

REVUE DES JOURNAUX

LES LUXATIONS CONGÉNITALES DE LA HANCHE A SYMPTOMES TARDIFS

Par M. Carle RØDERER

Ancien assistant d'orthopédie des hôpitaux.

Il arrive constamment que des luxations congénitales échappent aux regards des médecins de famille, et l'on serait volontiers porté à croire soit à un défaut de connaissance, soit à une erreur de jugement. C'est précisément cette opinion qui dénoterait un défaut d'expérience.

Sans doute quand la luxation se présente tard et répond au magistral et classique tableau de Dupuytren, le doute n'est plus permis et l'erreur est blâmable. Mais il arrive fréquemment à un spécialiste averti, d'hésiter longuement chez un sujet jeune à discerner la luxation. Les signes habituels — déformation, raccourcissement — peuvent manquer. L'interprétation de la boiterie est, à cet âge, fort difficile, puisque, suivant le mot de Palleta, l'enfant normal " vacille, tombe tantôt à droite, tantôt à gauche et semble boiter des deux côtés ". La palpation souvent ne donne pas de données certaines et c'est la radiographie qui fournit, et encore, d'aucune fois pour l'œil exercé seulement, un diagnostic précis.

Syphilis
Artério-sclérose, etc.
(Todoro-Enzymes)
Todore sans Todisme

Todurase

de COUTURIEUX.

57, Ave. d'Antin, Paris,
en capsules dosées à 50 ctg. d'Io.
dure et 10 ctg. de Levurine.

Ce sont là des doutes afférents à l'examen d'un grand nombre de luxations jeunes.

Plus tard, à 4 ou 5 ans, la démarche caractéristique, la déformation, la limitation articulaire et surtout la palpation imposent ce diagnostic aux premières secondes de l'examen.

Il n'en est pourtant pas toujours ainsi et nous ne voulons en retenir pour preuve que les deux cas suivants, dont la boiterie peu accentuée et en quelque sorte à éclipse, paraissait et disparaissait. Elle avait passé inaperçue aux yeux de plusieurs médecins, dont quelques-uns étaient proches parents des enfants, et pourtant prévenus par des antécédents familiaux, et d'ailleurs elle ne présentait aucunement lors de notre premier examen les caractères du dandinement caractéristique. Ces cas ne nous furent tous les deux soumis, à 6 ans $\frac{1}{2}$ et à 9 ans $\frac{1}{2}$ que pour des douleurs articulaires survenues, semblait-il, à la suite d'un traumatisme ou de marche forcée.

OBSERVATION I.—H. C. . . , née le 23 octobre 1900, vue la première fois en février 1910. Aucun antécédent héréditaire. La mère a fait une chute grave au septième mois de la grossesse. L'enfant a marché à quatorze mois. En bas âge, elle boitillait un peu, mais comme la mère probablement rachitique avait eu les mêmes troubles de la démarche, la famille ne s'inquiète pas. Cette boiterie au reste est peu accentuée et n'augmente pas. De nombreux médecins voient l'enfant pour des affections intercurrentes et ne remarquent rien d'anormal du côté des hanches, pourtant explorées. La claudication du reste est si peu accentuée qu'on croit à une habitude défectueuse. Cependant, vers 6 ou 7 ans, l'enfant souffre un peu et se fatigue vite à la marche. Un confrère consulté fait jouer les hanches, remarque des craquements, conseille d'immobiliser quelque temps, puis la marche est reprise.

Mais en août 1909, à 9 ans, la fillette est renversée par une bicyclette, et pendant un mois elle se plaint fortement des deux hanches. A partir de ce moment elle marche moins bien, passe quelques

semaines à la campagne et revient boitant plus fort, continuant à se plaindre. Ce sont ces douleurs persistantes qui amènent les parents à notre consultation.

L'examen ne montre aucune déformation nettement significative. Les trochanters sont un peu saillants mais il n'y a aucune ensellure. La limitation des mouvements aux deux hanches est assez nette, dans tous les sens. Les jambes se présentent d'ailleurs, à l'état de repos, parallèles et en direction normale, sans adduction.

La démarche est une démarche raide, fixée, comme une démarche de coxalgie, et c'est en effet à une coxalgie double que fait penser un premier examen superficiel, mais la palpation montre les têtes remontrées, moins à gauche, davantage à droite, et la radiographie confirme cette indication de la clinique.

OBSERVATION II.—Z. K. . ., née le 24 septembre 1903, appartient à une famille où les malformations sont nombreuses: un frère, torticolis congénital; une sœur scoliotique; une autre sœur, luxation congénitale. L'attention de la mère et de l'entourage (l'enfant a deux oncles médecins) est donc attirée sur les malformations physiques possibles. Grossesse normale, accouchement par le sommet.

Tandis que les frères et sœurs ont marché à 14 ou 15 mois, cette fillette ne marche qu'à 18 ou 20 mois. Petite, on remarque qu'elle boitille. Elle semble, suivant l'expression de sa mère, vouloir imiter sa sœur, atteinte de luxation avérée. Réprimandée à ce sujet, elle pouvait, paraît-il, corriger sa démarche. Pendant de grandes périodes, elle marchait tout à fait normalement, sautait à cloche-pied (jeu de marelle) sur sa jambe malade. La mort du père la met en quelque sorte sous la tutelle de ses oncles médecins. Ils ne remarquent rien d'anormal dans la démarche habituelle. L'un d'eux a pourtant diagnostiqué la luxation de sa sœur.

Cependant, vers le milieu de l'année 1909 (elle a alors près de 6 ans), l'enfant se cogne la hanche droite et déclare pendant quelques jours souffrir violemment. En novembre 1909, à la suite d'une promenade plus longue, les douleurs se font plus vives, la mère est

obligée de la porter au retour vers la maison. C'est en raison de ces douleurs qu'on me conduit la malade.

L'inspection ne montre pas de grosses modifications. Debout, la fesse droite paraît un peu atrophiée, le pli fessier légèrement atténué. La colonne lombaire en scoliose droite légère. La marche n'a rien de très caractéristique. Le simple appui droit est un peu moins long que le gauche. Il y a plutôt qu'une claudication véritable une certaine gêne, d'un mécanisme difficile à saisir, comme on en rencontre dans la coxalgie au début. Cette défectuosité de la démarche aurait certainement attiré l'attention d'un spécialiste, mais elle est si minime qu'on conçoit très bien qu'elle ait passé inaperçue aux regards d'une famille. L'enfant boite certainement beaucoup moins que sa sœur, dont la luxation est anatomiquement très exactement réduite. L'examen de l'enfant couchée ne décèle aucune limitation des mouvements. Par la suite, suggestionnée peut-être par la radiographie, il nous a paru que l'abduction était moindre à droite.

Le membre droit, par contre, mesuré de l'épine iliaque à la pointe de la malléole, est manifestement plus court, 50,4 contre 50,2. La différence réelle mesurée du trochanter à la pointe de la même malléole est d'ailleurs moindre de deux cent. $\frac{1}{2}$; on retrouve le même chiffre en comparant la longueur des deux fémurs. Il y a donc, ou bien une perte de longueur sur le col ou une ascension du fémur par rapport au bassin. C'est à cette hypothèse qu'on s'arrête en constatant que le trochanter à la palpation est un peu plus saillant à droite, et que la tête dans l'aine paraît aussi un peu plus élevée de ce côté. Le diagnostic de coxalgie, en l'absence de tout autre antécédent familial ou personnel, de toute douleur à la mobilisation, à la pression directe, de toute réaction ganglionnaire, de tout anamnestique, ne peut venir à l'esprit, et d'ailleurs la radiographie confirme quelques jours après le diagnostic de luxation.

Ainsi donc, voici deux observations qui revêtent à peu près la même allure, où des enfants ont pu marcher, l'une jusqu'à 9 ans $\frac{1}{2}$

sans être considérée comme infirme, l'autre jusqu'à 6 ans $\frac{1}{2}$ sans presque attirer l'attention. Chez ces deux enfants, le symptôme caractéristique, la boiterie, était réduit à si peu de chose que, même en possession de l'interrogatoire, de l'examen d'inspection, l'hésitation était encore permise.

Les radiographies, d'ailleurs, sont identiques. Dans les deux cas, on a affaire à des variétés sus-cotyloïdiennes appuyées. Dans les deux cas, le toit du cotyle est érodé et la tête vient prendre contact au niveau correspondant à l'arrêt de ce toit.

Les fémurs se montrent dans une position à peu près normale.

Les cols ne présentent, ni dans leur volume, ni dans leur profil, ni dans leur densité, rien de bien particulier. Celui de la luxation simple Z. K. . . présente un léger degré de rotation interne. Les têtes sont aplaties. L'épiphyse céphalique, qui devrait, à cet âge, égaler la longueur du col, est réduite à un simple coussinet, plus développé, d'ailleurs, en haut qu'en bas, la partie inférieure semblant supporter une plus grande pression. Les épines de ce col semblent être un peu hypertrophiées.

Ces deux cas, bien semblables, posent donc une fois de plus le problème de l'évolution si différente des luxations congénitales et de la variabilité même de leur aspect clinique.

Il est certain que, dans la luxation congénitale, tous les degrés peuvent s'observer au moment de la naissance, et les autopsies de MM. Kirmisson et Potocki et celles de MM. Lepage et Grosse (*Revue d'Orthopédie*, 1901), qui montrèrent, sur des squelettes d'enfants nouveau-nés, des vices de conformation portant sur toutes les parties constituant de l'article, sont essentiellement différentes de celles de Caubet (*Arch. Méd. Toulouse*, Mars 1906), où les déformations se bornaient à l'absence du bourrelet fibro-cartilagineux (sur une longueur de 1 centimètre répondant au passage de la tête) et d'une partie du revêtement hyalin cartilagineux.

Tous les intermédiaires sont possibles. Lackwood rapporte un cas où le cotyle, peu élevé, contenait cependant la tête, ce qui n'était qu'une ébauche de luxation.

C'est un cas semblable que Mouchet rapportait l'an dernier sous ce titre: "Une forme un peu anormale de luxation congénitale" (Médecin Praticien). Nous avons personnellement une observation analogue encore inédite. Friedlander a montré du côté sain, chez des fœtus à luxation unilatérale, un aplatissement de la tête et un certain degré d'antéversion, mais pas de luxation proprement dite. Malformation, au reste, qu'a retrouvée Bade 25 fois sur 94 cas.

A vrai dire, ces formes atténuées de luxation sont fréquentes si on les recherche méthodiquement. Le Damani (de Rennes), qui possède la plus belle collection d'articles ilio-fémoraux, en a eu un grand nombre d'exemples, et la constatation de cette fréquence même, ainsi que l'étude de leur graduation, étaye singulièrement la théorie pathogénique imaginée par cet auteur, théorie si remarquable et trop peu connue.

Ce sont encore des luxations incomplètes qu'ont citées Parise, Bar et Lamotte.

Aussi de nombreux auteurs, dont Bradhurst, ont-ils pu admettre une phase de déplacement incomplet représentant ces formes atténuées, et M. Kirmisson a-t-il pu écrire: "Plus tard, abandonnant cette situation première, la tête remonte de plus en plus dans la fosse iliaque externe." Sur des pièces dont cet auteur donne la reproduction photographique, on peut suivre la trace de ces dispositions successives.

Faut-il donc penser que chez nos deux enfants la malformation, d'abord à peu près nulle, donnant lieu à des phénomènes cliniques minima, s'est petit à petit constituée? Sommes-nous en présence de ces cas de luxations tardives dont Albert Schede, Zehker nous ont livré des exemples? Faut-il penser que la luxation, simplement ébauchée, s'est aggravée avec les progrès de l'âge?

Nous ne serons pas les premiers à le reconnaître. M. Froelich, de Nancy, a vu un certain nombre de cas semblables. Les quatre premières observations dont il est fait mention par lui dans un travail de 1907 se rapportent, nous a-t-il écrit, à des cas du même genre. Dans

son enseignement oral il a fait souvent allusion. Mais, dans tous les cas précédent, il s'agit d'enfants chez qui les symptômes fondamentaux de la luxation sont apparus entre trois et cinq ans. Nos observations sont un peu différentes. Des signes de luxations se sont montrés dès la deuxième année, les deux enfants ont marché tard et ont mal marché; mais ce qui rend ces observations intéressantes, ce sont les remises de l'évolution, le médiocre développement pris par les signes fonctionnels. Or, il faut se souvenir que même les luxations confirmées véritables se présentent d'une manière bien différente au point de vue de la fonction. Certains malades — et cela est indépendant de la position occupée par la tête — ont une grande stabilité — “une fixité notable de la néarthrose”. — De grands luxés peuvent arriver, par une étude appropriée, et surtout quand ils s'observent, à marcher d'une façon pas trop disgracieuse. Par contre, certains enfants jeunes, simplement subluxés, peuvent avoir déjà une démarche plongeante.

Ne voit-on pas même des malades dont les hanches sont anatomiquement réduites, mais dont les muscles fessiers sont demeurés inaptes ou sont encore mal entraînés à leur rôle, et qui présentent un résultat physiologique désastreux?

Il y a en réalité dans la démarche si spéciale des luxations deux facteurs: — un phénomène d'appui, — simple question de mécanique; un phénomène d'ordre musculaire, question complexe de physio-mécanique.

On peut, nous semble-t-il, concevoir une luxation dans laquelle ces deux éléments se trouveraient si heureusement associés que le mouvement de plongeon serait réduit à sa plus simple expression.

On voudra bien remarquer que dans les radiographies ci-jointes les têtes se trouvent en position sus-cotyloïdienne et sont appuyées sur ce qui sert de rebord au toit. C'est la variété sus-cotyloïdienne appuyée dont M. Nové-Josserand a écrit: “La claudication (y) est faible et ne présente pas de caractères typiques; souvent le déhanchement fait défaut et la boiterie ne diffère pas de celle que produi-

rait un léger raccourcissement du membre"; et encore: "La tête se trouve dans la région inguinale assez près de sa position normale pour qu'on puisse douter parfois de l'existence d'un déplacement." Que l'on suppose en outre un moyen fessier particulièrement résistant, des muscles peu modifiés dans leur direction, peut-être même une capsule plus solide et rigide doublée d'une de ces brides transversales comme Hinsberger en a observé des cas, ne pourra-t-on reconstituer des conditions anatomiques, insuffisantes séparément, mais additionnant leurs effets et aboutissant à un tableau clinique très particulièrement modeste?

Nous préférons ne pas conclure et ne rien affirmer. Mais les faits sont là dont les investigations nouvelles et plus compétentes viendront peut-être élucider la pathogénie si obscure.

Quoiqu'il en soit de ces hypothèses, une conclusion pratique s'impose. En pareil cas, il va de soi que la réduction est souhaitable si les conditions d'âge le permettent encore avec quelque chance de succès. On a affaire à des enfants qui ne marchent pas trop mal, n'est-il pas permis d'espérer les faire marcher tout à fait bien? Étant donnée une évolution que nous avons voulu contribuer à démontrer, une aggravation semble très probable chez beaucoup d'entre eux, comme d'ailleurs dans la grande majorité des luxations.

Pour notre part, nous avons réduit les deux cas qui se rapportent à nos observations. Cette manœuvre fut d'ailleurs très difficile chez l'enfant de 9 ans et demi. D'un côté seulement nous avons obtenu le ressaut caractéristique. Cependant les radiographies montrèrent la réalité de cette réduction.

Le résultat chez cette grande enfant ne fut pas du tout favorable; après une période de raideur assez longue succédant au dernier appareil plâtré, la liberté articulaire fut enfin récupérée, mais l'enfant ne marchait ni mieux ni plus mal qu'avant. Aujourd'hui, après un an, la luxation s'est reproduite, l'appui de la tête est moins bon, la démarche est balancée et, somme toute, l'enfant n'a aucunement bénéficié de notre intervention, au contraire. Il est juste de faire

observer que nous ne pouvons deviner ce qui serait survenu spontanément en cas d'abstention.

Quant à l'autre enfant, après le même laps de temps, elle a une marche très correcte et nous ne pouvons que nous féliciter de l'avoir soumise au traitement.

La Presse Médicale, 30 mars 1912.

—:00:—

TRAITEMENT KINESITHERAPIQUE DES ARTHROPATHIES TABÉTIQUES

—

Par M. P. KOUNDJY

Chargé du Service de rééducation et de massage
à la Clinique Charcot (Salpêtrière).

Quelques auteurs ont préconisé tout récemment le traitement hydrargirique des arthropathies tabétiques. D'après ces auteurs, le mercure et les iodures agiraient sur ces arthropathies d'une façon rationnelle. Dans ce cas, comment expliquer le fait, que souvent les arthropathies prennent naissance chez les tabétiques en plein traitement mercuriel? Si en général ces arthropathies se développent à la période préataxique, il n'est pas moins vrai qu'elles se produisent également chez les ataxiques avancés et après plusieurs années de traitement antisyphilitique.

La longue expérience et le grand nombre des ataxiques passés par nos mains nous permettent d'affirmer que, dans le traitement spécifique des arthropathies, le mercure agit plutôt sur l'ensemble des symptômes produits par la lésion médullaire, que sur un de ces symptômes. Malheureusement, souvent, le traitement mercuriel

n'agit pas du tout, et il n'y a aucune honte d'avouer que, dans la grande majorité des ataxiques, le traitement antisyphilitique donne si peu de succès qu'on peut considérer son action comme incertaine.

Les arthropathies tabétiques exigent un traitement local destiné à résorber les infiltrations intra et péri-articulaires, à combattre les atrophies secondaires et les rétractions tendineuses, à lutter contre les déformations osseuses, etc. La seule méthode qui réponde à ces desiderata, est le traitement kinésithérapique, que nous avons employé d'une façon constante depuis plus de dix ans, tant en ville qu'à la clinique Charcot, de la Salpêtrière. Ce traitement se compose du massage méthodique et de la rééducation des mouvements.

Le massage méthodique, qui tient ici la place prépondérante, agit par son influence sur la nutrition intime des tissus de l'articulation malade, ainsi que par son action sur la tonicité des muscles périarticulaires, atteints, tantôt d'hypotonie à différents degrés, tantôt d'atrophie musculaire franche. En un mot, le massage méthodique joue ici le même rôle que dans le traitement kinésithérapique des arthrites chroniques banales ou déformantes.

Localement, les arthropathies présentent beaucoup d'analogie avec les arthrites ci-dessus. On y trouve la tuméfaction, les infiltrations nommées intra et périarticulaires, l'atrophie des masses musculaires, la distension des capsules, des ligaments, la rétraction de tendons des muscles contracturés, les craquements, les déformations osseuses et même, parfois, un état aigu très net. Ce qui particularise l'arthropathie tabétique des arthrites, c'est l'absence de la douleur pendant la marche et pendant l'exécution des mouvements.

Le massage méthodique arrive à faire résorber les infiltrations arthropathiques de la même façon que dans le traitement des hydarthroses vulgaires. Son action est ici plus longue, car le coefficient nutritif local chez un tabétique est plus faible que chez un individu normal.

Nous commençons les séances du traitement par des effleurages des groupes musculaires de la région sus-articulaire, le malade étant

étendu sur un lit. Ensuite nous procédons par des pressions digitales ou palmaires de l'articulation elle-même, afin d'activer la résorption de l'infiltration. Il faut prendre soin de ne pas provoquer des déplacements des surfaces articulaires. Enfin, nous effleurons la région sous-articulaire, tout en intercalant des effleurages de tout le membre malade.

Les muscles périarticulaires sont massés ici, comme dans tous les cas d'hypotonie musculaire; effleurages profonds, pressions superficielles et profondes, percussion et même léger tapotement des masses charnues. Pas de mouvements passifs ni actifs au début du traitement. Dans des cas d'arthropathies légères, nous faisons quelques mouvements passifs même au début du traitement.

Pour maintenir l'articulation et conserver les fruits obtenus par des manœuvres massothérapeutiques, nous appliquons tout de suite après le massage une compression ouatée avec une bande de Velpeau. Cette compression est préférable à la genouillère. Mais, si la compression est mal supportée, où si elle gêne le malade, on peut utiliser la genouillère légèrement élastique, pourvu que la compression obtenue s'oppose au retour du gonflement.

Le massage des muscles hypotonifiés, qui commandent l'articulation malade, est d'une importance capitale, car c'est grâce à cette hypotonie, qui se présente très souvent sous forme d'atrophie musculaire franche, que le jeu des groupes antagonistes se trouve interrompue. Par une exploration préventive (le masso-diagnostic), on établit la disposition topographique des muscles atrophiés, afin d'éviter de masser les muscles en hypertonie, ce qui contribue à diminuer les contractures et, par conséquent, à éviter la dislocation des surfaces articulaires.

A chaque cas correspond une topographie spéciale. En général, ce sont les extenseurs pour les arthropathies du genou, qui sont le plus souvent pris, et les muscles antéro-externes pour l'arthropathie du coup-de-pied, d'où pied varus équin et renversement du pied en haut pendant la marche. D'autres fois, ce sont les muscles postérieurs de

la cuisse qui sont plus atteints que les extenseurs; d'où la courbe caractéristique du membre inférieur de certains ataxiques, formant un arc de ce cercle rigide, avec concavité antérieure, mise en évidence par Frenkel et proposée comme signe pathognomonique de l'ataxie par Orchanski. Dans les deux cas, le kinésithérapeute ne doit masser que les groupes musculaires en hypotonie.

Si l'articulation le permet et si les muscles sont jugés suffisamment forts pour exécuter un mouvement régulier, on fait suivre la séance du massage par une petite séance de rééducation motrice, dont le but est d'apprendre au malade à corriger les inconvénients provenant de l'arthropathie pendant la marche. Comme Charcot l'a déjà démontré depuis longtemps, les arthropathies tabétiques à la période préataxique sont le plus souvent les prodromes de l'ataxie locomotrice. C'est pour cette raison que la rééducation des mouvements s'impose le plus tôt possible chez les préataxiques atteints d'arthropathie.

Si l'articulation malade est trop distendue ou enflammée, nous remettons pour plus tard les exercices de rééducation.

Dans les cas plus avancés, nous ne faisons pas la rééducation, même dans le lit. Ici, nous procédons au massage méthodique sans mouvements, que nous faisons suivre par un repos au lit, d'une demi-heure.

Dans les cas d'arthropathies anciennes et très avancées, nous employons des genouillères en cuir moulé, qui nous permettent de maintenir l'articulation le mieux possible et qui nous donnent en même temps le moyen d'exécuter les exercices rééducatifs des mouvements et même de la marche.

La durée du traitement est subordonnée à l'ancienneté de l'arthropathie et à l'étendue de l'affection. Dans les arthropathies légères, la durée peut ne pas dépasser vingt jours. Dans les arthropathies anciennes, il faut compter de trois à six mois et même davantage.

Dans les arthropathes tabétiques avec destruction ostéo-articulaire, ou avec grosse hypertrophie ou néoformation osseuse, le trai-

tement kinésithérapique ne donne aucun résultat positif, car, quelle que soit la puissance thérapeutique du massage méthodique, il est incapable de restaurer le tissu détruit. Il peut arrêter la marche destructive des tissus restés encore en état sain; mais il ne peut pas transformer l'articulation complètement détériorée. D'ailleurs, même dans les arthrites destructives, d'autre origine que celle des affections médullaires, la kinésithérapie, malgré tout, reste inefficace. Elle peut améliorer l'ensemble de l'articulation atteinte, elle peut s'opposer aux troubles tabétiques progressifs et ultérieurs, mais elle n'a aucun moyen de créer ce qui n'existe plus. Ce n'est pas, d'ailleurs, sa prétention.

Nous devons cependant faire remarquer que ces terribles arthropathies ont tendance à disparaître, grâce à l'habitude qu'on a prise de rééduquer de bonne heure les ataxiques et de masser leurs membres malades. Pour notre part, nous n'avons pas rencontré une arthropathie destructive chez ceux des ataxiques que nous avons soignés, et nous espérons que, lorsqu'on prendra l'habitude de masser méthodiquement toutes les arthropathies tabétiques dès leur apparition, les formes destructives avancées disparaîtront complètement. De ce qui précède, nous tirons les indications thérapeutiques suivantes :

1^o De ne pas laisser les arthropathies tabétiques au sort de leurs lésions médullaires, sous prétexte que leur évolution reste sous la dépendance de la pathogénie du tabès dorsalis;

2^o De prendre soin de soumettre les arthropathies tabétiques au traitement kinésithérapique, aussitôt que possible, afin de s'opposer à la marche destructive des surfaces articulaires;

3^o De se rappeler que le massage méthodique contribue par son action physiologique sur la nutrition intime des tissus altérés à résorber les infiltrations intra et péri-articulaires, à fortifier la tonicité des muscles qui commandent l'articulation malade et à tonifier les tissus élastiques de cette articulation;

Enfin, 4^o de ne pas oublier que la différence de la tonicité des

groupes musculaires antagonistes est une des principales causes qui entraînent la difformité de l'articulation malade et même sa dislocation.

Par ces indications, nous terminons notre présent travail. Une seule contre-indication est à signaler : il est inutile de soumettre au traitement kinésithérapique les arthropathies avec une destruction très avancée, car, quelle que soit la sagacité du massothérapeute, le résultat au point de vue de la marche restera très peu encourageant.

La Presse Médicale, 30 mars 1912.

— :00 : —

L'HEMATOMYELIE

Par M. le professeur DEJERINE

Je vais vous présenter aujourd'hui quelques exemples d'hématomyélie traumatique.

Le premier cas est relatif à une femme de vingt-huit ans, qui est dans le service depuis plus d'une année. La voici, paraplégique depuis trois ans, à la suite d'un accident qui s'était passé dans les conditions suivantes : Cette jeune fille robuste, sans tares personnelles ni héréditaires, exerçait le métier d'infirmière et jouissait d'une excellente santé lorsque, au printemps de 1908, en nettoyant les carreaux d'une fenêtre, elle tomba d'un premier étage, sur le dos. Elle avait perdu connaissance, et quand elle se réveilla dans un lit, où elle avait été transportée, elle était complètement paralysée des membres inférieurs, de la vessie et du rectum. Le chirurgien qui l'examina constata, à ce moment, une déformation de la colonne vertébrale, et

porta le diagnostic de luxation en arrière de la dixième vertèbre dorsale. La malade ressentait des douleurs terribles dans la région traumatisée, et irradiées dans les membres inférieurs. Ces souffrances ne diminuèrent qu'après l'application d'un corset plâtré dans lequel on immobilisa immédiatement la colonne vertébrale.

Trois semaines environ après l'accident survenait une grande escarre fessière, avec température élevée, état général inquiétant, tendance à la cachexie, qui cédèrent aux soins locaux antiseptiques. La malade guérit de son escarre.

Actuellement, la santé générale est bonne, le teint est bon, toutes les fonctions s'accomplissent normalement, sauf les fonctions vésicales et rectales.

Quand on examine les membres inférieurs, on voit que les muscles de la région antérieure de la cuisse, seuls, peuvent faire un peu d'extension. Les muscles des jambes sont complètement paralysés, à la région antérieure et postérieure. Les pieds sont en *équinisme*, celui-ci résultant à la fois de l'atrophie musculaire et de rétraction de l'aponévrose plantaire. Les réflexes, rotuliens et achilléens, sont exagérés de chaque côté, et la trépidation réflexe commence dès que la malade appuie son pied sur le sol.

Cette malade est incapable non seulement de marcher, mais même de se tenir debout. C'est une paraplégie spasmodique très marquée.

Les réflexes cutanés présentent les modifications suivantes: le réflexe cutané plantaire est *inverti*, c'est-à-dire se fait en flexion dorsale. Le réflexe cutané abdominal est aboli dans les deux tiers inférieurs de l'abdomen, conservé dans son tiers supérieur. Son abolition correspond à la hauteur de la lésion médullaire. On observe, de plus, des réflexes de défense: ce sont des mouvements de retrait du membre, qui ont lieu, par exemple, quand on pince la peau, mais que la malade est incapable de faire volontairement.

Les sphincters sont profondément atteints; la malade a de l'incontinence d'urine. Elle n'a pas, habituellement, d'incontinence des

matières parce qu'elle est constipée, mais cette incontinence devient manifeste après l'action d'un lavement.

Ces divers symptômes représentent un tableau clinique assez commun, celui de la paraplégie spasmodique, avec exagération des réflexes tendineux et troubles sphinctériens.

Mais ce qui nous permettra de déterminer la nature de la lésion qui a produit cette paraplégie c'est l'étude de la sensibilité. Jusqu'à la hauteur de la dixième vertèbre dorsale, on constate, chez cette malade, une abolition des sensibilités douloureuse et thermique. La sensibilité tactile est intacte, un simple frôlement est perçu par la malade, dans la même région. Il existe donc une dissociation à type syringomyélique, dans la partie du corps située au-dessous d'un plan qui passerait juste par la dixième vertèbre dorsale.

Dans cette même région, si la sensibilité tactile est conservée à son degré normal, il n'en est pas de même du sens de discrimination tactile; celui-ci est très diminué, comme on le voit, au moyen du compas d'épaisseur, qui fait constater une augmentation considérable des cercles de Weber, la malade ne percevant qu'une seule pointe du compas, lorsque l'écartement des branches n'est pas supérieur à 15 ou 18 centimètres.

Les sensibilités profondes ont été autrefois très altérées. Il y avait une abolition très nette du sens dit articulaire, qui nous renseigne sur la position des différents segments de nos membres, sans avoir besoin de regarder. Pendant longtemps, cette malade était incapable de se rendre compte de la position de ses orteils, de savoir s'ils étaient placés en extension ou en flexion.

Elle eut aussi, pendant quelque temps, des troubles de la sensibilité vibratoire ou de la sensibilité osseuse, qu'on étudie avec le diapason.

Ces troubles ont aujourd'hui disparu.

Elle a conservé intacte une sensation particulière qu'on a confondue pendant longtemps, avec la sensibilité tactile: c'est la sensibilité à la pression. Chez cette femme, la pression, même légère, dans les

membres paralysés, est sentie avec autant de précision que dans les membres sains. Les recherches de Head, expérimentant sur lui-même, montrent que la section des branches cutanées du radial, à l'avant-bras, amène des troubles de sensibilité superficielle selon ses trois modes, sans modifier la sensibilité à la pression.

La symptomatologie que nous avons relevée chez cette malade ne peut s'expliquer que par une lésion de la partie centrale de la moelle. Il y a bien dans certains états morbides, comme au début du mal de Pott par exemple, des paraplégies spasmodiques, accompagnées d'un certain degré de dissociation de la sensibilité, le sens tactile étant moins atteint que les sensibilités thermique et douloureuse. Mais, en pareil cas, ce sont des phénomènes peu nets, et passagers.

Le diagnostic ne peut hésiter, par conséquent qu'entre ces deux affections: une syringomyélie ou une hématomyélie. Les renseignements fournis par l'anamnèse doivent fixer immédiatement notre opinion. Si la malade avait évolué lentement, progressivement, on penserait plutôt à la syringomyélie. Comme il s'agit de phénomènes survenus rapidement, brusquement, il n'y a qu'un diagnostic à porter: celui d'hématomyélie.

L'hématomyélie, comme son nom l'indique, est un foyer hémorragique situé dans l'intérieur de la moelle épinière. Cette lésion n'a été bien décrite que depuis le travail d'Olivier, d'Angers, en 1827. Il ne faut pas la confondre avec l'hématorachis, qui est une hémorragie située autour de la moelle. Mais les deux processus peuvent se combiner quand il y a une attrition considérable des parties molles.

On distingue deux grandes classes d'hématomyélie, suivant que son origine est traumatique, ou spontanée. L'hématomyélie spontanée est une affection assez rare.

L'hématomyélie traumatique, de beaucoup la plus fréquente, est d'habitude la conséquence d'un traumatisme direct de la colonne vertébrale, choc ou chute, avec ou sans lésions locales, ou par contre-coup. Dans les cas de dystocie, notamment dans une version mal faite, la moelle peut subir des tiraillements aboutissant à une héma-

tomyélie. On a vu des hématomyélies consécutives à l'élongation du nerf sciatique, pratiquée autrefois pour traiter les douleurs fulgurantes des tabétiques.

Je vais vous montrer un second malade, chez lequel l'hématomyélie a été due à un tiraillement des zones radiculaires de la moelle.

C'est un garçon qui a toujours joui d'une bonne santé. Il est entré il y a quinze jours, pour une paralysie du membre supérieur, survenu à la suite de l'accident suivant. Il jouait au polo, dans l'eau, avec des camarades, lorsque en plongeant d'une hauteur d'environ trois mètres il vint heurter de sa tête le dos d'un nageur, ce qui provoqua une flexion exagérée de sa tête sur sa poitrine. Il sentit une douleur excessive dans le bras gauche, put à peine regagner la rive et s'évanouit. On le transporta à l'hôpital. Pendant plusieurs heures il fut paralysé et anesthésié des quatre membres, et avait une douleur très vive au niveau du triangle sus-claviculaire et de la partie supérieure du bras.

Ce malade présente le tableau classique d'une paralysie radiculaire qui est aujourd'hui limitée au groupe Duchenne-Erb : paralysie atrophique des muscles deltoïde, brachial antérieur, biceps et long supinateur (C⁵, C⁶), paralysie partielle du triceps et des extenseurs (C⁷), conservation presque normale de la force des fléchisseurs de la main et des doigts (C⁸, D¹). On note chez ce malade l'inversion du réflexe du radius, signe décrit par Babinski, et dans le domaine des 6e et 7e paires cervicales, une dissociation de la sensibilité à type syringomyélique.

Dans certains cas des lésions radiculaires (par tiraillement et arrachement) ont comme conséquence des hémorragies médullaires peu considérables, ne donnant pas lieu à la symptomatologie de l'hématomyélie ordinaire, mais s'accompagnant d'une dissociation syringomyélique de la sensibilité sur toute la moitié du tronc.

J'ai vu un ouvrier qui avait reçu le choc d'une poutre sur l'épaule présenter une paralysie radiculaire totale, et sur la moitié du corps une dissociation syringomyélique de la sensibilité, indiquant qu'il y avait eu un traumatisme médullaire.

Dans ces cas-là, on peut espérer une assez grande amélioration, mais non la guérison complète.

Une autre variété d'hématomyélie traumatique est celle qui s'observe dans les décompressions brusques, comme Leroy de Méricourt, en 1869, en a signalé, pour la première fois, chez les pêcheurs d'éponges ou de perles, quand ils remontent trop rapidement à la surface de l'eau. On observe des accidents analogues chez les ouvriers travaillant dans les chambres à air comprimé (maladie des caissons) pour la construction des ponts et des digues quand on donne issue à l'air trop rapidement; de même, chez les scaphandriers.

Sous l'influence de la décompression brusque, les gaz du sang reviennent à l'état bulleux, produisent des embolies et des hémorragies, et surtout des foyers de ramollissement par thrombose; c'est ce qu'on appelle la *myélomalacie*.

Les symptômes rappellent ceux de l'hématomyélie ordinaire, mais on ne trouve pas cette dissociation nettement syringomyélique qui accompagne la véritable hématomyélie. L'*hématomyélie spontanée* concerne quelques observations de sujets frappés de paraplégie, à la suite d'un exercice violent, du soulèvement d'un poids trop lourd, ou du coït. J'ai vu un très triste exemple d'hématomyélie produite par le coït, chez un homme de 32 ans, avec mort rapide survenue en onze jours.

D'autres fois on voit survenir la paralysie après des douleurs violentes, sans cause apparente; tantôt on peut invoquer l'hémophilie, le purpura, tantôt le sujet est parfaitement sain, comme dans certains cas d'hémorrhagie cérébrale.

Généralement, la lésion consiste en un seul caillot; quelquefois, cependant, il y en a plusieurs. Toujours, ils occupent le canal central, et rarement plus de quelques segments médullaires. La rétraction du caillot aboutit à une cavité d'apparence syringomyélique; c'est ce qui a fait considérer par certains auteurs, comme Minor, de Moscou, ce processus comme un point de départ syringomyélique.

Mais la distinction entre un foyer névroglique et une cicatrice d'hémorragie est difficile.

Ce qui est intéressant, c'est de distinguer, parmi les symptômes de l'hématomyélie, ceux qui résultent de la destruction des éléments nerveux, et ceux qui sont la conséquence du choc et de la compression. Si les seconds doivent diminuer avec le temps, les premiers sont indélébiles et il ne faut pas espérer qu'ils s'amendent.

Quand il y a un foyer hématomyélique, les accidents sont très variables, selon la hauteur du segment médullaire atteint. Un sujet qui a fait une chute violente sur la nuque meurt, ou a une paralysie des quatre membres. Généralement, la survie n'est possible que dans les lésions des régions dorsale, dorso-lombaire, ou cervicale inférieure de la moelle.

Quand l'hématomyélie est spontanée, comme j'en ai observé personnellement plusieurs cas, les malades ont subitement une sensation douloureuse; ils sont souvent réveillés par une douleur épouvantable dans le dos (à la hauteur correspondant au raptus hémorragique), avec irradiations dans les membres, supérieurs ou inférieurs, suivant les cas, douleur que les malades, interrogés plusieurs mois après, décrivent avec terreur. La paralysie s'installe en quelques heures, vingt-quatre heures même, ou immédiatement, ainsi que l'anesthésie, mais selon le siège de la lésion, la symptomatologie peut être très variable. Tantôt, on aura affaire simplement à la paralysie, tantôt, il s'y joindra l'atrophie musculaire. Dans le cas d'une hématomyélie de la région dorsale (dixième dorsale, par exemple), il n'y a pas d'atrophie musculaire, mais simplement une paraplégie, d'abord flasque, qui deviendra spasmodique; la dissociation de la sensibilité commence à se faire au bout de quelques jours, quand la sensibilité tactile reparait.

Si l'hématomyélie se fait au niveau du renflement dorso-lombaire, il y a une paraplégie flasque, qui restera flasque, et qui s'accompagne toujours d'une atrophie musculaire à marche rapide.

Pourquoi? Parce que le raptus hémorragique a détruit les cellules motrices des cornes antérieures. L'atrophie musculaire s'amé-

liore avec le temps, parce qu'il y a à la fois des phénomènes de compression et de destruction comme dans les cas suivant.

Je vous ai montré une jeune fille de vingt-sept ans, qui est frappée, un matin, en s'habillant, d'une douleur épouvantable dans les reins et les jambes, et de paraplégie. Elle était complètement impotente il y a six ans. Aujourd'hui, les muscles des cuisses ont repris une certaine vigueur. Il arrive, ici comme dans les poliomyélites, que la cellule perd son pouvoir trophique pendant un certain temps, mais, n'étant pas détruite, peut le recouvrer. L'amélioration est parfois considérable, quoique n'aboutissant jamais à la guérison complète.

Si le foyer siège au niveau du cinquième segment cervical, le malade aura une quadriplégie, puis une atrophie limitée au membre supérieur et des troubles de sensibilité à disposition radiculaire.

Il peut y avoir des hématomyélies unilatérales, avec hémianesthésie croisée, quand la lésion intéresse les troisième et quatrième segments de la région cervicale.

Ainsi, une jeune femme, robuste, fut prise de douleurs très vives dans la moitié droite du cou et du thorax, avec irradiations dans le membre supérieur droit. Elle présenta un syndrome de Brown-Séquard, c'est-à-dire une hémiparésie motrice directe avec une hémianesthésie croisée.

Le pronostic de l'hématomyélie, sous toutes ses formes, est grave, car il en résulte toujours une infirmité persistante.

Le diagnostic repose essentiellement sur l'évolution brusque, qui distingue l'hématomyélie, soit de la syringomyélie, soit des poliomyélites aiguës de l'enfance, ou de certains cas de compression de la moelle. La ponction lombaire, dans les cas douteux, fournira un liquide sanguin.

Le traitement est presque nul. Il n'y a guère à compter sur la révulsion, les ventouses sur la colonne vertébrale, pour décongestionner la moelle. On peut, d'une part, se borner à surveiller les accidents cutanés de décubitus, et, plus tard, combattre l'atrophie par le massage, l'électricité, et prévenir les déformations résultant des rétractions tendineuses.

La Clinique, 15 décembre 1911.

TRAITEMENT DE L'EPHIDROSE PLANTAIRE PAR
L'ACIDE CHROMIQUE ET DE L'EPHIDROSE
PALMAIRE PAR LES RAYONS X

Par le Dr R. SABOURAUD

Chef du Laboratoire de la ville de Paris à l'Hôpital Saint-Louis

Il n'est pas d'infirmité plus désagréable au patient et à son entourage que l'excès d'excrétion sudorale des pieds et des mains. Cet excès peut varier extrêmement depuis le degré le plus léger où la peau est à peine moite, jusqu'au degré extrême où la sueur traverse les chaussures et les gants. Mais le degré le plus léger est déjà pénible. Que dire de l'autre?

J'ai vu à la moindre émotion les gouttes de sueur ruisseler des mains et tomber à terre comme si la main sortait de l'eau. J'ai vu le patient atteint d'éphidrose plantaire obligé à des lavages bi-quotidiens à deux changements de chaussures et de chaussettes par jour, pour rendre tolérable l'inconvénient presque inévitable de la bromhidrose ou fétidité de la sueur.

D'autres inconvénients s'ajoutent à ceux-là. Le patient atteint d'éphidrose palmaire ne peut écrire sans mouiller le papier sur lequel il écrit; il ne peut manier aucun objet métallique sans l'oxyder. Atteint d'éphidrose plantaire, il ne peut marcher, même quelques heures de suite. Le pied macéré se couvre d'exulcérations douloureuses surtout localisées autour du talon et sous l'avant-pied; une demi-journée de marche le rend impotent pour le lendemain.

La gêne des malades atteints de ces misères est de tous les instants. Ils n'osent tendre la main ou serrer celle qu'on leur tend, sachant que leur contact humide est désagréable. Ils ne peuvent accepter aucune partie un peu longue où ils n'auraient la liberté de quitter leurs chaussures et de faire leur toilette. En ce qui concerne

les relations sociales, surtout les plus intimes, c'est un martyr.

Ces cas sont assez rares dans leur forme grave, mais fréquents dans leurs formes légères. On a indiqué mille remèdes à cela, comme il arrive quand il n'y en a pas de parfaits. Je veux parler des deux meilleurs, de ceux que je n'ai jamais vu quitter pour d'autres, et dont j'ai toujours vu les patients se féliciter quand les autres ne leur avaient pas réussi. Aux pieds, je conseille les applications d'acide chromique, aux mains les applications de rayons X.

I

L'*acide chromique* est un sel roux qui se dissout très bien dans l'eau distillée. On l'emploie en solution de 1 à 10%. J'emploie presque toujours la solution à 2%, des solutions plus faibles étant incomplètement efficaces; des solutions plus fortes pouvant déterminer un érythème analogue objectivement à l'érythème polymorphe.

Le mode d'application est simple. Il consiste à pratiquer un badigeon méthodique des orteils, de la face plantaire du pied et de ses bords, avec un pinceau d'ouate hydrophile. On laisse sécher sans essuyer.

La fréquence de ces badigeons doit varier avec l'intensité du cas. Mais bientôt les symptômes s'amendent et on les espace. On peut commencer par un badigeon quotidien, puis on n'en fait plus qu'un tous les deux jours. On arrive à n'en plus faire qu'un par semaine ou moins encore.

Le premier résultat est la disparition absolue et presque immédiate de la fétidité, avantage inestimable. L'exsudation, l'éphidrose est diminuée, mais elle ne disparaît pas. Le pied reste un peu moite quoique beaucoup moins. Je n'ai jamais vu d'inconvénient à ce traitement. Les cas les plus graves en bénéficient comme les cas légers. Avec lui, la fétidité disparaît sans faute, de même les exulcérations dues à la stagnation de la sueur pendant la marche. S'il m'arrivait de rencontrer un cas plus rebelle, je traiterais l'éphidrose plantaire comme l'éphidrose palmaire dont je vais parler maintenant.

Une objection se pose ici tout naturellement. Comment ne pas traiter de même la même infirmité aux pieds et aux mains? C'est que ses inconvénients ne sont pas les mêmes ici et là. Aux pieds, l'inconvénient grave c'est la fétidité; aux mains, la fétidité n'existe pas, c'est la moiteur qui gêne à cause des incessants contacts.

Pour l'éphidrose plantaire, ce qu'il faut donc se proposer, c'est de faire disparaître la fétidité; l'acide chromique y suffit d'emblée. Mais la moiteur, amoindrie, persiste, ce qui est à peu près sans inconvénients. Aux mains, d'ailleurs, l'acide chromique qui jaunit la peau, les ongles, est peu acceptable. Et puis son action n'est pas celle qu'on cherche.

II

Les rayons X agissent admirablement sur l'éphidrose palmaire ainsi que H. Noiré l'a montré le premier, je crois. L'application faite suivant toutes les règles ordinaires doit comporter exactement cinq unités H, c'est-à-dire ne pas être suivie d'érythème à quatorze jours de distance, mais provoquer, à cette date, une sensation légère de cuisson de quelques heures, sans rougeur ni exfoliation.

On fait deux applications à trois semaines d'intervalle, si la première n'a pas donné de résultats complets et satisfaisants. Le résultat est la disparition de l'éphidrose. La main redevient sèche et normale.

J'ai vu trois ans après une application de rayons X insuffisante, l'éphidrose se reproduire et disparaître après une seconde application. Je n'ai pas encore rencontré de cas rebelle à cette médication.

La Clinique, 15 décembre 1911.

REDUCTION DES LUXATIONS DE L'ÉPAULE PAR UN
PROCÉDÉ D'EXTREME DOUCEUR

Par le Dr Paul GALLOIS

Ancien interne des Hôpitaux de Paris

Dans le numéro du 15 octobre du *Monde Médical*, le Dr Saissi a publié un excellent article sur les luxations antéro-internes de l'épaule. L'auteur, conformément aux opinions classiques actuellement, est peu partisan du procédé de Kocher pour la réduction de ces luxations. Il lui reproche de ne pas réussir dans tous les cas, d'être beaucoup plus douloureux que le procédé de Mothe, enfin de pouvoir, même entre les mains les mieux exercées, occasionner un accident d'une extrême gravité: la fracture du col de l'humérus.

J'ai déjà, à plusieurs reprises, fait appel de ce jugement un peu sévère (*Bulletin Médical*, 11 déc. 1909, *Société de Médecine de Paris*, mars 1910) et j'ai soutenu que le procédé de Kocher, tel que je l'ai modifié et tel que je le pratique: 1^o ne m'a jamais donné d'insuccès; 2^o est aussi peu douloureux que possible, et 3^o ne peut provoquer aucun accident grave, ni fracture du col, ni arrachement de ligaments.

La Société des Chirurgiens de Paris a bien voulu m'inviter à faire devant elle la démonstration du procédé en question. On a estimé que les modifications que j'avais apportées à la méthode de Kocher constituaient un procédé nouveau. "Ce n'est plus du Kocher, m'a-t-on dit, c'est du Gallois". On a même ajouté qu'il serait préférable de lui donner mon nom si je voulais qu'on le mît à l'essai, parce que le Kocher était actuellement condamné, et que je ne parviendrais pas à remonter le courant, qui lui était nettement défavorable.

Je serais évidemment très flatté qu'on donnât mon nom au procédé en question, mais ce n'est pas à moi d'en faire la proposition. En

tout cas, je dois déclarer que je me suis inspiré de la méthode de Kocher; aux lecteurs de prononcer si la transformation que je lui ai fait subir constitue vraiment un procédé nouveau méritant un changement d'état civil.

Je demanderai donc la permission de le décrire tel que je le pratique.

Supposons une luxation de l'épaule gauche. Je fais asseoir le malade sur une chaise, le dos bien appuyé contre le dossier. Je m'assieds en face de lui, plus exactement en face de son épaule malade et aussi près de lui que possible, son genou gauche entre mes deux genoux. Je place sa main gauche sur mon épaule droite, son coude étant plié presque à angle droit. Le bras se trouve ainsi porté en avant. Je prends son coude gauche dans ma main droite. Ma main gauche restée libre me sert à explorer la tête humérale et à suivre son retour progressif vers la cavité articulaire.

Nous voici donc en position, le blessé et moi. Je ne le prévient pas que je vais essayer la réduction pour qu'il n'ait pas d'appréhensions et ne fasse aucune contraction musculaire.

Pour opérer la réduction, je porte le haut de mon corps à droite pour entraîner avec mon épaule l'avant-bras du malade en rotation externe. Ce mouvement est forcément assez limité et ne comporte aucune force.

En même temps, je pousse autant que je le peux avec ma main droite le coude du blessé en avant, en dedans et en haut, ces indications étant prises par rapport au blessé. Ces divers mouvements doivent être faits très lentement et très doucement pour provoquer le moins de douleurs possible et éviter toute résistance de la part du blessé. Le second mouvement est, lui aussi, assez limité. Quand je sens que le coude ne peut pas aller plus loin, je m'arrête et, c'est là, je crois, le secret de la réussite, j'attends sans bouger. J'attends peut-être deux ou trois minutes, un peu plus ou un peu moins suivant le cas. Avec la main gauche je puis me rendre compte que la tête humérale revient peu à peu à l'endroit de la boutonnière articulaire, elle y

reste immobile puis, brusquement, à un moment où l'on ne s'y attend pas, le petit ressaut caractéristique se produit et à la tête rentre à sa place.

Come on le voit, il faut procéder avec une extrême douceur et sans dépenser beaucoup de force. On a pas besoin d'aides ni d'appareils, ni d'anesthésie.

On se rendra compte de la faible force que l'on a à déployer, si l'on considère que l'on utilise en somme l'humérus du malade comme un levier du premier genre. Le point d'appui c'est la capsule articulaire, la puissance c'est la main de l'opérateur appliquée au niveau de l'épitrôchlée, la résistance c'est la contraction musculaire du malade s'exerçant sur la tête humérale. Or, ce que l'on appelle en mécanique le *moment* d'une force, c'est-à-dire sa puissance d'action, est égal au produit de la force par la longueur du bras de levier. On peut admettre approximativement que du col anatomique de l'humérus à l'épitrôchlée la distance est dix fois plus grande que du col anatomique au centre de la tête humérale. Si donc il faut par exemple une force de 20 kilogrammes pour faire rentrer la tête humérale dans la capsule, il suffit d'exercer sur l'épitrôchlée une pression de 2 kilogrammes seulement. Cette constatation d'autre part, montre le danger d'agir avec trop de vigueur, car si l'on opère sur le coude une pression de 20 kilogrammes, ce n'est pas une force de 20 kilogrammes qui s'exercera sur la tête ou la capsule, mais une force de 200 kilogrammes avec laquelle, en effet, on peut briser le col de l'os ou arracher les ligaments.

J'ai dit que je n'avais jamais eu d'insuccès. Une fois seulement j'ai eu un demi-insuccès. Il s'agissait d'une dame âgée, assez forte. La luxation demanda assez de temps à se réduire. A un moment donné, le ressaut s'étant produit, je crus la luxation réduite, mais en essayant de mouvoir le bras, je m'aperçus qu'il n'en était rien ou que du moins la réduction était incomplète. Je recommençai et cette fois, assez vite, un nouveau ressaut se produisit et la luxation fut définitivement réduite.

J'ai dit aussi que ce procédé n'était pas douloureux. Il n'est pas évidemment tout à fait indolore, une épaule luxée est forcément toujours un peu sensible. Cependant il m'est arrivé une fois de réduire une luxation chez un homme dans un petit cabinet étroit attenant à un bureau. Faute de place dans ce cabinet, j'ai réduit la luxation, le patient et moi étant debout. La réduction fut si peu douloureuse que le blessé ne proféra aucune plainte et que, dans le bureau dont la porte était ouverte, personne ne se douta de l'opération que je venais de pratiquer.

J'ai dit enfin que par ce procédé il était impossible de produire une fracture du col ou un arrachement de ligament. En tout cas, cette crainte de causer une fracture est salutaire. Elle doit engager à procéder avec un extrême douceur, je n'hésite pas à le répéter. Cette extrême douceur est indispensable, car le grand obstacle à la réduction c'est la contraction musculaire du blessé. S'il se contracte, il n'y a rien à espérer. Pour qu'il ne se contracte pas, il ne faut pas le faire souffrir, et pour ne pas le faire souffrir, il faut opérer très doucement et sans y mettre de force.

En somme, le procédé que j'indique consiste à placer le bras dans une position telle que la réduction se fasse d'elle-même, et, une fois cette position prise, à attendre que la tête humérale veuille bien rentrer toute seule. Le seul inconvénient c'est que pour des gens non prévenus la méthode paraît trop simple et que le chirurgien s'expose, une fois l'opération terminée, à se faire dire, comme cela m'est arrivé: "Etes-vous bien sûr qu'il y avait une luxation, car j'ai vu remettre des bras, et cela ne se fait pas aussi facilement". Si l'on n'a pas pris de suffisantes précautions oratoires, on risque de passer pour un charlatan.

Le Monde Médical.

P. GALLOIS.

LES FISTULES PLEURALES

Par le Dr MAUCLAIRE

Agrégé, chargé de cours de clinique annexe

Chirurgien de la Charité

Le hasard a réuni dans notre service un certain nombre de malades que nous traitons pour des fistules pleurales. Voici leurs observations.

Le premier cas concerne un homme âgé de 47 ans, garçon de cuisine. Il n'y a rien de suspect au point de vue de la tuberculose dans ses antécédents héréditaires.

Depuis quatre ou cinq ans le malade est sujet à des bronchites interminables pendant tout l'hiver.

En décembre 1910, il fut pris de points de côté violents dans le côté droit du thorax, avec dyspnée intense et frissons. A ce moment, la toux devint plus fatigante, plus douloureuse, au point qu'il fut obligé d'entrer à l'hôpital le 10 décembre.

Le 11, une ponction exploratrice retira du pus. On fit passer le malade en chirurgie. Le 14 j'ai fait l'opération de l'empyème. J'ai trouvé une poche pleurale inférieure bien limitée par des membranes épaisses avec du pus grumeleux comme celui des abcès froids. Le pus coula abondamment par le drain, diminua progressivement, mais il persista une fistule sans aucune tendance à la cicatrisation.

En examinant le malade, on voit à l'*Inspection* une cicatrice violacée siégeant au niveau du 7^e espace, au centre une fistule à bords lisses, non décollés, violacés. Il n'y a pas d'œdème de la paroi.

A la *palpation*, on note une abolition des vibrations au niveau de la ligne axillaire à la partie moyenne du poulmon.

La *percussion* révèle une zone mate remontant de la pointe de l'omoplate jusqu'à la base, et occupant la même hauteur sur la ligne axillaire. Il y a de la submatité aux sommets.

A l'*auscultation* on entend un souffle tubaire au sommet droit, et de gros râles sous-crépitaunts généralisés. A gauche, respiration bronchique au sommet, gargouillement au-dessous. Il s'agit d'un tuberculeux.

L'exploration des dimensions de la cavité pleurale persistante a été faite avec des injections de liquide, elle contient environ $\frac{3}{4}$ de litre.

Chez ce malade l'exploration bismuthée radiographique n'a pu être faite.

Troubles fonctionnels.—Le malade continue à tousser beaucoup, surtout la nuit. Il crache beaucoup, principalement le matin au réveil. Fréquemment, il remplit le matin la moitié de son crachoir. L'expectoration est muco-purulente, quelquefois purulente.

Le malade souffre encore d'un point de côté intermittent, à droite, au niveau de l'incision.

L'état général est assez atteint. Le malade est très amaigri. Le faciès est pâle, souvent couvert de sueur. Il n'y a pas d'élévation de température bien marquée. L'appétit est conservé.

Ce malade s'est finalement décidé à se faire opérer; j'ai fait la résection des 6e, 7e et 8e côtes au devant de la cavité pleurale persistante. La poche a bien diminué, mais il faudra une résection complémentaire.

*
* *

La deuxième malade est une femme âgée de 30 ans.

Ses antécédents personnels sont assez chargés. Elle a eu la fièvre typhoïde. Elle a contracté les fièvres intermittentes en Algérie, elle a été épileptique.

Au mois de juin dernier, la malade fut prise brusquement d'un point de côté violent avec toux quinteuse, fièvre élevée, crachats abondants. A la suite de cette affection aiguë, apparurent des symptômes de pleurésie purulente qui nécessitèrent une intervention.

L'opération de l'empyème pratiquée le 1er juillet sembla bien réussir car l'opérée s'en alla bientôt guérie, la plaie étant cicatrisée.

Cependant la malade traîna un peu, présentant quelques élévations de température le soir. L'épanchement se reforma et en octobre le pus fit issue spontanément par la cicatrice.

Je fis une incision sur la cicatrice, puis la résection de la 7^e côte insuffisamment réséquée; résection d'un ostéophyte l'unissant à la côte sous-jacente, une deuxième incision dans le 9^e espace intercostal pour bien drainer le cul-de-sac de la plèvre, en sortant par les deux orifices, situés l'un dans le 6^e espace intercostal et l'autre dans le 9^e espace.

Malgré des pansements quotidiens, il se forma une fistule pleurale. Le 17 et le 22 février on essaya du bismuthage suivant la méthode de Beck, mais sans résultats.

Troisième intervention: L'injection de bismuth avait montré que la fistule remontait à l'angle de l'omoplate et le long de son bord interne. Résection de 3 côtes mettant ainsi bien à nu la gouttière, la cavité persistante. Pansements à la gaze iodoformée et attouchements à la teinture d'iode. La fistule persista pourtant, et le 3 mai, je fais une nouvelle résection de deux côtés *pour arriver tout au sommet de la fistule*. Je crois maintenant que nous tenons enfin la guérison.

*
* *

Voici un troisième cas bien intéressant:

Fr. ..., armurier, âgé de 52 ans, entré en *juin* 1903 dans le service. —Le passé pathologique de ce malade est assez complexe. Pneumonie et pleurésie consécutive à l'âge de 28 ans; deuxième pneumonie à 35 ans et troisième pneumonie à 40 ans. A 45 ans, abcès de la paroi thoracique gauche qui dura peu de temps. *En juillet* 1900, affection pleuro-pulmonaire de nature indéterminée et qui ne dura qu'un mois. *En octobre* 1902, nouvelle affection pleuro-pulmonaire;

cette fois un abcès intra-thoracique s'est ouvert et suppure abondamment.

En décembre 1902, le malade entre une première fois dans le service et l'on fit la résection de plusieurs côtes, mais une fistule pleurale persista.

En juin 1903, j'examine le malade. Dans la région axillaire gauche, au niveau du sixième espace intercostal, on voit l'ouverture de la fistule. L'exploration de celle-ci montre qu'elle se continue avec une cavité aplatie en portefeuille. Celle-ci est de forme rectangulaire à grand axe parallèle à celui des côtes; en arrière la cavité aboutit presque à l'angle postérieur des côtes. Verticalement la cavité a bien douze à quinze centimètres de hauteur. Dans le sens antéro-postérieur, c'est-à-dire comme profondeur à proprement parler, la cavité n'est profonde que de 5 à 6 centimètres.

A l'auscultation, le poumon du côté droit respire bien; à gauche le murmure vésiculaire est faible dans la moitié supérieure du poumon. Le malade a la respiration courte et fréquente sans qu'il y ait de dyspnée à proprement parler; l'état général est assez bon.

Le 3 juin 1903, je fais une *opération combinée*. Comme dans l'Estlander, je pratique la résection des 8e, 7e et 6e côtes sur toute la largeur de la cavité, soit une douzaine de centimètres. J'enlève la plèvre pariétale qui est très épaissie, mais je conserve la peau pour la réappliquer profondément suivant la méthode de Schede. Dans l'angle inférieur de la cavité pleurale je fais la décortication pulmonaire suivant la méthode de Delorme. Mais cette décortication n'a pu être que partielle sur une étendue de 7 à 8 centimètres et sur une hauteur de 5 à 6 centimètres. Aussitôt faite, le poumon à ce niveau s'est très nettement distendu au dehors; je n'ai pas poussé plus haut la décortication, car au delà je n'ai pas retrouvé le plan de clivage entre la plèvre viscérale et la surface externe du poumon. De plus, à ce moment de l'opération, l'état du malade était assez déprimé; il y avait une légère cyanose. Je jugeai plus prudent de ne pas prolonger l'opération et de compléter les résections costales et la décor-

tion pulmonaire sus-jacentes au niveau de l'angle supérieur de la cavité fistulaire dans une autre séance opératoire. Dans l'angle du bord supérieur et dans l'angle du bord postérieur de la cavité fistuleuse je fis prudemment au bistouri des incisions profondes de la plèvre pour mobiliser le poumon et favoriser son expansion suivant la méthode préconisée par Souligoux. Le lambeau cutané conservé fut réappliqué sur le poumon, décortiqué en partie et sur la plèvre viscérale cavitaire conservée et qui fut grattée pour être bien avivée.

Le malade supporta bien cette opération assez longue. Le lambeau cutané s'appliqua bien sur le poumon, sauf au niveau de sa charnière verticale qui était en arrière. Les pansements nécessitèrent beaucoup de soins.

Un mois après, le malade étant remonté, je fis la deuxième opération prévue. La charnière verticale postérieure du lambeau cutané fut incisée, et le lambeau ainsi complètement appliqué sur les parties profondes, sauf en bas dans son angle postéro-inférieur. Je fis la résection des 5e, 4e et 3e côtes sur une largeur de 5 à 6 centimètres en remontant, du fait de la direction de la cavité fistuleuse, sous l'angle de l'omoplate. Cet angle scapulaire fut également réséqué sur une hauteur de 4 à 5 centimètres. De nouveau, j'essayai la décortication pulmonaire dans ce tiers supérieur de la cavité fistuleuse, mais elle fut impossible. La plèvre viscérale persistante fut grattée et la plaie laissée largement béante.

Les suites de l'opération furent bonnes. Le malade finalement ne conserva plus qu'une petite fistule contenant à peine quinze centimètres cubes de liquide. Sous les parties molles précardiaques on voit battre le tiers inférieur du cœur.

L'état général est bon. Une petite incision mettrait facilement à nu le foyer de la suppuration, mais le malade se déclare satisfait et ses occupations l'empêchent d'entrer encore à l'hôpital. Cependant, en janvier 1911, je gratte les deux petites fistulettes qui aboutissaient en somme aux extrémités costales nécrosées. Enfin la guérison fut obtenue aujourd'hui huit ans après la première intervention.

*
* *

Voici encore une autre intervention.

Ph. . . , 24 ans, avait eu, en 1909, une pleurésie purulente au régime. Une fistule pleurale persista. Il entra dans le service en février 1910. Il présentait une fistule pleurale symptomatique d'une cavité pleurale ayant une forme prismatique comme nous le démontra la radiographie après injection bismuthée. Il n'est pas tuberculeux.

Le 1er mai 1910, je lui fis une résection costale inférieure des 9e, 8e et 7e côtes. La plèvre pariétale avait une épaisseur de 3 à 4 centimètres.

Le 15 avril, je résèque les 6e, 5e et 4e côtes et l'angle inférieur de l'omoplate sans arriver encore au haut de la fistule.

Le 11 août, je fis une 3e intervention: section verticale de toute l'omoplate sur la ligne médiane pour transformer en gouttière la partie restante de la cavité. Je gratte la plèvre viscérale et j'ouvre une bronchiole. Une fistule broncho-cutanée persista. J'ai essayé de la fermer en greffant un épiploon, un scrotum, mais sans succès. Le malade est guéri de sa fistule pleurale, il ne persiste que cette fistule broncho-cutanée.

*
* *

J'ai eu à intervenir de la même manière pour 5 à 6 autres cas.

C'est à propos de ces malades que je désire vous parler aujourd'hui des fistules pleurales.

Quand une pleurésie purulente a été incisée, drainée, et qu'au bout de trois mois la guérison n'est pas obtenue, on peut dire qu'il y a fistule pleurale.

Anatomie pathologique.—La fistule pleurale est symptomatique, d'une cavité pleurale persistante. Cette cavité peut présenter des formes différentes; elle put être triangulaire ou plutôt prismatique

à base inférieure ou, dans d'autres cas, la cavité pleurale peut avoir une forme rectangulaire, "en portefeuille" à grand axe antéro-postérieur, suivant la direction des côtes. Il peut y avoir d'autres variétés, mais ce sont là les deux principales. D'autre part, l'étude anatomo-pathologique nous a donné l'explication de la persistance de ces fistules en nous montrant qu'il existe des lésions très importantes, très étendues, de la paroi, des feuillets pariétal et viscéral de la plèvre et du poumon sous-jacent.

La plèvre pariétale présente une épaisseur énorme. Dans un de mes cas, elle avait deux à trois centimètres d'épaisseur, je ne pouvais la couper ni au bistouri, ni aux ciseaux, il a fallu pour l'inciser que j'emploie la pince de Liston.

L'épaisseur de la plèvre viscérale est moindre; malheureusement, cette plèvre viscérale envoie des prolongements de sclérose dans les scissures interlobaires, de sorte que le poumon se trouve ratatiné, réduit, plaqué contre la colonne vertébrale, dans la cavité formée par le sinus costal et la colonne vertébrale qui fait plus ou moins saillie.

D'autres fois, on trouve, surtout dans les vieilles fistules pleurales, des lésions complexes de la plèvre elle-même, en particulier des lésions de calcification pleurale, il y a là de véritables infiltrations calcaires, surtout au niveau de la plèvre pariétale. Dans certains cas, les côtes s'imbriquent les unes sur les autres, et c'est ainsi que, chez un malade, j'ai dû enlever une véritable *carapace* qui formait la paroi externe de la fistule pleurale; les côtes s'imbriquent, s'accolent et du tissu osseux nouveau les réunit pour former un véritable couvercle osseux.

Symptomatologie.—L'auscultation, la percussion renseignant sur la présence d'une cavité pleurale persistante, on pourra même en évaluer la capacité en y injectant du liquide; certaines de ces cavités peuvent contenir un litre. Très souvent la fistule présente un prolongement en arrière, dans la courbe que présente la côte à son extrémité postérieure; il se produit là un petit sinus entre la côte et la

face latérale du rachis, sinus très long à se combler. La suppuration est très abondante; un moment vient où le rétrécissement de la poche ne se fait plus, où la cavité cesse de se combler.

Troubles fonctionnels.—Ils sont caractérisés par une fièvre assez élevée, surtout marquée dans les périodes de rétention. Au bout d'un certain temps, de six mois à 1 an, on peut voir apparaître l'albuminurie, la dégénérescence amyloïde et de la tuberculose secondaire. Avant qu'on opérât ces malades comme on le fait actuellement, presque tous succombaient à ces diverses complications.

Vous ferez facilement le *diagnostic* avec l'abcès froid costal toujours assez limité.

Le *Pronostic* est donc très grave, surtout s'il s'agit de tuberculeux.

Le *Traitement*. — Le traitement de ces cavités pleurales fistuleuses est certes le point le plus intéressant. Il comporte toute une série de méthodes opératoires.

a) Vers 1875, Letiévant et Gayet avaient recommandé et pratiqué la première résection costale. Mais c'est en réalité Estlander qui a régularisé la méthode. Celle-ci consiste en somme dans la suppression du couvercle osseux de la cavité purulente. C'est la *thoracoplastie par résections multiples latérales*. Malheureusement on est allé un peu loin dans la voie tracée par Estlander; on est intervenu trop souvent chez des tuberculeux qui n'ont pu supporter l'opération et, d'autre part, on n'a pas craint de faire en une seule séance des résections beaucoup trop étendues, de sorte que dans beaucoup de cas, on a abouti à des insuccès avec morts rapides.

Actuellement, on fait ces opérations en plusieurs temps; on pratique la résection en étages, on a soin chaque fois d'empiéter vers la partie postérieure, du côté du sinus costal où la fistule persiste, en sectionnant même l'omoplate, si cela est nécessaire. C'est ce que j'ai fait chez plusieurs malades.

b) La *thoracoplastie inférieure* (Roux-Delagenière) consiste dans la résection des 8e, 9e et 10e côtes pour bien drainer le cul-de-sac pleural inféro-postérieur, point déclive où s'accumule le pus.

c) *La thoracoplastie postérieure* ou dévertébralisation costale, recommandée par Boiffin, a pour but de supprimer l'extrémité postérieure quand la cavité fistuleuse siège dans le sinus costo-vertébral, de manière à ouvrir et à bien drainer ce sinus persistant.

d) *La thoracoplastie antérieure de Jaboulay* ou *desternalisation costale* consiste dans la désinsertion des côtes en avant. Un pansement compressif applique ce volet costal contre la plèvre pariétale.

e) *Soubottine et Quenu* ont proposé de sectionner les côtes à la fois et en avant et en arrière.

f) *Beckel et Tilmans* ont proposé la résection costale avec incisions multiples et libératrices de la plèvre pariétale.

g) *Shede* a proposé le premier de réséquer les côtes et la plèvre pariétale, en conservant un lambeau musculo-cutané, puis celui-ci est appliqué profondément sur la plèvre viscérale avivée.

Garré fait l'incision de la coque viscérale et il suture les lèvres de celle-ci à celle de la brèche thoracique; il pense que c'est la paroi thoracique qui fait ressort et attire ainsi au dehors le poumon plus ou moins décortiqué et avivé.

h) *La décortication pulmonaire* de Delorme (1892) consiste dans la résection de la plèvre viscérale après avoir fait un volet costal temporaire, ce qui permet au poumon de se déplacer pour ainsi dire et d'aller vers le niveau de la paroi thoracique. Il peut même faire hernie au dehors comme je l'ai vu dans un cas que j'ai opéré. Le volet costal est rabattu sur le poumon décortiqué.

Cette décortication est-elle toujours possible? Dans sa thèse (Lyon, 1903) Violet a peu réunir 74 cas cliniques dans lesquels 41 fois le décollement fut assez facile, 6 fois il fut très difficile et 26 fois il fut impossible.

De plus sur 52 cas cliniques dans lesquels le décollement de la plèvre viscérale a été possible, 47 fois le poumon a repris son expansion, une dizaine de fois immédiatement, 37 fois tardivement.

Sur 78 cas, Violet note 38 guérisons, 6 améliorations, 25 insuccès, 9 morts.

Pour ma part, j'ai appliqué cette méthode dans deux cas : dans un cas il y eut une hémoptysie abondante qui me fit arrêter la décortication.

L'avantage de cette méthode est que c'est une méthode adjuvante, complémentaire, qui peut ajouter un élément de succès aux autres interventions ; son inconvénient, c'est la mortalité opératoire qui survient le plus souvent du fait de l'hémoptysie.

i) La *mobilisation pulmonaire* de Souligoux consiste dans la section de la plèvre viscérale à la périphérie de la poche, l'élasticité pulmonaire pousserait la plèvre viscérale vers la plèvre pariétale, après cette section des adhérences pleurales épaisses dans cet angle pleuro-pulmonaire.

j) Il y a enfin les *procédés combinés*. Beaucoup d'auteurs ont associé la décortication pulmonaire à un large Estlander avec incision ou résection de la plèvre pariétale, etc.

D'autres combinent l'opération de Max Schede avec celle de Delorme.

Il faut savoir que *pour réussir, la résection costale doit remonter jusqu'au sommet de la fistule*, tant qu'on n'est pas arrivé au sommet de la cavité, le malade n'est pas guéri et guérira difficilement.

Il est démontré que les résections costales doivent être faites en plusieurs séances opératoires successives et assez espacées afin que le malade ne succombe pas au choc. Enfin, s'il s'agit de sujets tuberculeux, il faudra se contenter de petites interventions ; chez eux les résections costales multiples d'emblée sont le plus souvent mal supportées et aggravent leur état.

Personnellement je suis intervenu pour une dizaine de cas de fistule pleurale. J'en ai guéri 5 après interventions multiples et espacées. 3 ont été perdus de vue, 2 ont succombé à la septicémie lente et à la dégénérescence amyloïde. Pour éviter ces complications suppuratives et l'étendue des opérations, il faut évidemment que les résections costales soient précoces, alors que le poumon a conservé une certaine extensibilité, ce que démontrera la radioscopie.

KYTE DE LA BOURSE DU PSOAS

—

Par M. le Dr ARROU
Chirurgien des Hôpitaux

Le malade du No 14, salle Trélat, est un homme de soixante-huit ans, qui boite légèrement de la jambe gauche et consulte pour une tuméfaction développée à la partie antérieure et supérieure de la cuisse. Rien d'intéressant à noter dans ses antécédents. Il a eu une fièvre typhoïde à l'âge de treize ans, un accès de coliques néphrétiques à gauche vers l'âge de quarante ans. Marié, il eut deux enfants, dont l'un est bien portant, à part une crise d'appendicite pour laquelle il a été opéré il y a deux mois. L'autre est mort à l'âge de quatre ans.

Etat actuel.—Il vient consulter uniquement pour la gêne qu'occasionne une tuméfaction de la région inguino-crurale.

Il y a quatre ans, en 1908, cette masse apparut grosse comme une noisette, puis augmenta lentement et progressivement pendant deux ans, époque à laquelle elle atteint le volume d'une mandarine. Son volume a encore légèrement progressé depuis cette époque. Jamais de douleurs; simplement de la sensibilité à la pression, insuffisante pour empêcher le sujet de marcher ou de travailler.

Actuellement, le malade remarque que la tumeur a augmenté de volume, devient plus sensible, le gêne dans la marche et dans l'exécution des quelques efforts utiles à son métier.

Aspect général du sujet.—Constitution assez robuste; teint pâle, état variqueux, surtout prononcé à droite, dilatation de la saphène au niveau de sa crosse; la région inguino-crurale gauche est déformée, soulevée par une *masse du volume d'une orange*; réseau veineux sous-cutané développé au-dessus de la tuméfaction. La tumeur occupe la partie externe du triangle de Scarpa, au-dessous de l'arcade

crurale, et ne paraît pas se prolonger vers la fosse iliaque. Il existe une hernie inguino-scrotale du même côté. Celle-ci est d'apparition récente. Le palper fait constater au repos une *tumeur tendue, rénitente*, non pulsatile, *irréductible*, dont les contours sont nettement perçus; on constate aisément qu'elle ne communique pas avec la cavité abdominale et qu'elle est bien localisée à la cuisse. En dehors, *elle refoule les vaisseaux fémoraux*. L'artère repoussée en dedans est de volume normal, nullement déformée et bat sous le doigt. La masse est lisse, bien circonscrite et présente en dedans une petite saillie surajoutée du volume d'une noisette. Si on essaie de la mobiliser, elle est presque *fixe* et *paraît enclavée dans la masse musculaire* sous-jacente.

Les mouvements de la cuisse sur l'abdomen sont libres; la flexion et l'abduction sont normales; l'adduction est peu limitée. Le malade boite légèrement, mais sans douleur. L'articulation coxo-fémorale est libre. Ses mouvements sont normaux.

Lorsqu'on oppose de la résistance à ces différents mouvements, on reconnaît que le couturier est indépendant de la masse qu'il passe à sa surface et bride la tuméfaction; *pendant les contractions musculaires, la masse semble disparaître, sa tension augmente; sa consistance rénitente devient d'une durée presque ligneuse*.

L'examen des organes voisins ne révèle rien de particulier. Le squelette du bassin est normal; pas de points douloureux sur l'os iliaque, ni sur le trochanter; pas de saillie vertébrale; les mouvements du rachis ont leur amplitude habituelle; pas de trace de mal de Pott, ni de tuberculose pelvienne.

L'état général est bon. L'auscultation du poumon ne révèle aucune trace de tuberculose, simplement un peu d'emphysème. Cœur normal, foie normal. Les urines ne renferment ni sucre, ni albumine. Les réflexes sont normaux, pas de troubles de sensibilité. La radiographie paraît inutile et n'est point faite. Une ponction n'est point pratiquée, intentionnellement.

Diagnostic.—En résumé, il s'agit d'un sujet dont les troubles

fonctionnels sont légers; un peu de boiterie et une vague sensibilité qui le gêne dans son travail. Toute la lésion réside dans une masse du volume d'une orange qui occupe la partie externe du triangle de Scarpa et qui a évolué dans l'espace de quatre ans. Cette masse ne présente aucune communication avec la fosse iliaque ni l'abdomen; elle est nettement au-dessous de l'arcade crurale et appartient exclusivement à la région supérieure et externe de la cuisse.

L'examen de l'artère fémorale permet de constater que le vaisseau rejeté en dedans est tout à fait indépendant de la masse; il ne s'agit donc point d'un *anévrisme*; d'ailleurs, la tumeur est rénitente, élastique et nullement pulsatile. Cette tumeur appartient au compartiment psoas; il ne s'agit donc point davantage d'une hernie crurale.

Etant donné que cette masse appartient à la *portion externe* du triangle de Scarpa, aux dépens de quel plan, de quel tissu s'est-elle formée? Provient-elle de la peau, de l'aponévrose, du psoas, du nerf crural ou de l'articulation?

Ce n'est point aux dépens des téguments, puisque ceux-ci sont sains et glissent à sa surface. Ce n'est point aux dépens de l'aponévros, car elle serait plus superficielle, plus étalée et ne changerait point de volume, d'aspect ni de consistance pendant les contractions musculaires. Elle ne vient pas de l'articulation, car tous les mouvements de la jointure coxo-fémorale sont libres; il existe bien une légère arthrite sèche, mais cette arthrite est banale. *C'est donc le psoas qui est en jeu. C'est dans sa gaine* que la masse s'est développée.

A quelle tumeur avons-nous affaire? S'agit-il d'un *kyste hydatique*? C'est une affection rare; il ne faut donc point y penser. D'un *fibrome*? La tumeur serait plus dure. D'un *lipome*? Elle serait plus molle. D'un *sarcome*? Elle aurait évolué plus vite. Reste deux affections possibles: un *abcès froid* de la gaine du psoas provenant du rachis ou du bassin, ou bien d'un *simple kyste* de la bourse du psoas. Il ne s'agit point d'un abcès froid en évolution, car la masse n'est point réductible vers la fosse iliaque. Le palper du bassin, l'explo-

ration du rachis et de ses mouvements, le palper de la fosse iliaque permettant de constater qu'il n'y a aucune relation entre cette tumeur et une lésion bacillaire du squelette. Il pourrait sans doute s'agir d'un abcès froid détaché de la lésion osseuse initiale, elle-même guérie depuis plusieurs années. Mais le fait est rare et il y aurait dans les antécédents des symptômes indiquant l'existence d'un mal de Pott.

Le seul diagnostic acceptable est celui d'une *bursite du psoas*. Nous pensons donc à un kyste synovial de la bourse du psoas; cette bourse, qui siège entre ce muscle d'une part, le faisceau iléo-prérotchantérien du ligament de Bertin et le ligament pubio-fémoral d'autre part. Cette bourse sérieuse communique parfois avec l'articulation.

Que faire de ce kyste synovial? Il faut l'enlever d'une façon rigoureusement aseptique, car s'il avait communication avec l'articulation, il pourrait en résulter une arthrite suppurée en cas d'infection.

Le pronostic est très bon et la récidive ne se produira pas si toute la poche est enlevée.

Intervention: le 21 février 1912.

Incision parallèle au couturier. Sous ce muscle récliné, on aperçoit le psoas qui tombe en avant, repoussé par une collection sous-jacente.

Les fibres du psoas écartés, on tombe sur un gros kyste séreux. La poche est vidée; il sort un liquide filant; la poche est extirpée. Le doigt introduit dans l'excavation sent directement le col du fémur; la synoviale articulaire communique donc avec la bourse.

L'intervention a confirmé le diagnostic. Il s'agit bien d'un de ces kystes rares développés aux dépens de la bourse sous-jacente du psoas.

La Clinique, 26 avril 1912.

NOUVELLES

Un de nos confrères nous communique la lettre que nous publions ci-dessous, en rapport avec le Premier congrès International de Pathologie comparée, qui sera tenu à Paris du 17 au 23 octobre 1912.

Paris, le 27 mars 1912.

Monsieur,

La Société de Pathologie comparée organise le 1er Congrès International de Pathologie Comparée, qui aura lieu du 17 au 23 octobre prochain à la Faculté de Médecine de Paris.

Le congrès s'occupera non seulement des maladies communes à l'homme et aux animaux dans toute la série, mais aussi des rapports pouvant exister entre les maladies des différentes espèces.

Le congrès s'occupera également de Pathologie Végétale et des relations possibles entre certaines maladies des plantes et celles des animaux.

Nous vous prions de bien vouloir communiquer la présente à messieurs vos collègues et de les assurer que nous serions heureux d'avoir leur collaboration.

Nous espérons que vous voudrez bien, le plus tôt possible, nous honorer d'une bonne réponse et nous vous prions d'agréer, etc.

Le Secrétaire Général,
M. GROLLET.

Le Président,
Prof. ROGER.

*
* *

Nous lisons dans la Revue d'Hygiène et de Police Sanitaire, du 20 janvier 1912, que sur proposition de M. le Professeur Chantemesse et de M. le Dr Chassevant, le Dr A. Vallée, Professeur à l'Université Laval de Québec, a été nommé membre de la Société de Médecine publique et de Génie Sanitaire.

*
* *

M. le Dr Arthur Rousseau, Professeur à la Faculté de Médecine de Québec, vient d'être nommé représentant du Canada au Congrès de la Tuberculose qui sera tenu à Rome durant le présent mois.

*
* *

Le IIe Congrès de Médecine légale de langue française se tiendra à Paris, les 20 et 21 mai 1912, sous la présidence du Professeur Lacassagne. Deux importantes questions d'intérêt professionnel seront discutées à ce congrès: la " Réforme des honoraires des experts " et la " Répartition des affaires entre les experts. "

HANSEN

La France et l'Angleterre pleurent encore des personnalités médicales comme les Dieulafoy, Albarran, Lannelongue et Lyster, et voilà que la Norvège voit disparaître une de ses gloires scientifiques qui pour être moins connue d'un grand nombre n'en est pas moins une des plus pures.

Armaner Hansen vient de mourir à l'âge de 71 ans. Hansen né en 1841 en Norvège consacra toute sa vie à l'étude de la lèpre qui à un moment dévastait son pays. Après avoir prouvé que cette affection est d'origine infectieuse à une époque où les connaissances médicales sur les questions microbiennes naissaient à peine, il réussit en 1873 à retrouver le bacille de la lèpre qui porte son nom.

Il continua sa vie durant à s'occuper de ces questions tant au point de vue pathologique que prophylactique et réussit à faire accepter au monde scientifique ses idées sur cette terrible maladie. Cela suffit à sa gloire!

A. V.

SÉROTHÉRAPIE DU TÉTANOS

Huber, de Zurich, a publié en janvier dernier sa statistique intégrale des cas de tétanos traités de 1891 à 1911.

Nous reproduisons ici l'analyse que fait de cette statistique M. P. Lecène, dans le *Journal de Chirurgie*, numéro de mars 1912:

“ Cette statistique comprend en tout 49 cas (42 hommes et 7 femmes): 45 de ces cas étaient nettement d'origine traumatique externe; dans 4 cas, la porte d'entrée n'était pas évidente (nasopharynx? muqueuse utérine)?

Sur ces 49 cas tétaniques, 38 moururent et 11 guérirent. La gravité des cas a été nettement en rapport avec la durée d'incubation: sur 26 malades qui présentèrent des accidents tétaniques de 3 à 7 jours après leur blessure, il y eut 92 pour cent de mortalité; chez ceux qui eurent une incubation de 8 à 14 jours, il y eut 61 pour cent de mortalité; et enfin chez ceux qui avaient eu une longue incubation de 15 à 17 jours, il n'y eut que 33 pour cent de mortalité; chez les malades qui guérirent (11 cas) la marche de la maladie fut traînante, correspondant à la description classique du tétanos chronique: l'évolution du mal fut en moyenne de 4 à 7 semaines.

Sur les 49 malades de la statistique, 38 seulement furent traités par le sérum antitétanique (de 1896 à 1911). Ce sérum fut injecté surtout par la voie sous-cutanée ou intra-musculaire, plus rarement par la voie intraveineuse ou sous-arachnoïdienne (ponction lombaire); l'injection intracérébrale n'a jamais été faite. Sur les 38 malades injectés, 17 le furent dans les 24 heures qui suivirent l'apparition de premiers accidents: les 17 malades succombèrent. Les 21 autres malades ne furent injectés que plus de 24 heures après l'apparition des premiers symptômes: il y eut 14 morts et 7 guérisons. Sur ces 7 guérisons, 4 se rapportent à des tétanos chroniques, et 3 seulement à des tétanos graves à incubation courte. Mais il est bien peu probable que le sérum ait eu une influence quelconque sur l'évolution de ces cas de tétanos, car, dans une série antérieure de cas de

tétanos, observés à la clinique de Zurich et traités par les vieilles méthodes, on n'avait compté que 65 pour 100 de mortalité, tandis que, chez les malades traités par le sérum, la mortalité a atteint 81 pour 100 !

On peut donc continuer à injecter du sérum aux malades atteints de tétanos, car ce mode de traitement n'est pas dangereux, mais il n'y a guère d'espoir d'améliorer par ce procédé le pronostic de cette terrible infection.

Enfin Huber rapporte un cas de tétanos apparu malgré une injection de sérum faite immédiatement après l'accident : le blessé, atteint de fracture compliquée de l'avant-bras, fut amené de suite à l'hôpital, où on lui injecta 10 cc. de sérum antitétanique et où l'on désinfecta sa fracture ; des accidents de phlegmon gazeux se développèrent, et le blessé succomba au bout de six jours à un tétanos aigu, malgré l'amputation du bras et de nouvelles injections de sérum antitétanique.

UN NOUVEAU TRAITEMENT DU TÉTANOS

Monsieur le Dr E. Desmarest, de Paris, signale à l'attention des chirurgiens un nouveau traitement du tétanos mis en évidence par M. le Prof. Kras, de Vienne. Voici les considérations sur lesquelles s'est basé Kras pour en arriver au traitement qu'il propose :

Le tétanos est dû, on le sait, à une intoxication de l'organisme produite par les toxines que secrètent sur place les bacilles de Nicolaïer. N'ayant pas sous la main de sérum antitétanique, Kras a tiré de cette notion fondamentale une thérapeutique qui se résume en cette double indication ; d'une part, tarir aussi radicalement que possible le foyer où se fabriquent les toxines ; d'autre part, éliminer le plus possible les toxines circulant dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien.

Dans un cas de tétanos aigu dont le pronostic paraissait très

grave, Kras a obtenu, chez un homme de 25 ans, qui s'était blessé à la main dans son jardin, un succès remarquable. Le malade, lorsque K. le vit avait un trismus très marqué; tous les muscles du tronc étaient contracturés. Pouls: 104; température: 39°,8. Légère dyspnée. Constipation et rétention d'urine. Le malade portait au-dessus du poignet gauche une plaie relativement petite, presque cicatrisée. Le ganglion épitrochléen était hypertrophié et douloureux.

Sous légère anesthésie générale, K. débrida la plaie au thermocautère, puis il enleva le ganglion et thermo-cautérisa la plaie, après quoi il ouvrit une veine et retira 500 cc. de sang, qui furent remplacés par une quantité égale de sérum artificiel. K., ponctionna ensuite le canal rachidien et laissa s'égoutter goutte à goutte tout le liquide céphalo-rachidien. Il lava ensuite le canal rachidien avec une solution de sérum physiologique contenant 0.30 pour 100 de sucre, et une fois tout le sérum enlevé, il en injecta deux seringues de Pravaz qui furent laissées.

Après un violent accès tétanique, au moment où l'on finissait l'injection le malade s'endormit pendant six heures. Le trismus diminua, ainsi que l'opisthotonos. La température resta à 39°6 et le pouls à 98. On administra un lavement de 3 grammes de chloral.

Le 2e jour le mauvais état général persistant, K. fit une saignée de 300 cc. avec injection d'autant de sérum. Ponction lombaire; assèchement du canal médullaire, lavage avec un litre de sérum glucosé (0.30 grammes pour 100) et injection de deux seringues de ce même sérum. Le malade à la suite de ce traitement put dormir encore 4 hrs.

Le 3e jour l'amélioration était manifeste; le malade put boire du lait. Saignée de 200 cc. Ponction lombaire, etc. On administra un lavement de 3 grammes de chloral puis une piqûre de morphine. Nuit excellente.

Le 4e jour, l'amélioration s'était accentuée. Température: 37°9; pouls: 80. Même traitement avec 2 grammes de chloral par la bouche.

Le 5e jour le trismus réapparut, s'accompagnant d'une violente

céphalalgie. Saignée de 300 cc., ponction lombaire et lavage du canal. Chloral, 2 grammes; morphine 1 centigramme. Tout rentra dans l'ordre et le 6e jour le malade pouvait être considéré comme guéri. Il quitta la clinique le 12e jour en parfaite santé.

—:00:—



PROVINCE DE QUÉBEC

DISTRICTS SANITAIRES

Choix de 10 inspecteurs régionaux.

Le 17 juin prochain s'ouvrira le concours pour le choix de 10 inspecteurs régionaux.

Ne seront admis à concourir que les médecins qui produiront leur *diplôme d'hygiène publique*.

Le concours comprendra des épreuves écrites, orales, de pratique et de laboratoire. L'examen portera aussi sur les aptitudes des candidats pour les fonctions administratives que comporte la position d'inspecteur régional.

Les candidats doivent parler le français et l'anglais.

Avoir obtenu moins que 50% des points pour l'épreuve écrite exclura des autres épreuves.

Les candidats pourront subir *l'examen écrit* soit à Québec, soit à Montréal mais les autres épreuves auront lieu au siège du Conseil d'hygiène de la province, 9 rue St. Jacques, Montréal.

Dates fixées pour l'examen des candidats:

Le 17 Juin. Examen écrit, simultanément à Québec et Montréal.

Le 19 Juin. (a) Inspections et rapport écrit sur icelles. (b) Examen oral à Montréal.

Le 20 Juin. Examen pratique en bactériologie et en chimie à Montréal.

