

registré 11 décès. La mort est-elle survenue du fait de l'intervention ou du fait de l'évolution de la maladie? Les observations sont muettes à cet égard, mais les chiffres n'en restent pas moins troublants. Il n'est certainement pas indifférent d'opérer un typhique et de soumettre à l'anesthésie générale, surtout à l'anesthésie chloroformique, un malade dont le foie est touché par les toxines du bacille d'Eberth.

Quelle conduite faut-il donc tenir? Dans un cas où le diagnostic serait non pas certain, mais probable, M. Quénu n'hésiterait pas à opérer; en d'autres termes, le doute, d'après lui, doit plutôt profiter à l'intervention. Solieri, de Sienna, est très partisan de l'intervention dans les cas douteux. Même si l'on ne trouve pas de perforation, on peut rendre au malade de très grands services; on découvre presque toujours de petits foyers de péritonite préperforante, et Solieri propose d'enrouler un segment d'éploon autour de l'anse menacée, de manière à lui constituer une gaine protectrice biologiquement défensive.

L'opération étant décidée, comment faut-il l'exécuter?

Boucher la perforation, tel est évidemment le but à atteindre, mais dans la pratique de nombreuses difficultés surgissent.

Des adhérences pariétales ou intestinales peuvent gêner l'extériorisation de l'anse malade, indispensable pour effectuer les sutures. Les points musculo-muqueux et séro-séreux au moyen desquels on comble la perte de substance ne tiennent pas toujours; les tissus qu'ils traversent sont malades, friables, et les sutures cèdent. Elles cèdent parfois tout de suite, parfois après quelques jours seulement, et le malade meurt de péritonite suraiguë, alors qu'il paraissait sauvé (au 5e jour dans un cas de Quénu, au 11e jour dans un cas de Michaux).

Les sutures ne pouvant donner une garantie absolue, des chirurgiens ont proposé d'extérioriser simplement l'anse perforée; c'est la conduite qu'a suivie M. Duval chez son petit malade. Seize observations, y compris la sienne, sont actuellement publiées de cas ainsi traités; il y en a dix guérisons, et cette statistique est encourageante, car les cas traités par la simple extériorisation sont presque toujours des cas considérés comme désespérés.

A l'avenir, M. Quénu se propose d'extérioriser systématiquement l'anse malade; il sera facile de la rentrer dans le ventre lorsque les sutures seront définitivement solides, et si les fils cèdent, l'ouverture de l'intestin se fera au dehors, sans danger. A plus forte raison l'anse intestinale sera-t-elle laissée hors de l'abdomen lorsque toute suture sera impossible.

On a objecté que l'extériorisation de l'anse empêcherait le drainage du ventre; l'objection est sans fondement. M. Duval a pu pratiquer chez son opéré un drainage parfaitement efficace. Le petit malade a toujours sa perforation; il faudra le débarrasser de la fistule qui siège sur son intestin grêle par une seconde intervention.

(in *Jnal. des Praticiens.*)

Chirurgie pratique

Par P. Gallois

REDUCTION EN DOUCEUR DE LA LUXATION DE L'ÉPAULE PAR LE PROCÉDÉ DE KOECHER MODIFIÉ

M. le Dr P. Gallois indique dans le *Bulletin médical* (décembre 1909) un procédé de réduction des luxations de l'épaule qui serait, d'après son expérience, extrêmement pratique. Voici comment il s'exprime à ce sujet:

La méthode de Kocher pour la réduction des luxations de l'épaule est bien connue. On la trouve mentionnée dans tous les traités classiques; cependant elle est peu employée dans la pratique. Certains chirurgiens la trouvent brutale, d'autres inefficace. Ceux par qui je l'ai vu essayer ne l'ont guère fait que pour la forme, et sont aussitôt revenus à l'ancien procédé des tractions.

Or, j'emploie cette méthode, peut-être un peu modifiée, depuis 1883-1884. Elle m'a permis de réduire toutes les luxations de l'épaule que j'ai eu à soigner, et cela sans aide, sans souffrance pour le blessé, et souvent en quelques minutes.

Je crois que si elle se montre inefficace entre les mains de certains opérateurs, c'est précisément parce qu'ils l'emploient brutalement. Pour ma part, je l'applique avec une extrême douceur, et je mets en fait qu'elle peut être exécutée avec deux doigts. On sait, d'ailleurs, que le principal obstacle à la réduction d'une luxation, c'est la contraction musculaire; il ne sert à rien de s'exercer à réduire une luxation sur un cadavre, car la résistance musculaire n'existant plus, la tête humérale rentre presque toute seule. Il est donc extrêmement important, sur le vivant, de ne causer aucune douleur au blessé pour éviter qu'il ne contracte ses muscles. Là est tout le secret du succès.

On décrit au procédé de Kocher quatre temps: 1o appliquer le coude contre le corps en fléchissant l'avant-bras à angle droit; 2o porter la main en dehors de façon à provoquer une rotation de la tête humérale dans ce sens; 3o tout en maintenant la main en dehors, pointer le coude en avant, en dehors et en haut; 4e porter brusquement la main sur l'épaule saine. A ce moment la tête doit rentrer dans la cavité.

Or, ce quatrième temps, pour moi, est une erreur. La tête doit rentrer dans la cavité dès le troisième temps, mais, pour cela, ce troisième temps doit être exécuté avec une lenteur presque insensible. Il suffit de maintenir le bras dans la position indiquée pour que, en un temps variable de quelques secondes à quelques minutes, la réduction s'opère.

Comme détail d'exécution, voici comment j'opère. Tout d'abord, pour éviter que le blessé soit en défiance et contracte ses muscles, je ne lui annonce pas que je vais tenter