans son état la véritable explication de cette constitution, ce qui augmente considérablement l'intérêt de son histoire obstétricale.

Antécédents : C'est une nommée D..., Madeleine, ménagère, 42 ans, née à Estressin (Isère). Elle entre à la clinique obstétricale le 6 décembre 1905.

Les parents étaient bien constitués. Son père mourut à 78 ans de pneumonie et sa mère à 83 ans. Elle a eu sept frères ou sœurs dont deux sont morts d'affection inconnue. Les autres sont bien portants et normaux comme taille et comme constitution.

Personnellement, cette femme n'a jamais été malade. Elle fit ses premiers pas à l'âge de 11 mois.

Aucune maladie infectieuse dans l'enfance. Elle se faisait déjà remarquer à l'école par sa petite taille. Mais, intelligente, elle apprit à lire convenablement. Elle ne sait pas écrire toutefois.

Elle fut réglée à l'âge de 15 ans et elle le fut toujours régulièrement jusqu'à sa première grossesse qui l'a conduite à l'hôpital.

A l'entrée elle frappe par sa petite taille et à la fois par la régularité de la réduction de ses dimensions. Ce n'est pas une disproportionnée ou une difforme; elle est petite, mais les rapports des membres, de la tête et du tronc sont normaux.

Les réponses sont intelligentes, et elle fournit aisément tous les renseignements nécessités par l'examen.

Debout, elle mesure exactement 1 m. 32.

Assise, elle présente 68 centimètres de buste.

La mensuration des membres donne les résultats suivants :

Membre supérieur :

Humérus.....	25 centimètres.
Cubitus.....	18 cent. 1/2

La main présente 14 cent. de l'apophyse styloïde du 3^e métacarpien à l'extrémité du médius. Ce médius mesure exactement 7 centimètres; ce métacarpien 7 cent. aussi. J'attache une grande importance au point de vue mensuration des membres, sur ce rapport normal existant entre le médius et le troisième métacarpien. C'est une façon de se rendre compte de la constitution régulière des os de la main, car dans le rachitisme proprement dit ce rapport est le plus souvent troublé.

Les bras étant placés en croix, la distance qui sépare les deux médius est de 1 mètre 31.

Membre inférieur :

Les deux membres inférieurs mesurés de l'épine iliaque antéro-supérieure à la plante du pied donnent tous deux exactement : 68 cent.

De l'épine iliaque antéro-supérieure au sommet de la rotule on a 32 centimètres.

Le pied mesure 19 cent. du talon au gros orteil.

Corps thyroïde :

Le corps thyroïde paraît complètement absent. On ne le sent pas au niveau des lobes latéraux. Au milieu seulement, dans la région pré-trachéale, on sent un petit kyste de la grosseur d'une petite noix qui représente, semble-t-il, toute la glande.

Aux yeux, rien d'anormal. Les pupilles réagissent bien à la lumière et à l'accommodation.

Au cœur, les bruits sont normaux, mais un peu rapides. Le pouls est à 76. La malade aurait des palpitations assez fréquentes.

Aux poumons, rien de particulier.

Pas d'albumine dans les urines.

Les fonctions gastro-intestinales sont normales.

Examen utérin et du bassin :

L'utérus mesure 25 centimètres.

Le diamètre bi-épineux mesure 23 cent. ; la crête 25.

Le losange de Mikulicz est légèrement surbaissé.

Au toucher on constate qu'il s'agit d'un bassin généralement rétréci.

Le diamètre utile mesure 7 centimètres.

La symphyse est très épaisse et haute de 6 centimètres.

Le promontoire est peu saillant, mais la face antérieure du sacrum bombe fortement en avant par une convexité anormale. Les sinus sacro-iliaques sont à peine indiqués, et ce qui frappe, c'est la projection accusée des cavités cotyloïdes.

Au-dessus du détroit supérieur, on sent le siège du fœtus. La tête ballote dans l'hypochondre droit. La plus grande partie du dos est à gauche et sur la ligne médiane. Au-dessous de l'ombilic on perçoit l'épaule, et le stéthoscope appliqué en ce point révèle les bruits du cœur fœtal nets et bien frappés.

A la date du 30 décembre, on note que la hauteur utérine atteint 31 centimètres, et que les douleurs utérines commencées les jours précédents se rapprochent de plus en plus des douleurs du travail. Le col est dilaté à 5 centimètres.

L'opération césarienne est décidée et réalisée le 31 décembre 1905.

Opération césarienne :

Incision médiane. Incision utérine. Le placenta est inséré sur la face antérieure et complique un instant l'opération. Mais l'enfant est rapidement extrait et se présente dans un état de mort apparente.

Suture de la paroi utérine à la soie.

Suture en trois plans de la paroi abdominale. Mèches de drainage par le vagin.

L'enfant est ranimé avec peine, va bien au bout d'un quart d'heure.

Le 3 janvier 1906. Après avoir passé la journée dans un état satisfaisant la malade accuse de vives douleurs abdominales.

Le 6 janvier. Ablation des fils. Mais les douleurs abdominales sont toujours très vives. Quelques phénomènes vésicaux. Douleur en même temps au niveau des muscles de la patte d'oie, avec rougeur et léger empatement.

Le 15 janvier. Il s'agissait d'un abcès de la paroi abdominale. Après

l'incision et l'évacuation du pus, l'opérée se sent immédiatement soulagée.

Elle se rétablit ensuite peu à peu et se dispose à quitter aujourd'hui le service complètement guérie. Son enfant, placé en nourrice, est actuellement bien portant.

Telle est son histoire obstétricale, très satisfaisante on le voit par son résultat heureux. Mais comment interpréter maintenant la pathogénie de son nanisme ?

Nous pensons qu'il s'agit chez elle de cette forme de nanisme essentiel, pour ainsi dire, dont on connaît scientifiquement un certain nombre de cas. Rien n'est vicié chez elle. C'est une naine normale au point de vue obstétrical, par atrophie pure sans déformations.

On ne peut en effet rattacher ce nanisme au rachitisme : car, nous l'avons dit, ses mensurations présentent une grande régularité en ce qui concerne les rapports des os des membres, ou les rapports des membres et du tronc. Elle n'a pas de déformations.

D'autre part, son bassin ne présente pas d'altération qu'on puisse mettre nettement sur le compte du rachitisme. Il existe cependant une projection de la région cotyloïdienne transformant le bassin en un bassin aplati, généralement rétréci. Mais l'absence d'autres lésions rachitiques doit faire rejeter cette interprétation pathogénique.

Elle fit enfin ses premiers pas de bonne heure à onze mois.

Devons-nous penser à une lésion osseuse d'ordre toxi-infectieux ? Mais rien dans son histoire ne permet une pareille supposition, car elle s'est toujours très bien portée; du reste, ce serait vouloir établir une hypothèse, acceptée, il est vrai, actuellement par certains auteurs, mais qui est très mal définie.

L'achondroplasie avec sa disproportion si caractéristique entre les membres et le tronc produit un nanisme tout à fait différent de celui de notre malade.

Le corps thyroïde chez cette malade, comme on le voit d'après l'observation, est certainement modifié, et il est probable que l'altération du squelette est due à des modifications dans les sécrétions internes de cet organe, sans qu'il s'agisse de la forme myxœdémateuse qui complète certainement de ces modifications musculaires.

TUMEUR MIXTE DE L'OVAIRE POLYKYSTIQUE; RUPTURE COMPLÈTE DU PÉDICULE CONSÉCUTIVE PROBABLEMENT A UNE TORSION; GANGRÈNE ET RUPTURE DE LA PAROI D'UNE DES GROSSES LOGES KYSTIQUES.

M. le Prof. Auguste POLLOSSON présente une tumeur ovarienne polykystique, du volume d'une grossesse de cinq à six mois, qui mérite d'attirer l'attention par plusieurs points.

1° Il s'agit d'une tumeur ovarienne à *pédicule rompu*, complètement détaché de ses insertions sur le ligament large correspondant. Cette rupture du pédicule a été certainement consécutive à une torsion. Du côté de la tumeur le pédicule est constitué par la partie externe de la trompe et le méso-salpinx œdématié. Du côté du bassin, sur le ligament large droit, nous avons parfaitement vu au cours de la laparotomie un petit moignon interne long de 2 à 3 centimètres, partant de la corne utérine. Ce moignon est effilé, complètement cicatrisé. L'ovaire correspondant est absent. L'ovaire du côté opposé était sain, porteur d'un corps jaune de formation récente. L'hémotase des vaisseaux ovariens et tubo-ovariens était naturellement parfaite.

2° La tumeur libre dans le ventre présentait une adhérence avec une languette épiploïque, large de trois travers de doigt. Cette languette épiploïque présentait une vascularisation considérable, avec des artères et des veines du volume d'une plume de corbeau; c'était un véritable néo-tubercule par où se faisait actuellement la nutrition de la tumeur qui ne présentait aucune autre adhérence ni à la paroi ni à l'intestin. Dans cet épiploon se trouvaient de nombreux ganglions échelonnés, durs, du volume d'un haricot, œdématiés à la coupe.

3° Sur cette pièce on constate une troisième curiosité: le sphacèle des parois d'un certain nombre de poches kystiques et la rupture intra-péritonéale d'une de ces grosses loges par suite de la gangrène de la paroi.

Vous pouvez voir ici cette paroi flottante qui ne tient plus à la tumeur que par la moitié de sa périphérie. C'est la paroi de la loge rompue. Son aspect est jaunâtre, sa consistance friable; sa surface interne est recouverte de débris fibrineux, ocres, d'aspect et de consistance sphacélique.

Le contenu de cette loge s'était vidé dans le ventre, et après ablation de la tumeur lors de la toilette péritonéale on a enlevé un certain nombre de ces lambeaux fibrineux flottant dans de l'ascite.

La cavité sous-jacente à cette loge kystique rompue contient un liquide louche, et la paroi qui les sépare est infiltrée, présente ce même aspect jaunâtre, de teinte feuille morte et a perdu sa résistance et son élasticité normale.

A la surface de cette tumeur on trouve encore trois autres poches, du volume d'une mandarine, dont la paroi est jaune ocre, flétrie, ratatinée, revenue sur elle-même et dont le contenu a dû se résorber en majeure partie.

Il existait dans l'abdomen une certaine quantité de liquide ascitique à teinte louche avec des débris fibrineux en suspension. L'intervention a consisté à enlever cette tumeur en masse ; à la détacher de son néo-pédicule épiploïque ; à réséquer ce pédicule sur toute la hauteur où il contenait des ganglions ; à faire une légère toilette du péritoine et à terminer le tout par fermeture complète de l'abdomen sans drainage. Les suites ont d'ailleurs été très simples. La température a atteint une seule fois 38°, oscillant entre 37° et 37°,5.

Ce qu'il y a de curieux maintenant, c'est de rapprocher ces données anatomo-pathologiques de l'histoire clinique de la malade. Voilà une malade qui a une *torsion* d'une tumeur ovarienne ; une *rupture* de ce pédicule tordu ; une *gangrène* d'une portion de cette tumeur polykystique avec évacuation dans le péritoine du contenu d'un de ces kystes à parois gangrénées.

4° Le quatrième point intéressant qu'offre cette pièce, mais que nous laisserons pour le moment de côté, est celui de présenter réunis sur la même pièce un kyste séreux multiloculaire et une portion solide dans laquelle macroscopiquement on trouve du cartilage et de l'os et dans laquelle le microscope nous révélera des tissus encore plus complexes. Cette tumeur polykystique, qui au prime abord ne diffère en rien des kystes séreux multiloculaires, mérite le nom d'embryome ou de tératome ovarien. Nous reviendrons ailleurs sur l'intérêt anatomo-pathologique capital qu'offre une semblable pièce.

Voilà réunies sur la même malade trois complications dont chacune d'entre elles peut isolément entraîner la mort de la

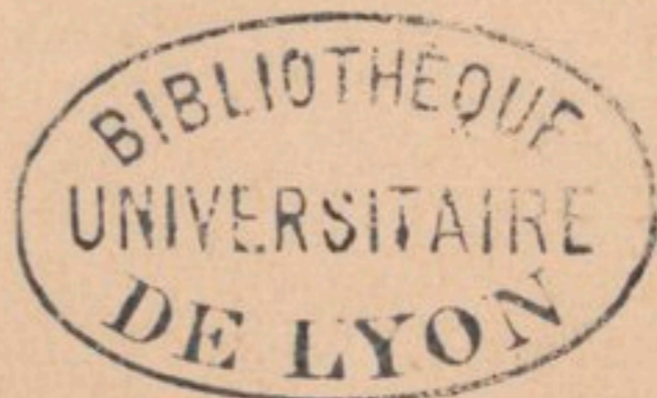
patiente. Eh bien, il n'y a pas d'histoire clinique plus négative que celle de notre malade.

Il s'agit d'une femme de vingt-six ans, mariée, qui travaille, qui n'a jamais cessé de travailler, qui ne s'est jamais alitée. Dans son passé, on ne trouve aucune crise aiguë; aucune phase de réaction péritonéale avec vomissements. C'est une malade qui est venue à pied à l'hôpital, qui se présente à la visite sans accuser le moindre phénomène douloureux; elle vient uniquement parce qu'avec sa tumeur elle ne peut supporter son corset. Réinterrogée depuis l'intervention, cette malade dit n'avoir jamais eu que quelques douleurs durant de 5 à 6 minutes, qui revenaient de temps en temps, ne l'empêchaient pas de continuer son travail, et auxquelles par conséquent elle faisait peu attention. Avant l'intervention, la température est notée 37°,5 le soir, 37°,3 le matin.

Aussi a-t-on été étonné de rencontrer à l'intervention de pareilles complications. Seule, la situation élevée de la tumeur, qui était à peine accessible par le toucher vaginal, sa motilité et superficialité étranges avaient fait hésiter sur ces connexions. La tumeur ne se déplaçant pas dans la position de Trendelenburg et qu'une légère ascite avait été décollée par la sensation de ballottement, on maintint le diagnostic de tumeur ovarienne.

C'est sur cette série de complications et sur leur évolution latente que nous tenions à insister dans cette observation.

La torsion des kystes ou tumeurs de l'ovaire est une complication fréquente. Sur une série de 45 cas opérés dans l'année, nous en trouvons 17 de tordus. Cette torsion à allure insidieuse, sans grande manifestation, est assez fréquente. Nous l'avons relevée dans trois ou quatre de nos observations. C'est la forme *chronique* du kyste de l'ovaire tordu, en ce sens que cette torsion ne s'accompagne d'aucun accident aigu, mais qu'on relève des symptômes de cachexie qui font croire à l'existence d'une tumeur maligne. Anatomico-pathologiquement, c'est de la péritonite chronique du petit bassin, des hémorragies intra-kystiques. La résorption lente et continue du sang contenu dans la poche kystique suffit à donner au malade cet aspect de fausse cachexie. Toutefois, la torsion s'accompagne très souvent d'accidents graves, et nous en rapportons tout récemment un bel exemple opéré d'urgence.



La rupture du pédicule est une rareté. Chalot, en 1888, en rassemblait une trentaine de cas dans la littérature. Depuis, il en a été publiée une dizaine de cas seulement. L'année dernière, j'en rapportais un cas ici même. Il s'aperçut d'un kyste uniloculaire détaché de son pédicule, adhérent à l'épiploon et à la paroi.

Ces kystes, dont le pédicule s'est rompu, continuent à vivre parce qu'ils se créent des adhérences à l'épiploon, à l'intestin ou à la paroi, et que dans ces adhérences il se forme une circulation vicariante destinée à assurer la nutrition de cette tumeur.

Quelquefois, ce néo-pédicule peut se tordre à son tour et donner de nouveaux accidents de stase veineuse de congestions et d'hémorragies intra kystiques. Telle est l'observation de Chalot.

Dans quelques cas, ce néo-pédicule ne suffit pas à assurer l'afflux sanguin qui exige le volume et la surface de la tumeur. Il se produit alors des phénomènes de nécrobiose, de désintégration granulo-graisseuse dans la paroi, la chute de l'épithélium qui est à la surface interne du kyste ; dès lors, les sécrétions se tarissent, le contenu du kyste peut être résorbé au moins dans ses parties aqueuses, laissant le contenu colloïde s'épaissir d'avantage comme dans notre première observation où il ressemblait tout à fait à de la colle ; ou bien ce contenu est résorbé en totalité s'il s'agit d'un kyste séreux. C'est là un processus de nécrobiose aseptique portant sur une tumeur et pouvant réaliser la disparition de cette tumeur. En tout cas, privé de ces vaisseaux, le kyste perd toute sa vitalité ; son élément noble, l'épithélium disparaît, il ne peut plus continuer à s'accroître et à proliférer. *C'est un kyste mort.* Certains auteurs ont signalé des guérisons par ces processus (Veit, Freund).

Au cours de cette évolution, les processus peuvent aller plus vite au niveau de la paroi ; cette paroi peut se rompre par sphacèle et laisser le contenu existant dans le kyste à ce moment se déverser dans le péritoine. Cette nécrobiose aseptique peut très bien être tolérée par la séreuse.

Dans notre cas, cette nécrobiose ne s'est accompagnée d'aucune réaction, si ce n'est un peu d'ascite traduisant une légère irritation péritonéale et des engorgements ganglionnaires multiples dans une large surface de l'épiploon.

DISCUSSION SUR L'APPENDICECTOMIE (suite).

M. VILLARD présente une série d'appendices dont il a pratiqué l'ablation à la période aiguë. Il se déclare en effet résolument partisan de l'ablation de l'organe malade toutes les fois qu'il intervient. Il considère que cette ablation n'est pas dangereuse comme on l'a dit, à condition qu'on suive les règles indiquées par M. Poncet et son élève Vignard, c'est-à-dire en pratiquant l'appendicectomie sous-séreuse ; l'appendice est toujours inclus dans la paroi de l'abcès, à la vue on ne peut le distinguer, mais au toucher, on arrive toujours à le reconnaître par la sensation spéciale de cordon induré qu'il donne. On le dépouille de sa séreuse vers son extrémité et on l'extrait ainsi en se tenant toujours à l'abri de la grande cavité péritonéale. Cette opération est ainsi facile et bénigne, et même, ce qui paraît paradoxal, plus facile et plus bénigne que l'appendicectomie à froid.

Les inconvénients de cette dernière méthode, qui compte aujourd'hui tant de partisans, sont les suivants : difficulté de retrouver l'appendice, difficulté de décider le malade à sa laisser réopérer en période de santé ; possibilité d'une crise rapidement mortelle pendant la période d'attente.

Enfin, c'est un leurre de se fier à la destruction de l'appendice par la seule inflammation ; en réalité, l'appendice persiste, et l'orateur cite plusieurs cas où il a entraîné la mort quelque temps après l'opération à chaud qui avait consisté en une simple incision de drainage.

Séance du 15 mars 1906.

Présidence de M. VINCENT.

M. VIGNARD, secrétaire, lit le procès-verbal de la séance précédente qui est adopté sans modification.

*
* *

SUITE DE LA DISCUSSION SUR L'APPENDICECTOMIE.

M. TIXIER. — Quand j'ai demandé la parole sur cette question de l'appendicectomie, je me proposais simplement de vous exposer quelques considérations sur l'ablation de l'appendice chez le malade dont l'abcès s'était antérieurement vidé dans l'intestin. C'était ainsi que M. Durand avait ouvert la discussion.

Depuis cette même discussion a pris une tout autre ampleur. M. Villard, dans la dernière séance, nous a fait une communication très intéressante sur la nécessité d'enlever à chaud l'appendice lors de l'ouverture des collections péri-appendiculaires. Comme cette question est beaucoup plus générale et d'une grande importance clinique, je me permettrai de parler en premier lieu, me réservant de résumer en quelques mots, à la fin de cet exposé, les réflexions que m'a suggéré la communication de M. Durand.

M. Villard nous a apporté une magnifique statistique de 68 cas d'appendicites opérées à chaud avec ablation de l'appendice ; 5 cas de mort seulement sont survenus malgré l'opération. Le résultat est très beau et très encourageant, et comme moi aussi je suis depuis longtemps partisan de cette façon d'opérer je ne puis que très sincèrement féliciter M. Villard de ses succès. Seulement je suis beaucoup moins intransigeant que lui, je ne considère pas comme une nécessité absolue l'ablation de l'appendice malade. Je ne considère pas qu'une opération est incomplète et insuffisante quand, après une recherche minutieuse et prudente, on est obligé d'établir un simple drainage en abandonnant l'appendice dans la plaie largement ouverte.

Pour défendre sa thèse, M. Villard nous a communiqué des arguments très cliniques, très judicieux. Je me permettrai cependant de les discuter. Il faut enlever l'appendice parce qu'il n'est pas détruit par la suppuration, nous dit-il d'abord comme argument anatomique. Et à l'appui de cette opinion il nous a fait défiler devant les yeux une très belle collection d'appendices enlevés au milieu d'abcès. Mais il n'était pas besoin d'une si nombreuse exposition ; on sait très bien que si l'appendicectomie à froid exécutée chez des malades ayant eu des collections péri-appendiculaires spontanément ou chirurgicalement guéries, est exécutée tous les jours, c'est pour aller enlever un appendice que la suppuration n'a pas détruit. M. Villard a pratiqué trop d'appendicectomies à froid dans ces conditions pour qu'il n'ait pas constaté que l'organe persiste souvent dans son intégrité. Cet argument n'a donc pas de valeur pour l'appendicectomie à chaud.

Des fistules purulentes ou stercorales sont entretenues par l'appendice laissé en place : tel est son deuxième argument. Mais ces fistules sont souvent causées par un simple défaut de drainage : ce n'est pas tout que d'inciser plus ou moins largement un abcès péri-appendiculaire, il est indispensable encore de surveiller le drainage, de panser soi-même le malade pour éviter les recessus purulents, les clapiers profonds. J'avoue qu'en prenant moi-même ces précautions je n'ai encore jamais constaté de ces fistules interminables. Quant aux fistules stercorales, je ne les redoute pas : il me semble au contraire qu'elles indiquent le plus souvent une large gangrène de l'appendicite et que par le fait même le foyer infectieux appendiculaire est plus rapidement détruit ; toujours je les ai vu spontanément guérir.

Mais voici l'argument le plus sérieux : M. Villard soutient que la recherche et l'ablation systématique de l'appendice sont les seuls moyens d'ouvrir toutes les collections purulentes, d'établir un bon drainage. Je crois cependant qu'on peut obtenir le même résultat sans vouloir à tout prix enlever l'appendice.

Évidemment, il ne faut pas se contenter d'ouvrir la première poche suppurée qui se présente sous le bistouri, mais quand on l'a débridée, quand elle a été bien asséchée par l'aspirateur Villard ou des compresses de gaze, il faut, au doigt et à l'œil, en explorer les parois, s'assurer que du pus ne vient pas sourdre d'un point plus ou moins reculé. Et alors doucement décoller, agrandir les incisions de façon à drainer les moindres prolongements.

C'est ce que je faisais encore hier matin sur une jeune fille de 17 ans, atteinte d'une grosse péritonite enkystée péri-appendiculaire. Après avoir incisé au point classique, je trouvais un gros abcès rétro et latéro-cæcal. Je l'asséchais ; de sa paroi inférieure venait encore du pus. Je prolongeai mon incision en bas et en avant, liai au passage les vaisseaux épigastriques et mettais le doigt dans un gros abcès péri-vésical dans

lequel se trouvait un calcul stercoral. Je pensai découvrir dans cette poche l'appendice : malgré mes explorations minutieuses, je ne le sentais pas. Sans aucun remords, j'abandonnai cette recherche. L'abcès étant limité par un épiploon transformé en éponge purulente, si j'avais voulu le décoller je serais devenu dangereux en crevant des adhérences protectrices.

Car on peut être dangereux en voulant, malgré tout, trouver l'appendice. M. Villard nous assure qu'il n'expose son malade à aucun danger sous prétexte qu'il agit dans l'intérieur de l'abcès que par l'appendicectomie sous-séreuse, il extirpe des parois de la collection l'appendice y contenu. Et pour mieux exposer sa technique opératoire, il nous a donné un schéma très explicite ; il n'a pas à sortir des limites de la poche purulente. Mais alors je ne vois pas comment cette extirpation est indispensable pour drainer les autres poches purulentes adjacentes ? Si cette manœuvre *prudente* est conduite tout entière dans l'intérieur de la cavité de l'abcès, elle ne favorise en rien l'ouverture des collections voisines.

D'ailleurs, même après son exécution, des cavités peuvent échapper et ne pas être ouvertes, puisque dans les observations de malades morts malgré l'ablation de l'appendice, M. Villard a trouvé des collections non drainées. Donc c'est une exploration prolongée, attentive, répétée des recoins de la cavité suppurante qui est indispensable.

Quant à l'appendicectomie, dite sous séreuse, c'est la seule que l'on puisse exécuter dans ces cas. L'appendice est alors engainé, non plus dans un simple péritoine épaissi, mais dans une épaisse couche de néomembranes, d'épiploon adhérent et infiltré de laquelle on le décortique. Le chirurgien fait une appendicectomie sous-séreuse, comme il exécute souvent une néphrectomie sous-capsulaire : sans s'en douter.

Reste enfin l'étude de la statistique de M. Villard ; elle est très satisfaisante et ne peut être qu'admise. Mais une statistique n'a de la valeur que pour le chirurgien et que par le chirurgien qui vous la soumet. Il faut que le chirurgien lui-même la compare à celle qui a pu lui fournir d'autres méthodes employées par lui contre la même maladie. C'est pourquoi je demanderai à M. Villard, qui a certainement opéré beaucoup d'abcès appendiculaires par la simple incision, qui a enlevé beaucoup d'appendices à froid chez des malades ayant eu antérieurement des abcès, de nous donner sa statistique de ces cas, et alors nous pourrions faire une comparaison instructive.

Car en dehors de cette question de technique chirurgicale très brillamment exposée par lui il y a une autre façon d'envisager cette thérapeutique. Faut-il mieux, en présence d'un abcès appendiculaire, toujours opérer en cherchant à enlever à chaud l'appendice ? ou simplement drainer la ou les collections purulentes péri-appendiculaires, quitte à enlever plus tard à froid l'appendice qui aurait échappé aux premières investi-

gations ? Voici la grosse indication que l'on doit poser, et pour ma part je déclare que j'aime mieux être obligé de pratiquer une appendicectomie secondaire à froid que de faire courir aux malades les risques d'une ablation systématique de son appendice dans un foyer suppurant.

Comme conclusion, je dirai donc que partisan en principe de la recherche de l'appendice dans les abcès péri-appendiculaires, je juge qu'un large drainage est aussi important que son ablation. L'avantage de l'appendicectomie résidant surtout dans la disparition d'un foyer infectieux qui nécessite une deuxième intervention à froid.

Mais je ne considérerais pas comme ayant fait une mauvaise opération celui qui se serait contenté de drainer la collection suppurée. J'ajouterais même que pour les médecins qui sont appelés à devenir d'urgence des opérateurs malgré eux d'appendicites suppurées, il est plus prudent et plus sage de se contenter d'inciser l'abcès. Des manœuvres qui peuvent ne pas être dangereuses dans les mains habiles de M. Villard seraient capables de leur causer bien des déboires.

Pour être complet, il serait bon que je vous fournisse ma statistique pour la mettre en parallèle avec celle qui vous a été soumise. Mais comme je suis un partisan éclectique de la simple ouverture des abcès, de l'appendicectomie à froid. Il m'a été impossible en huit jours de réunir tous ces documents. Je n'ai pu contrôler que les résultats de *dix cas* d'abcès péri-appendiculaires ouverts en 1904. Sur ces 10 cas, chez ces 6 malades, j'ai enlevé l'appendice au milieu du pus. Chez les quatre autres je n'ai pas trouvé l'appendice. Ils ont tous guéri également et sans complication.

Pour terminer, je me permettrai d'appuyer les conclusions de M. Durand à propos des appendicectomies dans les cas d'abcès ouverts par le rectum. L'appendice dans ces cas est aussi facile à trouver que lorsque l'abcès a été ouvert à la paroi, et d'autre part il est conservé, malgré la suppuration. Je peux vous montrer un appendice enlevé il y a quinze jours chez un homme de 40 ans, soigné à Annecy au mois de novembre dernier par le docteur V. rey. Chez lui une débâcle purulente s'était faite spontanément par le rectum. Cependant à froid je lui ai enlevé un gros appendice tuméfié et malade.

Dans le cas où on est conduit par le siège de l'abcès dans le pelvis à drainer par le rectum, on se trouve dans les mêmes conditions cliniques que lorsque l'ouverture s'est produite spontanément dans l'intestin. Et précisément, dans un cas de ce genre, j'ai pu constater que la suppuration pelvienne n'avait pas détruit l'appendice. Il s'agissait d'un jeune homme dont la péritonite appendiculaire avait été drainée avec succès par mon ami le docteur Gauthier, suivant la méthode rectale de Jaboulay. Six mois après il revint dans mon service avec une collection iliaque péri-appendiculaire qui nécessita une deuxième intervention.

Donc l'ouverture spontanée ou chirurgicale d'une collection appendi-

culaire dans l'intestin ne dispense pas d'une appendicectomie à froid, laquelle est aussi facile et aisée que dans les cas ordinaires.

M. GOULLIQUET. — Je crois que l'appendicectomie n'est pas absolument nécessaire surtout dans les cas d'abcès très limités.

D'autre part, dans les cas où il existe un plastron net, cas qui guérissent souvent par le traitement médical et dans lesquels il y a, il est vrai, toujours un peu de pus, on peut s'abstenir d'intervenir et se réserver pour une opération à froid.

M. VIGNARD. — Je partage complètement l'avis de M. Villard en ce qui concerne l'insécurité des résultats éloignés d'une opération d'appendicite dans laquelle on n'enlève pas l'appendice.

Les malades ont à redouter au moment même de la crise et même après une ouverture d'abcès, la continuation des accidents dûs à la présence du canal appendiculaire qui continue, par une perforation, de déverser dans le foyer des produits septiques sans cesse renouvelés. Après la phase des accidents aigus, on peut voir persister des fistules intarissables; enfin les malades ne sont pas, comme on l'a trop souvent répété, à l'abri des récidives. Tous ceux qui ont eu l'occasion de voir beaucoup d'appendicites en ont signalé de nombreux exemples.

En lisant à ce sujet les comptes rendus de la Société de chirurgie de Paris, j'ai trouvé un certain nombre d'observations de ces récidives. L'une d'entre elles rapportée par M. Gilis, de Montpellier, est assez suggestive et c'est pour cela que je me permets de la reproduire ici.

Il s'agissait d'un malade qui fut opéré pour un abcès appendiculaire, le 14 mai 1899.

Le 4 septembre de la même année, il dut subir une intervention analogue. Il était à peine remis qu'une nouvelle poussée obligeait à intervenir de nouveau à la fin de septembre de la même année.

Il parut guéri jusqu'au 20 mars 1900, où il subit encore une nouvelle atteinte; enfin, de guerre lasse, le 20 avril on lui enlevait à froid un appendice de 6 cent. de long et complet, ce qui montre bien que même après des suppurations prolongées et des abcès multiples, l'appendice peut être encore assez bien conservé pour constituer un danger pour son porteur.

A côté des fistules et des récidives, dont quelques-unes peuvent être mortelles, il faut faire une place aux adhérences qui, entretenues par l'appendice malade et rayonnant autour de lui, peuvent être le point de départ de troubles digestifs obligeant à une nouvelle intervention.

A consulter la plupart des statistiques, on constate que des accidents consécutifs, fistules, récidives, troubles digestifs amènent de nouveau le chirurgien, environ un sixième des malades opérés déjà une fois et dont l'appendice est resté dans le ventre.

Guinard accuse même une proportion plus forte puisqu'il l'estime à 40 %.

Paneset rapporte 4 cas sur 19.

Corther, dans sa thèse, 7 cas sur 44.

Bernhampt qui, dans les *Arch. für Kl. ch*, 1903, donne la statistique de l'hôpital de Riga, rapporte que sur 108 opérés à chaud on a enlevé 59 fois l'appendice.

49 fois il a été laissé et il y a eu 8 récurrences et 4 fistules permanentes.

Il faut donc, autant que possible, comme le recommande M. Villard, enlever l'appendice.

Sur 26 malades que j'ai opérés depuis un an en pleine crise, j'ai pu pratiquer cette ablation 11 fois et je l'aurais peut-être réussie plus souvent si l'appendice chez les enfants n'était aussi fréquemment placé derrière le cæcum.

Je l'ai rencontré 12 fois dans cette situation et je n'ai pu l'extraire que 5 fois en raison des adhérences qui m'empêchaient absolument de soulever le cæcum.

Dans ces conditions, j'ai eu une perforation de la face postérieure du cæcum chez une petite fille de 7 ans.

Je crois donc, tout en souscrivant à la manière de voir qui nous a été exposée par M. Villard, avec de si belles preuves à l'appui, qu'il est des cas où il faut savoir renoncer à la poursuite de l'appendice, en particulier quand on le trouve très adhérent en position rétro-cæcale ce qui est, sinon la règle, du moins très fréquent chez l'enfant.

M. VINCENT. — M. Vignard a signalé les anomalies de position de l'appendice pouvant rendre sa recherche difficile.

J'apporte à cette remarque une contribution : c'est un appendice rencontré chez une vieille femme dans un épiplocèle qui coïncidait avec une occlusion intestinale par cancer de l'extrémité inférieure de l'S iliaque.

M. VILLARD. — Dans sa statistique produite à la Société, M. Villard n'a tenu compte que des abcès, il a laissé systématiquement de côté les cas d'appendicectomie à froid et les cas de péritonite diffuse.

Il a voulu simplement établir ceci : à savoir qu'un abcès étant ouvert il valait mieux enlever l'appendice que le laisser.

Il est bien convaincu que le fait de laisser l'appendice peut entraîner des accidents sérieux ou du moins des fistules. Il croit que cette recherche peut permettre d'ouvrir des abcès, et si dans certains cas certains abcès ont pu échapper, cela ne prouve pas qu'il ne fallait pas en ouvrir le plus possible.

KYSTE DE L'OVAIRE.

M. JAMBON présente, au nom de M. Albertin, une volumineuse pièce de kyste de l'ovaire.

Cette pièce est remarquable par la multiplicité des lésions qu'on y observe.

L'utérus, qui a été enlevé en même temps, présente dans le col une production polypeuse.

Une des trompes mesure 25 centim. de long et se trouve enroulée sur la tumeur. Dans sa cavité et soudée à la poche ovarique se trouvaient deux abcès à contenu crétaqué et stériles à la culture.

Séance du 22 février 1906.

Présidence de M. VINCENT.

M. VIGNARD, secrétaire, lit le procès-verbal de la séance précédente qui est adopté sans rectification.

*
* *

LUXATION TARSO-MÉTATARSIENNE.

M. Georges LECLERC, interne des hôpitaux. — J'ai l'honneur de vous rapporter, au nom de M. Villard, de M. Destot et au mien, trois observations de luxation de l'articulation de Lisfranc en dehors, accompagnées de radiographies.

Ces luxations sont rares, puisque Quénu, dans le dernier travail paru sur la question, n'en a trouvé que dix cas.

PREMIÈRE OBSERVATION.

C... André, 65 ans, tisseur, entre à Saint-Pothin, le 25 avril, dans le service de M. Villard.

Le malade ne présente aucun antécédent pathologique.

Le 24 avril, il était monté sur un marche-pied, à une hauteur de 2 mètres, lorsqu'il tomba le corps en arrière.

En tombant, son pied fut pris entre deux échelons. Il ne put se relever et on le transporta à l'hôpital le lendemain.

A l'entrée, le pied est le siège d'un gonflement assez considérable et présente une ecchymose le long de son bord interne. Dans son ensemble, il paraît très fortement dévié en dehors.

La voûte plantaire est effondrée et élargie.

Sur le dos du pied on reconnaît une saillie correspondant à l'interligne de Lisfranc.

En suivant d'avant en arrière le bord externe du pied, on constate que

la saillie normale, formée par l'extrémité postérieure du 5^e métatarsien, est très exagérée, une très forte dépression lui fait suite.

En suivant le bord interne du pied on recontre une saillie qui correspond au 1^{er} cunéiforme.

Ces symptômes imposent le diagnostic de luxation de l'articulation de Lisfranc, en dehors et en haut.

La radiographie ci-jointe confirme et précise ce diagnostic; ce qui frappe tout d'abord, c'est que le métatarse s'est déplacé en dehors, de telle sorte que chaque métatarsien est venu prendre la place du métatarsien situé immédiatement en dehors de lui; il en résulte que l'extrémité postérieure du 1^{er} métatarsien répond au 2^e cunéiforme et s'enfonce dans la mortaise formée par les 3 cunéiformes; le 2^e métatarsien correspond au 3^e cunéiforme; le 3^e métatarsien et le 4^e au cuboïde; le 5^e métatarsien enfin ne correspond plus à aucun os du tarse.

De plus, il est facile de voir que le métatarse s'est déplacé aussi en haut et que les extrémités postérieures des métatarsiens chevauchent légèrement sur les os de la première rangée du tarse.

Le 2^e métatarsien surtout est fortement porté en haut et couvre en partie le 3^e, qui s'est beaucoup moins déplacé dans ce sens. Sur le 1^{er} métatarsien on remarque enfin un arrachement d'une partie de l'épiphyse postérieure. Aucune autre fracture ne se voit sur le métatarse.

Quant à la première rangée du tarse, elle présente une dislocation très nette de la mortaise formée par les 3 cunéiformes; en dedans surtout, entre le 1^{er} et le 2^e cunéiforme, l'écartement est considérable. Aucun des os qui constituent cette première rangée du tarse ne présente d'ailleurs de fracture.

M. Villard tente la réduction de cette luxation sous anesthésie, mais il n'obtient qu'une réduction partielle, qui est maintenue par un plâtre; celui-ci est enlevé au bout de 26 jours et 5 jours après le malade commence à marcher.

J'ai revu le malade. Son état fonctionnel est excellent; il ne boite presque pas et ne souffre pas du tout. Son pied présente, mais très peu accusées, les déformations qui existaient avant la réduction; la déviation de l'avant-pied en dehors est notamment beaucoup moins accusée. Toutefois, le diagnostic peut encore se faire assez aisément.

DEUXIÈME OBSERVATION.

Il s'agit d'un malade dont l'observation m'a été obligeamment communiquée par le Dr Hassler, médecin-chef de l'hôpital de Saint-Étienne, et dont la radiographie a été faite également par M. Destot.

C'est un homme âgé de 35 à 40 ans, qui tomba de cheval; son pied, resté dans l'étrier, fut pris entre le sol et le dos de sa monture qui s'était abattue sur lui. Dans cette chute il se fit: 1^o une fracture spiroïde

du tibia ; 2^e une luxation isolée du 1^{er} métatarsien sur la face dorsale du pied ; la tête de cet os était fracturée.

On réduisit sur le champ cette luxation, on traita la fracture du tibia ; mais ce n'est qu'à la radiographie qu'on put constater, en outre, l'existence d'une luxation de Lisfranc en dehors.

Sur la radiographie, en effet, on voit nettement que le 1^{er} métatarsien est en place et qu'il a été bien réduit ; que tous les autres métatarsiens sont portés en masse en dehors. La tête du 2^e est indemne de toute fracture, mais la mortaise, formée par le 3^e cunéiformes, est disloquée et le 3^e cunéiforme semble écrasé.

J'ai revu aussi ce malade, qui marche mal ; mais la fracture du tibia suffit à expliquer ce résultat.

TROISIÈME OBSERVATION.

Elle appartient à M. Destot. Il s'agit encore d'un malade qui fit une chute de cheval et dont le pied, resté pris dans l'étrier, fut comprimé entre le sol et sa monture.

La radiographie est à peu près semblable à celle de l'observation I ; les métatarsiens ont tous avancé en dehors d'une rangée ; il existe un très léger degré de luxation en haut. La tête du 2^e métatarsien est indemne, mais la mortaise est disloquée.

Les luxations du Lisfranc en haut ne sont pas très rares ; les luxations en bas le sont davantage ; mais dans un cas comme dans l'autre, les lésions sont faciles à expliquer. Les luxations latérales sont, au contraire, plus difficiles à comprendre, étant donné l'engrènement solide du métatarse avec le tarse au niveau de la mortaise formée par les 3 cunéiformes.

Les luxations en dedans sont tout à fait exceptionnelles.

Les luxations en dehors le sont moins, Reuther, dans sa thèse (Lyon, 1880), en donne trois observations. Marmier (thèse de Paris, 1883) en publie trois autres. Bourg (thèse de Lille, 1896) rapporte deux nouveaux cas. Enfin, dans le dernier travail sur la question, Quénu (1) dénombre tous les cas publiés, rapporte une observation personnelle et arrive au totale de dix cas.

Nous avons donc eu véritablement une bonne fortune en rencontrant trois cas de luxation en dehors.

Le diagnostic nous a paru facile à faire.

La réduction, d'après Quénu, n'offrait aucune difficulté. Cependant M. Villard ne put réduire qu'en partie dans le cas I.

(1) Luxation du métatarse en dehors, *Revue de chirurgie*, 1901.

Il est vrai que la réduction exacte ne semble pas avoir une grosse importance. Ces luxations, qui présentent en somme des changements de rapport considérables, permettent un retour assez rapide et parfait des fonctions du pied.

Dans les trois cas observés, le mécanisme était le même : l'avant-pied étant fixé dans un étrier ou entre deux échelons, l'arrière-pied est entraîné en dedans par le poids du corps.

Mais en tous cas il y a un sérieux obstacle à la luxation, c'est la mortaise des cunéiformes. Aussi, pour expliquer la luxation, Malgaigne, Deprés disaient que la fracture de la tête du 2^e métatarsien était nécessaire. Reuther pense plutôt qu'il se produit une luxation préalable du métatarse en haut, sur la face dorsale du pied ; cette luxation étant produite, le traumatisme transporte le métatarse en dehors. Quénu admet qu'à ces deux conditions il faut en ajouter une troisième : c'est la fracture et le tassement du 3^e cunéiforme, ainsi que la dislocation de la mortaise.

Les trois cas présentés sont passibles de cette dernière interprétation ; il n'y a dans aucun d'eux fracture du 2^e métatarsien ; il ne s'agit certainement pas de luxation préalable en haut, car s'il existe un certain degré de luxation dorsale, c'est là un déplacement insignifiant. La dislocation de la mortaise des cunéiformes, avec ou sans tassement du 3^e est, au contraire, facile à constater et suffit à expliquer le mécanisme des lésions.

M. DESTOR. — Depuis dix ans, examinant systématiquement les traumatismes du pied, j'ai eu l'occasion de voir quatre cas de luxation de l'articulation de Lisfranc en haut et en dehors. Cette luxation est la plus fréquente de celles du pied que j'ai eu à examiner. Ma statistique personnelle porte :

- 1^o Une luxation double de l'astragale ;
- 2^o Deux luxations sous-âstragaliennes ;
- 3^o Deux luxations de l'articulation de Chopart.

Les quatre cas de luxation de Lisfranc sont :

- 1^o Un cas traité par M. Ollier en 1897 : chute avec un cheval ;
- 2^o Le cas de M. Villard que vient de présenter M. Leclerc : chute d'une échelle.
- 3^o Un cas d'un capitaine de Saint-Etienne que me montra M. le médecin-major Viallet : chute avec un cheval. La luxation était accompagnée d'une fracture de Gosselin-Spirondi du tiers inférieur de la jambe ;
- 4^o Un malade adressé par M. Lannois (de la Demi-Lune) : chute de voiture.

Ces quatre cas sont remarquables par leur étiologie, et dans tous les cas il semble bien qu'il s'agissait d'une torsion du pied sur son axe, soit que l'arrière-pied soit fixé et que la force agissante repoussât en haut et en dehors l'avant-pied, soit qu'au contraire l'avant-pied fixé le poids du

corps tombant en arrière et s'enroulant pour ainsi dire, ait provoqué la luxation.

Le traitement est fort difficile et la réduction très dure, et le pronostic relativement bénin, tous les malades marchent au bout de cinq à six mois sans fatigue. Il est curieux de voir qu'une lésion si grave en apparence soit assez bien tolérée. Le capitaine de Saint-Etienne a conservé son service et n'a pas été réformé. Il souffre davantage de sa fracture de Gosselin que de sa luxation. Il a été versé simplement au recrutement. Les autres vont bien et vaquent à leurs affaires. Il suffit d'un bon soulier à semelle forte pour soutenir la voûte.

M. VINCENT, à propos des luxations médio-tarsiennes, a observé une luxation des deux premiers métatarsiens en haut et des suivants en bas, chez un malade qui avait fait une chute dans un escalier. La réduction fut facile, mais la guérison ne fut pas aussi complète que dans les cas précités ; il persiste de la douleur fonctionnelle au bout de trois mois.

M. DESTOT. — Le cas de M. Vincent est différent des autres ; quant à la bénignité, ce n'est pas au bout de trois mois qu'on peut encore en juger, il faut un délai plus long.

* * *

PATHOGÉNIE DES SINUSITES MAXILLAIRES.

M. DESTOT présente la radiographie du sinus maxillaire d'une femme qui lui a été adressée par M. Guillot, directeur de l'Ecole dentaire, et qui depuis de longues années est atteinte d'une sinusite maxillaire gauche.

Chez cette femme on a pratiqué l'avulsion de la canine de la prémolaire et d'une grosse molaire, mais en vain. M. Garel lui lave le sinus par l'orifice naturel, mais la sinusite persiste.

La radiographie montre les détails suivants : On voit qu'à côté du sinus et correspondant aux dents arrachées il y a une première cavité kystique. La grosse molaire qui reste, et qui paraît saine, soit à la vue, soit à la percussion, a cependant une racine entourée d'une cavité kystique qui s'ouvre dans le sinus. Cette cavité se présente sous forme d'une tache claire entourée d'une paroi osseuse nette. La racine paraît altérée. Il faut donc enlever cette dent prétendue saine et la sinusite guérira. Telle est l'opinion de M. Garel, qui a déjà vu beaucoup de cas semblables.

Il est fort difficile en temps normal de savoir quelle est la

dent qui entretient la sinusite, et M. Cl. Martin, dont la compétence et l'expérience en ces matières est indiscutable, ne peut donner les explications qui permettront de trouver la dent infectée. Question de nuance, de transparence, d'aspect, question d'œil fort délicate.

Il reconnaît la dent malade : c'est un fait qu'il n'explique pas. Il va sans dire que lorsqu'il existe des chicots, ou une dent cariée, la question ne se pose pas. La radiographie dans les cas douteux permet de reconnaître de suite la dent malade. La pathogénie dentaire des sinusites ne fait pas de doute pour MM. Garel et Martin dans 80 % des cas. La radiographie vient à l'appui de cette opinion.

Il est un autre point très curieux au point de vue général. J'ai déjà radiographié beaucoup de dents cariées et j'ai été frappé de voir que le tissu osseux des alvéoles se désagrègeait avec une grande rapidité. Cette dégénérescence osseuse est plus rapide au maxillaire que dans les os ordinaires, et cette fonte de tissu osseux paraît non seulement due à l'infection, mais aux troubles nerveux si pénibles de la rage de dents. Les petits abcès alvéolo-dentaires se voient nettement et leur cavité se fait aux dépens de l'alvéole, en fort peu de temps. La dent arrachée, la cavité se comble, mais le tissu osseux est moins serré, moins dense, et les mailles en sont plus larges. Il n'est pas rare de trouver de véritables cavités kystiques formant de larges cellules au milieu de l'os.

M. DURAND. — J'ai suivi deux malades atteintes de sinusites d'origine dentaire; j'ai ouvert largement, j'ai drainé; mais rien ne se ferma, la fistule persista indéfiniment. Une de mes malade a été ensuite traitée par un de mes collègues et a subi une résection de la voûte palatine avec mise en place d'un obturateur.

Mais, en somme, nous restons très désarmés contre de pareilles lésions.

Un second point intéressant de ces complications d'origine dentaire, c'est la raréfaction osseuse dont vient de parler M. Destot. Chez une de mes malades, j'ai vu une véritable fonte du maxillaire inférieur, puis une fracture spontanée et une déformation très disgracieuse de la mâchoire.

J'insiste aussi sur la difficulté de diagnostiquer la dent malade qui est l'origine des incidents. M. Martin diagnostique cette dent avec un sens clinique très précis; mais il est dans l'impossibilité de donner les signes sur lesquels repose son diagnostic; c'est une question d'œil très exercé.

M. DESTOT. — Les faits rapportés par M. Durand constituent des cas graves et rares tandis que je n'ai rien visé que des cas ordinaires. La présence des fistules mentonnières doit faire chercher la dent, ce qui n'est pas toujours facile. J'ai déjà vu des fractures de l'apex qu'on ne pouvait soupçonner et qui entretenaient des fistules mentonnières interminables. Chez les enfants, les chutes sur le menton entraîne la coupure des téguments et quelquefois une fracture de l'apex.

Ce qui est étonnant, c'est que beaucoup de dentistes se refusent à admettre cette pathogénie des sinusites. M. Garel m'a cité beaucoup de cas où il avait eu toutes les peines à faire arracher une dent que le dentiste s'obstinait à trouver saine alors qu'elle était l'origine de la sinusite. La dent arrachée, la sinusite guérissait très rapidement. C'est une question fort intéressante que celle de savoir comment une muqueuse bourgeonnante et tomenteuse peut arriver à se guérir très rapidement par l'avulsion d'une dent suivie ou non de drainage.

Lermoyez, il a quelques années, préconisait le curettage du sinus, mais cette intervention n'a pas rencontré beaucoup d'adhérents, et elle est inutile la plupart du temps.

La réssitance des dentistes ou de certains dentistes va jusqu'à dénier à la radiographie la valeur que je lui attribue. C'est l'éternelle routine qui explique pourquoi, alors que des travaux multiples ont paru en Angleterre, en Allemagne, en Suisse, aux États-Unis, on peut à peine décider les dentistes français à se servir de ce mode d'exploratoir à n'importe quelles conditions. Je dois à M. Guye, de Genève, les données qui m'ont permis d'arriver à faire ces radiographies spéciales et j'ai vu chez ces praticiens toutes les ressources que pouvait fournir la radiographie aux dentistes.

*
**

SUITE DE LA DISCUSSION SUR L'APPENDICECTOMIE A FROID.

M. DURAND. — Quand j'ai fait, il y a trois semaines, une communication sur un point très restreint des indications de l'appendicectomie à froid, j'étais loin de penser qu'une discussion aussi intéressante allait se produire et que la question prendrait l'ampleur que lui ont donnée nos collègues. Puisque l'appendicectomie a été mise en discussion, il est peut-être bon que chacun de nous apporte ici les résultats de sa pratique et développe la ligne de conduite qu'il a adoptée. Aussi bien, ne pouvons-nous laisser sans réponse la très intéressante et très personnelle communication qu'a faite ici M. Villard. Notre collègue, si j'ai bien compris, a développé la thèse suivante : Il est mauvais de laisser dans l'abdomen un appendice qui a subi une poussée aiguë, on s'expose à des récidives parfois mortelles, ou à des troubles chroniques graves, il faut donc prati-

quer l'appendicectomie systématique ; la meilleure conduite est d'ouvrir les abcès et de pratiquer l'ablation de l'organe au cours de cette opération faite à chaud ; je regrette que M. Villard n'ait pas dit quand se pose, à son avis, l'indication de cette opération, s'il la pratique toutes les fois qu'il se trouve en présence d'une appendicite suppurée, ou s'il n'intervient que dans des cas déterminés ; en tout cas, les nombreuses observations qu'il rapporte montrent qu'il la pratique avec une grande prédilection.

Pour moi j'ai la même idée théorique, je crois à la nécessité de l'appendicectomie, mais je réalise tout autrement ce desideratum.

Je suis persuadé qu'un appendice infecté est dangereux et doit être enlevé dans la plupart des cas.

On a dit ici que cette démonstration est faite et qu'il n'y a pas lieu d'insister sur ce point, je crois au contraire qu'il importe d'accumuler les faits capables de mieux mettre en évidence ce point, parce que beaucoup de chirurgiens ne sont pas de cet avis, ou du moins se comportent comme s'ils étaient d'avis contraire. Or, il suffit de pratiquer un certain nombre d'opérations à froid pour voir que l'appendice persiste toujours. Il m'est arrivé d'en trouver qui présentaient des traces de pertes de substances considérables et qui avaient conservé toute leur vitalité, ainsi que leur virulence apparente. Il y a trois mois, j'eus l'occasion d'assister à une poussée extrêmement grave sur un jeune homme qui était atteint pour la troisième fois. J'ai enlevé à froid l'organe, et l'ai trouvé complètement sectionné ; malgré cela, le segment terminal isolé continuait à vivre et renfermait un magma, mélange peu rassurant de pus et de matière fécale. Je pourrais multiplier ces exemples, afin de bien montrer pourquoi je pense qu'il est nécessaire de faire l'appendicectomie ; sur ce principe je suis d'accord avec M. Villard.

Ceci établi, je vais considérer les conditions de l'appendicectomie dans les différentes formes et aux différentes périodes de l'appendicite. J'insiste sur ce point que je laisse totalement de côté les péritonites appendiculaires, primitives ou secondaires, pour ne considérer que les faits d'infection localisée.

On peut alors considérer le rôle du chirurgien à deux périodes : 1° Dans les premières heures, s'il a le bonheur d'être appelé à ce moment ; 2° Après cette première phase. Il est admis aujourd'hui que l'infection est d'abord localisée dans l'appendice, et se répand en dehors de lui seulement après un délai qu'on peut pratiquement considérer comme étant de un jour environ. Si je vois les malades dans cette première journée, je crois fermement qu'il faut faire la laparotomie et enlever l'appendice. On a ainsi une opération radicale, facile, rapide, dont les suites opératoires sont extrêmement simples et bénignes ; on peut ne faire qu'un petit drainage et restaurer presque complètement la paroi abdominale. Cette thérapeutique est extrêmement séduisante, elle a les préférences de la grande majorité des chirurgiens allemands (Congrès de la Société

allemande de 1905) et Roux, de Lausanne, lui-même s'en est déclaré partisan. Elle a donné 94 % de succès, dans les grandes statistiques, et j'en ai publié récemment, avec M. Thévenot, deux observations (*Lyon Médical*, 1906) qui m'ont paru concluantes et m'ont donné la plus grande satisfaction. Cette appendicectomie précoce prévient les péritonites, primitives ou secondaires, les suppurations péricæcales et à distance, elle prévient également les accidents consécutifs chroniques; enfin, et ce point n'est pas sans quelque importance pour les gens à profession active, elle respecte bien la paroi abdominale.

Autant je suis interventionniste dans la première phase, autant je le suis peu dans la seconde, celle qui commence schématiquement à la fin du premier jour. Plus je vais, et plus je considère que cette période des abcès est justiciable du traitement médical du refroidissement, comme on dit ordinairement. Quand je suis en présence d'un malade qui a franchi heureusement la période de la péritonite primitive, quand je trouve dans sa fosse iliaque un plastron, signe révélateur de la localisation du processus, je me garde d'intervenir, je deviens opportuniste, et n'opère que quand les événements m'y obligent. Plus je vais, moins j'ouvre d'abcès.

Je considère qu'on ne doit opérer que ceux qui résistent au traitement médical régulier, je me laisse guider par un seul ordre de faits : l'évolution de la suppuration. Il importe d'abord de bien savoir que le traitement médical est généralement très mal appliqué par les malades. Il m'est souvent arrivé de trouver que des appendiculaires, qu'on pensait avoir mis au repos, se levaient pour aller à la selle ou même, comme je l'ai vu chez une femme de mon service, pour faire trois fois chaque jour le repas de son mari. Dès que ces malades sont mis au *repos absolu* on voit la plupart du temps le plastron diminuer, la température baisser, pour s'amender et disparaître. Il m'est arrivé d'obtenir de pareils résultats sur des malades qui portaient, depuis deux, trois semaines et même plus, un plastron considéré comme rebelle et justiciable de l'ouverture.

Je ne me dissimule pas que je vais contre le vieil adage *ubis pus, ibi evacua*. Je n'ignore pas, en effet, que tout plastron recèle du pus, ceci au contraire m'engage à continuer : j'ai vu se résoudre tant de plastrons, c'est-à-dire tant de collections suppurées que j'ai pleine confiance dans le pouvoir résorbant du péritoine. Cette thérapeutique m'a donné deux échecs. Dans un cas grave dès le début, et à symptomatologie très anormale, j'ai vu survenir chez un enfant, après une rémission, une deuxième poussée qui donna lieu rapidement à une péritonite mortelle malgré la laparotomie précoce. Dans un autre cas, j'eus une suppuration à distance et dus ouvrir une pleurésie diaphragmatique; mon malade guérit, mais j'aurais peut-être évité cette complication par une opération plus précoce.

Ainsi donc, je suis, pendant la phase aiguë, d'une grande réserve, j'at-

tends et obtiens de plus en plus souvent la résorption spontanée. Quand elle s'est produite, je ne considère pas la guérison comme définitive, et de plus en plus je pratique l'ablation de l'appendice à froid.

Par cette opération simple et bénigne, si on attend assez longtemps après la poussée aiguë, je débarrasse entièrement le malade; il en est ici un peu comme pour les infections péri-utérines, on trouve toujours des lésions plus marquées qu'on ne le pensait. Ai-je besoin d'ajouter que cette ablation est sans gravité, qu'elle permet de restaurer complètement la paroi abdominale, et qu'elle est très simple quand on fait patienter le malade assez longtemps.

Faut-il être systématique sur ce point et enlever tous les appendices qui ont été malades? Je n'ose donner une formule aussi radicale, mais j'avoue que je ne suis pas loin de l'appliquer. Très timide contre les abcès, je suis de plus en plus agressif contre l'appendice et j'ai déjà dit que les lésions que je rencontre ne m'ont jamais fait regretter d'être intervenu. Je sais bien qu'on désertera facilement cette ligne de conduite, qu'on m'opposera un nombre considérable de malades qui ont guéri après une première ou une seconde poussée. Je pourrais répondre en montrant les nombreux cas de péritonite mortelle survenue dans les poussées secondaires et les nombreux cas de troubles chroniques : douleurs, constipation, troubles abdominaux que j'ai pu observer chez des malades non opérés. Il y a quelques jours seulement, je retrouvais des nouvelles d'un malade que je n'avais pas opéré après refroidissement presque inespéré d'un volumineux abcès grossissant après trois semaines : ce jeune homme avait de l'appendicite récidivante et des troubles chroniques ennuyeux. Je conclurai donc en disant que j'ai pu regretter de n'avoir pas enlevé l'appendice. Je n'ai jamais regretté de l'avoir enlevé. Comme M. Villard, je m'appuie sur une donnée anatomique, la persistance du corps du délit, et sur des données cliniques démontrant qu'il ne faut pas laisser dans l'abdomen un appendice infecté.

J'ai laissé de côté jusque-là les cas où j'ai été obligé d'ouvrir les collections qui indiquaient formellement une intervention. Dans un cas, je ne fais pas la recherche de l'appendice, je fais l'ouverture simple et jusque-là n'ai pas eu à le regretter. Je suis fort étonné des chiffres qui ont été donnés ici. M. Vignard nous a rapporté une statistique russe dans laquelle 40 % des malades opérés par l'incision simple ont eu des troubles consécutifs. Je n'ai pas du tout cette impression et presque tous les malades dont j'ai pu avoir des nouvelles pouvaient être considérés comme guéris. Je n'ai jamais eu de fistule purulente ni de fistule cœcale, et je crois sur ce point que M. Tixier avait raison quand il appelait l'attention sur l'importance du traitement consécutif, du drainage large et prolongé. Il en est ici comme de l'ouverture vaginale des salpyngites, les élèves de Laroyenne n'en ont guère, parce que leur traitement post-opératoire est bien conduit.

Je ne crois pas non plus que l'incision simple favorise l'apparition de collections multiples. Une recherche prudente les fait souvent découvrir quand elles sont autour du cæcum, et le toucher rectal montre celles du Douglas. Il me semble que beaucoup de ces abcès secondaires péricæcaux se résorbent ou s'évacuent spontanément, car j'ai eu rarement l'occasion d'en ouvrir.

On a dit que des phénomènes septicémiques graves avaient obligé dans certains cas à pratiquer l'ablation de l'appendice dans les jours qui suivent une incision simple restée insuffisante, je n'ai pas observé de pareils cas, et j'ai souvenir que plusieurs observations de ce genre sont très discutables, j'en pourrais trouver un certain nombre dans quelques thèses.

Je n'ai jamais observé de récurrence mortelle après l'incision simple, mais de nombreux cas en ont été rapportés.

De même je n'ai eu qu'une fois l'occasion d'intervenir à froid pour des phénomènes d'appendicite à rechutes : ce cas vient tout à fait à l'appui de l'opinion de M. Tixier que je rappelai plus haut. On n'avait fait qu'une très petite incision trop tardive et un drainage insuffisant.

Pour tout cela je reste donc partisan de l'incision simple, mais je me hâte de dire que je ne suis pas adversaire de la recherche suivant la pratique de M. Villard, je ne veux pas me fermer l'avenir, et il est possible que j'adopte plus tard sa pratique. En tout cas, je tiens à montrer combien cette méthode est plus prudente que beaucoup d'autres : Kocher a conseillé de faire l'incision simple, puis, dans les jours qui suivent, de faire une autre incision en péritoine sain et d'aller, par là, réséquer l'appendice. D'autres, M. Pairisé, par exemple, loin de suivre la voie sous-séreuse adoptée par M. Villard, ne craignent pas de rompre les adhérences, de chercher en plein péritoine sain, avec les doigts pleins de pus l'appendice qu'ils tiennent à enlever.

Combien est plus prudente la conduite de M. Villard ! Nous savons cependant qu'elle n'est pas sans quelques inconvénients, et on nous a rapporté ici-même des cas d'ouverture du cæcum, de fistules. J'attendrai donc, pour me rallier à cette manière de faire, qu'il soit démontré qu'elle est plus certaine, moins dangereuse que celle suivie jusqu'ici. Je respecterai les abcès, bien décidé au contraire à opérer à froid, de façon à avoir une intervention radicale, simple, bénigne, et qui permette de restaurer complètement la paroi abdominale, souci auquel satisfait pleinement l'incision que j'emploie actuellement, écartant les fibres musculaires sans les sectionner.

Telle est actuellement ma conduite : elle repose sur le principe que l'appendice infecté est dangereux et doit être extirpé, et sur l'opinion que le moment le plus favorable à l'appendicectomie est non pendant la période aiguë, mais longtemps après celle-ci.

Il me paraît d'autre part que, quand l'évolution d'un abcès en impose

l'ouverture, il n'est peut être pas nécessaire de rechercher systématiquement l'appendice et que le drainage soigneux met à l'abri des récidives. Je laisse sur ce point actuellement une lacune au principe des dangers que crée un appendice infecté, peut-être la compléterai-je plus tard.

Séance du 29 mars 1906.

M. VIGNARD, secrétaire, lit le procès-verbal de la précédente séance.
(Adopté.)

*
* *

DEUX CAS DE TRAUMATISME DU POIGNET.

M. ECOT. — J'ai l'honneur de présenter à la Société deux malades de mon service de Desgenettes, atteints de traumatismes du poignet et qui me paraissent dignes d'attirer l'attention. L'un comporte une lésion exclusivement radiale, le poignet étant resté indemne; l'autre une lésion exclusivement carpienne avec intégrité des os de l'avant-bras.

Le premier de ces malades est un homme du 98^e d'infanterie hospitalisé depuis le 2 février pour entorse du poignet droit; il est tombé sur le bord d'un fossé la main rejetée en arrière en extension, recevant tout le poids du corps.

L'inspection de la face dorsale du [poignet et des régions voisines apprend peu de chose. Il n'y a pas de déviation des axes médiaux de l'avant-bras, du poignet et de la main; pas de déformation notable, sauf une légère intumescence correspondant au début de la région métacarpienne proprement dite. A la face palmaire on note une saillie des masses tendineuses au-dessus des plis de flexion du poignet, mais une saillie faible et régulière, peu marquée. De profil on ne trouve pas de dos de fourchette accentué, mais seulement un certain degré d'inflexion à peine ébauchée.

Par la palpation, on constate que la ligne bistyloïdienne s'est redressée un peu: l'apophyse radiale se trouve sur un niveau plus élevé que du côté sain sans gagner celui de l'apophyse cuboïde cependant. Le poignet n'est pas globuleux, la

tabatière anatomique est libre, la gouttière carpienne également. Mais au-dessus de la ligne bistyloïdienne on sent sur l'extrémité inférieure du radius, à un travers de doigt de son bord inférieur, un cal peu volumineux, une sorte d'arête dorsale transversale paraissant appartenir à un fragment inférieur porté en arrière et en haut. La tête cubitale paraît plus volumineuse que celle de la gauche. L'interligne radio-cubital inférieur exploré par la face dorsale est douloureux. L'atrophie musculaire de l'avant-bras existe, à un faible degré.

Les mouvements du poignet sont normaux et ne provoquent aucune douleur, pas plus dans la flexion et l'extension, que dans l'adduction et l'abduction ou la circumduction.

Par contre, si la pronation est aisée, la supination est limitée et pénible, et le malade essaierait de se soustraire à l'épreuve si l'on n'avait la précaution de fixer le coude avant l'exploration de ce mouvement. D'autre part, l'avant-bras étant en pronation, il est aisé de mobiliser la tête cubitale dans un sens sagittal et d'obtenir le signe de la « touche de piano ». Cette mobilité, assez ordinairement rencontrée chez tous les sujets dont l'avant-bras est placé en supination, existe peu ou pas dans la pronation; on ne la constate pas du côté gauche, autrement que dans la supination complète. Il y a donc laxité articulaire et arthrite de l'articulation radio-cubitale inférieure droite.

La radiographie faite dans le sens antéro-postérieur démontra l'intégrité du carpe : les rapports du scaphoïde avec le grand os, le radius, le semi-lunaire, le trapèze et le trapézoïde sont normaux; de même les rapports de la tête du grand os avec la glène radiale; de même encore les rapports du pyramidal avec le cubitus dont il est éloigné comme d'ordinaire notablement. Mais la ligne bistyloïdienne est modifiée : elle est comme agrandie; l'apophyse radiale a gagné de 2 ou 3^{mm} dans le sens de l'ascension vers la diaphyse; elle s'est donc rapprochée de moitié au niveau de l'apophyse cubitale. Un trait de fracture transversal raye la zone épiphysaire radiale portant à 2 centimètres 1/2 au-dessus de l'apophyse styloïde, en dehors et distante en dedans de la lèvre antérieure de 12^{mm} environ. De plus, on voit nettement une augmentation de volume et un déplacement interne de la lèvre postérieure de

la cavité sigmoïde radiale, et, à 1 cent. 1/2 environ, du fond de cette cavité se devine un trait oblique de haut en bas, de dehors en dedans. Tête cubitale et apophyse styloïde sont intactes.

Nous avons donc affaire ici à une fracture radiale dont le fragment inférieur comprend un éclat postéro-interne qui intéresse l'articulation radio-cubitale inférieure. Cette fracture articulaire cause de la laxité articulaire et la douleur déterminée par le mouvement de supination. L'intégrité de l'articulation du poignet fait supposer qu'il n'y a pas de trait articulaire de la glène radiale proprement dite.

On pourrait dire également que cette intégrité indique que le ligament triangulaire imperforé sépare absolument les deux articulations si voisines radio-cubitales inférieure et radio-carpienne ; les exsudats plastiques de l'articulation intéressée n'ont pu gagner secondairement la radio-carpienne.

Le deuxième malade appartient au 16^e bataillon d'artillerie à pied hospitalisé depuis le 14 février pour entorse du poignet droit. Au moment où il maintenait le pied d'un cheval difficile il a été poussé par une défense de l'animal et projeté à terre la main droite en avant et en hyperextension.

A l'inspection de la face dorsale du poignet, on note, non pas la déviation des axes en baïonnette de la fracture radiale classique, mais bien une rupture complète de la ligne axiale médiane, de telle sorte que l'axe médian de la main et du poignet arrivés à l'interligne radio-carpien se rendent directement vers un point voisin de la région styloïdienne radiale, en abandonnant brusquement l'alignement antibrachial médian. L'extrémité supérieure du premier métacarpien est rapprochée du radius. Le gonflement maximum est au-dessous de la ligne bistyloïdienne.

Le poignet est globuleux et épais dans le sens antéro-postérieur surtout.

Examiné de profil, il se montre rigide et épais surtout au niveau de la région carpienne proprement dite.

La palpation fait voir l'intégrité de la ligne bi-styloïdienne et des extrémités inférieures des os de l'avant-bras, ainsi que de l'interligne radio-cubital inférieur. L'exploration de la tabatière anatomique et de la région scaphoïdienne en général est douloureuse. L'atrophie musculaire est considérable, et

bien que le malade soit gaucher, cette atrophie du membre supérieur droit est très notable.

Les mouvements de l'avant-bras droit sont normaux et non douloureux, au contraire de ce que nous rencontrions chez le premier malade. Mais ici le poignet ne possède plus que des mouvements limités dans tous les sens. La rigidité du poignet tendu en rectitude et quasi-complète de la douleur ne permet guère l'exploration de l'étendue de ces mouvements.

La radiographie faite dans le sens antéro-postérieur démontre l'intégrité du métacarpe et de la seconde rangée du carpe, de même que des épiphyses antébrachiales et de l'interligne radio-cubital inférieur. Mais le condyle carpien est comme élargi ; il a perdu dans le sens de la hauteur et s'est transporté en masse vers l'apophyse styloïde radiale qui pénètre dans le scaphoïde brisé en deux par un trait transversal et dont le fragment interne et supérieur double l'ombre de la tête du grand os. Le semi-lunaire s'est déplacé en dedans, il ne coiffe plus le grand os, mais paraît être à cheval sur l'extrémité supérieure de l'os crochu.

Nous avons donc affaire dans ce second cas à une fracture articulaire, mais à une fracture du scaphoïde compliquée de déplacement du semi-lunaire, et les troubles articulaires nous sont expliqués.

Il m'a semblé intéressant de réunir ces deux cas si différents au point de vue du pronostic, en dépit de l'identité apparente des conditions étiologiques. Tous deux représentent des exemples de fractures articulaires avec leurs conséquences habituelles de gravité : le premier cependant devrait avoir un pronostic plus favorable que le second qui va compromettre si sérieusement les mouvements du poignet intéressé.

Les travaux de l'école lyonnaise sur la question des lésions traumatiques du poignet ont une importance telle que je serais trop heureux si mes honorables collègues de la Société voulaient bien examiner ces malades et me donner leur avis au double point de vue du diagnostic et du traitement.

M. DESTOT, — Les deux malades présentés par M. Ecot sont extrêmement intéressants puisqu'ils montrent tous deux que sous la même étiquette d'entorse, on a confondu d'une part une fracture du radius et de l'autre une dislocation du carpe. Il importe aujourd'hui de faire des dia-

gnostics plus précis, et la radiographie a défaut d'autres signes cliniques patents, doit être systématiquement employée.

Le premier malade est peut-être plus intéressant que le second qui rentre dans la classe connue des dislocations du carpe. Il s'agit dans l'espèce d'une variété de fracture assez fréquente de l'extrémité inférieure du radius. Je regrette seulement que la radiographie de profil ne soit pas donnée, car elle seule permettrait de trancher d'une façon absolue le point de savoir si la fracture transversale porte sur toute l'épaisseur du radius, ou simplement sur la lèvre postérieure (Rhéa-Barton), ou enfin s'il s'agit d'une fracture en soufflet par écartement des deux lèvres du radius. Quoi qu'il en soit, j'ai observé soit la perte absolue, soit la perte partielle des mouvements de pronation et de supination dans ces fractures qui intéressent l'articulation radio-cubitale inférieure. J'ai même essayé de faire une revue générale de ces lésions dans la thèse de Centurot. Les exemples de cette complication de la fracture du radius ne sont pas rares et ce matin encore, dans le service de M. Vallas, est venu se présenter un malade qui avait une lésion en apparence insignifiante, fracture marginale postérieure du radius limitée à la portion lunaire, et qui ayant perdu toutes ses fonctions, a dû finalement subir une résection complète du poignet.

Dans le cas de M. Ecot, il y a plus de laxité que d'ankylose vraie, puisque le cubitus fait la touche de piano, et cette laxité empêche le radius de contourner la tête du cubitus qui sert de came.

Peut-être ce malade pourra-t-il guérir par l'immobilisation ? Mais de toute façon la thérapeutique semble fort difficile à instituer, et le temps peut modifier bien des choses.

Le second est une dislocation du carpe. Le scaphoïde est cassé, son extrémité supérieure est entraînée avec le semi-lunaire en avant et en dedans sous le pyramidal. Il est dommage qu'on n'ait pas tiré plus tôt sur le poignet pour faire la réduction, qui paraît aujourd'hui difficile au bout de 45 jours. Toutefois, comme ce malade ne présente pas de troubles nerveux, il pourra guérir par la seule force de sa volonté ; mais il est soldat, et il ressemble en cela aux ouvriers qui ont intérêt ou croient avoir intérêt à ne pas guérir.

Dans une thèse qui va bientôt paraître, M. Tavernier a eu la patience de rechercher des anciens malades atteints de cette affection, et on a pu constater qu'avec le temps des désordres qui paraissaient irréparables se sont parfaitement guéris par la volonté des malades. C'est ainsi qu'une femme qui, en se jetant par la fenêtre s'était cassé le poignet droit et disloqué le poignet gauche, a parfaitement guéri, parce que le poignet droit étant devenu ballant à la suite d'une résection, le gauche seul a dû lui servir et s'est parfaitement adapté. A signaler aussi le cas d'un officier qui s'est guéri parce qu'il a voulu guérir.

Je crois donc que ce malade pourrait guérir. On peut lui proposer la

résection du semi-lunaire et du scaphoïde, opération dont je n'ai pas l'expérience, mais dont en Allemagne on vante les bons résultats.

M. VINCENT. — Je félicite M. Ecot de son intéressante présentation de jeunes militaires atteints de traumatisme du poignet. Je citerai un cas que je viens d'observer prouvant la persistance des douleurs et de l'impotence dans les fractures du poignet.

Un jeune homme de vingt ans est venu me voir pour me demander un certificat à présenter au Conseil de revision ; il insistait sur son mal de poignet qui remontait à plusieurs années. L'examen me fit découvrir les signes d'une ancienne fracture de l'extrémité inférieure du radius droit : déformation, ascension de l'apophyse styloïde, gêne dans les mouvements de pronation et de supination, et en plus de la douleur dans l'articulation radio-cubitale inférieure. Cette douleur, qui s'accroît à la suite d'un travail plus long et plus pénible, devait être un cas d'exemption, pensait ce jeune homme, d'autant qu'il y avait une grosseur pointue sur la face antérieure du radius. Il y avait, en effet, une saillie osseuse très pointue au niveau de la fracture. Je ne partage pas l'avis de ce conscrit, mais je crois qu'il sera réformé quand même, parce qu'il est atteint d'un lupus qui occupe la joue droite et qui a déjà rongé l'oreille du même côté.

*
* *

SINUSITES MAXILLAIRES.

M. DESTOT. — La malade dont j'ai présenté la radiographie à la dernière séance a été traitée à l'Ecole dentaire. La dent a été trépanée et on a reconnu que la pulpe était atrophiée. L'exploration de deux canaux sur trois s'est faite sans douleur. Il s'agissait donc bien d'une dent morte.

M. Destot présente une autre radiographie d'une sinusite survenue chez une vieille femme qui en souffre depuis douze ans. Toutes les dents ont été arrachées à la mâchoire supérieure, sauf deux molaires qui maintiennent le dentier.

La radiographie permet de reconnaître que l'incisive latérale qui a été arrachée est remplacée par un petit kyste et l'on voit très nettement que les fragments séquestrés font communiquer le petit kyste avec le sinus.

On peut donc trouver des cas différents :

1° Les cas dans lesquels des dents sont mauvaises et dans ce cas, la radiographie permet de préciser qu'elles sont celles qui communiquent avec le sinus ;

2° Les cas dans lesquels des dents d'apparence saine, alors que la radio permet de trouver des kystes et des abcès de la racine ;

3° Des cas dans lesquels on ne voit plus rien, soit que les dents aient été arrachées complètement, mais laissent persister derrière elles des cavités kystiques purulentes, et des cas dans lesquels la racine est restée provoquant ainsi l'infection du sinus.

En dehors de ces différents types, la radio permet de trouver des cavités kystiques qui ne sont ni les kystes de Magitot, ni les kystes folliculaires ou para-dentaires, mais bien de véritables abcès de l'os maxillaire supérieur.

Les symptômes des sinusites sont extrêmement variables, tantôt il ne s'agit que d'un violent rhume de cerveau purulent, et ne déterminant presque pas de douleur, tantôt l'infection se propage dans l'oreille par la trompe et détermine des otites moyennes, tantôt, au contraire, on a affaire à un cortège symptomatique à grand fracas, qui dérouté les cliniciens.

C'est ainsi que j'ai pu observer un professeur du Lycée, atteint de violentes douleurs cérébrales, déterminant des troubles oculaires singuliers ; migraine ophtalmique, méningite, sinusite sphénoïdale, tels furent les diagnostics portés par des spécialistes. Le pauvre malheureux tombait dans une sorte de folie et, naturellement, malgré ses dénégations, on pensa à la syphilis et il fut traité d'une façon intensive sans résultat. Il fut envoyé à Paris où Trousseau, Delapersonne, Gougenheim, portèrent des diagnostics différents. Il revint à Lyon et M. Devic l'adressa à M. Garel qui, sans tenir compte des hypothèses, trouvait une sinusite maxillaire nette, fit arracher la dent gâtée, lava le sinus et guérit le malade de tous les troubles qu'il présentait.

Il faudrait un volume pour raconter les péripéties que dut subir ce malheureux, soit auprès de l'Administration universitaire, soit auprès du corps médical, et tout cela pour une bagatelle.

Cette petite question de sinusites, d'origine dentaire, trouve dans la radiographie une heureuse solution, car, non seulement on trouve la dent malade à coup sûr, mais encore on peut aller chercher à ouvrir le sinus par le point de moindre résistance indiqué par la radio. Au lieu de passer par la prémolaire, il faut, au contraire, chercher à passer par la dent malade, quel qu'elle

soit, et comme la barrière qui sépare le fond du sinus est très mince, il suffit d'un coup de sonde cannelée pour vider le sinus et passer un drain pour le lavage.

M. ECOT a vu, en Allemagne, une femme souffrant de l'incisive supérieure latérale gauche, avec un kyste révélé à la radiographie; le traitement de la dent guérit immédiatement des douleurs épouvantables durant depuis plusieurs jours.

*
* *

NÉPHRECTOMIE.

M. ALBERTIN présente un rein enlevé chez une femme qui présentait une tumeur de la région lombaire droite. Intervention transpéritonéale, incision sur le bord externe du grand droit. La tumeur occupait le pôle supérieur du rein qui avait basculé en avant.

Examen microscopique : tumeur à grandes cellules claires, épithélioma rénal, tendance à la capsulation indiquant une malignité relative.

La capsule périrénale a été attirée à la paroi, résequée en partie, liée. Guérison sans drainage.

Deuxième pièce : rein enlevé pour tuberculose caverneuse ; voie transpéritonéale. Détail particulier : le rein était en fer à cheval, une languette de trois travers de doigts unissant les deux reins doit être sectionnée après thermo-cautérisation. Là, en raison de l'infection, suture de la loge à l'incision et drainage de la poche ainsi marsupialisée.

*
* *

NÉCESSITÉ DU DRAINAGE DE SURETÉ DANS LES APPENDICECTOMIES RÉPUTÉES A FROID.

M. VINCENT. — L'ordre du jour portait une communication de M. Vignard sur l'appendicectomie. Notre cher collègue étant empêché, je vais essayer de payer un tribut quelconque au roi du jour, à l'appendicite, en vous communiquant un fait qui plaide en faveur du drainage, même dans les appendicectomies à froid.

Une autorité médicale des plus considérables de Lyon, avait

déclaré que l'ablation de l'appendice pourrait seule guérir un malade tourmenté par la neurasthénie, par la constipation et des crises appendiculaires depuis neuf ans. Je ne pouvais apprécier le passé pathologique du sujet ; en palpant le ventre, je ne découvris qu'une sensibilité assez vague au point de Mac Burney. Je m'inclinai, néanmoins, devant l'autorité de mon collègue que tout le monde tient avec raison en très haute estime. J'opérai et ne trouvai pas de collection même réduite à un très minime foyer périappendiculaire. L'appendice avait son aspect normal ; il était retroussé en queue de chien derrière le cæcum ; je l'en dégageai en sectionnant le méso après la ligature préalable sur l'artériole. Plaçant ensuite une ligature à 1 cent. de l'insertion de l'appendice, je m'appliquai à dissocier la séreuse de cet organe pour mettre à profit les avantages de l'appendicectomie sous-séreuse, que l'on a si brillamment exposés dans nos dernières séances. Avec la séreuse, j'encapuchonnai bien le moignon, de façon à empêcher toute issue de liquide intestinal, comme cela arrive, même lorsqu'on brûle au thermo-cautère. Au moment de faire la suture de la paroi abdominale, je me suis souvenu que M. Durand, qui avait si bien parlé de l'appendicectomie à froid, m'avait dit qu'il ne faisait pas de drainage.

J'avoue que je n'ai pu me décider à le suivre, ni à suivre mes autres éloquents collègues dans cette abstention. Continuant à faire comme par le passé, j'ai mis par prudence, en cas de malheur, un petit drain plongeant jusqu'au péritoine pariétal, tenant peu de place et par conséquent ne devant pas gêner la bonne réunion de la suture, ni favoriser l'éventration.

Bien m'en pris, car le lendemain j'ai eu la surprise d'une élévation de température à 39°,9. Invoquer l'hyperthermie dans les opérations aseptiques que M. le D^r Charrin a très bien étudiées, me paraît très souvent un leurre, un échappatoire erroné. Il s'agissait d'autre chose ; j'enlevai le pansement et vis dans la lumière du petit drain une sérosité louche grisâtre, qui était manifestement d'origine intestinale. La ligature de l'appendice, son enfouissement sous-péritonéal n'avait pas empêché l'écoulement du liquide cæcal par la lumière de la section. Grâce au drain, le liquide ayant trouvé une porte de sortie, il n'y a pas eu de péritonite généralisée et l'on a pu porter remède au danger menaçant.

Il m'a semblé nécessaire de faire connaître cette observation qui démontre l'utilité d'un drainage, même avec l'opération à froid.

Est-il possible de bien savoir si l'on opère absolument à froid ? Est-on sûr de ne pas réveiller, par une intervention, le feu qui couve sous la cendre chez les appendicopathes ? Et, enfin, qui peut répondre que la meilleure ligature de l'appendice n'en sectionnera pas les parois et qu'à la suite il n'y aura pas de suintement stercoral capable d'allumer un vaste incendie péritonéal, même sous l'encapuchonnement séreux ?

Pour ces motifs, je crois donc qu'il est prudent, qu'il est nécessaire de placer un drain de sûreté dans les opérations d'appendicite dites à froid. C'est la seule réserve que je veux présenter à propos des très brillantes communications que nous avons entendues et auxquelles j'applaudis vivement.

M. TIXIER. — Quand on fait une appendicectomie à froid, il faut d'abord être sûr que l'appendice est bien refroidi ; il faut donc une longue observation (un mois à six semaines) et prendre tous les jours la température. Je crois que dans les cas absolument froids, il faut refermer le ventre ; on fait une collerette à la base du moignon, on enfouit ce moignon, et on doit être à l'abri de toute fistule.

Le drain donne peut-être sécurité, mais menace l'intégrité de la paroi ; on doit donc s'en passer, toutes les fois qu'on croit pouvoir compter sur l'asepsie.

M. VINCENT. — Je répondrai seulement à M. Tixier que l'obligation de prendre la température chaque jour, pendant un mois, avant de décider l'intervention, n'est pas toujours chose facile, que c'est chose impossible fort souvent, et que, même l'apyrexie fût-elle quotidiennement démontrée pendant un mois, je crois qu'il est prudent de placer un petit drain à l'une des extrémités de l'incision, soit en vue des accidents possibles que j'ai signalés, soit en vue du suintement séro-sanguin de la paroi et des perfidies du catgut.

Le Gérant, D^r VALLAS.

Séance du 5 avril 1906.

Présidence de M. VINCENT.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu par le secrétaire, M. Gayet, et adopté.

*
* *

A PROPOS DES PSEUDO-ENTORSES DU POIGNET.

M. ECOT. — Je suis heureux de pouvoir compléter ma communication de la dernière séance, et de vous apporter une preuve nouvelle de la valeur pratique remarquable de certains travaux de l'école de chirurgie lyonnaise : ils sont tout à l'honneur de notre collègue, M. Destot et de ceux qui ont travaillé dans la voie qu'il a indiquée en ce qui concerne particulièrement les lésions du poignet.

Je vous présente deux radiographies de profil, qu'il est indispensable de prendre dans les cas de ce genre, ainsi que l'a recommandé M. Destot. L'une démontre, dans le cas de l'homme à la fracture du radius, la pénétration du fragment supérieur dans l'inférieur porté en haut et en arrière par le scaphoïde, et par conséquent un déplacement plus accentué que ne l'indique une radiographie antéro-postérieure du poignet.

L'autre montre le semi-lunaire luxé en avant, mais fort heureusement sans bascule ; ses « cornes » sont, en effet, dirigées en bas. Il est difficile de discerner le scaphoïde ou ses fragments ; on voit nettement la tête du grand os.

Le 3 avril, avec l'anesthésie chloroformique, j'ai mobilisé au maximum le poignet enraidit de ce malade et, grâce à l'aide énergique de MM. Destot et Tavernier, la réduction du lunaire a été obtenue, soit 48 jours après le traumatisme. Une radiographie du poignet immobilisé en flexion, dans un plâtre, et prise de profil, démontre que le lunaire est revenu coiffer le grand os. Ce succès est, je le répète, tout à l'honneur de M. Destot et je lui adresse devant vous mes remerciements les plus sincères. Il ne doit pas y avoir d'exemple de réduction du lunaire à une aussi longue échéance.

Je me permettrai de vous donner ultérieurement des nouvelles de ces malades.

M. DESTOT a été très heureux d'obtenir la réduction dans le cas de M. ECOT. Il est à souhaiter que ces cas de dislocation et de luxation carpiennes soient mieux connus, car par une réduction faite au bon moment, on peut éviter une impotence prolongée aux malades.

*
* *

FRACTURE DE LA ROTULE ; IMMOBILISATION, MAUVAIS RÉSULTAT ; FRACTURE ITÉRATIVE ; INTERVENTION SANGLANTE ; RÉTABLISSEMENT COMPLET DES FONCTIONS.

M. DURAND. — J'ai cru intéressant de vous présenter un malade que j'ai opéré l'an dernier pour une fracture itérative de la rotule et qui a obtenu ainsi un résultat presque surprenant.

Cet homme, âgé actuellement de 45 ans, sans antécédent, se fractura la rotule gauche, dans une chute en 1899. Il fut soigné par l'immobilisation et la compression. Cette thérapeutique ne donna qu'un assez mauvais résultat, la marche en terrain plat était facile, mais dans les pentes elle se faisait péniblement, il ne pouvait monter ou descendre les escaliers qu'en posant successivement les deux pieds sur la même marche. Il ne pouvait s'accroupir, l'extension du genou était complète, mais la flexion était loin d'atteindre l'angle droit. Il ne pouvait guère faire par jour plus de 7 à 8 kilomètres, en se fatiguant beaucoup.

Le 28 avril 1905, rencontrant un obstacle, il tomba en arrière, assis, de sorte qu'un mouvement de flexion brutale se produisit dans son genou. Il entendit un craquement, ressentit une douleur vive et ne put se relever.

Il entre dans mon service avec une hémarthrose volumineuse, douloureuse. La rotule est fracturée transversalement, les fragments sont séparés par un large intervalle de près de trois doigts.

Après quelques jours d'immobilisation méthodique, je constate que l'hémarthrose diminue, mais que les fonctions ne s'améliorent nullement, le malade ne peut détacher le talon du plan du lit. Les fragments rotuliens ne se rapprochent pas.

Intervention le 29 mai 1905. Grande incision à concavité supérieure, le point déclive à la pointe de la rotule. Le lambeau ainsi limité étant relevé, on arrive sur le foyer de la lésion. Les deux fragments sont séparés de 6 centimètres, comme toujours, ils dirigent en avant leur

tranche de fracture. Le périoste rotulien est très épaissi. Les parties fibreuses latérales de l'article sont de même épaisses, comme cartilagineuses. On voit que les traumatismes ont interrompu toute l'articulation, rotule et expansion, sous forme de la grande place transversale classique. Cette ouverture est comblée par une lame fibreuse assez mince, paraissant peu solide. Je sectionne transversalement cette lame, dans toute son étendue. Dans l'articulation, un peu de sang liquide, avec des caillots déjà anciens, épaissement et dépoli de la synoviale, un peu colorée en rose par le sang, surtout dans son feuillet profond, sur le fémur. La cavité articulaire explorée avec soin est libre, sans bride fibreuse. Je n'ai donc pas à rétablir artificiellement cette cavité.

Relevant la lame qui réunit les fragments rotuliens, je libère avec soin les surfaces de fracture rotulienne, recouvertes de masses fibreuses, de caillots et de néo-membranes. Je mets à ce moment une pince de Museux sur chaque fragment et cherche à les rapprocher. Je vois que, malgré les plus grands efforts, le rapprochement ne peut se faire entièrement : un écartement de 3 centimètres au moins persiste malgré les tractions. Il devient dès lors contre-indiqué d'exciser toute la lame qui comble la déchirure articulaire. Je relève donc autant que je peux les deux lèvres de section de cette lame et je les suture en les accolant par leur face profonde sur la plus grande surface possible. Une dizaine de points séparés au tendon de renne sont placés de cette façon, tant sur les ailerons que sur le périoste rotulien. Les deux fragments osseux ne sont plus séparés que de 2 à 3 centimètres.

Agraphes de Michel sur la plaie cutanée. Aucun incident, le malade quitte le lit au bout d'un mois environ, marche avec des béquilles, puis des cannes.

Août 1905. Le malade revient, l'état du membre est sensiblement, au point de vue des fonctions, comme avant la dernière fracture, raideurs, flexion incomplète, défaut de solidité, fragments rotuliens sans mouvements latéraux l'un sur l'autre : peu de dépression entre les deux fragments ; leur intervalle est rempli par les tissus fibreux très solides, qu'on a suturés.

Avril 1906. Le malade revient dans le service, dans le seul but de montrer l'excellent état de ses fonctions. Il marche, dit-il, comme s'il n'avait jamais eu de fracture de la rotule. Il monte et descend avec la plus grande facilité les escaliers. Il a fait jusqu'à 30 kilomètres par jour, sans être fatigué plus qu'un homme normal.

A l'examen on constate que l'extension est complète, la flexion l'est presque entièrement. Du côté malade le talon reste éloigné de 27 centim. de la fesse, tandis que du côté sain il n'y a que 16 centim.

La rotule est très large, légère mobilité latérale des deux fragments.

Largeur : côté sain, 6 cent. 1/2 ; côté malade, 7 cent. 1/2.

Hauteur : côté sain, 6 cent. ; côté malade, 8 cent.

Circonférence du genou : côté sain, 41 cent. ; côté malade, 43 cent.

Mobilité latérale complète de la rotule, avec quelques craquements.

Mensuration de la circonférence de la cuisse droite et de la cuisse gauche en des points symétriques.

Droite : 45 cent., 49 cent., 56 cent. ; gauche : 43 cent., 48 cent., 54 cent.

Muscles du mollet : droite, 27 cent. ; gauche, 39 cent.

Comme on peut le voir, les fonctions s'exécutent d'une façon presque parfaite, il n'y a pas de claudication, ni même d'hésitation dans la marche ; les talons frappent le sol avec la même force. Il se tient debout sur la jambe malade et exécute parfaitement l'épreuve classique du bon résultat des fractures rotuliennes : monter sur une chaise et en descendre en utilisant seulement le membre blessé. Il est en état de remplir toutes les exigences de sa profession de manœuvre.

Je veux relever seulement deux points de l'histoire que je viens de vous rapporter : 1° le manuel opératoire que j'ai suivi ; 2° les facteurs du bon résultat que j'ai obtenu.

1° Manuel opératoire : Le moyen idéal de restaurer une fracture ancienne de la rotule serait de réséquer le cal et de rapprocher définitivement non seulement les fragments rotuliens, mais encore les lèvres de la déchirure qu'ont subi les expansions latérales. Ceci est impossible, parce que les rétractions sont telles dans ces vieilles fractures, qu'on ne peut opérer ces coaptations idéales, c'est du moins ce que j'ai pu constater dans deux opérations. Il faut donc se contenter de moins. Dans mes deux cas, j'ai raccourci le plus possible et solidement suturé le cal fibreux, et j'ai obtenu des résultats que je pourrais qualifier de parfaits. Il est inutile de faire des sutures osseuses compliquées et difficiles, ou des cerclages périrotuliens : je me suis seulement inspiré du procédé de M. Vallas, et ai visé surtout à bien consolider les expansions latérales.

2° Facteurs du résultat : Dans le cas que je présente aujourd'hui, il y a lieu, pour moi, de ne pas être trop satisfait de ce que j'ai obtenu ; je dois rappeler, en effet, les observations dans lesquelles une fracture itérative a pu améliorer très notablement les fonctions d'un genou compromis par une première fracture et cela, sans aucune intervention. Comment expliquer ces faits et celui que je vous présente ? On a fait plusieurs théories, et ce malade pourrait faire penser que son état s'est modifié par suite de la diminution de longueur du cal fibreux. Ce n'est pas là, je crois, le point le plus important. Chaput,

dans son travail classique, a bien montré que certains cals très longs et ceci s'accompagne souvent de larges déchirures des expansions latérales, peuvent laisser des fonctions très satisfaisantes. Je pense qu'il faut accorder une grande importance à l'état de l'articulation. Quand elle est libre, les mouvements sont bons, quand elle est cloisonnée ou même disparue, les fonctions sont mauvaises.

C'est là, du moins, ce que je crois avoir constaté sur quelques malades, et aussi sur des sujets dont j'ai pu faire l'autopsie. Il est bien entendu que je ne discute pas l'influence de l'état des muscles, si considérable et si bien mis en lumière par Tilanus, son école et les partisans du massage. Je crois donc que mon malade doit son état actuel en partie au raccourcissement de son cal, en partie à la restauration de son articulation, restauration que la fracture et moi-même avons contribué à créer.

M. VINCENT demande s'il y a écartement des fragments.

M. DURAND. — Il y a un très léger écartement des fragments, qui a diminué encore depuis l'an passé.

*
* *

ÉNORME KYSTE INFLAMMATOIRE DU MAXILLAIRE SUPÉRIEUR. RADIOGRAPHIE.

M. TIXIER. — A notre dernière réunion, M. Destot a montré de très belles radiographies du maxillaire supérieur, servant à préciser certaines notions pathologiques dentaires, c'est dans ce groupe d'affections que rentre le kyste dont cet homme est porteur.

Agé de 52 ans, il a toujours joui d'une très bonne santé : Au mois de juillet dernier, après une journée très pénible consacrée à la fenaison, il reçoit la pluie et se refroidit.

Le soir même, il a une douleur très vive au niveau de la canine gauche et une tuméfaction considérable se développe. Les douleurs se calment les jours suivants, mais la fluxion persiste et augmente ; pendant quelques jours, du pus s'écoule dans la bouche par la gencive au niveau de la deuxième incisive gauche.

Cet état reste stationnaire, la tumeur du maxillaire préoccupe

le malade qui vient à Lyon demander une guérison. A son entrée à l'Hôpital, nous constatons une tumeur grosse comme une volumineuse noix distendant la joue au niveau de la fosse canine. L'aile du nez à gauche est dépliée et soulevée par la tumeur : la lèvre supérieure légèrement projetée en avant. Dans le sillon gingivo-labial, la tumeur proémine dans la muqueuse, restée saine : à ce niveau, par la pression, on a nettement une sensation de crépitation parcheminée. L'incisive latérale gauche est cassée, la canine sensible est inclinée et légèrement déchaussée. Rien de perceptible à la voûte palatine : rien dans la narine gauche, aucune tuméfaction, aucun écoulement de pus ou de sang par le nez. Pas de douleurs de névrites symptomatiques sous-orbitaires ou autres.

Le diagnostic porté est celui de kyste inflammatoire du maxillaire supérieur. Cette belle radiographie, exécutée par M. Destot, confirme ce diagnostic.

Sous anesthésie, après ablation de l'incisive latérale cariée, j'enlève la canine dont l'apex arrache une lamelle d'os adhérente. Par son ablation, le kyste est ouvert : retroussant au détache-tendon la gencive, je crée une large brèche aux dépens de l'arcade alvéolaire supérieure et de la fosse canine. Il s'écoule un liquide épais, muqueux, filant.

Une inspection soignée montre que la poche kystique est indépendante du sinus maxillaire qui a été refoulé en haut et en dehors. Il n'existe aucune communication avec la narine gauche ; on crée une voie au passage d'un drain.

La surface interne de cette grande cavité est tapissée d'une membrane lisse, unie, brillante ; elle est curetée et on en prélève un lambeau pour l'examen histologique. Tamponnement à la gaze.

Vous pouvez constater aujourd'hui cette brèche osseuse par laquelle le drainage est largement établi. Comme la cavité ne se comblera certainement pas, je ferai confectionner bientôt un obturateur prothétique.

M. VINCENT demande quelle était la nature du liquide.

M. TIXIER. — Il était sirupeux, non purulent.

*
* *

SINUSITES D'ORIGINE DENTAIRE.

M. DESTOT présente une série de radiographie de sinusites montrant la zone claire de résorption entourant l'apex de la dent malade, origine de la lésion.

*
*
*

HISTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE AVEC COLPOPEXIE
DANS LE TRAITEMENT DE CERTAINS PROLAPSUS.

M. A. POLLOSSON. — Je désirerais vous présenter deux malades chez lesquelles j'ai eu occasion, pour remédier à des prolapsus graves de l'utérus et du vagin, de pratiquer la fixation de ce dôme vaginal à la paroi abdominale après hystérectomie totale. Dans un de ces cas, j'ai même pratiqué une résection d'une certaine étendue de parois vaginales pour obtenir une fixation effective.

Voici tout d'abord, brièvement résumées, ces deux observations :

La première malade était une femme âgée de 58 ans, entrée dans mon service pour une tumeur abdominale développée assez rapidement dans les six derniers mois.

Il s'agissait d'un kyste de l'ovaire assez volumineux. L'utérus était à la vulve ; il existait en même temps un gros prolapsus des parois vaginales antérieure et postérieure, en même temps qu'une inversion notable de la partie supérieure de ses parois. A cause de ce prolapsus dont l'irréductibilité devait être mise sur le compte du développement de la tumeur abdominale, et ensuite à cause de la fixité de cette tumeur, on fit le diagnostic de *kyste ligamenteux*.

A l'opération (9 mars 1906), on constata en effet un kyste sous-péritonéal, mais au lieu d'être développé dans le ligament large proprement dit, soit à droite, soit à gauche de l'utérus, ce kyste était franchement rétro-péritonéal.

Le kyste énucléé, il restait à s'occuper du prolapsus. La décortication de cette tumeur ayant laissé en arrière et à gauche de l'utérus une surface dénudée, saignotante, je décidai une hystérectomie plutôt que d'avoir recours à une hystéropexie.

L'utérus, attiré dans la plaie abdominale, dépassait le niveau de la section cutanée de plusieurs travers de doigts. Je me rendis compte immé-

diatement que, pour pouvoir faire une fixation vaginale effective, il fallait réséquer un excès de la paroi vaginale antérieure. Je taillai donc en même temps un lambeau de 3 à 4 centimètres de long sur cette paroi du vagin.

Cette hystérectomie et cette colpectomie achevée, après un décollement vésical étendu, je fermai en bourse le dôme vaginal et je suturai extra-péritonéalement, c'est-à-dire après avoir formé une collerette péritonéale postérieure et latérale, la musculature vaginale à l'aponévrose et aux muscles de l'abdomen.

Cette malade guérit sans encombre. Après l'intervention, on put se rendre compte de la valeur immédiate de cette fixation vaginale. Le vagin était transformé dans sa partie supérieure en un conduit tendu, avec une paroi postérieure appliquée fortement contre la paroi antérieure. La partie inférieure du vagin était fortement tirée vers le haut, si bien que toute restauration du plancher périnéal parut inutile.

Cette malade est partie au dix-huitième jour avec une guérison parfaite.

La deuxième malade a traité plus directement à cette question du traitement des prolapsus utérins chez les femmes âgées. Chez ma première malade ce fut occasionnellement à la fin d'une intervention pour un kyste de l'ovaire que j'eus recours à cette intervention visant la chute de l'utérus et des parois vaginales. Chez la seconde malade, ce fut de propos délibéré que j'intervins par voie abdominale pour remédier à un prolapsus total.

Voici dans quelles conditions se présentait la malade. Il s'agissait d'une femme de 50 ans opérée 12 ans auparavant par mon prédécesseur M. le Prof. Laroyenne pour un prolapsus. On fit à cette malade une hystéropexie. Deux à trois ans après, récurrence du prolapsus, et d'autre part, apparition d'une grosse éventration au niveau de la cicatrice de l'incision abdominale.

C'est dans cet état que la malade entra à l'hôpital. Les organes prolapsés forment en avant et au dehors de la vulve une tumeur du volume d'une tête fœtale.

Pendant quelques jours on fit des pansements pour modifier les ulcérations qui existent à la surface des parois vaginales prolapsées.

Le 19 mars 1906. Intervention.

Incision transversale de l'abdomen encerclant l'éventration au-dessus et au-dessous, après exclusion de la peau recouvrant l'éventration et on dissèque le sac herniaire. Ce sac s'est ensuite ouvert, l'épiploon adhérent est dégagé, coupé, lié; puis le sac est abrasé circulairement et repéré. On complète alors la laparotomie par une incision transversale de l'aponévrose antérieure. L'utérus est attiré au dehors. Son fond dépasse le niveau de l'incision d'au moins 8 centimètres, et c'est le sommet du vagin qui vient affleurer la paroi abdominale.

Étant donné l'âge de la malade, je décide et pratique aussitôt une hystérectomie totale. Le vagin est ouvert sur sa paroi antérieure après une dissection minutieuse de la vessie. La libération du col utérin est faite sur tout son pourtour. La tranche vaginale postérieure présentant un suintement assez abondant, je fis à son niveau un surjet hémotatique, puis je fermai le vagin en suturant la paroi antérieure avec la paroi postérieure. Dès lors le dôme vaginal est reconstitué.

Voulant le fixer à la musculature de la paroi abdominale et d'une façon extra-opéritonéale, je décidai de faire cette fixation sur le milieu de la ligne d'incision. Quatre fils de catgut passés à travers les parois vaginales aux quatre angles du moignon ainsi formé et traversent ensuite en U les muscles et l'aponévrose de l'abdomen. Le péritoine est fermé au-dessus et au-dessous du point de fixation de ce moignon vaginal. La paroi est refermée par un plan musculaire longitudinal et un plan aponévrotique transversal. Sutures de la peau.

Les suites furent simples, à part un léger hématome de la paroi.

Actuellement, un mois après son intervention, la malade va tout à fait bien. Sa suture abdominale est parfaite, les parois vaginales sont fortement fixées à l'abdomen et tirées vers le haut. La vulve est bien toujours un peu béante, mais il n'existe ni rectocèle, ni cystocèle.

J'ai tenu à vous présenter ces deux malades à cause de la nouveauté du procédé. Je ne chercherai point à aborder la question de ses indications comparativement aux autres procédés connus, en particulier avec l'hystéropexie abdominale complétée par des colpographies et colpo-périnéorrhaphie. Je crois que dans les grands prolapsus l'hystéropexie peut être remplacée facilement et avantageusement par l'hystérectomie abdominale, suivie de trachélopexie ou de colpopexie. Cette dernière exige une hystérectomie totale, et dans quelques cas comme dans notre première observation, la résection d'une des parois vaginales excédentes.

Cette colpopexie recti-musculaire n'a pas été pratiquée, à ma connaissance, par aucun chirurgien. Elle est indiquée seulement par le professeur Delassus, de Lille, dans la thèse d'un de ses élèves (Beauvois, thèse de Lille, 1905), à propos d'un travail sur l'hystérectomie subtotalé avec trachélopexie.

Nous croyons que cette intervention peut suffire dans la cure des grands prolapsus et dispenser d'une intervention périnéale chez des malades âgées.

Cette opération est particulièrement indiquée, lorsque, comme dans nos deux cas, une laparotomie est nécessitée par

une autre cause. Mais nous croyons qu'elle a des avantages dans les cas de prolapsus complets, surtout chez les femmes qui ont passé la ménopause.

Il est bon de rappeler aussi que chez des malades âgées les interventions périnéales guérissent difficilement par première intention, sont souvent plus longues à se cicatriser et plus graves que les plaies de laparotomie.

Enfin les colpo-périnéorrhaphies exigent pour être efficaces une bonne restauration de la sangle des releveurs de l'anus. Or il arrive bien souvent que dans les prolapsus invétérés, ces muscles se sont complètement atrophiés, si bien que l'intervention périnéale peut dans ces cas être condamnée d'avance à un résultat temporaire ou insuffisant.

M. CONDAMIN demande ce que devient la vessie dans l'opération pratiquée par M. Pollosson.

M. ALBERTIN a remarqué que le port prolongé des pessaires produit une ulcération circulaire du vagin qui se cicatrisant amène un rétrécissement, véritable pessaire naturel. C'est là un mode de suspension qui lui a inspiré de chercher à réaliser le même rétrécissement par la destruction de la muqueuse vaginale. Il a fait des hystérectomies et a suturé les ligaments larges.

M. GOULLIoud. — Quand il n'y a pas d'indications spéciales à enlever l'utérus, je crois qu'il vaudrait mieux garder l'organe et le fixer à l'abdomen. C'est un moyen de suspension dont il ne faut pas se priver. Il faut en même temps faire des opérations complémentaires, reconstituer le périnée, réséquer la paroi antérieure du vagin, ainsi que le conseillait M. Laroyenne.

M. GAYET. — J'ai eu récemment à traiter, chez une vieille femme de 72 ans, un prolapsus utérin avec cystocèle et rectocèle, entraînant en même temps des troubles nerveux sérieux. En raison de l'âge de la malade, je voulais me contenter d'une opération palliative analogue à celle que M. Albertin nous a préconisée. Je fis donc un cloisonnement du vagin par la méthode de Lefort, suivi d'une colpo-périnéorrhaphie. Mais j'eus un échec rapide et complet. Je dus alors me résoudre à pratiquer l'hystérectomie vaginale qui, contrairement à ce que j'avais lu et appris, fut d'une facilité remarquable et me donna en quelques jours une cure très satisfaisante. J'ai eu des nouvelles récemment, ma malade, quatre mois après son opération, semble tout à fait débarrassée de son infirmité et du cortège de malaise qu'elle entraînait à sa suite.

Je crois donc que l'hystérectomie vaginale reste une bonne opération

pour certains cas de prolapsus, et qu'en tout cas elle ne présente pas beaucoup de gravité.

M. POLLOSSON. — Je répondrai à M. Condamin qu'on fixe le vagin au même point où on fixe d'habitude le corps utérin, immédiatement au-dessus de la vessie; celle-ci devient ce qu'elle devient dans tous les cas d'hystéropexie. Celle-ci s'accommode sans doute très simplement à ses nouvelles conditions de voisinage.

M. Albertin a fait allusion à un procédé de traitement inspiré par ce que donnent les pessaires; mais bien souvent des malades traitées par les pessaires accusent la guérison de leur prolapsus par le rétrécissement du vagin qui survient progressivement; on a même souvent beaucoup de peine à retirer l'anneau.

M. Goullioud se demande s'il ne vaut pas mieux conserver l'utérus comme moyen de traction; mais pour cela il faut le porter très haut; c'est dans la zone ombilicale qu'il faudrait le fixer pour déplisser le vagin. Les hystéropexies séreuse à séreuse cèdent à coup sûr à une traction continue; les hystéropexies extra-péritonéales doivent avoir des inconvénients par le poids propre de l'utérus.

M. GOULLILOUD a retrouvé des pexies datant de six, huit ans et plus, restées très solides. Il insiste sur la nécessité de faire une triple opération, et dans ces conditions ne voit pas de récurrence. Il fait cette opération chez des malades de 50 à 65, 70 ans, et par conséquent n'a pas à craindre de dystocie.

*
* *

BOTRYOMYCOME DE LA FACE INTERNE DE LA CUISSE.

M. TIXIER. — Voici une femme qui présente un cas typique de botryomycose de la cuisse: le siège est anormal, mais l'histoire, classique.

La voici telle qu'elle a été résumée par M. Trouilleur, mon interne. Femme âgée de 49 ans. Grande multipare ayant toujours joui d'une excellente santé. Il y a un mois et demi, apparition à la face interne en sa partie supérieure de la cuisse droite d'un petit bouton qui gratté donnait lieu à une ulcération large comme une pièce de 50 centimes. Suintement sanguin et répété au moindre frottement.

Un bourgeon se forme gros comme un pois et est enlevé à l'aide d'une ligature placée à sa base par le D^r Cuilleret. Lors

de la chute de la ligature, hémorragie considérable qu'en vain on essaye d'arrêter par des cautérisations au nitrate d'argent.

Le bourgeon réapparaît et atteint le volume actuel d'une framboise. Il donne lieu à des hémorragies très abondantes, arrivant à épouvanter la malade.

Vous pouvez voir se détachant par un mince pédicule d'une peau voisine saine et normale cette petite masse mollasse, framboisée, rosée. Le moindre frottement la fait abondamment saigner : il faudra, comme c'est la règle, l'exciser en tissu sain, car c'est, au point de vue clinique, un botryomycome.

Il m'a paru intéressant, au moment même où, à Paris, M. Poncet défend la cause, très juste en clinique, de cette affection, de vous en montrer un nouveau cas dont le siège est anormal. J'en ai rencontré à la main, je ne sache pas qu'on en ai vu à la cuisse.

Séance du 26 avril 1906.

Présidence de M. VINCENT.

M. GAYET, secrétaire, lit le procès-verbal de la séance précédente qui est adopté sans rectification.

*
* *

ENTÉROSTOMIE TRANSPYLORIQUE.

M. GOULLIoud présente une malade opérée par un procédé nouveau d'entérostomie élevée pour un rétrécissement cancéreux de l'œsophage.

La malade est une femme de 57 ans, qui présente les signes d'une sténose néoplasique de l'œsophage. Elle n'avalait plus que très péniblement une petite quantité de liquide, et pas même le lait, quand elle fut adressée à M. Goullioud. La malade est déjà fort affaiblie, mais assez résistante cependant pour subir une opération, même d'une certaine durée.

Aussi M. Goullioud se décide-t-il à faire chez elle une opération complexe qui doit assurer un bon fonctionnement à l'orifice artificiel par lequel on nourrira la malade.

Cette opération, faite en une séance, consista en une gastro-entéro-anastomose de Von-Hacker, et en l'établissement d'une bouche artificielle au creux épigastrique.

Pour faire celle-ci, l'estomac fut sectionné complètement dans la région prépylorique, le côté stomacal de la section fut suturé, et le côté duodénal, muni du sphincter pylorique, fut fixé à la peau, comme on le fait de l'intestin dans une entérostomie commune. L'estomac, rétracté par manque de fonctionnement, était d'ailleurs réduit à la forme d'un canal.

L'opération terminée, la malade avait donc deux voies dis:

tinctes d'ingestion des aliments : d'une part les quelques liquides qu'elle buvait traversaient l'estomac et descendaient dans le jéjunum par la gastro-entéro-anastomose ; d'autre part les liquides injectés par la bouche artificielle s'écoulaient directement dans le duodénum au plus bas, suivant que la sonde était plus ou moins enfoncée.

C'était en un mot une entérostomie élevée, une *duodénostomie supra-pylorique*, à rapprocher de la jéjunostomie, mais supérieure à celle-ci. Elle avait en effet le double avantage d'être établie le plus haut possible, dans la région même du pylore et d'avoir un orifice muni d'un sphincter naturel et fonctionnant dans un sens normal. On n'a surtout pas à craindre l'écoulement au dehors du sac gastrique, aucune communication n'existant entre la cavité stomacale et la bouche pylorique.

Cette opération, très différente de la pylorostomie de Lambotte, rappelle cependant cette intervention, comme manuel opératoire. Lambotte, d'Anvers, a proposé en effet à la Société belge de Chirurgie (septembre 1905) une opération complexe consistant à sectionner le duodénum immédiatement au-dessous du pylore, à fermer le bout duodénal, et à fixer le bout stomacal, muni du sphincter pylorique au creux épigastrique en assurant la vidange de l'estomac par une gastro-entéro-anastomose.

Lambotte admet chez la plupart des rétrécis de l'œsophage une contracture du pylore et espère que le pylore fonctionnera pour éviter le rejet du contenu gastrique, alors que l'anastomose gastro-intestinale permettra son évacuation faible dans l'intestin. Il a eu à se louer dans un cas du résultat de son opération, qui aurait été meilleur que celui que lui auraient donné ses gastrostomies antérieures.

Nous avons nous-même proposé sous le nom d'entéro-anagastromie (Soc. de Chirurgie de Lyon, janv. 1903), de faire procéder la gastrostomie d'une gastro-entéro-anastomose, qui devait, espérons-nous, faciliter l'évacuation de l'estomac et éviter la résistance que cette évacuation rencontre physiologiquement au niveau du pylore.

Dans notre procédé actuel, au lieu de faire une gastrostomie comme Lambotte, nous faisons une entérostomie. Nous pensions qu'il y avait plus de chance que le sphincter pylorique fonctionnât mieux pour empêcher un reflux des liquides du

duodénum dans l'estomac que pour s'opposer à l'écoulement du contenu gastrique dans le sens de son orientation normale. Mais nous devons bien reconnaître que l'innervation de notre sphincter pylorique doit être en partie compromise.

Bref, le procédé de Lambotte est une gastrostomie ; celui que nous avons réalisé est une entérostomie haute. La discussion est donc entre les avantages et les inconvénients comparés de ces deux méthodes, la gastrectomie et l'entérostomie élevée.

Ce sont plutôt des indications différentes qu'il faut donner à ces deux interventions, et l'envahissement de l'estomac ou peut-être seulement son extrême réduction sont des indications pour l'entérostomie. Tout procédé de gastrostomie demandant de l'étoffe nous était interdit par la rétraction extrême de l'estomac.

Bien différente aussi a été l'opération de MM. Delore et Leriche, récemment publiée dans le *Lyon Médical* (18 février 1906), de pylorostomie dans un cas de brûlure grave de l'estomac. Il s'agissait de nourrir la malade en excluant l'estomac. S'inspirant de l'opération de Lambotte en utilisant l'idée du sphincter pylorique, ils ont fait une gastrostomie très basse, près du sphincter fixé à la peau. Une sonde de Nélaton est introduite directement dans le duodénum ; on n'a pas, dit M. Leriche, à craindre le reflux, puisque la barrière pylorique est là.

Notre malade a bien supporté son opération : la gastro-entéro-anastomose fut faite d'ailleurs au bouton de Jaboulay pour gagner du temps.

La malade boit de moins en moins par la bouche, quelques cuillerées d'eau aromatisée par de la chartreuse. Elle est donc nourrie presque exclusivement par son orifice artificiel. Celui-ci fonctionne bien et les liquides injectés ne donnent lieu à aucun reflux.

Cependant un peu de bile s'écoule et irrite le pourtour de l'orifice artificiel. Un bandage, analogue à celui de la hernie ombilicale, mis depuis peu, suffit à parer complètement à cet inconvénient. On peut donc injecter sans difficulté et sans reflux la quantité d'aliments semi-liquides qu'on veut.

Cependant cette opération ne nous a pas donné tout ce que nous espérions. C'est que la digestion de ces aliments, quoique

choisis, laisse beaucoup à désirer, malgré ce qu'ont dit les partisans de la jéjunostomie.

La malade a non de la diarrhée, mais des selles pâteuses trop fréquentes, deux ou trois par jour. Elle a le ventre légèrement ballonné. Aussi n'a-t-elle pas pris de poids. Il faudra surveiller le régime et donner quelques digestifs artificiels.

Cette malade très cachectique présentait déjà un envahissement par reflux de tous les ganglions prévertébraux qui simulaient en un point une tumeur.

On ne peut donc espérer chez elle un résultat bien durable. L'intervention lui aura cependant rendu service en lui enlevant cette impression terrible qu'elle avait, de mourir de faim et de soif sans espoir.

Nous croyons simplement que le procédé que nous venons d'appliquer, doit être conservé, et sera indiqué quand il sera réalisable, comme procédé d'entérostomie haute, supérieure à la jéjunostomie même en Y de Maydl, et à la duodénostomie. C'est une duodénostomie avec sphincter.

OBSERVATION. — M^{me} M. G..., âgée de 36 ans, est envoyée à l'hôpital Saint-Joseph pour une sténose cancéreuse de l'œsophage, qui rend l'alimentation impossible.

Mariée à 19 ans, elle a eu un seul enfant, encore vivant. Un fait à noter dans son histoire, c'est que son mari est mort d'un cancer de l'estomac, il y a 5 ans.

Elle même n'avait jamais eu de troubles digestifs, quand apparurent en septembre 1905 les premiers symptômes de son affection.

Le 21 décembre, la malade eut une hématomèse abondante avec mélæna, la seule qu'elle présenta ; puis survinrent des vomissements, de la difficulté pour avaler, des douleurs, un amaigrissement marqué.

Quand on fait boire la malade, elle rejette presque aussitôt la plus grande partie du liquide ingéré.

La malade pèse 45 kilos, et elle en aurait perdu 8 en six ou sept mois.

Pour éviter le cathétérisme œsophagien, on a recours à la radioscopie, qui montre l'arrêt de petits cachets de bismuth au-dessus du cardia. Le cathétérisme, fait prudemment plus tard, a montré que le siège du rétrécissement était à 35 centimètres de l'arcade dentaire.

Au palper abdominal, à travers un ventre affaissé, on sent en dedans de la fosse iliaque droite, une induration d'une dureté ligneuse. Du côté de l'ovaire gauche, il y a une tuméfaction fixe, indolore, que l'on soupçonna une dégénérescence ovarienne par greffe. Cependant,

la malade, voyant se réduire chaque jour la faible quantité de liquide qu'elle absorbe, accepte avec joie l'idée d'une opération.

L'opération, le 4 avril 1906; anesthésie discontinue au Bilioth.

L'incision abdominale permet de voir un estomac extrêmement réduit, transformé presque en un canal qui se fût mal prêté à tout procédé de gastrostomie demandant de l'étoffe. D'autre part, le long de la colonne vertébrale une traînée exceptionnelle de ganglions indurés fixes, dont quelques-uns formaient la masse indurée perçue par le palper abdominal.

J'étais décidé à faire une gastro-entéro-anastomose pour une duodénostomie sus-pylorique, d'après un procédé nouveau.

Je fais donc :

1° Une gastro-entéro-anastomose de Von Hacker au bouton de Jaboulay ;

2° La section sus-pylorique de l'estomac à 1 centimètre 1/2 au-dessus de l'épaississement du sphincter pylorique.

3° La fermeture par suture de la section stomacale, très réduite par l'atrophie du viscère ;

4° La fermeture de la paroi abdominale, en un plan, au fil métallique ;

5° La fixation du pylore, en haut de la ligne de suture, avec deux rangs de points de suture, comme dans une entérostomie, et en réduisant beaucoup par les derniers points de la suture de la paroi, l'orifice artificiel qui laisse passer une sonde Nélaton n° 17.

L'opération a été bien supportée, la malade soutenue au début par des injections de sérum.

Le lendemain, le pouls est à 108, et la température rectale à 38°,8.

Elle descend progressivement ensuite.

Le troisième jour, on commence par alimenter la malade par la sonde laissée à demeure à travers le pansement.

11 avril : Ce n'est que le septième jour après l'opération que le pansement apparaît traversé par un peu de bile qui s'est écoulée le long de la sonde. Il n'y a pas d'érythème autour de l'orifice artificiel. On injecte plus d'un litre de liquide alimentaire par jour.

16 avril : On enlève la sonde. Les jours suivants, un peu de bile s'écoule et amène de l'érythème.

17 avril : On enlève les fils de la suture. On alimente la malade avec du lait, du riz, des œufs. Il n'y a aucun reflux des liquides injectés, à moins que l'on injecte vivement plus de 100 gr. de liquide.

24 avril : On applique sur l'orifice artificiel un bandage élastique à pelote, analogue à un bandage pour hernie ombilicale. Cet appareil empêche tout écoulement de bile au dehors.

26 avril : La malade est présentée à la Société de chirurgie de Lyon, la veille de son départ. Elle est encore très faible et a un peu d'érythème autour de l'orifice de la fistule, n'ayant son bandage que depuis peu.

Il est évident que, bien que ses jours soient comptés, elle a bénéficié de

l'opération, car elle ne se soutient que par les liquides alimentaires qu'on lui injecte par la fistule. Par la bouche, elle boit de moins en moins. Elle a confiance et espère. Cependant elle a perdu du poids, ne pesant plus que 42 kilog. Cela doit s'expliquer en partie, par ce fait que les liquides injectés et reçus sans le moindre reflux, paraissent être mal digérés; tout au moins leur digestion n'est pas parfaite. Le ventre, au lieu d'être affaissé comme avant, est légèrement ballonné. La malade a deux ou trois selles par jour, selles ressemblant, dit-elle, à des selles d'enfant, pâteuses et non moulées. Il faudra surveiller le régime et donner quelques digestifs artificiels.

M. TIXIER. — J'ai examiné avec beaucoup d'intérêt la malade que nous présente M. Goullioud, car l'opération qu'il a exécutée chez elle est peut-être susceptible de nous fournir une ressource en thérapeutique nouvelle dans le cas d'envahissement néoplasique de tout l'estomac. Par une coïncidence curieuse je me suis trouvé, le jour même où M. Goullioud opérait sa malade, dans les mêmes conjectures opératoires. Le résultat opératoire que j'ai obtenu a été moins bon, car ce ne sont que des pièces anatomiques que je puis vous montrer. Il s'agissait d'une jéjunostomie en Y.

Voici dans quelles conditions j'ai dû exécuter cette opération. Une femme de 47 ans, très cachectique, était entrée dans mon service, au dernier degré de l'inanition. Elle ne pouvait absolument plus s'alimenter: elle avait des régurgitations incessantes, on sentait une grosse tumeur au niveau de l'estomac.

Malgré ces signes de cachexie cancéreuse évidente, je cherchais la possibilité de soulager les derniers moments de cette femme. Aussi je n'hésitais pas à pratiquer chez elle une laparotomie: l'opération fut faite le 4 avril.

L'estomac n'étant plus qu'une poche cancéreuse depuis le cardia jusqu'à la première portion du duodénum, vous pouvez constater sur ces pièces que pas la plus petite portion de la poche stomacale n'avait échappé à l'infiltration néoplasique. Impossible même de faire une duodénostomie; je me décidais à exécuter une jéjunostomie en Y.

Mon bout jéjunal distal fut fixé terminalement à la partie inférieure d'une cicatrice de laparotomie; des sutures purement musculo-séreuses suspendirent la section intestinale à la paroi. Au bouton, rapidement j'anastomosais le bout duodéno-jéjunal. L'opération fut bien supportée.

Pendant les trois ou quatre premiers jours, par l'œsophage, quelques minimes quantités de liquide purent être dégluties et, grâce au sérum en injections copieuses, l'état fut satisfaisant. Mais quand je voulus injecter, à l'aide d'une grosse sonde de Nélaton, poussée à 15 ou 20 centimètres dans l'intestin, les liquides alimentaires, un reflux invincible se produisit. Même en procédant très lentement et en ne dépassant jamais plus de 80 à 100 gr. de liquide, le résultat fut toujours mauvais.

Aussi, l'alimentation n'ayant pu être suffisante, ma malade succomba le 16 avril, douze jours après son opération.

Voici, d'une part, son estomac que je vous ai déjà décrit et, d'autre part les anses disposées en Y de la jéjunostomie, le bouton anastomotique était déjà en migration.

Malgré l'établissement typique de cette jujénostomie parfaite au point de vue opératoire, le résultat physiologique a été mauvais. C'est pour cela que la nouvelle intervention que nous décrit M. Goullioud est très utile. Il sera peut-être possible de mieux alimenter les malades par son dispositif que par celui de la jéjunostomie. Je ferai cependant quelques réserves sur sa façon de faire. D'abord, il faut que la portion pylorique de l'estomac soit saine, ce qui n'existait pas chez ma malade, puis l'exécution de cette intervention complexe est longue et nous opérons alors des malades cachectiques ; enfin la nouvelle bouche semble être incontinente. Chez sa malade, à voir à distance cette peau rouge, ulcérée par les liquides digestifs, on croirait à une gastrostomie. Et la bile s'écoule abondamment par la paroi ; il faut attendre avant de juger l'action sur cette bouche du sphincter pylorique.

M. GOULLIOUD. — Jusqu'ici, chez ma malade, les liquides injectés ne reviennent pas ; il sort simplement un peu de bile dans l'intervalle des pansements. J'ai donc l'impression que c'est une opération meilleure que la gastrostomie.

M. BÉRARD. — On pourrait reprocher à l'opération de M. Goullioud d'être un peu complexe pour une opération simplement palliative. Les gastrostomies bien faites sont continentes, et je pourrais en citer plusieurs cas qui m'ont donné toute satisfaction ; il suffit de faire la gastrectomie aussi haut que possible par le procédé de Fontan. J'ai un cas de ce genre où le malade garde une bouche gastrique parfaitement continente ; même étant sorti de l'hôpital sa fistule s'obtura spontanément ; il fallut la rouvrir, ce qui se fit très aisément par une simple ponction.

M. DURAND. — Je ne veux m'occuper que du problème thérapeutique soulevé par M. Tixier : que faire à un malade présentant un syndrome rétrécissement de l'œsophage quand on trouve un estomac cancéreux rendant impossible la gastrectomie, celle-ci étant supposée nécessaire ? Il ne reste évidemment que la jéjunostomie, et comme cette intervention n'a jamais, si j'ai bonne mémoire, été discutée devant notre Société, il serait peut-être bon de profiter de cette occasion pour que chacun de nous apporte ses observations.

Pour mon compte, je ne l'ai pratiquée qu'une fois. Il s'agissait d'un malade entré dans mon service pour des troubles très accentués de la déglutition. Il avait depuis de longues années des troubles dyspeptiques qu'on pouvait sans trop de restrictions rapporter à l'alcoolisme. A ces

troubles de la digestion gastrique étaient venus s'ajouter, depuis six à sept mois, des signes progressifs de rétrécissement de l'œsophage; le cathérisme avait montré à M. Bouveret que la sténose siégeait au niveau du cardia; il était donc facile de penser que nous étions en présence d'un néoplasme gastrique propagé à l'orifice œsophagien. La palpation, qui montrait des masses volumineuses dans la région gastrique, confirmait ce diagnostic, imposé en quelque sorte par les anamnestiques. Je fus amené à intervenir au moment où l'alimentation était devenue impossible. La laparotomie faite, on vit que la gastrostomie était impossible, et je fis une jéjunostomie latérale, fixant à la plaie du jéjunum à 30 cent. environ de l'angle duodéno jéjunal.

Je ne fis l'ouverture que le surlendemain, comme dans la gastrostomie par le procédé de M. Poncet. Le malade s'éteignit doucement, comme il arrive à beaucoup de cancers de l'œsophage, au bout d'une semaine, de sorte que le résultat thérapeutique ne fut pas brillant. Le résultat fonctionnel ne le fut guère plus. L'intestin absorba facilement de petits repas de 60 ou 80 gr. dans les premiers jours, mais dans les derniers le reflux était très abondant, malgré l'étroitesse de l'orifice intestinal.

J'avais quelques regrets de n'avoir pas fait la jéjunostomie en Y dont beaucoup de chirurgiens ont vanté les mérites, je m'en console aujourd'hui en voyant que M. Tixier, qui a employé ce procédé, n'a pas eu de résultat meilleur que le mien.

M. TIXIER. — Mon collègue, M. Durand, vient de ramener la question sur son véritable terrain : que peut faire le chirurgien quand tout l'estomac est infiltré ?

Ainsi posée, la question conduit à discuter les indications et les résultats des diverses duodénostomies et jéjunostomies. C'est pour cela que je vous ai rapporté mon observation de jéjunostomie en Y dont je n'ai pas été satisfait.

Si cependant je l'ai exécutée, c'est que j'espérais mieux en la jéjunostomie en Y qu'en la jéjunostomie verticale, que j'avais déjà expérimentée. Chez une malade atteinte de néoplasie cancéreuse diffuse de l'estomac, j'avais, suivant la technique préconisée par M. Terrier, établi une jéjunostomie verticale. J'avais observé du reflux des liquides injectés, et ma malade avait rapidement succombé. Par suite j'avais gardé un mauvais souvenir de cette opération et j'espérais mieux du procédé en Y. Puisque ce procédé ne paraît pas satisfaisant je suis prêt à essayer le procédé de M. Goullioud.

M. Bérard nous a parlé de la gastrostomie et nous a rapporté une belle observation de bouche continent. Je me permettrai à cette occasion de vous rapporter un cas remarquable de gastrostomie. Hier, j'ai eu des nouvelles d'un malade opéré par moi par le procédé de Fontan, au mois de septembre 1905 pour un néoplasme du cardia. Cet homme

vit toujours (26 avril 1906), et sa bouche, non seulement est continent, mais a une telle tendance à s'oblitérer, que dernièrement le docteur Bergeret, de Bourgoin, a dû la dilater pour faciliter la réintégration de la sonde.

Voici donc une survie de huit mois après gastrectomie avec bouche continent; le cas est si exceptionnel que je m'efforcerai de vous montrer prochainement le malade.

LUXATION ISOLÉE DU SEMI-LUNAIRE.

M. DESTOT présente les radiographies d'un homme de 40 ans, maître maçon, qui, le 25 juillet 1905, tomba avec un mur qu'il construisait, et se fit en même temps que des fractures de côtes une lésion du poignet. Aucun renseignement sur la position de la main au moment de la chute.

Pendant huit jours, anesthésie des trois derniers doigts et gonflement du poignet traité par le massage.

Au bout de quinze jours, le malade qui pouvait remuer les doigts, s'aperçut qu'ils se fléchissaient malgré lui et qu'il ne pouvait les redresser; les trois derniers doigts de la main droite subissaient cette flexion, surtout marquée au petit doigt.

Envoyé à Genève, vu par M. A. Reverdin. Aucune radiographie, et si on fit le diagnostic, du moins on n'institua aucun traitement. Envoyé à Aix-les-Bains. Massage, mécanothérapie, mais pas de radiographie. Si à Genève on ne sait pas si le diagnostic a été fait, en revanche à Aix le médecin fit un certificat concluant à une rétraction de l'aponévrose palmaire, et on sait que la maladie de Dupuytren n'étant pas considérée comme d'origine traumatique le blessé se trouvait privé d'indemnité.

C'est dans ces conditions que M. le docteur Geley pensant qu'il s'agissait d'une lésion des os du carpe voulut bien m'envoyer d'Annecy la malade à radiographier.

Le diagnostic était d'une simplicité telle que la vue seule permettait de conclure à une luxation du semi-lunaire, épaissement antéro-postérieur du poignet dont la circonférence était augmentée d'un centimètre. Mais ce cas diffère des cas ordinaires par deux points :

1° La luxation du semi-lunaire est isolée, il n'existe aucune fracture et aucun déplacement, soit du côté du scaphoïde, soit du côté du radius. De plus, cet os qui ordinairement présente ses cornes en bas et en avant a pivoté sur lui-même et les deux cornes regardent directement en avant.

2° Il existe une griffe spéciale constituée par la flexion des trois derniers doigts et un peu de l'index, mais il n'existe ni troubles trophiques, ni troubles de sensibilité. La peau de la paume est souple et non adhérente, il n'existe aucune bride. La maladie de Dupuytren ne saurait être invoquée, et la griffe est due purement et simplement au soulèvement des tendons fléchisseurs par le lunaire formant chevalet. Les mouvements du poignet sont assez libres non douloureux, mais ils ne dépassent pas 20° dans tous les sens.

Il s'agit d'un cas rare de luxation isolée du lunaire, et le traitement indiqué ici au bout de neuf mois est la simple résection de l'os luxé qui gêne les mouvements des tendons et forme en même temps une butée qui limite les mouvements.

On pourrait dans des cas complexes discuter les types d'opération, résection partielle ou complète, mais ici l'indication de l'opération partielle est nette et précise.

En résumé, le cas présenté montre bien que la luxation du semi-lunaire est la partie la plus importante de ce que j'ai appelé la dislocation du carpe. Si on ne tient pas compte de l'anatomie pathologique, on voit qu'il existe un groupement clinique unique avec des variétés multiples, allant de la luxation isolée du lunaire à la luxation compliquée des fractures du scaphoïde ou du radius ou des deux os. Le groupe clinique est à opposer à la fracture isolée du scaphoïde qui forme une classe à part avec une pathogénie et une physiologie pathologique spéciales.

Les variétés de pronostic dérivent de la forme anatomo-pathologique, mais le traitement primitif doit s'adresser à la lésion principale qui est la luxation du lunaire, réduction, réduction partielle ou totale, sont les étapes que l'on doit parcourir, et suivant la date à laquelle se présente le malade, suivant la forme anatomique, suivant la nature des troubles (troubles trophiques), on donnera la préférence à l'opération partielle, à la résection totale. Le principal est de faire le diagnostic de bonne heure; le point capital est de se défier

et lorsque les signes cliniques paraissent suspects d'avoir de suite recours à la radiographie de face et de profil qui lèvera tous les doutes et permettra de faire d'emblée la seule thérapeutique rationnelle, la réduction.

*
* *

CHOLÉCYSTITE CALCULEUSE PERFORANTE.

M. BÉRARD présente un mémoire sur cette affection.
(Voir *Mémoires.*)

Le Gérant, D^r VALLAS.

Séance du 3 mai 1906.

Présidence de M. VINCENT.

M. GAYET, secrétaire, lit le procès-verbal de la séance précédente qui est adopté sans rectification.

*
* *

FIBROME UTÉRIN ; HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE SUBTOTALE ; SEPT ANS APRÈS RÉCIDIVE DANS LE MOIGNON UTÉRIN ET LES ANNEXES ; HYSTÉRECTOMIE COMPLÉMENTAIRE ; GUÉRISON.

M. Robert SOREL (Dijon). — Dans plusieurs publications (1) j'ai indiqué à l'aide d'observations qu'elles étaient, à mon avis, les indications de l'hystérectomie abdominale totale et de l'hystérectomie subtotale. J'en ai conclu que la première était

(1) De l'indication de l'hystérectomie abdominale dans les suppurations pelviennes (*Congrès de chirurgie*, 1901, page 821).

Hystérectomie abdominale totale et subtotale (*Congrès de gynécologie*, Rouen, avril 1904, page 353, et *Congrès français de chirurgie*, 1904, page 707).

La péritonisation et l'hystérectomie abdominale totale dans les suppurations pelviennes chroniques (*Archives provinciales de chirurgie*, 1903, page 776).

De l'hystérectomie abdominale totale dans le traitement des suppurations pelviennes chroniques (*Archives provinciales de chirurgie*, avril et mai 1905).

Hystérectomie abdominale subtotale pour fibromes. (Société de chirurgie de Lyon, 1905, et *Lyon Médical*, 26 nov. 1905.)

Dr PRINCE. Thèse de Montpellier, 1904.

l'opération de choix pour le cancer, les fibromes et les suppurations pelviennes chroniques. La seconde l'opération d'exception; mais dans des limites restreintes cette subtotale est une bonne opération, je l'ai appliquée six fois avec six succès.

Un des arguments en faveur de la totale est la crainte d'une récurrence dans le moignon, et Richelot a surtout insisté sur la possibilité d'une dégénérescence cancéreuse du moignon.

Les récurrences de fibromes dans le moignon doivent être rares. J'en ai observé un cas typique récemment qui plaide en faveur de la thèse que je soutiens; aussi, je désire le soumettre à l'appréciation de la Société de chirurgie de Lyon.

OBSERVATION (1).

Fibrome utérin. Hystérectomie abdominale totale le 13 décembre 1898. Métrorragies sept ans après. Petit fibrome dans le col. Kyste dans le ligament large à droite. Hématome de la trompe à droite. Ablation des annexes. Hystérectomie complémentaire. Guérison.

M^{me} Anne-Léonie L..., âgée de 43 ans, entre à la Maison de santé de la rue Lamartine le 19 février 1906. C'est une femme vigoureuse, ayant très bonne mine, paraissant jouir d'une excellente santé.

Il y a sept ans, le 13 décembre 1898, elle a été opérée d'un fibrome. Les docteurs Perruchet et Lagoutte lui ont fait une hystérectomie abdominale subtotale.

Elle avait toujours été bien portante, sauf les troubles dus à son fibrome. Elle n'a eu ni couches ni fausses couches. Ses époques menstruelles ont toujours été irrégulières.

Depuis son opération, elle n'avait présenté aucun trouble, lorsque le 18 décembre 1905 elle a ressenti une douleur et une pesanteur dans le bas-ventre, et a eu pendant quinze jours des pertes sanguines.

En janvier 1906, nouvelles douleurs et nouvelles métrorragies pendant douze jours.

La malade a bon appétit, les digestions se font bien; elle est constipée.

L'examen des poumons et du cœur ne révèle aucune lésion.

Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

A l'examen local, on trouve un col gros, peu mobile, les deux culs-de-sac sont un peu douloureux et pleins.

Pendant deux jours, on fait à la malade des savonnages de la vulve et du vagin et des injections à l'eau stérilisée.

(1) Observation 2111 du docteur Sorel.

Le 20 janvier, elle est purgée, rasée et baignée.

Le 21 février. *Ablation des annexes. Hystérectomie complémentaire.*
La malade est endormie au chloroforme, on fait un lavage du champ opératoire à l'eau stérilisée avec du savon de Marseille et des brosses passées à l'autoclave à 130° pendant dix minutes, puis on rince à l'eau stérilisée, à la brosse pendant cinq minutes. On bascule la table. Incision du pubis à deux doigts de l'ombilic, compresses sur la tranche de section et mise en place de mon écarteur abdominal.

Je constate que la première opération a réuni par première intention; aucune adhérence péritonéale, aucune trace de cicatrice; sur le moignon utérin le péritoine est lisse et mobile. Ce résultat fait honneur à nos confrères.

Je trouve à droite un kyste rempli de liquide clair du volume du poing, inclus dans le ligament large, sans adhérences; la décortication est facile, je retire ce kyste en entier sans le rompre.

A gauche, il y a une trompe, gonflée, sans adhérences, à paroi interne unie, dépliée, peu épaisse, à contenu organisé, jaunâtre, sans doute un ancien hématome de la trompe. Ablation de cette trompe, ligature du pédicule à la soie.

Enfin je fais l'ablation du *moignon utérin*; à la section de l'utérus on trouve une muqueuse tomenteuse, surtout à la face postérieure, avec deux petits polypes fixés au fond de ce moignon.

Surjet à la soie, refaisant le ligament large d'un bord à l'autre du petit bassin.

Surjet à la soie du péritoine pariétal; suture en 8 de chiffre avec des crins de Florence des muscles et de la peau. Agraffes de Mickel sur la peau.

Pansement antiseptique.

La malade se réveille facilement sans choc; elle a quelques vomissements le premier jour; dans la nuit elle a encore quelques vomissements et perd un peu de sang par le vagin.

Elle a été sondée les deux premiers jours.

Les suites opératoires ne présentent d'autres incidents qu'un abcès au niveau du fil supérieur de la cicatrice, abcès guéri en quelques jours.

La malade est guérie aujourd'hui.

M. CONDAMIN rappelle qu'avant le mémoire de Richelot, il avait présenté à la Société de chirurgie les deux premières observations de dégénérescences épithéliales du col après l'hystérectomie subtotale pour fibromes.

A ce moment, la tendance était de considérer cette dégénérescence comme une persistance d'une ancienne lésion ayant passé inaperçue au moment de l'intervention. Or, depuis cette époque les observations se sont multipliées, et le fait de la possibilité d'une dégénérescence épi-

théliale a été assez souvent observée pour que nombre de chirurgiens dans les cas de fibrome préfèrent l'hystérectomie totale à la subtotale.

M. GOULLIoud. — Dans le cas de M. Sorel, je comprends bien qu'il puisse y avoir continuation du processus fibromateux après une amputation très élevée; mais après la vraie subtotale, laissant 1 centimètre à peine de col, je serais étonné qu'on pût voir la reproduction de fibromes. Quant à la dégénérescence épithéliale d'un col utérin, je crois qu'elle est exceptionnelle chez les vierges; de sorte que chez une femme vierge, je crois qu'on peut sans arrière-pensée faire la subtotale; si, au contraire on a un col cicatriciel en mauvais état, il faut l'enlever.

M. BÉRARD rapporte un cas de dégénérescence d'un col laissé après hystérectomie subtotale.

M. SOREL ne croit pas que la difficulté opératoire de la totale mérite qu'on s'y arrête et qu'on en fasse un argument pour préférer la subtotale.

L'hémorragie de la tranche vaginale n'est absolument pas à craindre, surtout si on rase soigneusement l'utérus.

*
* *

TUMÉFACTION KYSTIQUE DES OVAIRES DANS LA MÔLE HYDATIFORME.

M. GOULLIoud. — La môle hydatiforme a pris, ces dernières années, un regain d'intérêt pour deux raisons: on a remarqué ses rapports étiologiques avec le déciduome malin, et aussi la concomitance avec son développement d'une dégénérescence kystique spéciale des ovaires. C'est en nous bornant à ce seul point de vue que nous vous présentons un fait clinique intéressant.

OBSERVATION.

Le 6 octobre 1903, il y a donc deux ans et demi, je fus appelé auprès de M^{me} J. R..., jeune femme de 25 ans, qui avait eu deux accouchements normaux et rapprochés, et qui enceinte de nouveau présentait des pertes rouges.

Ses dernières règles étaient du 1^{er} juin 1903; elle était donc enceinte de quatre mois; mais depuis huit semaines environ, avaient apparu de petites pertes rouges, peu abondantes, et des coliques utérines qu'elle calmait par le laudanum.

Mais ce qui avait suscité ma visite, c'était l'apparition d'une tumeur dans chaque flanc.

L'examen abdominal révélait de suite : au centre un utérus gravide remontant vers l'ombilic et de chaque côté une tumeur. Ces tumeurs symétriques, latérales, se dirigeaient obliquement vers le flanc, étaient oblongues et présentaient au moins le volume de têtes fœtales ; elles étaient superficielles, un peu mobiles, distinctes des angles de l'utérus gravide. Elles avaient tout d'abord donné l'idée d'une double hydronéphrose, remontant probablement à une époque éloignée, mais se seraient développées du fait de la grossesse.

Si nous signalons cette simple hypothèse, c'est pour faire ressortir l'aspect clinique des tumeurs signalées. Les urines, un peu chargées, présentaient un léger trouble par la chaleur et l'acide acétique.

Le 27 octobre. Expulsion d'une môle hydatiforme.

Le 30 octobre. La malade, dont la température est montée la veille à 37°,8 et à 39°, et le jour même à 40°,4, est amenée dans mon service de l'hôpital Saint-Joseph. Car on ne sait comment vont se comporter, sous l'influence de l'infection, les tuméfactions constatées.

La malade est pâle, anémiée, avec un pouls rapide à 120 et de petits frissons.

L'utérus est gros, remontant à deux doigts de l'ombilic. Les deux tumeurs se sont abaissées, en même temps que le fond de l'utérus : aucune sensibilité à leur niveau ; aucune réaction péritonéale.

Les jours suivants, la température oscille entre 39° et 40° ; le pouls entre 100 et 120, et l'on fait des injections intra-utérines.

Le 2 novembre. Apparition d'une phlébite à la jambe gauche, donc le septième jour après l'expulsion de la môle.

Cette phlébite évolue les semaines suivantes, comme une phlébite puerpérale grave, avec des incidents que nous ne voulons que rapidement signaler.

C'est, le 20 novembre, l'expulsion de caillots avec une forte élévation de la température qui remonte rapidement de 38° à 40°.8

Cependant on ne remarque aucune sensibilité péri-utérine : les tumeurs abdominales, trompes ou ovaires, ont rétrogradé ; on les sent encore par le palper abdominal, mais bien diminuées de volume.

Au même moment, on note de la submatité à la base droite, avec obscurité de la respiration et un léger souffle, probablement en rapport avec un petit foyer pulmonaire d'origine embolique ; le foie est gros.

Le 28 novembre. Une autre poussée fébrile à 40°, avec un pouls rapide à 140, et une localisation sur le rein gauche : les urines, retirées par un cathétérisme aseptique, sont très foncées, et présentent un gros disque d'albumine. Le rein gauche est douloureux et augmenté de volume. Le foie est toujours gros, dépassant les fausses côtes de deux travers de doigt.

Examen vaginal, noté le 24 novembre : L'utérus, qui a subi son invo-

lution, ne paraît pas sensiblement plus gros qu'il ne doit être. Sa situation est normale : le col reste un peu entr'ouvert. Les pertes utérines ont à peu près cessé.

Du côté des annexes droites, on constate une tuméfaction lisse, allongée, située derrière la branche horizontale du pubis, légèrement mobile, moins grosse qu'un œuf.

Du côté gauche, contre la paroi antérieure de l'abdomen, on sent l'ovaire plus gros que celui du côté droit, plus arrondi, du volume d'une mandarine, rénitent, non douloureux.

Le 8 décembre. La malade quitte l'hôpital. La phlébite est à peu près guérie, et les signes des complications infectieuses pleurale, hépatique et rénale ont disparu ; mais l'état général laisse encore beaucoup à désirer : la malade est pâle et sans appétit.

L'utérus a repris son volume normal et les ovaires sont un peu plus gros que normalement ; ils sont très antérieurs.

Le 22 avril 1904. M^{me} J. R..., bien guérie, bien réglée, vient me voir. Le toucher combiné montre dans un état normal l'utérus et ses annexes. Un autre examen, fait le 21 décembre 1904, confirme le précédent.

Le 12 août 1905, c'est-à-dire deux ans après l'expulsion de la môle hydatiforme, je suis appelé de grand matin, auprès de M^{me} J. R... Elle était enceinte de quatre mois, quand elle a pris, le 5 et le 12 octobre, des hémorragies utérines qui font craindre un avortement.

L'utérus est normalement développé, sans aucune tuméfaction du côté des annexes. Nous tentons d'enrayer la fausse couche menaçante.

Le 17 octobre. M^{me} J. R... expulse un fœtus de quatre mois, puis la délivrance. Nous devons à l'obligeance de M. le Dr Madinier de savoir que ce fœtus était normal, sans aucune malformation, et que le délivre, examiné avec soin, ne présentait rien d'anormal et spécialement aucune transformation hydatiforme. La fausse couche fut complète et rapide et ses suites furent très simples.

Le 14 mai 1906, donc deux ans et demi après l'expulsion de la môle, nous voyons M^{me} J. R... Son état général est parfait : elle a pris sept kilogs depuis huit mois.

L'utérus est en bonne situation, normal ; les ovaires, non augmentés de volume, ne sont pas perçus. Les règles sont normales.

L'histoire de notre malade peut se résumer ainsi : jeune femme de 25 ans, mère de deux enfants qui, vers le quatrième mois d'une troisième grossesse, présente des pertes rouges, et chez qui l'on constate, de chaque côté du fond de l'utérus gravide, deux tumeurs symétriques, lisses, oblongues, inclinées dans les flancs, du volume de têtes fœtales ; superficielles, légèrement mobiles, bien distinctes de l'utérus.

Une première hypothèse est émise : celle de reins atteints

d'une hydronéphrose antérieure, ayant augmenté et reconnue à l'occasion d'une grossesse.

La malade expulse une môle hydatiforme, prend des accidents infectieux, une phlébite compliquée d'embolies. Au début de ces accidents, on est très inquiet des complications possibles du côté des tumeurs signalées.

La première hypothèse, faite par le médecin de la malade, a vite été abandonnée : les tumeurs ayant suivi le retrait de l'utérus, on s'est demandé alors s'il s'agissait de kystes ovariens ou de dilatations tubaires.

Cette dernière hypothèse ouvrait la porte à des craintes vives en cas d'infection de cet utérus, qui venait d'expulser peut-être incomplètement une môle hydatiforme.

En l'absence de toute réaction, soit du côté des tumeurs observées, soit du côté du péritoine, le traitement se bornait à quelques injections intra-utérines, jusqu'à l'apparition de la phlébite.

Pendant la lente évolution de celle-ci, on voyait les tumeurs diminuer progressivement de volume pour revenir à des dimensions normales.

Deux ans après, cette jeune femme redevient enceinte ; sa grossesse évolue normalement, sans que l'on constate aucune tuméfaction des annexes. Au quatrième mois, une fausse couche survient, qui expulse un fœtus normal et un placenta sans aucune trace de dégénérescence.

Six mois après, cette jeune femme était revue bien portante, ne présentant aucune tuméfaction anormale au palper abdominal.

Il s'est agi, incontestablement, de l'affection décrite par les auteurs contemporains sous le nom de dégénérescence kystique des ovaires accompagnant la môle hydatiforme, et cette observation est intéressante à plusieurs titres : Rareté de l'affection, diagnostic, et surtout indication thérapeutique.

La rareté de l'affection n'est que relative. Elle a été rarement signalée en France, parce qu'elle était peu connue jusqu'ici. Nous ne connaissons, en effet, dans la littérature médicale française, qu'une observation antérieure, celle de notre collègue, M. Commandeur, qui vient d'inspirer, sur ce sujet, la très intéressante thèse de Livadas (1).

(1) D. LIVADAS. De la coexistence de la môle hydatiforme et de la dégénérescence kystique des ovaires. *Thèse Lyon*, 1906.

Sans entrer sérieusement dans la partie historique et pathogénique de la question, rappelons seulement que quelques observations anciennes (de Gregorini, 1795) étaient oubliées quand F. Marchand (1) signala le fait de la dégénérescence kystique des ovaires dans la môle hydatiforme, ayant observé un cas au cours d'une autopsie, et en continua l'étude dans ses travaux sur la môle hydatiforme.

Les observations se multipliaient bientôt en Allemagne et Runge (2), en 1903, publiait un important travail, basé sur 12 observations et Patellani, en 1905, en comptait 44.

Au Congrès international de Paris de 1900, Calderini, de Bologne (3), présentait trois observations personnelles de dégénérescence kystique des ovaires sur cinq cas de grossesse molaire, toutes trois terminées par une ovariectomie double.

Signalons enfin l'article de de Bovis (4), paru cette année dans la *Semaine médicale*, sur le corps jaune, et où est traitée la question de la coïncidence des kystes lutéiniques et de la môle hydatiforme.

Il s'agit en effet, dans ces cas, d'une dégénérescence des ovaires d'une nature spéciale, caractérisée par une prolifération particulière des cellules du corps jaune.

Dans les nombreux examens histologiques faits, on a trouvé des ovaires transformés en kystes, en général petits et nombreux, ne rappelant pas les grandes poches des kystes mucoïdes de l'ovaire. Ces kystes sont tapissés par des cellules analogues aux cellules du corps jaune; et dans le stroma de l'ovaire, on voit aussi des traînées de ces cellules différenciées.

L'anatomie pathologique de cette tuméfaction spéciale des ovaires est donc bien faite; les kystes qui en sont l'origine n'ont rien de commun avec ceux de l'épithélioma mucoïde de l'ovaire. Cette lésion est tellement caractéristique que Schmorl, la trouvant sous le microscope, a pu affirmer que la malade, dont il examinait les ovaires, avait dû être atteintes d'une môle hydatiforme, ce qui était vrai.

(1) F. MARCHAND. *Ueber den Bau der Blasenmole* (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gyn.*, 1895, XXXII, 3).

(2) RUNGE, PICK, PATELLANI, L. FRÄNKEL. *Centralb. f. Gyn.*, 1880-1903-1905.

(3) CALDERINI. Congrès intern., section de gyn. et obst., Paris 1905.

(4) De Bovis. Le corps jaune, *Sem. méd.*, 7 fév. 1906.

De ces constatations anatomiques sont nées diverses théories intéressantes sur la pathogénie de la dégénérescence hydatiforme du placenta, et de la dégénérescence kystique des ovaires qui l'accompagnent, théories encore hypothétiques, que nous ne voulons qu'effleurer.

Suivant l'idée ancienne de Virchow, le placenta dégénérerait parce qu'il trouvait une muqueuse utérine malade. C'était la théorie utérine de la môle hydatiforme (Virchow, Veit).

Les faits nouveaux ont fait rejeter cette hypothèse pour admettre des théories ovarienne ou ovulaire.

C'est l'altération ovarienne qui commanderait l'altération placentaire. Pour Runge, Pick, Jaffé, Birnbaum, L. Fränkel, la môle serait due à des altérations, par excès ou par défaut, des corps jaunes. Que le stimulus physiologique exercé par le corps jaune soit troublé, par excès ou par défaut, l'embryon s'atrophie ou dégénère (môle, déciduome) dans un utérus à nutrition viciée (de Bovis).

Une théorie plus séduisante est celle de Runge-Hofmeyer : l'ovule apporte à sa périphérie quelques cellules de la *corona radiata*, cellules d'origine folliculaire, qui prendront part à la constitution du néoplasme. Il y a dégénérescence simultanée des cellules de même origine sur l'ovaire et sur l'œuf. (Livadas.)

Quelle que soit la cause de la coïncidence de ces deux dégénérescences de l'ovaire et de l'œuf, l'affection des ovaires est essentiellement bénigne. Dans aucune des observations réunies par Livadas et dans celle dont nous avons eu connaissance par ailleurs, on ne voit la maladie de l'ovaire prendre une allure maligne histologiquement parlant. Car tous les accoucheurs ont fait opérer leurs malades, et l'ovariotomie a découlé comme une conclusion normale de la constatation de cette transformation kystique des ovaires.

Bernh. Fischer (1) s'est cependant contenté de faire l'ablation du kyste le plus volumineux et de réduire par ignipuncture le kyste le moins développé.

Patellani a réuni 44 observations, toutes avec examen histologique, c'est dire avec castration des malades.

Notre observation est peut-être la seule où la malade a con-

(1) BERNH. FISCHER. *Chorionepitheliom und Luteincysten. Deutsche Medizi. Wochenschrift*, janv. 1905, p. 142.

servé ses ovaires, et le but de notre communication est précisément de dire que telle doit être la conduite à suivre.

En effet, n'ayant eu aucune tentation d'opérer notre malade pendant les suites mouvementées de l'expulsion de sa môle, nous avons vu ses tuméfactions ovariennes diminuer progressivement de volume, à mesure que l'utérus subissait son involution.

En sera-t-il toujours ainsi ? Il nous est impossible de le dire. La régression a été du moins souvent plus lente que dans notre cas. La malade de M. Commandeur, deux mois après l'expulsion de la môle, présentait encore deux tumeurs, l'une dans le Douglas, l'autre proéminent dans l'abdomen. L'opération fut alors décidée et faite par M. Fochier. Les malades de Calderini sont opérés après le même délai. Mais il n'y aurait aucun inconvénient à attendre plus longtemps avant de se décider à l'opération, puisque l'anatomie pathologique a montré dans tant de cas la nature bénigne, spéciale du processus.

Notre malade a été suivie deux ans et demi, et ses ovaires ont actuellement leur volume normal ; la femme qui les porte est en pleine santé. Donc, pas de transformation maligne à redouter.

Il n'y a pas non plus à craindre toujours dans ces cas une prédisposition à l'évolution de la môle hydatiforme en déciduome malin. La dégénérescence kystique des ovaires a coïncidé avec la transformation maligne de la môle ; mais elle n'y prédispose pas particulièrement.

D'autre part, cette transformation spéciale de l'ovaire, susceptible de rétrocéder, n'amène pas une destruction fonctionnelle de l'ovaire : d'autres grossesses sont possibles.

Ces grossesses peuvent être normales, ne point s'accompagner de l'apparition d'une nouvelle môle hydatiforme.

Le fœtus, produit par un ovule provenant de tels ovaires, peut être normal aussi, sans aucune malformation.

Notre observation montre donc que la castration ne s'impose pas dans ces dégénérescences des ovaires. Elle peut même être regrettable : car si on se reporte aux observations de Calderini, par exemple, on voit qu'il s'agit de femme de 25 à 30 ans, à qui une castration inutile est particulièrement préjudiciable.

Une réserve est à faire à notre conseil d'abstention opéra-

toire. Plusieurs fois l'ovariotomie a été imposée par des accidents de torsion. On devra se borner alors à enlever le kyste tordu.

Dans le cas de Malcolm (1), l'opération a été très utile et heureuse, en permettant de constater *de visu* au cours de la laparotomie qu'une dégénérescence maligne de la môle s'était produite et que la paroi utérine était infiltrée par des noyaux de déciduome malin qu'on n'eût pas diagnostiqués sans elle. Mais c'est là un fait exceptionnel. On sait que la môle hydatiforme joue un rôle important dans l'étiologie du déciduome malin. On devra donc surveiller attentivement les femmes qui les ont expulsées. Mais point n'est besoin pour cela de pratiquer la castration.

En résumé, nous pouvons conclure de notre observation que la dégénérescence kystique des ovaires qui accompagne la môle hydatiforme mériterait plutôt le nom de tuméfaction kystique des ovaires; car ce processus est susceptible de rétrocéder. Ces ovaires, revenus à leur volume normal, peuvent reprendre leurs fonctions au point de vue de la menstruation et de la fécondation. Il n'est donc nullement indiqué de pratiquer l'ovariotomie dans les cas de tuméfaction kystique des ovaires accompagnant la môle hydatiforme.

M. COMMANDEUR. — J'ai été vivement intéressé par la communication de M. Goullioud, car elle a trait à un fait absolument exceptionnel dans l'évolution des tumeurs kystiques des ovaires, coïncidant avec une môle hydatiforme. J'ai eu l'attention attirée sur ces faits il y a quatre ans, par une malade que j'ai observée en ville, avec le Prof. Fochier. Je vis cette malade, la première fois, au début d'une grossesse et elle présentait des vomissements assez sérieux. Ceux-ci s'amendèrent vers le quatrième mois. Au cinquième mois, apparition de légères métrorragies pendant une quinzaine de jours. Elles augmentèrent peu à peu en faisant redouter une fausse couche prochaine. L'examen vaginal pratiqué à ce moment fit reconnaître une tumeur du cul-de-sac postérieur, pour laquelle je fis le diagnostic de kyste de l'ovaire, diagnostic confirmé par Fochier. A ce moment (5^e mois), l'utérus était un peu gros, mou, et on n'entendait pas le bruit du cœur. Dans la nuit qui suivit l'examen, apparition de contractions utérines fortes, qui amenèrent en quelques heures l'expul-

(1) J. D. MALCOLM and BELL. *A case of hydatiforme Mole with bilateral cystic disease of the ovaries.* (*Journ. of obst. and gyn. of the Brit. Empire*, 1903.)

sion d'une môle hydatiforme d'environ 1.800 gr. Les suites de cette expulsion furent simples. L'utérus fit son évolution régulière, sans métrorragie. L'expulsion de la môle avait été bien complète. Pendant les semaines de suites de couches, non seulement les tumeurs ovariennes ne rétrocédèrent pas, mais elles continuèrent, au contraire, à évoluer rapidement, si bien que, six semaines après l'accouchement, le ventre était redevenu aussi gros qu'auparavant, les tumeurs ayant comblé le vide abdominal produit par l'évacuation de l'utérus. La malade, en bon état, fut opérée par le Prof. Fochier qui, par une laparotomie médiane, enleva très facilement et très simplement deux kystes ovariens, bilatéraux, du volume chacun d'une tête d'enfant. Ces kystes étaient très multiloculaires, les plus gros du volume d'une noix, d'autres, au contraire, très petits. Ils présentaient une paroi mince et un contenu jaune clair. A l'examen, les deux ovaires semblaient absolument dégénérés et en aucun point on ne pouvait retrouver à l'œil nu de parcelle de tissu ovarien sain. Je regrette qu'à ce moment mon attention n'eût pas encore été attirée sur ces faits, car j'aurais certainement fait examiner la pièce au point de vue histologique, cet examen étant, dans ces cas, d'un très haut intérêt.

Je vous rapporte cette observation pour vous montrer combien l'évolution des kystes a été différente de celle de la malade.

M. GOULLIQUOUD. Loin de rétrocéder, les tumeurs ont, au contraire, évolué rapidement, indiquant ainsi de façon absolue l'intervention. C'est d'ailleurs ce qui s'est produit dans la plupart des observations qui ont été publiées.

Lorsque j'observai ma malade, je ne connaissais, de la coexistence de kystes de l'ovaire et de la môle, que les observations publiées par Calderini au Congrès de Paris 1900. Encore ces observations étaient-elles surtout cliniques et j'ignorais les caractères anatomo-pathologiques particuliers de ces tumeurs ovariennes. Aucun travail français n'existait sur ce point, et c'est pour cette raison que je ne fis pas faire l'examen histologique des kystes de ma malade, lesquels semblaient de vulgaires kystes prolifères. C'est seulement à la lecture des travaux allemands publiés récemment sur ce sujet que mon attention fut à nouveau sollicitée et que je priais mon élève, le Dr Livadas, de faire de cette étude le sujet de sa thèse inaugurale. Voici les quelques points principaux qui se dégagent de ces travaux, particulièrement de celui de Rünge.

Les kystes de l'ovaire qu'on observe en coexistence avec la môle hydatiforme sont, dans la très grande majorité des cas, bilatéraux. Ce sont des kystes multiloculaires, à prolifération rapide, à cavités de dimensions très inégales, à contenu jaune clair et parfois hématique. Histologiquement leur caractère essentiel est de renfermer, comme élément épithélial dominant, des cellules à lutéine du corps jaune qu'on retrouve en une ou plusieurs couches tapissant la paroi kystique, ainsi

que dans les cloisons séparant les cavités. Ces caractères sont si typiques que Rünge, ayant à examiner des tumeurs ovariennes kystiques enlevées par un chirurgien, fut conduit à rechercher les antécédents de l'opérée et découvrit que la malade avait expulsé, un certain nombre de mois auparavant, une môle hydatiforme.

L'existence des deux lésions (molaire utérine, kystique ovarienne) ne semble pas être une simple coexistence, mais l'une paraît sous la dépendance de l'autre. Quelle est la dégénérescence qui débute ? Celle de l'œuf ou de l'ovaire ? Il paraît plus logique d'admettre que la lésion primitive siège dans l'ovaire. Le fait n'a rien de surprenant si on songe que l'ovule n'est qu'une cellule ovarienne, qu'il entraîne avec lui dans sa migration les cellules de la corona radiata qui sont les sœurs des cellules de la membrana granulosa, et qu'il est fort probable que ce sont celles-ci qui forment les cellules à lutéine du corps jaune. Il semble aussi que l'évolution régulière du corps jaune de grossesse ait une influence, probablement par sa sécrétion interne, sur le développement normal de l'œuf greffé dans la cavité utérine. Il y a là tout un faisceau, je ne dirai pas de preuves, mais de raisons plausibles de croire que c'est bien une altération primitive de l'ovaire, qui amène à la fois une dégénérescence kystique de l'ovaire et l'évolution molaire de l'œuf.

*
**

CALCUL DE L'AMPOULE DE VATER.

M. LAGOUTTE (du Creusot). — J'ai eu récemment l'occasion d'opérer une malade atteinte de lithiase biliaire. L'observation, en raison des discussions récentes sur le traitement de cette affection, me semble présenter assez d'intérêt pour être rapportée à la Société de chirurgie.

M. G..., du Creusot, âgée de 37 ans, ne présente aucun antécédent pathologique. Régliée à 11 ans, elle s'est mariée à 16 ans et a eu un seul enfant à 17 ans.

La première crise de coliques hépatiques remonte à 1894. Elle fut très violente et accompagnée d'ictère. Depuis lors, les crises se répétaient à intervalles rapprochés deux ou trois fois par mois. Enfin, dans les quatre derniers mois elles revenaient deux à trois fois par semaine, étaient de plus en plus douloureuses et ne cédaient plus à la morphine. L'ictère était d'intensité variable, parfois assez marqué, d'autres fois très léger.

Jamais la malade n'a eu de frissons. Son médecin, le Dr Bertrand (du Creusot), qui l'a vue à maintes reprises dans ses crises, l'a toujours trouvée apyrétique.

Je vois la malade pour la première fois le 21 mars 1906, en pleine crise avec un ictère peu foncé. La région du foie est douloureuse. La paroi abdominale se défend sur une tumeur qui descend à droite jusqu'au niveau de l'ombilic.

M^{me} G... est extrêmement amaigrie. Elle est épuisée par les crises douloureuses réitérées qu'elle vient d'avoir. Aussi accepte-t-elle de suite l'idée d'une intervention opératoire.

Elle est amenée le surlendemain, 22 mars, à l'Hôtel-Dieu. La crise est terminée, il y a encore un peu d'ictère. Les urines renferment des pigments biliaires et un peu d'albumine.

La tumeur du flanc droit sentie deux jours avant a très nettement diminué de volume.

Opération lundi 27 mars 1906. Anesthésie à l'éther. Laparotomie en position légèrement inclinée du côté des pieds. Coussin sous la région lombaire.

Incision de Kehr. Le foie volumineux fait issue hors de la plaie, et est difficile à maintenir récliné en haut. La vésicule apparaît complètement libre, sans aucune adhérence pathologique. D'aspect blanchâtre, de volume moyen, elle est remplie de liquide, mais non distendue et on sent à son intérieur de nombreux calculs. Le doigt explorant l'hiatus de Winslow sent également des calculs dans le cholédoque. La région isolée, la vésicule est ponctionnée; il en sort 100 à 150 grammes de bile épaisse; puis elle est séparée assez facilement ainsi que le cystique de la face inférieure du foie. De proche en proche, on arrive au confluent du cystique et de l'hépatique qui ne présentent nullement la disposition d'un canal double en canon de fusil. Une pince est mise en travers, sur l'extrémité du cystique, mais la vésicule est conservée provisoirement et sert de tracteur des voies biliaires. A ce moment, on sent de nombreux calculs dans le cholédoque et l'hépatique. Incision de la terminaison du cystique, qui permet de voir nettement l'éperon cystico-hépatique, puis incision de 1 centimètre en bas sous le cholédoque et de 1 centimètre en haut sur l'hépatique. Cette incision des voies biliaires principales permet l'issue au dehors de quinze calculs, tous du volume d'un pois environ. L'index pénètre dans l'hépatique très dilaté, arrive jusqu'à la face inférieure du foie et s'assure qu'il n'existe plus de concrétion de ce côté. En bas du côté du cholédoque, l'index pénètre également, mais on sent le canal se rétrécir à mesure qu'il se rapproche du duodenum.

Ce cathétérisme est alors fait avec une sonde à bout olivaire métallique. On est arrêté et on sent très nettement un calcul dans la portion rétro-pancréatique du cholédoque. Par une incision courbe du péritoine postérieur entourant l'angle supérieur et le bord droit du duodénum, je tente la mobilisation à la Kocher de cet intestin.

Le décollement détermine une hémorragie assez abondante. D'autre part, une épaisseur assez considérable de tissu pancréatique me sépare du

calcul, qu'on sent au contraire très bien à travers la paroi antérieure du duodénum. Aussi je renonce à la voie rétro-duodénale, mais j'utilise mon décollement pour insinuer mon index gauche en arrière du duodénum et de la tête du pancréas, ce qui me permet d'amener dans la plaie et le calcul et le duodénum qui le coiffe. Rien de plus facile que d'inciser l'intestin verticalement le long de son bord interne, d'arriver sur la papille, de la débrider, et d'extraire un calcul du volume d'un très gros pois. L'intestin est refermé par un double plan de sutures, et le péritoine postérieur réparé.

Enfin l'opération se termine par la résection en bloc de la vésicule et du cystique suivie de la suture des bords de la gouttière hépatique.

Un drain n° 25 est introduit aussi loin que possible dans l'hépatique et est maintenu par un point de catgut. Quelques mèches de gaze isolent le tube, drainent l'espace sous-hépatique et ressortent avec lui par la partie moyenne de la plaie.

Fermeture de la paroi avec un seul plan de sutures métalliques.

Suites des plus simples. Issue par le drain de 200 grammes de bile pendant les premières 24 heures, puis peu à peu de la même quantité les jours suivants. Température normale, sauf une élévation à 38°,5, à partir du troisième jour, due à une angine intercurrente.

Ablation des mèches, les troisième et quatrième jours, et du drain le dixième jour.

Deux jours après la fistule biliaire était tarie.

La malade quitte l'Hôtel-Dieu le 20 avril complètement guérie.

En somme, il s'agissait d'une lithiase diffuse ancienne, mais sans infection appréciable des voies biliaires. Le calcul enchâssé au niveau de l'ampoule de Vater devait faire soupape et déterminer au moment des crises de la distension de la vésicule.

Il est à remarquer que bien qu'il s'agît d'obstruction biliaire par calcul du cholédoque, la vésicule n'était pas atrophiée, mais plutôt augmentée de volume.

Il est vrai de dire que les phénomènes inflammatoires ayant été nuls (absence de fièvre et de toute adhérence autour des voies biliaires), on peut expliquer par ce fait que la vésicule ne soit pas rétractée par sclérose.

Ce cas particulier ne saurait donc avoir de valeur dans la discussion actuelle sur le rôle de la nature ou du siège de l'obstacle, sur l'état de la vésicule dans les rétentions biliaires chroniques.

Au point de vue opératoire, j'ai eu recours à l'opération typique de Kehr, désobstruction complète des voies biliaires

principales, hépatique et cholédoque, ablation des voies accessoires, vésicule et cystique, enfin drainage direct de l'hépatique.

Je n'insisterai que sur un point, c'est la facilité avec laquelle j'ai pu enlever le calcul de l'ampoule de Vater après taille duodénale, grâce à la mobilisation du duodénum à la Kocher. La voie rétro-duodénale convient évidemment pour les calculs des portions rétro-duodénale et rétro-pancréatique du cholédoque. Lorsque le calcul est intra-pariétal dans l'ampoule de Vater, la voie transduodénale est tout indiquée, mais la mobilisation préalable du duodénum permet d'amener calcul et intestin dans la plaie et de pratiquer la taille intestinale et l'extraction du calcul avec la plus grande facilité et le minimum de risques d'infection.

*
* *

OCCLUSION INTESTINALE ; TORSION DU MÉSENTÈRE ET
HERNIE PROPÉRITONÉALE ÉTRANGLÉE ; DIVERTICULE
DE MECKEL.

M. GAYET. — J'ai l'honneur de présenter à la Société les pièces d'une occlusion intestinale que j'ai opérée récemment, et qui, par la complexité des lésions et la difficulté du diagnostic, m'ont paru mériter d'être mises sous vos yeux.

Le jour de Pâques 15 avril 1906, j'étais appelé vers cinq heures du soir à l'Hôtel-Dieu, pour un malade qui venait d'y être admis, salle Saint-Louis, dans le service de mon collègue et ami le D^r Tixier.

C'était un homme d'une cinquantaine d'années, exerçant la profession de conducteur de tramways. De bonne santé habituelle, il portait cependant depuis l'enfance un bandage inguinal double; on avait constaté autrefois une hernie congénitale à gauche; mais depuis il n'avait jamais voulu se séparer de son appareil, prétendant que dès qu'il ne l'avait plus, il sentait tout tomber dans son ventre.

Samedi matin, 14 avril, il fut obligé par son service de monter sur la voiture dont il était conducteur pour rattacher le trolley. C'est à ce moment qu'il dut faire un effort exagéré, car

depuis il commença à souffrir, put cependant continuer son travail jusqu'à sept heures et demie du soir; mais en rentrant chez lui il se mit au lit se plaignant de violentes coliques. Le Dr Faucon vit alors le malade, ordonna de la morphine et remit un diagnostic précis au lendemain matin. Le dimanche, il put préciser ce diagnostic, se prononça pour une occlusion intestinale et conseilla le transport à l'Hôtel-Dieu en vue d'une intervention. Après les tergiversations habituelles, on suivit son conseil; mais ce ne fut que vers quatre heures que son transport fut effectué.

Lorsque je le vis, il était dans l'état suivant : Couché en chien de fusil, gémissant et se tordant de douleur, le facies très grippé, le nez et les extrémités froides. Il n'a pas rendu de gaz ni de matières depuis la veille. Le ventre est modérément ballonné. Ce qui frappe surtout, c'est une vive défense de la paroi dans la partie inférieure droite. La palpation est très douloureuse et ne laisse rien percevoir, pas plus que le toucher rectal; cependant la palpation bimanuelle permet de sentir une masse confuse dans la fosse iliaque droite. A la percussion, sonorité tympanique partout, y compris la région hépatique, sauf dans la fosse iliaque droite où il y a de la submatité. Un peu d'œdème de la paroi. T. 37°,7.

Ces signes font pencher le diagnostic vers une appendicite à forme hyperseptique avec début de péritonite généralisée, avec réserve pour la possibilité d'une occlusion.

La laparotomie est immédiatement pratiquée : incision de Roux comme pour une appendicite. Un flot de liquide brun sale, séro-sanguinolent s'échappe dès que le péritoine est incisé. Les anses apparaissent distendues et noirâtres, faisant penser à de la thrombose mésentérique. Mais un doigt introduit dans la plaie sent une anse coudée, étranglée; elle est attirée peu à peu au dehors, et on voit nettement cette anse comme liée en travers par une bride très tendue sous laquelle on insinue l'index avec difficulté. Elle est sectionnée d'un coup de ciseaux entre deux pinces, et immédiatement on voit l'anse se gonfler et on peut reconnaître un sillon d'étranglement sur lequel se fait sous nos yeux une ecchymose rougeâtre de vasodilatation, absolument comme dans le sillon d'une hernie étranglée. Quant à la bride, une de ses extrémités répond à la paroi vers l'orifice inguinal, intra-abdominal. L'autre disparaît dans

la profondeur du ventre, mais on le retrouve bientôt lorsque les anses ont été réintégrées, et à notre étonnement cette seconde extrémité s'implante comme la première vers l'orifice inguinal, sur la paroi. Elle représente un petit cordon de 4 cent. de long environ qui est à nouveau lié à sa base et réséqué. A ce moment nous n'arrivons pas à nous expliquer cette disposition singulière d'une bride insérée en anse par ses deux bouts sur la même paroi.

Mais l'état grave du malade ne permet pas des recherches plus longues, le pouls faiblit et nous refermons rapidement le ventre, espérant bien avoir levé la cause de l'occlusion.

Le malade reporté dans son lit reçut du sérum, de la caféine ; mais il est impossible de le réchauffer, et il meurt douze heures après, le lundi 16 avril, à cinq heures du matin, trente-six heures après le début des accidents.

L'autopsie a pu être faite, non sans difficultés ; on comprend enfin, en la pratiquant, les bizarreries de ce cas. On retrouve d'abord les deux petits pédicules de la bride, situés aux deux extrémités d'une perte de substance du péritoine pariétal répondant juste à la fossette inguinale externe.

Il semble donc bien que la bride représentait un repli de ce péritoine. Ces replis sont, du reste, étonnamment nombreux sur toute cette paroi (peut-être à cause de la traction exercée par le mésentère sur la séreuse pariétale).

Mais, en poursuivant, on rencontre d'autres surprises. Tout d'abord un gros diverticule de Meckel, long de 8 centimètres environ, gros comme une anse intestinale normale, implanté environ à 50 centimètres de la valvule iléo-cæcale sur l'iléon. Il a subi la distension comme les autres anses, mais est indemne de tout étranglement, ne présente ni brides ni adhérences, bref n'a joué aucun rôle.

On remarque enfin dans le Douglas un paquet d'anses rouges violemment distendues ; on l'amène avec précaution au dehors, et on note que l'attitude mésentérique de ces anses est tordue de 190° sur elle-même, dans le sens des aiguilles d'une montre, produisant une coudure et un étranglement absolu par torsion. Cette partie tordue répond à la première partie de l'iléon, et intéresse un segment du tube digestif d'une longueur de 60 cent. environ.

On retrouve enfin, grâce à la persistance du sillon et de de l'ecchymose, l'anse qu'on avait libérée pendant l'opération, et qui siégeait encore en amont de l'anse tordue.

Ainsi donc, deux points étranglés, l'un par une torsion du mésentère, l'autre par un repli péritonéal répondant à l'entrée de la fossette inguinale interne. Pour ce dernier, il semble bien qu'il y ait eu amorce de hernie, puis engagement de l'intestin sous l'arcade au-dessus de l'orifice inguinal; en raison du bandage aplatissant le canal, l'intestin a cheminé sous le péritoine en décollant la séreuse, formant une hernie pro-péritonéale. La fixité de cette portion de l'intestin a pu amener, à l'occasion d'un effort quelconque, la torsion du mésentère des anses voisines. L'occlusion distendant les anses en amont de la torsion, et par conséquent l'anse herniée, a amené une nouvelle cause d'occlusion par étranglement de la bride limitant l'orifice d'entrée de la hernie pro-péritonéale.

Ce cas complexe me paraît impossible à diagnostiquer; les signes étaient bien réellement pareils à ceux de l'appendicite (submatité, contracture de la paroi, masse empâtée, tout cela dans la fosse iliaque droite). Même au cours de l'opération, il paraissait presque impossible de soupçonner une double cause d'occlusion. Enfin, je ne crois pas que le malade eût été capable de supporter une large éviscération, qui seule eût pu permettre le diagnostic et le traitement rationnel de son affection.

Séance du 10 mai 1906.

Présidence de M. VINCENT.

M. GAYET, secrétaire, lit le procès-verbal qui est adopté sans rectification.

*
* *

PROSTATECTOMIE PÉRINÉALE ET HYPOGASTRIQUE COMPARÉES.

M. ROCHET. — J'ai pratiqué une soixantaine de prostatectomies périnéales, je n'ai pratiqué que six prostatectomies par voie hypogastrique, je n'ai donc pas la prétention d'établir une comparaison définitive entre les deux voies et par statistique personnelle. Je me permets simplement de vous soumettre quelques réflexions provisoires que m'ont suggérées, et ma propre expérience et la lecture des principales observations de prostatectomies hypogastriques publiées dans ces derniers temps.

La *prostatectomie périnéale* a fait ses preuves de façon définitive, et de belles preuves. On ne compte plus maintenant les magnifiques résultats qu'elle a donnés, les véritables résurrections au point de vue vital et fonctionnel qu'elle a faites maintes fois. Ses avantages cardinaux, c'est la simplicité souvent stupéfiante de ses suites immédiates chez des gens extrêmement âgés et qui ne paraissent pas devoir supporter un choc opératoire, si minime soit-il; c'est le drainage idéal qu'elle réalise dans ces vieilles vessies distendues et infectées que l'ouverture hypogastrique, même large, ne draine que très imparfaitement.

Ses inconvénients, c'est la blessure facile, parfois presque inévitable du rectum, qui est si près du doigt décollant l'urètre

profond et la face postérieure de la glande, qui est quelquefois adhérent intimement à la capsule de celle-ci, quand il y a eu prostatite, abcès de la prostate même, fausses routes, etc.... Et alors, on le sait à l'heure actuelle, des fistules rectales rebelles, interminables, très difficiles souvent à guérir par des opérations secondaires, viennent compromettre le brillant résultat de l'opération, et peuvent même conduire par elles-mêmes à de graves accidents ultérieurs.

C'est encore la difficulté opératoire de certains cas, où la prostate scléreuse est très adhérente à sa capsule, au plancher vésical lui-même, à l'urètre, et où le morcellement pénible et souvent incomplet est la seule ressource pour terminer l'intervention. Difficultés aussi quand on a affaire à des prostates, très lointaines, profondément situées au fond d'un périnée épais ou chez un sujet dont les ischions sont très rapprochés l'un de l'autre et ne laissent que très peu d'espace pour des manœuvres de profondeur. Il en est, en effet, de certains bassins masculins comme de certains bassins de femme très mal configurés pour l'accouchement de par la conformation squelettique elle-même ; et l'extirpation de la prostate par le périnée est très comparable en certains points à un accouchement artificiel. C'est enfin, a-t-on dit, les difficultés qui se présentent parfois pour enlever complètement le lobe moyen saillant dans la cavité vésicale, ou les petites saillies prostatiques accessoires et isolées qui peuvent couronner l'orifice uréthro-vésical du côté de la cavité vésicale, et servir plus tard à amorcer des récives. La faiblesse sphinctérienne persistante, ou même l'incontinence définitive auraient été notées dans plusieurs cas. Signalées aussi des fistules périnéales rebelles, qui se ferment et se rouvrent par intervalles sans guérir définitivement.

On pourrait ajouter à ce bilan des inconvénients, le sacrifice fatal des voies génitales débouchant dans l'urètre prostatique et qui entraîne, sinon la disparition des érections et des désirs sexuels chez l'opéré, au moins la suppression des éjaculations et du pouvoir fécondant.

Les avantages de la *prostatectomie sus-pubienne* seraient les suivants.

Elle évite presque à coup sûr et sans grande précaution la blessure du rectum ; celui-ci reste loin du foyer opératoire ; on ne l'a pas immédiatement sous le doigt comme dans la prosta-

tectomie périnéale, et en admettant même quelques adhérences postérieures de la glande à l'intestin, comme on extirpe la prostate, non plus de dehors en dedans, mais de dedans en dehors, on peut ménager en toute sécurité la partie postérieure, en en laissant au besoin quelques fragments adhérents; tandis que dans l'opération périnéale, c'est par là au contraire, c'est par le point dangereux qu'il faut commencer l'intervention.

L'opération sus-pubienne est *facile*, et *constamment facile*, disent ses partisans, avec n'importe quel périnée, n'importe quelle profondeur de situation de la glande. Et tous les opérateurs qui l'ont entreprise ont été surpris de voir quelle simplicité et quelle rapidité opératoire brillante elle offrait par rapport à l'opération périnéale, pour enlever en bloc ou par gros fragments la totalité de l'hypertrophie. Je fais passer sous vos yeux trois prostates que j'ai enlevées tout dernièrement par la vessie ouverte, et vous pouvez voir qu'elles ont été énucléées en totalité, comme des billes; l'opération s'est faite très vite; l'énucléation en particulier n'a demandé que deux ou trois minutes. En ouvrant et éclairant largement la cavité vésicale, l'opération sus-pubienne permet bien mieux que la précédente de vérifier l'état de la surface interne de la vessie, la présence du lobe moyen ou de saillies prostatiques accessoires pointant dans la cavité vésicale, d'enlever les concrétions calcaires qui y seraient déposées ou adhérentes, etc. On peut donc faire, en résumé, par la voie hypogastrique, une opération plus complète, et une extirpation plus large de la glande.

En outre, la fermeture de la plaie hypogastrique paraît se faire peut-être plus vite que celle de la plaie périnéale. Elle resterait plus rarement fistuleuse aussi. L'incontinence d'urine et la faiblesse sphinctérienne seraient moins marquées qu'après l'opération périnéale; et cela tiendrait à ce que l'*urètre membraneux est absolument respecté pendant l'opération*, ce qui n'a pas toujours lieu pendant la prostatectomie périnéale. Quant à la question de la puissance génitale, qui serait plus sûrement conservée après la prostatectomie transvésicale qu'après la prostatectomie périnéale, on nous permettra de la réserver jusqu'à plus ample informé. On ne voit pas clairement pourquoi la première, qui emporte les canaux éjaculateurs comme la seconde, serait moins nocive au point de vue génital.

Voyons d'autre part les inconvénients de la méthode sus-

pubienne. Et d'abord, jusqu'à maintenant tout au moins, et en attendant que l'opération se soit encore perfectionnée, elle paraît *plus grave* incontestablement que l'opération périnéale. Elle expose davantage à l'infiltration, à la septicémie ; et le grief fondamental qu'on peut lui faire réside, en effet, dans *l'imperfection du drainage post-opératoire*, contrairement à celui que crée tout naturellement la voie périnéale. On a beau bien placer le tube dit « de Freyer », destiné à assurer le large écoulement des liquides profonds et l'élimination facile des tissus mortifiés par la plaie hypogastrique, on a beau surveiller attentivement le fonctionnement de ce tube pendant les premiers jours qui suivent l'intervention, faire des lavages fréquents, etc., on peut avoir des accidents.

Enfin, il y a des cas où l'ablation de la prostate par la voie haute *n'est pas possible sans gros dégâts*. C'est le cas de glandes dures, scléreuses, non fibromateuses et pour lesquelles un plan de clivage hypogastrique est presque impossible à trouver.

Comme on le voit, pour les partisans de plus en plus nombreux de la voie sus-pubienne, les seuls désavantages de la méthode et qui pèsent assez lourdement sur sa mortalité comparée à celle de la méthode périnéale, seraient les complications post-opératoires *précoces* ; la période de celle-ci une fois passée, les résultats sont très beaux. On peut donc prévoir, comme le disait Legueu, au Congrès d'urologie dernier, que, lorsqu'on sera parvenu à perfectionner l'opération, à éviter les suites opératoires fâcheuses, la prostatectomie transvésicale deviendra, par sa rapidité et sa facilité d'exécution, *l'opération de choix de l'avenir*.

Nous sommes maintenant en possession de toutes les données permettant de comparer les deux méthodes, et de choisir l'une ou l'autre suivant les cas particuliers.

La prostatectomie périnéale reste la méthode de choix pour les cas suivants :

1° Les cas de malades déjà cachectiques ou gravement infectés ; l'excellence de son drainage donne là une garantie de tout premier ordre, qu'on ne retrouve pas dans l'autre, quoiqu'on en ait dit, malgré le gros drainage hypogastrique de Freyer, malgré des soins consécutifs minutieux, des pansements répétés, etc. ;

2° Les cas de prostates petites, mais dures, enserrantes et adhérentes, dans lesquelles le tissu scléreux prédomine, qui sont parfois très malaisées à séparer de la capsule et du plancher de la vessie, et qui ne peuvent être énucléées par la voie haute. On peut à la rigueur les enlever par cette voie, mais au prix de dégâts considérables ; comme on ne trouve pas de plan de clivage, on risque d'enlever la glande avec sa capsule, de déchirer au loin les parois de la loge prostatique, d'ouvrir les gros sinus voisins, etc.

De même, et pour les mêmes raisons, les prostates qui ont été le siège de poussées inflammatoires plus ou moins intenses et répétées, le siège de fausses routes, d'abcès, etc.

La prostatectomie sus-pubienne convient surtout aux cas suivants :

1° Aux prostates pour lesquelles un examen cystoscopique soigneux préalable a montré qu'il s'agissait surtout d'un obstacle dû à une saillie du lobe moyen au-dessus de l'orifice uréthro-vésical, et pour lesquelles la prostatectomie même partielle, limitée à l'excision de ce lobe, a parfois donné d'excellents et durables résultats.

2° Aux prostates volumineuses, franchement fibromateuses, bourrées de gros fibromes, facilement énucléables, et faisant fortement saillie du côté de la cavité vésicale.

M. VALLAS. — La prostatectomie transvésicale est plus dangereuse, il ne faut pas le perdre de vue. La conservation des canaux éjaculateurs ne mérite pas qu'on s'y arrête, d'autant que je suis persuadé qu'ils sont sacrifiés par les deux procédés. Pour les cas d'évolution haute des fibromes prostatiques, il est certain que la voie vésicale est plus facile et qu'on fait des extirpations rapides et brillantes par lui. J'ai rencontré les mêmes difficultés, au contraire, que celles que M. Rochet a signalées dans ces cas de prostates scléreuses, modérément enflammées, qui ne se laissaient pas énucléer de haut en bas.

Il m'a semblé que l'hémorragie en nappe est plus abondante que par la voie haute. Enfin l'infection est le gros danger, le drainage étant mal assuré et surtout l'infiltration hypogastrique étant à peu près fatale et devenant grave quand les urines sont très septiques. Pour y parer on a proposé la suture de la muqueuse à la peau ; mais cela n'est pas toujours facile, la muqueuse étant friable. Les avantages de bénignité restent donc encore à la voie périnéale.

M. ROCHET. — Dans les cas que j'ai observés, je n'ai pas eu d'hémor-

ragie ; mais elle est très possible en raison de ce fait qu'on aborde la prostate sans avoir sectionné au préalable aucun vaisseau qui s'y rende. Au contraire, la dissection du périnée dans la périnéale a déjà interrompu beaucoup des voies d'irrigation de la glande.

*
* *

ABCÈS DU CERVEAU D'ORIGINE OTIQUE ; TRÉPANATION ;
GUÉRISON.

M. LAGOUTTE (du Creusot).

OBSERVATION.

L... (Antoine), 19 ans, est atteint d'une otorrhée chronique gauche depuis l'âge de 12 ans. L'écoulement, peu abondant au début, se serait accentué vers l'âge de 14 ans, époque à laquelle ce jeune homme commença à travailler aux usines du Creusot, dans l'atelier de chaudronnerie, en même temps qu'apparaissaient des douleurs d'oreilles intermittentes, mais assez vives.

Le 18 mars dernier, L... est pris de violentes douleurs dans l'oreille gauche. Il est forcé de quitter l'atelier et de rentrer chez lui. Spontanément les douleurs cèdent, de sorte qu'il peut reprendre son travail le lendemain.

Le 20, nouvelle crise qui cède encore.

Le 21 au soir, les douleurs reprennent avec plus d'intensité, avec cris et vomissements.

Les jours suivants, les symptômes s'aggravent. Les docteurs Rebillard et Guéneau consultés conseillent une intervention chirurgicale.

Pendant la nuit du 26 au 27, le malade souffre d'une façon épouvantable, est pris de délire et perd complètement connaissance.

Le 27, à dix heures du matin, je suis appelé auprès de lui. Il est dans un état semi-comateux, poussant des plaintes continues. Il est impossible d'obtenir de lui aucune réponse. La température est à 38°,4. Le pouls ralenti est à 64. Il n'existe pas de gonflement rétro-auriculaire. Mais la pression de la région surtout immédiatement au-dessus du pavillon de l'oreille est douloureuse et détermine des protestations de la part du malade.

L'état de semi-coma dans lequel il se trouve empêche d'apprécier l'état des organes des sens et de la parole. Il ne semble pas y avoir des troubles moteurs du côté des membres.

Je fais transporter le malade à l'Hôtel-Dieu où je l'opère à trois heures du soir.

Trépanation de la mastoïde. Ouverture large de l'antre, de l'aditus et de la caisse. Une quantité abondante de pus fétide est contenue dans ces cavités. Après curettage et nettoyage soigné, je ne trouve aucune perforation du côté du plafond de l'antre et de la caisse. Aussi j'arrête là l'intervention, me proposant de pratiquer l'ouverture du crâne si les accidents ne s'amendent pas au bout de 24 à 36 heures.

Le soir, 38°,4. Nuit assez bonne.

Le lendemain matin 28 mars, la température est encore de 38°,8, le pouls toujours à 64.

Mais les douleurs ont cessé, le malade a repris complètement connaissance. Il parle quoique avec difficulté. Mais les parents nous apprennent qu'en état de santé normale il avait toujours de la peine à s'exprimer. Malgré cela il existe manifestement un certain degré d'aphasie ou plus exactement d'amnésie et de cécité verbales.

Devant cette amélioration, je temporise encore, et en effet, pendant les jours suivants tous les symptômes inquiétants disparaissent progressivement.

Le 3 avril, la température est à 37°, le pouls à 76. La parole est revenue telle, disent les parents, qu'avant la maladie. Le malade peut se lever et se promener dans la salle. Cet état se maintient jusqu'au 12 avril.

Nous considérons tout danger comme absolument écarté quand brusquement dans l'après-midi les douleurs recommencent. La température n'est qu'à 37°,6, mais le pouls est retombé à 60.

Le lendemain, 38° le matin, 38°,2 le soir. Pouls à 60. Le malade est hébété.

La nuit est mauvaise, le malade délire, pousse des cris, veut se lever.

14 avril. Le matin, T. 38°,1, pouls 58, les symptômes d'amnésie et de cécité verbales ont reparu. Pas de troubles moteurs du côté des membres. Aucun trouble de la vision.

Intervention à dix heures du matin. Trépanation à 3 cent. au-dessus du conduit auditif.

L'os apparaît blanchâtre, il semble qu'il y ait une infiltration purulente dans les mailles du diploé. Au-dessous, la dure-mère est grisâtre, comme sphacélée, se laissant arracher par lambeau et par un pertuis dans la substance cérébrale on voit sourdre du pus. Le bec d'une pince est introduit dans l'orifice, il pénètre profondément dans la substance cérébrale. On retire la pince ouverte, et une quantité abondante (une grande cuillerée à bouche) de pus jaune verdâtre horriblement fétide s'échappe au dehors.

Un drain est mis en place dans la cavité de l'abcès et après pansement le malade reporté à son lit.

Le soir, T. 38°,7, P. 72.

Les jours suivants, l'amélioration s'accroît. Pouls, température, parole redeviennent normaux.

Le drain est laissé en place aussi longtemps possible. Mais le 13 mai il tombe dans le pansement et il est impossible de le réintroduire. A ce moment il existe une hernie cérébrale du volume d'une noix.

Le 15 mai, brusquement le malade est repris de douleurs. Il vomit et la température monte à 39°. Mais le pouls, au lieu d'être ralenti, s'est accéléré, il marque 120.

Le lendemain matin, la température est à 39°,2. Il y a de la céphalalgie, mais toujours pas de ralentissement du pouls.

Le soir, amélioration brusque, avec chute de la température. Nous trouvons le pansement imbibé par un liquide clair, qui ne peut être autre chose que du liquide céphalo-rachidien. On aperçoit, en effet, un petit pertuis à la base et à la partie postérieure de la hernie cérébrale, loin et à l'appui de l'ancien, par où s'écoule abondamment ce liquide.

L'écoulement se prolonge pendant deux jours, puis se tarit spontanément.

Depuis, la guérison s'est maintenue sans incident.

Actuellement, un an après l'intervention, le jeune homme est en parfaite santé, la hernie cérébrale a complètement disparu.

Quelques particularités sont à relever dans cette observation :

1) Le syndrome permettant de poser le diagnostic d'abcès cérébral était certes très incomplet au moment où je vis le malade pour la première fois. Un peu de ralentissement du pouls, douleur à la pression au-dessus du pavillon de l'oreille, étaient les seuls signes positifs ; l'état semi-comateux du jeune homme ne permettant pas l'analyse des diverses fonctions motrices ou sensorielles. Lors de la rechute ou plutôt de la réapparition des symptômes graves qui suivit l'amélioration due à l'évidement de la mastoïde, l'ensemble symptomatique était des plus nets : température variant de 38° à 38°,5 ; pouls très ralenti 58 ; douleur à la pression dans la région temporale ; troubles de la parole, amnésie et cécité verbales.

2) L'ouverture large de la mastoïde et de l'oreille moyenne a procuré au malade une amélioration telle que pendant dix jours nous avons pu croire à une guérison complète.

3) A noter également l'heureuse terminaison de la maladie, malgré l'ouverture en somme tardive de la collection suppurée intra-crânienne (trois semaines après le début des premiers accidents).

4) Enfin, si j'ai adopté la voie temporale de préférence à la voie mastoïdienne, c'est que de par les symptômes il s'agissait sûrement d'un abcès temporal et non cérébelleux. Comme le faisaient remarquer il y a quelques temps, MM. Villard et Lelerc dans une observation analogue, l'accès vers le lobe temporal est plus facile à l'aide d'une brèche dans l'écaille temporale, qu'on peut du reste à volonté agrandir par le bas, qu'à l'aide de la perforation du plafond de l'antre et de la caisse.

En outre, dans le cas particulier, la douleur très nette que déterminait la pression au-dessus du pavillon de l'oreille semblait appeler naturellement en ce point la couronne de trépan.

Séance du 17 mai 1906.

Présidence de M. VINCENT.

M. GAYET, secrétaire, lit le procès-verbal de la séance précédente qui est adopté sans rectification.

*
**

SQUIRRHE ATROPHIQUE DE LA LANGUE PAR DÉGÉNÉRESCENCE
DE LEUCOPLASIE CHEZ UN SYPHILITIQUE.

M. BÉRARD. — Je demande à mes collègues de vouloir bien m'aider à fixer mon diagnostic au sujet du malade que j'ai l'honneur de leur présenter.

C'est un homme de 53 ans qui a eu la syphilis à 20 ans, qui s'est soigné seulement à l'âge de 23 ans, par périodes irrégulières et en suivant un traitement peu sévère.

Il y a deux ans, il constata sur la face dorsale de la langue et sur la muqueuse des lèvres des traînées blanchâtres, indolores, qui peu à peu augmentèrent d'étendue et de consistance sur la langue. Au bout d'un an, sur une de ces plaques, vers la pointe de la langue s'éleva une saillie qui s'étendit en arrière sur le dos de la langue, en même temps que son centre semblait se creuser progressivement. Le Prof. Fournier, consulté à Saint-Louis, ordonna le traitement spécifique (gargarismes et pilules) qui resta sans effet.

La plaque érosive continua à s'agrandir, et peu à peu des douleurs apparurent à son niveau, d'abord tolérables, puis si violentes, avec de telles irradiations vers le maxillaire et vers

l'oreille, qu'en novembre 1904, le malade se fit recevoir à la Pitié. Là on lui fit cinq piqûres de calomel, espacées de huit à dix jours.

Aucune modification ne se produisant, le malade réclame une intervention chirurgicale; le chirurgien ne crut pas devoir accéder à son désir. D'ailleurs une bronchite intercurrente survint qui mit fin à ce débat.

Las d'attendre et de souffrir, incapable de prendre autre chose que des aliments liquides, avalés à grand'peine, avec d'abominables douleurs pharyngées et auriculaires, amaigri de 10 kilog., le malade se fit recevoir salle Saint-Philippe, le 31 mars 1906, pendant que j'avais l'honneur de suppléer M. le Prof. Poncet.

L'état local était alors le suivant : Quelques taches opalines de leucoplasie sont semées sur les lèvres et sur la face externe des gencives. La bouche, difficilement ouverte, à cause des douleurs que déterminent les grands mouvements du maxillaire, la langue apparaît rétractée en un bloc presque immobile sur le plancher de la bouche. Sa surface rugueuse, grisâtre, tapissée de mucosités épaisses et de débris alimentaires dont on la dépouille à grand'peine et au prix de très vives douleurs, est creusée dans sa moitié gauche par de larges sillons qui la ravinent et qui se poursuivent vers la moitié droite, en même temps que vers le plancher de la bouche à gauche. A ce niveau tout contact est atrocement douloureux, avec des irradiations aiguës vers l'oreille gauche. Aucun bourgeon suspect ne proémine sur cette masse ligneuse, dont la surface atone n'est semée d'aucune granulation.

En aucun point le toucher ne détermine de saignotement; mais l'exploration de la cavité buccale doit être menée très prudemment à cause des souffrances qu'elle détermine. On se rend compte ainsi que la moitié droite du plancher est libre, mais que la moitié gauche semble infiltrée.

Il y a quelques ganglions peu volumineux et peu indurés dans les régions sous-maxillaires; une masse indurée, assez difficile à délimiter, semble occuper profondément la région carotidienne gauche au-dessus du lobe thyroïdien correspondant.

Malgré les supplications du malade, je n'ai pas voulu intervenir avant une dernière tentative de traitement spécifique;

aussi dans l'espace de quarante jours il a reçu dix injections d'hermophényl à 10 centigrammes, qui semblent avoir diminué les douleurs, mobilisé un peu la langue et réduit l'induration du plancher de la bouche. Actuellement, il peut déglutir quelques liquides et réclame moins souvent de la morphine (il se fait encore injecter 4 ou 5 centigrammes par jour).

Il y a quinze jours, sur ma demande, M. Nicolas l'a examiné. Son impression, comme la mienne, fut qu'il devait s'agir d'un cancer atrophique de la langue développé sur de la leucoplasie. Comme à cette époque, les douleurs à la déglutition étaient revenues, j'ai pratiqué une gastrostomie (méthode de Fontan), qui fonctionne aujourd'hui admirablement, avec une continence parfaite, grâce à laquelle le malade reçoit des aliments en quantité suffisante, et qui, le cas échéant, permettra de supprimer toute alimentation par la bouche pendant les premiers jours qui suivront l'intervention. Cette gastrostomie préalable a été préconisée surtout par Helferich pour prévenir les pneumonies de déglutition, lorsqu'après l'ablation de la langue, les aliments ne peuvent plus être guidés vers la gouttière pharyngée.

L'opération, si elle doit être exécutée, serait grave : ablation de la langue en totalité, ablation du plancher de la bouche à gauche et de la moitié correspondante du maxillaire inférieur dont le revêtement muqueux interne est infiltré et suspect. C'est pourquoi je désirerais, avant de la décider, que le diagnostic de cancer pût être bien être affirmé par mes collègues de la Société de chirurgie.

M. VALLAS. — La lésion curieuse que présente ce malade ne semble évidemment pas au premier abord à un cancer ; au bout de quatre, cinq, six mois, on a l'habitude de voir des ganglions plus développés ; l'aspect scléreux, ficelé de la langue est en faveur de la sclérose tertiaire ; les douleurs n'ont rien de spécial au cancer. Le tout est de savoir si le traitement spécifique a dit son dernier mot.

M. HORAND. — J'ai vu des cas de cancer ne s'accompagner que de très petits ganglions ; c'étaient des épithéliomes développés sur des leucoplasies. Dans ces cas, je voudrais voir recommencer le traitement spécifique, en se gardant de donner l'iodure de potassium, très dangereux dans ces cas, mais en faisant des injections de biiodure de mercure par exemple.

M. VINCENT. — J'ai vu, il y a quelques mois, un capitaine au long cours

porteur d'une langue pour laquelle le diagnostic d'épithélioma avait été porté; cette langue saignait beaucoup; il y avait un peu plus de ganglions que dans ce cas. Le malade avait eu la syphilis. Je donnai un traitement ioduré, le malade guérit complètement et a pu reprendre son service.

M. DURAND propose un autre moyen de diagnostic; faire une biopsie l'ablation d'un fragment et son examen histologique.

M. BÉRARD remercie ses collègues de leurs avis et se propose de retarder l'intervention en essayant à nouveau le traitement spécifique.

*
* *

PHARYNGECTOMIE POUR CANCER; RÉSULTAT ÉLOIGNÉ.

M. VALLAS. — Je vous présente un ancien malade de mon service que j'ai revu par hasard et qui est intéressant à un double point de vue: d'abord par la survie déjà longue, obtenue chez lui sans récurrence après une pharyngectomie pour cancer de cet organe; en second lieu par le résultat esthétique et fonctionnel très satisfaisant que vous pouvez constater malgré la mutilation importante que j'ai dû lui infliger.

En deux mots, voici son histoire. Début au mois de novembre 1904 par une petite tumeur de l'amygdale accompagnée de dysphagie et de douleurs d'oreille. Un médecin de la ville en fait l'ablation par la bouche. Récurrence immédiate. Le malade entre dans le service de M. le Prof. Poncet, où un assistant de la clinique pratique, toujours par les voies naturelles, une exérèse plus étendue de la tumeur. Celle-ci récidive néanmoins sur place et végète rapidement, envahissant les piliers, la partie droite du voile et la partie pharyngée verticale de la base de la langue. Il arrive alors dans mon service en février 1905. Je lui fais une pharyngectomie large suivant le procédé que j'utilise depuis près de huit ans, et dont les caractères principaux sont les suivants: Incisions en T, sur le sternomastoïdien et la région sus-hyoïdienne, dissection des ganglions en liant les vaisseaux de façon à tourner la masse néoplasique par son pédicule vasculaire. Section du maxillaire inférieur sur la branche horizontale et au-dessous du col du condyle. Périlomie de l'isthme du gosier en suivant les contours de la

tumeur, et, ainsi, ablation en un seul bloc de toutes les parties osseuses et molles atteintes par la dégénérescence cancéreuse.

Cette opération, que j'ai pratiquée environ quarante fois, m'a donné quelques succès fort encourageants dans une chirurgie aussi décevante que celle des cancers profonds de la bouche et du pharynx. Ce malade en est un bel exemple, puisque la guérison s'est maintenue chez lui depuis quinze mois et que son état général s'est considérablement amélioré.

Vous pouvez voir en outre que le résultat esthétique est fort remarquable. Je n'ai pas fait de prothèse en raison de l'énorme brèche que le travail de cicatrisation avait à effacer. Cependant, à part la dépression profonde qui existe sur le côté à la place de la branche montante du maxillaire inférieure, la déformation est peu considérable. Le masque facial notamment n'est nullement altéré, et, de face, les traces de l'opération sont à peine visibles. Ceci tient d'abord à ce que les incisions ont été uniquement cervicales, et c'est pourquoi je repousse tous les procédés qui intéressent la commissure labiale. Mais dans ce cas particulier il y a une autre cause. La tumeur avait respecté le plancher de la bouche, et l'exérèse porta sur l'isthme, le voile, la paroi latérale du pharynx et la portion verticale de la base de la langue. C'est à cette intégrité des parties molles, dans l'intérieur de l'ogive maxillaire, et, par suite, à l'absence de rétraction cicatricielle en ce point qu'il faut attribuer le peu de déformation qu'a eue à subir la partie restante du maxillaire inférieur.

M. BÉRARD demande comment M. Vallas répare la plaie buccale et comment il alimente ses malades pendant la période post-opératoire.

M. VALLAS répond qu'il ferme la plaie buccale en réunissant tout ce qu'il trouve pour reconstituer la cavité muqueuse; cela varie absolument avec les cas. Cette suture une fois faite, toute la plaie est très rétrécie.

Pour l'alimentation, je me sers d'une sonde naso-œsophagienne. J'ai fait aussi la gastrostomie et je suis assez disposé à entrer dans cette voie; le seul inconvénient est d'infliger une double opération à des malades déjà cachectiques.

M. BÉRARD. — Il y aurait peut-être avantage à se servir pour l'anesthésie de la scopolamine morphine; je l'ai utilisée hier pour l'ablation d'une grosse tumeur de la parotide, et il a suffi de 30 gr. de chloroforme pour donner une heure d'anesthésie parfaite.

M. Cl. MARTIN. — Le malade, que vient de vous présenter M. Vallas, constitue un de ces cas exceptionnels de résection partielle du maxillaire inférieur sans déplacement consécutif du fragment, c'est-à-dire que la partie restante du maxillaire n'est pas attirée en dedans dans une position vicieuse, laquelle, dans les cas habituels, est toujours très accusée. Ce malade, auquel M. Vallas a enlevé toute la branche montante droite, n'offre qu'une déviation très légère du côté droit. Cette déviation s'accroît lorsqu'on fait ouvrir la bouche ; mais, dans la position normale, bouche fermée, le menton n'est pas dévié. M. Vallas attribue avec raison ce résultat à ce que, dans l'opération, il n'a lésé aucun muscle du plancher buccal.

En effet, tout muscle sectionné se répare par la formation d'un noyau cicatriciel rétractile, et le muscle, pendant sa réparation, et même ultérieurement, a la plus grande tendance à se contracturer de façon permanente. Cette intégrité des muscles explique pourquoi il ne s'est pas formé de tissu cicatriciel ni établi de contracture pathologique.

D'autre part, les muscles abaisseurs, cause habituelle de la déviation, ne se contractent avec force que pendant la mastication ; autrement dit, la durée des périodes de contraction est de beaucoup inférieure aux périodes de repos et de relâchement de ces muscles.

J'ajoute que, pendant la mastication, le maxillaire inférieur tend constamment à être ramené dans sa position normale.

Ce maxillaire n'étant pourvu que de quelques dents antérieures, celles-ci, lorsque la bouche se ferme, viennent s'appuyer sur la partie déclive de la voûte palatine qui les refoulè vers son centre ; elles sont maintenues dans cette position, une grande partie de la journée, car les muscles abaisseurs, qui sont presque toujours en relâchement, ne contraignent pas ce mouvement. Enfin, voilà plus d'un an que ce malade est opéré et, le tissu cicatriciel qui s'est formé au niveau du foyer de résection de la tumeur est peu volumineux, tout à fait mou et sans consistance ; il ne constitue pas en somme une masse contractile importante.

*
* *

STÉNOSE NÉOPLASIQUE DU PYLORE CHEZ UNE FEMME DE
33 ANS ; GASTRO-ENTÉRO-ANASTOMOSE D'URGENCE POUR
HÉMATÉMÈSES TRÈS ABONDANTES ; GASTRECTOMIE SECON-
DAIRE ; GUÉRISON.

M. TIXIER. — Cette jeune femme, âgée de 33 ans, a subi successivement, dans ces six dernières semaines, une gastro-entéro-anastomose et une gastrectomie étendue. Voici dans

quelles circonstances j'ai été conduit à exécuter ces interventions :

Après un passé gastrique chargé, remontant à plusieurs années, cette jeune femme présentait, depuis un an, des symptômes de sténose progressive du pylore. M. Bouveret l'avait soignée primitivement il y a dix mois environ, pour un ulcère, puis en présence de contractions péristaltiques de l'estomac, avait posé dernièrement l'indication formelle de la gastro-anastomose.

Sur ces entrefaites, une complication redoutable est survenue : le 17 mars, un vomissement de sang très abondant se déclare et force la malade à entrer à l'hôpital. On me présente une grande cuvette remplie du liquide de l'hématémèse : la pâleur est considérable, le pouls rapide. On met la malade au repos absolu, la glace intus et extra, aux lavements chauds, au sérum. Le lendemain, l'état a encore empiré ; abondantes selles sanglantes, vomissements incessants, anémie aiguë, symptomatique des grandes hémorragies.

Je décide une intervention immédiate ; le ventre ouvert, je reconnais un néoplasme de l'antra pré-pylorique, gagnant le pylore, il est gros, mobile et extirpable. Très rapidement à la suture j'établis une anastomose postérieure. Suites excellentes ; disparition immédiate de l'hémorragie ; rapidement on alimente la malade, elle prend 4 kilog. en trois semaines.

Alors le 27 avril j'exécute une large gastrectomie ; voici la pièce, vous pouvez juger de l'étendue de la lésion et combien large fut l'ablation. Des ganglions dans le méso sont enlevés. Cette opération a été pratiquée il y a dix-sept jours, demain la malade quitte l'hôpital.

Cette observation suscite les considérations suivantes : d'abord le résultat thérapeutique de la gastro-entérostomie dirigée contre les hémorragies gastriques, ensuite l'évolution à allure d'ulcère, que revêt souvent le cancer de l'estomac.

On discute, en effet, sur la conduite chirurgicale à tenir en présence d'une hématémèse dangereuse par son intensité ou par sa répétition. L'anastomose simple est combattue, car souvent elle ne suffit pas. Voici un cas où cette opération palliative a fait disparaître le danger immédiat et a permis de mener à bien, dans de bonnes conditions, une pylorectomie secondaire.

D'autre part, chez cette femme jeune, les symptômes cliniques, le chimisme gastrique, l'évolution avait été en faveur d'un ulcère et j'ai trouvé un gros cancer de l'estomac. C'est un nouveau cas qui me confirme dans l'opinion que les cancers de l'estomac évoluent lentement et que même avec des symptômes cliniques d'ulcère simple, il est prudent, lorsqu'une amélioration suffisante n'est pas obtenue par une thérapeutique médicale suivie, de conseiller rapidement la laparomie et la gastrectomie.

M. VALLAS demande si l'examen histologique a été fait. Ayant fait un jour une résection gastrique pour une lésion qu'il croyait, au moment de la laparotomie, être un cancer, il apprit, par l'examen histologique, qu'il s'agissait d'un ulcère tuberculeux de l'estomac. L'opération, résection cylindrique, date de dix-huit mois, et la malade est actuellement en excellent état.

M. TIXIER. — Malheureusement la réponse du laboratoire d'anatomie pathologique ne m'est pas encore arrivée et je ne puis pas donner d'examen histologique. Macroscopiquement, c'est du cancer. Je fournirai le complément indispensable dès que je l'aurai reçu.

J'insiste donc uniquement pour l'instant, sur le bon résultat fourni par la gastro-entéro-anastomose dans un cas où l'hémorragie était un danger de mort immédiate.

*
* *

TUBERCULOSE CUTANÉE VERRUQUEUSE ; MANIFESTATIONS TUBERCULEUSES MULTIPLES : TUBERCULOSE PULMONAIRE ; ABCÈS FROIDS DE LA RÉGION SACRÉE ET DES PAROIS THORACIQUES ; ÉPIDIDYMITE TUBERCULEUSE.

M. BERTRAND, interne des hôpitaux, présente, au nom de M. le D^r Vallas, un malade ayant des lésions tuberculeuses multiples.

D... Henri, salle Saint-Louis, exerce la profession de tailleur de pierres. Il est âgé de 39 ans. Pas d'alcoolisme. Nie toute maladie vénérienne.

Il a fait, il y a treize ans, une première poussée de tuberculose pulmonaire. En 1905, castration pour tuberculose du testicule gauche.

A la même époque, apparition d'un abcès froid, au niveau de la région sacrée, précédé pendant trois mois de douleurs au niveau du sciatique gauche.

Actuellement, le malade présente des signes cavitaires au niveau du sommet droit, avec craquements humides au sommet gauche.

L'épididyme restant est devenu tuberculeux et, en outre de l'abcès froid de la région sacrée, il existe encore deux autres abcès froids au niveau de la région thoracique antérieure.

Mais ce ne sont pas là les lésions les plus intéressantes. En effet, le malade est porteur d'une tuberculose verruqueuse du médius droit. Elle a débuté par une augmentation de volume du doigt, puis les premières manifestations cutanées apparurent à l'extrémité du doigt.

Tout le médius est pris, ainsi que l'espace inter-digital du médius et de l'index, et une portion limitée de la face palmaire et dorsale de la main, correspondant aux têtes métacarpiennes. Il existe un peu d'impotence fonctionnelle du doigt. Mais pas de douleurs ni de prurit.

La lésion est essentiellement constituée par des végétations verruqueuses, cornées, dures, d'un blanc grisâtre. Ces végétations sont groupées par placards séparés par des intervalles de peau saine, ou par une peau d'apparence cicatricielle; quelques-unes de ces saillies verruqueuses présentent dans leurs interstices des érosions saignantes.

En somme, en présence de lésions aussi nettes, il s'agit bien là de tuberculose verruqueuse cutanée ou de maladie de Riehl. Chez notre malade l'étiologie est assez nette. Il a fait une première poussée de tuberculose il y a treize ans. En raison de sa profession, tailleur de pierres, il est exposé aux traumatismes des doigts, et c'est à l'occasion de l'un d'eux que le malade s'est inoculé lui-même.

Cette tuberculose verruqueuse a évolué lentement, comme les différentes manifestations de même nature, que présente ce malade, la tuberculose pulmonaire notamment. Elle a résisté aux moyens thérapeutiques employés. La lésion est trop étendue et actuellement la tuberculose pulmonaire est trop avancée pour qu'il soit question de traitement chirurgical. Nous nous proposons de lui faire de la radiothérapie.

Ce malade présente encore, sur la portion médiane de la langue, une petite saillie papillomateuse et dont l'apparition remonte après le début de la tuberculose pulmonaire. Elle n'a jamais incommodé le malade. Bien que la tuberculose linguale hypertrophique soit rare, en raison des différentes lésions tuberculeuses présentées par le malade, il serait peut-être possible de rattacher cette saillie papillomateuse à la tuberculose.

Séance du 31 mai 1906.

Présidence de M. VINCENT.

M. GAYET, secrétaire, lit le procès-verbal de la séance précédente qui est adopté sans modification.

*
* *

A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL.

M. TIXIER. — Dans la dernière séance de la Société, j'ai présenté une malade âgée de 33 ans, à laquelle j'ai pratiqué une gastrectomie. Après l'examen de la pièce, M. Vallas nous demandait si un examen microscopique confirmait mon diagnostic de cancer de l'estomac. Je ne pus satisfaire à cette très légitime demande, car la réponse du laboratoire d'anatomie pathologique ne m'était pas encore arrivée.

Cette réponse, la voici intégralement telle que l'a rédigée M. Paviot : « Augustine R..., 33 ans. Sur les coupes, la surface du néoplasme paraît ulcérée, elle ne se retrouve pas; mais dans la sous-muqueuse, entre les muscles, sont déjà des îlots et des traînées de cellules néoplasiques, le plus souvent atypiques. En somme, néoplasme infiltré dans toute l'épaisseur de la peau. »

Donc, je pourrais bien, à propos de ce cas, revenir sur les considérations que j'exposais lors de la présentation de la malade. Malgré l'âge, malgré l'évolution très lente de l'affection, malgré les symptômes classiques d'ulcère gastrique, les sténoses du pylore que nous opérons sont le plus souvent néoplasiques. J'aurai l'occasion de vous présenter d'autres observations en faveur de cette façon de voir.

M. DESTOT a pu observer un malade qui fut considéré pendant 27 ans comme étant atteint d'ulcère de l'estomac. Aujourd'hui il est manifestement cancéreux.

M. VALLAS. — Ces cas semblent se rapporter à des ulcères devenus secondairement cancéreux et non à des cancers à marche lente.

M. VINCENT. — Je connais une sœur des hôpitaux qui a été traitée par M. Bouchacourt pour ulcère de l'estomac. Elle a été atteinte de melæna et d'hématémèses. Elle n'est pas devenue cancéreuse, ce qui prouve que la dégénérescence des ulcères n'a rien de fatal.

M. TIXIER. — Les observations, dans le genre de celle que nous rapporte M. Vincent, sont très intéressantes. Elles démontrent la chronicité de certaines ulcérations gastriques. Mais j'ai posé la question tout autrement : j'ai dit : les sténoses du pylore, même à allure très lente, sont très souvent néoplasiques.

*
**

FRACTURE TRANSVERSALE DE LA ROTULE GAUCHE ;
SUTURE DES AILERONS.

M. RUOTTE, médecin chef de l'hôpital militaire de Blidah, communique l'observation suivante :

C..., 56 ans, agriculteur, entre à l'hôpital de Blidah, le 5 mars 1906, pour une lésion du poumon gauche.

C'est un homme d'aspect vieilli, usé, ancien paludique, un peu alcoolique, très amaigri, avec un peu d'albumine dans l'urine.

Il y a deux mois environ, il se fit une entorse du genou gauche en faisant un faux pas ; le genou enfla et il dut garder le lit pendant huit à dix jours ; sa cuisse subit un certain degré d'atrophie du fait de son accident.

Le 1^{er} mars il tomba, et en voulant se retenir il fit un effort et sentit craquer dans le genou gauche : celui-ci se gonfla rapidement et lui fut dès lors impossible de marcher.

Il entre à l'hôpital le 5 mars, et le 6, nous constatons facilement une fracture transversale de la rotule avec écartement de trois travers de doigts ; les ailerons sont totalement déchirés, l'épanchement considérable et l'impotence absolue.

Suture le 9 mars.

Incision courbe à convexité inférieure allant du condyle interne au condyle externe du fémur : la peau relevée, l'articulation est vidée du sang qu'elle contenait et asséchée avec des tampons secs.

Les ailerons latéraux sont suturés par des points séparés au catgut, distants d'un demi-centimètre les uns des autres ; le surtout prérotulien, bien relevé, est suturé de même, et le dernier catgut placé, on constate le contact parfait des surfaces osseuses rotuliennes. Le peau est réunie au crin de Florence.

Pansement ouaté par dessus, et le membre est mis dans une gouttière en fil de fer.

Ablation des crins le 9^e jour : la réunion est parfaite ; on masse et on électrise le triceps.

Des phénomènes de prostatisme ayant apparus, nous vidons la vessie à la sonde et faisons lever l'opéré le 18^e jour. Dès le 20^e jour il marche avec des béquilles ; la rotule est solide et l'opéré peut détacher le talon du lit.

Il sort de l'hôpital le 12 avril, marchant avec une canne, fléchissant à angle droit le genou et délivré de ses symptômes prostatiques.

En somme, le résultat est absolument parfait.

*
* *

FRACTURE TRANSVERSALE DE L'OLÉCRANE DROIT.

Le même jour, 5 mars, entré à l'hôpital un jeune cavalier du 1^{er} chasseurs d'Afrique, âgé de 22 ans, très vigoureux, et qui s'était blessé au coude droit en tombant de cheval : le coude plié a porté directement sur le sol, supportant ainsi tout le poids du corps ; la douleur a été assez vive.

A l'examen, le coude est gonflé, globuleux et présente une ecchymose interne à la région postérieure ; la palpation ne révèle rien d'anormal du côté de l'humérus, ni du côté du radius, même une fracture transversale nette de l'olécrâne à sa base ; on sent une dépression de 2 à 3 millimètres où la pression révèle une douleur vive ; l'olécrâne est mobile et la crépitation des plus nettes. Après deux séances de massage l'examen est des plus faciles, et on reconnaît avec la plus grande netteté la solution de continuité olécrânienne, mais on s'aperçoit de suite que l'olécrâne seul est brisé, et que les parties molles fibreuses non déchirées ne lui permettent pas un écartement de plus de 3 millimètres environ.

L'avant-bras est encore animé de mouvements d'extension actifs sous l'influence du triceps brachial, le mouvement étant transmis par les expansions fibreuses du tendon du triceps.

Dans ces conditions nous jugeons toute intervention inutile : le membre supérieur est placé dans l'extension et tous les jours soumis à une séance de massage et à de longs mouvements passifs. La consolidation se fait très rapidement, et le 5 avril, soit un mois après son accident, ce cavalier sort pour reprendre son service qu'il n'a plus interrompu depuis.

Nous avons tenu à opposer ces deux observations où l'on voit une lésion osseuse identique, mais accompagnée dans un cas d'une rupture totale des expansions fibreuses avec perte des mouvements, tandis que dans l'autre ces mouvements étaient conservés, grâce aux expansions fibreuses intactes ; de cet état découlaient les indications thérapeutiques, intervention dans un cas, abstention dans l'autre. Leurs résultats, excellents de part et d'autre, ont justifié notre manière de voir.

*
**

FRACTURES DU RADIUS ET DU SCAPHOÏDE.

M. DESTOT présente les radiographies de deux malades, dont l'un est médecin et a été soigné par M. Tixier et est aujourd'hui parfaitement guéri au bout d'un mois de traitement. L'autre, au contraire, est un blessé qui, quoique présentant la même lésion anatomique, n'a pas recouvré encore au bout de six ans l'usage complet de sa main. Les mouvements de flexion sont limités, les mouvements latéraux n'ont pas l'amplitude normale, et enfin il existe des troubles trophiques caractérisés par les cannelures des ongles et l'hyperhydrose de la main.

Ces deux malades présentent, au point de vue anatomique, la lésion suivante :

1° L'apophyse du radius dans sa partie correspondant au scaphoïde est détachée du reste de l'os par un trait vertical.

2° Le scaphoïde est cassé par plicature.

Chez le premier malade, la réduction a été faite par pression directe sur les fragments et l'on a maintenu le blessé pen-

dant un mois sous plâtre. La radiographie montre que la réduction a été bien opérée et bien maintenue. L'autre malade, au contraire, n'a pas été immobilisé et traité par le massage. Il s'est ainsi produit une sorte d'escalier dans l'articulation radio-carpienne, et l'inégalité de la surface articulaire a entre-tenu l'arthrite et limité les mouvements.

Dans le type de fracture de l'extrémité inférieure du radius que j'ai eu l'occasion d'observer assez fréquemment, il existe souvent un déplacement latéral externe de la main plutôt qu'un véritable dos de fourchette.

La fracture du scaphoïde se reconnaît très facilement, même sans radiographie.

Au début, on voit une boule de gonflement occupant la tabatière anatomique, et si on vient à presser en ce point on y réveille une douleur exquise. D'une façon générale, le poignet est peu déformé en comparaison des fractures ordinaires.

L'expérience m'a appris que même si de pareilles fractures ont été bien réduites, il ne faut pas laisser le membre libre avant consolidation complète, faute de quoi, sous l'influence des contractions musculaires, le fragment du radius se déplace et l'on a ainsi des troubles persistants comme chez le second malade.

Dans un cas, le malade, immobilisé par un appareil plâtré pendant dix-huit jours, en sortit en parfait état; je le revis quinze jours après avec une déformation très accentuée et des douleurs qui avaient cessé pendant tout le temps de l'immobilisation.

Ces cas sont intéressants, non seulement au point de vue pratique, mais encore au point de vue théorique.

Dans la séance de la Société de chirurgie de Paris du 16 mai, M. Delbet, interprétant les luxations carpiennes, a conclu que la fracture du scaphoïde était le premier temps de ces luxations, et que cette fracture était due à l'arrachement.

Il n'en est rien, et les cas que je signale aujourd'hui viennent confirmer une série de recherches qui ont été exposées dans la thèse de Gallois en 1898.

En me basant sur la physiologie du poignet, j'ai pu prédire d'avance que le scaphoïde se cassait lorsque la main était en hyperextension et en inclinaison radiale, et l'expérience a confirmé le fait. Pressé entre la résistance du sol qui fixe sa

base et les leviers rigides de l'avant-bras qui transmettent la force, le scaphoïde exagère sa courbure et éclate.

Lorsque la résistance du radius n'est pas très considérable, la fracture du scaphoïde s'accompagne de fracture apophysaire, et si l'inclinaison radiale de la main n'est pas très accentuée et que le scaphoïde trouve une voie d'échappement à travers la lèvre postérieure du radius, il se produit la fracture ordinaire avec dos de fourchette. Ces points de pathogénie ont été vérifiés un nombre considérable de fois.

Les fractures du scaphoïde qui accompagnent la dislocation du carpe ont un autre mécanisme, la main est en inclinaison cubitale, le semi-lunaire se trouve ainsi au sommet de la voûte de pression, et en raison de sa forme tiré, par le ligament radio-lunaire, il coule sur la tête du grand os. Le scaphoïde se présente alors comme un ergot et sa partie supérieure décapitée accompagne le lunaire dans son déplacement, tandis que la portion inférieure bascule en arrière accompagnant le grand os, ou bien si la main est en forte inclinaison cubitale, le scaphoïde échappe sans se casser. J'ai montré dans mon livre toutes les étapes de ce processus, je tenais à les rappeler ici en démontrant une fois de plus que la fracture du scaphoïde isolée ou associée à celle du radius est un fait extrêmement banal, alors que les luxations carpiennes sont beaucoup plus rares et que, dans ces cas du moins, il est impossible d'expliquer ces fractures par un mécanisme d'arrachement que l'on a tendance à Paris de mettre partout.

Il est facile de démontrer qu'au pied comme à la main, si la théorie de l'arrachement peut s'appuyer sur un certain nombre de faits, dans beaucoup de cas du moins, c'est au choc des os les uns contre les autres qu'il faut attribuer beaucoup de types de fracture.

*
**

LUXATION DU SEMI-LUNAIRE.

M. TAVERNIER lit un travail sur ce sujet et présente une pièce expérimentale.

(Voir *Mémoires.*)

M. DESTOT. — Je ne veux pas discuter maintenant les idées théoriques de la thèse de M. Tavernier. Il me suffira de rappeler deux faits. En 1898 la physiologie m'avait appris que la seule attitude nécessaire pour casser le scaphoïde était l'hyperextension et l'inclinaison radiale de la main. Les expériences de M. Gallois ont confirmé cette donnée.

Dans les luxations du carpe que j'appelle dislocation, j'ai démontré, toujours par la physiologie, que l'attitude nécessaire pour les produire était l'hyperextension avec l'inclinaison cubitale. Liliensfeld est parvenu, le premier, en suivant cette indication, à reproduire les luxations carpiennes et M. Tavernier nous apporte une nouvelle confirmation.

Le point pratique sur lequel j'appelle spécialement l'attention est celui de la possibilité d'une réduction lorsque le diagnostic est précoce.

A la séance de la Société de chirurgie de Paris du 16 mai, M. Delbet et les autres chirurgiens qui ont pris part à la discussion n'ont pas parlé de ce traitement qui est capital. Quand la dislocation est fraîche, la réduction est d'une facilité très grande et les résultats merveilleux. Lorsque la lésion est déjà un peu ancienne, on éprouve des difficultés, mais j'ai rapporté ici même des cas de réduction au bout de 25 jours. M. Ecot dernièrement a montré les résultats d'une réduction faite au bout de 48 jours. A part les énarthroses, il y a peu d'articulations qui offrent de telles ressources. A voir certaines dislocations, on croirait toute réduction impossible, tel le cas de M^{me} Lapière que nous avons réduit avec M. Durand qui présentait une luxation compliquée de fracture du pyramidal et du scaphoïde. L'intervention chirurgicale n'est donc qu'un pis-aller dont l'importance diminuera tous les jours au fur et à mesure que les lésions du carpe seront mieux connues.

Résection partielle par la voie antérieure du lunaire accompagnée ou non d'un fragment scaphoïdien, ou résection complète du carpe constituent deux traitements s'adressant à des cas différents.

Lorsque la lésion est très ancienne, qu'il existe des troubles trophiques, que les os sont complètement déformés, c'est à la résection complète qu'il faut avoir recours. Si au contraire, la lésion est relativement récente et qu'il n'existe pas de troubles trophiques, la résection partielle a donné aux différents auteurs d'excellents résultats.

Les cas graves où l'intervention d'emblée s'impose sont extrêmement rares.

En résumé, comme pour toutes luxations, il faut commencer par réduire ou chercher à réduire, et les délais que j'indique montrent bien qu'il ne s'agit pas d'une opération difficile. Le bistouri doit être réservé aux cas anciens ou irréductibles, qui deviendront de plus en plus l'exception.

M. BÉRARD. — Ainsi que le dit M. Tavernier, il faut actuellement savoir se passer de la radiographie pour faire le diagnostic des luxations du semi-lunaire.

Le 2 mai, nous avons dû examiner à Saint-Philippe, M. Thévenot et moi, un sergent de ville qui la veille, dans une charge, avait fait une chute sur le poignet droit, la main en extension.

Il présentait les signes classiques : tassement du poignet, saillie antérieure médiane, anesthésie douloureuse des trois doigts du milieu, rapprochement de l'apophyse styloïde radiale et de la base du premier métacarpien, douleur à la pression et empatement dans la tabatière anatomique. Rien sur l'extrémité inférieure du radius et du cubitus.

Il nous fut impossible d'avoir le jour même le contrôle radiographique. Néanmoins, les manœuvres classiques de réduction du semi-lunaire furent pratiquées immédiatement : au prix d'efforts très modérés, le malade étant anesthésié, par une manœuvre combinée d'hyperextension du poignet, de pression sur la saillie du lunaire, puis de flexion, la réduction fut obtenue avec un véritable claquement.

Dès le lendemain, le malade se déclarait débarrassé de toutes douleurs dans le poignet et dans les doigts. Mis en plâtre pour huit jours, au bout de ce temps, il récupéra rapidement les mouvements normaux du poignet qui reprit sa silhouette normale. Ce qui subsiste seulement, c'est la douleur à la pression sur le scaphoïde, qui a dû être écorné en même temps que le semi-lunaire s'était luxé.

C'est le deuxième cas de réduction avec résultat très satisfaisant que j'ai pu opérer depuis trois mois.

*
**

FRACTURE DE JAMBE ; CAL EXUBÉRANT.

M. GAYET. — J'ai observé ces jours-ci dans le service de la Croix-Rousse où je supplée mon collègue M. Bérard, un cas curieux qui m'a paru digne de vous être présenté.

Il s'agit d'un homme de 31 ans, D. J., exerçant à Lyon la profession d'homme d'équipe, entré à l'hôpital le 14 mai 1906 pour une lésion traumatique du membre inférieur gauche. Le 28 février dernier, cet homme était monté sur le toit d'un wagon (près de 3 mètres de hauteur) lorsqu'il perdit l'équilibre et s'abattit sur le sol.

Après la chute, il perdit l'usage de la parole pendant une dizaine de minutes, sans perte de connaissance. Il put cependant se relever seul, et s'aidant d'un bâton, put marcher sur une distance d'environ 400 mètres et rentrer chez lui où il se coucha. Le lendemain, il ne put se rendre à son travail.

Le médecin de la Compagnie, appelé, lui dit qu'il avait une

entorse; comme traitement il fit pratiquer des frictions avec de l'eau blanche, puis à l'huile camphrée; le membre fut emprisonné dans un bandage, mais sans gouttière ni appareil plâtré.

Au bout d'un mois, le malade commença à marcher un peu, mais au lieu de désenfler, l'extrémité inférieure de sa jambe enfla de plus en plus, et c'est ce qui le décida, le 14 mai, à entrer à l'hôpital.

A l'examen, on constate, en effet, que la région malléolaire gauche a subi une déformation considérable; le membre ressemble à un membre d'éléphantiasique. En outre, l'axe de la jambe se dévie brusquement en dedans, puis se continue avec l'axe du pied par un nouvel angle ouvert en dehors, faisant ainsi une haïonnette qui est exactement l'inverse de celle de la fracture de Dupuytren. A la palpation, on remarque que la malléole est un peu déformée; c'est du tibia que partent les ossifications qui entourent l'extrémité inférieure du péroné qui font saillie en avant et enfin constituent la tuméfaction interne.

La radiographie montre la nature exacte des lésions. Il s'agit d'une fracture de la malléole interne à sa base compliquée d'un fragment intermédiaire du tibia, oblique de haut en bas et de dehors en dedans, enfin d'une fracture du péroné à 5 ou 6 centimètres de sa pointe malléolaire. Mais ce qu'il y a de particulier, c'est l'énorme ossification qui est née des surfaces fracturées. On voit un coin osseux de nouvelle formation ayant sa grosse extrémité au niveau de la fracture de la malléole interne (celle-ci ayant subi un déplacement en dedans) et qui remonte en s'effilant le long de la face postéro-interne du tibia; une ossification semblable se retrouve sur la face externe, et c'est elle qui forme un lit sur lequel repose l'extrémité inférieure du péroné; le fragment inférieur de cet os est lui aussi déplacé de façon à former un angle obtus ouvert en dedans avec le fragment supérieur.

Une autre singularité de ce cas, c'est l'absence presque complète de troubles fonctionnels. Il y a évidemment limitation des mouvements de l'article, par rencontre des saillies exubérantes qui entourent les surfaces articulaires. Mais la marche est absolument indolente, le malade boite à peine, la plante repose bien sur le sol; il n'y a ni contractures

ni atrophies musculaires. Pas d'œdèmes non plus, ni de troubles de vascularisation, de trophicité ou de sensibilité.

Le diagnostic de la nature de cette fracture est assez délicat; on a l'esprit éveillé et tourné vers une lésion trophique osseuse, car l'aspect rappelle assez bien celui du pied tabétique.

Les recherches les plus minutieuses des divers signes classiques du tabes ne nous ont pas permis d'en retrouver un seul chez notre malade; de plus, notre collègue, M. Mollard, a bien voulu l'examiner à ce point de vue dans son service de médecine où nous l'avions envoyé et nous a confirmé ce résultat entièrement négatif.

M. Destot avec qui nous avons causé de ce cas, après qu'il l'eut radiographié, penche cependant vers le diagnostic de tabes latent et a vu des cas analogues où les déformations osseuses et les fractures étaient les premiers symptômes d'un tabes tout à fait au début.

Nous ne pensons pas pouvoir accepter ce diagnostic pour plusieurs raisons. En premier lieu la fracture n'a rien de commun dans son étiologie avec les fractures spontanées d'origine nerveuse. Il ne faut pas oublier que notre homme a fait une chute de 3 mètres de hauteur et a bien le droit de s'être ainsi cassé la jambe sans lésion osseuse préalable.

D'autre part, en étudiant le malade, nous avons été frappé de certaines cicatrices qu'il porte aux jambes et qui avaient l'apparence de lésions spécifiques. Après avoir longtemps nié il finit par nous avouer un chancre qu'il aurait eu il y a dix-huit mois, traité à ce moment par des pilules et des frictions.

La syphilis est donc avérée et elle est trop récente pour que notre malade en soit déjà au tabes, cette lésion quaternaire, comme on l'a appelée.

Pour toutes ces raisons, nous éliminons l'origine nerveuse. Mais la notion de syphilis nous a paru très importante et nous a remis en mémoire certains cas observés de cals très volumineux dans des cas de syphilis, soit acquise, soit héréditaire.

Je fais passer sous vos yeux la radiographie d'un malade de ce genre dont l'histoire est des plus instructives. C'était un jeune homme de 16 ans qui portait une tuméfaction de son humérus droit. Cette tuméfaction s'était rapidement développée

et plusieurs médecins et chirurgiens consultés avaient parlé d'ostéosarcome et conseillé l'amputation du membre supérieur. M. le Prof. Jaboulay, recherchant les antécédents, découvrit de la syphilis héréditaire et apprit aussi que le jeune garçon avait fait une chute du haut d'un trapèze; c'était depuis cet accident qu'il avait vu débiter sa tumeur, en même temps qu'une certaine impotence demeurée cependant relative. Il pensa donc à une tuméfaction d'origine syphilitique, avec un traumatisme et peut-être une fracture comme cause occasionnelle; moi-même j'eus l'occasion de voir ce malade sans connaître aucun des diagnostics posés avant moi et j'eus la même opinion que mon maître.

Il y a donc là une question des rapports entre la syphilis et les traumatismes osseux qui mérite d'être creusée et je compte bien en poursuivre l'étude. Pour le moment j'ai simplement voulu vous montrer ce cas assez singulier et vous demander votre avis. Au point de vue thérapeutique, je crois qu'une réserve extrême s'impose. Sans doute s'il y avait des troubles fonctionnels, il serait très indiqué de chercher à corriger cette déformation en intervenant. Mais, je vous l'ai montré, le malade marche sans douleurs et presque sans boiterie. Je me propose donc de lui faire simplement construire un tuteur orthopédique pour éviter que la déformation ne s'aggrave; et je compte aussi donner un énergique traitement spécifique, dans l'espoir de faire fondre ce cal exubérant. Si cela arrivait nous tiendrions la meilleure preuve du rôle effectif qu'a joué la syphilis dans cette prolifération osseuse anormale.

M. VALLAS. — Ce malade présente la déviation exactement inverse de celle de la fracture de Dupuytren. Il est probable qu'il ne s'agit pas d'une fracture indirecte, mais d'une violence assez considérable pour entraîner ce déplacement. Il a dû se produire des décollements périostiques et des ossifications secondaires. La syphilis a pu jouer son rôle, mais elle n'est pas indispensable pour expliquer ces lésions. La thérapeutique consistera à faire construire un appareil orthopédique à tuteur latéral interne, particulièrement solide.

M. DESTOT. — Le malade présenté par M. le Dr Gayet montre deux caractères singuliers: l'exubérance colossale du cal de l'extrémité inférieure de la jambe, avec un élargissement invraisemblable des malléoles, d'où s'échappe un pied petit, normal, et ce cal exubérant est associé avec une insensibilité et une absence de douleurs inexplicable. A

première vue on ne peut s'empêcher de songer au malade présenté par M. Gangolphe et à un certain nombre d'autres, que j'ai pu observer, fait qui se rencontre dans le tabes au début.

L'examen radiographique montre en dehors de la fracture des masses osseuses spéciales, non fasciculées, comme on le voit dans les cals ordinaires, et présentent l'aspect spongiaire. Si l'on étudie en détail l'histoire du malade, on voit qu'il est tombé de la toiture d'un wagon la tête la première, qu'au bout de quelques minutes il a repris connaissance, qu'il a fait 400 mètres seul, sans souffrir. Il était cinq heures du soir, il est rentré chez lui, a dîné, s'est couché à son heure habituelle, a dormi toute la nuit et ce n'est que le lendemain matin qu'il a été effrayé du gonflement de sa jambe et qu'il a fait demander le médecin. Ce n'est pas un alcoolique, il n'était pas ivre, il n'a pas eu de délire, et j'estime qu'on n'a pas le droit de se faire une fracture aussi considérable, que celle que démontre la radiographie, sans souffrir et sans présenter des troubles nerveux.

Les deux faits réunis d'un cal d'une exubérance anormale et d'une indolence aussi extraordinaire, me font penser qu'il s'agit d'une fracture chez le tabétique au début.

On objectera qu'il n'y a point d'autres signes du tabes, mais c'est une pétition de principe, car j'ai montré depuis longtemps que le tabes pouvait débiter par un trouble osseux, fracture ou ostéite, sans qu'il y ait d'autres signes du tabes et que souvent ces fractures précèdent de longtemps l'apparition d'autres symptômes. Il faut attendre que le temps vienne confirmer ce diagnostic et je ne doute pas, pour ma part, que d'autres symptômes ne tardent pas à paraître. Ce malade aurait eu la vérole, il y a deux ans; c'est douteux, mais l'apparition d'un symptôme tertiaire n'est pas limitée par le temps et je ne sache pas qu'on puisse dire que les périodes de la syphilis se succèdent dans des délais fixes et immuables; il y a des tabes précoces.

Quant aux ostéites syphilitiques, elles sont douloureuses, et le caractère bien défini des douleurs ostéosopes n'est pas un vain mot; il ne s'agit donc pas, dans l'espèce, d'infiltration gommeuse ou de périostite secondaire.

Les cas auxquels M. le Dr Gayet fait allusion chez des héréditaires syphilitiques, ne peuvent pas se rapprocher des cas où la syphilis est acquise et je crois, jusqu'à plus ample informé, que l'observation de M. Gayet constitue un cas de fracture qui tire ses caractères d'insensibilité d'une lésion nerveuse au début, névrite périphérique dans l'espèce, qui marque le premier pas de la lésion tabétique. Dans la thèse de Guéneau se trouvent quelques faits de ce genre et j'espère que le temps confirmera ce diagnostic.

M. VALLAS. — M. Destot vient de nous dire que ce malade deviendrait

tabétique. Ce n'est pas impossible puisqu'il est syphilitique. Mais j'estime qu'il n'est pas en droit de dire que ces déformations sont déjà un signe de tabes. Il n'est pas nécessaire de chercher si loin pour expliquer des ossifications par décollement périostique, chez un homme qui a subi un traumatisme considérable. Il n'est pas non plus besoin du tabes pour expliquer l'indolence d'une fracture. Nous connaissons bien ces cas de fractures évoluant sans douleurs, notamment chez les alcooliques.

*
* *

PYLORECTOMIE, AVEC GASTRECTOMIE PARTIELLE, POUR
STÉNOSE PYLORIQUE DE NATURE DOUTEUSE. GUÉRISON.

M. PIOLLET (de Clermont-Ferrand). — La pièce anatomique que j'ai l'honneur de présenter à la Société de Chirurgie comprend le pylore, l'antra pylorique, et le tiers environ de l'estomac d'une malade que j'ai eu la chance de voir parfaitement guérir, et que j'ai présentée, elle-même, le 5 avril 1906, un mois après l'opération, à la Société des Sciences médicales de Gannat et du Centre.

Je résume l'observation de cette malade :

M^{me} G..., 37 ans, d'un petit village de la montagne, près de Champeix (Puy-de-Dôme), m'est adressée par le Dr Combes, de Champeix, pour une affection gastrique déjà ancienne. Son mari et ses quatre enfants son bien portants, mais elle présente une lourde hérédité cancéreuse : son père et sa mère, une tante, une cousine, sont morts de cancers viscéraux.

Cette femme souffre de l'estomac depuis trois ans ; au début, vives douleurs épigastriques, n'ayant pas le caractère de douleurs en broche, ne coïncidant pas nettement avec la digestion, mais survenant par paroxysmes irréguliers. Ces douleurs ont diminué peu à peu, en même temps que s'installaient des vomissements. Ceux-ci, rares au début, terminaient les crises douloureuses ; depuis plus d'un an, ils se produisent au moins une fois par semaine ; les six derniers mois, ils étaient à peu près journaliers ; depuis un mois, ils s'éloignent, mais sont plus abondants. Ils n'ont jamais été nettement liés aux repas. Les caractères de ces vomissements sont les suivants : ils sont alimentaires, ou aqueux. ne sont pas acides ni brûlants ; jamais ils n'ont contenu de sang rutilant ; une fois, ils ont présenté du sang noir. Ces derniers temps, la malade retrouvait dans ces vomissements *tous les éléments solides* qu'elle avait ingérés depuis la dernière évacuation de l'estomac. Aussi a-t-elle maigri

considérablement, ne pouvant plus ingérer que du lait et des potages très liquides.

Le 29 janvier 1906, je vois la malade pour la première fois : émaciation extrême (poids : 48 kilog. avec les vêtements). A la région ombilicale, on sent et voit une tumeur dure, indolore, grosse comme une mandarine, nettement stomacale, mobile dans tous sens. Estomac énorme, descendant à mi-chemin entre l'ombilic et le pubis, clapotage au moindre choc, ondes péristaltiques s'arrêtant à la tumeur.

L'intervention immédiate, chaudement conseillée, est refusée.

Le 27 février, cependant, elle se décide à l'opération, et entre à ma maison de santé : poids, 42 kilog. (avec les vêtements), faiblesse extrême. Lavages de l'estomac matin et soir pendant trois jours, lavements alimentaires, lait et poudre de viande à haute dose.

Le 2 mars 1906, je pratique l'opération. Je m'étais outillé en prévision d'une pylorectomie, que je croyais possible, vu la mobilité de la tumeur, mais j'étais bien décidé à me contenter d'une gastro-entéro-anastomose, en cas d'adhérences étendues.

Anesthésie à l'éther, pratiquée par le Dr Combes, sans incident.

Laparotomie sus-ombilicale médiane contournant l'ombilic et le dépassant en bas de 2 centimètres : j'arrive aussitôt sur l'estomac et la tumeur. Celle-ci est dure, siège sur l'antra pylorique, a la grosseur d'une mandarine ; je ne doutai pas que ce fût un cancer ; mais elle était très mobile ; l'estomac, énorme, se laissait attirer au dehors ; il n'y a pas de généralisation péritonéale, et seulement quelque tout petits ganglions le long des deux courbures ; aussi je me décide de suite à une pylorectomie.

Résection première de l'estomac, après coprostase avec de grandes pinces courbes. Dans la section de l'estomac, je voulus, pour assurer l'hémostase et faire plus vite mes sutures, employer l'angiotribe de Doyen : l'écrasement se fit, mais incomplet, au niveau de la petite courbure, où une hémorragie sous-séreuse se produisit, dont l'arrêt me fit perdre plusieurs minutes. De plus, la ligature en masse que je fis sur la partie écrasée, ne tint pas ; de telle sorte que je dus faire les sutures habituelles : surjet muco-musculaire et double enfouissement à la Lembert (au catgut), et que cette fausse manœuvre, loin de gagner du temps, me fit perdre un bon quart d'heure. Fermeture du bout duodéal. Gastro-entéro-anastomose antérieure au bouton de Jaboulay (pour terminer rapidement l'intervention).

Il persistait un léger suintement au niveau de la petite courbure, en haut vers le cardia : je laissai en ce point une mèche, et un drain qui sortaient par l'extrémité supérieure de la plaie ; le reste fut suturé à trois plans.

L'opération avait duré en tout une heure et quart.

Les premiers jours, l'état de faiblesse extrême m'inspira de vives inquiétudes : un vomissement noirâtre, sanglant, la nuit qui suivit

l'opération; un autre dans la journée suivante. Injections de sérum à haute dose : 1.500 gr. par jour pendant trois jours, puis 1.000, puis 500. Dès le 3^e jour, l'amélioration se dessine : la malade prend du lait; le 6^e jour on commence les potages et les œufs.

La mèche, diminuée peu à peu, fut enlevée en totalité le 13 mars; il y eut pendant une dizaine de jours un suintement très abondant, d'abord hématique, puis verdâtre, bilieux, qui me fait admettre une fistule duodénale momentanée, au sujet de laquelle je n'étais pas sans inquiétude. Mais le suintement diminua vite de quantité, et au commencement d'avril, la fistulette était complètement cicatrisée.

La malade est repartie chez elle le 8 avril; elle pesait, le 31 mars, 44 kilog. 500, et le 4 avril 45 kilog., ayant gagné 3 kilog. depuis l'intervention.

Elle n'a plus jamais vomi, digère tout, à condition de manger souvent et peu à la fois.

Le bouton anastomotique n'a pas été expulsé.

Le 9 mai, j'ai eu des nouvelles de mon opérée; elle allait tout à fait bien, et vaquait à ses occupations habituelles.

L'examen de la pièce montre que la partie enlevée correspond environ au tiers de l'estomac. Les dimensions de la pièce fraîche étaient de 17 centimètres pour la grande courbure, 14 centimètres pour la petite courbure, 14 ou 15 centimètres pour la section. On constate sur la face antérieure, principalement de l'antra pylorique, une tumeur dure, sans limites nettes, non ulcérée.

Le pylore est extrêmement rétréci : une sonde cannelée passe difficilement, et à frottement dur. Le long de chaque bord, on trouve quatre ou cinq ganglions petits, indurés, bien mobiles.

Un fragment de la tumeur et un ganglion ont été prélevés et confiés, pour l'examen histologique, à M. le Dr Argaud, professeur suppléant à l'École de médecine de Clermont, histologiste distingué, lequel est arrivé aux conclusions suivantes :

« Il ne s'agit pas d'un épithélioma, mais d'une *inflammation chronique, avec énorme hypertrophie interstitielle des tuniques muqueuse et musculaire*. En effet :

1^o Les cul-de-sac glandulaires sont sains, mais présentent à signaler deux faits extrêmement intéressants : *a)* la dégénérescence muqueuse de certaines cellules glandulaires ; *b)* la présence de glandes de Lieberkühn aberrantes (fait signalé il y a quelques semaines par Jouvenel, de Lille, et sur lequel nous comptons revenir dans une note à la Société de biologie).

2^o On constate une multiplication très considérable des cellules propres de l'estomac qui, très nombreuses, sont tassées les unes contre les

autres et déformées par pression réciproque. Ces cellules compriment et déferment les culs-de-sac glandulaires ; mais ce qui démontre qu'il ne s'agit pas d'une production néoplasique, c'est qu'on rencontre au milieu d'elles une grande quantité de leucocytes polynucléaires, eux-mêmes déformés.

3° La muqueuse est envahie par des formations adénoïdes ; on trouve même des follicules clos sous la musculuse.

4° La musculuse est épaissie et infiltrée de nombreuses cellules rondes.

5° Le ganglion examiné est sain.

Je n'ajouterai que quelques lignes pour insister sur certains points intéressants de cette observation :

D'abord la nature de la lésion. L'âge de la malade, la longue durée des accidents m'avaient fait hésiter pour le diagnostic ; mais la tumeur était tellement nette et mobile, avec signes de sténose pylorique totale que je m'étais néanmoins rattaché à l'hypothèse d'un cancer : c'est également ce que je crus, l'estomac en mains, avant de faire l'ablation. En présence de la pièce, on peut hésiter ; en effet, l'induration était diffuse, pas très dure, il n'y avait aucune ulcération ; je pensais alors à un léio-myome ou quelque tumeur de ce genre : l'examen histologique, fait par M. Argaud avec une compétence complète, nous dit : inflammation chronique ! Toujours est-il qu'il y avait une sténose pylorique absolue, et qu'il n'y a pas lieu de regretter l'intervention.

Au point de vue du mode opératoire, c'est le Billroth, deuxième manière, que j'ai employé : ma technique encore imparfaite et surtout l'emploi de l'angiotribe, augmentèrent la durée de l'intervention à tel point que, pour finir rapidement, j'ai employé le bouton de Jaboulay et fait une anastomose antérieure : ce qui fut fait en trois ou quatre minutes. Inutile d'ajouter que l'intestin avait été dûment retourné, et que j'avais laissé 40 à 50 centimètres entre le commencement du jéjunum et la nouvelle bouche. Il n'y a eu aucun incident consécutif de ce fait.

Enfin, je crois que cette malade doit la vie au sérum artificiel : chaque injection de sérum seul ou additionné de 0,25 centigrammes de caféine, la remontant étonnamment.

Quant à la fistule qu'elle a présentée, et qui est parfois une complication grave, voire mortelle de ces interventions, elle

est due certainement à la présence de la mèche : une hémostase imparfaite m'avait obligé à drainer. Je crois qu'en mobilisant la mèche rapidement, dès les premiers jours, mais très lentement et peu à peu, de façon à l'enlever seulement au bout de 11 jours, j'ai produit un minimum de dégâts dans la région des sutures, et j'ai eu ainsi une petite fistulette qui s'est fermée spontanément. Elle venait probablement non de l'estomac, mais du duodénum, car elle n'a pas laissé écouler de liquide alimentaire, mais un liquide verdâtre bilieux. J'étais décidé, d'ailleurs, si elle persistait, à aller la fermer moi-même. Toutes les sutures ont été faites au catgut.

Cette observation n'a que la valeur d'un fait isolé : je la donne comme telle, et pour être mise à la suite des belles séries qui vous ont été présentées, soit par M. Goullioud fin 1904, soit par mon maître Poncet et par X. Delore, l'année dernière, séries qui démontrent la valeur de ces opérations.

Le Gérant, D^r VALLAS.

Séance du 7 juin 1906.

Présidence de M. VINCENT.

M GAYET, secrétaire, lit le procès-verbal de la dernière séance qui est adopté sans rectification.

*
* *

GASTROSTOMIE POUR CANCER DATANT DE NEUF MOIS.

M. LATARJET. — J'ai l'honneur de vous présenter au nom de mon maître, M. Tixier, un de ses malades porteur d'une gastrostomie devant de neuf mois.

L'histoire de ce malade est classique; âgé de 62 ans il commence à éprouver de la difficulté pour avaler depuis le mois de février 1905. La dysphagie a augmenté progressivement, et le malade a maigri de 15 kilogs lorsqu'il vient se présenter à l'Hôtel-Dieu, au mois de juillet 1905.

A cette date, l'examen du malade montre que le rétrécissement du cardia certainement néoplasique n'est pas infranchissable. La sonde passe encore facilement. Le malade peut encore s'alimenter avec des liquides. On lui conseille donc de revenir plus tard.

Deux mois après la dysphagie est absolue, la sonde ne passe plus. M. Tixier pratique le 22 septembre une gastrostomie par le procédé de Fontan.

Le malade quitte l'Hôtel-Dieu quelques jours après l'intervention avec une fistule absolument continente.

Telle est brièvement résumée l'histoire de ce malade qui revient huit mois après l'opération dans l'état très satisfaisant dont vous êtes témoins.

Il semble en effet que la gastrostomie, pratiquée cependant « d'urgence », a eu une excellente influence sur la marche du

néoplasme. Il est en effet assez exceptionnel, de voir une gastrostomie de nécessité, faite alors que plus rien ne passe, donner une survie de neuf mois à un malade cachectique. Au moment de l'opération, sitôt après l'intervention, la suralimentation lui a permis de reprendre ses forces et de mener sinon une existence active, tout au moins une vie sans souffrances et non confinée au lit ou à la chambre. La mise au repos de l'œsophage, son exclusion, a rendu chronique une évolution qui paraissait rapide; et devant cette action bienfaisante de la gastrostomie on ne peut s'empêcher de penser à la question qui a été si souvent soulevée « du moment pratique de la gastrostomie ? » M. Gangolphe et son élève Salavert, dans sa thèse (Lyon, 1897-98), sont très affirmatifs sur la nécessité de ne pratiquer la gastrostomie que lorsqu'elle devient urgente.

Barozzi, au contraire, est de l'avis de certains chirurgiens allemands, tel Czerny, qui pensent que la gastrostomie précoce, en mettant l'œsophage au repos, en permettant la suralimentation, assurent une survie plus longue au malade. Sans trancher la question, il a semblé intéressant à M. Tixier de la poser.

L'excellence du résultat tient au procédé employé. Le Fontan a donné en effet une continence absolue de la fistule. Employé par M. Gangolphe, par M. Vallas, par M. Tixier, il semble être actuellement un procédé de choix. A noter cependant un incident: il y a deux mois la fistule s'est rétrécie au point qu'un jour le malade *pratiqua lui-même sa dilatation à l'aide d'un couteau avec lequel il débrida, et des chevilles en chêne dont il se servit comme dilatateurs.*

Enfin, dernier point curieux de son histoire, il arrive aux liquides injectés en *trop grande quantité* dans l'estomac de refluer dans la bouche, alors qu'il est *impossible au malade d'avaler la plus petite gorgée de liquide.* Ce reflux curieux ne survient que lorsque la quantité introduite est insuffisante pour forcer la stricture néoplasique sous l'influence probable de mouvements antipéristaltiques.

Ces différents points, et particulièrement l'influence heureuse d'une gastrostomie continente sur la marche d'un cancer évoluant rapidement, ont semblé dignes de vous être signalés.

RÉSECTION D'UNE LARGE PLAQUE CALCAIRE
D'ORIGINE PLEURALE.

M. GOULLIoud. — M. Vincent m'ayant obligeamment prévenu de son intention de vous présenter une radiographie du thorax d'un malade à qui j'ai fait la résection d'une large plaque calcaire d'origine pleurale, j'ai cru intéressant de vous présenter tout d'abord l'histoire du malade.

Le P. B..., âgé de 63 ans, est entré le 12 mars 1905 dans mon service pour un abcès des parois thoraciques du côté droit, abcès saillant vers le tiers postérieur de la 10^e côte. En outre de cet abcès qui se présentait avec l'aspect d'un abcès froid des parois thoraciques, on remarquait sur toute la hauteur du poumon droit de la matité et de l'obscurité de la respiration.

A 9 ans, ce malade a eu un abcès du cou qui a laissé une cicatrice caractéristique du même côté.

A 17 ans, il y a donc 46 ans de cela, il a eu une affection aiguë, fièvre typhoïde, dit-il, avec toux et hémoptysies et lésion reconnue au sommet droit du poumon.

A 32 ans, prétendue fièvre muqueuse, pendant la convalescence de laquelle parurent des névralgies sur le côté droit du thorax, névralgies tenaces pour lesquelles il fit deux saisons à Aix.

A 40 ans, nouvelle poussée.

Depuis, le malade n'aurait eu ni bronchite, ni aucune affection aiguë.

Enfin, il y a trois mois, coup sur le côté droit du thorax et apparition de douleurs intercostales, puis de la tuméfaction actuelle.

Il ne paraît point douteux qu'il faut faire remonter à ce passé lointain les traces actuelles d'une ancienne pleurésie, et à une date récente le développement de l'abcès thoracique.

Il n'y a pas de température.

L'opération fut faite le 15 mars 1905, il y a donc plus d'un an.

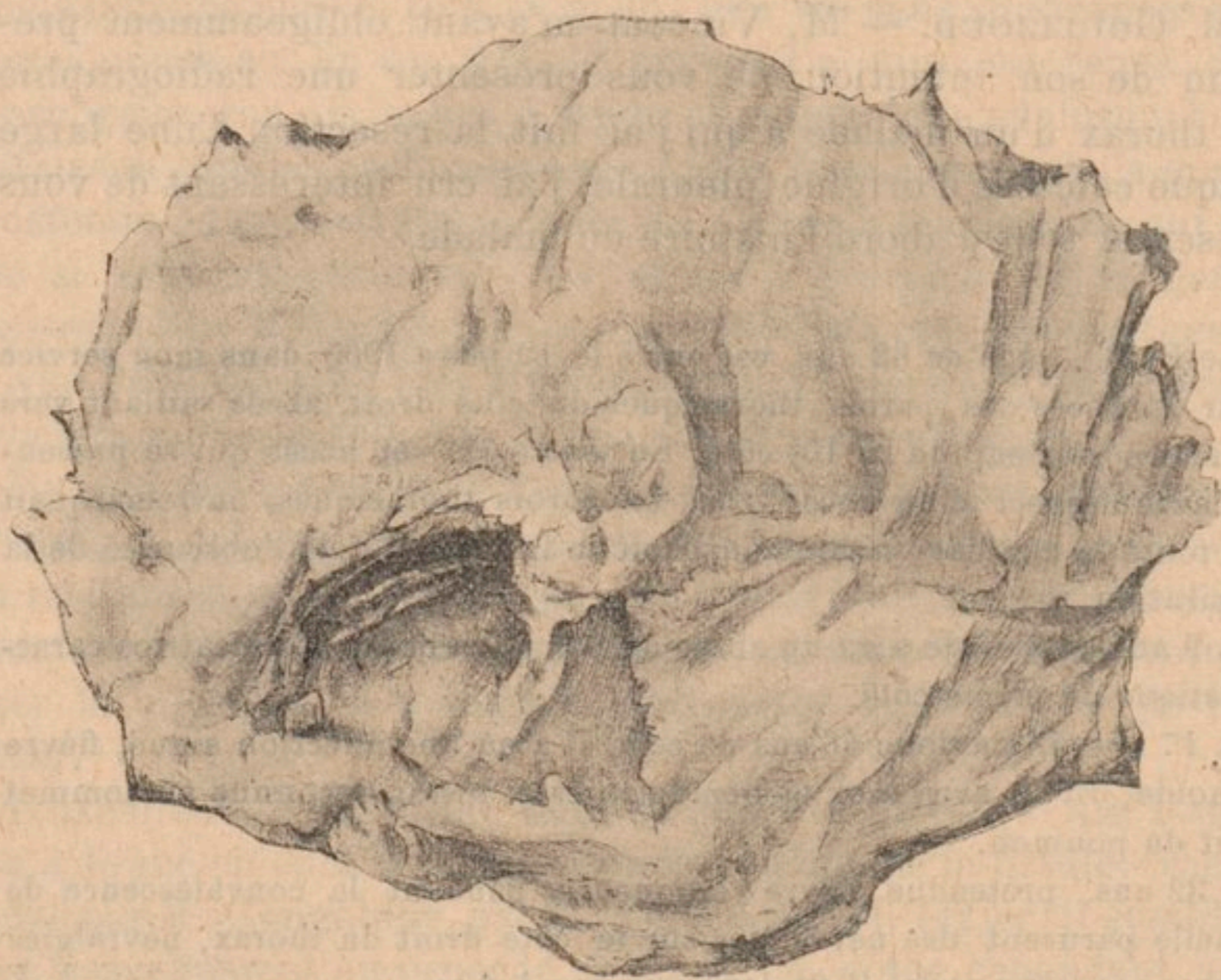
On résèque la coque de l'abcès avec la côte sous-jacente; mais on reconnaît qu'aucune côte n'est atteinte de carie, et que le pus fuse à travers l'espace intercostal, et provient d'une poche profonde sous-costale.

Résection de quatre côtes sus-jacentes à cette poche sur une étendue de 14, de 12, de 6 et de 4 centimètres, suivant les côtes.

Cette résection faite, on a la surprise de rencontrer un nouveau plan de consistance osseuse; ce plan osseux sous-costal est percé d'un trou d'où fuse du pus. Il s'agit certainement d'une large plaque calcaire due

à une incrustation de la plèvre, résidu de la vieille pleurésie que révèle l'auscultation.

On résèque largement cette plaque calcaire, car au-dessous est un abcès situé entre elle et le poumon.



Grandeur naturelle. Épaisseur d'un demi-centimètre à un centimètre.

En bas; on a dépassé les limites de l'incrustation; mais on n'a pu atteindre sa limite supérieure; on ne l'a pas même cherché, car la matité s'étendait sur toute la hauteur du thorax, et toute la plèvre droite pouvait être incrustée. Drainage par tamponnement.

Les suites immédiates furent simples, sans fièvre; puis, à l'été, départ pour la campagne. Une fistule s'établit. A l'automne, le malade part pour le Midi, avec sa fistule dont la suppuration va augmentant; car l'orifice s'est rétréci et une cavité s'est formée profondément, qu'il faudrait largement débrider. Mais le malade nous échappe dès lors. Il revient du Midi au commencement de l'été avec une suppuration abondante et des signes de cachexie.

Pourquoi la large résection thoracique et pleurale n'a-t-elle pas suffi à amener la guérison? La cause, pour nous, n'est point douteuse, et en sectionnant la coque calcifiée de la plè-

vre, bien au-dessus de l'abcès qu'elle recouvrait, nous avons craint les accidents actuels.

En effet, nous nous demandions alors comment allait se comporter la coupe de section de cette plaque calcaire ? Comme une côte sectionnée dont la section pouvait se cicatriser, ou comme un corps étranger, entraînant de la suppuration jusqu'à élimination.

Elle s'est comportée comme un séquestre en partie adhérent. et ce cas me rappelle ces séquestres que j'ai jadis décrits sous le nom de *séquestres par infection mixte*. (*Lyon Médical*, 1888, t. II.)

C'était le temps où on ouvrait les abcès froids d'origine vertébrale ou pelvienne, avec une confiance excessive en l'antisepsie.

Un jour un peu de fièvre suivait un pansement et la plaie devenait fistuleuse pour toujours. Un séquestre de carie, ou tout au moins une lésion osseuse tuberculeuse, qui, fermée, aurait pu guérir en s'enkystant, ne le pouvait plus, et le séquestre de carie devait s'éliminer comme un séquestre de nécrose. Il y avait séquestre par infection mixte.

Cette notion est aujourd'hui admise sans conteste. Je suis persuadé que la coque calcaire de la plèvre a joué le même rôle.

La radiographie, que M. Vincent veut bien nous présenter du thorax de ce malade, nous dira peut-être si l'on peut espérer, par une intervention nouvelle plus large, atteindre les limites de la calcification de la plèvre, et guérir ainsi ce malade.

M. VINCENT.— Voici les renseignements que je puis fournir sur l'opéré de M. Goullioud. Il n'a cessé de suppurer très abondamment depuis un an ; il est revenu de Monaco dans un état de cachexie très prononcé ; il a de l'œdème des pieds et des mains et le teint plombé ; il perd chaque jour beaucoup de pus de couleur et de consistance variables. On a dû renoncer à mettre des mèches dans le trajet fistuleux et à lui injecter des liquides modificateurs, parce que c'est une cause de suffocation, de toux violente et d'augmentation de la fièvre vespérale qui oscille entre 38 et 39° en moyenne. Le malade n'a plus d'appétit, dort peu, maigrit et perd ses forces, et enfin il a 65 ans.

Il est donc dans de fort mauvaises conditions pour subir une nouvelle intervention. Théoriquement il est bien indiqué de prolonger en hauteur

la thoracotomie commencée par M. Goullioud. Il faudrait débrider largement et réséquer encore trois ou quatre côtes pour rapprocher les parois de la cavité pleurale, pour enlever la plaque calcaire qui contribue à entretenir la suppuration. La partie foncée qu'on voit sur la radiographie au-dessus de la région opérée paraît bien correspondre à la persistance d'un tissu opaque, à la plaque calcaire dont a parlé M. Goullioud. Il l'assimile à un séquestre osseux portant une double infection, celle du bacille tuberculeux et celle des strepto-staphylocoques. Ce qu'il a écrit jadis sur les séquestres mixtes est parfaitement admis en pathologie osseuse, loin d'être oublié; mais la plaque calcaire en cause ne ressemble en rien à une partie détachée, à un séquestre. Je crois qu'il s'agit d'une prolifération conjonctive des plèvres, très épaisse et incrustée de sels calcaires; je crois que cette coque fibro-calcaire adhère solidement aux tissus pleuraux sous-jacents, qu'elle en est la transformation et que sa dissection ne laissera pas que de présenter de sérieuses difficultés. Il importe de se créer un grand jour pour l'exécuter, d'où la nécessité de réséquer amplement les côtes et de tailler un grand volet cutané qui sera ensuite rabattu à la rencontre du poumon rétracté.

En admettant que le malade supporte bien cette opération, qui exigera forcément une longue anesthésie et qui peut offrir des incidents désagréables en cours de route, je ne suis pas porté à compter sur une issue favorable. Trois raisons commandent la réserve : la cachexie, l'âge et la tuberculose initiale et réveillée après un long sommeil. Chez les jeunes sujets, jusqu'à 25 ou 30 ans, les observations d'Estlander-Létiévant, de Delorme et autres, peuvent donner des résultats satisfaisants; mais chez les sujets plus âgés, mais à 65 ans, les plus grands volets et les plus soignées décortications ne sont malheureusement pas souvent couronnés de succès désiré; je n'en connais même pas d'exemple. La suppuration persiste et tôt ou tard achève les malades par épuisement.

M. DURAND. — La radioscopie donnerait des résultats bien plus importants que la radiographie. Quant à ces plaques calcaires, je crois qu'il faut les enlever très largement, du moins quand c'est possible. C'est ainsi que j'ai vu guérir avec M. Pollosson un malade à qui nous avons extirpé une de ces plaques.

J'ai en ce moment même un cas d'empyème analogue; mais là j'ai dû arrêter ma dissection, car j'étais sur le péricarde et la malade présenta rapidement un état de shock qui ne me permit pas de disséquer la plèvre viscérale épaissie, je dus me borner à enlever la plèvre pariétale : celle-ci ne guérira pas, au contraire l'opération large de M. Pollosson put, si j'ai bonne mémoire, guérir le malade.

CHOLÉCYSTECTOMIE POUR CANCER DE LA VÉSICULE BILIAIRE.

M. PATEL. — L'observation de cholécystectomie totale pour cancer de la vésicule biliaire, que j'ai l'honneur de vous présenter, mérite d'être signalée à plusieurs points de vue, principalement celui du résultat éloigné, qui reste satisfaisant neuf mois après l'opération.

OBSERVATION.

RÉSUMÉ. — *Troubles digestifs antérieurs peu marqués datant d'un an. — Accès d'occlusion intestinale. — Cholécystectomie. — Cancer de la vésicule biliaire avec adhérence au côlon. — Bon état neuf mois après l'opération.*

M^{me} B..., âgée de 68 ans, entre le 23 avril 1905, salle Sainte-Catherine (hôpital de la Croix-Rousse), dans le service de M. Bérard, suppléé par M. Patel : elle est envoyée pour des symptômes d'occlusion intestinale, qui allaient en s'accroissant depuis deux jours et demi.

Les antécédents étaient peu chargés ; elle avait eu huit enfants, dont deux seulement sont actuellement vivants et bien portants ; les six autres sont morts, trois en bas âge, trois autres d'affections paraissant accidentelles.

Elle se plaint de ne plus aller aussi bien depuis près d'un an ; elle souffrait dans le ventre, vomissait quelquefois ; l'appétit était toutefois conservé ; il y avait un peu de constipation. La malade ne s'alitait pas complètement : elle se reposait seulement l'après-midi, quelques heures après le repas, alors que la douleur devenait plus vive.

Depuis deux jours et demi tous ces symptômes s'étaient aggravés : les douleurs se montraient très violentes dans l'abdomen ; les vomissements survenaient plus fréquents et plus abondants ; la malade dut s'aliter complètement. Elle fut envoyée à l'hôpital dès le matin du troisième jour par son médecin traitant, le Dr Truffet.

A son arrivée, on se trouve en présence d'une femme très amaigrie, les traits tirés, les yeux un peu excavés, avec un léger hoquet et des envies fréquentes de vomir ; il n'y a pas de dyspnée ; les réponses sont faciles à obtenir et précises.

L'abdomen est moyennement météorisé ; moins que la veille, dit le malade ; on voit se dessiner des anses grêles sous la paroi ; la respiration est facile, franchement abdominale. Il existe une hernie crurale droite, qui a, paraît-il, augmenté de volume depuis deux jours, et sur laquelle des compresses d'éther ont été placées. Au moment de l'examen, la hernie est facilement réductible, non douloureuse ; elle ne saurait être mise en cause.

La palpation de l'abdomen, que l'on peut assez aisément pratiquer, indique immédiatement une résistance dans l'hypochondre droit; en excitant on arrive à délimiter vaguement une tuméfaction qui semble tenir au foie, dont elle suit tous les mouvements; la malade accuse une certaine douleur. Elle n'avait jamais prêté grande attention à ce côté de l'abdomen, et elle ne peut renseigner sur le début de cette tumeur. Le reste de l'abdomen est souple. Le pouls est un peu rapide à 80, mais plein, tendu. Il n'y a pas de température.

Comme l'obstruction n'est pas complète et que les signes généraux ne menacent pas, on se contente de placer de la glace sur l'abdomen, de donner des lavements huileux et de faire des injections de sérum artificiel.

Le lendemain, les vomissements n'ont pas cessé; ils sont nettement bilieux; il y a eu des gaz, mais pas de matières. Le pouls est moins fort, pas plus rapide. L'examen permet de se rendre mieux compte des caractères de la tuméfaction; elle siège en dehors du bord externe du grand droit, à droite; elle se continue avec le foie; elle est mobile avec lui; elle est mate complètement. Elle paraît dure, tendue, régulière. L'estomac n'est pas dilaté; le cœcum est volumineux et clapote. On songe à un obstacle placé sur le côlon transverse et dû soit à une tumeur de l'intestin lui-même, soit plutôt à une tumeur de foie.

Une intervention est décidée pour le lendemain.

Intervention le 25 août 1905 (pratiquée avec l'aide de MM. Coste et Savy, internes du service).

La parotomie sur le bord externe du grand droit; après incision du péritoine, on voit apparaître immédiatement un bloc volumineux formé par le bord inférieur du foie et le fond de la vésicule distendue. Le côlon transverse est repéré facilement; il adhère à la face inférieure de la vésicule et se soude à ce niveau; il est dilaté au-delà, rétréci plus bas. Prudemment deux brides cicatricielles sont sectionnées, le décollement de l'intestin peut s'effectuer; ainsi libéré, on se rend compte qu'il est souple, sans aucun point suspect et que son calibre est tout à fait normal; aussi, il est refoulé dans l'abdomen et recouvert d'une compresse.

Il apparaît avec évidence qu'il faut incriminer la vésicule biliaire; celle-ci a doublé de volume; elle est dure; ses parois sont très épaisses. Il n'y a cependant aucun point suspect au voisinage, sur le foie ou le péritoine; pas d'adhérences anciennes ou récentes, pas de taches blanches; on essaie une opération radicale.

Le péritoine est incisé sur le bord inférieur du foie, sur une longueur correspondant au bord de la vésicule; le décollement sous-hépatique peut s'effectuer sans hémorragie jusqu'au cystique. Puis les feuilletts péritonéaux sont incisés de chaque côté des bords de la vésicule; celle-ci se trouve ainsi pédiculisée; une ligature est placée sur le cystique aussi près que possible du cholédoque.

La région opératoire est entièrement vérifiée; pas de point suspect;

pas de ganglion perçu au hile du foie; le cholédoque est entièrement libre. Le pylore est normal. Une mèche est laissée à la partie supérieure de la plaie.

Suites opératoires. — La malade eut un shock profond le jour de l'opération; le lendemain, l'état était bien meilleur. Il n'y eut à aucun moment de menaces de péritonite.

La mèche fut enlevée le deuxième jour, et dès le quatrième jour, la bile s'écoulait abondamment dans le pansement.

Trois mois après l'opération (décembre 1905), on m'écrivait : que la plaie était entièrement fermée (la fistule n'avait guère duré que dix jours après sa sortie). La malade avait fait des repas fréquents qui accélérèrent la fermeture de la fistule. Les troubles digestifs avaient complètement cessé; par contre les jambes étaient enflées, mais la malade avait repris son travail comme auparavant.

Tout récemment encore (2 juin 1906), elle disait qu'elle n'avait aucun trouble fonctionnel digestif (vomissement, constipation, pesanteur); les pieds ne sont plus enflés; elle a repris son embonpoint normal. L'abdomen est complètement souple; la matrice ne présente aucun point suspect; profondément, il n'existe pas trace de récidive.

Examen de la pièce. — La vésicule enlevée présente les dimensions d'une poire volumineuse; elle est fluctuante. A l'incision, il s'écoule un liquide grisâtre, sanieux, mêlé à des particules solides; quatre petits calculs sont libres dans la vésicule; un autre est placé plus profondément vers le cystique. Le cystique est perméable à la sonde cannelée. Les parois de la vésicule ont plus de 1 centimètre d'épaisseur en certains points; vers le fond, elles sont moins épaisses. Elles sont tapissées à l'intérieur de végétations molles, irrégulières, friables, visqueuses, rappelant certaines productions rencontrées à l'intérieur des kystes de l'ovaire.

L'examen histologique, dû à l'obligeance de M. Paviot, a montré l'existence d'un cancer, avec des zones de tissu myxoïde, du côté de la surface interne.

Rien de spécial n'est à signaler dans cette observation au point de vue étiologique; là, comme dans presque tous, sinon tous, les cas de cancer de la vésicule, des calculs sont mentionnés; c'est à leur présence sans doute, qu'il faut rattacher les troubles digestifs antérieurs, survenant principalement quelques heures après le repas.

Au point de vue clinique, les symptômes observés diffèrent un peu de ceux que l'on est habitué à voir décrits dans la plupart des auteurs. Avec Lancereaux et les classiques on reconnaît la forme hépatique et la forme biliaire du cancer de la vésicule, suivant que le développement des masses

néoplasiques s'effectue vers le foie ou vers les voies biliaires; l'ictère et la cachexie rapide constituent les symptômes les plus marquants. Sans vouloir multiplier les formes cliniques, on peut dire que le début des cancers vésiculaires doit être souvent latent, surtout si l'on se trouve en présence d'une forme longtemps extrinsèque, c'est-à-dire limitée à la vésicule biliaire ayant débuté vers le fond de l'organe et demeurant endogène. Les symptômes d'occlusion intestinale observés ici étaient dus à des adhérences anciennes, témoin d'une poussée de péricholécystite légère, ayant précédé le cancer de plusieurs années peut-être.

Le *diagnostic clinique*, en raison précisément de ces particularités symptomatiques, était assez difficile à établir d'une façon précise. La présence de la tuméfaction dans la région antérieure de l'hypochondre droit et sur le bord externe du grand droit permettait de la localiser sur le côlon, le foie ou la vésicule.

Une *tumeur de la moitié droite du côlon transverse* aurait donné lieu à de la diarrhée plutôt qu'à de la constipation et aurait eu surtout pour effet d'amener la chute de l'intestin dans la région ombilicale. Une *tumeur du foie* aurait été l'indication d'une tumeur primitive de l'estomac, dont il n'existait aucun signe. Par ces éliminations successives, on pouvait attribuer à la vésicule la cause de l'occlusion. Quant à se prononcer pour un cancer ou une ancienne cholécystite, la chose était difficile, car, pièces en mains, on se rend compte que seul l'examen histologique peut trancher la question.

Au point de vue du *traitement* du cancer de la vésicule, on a pratiqué des *cholécystostomies*, opérations purement palliatives et des opérations radicales, cholécystectomies avec ou sans résection du foie. Les cholécystectomies ont été des opérations de nécessité, faites en cas de suppuration ou de rétention biliaire; elles n'ont donné que des résultats temporaires. La cholécystectomie a été et est encore considérée par nombre de chirurgiens comme une opération très grave immédiatement, et suivie d'une survie en général de très courte durée. Terrier et Audray (*Chirurgie du foie et des voies biliaires*, 1901) indiquent une mortalité opératoire de 16 %, et signalent des survies qui sont en moyenne de quatre mois, au maximum sept mois. Il est vrai que dans cette statistique

sont confondues les cholécystectomies simples et les cholécystectomies avec résection hépatique, ces dernières étant assurément beaucoup plus graves.

Les observations rassemblées dans la thèse récente de Kuthon (*Diagnostic et traitement du cancer primitif des voies biliaires*. Th. de Lyon, 1905-1906) ne semblent guère améliorer ces résultats.

Cependant si l'on dissocie les éléments de cette statistique, si l'on envisage seulement les cas limités, et surtout si l'on tient compte des observations récentes, on voit les guérisons plus fréquentes et plus durables. C'est ainsi que Mayo Robson, dans son *Traité des maladies du foie*, rapporte six observations, dont deux survies très prolongées, l'une de trois ans, l'autre de cinq ans.

Je crois que lorsque le chirurgien se trouve en présence d'un cancer extrinsèque, qui reste encapsulé dans la vésicule, l'opération radicale doit donner d'excellents résultats; elle peut s'accomplir sans manœuvres compliquées et avec des chances d'être radicale. C'est encourager la laparotomie exploratrice dans les cas douteux, et la cholécystectomie en présence d'une vésicule augmentée de volume et suspecte.

M. VINCENT demande des explications sur le mécanisme de la cure alimentaire des fistules biliaires.

M. PATEL. — Cette méthode, indiquée par M. Jaboulay, consiste à alimenter les malades fréquemment et spécialement la nuit, de façon à obtenir l'écoulement de la bile dans l'intestin et de l'empêcher de s'accumuler dans la vésicule, comme cela se passe physiologiquement dans l'intervalle des repas.

Séance du 14 juin 1906.

Présidence de M. VINCENT.

M. GAYET, secrétaire, lit le procès-verbal de la séance précédente qui est adopté sans modification.

*
* *

APPENDICITE PELVIENNE A RECHUTES; APPENDIGECTOMIE
A CHAUD.

M. VIGNARD. — Je viens vous présenter un malade dont l'histoire vient à l'appui des idées qui ont été soutenues ici sur la nécessité d'enlever l'appendice dans les abcès toutes les fois que la chose est possible.

Il s'agit d'un enfant de 11 ans qui eut, en 1901, une première attaque, d'ailleurs légère.

La dernière survint en octobre 1905; elle débuta par des phénomènes péritonéaux d'emblée très impressionnants et par de la diarrhée.

L'enfant entra dans mon service à la charité le 4 octobre dans un état très grave.

Le ventre était ballonné, inexplorable, et on sentait par le rectum une grosse masse, évidemment un abcès, pointant dans cette région.

Il fut ouvert par la voie rectale, et aussi par la voie abdominale, et un drainage fut établi de haut en bas.

Le 14 octobre, alors que tout paraissait bien aller, la température remonta à 39°, le pouls à 120. Des vomissements

réapparurent, et tout pouvait faire croire à une péritonite déclarée.

La plaie fut de nouveau élargie, mais rien ne permit de conclure à une nouvelle poussée péritonéale.

Les accidents cédèrent à une assez forte dose d'huile de ricin.

Le 20 novembre, on enleva le drain rectal, et la cicatrisation se fit lentement, Au début de janvier, l'enfant quitta le service. J'eus de ses nouvelles le mois suivant, elles étaient excellentes.

L'enfant rentra dans le service le 14 avril de cette année, avec des symptômes analogues à ceux qui l'avaient amené pour la première fois,

Il présentait au voisinage du rectum un nouvel abcès qui s'ouvrit de lui-même par cette voie. En outre, il présentait au voisinage de l'ancienne cicatrice une deuxième collection purulente qui creva et se vida sur la table d'opération au moment même où on lavait le malade.

L'intervention consista à ouvrir de nouveau l'incision abdominale qui conduisit dans une grande poche qui descendait jusque dans le Douglas. Au fond de cette cavité se trouvait un gros calcul.

Décidé à lui enlever son calcul, j'agrandis l'ouverture, et en mettant le malade en position un peu inclinée, je parvins à extraire par la méthode sous-séreuse un appendice de 7 à 8 centimètres, portant à son extrémité une petite perforation.

Les suites opératoires furent simples, et à la date d'aujourd'hui l'enfant peut quitter le service.

Ce cas prouve que les récidives de l'appendicite sont à redouter, même lorsque une première crise a déterminé un très gros abcès et que celui-ci a été largement et longuement drainé.

Cela est dû à la persistance de l'appendice dont la destruction complète est rarissime.

Enfin, comme l'avait déjà indiqué ici, notre collègue Durand, le fait qu'une appendicite a une détermination surtout pelvienne, ne doit pas faire abandonner l'idée d'enlever l'appendice.

M. BÉRARD. — A l'appui de l'observation de M. Vignard, et comme complément des faits que j'avais rapportés ici, lors de la récente discus-

sion sur l'appendicectomie complémentaire des opérations d'appendicite avec abcès, je puis citer le cas suivant :

L'an dernier, j'avais opéré d'un phlegmon iliaque gangréneux, d'origine appendiculaire, avec péritonite enkystée, un jeune homme de 20 ans. Dans le pus se trouvait un calcul stercoral en noyau de cerise. A cause de la gravité du cas, je m'étais borné au drainage de l'abcès, sans chercher à enlever l'appendice. Pendant plus d'un mois le drainage fut maintenu : ce qui n'empêcha d'ailleurs pas la cicatrisation de la paroi de se faire sans la moindre éventration (incision oblique basse).

Mais après six mois de guérison apparente, de nouvelles coliques survinrent, tout à fait comparables aux premières poussées d'appendicite. Après trois crises analogues, l'opéré vint à nouveau à l'hôpital de la Croix-Rousse demander qu'on le débarrassât définitivement de ses troubles adominaux.

L'examen révélait dans la fosse iliaque droite une zone douloureuse à la pression, correspondant à un cordon assez net, à cheval, semblait-il, sur le détroit supérieur, mais non perceptible par le toucher rectal.

L'intervention permit d'extirper cet appendice, long, recourbé en arrière du cæcum, fixé près du promontoire par des adhérences anciennes. La lumière de l'appendice était libre sur toute sa longueur, mais on retrouvait nettement, environ à 1 centimètre de la pointe, une cicatrice étoilée au niveau de laquelle la muqueuse amincie et la séreuse étaient adossées : c'était la trace de l'ancienne perforation par laquelle le calcul avait pu passer dans le pus de l'abcès.

Dans ce cas le caractère gangréneux de la première collection était typique. Et pourtant, comme la perforation s'était faite près de la pointe de l'appendice, l'organe en avait été altéré au minimum. Il faut, comme on l'a dit, pour qu'un appendice soit sclérosé ou détruit par un abcès antérieur des conditions exceptionnelles de pus très très virulent, de sphacèle étendu sur un segment de l'appendice rapproché du cæcum, avec oblitération des vaisseaux appendiculaires. Et encore ne peut-on rien affirmer de certain au point de vue de la destruction ultérieure.

*
* *

CANCER DE LA JOUE; AUTOPLASTIE.

M. VALLAS. — La malade que je vous présente a subi une opération considérable et atypique qui fait l'intérêt de cette communication.

La lésion consistait en un cancer de la face interne de la joue ayant envahi le sillon gingivo-jugal et s'avancant sur la

commissure des lèvres. La peau de la joue était prise et il y avait des ganglions sous-maxillaires engorgés.

Pour être complète, l'intervention devait emporter les ganglions sous-maxillaires, la branche horizontale du maxillaire inférieur, la moitié inférieure de la joue avec la moitié de la lèvre inférieure et le tiers de la lèvre supérieure. C'est cette opération que j'ai pratiquée sur le malade, comme vous pouvez vous en assurer en examinant la pièce que je vous apporte et qui comprend, en un seul bloc, comme je le fais toujours, toutes les parties que je viens d'énumérer.

La véritable difficulté commença quand il fallut réparer les dégâts et recouvrir la vaste brèche que je venais de créer. J'arrivai cependant à refaire la commissure et à reconstituer un orifice buccal. Il est, comme vous le voyez, plus petit que la normale et dévié vers le côté sain; mais je sais que cette difformité s'effacera en grande partie dans la suite par le jeu des rétractions cicatricielles.

Pour combler la brèche jugale, je dus avoir recours à un lambeau cervical amené dans la plaie par un pivotement sur sa base. Ce lambeau, combiné avec quelques sutures forcées des angles, me permit de recouvrir complètement la perte de substance. Le résultat, très récent d'ailleurs, est suffisant, sans être absolument parfait au point de vue esthétique.

Je n'ai pas fait de prothèse dans ce cas. Je n'avais plus ni muqueuse ni peau pour recouvrir la pièce prothétique. Dans ces vastes mutilations, elle est, à mon avis, contre-indiquée. Ce qu'il faut obtenir d'abord, c'est la cicatrisation, c'est-à-dire l'adhésion de la peau aux plans profonds. Un corps étranger, placé en cet endroit, ne fait que s'opposer à ce travail et, s'il y était, on devrait l'enlever. C'est ce qu'on est amené à faire dans les vieux empyèmes où l'on résèque les côtes pour effacer la cavité pleurale qui suppure au-dessous.

M. MARTIN. — Chez le malade que vient de vous présenter M. Vallas, toute prothèse immédiate ou anté-opératoire était non seulement contre-indiquée, mais encore inapplicable. En effet, étant donnée l'énorme perte de substance des téguments nécessitée par l'ablation de la tumeur, il eût été impossible de recouvrir un appareil, et toute tentative de prothèse ne pouvait conduire qu'à un échec. Il fallait, en effet, dévier en dedans le fragment restant pour que l'occlusion de la plaie fût possible. C'est donc cette raison, et non le manque de muqueuse pour recouvrir

l'appareil, qui a dû faire renoncer à la prothèse. Je crois bien que lorsqu'on peut conserver assez de muqueuse pour couvrir la plaie, le résultat est meilleur et plus rapide; mais c'est là une condition qui est très rarement remplie lorsqu'on enlève un maxillaire. En fait, les appareils de prothèse immédiate sont toujours placés au milieu des tissus cruentés de la plaie, et cependant les résultats sont très bons.

D'ailleurs, je ne doute pas que chez ce malade, lorsque la cicatrice aura terminé son évolution et sera devenue plus molle et plus souple, il sera possible de ramener secondairement le fragment à sa position normale, et de restaurer l'esthétique au moyen des appareils lourds.

M. VALLAS. — Je me suis placé uniquement au point de vue de la prothèse immédiate; je crois qu'un tel appareil eût empêché la peau de se fermer; j'ai préféré obtenir la cicatrisation complète avant de chercher à remédier à la difformité.

*
**

SUR QUELQUES INDICATIONS DES LAVAGES DE L'ESTOMAC APRÈS LES INTERVENTIONS DE CHIRURGIE ABDOMINALE.

M. BÉRARD. — Il n'y a plus à démontrer l'efficacité des lavages de l'estomac contre les vomissements abondants qui surviennent, avec ou sans les signes caractéristiques de la péritonite, dans les suites immédiates de certaines interventions sur l'abdomen. Depuis que Kœberlé, en 1873, a préconisé cette pratique, elle est devenue courante; elle a donné surtout d'excellents résultats entre les mains de Terrier, de Reynier et de beaucoup d'autres chirurgiens dans ces cas de *dilatation aiguë postopératoire* de l'estomac qui se caractérisent par une distension énorme de l'organe et par des vomissements extrêmement copieux d'un liquide brun avec flocons noirâtres (1). Ce n'est pas le lieu ici de reprendre la discussion relative à la pathogénie de tels phénomènes; il semble bien que presque toujours il s'agisse d'une infection, assez superficielle il est vrai, de la grande séreuse péritonéale, plutôt que de paralysie réflexe de la musculature gastrique par irritation du plexus solaire ou du pneumogastrique.

(1) Voir la discussion à la Société de Chirurgie de Paris, novembre et décembre 1905.

Je veux simplement rapporter quelques cas personnels où ces lavages m'ont semblé particulièrement utiles.

Dans les deux premiers cas il s'agissait indiscutablement de *dilatation aiguë de l'estomac par péritonite*.

OBSERVATION I.

Un homme de 40 ans, opéré dans mon service de la Croix-Rousse par M. Molin, pour une appendicite avec péritonite diffuse, présente le deuxième jour après l'intervention, alors que la température était retombée à 38°,2-38°,5, et le pouls à 100-110, une distension douloureuse très prononcée de l'épigastre, avec de grands vomissements noirâtres entrecoupés de hoquets. En quelques heures, il rend plus de trois litres de ce liquide, où l'on recherche en vain, par les réactifs, le sang ou la bile.

Je fais un lavage de l'estomac, qui est assez mal toléré d'ailleurs par le malade; le pouls monte brusquement à 130-140; l'angoisse pendant l'introduction du tube extrême.

Malgré l'abondance des vomissements, je retire encore une grande quantité de liquide noirâtre; il faut faire passer plus de dix litres pour que l'eau revienne limpide.

Pendant une heure encore le pouls reste petit, mais l'opéré se déclare immédiatement soulagé: vomissements et hoquets cessent définitivement. La guérison s'est produite sans autre incident qu'une poussée tardive d'épiploïte autour du foyer appendiculaire ancien.

OBSERVATION II.

Très semblable au premier, ce cas est celui d'une jeune femme, opérée également d'urgence dans mon service par le chirurgien de garde M. Laroynne, pour une péritonite suppurée diffuse, sans doute d'origine appendiculaire. L'intervention, limitée à une laparotomie de drainage, avait eu les résultats les plus heureux; douze jours après, la malade pouvait être considérée comme hors de danger; l'alimentation avait été reprise prudemment.

A la suite d'une visite de ses parents, pendant laquelle elle avait absorbé des pâtisseries et des boissons apportées du dehors, cette femme présenta une nouvelle poussée de température à 38°,4, de la distension surtout marquée à la région épigastrique, du hoquet, puis, le lendemain matin, de grands vomissements brunâtres. Pensant à une indigestion, la sœur du service remet la malade à la diète et au repos avec des applications de glace sur l'épigastre. Pendant un jour et demi néan-

moins, les vomissements continuent toujours avec les mêmes caractères et avec un retentissement sur l'état général qui devient inquiétant ; le facies devient un peu asphyxique, les traits se tirent, le pouls est à 120. Cette fois encore, un seul lavage de l'estomac est pratiqué ; tout rentre dans l'ordre, les vomissements cessent aussitôt. La malade est actuellement guérie.

Dans le cas suivant, on ne peut pas affirmer, comme pour les deux premiers, que la distension de l'estomac était due à une parésie du muscle gastrique au contact d'un péritoine enflammé. Il semble bien ici que le *circulus vitiosus*, mécanique ou réflexe, doit être invoqué.

OBSERVATION III.

Il y a quelques jours, j'opérais à l'hôpital une femme de 35 ans qui présentait depuis un an des signes progressifs de sténose pylorique avec vomissements profus, et qui depuis dix mois avait maigri de 15 kilogs, malgré tous les régimes et tous les traitements médicaux auxquels on l'avait soumis.

La présence d'une poche clapotante à droite de l'ombilic, la persistance de ce clapotement après l'évacuation de l'estomac à la sonde, avait fait songer à un estomac biloculaire. Laparotomie sus-ombilicale médiane : l'estomac apparaît sain, sans adhérences ni cicatrices ; mais il est très prolabé, ainsi que tous les organes : foie, côlon, reins. Le duodénum est lui-même abaissé, au point qu'on le dirait pourvu d'un méso dans sa seconde portion. La première et la seconde portion sont extrêmement dilatées ; et malgré le lavage soigneux de l'estomac avant l'opération, elles contiennent encore une quantité notable de liquide, qu'on peut difficilement faire refluer dans l'estomac, mais qui ne semble pas non plus pouvoir franchir un obstacle situé à l'incision de la deuxième et de la troisième portion. A ce niveau pourtant, on ne sent pas de cicatrice ou d'induration : est-ce une sténose organique, ou à cause de la ptose générale faut-il admettre une coudure sur les vaisseaux mésentériques ?

En toute hypothèse, une gastro-entéro-anastomose semble indiquée ; elle est pratiquée à la suture, sur le jéjunum, transmésocolique postérieure.

Les suites immédiates sont extrêmement simples ; et pourtant, le deuxième jour, avec un pouls à 80 et une température à 37°,3, la malade commence à régurgiter un peu de liquide foncé, puis elle a des vomissements très abondants, et pour ainsi dire incessants, de liquide noirâtre, où l'on ne retrouve ni sang ni bile.

La percussion de l'épigastre décèle une distension énorme de l'estomac qui refoule le diaphragme à gauche sous le mamelon. En outre l'anse duodénale, elle-même distendue, clapote et se dessine sous la paroi. Dans la soirée, les vomissements deviennent franchement bilieux; après chacun d'eux l'anse duodénale s'affaisse, comme si son contenu venait de passer dans l'estomac. Le lendemain matin, même situation, toujours avec un pouls de 76 à 80 et une température inférieure à 37°,5. Le ventre est plat, souple; tous les mouvements de la paroi et du diaphragme s'effectuent facilement, mais l'estomac, le duodénum clapotent, de même qu'une anse située au-dessus de l'ombilic, à gauche, et qui doit être la première portion du jéjunum, en amont de l'anastomose. La malade est si émaciée que tous ces détails se lisent, pour ainsi dire à travers la paroi.

L'idée me vint de faire une jéjuno-jéjunostomie complémentaire pour combattre ce *circulus vitiosus*, favorisé par le retour de la bile du duodénum dans l'estomac. Toutefois je voulus au préalable essayer le lavage de l'estomac; aussitôt après un des grands vomissements, la sonde est introduite; elle ramène encore du liquide bilieux; avec l'eau du lavage ressort plus d'un litre de ce liquide. Le pouls monte à 110. La malade se déclare anéantie à la fin du lavage, qui a été cependant très prudent; mais tous ses malaises cessent comme par enchantement. Une heure après le pouls est revenu à 80; le thermomètre ne s'est pas élevé au-dessus de 37,6. Tous les vomissements, le hoquet, sont supprimés. Vingt-quatre heures plus tard pourtant, un vomissement bilieux est encore rendu, bien que le ventre soit souple, mobile, aplati; l'anse jugénale et l'estomac clapotent. Un second lavage de l'estomac fait tout rentrer dans l'ordre. Depuis la malade n'a plus eu qu'une régurgitation bilieuse. L'alimentation a été reprise sans incidents. La guérison peut être considérée comme certaine.

Dans ce troisième cas, le lavage de l'estomac avait été fait deux jours après une gastro-entéroanastomose. Dans le quatrième cas, nous n'avons pas craint de la pratiquer également 48 heures après l'opération, qui avait consisté dans une pylorotomie. On aurait pu craindre de soumettre à cette épreuve des sutures gastriques encore récentes; mais si ces sutures ont été bien faites, le lavage prudent, sans grande pression, ne doit pas avoir plus d'inconvénient que l'introduction des liquides alimentaires, que beaucoup de chirurgiens préconisent dès le lendemain de l'intervention.

Ici, l'indication du lavage a été un peu spéciale. Il ne s'agissait plus de vomissements, soit par distension gastrique réflexe, soit par péritonite diffuse, mais bien d'accidents pul-

monaires au début, qui nous semblaient commandés par le séjour dans l'estomac de particules organiques en décomposition.

OBEEVATION IV.

Le malade que je vous présente, et qui est âgé de 65 ans, a été opéré, il y a un mois de pylorectomie pour un néoplasme sténosant de la région prépylorique (présentation de la pièce). L'opération que j'avais faite avec l'assistance de M. Thévenot, n'avait donné lieu à aucun incident ; suture à deux plans des tranches gastrique et duodénale, suture profonde en surjet au catgut, suture superficielle séro-séreuse à la soie, en points séparés. Anastomose au bouton gastro-jéjunale, transmésocolique. Durée de l'intervention : une heure et demie.

Malgré un lavage soigneux de l'estomac fait une heure avant l'opération, et bien que pendant ou après l'anesthésie ne se soit produit aucun vomissement capable de favoriser une Schluckpneumonie, dès le lendemain, le malade qui a conservé un ventre souple, indolore et qui a dégluti sans inconvénient un peu de liquide, présente une température de 39°, avec de la dyspnée, et de temps à autre des renvois horriblement fétides. Comme la tumeur extirpée était très végétante, et que nous avions déjà constaté après d'autres pylorectomies le séjour dans la poche gastrique suturée, des débris néoplasiques sphacelés qui y étaient tombés au cours des manipulations de la résection, nous attribuâmes les accidents infectieux de notre opéré à la résorption possible, au niveau de la ligne de suture gastrique de ces produits putréfiés.

Nous décidâmes donc de laver prudemment l'estomac, ce qui fut fait par M. Thévenot 48 heures après l'opération : l'eau de lavage ramena de nombreux détritits infects, d'une odeur extrêmement nauséabonde, avec un ou deux caillots peu volumineux, également très odorants.

Ce lavage fut assez bien supporté ; aussitôt après, le malade se déclara soulagé. Sa dyspnée diminua assez rapidement ; les râles muqueux diffus qui encombraient la base des deux poumons se raréfièrent assez vite. Au bout de 24 heures la température restant à 38,5, un second lavage fut fait. Dès lors, la défervescence s'acheva rapidement : l'alimentation fut reprise sans incident, sans aucun trouble de canalisation à partir du quatrième jour. La convalescence s'effectua dans les délais normaux.

Nous nous demandons, à propos de ce dernier cas, si quelques-unes des broncho-pneumonies, qui constituent une des complications les plus graves après les opérations sur l'estomac, ne seraient pas d'origine circulatoire, et ne proviendraient pas de la résorption, au niveau des sutures, soit de

produits putrides laissés dans l'estomac avant l'opération, soit de débris sphacelés tombés dans sa cavité pendant les manipulations auxquelles l'organe et sa tumeur sont soumis.

Quant aux trois premières observations, elles viennent à l'appui d'une opinion plus classique. Les bienfaits des lavages dans la dilatation aiguë post-opératoire n'étaient plus à démontrer. Nous pensons toutefois que ces lavages ne sont réellement efficaces et ne présentent pas d'inconvénient sérieux, qu'à condition de n'être pas répétés plus de deux ou trois fois. En effet, chez des sujets déjà en état de shock, le lavage détermine des réactions très vives du côté des organes nerveux, abdominaux, et du côté du système circulatoire. Ces réactions se traduisent par une accélération et par une diminution considérable de la tension du pouls; on a même signalé des syncopes après des lavages répétés à de trop courts intervalles.

C'est donc quand la dilatation aiguë de l'estomac avec ses copieux vomissements noirâtres prime tous les autres symptômes que le lavage de l'estomac est particulièrement indiqué. Quand il s'agit de péritonites diffuses graves avec un ballonnement généralisé de l'abdomen, avec un pouls rapide et filant trahissant un cœur défaillant, les lavages, pour être efficaces, doivent être renouvelés plusieurs fois, ce qui ne va pas sans un danger réel. Même en s'aidant des injections de sérum, ce que nous n'avons jamais manqué de faire, une syncope définitive est toujours à redouter; c'est pour ces formes plus sévères que l'on peut discuter et tenter la gastrotomie avec sonde à demeure, telle que la préconise M. Jaboulay, pour supprimer les vomissements, le shock qui en résulte et la compression des viscères thoraciques par l'estomac très ballonné.

M. GOULLIQUET. — M. Bérard a proposé les lavages d'estomac pour deux ordres de complications post-opératoires à la suite de la pylorotomie ou de la gastro-entéro-anastomose, d'une part pour la pneumonie post-opératoire, d'autre part pour les accidents de dilatation aiguë de l'estomac.

Je ne doute point de leur efficacité dans ce dernier cas. J'y ai eu recours avec avantage dans un cas où l'estomac était extrêmement distendu par de la bile après une gastro-entéro-anastomose de von Hacker pour cancer du pylore. Dans ce cas cette distension était due à un cir-

culus vitiosus. Ayant fait hâtivement ce diagnostic, je fis une sorte de Roux secondaire, qui dérivait l'anse duodéno-jéjunale dans le jéjunum. Cependant la distension de l'estomac par le liquide biliaire n'avait pas cessé après cette opération secondaire. Malgré l'état très grave du malade, qui rendait inquiétant le simple cathétérisme œsophagien, je fis un lavage d'estomac qui en vidant le viscère distendu, permit le rétablissement de la circulation normale gastro-intestinale et sauva manifestement le malade.

L'efficacité du lavage de l'estomac dans la pneumonie post-opératoire, dans les conditions spécifiées par M. Bérard, serait très souhaitable. Cette complication est si grave et si peu influencée par les traitements dont nous disposons.

Nous l'avons déjà souvent observée : les cas nous paraissent après les opérations abdominales, se départir en deux groupes bien distincts :

Les pneumonies après hystérectomies affectent plus souvent le type de pneumonie plus ou moins lobaire ; on décèle le pneumocoque dans les crachats ; les malades guérissent.

Nous venons d'observer un cas curieux chez une jeune femme avec guérison par vomique au vingtième jour après une hystérectomie abdominale.

Dans les opérations pour cancer des voies digestives, c'est la broncho-pneumonie, avec streptocoques dans les crachats et guérison bien rare.

Un cas que nous venons d'observer nous a fait penser que souvent des lésions hypostatiques des bases, antérieures à l'opération et en rapport avec la cachexie des malades, indépendamment d'autres facteurs, devaient faciliter l'éclosion des accidents après l'opération. Ce cas concernait une femme âgée atteinte d'un cancer ovarien. Quelques râles aux bases nous firent différer l'opération quelque temps ; celle-ci fut prolongée par des adhérences intimes avec la vessie, l'uretère, le rectum. Il y eut des alertes dès le début de l'anesthésie, de la tendance à la cyanose ; bref la femme succomba quelques minutes après l'opération. A l'autopsie, nous trouvâmes des lésions plus importantes que nous n'aurions cru aux deux bases, des vrais foyers de broncho-pneumonie avec pus dans les bronches. Cette femme était sans doute vouée à la broncho-pneumonie opératoire grave.

Mais la plaie stomacale peut être aussi une porte d'entrée à l'infection, et le traitement proposé par M. Bérard trouverait son indication contre cette source d'infection.

M. VALLAS proteste contre la règle posée par M. Bérard de faire toujours le lavage de l'estomac avant la gastro-entéro-anastomose. Le shock produit par ce lavage est très dangereux et complique inutilement l'opération.

Séance du 21 juin 1906.

Présidence de M. VINCENT.

M. GAYET, secrétaire, lit le procès-verbal de la séance précédente qui est adopté sur rectification.

*
* *

A propos du procès-verbal :

M. BÉRARD rapporte une observation de vomissements post-opératoires traités par le lavage de l'estomac. Il s'agissait d'un circulus vitiosus après une gastro entéro anastomose.

M. DURAND rapporte une observation analogue; mais il s'agissait d'une castration pour ostéomalacie, qui, à la suite de l'opération, eut des vomissements nerveux.

Cette malade, réopérée pour éventration, présenta les mêmes accidents guéris de même par le lavage.

*
* *

ULCÈRE DU DUODÉNUM; PÉRITONITE PAR PERFORATION;
GASTROSTOMIE ÉVACUATRICE.

M. GAYET. — Dans la précédente séance, M. Bérard vous a parlé des heureux effets qu'on obtient du lavage de l'estomac dans trois ordres d'accidents : les régurgitations bilieuses après les interventions sur l'estomac, les complications pulmonaires septiques après ces mêmes interventions, et enfin les péritonites post-opératoires.

A ce propos, je voudrais vous signaler un autre mode de traitement que M. Jaboulay a récemment préconisé contre la péritonite généralisée et que j'ai eu tout récemment l'occasion d'appliquer.

Voici d'abord l'observation que j'ai recueillie et que je vous rapporte très résumée, car les détails en seront rapportés dans une thèse prochaine, celle de M. Poissonnier, interne des hôpitaux :

Le 20 mai 1906, je suis appelé à la Croix-Rousse pour un malade qui venait d'y être admis dans un état alarmant : pâleur, refroidissement des extrémités, pouls filant à 96, vomissements fréquents, etc. L'abdomen est à peine saillant, un peu de voussure épigastrique, ventre en bois. Bref, nul doute sur une péritonite par perforation, mais impossible de préciser l'origine. Je fis une laparotomie médiane, j'évacue des gaz sans odeur, puis un liquide visqueux, louche; j'explore rapidement l'appendice qui est sain, puis les anses distendues, je ne trouve rien et dois me borner à placer un Mikulicz médian et deux drains dans les fosses iliaques.

Le 22 mai, la péritonite suit son cours en s'aggravant, les vomissements deviennent incessants. Je me décide alors à pratiquer la gastrotomie. Anesthésie locale, incision oblique parallèle au bord costal, fixation sous-séreuse de l'estomac à la paroi; introduction d'un tube dans l'estomac.

Le 23, le tube a mal fonctionné et je le remplace par un tube plus gros; à partir de ce moment jusqu'à la fin il n'y eut plus un seul vomissement, le malade se sent bien, le pouls diminue un peu de fréquence et devient plus fort. Mais le quatrième jour l'adynamie augmente, le malade se refroidit et meurt le 26 mai.

Il est fâcheux pour cette méthode nouvelle de traitement que je n'aie qu'un insuccès à vous rapporter; mais je me hâte d'ajouter que sur 5 gastrotomies évacuatrices pratiquées contre la péritonite généralisée, il y a déjà 2 cas de guérison, ce qui donne une assez forte proportion, relativement à la gravité de l'affection.

L'autopsie de notre opéré nous a permis de constater un ulcère de la première partie du duodénum, et vous pouvez le constater sur la pièce que je vous présente. Cet ulcère méconnu a continué à déverser les produits intestinaux septiques dans la séreuse; dans ces conditions, le malade ne pouvait pas guérir, et l'on ne saurait sans injustice en rejeter le blâme sur l'opération de la gastrotomie.

Mais ce que j'ai constaté dans mon cas, comme dans les deux autres gastrostomies pour péritonite dont j'ai été le témoin, c'est que l'évacuation régulière de l'estomac par la bouche gastrique transforme absolument la physionomie de ces malades. Au lieu du ventre ballonné, distendu, on a un ventre absolument plat; au lieu des hoquets et des mouvements incessants et douloureux qui accompagnent chaque vomissement, on a le calme le plus complet; au lieu de la respiration gênée, du cœur comprimé par l'élévation du diaphragme refoulé, on a un libre jeu de ces organes; et nul doute que si l'élément intoxication n'est pas exagéré, on ne donne ainsi aux malades des chances de pouvoir soutenir la lutte jusqu'à élimination des poisons.

On m'opposera peut-être le schok d'une intervention nouvelle; à cela je répondrai que cet argument vaut plus contre les lavages d'estomac répétés que contre la gastrostomie; car celle-ci, exécutée en quelques minutes par l'anesthésie locale, éprouve beaucoup moins les forces du malade que l'introduction si déprimante du tube de Faucher.

Bref, je suis tout résolu à renouveler cette tentative en présence d'un cas analogue, et je crois que, si la cause déterminante de la péritonite, la perforation, est traitée à temps, l'évacuation continue des liquides et des gaz gastriques par la bouche artificielle jouera un rôle adjuvant des plus utiles pour aider le malade à triompher de son affection.

*
**

PÉRITONITE GÉNÉRALISÉE CHEZ UNE FEMME ENCEINTE
DE SEPT MOIS; — LAPAROTOMIE - DRAINAGE ET ANUS
CONTRE NATURE; GUÉRISON.

M. TIXIER. — Voici une malade, dont l'histoire peut compléter la discussion qui vient d'avoir lieu, au sujet du traitement de la péritonite, par la gastrostomie. Chez elle, j'ai pratiqué en pleine péritonite une laparotomie-drainage avec établissement d'un anus contre nature; elle a guéri.

Son histoire clinique est digne d'intérêt autant que les considérations thérapeutiques qui découlent du traitement suivi. Cette femme jeune,

âgée de 37 ans, est amenée dans mon service à l'Hôtel-Dieu, pour une hernie crurale étranglée à gauche. Elle était enceinte de sept mois : c'est donc une rareté, car, durant la grossesse, les hernies s'étranglent exceptionnellement. Elle est opérée d'urgence le 12 mai, par un chirurgien de garde. L'opération fut simple, très rapidement conduite. L'intestin était sain et fut réintégré. Aucun drainage.

Le lendemain et les jours suivants il y eut de la température, du météorisme. Quelques nausées. Brusquement l'état va en empirant : le pouls se précipite, la température monte à 39°. Le 19 mars, la péritonite est nettement généralisée, l'état désespéré. Je me décide à traiter par une large intervention cette péritonite post-opératoire. Large incision de hernio-laparotomie. Il y a du pus dans le tissu cellulaire du triangle de Scarpa. Le ventre ouvert, un flot de pus s'échappe de toutes parts : des anses intestinales dilatées, rouges, couvertes de fausses membranes font hernie. Rapidement j'introduis d'énormes drains dans le ventre : en dedans je suis gêné par l'utérus gravide qui limite mes investigations. J'hésite à inciser du côté opposé, puis, constatant combien sont distendues les anses herniées, je saisis le côlon descendant et vite établis un anus contre nature.

Comme d'habitude, il s'échappe simplement quelques gaz et un peu de matières fécales.

Du sérum artificiel est injecté abondamment. Dans la soirée, la malade accouche d'un enfant qui vit quelques heures. Une hémorragie abondante de la délivrance se produit. La malade semble perdue. Vomissements.

Dans la nuit, une débâcle énorme se produit par l'anus artificiel, le ventre s'affaisse, le pouls devient meilleur. Les vomissements cessent.

Deux jours après, la malade pouvait être considérée comme sauvée. Une suppuration abondante et prolongée obligea cependant à maintenir longtemps le drainage abdominal. Puis, quand la suppuration fut tarie, je fermai l'anus contre nature par une entérorrhaphie latérale intrapéritonéale. L'intestin fonctionna rapidement : la malade était complètement guérie.

A signaler la nécessité dans laquelle je me suis trouvé de réséquer le tiers externe de la trompe gauche qui était venue faire hernie au milieu des bourgeons exubérants entourant les drains.

Voici un cas curieux à différents points de vue : d'abord l'existence d'une hernie étranglée chez une femme enceinte de sept mois, puis la guérison d'une péritonite cliniquement généralisée par le drainage et l'anus contre nature, enfin l'apparition d'une péritonite généralisée après une simple kélotomie. Pour l'expliquer, M. Thévenot a bien voulu faire une enquête minutieuse. C'est lui qui avait opéré la malade, et très loyale-

ment il tient à vous exposer lui-même les causes de cette infection ; je lui laisse la parole.

M. THÉVENOT. — Ainsi que vous le disait M. Tixier, les conditions dans lesquelles s'est faite l'infection de cette malade méritent d'être mises en vedette, car elles ont dans la question de la désinfection des mains, la valeur d'un véritable fait expérimental.

Le 6 mars, j'étais appelé à opérer d'urgence dans le service de M. le Prof. Poncet, un jeune homme atteint d'une ostéomyélite bipolaire de l'humérus droit à forme très grave. J'ouvrais deux abcès aux deux extrémités de la diaphyse, je trépanais l'os à ses deux extrémités sur une longueur de 6 à 7 centimètres, et je drainais largement le canal médullaire rempli de pus. Le lendemain apparaissait un abcès vers la partie supérieure de l'humérus gauche ; j'incisais immédiatement la collection et trépanais l'os à ce niveau. Malgré des interventions larges, le malade mourait dans la soirée.

Des accidents aussi virulents me firent prendre dans le service de M. Poncet des précautions particulières. Tous les linges qui touchèrent le malade furent brûlés, et après chacune des interventions, le 6 et le 7, nous fîmes un savonnage prolongé des mains, un lavage à l'alcool, au sublimé et un bain de quelques minutes dans une solution forte d'eau oxygénée.

Cette désinfection post-opératoire, que je comparais à celle qui précède une intervention aseptique, devait avoir pour but de nous mettre nous-même, ainsi que les malades que nous pourrions opérer, à l'abri de toute complication septique :

Ces soins ne furent cependant pas suffisants.

Le 12 mars, j'opère la malade de M. Tixier, opération très simple et très rapide ; cinq jours après, cette femme avait une péritonite suppurée dont elle guérit heureusement, grâce à l'intervention brillante dont M. Tixier vous a entretenus.

Le 14 mars, j'interviens salle Saint-Joseph, pour une hernie étranglée, opération également simple et rapide ; cinq jours après, le malade avait un érysipèle dont il guérit également. Moi-même, deux jours plus tard, présentais un panaris anthracôïde du médius gauche qui débuta bruyamment avec un gros œdème de la main, de la lymphangite, un peu de réaction ganglionnaire ; ces accidents rétrocédèrent d'ailleurs assez vite.

Ainsi donc, toutes mes précautions ne m'avaient pas mis à l'abri d'accidents infectieux à évolution lente, avec une période d'incubation prolongée au cours de laquelle deux malades furent également infectés.

Ces faits très nets, que j'ai pu suivre de très près, montrent combien il est difficile de se débarrasser d'agents infectieux virulents. La désinfection des mains, ainsi que le montre toute une série d'expériences est

fonction de la durée du lavage, et non de la qualité des antiseptiques employés. Mais si le germe infectieux a pénétré profondément dans la gaine des poils, le lavage, mécaniquement, ne peut l'en chasser.

Il nous semble que ce fait montre d'une façon péremptoire la nécessité des gants en caoutchouc pour se mettre d'une façon certaine à l'abri des agents infectieux au cours des opérations septiques, et c'est à ce point de vue que nous avons tenu nous-même à vous rapporter notre observation personnelle.

*
* *

DEUX NOUVEAUX CAS D'ÉVIDEMENT DE LA LOGE PAROTIDIENNE POUR CANCER DE LA PAROTIDE (RÉSECTION CONDYLO-MARGINALE POSTÉRIEURE DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR).

M. BÉRARD présente deux malades chez lesquels il a pratiqué, le 23 avril et le 6 mai, l'évidement de la loge parotidienne avec résection condylo-marginale postérieure du maxillaire, suivant son procédé pour des cancers étendus de la parotide.

Le premier de ces sujets, âgé de 68 ans, avait depuis huit mois une tumeur parotidienne ulcérée dans la région préauriculaire, avec envahissement des téguments de la joue et du tragus. Depuis trois mois la paralysie faciale était complète, et la mastication, ainsi que la déglutition devenaient de plus en plus difficiles. Il y avait des douleurs vives dans la moitié correspondante du crâne et de ce fait une absence absolue de sommeil. L'opération fut conduite suivant le procédé exposé à la Société de chirurgie le 11 janvier dernier. A signaler seulement une difficulté spéciale de la ligature préventive de la carotide externe, à cause d'un goitre assez volumineux qui remontait jusqu'au pôle inférieur de la tumeur. A cause du très large sacrifice des parties molles qui fut imposé, la plaie cutanée ne put pas être complètement réunie : aujourd'hui cette plaie se comble rapidement. On n'aura sans doute pas d'autoplastie complémentaire à effectuer. Une des raisons pour lesquelles je n'ai pas essayé d'obtenir une réunion par première intention, était l'énorme extension de la tumeur qui pouvait faire craindre une rapide repullulation ; en réalité, aucune trace de récurrence n'a été notée.

Chez le deuxième malade, encore un homme, âgé de 39 ans, la tumeur, datant de 5 mois, avait envahi moins largement les téguments, mais elle s'était infiltrée beaucoup plus loin. Il fallut compléter l'évidement de la loge parotidienne par la résection de l'arcade zygomatique du conduit auditif externe osseux et par l'ablation de la moitié inférieure du muscle temporal dans lequel se prolongeait la tumeur.

Détail particulier, l'anesthésie, commencée à la scopolamine-morphine, put être entretenue complète pendant une heure avec moins de 40 centimètres cubes du mélange de Billroth.

La cicatrisation de ce dernier opéré est à peu près terminée.

Sans vouloir parler de résultats définitifs, il est intéressant de noter chez ces deux derniers opérés comme chez le premier qui fut présenté au mois de janvier à la Société, que l'intervention quoique très large, a toujours eu des suites immédiates très simples.

La déformation de la face est peu considérable, malgré le retrait en arrière du maxillaire inférieur après la résection de la branche montante et du condyle.

Quant à la mastication, elle n'est guère gênée que pendant deux ou trois semaines; la cicatrisation des téguments ramenant un peu en avant l'angle de la mâchoire et rétablissant à peu près l'articulation des deux arcades dentaires.

*
**

PARASITES CUTANÉS.

M. ECOT. — 1° J'ai l'honneur de présenter à la Société, au nom du médecin aide-major Policard, mon collègue et ami, et au mien, un de nos camarades du 2^e de dragons, M. D..., qui nous paraît être atteint d'une affection rare en nos pays, la dracunculose, affection parasitaire cutanée, dont le diagnostic serait impossible sans les commémoratifs.

M. le lieutenant D..., fils d'un médecin distingué de La Machine, près Decize, est, comme vous pouvez en juger, d'une constitution excellente et d'un état général apparent parfait. Ses antécédents sont nuls, à part

une rougeole dans l'enfance et une typhoïdette en 1893. Il est sous les drapeaux depuis quatorze ans, et il en a passé deux au Sénégal (1899-1900) et au Soudan (1900-1901). Il séjourna au Soudan à Marcina et dans la boucle du Niger ; la région de Macina est particulièrement riche en filariose. En Afrique, M. D..., n'a souffert que d'accidents paludéens légers. Il prenait la précaution de filtrer son eau de boisson ; cependant à plusieurs reprises, il se vit dans la nécessité de boire directement de l'eau du Niger ou de mares croupissantes. M. D... revint en France en mars 1901 et s'y porta bien.

Au milieu du mois de mai dernier, vers le 15 ou le 16, M. D... remarqua un peu au-dessous et en dedans du mamelon droit, une petite grosseur analogue à un furoncle au début et douloureuse, ou au moins sensible comme un petit furoncle. De ce point naissait rapidement une sorte de cordon perceptible sous la peau qui se dirigea vers la ligne médiane du corps.

Au moment du premier examen du docteur Policard, ce cordon mesurait environ 4 centimètres ; il était oblique de haut en bas, de dehors en dedans, ne faisait pas saillie, et déprimait en creux la peau rétractée vers la ligne médiane du corps.

A la suite d'une absence de M. D... d'une dizaine de jours, le cordon mesurait une dizaine de centimètres et occupait verticalement, par sa portion inférieure, la région sterno-pubienne droite avec les caractères présentés au début. Le cordon s'accrut pendant vingt-cinq jours environ, jusque vers le 10 juin. Sa progression s'était accompagnée d'une sensation de démangeaison au niveau du point inférieur extrême, et vers le 10 juin présentait en bas comme une tendance à la bifidité.

Je vis M. D... avec M. Policard pour la première fois le 18 juin, et je pus noter, comme vous pouvez le faire : tout d'abord l'absence de signe physique à l'inspection de la région à jour frisant ; l'intégrité de la peau et sa coloration normale ; l'absence de circulation veineuse collatérale apparente ; l'apparition, entendant la peau de bas en haut, d'une sorte de sillon déprimé, surtout par places, occupant les régions costale droite, au-dessus et en dedans du mamelon et sterno-pubienne droite jusqu'au niveau de l'ombilic à peu près. Une photographie exacte représente bien la disposition indiquée. A la palpation, je sentis à mon tour une sorte de cordonnet roulant sous les doigts, plus net en haut et à la partie moyenne qu'en bas. État général excellent, absence de fièvre et de symptômes autres quelconques.

En présence des commémoratifs, de l'évolution rapide de cette affection sous-cutanée, malgré l'absence de « veine » apparente, malgré la longue période latente depuis le retour en France et la situation rare au tronc, je posai le diagnostic de dracunculose.

Je sus que M. Nicolas, professeur agrégé, et Favre, chef de clinique dermatologique, avaient établi ce diagnostic dès le début et qu'ils avaient suivi la progression rapide de l'affection. M. le Prof. Arloing partageait la même opinion. Nos savants confrères estimaient comme moi qu'il fallait tenter une extirpation aseptique du mal.

Le diagnostic de dracunculose thoraco-abdominale une fois admis le cas devenait intéressant à plus d'un titre : de part sa localisation, de par la longueur de la période latente avant l'apparition des signes physiques, de par l'état aseptique de la région.

Le ver de Médine ou Dragonneau, parasite de l'appareil tégumentaire, est en effet un nématode cylindrique susceptible d'atteindre une longueur de 0,50 à 2 mètres sur 1 millimètre de diamètre; sa larve habite le corps d'un petit crustacé, le cyclope de certaines eaux. Le ver se présente le plus souvent à la partie antérieure du cou-de-pied, puis, par ordre de fréquence aux membres supérieurs, au tronc, à la tête, et au cou. On admet une sorte d'incubation de quelques semaines à trois ans au maximum (Kæmpfer). M. D... a quitté le Soudan depuis 5 ans et 3 mois. Enfin la varice ou veine de Médine du début ne tarde pas à s'accompagner d'abcédation; on a vu des cas phlegmoneux mortels. Le plus souvent une fistule s'installe et permet l'extraction lente du ver (quelques heures à six semaines) par enroulement autour d'une baguette. Le cas de M. D... est tout à fait remarquable en raison de l'état non septique, de la longue période d'attente et de la situation au tronc.

Les auteurs estiment qu'à la période non enflammée, le diagnostic est uniquement à faire entre une varice, un lipome, une tumeur quelconque, et au moment des accidents septiques entre un furoncle, un abcès et un phlegmon.

Le traitement par extraction et enroulement est inapplicable avant l'abcédation et la fistulisation. Il est lent et peut-être dangereux de par les complications suppuratives possibles. Il ne faut laisser ni germe ni ver. L'extirpation pure et simple quand la peau est intacte est rationnelle et à conseiller, à la condition de n'ouvrir ni la cavité ni le ver contenu. La femelle, dont la présence a été seule constatée, contient en effet plusieurs milliers de germes vivants.

Je propose donc à M. D... d'enlever la zone atteinte comme une tumeur, et je vous serais obligé de vouloir bien me dire si vous approuvez et le diagnostic et le traitement.

2° Permettez-moi, Messieurs, de vous présenter un malade de mon service de Desgenettes qui offre un exemple type d'actinomyose cutanée de forme inflammatoire aiguë, forme assez rarement pure pour être mise en relief à l'occasion. Devant vous, qui êtes si habitués à voir des exemples de ce parasitisme d'origine végétale, je me contenterai de résumer l'histoire clinique de mon malade.

L'homme que je vous présente, et qui va partir en convalescence demain, est d'une bonne santé habituelle, tout en ayant été débile dans l'enfance. Il exerçait la profession de plâtrier avant son incorporation.

Vers le 15 février, il s'aperçut que sa joue gauche enflait. Il se présenta seulement à la visite du 6 mars et fut hospitalisé pour sinusite maxillaire gauche. Examiné aussitôt dans ce sens par un de mes collègues et moi, il fut considéré plutôt comme un érysipélateux atypique et envoyé aux Contagieux. La rougeur des régions malaire, palpébrale inférieure et jugale gauches, disparut progressivement, de même que le bourrelet ressenti particulièrement à la joue, et l'excès du malade fut signé le 25 mars. La guérison était complète en apparence.

Le 27 mai, une tuméfaction semblable de la joue gauche faisait de nouveau traiter le malade à l'infirmerie, puis à l'hôpital pour abcès dentaire (1^{er} juin). La paupière inférieure gauche était prise plus nettement, et particulièrement la région malaire qui était le siège d'un abcès manifestement fluctuant et très douloureux avec peau intacte.

J'incisai cet abcès le 2 juin. Le pus parut franchement phlegmoneux, consistant, et la cavité de l'abcès fut bourrée à la gaze.

Examiné systématiquement il présenta les caractères indiscutables de pus actinomycosique avec mycéliums caractéristiques et grains jaunes.

La collection n'avait pas été ponctionnée avant l'incision et l'idée d'infection surajoutée était à rejeter. La dureté spéciale du bourrelet jugal aurait dû faire penser au diagnostic, de même que certaines caries dentaires des molaires supérieures gauches, voire même quelques douleurs irradiées vers l'angle gauche de la mâchoire. Mais la forme temporo-faciale habituellement observée, et si caractéristique, était bien éloignée de ce cas d'abcès chaud actinomycosique malaire sans trismus, et les faits de ce genre doivent être connus. L'actinomyose cutanée isolée, franchement inflammatoire, est plutôt rare.

Le malade paraît guéri. Ses caries dentaires, son métier l'exposant aux poussières de vieux bois, sa manie de grignoter des pailles et graminées, peuvent nous expliquer l'étiologie de son affection.

SQUIRRE ATROPHIQUE DE LA LANGUE.

M. BÉRARD. — Le malade que j'ai eu l'honneur de soumettre à votre examen dans la séance du 24 mai, était bien atteint, comme je le redoutais, d'une tumeur maligne squirrheuse de la langue, greffée sur de la leucoplasie.

Décidé à calmer ses douleurs intolérables, je voulais lui pratiquer une ligature de ses artères linguales avec section des nerfs linguaux. Dès l'incision cutanée, je trouvai la face profonde du muscle sterno-mastoïdien gauche plaquée contre le paquet vasculo-nerveux et envahie par des traînées indurées qui provenaient de ganglions cancéreux menus, mais nombreux, de la chaîne carotidienne.

Décidé dès ce moment à une opération radicale, je commençai par la résection du sterno-cléido-mastoïdien envahi, puis par la résection entre deux ligatures de la veine jugulaire interne englobée dans une masse ganglionnaire. Après ligature de la carotide externe gauche et dégagement du pneumogastrique, je pus extirper en bloc les ganglions et le contenu des deux loges sous-maxillaires en terminant par la ligature de l'artère linguale droite. Je procédai ensuite à l'hémi-résection du maxillaire inférieur à gauche, et à l'ablation à la fois du plancher de la bouche et de la langue, jusqu'à un demi-centimètre de la base de l'épiglotte.

L'oblitération de la cavité buccale fut faite comme l'indiquait M. Vallas, en utilisant toutes les surfaces muqueuses restantes de la joue gauche et du plancher indemne à droite.

L'opération avait duré une heure et quart.

Pour éviter tout risque de pneumonie, l'anesthésie, commencée au mélange de scopolamine-morphine, n'avait été complétée que par 30 à 40 centimètres cubes environ du mélange de Billroth.

Le sommeil s'était prolongé encore une heure après la fin de l'opération.

Malgré ces précautions, et malgré l'alimentation exclusive par l'orifice de gastrostomie, resté très continent, le malade succomba au septième jour, des suites d'une broncho-pneumonie des deux bases.

Ce cas, d'une évolution si particulière, est à rapprocher des

observations peu nombreuses qui ont été publiées, en particulier par Lagoutte, de squirre atrophique de la langue, avec rétraction extrême de l'organe, avec progression très lente des lésions, et avec infiltration ganglionnaire peu volumineuse, mais diffuse. Dans la plupart des cas comme dans le nôtre, la distinction d'avec la langue scléreuse tertiaire fut d'autant plus difficile que les lésions évoluaient autour d'anciennes plaques de leucoplasie. Il s'agit alors d'une véritable hybridité syphilo-cancéreuse.

L'examen histologique, pratiqué au laboratoire de M. le Prof. Poncet, montra un épithélioma corné, avec infiltration de cellules cancéreuses, au sein d'un stroma fibreux entrecroisé en bandes épaisses.

* * *

DÉCOLLEMENT DU PLACENTA NORMALEMENT INSÉRÉ ;
HÉMORRAGIE EXTERNE ET INTERNE ; MORT DE L'ENFANT ;
CÉSARIENNE VAGINALE ; GUÉRISON.

M. FABRE. — J'ai l'honneur de présenter à la Société l'observation d'une malade que je vous ai montrée dans la dernière séance. Cette femme a failli mourir d'accidents très graves dont la pathogénie est un peu exceptionnelle. En effet, de 1892 à 1906, sur 10.000 accouchements on n'a observé que 8 cas semblables à la clinique obstétricale, et dans ce cas seulement l'intervention chirurgicale fut nécessaire.

Il s'agit d'une malade âgée de 28 ans, cuisinière, ne présentant rien dans ses antécédents personnels. Pas de syphilis, pas de grossesse antérieure.

Les dernières règles datent du 5 novembre 1905 ; elle est donc enceinte de six mois et six jours. Les débuts de la grossesse furent normaux, sans œdème des jambes.

Le 12 mai 1906, dans la matinée, elle doit faire un travail pénible, cirer son parquet sans prendre de repos jusqu'à midi.

A 1 heure de l'après-midi, elle ressent dans le ventre une douleur vive, brusque, et s'aperçoit qu'elle tache abondamment ses linges de sang.

A 3 heures 10 du soir la malade est amenée à la clinique ; elle frappe par son état d'anémie très marqué, les téguments sont décolorés, les muqueuses

pâles, il y a un véritable état de shock. Le pouls, d'abord incomptable, tombe à 76, après quelques moments de repos, mais petit, filiforme.

L'utérus est à ce moment à 27 centimètres de hauteur; il est dur, contracté; on ne perçoit pas de bruits fœtaux. Au toucher, col dilaté, 1 centimètre. On perçoit la poche des eaux. L'hémorragie continue peu abondante, mais constante.

Vu la gravité de l'état, on fait un tamponnement [vaginal et deux injections de sérum de 550 gr. dans chaque sein.

Gros disque d'albumine dans l'urine.

A 4 h. 15, M. Gonnet, chef de clinique, appelé, trouve le col étroit et dur, dilaté à 1 centimètre seulement. Il introduisit le ballon de Champetier. Le pouls est à 104, troubles visuels, vertiges, mauvais état.

5 heures et demie. Après une heure d'attente, de dilatation par le ballon, l'état général est toujours grave; on refait encore 200 gr. de sérum et l'on décide de faire l'évacuation de l'utérus après dilatation de l'orifice externe du col.

On fait plusieurs tentatives de dilatation digitales sous anesthésie, mais sans résultats. La section en plusieurs points de l'orifice externe ne donne rien. Essai de section de l'orifice interne également sans résultats très appréciables; on arrive néanmoins à une dilatation de 3 cent. La poche des eaux est alors rompue. On essaye alors d'introduire la pince à os sans succès; le perforateur de Blot peut être introduit et le crâne est perforé; l'utérus diminue notablement de hauteur; il n'y a plus que 22 centimètres du fond au bord supérieur du pubis. Après plusieurs essais infructueux d'extraire les parties fœtales, on fit un nouveau tamponnement, et la malade est placée dans son lit; le pouls est à 100, régulier, malade abattue, presque dans le coma.

A 7 heures du soir, je suis appelé auprès de la malade que je trouve dans un état gravé; la malade est dans une torpeur absolue, ne répondant pas aux questions posées; le pouls est petit à 120. Après ablation des mèches imbibées de sang, je trouve le col dilaté à 5 centimètres seulement; les orifices interne et externe sont résistants, de consistance véritablement ligneuse, et je puis me rendre compte que tout essai de dilatation digital serait inutile et d'ailleurs dangereux; les doigts étaient serrés dans le canal cervical; les tissus utérins sous des pinces fortes se seraient rompus, mais non dilatés. Le diagnostic de décollement du placenta normalement inséré est certain, et comme l'hémorragie est encore continue, je décide l'évacuation immédiate de l'utérus chirurgical par la *césarienne vaginale*. Devant l'état d'anémie aiguë et l'enfant étant mort, j'écarte la césarienne abdominale.

Intervention à 7 h. 45. La malade est endormie à l'éther, deux pinces latérales sont placées sur le col qui est récliné en long; la direction de la vessie est reconnue avec soin.

Dans ce premier temps je fis sur les parois vaginales une incision

transversale antérieure après avoir fortement récliné le col en bas. La muqueuse sectionnée, le tissu cellulaire est décollé avec le doigt et un tampon monté sur une pince. Je pus ainsi refouler la paroi postérieure de la vessie qui est remontée fortement en haut avec le cul-de-sac antérieur péritonéal.

Je pratique ensuite une incision transversale postérieure qui me permit de décoller et de remonter le cul-de-sac péritonéal de Douglas. Chacune de ces incision est d'environ 4 centimètres.

Dans un *deuxième temps*, j'incisai le canal cervico-segmentaire en avant et en arrière par une incision longitudinale. L'incision antérieure est faite sur une hauteur d'environ 7 cent.; l'incision postérieure est de 6 centimètres. Il ne s'écoule pas une goutte de sang pendant cette section.

En *troisième lieu* le fœtus peut être alors facilement extrait par embryotomie thoracique en écharpe sans aucune difficulté.

Dans un *quatrième temps* le placenta est extrait artificiellement; on retire 400 gr. de caillots noirâtres, derrière le placenta qui est d'ailleurs complètement décollé.

En *dernier lieu*, suture de l'utérus à la soie. Six points séparés sont placés en avant et cinq en arrière. Je dus me servir de fils de soie, car les catguts que j'avais à ma disposition étaient trop petits et je pouvais craindre une résorption trop rapide. Les fils de soie furent serrés de telle sorte que les nœuds étaient dans la cavité vaginale. Une mèche est placée dans chacun des décollements.

Les *suites opératoires* furent favorables malgré la gravité de l'état général au moment de l'intervention. La température ne dépassa pas 38° 8 dans les jours qui suivirent et elle baissa progressivement. L'albumine, très abondante, alla en diminuant rapidement pour disparaître le 7 juin. Les fils furent enlevés au bout du deuxième septénaire.

Les forces revinrent peu à peu, seuls les troubles visuels persistèrent longtemps, et le 29 mai la malade accusait encore une sensation de brouillard avec diplopie. L'examen du fond de l'œil pratiqué à ce moment par M. Moreau, chef de clinique ophtalmologique, montra l'absence d'œdème papillaire et de lésions aciniques très marquées.

Le 6 juin, la malade quitte le service guérie.

Examen du placenta. — Le placenta pesait 190 grammes. Du côté de la face fœtale il ne présente rien de nouveau à signaler. La face maternelle est divisée en deux régions à caractères nettement différenciés. L'une déprimée en forme de cupule porte à son niveau des caillots non adhérents sur une surface de 6 cent. sur 7 cent. Le reste de la surface placentaire porte des cotylédons nettement séparés et dans un assez grand nombre de points on trouve au niveau de la caduque de petits points hémorragiques de la dimension d'une lentille où le sang présente des caractères de coloration laissant supposer une coagulation récente.

A la coupe du placenta on ne note pas d'infarctus blancs ou rouges de grand volume.

Microscopiquement. La caduque sératée présente une lésion que nous avons désigné sous le nom de « métrite alvéolaire » et qui est décrite en détail dans la thèse de Gaston (1).

Ce qui mérite d'être signalé dans cette observation, c'est le résultat favorable donné par la césarienne vaginale dans un cas où la résistance du col rendait les manœuvres de dilatation impossibles. La seule ressource paraissait être la césarienne abdominale qui a donné entre les mains de Riblemont-Dessaigne une survie, mais qui dans le cas particulier était contre-indiquée, étant donné l'état grave de la malade.

*
* *

CANCER DE L'INTESTIN GRÊLE ; ENTÉRECTOMIE DE 1 MÈTRE
26 CENTIMÈTRES D'INTESTIN GRÊLE ; PRÉSENTATION DE
LA PIÈCE.

M. TIXIER. — J'ai tenu à présenter à la Société cette pièce anatomique exceptionnelle, alors qu'elle est encore très fraîche. Je l'ai enlevée hier.

Il s'agit d'un cancer de l'intestin grêle auquel étaient fixées deux anses d'intestin. Il s'était développé du côté mésentérique de l'iléon, et par suite quand j'eus enlevé cet énorme coin mésentérique infiltré et bourré de ganglions, j'ai été conduit à réséquer plus d'un mètre d'intestin qui était sain, mais dont la circulation était supprimée par l'hémostase de la tranche mésentérique. Je vous tiendrais au courant des suites opératoires.

(1) GASTON. *Du décollement placentaire normalement inséré.* Thèse de Lyon, 1906.

Séance du 28 juin 1906.

Présidence de M. VINCENT.

M. PATEL, lit le procès-verbal de la séance précédente qui est accepté sans rectification.

*
**

DÉCHIRURE PRESQUE TOTALE DE LA CLOISON RECTO-VAGINALE ; RESTAURATION PAR DÉDOUBLEMENT.

M. RUOTTE. — R.... Claudine, femme européenne, âgée de 17 ans, entre le 22 mars à l'hôpital militaire de Blida, pour une lésion recto-vaginale, consécutive à un accouchement datant du 31 janvier 1906.

Après une application de forceps, on s'aperçut de l'existence d'une perforation recto-vaginale : on essaya vainement des sutures le 9 février et le 14 février ; ces deux tentatives furent suivies d'échec complet.

Cette jeune fille entre alors à l'hôpital de Coléa où elle est opérée sans aucun succès à deux reprises différentes, le 28 février et le 14 mars. C'est alors qu'elle nous est adressée.

A son entrée à l'hôpital on constate, en l'examinant superficiellement, que la région ano-vulvaire est constamment souillée de matières fécales ; en écartant la vulve, on voit ces matières remplir le vagin et on reconnaît immédiatement une déchirure énorme, verticale, comprenant presque toute la hauteur de la cloison ; elle s'étend depuis l'anus, à la partie antérieure duquel il n'existe plus qu'un pont d'un demi-centimètre environ,

jusque près du col utérin ; l'index, le médium et l'annulaire, réunis et glissés dans la vulve, pénètrent immédiatement dans le rectum ; en introduisant un doigt dans l'anus, on souleva en avant un petit pont cutanéomuqueux, très fragile, d'un demi-centimètre environ : c'est tout ce qui reste de la cloison.

Un interrogatoire attentif permet d'admettre que cette lésion a dû être produite par une branche du forceps, qui a traversé la paroi recto-vaginale : à la partie inférieure, il y a une légère perte de substance de la muqueuse, due aux tentatives de restauration où l'on a essayé de l'avivement.

Le 26 mars, nous intervenons en dédoublant totalement la cloison recto-vaginale jusqu'au cul-du-sac de Douglas ; nous respectons soigneusement le petit pont qui persiste encore en avant de l'anus, en le dédoublant de haut en bas, après avoir tracé une incision transversale passant juste à l'extrémité inférieure de la déchirure. Sur le schéma rudimentaire que je vous présente, le pointillé montre notre ligne d'incision qui se recourbe un peu en haut et sur les côtés ; en bas deux petites incisions vont jusqu'à l'union de ce qui reste de muqueuse à la peau.

La cloison est dédoublée et décollée jusqu'au cul-de-sac, comme nous l'avons dit, et en bas, nous rabattons le petit volet muqueux.

Le rectum est suturé par adossement large de sa surface externe, au moyen d'un seul plan de fil d'argent n° 0, non perforant ; neuf fils sont ainsi placés de haut en bas et la perforation est totalement oblitérée ; la muqueuse vaginale est également suturée au fil d'argent, de haut en bas, mais il n'y a ici aucun inconvénient à placer des fils perforants, ce qui est plus rapide.

Les deux membranes constituant la paroi recto-vaginale ainsi suturées isolément, sont maintenues écartées par une mèche de gaze aseptique tassée entre les deux, jusqu'au point le plus déclive du dédoublement. Deux longs fils sont placés en bas, comme dans la périnéorrhaphie, de façon à rapprocher les extrémités du sphincter et à reconstituer un périnée. Une mèche aseptique est mise dans le vagin, et l'opérée, les cuisses rapprochées, est reportée dans son lit ; on la sonde trois fois par jour et elle est constipée par 5 centigr. d'opium pris journellement.

Régime lacté absolu.

Il n'y a aucune suite à signaler. Le quatrième jour, la mèche laissée entre les deux parties de la cloison recto-vaginale est retirée et remplacée par une mèche nouvelle bien tassée.

Le huitième jours après l'opération, on provoque un évacuation intestinale, en donnant un peu d'huile de ricin et un lavement de 250 grammes d'huile d'olive.

Le lendemain, soit le neuvième jour après l'opération, tous les fils sont enlevés, la réunion est absolue partout, et on laisse la muqueuse vaginale retomber sur la paroi rectale.

Les deux membranes s'accolent rapidement et l'opérée se lève le douzième jour.

Elle sort absolument guérie le 14 avril 1906, et, depuis, la guérison ne s'est pas démentie.

*
* *

APPENDICITE ET SIGMOÏDITE CONCOMITANTES.

M. RUOTTE. — Cette observation nous paraît d'actualité, la Société de Chirurgie de Paris venant de consacrer une longue discussion à ces sigmoïdites.

M^{me} M...., âgée du 38 ans, habitant Coléa, entre à l'hôpital de Blida le 26 février 1906. Elle est malade depuis vingt jours environ.

Mère de deux enfants, elle n'a jamais fait avant cela, de maladie sérieuse; pas de paludisme, pas d'infection génitale; elle ne se plaint que d'une constipation assez habituelle.

Il y a environ vingt jours, elle a été prise de douleurs assez vives dans la fosse iliaque gauche, avec frissons, élévation de température et empâtement de la région; inappétence, vomissements pendant vingt-quatre heures, et constipation opiniâtre; on porta le diagnostic d'annexite, le toucher vaginal ayant été, paraît-il, douloureux, et on prescrivit: injections vaginales au permanganate, lavements chauds et glace sur le ventre. Au bout de quelques jours les symptômes rétrocedèrent et tout allait bien lorsque, le 19 février, les mêmes phénomènes se reproduisirent à droite avec plus d'intensité.

Le 26 février, devant la persistance d'un état grave, on amène la malade à Blida, où nous l'examinons le soir même.

La température axillaire est à 38°,4, le pouls à 114; on sent dans la fosse iliaque droite une tuméfaction qui remonte jusqu'à la ligne

ombilico-iliaque, la douleur à la palpation est vive et les muscles se détendent vivement ; le toucher vaginal est absolument négatif, le cul-de-sac droit est souple, indolent ; le toucher rectal est également sans aucun renseignement.

Le diagnostic d'appendicite ne fait aucun doute et, le 27, nous intervenons : nous faisons une courte incision sur le bord externe du muscle droit et tombons de suite dans une vaste collection purulente ; sur la paroi externe, nous trouvons l'appendice perforé à son extrémité : il est lié et réséqué au ras du cæcum ; nous ne trouvons aucun corps étranger ou coprolithe dans son intérieur, pas plus que dans le pus de l'abcès ; drainage par un drain debout.

L'état général devient de suite excellent, le drain allait être supprimé quand, le 7 mars, il y a une légère élévation de température et la malade se plaint de douleur dans la fosse iliaque gauche ; la fièvre augmente en même temps que surviennent des vomissements et de l'empâtement dans la fosse iliaque gauche ; la pression est très douloureuse dans cette région.

Le toucher rectal et le toucher vaginal sont absolument négatifs ; l'utérus est mobile, et il est impossible de provoquer la moindre douleur du côté du vagin.

Les phénomènes s'accroissent, la constipation est opiniâtre malgré les lavements ; du côté de l'appendice tout peut être considéré comme fini ; l'examen par le rectum n'indique toujours rien ; bref, après quelques jours d'attente, nous nous disposons à inciser la fosse iliaque gauche, quand brusquement la malade évacue par le rectum une grande quantité de pus.

La fièvre tombe, l'empâtement et la douleur de la fosse iliaque gauche disparaissent, et après un écoulement purulent de quelques jours, les selles deviennent normales et la guérison définitive apparaît.

L'examen rectal le plus soigneux, fait au spéculum ou au doigt, n'a pas permis de trouver l'orifice par où s'est évacué l'abcès ; nous pouvons affirmer qu'il ne siégeait pas dans la portion accessible de l'intestin, dans le rectum, mais beaucoup plus haut.

Ceci dit, pour répondre à l'objection qui pourrait nous être faite, qu'il s'agissait d'une forme ilio-pelvienne d'appendicite méconnue, nous connaissons très bien l'appendicite pelvienne, dont nous avons encore opéré un cas hier et la redoutant beaucoup, nous y pensons toujours et la recherchons dans tous les cas. L'appendice avait été enlevé à droite, tout allait bien de ce côté, et le cul-de-sac de Douglas était absolument normal ; donc, rien de ce côté.

La collection aurait tardé quelques heures à s'ouvrir dans l'S

iliaque, fort probablement que nous l'aurions incisée et posé notre diagnostic de visu, mais malgré l'absence de cette preuve directe, nous croyons pouvoir affirmer qu'il s'est agi ici d'une collection autour de l'S iliaque, infection ayant avorté une première fois, et développé certainement sous la même influence que celle qui s'est localisée autour de l'appendice.

*
* *

SPLÉNECTOMIE POUR MALADIE DE BANTI AVEC
RATE MOBILE; GUÉRISON.

M. BÉRARD. — Si l'on est encore peu renseigné sur la pathogénie et sur la nature de la maladie de Banti, nous avons du moins pour cette affection des certitudes thérapeutiques. On peut dire, en effet, que la maladie de Banti abandonnée à elle-même est presque fatalement mortelle; la guérison en est par contre à peu près assurée par la splénectomie pratiquée en temps opportun. Dès 1894, Banti l'affirmait; les interventions pratiquées depuis ont prouvé le bien fondé de son opinion.

En 1898, Banti avait réuni 16 cas traités chirurgicalement. En 1901, Harris et Herzog, après une critique pourtant plus sévère des observations, et après avoir éliminé les cas douteux, groupaient 19 splénomégalies primitives opérées, avec 14 guérisons confirmées, 4 morts et 1 résultat incertain.

Dans leur remarquable article de la *Revue de chirurgie* de 1903, tome II, page 444, MM. Quénu et Duval n'admettant comme probants que les faits où la cirrhose hépatique était déjà venue compliquer la splénomégalie, réduisaient à 4 les observations indiscutables traitées par la splénectomie (3 de Banti et 1 personnelle) avec 3 guérisons et 1 mort. C'est là, peut-être, une rigueur injustifiée. Parmi les cas éliminés par MM. Quénu et Duval, il en est dont l'examen histologique réclame la réintégration dans la série opératoire heureuse. Au reste, comment, à l'avenir, trouverait-on une base de classification, si l'on voulait attendre, pour affirmer le diagnostic de maladie de Banti le phase de la cirrhose confirmée, puisque la splénectomie est d'autant plus bénigne et plus efficace qu'elle est pratiquée plus tôt, et que de plus en plus les chirurgiens

auront à cœur d'intervenir avant l'apparition des troubles hépatiques ?

Depuis 1903, d'autres splénectomies, toutes aussi heureuses que les premières, ont été faites dans la splénomégalie de Banti. Les premiers résultats ont été confirmés par des survies de plus de dix ans. Sans doute on n'est pas encore fixé sur l'avenir lointain de tels malades; en tous cas le bénéfice déjà acquis est suffisant pour que l'on fasse relever jusqu'à nouvel ordre cette affection exclusivement du traitement chirurgical.

Le cas personnel, que nous rapportons ici, nous a paru digne d'être publié dans tous ses détails; car il semble calqué comme évolution sur la description schématique du syndrome de Banti. En outre, le diagnostic en était intéressant par le déplacement de la rate qui, alourdie par son hypertrophie, avait quitté sa loge, pour glisser en arrière du mésocôlon, vers la région ombilicale.

OBSERVATION.

Maladie de Banti avec rate mobile. — Splénomégalie, subictère. Troubles digestifs et urinaires. Splénectomie. Guérison.

Louise C..., âgée de 19 ans, entre à l'hôpital de la Croix-Rousse, salle Sainte-Catherine, le 4 juin 1906, pour une tumeur de l'hypochondre gauche, ainsi que pour des troubles digestifs et urinaires. Son père est mort à 44 ans cardiaque et hépatique; sa mère est vivante; elle a six frères et deux sœurs en bonne santé.

On l'a soignée elle-même pendant son enfance pour le carreau; elle fut chétive et malingre pendant trois ans. Elle eut à la même époque une bronchite grave; depuis elle tousse tous les hivers. Elle dit aussi que depuis son enfance elle a facilement de la diarrhée, qui revient sans cause, et qui détermine jusqu'à dix selles par jour. Bien que son teint soit depuis longtemps subictérique et qu'elle souffre assez facilement du ventre, elle n'a jamais eu de coliques hépatiques franches, jamais de décoloration des selles. Les règles ont débuté à 17 ans, douloureuses et irrégulières, parfois avec des arrêts de plusieurs mois.

Depuis l'âge de 15 ans, elle constaté que son abdomen augmentait de volume, surtout dans la portion sus-ombilicale. Il y a plus de deux ans qu'elle perçut sous les fausses côtes gauches une tumeur mobile, d'abord petite, qui augmenta peu à peu de volume, au point de s'étendre jusqu'à la crête iliaque. C'est à cause de la gêne occasionnée par cette tumeur que la malade est entrée à l'hôpital.

Dès le premier examen, on est frappé de son teint subictérique, des veinosités qui sillonnent ses joues. L'état général semble bon. L'abdomen découvert est souple, la paroi mobile. La palpation, à gauche de l'ombilic, révèle une masse oblongue, profondément située dans la cavité péritonéale, dont les contours rappellent aussi bien ceux d'une grosse rate que ceux d'un gros rein. Le pôle supérieur reste caché sous les fausses côtes, alors que le pôle inférieur descend jusque dans la fosse iliaque. On peut la mobiliser assez facilement, soit de haut en bas, soit latéralement. Cette masse est rénitente, non fluctuante, un peu douloureuse à la pression. La palpation bimanuelle avec la main droite sous les lombes, décèle un ballottement particulier comme s'il y avait deux organes superposés : l'un, le plus gros, ballottant fortement en avant, par les chocs de la main postérieure, — l'autre peu déplacé par les chocs de la main antérieure, si bien que le ballottement est assez mal perçu en arrière, et qu'on ne peut pas affirmer qu'il s'agisse d'un ballottement rénal.

La percussion montre une sonorité normale dans tous les points déclives de la cavité péritonéale, ainsi que dans toute la moitié droite de l'abdomen ; la zone de matité hépatique, un peu restreinte, ne déborde pas en bas les fausses côtes. A gauche, au contraire, on a une large surface de matité sur toute la hauteur de la tumeur, jusque dans l'espace de Traube ; cependant près du bord interne de la tumeur, une anse intestinale doit être interposée entre elle et la paroi, car, à ce niveau, une bande sonore verticale empiète sur la masse néoplasique. Ce symptôme serait en faveur sans doute d'une tumeur du rein ayant refoulé le côlon en bas et en dedans ; mais il n'a rien d'absolu.

Le *toucher vaginal* est négatif ; col de nullipare, utérus en antéflexion, annexes normales.

Les urines sont diminuées de quantité : de 950 cc. comme maximum à 450 comme minimum par 24 heures, avec une moyenne de 650 cc. par 24 heures. Elles ne contiennent ni sang, ni pus, ni albumine, ni sucre. La quantité d'urée par litre est de 36 gr. 5, soit en moyenne par 24 heures de 20 gr. La réaction de l'urobiline et des pigments biliaires est nette ; des urates alcalins forment un dépôt abondant.

L'auscultation ne révèle aucun foyer pulmonaire, aucun épanchement à la base de la plèvre gauche. Rien au cœur, sauf un petit souffle mésosystolique, sans doute inorganique.

D'après ces données, il serait hasardeux de poser un diagnostic ferme. Cependant la diminution de la quantité des urines étant ici le seul signe d'un trouble fonctionnel rénal, et les symptômes physiques pouvant se rapporter aussi bien à un gros rein déplacé ou à une grosse rate mobile, c'est à cette dernière hypothèse qu'on se rallie plutôt. Il s'agirait alors d'une splénomégalie primitive, avec ictère consécutif ; l'oligurie s'expliquerait par les troubles spléno-hépatiques. L'origine de

l'affection pourrait être cherchée dans l'appareil digestif qui depuis la première enfance a eu un fonctionnement défectueux (diarrhée chronique à répétitions, probablement avec tuberculose mésentérique de la première enfance).

L'examen du sang est en faveur de cette hypothèse. Bien qu'on n'ait pas pu faire de numération globulaire très minutieuse avant l'intervention, mais seulement des préparations sèches, on trouve de la poïkilocytose avec de nombreux globules anormalement petits, quelques-uns véritablement nains, sans globules rouges à noyaux.

La formule leucocytaire est pour 100 :

Polynucléaires 80, dont 2 éosinophiles ;
Mononucléaires, 18 ;
Petits lymphocytes, 2.

Donc, augmentation des polynucléaires sans myélocytes.

Dans ces conditions une opération est décidée.

Intervention. — Le 23 juin, on pratique une laparotomie médiane de part et d'autre de l'ombilic. La malade a été placée en position légèrement déclive vers les pieds, l'hypochondre gauche soulevé par un coussin ; dans cette situation, la tumeur arrive d'elle-même à la ligne blanche médiane. Après l'incision du péritoine, on aperçoit immédiatement la masse néoplasique insinuée en arrière du mésocôlon, qu'elle a refoulé par en bas. Ce méso est incisé entre deux arcades vasculaires, et l'on amène sans peine dans la plaie une grosse rate à contours à peu près normaux, de coloration un peu ardoisée, avec des cloisonnements fibreux apparents sous la capsule. Les pédicules vasculaires, très allongés par la descente progressive de l'organe, sont faciles à dénuder ; chaque artère est liée séparément et chacun des principaux groupes veineux pris en masse. Le ligament suspenseur de la rate très long, très mince, peu vasculaire, est sectionné sans peine. La tumeur enlevée, on reconnaît que le rein gauche normal est resté dans sa loge.

Le mésocôlon, qui a été incisé, est reconstitué par un surjet au catgut.

Les pédicules vasculaires se trouvent enfouis ainsi sous un feuillet péritonéal. Les manœuvres ont été aussi simples que celles d'une ovariectomie facile.

La rate enlevée pèse, avec le sang qui la gorge, 1750 gr. Sa consistance est assez ferme. Sur la coupe on note seulement quelques cloisons fibreuses, résistantes, qui vont de la capsule aux sections vasculaires les plus larges.

L'examen histologique, pratiqué par M. Paviot, est le suivant : Sur aucune des coupes, on ne trouve d'éléments qui rappellent une rate tuberculeuse. Les altérations les plus caractéristiques portent sur la capsule très épaissie en une grosse lame fibreuse hyaline avec de fins noyaux en bâtonnets dans les interstices des fibres. Les travées interstitielles

sont de même très augmentées d'épaisseur et fibro-hyalines. Les artères et les artérioles sont toutes noyées dans une gangue épaisse de tissu lymphoïde à cellules rondes. La pulpe splénique présente une charpente très dense, qui soutient de fins réseaux garnis presque exclusivement par des globules rouges, sans que l'on puisse discerner quelque autre élément cellulaire de la pulpe. Il n'y a pas non plus de débris de globules ou de cellules.

En résumé, augmentation de densité et d'épaisseur de la charpente fibreuse sans altération profonde de l'organe; limitation du tissu lymphoïde au voisinage immédiat des vaisseaux. Donc ce n'est pas non plus une rate leucocythémique qu'une rate tuberculeuse. Il faut dire splénomégalie, telle qu'on la décrit dans la maladie de Banti.

Les suites opératoires furent d'une simplicité remarquable : à noter seulement une élévation de température à 39°,2 le quatrième jour, par suppuration d'un des fils de la paroi. L'alimentation normale est reprise dès le cinquième jour. La malade quitte l'hôpital guérie le 12 juillet.

L'examen des urines pratiqué chaque jour montre une augmentation progressive de la diurèse de 400 à 900 cc. Ces urines ne contiennent ni sucre ni albumine, mais encore beaucoup d'urates et quelques pigments biliaires bien que l'ictère ait encore beaucoup diminué.

L'examen du sang, pratiqué, comme avant l'opération, par M. Petitjean, interne des hôpitaux, donne :

Le 22 juin : 3.970.000 globules rouges, 15.000 globules blancs.

Leucocytes pour 100 :

Polynucléaires, 78, dont 3 éosinophiles;

Mononucléaires, 15;

Petits lymphocytes, 7.

Le 11 juillet : 4.743.000 globules rouges, 12.000 globules blancs.

Leucocytes pour 100 :

Polynucléaires, 72, dont 4 éosinophiles;

Mononucléaires, 22;

Petits lymphocytes, 6, avec 1 ou 2 myélocytes éosinophiles.

En résumé, la formule globulaire sanguine tend à se rapprocher de la normale par une augmentation progressive des globules rouges. Le 4 juillet on en avait trouvé 4.300.000 pour 3.970.000 le 29 juin, et 4.743.000 le 11 juillet. La diminution parallèle de la leucocytose est peut-être moins significative, car il faut tenir compte du petit abcès de la paroi qui a pu l'augmenter de suite après l'opération.

L'exposé que nous venons de faire de cette observation, nous dispense de tout commentaire pour justifier le diagnostic de maladie de Banti, et pour légitimer la splénectomie. Il n'y

a en effet qu'à se reporter aux descriptions classiques pour constater une juxtaposition exacte des termes mêmes de la définition de Banti et des symptômes présentés par notre malade. Celle-ci se trouvait au moment de l'intervention à la deuxième phase ou phase intermédiaire avec des urines peu abondantes, chargées d'urates et d'urobiline, avec de l'ictère et de la diarrhée. A noter cependant que cette diarrhée n'était pas un symptôme tardif, mais qu'elle comptait parmi les premiers signes morbides, qu'elle existait depuis des années. Aussi pourrait-on se demander si les troubles intestinaux n'ont pas été la cause plutôt que l'effet de la splénomégalie ? Il ne faut oublier que la lésion dominante de la rate dans la maladie de Banti est surtout une splénite interstitielle, par conséquent une lésion inflammatoire chronique, et on ne comprend vraiment pas pourquoi, jusqu'ici, la plupart des auteurs se sont accordés pour lui dénier un origine toxique ou infectieuse atténuée ?

La seule particularité qui mérite encore de retenir notre attention, est la *topographie spéciale* de cette grosse rate. Peu à peu alourdie, elle avait étiré ses ligaments et ses pédicules vasculaires pour s'insinuer de plus en plus bas vers la fosse iliaque gauche, en refoulant devant elle les feuilletts du mésocôlon transverse, au voisinage de l'angle gauche. Elle occupait, dès lors, la situation où l'on trouve certains kystes sous-coliques du pancréas ou certains kystes du mésentère, ou, plus souvent encore, les grosses tumeurs du rein gauche devenues mobiles. La distinction avec un kyste du mésentère ou du pancréas était facile, car les contours de la tumeur étaient trop allongés, vaguement lobés et rappelaient plutôt la forme de la rate ou du rein ; sa consistance était trop ferme, rénitente, mais non fluctuante ; enfin, il eût été exceptionnel qu'un kyste du mésentère ou du pancréas fut arrivé à un tel volume sans causer quelque trouble dans la circulation des matières intestinales. En outre, l'ictère ne pouvait être un ictère de compression des voies biliaires.

En faveur de la tumeur d'un rein gauche mobile, il y avait l'aspect brunâtre des urines, qui, avant toute analyse chimique, pouvait en imposer pour de l'hématurie ; mais plus encore que par cet aspect facile à identifier, on pouvait être trompé par le ballottement de la tumeur, et par la zone de

sonorité intestinale qui la recouvrait en dedans. A vrai dire, ce ballottement avait un caractère particulier qui le distinguait du ballottement rénal vrai : très perceptible à la main antérieure, il était beaucoup moins prononcé en arrière, et il ne semblait transmis à la main glissée sous les lombes que par l'intermédiaire d'un autre organe qui l'absorbait en partie : c'est là, on le sait, une des particularités de ce que l'on a appelé le faux ballottement rénal. Quant à la sonorité en avant et en dedans de la tumeur, si elle appartient en propre à la symptomatologie des gros reins, on a reconnu de plus en plus fréquemment qu'elle pouvait s'observer avec des tumeurs de la rate, et même avec certaines tumeurs de la face inférieure du foie.

Néanmoins ce n'était pas sans quelques hésitations que nous nous étions arrêtés au diagnostic de grosse rate, et simplement parce qu'il y avait en faveur du syndrome de Banti le maximum des signes concordants : tumeur, ictère, diarrhée, oligurie avec décharges uratiques. Un kyste de la rate, kyste séreux simple ou kyste hydatique n'eût point entraîné ces troubles urinaires et digestifs. D'ailleurs en ce qui concerne les kystes hydatiques, leur rareté dans la région lyonnaise est un fait bien connu aujourd'hui de tous les cliniciens.

Voilà donc un succès de plus à l'actif de la chirurgie dans le traitement de la maladie de Banti. Bien que l'intervention ne date actuellement que deux mois, elle a donné plus qu'un résultat purement opératoire, puisque l'ictère a rétro-cédé, que l'anémie a été déjà considérablement atténuée, et que les fonctions rénales tendent à revenir à la normale.

*
*
*

CANCER PRIMITIF DU VAGIN ; EXTIRPATION PAR VOIE ABDOMINALE AVEC DISSECTION DES URETÈRES ET ABLATION LARGE DU TISSU CELLULAIRE PARA-VAGINAL.

M. le Prof. Aug. POLLOSSON présente à la Société une pièce de cancer primitif du vagin extirpé par voie abdominale. Il désire présenter l'observation de cette malade et la faire suivre de quelques réflexions au sujet de la thérapeutique du cancer de ce conduit.

Il s'agit d'une malade âgée de 35 ans, ayant eu deux enfants, veuve depuis quatre ans, entrée à la clinique le 26 avril 1905. Elle vient pour des pertes blanches fétides assez abondantes, quelquefois accompagnées de pertes sanguinolentes en dehors des règles.

Il n'existe aucune douleur, aucun trouble de la miction ni de la défécation. L'état général est excellent.

Il est difficile de dire à quelle époque a débuté l'affection. Interrogée spécialement pour savoir si elle avait des pertes à l'occasion des rapports sexuels, la malade nous dit qu'en effet elle avait remarqué depuis un an que chaque coït était suivi d'une perte sanglante.

A l'examen on constate sur la paroi postérieure du vagin une ulcération bourgeonnante allant jusque vers le Douglas, mais laissant le col utérin absolument libre. Elle a 6 centimètres de hauteur, 5 centimètres de largeur. Elle descend jusqu'à 3 centimètres de la vulve; ses bords sont surélevés; sa consistance est ferme à la base et friable au niveau de l'ulcération.

Le toucher à ce niveau fait saigner et ramène des débris de tissus. Le toucher rectal permet de sentir la muqueuse rectale libre et mobile.

28 avril 1906. Préparation. Raclage des surfaces ulcérées sans cautérisation. On met une pince de Kocher à la limite inférieure de l'ulcération vaginale destinée à servir de point de repère à l'opérateur.

Opération : Prof. Aug. Pollosson. Laparotomie transversale. Ligature des pédicules supérieurs. La recherche de l'utérine et de l'uretère droit est correcte et classique, suivant la technique employée pour les cancers du col de l'utérus. A droite et à gauche les uretères sont parfaitement isolés. Les uretères étant disséqués, sont réclinés en dehors avec des écarteurs, le feuillet postérieur du ligament large est sectionné de chaque côté, jusque sur les ligaments utéro-sacrés. Le vagin étant décollé de la vessie en avant, le décollement rectal est amorcé en arrière et poursuivi très bas jusqu'à ce qu'on sente la pince repère. On se porte franchement en dehors et on coupe les attaches aponévrotiques et musculaires senties au doigt fixant encore la vagin et constituées par l'aponévrose pélvienne supérieure et les faisceaux supérieurs du releveur de l'anus.

La libération antérieure, latérale et postérieure se fait bien et l'on a la sensation qu'on pourrait ainsi pousser les décollements jusqu'à la vulve. Ouverture du vagin en avant. Section circulaire.

La recherche des ganglions hypogastriques et iliaques externes est négative.

Péritonisation après avoir mis une mèche dans le vagin.

Suites opératoires très simples (sans fièvre, sans suppuration), à part une rétention d'urine prolongée avec deux poussées de congestion rénale ou de cystite aiguë avec hématurie trouble, mais qui cèdent à un régime et ensuite à un traitement local (sondes à demeure, lavages chauds).

Le 8 juin, la malade part guérie et avec des urines claires.

Examen de la pièce. — La pièce comprend l'utérus et les annexes et les deux tiers supérieurs du vagin en une seule masse, comme le représente la photographie ci-jointe.

L'utérus et les annexes sont sains.

Les deux tiers supérieurs de la face postérieure du vagin sont occupés par une ulcération large comme une pièce de cinq francs. Cette ulcération est dépassée d'au moins 1 cent. 1/2 à sa limite inférieure. Au-dessous et latéralement il existe une épaisseur de tissu cellulaire de 2 à 3 centimètres de long sur 1 cent. de large. Dans l'épaisseur de ce tissu se trouvent deux ganglions du volume d'un pois chiche ne paraissant pas cancéreux à la coupe.

Réflexions. — Les quelques réflexions que je désirerai faire suivre, ont trait à la thérapeutique que l'on a appliquée jusqu'à présent aux cancers du vagin. Ceux-ci siègent le plus souvent dans la paroi postérieure, et au niveau des deux tiers supérieurs dont les lymphatiques suivent une direction ascendante vers les artères vaginales, et gagnent les lymphatiques de l'utérus au niveau de l'utérine.

Les interventions qu'on a opposées au cancer du vagin ont été pendant longtemps très insuffisantes.

Il est très curieux de voir dans les livres classiques que le cancer du vagin est considéré comme un des plus malins et dont les récidives surviennent avec une désespérante ténacité. Pour nous, cette ténacité tiendrait surtout à ce que les méthodes qu'on a proposées exposent trop à la greffe, et en second lieu ne constituent point des ablations larges dans le sens du courant lymphatique de la région.

On est intervenu tour à tour par voie vaginale, par voie périnéale, par voie sacrée.

Plus récemment, MM. Imbert et Piéri, de Marseille, ont proposé une intervention par voie combinée : une colpo-hystérectomie périnéo-abdominale. Cette méthode a pour but d'extirper le néoplasme en vase clos et d'enlever dans sa continuité l'arbre génital tout entier. Ceci est très important pour éviter la récidive par greffe cancéreuse et l'infection provenant des surfaces ulcérées du néoplasme. M. Duval est revenu sur ce sujet à la Société de chirurgie de Paris tout récemment.

Toutefois, il convient à notre avis dans l'extirpation des néoplasmes de considérer quels sont les moyens de faire cette extirpation le plus largement possible dans le sens de l'exten-

sion lymphatique du néoplasme. A ce point de vue l'opération abdominale présente une supériorité sur les autres voies ; l'intervention, telle que la préconisent MM. Imbert et Piéri est susceptible d'apporter une amélioration des résultats immédiats ; pour obtenir de bons résultats éloignés, la cure radicale du cancer, il faut enlever avec le néoplasme le tissu cellulaire sous-jacent, la première étape lymphatique. Cette ablation du tissu cellulaire de la base du ligament large (paramétrium) ; du tissu cellulaire de l'espace recto-vaginal où l'on trouve souvent des ganglions lymphatiques, du tissu cellulaire qui entoure le dôme vaginal (para colpium), et même des faisceaux supérieurs du releveur de l'anus, cette ablation, dis-je, ne peut se faire qu'après *dissection préalable des uretères*, qu'on récline alors contre les parois du bassin.

Comme conclusion, je crois que le cancer du vagin à type élevé doit bénéficier des avantages que la voie abdominale nous donne dans le cancer du col de l'utérus. Et c'est par une extension bien naturelle que nous avons appliqué à ce cas de cancer primitif du vagin la méthode que nous avons adoptée et préconisée pour le cancer de l'utérus (1).

Notre expérience s'étend actuellement à 80 interventions analogues en moins de deux ans.

* *

EXTIRPATION D'UNE GROSSE TUMEUR DE LA PAROI ABDOMINALE FORMÉE PAR LA RÉCIDIVE DANS LA CICATRICE DE LA LAPAROTOMIE D'UN NÉOPLASME DU CORPS DE L'UTÉRUS ; OBLITÉRATION DE LA LARGE BRÈCHE PÉRITONÉALE AINSI GRÉÉE A L'AIDE DU GRAND ÉPIPLOON.

M. le Prof. Aug. POLLOSSON présente une malade à qui il a enlevé la presque totalité de la paroi abdominale dans la zone sous-ombilicale pour une récidive d'un cancer du corps de l'utérus.

Il s'agissait d'une malade âgée de 59 ans, opérée par M. le

(1) Voyez Auguste POLLOSSON : Réflexions sur 32 cas de cancers de l'utérus traités par l'hystérectomie abdominale avec dissection des uretères. (*Revue de Fozzi*, oct. 1905.)

Prof. Fochier quatre ans auparavant. Nous avons pu retrouver l'observation. Nous y lisons :

On commence l'hystérectomie par voie vaginale. Rencontrant des difficultés dans le décollement de l'utérus, on achève par voie abdominale et on termine par un Mikulicz vaginal. A la coupe de l'utérus on trouve des lésions macroscopiques d'un néoplasme du corps.

M. Plauchu, qui nous envoie cette malade et a aidé à l'opération, nous confirme ces renseignements.

Actuellement, on constate une grosse tumeur abdominale s'étendant en bas jusqu'au pubis, qu'elle surplombe et dépasse latéralement de chaque côté à 3 centimètres de l'épine iliaque antéro-supérieure, en haut jusqu'à deux travers de doigts de l'ombilic.

Elle offre une saillie de 5 à 6 centimètres, profondément; il est difficile de dire qu'elles en sont les connexions; elle fait en tout cas partie de la paroi musculo-aponévrotique, et a perdu toute mobilité latérale.

Cette tumeur intéresse la peau qui est d'un ton rouge vineux, adhérente dans la région du mont de Vénus, et le néoplasme est, à ce niveau, prêt à s'ulcérer. L'exploration par le vagin et par le rectum ne révèle aucune récidive locale. Il n'existe aucun symptôme vésical; la cystoscopie ne révèle aucune extension vésicale.

Je décidai donc une intervention malgré, d'un côté, les difficultés d'une extirpation complète, et d'autre part celles de la restauration de la paroi.

Pour réparer la brèche musculo-aponévrotique que j'allais créer, je décidai d'employer un tissu de soie résistant, préalablement stérilisé que je fixerai sous la peau aux restants des parois musculaires.

Le 7 mai 1906. Anesthésie avec l'appareil de Braun (anesthésie mixte au chloroforme et à l'éther).

La tumeur est circonscrite par son pôle supérieur. L'abdomen est ouvert en tissu sain. Le péritoine pariétal postérieur est adhérent à la tumeur, mais sain et sans adhérences intestinales.

La tumeur est détachée latéralement. En bas, les difficultés commencent, la tumeur est adhérente au pubis; il est difficile à ce niveau de reconnaître la vessie. Pour détacher le pôle inférieur de la tumeur on est obligé de raser le périoste du bassin. Au niveau du dôme vésical, la dissection devient très difficile, il faut ou se rapprocher du néoplasme, dans des limites qui condamnent tout résultat durable, ou risquer de blesser la vessie. Dans cette dissection il se produit une large brèche vésicale. Cette perforation, faite en tissu sain, large comme une pièce de 5 francs, dans une zone à demi cachée par la symphyse pubienne, est suturée d'arrière en avant. La suture est parfaite, à deux plans sur les côtés de la perforation; sur la ligne médiane on est obligé de suturer la

musculaire vésicale au plan fibro-périostique des pubis. Il reste dès lors à séparer la large brèche de la paroi abdominale. Il existe une perte de substance dans laquelle on logerait une noisette.

Le péritoine pariétal pourrait être mobilisé dans une étendue de 1 à 2 centimètres; mais cette mobilisation ne pourrait jamais être suffisante pour obtenir un rapprochement utile. J'étais assez embarrassé, car j'étais obligé de renoncer à utiliser, comme prothèse, le tissu de soie dont j'avais eu l'intention de me servir tout d'abord, parce que je n'étais pas assez sûr de l'asepsie de ma plaie opératoire.

Il s'était produit une perforation de la vessie, le néoplasme s'était morcelé à un moment donné.

J'eus l'idée à ce moment d'abaisser le grand épiploon, de le fixer au péritoine sur tout le pourtour de la brèche pariétale, afin de contenir par ce moyen les intestins dans la cavité abdominale. C'est ce que je fis à l'aide d'une dizaine de points de catgut. Je rapprochai la peau par dessus et laissai un tout petit espace non suturé au niveau du mont de Vénus, correspondant à la suture vésicale.

Contrairement à nos appréhensions, elles étaient bien naturelles après une intervention aussi grave, les suites furent très simples.

Il n'y eut pas de fièvre et ce fut une réunion par première intention. Chose qui nous parut un peu paradoxale, la malade urina spontanément dès le premier soir. Au huitième jour apparut une fistulette vésicale dans la plaie abdominale non réunie. Sous l'influence d'une sonde à demeure ouverte, dérivant constamment les urines, et de cautérisation du trajet fistuleux, cette petite perforation s'oblitéra.

Pendant un mois, la malade a eu une certaine difficulté à s'asseoir, à soulever les membres inférieurs. Actuellement, elle se lève, elle marche et elle a un ventre dont l'aspect extérieur ne diffère en rien d'un ventre normal. Une large ceinture suffira sans doute à consolider cette paroi.

*
* *

CANCER DE LA FACE INTERNE DE LA JOUE GAUCHE AVEC
ENVAHISSEMENT DU MAXILLAIRE; RÉSECTION DE LA
MOITIÉ GAUCHE DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR; PROTHÈSE
ANTÉ-OPÉRATOIRE; RÉSULTATS ÉLOIGNÉS.

M. TIXIER: — Ce malade a été opéré par moi le 17 novembre 1905. Il présentait un gros cancer de la joue ayant envahi le maxillaire inférieur quant à sa muqueuse. Je lui ai pratiqué une demi-résection du maxillaire en enlevant en une seule masse les ganglions sous-maxillaires, une large portion de la

joue et le maxillaire jusqu'à la partie moyenne de la branche montante. Une autoplastie immédiate a permis à l'aide d'un lambeau cervical de reconstituer la joue et de tout fermer. Grâce à la prothèse anté-opératoire, la moitié droite du maxillaire a été maintenue en place, et vous pouvez juger de l'excellence du résultat six mois après l'opération.

Voici la masse néoplasique et osseuse qui a été enlevée.

M. Cl. MARTIN. — Le malade que vient de vous présenter M. Tixier mérite d'être rapproché de celui que M. Vallas nous a montré il y a quelques jours. Ces malades, en effet, ont dû subir, non seulement la résection de presque toute la moitié gauche du maxillaire inférieur avec ablation d'une grande étendue des parties molles de la joue envahies par le néoplasme. Mais le malade de M. Vallas était un homme cachectisé, amaigri, à tissus minces, se prêtant mal à une autoplastie, et ces conditions défavorables obligèrent à renoncer à toute tentative de prothèse. Celui de M. Tixier, au contraire, était un homme plein de santé, gros et adipeux, dont les tissus pouvaient fournir une étoffe suffisante pour permettre l'application non pas d'une prothèse immédiate qui aurait nécessité une trop forte tension des tissus, mais d'une prothèse anté-opératoire permettant d'éviter la déviation consécutive du fragment. C'est ce qui fut fait. Deux jours avant l'opération, je plaçai un appareil à ailette prenant appui sur les molaires inférieures droites, et dont l'ailette latérale externe remontant dans le vestibule de la bouche, venait buter contre la face externe des molaires supérieures droites. M. Tixier fit une résection allant de la ligne médiane au milieu de la branche montante gauche et fit l'occlusion de la plaie au moyen des parties molles environnantes.

Malgré la traction exercée par la suture, le fragment droit, maintenu par l'appareil, conserva sa position normale. Grâce à cela, le malade guérit rapidement, car la déglutition était facile et l'alimentation se faisait bien.

Aussi un mois après je pus commencer le traitement par les appareils lourds pour reconstituer la forme de la cavité buccale. A ce moment, du côté gauche de la face existait une forte dépression étendue du menton jusqu'à la branche montante du maxillaire. A ce niveau les tissus étaient très tendus. Le moulage que je vous présente vous montre cette déformation.

Je commençai le refoulement des tissus par l'intérieur de la bouche au moyen d'un appareil en caoutchouc durci fixé aux dents restantes du fragment droit et, muni d'un prolongement venant s'appuyer contre la face interne de la cicatrice du côté gauche. Deux jours après, le malade s'étant habitué à l'appareil, je plaçai sur le bord inférieur de celui-ci

une première lame d'étain de cinq millimètres d'épaisseur. Lorsque les tissus eurent commencé à céder, j'en plaçai une seconde et ainsi de suite jusqu'à ce que j'aie obtenu la forme désirée, c'est-à-dire l'aspect de la figure telle qu'elle était avant l'opération ; je vous le présente aujourd'hui en cours de traitement. La partie gauche de la face semble trop volumineuse, c'est parce que l'appareil doit pousser la dilatation plus loin que cela est nécessaire pour la mise en place de l'appareil définitif ; cela pour éviter toute rétraction ultérieure qui pourrait être nuisible.

Je fais remarquer que, actuellement, l'ancienne plaie buccale est recouverte par une muqueuse, semblable à celle qui se forme autour d'un appareil de prothèse immédiate. Cette muqueuse ne diffère nullement de celle qui recouvre les autres parties de la bouche. A ce niveau, les tissus sont très souples et il n'y a aucun noyau cicatriciel. Cette épidermisation régulière met à l'abri de toute formation cicatricelle ultérieure.

Actuellement, je prépare pour ce malade un appareil définitif qui lui permettra de manger comme avec un dentier ordinaire, et d'ici peu de temps ce malade, tant au point de vue esthétique que fonctionnel, ne gardera que de faibles traces de son opération.

Le Gérant, D^r VALLAS.

Séance du 5 juillet 1906.

Présidence de M. VINCENT.

M. GAYET, secrétaire, lit le procès-verbal qui est adopté sans rectification.

*
* *

FRACTURE DOUBLE DE L'AVANT-BRAS ; CAL VICIEUX ;
RÉSECTION DU CAL.

M. GAYET. — J'ai eu l'occasion de soigner à l'hôpital de la Croix-Rousse un cas assez complexe de fracture des os de l'avant-bras, et je désire vous soumettre le résultat de mon intervention.

C..., Joseph, 31 ans, ouvrier télégraphiste au service de l'Administration des postes et télégraphes, détachait le 11 décembre 1905 les fils au sommet d'un poteau, lorsque celui-ci tomba l'entraînant dans sa chute ; il se fit ainsi une fracture des deux os de l'avant-bras droit au tiers moyen. Un médecin immobilisa le membre entre deux palettes, puis à l'hôpital de Bourg on lui appliqua un plâtre en demi-flexion sur le bras ; trois semaines plus tard on enleva le plâtre. La consolidation était faite, mais les mouvements, malgré le traitement habituel, restèrent très limités. Il vint à Lyon surtout pour qu'on lui rende des mouvements de pronation et de supination qui lui sont indispensables dans sa profession (manœuvre du tourne-vis).

L'aspect du membre est légèrement déformé par une saillie sur le bord externe. A la palpation on sent du côté radial, vers le tiers moyen un cal exubérant profondément situé sous les masses musculaires. Du côté du cubitus, on trouve un cal petit, mais avec les mêmes caractéristiques.

tères. Les mouvements sont modifiés dans leur étendue, la pronation et la supination très restreintes.

La radiographie montre que les deux os sont comme articulés l'un à l'autre au niveau de la fracture : le fragment inférieur du cubitus saillant en dehors vient buter contre un ergot émané du bord interne du radius. La moitié inférieure du cubitus chevauche sur le segment supérieur en arrière de celui-ci. La diaphyse forme un angle à sinus dirigé en dedans. Le raccourcissement du cubitus est de 1 centimètre, celui du radius sensiblement égal.

Nous étions médiocrement tentés d'intervenir, appréhendant un retour offensif de l'ossification et les difficultés de raboter convenablement l'espace interosseux. Cependant un traitement par les mouvements actifs et passifs, l'électrisation, les bains, etc., n'amenant aucune amélioration, et sur les instances du malade, nous résolûmes d'intervenir directement.

Le 1^{er} mai 1906, une incision dorsale me mène sur l'espace interosseux ; par petits fragments j'enlève tout ce que je trouve de jetées osseuses intermédiaires, je rabote et exhume les deux bords se faisant face du radius et du cubitus jusqu'à ce qu'au toucher, j'eus la sensation d'un espace interosseux bien libre, et que les mouvements de supination soient devenus normaux. Tout ceci est fait en ménageant soigneusement les rameaux musculaires du nerf radial. Puis les étuis périostiques sont reconstitués, et entre les os, j'attire une lame musculaire destinée à empêcher la soudure des os avivés.

Fermeture de la plaie sans drainage. Appareil plâtré de la main à l'épaule, en extension et supination.

Le 9 mai, le plâtre est enlevé, ainsi que les fils ; réunion per primam. Quelques mouvements prudents sont imprimés aux membres.

Le 29 mai le résultat définitif paraît obtenu. Tel que vous le voyez aujourd'hui, sans être absolument normale, la supination permet à la paume de regarder directement en haut ; la pronation permet à cette même paume l'appui total sur une table. Les radiographies montrent, comme vous le pouvez constater, qu'il n'y a plus d'ossification intermédiaire et que l'espace est resté absolument libre.

Le malade se déclare très satisfait et prêt à reprendre sa profession.

Cet exemple d'intervention contre un cal interosseux a le mérite d'être rare et d'apporter une confirmation pratique aux règles toutes théoriques posées par Ollier dans son *Traité*, règles qui sont répétées dans tous nos classiques sans s'appuyer sur des observations. Mes très incomplètes recherches bibliographiques ne m'ont pas permis en effet d'en retrouver de semblables.

DE LA CASTRATION ABDOMINO-VAGINALE TOTALE DANS LE
TRAITEMENT DU CANCER DU VAGIN.

MM. BÉRARD et LERICHE. — La communication de M. le Prof. Auguste Pollosson, dans la dernière séance de la Société, nous a amenés à présenter un procédé analogue à celui qu'il a préconisé et exécuté dans le traitement du cancer du vagin. Notre intention était de remettre cette présentation à quelques mois, de façon à faire connaître en même temps les résultats éloignés obtenus par nous.

Après avoir pris connaissance de l'article où M. Imbert (dans le *Bulletin de la Société de chirurgie de Paris*) proposait le décollement préalable du vagin par la vulve, puis la castration abdominale totale, contre le cancer du vagin, il nous avait semblé qu'une telle opération pourrait être pratiquée plus facilement et plus sûrement, en commençant par les manœuvres abdominales, et en les poussant aussi loin que possible, pour terminer par l'extirpation basse du vagin.

Au début du mois de mars de cette année (7 mars), avant de connaître le plan opératoire de M. Auguste Pollosson, qui fut mis à exécution par lui au mois d'avril, nous avons eu l'occasion de réaliser notre idée dans le service de M. le Prof. Poncet.

Il s'agissait d'un cancer du vagin, développé chez une femme de 33 ans, mariée et mère de 7 enfants. La tumeur était étendue aux deux tiers supérieurs des parois du conduit : en arrière, elle descendait à 2 ou 3 centimètres de la vulve ; en avant, elle était moins étendue. Le col utérin était indemne, l'utérus mobile et le vagin lui-même mobile sur le rectum. Il n'y avait pas de ganglions perceptibles dans les fosses iliaques, ni aux orifices inguinaux. C'était donc un cas favorable à une tentative de cure radicale.

Nous nous sommes arrêtés à la technique suivante qui fut méthodiquement exécutée, après désinfection, curetage et cautérisation des bourgeons cancéreux, la veille de l'intervention :

1° Grande laparotomie médiane du pubis, à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic, la malade en position de Trendelenbourg ;

2° Ligature des deux artères hypogastriques, de façon à terminer d'un coup l'hémostase, qui devient toujours laborieuse

au fond du petit bassin, lorsqu'on sectionne le vagin après la seule ligature des utérines ;

3° Dissection des ligaments larges, des annexes et du paramètre et, avec isolement de l'urètre jusqu'à la vessie, puis dissection du vagin, qui est poussée aussi bas que possible ;

4° Section de l'isthme utérin, en tissu sain, avec le thermocautère, de façon à enlever d'abord les annexes et le corps de l'utérus, comme dans une castration subtotale ;

5° Après oblitération du moignon cervical par un surjet au catgut, ce moignon, ainsi que le dôme vaginal libérés, sont protégés par une compresse de gaz, et les manœuvres abdominales terminées par une péritonisation soigneuse du petit bassin. La paroi abdominale est suturée à trois plans ;

6° Enfin, extirpation du vagin, de bas en haut, à partir de la vulve. La moitié inférieure du conduit seule doit être alors décortiquée, la moitié supérieure ayant été libérée par l'abdomen. Pour ce dernier temps, la malade est replacée naturellement en position gynécologique.

Notre opération dura environ une heure et quart. Aucune des manœuvres ne fut particulièrement laborieuse. La dissection du paramètre se trouva facilitée par l'absence de tout envahissement ganglionnaire au voisinage des vaisseaux obturateurs et des artères hypogastriques. Quant à l'extirpation du vagin lui-même, par la voie basse, après la libération préalable de ses attaches au ligament large et à l'utérus, par la voie abdominale, elle fut d'une facilité et d'une rapidité surprenantes.

La cavité restante, après l'ablation de la compresse de gaze laissée sous le péritoine pelvien suturé, avant de fermer l'abdomen, fut partiellement comblée par quelques points de sutures latéraux au catgut, puis tamponnée et drainée par une mèche de gaze.

Les suites opératoires se passèrent très simplement. Pendant une dizaine de jours, la malade présenta de la cystite avec rétention, ainsi qu'il arrive presque fatalement lorsque la vessie a perdu son plancher vaginal. La guérison s'effectua en trois semaines ; la malade pouvait quitter l'hôpital le 27 mars.

Sans doute, la technique préconisée par M. Auguste Pollosson a, sur la nôtre, l'avantage très appréciable d'enlever en un seul bloc tous les tissus à extirper ; c'est une supériorité indéniable, puisqu'on limite au minimum les risques de récidives

par ensemencement du champ opératoire. Mais, pour que cette technique puisse être intégralement appliquée, il faut des cas relativement favorables, des tumeurs encore limitées; et même dans ces conditions, il peut être fort laborieux d'extirper tout le vagin par en haut, en vase clos, c'est-à-dire en plaçant des pinces coudées jusqu'au voisinage de la vulve. Seuls, des chirurgiens, rompus comme l'est M. Pollosson, aux ablations très larges de cancers avancés du col utérin, se laisseront tenter volontiers par de semblables difficultés. Dans notre propre cas, cette extirpation de tout le vagin par l'abdomen eût été bien aléatoire; on peut voir, en effet, sur la pièce que nous présentons, combien la tumeur s'étend près de la commissure vulvaire postérieure. D'ailleurs, il nous semble que la section de l'isthme utérin, pratiquée au thermo-cautère avant la terminaison de l'extirpation du vagin par la vulve, ne constitue un grand danger ni pour l'infection immédiate, ni pour les récurrences ultérieures.

* *

PHARYNGECTOMIE ET LARYNGECTOMIE TOTALE.

M. VALLAS présente une pièce provenant d'un malade de son service, atteint de cancer pharyngo-laryngé et sur lequel il a pratiqué l'ablation totale de ces deux organes d'après le procédé de Glück. Il passe en revue à ce sujet les différents moyens d'éviter la broncho-pneumonie. La trachéotomie préventive est rejetée par lui; c'est aussi l'avis de Glück qui fait l'extirpation du larynx en rabattant en avant larynx et trachée, celle-ci étant sectionnée et suturée immédiatement à la peau.

C'est une opération semblable qu'a pratiquée M. Vallas, mais pour des lésions cancéreuses, surtout pharyngées. Il reste une perte de substance considérable et des phénomènes gangréneux se sont produits, si bien que les fils qui fermaient en haut le cul-de-sac pharyngé ont lâché, il y a eu infection par la salive, si bien que les avantages de l'isolement de la trachée ont beaucoup diminué. L'intervention date de 17 jours.

M. VINCENT félicite M. Vallas de son opération remarquable.

M. BÉRARD demande quel est l'avenir de ces malades au point de vue fonctionnel.

M. VALLAS. — Il faut recourir à des prothèses doubles ; le larynx artificiel de M. Martin serait à utiliser, et pour le pharynx on pourrait le remplacer par un tube, comme cela se fait en Allemagne.

*
* *

ANÉVRYSME DU CREUX POPLITÉ ; ABLATION DU SAC ;
GUÉRISON.

M. LATARJET. — J'ai l'honneur de vous présenter, au nom de mon maître M. Tixier, un malade de son service qu'il a opéré le 3 juin d'un volumineux anévrisme artériel du creux poplité.

C'est un cultivateur âgé de 49 ans ; il a eu la syphilis il y a 23 ans, ne s'est pas soigné et n'a d'ailleurs jamais présenté aucun accident grave secondaire ou tertiaire ; enfin il est suspect d'éthylisme.

L'affection a débuté les premiers jours de mars 1906 ; ce malade a constaté une tumeur grosse comme une noix au niveau du jarret gauche qui le faisait souffrir pendant la marche. Cette tumeur a rapidement augmenté de volume, et trois semaines avant son entrée à l'hôpital, le malade s'est aperçu qu'elle battait.

A ce moment apparurent des douleurs spontanées dans le domaine du sciatique, en même temps que le pied et la jambe enflaient.

Un jour avant son arrivée à Lyon, un médecin l'examine, fait le diagnostic d'abcès, s'arme du bistouri et pratique une incision heureusement timide d'environ 5 à 6^m de longueur, mais suffisamment pénétrante pour qu'il s'écoule du sang. Effrayé et probablement averti du danger, il pratiqua un pansement d'ailleurs assez sommaire et dirige par chemin de fer le malade à l'Hôtel-Dieu, où il arrive sans avoir présenté rien d'alarmant.

A son entrée, nous constatons une tumeur grosse comme une orange qui fait saillir le creux poplité gauche et efface le relief losangique des muscles latéraux. A son centre siège la plaie chirurgicale par laquelle suinte une gouttelette de sang.

Les limites supérieure et inférieure sont impossibles à préciser.

Les battements et l'expansion sont évidants.

La peau, légèrement violacée, est chaude.

La jambe et le pied sont œdématisés. On ne perçoit pas les battements de la tibiale postérieure.

La température du malade est de 38°,1.

Il est mis au repos absolu, un tube d'Esmarch placé près de lui.

Deux jours après son entrée, M. Tixier pratique l'intervention. La température est à 38°,2

Anesthésie à l'éther. Tube d'Esmarch à la racine du membre.

Ligature d'attente de la fémorale à la partie supérieure de l'anneau des adducteurs. L'artère à ce niveau est normale, non dilatée, sans péri-artérite. M. Tixier utilise l'incision pour explorer avec l'index les limites et le volume de la portion fémorale de l'anévrisme. Le fil n'est pas serré. Cette ligature est destinée à parer à tout accident au cas où l'anévrisme serait diffus.

Le malade est alors couché sur le côté droit, presque sur le ventre.

Incision de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, sur une longueur de 20 centimètres environ, suivant l'axe vertical de la région.

Recherche d'un plan de clivage périanevrismal. Dans cette recherche, on se rend compte que le coup de bistouri donné par le médecin a été perforant et que le malade n'a dû son salut qu'à l'abondance des caillots.

La dissection du sac est rendue plus délicate par cette solution de continuité; cependant elle est possible et est faite systématiquement en allant de haut en bas et de la ligne médiane en dehors.

On trouve sur le côté externe de la tumeur le nerf sciatique poplité externe que l'on isole facilement de la paroi du sac. Le tronc du nerf est sillonné de vaisseaux dilatés qui lui donnent une teinte bleuâtre.

La recherche de la veine est plus difficile: celle-ci refoulée et comprimée par la tumeur se trouve à 2 centimètres au-dessous du nerf; elle est aplatie contre la paroi musculaire latérale.

Nerfs et veines étant isolés et repérés, on ouvre le sac, on le vide de ses caillots, et sur l'index introduit à son intérieur, comme dans un sac de hernie, on libère la poche de ses adhérences.

On lie la fémorale au-dessous de l'articulaire externe supérieure; on sectionne et on lie l'articulaire moyenne et les jumelles à la face inférieure du sac. Enfin, on lie la poplité à 2 centimètres au-dessus de l'anneau du soléaire.

L'articulation du genou n'a pas été ouverte.

On plaça quelques fils sur des veines. On enlève le tube d'Esmarch. Il ne se produit aucun hémorragie. Drainage par une mèche. Durée de l'opération, 1 heure.

Les suites ont été très simples. Le soir même de l'intervention, le pied est chaud, bien vascularisé, mais très douloureux. Les douleurs disparaissent vers le troisième jour. Un mois après l'opération le malade est complètement guéri.

L'histoire de ce malade est classique. Les antécédents,

éthylisme et syphilis non traitée, ne manquent pas. Les particularités intéressantes sont la première intervention dont il aurait pu être la victime et qui n'a eu aucune importance, si ce n'est d'apporter un élément infectieux qui assombrissait le pronostic de l'intervention. Malgré la température d'ailleurs légère (38°,2) l'intervention n'a été suivie d'aucun incident.

La conservation de la grande anastomotique et de l'articulaire externe, en même temps que les vaisseaux du sciatique expliquerait l'absence de troubles circulatoires après l'intervention.

Ce cas prouve une fois de plus l'excellence de l'ablation comme méthode de traitement.

M. TIXIER. — La question est actuellement jugée : la meilleure thérapeutique des anévrysmes est l'extirpation du sac. Je n'ai donc pas l'intention d'insister sur ce cas. Cependant je ferai remarquer que chez mon malade, par suite de ce coup de bistouri malheureux, il y avait infection de la région, que les probabilités étaient pour un anévrysme diffus, et cependant malgré la température constante, je n'ai eu aucune complication, ni du côté de la plaie, ni du côté de l'extrémité du membre. C'est en cela que l'observation était digne de vous être rapportée.

M. VINCENT demande si les artères collatérales étaient très développées, ce qui expliquerait le retour du sang très rapide.

M. TIXIER fait remarquer qu'il avait conservé une articulaire supérieure et une jumelle, ce qui suffisait à rétablir le cours de la circulation.

M. DURAND dit que l'extirpation réussit dans les cas les plus défavorables et rappelle un cas personnel d'anévrysme avec sphacèle du pied qui lui a donné un succès par ce mode de traitement.

*
* *

UN CAS DE RADIUS CURVUS.

M. PIOLLET (de Clermont-Ferrand). — C'est uniquement comme contribution à l'étude du radius curvus, que j'ai l'honneur de présenter à la Société l'observation suivante, accompagnée de radiographies des deux poignets.

Thérèse M..., 16 ans, de Manzat, m'est adressée par le Dr Pourtier, le

2 juin 1905. C'est une jeune fille d'assez bonne santé, mais d'aspect un peu infantile. Ses parents sont bien portants, elle a deux frères en excellente santé, et aucun membre de sa famille, à sa connaissance, n'a aux poignets de déformations semblables aux siennes.

Elle-même aurait eu une bronchite grave à l'âge de 8 mois et toussé facilement; elle a marché tard, à l'âge de 16 mois. Elle est réglée depuis un an et demi, régulièrement; elle est employée dans la boutique de sa mère qui tient une mercerie.

La déformation pour laquelle elle vient consulter a débuté vers l'âge de 12 ans par quelques douleurs dans le poignet droit; peu à peu la déviation se produisit, en même temps que les douleurs diminuaient; de telle sorte que depuis deux années elle ne souffre plus du côté droit. Par contre, il y a quelques mois qu'elle souffre du côté gauche, au niveau duquel apparaît peu à peu une déformation semblable.

Le 2 juin 1905, j'examine la malade et constate au niveau du *poignet droit* une déformation considérable donnant à la région une apparence globuleuse: le poignet n'est pas aplati d'avant en arrière comme un poignet normal. Examinant les choses de plus près, on constate une incurvation très considérable de la partie inférieure de l'avant-bras, incurvation à concavité antérieure et si marquée que le poignet paraît subluxé, la main étant reportée sur le plan antérieur à celui de l'avant-bras. La partie inférieure du cubitus et son apophyse styloïde forment une saillie considérable qui se détache de la face postéro-externe du poignet; l'apophyse styloïde du cubitus est de plus de deux centimètres plus bas que celle du radius.

A la face palmaire, les tendons fléchisseurs tendus comme des cordes de violon, font une saillie très caractéristique.

A la palpation, il est facile de se rendre compte que la déformation siège sur le radius principalement; cet os présente une incurvation antérieure localisée à son tiers inférieur et très accentuée.

Les mouvements sont normaux, sauf l'extension de la main sur l'avant-bras qui est vite limitée par la rencontre du carpe et de l'épiphysse inférieure du radius. Tous ces mouvements s'exécutent sans douleur, il n'y a aucun trouble de la sensibilité.

A gauche, on observe une déformation analogue, mais moins marquée; par contre, il y a de la douleur. Le radius présente une légère incurvation en avant, l'apophyse styloïde du cubitus fait une saillie moins considérable; enfin, l'apparence globuleuse du poignet est moins nette.

Les mouvements de flexion et d'extension modérées sont indolores, mais dès qu'on essaie de leur donner une certaine amplitude il y a de la douleur et le mouvement est arrêté par la contracture musculaire, enfin la pronation et la supination, même légères et volontaire, sont douloureuses. La malade accuse une douleur à la pression sur l'articu-

lation radio-cubitale inférieure. Toute la région du poignet est endolorie, mais on ne constate ni rougeur ni tuméfaction, ni craquements.

La mensuration comparative des deux avant-bras m'a donné les chiffres suivants :

	A droite.	A gauche.
Radius (de la tête à l'apophyse styloïde).....	20 c.	20 c. 5
Cubitus (du sommet de l'olécrâne à l'apophyse styloïde).....	22 c.	22 c.
Avant-bras et main (du sommet de l'olécrâne à l'extrémité du petit doigt).....	33 c.	36 c.

Je n'ai rien noté d'anormal du côté des bras ; les articulations des coudes ne présentant pas d'angle ouvert en dehors.

Pas de chapelet thoracique, pas de déviation vertébrale ; front normal. dentition excellente.

Aux membres inférieurs, on constate un certain degré d'œdème dur avec rougeur diffuse et endolorissement général ; il y peut-être un léger épaissement de la face interne des tibia, mais aucune déformation osseuse des cuisses, des genoux, ni des jambes.

La *radiographie* des poignets, que je dois à l'obligeance du docteur Mally, professeur à l'École de médecine de Clermont-Ferrand, montre bien cette incurvation des deux radius et surtout du radius droit.

Toute intervention étant repoussée, j'avais conseillé le port d'un appareil orthopédique analogue à celui qui est indiqué dans la thèse de Roget (Étude sur le radius curvus, thèse de Lyon, 1899), c'est-à-dire comprenant un segment pour l'avant-bras et un pour la main réunis par un ressort d'acier. Cet appareil fut exécuté pour la main gauche seulement.

J'ai eu des nouvelles de cette petite malade en décembre 1905 ; l'appareil n'a pas été porté régulièrement ; les douleurs du poignet gauche ont diminué, mais la déformation se serait accentuée, au contraire.

Si j'ai cru pouvoir présenter à la Société cette observation, qui rentre tout fait dans la description du Radius curvus de M. Gangolphe, c'est à cause de la déformation vraiment excessive du poignet droit : une photographie aurait été plus démonstrative que toute description ; malheureusement un cliché qui fut tenté ne donna rien, et je n'ai pas revu la malade. D'autre part, je remarque sur la radiographie, que la déformation porte bien sur le tiers inférieur du radius qui seul est incurvé, l'incurvation se faisant d'une

façon brusque, presque angulaire. Peut-être une ostéotomie cunéiforme eût-elle pu remédier à cet état de choses ; mais en présence de la très faible impotence fonctionnelle, je n'ai pas cru devoir insister en faveur d'une intervention qui me paraissait bien grave pour un résultat assez douteux.

*
**

HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE SUBTOTALE POUR FIBROME
UTÉRIN ENGLAVÉ AU COURS D'UNE GROSSESSE.

M. FABRE. — Il s'agit d'une multipare de 35 ans qui, au quatrième mois d'une grossesse, jusque-là normale, a présenté des accidents intestinaux graves qui ont amené son entrée à l'hôpital.

Depuis six jours elle présentait des signes d'obstruction intestinale avec rétention incomplète d'urine. Les douleurs étaient très vives et l'intensité des symptômes subjectifs poussait la malade à demander une intervention.

A l'examen, on constatait un ventre ballonné et distendu d'une façon disproportionnée avec l'âge de la grossesse ; l'utérus pouvait être perçu, son fond plus élevé qu'à la normale, remontait à l'ombilic. Au palper, on sentait à droite au niveau de la corne utérine une masse du volume d'une mandarine faisant corps avec l'utérus.

Au toucher, le cul-de-sac postérieur est rempli par une tumeur assez dure, non mobilisable, du volume d'une grosse orange paraissant se continuer avec l'utérus. Le col utérin est très élevé, on le perçoit difficilement en avant au niveau de la symphyse pelvienne.

J'élimine le diagnostic de rétroversion d'utérus gravide, malgré les symptômes urinaires et pensais au fibrome utérin enclavé dans l'excavation, implanté sur le fond de la cavité utérine. Les accidents d'obstruction et les crises douloureuses indiquaient formellement l'urgence de l'intervention. L'impossibilité de mobiliser la masse fibromateuse ne permettait pas d'espérer une ascension spontanée de la tumeur.

L'intervention, faite le 1^{er} juillet 1905, consista en une hystérectomie subtotale. Les suites opératoires furent bonnes, et

comme vous pouvez le voir, la malade est actuellement en bonne état, la cicatrice de la paroi est souple, il n'y aucune trace d'inflammation autour des fils de la suture cutanée.

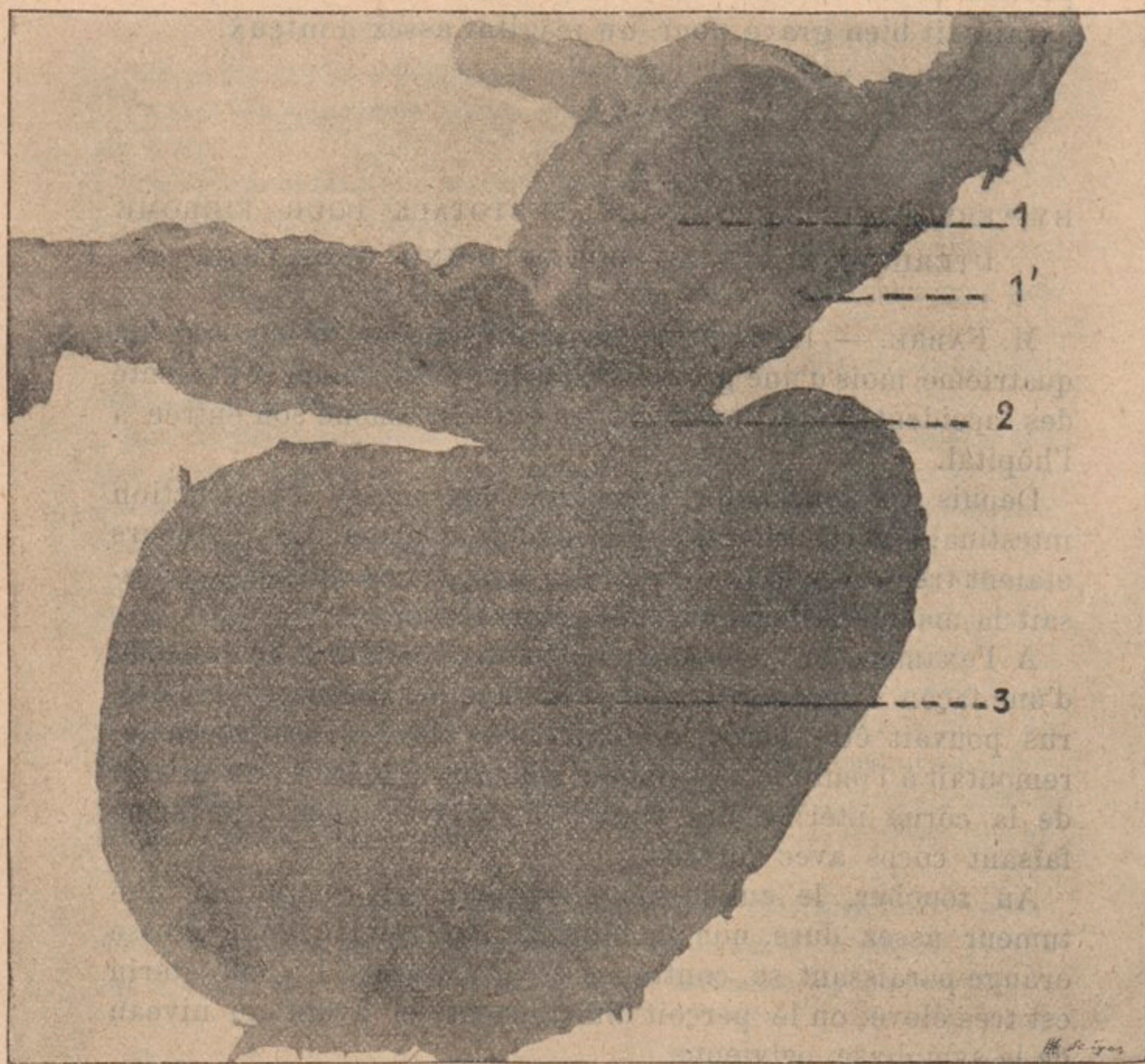


Fig. 1.

Fibrome utérin pédiculé; quatrième mois de grossesse; coupe verticale de la pièce congelée passant par le pédicule.

1, *placenta*. — 1', *paroi utérine*. — 2, *pédicule*. — 3, *fibrome*.

J'ai rejeté la myomectomie dans le cas particulier, à cause de la présence dans la corne droite d'un autre noyau fibromateux du volume d'une mandarine, et la pièce que je vous

présente montre d'ailleurs que la myomectomie eût été d'une réalisation difficile dans le cas particulier. On voit, en effet, sur la coupe de la pièce congelée (Figure 1) qu'il s'agissait d'un fibrome pédiculé prenant insertion sur une paroi utérine mince, très vasculaire, au niveau du point d'insertion du placenta. Nul doute qu'une ligature n'ait tenu difficilement sur ce pédicule, et que le voisinage de l'insertion placentaire n'ait compromis sérieusement la solidité de la ligature.

Je crois donc que l'hystérectomie subtotale ou totale était la véritable opération indiquée pour les deux raisons que je vous ai signalées : présence d'un autre gros noyau fibromateux, minceur et vascularisation extrêmes de la paroi utérine au niveau de l'insertion du pédicule.

Séance du 12 juillet 1906.

Présidence de M. VINCENT.

M. GAYET, secrétaire, lit le procès-verbal de la séance précédente qui est adopté sans rectification.

*
* *

ÉLECTION D'UN SECRÉTAIRE GÉNÉRAL.

M. VALLAS est élu à l'unanimité des membres présents.

*
* *

ÉLECTION D'UN MEMBRE CORRESPONDANT.

M. PIOLLET (de Clermont-Ferrand, est élu membre correspondant.

*
* *

A propos du procès-verbal :

SPLÉNECTOMIE.

M. VALLAS. — J'ai pratiqué la splénectomie pour splénomégalie avec issue malheureuse due à des hémorragies secondaires ; celles-ci venaient non pas du pédicule, mais des adhérences. Quant à la nature de cette grosse rate, j'avais fait par exclusion le diagnostic de rate tubercu-

leuse, mais l'examen histologique n'a pas pu m'en donner la preuve. Sur le pédicule de la rate, au niveau de la veine, il y avait une sorte de coque calcaire entourant la veine, véritable phlébite avec calcification.

M. GANGOLPHE. — J'ai observé un fait intéressant de splénomégalie dont la nature m'a paru syphilitique. C'était un enfant qui avait un ventre énorme, la rate se reconnaissait à son bord dentelé, à sa matité. Il y avait des douleurs intenses au niveau des os des membres ; si bien que je pensai à des lésions syphilitiques des os et en même temps de sa rate ; tout le système lymphoïde peut en effet être pris, et de mes recherches sur l'ostéomyélite gommeuse m'était resté le souvenir de lésions spléniques coïncidant avec les lésions de la moelle des os.

Le malade partit avec un traitement ioduré.

Je le revis trois mois plus tard extraordinairement amélioré ; il avait repris beaucoup de vigueur et son ventre avait considérablement diminué.

M. BÉRARD. — Dans mon cas, tous les signes de la maladie de Banti étaient au complet.

Le Gérant, D^r VALLAS.

Séance du 8 novembre 1906.

Présidence de M. VINCENT.

M. GAYET, secrétaire, lit le procès-verbal de la séance précédente qui est adopté sans rectification.

*
* *

ENCHONDROME DU THORAX CHEZ UN SUJET PORTEUR
D'EXOSTOSES MULTIPLES.

M. GANGOLPHE. — J'ai l'honneur de vous présenter ce malade qui vient de rentrer dans mon service pour une tumeur costale énorme. Je l'avais opéré pour la même affection il y a quinze mois, mais malheureusement la récurrence a été rapide, comme je m'y attendais d'ailleurs, et il revient décidé à une nouvelle intervention.

Voici d'ailleurs son observation un peu résumée :

Il est âgé de 26 ans et ne présente aucun antécédent personnel particulier en dehors de l'affection actuelle.

Mais on constate dans ses antécédents héréditaires que sa bisaïeule, son grand-père et son père étaient également atteints d'exostoses ostéogéniques. Autre fait curieux, cette hérédité morbide ne s'est manifestée que chez les aînés de chaque famille.

Le début de l'affection remonte à l'enfance. C'est surtout vers l'âge de 7 à 8 ans que les exostoses avaient surtout commencé à être manifestes.

La tumeur costale apparut il y a trois ans environ et se développa très rapidement. Il y a quinze mois, en effet, elle

était encore plus volumineuse qu'actuellement mais moins large. Au cours de la première intervention, il fut impossible d'enlever la totalité de la tumeur, il y avait des prolongements dans le diaphragme et vers l'abdomen que je fus obligé de laisser. Les dégâts furent d'ailleurs considérables. J'enlevai des fragments des deux côtes, larges comme la paume de la main, la plèvre fut ouverte sur une surface assez large, mais le malade n'en éprouva aucun trouble et l'anesthésie peut être reprise presque aussitôt.

Les suites avaient été excellentes, le malade était sorti le 10^e jour après son intervention.

La récurrence devint manifeste au bout de trois mois environ, et actuellement, quinze mois après son premier séjour, le malade revient avec une énorme tumeur chondromateuse qui, par son volume et son étendue, présente une gravité très grande.

Aussi me semble-t-il tout indiqué d'intervenir encore une fois sur ce malade, car la tumeur par son augmentation rapide présente un pronostic redoutable.

Quant au manuel opératoire que je me propose d'employer, il sera à peu près semblable à celui que j'ai suivi au cours de ma première intervention. J'aborderai la tumeur par sa périphérie sectionnant les côtes au ras de son bord, et l'enlèverai ensuite en un seul temps, tout en faisant mon possible pour diminuer la quantité d'air qui pénètre dans la cavité pleurale.

Néanmoins, si le pneumothorax n'est pas suffisant pour contre-indiquer l'intervention, il semble un accident bénin, il n'en est pas de même des généralisations au diaphragme qui nécessiteraient une résection de ce muscle. Je crains beaucoup pour les sutures que je serais alors obligé de faire, et je demande à la Société quelle est son avis à ce sujet?

D'autre part, ce malade est très intéressant au point de vue doctrinal par la coexistence d'exostoses ostéogéniques multiples et d'un chondrome.

Pour moi les exostoses ostéogéniques ne sont jamais infectieuses, car le fait qu'elles surviennent toujours pendant la période de croissance, qu'elles sont héréditaires, m'a depuis longtemps indiqué que l'on doit les rattacher au groupe des malformations congénitales, elles sont absolument analogues

au genu valgum, à la scoliose, au radius curvus, cubitus valgus, pied plat, luxation congénitale de la hanche, etc., comme vous m'avez entendu soutenir cette opinion bien des fois à leur sujet.

Mais quel est le rapport entre le chondrome et les exostoses ? A ce sujet, nous pouvons émettre trois hypothèses : ou bien il y a simple coïncidence, il s'agirait alors de deux affections absolument différentes survenant chez le même sujet. Ou bien cette tumeur thoracique est-elle due à la dégénérescence maligne d'une exostose primitive ? Ou encore ne s'agirait-il pas plutôt de deux affections en relation l'une avec l'autre, et ne différant que par les tissus originels, l'os et le cartilage de conjugaison pour les exostoses, les cartilages costaux pour le chondrome ? C'est plutôt vers ces deux dernières hypothèses que nous pencherions le plus, elles sont d'ailleurs en rapport avec les théories que nous avons toujours professées.

M. DURAND. -- A propos de la première intervention demande si la résection large des côtes n'a pas entraîné des accidents respiratoires graves.

M. GANGOLPHE répond qu'au moment de la résection costale et de la brèche intrathoracique, il n'a rien constaté d'alarmant.

M. BÉRARD. — L'hypothèse émise par M. GANGOLPHE de la transformation possible d'exostoses ostéogéniques banales en tumeurs malignes du squelette, a été discutée et volontiers admise à propos de certains chondromes malins et d'ostéomes ou ostéo-sarcomes périostiques.

Au mois de février dernier, j'ai fait présenter à la Société de médecine une jeune malade qui avait déjà été observée par M. Villard en 1904, alors qu'elle avait déjà plus d'une centaine d'exostoses ostéogéniques, quelques-unes volumineuses, mais sans qu'aucune fut assez gênante pour commander son extirpation. En dix-huit mois, deux de ces exostoses, l'une siégeant sur le condyle interne du fémur droit; l'autre sur la tête du péroné du même côté, avaient acquis le volume d'une mandarine, s'étaient ramollies, étaient devenues plus transparentes à la radioscopie, et déterminaient une gêne notable de la marche. Pour cette raison, j'extirpais l'exostose du condyle, qui affleurait en bas le cul-de-sac synovial du genou ; la surface d'implantation sur le fémur était circonscrite par une mince circonférence de tissu osseux résistant ; mais au centre se trouvait une bouillie sanguinolente, semée de blocs hyalins de cartilage jeune, qui, par places, perforait la coque osseuse. Le diagnostic histologique fut celui d'enchondrome à évolution rapide, avec

possibilité de récurrence sur place. Je n'ai pas encore revu la malade qui avait quitté l'hôpital, marchant plus facilement, au bout d'un mois et demi.

Quant aux risques du pneumothorax opératoire, qui ont été envisagés cependant par M. Gangolphe, peut-être ne sont-ils pas très à redouter comme conséquences immédiates (syncope) ou éloignées, chez un sujet jeune dont les deux poumons sont sains.

L'an dernier à la Croix-Rousse, M. Devic me fit opérer un malade porteur d'une volumineuse collection sous-phrénique qui avait fortement refoulé le diaphragme. L'incision faite dans le 9^e espace, au point que l'on m'avait indiqué d'après les données de l'auscultation, me conduisit d'abord dans la plèvre, non cloisonnée. Le poumon s'affaissa aussitôt complètement; je plaçai une compresse de gaze dans l'ouverture; le malade eut une légère dyspnée, et l'opération put être terminée sans autre incident.

M. DESTOT fait remarquer que les craintes de pneumothorax sont peut être exagérées et que les accidents opératoires doivent être surtout en rapport avec le plus ou moins d'intégrité du parenchyme.

*
**

PRÉSENTATION D'UN APPAREIL DE MARCHE, DESTINÉ A
COMPENSER ET A DISSIMULER LES RACCOURCISSEMENTS
CONSIDÉRABLES DU MEMBRE INFÉRIEUR.

M. VIGNARD présente un jeune homme de dix-huit ans⁷ porteur d'une luxation congénitale de la hanche non traitée. Actuellement, le membre inférieur présente un raccourcissement de 7 cent. 1/2, entraînant une boiterie considérable accompagné du déhanchement classique.

Le raccourcissement était fort mal compensé par un soulier à talon élevé et très disgracieux et d'autre part par la position d'équinisme que prend naturellement le pied d'un membre raccourci. Mais cette position est très fatigante et ne permet pas une marche soutenue.

Le soulier orthopédique qu'il porte remédie à la plupart des inconvénients de cette situation; grâce à lui le pied est soutenu dans toute sa longueur, malgré qu'il conserve sa position d'équinisme: l'appui se fait non seulement sous la tête des

métatarsiens, mais aussi sous le talon et sous la face plantaire, du moins en partie.

Extérieurement, rien n'apparaît, il semble que le malade ait un soulier ordinaire. Au point de vue fonctionnel le résultat n'est pas moins bon qu'au point de vue esthétique. La boiterie est à peine sensible, il reste un peu de déhanchement à peine perceptible, le malade fait des marches longues et pénibles; il a pu récemment accomplir un trajet de 20 kilomètres.

*
* *

SUR DEUX CAS D'ÉPILEPSIE JACKSONNIENNE.

M. DURAND. — J'ai eu l'occasion de trépaner cette année dans mon service deux malades atteints d'épilepsie jacksonienne à la suite d'un coup de feu pour l'un, d'une méningite pour l'autre, et je désire vous rapporter ces deux observations.

OBSERVATION I.

Épilepsie jacksonienne à la suite d'un coup de feu par carabine Flaubert dans la région frontale; balle intra-cérébrale; détermination et extraction de la balle; kyste post-traumatique.

Au commencement de septembre 1903, un enfant de dix ans reçut accidentellement une balle de carabine Flaubert dans la région frontale droite. Il présenta peu après une hémiplegie gauche, surtout marquée au membre supérieur, mais atteignant le facial, il y aurait eu déviation des deux yeux vers la droite. La mère de l'enfant dit que la plaie a été nettoyée, débarrassée d'esquilles et d'un petit fragment de plomb. Il entra à ce moment dans le service, alors aux mains de M. Tixier qui vit peu à peu s'améliorer les fonctions et n'eut pas à intervenir.

En janvier 1906, il entra de nouveau à Saint-Pothin pour des crises dont la première s'est produite en septembre 1905, deux ans après l'accident. Ce fut une chute brusque avec perte de connaissance, sans cri ni aura. Les yeux se convulsèrent en haut, les membres s'agitèrent en secousses toniques, pas d'émission d'urine. La crise dura cinq minutes, fut suivie d'un peu d'hébétude, sans paralysie. Deuxième crise en janvier, puis trois nouvelles crises ces dix derniers jours.

A l'entrée, les crises sont annoncées par une aura motrice avec sensation de striction dans le bras gauche: il y a flexion forcée du coude, rien à la main ni à l'épaule. Il se produit ensuite un vertige, puis la chute

lente perçue par le malade. Les mouvements toniques débutent par le bras gauche, puis se généralisent au membre inférieur, à la face et rapidement à tout le corps. Pas d'incontinence, pas d'obnubilation consécutive.

Le malade prit ainsi plusieurs crises, bien observées par les sœurs du service. Je le soumis à la radioscopie et trouvai non sans étonnement, dans la région occipitale une tache ronde qui ne pouvait être due qu'au projectile. Ce projectile se trouvait dans la substance cérébrale à une certaine distance du crâne. Cette hypothèse fut vite confirmée.

Dès lors, l'état jacksonien pouvait être rapporté soit à la présence de la balle, soit aux lésions qu'elle avait déterminées sur le cerveau dans son long trajet depuis son entrée à la bosse frontale jusqu'à son siège près de la protubérance occipitale.

Je pensai d'abord à enlever la balle et demandai les secours de la radiographie. Comme nous ne possédons pas de compas spécial, il fallut avoir recours à des procédés moins parfaits. M. Destot la détermina d'abord en prenant plusieurs images successives, la source lumineuse étant déplacée à chaque fois. M. Auguste Lumière, que cette question avait intéressé, voulut bien ensuite nous prêter le concours de ses connaissances et de son ingéniosité. Il opéra de deux manières dont je regrette de ne pouvoir vous rappeler ici tout le détail : groupant d'abord les données d'un grand nombre de radiographies prises suivant des incidences différentes, il put par des constructions de géométrie dans l'espace dont je vous fais passer les épures sur cette figure, établir que la balle se trouvait à 14^{mm} de profondeur, à 10^{mm} de la ligne médiane postérieure, à une distance connue du vertex (70^{mm}) et de la protubérance occipitale.

Il contrôla ensuite ces données obtenues géométriquement par un procédé plus clinique : Le lieu présumé de la balle fut entouré d'un fil de plomb en forme de cercle, marqué sur le crâne au nitrate d'argent, et des radiographies vinrent donner les rapports de la balle avec le cercle servant de repère extérieur. Les résultats obtenus ainsi étaient entièrement superposables à ceux qu'avaient fournis les constructions géométriques. Elle coïncidaient aussi avec ceux de M. Destot.

Vous pouvez voir sur les radiographies nombreuses que M. Lumière a bien voulu faire, que la balle est bien visible et que sa détermination peut être faite avec une entière précision.

Ainsi armé, je n'avais qu'à me laisser guider par les précieuses données fournies par M. Lumière. Je trépanai dans le champ déterminé par la trace du cercle de plomb et pu extraire le petit projectile, bien petit puisqu'il ne pèse que 80 centigrammes. L'extraction fut un peu difficile parce que j'avais négligé de marquer, sur l'os même, la place du corps étranger ; je l'avais marquée sur les parties molles, qui furent déplacées au cours de l'intervention. Je m'égarai donc un peu en dehors, mais j'insiste sur ce point que je fus seul coupable, la balle était exactement au point fixé par les rayons X.

Il n'y eut pas d'incident post-opératoire et l'enfant guérit très bien. Malheureusement, les crises ne disparurent pas, et en juillet on me le ramena car il prenait une crise tous les dix jours. Je pensai alors à quelque désordre du côté de la cicatrice, je songeai notamment à un kyste post-traumatique et trépanai.

Le 18 juillet, au niveau de l'orifice d'entrée de la balle, sur le front, je trouvai rapidement une cavité kystique remplie de liquide séreux clair, large et profond de 4 à 5 centimètres, creusé au dépens des méninges et du cerveau sans qu'on puisse bien distinguer entre ces deux formations. Je drainai la poche avec une mèche.

L'état du malade fut amélioré, les crises disparurent quelques temps, mais je viens d'apprendre qu'elles ont reparu. J'ai proposé alors aux parents de traiter ce kyste, probablement reproduit, d'une façon plus énergique. Je l'ai simplement drainé, je pense l'ouvrir, réséquer le crâne plus largement et le laisser guérir par bourgeonnement, en tout cas faire une opération beaucoup plus complète.

Cette observation m'a paru intéressante à un double point de vue : 1° Ces kystes post-traumatiques, bien connus aujourd'hui sont, comme on sait, une cause fréquente de crises jacksoniennes ; 2° Les recherches si minutieuses de M. Lumière montrent avec quelle précision les rayons X peuvent déterminer le siège d'un projectile intra-cérébral et en permettre la facile extraction.

OBSERVATION II.

Méningite aiguë ancienne ; Épilepsie jacksonienne (côté droit) avec héli-parésie et héli-dyesthésie ; Large volet cutané-osseux ; Lésions méningo-encéphaliques incurables ; Guérison opératoire ; persistance des crises.

Un enfant de 12 ans, fils d'un alcoolique mort à 34 ans, a présenté à 3 ans une rougeole légère compliquée d'abord d'une affection pulmonaire qui guérit rapidement, huit jours après, environ, apparition de phénomènes d'infection générale avec signes cérébraux, délire, qui furent qualifiés de méningite aiguë. L'enfant resta trois jours sans connaissance. Quand son état s'améliora, on vit que le côté droit était hémiplégié. Il guérit, mais trois ans et demi après, présenta des crises d'épilepsie jacksonienne droite pour lesquels les parents demandent avec insistance une intervention.

Les crises débutent avec aura douloureuse du côté droit, le plus souvent au bras, d'autre fois à la jambe, sûrement à la tête. Elles sont de deux sortes : 1° Convulsions toniques localisées soit au bras, soit à la face avec participation des deux yeux ; 2° Grandes crises débutant par aura et secousses dans le côté droit ; il y a parfois mouvement giratoire

de droite à gauche, dans les grandes crises, les convulsions se généralisent et il y a perte de connaissance, écume aux lèvres, incontinence d'urine.

M. Lannois, qui avait bien voulu recevoir dans son service et examiner ce petit malade, constata que le côté droit présentait une diminution notable de la force et de l'adresse avec légère atrophie musculaire.

Il vit aussi que la sensibilité cutanée était très nettement diminuée dans toute la moitié droite du corps.

Nous n'étions guère partisan d'une intervention, mais sur les instances des parents, qui avaient usé en vain toutes les ressources de la thérapeutique médicale, nous convînmes, M. Lannois et moi, de faire une trépanation exploratrice. A cause des phénomènes sensitifs, nous résolûmes de mettre à nu, par un large volet, non seulement les circonvolutions rolandiques, mais encore tout de lobe pariétal.

J'opérai en deux temps, comme il est classique. A la fraise, je délimitai par cinq perforations un large volet osseux, avec la scie filiforme de Gigli, je réunis rapidement ces orifices, le volet put être soulevée et immédiatement réappliqué. Bien que cette manière de faire soit aujourd'hui à peu près classique, qu'il me soit permis de dire ici combien elle est commode, plus rapide que l'ancien trépan uni à la pince-gouge. La fraise creuse le premier trou en deux minutes, les autres en une minute et demie environ, la scie de Gigli est vite passée et sectionne sans peine les ponts osseux. En moins d'une demi-heure je pus terminer mon opération, y compris l'hémostase toujours longue et la suture, et mon volet avait une surface plus grande que la paume de main.

Le second temps de l'opération eut lieu dix jours plus tard. J'aurais dû opérer plus tôt, des conditions d'ordre matériel m'en empêchèrent, et je le regrette, car après 10 jours, les cheveux ont repoussé, et la plaie n'est plus aussi aseptique que si on opère quatre jours après la première séance.

La dure-mère incisée se montra dure, doublée au moins d'épaisseur, adhérente çà et là aux méninges molles, par cloisonnement de la cavité arachnoïdienne.

La dure-mère relevée, je trouvai une lésion fort intéressante :

La méninge molle présente un aspect très particulier : elle est blanchâtre, comme infiltrée de lait en couche épaisse ; à travers cette couche lactée, on ne voit pas les circonvolutions, on voit à peine des vaisseaux superficiels, seulement les plus gros, les veines paraissant dilatées. Au doigt, cette méninge est dépressible, comme une couche liquide de 1 cent. environ, et sous elle on sent le cerveau dur, irrégulier comme avec des circonvolutions étroites et peu saillantes, notablement indurées. La méninge est résistante à la pince et à la sonde cannelée, se déchire avec peine ; par une aiguille j'en retire un liquide céphalo-rachidien clair, d'aspect normal. L'examen après centrifugation a montré que ce liquide

ne contenait aucun élément cellulaire, sauf de rares globules rouges, dus évidemment au traumatisme chirurgical. Ceci est important, car il montre que cet état si spécial des méninges molles n'est pas dû à une réaction consécutive à la première intervention, le liquide, dans ce cas, eût conservé, en effet, des éléments homogènes.

Devant pareille lésion, se montrant identique dans toute la surface mise à nu, il n'y avait évidemment rien à faire, l'excision des méninges eût été plus grave qu'utile, et je dus refermer la dure-mère, réappliquer le lambeau.

Le malade prit ses crises après comme avant l'intervention, et je n'ai pu, je ne pouvais lui rendre aucun service. Cette observation n'a donc d'autre intérêt que celui d'une constatation anatomo-pathologique.

Il est assez rare qu'on ait l'occasion de voir sur le vivant des lésions anciennes résultant de méningite, et c'est à ce titre seulement que j'ai cru intéressant de vous communiquer ce fait.

M. BÉRARD. — L'usage de la fraise, de préférence au trépan, dans les crâniectomies, ou même dans les simples trépanations, est actuellement trop répandu et a été trop favorablement apprécié par tous, pour qu'il y ait encore lieu de discuter longuement les deux en parallèle entre les deux instrumentations.

Dans le dernier cas présenté par M. DURAND, l'insuccès de l'opération était malheureusement à prévoir; sans doute, le résultat n'eût pas été meilleur si l'on avait excisé la plaque de pachyméningite; cependant, puisque la lésion était mise à découvert, c'était peut-être une chance à tenter que d'essayer de la supprimer. J'ai eu pour mon propre compte deux insuccès après de larges crâniectomies chez des épileptiques, bien que chez l'un d'entre eux les crises eussent revêtu au début les apparences de l'épilepsie jacksonienne.

Chez le premier malade, étant donné que les crises persistent après la simple incision du kyste cicatriciel, je crois que je n'hésiterais pas, puisque une troisième intervention est décidée, à exciser la paroi de ce kyste. Sans doute, il paraît illogique d'enlever une cicatrice pour en faire une autre; cependant, on a déjà réuni beaucoup d'observations où l'ablation d'une cicatrice irritante du cortex, et même l'ablation plus large de la substance grise du centre intéressé, ont été suivies de la disparition totale et définitive des accidents.

M. DURAND. — Je n'ai voulu parler, dans ma communication, que des épilepsies jacksoniennes non causées par les tumeurs. Le lambeau n'est

pas soulevé par un néoplasme, il se réapplique et se soude très bien. Quand, au contraire, il y a une tumeur, il est soulevé, parfois de façon très notable, ainsi que je l'observe en ce moment sur un malade que j'ai trépané il y a quelques mois et qui est dans le service de M. Lannois.

Je n'ai nullement eu l'intention de donner comme nouvelle une technique aujourd'hui classique ; je n'ai ni inventé, ni apporté la fraise à Lyon ; je n'ai pas davantage de prétention à l'égard de la scie de Gigli, j'ai simplement voulu insister sur les facilités que donne l'association bien classique, je le répète, de ces deux instruments.

Quant à exciser un morceau des méninges altérées de mon second malade, comme le propose M. Bérard, c'était inutile et il n'y aurait certainement pas songé s'il avait vu ce qu'était la lésion.

Séance du 15 novembre 1906.

Présidence de M. VINCENT.

Le procès-verbal de la séance précédente est adopté avec les additions suivantes :

M. GANGOLPHE a pu examiner plus à loisir le malade qu'il a présenté à la dernière séance, il a vu qu'il existait dans les muscles de la paroi abdominale des indurations dues à l'extension de la tumeur dans les plans mous de la paroi abdominale.

En outre, à l'examen radioscopique, il a vu que le diaphragme était absolument immobile. Il est donc décidé à ne pas intervenir chez ce malade et il a été confirmé dans cette idée par la lecture du mémoire de Quénu, qui donne des résultats peu encourageants. La plupart des opérés sont morts immédiatement et chez les autres des récidives se sont montrées rapides.

Comme conclusion pratique, il faut opérer dès le début et très largement les tumeurs qui sont implantées sur le squelette thoracique.

*
* *

DEMI-RÉSECTION DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR.

M. VALLAS présente un petit jeune homme de 18 ans, qui portait une épulis volumineuse ayant nécessité la demi-résection du maxillaire à droite, comme il n'y avait ni généralisation, ni ganglions, M. Vallas, avec l'aide de M. Martin, a fait la prothèse immédiate. Il a conservé autant que possible la sangle musculaire ptérygo-massétélerine.

Actuellement, le masque facial est tout à fait conservé et il se sert très bien de son maxillaire artificiel.

M. MARTIN fait remarquer que le premier appareil n'est resté en place que pendant un temps très court : 14 jours, c'est donc un très joli résultat.

M. GANGOLPHE demande quelle a été l'étendue de la résection.

M. VALLAS répond que la résection a eu lieu d'une part un peu au delà de la ligne médiane, et d'autre part au-dessous du condyle qu'il laisse toujours. Il a coutume de s'arrêter dès qu'il a dépassé l'angle de la mâchoire.

*
* *

SARCOME PÉRIOSTIQUE SUPPURÉ DU TIBIA.

MM. NOVÉ-JOSSERAND et VIANNAY présentent une pièce de sarcome périostique du tibia, qui offrit, au début de son évolution, une particularité remarquable : une *suppuration en nappe* infiltrant le tissu de la tumeur, ce qui contribua à faire porter le diagnostic de lésion inflammatoire. Dans ce cas, d'ailleurs, tout concourait à donner le change : l'aspect clinique de l'affection, la radiographie qui montrait un tibia intact et pur de lignes, la constatation au cours d'une première intervention, de la présence d'un pus bien lié, dans lequel l'examen bactériologique révéla de nombreux staphylocoques.

Il s'agit d'une fillette de 12 ans, Claudia B.... (1), qui entra le 24 juillet 1906 à la Charité, dans le service de M. Nové-Josserand, pour une tuméfaction de la jambe droite.

Huit mois auparavant, un banc lui était tombé sur cette jambe. Depuis un mois elle a commencé à souffrir et depuis une semaine, ces douleurs ont augmenté d'intensité.

On constate une tuméfaction de la moitié inférieure de la jambe droite, s'arrêtant à 6 centimètres environ au-dessous de l'interligne articulaire. Cette tuméfaction offre le maximum sur la face interne du tibia, mais on la sent tout autour de l'os : en avant, en arrière et dans l'espace interosseux.

La peau est rouge et chaude, sillonnée de veines dilatées. La palpation indique une consistance ferme partout, sans fluctuation. On provoque

(1) Observation classée dans les Registres du service de Nové-Josserand, sous la rubrique : A, VI, 140.

une douleur assez vive par la pression de la région juxta-épiphysaire inférieure du tibia, bien qu'il n'y ait à ce niveau ni tuméfaction de l'os, ni œdème.

26 juillet. Depuis l'entrée de la malade dans le service, sa température n'a pas atteint 38° ; la tuméfaction a légèrement grossi et la peau est devenue plus rouge.

La radiographie montre un tibia parfaitement intact avec seulement un peu d'épaississement du périoste. Mais les contours sont respectés et l'on ne note pas le moindre changement dans sa trabéculatation. Aussi ces constatations radiographiques font-elles décidément pencher le diagnostic — hésitant jusqu'ici entre tumeur et ostéomyélite chronique — en faveur de cette dernière hypothèse.

En conséquence une intervention est décidée.

27 juillet. Incision (M. Viannay) sur le point culminant de la tuméfaction, descendant verticalement jusqu'à la région juxta-épiphysaire. La peau et le tissu cellulaire ne présentent pas trace d'infiltration. L'aponévrose d'enveloppe est tendue et soulevée, comme elle le serait par une tumeur sous-jacente.

En palpant directement ces tissus saillants, on ne perçoit toujours pas de fluctuation. Incision jusqu'à l'os : le bistouri traverse un tissu solide et ferme, ressemblant au premier abord à du tissu sarcomateux ; mais la pression fait sourdre de toutes parts, des mailles de ce tissu, du pus franc, bien lié, ayant une coloration blanchâtre qui le fait ressembler à de la colle de farine. Il s'agit en somme d'un périoste très épaissi (environ 2 centimètres), transformé en une véritable éponge purulente. On le décolle à la rugine, qui emporte de fines lamelles de substance corticale. Trépanation du tibia, ouverture du canal médullaire. On traverse un os résistant mais non éburné ; il saigne peu et les aréoles ouvertes laissent échapper quelques gouttes de pus moins abondantes que celles qui se sont écoulées à la pression du périoste.

Mèches ; drainages ; pansement.

Un échantillon de ce pus fut prélevé et envoyé à la Faculté pour l'examen bactériologique. La note suivante nous revint le surlendemain, du laboratoire de bactériologie.

« Le pus envoyé a été coloré au Gram-Nicolle ; on a constaté de petits cocci isolés gardant le Gram. En bouillon, la culture était composée de cocci isolés gardant le Gram et groupés en staphylocoques. »

Le résultat de cet examen semblait confirmer de tous points le diagnostic d'ostéomyélite. Cependant, dès le deuxième pansement, on fut frappé de l'exubérance extraordinaire des bourgeons charnus, qui, saillants entre les lèvres de la plaie, s'étaient développés à l'extérieur en une masse d'aspect sarcomateux, saignant abondamment. La région correspondante de la jambe était devenue globuleuse et avait beaucoup augmenté de volume.

Un fragment de périoste épaissi, excisé au cours de l'intervention, avait été envoyé au laboratoire d'anatomie de la Faculté, pour l'examen histologique. M. Paviot nous envoya la note suivante :

« Sans aucun doute, il s'agit d'un néoplasme. A un faible grossissement, on voit les travées périostiques dessiner des aréoles renfermant des nappes de cellules rondes. Les travées sont, à un fort grossissement, formées de fibrilles et de cellules fusiformes ; dans les aréoles, on ne voit que des cellules rondes, uniformes et semblables, presque réduites à un noyau vésiculeux.

En somme, *sarcome périostique*, certainement d'une grande malignité.»

D'ailleurs, le 25 août, l'exubérance des bourgeons partis de la plaie était devenue telle qu'il n'y avait plus de doute possible sur la nature sarcomateuse de l'affection.

L'état général s'était notablement altéré ; la température s'élevait à 39°,5 le soir ; la plaie donnait naissance à un écoulement sanieux abondant et d'odeur fétide ; chaque pansement était l'occasion d'une hémorragie profuse. Il devenait urgent de mettre fin à cet état de choses par une intervention radicale.

27 août. Désarticulation du genou (M. Viannay) par le procédé à lambeau elliptique.

12 sept. Réunion par première intention. Le jour même de l'amputation, la température est retombée à la normale. L'état général s'est, depuis, notablement amélioré et l'enfant a engraisé.

Quelques jours après, cette fillette quittait le service.

Nous avons eu hier de ses nouvelles. Jusqu'à cette dernière semaine, elle se porta parfaitement bien : elle mangeait beaucoup, nous dit-on, ne souffrait pas du tout de sa jambe opérée, ne toussait ni ne crachait ; de plus, on n'a jamais remarqué qu'elle fût essoufflée.

Depuis quelques jours, la petite malade est énervée, a perdu l'appétit et se plaint de douleurs aiguës dans les reins, le ventre et les épaules. Son entourage a mis tout cela sur le compte de la grippe ; en réalité, bien que ces phénomènes soient un peu inquiétants, ils n'indiquent pas encore nettement l'existence d'une récurrence ou d'une généralisation.

Celle-ci n'est malheureusement que trop probable. Mais ce n'est pas sur le résultat thérapeutique que nous voulons insister. C'est sur la *coexistence d'un ostéosarcome et d'une suppuration à staphylocoque*, au sein même de la tumeur, en l'absence de toute ulcération de la peau et de toute porte d'entrée appréciable, à une époque très rapprochée du début de l'ostéosarcome.

Nous insisterons encore sur l'intégrité en apparence complète, sur l'épreuve radiographique, du tibia englobé de toutes parts dans un sarcome périostique. C'est principalement sur cette radiographie négative que l'on se basa pour rejeter le diagnostic de sarcome et admettre l'hypothèse d'une ostéomyélite. Au cours de la première intervention, l'aspect un peu suspect du périoste épaissi éveilla de nouveau l'idée d'une tumeur; mais la présence du pus fit de nouveau et à tort conclure à une ostéomyélite, jusqu'à ce que les progrès rapides de la tumeur, que l'on voyait de jour en jour pousser pour ainsi dire à vue d'œil, fussent venus — conjointement au résultat de l'examen histologique — nous fixer définitivement sur la véritable nature du mal.

M. GANGOLPHE a vu un fait absolument identique. Il s'agissait d'un malade à propos duquel il fit le diagnostic de sarcome après avoir hésité en faveur de l'ostéomyélite. Avant l'amputation, qui avait été proposée et acceptée, l'incision de la tumeur nous mena en plein abcès, et ce n'est qu'au-dessous qu'on trouva le tissu caractéristique du sarcome.

M. ALBERTIN cite un cas analogue.

M. DURAND fait remarquer que sur la radiographie l'os paraît sain, ce qui permet d'éliminer formellement le diagnostic d'ostéomyélite chronique et de faire le diagnostic de tumeur. Il a eu l'occasion d'opérer dans son service une femme porteuse d'une tumeur du cubitus, d'origine périostique; sur la radiographie, le contour de l'os était absolument respecté, ainsi que sa trabéculatation. Il s'agissait d'un sarcome à type fibroïde; l'amputation ne sauva pas la malade, morte huit mois après de généralisation pulmonaire sans récurrence locale.

*
* *

PESSAIRE QUADRANGULAIRE A BORDS EXCAVÉS EN ALUMINIUM.

M. VINCENT présente un nouveau pessaire de forme carrée et fait en aluminium plein. Ce pessaire est imité de celui d'Hoffmann. Le « *Hoffmann's perfected anatomical pelvic pessary* », avec ses côtés excavés, a la prétention de moins gêner le rectum et la vessie et de prendre un point d'appui sur les branches ascendantes du pubis. Il a donné en Amérique et en

Angleterre généralement plus de satisfaction que les autres systèmes « *universal satisfaction more to than any others* ».

Il est fait en liège ou en bois de frêne vernis ou en caoutchouc insufflable. « *It is mod of soft elastic rubber, containing neither zinc nor lead hallow and inflated with air* », ou en caoutchouc dur, en vulcanite.

M. Vincent a adopté ce genre de pessaire pour les cas où les autres pessaires : Dumonpallier, Hodge et autres ne sont pas tolérés ou ne remplissent pas le but. Il en a toujours été satisfaisait chez les femmes dont les organes distendus ou déchirés par de nombreuses grossesses ne soutiennent plus l'utérus, et qui ont une procidence de la matrice compliquée de rectocèle ou de cystocèle. Le prix élevé de ce pessaire anatomique l'a forcé à chercher à le modifier dans sa composition, et son volume qui en rend l'introduction laborieuse à en modifier la forme : il a réduit l'épaisseur du Hoffmann, supprimé sa partie postérieure qui doit combattre la rétroversion.

Dans les cas où M. Vincent l'emploie, il n'a pas à chercher le résultat, mais uniquement à empêcher la procidence de l'utérus en masse, l'issue de la vessie et du rectum. La boucle qu'il a fait construire prend par ses angles arrondis point d'appui sur les branches ascendantes du pubis, par ses côtés excavés, elle ne comprime ni le rectum ni la vessie. Elle ne peut blesser comme le font les Gimblettes de gros volume ou les anneaux qui distendent fortement les culs-de-sac vaginaux, elle est légère de poids et permet par ses côtés excavés un lavage complet en avant comme au delà des parties sur lesquelles elle repose.

En faisant ressortir les avantages de ce pessaire carré en aluminium, M. Vincent n'a pas la prétention de vouloir le faire substituer à tous les autres, ni de le donner comme devant rendre inutile les opérations de périnéorrhaphie et de fixation de l'utérus procident. Il y a, et il y aura toujours des cas extrêmes, où l'intervention chirurgicale s'imposera.

Séance du 22 novembre 1906.

Présidence de M. VINCENT.

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

A propos du procès-verbal :

M. GANGOLPHE donne des renseignements complémentaires sur les exostoses ostéogéniques, sur leur hérédité et sur leur caractères d'anomalies congénitales. Il présente la photographie d'une malade de Lewen qui offre les plus grandes analogies avec lui qu'il avait montré à la Société de chirurgie dans la séance du 8 novembre.

M. NOVÉ-JOSSERAND, à propos de la communication de M. Bérard, fait remarquer qu'il a autrefois au cours d'une intervention ouvert la fémorale. Il fit une suture latérale qui donna un bon résultat.

M. DESTOT, à propos de la radiographie présentée par MM. VIANNAY et NOVÉ-JOSSERAND, fait remarquer que le seul fait de trouver sur un membre une tumeur volumineuse sans que la radiographie montre quelque chose, doit faire penser d'emblée à un sarcome.

L'ostéomyélite montre toujours un remaniement de la trabéculatation, tandis que très souvent le sarcome ne se manifeste sur la radiographie par rien d'apparent.

D'autrefois, au contraire, la radiographie montre des modifications, des géodes, qui doivent faire penser plutôt au sarcome qu'à l'ostéomyélite.

* * *

PSEUDARTHROSE CONGÉNITALE.

M. NOVÉ-JOSSERAND présente une fillette de 10 ans qu'il a soignée pour une pseudarthrose congénitale.

Cette enfant, chez qui on avait remarqué dès l'âge de trois mois, une petite courbure de la jambe, se fit, à huit mois, une fracture spontanée de ce membre. Cette fracture ne fut pas soignée, et l'enfant entra à la Charité à l'âge de 4 ans avec une pseudarthrose flottante des deux os de la jambe. L'avivement des fragments suivi de suture et d'immobilisation prolongée n'ayant donné aucun résultat, on appliqua un appareil de prothèse interne de Martin qui fut bien toléré pendant trois ans, conserva au membre une forme assez bonne, mais la consolidation ne se fit point.

On fit alors à l'exemple d'un auteur, la transplantation sur le foyer de la fracture d'un lambeau ostéo-périostéo-cutané prélevé sur le tibia du côté opposé, et laissé en rapport avec son point d'origine par un de ses côtés pendant les premiers jours, suivant la méthode de la greffe italienne. Ce transplant a vécu et il s'est soudé avec les deux fragments correspondants du tibia.

Les radiographies successives montrent qu'il s'est épaissi, et qu'il tend de plus en plus à remplacer la portion du tibia qui manquait au niveau de la pseudarthrose. Aujourd'hui la consolidation paraît complète, l'enfant marche sans appareil, malgré un raccourcissement de 7 centimètres, dû au chevauchement des fragments avant l'application de la greffe.

(L'observation sera publiée intégralement).

M. GANGOLPHE. — L'observation de M. Nové-Josserand est très intéressante, et M. Gangolphe se rappelle un malade qui offre avec la petite fille qui vient d'être présentée certaines analogies. Il s'agissait d'un jeune enfant porteur d'une pseudarthrose à la suite d'une fracture du fémur, par fragilité probablement exagérée de cet os.

Il avait eu l'intention de faire une transplantation d'un segment du péroné pour obtenir une greffe osseuse véritable.

L'interposition de chevilles d'ivoire donna un résultat très satisfaisant et complet actuellement.

M. VIGNARD. — L'observation de M. Nové-Josserand me remet en

mémoire un cas analogue publié par M. CURTILLET, où dans un cas d'ostéomyélite du tibia avec fracture et pseudarthrose consécutive, il emprunta un fragment de péroné hypertrophié pour le glisser dans le foyer inflammatoire et pseudarthrosé. Le résultat fut excellent.

Serait-il possible de pousser la chose plus loin et de prendre la totalité du péroné.

M. NOVÉ-JOSSERAND a eu l'occasion de substituer la totalité du péroné au tibia dans un cas d'absence congénitale du tibia. Il fit glisser le péroné à sa place, l'implanta dans le calcanéum en bas après résection de l'astragale et en haut dans le fémur.

Il est incontestable que le péroné peut suppléer complètement le tibia, et il est même curieux de voir que le péroné s'hypertrophie et s'accommode aux nouvelles fonctions qui lui sont demandées. Ce qu'il a présenté n'a rien de comparable, c'est une véritable greffe italienne.

M. GANGOLPHE fait remarquer qu'il vaut souvent mieux prendre le segment osseux ailleuis qu'en face du foyer de pseudarthrose, en raison de la fragilité souvent accusée de l'os. Il ajoute que le seul péroné peut être insuffisant quand il s'agit d'un poids supérieur à 60 kilogs.

*
* *

ÉNORME TUMEUR A TISSUS MULTIPLES SOUS-MÉSENTÉRIQUES; EXTIRPATION; PLAIE LATÉRALE DE L'AORTE ABDOMINALE RÉPARÉE PAR ENFOUISSEMENT DES BORDS, APRÈS LIGATURE TEMPORAIRE DU VAISSEAU.

MM. BÉRARD et CAVAILLON. — Les opérations pour tumeurs solides du mésentère, tout en étant publiées aujourd'hui au nombre d'une cinquantaine, présentent encore un intérêt suffisant pour que nous ayons désiré rapporter à la Société de chirurgie ce cas d'extirpation d'une volumineuse tumeur fibro-lipo-myxomateuse avec kyste disséminé dans son épaisseur. Elle siégeait en plein mésentère, au contact de l'aorte abdominale et de la troisième portion du duodénum. L'ablation déjà laborieuse du fait même du poids de la tumeur (11 kilos) fut accidentée par l'arrachement d'une collatérale se détachant de la face antérieure de l'aorte, au ras même du vaisseau. Il fallut, pour oblitérer cette perte de substance, assurer momentanément l'hémostase par une ligature temporaire de l'aorte, de

façon à utiliser les éléments de la paroi du vaisseau pour rétablir sa continuité.

OBSERVATION.

V. M..., 60 ans, alcoolique avérée, avec épipuitte matutinale et nausées depuis longtemps, se plaignait depuis un an de troubles digestifs plus marqués, tels que de la diarrhée pendant des périodes de plusieurs semaines, suivies de périodes de constipation avec ballonnement et tympanisme. Depuis dix mois, le ventre avait grossi peu à peu, d'abord dans la région ombilicale, puis avec une distension à peu près uniforme de l'abdomen, sans que pourtant les troubles digestifs se fussent accrus en proportion du volume de la tuméfaction.

A son entrée dans le service de M. Chatin, à l'hôpital de la Croix-Rousse, cette femme amaigrie, mais au visage encore coloré, sans œdème des malléoles, avec un tour de taille de 117 centimètres, présentait les signes d'un gros kyste de l'ovaire. La région ombilicale, soulevée par une énorme tumeur tendue, fluctuante en certains points, était mate, les flancs sonores. Le toucher révélait un utérus normal, abaissé en rétroversion, les annexes ne pouvaient pas être délimitées ; les autres viscères ne donnaient lieu à aucun signe particulier dans l'examen.

Il n'y avait ni sucre ni albumine dans les urines. Rien à l'appareil circulatoire, sinon un peu de tachycardie et de dyspnée d'effort avec de la sclérose des artères périphériques.

De concert avec M. Chatin, nous décidâmes une intervention qui fut pratiquée dans le service de M. Bérard, le 31 octobre dernier. Une longue incision médiane sous-ombilicale conduisit sur une masse solide incluse entre deux feuillets péritonéaux. La ponction ne nous paraissant pas devoir notablement diminuer son volume, nous décidâmes de l'enlever en masse en agrandissant l'incision jusqu'à l'appendice xiphoïde. Il fut facile de constater alors que cette tumeur, encerclée de toute part, par les trois portions du côlon et la fin de l'iléon provenait de la région prévertébrale, au niveau de l'insertion du mésentère. Il fut possible, quoique laborieux, de l'énucléer jusqu'au delà de sa plus grande circonférence, sans lier d'autres vaisseaux que d'assez larges sinus veineux et quelques artérioles.

Dans la profondeur, la décortication semblait se poursuivre facilement profond quand tout à coup, l'énorme masse ayant basculé, un petit pédicule se déchira et un jet de sang rouge jaillit hors du ventre sous une forte pression. Le champ opératoire fut subitement inondé, le sang bouillonne malgré les gros tampons avec lesquels on s'efforçait de comprimer le vaisseau qui saignait. Immédiatement, M. Bérard met une pince languette sur un gros vaisseau qui avait été aperçu contre la colonne vertébrale avant cet incident. L'hémorragie s'arrête. L'ablation de la tumeur est rapidement terminée. On se rend compte alors après

détersion des caillots que le gros vaisseau dénudé n'est autre que l'aorte abdominale, immédiatement au-dessous du coude duodénaux inférieur. De façon à ne pas compromettre la vitalité des parois saisies entre les pinces, un très gros fil de soie est passé autour de l'aorte au-dessus des pinces. Une ligature juste suffisante pour arrêter le cours du sang est faite. La plaie latérale de l'artère qui a donné lieu à l'hémorragie provient de l'arrachement, au ras du vaisseau, d'un petit rameau du calibre environ d'une tête d'épingle en verre. Quelques bribes de l'implantation de cette branche et de l'adventice même de l'aorte semblent pouvoir fournir les éléments d'une ligature latérale ; ces bribes sont réunies sous une ligature de soie fine ; la ligature de l'aorte est desserrée, immédiatement le sang jaillit à nouveau ; on resserre donc la ligature de l'aorte, on prend de nouveau, avec une soie fine, tous les débris de paroi qui ont servi à la première tentative d'oblitération, après avoir établi, au préalable, sur elle une certaine traction avec une pince hémostatique à mors plat ; et, par-dessus cette première ligature, faite à deux tours de fil, sont ramenés dans une seconde ligature tous les fragments voisins de l'adventice de l'aorte et du tissu conjonctif qui engaine le vaisseau ; c'est donc une ligature latérale en bourse à deux plans qui a été réalisée, grâce à la flaccidité du vaisseau dans lequel le cours du sang a été interrompu. Pendant quelques minutes encore, on maintient la ligature temporaire de l'aorte ; puis on la desserre lentement et progressivement, de façon à n'enlever le fil d'attente qu'au bout de dix minutes environ. Cette fois la plaie latérale est fermée. La paroi ne bombe pas à ce niveau ; on recouvre le vaisseau de larges compresses et l'on procède à l'ablation d'un lobe aberrant de la tumeur, infiltré du côté du duodénum. On arrive ainsi à dénuder la portion montante de l'*u* duodénaux, en rasant ses fibres musculaires longitudinales. L'inspection de la zone d'implantation de la tumeur permet de constater :

1° Que cette zone correspond à l'insertion du mésentère au-devant de la colonne vertébrale depuis l'angle duodéno-jéjunaux jusqu'à la terminaison de l'aorte, dont on voit nettement la bifurcation.

Avec le duodénum, l'aorte est dénudée sur une hauteur de 8 centimètres environ. Elle ne formait sur cet espace aucun autre rameau par ses parois visibles que celui qui a été arraché au cours de l'opération.

Toute la cavité péritonéale est asséchée du sang qui a coulé dans le flanc gauche et dans le Douglas (la malade était en position légèrement inversée). On se rend compte alors qu'une seule chance de guérison reste à la malade : c'est de péritoniser la totalité de cette perte de substance profonde pour éviter une ulcération secondaire de l'aorte ou une fistule du duodénum. Cette péritonisation est facile, grâce à la distension énorme dont le mésentère avait été l'objet. La cavité péritonéale est ainsi reconstituée en sa totalité ; la paroi abdominale suturée à trois plans.

Les suites opératoires ont été extrêmement simples. La réunion s'est

faite par première intention. Le 22 novembre, la malade peut être considérée comme guérie. Elle n'a présenté, comme incident opératoire, qu'un peu de diarrhée pendant les huit jours qui ont suivi l'intervention ; aucun trouble dans la circulation des membres inférieurs. Le pouls fémoral est perceptible, également bien frappé des deux côtés, peut être cependant avec une tension un peu au-dessous de la normale.

La tumeur que nous vous présentons pèse 12 kilos. Ainsi qu'on peut le voir, elle se trouvait incluse dans la racine mésentérique selon la moitié postérieure de la surface. Tapiée d'un péritoine épaissi dans sa moitié antérieure, solide par places, molle en d'autres points, fluctuante ailleurs ; elle se montre à la coupe creusée de géodes d'une capacité variable, les unes pleines de liquides sanguinolents, la plupart occupées par un liquide crémeux café au lait, sans production pileuse ou cutanée. Il doit s'agir d'un fibro-myxo-lipome kystique ou plutôt d'une tumeur à tissus multiples ; l'examen histologique sera fait par le détail.

Cette observation nous suggère les réflexions suivantes :

1° De telles tumeurs dans la région mésentérique doivent être classées non pas comme on l'a fait jusqu'ici dans les tumeurs du mésentère, mais bien probablement parmi les tumeurs rétro-péritonéales développées autour de l'aorte aux dépens du corps de Wolf. C'est là plus qu'une hypothèse ; cette opinion a été émise dans des travaux récents de Teller et Robemann (1904). L'an dernier l'un de nous avait dans son service observé une tumeur analogue, qui était un fibromyome avec généralisation dans un lobe du poumon, et qui englobait dans ses points d'attache l'uretère droit, la veine cave inférieure et l'aorte. L'extirpation en avait été tentée, mais avait dû être arrêtée après la constatation de ses adhérences intimes, dont le détail n'avait pu être fixé qu'à l'autopsie, quatre mois plus tard.

2° L'oblitération que nous avons pu réaliser d'un arrachement latéral de l'aorte n'est pas moins intéressante.

C'est la première fois, croyons-nous, qu'un tel résultat est obtenu sur ce vaisseau. Sans doute, nous aurions pu nous borner, ainsi que nous l'aurions fait en désespoir de cause, à la ligature définitive de l'aorte, en laissant définitivement à demeure le fil d'attente ; mais nous connaissons le pronostic de ces ligatures et nous avons voulu tenter une dernière chance. Grâce à l'hémostase préalable du gros conduit artériel, les parois devirent assez flasques pour permettre la traction et la production d'un petit cône artériel latéral entre

le mors de la pince hémostatique. Par dessus ce cône il fut possible de plisser l'adventice et de faire la suture en bourse pour renforcer la ligature, sans cependant réduire notablement le calibre du vaisseau. La précaution qui fut prise ensuite d'attendre quelques minutes et de ne permettre que progressivement l'arrivée du sang, ne fut, sans doute, pas étrangère au bon résultat définitif.

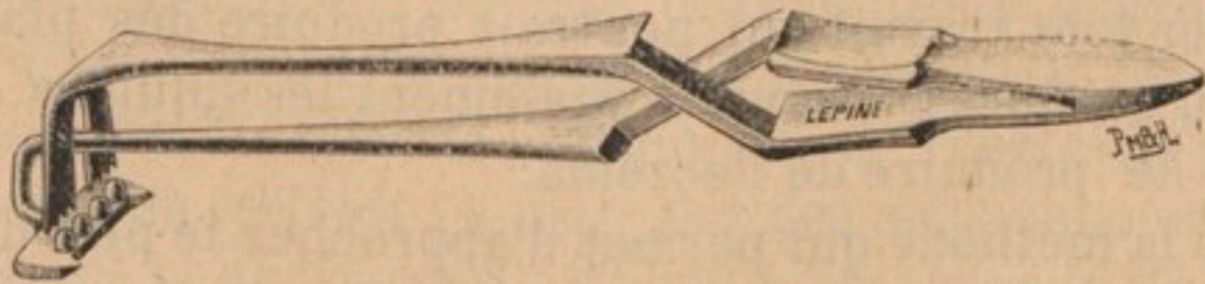
Si nous n'avons pas tenté la *suture latérale à l'aiguille*, c'est que nous n'avions pas d'instrument assez fin pour être sûr de faire des points non perforants et que, dans ces conditions, la ligature par froncement latéral nous paraissait moins compromettre la solidité des parois latérales.

Faut-il prévoir une ectasie ultérieure à ce niveau? Au bout de 15 jours, rien ne nous le fait encore craindre, et si pendant les 48 heures qui suivirent l'opération, nous redoutâmes l'alerte d'une hémorragie interne foudroyante, actuellement il nous semble que l'aorte cicatrisée doublée de la couche séro-adipeuse du péritoine ramenée sur elle peut échapper à l'anévrysme mécanique.

*
* *

PINCE A BORDAGE DES INCISIONS ABDOMINALES.

M. ALBERTIN. — Je vous présente une pince destinée à maintenir les compresses placées en bordure sur l'incision abdominale pour éviter le contact de la peau.



Cette pince est celle de Houzel, à laquelle j'ai apporté quelques modifications. J'ai remplacé les anneaux qui étaient gênants par un manche plat avec le ressort de la pince à pression continue.

En outre, j'ai fait modifier le bord libre du plateau appelé à s'insinuer sous la peau dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Ce plateau porte aux deux extrémités de son bord libre deux pointes acérées destinées à bien fixer la pointe sous la peau, à l'empêcher de déraper. A l'usage, cette pince m'a paru très utile, elle maintient très bien les compresses de gaze étalées en bordure et destinées à recouvrir le bord libre de l'incision cutanée. Elles ne font aucune saillie sur les côtés de l'incision et ne gênent en rien l'opérateur. La pression douce et continue qui s'exerce ne produit aucun traumatisme préjudiciable au tégument.

*
* *

ASEPSIE CHIRURGICALE. — a) GANTS DE CAOUTCHOUC ET GANTS DE FIL. — b) ARROSOIR CHIRURGICAL.

M. Robert SOREL (de Dijon) :

A. — Les multiples expériences qui ont été faites, dont les conclusions sont résumées et confirmées par de nouvelles expériences dans les travaux de V. Mestral (1) et Reverdin et Massol (2) ont montré, qu'il est impossible de désinfecter les mains d'une façon absolue.

La clinique et l'expérimentation ont prouvé que l'infection des mains par des microbes pathogènes avait sa source dans les plaies.

L'on sait également qu'une plaie infectée est impossible à désinfecter.

De ces études on doit conclure :

1° Que le chirurgien doit éviter d'abîmer ses mains et surtout éviter tout travail qui pourrait produire des plaies, écorchures ou éraflures, et éviter également les liquides chimiques capables de produire de l'eczéma.

2° Que la méthode qui permet d'approcher le plus de l'asepsie est le lavage mécanique avec de l'eau, des brosses et du savon stériles.

3° Que le chirurgien doit éviter de toucher les plaies.

(1) D^r MESTRAL (de Lausanne). *Archives provinciales de chirurgie*, juin 1906, page 335.

(2) REVERDIN et MASSOL. *Revue médicale de la Suisse romande*, janvier 1905.

1° Il me semble de toute évidence que le chirurgien qui travaille avec ses mains doit soigner le meilleur instrument qu'il a à sa disposition. Aussi il doit éviter avec un soin particulier de toucher à tout objet qui est sale ; il doit ne pas se livrer à des travaux qui exposent aux blessures. S'il est automobiliste, par exemple, il ne doit jamais toucher à sa machine et faire le mécanicien lui-même pour réparer ses pannes. Enfin, il doit éviter tout ce qui est susceptible d'amener sinon une maladie de la peau, tout au moins une irritation ou un épaissement de croûtes épidermiques avec sillon.

C'est-à-dire qu'il doit avec un soin jaloux préserver sa peau en ne plongeant pas sa main dans des liquides chimiques, il doit fuir les *antiseptiques* comme fort dangereux à ce point de vue. Pour éviter toute souillure, je conseille au chirurgien de sortir toujours ganté.

2° Avant toute opération ou pansement il suffira qu'il se lave les mains avec de l'eau stérile, du savon stérile et des brosses stériles, en ayant soin de n'ajouter aucun liquide antiseptique. Après un pansement le plus simple et le plus sûr est de se rincer sur un assez fort courant d'eau.

3° La troisième conclusion est aussi importante pour la conservation des mains du chirurgien que pour la prompte guérison des plaies. Je soatiens que d'après mon expérience clinique et d'après l'expérience acquise dans les laboratoires qu'une plaie guérit d'autant plus vite qu'elle est moins irritée. Aussi il faut que les chirurgiens s'entraînent à ne pas à chaque instant irriter les plaies sous prétexte de les corriger, de les laver, de les désinfecter ; il ne faut pas gêner le travail physiologique de réparation par des interventions inopportunes. A l'hôpital Pasteur du Havre, dans mon service où je soignais un grand nombre de blessés plus ou moins infectés, j'ai constaté que moins on irrivait la plaie par des attouchements, plus vite on obtenait la guérison. Il est bon qu'on prenne l'habitude, quand une intervention est jugée nécessaire, ablation d'un point de suture, débridement, etc., de la faire avec des instruments.

Malgré tout cet entraînement on est encore exposé à se souiller les mains. Aussi je considère comme très importante l'introduction des gants de caoutchouc dans la pratique chirurgicale. Depuis plus de quatre ans j'ai essayé les différents

modèles et je suis arrivé à cette conclusion, que les meilleurs sont les gros gants de Chaput.

Voici la règle que je suivais à l'hôpital Pasteur et à ma clinique du Havre et que je continue à la clinique de la rue Lamartine où je place mes malades à Dijon.

Mes infirmières et moi ne touchons jamais à une malade sans revêtir des gants de caoutchouc.

Pour la salle d'opération, j'ai un jeu de gants qui ne servent qu'aux opérations : une paire pour moi et deux paires de gants de femmes. Après s'être lavé dix minutes à l'eau, brosse et savon stériles, l'infirmière revêt ses gants de caoutchouc, elle lave dix minutes dans les mêmes conditions le champ opératoire, puis elle enlève les premiers gants qui ont été souillés par le lavage et revêt la deuxième paire, se place en face de moi prête à m'aider. Après le lavage de mes mains, je revêts des gants de caoutchouc pour opérer.

Si j'ai affaire à une opération aseptique, mon aide revêt ses gants de caoutchouc, mais je mets des gants de fil à grande manchette recouvrant tout mon avant-bras. Ces gants, comme le modèle de Mikulicz, n'ont pas de couture à l'extrémité des doigts.

J'ai l'honneur de présenter à la Société de chirurgie un modèle que j'ai fait faire par la maison Jean Perrier, de Lyon. A l'usage ils m'ont paru très satisfaisants.

Je trouve à l'usage des gants de fil les avantages suivants : Ils offrent une certaine garantie pour l'asepsie, quoique incontestablement moins grande que des gants imperméables; mais ils sont surtout utiles en évitant aux mains de glisser, les prises faites avec les gants de fil sur les graisses, les intestins, etc., tiennent bien; enfin ils permettent de serrer les fils à ligatures et à sutures sans que les mêmes fils raclent l'épiderme du chirurgien et ne lui fassent ainsi une blessure superficielle.

Je suis convaincu que leur usage dans ces cas est précieux, et je ne saurais trop les recommander.

B. — Dans la pratique de l'asepsie, il y a une règle que l'on doit s'efforcer de suivre, c'est d'éviter le plus possible les manipulations. Aussi j'ai été frappé en entrant dans une salle d'opérations de voir des cuvettes, stérilisées je ne sais comment, manipulées par des aides, remplies de liquides restant exposés

aux souillures des poussières et servant une heure ou plus, j'ai pensé qu'il y avait intérêt et simplification de supprimer toutes les cuvettes, comme j'avais déjà supprimé dans ma technique les plateaux à instruments.

Dans ce but, j'ai fait construire par Adnet un arrosoir chirurgical que j'ai l'honneur de vous présenter; contenant et contenu sont stérilisés à l'autoclave, comme tout ce qui sert à mes interventions. à 130° : l'aide tient l'appareil pendant que le chirurgien arrose le champ opératoire pour le nettoyer, etc.; l'eau stérile contenue dans un appareil stérile tombe directement sans intermédiaire sur le champ opératoire ou la plaie.

M. BÉRARD est partisan des gants de fil pour les opérations aseptiques et pour les opérations septiques il préfère les gants de caoutchouc de Chaput, qui permet beaucoup de liberté de mouvements malgré son apparence matérielle.

M. GOULLIoud. — Une question très intéressante est soulevée, celle des gants en chirurgie. Je me sers des diverses espèces de gants que je connais. Depuis longtemps, moi et deux des mes internes, ne doivent plus toucher rien de septique, sans gants de caoutchouc; ni pansements, ni autopsie, ni médecine opératoire sans cette précaution.

Les gants américains me servent pour les touchers et les pansements sales; les gants de Chaput pour les pansements septiques. Quant aux gants de fil, je les réserve aux hernies, aux hystérectomies surtout, car il facilitent les ligatures; je les emploie aussi pour terminer une laparotomie, après quelque contact douteux du vagin ou du contenu intestinal et je les mets pour la toilette abdominale finale et la suture de la paroi.

Mais je ne crois pas les gants indispensables, ni même nécessaires quand on a pris l'habitude, pour soi et pour ses aides, de ne jamais toucher de pus. Aussi, je fais sans aucune appréhension mes ovariectomies et mes pylorotomies avec mes mains nues.

Quant au second aide, celui des instruments, je commence à m'en passer pour les opérations courantes; mais je le conserve pour les interventions complexes où les mains sont alternativement en contact avec le contenu de l'intestin ou de l'estomac, et la cavité péritonéale elle-même, pylorotomie, amputation abdomino-péritonéale du rectum. Il facilite les changements d'instruments, tantôt sales, tantôt propres; et je crois cette manière de faire supérieure à celle qui, pour simplifier, consiste à faire une entéro-anastomose par exemple, suture de la paroi comprise, avec les mêmes instruments. C'est là pour moi une énorme faute contre l'asepsie, faute commise couramment.

M. DURAND — Comme la plupart d'entre nous, je fais ce que vient de

conseiller M. Sorel : je ne touche jamais de pus les mains nues, je ne pratique jamais de toucher vaginal ou rectal sans protéger mes doigts et même toute la main. Pour tous ces contacts septiques ou douteux, j'emploie toujours des gants de caoutchouc. Il y a des mois que je ne me suis pas souillé les doigts. De cette façon je puis dans les opérations aseptiques opérer sans gants après demi-heure de savonnages à l'eau chaude. L'opération, arrivée aux temps d'hémostase et restauration, mon interne et moi prenons des gants de fil aseptiques, après un rapide lavage à l'alcool-éther. De cette façon, les fils à ligature et à suture ne sont plus en contact avec des doigts devenus douteux. C'est là, à mon avis, le grand avantage des gants blancs et c'est dans ce but que je les utilise.

J'ai supprimé toutes les cuvettes et autres récipients pour le lavage des mains ; quand c'est nécessaire, je me déplace et vais au robinet d'eau stérilisée de mon lavabo. Je ne vois guère l'utilité de l'arrosoir de M. Sorel, car je crois la chirurgie sèche supérieure à l'asepsie humide et ne lave aucune plaie opératoire.

Pour les instruments, j'utilise toujours le stérilisateur à huile minérale. J'ai fait construire une étagère à trois plateaux qu'on plonge dans le chaudron à huile. Chacun de ces plateaux reçoit les instruments nécessaires à une opération, on le sort du chaudron au moment voulu sans avoir à toucher aux instruments et à les mettre dans un autre récipient. Est-il besoin de dire que les pinces, aiguilles, etc., souillés dans l'opération, sont mis de côté aussitôt et ne resservent plus. J'ai de cette façon des résultats excellents, depuis deux ans que j'ai mon service de Saint-Pothin, je n'ai pas eu une seule mort de péritonite opératoire.

Séance du 29 novembre 1906.

Présidence de M. VINCENT.

M. VIGNARD, secrétaire, lit le procès-verbal qui est adopté sans rectification.

A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL :

M. BÉRARD, à propos du procès-verbal, fait remarquer qu'un troisième aide dans les opérations complexes n'est pas nécessaire, à condition qu'on ait un double jeu d'instruments toujours prêts.

M. Cl. MARTIN. — J'ai été vivement intéressé par la communication de M. Nové-Josserand, d'abord parce que sa petite malade présente un résultat opératoire et fonctionnel parfait, et aussi parce que cette observation remet en question les appareils de prothèse interne dans les pertes de substance des os. Cette malade, en effet, a porté pendant trois ans un de ces appareils, et pendant cette période, le résultat au point de vue de la régénération osseuse a été nul. Il en avait été de même chez la petite malade de M. Curtillet opérée dans les mêmes conditions et qui conserva l'appareil environ dix-huit mois. Ces tentatives, si elles n'ont pas abouti à la reconstitution d'un nouvel os, ont du moins démontré une fois de plus que les appareils à claire voie et en fil de platine iridié pouvaient être parfaitement tolérés pendant des années, sans donner lieu à aucun accident immédiat ou éloigné. La tolérance parfaite des tissus pour les appareils de prothèse interne, malgré les objec-

tions faites à la Société de chirurgie de Paris, me semble donc un fait indiscutable et définitivement acquis; il faut chercher une autre cause de l'absence de régénération osseuse observée chez ces malades.

Dans mon rapport au Congrès de Madrid en 1903, sur la prothèse bucco-faciale et du squelette, j'avais rapporté trois observations de prothèse interne pratiquée chez des enfants atteints d'ostéomyélite du tibia qui furent suivies d'insuccès. Je pensais dès lors qu'on obtiendrait plus sûrement une néoproduction osseuse en changeant la nature de la greffe et en transplantant de l'os humain.

La malade de M. Nové-Josserand nous démontre d'une façon évidente qu'une greffe ostéo-périostique, suivant la méthode italienne, peut donner un os parfaitement développé. Il n'est pas douteux que cet os se serait formé aussi bien en présence d'un appareil de prothèse interne, qui eût été certainement bien toléré et aurait eu l'avantage de maintenir la longueur de l'os, mais à la condition expresse, vraisemblablement, que la greffe osseuse eût été de même nature, c'est-à-dire provint d'os appartenant à l'espèce humaine, tandis que pour ces trois petits malades j'avais greffé des fragments d'os de chien.

Dans toutes les expériences que j'ai faites sur le chien et où j'ai employé comme greffe de l'os de chien, j'ai obtenu constamment de nouvelles formations osseuses, même en l'absence de tout périoste, et même en éliminant volontairement toute trace de cette membrane.

Je vous présente plusieurs pièces provenant de ces expériences et sur lesquelles vous reconnaîtrez facilement les nouvelles productions osseuses obtenues.

Voici une articulation sur laquelle une des surfaces osseuses est en pleine voie de régénération, et si l'ossification est incomplète, c'est que j'ai sacrifié l'animal trop tôt. Nous n'avions pas encore à cette époque la radiographie à notre disposition pour nous permettre de suivre les progrès de cette ossification; en présence d'un résultat fonctionnel qui semblait très bon, car l'animal courait et sautait très facilement, j'ai pensé que la régénération était terminée et j'ai cru pouvoir recueillir la pièce. L'autopsie nous a prouvé le contraire, et plus tard la radiographie de la pièce sèche a montré une ossi-

fication avancée mais non terminée. Dans les mailles de l'appareil on aperçoit de gros noyaux osseux cimentés par un tissu fibreux assez résistant pour restituer à l'animal tous ses mouvements ; étant donné le volume de ces zones d'ossification, on voit que peu de temps eût été nécessaire pour que l'ossification de cette extrémité du fémur fût complète.

Voici un radius qui avait été réséqué sur une longueur de 4 centimètres, puis muni d'un appareil de prothèse interne bourré de greffe formée de fragments de côte de chien, dépourvus intentionnellement de périoste ; vous pouvez constater là une ossification complète et la restitution de la continuité de l'os. Les radiographies, sur lesquelles on peut suivre la marche de l'ossification à ses différentes périodes jusqu'à sa terminaison, ont été publiées dans le volume du Congrès de chirurgie de Paris, 1897, et la relation de mes expériences dans les *Archives provinciales de chirurgie* 1899.

Voici encore le bassin d'une chienne sur laquelle M. Commandeur avait pratiqué la symphyséotomie et à laquelle j'ai appliqué un appareil de prothèse interne pour maintenir l'écartement interpubien. On voit nettement sur cette pièce que cet écartement s'est parfaitement maintenu ; mais l'ossification nouvelle ne s'est faite que dans la moitié supérieure de la symphyse sur laquelle était placé l'appareil et avait été bourrée d'une greffe osseuse prise sur un autre chien. Cette expérience nous montre que la greffe a été absolument nécessaire pour produire la néoformation osseuse et amener une consolidation de la symphyse avec un écart de 6 à 7 millim.

Je regrette dans mes premières expériences, où je n'avais pas à ma disposition le procédé d'exploration si précieux de la radiographie, d'avoir sacrifié mes animaux trop tôt ; je suis convaincu aujourd'hui que j'aurais toujours chez le chien des ossifications complètes, en me servant de la même technique, c'est-à-dire en utilisant des greffes osseuses d'animal de la même espèce avec ou sans périoste.

Je crois donc pouvoir en conclure qu'il faut agir de même chez l'homme, et que comme l'avait déjà dit Ollier au Congrès de Berlin, en greffant de l'os humain, on obtiendrait aussi la régénération osseuse. Il serait, je crois, intéressant de renouveler les tentatives de restauration osseuse au moyen des appareils de prothèse interne que j'ai décrits, en se

servant comme greffe de fragments d'os humain, l'appareil devant jouer son rôle à la fois de support de la greffe et d'agent

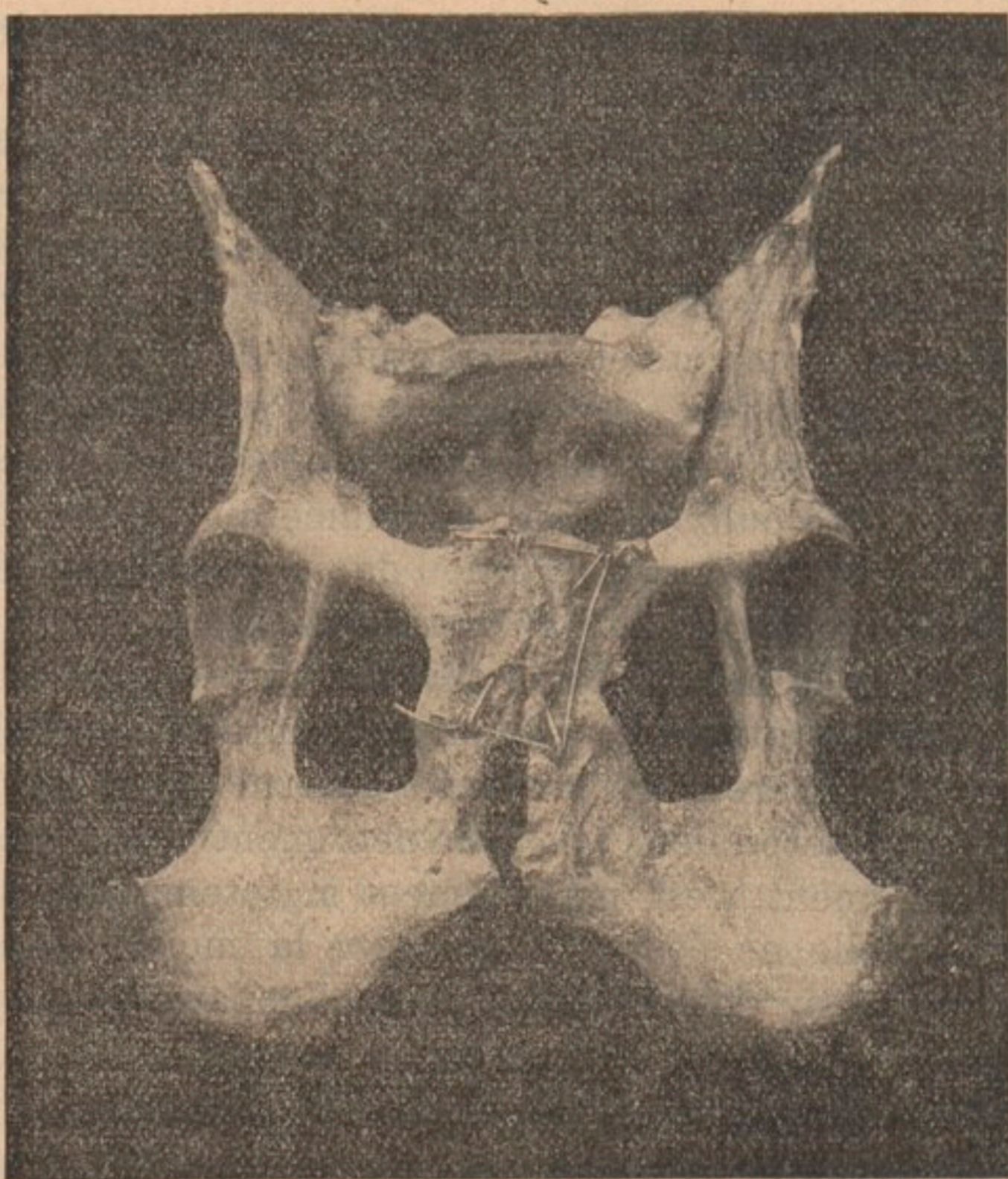


Fig. 1.

Bassin de chienne symphyséotomisée et pourvu d'un appareil de prothèse interne dans la moitié supérieure de la symphyse. — Animal ayant mis bas deux fois après l'opération, sacrifié au bout de dix-huit mois.

On voit nettement que la néoformation osseuse n'occupe que la partie en rapport avec l'appareil et qui avait été garnie de greffes de côtes de chien. La partie inférieure non munie d'appareil ni de greffe a conservé son écartement sans traces de productions osseuses.

de modelage des néoproductions osseuses sur lequel j'ai longuement insisté dans mes publications antérieures.

M. VINCENT. — J'ai rappelé, à propos de la très remarquable et très rare observation de M. Bérard, relative à la suture latérale de l'aorte

abdominale, la thèse du Prof. Ollier au concours d'agrégation de 1857 sur les *plaies des veines*, thèse dans laquelle il relate ses expériences de ligature et de suture des vaisseaux. Je demande à rappeler, à propos de la communication de M. Martin, le discours que fit M. Ollier, en 1890, au Congrès international de Berlin sur *l'ostéogénèse chirurgicale*. Il y traita de la reconstitution de certaines parties du squelette par des tissus empruntés à l'état d'os parfait (greffe osseuse) ou à l'état d'organe ossifiable (périoste, etc.), tissus empruntés soit au même individu, soit à un autre sujet. Il distingue trois sortes de greffes : les greffes *autoplastiques* (sur le même sujet), les greffes *homoplastiques* (entre deux sujets de même espèce), les greffes *hétéroplastiques* (entre deux sujets d'espèce différente). Les résultats des greffes autoplastiques sont positifs et durables, ceux des greffes hétéroplastiques sont éphémères. Dans ce genre de greffes, il a observé des succès passagers de transplantation du poulet au lapin, mais pas du lapin au poulet, c'est-à-dire d'une espèce inférieure à une espèce supérieure, mais pas réciproquement. Il conclut : « C'est surtout dans les greffes interhumaines (autoplastiques et homoplastiques) que nous pourrions trouver le moyen de réparer d'une manière permanente certains déficits osseux ; les transplantations inter-animales ne nous permettent d'obtenir que des greffes incomplètes et temporaires. »

Le Prof. Ollier eût été heureux de féliciter M. Nové-Josserand de son magnifique résultat de greffe cutanée-périostique autoplastique par le procédé italien ; il eût également loué M. Martin de ses expériences d'ostéogénèse, comme il le fit dans son discours de Berlin, où il déclara que « les supports métalliques de Cl. Martin sont une précieuse ressource pour la rhinoplastie ».

SUR LES AVANTAGES DE LA DÉRIVATION TEMPORAIRE DES
URINES PAR L'HYPOGASTRE DANS LES AUTOPLASTIES
CUTANÉES DE L'URÈTRE.

M. ROCHET fait, au nom de M. RUOTTE, médecin chef de l'hôpital de Blida, une communication sur les autoplasties de l'urètre

L'observation de quelques cas de rétrécissements graves de l'urètre nécessitant l'autoplastie de l'urètre à l'aide de lambeaux cutanés (procédé de Rochet, par exemple) a suggéré à l'auteur l'idée de remplacer la fistule périnéale temporaire, impossible à éviter dans le traitement de ces lésions, par une fistule hypo-

gastrique, temporaire elle aussi. Les avantages qui lui semblent résulter de cette manière de faire lui paraissent les suivants :

1° Tout d'abord la fistule hypogastrique consécutive à une taille se ferme toujours beaucoup plus vite qu'une fistule périnéale ;

2° La dérivation des urines par le trou hypogastrique est plus complète, plus facile à surveiller. En outre, l'urine ne passant plus par le périnée, on ne risque pas de voir se décoller le lambeau périnéal, comme cela arrive parfois, malgré les précautions les plus minutieuses ;

3° Enfin, on peut faire une réunion totale de ce lambeau et obtenir une guérison par première intention de la plaie périnéale.

Nous possédons quatre observations dans lesquelles nous avons mis en pratique cette taille hypogastrique combinée avec l'urétroplastie cutanée. Les résultats, sans être absolument définitifs, sont cependant déjà suffisamment éloignés pour permettre de juger des avantages du procédé. C'est pour cela que nous avons l'honneur de vous les soumettre aujourd'hui, et nous vous en donnons la lecture détaillée.

OBSERVATION I.

M..., 40 ans, colon à Joinville, étant occupé en octobre 1904, après une voiture chargée de lourds tonneaux de vin, est serré contre un mur par un tonneau plein qui roula à bas du charriot. Il est relevé porteur d'une fracture du bassin et de lésions urétrales caractérisées par un écoulement immédiat de sang par le méat.

Reporté chez lui, on confirme le diagnostic de fracture du bassin et de rupture de l'urètre : le périnée gonfle rapidement, le cathétérisme est impossible et un chirurgien appelé d'Alger pratiqua l'incision périnéale ; la rupture urétrale était totale et portait sur la portion membraneuse ; une sonde à demeure fut laissée quelque temps, puis abandonnée ; la fracture du bassin se consolida, mais le cathétérisme de l'urètre, une fois la sonde enlevée, devint impossible ; bref le périnée se cicatrisa en oblitérant complètement le bout antérieur de l'urètre, et en arrière il se forma sur la partie antérieure de l'anus une petite fistule, très rétractile, menaçant toujours de se fermer, par laquelle l'urine sortait goutte à goutte et au prix des plus grands efforts et des plus vives douleurs ; à chaque instant des crises de rétention se produisaient qui nécessitaient des ponctions sus-pubiennes.

D'accord avec le médecin du malade, le docteur Vidal, nous décidons une intervention sur l'urètre, précédée d'une dérivation des urines par la voie hypogastrique : c'était en juillet 1905 que nous voyons ce malade, et nous comptons nous en occuper lorsque les grosses chaleurs seraient passées, lorsque le 16 juillet une rétention complète d'urine nous oblige à intervenir d'urgence dans la soirée par une taille hypogastrique, rendue un peu difficile par les adhérences dues aux ponctions répétées : nous plaçons les tubes de Périer-Guyon, et le surlendemain, qui était un lundi, nous nous adressons, aidé par notre confrère Vidal, à la lésion urétrale.

Nous taillons un lambeau périnéal suivant le procédé de Rochet, et une fois celui-ci rabattu en arrière, nous introduisons un cathéter dans le bout antérieur de l'urètre, cathéter qui nous guide sur son cul-de-sac que nous incisons ; nous faisons une incision circulaire de l'urètre à ce niveau, puis recherchons le bout postérieur. Devant les difficultés que nous rencontrons, nous introduisons une sonde par la boutonnière hypogastrique et essayons de la sentir au périnée. Les sensations sont tellement confuses que nous continuons nos recherches en incisant le périnée d'avant en arrière, avec des ciseaux courbes le sujet étant dans la position de la taille, de telle façon que s'il était debout, notre incision irait horizontalement d'avant en arrière. Après quelques coups de ciseaux nous apercevons un orifice par lequel nous faisons saillir la sonde vésicale ; cet orifice est le bout de la portion membraneuse, prolongé par la fistule très rétrécie, et qui est distant d'environ 3 ou 4 millimètres du bec de la prostate. Après avivement, nous constatons que les deux bouts urétraux, sectionnés transversalement, sont distants d'environ 3 cent. 1/2.

Pour suturer l'urètre nous plaçons sur la muqueuse quatre fils de catgut n° 2 aux extrémités des deux principaux diamètres, puis sur une grosse sonde nous les nouons. L'affrontement de la muqueuse est parfait ; nous suturons de même par des catguts tous les tissus périurétraux ; puis par dessus le lambeau cutané, fixé comme l'a indiqué M. Rochet ; lorsque la suture périnéale est totale, nous retirons la grosse sonde par la voie hypogastrique en la saisissant dans la vessie au moyen d'une pince, après l'avoir fait suivre d'un conducteur de Guyon que nous laissons à demeure dans l'urètre, mais sans que son extrémité arrive à la vessie ; elle dépasse simplement le point de réunion de l'urètre ; ce conducteur filiforme doit nous aider ultérieurement à passer des béniqués s'il est nécessaire.

Les suites opératoires furent normales, et actuellement, un an et demi après l'opération, le résultat est excellent. Le malade urine largement, et de grosses sondes passent avec facilité.

OBSERVATION II.

H..., 51 ans, entre à l'hôpital de Blida, le 7 juillet 1905, pour des lésions urétrales multiples et anciennes.

A la suite de blennorragies assez nombreuses et mal soignées, il s'aperçut il y a quelques années de difficultés dans la miction; il fut sondé dans différents hôpitaux, mais sans aucune régularité. Depuis deux ans, la difficulté à la miction s'étant accrue, il se forma successivement au périnée plusieurs abcès qui s'ouvrirent seuls, restèrent fistuleux et livrèrent passage à l'urine au moment des mictions.

A son entrée à l'hôpital, le périnée présente absolument l'aspect dit en pomme d'arrosoir; outre plusieurs cicatrices, il porte deux fistules, l'une à gauche, tout près de la branche ischio-pubienne, par laquelle l'urine passe en grande quantité; une deuxième sur la ligne médiane à la racine du scrotum; le périnée est dur, empâté; l'urine passe goutte à goutte par l'urètre, mais en grande quantité par les fistules.

Toutes les tentatives de cathétérisme sont vaines; aucune bougie, aucun conducteur n'arrive à dépasser la région péniennne.

Après quelques bains de propreté, nous incisons les fistules, curettons un décollement fongueux qui s'étend tout le long de la branche ischio-pubienne gauche; en poursuivant ce trajet on arrive sur la partie latérale gauche de l'urètre périnéal fistuleux.

Cette intervention préliminaire amène une modification notable dans l'aspect du périnée qui est meilleur, mais les rétrécissements restent toujours infranchissables.

Le 24 juillet nous pratiquons l'autoplastie urétrale par le procédé de Rochet, après avoir incisé la vessie par l'hypogastre et placé deux tubes de Guyon-Périer; le lambeau cutané est suturé de très près et en totalité aux parois de l'urètre incisé, sans aucune sonde ou bougie dans le canal.

Une fois l'urètre périnéal incisé dans toute son étendue nous avons pu facilement faire passer des bougies d'arrière en avant du périnée au méat urinaire.

Les suites opératoires sont des plus simples.

Le 1^{er} septembre tout était terminé. Depuis lors, il est venu se faire visiter une seule fois, en février; le cathétérisme était des plus faciles, et il urinait normalement.

Il n'est plus venu nous revoir depuis et travaille régulièrement.

OBSERVATION III.

F..., indigène, de 46 à 47 ans environ, entre à l'hôpital de Blida le 9 décembre 1905, pour des rétrécissements et des fistules périnéales multiples.

Depuis plusieurs années, sans pouvoir préciser, il urine goutte à goutte par le méat; plusieurs abcès sont survenus au périnée, se sont ouverts et ont continué à donner du pus et de l'urine; actuellement, outre trois cicatrices d'abcès fermés, il présente une grosse fistule médiane à la racine du scrotum et un volumineux abcès sur le côté droit du scrotum, allant en profondeur jusque vers les corps caverneux.

Toutes les tentatives de cathétérisme sont infructueuses; les bougies ne dépassent pas la région scrotale; à 2 centimètres en arrière du méat existe un premier rétrécissement qui se laisse facilement dilater, mais on ne peut aller plus loin.

Le 16 décembre nous incisons largement l'abcès scrotal et en curetons les parois, nous débridons aussi la fistule périnéale, puis pratiquons des lavages à l'eau oxygénée et appliquons un pansement aseptique sec renouvelé tous les jours.

Le 20 décembre, nous pratiquons l'autoplastie cutanée de l'urètre. L'opération ayant été des plus faciles, une fois l'urètre incisé, nous hésitons à faire une deuxième intervention, consistant en une taille hypogastrique, et suivons la méthode typique de M. Rochet en laissant une sonde périnéale.

Mais nous avons compté sans l'indocilité du sujet; au bout de quelques jours, il arrache la sonde, les sutures lâchent et le lambeau retombe sur le périnée.

Dans une deuxième intervention, nous faisons la taille, soignons soigneusement le lambeau et le suturons avec minutie aux bords de l'urètre; dès lors tout marche simplement; l'urine sort en totalité par l'hypogastre, et le lambeau se réunit parfaitement.

La plaie hypogastrique est fermée vers le 20 janvier. Pour suivre notre opéré, nous arrivons à le garder jusqu'en mars à l'hôpital, en lui faisant une séance de Béniqué toutes les semaines.

Il sort en mars avec un urètre large et bien calibré; nous le rencontrons assez souvent, et il nous affirme qu'il est complètement guéri.

OBSERVATION IV.

Le nommé V..., 46 ans, rémouleur, un peu alcoolique, a eu sa première blennorragie à 15 ans; elles se sont succédé nombreuses, et depuis près de vingt ans il a des difficultés d'uriner; depuis dix ans il urine goutte à goutte, avec efforts, et les urines sont troubles.

Il entre à l'hôpital de Coléa, dans le service de notre camarade le médecin-major Folly, fin avril 1906, pour un énorme abcès scrotal développé surtout à droite; cet abcès incisé, on voit l'urine s'écouler dès lors par la plaie.

Le canal de l'urètre exploré révèle un rétrécissement de la région prébulbaire et bulbaire d'environ 2 centimètres de long, très dur, très serré.

N'admettant qu'une bougie filiforme, une tentative d'urétrotomie interne n'aboutit qu'à un insuccès complet; la température s'élève et l'état général périclité.

Nocre camarade veut bien nous le confier et, le 25 janvier 1906, nous pratiquons l'urétroplastie par le procédé de Rochet, trop connu pour que nous le décrivions; seulement nous faisons auparavant la taille hypogastrique, pour dériver l'urine et, au périnée, faisons la suture totale et très exacte des bords du lambeau aux bords de la muqueuse urétrale.

Tout se passa normalement ensuite. L'opéré sort de l'hôpital complètement guéri deux mois après l'opération, soit le 25 août.

Il a été réexaminé ces jours derniers, soit quatre mois après l'opération; le canal est large, souple, les Béniqué passent sans donner la moindre sensation de point rétréci, et l'opéré dit lui-même qu'il n'a pas « pissé comme cela depuis vingt ans. »

En résumé, dans les cas spécialement graves de rétrécissement de l'urètre, où l'urétroplastie est indiquée, nous proposons de compléter systématiquement l'opération de l'autoplastie cutanée (par le procédé de Rochet notamment) à l'aide de la taille hypogastrique. Celle-ci dérive complètement l'urine pour un certain temps, et permet d'obtenir une réunion immédiate et totale du lambeau cutané.

*
* *

CANCER DU SEIN. — IL FAUT FAIRE LE GURAGE DE L'AISSELLE, MAIS IL FAUT LE FAIRE SANS EXAGÉRATION, SYSTÉMATIQUE; IL Y A LIEU D'ÉMETTRE QUELQUES RÉSERVES SUR L'EFFICACITÉ ET L'INNOCUITÉ DE LA RADIOTHÉRAPIE APPLIQUÉE AUX RÉCIDIVES DES CANCERS OPÉRÉS.

M. VINCENT. — Puisque votre ordre du jour est épuisé, permettez-moi, messieurs, de soumettre à vos discussions un sujet bien pratique, celui de la conduite à tenir pour les cancers du sein, au point de vue de la technique opératoire et de l'emploi des rayons X sur les noyaux de récurrence. Voici le fait qui me suggère cette double question : Il y a huit mois (28 mars 1906), je pratiquai l'amputation du sein droit chez une dame âgée

de 70 ans, très émaciée par une dyspepsie ancienne qui fit croire qu'elle avait un cancer imminent de l'estomac et dont le régime Combe est venu à bout. Depuis un certain temps, M. le Dr Paviot, son médecin, avait constaté la présence d'une induration au sein droit. Il me fit adresser la malade. Le diagnostic de carcinome était facile. L'envahissement de la peau me faisant prévoir une récurrence à peu près certaine, j'essayai d'écarter l'idée d'une opération. Sur les instances de la malade, qui s'était documentée et qui ne voulait absolument pas s'exposer à avoir des ulcérations horribles et puantes à panser comme au Calvaire, nous dûmes nous décider quand même à l'opération en la réduisant au minimum de traumatisme. La tumeur, très adhérente à la peau, était de petit volume, très libre sur l'aponévrose pectorale, n'avait pas encore fait naître des engorgements ganglionnaires dans l'aisselle. L'opération fut donc faite rapidement sans fouiller l'aisselle pour en extraire la pyramide, tissu cellulaire où se trouvent habituellement les foyers ganglionnaires latents ou perceptibles. Le docteur Paviot reconnut histologiquement la nature cancéreuse du néoplasme. Les suites furent très simples, réunion per primam et état général soulagé de tout le poids d'une opération aussi redoutée que désirée. A peine deux mois et demi après (5 juin), on m'appela pour me faire remarquer deux petits noyaux d'induration sur la ligne de la cicatrice opératoire. Croyant à l'efficacité et à l'innocuité des rayons X, je donnai l'espoir que notre grand radiothérapeute, M. Destot, ferait disparaître les noyaux s'ils n'étaient pas de nature inflammatoire et attribuables aux fils de suture. On partit à la campagne, en Dauphiné, et les indurations persistant, on alla voir un radiographe très distingué qu'on connaissait à Grenoble. Ce confrère, très prudent, après avoir fait quelques séances, réclama mon approbation ; je ne pouvais la lui refuser. Il n'y avait alors (après ces premières séances) qu'un ganglion perceptible tout petit et trois noyaux sur la cicatrice ; l'état général et l'état pulmonaire étaient excellents. Le radiographe ne tarda pas à remarquer, au bout d'un certain nombre de séances, que les ganglions axillaires se tuméfaient à mesure que les noyaux de récurrence disparaissaient. Il m'en informa et je lui conseillai de cesser les rayons X malgré les instances de la malade. Celle-ci rentra à Lyon au commencement du mois

de novembre. Elle avait de la dyspnée. M. Paviot constata une pleurésie sans fièvre. Appelé en consultation, je me rendis compte avec lui de la disparition des noyaux de récurrence et de l'existence d'une masse ganglionnaire molle, presque fluctuante dans l'aisselle, des suggilations à la peau déterminées par la röntgénation et de la matité au niveau de la région mammaire opérée. Il s'agissait évidemment d'une propagation à la plèvre sous-jacente. Nous savons bien que des cancers opérés ou non opérés se propagent plus ou moins vite à la plèvre et aux ganglions; mais ici, la succession des phénomènes a été telle que nous nous demandons si les rayons X n'ont pas, en dissolvant les noyaux cancéreux, chassé la matière cancéreuse du côté des ganglions et de la plèvre, et peut-être d'autres viscères.

On admet généralement aujourd'hui, je crois, que la radiothérapie ne doit plus être employée contre les tumeurs cancéreuses du sein au lieu et place de l'opération sanglante; mais on a donné comme chose certaine l'action curative des rayons X pour les noyaux de récurrence après l'opération. Partant de cette proposition, nous nous serions reproché, en présence des phénomènes de généralisation, de n'avoir pas conseillé de recourir aux rayons X. Leur emploi ayant donné les résultats que l'on connaît, nous nous demandons maintenant s'ils n'ont pas hâté la généralisation. En admettant qu'ils n'ont pas été nuisibles, il n'en demeure pas moins certain que leur efficacité n'a pas répondu à notre attente. La question ne peut être tranchée que par des faits nombreux. C'est pourquoi je prie les membres de la Société de chirurgie de faire connaître les résultats qu'ils ont observés avec la radiothérapie pour le cancer et pour les récurrences.

M. GANGOLPHE est d'avis qu'en matière de cancer du sein il faut opérer total, large, mais sans aller jusqu'à de grands délabrements comme ceux qu'on a conseillés. Quand le muscle n'est pas atteint, il est inutile de l'enlever sous prétexte de lymphatiques qui peuvent être pris, car il y en a de plus profonds aussi.

Il est d'avis que plus il y a de ganglions dans l'aisselle, moins il faut y toucher, car dans ces cas il y a d'autres ganglions dans d'autres régions.

Le curage est bon quand les ganglions sont très petits.

Faut-il employer la radiothérapie dans les récurrences de cancer ?

M. Gangolphe, qui l'a employée, n'a jamais eu à s'en louer particulièrement. Dans plusieurs cas cependant, où l'on a vu des récidives dans le sternum, la radiothérapie semble avoir amené une légère diminution des tumeurs récidivantes.

M. VALLAS estime qu'au point de vue opératoire il y a lieu de poursuivre le cancer dans ses derniers repaires. La prise en masse des ganglions de l'aisselle ne doit pas être une contre-indication. Il fait toujours le curage de l'aisselle et enlève la pyramide cellulaire de l'aisselle, y compris le ligament suspenseur de Gerdy. C'est ainsi qu'on peut enlever tous les petits ganglions. Hors des cas d'infection, il n'a pas vu que ce mode opératoire ait amené une rétraction et une soudure du bras au tronc. On peut par ce moyen aller jusqu'au-dessous de la clavicule, qui semble être en effet une limite. Il a eu ainsi des survies sans récidives, dont une pendant huit ans.

L'ablation du grand pectoral quand il n'est pas pris n'est pas nécessaire, mais on peut avoir intérêt à en faire la section pour enlever la chaîne lymphatique qui est au-dessous du grand pectoral en avant du petit pectoral.

Quant à l'action de la radiothérapie dans les récidives, c'est une question très à l'ordre du jour, puisqu'elle a été proposée aux discussions du prochain Congrès de chirurgie.

Dans certains cas, on observe la diminution des noyaux récidivants, mais il n'est pas rare de les voir reparaître dans les parties voisines.

Il faudrait pouvoir doser les rayons et se méfier de diffuser en grande quantité dans l'organisme les produits de fonte des noyaux caséeux. Il en est de même dans la fonte des produits caséeux.

M. GOULLIoud souscrit aux conclusions de M. Vallas en ce qui concerne la largeur de l'opération dans le cancer, sauf quand les ganglions sont trop gros et trop adhérents.

M. Goullioud fait systématiquement l'ablation du petit pectoral, ce qui donne beaucoup de jour sans nuire à la fonction du membre.

M. Goullioud a eu l'occasion d'opérer une femme qui avait subi avant toute opération des séances de radiothérapie. Non seulement la tumeur avait grossi, mais il y avait en outre une dermite intense qui obligea à faire un très grand lambeau qui se sphacéla partiellement en raison du mauvais état de la peau.

M. DURAND se rappelle avoir opéré en 1902 un cas de cancer du sein opéré douze ans au moins auparavant par Daniel Mollière. La récidive s'était faite non pas dans la cicatrice, mais dans les ganglions sus-claviculaires qu'il enleva.

Il n'hésite pas, quand cela est nécessaire, à enlever le pectoral dont l'absence congénitale, comme l'a montré Charpy, ne constitue pas un

gros inconvénient. Il est donc partisan des interventions très larges et de la poursuite systématique de tous les foyers, même dans certains cas au-dessus de la clavicule.

Il s'élève contre la tendance à radiothérapier avant toute intervention les cancers, car on risque d'aggraver des cas auxquels la chirurgie aurait pu rendre service.

Le cas rapporté par M. Vincent est loin d'être démonstratif, car il a très présente à l'esprit l'histoire d'une malade qui est calquée exactement sur celle rappelée par M. Vincent : opération sur un état anatomique satisfaisant, petite récurrence cutanée enlevée sans peine, apparition rapide de pleurésie néoplasique, et ceci bien avant qu'on parlât de radiothérapie.

Le Gérant, D^r VALLAS.

Séance du 6 décembre 1906.

Présidence de M. VINCENT.

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

*
* *

CANCER DU SEIN.

M. VINCENT. — Je suis heureux d'avoir provoqué une discussion extrêmement utile parce qu'on a, dans la pratique courante, plus souvent à s'occuper du cancer du sein que d'autres affections qui ressortissent aux grandes spécialisations chirurgicales. La question reste à l'ordre du jour, car j'espère que d'autres chirurgiens prendront encore la parole, d'une part sur la technique opératoire et d'autre part sur les résultats de la radiothérapie pour les noyaux de récurrence. Je ne veux pas intervenir dans le débat; mais il me paraît indispensable de répondre en quelques mots aux réflexions qui ont été faites sur le cas particulier qui m'a servi de prétexte à la position des deux questions sus-énoncées. A MM. Gangolphe et Durand je dois répondre que je n'affirme rien; que je pose un point d'interrogation sur le rôle des rayons X dans mon cas particulier; que s'il n'y a pas de relation de cause à effet, mais simplement coïncidence, il faut quand même se demander s'il n'y a pas lieu de faire des réserves dans l'utilité de la radiothérapie appliquée aux récurrences des cancers du sein opérés? A M. Vallas je dois dire que les rayons X n'ont pas agi sur une grosse tumeur, mais sur de tout petits nodules, et qu'au moment où ils ont commencé à être employés la percussion du

thorax ne décelait pas du tout l'existence d'une généralisation pleurale et que dans l'aisselle il n'y avait qu'un petit ganglion dur. L'opération a été faite le 28 mars, c'était un carcinome de petit volume ; tout le sein a été enlevé ; le curage de l'aisselle n'a pas été fait parce qu'on ne trouvait pas de ganglion et que la malade était trop âgée ; les premiers noyaux de récurrence se sont montrés au commencement de juin ; la radiothérapie a été mise en œuvre à Grenoble pendant les mois de septembre, octobre et novembre. A la fin de novembre, la malade est rentrée avec une généralisation pleurale et ganglionnaire, et peut-être gastro-hépatique. Voilà le fait que je livre à vos méditations en vous priant de signaler ce que vous avez observé dans des cas analogues.

Au point de vue de la technique, je vous ai dit que le curage de l'aisselle devait être fait, mais que, chez les malades âgées, j'y apportais des tempéraments parce que je n'avais pas observé de grandes différences au point de vue de la généralisation que le curage eût été fait rigoureusement ou non. Je me conduis, en général, pour la technique comme le Dr Faure l'indique dans son article de *la Presse médicale*. Vous me permettrez d'ajouter que je reconnais dans le procédé de M. Faure exactement la technique de notre distingué collègue, M. Gangolphe, technique qu'il a formulée il y a quinze ans et publiée il y a huit ans dans la thèse de M. Legendre, et dont il a justement réclamé la priorité à la dernière séance.

M. DESTOT fait remarquer que la radiothérapie appliquée au traitement du cancer du sein a donné des résultats extrêmement variables suivant les opérateurs, la technique employée et la variété du cancer.

Il est bien évident qu'il y a eu des fautes commises comme au début de toute thérapeutique. En voyant l'action élective des rayons X sur les tissus de nouvelle formation sans que d'ailleurs cette action soit spécifique sur le cancer, on s'acharna à faire fondre les tumeurs par des séances répétées et prolongées et on obtint ainsi des généralisations rapides et foudroyantes par l'introduction dans la circulation des produits de désagrégation, dont on ignorait la toxicité et la fâcheuse tendance à la greffe. Frappé de ces inconvénients nous avons, avec M. le Dr Villard, essayé depuis trois ans d'enlever d'abord au bistouri toutes les masses néoplasiques accessibles, traitant secondairement le malade aux rayons X pour empêcher les récurrences.

La technique a subi également des variations nombreuses. Il faut

faire des séances espacées, en ayant soin de surveiller l'effet et sans beaucoup compter sur les procédés de mensuration pseudo-scientifiques que l'on a indiqués.

Les malades réagissent diversement à la même quantité de rayons et les peaux ne sont pas les mêmes. Pour mon compte je ne fais jamais que des séances courtes espacées d'au moins huit jours et dans les cancers inopérés et inopérables, je ne cherche jamais à faire fondre, mais simplement à maintenir le statu quo et à empêcher la pullulation. Je fais ainsi des séances mensuelles qui paraissent rendre service aux malades.

Je vais répondre ici par des faits aux critiques de M. Vincent. J'ai d'abord toute une série de malades largement opérés qui n'ont aucune récurrence ni dans les ganglions, ni dans la plaie, mais bien dans le sternum. J'ai traité ainsi six malades cette année. Dans un cas la tumeur a disparu, mais il s'est fait un autre noyau dans le sein du côté opposé. Un autre cas, traité pendant 18 mois, avait été opéré par M. Gangolphe et a pris, au bout d'un an de traitement, sur sa généralisation sternale, une généralisation à la plèvre. Cette malade, qui avait des crises de suffocation, avait été très soulagée. Les quatre autres sont en traitement et se maintiennent dans un état de bonne santé.

J'ai en traitement à l'heure actuelle cinq cas de récurrence in situ, dont un cas très nettement amélioré. Les autres stationnaires, un seul aggravé. Enfin, trois cas de cancers inopérables, chez lesquels l'action des rayons X a été très remarquable.

Une de ces malades, âgée de 60 ans, avait un cancer du sein gauche, datant de quatre ans et lui avait déterminé de l'œdème du bras et de l'impuissance. Sous l'influence du traitement l'œdème a disparu et la malade se sert de son bras. La tumeur s'est beaucoup atrophiée et la malade est très satisfaite.

La seconde malade est une femme de 42 ans, qui fut atteinte d'un cancer du sein, à évolution tellement rapide que les ganglions du cou et de l'aisselle furent pris simultanément. Plusieurs chirurgiens lui déconseillaient l'intervention. Depuis dix-huit mois que cette malade est soumise aux rayons X, les ganglions du cou ont disparu, la tumeur s'est atrophiée légèrement, il existe seulement un gros ganglion dans l'aisselle. Pendant son traitement cette femme est devenue enceinte, elle a avorté au cinquième mois sans recevoir de coups de fouet sur sa tumeur. A l'heure actuelle la ménopause est intervenue. Cette malade est en parfait état et il est bien certain qu'à voir l'évolution rapide je ne pensais avoir un pareil résultat.

La troisième malade est une malheureuse atteinte d'un cancer en cuirasse, dont l'évolution a duré douze ans. Les rayons X n'ont eu d'autre effet que de faire cicatriser des noyaux ulcérés qui lui rendaient la vie insupportable.

Ces faits sont fort encourageants et il ne faut pas rejeter d'emblée une méthode qui exige beaucoup de temps, de patience et de désintéressement pour obtenir quelques résultats. En somme, on applique une force inconnue à cette chose inconnue qu'est le cancer. Pour une seule forme clinique, le squirrhe, on peut déjà noter dans l'évolution naturelle de la maladie des variations énormes.

Suivant l'âge, le tempéramment, l'état graisseux de la malade, la grossesse, la menstruation, la ménopause et d'autres facteurs inconnus, le cancer peut durer douze et treize ans, comme je l'ai vu, ou emporter la malade de douze à quatorze mois. Il y a des cancers qui récidivent quoi qu'on fasse. Je soigne à l'heure actuelle une malade opérée trois fois par M. le Dr Vallas. Sa tumeur repullulait en moins de quatre mois. La dernière intervention fut faite il y a neuf mois et depuis un mois on trouve un noyau sous le grand dorsal et un autre noyau dans le bras. Malgré la radiothérapie pratiquée dès le début et qui semble n'avoir donné à cette malade qu'un bénéfice de quatre mois sans récurrence.

Je signalerai aussi un cas de tumeur du sein, au début, accompagné de ganglions des deux côtés, que la malade refusait de faire opérer malgré mes conseils. La tumeur était encore mobile et malgré son peu d'adhérence à la peau, M. Villard avait pensé qu'il s'agissait d'un cancer. M. Gallois, qui opéra cette malade après six mois d'hésitation, trouva un kyste à contenu nettement purulent qu'il énucléa. Les ganglions disparurent et la malade est parfaitement guérie sans radiothérapie.

En résumé, il semble que la radiothérapie puisse rendre des services, à la condition expresse d'être appliquée prudemment en surveillant de près les malades et en ayant pour objectif, non pas la fonte et la rétrocession du cancer, mais simplement l'arrêt de l'accroissement et de la pullulation. Ce n'est pas une méthode curative, c'est une méthode palliative.

M. GAYET. — Au point de vue de l'ablation des pectoraux, je crois que M. Gangolphe a dépassé sa pensée en condamnant complètement l'ablation du pectoral, car l'enlèvement large du pectoral ne semble pas entraîner d'impotence fonctionnelle, témoin un cas que j'ai opéré et dans lequel j'ai fait l'ablation de la totalité des deux muscles. Or, douze jours après, la malade pouvait mettre les mains sur sa tête.

D'ailleurs, la méthode opératoire que M. Gangolphe a préconisée dans la thèse de son élève Legendre, s'applique fort bien à l'ablation des pectoraux et constitue un procédé excellent que l'on a adopté d'une façon générale et que d'autres peut-être se sont appropriés sans citer son nom.

A propos de la radiothérapie, j'ai vu deux cas de cancer, l'un du sein, l'autre de la fourchette, soignés par la radiothérapie. Le premier fut le point de départ d'une généralisation terrible.

En somme il faut enlever le cancer le plus largement possible et

n'user de la radiothérapie qu'avec ménagement et après avoir tâté la susceptibilité des téguments et de la tumeur vis-à-vis de cette méthode.

*
**

VOLUMINEUSE TUMEUR DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR
(ÉPITHÉLIOMA ADAMANTIN); LARGE EXÉRÈSE; PRO-
THÈSE TARDIVE; RÉSULTATS UN AN APRÈS L'OPÉRATION.

M. GANGOLPHE. — J'ai l'honneur de vous présenter une malade que j'ai opérée il y a un peu plus d'un an, le 10 novembre 1905, pour une énorme tumeur pesant 350 grammes, et dont l'histoire clinique datait déjà d'une douzaine d'années. Ainsi que cela est relaté dans son observation publiée *in extenso* l'an dernier dans nos comptes rendus, cette femme avait été opérée par Ollier pour une tumeur occupant la partie gauche de la branche horizontale du maxillaire inférieur. Il n'y aurait eu alors qu'un simple évidement. L'examen histologique avait montré qu'il s'agissait d'un épithélioma adamantin.

Quelques années plus tard, la récurrence survint et peu à peu la tumeur acquérait les proportions formidables que vous lui voyez aujourd'hui. Rappelons qu'une fistule avait toujours persisté depuis l'évidement. Non seulement la joue était envahie, mais l'arcade zygomatique à demi-détruite et la fosse temporale distendue, une ulcération notable existait autour de la fistule et les téguments étaient extrêmement amincis. Mon incision, suivant le bord inférieur de la tumeur, remontait le long de l'oreille jusqu'à trois travers de doigt au-dessus de l'arcade zygomatique. Je circonscrivis largement la surface ulcérée, qui fut enlevée avec la tumeur. Comme vous pouvez vous en rendre compte, la moitié gauche du maxillaire inférieur, ou ce qu'il en restait plus exactement, les muscles masséter, temporal, ptérygoïdien interne et externe, l'arcade zygomatique jusqu'au périoste de la base du crâne furent enlevés. L'hémostase, laborieuse surtout à la base du crâne, exigea en ce point le tamponnement au moyen de fragments de gaze enfoncés dans le trou de la méningée et vers la base des apophyses ptérygoïdes. J'ai suturé ensuite, au moyen de

catguts, ce qu'il restait comme muqueuse du côté jugal, du côté du plancher de la bouche, et au fil métallique la peau. Drainage isolé d'abord de la fosse temporale que j'avais, autant que possible, séparée de la cavité buccale au moyen de suture du catgut et ensuite de la région maxillaire.

Ultérieurement, il y eut une parotidite suppurée qui fut incisée et également une poussée érysipélateuse, mais finalement guérison complète.

Si j'ai rappelé l'exérèse considérable à laquelle je me suis livré, c'est que pour moi, c'est l'occasion d'affirmer que j'en suis très partisan lorsque elle peut être utile.

L'opération, quelque grave qu'elle ait pu paraître, était justifiée par cette notion qu'il s'agissait d'une tumeur bénigne.

Il était impossible, bien entendu, de faire de la prothèse immédiate, à peine restait-il assez de peau pour couvrir cette énorme brèche, et encore était-elle amincie ! M. Martin est parvenu, comme vous pourrez vous en rendre compte, par l'emploi d'appareils lourds, à assouplir, à distendre la cavité buccale au point qu'aujourd'hui, vous le voyez, la malade est pourvue d'un dentier. La prothèse a eu encore un autre avantage, celui d'empêcher la déviation de la portion restante du maxillaire inférieur. Aujourd'hui, plus d'un an après l'opération, malgré le port d'appareils lourds, il n'y a aucune trace de récurrence, tout va très bien, et en s'entourant le visage d'un léger fichu, la malade ne présente presque aucunes traces de son opération.

C'est donc un fait encore à l'honneur des services que peut rendre la prothèse pratiquée par M. Martin.

Je signalerai enfin un fait curieux, c'est l'absence de paralysie faciale du côté opéré, tandis qu'après l'opération la malade ne pouvait fermer l'œil, etc. Depuis quelques mois les fonctions sont rétablies, mais j'ignore par quel mécanisme, car certainement mon incision a dû détruire le nerf facial.

M. Cl. MARTIN. — L'opération pratiquée par M. Gangolphe chez cette malade avait nécessité de tels délabrements et une exérèse si étendue des tissus qu'on pouvait se demander si la prothèse serait applicable, et si malgré ses multiples ressources, il serait possible d'obtenir d'elle

l'amélioration esthétique et fonctionnelle d'une semblable difformité.

M. Gangolphe vous a dit quelles difficultés il a dû surmonter pour parvenir à combler cette vaste perte de substance dans une région où les tissus ne fournissent, au point de vue autoplastique, que des ressources relativement limitées. Si on voulait fermer cette énorme brèche, il fallait évidemment renoncer à toute tentative de prothèse immédiate, car il ne restait plus assez de parties molles pour recouvrir un maxillaire artificiel. J'ai déjà fait ressortir lors de la première présentation de cette malade par M. Gangolphe à la Société de chirurgie, dans sa séance du 1^{er} février 1906, combien ces conditions étaient défavorables. Toutefois j'estimai que si la prothèse immédiate était inapplicable, il était cependant possible de faire bénéficier cette malade de la prothèse anté-opératoire. Nous ne voulions pas abandonner le fragment restant aux hasards de la rétraction cicatricielle et à ses fâcheuses conséquences et nous avons essayé de maintenir ce fragment en place au moyen de l'appareil à ailette que je vous ai présenté et décrit.

Notre tentative fut couronnée de succès, et plus de deux mois après l'opération, le fragment du maxillaire était resté en bonne position sans trace de déviation du menton. Grâce à cette attitude correcte du fragment, la malade pouvait manger et retenait bien sa salive. L'articulation des dents des deux mâchoires était parfaite ; mais du côté opéré, la déformation était extrêmement accusée et à première vue semblait irrémédiable tant la face était aplatie.

Cependant, comme cette malade était très docile, je résolus de tenter la restauration esthétique de cette difformité et de rendre à la cavité buccale si fortement atrophée, une capacité normale qui améliorerait à n'en pas douter les fonctions de cette cavité. Pour cela j'utilisai les appareils lourds et je commençai le traitement deux mois après l'opération. Ma tâche était facilitée par ce fait que le fragment restant était en bonne position et je n'eus pas à faire de redressement préalable par les appareils à traction élastique, temps préliminaire qui est souvent long. J'appliquai d'abord un petit appareil en caoutchouc durci en forme de dentier qui venait prendre son point d'appui sur les dents restantes du fragment et se prolongeait du côté opposé en refoulant légèrement la cicatrice fortement déprimée qui réduisait de moitié au moins les dimensions de la cavité buccale ; le premier appareil était muni à sa partie externe droite d'une ailette qui remontait dans le vestibule de la bouche du même côté et venait s'appuyer sur la face externe des molaires de la mâchoire supérieure. Elle jouait le même rôle que l'appareil de prothèse anté-opératoire et était destinée à maintenir en bonne position le fragment restant.

Lorsque la malade fut bien habituée au port de cet appareil, j'augmentai le volume de la partie inférieure gauche de celui-ci en la doublant d'une lame d'étain de 5 millimètres d'épaisseur, de façon que la

pièce, par son poids pût exercer une pression suffisante pour faire céder les tissus rétractés. J'ajoutai successivement à intervalles plus ou moins éloignés quatre nouvelles lames d'étain de manière à donner à la pièce un volume de plus en plus considérable. Le tissu cicatriciel s'est peu à peu distendu et a enfin cédé, au point que la face a repris son esthétique normale et que la cavité buccale présente aujourd'hui ses dimensions habituelles. La bouche a repris toutes ses fonctions dans des conditions satisfaisantes. Le poids de l'appareil, à la fin du traitement, atteignait 240 grammes. Aujourd'hui j'ai supprimé l'appareil lourd et l'ai remplacé par un appareil définitif de même volume, mais plus léger.

Quand on regarde la malade de face, on voit que l'aspect esthétique est satisfaisant.

Malheureusement il existe encore une profonde dépression en haut, au niveau de la fosse zygomatique. En ce point seulement, la déformation est appréciable ; au-dessous, dans la région des maxillaires, elle est tout à fait corrigée.

TUBERCULOSE ÉTENDUE DE L'ARRIÈRE-PIED ; RÉSECTION DE L'ASTRAGALE ET ÉVIDEMENT DU CALCANÉUM.

M. VIGNARD. — J'ai profité de ce que cet enfant était revenu pour deux jours dans mon service afin de faire changer son plâtre, pour vous le présenter.

Il y était entré l'an dernier au mois de mars avec un membre inférieur droit atrophié et une grosse tuméfaction du cou-de-pied. Toute la région tibio-tarsienne était molle et empâtée, les gouttières rétro-malléolaires étaient remplies et au niveau de la malléole externe la peau rouge desquamante était prête à s'ulcérer.

Dans l'aîne on sentait de gros ganglions. Il n'y avait pas de température. En un mot, on se trouvait nettement en présence d'une tuberculose à point de départ probablement astragaliennne avec arthrite tibio-tarsienne et probablement aussi sous-astragaliennne, envahissement des gaines et fusées fongueuses remontant le long de celles-ci à la jambe.

Le 1^{er} avril, je fis une résection de l'astragale qui me montra que ce diagnostic anatomique était exact, et je nettoyai de mon mieux le foyer tuberculeux.

Le 7 avril, l'enfant prit la rougeole, et comme il arrive souvent en pareil cas, le processus tuberculeux subit une poussée nouvelle. Sur ces entrefaites, je quittai mon service

pendant deux mois pour un voyage, et je n'y revins qu'au mois de juillet.

Quand je revins la situation du membre était lamentable, le pied était énorme, des fusées fongueuses remontaient à nouveau le long de la jambe. La température oscillait autour de 38° et 39°, de nouvelles fistules étaient apparues en dedans et en dehors, bien que le drainage eût été maintenu très largement.

A la vue de ce pied la première pensée qui venait à l'esprit était celle de pratiquer une amputation, tant l'état local et général paraissait compromis.

Cependant j'essayai encore de la conservation.

Le 20 juillet, je disséquai et nettoyai les gaines internes et externes, puis, comme le tendon d'Achille masquait un gros amas de fongosités qui venaient du calcaneum, je le fendis, ouvris le pied en arrière comme une boîte et évidai toute la partie postérieure et supérieure du calcaneum en ménageant sa coque.

Je trouvai également sur le plateau tibial inférieur un gros tubercule qui fut abrasé et qui laissa dans l'os une grande cavité. J'y coulai de la glycérine iodoformée, et le pied fut refoulé en masse dans la mortaise, ce qui restait du calcaneum venant s'enclaver entre le tibia et le péroné.

Je ne dirai pas que les suites furent courtes, car l'enfant ne fut guéri que le 6 février 1906.

Entre temps, il avait présenté du côté gauche des signes de coxalgie pour laquelle il est encore actuellement en plâtre.

En tous cas, le résultat fonctionnel et esthétique obtenu au niveau du pied paraît satisfaisant, et je voudrais attirer l'attention sur la remarquable aisance que donne la section du tendon d'Achille lorsqu'il s'agit d'évoluer dans ces foyers de tuberculose diffuse de l'arrière-pied.

Les incisions latérales antérieures et postérieures de l'astragalectomie ne donnent pas un jour suffisant pour atteindre le calcaneum, et le curetter méthodiquement ainsi que la mortaise.

Lorsque le calcaneum seul est atteint, ou que les lésions sont localisées à l'astragale, je ne coupe jamais le tendon d'Achille, et je réserve cette manœuvre aux cas très graves où l'arrière-pied est transformé en éponge suppurante et fistuleuse de tous les côtés.

J'ai eu jusqu'à présent à soigner quatre malades semblables un autre garçon de 4 ans et deux filles de 11 ans environ. Chez tous les quatre, j'ai eu un résultat analogue à celui que je vous présente ici en l'espace de cinq à six mois.

Après les travaux de M. Ollier et ceux de M. Gangolphe sur ces formes particulièrement graves et étendues de tuberculose de l'arrière-pied, vous trouverez qu'il y a peut-être de ma part quelque naïveté à vous présenter ce malade et à vous entretenir d'autres cas semblables. Ce qui m'y a invité, c'est la dernière communication de M. Calot sur le traitement des tumeurs blanches. Sans vouloir rien enlever à la valeur de la méthode qu'il défend et qui consiste à traiter les tuberculoses articulaires plutôt par des injections modificatrices que par des exérèses, je crois qu'il est allé trop loin en déclarant que seules sont légitimes les résections qui peuvent donner une réunion « per primam ».

Il en arrive à ne conseiller presque que la résection du genou, du moins chez les enfants qui ont terminé la croissance.

Pour les autres articulations, dit-il, c'est la fistule et la suppuration indéfinie qui est la règle. Et il ajoute : La méthode d'Ollier, qui consiste à laisser grande ouverte la plaie de résection pour éviter la fistule, ressemble à la politique de Griboille.

Il me semble que de pareilles affirmations ne peuvent être laissées sans réplique, et je crois qu'il y aurait intérêt, quelque usé que paraisse le sujet à publier des cas de résections étendues guéries, si nous ne voulons pas que dans dix ou quinze ans on ne découvre à nouveau à Paris ou à Berck-sur-Mer ce que nous savons ici depuis vingt ans.

M. GANGOLPHE. — Le petit malade que nous a présenté M. Vignard était certainement atteint d'une forme grave de tuberculose ; les détails qu'il nous a donnés le prouvent.

Cependant, je me permettrai simplement de dire que je ne me suis jamais vu dans l'obligation de sectionner le tendon d'Achille chez l'adulte, encore moins chez l'enfant.

Mais il faut se garder d'être absolu, en clinique. J'ajouterai que l'on peut redouter une déviation ultérieure en hyperextension du pied, par suite de la prédominance des extenseurs. Ce qu'il faut en pareil cas, c'est supprimer, au couteau ostéotome, le cartilage diarthrodial du tibia, aviver, pour obtenir une soudure en bonne attitude.

J'arrive maintenant au texte cité par M. Vignard, et emprunté à une publication de M. Calot. « Malgré le respect que j'ai pour la grande mémoire d'Ollier, ceci me paraît ressembler encore un peu trop à la politique de Gribouille : laisser la plaie ouverte pour éviter de trop longs traitements... »

Je ne puis retenir mon indignation en lisant ces lignes. La mémoire d'Ollier est au-dessus de pareilles atteintes ; mais que doit-on penser de l'auteur qui les a écrites ?

Est-il admissible que dans un ouvrage soi-disant consacré à la technique du traitement des tumeurs blanches, M. Calot n'ait pu trouver que cette occasion de citer (et vous voyez en quels termes !) le nom d'Ollier.

L'œuvre du maître lyonnais, sa doctrine, les résultats de sa pratique, les services qu'il a rendus à l'humanité par ses préceptes de chirurgie conservatrice, non mutilante, n'en déplaît à M. Calot, l'éclat qu'il a donné à la chirurgie française..... tout cela ne pèse pas lourd, on le voit.

La chirurgie osseuse et articulaire comprend deux périodes : la première s'étend depuis la création du monde jusqu'aux travaux de M. Calot ; elle est caractérisée par l'intervention à outrance... on opère à tort et à travers, on résèque jusqu'aux nouveau-nés : on frémit à ce massacre d'innocents ! La seconde période, inaugurée à Berck, fait succéder à cet affolement, à cette soif du sang, une ère calme et sereine.

Quel que soit l'âge des patients, leurs lésions, qu'il y ait ou non des séquestres, des masses fongueuses, des fusées purulentes, etc... Il suffit, cela est préférable, d'aller à Berck pour obtenir la guérison sans l'emploi du bistouri.

N'ai-je pas entendu dire à un congrès de chirurgie, que, là seulement, on possédait le secret d'immobiliser une hanche, de faire une ponction avec ou sans injection modificatrice, etc., etc.

N'ai-je pas entendu dire, au Congrès de la tuberculose de Paris, que les chirurgiens étaient, les uns interventionnistes, les autres non-interventionnistes, par tempérament ?

N'ai-je pas répondu, alors, que les chirurgiens devaient se comporter suivant des indications basées sur les faits ; et qu'il était impossible d'être interventionniste ou abstentionniste de parti pris, à la façon de peintres ou de musiciens se réclamant d'écoles différentes.

Mais là n'est pas la question, et je ne voudrais pas que vous puissiez croire que c'est une divergence d'opinions thérapeutiques qui m'a fait prendre la parole. Trop indépendant pour dénier à quiconque le droit de libre discussion, je suis aussi assez vieux chirurgien pour savoir ce qu'il faut penser de l'infailibilité des doctrines et formules chirurgicales. Je n'aurais jamais pris à partie M. Calot, si les termes dont il s'est servi ne m'avaient paru hors de situation, en face de l'œuvre incontestée d'Ollier.

En protestant, je crois être l'interprète, non seulement de cette Compagnie, mais encore de tous les chirurgiens français et étrangers.

M. VINCENT. — *Réséction du coude.* — Nous nous associons tous à la protestation de M. Gangolphe parce que nous partageons tous sa juste indignation. Il est inconcevable qu'un chirurgien français ose parler en termes pareils de l'un des plus grands chirurgiens dont s'honore notre pays. Calot Gribouille, soit ! mais pas Ollier. Si Léopold Ollier avait été parisien, il eût sans doute suscité moins de sottises jalouses. On aura beau faire, on ne supprimera pas les impérissables travaux du maître lyonnais sur la régénération des os et les résections. La chirurgie de la seringue ne remplacera pas celle de la rugine. Le grand malheur est que, avec cet esprit étroit, on prive les malades du bienfait des résections, même de celles du coude, qui a donné de si beaux résultats à Lyon.

Permettez moi de citer un fait. Il y a près de deux ans (moins 3 mois), on me présenta à Paris M. M... L..., petit employé de 18 à 20 ans, qui promenait une tumeur blanche du coude de service en service depuis des mois et des mois. Il avait lu ce que j'ai écrit sur Ollier ; il me demanda naïvement si c'était vrai, la résection, malgré les dires contraires des Parisiens. On ne lui avait promis que l'ankylose et dans un avenir éloigné. Je lui affirmais qu'il serait guéri par la résection, qu'il récupérerait les mouvements de son coude et qu'il pourrait reprendre l'usage de la machine à écrire. Il me crut, vint à Lyon, où je l'installais à la maison chirurgicale de la rue des Marronniers. La résection fut faite, le 5 mars 1905, par la méthode sous-périostéo-capsulaire d'Ollier. Je vous apporterai les pièces et les photographies à la prochaine séance. Deux mois après il rentrait à Paris. Là, une épreuve inimaginable l'attendait. N'ayant pas de quoi se faire soigner chez lui, il était obligé de retourner à diverses cliniques pour se faire panser les trajets fistuleux qui subsistaient encore. On s'acharnait à l'épouvanter sur les suites de la résection qui le vouait fatalement à l'amputation. Pour y échapper, il fallait abandonner l'électrisation et les mouvements méthodiques que je lui avais appris à faire ; il fallait accepter l'immobilisation et les injections de chlorure de zinc et obtenir ainsi l'ankylose, qui était le salut. Il résista ; nous trouvâmes le moyen de le sortir d'embarras. Bref, voilà plus d'un an qu'il n'a plus de fistule, qu'il est absolument guéri et qu'il a des mouvements très étendus. Au lieu de l'ankylose, il possède une articulation solide, très mobile, avec laquelle il a repris le jeu de la machine à écrire et tout son travail d'employé de bureau. Il est aisé de comprendre qu'il soit maintenant, dans la capitale, un chaud défenseur d'Ollier et des résections. Il ne jure plus que par Lyon ; je vous assure qu'il aurait fait chorus avec M. Gangolphe contre Calot-Gribouille.

M. DURAND. — Je félicite d'abord M. Gangolphe de la vigoureuse et si juste exécution qu'il vient de faire des très regrettables paroles de M. Calot. L'école lyonnaise ne peut que s'associer à ce que vient de dire notre président.

Quant à la communication de M. Vignard, je désire y ajouter un mot. Il a parlé de la résection tibio-tarsienne élargie chez l'enfant, je veux parler de l'adulte. Nous savons tous que l'ablation de l'astragale laisse entre le tibia et le calcaneum un espace dans lequel se développent des fongosités dont le crayon de nitrate, et même la curette et le thermo n'ont pas toujours raison. De là vient que, passé 25 ans, et surtout autour de 40 ou 50 ans, l'astragalectomie est rarement une bonne opération. La résection du genou, au contraire, peut donner à cette période de la vie d'excellents résultats et l'on peut penser que cela tient peut-être à la réunion immédiate qui s'obtient entre les deux surfaces osseuses. Il m'a semblé qu'on pouvait poursuivre le même but en amenant le calcaneum avivé contre le plateau tibial sectionné après ablation de l'astragale. Mais alors, les incisions d'Ollier ne suffisent plus à ces avivements. Pour obtenir du jour, j'ai pensé qu'on pouvait sacrifier les péroniers et j'ai fait une longue incision marginale sous la malléole externe. Sectionnant les tendons des péroniers et les ligaments externes et antérieurs, j'ai rabattu le pied, extirpé l'astragale, avivé le calcaneum, abattu la surface cartilagineuse des os de la jambe et suturé le calcaneum au tibia en affrontant exactement les surfaces de section comme dans une résection du genou en drainant, bien entendu, les parties molles.

J'ai fait deux fois cette opération : chez un homme de 35 ans, chez une femme de 45, tous deux porteurs de lésions graves très avancées qui pouvaient justifier plutôt une amputation qu'une opération conservatrice. Chez l'homme, j'eus un échec et dus rapidement faire une désarticulation du pied; chez la femme, plus âgée pourtant, le résultat fut bon, elle quitta le service en bon état avec de petites fistules, et j'ai appris ultérieurement qu'elle avait guéri. Ce résultat m'a paru encourageant à cause de l'âge avancé du sujet et il y a peut-être là, dans cette idée visant à assimiler l'état de la tibio-tarsienne au genou, un moyen d'étendre les indications de l'opération conservatrice à une période de la vie où elle n'est pas indiquée dans l'état actuel de notre thérapeutique.

*
* *

FRAGILITÉ CONGÉNITALE DU TIBIA AVEC FRACTURES MULTIPLES.

M. GANGOLPHE fait une communication sur ce sujet.

Séance du 13 décembre 1906.

Présidence de M. VINCENT.

M. VIGNARD, secrétaire, lit le procès-verbal de la séance précédente qui est adopté sans rectification.

*
* *

FRACTURE SPONTANÉE DE L'EXTRÉMITÉ SUPÉRIEURE DU
FÉMUR A L'AGE DE DOUZE ANS ; CAL VICIEUX ; FRACTURE
RÉGENTE SOUS-TROCHANTÉRIENNE.

M. PATEL. — J'ai l'honneur de présenter une malade dont l'observation soulève de nouveau la question des cals vicieux survenus à la suite de fractures de l'enfance, question maintes fois abordée à la Société de chirurgie de Lyon par MM. Bérrard, Gayet, et dans la dernière séance encore, par M. Gangolphe.

La malade est âgée de 29 ans ; elle entra dans le service de mon maître, le Prof. Jaboulay, que j'ai l'honneur de suppléer, le 7 novembre 1906, pour un traumatisme récent du membre inférieur droit, déjà considérablement déformé à la suite d'une chute faite dans l'enfance.

A l'âge de 12 ans, en effet, la malade entra à l'hôpital Saint-Pothin pour des douleurs lancinantes qu'elle éprouvait à la partie supérieure de la cuisse droite ; elle ne s'accompagnait d'aucun trouble grave puisque l'enfant marchait. Un jour elle fit une chute de sa hauteur et se cassa la cuisse à partie supérieure. Elle fut immobilisée en plâtre pendant 65 jours. A la sortie du plâtre les douleurs avaient cessé, mais

la cuisse était déjà déformée telle qu'elle l'est aujourd'hui. Depuis, la malade a continué une vie normale; elle marcha très bien sans grande boiterie. Elle eut une grossesse normale avec accouchement normal.

Elle revient aujourd'hui à l'hôpital, parce qu'en glissant elle s'est de nouveau fracturée la cuisse.

A l'inspection de la région on constate immédiatement une déformation en crosse de l'extrémité supérieure du fémur droit, la saillie osseuse à convexité externe est très prononcée. Le raccourcissement réel est de 10 centimètres; le membre droit est atrophié dans son ensemble. La palpation permet de reconnaître une masse dure, volumineuse, nettement osseuse, non douloureuse; ce n'est que vers la terminaison du tiers inférieur du fémur qu'on réveille la douleur; des mouvements imprimés au membre inférieur montrent une mobilité anormale. L'impotence fonctionnelle est absolue.

L'étude des radiographies est des plus curieuses; elles montrent un changement total de l'extrémité supérieure du fémur.

Elle forme dans son ensemble un arc de cercle à grande courbure, à convexité dirigée en haut et en dedans, le col se continue directement avec la diaphyse; la tête fémorale fait une saillie peu marquée. Le grand trochanter vient appuyer contre la face externe de l'os coxal, une véritable cavité articulaire semble s'être formée. L'os, en son entier, paraît comme soufflé régulièrement, et à l'intérieur on voit un véritable treillis formé par des masses noirâtres, fragmentées par des traînées blanches. Au-dessous, la fracture se voit nettement; le trait est oblique en bas et en dedans, sinueux; sa partie supérieure empiète sur la zone pathologique.

La fracture, survenue dans l'enfance, rentre dans le cadre des fractures pathologiques. La chute peut être considérée comme insignifiante, dans l'étiologie du traumatisme. Existait-il auparavant, à ce niveau, une sorte d'ostéomyélite plus ou moins marquée, ainsi que semblerait l'indiquer les douleurs survenues antérieurement? S'agissait-il de cet état de fragilité spécial des os, mentionné souvent chez les enfants? Il est difficile de donner une affirmation certaine. Quoi qu'il en soit un cal vicieux s'est formé n'entraînant qu'une configuration anormale de l'os. Il est curieux de noter les phénomènes de

compensation fonctionnelle, qui se sont produits, notamment du côté du col fémoral et du grand trochanter.

Reste la question du traitement actuel ; étant donné l'adaptation qui s'est réalisée depuis longtemps, il semble que la déformation ne soit pas à corriger par une intervention osseuse ; la malade ne s'en plaint nullement. Depuis un mois on s'est contenté d'immobiliser le membre en légère abduction ; la consolidation n'est pas encore effectuée.

M. TIXIER a actuellement dans son service un jeune homme de 24 ans qui s'est fait à trois reprises des fractures du fémur. Les deux premières s'étaient bien consolidées.

La radiographie fut faite et M. Tixier constata des zones claires blanchâtres analogues à celles que l'on voit sur la radiographie présentée par M. Patel. Son malade a guéri dans le délai normal sans déviation, ni déformation.

M. VALLAS pense que peut-être il y a eu des phénomènes d'ostéomyélite avec des lésions du cartilage de conjugaison. Il rappelle un cas semblable présenté par lui, mais où les lésions siégeaient au niveau de l'extrémité inférieure du fémur.

Si l'extrémité supérieure du fémur était suffisamment mobile on pourrait profiter de la fracture comme d'une ostéotomie pour obtenir un allongement du membre en l'amenant dans la position d'abduction.

M. PATEL. — L'intervention n'a pas été proposée en raison de l'adaptation fonctionnelle parfaite, de la présence de deux articulations coxo-fémorales (tête fémorale, grand trochanter). Il est évident que les muscles grands fessiers, rétractés, devraient être sectionnés. De plus, l'orientation du membre inférieur serait totalement modifiée. Aussi étant donné l'âge de la malade, l'abstention paraît préférable.

M. NOVÉ JOSSERAND rappelle que chez les enfants dans des déformations analogues, dues généralement à des courbures rachitiques, on obtient des améliorations au moins dans l'esthétique, sinon dans la fonction.

*
* *

APPENDICITE SUPPURÉE ; OCCLUSION INTESTINALE PRÉCOCE ; ENTÉROTOMIE A GAUCHE ; GUÉRISON.

M. NOVÉ-JOSSERAND :

Il s'agit d'une fille de 7 ans 1/2 qui entra à la Charité le 18 septembre 1906, pour une appendicite datant de huit jours, avec une collection

bien nette dans la fosse iliaque droite. Cet abcès fut ouvert le 19. Il s'agissait d'un abcès rétro-cæcal qui fut abordé par la voie transpéritonéale. Des mèches de gaze furent laissées à demeure pour protéger la cavité péritonéale.

Les suites ont été simples d'abord. Les mèches furent retirées le cinquième jour. Le lendemain, l'enfant eut un vomissement qui se renouvela le surlendemain, tandis que l'état général devenait moins bon. Le neuvième jour, les vomissements se répétèrent, le ventre commença à se ballonner, sans qu'il y eût de fièvre, et le diagnostic d'occlusion intestinale devint évident.

Cet état ne cédant pas aux lavements et à l'emploi des moyens ordinaires, on fit le 12 octobre une entérotomie dans la fosse iliaque gauche. La paroi étant ouverte, on attira une anse distendue prise le plus bas possible, et on l'ouvrit.

Les vomissements disparurent de suite, et au bout de trois ou quatre jours le cours normal des matières se rétablit par le rectum.

Néanmoins la fistule intestinale persista, donnant issue à du liquide clair, bilieux, et comme elle n'avait aucune tendance à se fermer spontanément, on fit le 22 novembre une entérorraphie latérale qui acheva de guérir la malade.

Cette observation est un exemple d'occlusion précoce à la suite de l'ouverture d'un abcès appendiculaire. Il est fort probable que des anses intestinales adhérentes aux mèches ont été coudées au moment de l'ablation de ces dernières.

Le principal intérêt de ce cas vient de la conduite qui a été suivie. A l'exemple de Broca, on conseille généralement en pareil cas d'intervenir dans la plaie de l'appendicite ou par une laparotomie médiane, et on rejette absolument l'entérotomie à gauche. Or, l'intervention au niveau de l'abcès est difficile, aveugle et dangereuse. D'ailleurs, tous les cas où on l'a faite se sont terminés par la mort. La laparotomie médiane est également grave, car si on trouve l'adhérence, on ne peut la dégager qu'en attirant dans l'abdomen des anses infectées, d'où un grave danger de péritonite.

La conduite que nous avons suivie est beaucoup plus simple. On intervient sur un péritoine normal, à distance du foyer infecté, et en réduisant ainsi au minimum le risque d'une inoculation opératoire.

L'expérience montre que s'il s'agit d'une coudure simple de l'intestin, le rétablissement du cours des matières peut se faire spontanément; enfin, si l'on a plus tard à fermer la fistule,

celle-ci étant établie sur un péritoine sain, l'opération est des plus faciles et beaucoup moins dangereuse que si elle doit être conduite à travers le foyer d'un ancien abcès.

M. CONDAMIN rappelle un cas fort analogue survenu chez une femme qu'il avait opérée d'un kyste de l'ovaire et qui au septième jour présente des phénomènes d'occlusion.

Il ouvrit une anse intestinale et dès le surlendemain, les matières reprirent le chemin du rectum. L'anus contre nature se ferma sur lui-même.

*
* *

FRACTURE DE LA ROTULE; SUTURE DES AILERONS.

M. VALLAS présente un malade atteint de fracture de la rotule chez lequel il a pratiqué une suture des ailerons sans toucher à la rotule; 14 jours après le malade marchait avec des béquilles.

Il insiste sur la rapidité avec laquelle le malade a recouvré les fonctions de son membre. Ce n'est donc pas le cal osseux qui est nécessaire dans des cas comme celui-ci, mais la réunion des parties fibreuses pararotuliennes.

Il y a avantage à faire marcher les malades de bonne heure pour éviter l'enraidissement, et en particulier dans le sens de la flexion.

Ce malade présente, en outre un fait que M. Vallas a déjà vu sans pouvoir se l'expliquer : c'est un élargissement apparent considérable de la rotule qui d'ailleurs est appelée à disparaître.

Séance du 20 décembre 1906.

Présidence de M. VINCENT.

M. VIGNARD, secrétaire, lit le procès-verbal de la séance précédente qui est adopté sans modification.

*
* *

PSEUDARTHROSE DE L'EXTRÉMITÉ INFÉRIEURE DU CUBITUS,
SUTURE OSSEUSE PAR UNE AGRAFE DE DUJARIER; GUÉ-
RISON COMPLÈTE.

M. DURAND. — Le malade que j'ai l'honneur de vous présenter eut le 25 septembre 1905 le poignet droit écrasé sous un lourd tonneau. Il en résulta une très large déchirure de la peau de la face antérieure du poignet; les tendons ne furent pas déchirés, mais ils furent comme scalpés, la peau ayant été arrachée en deux très larges lambeaux. La restauration spontanée, sous pansement régulier, se fit bien, et vous voyez que la cicatrice est assez régulière, permet des fonctions très satisfaisantes aujourd'hui. Sous ces lésions des parties molles, que je viens de rapporter pour n'y plus revenir, existait une fracture de l'extrémité inférieure du cubitus, le radius était sain. Il n'y eut pas d'infection du foyer de fracture, mais il n'y eut pas de consolidation. En avril, sept mois après l'accident, l'examen montrait que le petit fragment inférieur du cubitus était mobile sur le corps de l'os. Les fonctions étaient fort gênées, les mouvements passifs avaient toute leur amplitude, mais les mouvements volontaires étaient restreints en

tous sens, la pronation-supination à peu près impossible. La force était très minime, et le malade ne pouvait, surtout à cause de ce manque de force, accomplir aucun travail pénible.

Je proposai une suture osseuse et il l'accepta.

Le trait de fracture se trouvait à 2 centimètres à peine de l'articulation du poignet, et s'il m'avait fallu passer des fils métalliques après perforation des os, suivant la technique classique, l'opération aurait été très difficile, aurait exigé de larges incisions. Il m'aurait fallu probablement, puisque je ne pouvais luxer largement les fragments l'un sur l'autre, faire une incision médio-dorsale en même temps que l'incision latérale interne. La petitesse du fragment inférieur aurait évidemment été très gênante.

Toutes ces difficultés furent évitées par l'emploi d'une agrafe de Dujarier.

Le 27 avril, je fis sur le bord interne une incision de 5 centimètres entre le cubital antérieur et le cubital postérieur ; quelques coups de rugine mirent à nu les deux fragments et ouvrirent le foyer de fracture. J'avive à la rugine les extrémités osseuses fracturées et les appliquai l'une contre l'autre. Le perforateur créa au point voulu un orifice sur chacun des fragments, et une agrafe de 25 millimètres fut enfoncée à coups de marteau. Les deux fragments étaient dès lors très solidement maintenus. La peau fut réunie sur l'agrafe.

Celle-ci fut enlevée 70 jours après, après constatation de la guérison osseuse.

Vous pouvez voir que ce malade a maintenant repris tous ses mouvements et toute sa force, ses fonctions sont entièrement normales.

J'ai tenu à vous présenter ce malade à cause de la simplicité opératoire permise par l'agrafe. J'ai fait toute mon intervention en moins d'un quart d'heure, par une incision de 5 centimètres non mutilante. Je me demande encore comment j'aurais pu faire pour passer un fil de suture osseuse et au prix de quelles cicatrices j'aurais atteint ce but. La réunion osseuse par agrafe est donc une ressource élégante et précieuse, elle peut permettre un certain nombre d'opérations auxquelles la suture au fil ne pourrait être appliquée.

RÉSECTION DU POIGNET AVEC SUTURE RADIO-MÉTACARPIENNE.

M. GANGOLPHE présente un malade chez lequel il a pratiqué l'an dernier une résection du poignet pour arthrite tuberculeuse.

Il a, comme il le fait depuis quelque temps, suturé le 3^e métacarpien à la surface inférieure du radius avivée de façon à supprimer la cavité qui peut être le siège d'une nouvelle pululation fongueuse. Résultat très satisfaisant.

*

DU CANCER AIGU DE LA THYROÏDE CHEZ LES JEUNES SUJETS.

M. BÉRARD. — Comme tous les cancers, l'épithélioma thyroïdien s'observe surtout de 40 à 60 ans : sur un total de 488 observations réunies par Schmidt, Van Straaten, Carranza et Carrel, 219 avaient évolué à cette période et 76 au-dessous de 60 ans. Au-dessous de 30 ans, la proportion n'avait plus été que de 24 pour 488 (1 p. 20). Au-dessous de 20 ans, à part quelques sarcomes, on ne rencontre dans la littérature que des faits isolés, publiés à cause de leur rareté : ce sont des épithéliomes à marche rapide, faciles à confondre histologiquement avec des sarcomes et qui apparaissent presque exclusivement chez des filles au moment de la puberté, ou chez des jeunes femmes à l'occasion d'une première grossesse.

En cinq ans, sur 25 cancers thyroïdiens que j'ai rencontrés, deux fois les malades avaient moins de 30 ans : c'étaient deux jeunes filles de 26 et 19 ans.

La première, présentée à la Société des sciences médicales en 1902, venait d'une région goitrigène de la Loire. Elle portait depuis la puberté un goitre qui avait grossi peu à peu. Trois mois avant son entrée à l'hôpital, depuis deux mois surtout elle accusait une gêne progressive de la respiration, avec des crises de dyspnée à chaque effort. La voix était devenue de plus en plus rauque et étouffée.

L'examen révélait une tumeur médiane, empiétant à droite, développée vraisemblablement dans le lobe droit, et dont les

contours mal définis n'avaient pas englobé pourtant le paquet vasculo-nerveux. A cause de la rapidité de la dernière poussée, les douleurs irradiées à distance jusque vers la nuque, de la dureté rénitente de la masse et de l'empâtement œdémateux des téguments en avant d'elle, le diagnostic avait été laissé hésitant entre trois hypothèses : hémorragie dans un goitre kystique, poussée de strumite, ou dégénérescence cancéreuse. N'eût été l'âge de la malade, il eût fallu admettre à peu près sûrement le cancer.

L'intervention consista dans une thyroïdectomie du lobe malade : pas d'incidents d'anesthésie, pas d'adhérences trop gênantes avec les organes voisins ; il fallut toutefois libérer la jugulaire interne et lier un certain nombre de grosses veines. Pas de ganglions perceptibles.

15 jours après l'opération, la malade, qui avait été d'abord très soulagée, accusait à nouveau des douleurs dans la région nuque, avec point maximum en arrière de l'oreille gauche. Elle se plaignait en même temps de bourdonnements et de battements dans cette oreille. Rapidement on perçut un gonflement de la mastoïde gauche, de la vascularisation de cette région, un souffle et des battements synchrones au pouls, de la réductibilité à la pression soutenue : en un mot tous les signes d'un cancer osseux télangiectasique. Un mois plus tard, la métastase mastoïdienne gagnait en profondeur et déterminait des vertiges, des auras avec chute sur le côté droit, des vomissements. En même temps la cicatrice opératoire s'indurait, la voix devenait bitonale, puis chuchotée ; le récurrent droit était paralysé et la corde vocale droite apparaissait au laryngoscope en position cadavérique.

C'est dans cet état lamentable avec une asthénie et une maigreur cachectique extrême que la malade rentra chez elle, où elle succomba cinq mois après. L'évolution ultime des accidents semblait avoir été un peu enrayée par un traitement intensif à la quinine et à la liqueur de Fowler.

*
* *

Chez la seconde malade, présentée aujourd'hui, c'est en un mois que la tumeur, développée sur un petit goitre à peine perceptible, a acquis le volume d'un œuf en refoulant la trachée en arrière et en dedans et en déterminant une dyspnée

assez vive, avec une légère dysphonie. Une grippe intercurrente, un mois avant l'entrée à l'hôpital, semble avoir donné un coup de fouet au cancer.

Sans antécédents pathologiques spéciaux, d'une bonne santé habituelle, la malade n'est pas encore réglée, elle a eu simplement quelques pertes rosées au mois de mai dernier. Peut-être y a-t-il quelque relation entre cette puberté tardive et la poussée néoplasique.

A l'entrée, le 21 novembre 1906, on constatait un état général excellent. Au cou, on perçoit une légère hypertrophie thyroïdienne diffuse, avec une masse tendue un peu bosselée du volume d'un œuf, plaquée au-dessus de la clavicule, contre la face gauche de la trachée dont elle suit les mouvements, sans adhérences à la peau, avec une mobilité latérale sur les plans profonds. Il y a des douleurs spontanées peu vives dans toute la moitié gauche du cou.

Depuis six jours, la voix s'est éteinte à peu près complètement, la respiration est devenue bruyante et difficile, avec des accès de suffocation nocturne. Malgré quelques vertiges, on ne relève pas de troubles de vascularisation de la face et du cou, pas de signes de Basedow ni de compression du sympathique.

Urines normales. Température oscillant entre 37°,8 et 38°,1.

A cause du jeune âge, de l'absence de menstruation, de la brusquerie de l'accroissement de la tumeur, on pense d'abord à une poussée congestive sur la thyroïde goitreuse, avec une hémorragie dans un petit kyste. Mais la grande *dureté* et les bosselures de la masse font faire quelques réserves relativement à un néoplasme.

L'opération a lieu le 23 novembre. Dès l'incision des parties molles, l'hypothèse de néoplasme devient de plus en plus vraisemblable ; il faut disséquer soigneusement le paquet vasculo-nerveux du cou pour isoler la jugulaire interne, qui déborde en dedans de la carotide et qui adhère à la tumeur sur une hauteur de 8 à 10 centimètres. Malgré cet isolement, la luxation du lobe malade hors de la plaie est impossible. On ne trouve aucun plan de clivage dans le lobe ; il faut faire une thyroïdectomie du lobe gauche. La trachée n'est pas envahie ni ramollie. L'hémostase est facile. On ne trouve pas de ganglions. Réunion *per primam*.

Les suites opératoires ont été des plus simples; levée dès le cinquième jour, la malade respirait et avalait très librement. Mais depuis une semaine déjà, elle accuse à nouveau un peu de gêne de la déglutition, et à la palpation profonde du cou on sent un empâtement un peu induré entre les vaisseaux et la trachée.

*
* *

Dans ces deux faits et dans les observations semblables qui ont été publiées, l'évolution de la tumeur est à peu près identique; ce sont des cancers à marche aiguë.

En quelques semaines, un petit goitre préexistant augmente de volume, durcit, détermine des troubles par compression de la trachée.

A cause du jeune âge, on croit d'abord à une strumite ou à une poussée congestive dans le goitre. L'erreur est d'autant plus facile que la tumeur n'a englobé aucun autre organe voisin et qu'elle ne s'accompagne d'aucune adénite.

La dureté seule de la masse et parfois les douleurs irradiées à grande distance peuvent faire songer au cancer.

Très heureusement, l'opération précoce est imposée par la dyspnée rapidement croissante. En général, l'ablation ne présente pas beaucoup de difficultés ni de risques sérieux d'asphyxie; la dissection doit simplement serrer de près le lobe néoplasique, car la jugulaire interne lui est souvent adhérente sur une certaine étendue. La trachée, plus refoulée qu'envahie, ne s'affaisse pas une fois libérée.

Et pourtant, malgré cette limitation apparente des lésions, malgré l'absence habituelle d'adénite néoplasique, les métastases et les récives rapides sont la règle. Dans notre première observation, la malade succomba au bout de sept mois avec une métastase mastoïdo-cérébelleuse et avec une récive juxtatrachéale qui déterminait l'asphyxie. Dans le second cas, moins d'un mois après la thyroïdectomie, la cicatrice devient indurée et la dyspnée reparait. Le pronostic est donc désespéré.

*
* *

NÉCROSE ÉTENDUE DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR
D'ORIGINE DENTAIRE.

M. ROUVILLOIS, répétiteur à l'École du service de santé militaire. — J'ai l'honneur de vous présenter, au nom de M. MARTIN et au mien, un malade qui réalise un exemple heureusement rare de complication osseuse grave d'origine dentaire.

Ce jeune homme en juin 1906 fut atteint, au cours de l'évolution de sa dent de sagesse inférieure gauche, de périostite du maxillaire inférieur caractérisée par un empâtement siégeant au niveau de la branche horizontale et de l'angle du maxillaire. La dent fut extraite et la tuméfaction incisée et drainée; il s'écoula une assez grande quantité de pus fétide. Malgré ce drainage, la tuméfaction ne fit que progresser, et toute la région sous-maxillaire et parotidienne devenant le siège d'une induration considérable, une seconde incision fut pratiquée en arrière de la première. L'induration ne cédant pas à cette nouvelle intervention, le malade fut évacué de Modane, où il est en garnison, sur l'hôpital de Chambéry, puis sur l'hôpital Desgenettes

A son entrée à l'hôpital, en août, il présentait une tuméfaction énorme de toute la moitié gauche de la région du maxillaire inférieur. L'exploration au stylet pratiquée par les deux incisions transformées en trajets fistuleux montrait que les branches horizontale et montante du maxillaire inférieur étaient dénudées sur une grande étendue.

Il existait un trismus assez notable.

L'état général était mauvais, l'haleine fétide. La fièvre était élevée.

Il était évident que l'hémi-maxillaire inférieur gauche était réduit à l'état de séquestre dont l'ablation s'imposait. Déjà, nous avions enlevé avec une pince un petit séquestre de la région alvéolaire du volume d'une petite noisette. La résection de l'os malade nous paraissant indiquée, nous prions M. le Dr Martin de vouloir bien poser au malade un appareil prothétique destiné à empêcher la déviation post opératoire de la moitié saine du maxillaire. M. Martin fit immédiatement dans ce but un appareil consistant en une petite tige d'ébonite fixée sur le bord alvéolaire de l'hémi-maxillaire inférieur sain et venant s'appuyer, la bouche étant fermée, sur la face externe du maxillaire supérieur correspondant.

Nous nous disposions à intervenir le lendemain lorsque, en explorant une dernière fois la bouche du malade, nous arrivâmes à mobiliser l'hémi-maxillaire inférieur gauche et à l'extraire en totalité et presque sans effort de sa coque périostique; seul le condyle resta en place.

La suppuration disparut en quelques jours, si bien que M. Martin put

compléter son premier appareil en y ajoutant une partie destinée à combler la coque périostique du maxillaire et à guider ainsi l'ossification de cet os.

Le malade s'améliora très rapidement ; les fistules se fermèrent et, peu à peu, la tuméfaction de la région maxillaire diminua.

Le premier appareil fut supprimé et remplacé par un autre moins volumineux. Celui-ci, à son tour, fut diminué au fur et à mesure que la coque périostique proliférait, si bien qu'actuellement il est réduit aux dimensions d'un simple dentier.

Le maxillaire inférieur s'est reformé en totalité, mais il est encore plus épais que celui du côté opposé.

Le malade mange très bien avec son appareil. Son état général est excellent.

Je vous présente le maxillaire inférieur de cet homme. Comme vous le voyez, il est nécrosé dans toute son étendue. Les désordres sont surtout accentués à la face interne le long du canal du nerf dentaire inférieur.

Je vous présente aussi les deux appareils prothétiques de M. Martin, auxquels ce malade doit la restitution presque complète de son esthétique et l'intégrité du fonctionnement de sa mâchoire inférieure.

M. Cl. MARTIN. — L'observation que vient de nous présenter M. Rouvillois me permet de vous rappeler un malade auquel Létievant enleva la presque totalité du maxillaire inférieur pour une nécrose de même origine. Ce malade, âgé de 21 ans, était entré à l'hôpital de Trévoux pour une fluxion dentaire ; là on lui ouvrit plusieurs abcès ; mais comme la lésion, loin de guérir, s'aggravait de jour en jour, on l'envoya à l'Hôtel-Dieu de Lyon où il entre dans le service de M. Létievant.

A son entrée, le maxillaire en totalité était en suppuration ; plusieurs dents étaient tombées spontanément. Comme l'état général était mauvais, Létievant ne voulut pas différer l'intervention.

A cette époque (1878), nous étions encore au début de la prothèse immédiate. Létievant venait d'en obtenir des résultats si satisfaisants dans un cas de résection de tout le corps de l'os, qu'il me fit demander si une prothèse du même genre ne serait pas possible chez ce malade. Je répondis par l'affirmative et

l'application de la prothèse immédiate fut décidée. Je pris d'abord les empreintes de la mâchoire supérieure, afin d'établir un maxillaire inférieur artificiel présentant une surface d'articulation à peu près égale. Cette pièce étant prête, Létievant se disposa à nettoyer le foyer, et pour cela saisit avec une pince la portion du maxillaire mise à nu par la nécrose. Il supposait bien que celle-ci était fort étendue, moins cependant qu'elle ne l'était réellement, car en cherchant à détacher ce qu'il apercevait de l'os nécrosé, il ramena à sa grande surprise tout le maxillaire inférieur, sauf le condyle et l'apophyse coronoïde du côté droit et le condyle du côté gauche, qui restèrent en place. L'ablation en un seul fragment de la totalité du maxillaire avait simplifié l'opération. De mon côté, je m'empressais d'enlever du maxillaire artificiel complet que j'avais préparé les portions qui étaient restées dans la bouche, c'est-à-dire le condyle et l'apophyse coronoïde de droite et le condyle gauche, et je plaçais l'appareil dans la gouttière laissée libre par le maxillaire nécrosé. Un fois la pièce prothétique en place, la face reprit son aspect normal, et dès le lendemain le malade pouvait s'alimenter plus facilement qu'avant l'intervention. Comme le périoste avait été conservé sur toute l'étendue du maxillaire enlevé, la régénération osseuse se fit assez rapidement et je fus obligé de diminuer peu à peu mon appareil à mesure que l'ossification progressait.

Deux mois après, celle-ci étant complète, je pus faire un nouvel appareil qui remplissait les conditions nécessaires à une bonne mastication, tout en conservant le résultat esthétique donné par le premier appareil.

A la suite de cette observation, et de celle de M. Rouvillois, on voit donc combien il est facile, à l'aide de la prothèse, d'obtenir un résultat très satisfaisant chez des malades qui, sans elle, conserveraient une difformité irrémédiable au point de vue fonctionnel et esthétique.

*
* *

DEUX CAS DE DISLOCATION DU CARPE.

M. le médecin major ROUVILLOIS, répétiteur à l'École du Service de santé militaire, fait une communication sur ce sujet.

(Voir *Mémoires.*)

KYSTE HYDATIQUE DU FOIE CHEZ UN ENFANT.

M. VIGNARD et THÉVENOT présentent un enfant de 12 ans et demi atteint de kyste hydatique du foie et opéré au mois de juillet dernier.

Cet enfant, dont les antécédents héréditaires n'ont rien qui mérite d'être signalé, n'a eu comme maladie antérieure que la rougeole à l'âge de 7 ans.

Il ne sait pas exactement à quelle date débuta son affection. Pour lui, elle est la conséquence d'une morsure de chien le 7 juillet dernier. Cautérisée immédiatement par son médecin, il revint le soir quatre jours après, parce qu'il avait vomi à la fin de son repas. Son médecin l'examina attentivement, fit un diagnostic de kyste hydatique du foie et l'envoya à l'hôpital.

A l'entrée, cet enfant paraît en excellente santé et ne présente ni troubles digestifs, ni urticaire, il se plaint seulement d'un peu de céphalalgie.

La palpation, qui est facile parce qu'indolore, montre un foie dur, volumineux qui descend à deux travers de doigt d'une ligne allant de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure.

La percussion s'accompagne d'une sensation élastique ; elle montre que la masse est mate, sans intestin interposé, cette matité étant la continuité de celle du foie.

La palpation bimanuelle de Guyon montre un ballottement très net dans la région lombaire. Cette masse lisse est unique, se laisse d'ailleurs facilement refouler en arrière.

Une légère dilatation veineuse de la paroi abdominale complète ce tableau clinique.

Il n'y a rien du côté des urines.

On pense à un kyste hydatique unique, développé, en raison de sa saillie lombaire, à la face inférieure du foie, et, pour mieux assurer le drainage de la poche, on intervient par la voie lombaire.

L'incision faite le 24 juillet montra que la face postérieure du foie est encore augmentée de hauteur ; le kyste fait saillie à ce niveau et on peut l'aborder sans ouvrir le péritoine. Il est tout à fait superficiel et la lame de tissu hépatique qui le recouvre n'a pas plus de 2 à 3 millimètres d'épaisseur. Une ponction en évacue le liquide, puis la poche est extirpée sans

difficulté. Elle laisse une perte de substance du volume du poing, mais il existe en avant d'elle une autre poche très volumineuse.

Comme elle fait saillie du côté de l'abdomen, on l'aborde par une incision verticale le long du bord externe du grand droit.

On constate un nouveau kyste saillant sur la face antérieure du foie ; après avoir protégé le péritoine par des compresses, on le ponctionne, puis on extirpe la poche. Cette cavité nouvelle, de même volume que la première, n'est séparée d'elle que par une épaisseur de tissu hépatique de un centimètre au maximum. On fait à ce niveau une incision pour les faire communiquer. Comme on ne peut songer à capitonner de pareils kystes, on se contente de fixer le foie aux lèvres des incisions et l'on fait un drainage transcurrent.

Les suites opératoires ont été des plus simples. Il n'y a eu ni hémorragie, ni cholérragie, ni infection, et le malade est actuellement totalement guéri.

Cette observation nous paraît intéressante en raison de la rareté des kystes hydatiques chez l'enfant. Quant à la simplicité des suites opératoires, nous l'attribuons au drainage d'abord transcurrent, puis uniquement lombaire qui assurait d'une façon parfaite l'évacuation de ces énormes poches.

*
* *

DU CANCER DE L'OVAIRE, AU COURS DE L'ÉVOLUTION DES
CANCERS DE L'ESTOMAC, DE L'INTESTIN ET DES VOIES
BILIAIRES.

M. GOULLIoud présente quatre observations de malades opérées successivement ou dans la même séance pour un cancer des voies digestives et pour un cancer de l'ovaire. Il admet, à quelques exceptions près, que le cancer ovarien est dans ces cas une métastase du cancer de l'estomac ou de l'intestin.

Le Gérant, D^r VALLAS.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE LYON

1906

BUREAU

<i>Président</i>	MM. VINGENT.
<i>Vice-Président</i>	GANGOLPHE.
<i>Secrétaire général</i>	VALLAS.
<i>Trésorier-Archiviste</i>	AUBERT.
<i>Secrétaires annuels</i>	{ GAYET. VIGNARD.

MEMBRES

ALBERTIN.	JABOULAY.
AUBERT.	MARTEL.
AUGAGNEUR.	MARTIN.
BÉRARD.	NOVÉ-JOSSERAND.
CHANDELUX.	PATEL.
CLAUDOT.	POLLOSSON (Auguste).
COMMANDEUR.	POLLOSSON (Maurice).
CONDAMIN.	ROCHET.
CORDIER.	ROLLET.
DESTOT.	SABATIER.
DURAND.	SIRAUD.
FABRE.	TIXIER.
GANGOLPHE.	VALLAS.
GAYET.	VIGNARD.
GOULLILOUD.	VILLARD.
HORAND.	VINGENT.

MEMBRES CORRESPONDANTS

BATUT.	PIOLLET.
CANTAS (d'Athènes).	REY (d'Alger).
CURTILLET.	RIGAL.
DEBRIE.	RUOTTE.
ECOT.	SEVEREANU (de Buckarest).
GÉRAUD.	SOREL (de Dijon).
JACOB.	VIALLE.
KAEPPELIN (du Puy).	GAUDIER (de Lille).
LAGOUTTE.	

MEMBRES DÉCÉDÉS

BERNE.
LAROYENNE.
FOGHIER.

OLLIER.
MARCUS.
GAYET.

TABLE OF CONTENTS

NUMBERS RECEIVED

NAME	ADDRESS	DATE
...
...

...

...

...

...

MÉMOIRES

PRÉSENTÉS A LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DE LYON

M. L. M. O. T. R. E. S.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DE LYON

UN CAS D'INFECTION PUERPÉRALE

à marche lente

TRAITÉE PAR L'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE.

PAR MM.

ALBERTIN,

Chirurgien de la Charité.

JAMBON,

Interne du Service de gynécologie.

Avant de vous communiquer notre observation je me permettrai de vous rappeler combien la question de l'hystérectomie appliquée au traitement de la septicémie puerpérale a soulevé de discussions au sein de la Société de chirurgie de Paris de 1896 à 1902. De même, au Congrès de gynécologie de Rome en 1902, avec Tuffier comme rapporteur, cette question a été abordée par un grand nombre de chirurgiens.

Nous ne faisons que citer le résumé des conclusions. Pour la forme aiguë de la septicémie puerpérale dans la première quinzaine qui suit son éclosion, les avis sont partagés et nous n'insistons pas davantage, car notre observation a trait à une seconde variété de cas cliniques, alors que la septicémie puerpérale paraît avoir une localisation nette dans l'utérus ou les annexes.

En présence du diagnostic d'une localisation il me semble que l'accord doit se faire et qu'il y a lieu de pratiquer la laparotomie pour vérifier l'état utéro-annexiel et intervenir.

Voici notre observation : il s'agit d'une femme de 24 ans, secundipare, qui accoucha le 29 octobre 1905.

Il y eut après la délivrance une hémorragie assez abondante qui nécessita de la part de l'accoucheuse des manœuvres de toilette vaginale. Trois jours après la température atteignait 40°. Le 4 novembre elle descendait à 38°. Immédiatement d'ailleurs le traitement classique avait été institué : irrigations intra-utérines, glace en permanence sur l'abdomen, quinine et toniques.

La température, du 4 au 10 novembre, oscille entre 37°,4 et 39°, puis se met à osciller à partir du 15 novembre entre 38°,2 et 40° le soir (température rectale).

On fait une injection sous-cutanée de térébenthine et pendant trois jours des injections de sérum térébenthiné.

L'utérus reste volumineux, mais les sécrétions n'ont plus d'odeur. L'état général est passable.

Du 25 novembre au 3 décembre la température oscille entre 38°,5 et 39°. A ce moment la palpation permet de reconnaître aux angles supérieurs de l'utérus une tuméfaction symétrique du volume d'une mandarine. Comme l'état général paraît être moins bon, la malade a pâli, perdu ses forces; comme d'autre part il paraît persister une localisation nette aux angles de l'utérus, je propose une intervention qui nous permettra de constater la nature des localisations, prêts à intervenir à ce moment.

Je fais une laparotomie le 12 décembre 1905. L'incision de la paroi abdominale nous permet de constater l'anémie extrême du sang, si on peut employer cette expression : le sang est couleur orange, jus de carotte, très liquide.

Après ouverture de l'abdomen, je constate que l'utérus est très volumineux, comme les deux poings réunis. Au niveau de la corne utérine droite il existe avec une adhérence un paquet épiploïque. En décollant cette adhérence, je mets à nu une multitude de petits foyers purulents qui paraissent venir de la paroi utérine. Je libère l'épiploon et résèque la portion qui était adhérente et infectée.

Au niveau de la corne utérine gauche je trouve un paquet de franges graisseuses adhérentes à l'utérus dont une partie est recouverte.

En séparant ces franges et la portion d'anse sigmoïde qui le porte, je mets également à découvert toute une série de petits abcès dont le pus sourd à travers des orifices creusés dans la paroi de l'utérus. Je résèque les franges graisseuses indurées et contaminées.

Nous avons alors sous les yeux un utérus volumineux criblé d'abcès à ses deux angles au voisinage de l'insertion des trompes. En pressant sur l'utérus, on fait sourdre le pus à travers les orifices qui traversent sa paroi.

Les ovaires sont très volumineux et kystiques, comme œdématisés ; les trompes sont rouges, congestionnées. Je décide de pratiquer la castration abdominale, et je la fais rapidement par le procédé de la sub-totale en laissant une simple virole de col utérin.

En présence de cet état suppuratif subaigu je draine par le Douglas et fais une péritonisation par dessus le drainage, mais en laissant une solution de continuité au milieu de l'excavation.

Je fais un tamponnement à la Mikulicz sur la région médiane et je fixe l'épiploon au péritoine pariétal au voisinage de la mèche de gaze pour essayer de cloisonner cette région et préserver la grande cavité péritonéale qui paraît de cette façon assez bien isolée.

Dans les jours qui suivent, la température oscille entre 39° et 39°,5. Le 16 décembre, elle atteint 40° et je fais le premier pansement qui consiste à remplacer les mèches de gaze placées pour le drainage.

A partir du 20 décembre, la température décroît un peu en oscillant de 37°,6 à 39°.

Le 30 décembre, j'ouvre un des abcès de fixation fait antérieurement. Je constate qu'il se produit une induration au niveau de la fosse iliaque droite, au niveau du point épiploïque fixé.

Le 4 janvier 1906, je fais une incision latérale sur la partie droite de l'abdomen et je constate la présence d'un tissu induré lardacé que je dilacère, puis j'établis un drainage abdomino-vaginal.

Jusqu'au 11 janvier, il se fait encore de grandes oscillations, puis la température tombe, reste au-dessous de 38° et devient normale à partir du 18 janvier 1906.

La malade rentre chez elle achever sa convalescence.

Pendant quelques jours, je maintiens un drainage abdomino-vaginal avec quelques crins qu'on enlève un à un. A fin janvier on peut considérer la malade comme guérie.

Je vous présente les pièces enlevées, mais les liquides dans lesquels on les a conservés leur a enlevé leurs caractères.

Macroscopiquement, les lésions étaient caractérisées : 1° par l'absence de régression de l'utérus qui était resté très volumineux ; 2° par la présence de petits abcès criblant la paroi utérine au voisinage des cornes, et s'ouvrant à la surface péritonéale sur une étendue de plusieurs centimètres. A la coupe, on voit que ces abcès sont bien dans l'épaisseur de la paroi utérine, ils ont dissocié le muscle utérin depuis la muqueuse jusqu'à face péritonéale.

Ces petits abcès de la paroi de l'utérus ont été bien décrits par Tuffier et paraissent être une manifestation bien spéciale à cette forme de l'évolution de la septicémie puerpérale.

La muqueuse utérine est relativement saine, les annexes, ovaires et trompes sont œdématiés, les grosses lésions occupent la paroi utérine et la région intra-musculaire où ces abcès se développent en disséquant, en clivant les plans musculaires pour aller s'ouvrir à la surface péritonéale de l'organe.

J'ai prié mon interne, M. Jambon, de faire l'examen microscopique des organes enlevés et je lui laisse la parole pour vous exposer le résultat de ses observations :

M. Jambon ayant, en qualité d'interne du service, assisté M. Albertin dans l'opération pratiquée à cette malade, a fait l'examen des pièces dans le laboratoire de M. le professeur Tripier et expose le résultat de ses constatations.

L'utérus présente des dimensions considérables, aussi bien

du côté de sa cavité que de ses parois. Il est mou et friable. Sa muqueuse rouge, saignante, se détache facilement sous l'ongle. Ses parois, même au niveau de la partie moyenne, laissent pénétrer le doigt assez facilement dans l'interstice des faisceaux musculaires. Au niveau des cornes utérines, l'organe est augmenté de volume et en ces points il existe de nombreux abcès interstitiels, justifiant la comparaison, employée déjà plusieurs fois par les auteurs, d'une éponge purulente.

Le péritoine viscéral est rouge, vascularisé et dépoli.

Les coupes histologiques pratiquées ont porté sur deux fragments utérins; le premier, prélevé au niveau du corps de l'utérus, montre une muqueuse peu altérée au point de vue de sa constitution intime; les culs-de-sac glandulaires sont très allongés, tortueux et revêtus d'un épithélium normal. Au-dessous de la muqueuse, les lésions s'accusent : dilata-tions vasculaires et extravasation de leucocytes apparaissent; plus loin, les fibres musculaires sont dissociées par un infiltrat gélatiniforme qui arrive en certains points à former de petits amas anhistes ou vaguement fibrillés, renfermant en leur sein de grands polynucléaires.

Dans les coupes du deuxième fragment, pris au niveau de la corne utérine droite, on voit que tous les éléments constitutants de l'organe sont bouleversés par une véritable nappe d'infiltration purulente; les capillaires sont énormes, il y a même autour d'eux des hémorragies diffuses; les leucocytes, qui sont répandus dans toute la coupe assez irrégulièrement, s'assemblent en certains points pour former des abcès limités par le feutrage des fibres musculaires qui les enserrent; ces globules sont déjà en pleine dégénérescence granulo-graisseuse.

Presque tous les sinus veineux qu'on rencontre présentent l'altération suivante; dans la lumière du vaisseau trouve un petit amas de globules rouges n'occupant qu'une minime partie de cette lumière; tout autour de la surface interne de l'endoveine sont rangées quelques cellules rondes, à gros noyaux; le reste de la lumière est rempli par un coagulum

fibrineux, teinté en rose par le picrocarmin. Il semble donc qu'on soit en présence d'une thrombo-phlébite des sinus utérins qui n'a pas peu contribué à la propagation de l'infection.

Les trompes des deux côtés présentent leur dimension et leur volume normal : elles ne contiennent pas de foyer purulents. Mais le péritoine à leur niveau présente le même aspect dépoli et congestionné que sur l'utérus. Sur les coupes histologiques, on voit que le péritoine présente des dilatations vasculaires avec des extravasations cellulaires indiquant nettement un processus inflammatoire en activité.

Au niveau des fibres musculaires tubaires, il persiste seulement des dilatations vasculaires. On en retrouve encore, mais de moins en moins nombreuses, dans la muqueuse, et celle-ci nous présente des franges en parfait état et un épithélium particulièrement intact.

Enfin, au-dessous de la trompe, dans le ligament large, les veines dilatées nous apparaissent remplies par ce même coagulum fibrineux, que nous avons déjà signalé dans les sinus utérins.

Les ovaires sont augmentés de volume, surtout le droit qui présente celui d'un œuf de poule. Néanmoins ils ne renferment pas d'abcès. Au microscope, les coupes apparaissent comme d'un organe distendu, surtout en son centre, par un œdème gélatiniforme. Le tissu ovarien de la surface semble peu altéré.

Vers le centre, au milieu de l'œdème qui a dissocié presque toutes les fibrilles constituantes, on rencontre des vaisseaux capillaires dilatés, flexueux, remplis de sang, et à leur pourtour de petits amas de cellules embryonnaires, extravasées. Les artères sont normales comme structure ; quant aux veines, là encore elles reproduisent l'altération de thrombo-phlébite signalée déjà à propos de l'utérus et des trompes. Les cellules embryonnaires sont toujours plus nombreuses au niveau de ces veines thrombosées.

En résumé, Messieurs, l'histopathologie de ce cas est des plus instructives ; elle nous montre, pris sur le vif, le mode

d'évolution et de propagation des phénomènes d'infection. J'insisterai surtout sur les faits suivants, d'où l'on peut tirer légitimement quelques conclusions thérapeutiques :

1° D'abord, le peu d'altérations de la muqueuse montre bien que ce n'était pas là le siège principal des agents infectieux et fait juger de l'inutilité des moyens qui s'adressent uniquement à la muqueuse, comme la désinfection de la cavité utérine, ou les curettages.

2° L'intégrité absolue de la muqueuse tubaire montre que l'ostium uterinum a opposé une barrière infranchissable à une infection aussi voisine de la trompe, puisque les deux cornes utérines présentent des abcès interstitiels. Il est intéressant de constater que l'inflammation s'est propagée du côté du péritoine pelvien au lieu de suivre la voie qui lui semblait offerte.

La thrombophlébite des sinus veineux de l'utérus, et sa propagation aux plexus veineux de la trompe et de l'ovaire ont joué le plus grand rôle dans l'histoire de notre malade, rôle de protection contre l'envahissement de la grande circulation, rôle de dissémination également, comme les abcès interstitiels de la paroi utérine, l'inflammation suppurative du péritoine pelvien, toutes lésions que l'hystérectomie seule pouvait permettre d'enlever largement.

LES DÉPLACEMENTS TRAUMATIQUES DU SEMI-LUNAIRE

Par M. TAVERNIER,

Ancien interne des hôpitaux, aide d'anatomie à la Faculté.

J'ai l'honneur de vous présenter une pièce expérimentale qui est un bel échantillon d'un des types les plus fréquents des luxations carpiennes.

Ces luxations commencent à être bien connues surtout grâce aux travaux de l'école lyonnaise, et grâce aussi à ceux des Allemands Eigenhodt (1), Von Lesser (2), Gross (3), Lilienfeld (4), etc. Je m'en occupe depuis plus d'un an, sous la direction de mon maître Vailas et avec l'aide du D^r Destot. J'ai fait de nombreuses expériences cadavériques et étudié minutieusement plus de cent vingt observations. Les résultats de ces recherches vont paraître très prochainement dans ma thèse; il m'a paru intéressant auparavant de vous en communiquer les conclusions et de vous présenter cette pièce sur laquelle il est plus facile que sur des radiographies de se rendre compte exactement des lésions.

Vous voyez que le déplacement s'est produit dans l'interligne médio-carpien entre le semi-lunaire qui a passé en avant et le grand os qui a glissé en arrière. Le scaphoïde est partagé en deux par un trait de fracture transversal au niveau de son col; son fragment proximal est resté uni au semi-lunaire et a conservé comme lui ses rapports avec le radius. Tout le reste du carpe est resté solidaire du grand os et s'est

(1) EIGENHODT. *Berträge zur klinische Chirurgie*, 1901.

(2) VON LESSER. *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 1902

(3) GROSS. *Archiv für klinische Chirurgie*, 1903.

(4) LILIENFELD. *Archiv für klinische Chirurgie*, 1905.

déplacé en arrière. La luxation s'est faite à travers une déchirure transversale de la face antérieure de la capsule articulaire. La capsule est intacte sur les côtés et en arrière, et c'est en cela seulement que notre pièce diffère de ce qui a été constaté cliniquement au cours des nécropsies et des opérations.

A côté de ce type, on trouve des cas où le semi-lunaire seul a accompagné en avant les os de l'avant-bras ; il a rompu les ligaments interosseux qui l'unissent aux os voisins de sa rangée, pyramidal et scaphoïde ; tout le reste du carpe est déplacé en arrière ; le scaphoïde en particulier qui est intact a basculé son extrémité proximale en arrière. C'est là la lésion bien mise en évidence par Destot sous le nom de dislocation du carpe : semi-lunaire en avant, scaphoïde en arrière. Destot a le premier insisté sur cette bascule du scaphoïde, nous croyons même qu'il en a exagéré l'importance en la qualifiant de subluxation. Nous la considérons comme secondaire et physiologique, mais c'est là un point de détail peu important.

On observe encore des cas où le semi-lunaire a entraîné dans son déplacement non seulement le fragment proximal du scaphoïde brisé, mais encore le pyramidal ; c'est alors la classique luxation médio - carpienne qui est réalisée, luxation médiocarpienne en arrière ; car nous tenons pour très suspecte l'existence de la luxation médiocarpienne en avant ; il n'en existe que quatre observations, basées uniquement sur des signes cliniques.

Ces trois types constituent un premier groupe de lésions qui sont donc à proprement parler des luxations médiocarpiennes plus ou moins incomplètes (fig. 1).

Dans un second groupe de cas, le déplacement du semi-lunaire est plus complet : une fois réalisée la lésion précédente pressé d'arrière en avant par la tête du grand os, le semi-lunaire seul ou accompagné d'un fragment scaphoïdien a rompu les ligaments qui l'unissent en arrière au bord postérieur du radius, et a basculé en avant autour de la charnière que lui forme le très solide ligament radio-lunaire

antérieur. Il exécute ainsi une rotation autour de son axe transversal, qui peut atteindre 90° ou même 180° . Sa concavité regarde non plus en bas, mais en avant ou même en haut. Le résultat est bien alors, à proprement parler, une luxation du semi-lunaire en avant, puisque l'os est tout entier sur un plan plus antérieur que le reste du squelette (fig. 2).

Il existe enfin un troisième groupe de déplacement traumatique du semi-lunaire, formé de cas tout à fait rares, où le déplacement a lieu dans l'interligne radio-carpien et non plus dans le médio-carpien. Le semi-lunaire a rompu ses connexions avec le radius, celles avec le grand os restant intactes, et a basculé en sens inverse de celui des cas précé-

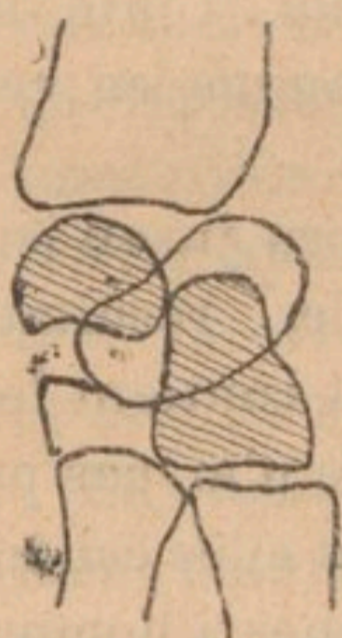


Fig. 1.

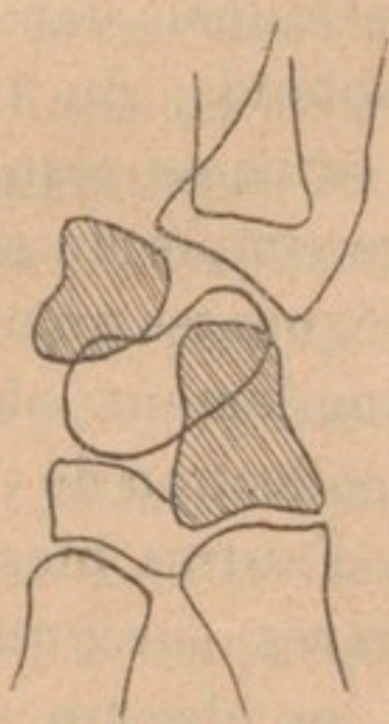


Fig. 2.

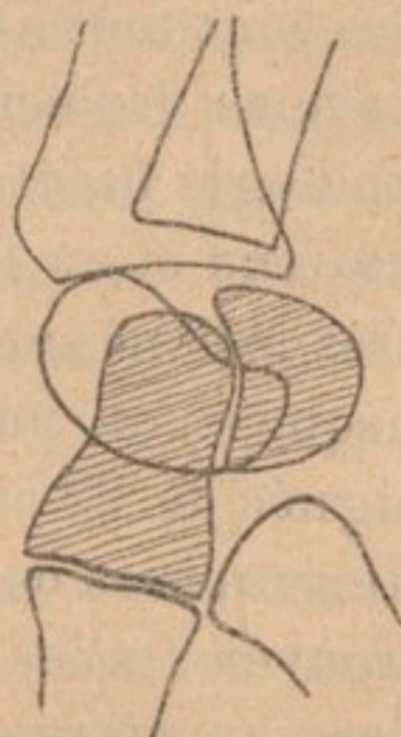


Fig. 3.

dents ; sa concavité, au lieu d'être déshabillée et orientée vers la face palmaire, engaine la face antérieure de la tête du grand os et regarde en arrière (fig. 3). Le déplacement, qui est plutôt une subluxation, est tout à fait exceptionnel ; j'en citerai les cas de Gross, Codmann et Chase, et un cas présenté à la Société de chirurgie de Lyon l'année dernière par MM. Tixier et Destot.

Les trois schémas ci-joints représentent des types de ces trois groupes de déplacements du semi-lunaire. Ce sont des décalques de radiographies.

Toutes ces lésions sont assez disparates au point de vue anatomique ; la dénomination de luxation du semi-lunaire

s'applique très mal à quelques-unes d'entre elles, celle du premier groupe surtout : d'après la terminologie habituelle des luxations, on dit luxé le segment osseux le plus distal, on devrait donc les appeler luxations du grand os en arrière. Néanmoins, au point de vue clinique, ce qui domine la symptomatologie, le pronostic et le traitement de ces lésions, c'est la saillie du semi-lunaire en avant, saillie qui vient comprimer les tendons et nerfs de la gouttière carpienne et gêner leur fonctionnement. C'est pourquoi je les ai groupés dans ma thèse, sous l'étiquette « déplacements traumatiques du semi-lunaire », désignation qui, dans son imprécision, s'adapte à tous les cas. La désignation de luxations carpiennes leur conviendrait presque, car d'autres types de luxations sont tout à fait exceptionnels dans le domaine du carpe : luxations isolées du scaphoïde, du trapèze, etc. Toute la pathologie habituelle du carpe se résume en somme en ces luxations et en la fracture simple du scaphoïde.

Ces lésions sont plus fréquentes qu'on ne l'a cru jusqu'ici, puisque j'ai pu personnellement observer les résultats éloignés de 22 cas, et la collection de M. Destot contient les radiographies de nombre d'autres blessés que je n'ai pas pu retrouver. On les croyait rares, parce que souvent elles échappaient au diagnostic. On les observe surtout chez l'homme de 20 à 45 ans, à la suite de chute ou de choc sur la paume de la main en extension et en inclinaison cubitale.

Je ne veux pas insister ici sur les détails du mécanisme qui est complexe, très discuté, et que j'expose longuement dans ma thèse ; je vous dirai simplement que ces lésions sont très difficiles à obtenir expérimentalement. Lorsqu'on emploie les procédés habituels : marteau, masse de bois, étau, presse, on ne fait que des fractures du radius. Liliensfeld a eu le mérite de montrer qu'il faut, pour réussir, se rapprocher le plus possible des conditions habituelles de chute ; prendre un bras désarticulé à l'épaule, immobiliser la main par des liens dans l'attitude convenable, et précipiter le bras contre un plan résistant. La pièce que je vous présente a été obtenue de cette façon ; c'est la seule que j'aie obtenue sans aucune

incision ni truquage préalable du cadavre, sur plus de 40 essais que j'ai effectués.

Je n'insisterai pas sur les symptômes qui sont maintenant bien connus : douleurs, gonflement, pas de déformation ou léger dos de fourchette carpien, impotence du poignet et des doigts à peu près immobilisés en demi-flexion, raccourcissement de la hauteur du poignet, épaissement antéro-postérieur, avec saillie perceptible du semi-lunaire sur la face antérieure du poignet, troubles de compression du médian ou du cubital.

Ces signes sont caractéristiques, les deux derniers surtout ont la plus grande valeur seméiologique, ils existent presque toujours, mais sont quelquefois assez atténués pour demander à être cherchés. Ils permettent presque toujours, dans les cas anciens comme dans les récents, de poser le diagnostic de déplacement traumatique du semi-lunaire ; mais il est impossible de pousser plus loin la précision, et c'est la radiographie seule qui permet de reconnaître la variété anatomique. On doit prendre des clichés de face et de profil, ce dernier surtout est indispensable.

Le pronostic des cas non traités n'est pas aussi constamment mauvais qu'on l'a dit jusqu'ici : ce sont les mauvais cas qui s'offrent à l'observation des chirurgiens, les bons résultats ne reviennent pas se montrer. Aussi, en revoyant méthodiquement tous les cas parvenus à notre connaissance nous avons trouvé quelques très bons résultats : deux blessés jouissent d'un fonctionnement presque normal de leur poignet après une longue période d'impotence (6 à 12 mois.)

Néanmoins, c'est là l'exception ; le plus souvent l'incapacité du blessé est définitive par raideur du poignet, douleurs dans les efforts, gêne des mouvements des doigts, et troubles nerveux dont le degré le plus accentué est représenté par la griffe cubitale complète. C'est au bout d'un an environ que le résultat acquis est définitif et ne se modifie plus guère.

Pourquoi cette différence de résultats éloignés ? Il est

bien difficile de le préciser : la jeunesse et la bonne volonté du malade nous paraissent les principaux facteurs de bénignité. Nous croyons aussi qu'il ne faut pas abuser du massage précoce et que certains blessés non réduits ont bénéficié d'une longue immobilisation.

Ce pronostic, malgré tout, assez sombre, justifie un traitement actif.

Dans les cas récents, ce devra être la réduction ; c'est à tort que les chirurgiens parisiens semblent la considérer comme difficile à obtenir et donnant des résultats médiocres. Au début, la réduction est facile, on peut espérer l'obtenir pendant un mois au moins, quelquefois plus, témoin le cas récemment présenté à la Société par M. Ecot : réduction après 57 jours ; mais elle n'est alors réalisée qu'au prix de manœuvres violentes et pénibles. Lorsqu'elle a été précoce, elle aboutit à la *restitutio ad integrum*, mais seulement après une assez longue période d'impotence relative (plusieurs mois). Le manuel opératoire de la réduction est le suivant : traction sur la main, extension dorsale forcée, pression directe sur la saillie antérieure du semi-lunaire, puis la main est ramenée brusquement en flexion.

Dans les cas anciens dont le résultat est mauvais, et dans les cas précocement irréductibles par rotation exagérée de l'os luxé ; trois opérations ont été pratiquées : la reposition sanglante, l'ablation du ou des os luxés et la résection du poignet.

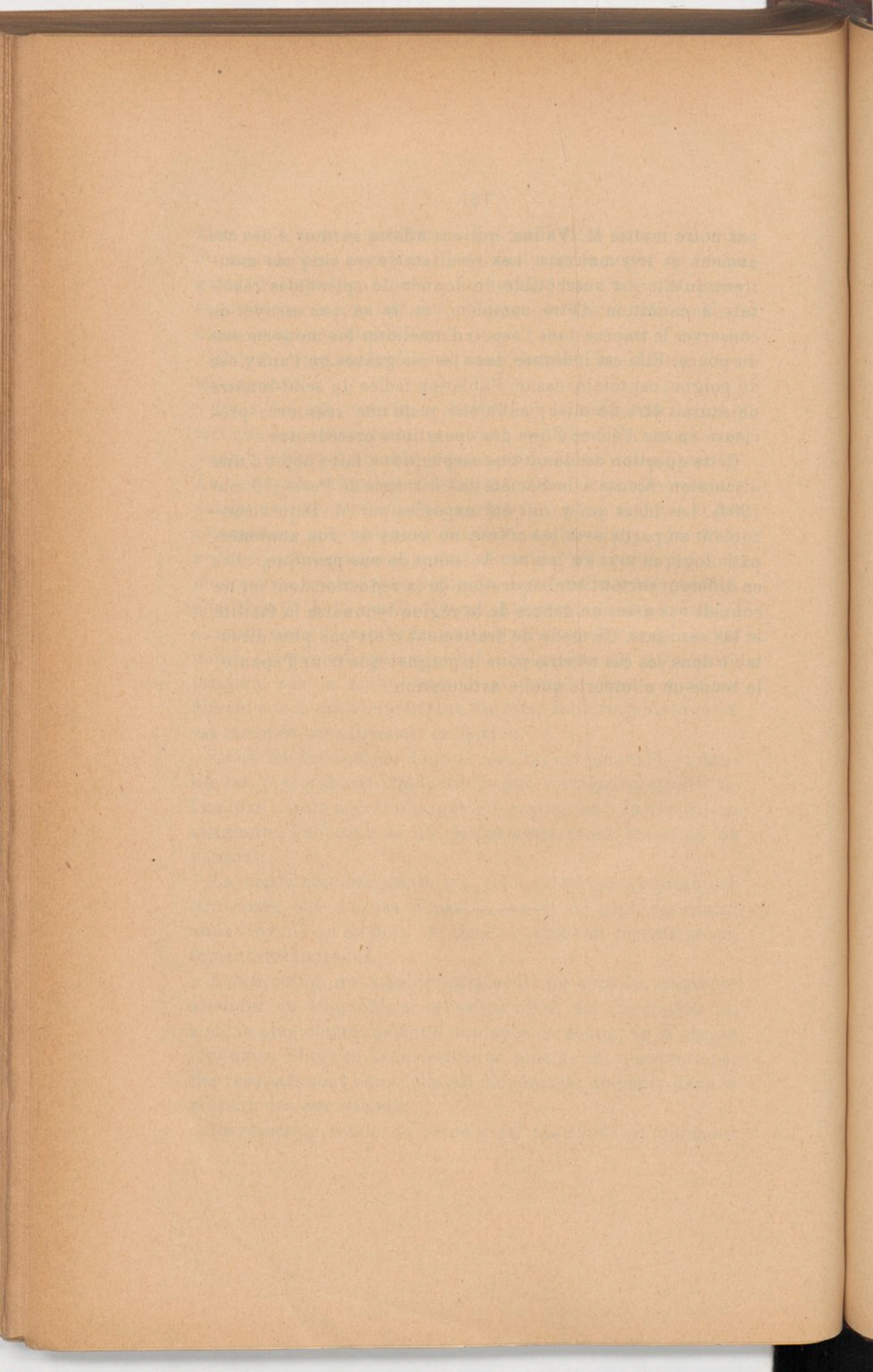
La reposition sanglante n'a été que rarement pratiquée (trois cas), elle n'a pas donné jusqu'ici de bons résultats ; nous croyons qu'on doit la réserver aux cas récents précocement irréductibles.

L'extirpation du semi-lunaire seul, ou avec le fragment attenant du scaphoïde si cet os est brisé, est l'opération qui a été le plus communément employée en dehors de la région lyonnaise. Nous en avons retrouvé plus de 40 observations. Ses résultats sont bons, elle est l'opération de choix dans la plupart des cas anciens.

La résection totale du carpe a été pratiquée uniquement

par notre maître M. Vallas, qui eut affaire surtout à des cas anciens et très mauvais. Les résultats de ces cinq cas montrent qu'elle est susceptible de donner de splendides résultats, à condition d'être complète, et de ne pas essayer de conserver le trapèze dans l'espoir d'améliorer les mouvements du pouce. Elle est indiquée dans les cas graves où l'ankylose du poignet est totale, cas où l'ablation isolée du semi-lunaire ne saurait être de mise; enfin elle reste une ressource précieuse en cas d'échec d'une des opérations précédentes.

Cette question des luxations carpiennes a fait l'objet d'une discussion récente à la Société de Chirurgie de Paris (16 mai 1904). Les idées qui y ont été exposées par M. Delbet concordent en partie avec les nôtres, au point de vue anatomopathologique tout au moins. Au point de vue pratique, elles en diffèrent surtout sur la question de la réduction dont on ne connaît pas assez en dehors de la région lyonnaise la facilité et les résultats. Ce mode de traitement n'est pas plus discutable dans les cas récents pour le poignet que pour l'épaule, le coude ou n'importe quelle articulation.



FIXATION ANCIENNE PATHOLOGIQUE DE LA HANCHE

et ankylose du genou

DOUBLE OSTÉOTOMIE SOUS-TROCHANTÉRIENNE ET SUS-CONDYLIENNE

Par le Dr LAGOUTTE

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu du Creusot

Le 15 septembre 1904, j'étais appelé dans le petit pays de Mazenay (Saône-et-Loire) pour voir un jeune homme de 15 ans, atteint, m'écrivait son médecin le docteur Santiard, de coxalgie.

A mon arrivée, je me trouvai en face d'un malade arrivé au dernier degré de cachexie et de maigreur.

Sa malpropreté dépassait tout ce qu'il est possible d'imaginer. Enfoncé au milieu de son lit, il plongeait au milieu d'un véritable bain de matières fécales, ses parents, gens peu intelligents, n'osant plus depuis huit jours essayer de le mettre au propre, en raison des douleurs que déterminait le moindre mouvement. Couché sur son côté gauche, le jeune homme avait la cuisse droite repliée sur son bassin et en adduction forcée, la jambe à demi-fléchie sur la cuisse. La région de la hanche était déformée par une énorme collection fluctuante, remontant en arrière jusque dans la région sacro-iliaque.

On me raconta que la maladie avait débuté trois ans auparavant assez brusquement par une douleur dans la hanche, et que l'affection s'était aggravée progressivement, sans jamais présenter un caractère aigu.

La température était, du reste, normale au moment de ma visite.

Je pensai me trouver en face d'une coxalgie avec énorme abcès froid. Mais en raison des conditions déplorables où je me trouvais, je ne poussai pas très loin mon examen et ne ponctionnai pas même l'abcès.

J'engageai les parents à m'envoyer le malade de suite à l'Hôtel-Dieu du Creusot, et je le quittai, persuadé, du reste, qu'il n'avait plus que quelques jours à vivre.

Je n'entendis plus parler de lui et je le croyais mort, quand le 3 avril 1905, sept mois après ma visite, je le vis arriver un matin, méconnaissable, engraisé, semblant jouir d'une excellente santé, mais marchant péniblement à l'aide de deux béquilles.

méthodes sanglantes : résection, reposition de la tête dans la cavité, ostéotomie sous-trochantérienne.

La résection aurait eu pour effet de supprimer les adhérences nouvelles prises par l'extrémité supérieure du fémur avec le bassin, de rendre plus libre cette extrémité au milieu des masses musculaires de la fesse, et par suite d'augmenter le raccourcissement, tout en corrigeant mal l'attitude vicieuse.

La reposition sanglante de la tête dans la cavité cotyloïde est évidemment une méthode idéale. Pas de raccourcissement, attitude parfaite, récupération possible des mouvements. On peut tout espérer.

Mais surtout dans le cas de luxation traumatique ancienne, la luxation pathologique avec les modifications de la tête, de la cavité, les adhérences multiples solides qui l'accompagnent est dans des conditions bien moins favorables.

De toutes façons, il s'agit d'une opération difficile, laborieuse, et infiniment plus grave que l'ostéotomie sous-trochantérienne. Aussi, est-ce à cette dernière intervention que je me suis décidé. Dans l'espèce, du reste, on pouvait compter sur une néarthrose suffisamment solide pour empêcher par la suite une exagération du raccourcissement, tout en jouissant de quelques mouvements, considération ayant son importance, l'articulation sous-jacente, le genou, étant elle-même ankylosée.

Pour le genou, le même problème se posait : Résection ou ostéotomie sus-condylienne ?

Réséquer, c'était raccourcir encore, c'était surtout supprimer tout mouvement. L'ostéotomie permettait de redresser avec le minimum de perte de longueur et conservation des mouvements encore existants dans l'articulation. D'autre part, simplicité plus grande et gravité moindre.

DE LA CHOLÉCYSTITE CALCULEUSE

AVEC PERFORATION SPONTANÉE DE LA VÉSICULE

Par M. L. BÉRARD.

La perforation spontanée de la vésicule biliaire, en dehors de tout traumatisme, considérée autrefois par les médecins comme relativement rare, apparaît de plus en plus fréquente, depuis que les perfectionnements de leur technique opératoire ont permis aux chirurgiens d'aller constater, par une biopsie directe, les lésions de l'appareil biliaire dans les cholécystites, calculeuses ou non, compliquées de péritonite enkystée ou diffuse.

Pour ne citer qu'un travail lyonnais, la thèse de Bricka, inspirée en 1900, par le Prof. Poncet, renferme 39 observations de ces perforations spontanées : 23 fois il s'agissait de vésicules calculeuses, sans qu'on eût relevé, dans 15 de ces cas, de traumatisme ou de colique hépatique récemment surajoutés. Une semblable proportion peut-être dégagée des faits réunis par Neck, Thiel, Mayo, Kehr, Erdmann, Maclaren dans des publications plus récentes.

Ce sont cinq nouvelles observations personnelles de cholécystites calculeuses avec perforation que je désirerais présenter aujourd'hui, surtout dans le but de montrer combien sont variables les manifestations cliniques de tels accidents. La pathogénie en est assez connue pour ne pas nous arrêter longtemps : l'amincissement mécanique des parois de la vésicule distendue n'intervient, comme agent prépondérant de la perforation, que dans les cas de volumineux calculs, solitaires ou peu nombreux, encastrés

dans une logette du cholécyste, ainsi qu'il arriva dans nos observations I et II; la perforation se réalise alors à la sourdine, lentement, au milieu d'adhérences, sans douleur pongitive, et le liquide rarement épanché dans le péritoine libre, mais plutôt collecté sous la paroi abdominale, est constitué par de la bile plus ou moins altérée, avec peu ou pas de pus, en tout cas sans phénomènes de grande septicémie.

Cependant, même dans ces cas de gros calculs, à côté des altérations mécaniques de la paroi cystique intervient toujours comme facteur une poussée infectieuse, qui n'a pas besoin d'être active pour parachever la désorganisation des tuniques, depuis longtemps mal irriguées, et infiltrées de traînées d'inflammation chronique. Chez une de nos malades, avant de se perforer, la vésicule avait atteint une épaisseur de près d'un centimètre. On a attribué cet épaissement à l'hypertrophie musculaire progressive des éléments musculaires lisses, luttant contre le corps étranger qu'ils cherchent à expulser; et on a souvent incriminé des contractions trop énergiques de ces éléments comme agents définitifs de la rupture. En réalité, le muscle s'hypertrophie peu ou pas; comme nous l'ont montré plusieurs examens histologiques, il est surtout sclérosé, infiltré de traînées conjonctives embryonnaires ou fibreuses; c'est de la pseudo-hypertrophie d'origine inflammatoire. Et si les perforations se réalisent dans un certain nombre de cas au cours de coliques hépatiques, il faut faire une part moindre à l'éclatement sous la poussée musculaire, qu'à l'ulcération par le processus inflammatoire de la crise ultime.

Le rôle de l'infection chronique est encore plus évident dans les faits (et ils sont nombreux) où la vésicule avant sa perforation ne contient que des calculs petits ou de grosseur moyenne, libres dans la cavité, sans logettes ni diverticules du fond du réservoir ou du bassinnet, avec une ulcération mécanique des parois par conséquent réduite au minimum.

Parfois, au moment de l'intervention, on ne trouve dans la vésicule perforée que de la bile trouble ou du pus; le ou les calculs sont dans le bassinnet ou dans le cystique. Au

premier abord, on pense à un éclatement par des contractions excessives, s'exerçant sur une masse liquide incompressible. En réalité, il est bien rare que les calculs réalisent une oblitération hermétique du cystique ; les observations de plus en plus nombreuses de cholécystocèle intermittente en témoignent. Là, comme pour certaines appendicites, il faut admettre surtout une infection en vase clos, en arrière de l'obstacle, avec les facteurs habituels de rétention, distension, congestion et infection. Ce mécanisme était évident dans notre observation V, où nous n'avons trouvé qu'un calcul enclavé dans le cystique ; il faut y songer toutes les fois qu'en explorant une vésicule perforée on la trouvera vide de calculs ou occupée seulement par quelques concrétions qui devraient être tolérées indéfiniment ; il faut toujours alors, plus encore que dans les tailles pour lithiase sans perforation, faire un examen minutieux et complet des voies biliaires extra-hépatiques.

L'agent infectieux qui intervient d'ordinaire est le colibacille, comme dans la plupart des infections biliaires locales ou ascendantes. Cependant, dans notre observation III, le pus, d'odeur et d'aspect gangréneux, contenait des saprophytes anaérobies, analogues aux espèces décrites par Lippmann dans le cholédoque et la vésicule.

De même que l'appendice, la vésicule peut se perforer : soit dans le grand péritoine libre, soit dans une cavité de péritonite sous-hépatique enkystée, soit dans un organe voisin, l'estomac, côlon ou duodénum, soit enfin à la paroi abdominale, presque toujours à droite de l'ombilic, mais avec des fusées parfois lointaines (observation II) ; dans quelques circonstances, rares, la perforation se fait à la fois dans un viscère et à la peau (observation I).

Jusqu'à ces dernières années, on a étudié surtout les perforations dans le péritoine libre et les accidents de péritonite généralisée qui en résultent. Les perforations à la paroi abdominale ont été également bien décrites. On ne saurait en dire autant des perforations dans le péritoine préalablement cloisonné ; c'est alors surtout que le syndrome clinique

peut être des plus variables, et que souvent la perforation a passé inaperçue; on se contente d'étiqueter le cas: cholécystite calculeuse avec péricholécystite suppurée.

Les cinq observations personnelles, que j'ai réunies depuis trois ans, rentrent dans les deux dernières catégories; chez les deux premières malades, la perforation de la vésicule s'était faite après des adhérences préalables à la paroi et aux viscères voisins; chez les trois autres, elle s'était effectuée dans une loge péritonéale cloisonnée.

OBSERVATION I.

Pour la première observation, je serai bref; elle a été en effet déjà partiellement communiquée à la Société. Il s'agissait d'une *cholécystite calculeuse, ouverte spontanément à la fois dans l'estomac et à la paroi abdominale*; une fistule muco-purulente biliaire s'était formée depuis plusieurs mois. Je fis, après un large débridement du trajet, l'ablation de cinq gros calculs biliaires enclavés partie dans la paroi, partie dans la vésicule; après une cholécystectomie partielle, le moignon de la vésicule fut abouché à la peau (1). La guérison fut obtenue en moins de deux mois, bien que rien n'ait été tenté pour oblitérer la fistule cholécystogastrique; depuis, la santé de la malade a toujours été excellente. La cicatrice opératoire ne s'est jamais réouverte; il n'y a plus aucun trouble digestif. Sans doute, la communication entre la vésicule et l'estomac subsiste toujours.

OBSERVATION II.

Phlegmon subaigu, en bouton de chemise, de la paroi abdominale antérieure; gros calcul biliaire enclavé dans la loge la plus profonde; ouverture de l'abcès et drainage de la vésicule; guérison.

Dans le deuxième cas, il s'agissait d'une plantureuse paysanne, mère de plusieurs enfants, âgée de 37 ans, sans aucun antécédent hépatique ou intestinal, entrée en 1904 dans le service de M. Jaboulay, que j'avais l'honneur de suppléer. Elle présentait depuis quinze jours, aux limites de l'hypochondre et de la fosse iliaque droite, à quelques centimètres de l'ombilic, une tuméfaction survenue progressivement, sans douleurs

(1) V. *Compte-rendu de la Société de chirurgie de Lyon*, séance du 19 novembre 1903.

aiguës, et qui avait tous les caractères d'un phlegmon subaigu de la paroi abdominale; l'origine de cet abcès était assez difficile à préciser, à cause des troubles très vagues qui avaient accompagné son apparition, et à cause de la difficulté de toute exploration profonde, à travers de l'épaisse couche de graisse sous-cutanée.

L'origine biliaire en avait été discutée; il y avait, en effet, un léger ictère des conjonctives; cependant une large bande sonore séparait le rebord inférieur du foie de l'abcès; la pression au niveau de la vésicule était à peu près indolore.

A l'incision, nous trouvâmes une première collection franchement purulente, immédiatement sous la peau amincie; puis, à travers un trajet tortueux, comparable à une taupinière d'actynomicose, nous arrivâmes à une deuxième poche sous-péritonéale, du volume d'un œuf, avec du pus légèrement verdâtre au fond de laquelle était légèrement encastré un gros calcul biliaire, à bords arrondis. Ce calcul enlevé, un petit orifice apparut, qui conduisit dans une vésicule ratatinée, libre de tout autre calcul, et contenant de la bile. Un simple drainage par un gros tube fut laissé dans ce compartiment le plus profond; au bout de deux mois, la cicatrisation était obtenue.

Les trois observations suivantes ont été recueillies dans mon service, à l'hôpital de la Croix-Rousse, où j'ai eu l'occasion d'opérer ces trois malades, en une véritable série, dans un intervalle de quatre mois à peine. Elles montrent bien les allures diverses que peuvent affecter ces péritonites cloisonnées par perforation de la vésicule; puisqu'une fois il s'est agi d'un phlegmon gangréneux ouvert dans le triangle de Jean-Louis Petit, une autre fois d'une occlusion intestinale aiguë, alors que le syndrome de la péritonite suppurée sous-hépatique n'a été réalisé que dans le dernier cas.

OBSERVATION III.

Phlegmon gangréneux de la loge périnéphrétique pointant au-dessus de la crête iliaque. Origine : perforation de la vésicule biliaire remplie de calculs. Incision d'urgence. Mort par septicémie. Infection propagée au rein droit.

Voici les détails essentiels :

Marie D..., âgée de 55 ans, sans enfants, entre à Sainte-Catherine le 24 janvier 1906. Pas d'antécédents pathologiques anciens; cependant depuis 3 ans 1/2, la malade avait perdu l'appétit; elle digérait mal ou

lentement, surtout les graisses, avec de fréquentes nausées. A plusieurs reprises, elle avait éprouvé dans l'hypochondre droit de violentes coliques, irradiées à la région lombaire et aux membres inférieurs. Après une de ces crises, s'installa un ictère assez foncé qui persista durant huit mois avec décoloration des matières, urines brun acajou, prurit cutané intense, et retour des coliques en moyenne tous les huit jours.

Deux ans s'écoulèrent; l'ictère s'atténua; la malade put reprendre quelques-unes de ses occupations, malgré d'assez fréquentes poussées douloureuses, très violentes, en coup de fusil, qui éclataient dans la fosse iliaque droite, pour s'irradier à tout l'abdomen et s'accompagner d'un météorisme plus ou moins généralisé, surtout marqué à droite et autour de l'ombilic. Constipation rebelle. Amaigrissement de 8 kilogrammes.

Quinze jours avant l'entrée à l'hôpital, à la suite d'une de ces poussées particulièrement aiguë, avec constipation, nausées, perte totale de l'appétit, température oscillant de 38° à 38° 5, se montra une tuméfaction rapidement étalée des fausses côtes à la crête iliaque droite, de la colonne au bord externe du grand droit. Les urines étaient foncées, ictériques, sans albumine; leur quantité s'était abaissée à 200 grammes par 24 heures. L'état général était mauvais, la langue sèche, la peau terreuse.

L'exploration, assez difficile, à cause des douleurs qu'elle réveillait, démontra l'existence d'une volumineuse collection plaquée sous le foie, englobant la loge rénale et la fosse iliaque droite, près de s'ouvrir à la peau dans le triangle de J.-L. Petit. Les téguments étaient à ce niveau rouge livide, la fluctuation très superficielle.

Touchers vaginal et rectal négatifs.

D'urgence, la malade endormie, la collection fut incisée en arrière où elle pointait. Il s'écoula une grande quantité d'un pus mal lié, gris rougeâtre, d'odeur fécaloïde et gangréneuse, qui était infiltré entre les divers plans musculaires, et qui semblait provenir d'une loge haut située, sous les fausses côtes autour du rein droit. Trois gros drains sont placés dans ces divers clapiers, au milieu de tissus sphacelés.

Une exploration plus complète du rein et du foie est remise à quelques jours, lorsque l'état général se sera amélioré.

Pendant une semaine la température s'abaisse, mais le sphacèle de la paroi progresse vers la région fessière, où il faut inciser une nouvelle collection. Les urines se font de plus en plus rares et chargées. Une broncho-pneumonie avec crises d'urémie asphyxique emporte la malade le 9 février.

A l'autopsie, on reconnaît que le phlegmon s'est développé en arrière de la vésicule biliaire *qui est perforée*. Une énorme cavité abcédée s'étend entre la colonne, le psoas, jusqu'au côlon et aux anses grêles refoulées en bas et à gauche; le pus, après avoir disséqué toute la loge

rénale a fusé dans la gaine du psoas, et de là entre les muscles larges de l'abdomen. Les drains étaient bien placés aux points déclives.

La vésicule biliaire, très épaissie, enfouie dans des adhérences, présente à sa face postérieure un orifice du calibre d'un porte-plume qui s'ouvre dans la cavité de l'abcès ; elle est remplie par huit gros calculs et présente à côté de la zone perforée une muqueuse tomenteuse semée de petites ulcérations abcédées. Les voies biliaires intra et extra-hépatiques sont libres. Il n'y a pas d'abcès dans le foie qui est traversé par des bandes de sclérose, et qui présente sur les tranches de section une coloration jaune verdâtre. Le pôle inférieur du rein droit, qui baignait dans le pus, est liquide, grisâtre, avec des traînées jaunes dans la substance corticale. Tout le côlon est très distendu sans coudure infranchissable. Le grand péritoine est cloisonné, l'appendice sain. Foyers multiples de broncho-pneumonie.

Comme dans ce dernier cas, la perforation de la vésicule, dans l'observation suivante, ne fut qu'une trouvaille d'autopsie :

OBSERVATION IV.

Occlusion intestinale chronique, avec poussée aiguë depuis quatre jours. Distension énorme et ptose des côlons ascendant et transverse. Obstruction de l'angle droit du côlon par une énorme masse adhérente. Anastomose iléo-sigmoïdienne. — A l'autopsie : angle droit du côlon englobé dans une masse épiploïque. Vésicule calculeuse perforée dans l'arrière-cavité des épiploons.

F..., Marie, 70 ans, est amenée le 18 octobre 1905, dans mon service salle Sainte-Catherine.

Elle est dans un tel état de prostration (température de 40°) que l'on reconstitue difficilement ses antécédents. Depuis quelques mois, elle aurait eu des troubles digestifs persistants, avec constipation, ballonnement, douleurs vagues dans les deux hypochondres, surtout à droite. Depuis quatre jours elle n'aurait émis aucun gaz ni matières ; le ballonnement du ventre s'est beaucoup accentué. Le facies est plombé, subictérique, sans ictère vrai ; la langue est sèche, les urines rares et foncées. Le diagnostic du médecin traitant est : occlusion intestinale par tumeur.

L'examen de l'abdomen fait constater une distension surtout marquée au niveau du côlon ; le cæcum, le côlon ascendant et le côlon transverse très abaissé, se dessinent sous la paroi amaigrie. Une masse indurée profonde semble occuper l'angle droit du côlon, en dehors de la vésicule ; la palpation à ce niveau est douloureuse.

Tympanisme généralisé, sans matité aux points déclives. Le toucher

rectal et l'exploration vagino-abdominale restent négatifs. Pouls, 110. Température, 40°

A cause de l'ancienneté des accidents, de leur allure progressive avant la dernière poussée, de l'absence de toute affection hépatique antérieure, le premier diagnostic paraît devoir être maintenu : cancer infecté et sténosant de l'angle droit du côlon.

De larges applications de glace et des lavements de sérum semblent relever un peu la malade, que l'on avait hésité à opérer dès l'entrée, à cause de sa faiblesse.

Après 24 heures, est pratiquée (avec anesthésie prudente à l'éther) une laparotomie médiane de part et d'autre de l'ombilic. Le côlon transverse, énorme, livide, se présente aussitôt dans la plaie ; il est incisé pour faciliter l'exploration des autres anses. Peu de liquide stercoral s'écoule avec beaucoup de gaz. Nous atteignons alors facilement l'angle gauche, coudé par traction, mais non induré. L'angle droit, au contraire, est enfoui dans un bloc induré, largement adhérent au côlon ascendant et au côlon transverse, et constitué par de l'épiploon enflammé ou cancéreux. L'hypothèse de cancer de l'angle droit avec réaction péritonéale semble encore confirmée par la distension énorme et par la couleur livide du cæcum. Rapidement, après suture de l'incision colique transverse, une anastomose iléo-sigmoïdienne est faite au bouton. Suture de la paroi à un plan. Injection de sérum.

Le soir même, la température s'abaisse à 37°,8. Dans la nuit la malade rend des gaz. Mais son état général ne se relève pas : elle succombe 48 heures après sans avoir présenté de vomissements, avec une température remontée à 39° et 39°,8.

A l'autopsie, on trouve le gros intestin resté très distendu et livide. Il n'y a pas d'autre trace de péritonite généralisée, pas de liquide épanché dans le bassin. L'angle droit du côlon est enserré dans un paquet d'épiploïte et d'adhérences fibreuses qui le fusionnent avec la vésicule biliaire très épaissie et indurée. Dégagée de ses adhérences, la vésicule présente sur sa face postérieure une perforation du calibre d'une sonde cannelée, par laquelle environ un demi-litre de bile trouble s'est épanché au-dessous du foie, et en arrière de l'estomac, sans doute dans la loge supérieure de l'arrière-cavité des épiploons.

La vésicule est incisée ; elle contient trois énormes calculs brunâtres, peu consistants, gros comme des châtaignes, qui la remplissent complètement et qui se sont creusés des logettes secondaires ; la perforation est au fond d'une de ces logettes. Le cholédoque est libre, non distendu. Les voies biliaires intra et extra-hépatiques ne renferment pas d'autres concrétions. Foie gros, pâle, sans abcès à la coupe.

L'examen histologique des parois de la vésicule, très épaissies et très indurées, a montré qu'il s'agissait seulement d'infection chronique et non de cancer.

Ce n'est que dans l'observation V que l'histoire antérieure de la malade, le siège et l'allure des accidents fournissent des éléments assez précis pour permettre un diagnostic à peu près complet et une intervention bien réglée.

OBSERVATION V.

Cholécystite calculeuse suppurée. Perforation spontanée de la vésicule. Péritonite sous-hépatite suppurée. Laparotomie. Evacuation des abcès. Ablation d'un calcul du cystique. Cholécystostomie. Guérison.

Marie D..., âgée de 68 ans, entre dans mon service, salle Sainte-Catherine, le 17 janvier 1906, pour des phénomènes abdominaux aigus datant de 48 heures, localisés à droite de l'ombilic.

Depuis longtemps constipée, obèse, la malade éprouvait depuis neuf à dix mois, en même temps qu'une recrudescence de sa constipation, une sensation de barrure d'un hypochondre à l'autre, avec soulèvement de la paroi à ce niveau. Nausées fréquentes, éructations fétides; de temps à autre, quelques vomissements bilieux. A plusieurs reprises avait apparu un ictère foncé, coïncidant avec des douleurs dans l'hypochondre et dans l'épaule droits. Les selles se décoloraient pendant quelques jours, puis tout rentrait dans l'ordre. Digestions lentes, surtout pénibles pour les graisses.

Quarante-huit heures avant l'entrée à l'hôpital, cette femme, qui avait de plus en plus perdu l'appétit et qui se sentait incapable de tout effort, fut réveillée au milieu de la nuit par une douleur pongitive très aiguë, dans la fosse iliaque droite. Elle rejeta quelques gorgées de bile, et eut au bout de quelques heures un vomissement bilieux plus abondant. Toute évacuation de gaz et de matières cessa; le ventre se ballonna progressivement, surtout à droite de l'ombilic.

A l'entrée, le ventre est très gros, la cicatrice ombilicale distendue par une petite hernie. Il n'y a pas de circulation veineuse cutanée complémentaire, bien que toutes les zones déclives du péritoine soient mates, comme occupées par de l'ascite. Le tympanisme est surtout marqué dans la fosse iliaque et dans l'hypochondre droits, où la pression révèle un empâtement diffus et réveille de vives douleurs, surtout en deux points, le point de Mac-Burney, qui est le plus douloureux, et le point vésiculeux, où la douleur est plus sourde, mais plus diffuse.

Autant qu'on peut en juger à travers une paroi très grasse, le foie n'est pas volumineux. Le teint est légèrement subictérique sans ictère vrai. La langue est saburrale, avec un enduit épais. Le pouls bat à 100, la température est de 37°,8.

De larges applications de glace pratiquées dès l'admission ont amené une rapide accalmie des accidents aigus; après une nuit de repos, la température est à 37°,6; le pouls est bien frappé quoique un peu rapide (95 pulsations). Les vomissements ont cessé et deux lavements de sérum ont provoqué des débâcles diarrhéiques. Les urines sont peu abondantes, foncées, avec un disque d'albumine, sans sucre.

Après quelques évacuations de gaz et de matières, on perçoit plus nettement au-dessous de l'hypochondre droit une masse relativement mobile, peu déplacée par les mouvements de la respiration, qui semble plaquée sur le côlon distendu, et qui se perd en bas vers la fosse iliaque. Les points douloureux persistent, avec maximum à mi-chemin entre l'appendice et la vésicule. Le reste du ventre est souple, le toucher vaginal et le toucher rectal négatifs.

Sous anesthésie, le diagnostic peut être affirmé; il doit s'agir d'une collection suppurée, avec réaction épiploïque tout autour, collection formée sous le foie, étalée vers le côlon ascendant, et représentant une cholécystite avec péricholécystite suppurée. Les antécédents de lithiase biliaires, relevés nettement, viennent appuyer cette hypothèse.

Aussitôt est pratiquée une laparotomie sur le bord externe du grand droit. Elle conduit sur des anses grêles un peu distendues, agglutinées entre elles et avec un gâteau d'épiploïte, qui s'épaissit à mesure qu'on se rapproche du foie. Le grand péritoine protégé par des compresses, on commence le décollement des adhérences épiploïques; bientôt s'écoule un liquide d'abord gommeux, jaune verdâtre, qui doit être de la bile; *il y a une perforation de la vésicule*. Puis c'est du pus franc, très épais que l'on rencontre dans une collection sous-hépatique. Ce pus est si épais qu'on ne peut pas l'évacuer avec l'aspirateur.

Après assèchement de cette cavité avec des tampons, on recherche la vésicule; il faut pour arriver jusqu'à elle traverser un nouveau matelas d'épiploon, creusé d'un trajet suppuré et qui conduit dans un deuxième abcès. La vésicule scléreuse, petite, est tellement enserrée dans des adhérences, qu'il faut pour la reconnaître aller chercher le pédicule hépatique et remonter le long du cystique. Chemin faisant, le doigt *perçoit dans le cystique un calcul isolé*, du volume d'une grosse noisette, qui est amené par refoulement jusque dans la cavité vésiculaire. On voit alors la perforation du réservoir, qui est agrandie au ciseau; il s'écoule un peu de bile épaisse mêlé de pus; on ne trouve pas d'autre calcul que celui du cystique. Drainage du moignon de la vésicule sans suture de ses tuniques à la paroi abdominale. Drainage par des tubes et des mèches de collections sous-hépatiques. Sutures à deux plans du reste de la plaie.

Les suites immédiates sont bonnes localement; mais la malade reste prostrée durant quelques jours, avec des urines brun chocolat, chargées de pigments biliaires, et qui oscillent comme quantité entre 150 et 300 gr. par 24 heures. Pas de sucre; un peu d'albumine.

Des foyers multiples de congestion pulmonaire maintiennent la température durant une semaine entre 38° et 39°. Ventouses, cataplasmes sinapisés, sérum. Le 4 février, tout accident a cessé, et la quantité des urines est remontée à 850 gr.

Depuis, la convalescence s'est effectuée normalement ; le 6 mars, la malade quitte l'hôpital guérie, sa fistule vésiculaire fermée ; elle urine 1000 à 1200 gr. par jour, sans sucre, encore avec un petit disque d'albumine.

Les détails qui précèdent nous dispensent de longues remarques sur ces trois dernières observations ; si deux de ces malades ont succombé, c'est qu'elles n'avaient été soumises à l'examen et au traitement chirurgical qu'à la phase ultime de leur affection, alors que le foie était depuis longtemps insuffisant à sa tâche, que les reins avaient été à leur tour lésés par continuité d'infection ou par intoxication prolongée. Les urines étaient très rares (150 à 200 gr. par jour), foncées, albumineuses. Même chez la troisième malade, des accidents irrémédiables étaient immédiats, puisque au moment de l'intervention, et pendant huit jours après, malgré des lavements et des injections de sérum, la quantité des urines oscilla entre 150 et 300 grammes, et que, un mois après la guérison, elles contenaient encore de l'albumine.

C'est également à la cachexie avancée qu'il faut attribuer les allures disparates des accidents chez les malades des observations III et IV : chez l'une abcès gangréneux du péritoine et de la paroi sans signes de péritonite, chez l'autre vaste collection de l'arrière-cavité des épiploons, avec coudure des angles coliques, sans aucun vomissement, ni réflexe gastrique.

Avec un état général aussi mauvais, il ne fallait pas songer, dans ces deux cas, même si l'on avait eu les éléments d'un diagnostic certain, à tenter l'opération qui est indiquée en pareille occurrence, c'est-à-dire l'ouverture successive de toutes les collections suppurées, puis l'incision de la vésicule, l'exploration complète et le drainage des voies biliaires extra-hépatiques. C'est ce qui fut fait avec succès dans l'observation V.

Lorsqu'elle sera plus précoce, plus rapprochée du moment de la perforation, cette intervention donnera au chirurgien des succès de plus en plus nombreux. Récemment, Maclaren publiait dans les *Annals of Surgery* (janvier 1906), une série de 8 cas de perforation avec péritonite enkystée qui lui permit de compter 8 guérisons. Et même pour les perforations en péritoine libre avec inondation d'une grande partie de la cavité abdominale, Neck a recueilli 11 cas avec 8 guérisons, lorsque l'opération avait été faite dans les trois premiers jours (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, LXXI, p. 334). Parfois les chirurgiens s'étaient contentés d'une simple laparotomie de drainage ; en général, ils avaient fait l'incision et l'évacuation des voies biliaires extra-hépatiques. Une seule fois fut tentée la suture de la perforation vésiculaire. Cette mesure de précaution apparente, qui était en réalité une faute, puisque toujours il y a eu en pareille occurrence infection des voies biliaires et nécessité du drainage, n'empêcha pas cependant le malade de guérir. Dans les cas de perforation récente, sans fusées purulentes lointaines, chez des malades encore résistants, l'opération la meilleure est peut-être la cholécystectomie avec drainage de l'hépatique, selon le procédé de Kher.

Ces résultats heureux, obtenus même deux ou trois jours après la perforation de la vésicule, viennent confirmer ce que l'on sait depuis longtemps sur la tolérance relative du péritoine pour le pus biliaire ou pour la bile infectée des calculeux. Ils ont néanmoins d'autant plus de valeur que les perforations de la vésicule calculeuse dans le péritoine, lorsqu'elles sont abandonnées à elles-mêmes, entraînent presque toujours la mort ; dans la thèse de Bricka, 39 observations de perforation, sans intervention chirurgicale, se terminaient par 35 morts ; les 4 guérisons avaient été relevées chez 4 opérés.

DES FISTULES CUTANÉES

D'ORIGINE DENTAIRE

PAR LE

Dr Cl. MARTIN (de Lyon)

Permettez-moi, à propos de la communication de M. Destot, de vous donner lecture d'un mémoire que j'avais préparé pour la Société des Dentistes du Rhône sur les fistules cutanées d'origine dentaire.

Je n'ai pas l'intention de retracer l'étude complète des fistules cutanées d'origine dentaire. Leur histoire a été déjà faite longuement dans de nombreux travaux antérieurs; en particulier la thèse inaugurale du Dr Camille Tellier (1892). Je veux seulement rappeler l'attention sur quelques particularités cliniques et certains signes qui permettent quelquefois de faire le diagnostic dans des cas difficiles.

On admet aujourd'hui que, lorsqu'une fistule cutanée s'établit à la suite de l'ouverture d'un abcès d'origine dentaire, celui-ci est déterminé par l'infection d'une dent dont la pulpe est mortifiée ou en voie de mortification. Je dis en voie de mortification, car la nécrose de la pulpe est loin d'être toujours complète, et celle-ci peut donner encore des signes de vitalité, au moins dans quelques-unes de ses parties, alors que la pulpe morte a perdu toute sensibilité. Il n'est pas rare, en effet, en pénétrant dans la cavité pulpaire, d'y constater sur certain point une grande sensibilité, bien

que cette cavité soit parfois remplie de pus. C'est qu'il subsiste quelques filets nerveux qui ont résisté à la destruction qui a frappé les autres éléments de la pulpe. Ces filets nerveux sont souvent très difficiles à détruire par les moyens ordinaires, c'est-à-dire par les caustiques chimiques, et pour gagner du temps il est préférable de les enlever mécaniquement.

Lorsque la fistule s'est constituée et que l'on n'a pas assisté à l'évolution de l'abcès, que les phénomènes inflammatoires aigus ont disparu, la détermination de la dent malade, cause des accidents, peut présenter de sérieuses difficultés. Cependant pour y arriver nous avons à notre disposition une série de signes qui ne se trouvent pas d'ailleurs avec la même constance dans tous les cas.

Le premier est le changement de couleur et l'opacité de la dent malade; ces changements sont : 1° changement de couleur à la vue directe; 2° diminution de transparence, que l'on peut toujours déceler au moyen d'une petite lampe électrique, ou d'un fil de cautère incandescent placé dans la cavité buccale en arrière des dents soupçonnées. Ces altérations sont dues à la mortification de la pulpe qui devient grisâtre et perd sa transparence. Elles ne sont pas d'ordinaire uniformément réparties, elles sont plus accentuées vers les régions centrales de la pulpe.

L'opacité de la dent, constante à la mâchoire supérieure, manque souvent pour les dents de la mâchoire inférieure. Elle résulte de la présence du pus et de tissus mortifiés dans la chambre pulpaire. Aux dents supérieures le pus est retenu et ne peut s'écouler, car l'orifice du canal est ouvert en haut. Pour les dents inférieures, la suppuration trouve une voie ouverte au niveau de l'extrémité de la racine dont l'orifice est ordinairement élargi par la nécrose; l'action seule de la pesanteur détermine son écoulement et réalise un drainage permanent. Lorsque la pulpe mortifiée a été détruite et liquéfiée par la suppuration, la cavité pulpaire se vide complètement et la dent redevient transparente.

En somme, l'opacité de la dent est un bon signe de diag-

nostic, constant pour les dents du haut, mais qui n'existe que tout à fait au début pour les dents du bas. Il peut cependant être difficile ou même impossible à déceler dans certaines conditions. Lorsque la lésion porte sur les molaires, le diagnostic devient plus difficile parce que ces dents sont plus épaisses, et lorsqu'elles sont crayeuses leur émail altéré n'est plus transparent : elles prennent une teinte gris sale qui masque la transparence des parties profondes, et l'opacité constatée n'offre plus alors aucune valeur de diagnostic. Enfin, la dent malade a pu déjà être traitée antérieurement et obturée. Là encore l'obturation donne une teinte grise et une opacité qui ne se différencie pas toujours de celle qui est due à la mortification de la pulpe.

Lorsque le signe de l'opacité manque ou qu'il ne peut servir au diagnostic parce que la dent est crayeuse ou obturée, on peut avoir recours à un deuxième signe qui est le signe du cordon. Lorsqu'on palpe avec le doigt les parties molles comprises entre l'orifice cutané de la fistule et la dent malade, on sent un cordon dur, qui correspond au trajet de la fistule ; on le perçoit surtout nettement en passant l'index dans le vestibule de la bouche et en exerçant une légère pression. Il est rare, si on explore avec méthode, qu'on n'arrive pas à le sentir, quelquefois cependant pour le déceler il faut un peu exagérer la pression. Sa recherche est parfois délicate et demande un peu d'attention ; mais pour ma part, je ne me le rappelle pas l'avoir vu manquer, sauf dans quelques cas, pour la dent de sagesse. Ce cordon est pour ainsi dire toujours perceptible quand le trajet fistuleux traverse le vestibule de la bouche, aussi manque-t-il quelquefois pour les fistules de la mâchoire inférieure.

A côté de ces deux signes il en existe un troisième consistant dans l'exploration de la vitalité de la dent par la recherche de sa sensibilité. Celle-ci peut être décelée par le choc ou par la chaleur.

Lorsque toutes les données cliniques sont insuffisantes pour permettre de déterminer quelle est la dent malade, il ne faut pas hésiter à pratiquer, sur celle qui paraît le plus suspecte,

une véritable opération exploratrice. C'était parfois, avant la radiographie, le seul moyen de diagnostic; c'est, d'autre part, le premier temps du traitement conservateur de la dent. En effet, il n'est pas toujours nécessaire de sacrifier la dent malade qui entretient la fistule. Par l'ouverture de sa cavité pulpaire on peut, par un traitement approprié, arriver à la désinfecter et à l'obturer plus tard, après avoir vu la fistule se tarir. On peut donc sans regret pratiquer au foret une perforation de la dent malade. Lorsque les deux précédentes épreuves ont été négatives on a donc recours à l'épreuve du foret. Si la perforation de la dent qui semble douteuse réveille de la sensibilité, on arrête l'opération et on obture la petite cavité que l'on vient de faire; on perfore alors les dents voisines jusqu'à ce qu'on ait reconnu celle qui est complètement insensible quand le foret pénètre dans la chambre pulpaire. Il est rare d'ailleurs qu'on tâtonne longtemps lorsqu'on a soigneusement examiné les dents qui semblent devoir être l'origine de la fistule. Cependant, c'est une erreur de ce genre qui m'a permis, il y a plus de vingt ans, de constater que le signe de l'opacité pouvait manquer à la mâchoire inférieure et de m'expliquer pour quelle raison ce signe faisait défaut.

Il est des cas plus difficiles encore, où la fistule est produite par l'infection non d'une dent entière, mais simplement d'un débris de racine. Lorsque, en effet, on pratique l'avulsion d'une dent pour une pulpite aiguë par exemple, sans infection marquée, il est possible que l'extrémité de la racine se brise et reste incluse dans l'alvéole. L'absence d'infection permet souvent à la cicatrisation de se faire régulièrement, la racine brisée se recouvre de tissus sains, et ce n'est souvent que beaucoup plus tard qu'elle est éliminée sans amener aucun désordre.

Mais lorsque la dent est très infectée, le fragment de racine retenu dans l'alvéole peut être l'origine d'accidents sérieux. En effet, le plus souvent, la plaie alvéolaire laissée par l'avulsion incomplète de la dent semble se cicatriser, mais il persiste un trajet de très petit calibre faisant commu-

niquer le foyer de rétention de la racine avec l'extérieur. Ce fin trajet suffit d'ordinaire à assurer le drainage du foyer et à empêcher tout accident; mais parfois ce conduit s'oblitére ou bien il est insuffisant pour permettre l'issue de la suppuration, un abcès se forme qui peut s'ouvrir en dehors et donner naissance à une fistule cutanée ou muqueuse.

Ces débris infectés peuvent être l'origine d'accidents autrement plus graves lorsqu'ils siègent à la mâchoire supérieure et que l'abcès auquel il donne naissance, au lieu de s'ouvrir à la peau ou dans la cavité buccale, marche vers le haut et vient se faire jour dans le sinus maxillaire. Rien, ni du côté de la peau, ni de la cavité buccale ne peut faire soupçonner l'existence de ces abcès ouverts dans le sinus; ils provoquent des sinusites d'autant plus inguérissables qu'on n'en soupçonne pas l'origine, car la gencive paraît très saine et parfois il n'existe plus une seule dent du côté du sinus malade.

Les sinusites persistent tant que le débris de racine n'est pas éliminé, ce qui exige parfois de longs mois ou même des années. Aussi, est-il important d'en reconnaître la cause, car une intervention simple, consistant dans l'extraction de ce fragment et l'ouverture du sinus, permettra une guérison rapide.

Le diagnostic de ces différentes formes de fistules est d'ailleurs singulièrement facilité de nos jours, grâce à la radiographie. Depuis longtemps Guyes, de Genève, a publié de très belles épreuves. Le Dr Destot en a obtenu également de très beaux clichés. Sur ceux-ci on distingue nettement la cavité de l'abcès formé autour de la pointe radulaire par une zone claire bien marquée. Ce même procédé permet de suivre les progrès de la guérison et de la régénération de l'os sain autour de la dent traitée par la disparition de la zone claire caractéristique.

Ce procédé d'exploration donne des résultats si précis que tous les autres signes perdent beaucoup de leur importance, car il permet à lui seul de faire le diagnostic. Je ne saurais trop insister sur sa valeur dans les formes d'abcès qui s'ouvrent dans les sinus et pour lesquels tous les signes

ordinaires décrits plus haut font totalement défaut. Aussi devrait-on, dans tous les cas de sinusite à diagnostic douteux, recourir à la radiographie du maxillaire supérieur.

PIÈCES PROVENANT DE L'AUTOPSIE D'UNE MALADE

opérée un an auparavant et morte de tuberculose pulmonaire

Persistance des fils de soie dans la cicatrice utérine d'une
opération césarienne

Par M. le Prof. FABRE

Les pièces que j'ai l'honneur de vous présenter proviennent de l'autopsie d'une malade que j'opérai le 25 décembre 1904 de césarienne. Les suites opératoires furent bonnes; mais la malade, de condition misérable, fut atteinte dans la suite de tuberculose pulmonaire et vint mourir, en décembre 1905, dans le service de mon collègue M. Pic, qui eut l'amabilité de bien vouloir me demander d'assister à l'autopsie.

Je ne discuterai pas des indications opératoires de ce cas, il s'agit d'une rachitique avec bassin aplati, à promontopubien très réduit (6 cent. 5). Je veux vous parler seulement des pièces que j'ai recueillies. Elles sont de deux ordres : d'abord le bassin et ensuite l'utérus.

Examen du bassin. — Je ne puis vous détailler aujourd'hui l'intérêt qui se rattache au bassin sec et monté par vissage que je fais passer sous vos yeux. Les radiographies métriques faites pendant la vie, et dont voici l'épreuve avec son diagnostic, vous montreront que l'on peut arriver par ce procédé de mensuration à des résultats précis et d'une grande utilité (1). Les diamètres transverses sont

(1) TRILLAT et JARRICOT. Société d'anthropologie de Paris, 1906. —
DONNEZAN. Thèse de Lyon, 1906.

reproduits avec exactitude, seul le diamètre antéro-postérieur présente une estimation de 5 millimètres supérieure sur les radiographies à ce qu'il est sur le cadavre. Mais comme par le toucher nous avons pour le promonto-pubien des renseignements suffisamment précis en clinique, la radiographie métrique conserve toute sa valeur pour l'appréciation de l'arc antérieur et des transverses.

Examen de l'utérus. — La matrice a été enlevée avec ses annexes et avec la vessie.



FIGURE 2. — *Vue de la face antérieure de l'utérus opéré anciennement de césarienne.*

1, paroi antérieure de l'utérus; A, cicatrice de l'incision très oblique; 2, cul-de-sac vésico-utérin, libre d'adhérences; 3, face postérieure de la vessie.

On est frappé tout d'abord de la petitesse de l'utérus. Il mesure en effet seulement 4 centimètres de hauteur et 3 cent. de largeur. La nature tuberculeuse de l'affection

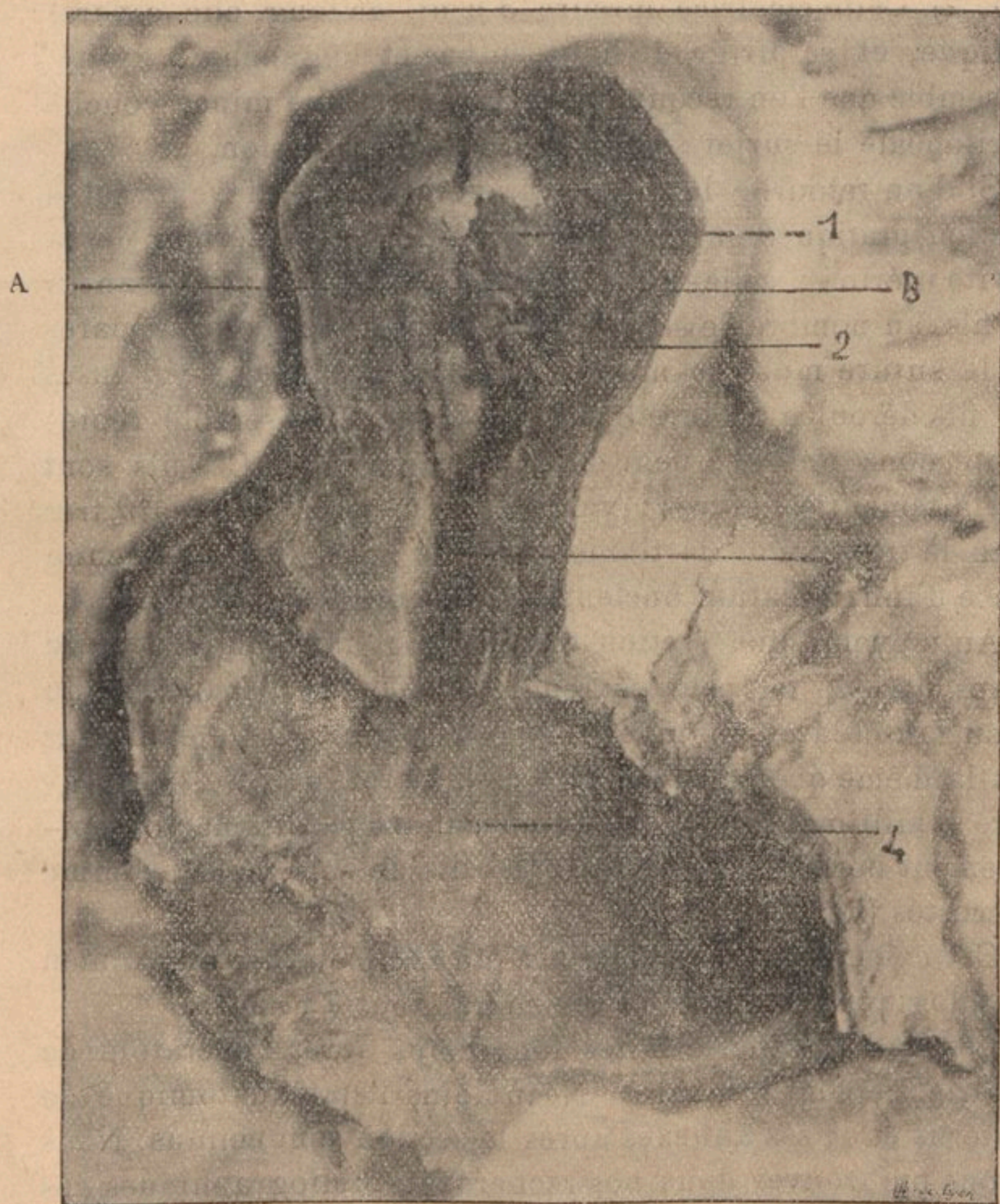


FIGURE 3. — *Face postérieure de l'utérus, section longitudinale pour montrer la cavité utérine.*

1, cavité utérine (face antérieure) vue par derrière ; 2, anses de fils persistant un an après l'intervention ; 3, isthme utérin ; 4, vagin ; A, B, ligne suivant laquelle a été faite la section de l'utérus représentée figure 4.

dont cette malade est morte explique peut-être cette atrophie.

On voit nettement sur la face antérieure de l'utérus, libre d'adhérences d'avec la vessie, la cicatrice de l'opération (fig. 2). Cette cicatrice mesure 3 cent. de long, elle est très oblique, et se dirige de haut en bas et de gauche à droite. Il semble que l'on reconnaisse au-dessous d'une mince couche péritonéale le surjet sérieux qui fermait l'incision,

Si l'on retourne la pièce, on aperçoit, à la faveur de la section pratiquée sur la paroi postérieure, l'intérieur de la cavité utérine : celle-ci est remplie par une rangée d'anses de fils, au nombre de sept, qui représentent les points séparés de la suture musculo-musculaire (fig. 3). Une de ces anses de fils déroulée mesure 3 cent. de long : l'ensemble représente donc une longueur de 23 cent. environ. Ces fils sont parfaitement conservés ; vus à la loupe, on reconnaît très bien le tressage de la trame du fil de soie. Il n'y a aucune trace d'inflammation ancienne ou récente tout autour.

Au moyen d'une section transversale, faite au travers du corps utérin, on peut se rendre compte de l'épaisseur du tissu musculaire au niveau de la cicatrice. Cette épaisseur est la même que celle du reste de la paroi utérine, c'est-à-dire 5 millimètres. Le tissu musculaire paraît macroscopiquement normal à ce niveau ; les fils de soie y sont comme incrustés (fig. 4).

Cet examen macroscopique a été complété par un examen histologique sur lequel je reviendrai tout à l'heure.

Les cas d'autopsie faites longtemps après l'opération de césarienne sont très rares. Néanmoins l'état anatomique de l'utérus et de ses annexes après la section sont connus. Nous avons pu trouver dans nos recherches bibliographiques des détails précis, notés à l'occasion de césariennes répétées. Et à ce point de vue notre cas comporte deux points intéressants : l'absence d'adhérences et la persistance des fils de soie.

Les adhérences de la cicatrice sont en effet très fréquentes. Dans un travail récent (*American journal of Obstetr.*, 1903),

dû à MM. Haven et Vonny, sur 147 cas de césariennes répétées, on note des adhérences dans les quatre cinquièmes des cas. Les adhérences se font tantôt avec la paroi abdomi-

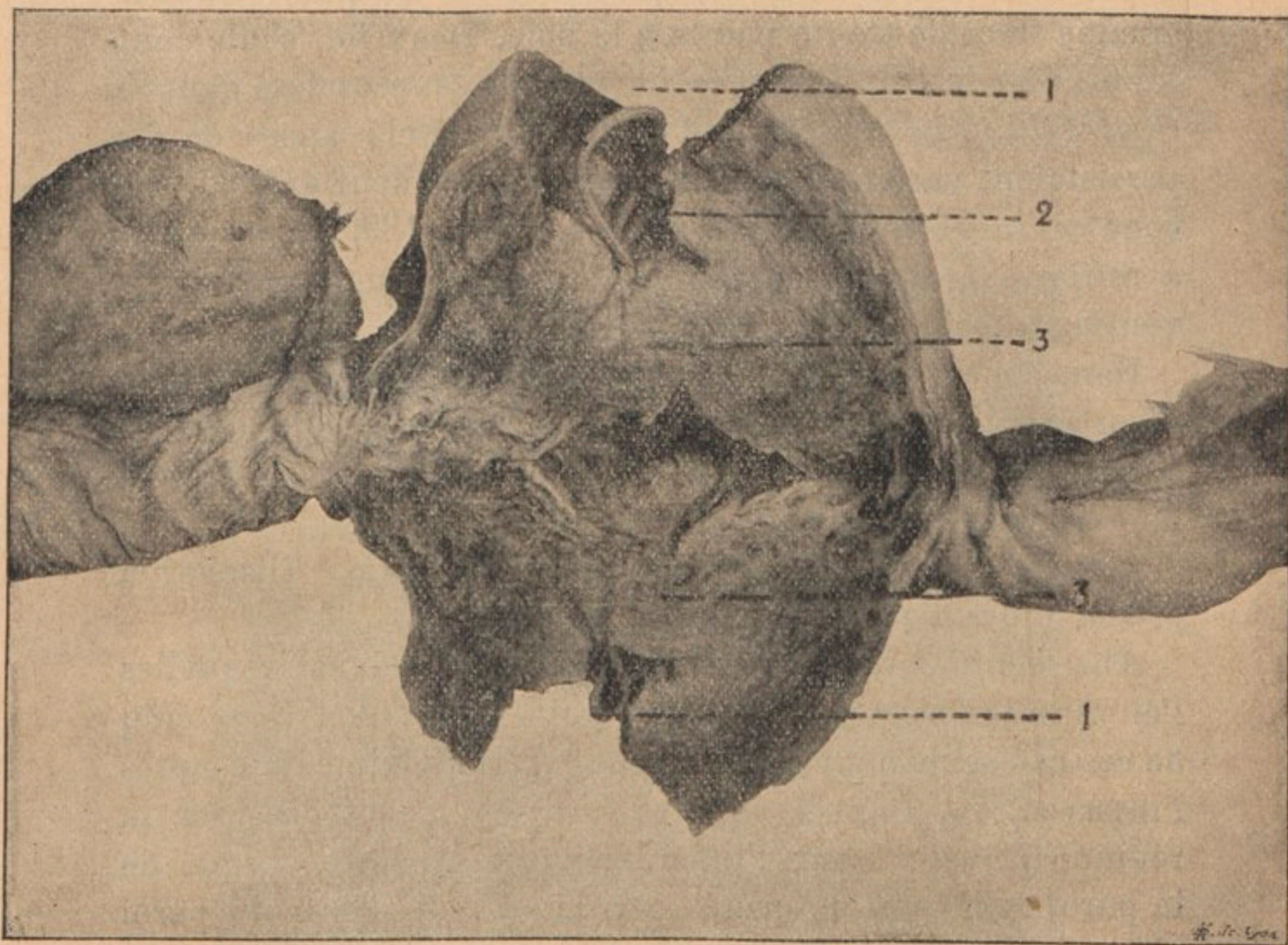


FIGURE 4. — *Vue de la paroi antérieure de l'utérus au niveau de la cicatrice (coupe faite suivant la ligne A B de la figure 3.*

1, Paroi postérieure de l'utérus ouverte ; 2, anse de fils persistant dans la cavité utérine ; 3, paroi antérieure de l'utérus au niveau de la cicatrice. (On voit que l'épaisseur de cette paroi est la même que celle de la paroi postérieure. Il y a continuité parfaite des fibres musculaires. Les anses des fils sont seulement incrustées à l'intérieur du tissu.

nale, tantôt avec l'épiploon, tantôt avec l'intestin. Notre cas rentre donc dans le petit nombre de ceux dans lesquels la cicatrice utérine est libre de toute adhérence.

La persistance des fils de soie est, elle aussi, très intéres-

sante; il est en effet de première importance de savoir ce que devient le matériel de suture après les opérations césariennes.

La soie disparaît dans la majorité des cas. Dans une autopsie faite cinq ans après l'opération, on ne put retrouver aucune trace de trente points à la soie. Deux fois seulement les fils de soie sont retrouvés. Le premier cas est relaté dans le *Centralbl. für Gynec.*, 1900, p. 713. Trois anses de fils persistaient parfaitement conservées après neuf ans. Le second est rapporté par Abel (*Arch. f. Gyn.*, 1899). Cet auteur a retrouvé toutes les lignes de suture à la soie à une intervention ultérieure.

Dans toutes les autres observations les fils de soie ont été résorbés ou bien éliminés par d'autres voies.

Dans le cas 55 d'Abel (*Arch. f. Gyn.* 1899, p. 344), les fils de soie sont éliminés avec l'urine.

Martin signale l'élimination par le rectum. Elischer a retrouvé des fils dans le vagin.

Abel, enfin, rapporte neuf observations dans lesquelles l'élimination s'est faite par la paroi abdominale. Dans cinq de ces cas seulement il y eut suppuration immédiate après l'intervention. Dans les quatre autres on peut observer la réunion *per primam*; l'infection fut secondaire, venue de la paroi utérine et propagée par les fils de soie à la paroi abdominale. Cette infection ne se produisit qu'au bout d'un an dans ces dix cas, le fil fut éliminé par une fistule; la plaie se referma, et trois ans après, à une intervention ultérieure, les fils qui restaient furent retrouvés intacts.

Cette persistance éloignée du matériel des sutures n'est nullement en défaveur de l'emploi de la soie. La trop grande rapidité de résorption du catgut ne nous permet pas de l'employer dans la suture utérine, et nous nous déclarons encore partisan de la soie malgré sa persistance à l'intérieur de la cicatrice.

Examen microscopique de pièces provenant d'une opération césarienne (ligne de suture). (Note due à l'obligeance de M. Dubreuil.)

Les pièces ont été fixées au formol, après quoi on a pratiqué l'inclusion à la celloïdine. Les coupes ont été colorées à l'hématéine et éosine, | hématéine et chromotrope, hématéine et picro-ponceau.



FIGURE 5. — *Vue microscopique de la paroi utérine avec persistance des fils de soie.*

- 1, fil de soie coupé en long; 2, fil de soie coupé en travers;
3, vaisseau sanguin.

Les coupes comprennent le muscle utérin et la surface péritonéale, la couche muqueuse de l'utérus n'y existe pas; les fils de soie employés pour la suture y sont également

coupés dans des directions variables ; la ligne de suture proprement dite est en dehors des coupes. Cette ligne examinée sur des préparations provenant d'autres pièces s'est montrée formée par une glande assez étroite de tissu conjonctif très délicat qui affronte et réunit les deux surfaces de section du muscle utérin.

On est frappé au premier abord et à un faible grossissement par l'abondance et la taille des vaisseaux sanguins. Les artères quoique rétractées et vides de sang ont des parois d'une épaisseur inusitée.

Le muscle lui-même ne présente rien d'anormal, pas de trace d'inflammation interstitielle, même au voisinage des fils. (Fig. 5 et 6)

Les fils sont entourés directement par les fibres musculaires, dont certains paquets sont absolument sains, tandis que d'autres semblent en voie de dégénérescence et de disparition. Ces éléments, lésés par les points de suture, se colorent mal par place, ont leurs noyaux indistincts ; ils sont d'ailleurs relativement rares.

Les fils de soie, dont les différents faisceaux entrecroisés ont dans leur ensemble l'apparence d'une natte donnent l'illusion de fibres tendineuses ; champs polygonaux en coupe transversale, longues fibres en coupe longitudinale.

Les interstices qui existent entre les différents faisceaux de fibres ou entre les fibres elles-mêmes du fil sont comblés par une substance homogène, finement granuleuse qui se colore par les colorants plasmatiques. Exsudats quelconques et sans intérêt, au milieu desquels on rencontre cependant quelques cellules. Ce sont évidemment des éléments migrants. Polynucléaires du sang?... Non, il y en a quelques-uns, mais ils sont très rares. Ces cellules se rapprochent beaucoup plus par leurs différents caractères des cellules décrites par le Prof. Renaut sous le nom de « cellules rhagiocrines du tissu conjonctif » (1). Éléments migrants,

(1) J. RENAUT. Sur une nouvelle espèce de cellules fixes du tissu conjonctif : les cellules connectives rhagiocrines. *C. R. de la Soc. de Biologie*, 4 juin 1904.

doués du pouvoir glandulaire et phagocytaire, ces cellules jouent un rôle considérable dans les processus édificateurs. Elles sont susceptibles d'être mobilisées par une action excitatrice, même aseptique, telle que la présence d'un corps étranger stérile (1); si elles n'existent pas toujours en fait, surtout chez l'adulte, elles existent en puissance; toutes les cellules fixes du tissu conjonctif jouissant du pouvoir de

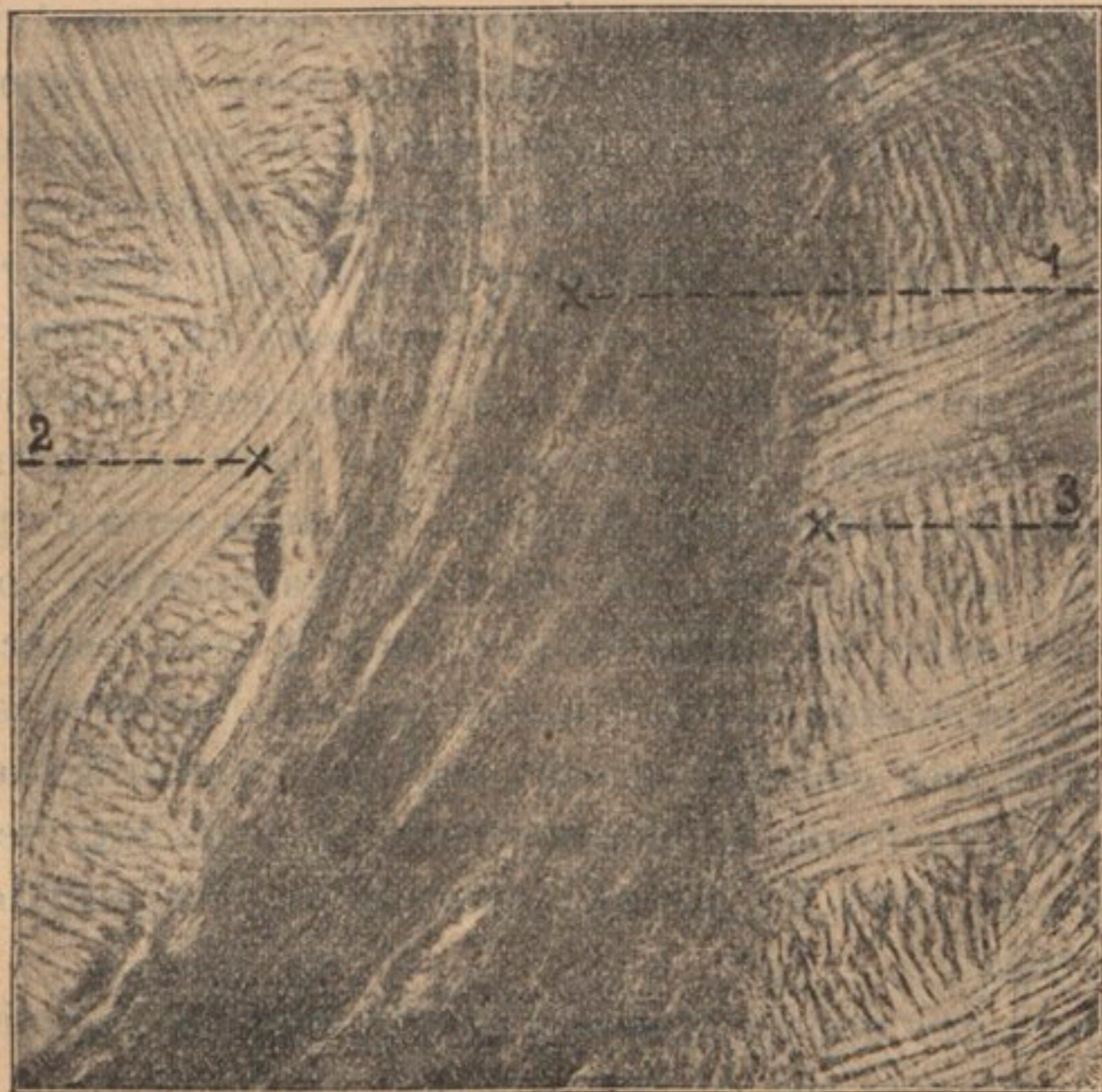


FIGURE 6. — *Vue à un fort grossissement des rapports des fils de soie et du muscle utérin.*

1, muscle utérin normal; 2, fil de soie; 3, point de contact entre le muscle et le fil de soie.

recouvrer les propriétés qui les font rhagiocrines par une incitation appropriée.

Or, les conditions sont ici les suivantes : une plaie à réparer, plaie due tant au bistouri qu'au passage des fils,

(1) J. RENAUT et G. DUBREUIL. *C. R. de la Soc. de Biologie*, 1904.

un corps étranger aseptique constitué par les fils de soie ; donc un processus réparateur et une cause d'irritation. D'autre part, les cellules que l'on trouve à l'entour ou dans l'intérieur des fils ont tous les caractères des cellules rhagiocrines : noyau polymorphe, mais non pas chargé en chromatine comme celui des polynucléaires, protoplasma dense avec exoplasme sans granulations leucocytaires. Tout nous porte à penser qu'il s'agit de cellules rhagiocrines véritables, bien que nous n'ayons pu mettre en évidence leur caractère sécrétoire ; il eut fallu pour cela opérer sur des pièces fraîches et non fixées par la coloration vitale au neutralroth, qui fait apparaître les vésicules de sécrétion.

Enfin, un petit fait morphologique de peu d'importance, mais assez curieux, s'est présenté au cours de l'observation microscopique. Les fibres de la soie simulent assez bien des fibres tendineuses ; il leur manque les cellules tendineuses pour que l'homologie soit complète. Or, dans certains points, rares il est vrai, où les cellules rhagiocrines ont pu s'insinuer entre les fibres de soie, dans le petit espace libre de forme prismatique triangulaire que ces dernières laissent entre elles, ces cellules se sont suivies, accumulées et disposées sous la forme de chaînes cellulaires de Ranvier dans les tendons, avec les crêtes d'empreintes caractéristiques à leur surface.

En résumé : muscle utérin hypertrophié, avec ses vaisseaux caractéristiques, pas de réaction inflammatoire vraie autour des fils de suture, mais réaction phagocytaire et édicatrice au début qui se manifeste par la présence de nombreuses cellules appartenant à la catégorie des « cellules connectives rhagiocrines », qui proviennent très probablement du rappel à l'état jeune des cellules fixes du tissu conjonctif ambiant. Peu ou pas de sclérose, la réaction est limitée au voisinage immédiat des fils de suture.

Le Gérant, D^r VALLAS.

TABLE DES MATIÈRES

TABLEAU DES MATIÈRES

TABLEAU DES MATIÈRES

TABLEAU DES MATIÈRES

TABLEAU DES MATIÈRES

TABLEAU DES MATIÈRES

TABLEAU DES MATIÈRES

TABLEAU DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES

Table alphabétique par noms d'auteurs
des Travaux de la Société de Chirurgie de Lyon
pendant l'année 1906.

ALBERTIN. — Hystérectomie pour septicémie puerpérale.....	56
DISCUSSION : A. Pollosson, Albertin.....	56
— Néphrectomie.....	128
— Pince à bordage des incisions abdominales.....	305
BÉRARD. — Traitement des tumeurs malignes de la parotide; résection condylo-marginale postérieure du maxillaire...	5
DISCUSSION : Gangolphe, Bérard.....	12
— Du rétablissement de la trachée ramollie au cours des in- terventions pour goitre.....	30
— Squirrhe atrophique de la langue par dégénérescence de la leucoplasie chez un syphilitique.....	183
DISCUSSION : Vallas, Horand, Vincent, Durand, Bérard....	185
— Sur quelques indications des lavages de l'estomac après les interventions de chirurgie abdominale.....	226
DISCUSSION : Goullioud, Vallas.....	231
— Deux nouveaux cas d'évidement de la loge parotidienne pour cancer de la parotide (résection condylo-marginale postérieure du maxillaire inférieur.....	238
— Squirrhe atrophique de la langue.....	243
— Splénectomie pour maladie de Banti avec rate mobile; gué- rison.....	252
— Du cancer aigu de la thyroïde chez les jeunes sujets.....	344
BÉRARD et PATEL. — Sur trois cas de tuberculoses intesti- nales guéries par les opérations palliatives.....	78

BÉRARD et CAVAILLON. — Énorme tumeur à tissus multiples sous-mésentériens ; extirpation ; plaie latérale de l'aorte abdominale réparée par enfouissement des bords, après ligature du vaisseau.....	301
BERTRAND. — Tuberculoses cutanée verruqueuse ; manifestations tuberculeuses multiples ; tuberculose pulmonaire ; abcès froids de la région sacrée et des parois thoraciques ; épидидymite tuberculeuse	190
BOUCHUT. — Ostéo-sarcome de l'épaule.....	58
DISCUSSION : Tixier, Gangolphe	59
DURAND. — Voir Rochet. Hydronéphroses enlevée par néphrectomie.....	69
DISCUSSION : Gangolphe, Aubert, Vincent, Albertin, Rochet, Durand	74, 78
— L'appendicectomie à froid après les poussées aiguës ayant donné lieu à l'évacuation d'un abcès pelvien.....	87
DISCUSSION : Nové-Josserand, Gangolphe, Goullioud, Bérard, Durand, Villard, Tixier, Vignard, Vincent. 89, 101, 102, 115	
— Fracture de la rotule, immobilisation, mauvais résultat ; fracture itérative, intervention sanglante, rétablissement complet des fonctions.....	132
DISCUSSION : Vincent, Durand.	135
— Sur deux cas d'épilepsie jacksonienne.....	287
DISCUSSION : Bérard, Durand.....	291
— Pseudarthrose de l'extrémité inférieure du cubitus, suture osseuse par une agrafe de Dujarier ; guérison....	342
DESTOT. — Pathogénie des sinusites maxillaires.....	113
DISCUSSION : Durand, Destot.....	114
— Sinusites maxillaires	126
— Luxation isolée du semi-lunaire	151
— Fracture du radius et du scaphoïde.....	195
ECOT. — Deux cas de traumatisme du poignet.....	121, 131
DISCUSSION : Destot, Vincent.....	124
— Parasites cutanés,.....	230
FABRE. — Nanisme par lésions thyroïdiennes ; césarienne avec succès pour la mère et l'enfant.....	93
— Décollement du placenta normalement inséré ; hémorragie externe et interne ; mort de l'enfant ; césarienne vaginale ; guérison.....	244
— Hystérectomie abdominale subtotale pour fibrome utérin enclavé au cours d'une grossesse.....	277

GANGOLPHE. — Épithélioma adamantin du maxillaire inférieur récidivé douze ans après un évidement; ablation complète	45
DISCUSSION : Martin, Nové-Josserand, Durand, Gangolphe.	49
— Tumeur maligne du coude	60
DISCUSSION : Pollosson	60
— Enchondrome du thorax chez un sujet porteur d'exostoses multiples	283
DISCUSSION : Durand, Gangolphe, Bérard, Destot . . .	285, 293
— Volumineuse tumeur du maxillaire inférieur (épithélioma adamantin), large exérèse, prothèse tardive; résultats un an après l'opération	329
DISCUSSION : Cl. Martin	330
— Résection du poignet avec suture radio-métacarpienne	344
GAYET. — Occlusion intestinale; torsion du mésentère et hernie étranglée; diverticule de Meckel	170
— Fracture de jambe; cal exubérant	199
DISCUSSION : Vallas, Destot	202
— Ulcère du duodénum; péritonite par perforation; gastrotomie évacuatrice	233
— Fracture double de l'avant-bras; cal vicieux; résection du cal	267
GOULLILOUD. — Entérostomie transpylorique	143
DISCUSSION : Tixier, Bérard, Goullioud, Durand	148
— Tuméfaction kystique des ovaires dans la môle hydatiforme.	158
DISCUSSION : Commandeur, Goullioud	159
— Résection d'une large plaque calcaire d'origine pleurale . . .	213
DISCUSSION : Vincent, Durand	215
— Du cancer de l'ovaire au cours de l'évolution des cancers de l'estomac, de l'intestin et des voies biliaires	352
JAMBON. — Kyste de l'ovaire	108
LAGOUTTE. — Calcul de l'ampoule de Vater	167
— Absès du cerveau d'origine otique; trépanation; guérison.	179
LATARJET. — Gastrotomie pour cancer datant de neuf mois.	211
— Anévrysme du creux poplité; ablation du sac; guérison . . .	272
DISCUSSION : Tixier, Vincent, Durand	274
LECLERC (G). — Luxation tarso-métatarsienne	109
DISCUSSION : Destot, Vincent	112
LERICHE. — Rétrécissement tuberculeux de l'intestin grêle et tuberculose localisée de la valvule iléo-cæcale	25
DISCUSSION : Bérard	29

MARTIN (Cl.). — Expériences d'ostéogénèse.....	311
DISCUSSION : Vincent.....	314
— Nécrose du maxillaire d'origine dentaire.....	349
MOLIN . — Rétraction cicatricielle de la paume de la main et des doigts ; chiroplastie par désossement et traitement par la méthode de M. Martin.....	60
DISCUSSION : Martin	62
NOVÉ-JOSSERAND et VIANNAY . — Sarcome périostite suppurée du tibia.....	294
DISCUSSION : Gangolphe, Albertin, Durand, Destot.....	297, 299
— Pseudarthrose congénitale.....	300
DISCUSSION : Gangolphe, Vignard, Nové-Josserand.....	301
— Occlusion intestinale consécutive à l'ouverture d'un abcès appendiculaire.....	340
DISCUSSION : Condamin.....	341
PATEL . — Cholécystectomie pour cancer de la vésicule biliaire.	217
DISCUSSION : Vincent, Patel.....	221
— Fracture spontanée de l'extrémité supérieure du fémur à l'âge de 12 ans; cal vicieux; fracture récente sous-tro- chantérienne.....	338
DISCUSSION : Tixier, Vallas, Patel, Nové-Josserand	340
PELLANDA . — Double kyste des ovaires.....	54
PIOLLET . — Pylorectomie avec gastrectomie partielle, pour sténose pylorique de nature douteuse; guérison.....	204
— Un cas de radius curvus.....	274
POLLOSSON (A.). — Ovariectomie sans ponction.....	33
DISCUSSION : Albertin, A. Pollosson	35
— Gros kyste de l'ovaire tordu.....	53
— Tumeur mixte de l'ovaire polykystique; rupture complète du pédicule consécutive probablement à une torsion; gangrène et rupture de la paroi d'une des grosses loges kystiques	97
— Hystérectomie abdominale totale avec colpopexie dans le traitement de certains prolapsus.....	137
DISCUSSION : Condamin, Albertin, Gayet, A. Pollosson, Goul- lioud.....	140
— Cancer primitif du vagin; extirpation par voie abdominale avec dissection des uretères et ablation large du tissu cellulaire para-vaginal	258

POLLOSSON (A.). — Extirpation d'une grosse tumeur de la paroi abdominale formée par récurrence dans la cicatrice de la laparotomie d'un néoplasme du corps de l'utérus ; oblitération de la large brèche péritonéale ainsi créée à l'aide du grand épiploon.....	261
ROCHET. — Ulcus rodens traité par greffe cutanée.....	19
DISCUSSION : Gangolphe, Bérard, Durand, Rochet.....	21
— Pathogénie et traitement des hydronéphroses.....	63
— Prostatectomie périnéale et hypogastrique comparées.....	174
DISCUSSION : Vallas, Rochet.....	178
ROCHET et DURAND. — Présentation de cinq pièces d'hydronéphrose enlevées par néphrectomie primitive ou secondaire.....	45
ROUVILLOIS et Cl. MARTIN. — Nécrose étendue du maxillaire inférieur d'origine dentaire.....	348
— Deux cas de dislocation du carpe.....	350
RUOTTE. — Fracture transversale de la rotule gauche ; suture des ailerons.....	193
— Fracture transversale de l'olécrâne droit.....	194
— Déchirure presque totale de la cloison recto-vaginale ; restauration par dédoublement.....	248
— Appendicite et sigmoïdite concomitante.....	250
— Sur les avantages de la dérivation temporaire des urines par l'hypogastre dans les autoplasties cutanées de l'urètre...	315
Société de Chirurgie. — Composition de la Société en 1906.	354
SOREL (R.). — Fibrome utérin ; hystérectomie abdominale subtotale sept ans après récurrence dans le moignon utérin et les annexes ; hystérectomie complémentaire ; guérison.	155
DISCUSSION : Condamin, Goullioud, Bérard, Sorel.....	157
— Asepsie chirurgicale : a) gants de caoutchouc et gants de fil ; b) arrosoir chirurgical.....	306
DISCUSSION : Bérard, Goullioud, Durand.....	309
TIXIER. — Fibrome utérin dans le ligament large ; utérus fibromateux avec grossesse de deux mois.....	57
DISCUSSION : Condamin, Tixier.....	58
— Énorme kyste inflammatoire du maxillaire supérieur, radiographie.....	135
— Botryomycome de la face interne de la cuisse.....	141

TIXIER. — Sténose néoplasique du pylore chez une femme de 33 ans ; gastro-entéro-anastomose d'urgence pour hématomose très abondante ; gastrectomie secondaire ; guérison.....	188
DISCUSSION : Vallas, Tixier, Destot, Vincent	190, 192
— Péritonite généralisée chez une femme enceinte de sept mois ; laparotomie, drainage et anus contre nature ; guérison.....	235
DISCUSSION : Thévenot.....	237
— Cancer de l'intestin grêle ; entérectomie de 1 mètre 26 d'intestin grêle ; présentation de la pièce.....	247
— Cancer de la face interne de la joue gauche avec envahissement du maxillaire ; résection de la moitié gauche du maxillaire inférieur ; prothèse antéro-opératoire ; résultats éloignés.....	263
DISCUSSION : Cl. Martin.....	264
VALLAS. — Spina bifida occulta ; intervention.....	50
DISCUSSION : Gangolphe, Destot.....	53
— Pharyngectomie pour cancer ; résultat éloigné	186
DISCUSSION : Bérard, Martin, Vallas	187
— Cancer de la joue, autoplastie	224
DISCUSSION : Martin, Vallas	225
— Pharyngectomie et laryngectomie totale.....	271
DISCUSSION : Vincent, Bérard, Vallas	271
— Splénectomie	280
DISCUSSION : Gangolphe, Bérard	281
— Demi-résection du maxillaire inférieur	293
DISCUSSION : Gangolphe, Vallas.....	294
VIGNARD. — Fracture du col du radius chez l'enfant.....	13
DISCUSSION : Nové-Josserand, Vincent, Bérard	15, 18
— Sur la cure des fistules du canal de Sténon.....	41
DISCUSSION : Gayet, Vignard, Gangolphe	44
— Appendicite pelvienne à rechute, appendicectomie à chaud.	222
DISCUSSION : Bérard.....	223
— Présentation d'un appareil de marche, destiné à compenser et à dissimuler les raccourcissements considérables du membre inférieur.....	286
— Tuberculose étendue de l'arrière-pied ; résection de l'astragale et évidement du calcanéum.....	332
DISCUSSION : Gangolphe, Vincent, Durand.	334
VIGNARD et THÉVENOT. — Kyste hydatique du foie chez un enfant.....	351

VILLARD. — Aspirateur péritonéal; de l'aspiration péritonéale immédiate au cours des laparotomies.....	36
DISCUSSION : Bérard.....	40
VINCENT. — Observation de radiothérapie et d'autoplastie sur des territoires cancéreux; action nocive des rayons X; succès des autoplasties, limitation des processus ulcératifs; longue durée de non-récidive et d'intégrité de la peau transplantée	22
DISCUSSION : Gangolphe, Vincent.....	24
— Nécessité du drainage de sûreté dans les appendicectomies à froid.....	128
DISCUSSION : Tixier, Vincent.....	130
— Pessaire quadrangulaire à bords excavés en aluminium....	297
— Sur le cancer du sein.....	320
DISCUSSION : Gangolphe, Vallas, Goullioud, Durand.....	322
— Sur le cancer du sein.....	325
DISCUSSION : Destot, Gayet	326

Mémoires présentés à la Société.

(fascicule du mois d'août).

ALBERTIN et JAMBON. — Un cas d'infection puerpérale à marche lente traité par l'hystérectomie abdominale....	3
TAVERNIER — Les déplacements traumatiques du semi-lunaire.....	11
DISCUSSION : Destot, Bérard.....	198
LAGOUTTE. — Fixation ancienne pathologique de la hanche et ankylose du genou; double ostéotomie sous-trochantérienne et sus-condylienne.....	19
BÉRARD. — De la cholécystite calculeuse avec perforation spontanée de la vésicule.....	23
MARTIN (Cl.). — Des fistules cutanées d'origine dentaire.....	35
FABRE. — Pièces provenant de l'autopsie d'une malade opérée un an auparavant et morte de tuberculose pulmonaire; persistance des fils de soie dans la cicatrice utérine d'une opération césarienne	41



BIBLIOTHEQUE
UNIVERSITAIRE
LYON

