

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

Canadiana.org has attempted to obtain the best copy available for scanning. Features of this copy which may be bibliographically unique, which may alter any of the images in the reproduction, or which may significantly change the usual method of scanning are checked below.

Canadiana.org a numérisé le meilleur exemplaire qu'il lui a été possible de se procurer. Les détails de cet exemplaire qui sont peut-être uniques du point de vue bibliographique, qui peuvent modifier une image reproduite, ou qui peuvent exiger une modification dans la méthode normale de numérisation sont indiqués ci-dessous.

- Coloured covers /
Couverture de couleur
- Covers damaged /
Couverture endommagée
- Covers restored and/or laminated /
Couverture restaurée et/ou pelliculée
- Cover title missing /
Le titre de couverture manque
- Coloured maps /
Cartes géographiques en couleur
- Coloured ink (i.e. other than blue or black) /
Encre de couleur (i.e. autre que bleue ou noire)
- Coloured plates and/or illustrations /
Planches et/ou illustrations en couleur
- Bound with other material /
Relié avec d'autres documents
- Only edition available /
Seule édition disponible
- Tight binding may cause shadows or distortion
along interior margin / La reliure serrée peut
causer de l'ombre ou de la distorsion le long de la
marge intérieure.

- Coloured pages / Pages de couleur
- Pages damaged / Pages endommagées
- Pages restored and/or laminated /
Pages restaurées et/ou pelliculées
- Pages discoloured, stained or foxed/
Pages décolorées, tachetées ou piquées
- Pages detached / Pages détachées
- Showthrough / Transparence
- Quality of print varies /
Qualité inégale de l'impression
- Includes supplementary materials /
Comprend du matériel supplémentaire
- Blank leaves added during restorations may
appear within the text. Whenever possible, these
have been omitted from scanning / Il se peut que
certaines pages blanches ajoutées lors d'une
restauration apparaissent dans le texte, mais,
lorsque cela était possible, ces pages n'ont pas
été numérisées.

- Additional comments /
Commentaires supplémentaires: Continuous pagination.

LA GAZETTE MÉDICALE

DE MONTRÉAL

Revue Mensuelle de Médecine, de Chirurgie et des
Sciences accessoires

VOL. II.

MONTRÉAL, MAI 1888.

No 5.

TRAVAUX ORIGINAUX.

MOUVEMENT SCIENTIFIQUE

TROISIÈME CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

Cure radicale des hernies

M. SOCIN (de Bâle). — Il résulte de la discussion qui s'est produite récemment à la Société de chirurgie sur la cure radicale des hernies, que cette opération est définitivement entrée dans la pratique des chirurgiens français.

Le mot de "cure radicale", il est vrai, a été vivement combattu parce que, dit-on, cette cure n'est pas toujours radicale; je ne discuterai pas cette épithète qui m'importe peu. Ce qu'il importe, c'est de savoir si l'opération est une bonne opération, si elle constitue bien réellement une conquête sérieuse de la chirurgie moderne.

Or sous ce rapport, je crois qu'il n'y a plus de doute possible.

En ce qui me concerne, j'ai fait 75 fois la cure radicale pour des hernies non étranglées, et 85 fois pour des hernies étranglées. La première catégorie m'a donné 2 morts sur lesquels je reviendrai; la seconde m'a donné 11 morts.

Sur les 147 malades survivants, j'ai pu en revoir 133, un certain temps après l'opération, quelques-uns après une année seulement,

d'autres au bout de neuf ans. Sur ces 133 cas, j'ai constaté 83 guérisons complètes, ce qui prouve que la guérison est possible. Quant aux autres, s'ils n'ont pas été guéris complètement, ils ont retiré néanmoins un bénéfice sérieux de l'opération.

Quelle que soit la façon dont on envisagera les indications de la cure radicale, je crois qu'elle devra être appliquée à toutes les hernies étranglées, sauf dans les cas où l'intestin ne peut et ne doit être réduit. Les 11 morts sur 85 opérés suffisent pour prouver que la cure, dans ces cas, n'assombrit pas le pronostic, au contraire.

La chose, d'ailleurs, est facile à comprendre. L'ablation du sac, loin de créer un surcroît de danger, est une nouvelle chance de succès. Il n'est pas douteux, en effet, que l'ablation des tissus qui ont été en contact avec l'intestin rend la plaie beaucoup plus simple.

Cette condition toutefois, n'est pas suffisante, et il est certain que l'heureuse statistique que je viens de vous donner est, en grande partie, attribuable à la méthode antiseptique que j'emploie dans toute sa rigueur. Je désinfecte l'intestin avant de le rentrer dans le ventre.

Je suis tellement convaincu de l'excellence de cette opération faite dans les conditions que je viens d'indiquer, que je considère comme regrettable ce fait qu'une hernie qui a présenté des symptômes d'étranglement ait pu être réduite par le taxis.

Quant aux indications de la cure radicale des hernies non étranglées je considère qu'elles se présentent toutes les fois que, chez les jeunes sujets des deux sexe au-dessous de vingt ans, le traitement classique, par le bandage, ne réussit pas à maintenir réduite la hernie d'une manière complète et *absolument permanente*; chez les adultes, lorsque le bandage ne contient pas la hernie *facilement, complètement* et sans douleur.

Les chances de succès sont d'autant plus grandes que : Le sujet est plus jeune et sa hernie est plus petite et moins ancienne.

La chose est facile à comprendre chez les jeunes sujets : les hernies sont toujours congénitales, c'est-à-dire qu'elles sont dues à la persistance du conduit vagino-péritonéal, et cette disposition anormale constitue toute la maladie. Enlevez ce conduit, le sujet se trouve dans les conditions d'un individu bien conformé et la cure est réellement radicale. Aussi ai-je obtenu chez les sujets de moins de 25 ans, 62 % de succès complets.

La situation est différente chez les sujets âgés ; l'existence du sac n'est plus toute la maladie. Il faut tenir compte d'autres circonstances importantes telles que : l'allongement du mésentère, la surcharge graisseuse de l'épiploon, le relâchement de la paroi et des anneaux, toutes choses auxquelles l'extirpation du sac ne saurait remédier, puisque

cette opération ne s'adresse qu'à l'un des facteurs étiologiques. Dans ces conditions la proportion des succès au-dessus de 25 ans, n'es plus que de 42 %.

J'ajouterai à ces considérations que l'existence d'une hernie double chez le sujet opéré, ou d'autres hernies chez les ascendants, diminuent les chances de succès.

Le travail corporel ne favorise pas les récides et le port d'un bandage après l'opération est inutile, souvent nuisible.

J'arrive maintenant au cas de mort survenus en dehors de l'étranglement et qui m'ont été si vivement reprochés, lorsque j'ai publié ma première statistique.

Ces cas sont regrettables, mais si l'on veut y regarder de près, on ne tardera pas à se convaincre qu'ils ne sauraient constituer un argument sérieux à l'encontre de l'opération.

Dans un cas, il s'agissait d'une femme de 54 ans qui depuis 26 ans portait une énorme hernie crurale. Son volume était celui d'une tête d'adulte. Au moment où je la vis, la peau éraillée, distendue menaçait de se sphacéler et je dus en réséquer 34 centimètres carrés au cours de l'opération. Le sac logeait un litre de liquide. Si j'avais eu souci de ma statistique, je n'aurais certainement pas tenté cette opération, et si je l'ai faite, c'est uniquement parce que l'état de la malade était désespéré, et qu'il n'y avait que ce moyen de la sauver.

Le second cas est relatif à une hernie sur un homme de 42 ans. Elle avait présenté des symptômes d'étranglement, et on l'avait réduite par le taxis : j'opérai le malade sur sa demande et bien que le cas fût peu favorable, je dus enlever une masse épiploïque volumineuse.

Il y a dans ces deux cas des circonstances tout exceptionnelles, et il ne serait pas juste de s'en emparer pour dire : la cure radicale est une opération qui donne 3 à 4 % de mortalité. Cette manière de voir serait d'autant plus irrationnelle que les hernies abandonnées à elles-mêmes donnent une mortalité peut-être supérieure à celle que je viens d'indiquer.

Je persiste donc à croire que :

L'opération est sans danger dans les cas simples. Il n'existe que : (A) chez les sujets très âgés ; (B) quand la tumeur herniaire est immense et que les téguments en sont ulcérés ; (C) quand l'ablation d'une grande partie de l'épiploon est indispensable.

Quant au manuel opératoire, voici comment je le formulerai :

L'opération consiste en ablation totale du sac *au-dessus de son collet*. La suture des piliers n'est qu'exceptionnellement nécessaire.

Dans les hernies congénitales, la dissection du sac herniaire peut offrir des difficultés, cependant elle réussit dans la grande majorité des cas.

La partie inférieure doit être conservée pour servir à refaire au testicule une tunique vaginale propre.

Dans le cas d'ectopie avec atrophie du tissu glandulaire, le testicule doit être enlevé avec le sac.

M. THIRIAR (de Bruxelles). — Il y a bien peu de chose à dire sur la cure radicale des hernies, mais il reste à recueillir les éléments d'une vaste enquête sur les résultats immédiats et surtout éloignés de cette opération.

Depuis deux ans, j'ai opéré 26 cas de hernie ; 12 fois pour lever un étranglement et 14 fois pour débarrasser les malades de leur infirmité. Au cours des 12 kélotomies pratiquées pour un étranglement herniaire, j'ai tenté 7 fois la cure radicale. Il en résulte que j'ai une statistique de 21 opérations. Je n'ai eu qu'un seul décès par suite de circonstances indépendantes de l'opération. Mon opéré, âgé de 64 ans, est mort le seizième jour, des suites d'une encéphalite alcoolique. La cavité péritonéale était intacte.

Des individus opérés depuis au moins trois mois, je n'ai pu en revoir que 4, il y a quelques jours.

Le premier est un homme de 63 ans ; il était atteint de deux grosses hernies inguinales irréductibles et incoercibles. Je l'ai opéré le 26 mars 1886 des deux côtés à la fois. A droite, j'ai eu la première intention, à gauche une suppuration se produisit. Actuellement, la hernie s'est reproduite à droite, mais à un degré beaucoup moindre ; à gauche la guérison est maintenue.

Le deuxième est un homme de 65 ans, opéré le 29 octobre 1886 d'une énorme hernie inguinale droite adhérente. L'opération fut très longue et laborieuse. Actuellement, il existe une pointe de hernie facilement maintenue.

Le troisième, est un chanteur de 40 ans. Il a subi l'opération le 21 janvier 1887. Il s'agissait d'une volumineuse hernie inguinale gauche irréductible et douloureuse. Le contenu du sac se composait de l'S iliaque et de l'intestin grêle. Il existait de nombreuses adhérences. Actuellement, le résultat est merveilleux, la guérison est complète, sans bandages.

Le quatrième malade a 26 ans ; il a été opéré le 15 novembre 1887 ; il avait une grosse épiplocèle irréductible à gauche. Il existait de nombreuses adhérences entre l'épiploon dégénéré et le sac. La dissection fut très laborieuse et l'artère spermatique a été coupée. Actuellement la guérison est complète, sans bandage, mais le testicule est atrophie. Le malade ne porte aucun bandage.

Je signalerai encore un terrassier âgé de 33 ans, opéré le 25 août 1887, d'une entérocele à droite, et le 31 octobre, d'une épiplocèle ad-

hérente à gauche. La famille m'a écrit qu'il se portait bien et qu'il travaillait dans le nord de la France.

Dans mes opérations, je suis exactement le procédé de Lucas-Championnière ; je suture toujours les anneaux, je draine à travers le scrotum et je ne fait plus porter de bandage. Je n'opère que lorsque la hernie est irréductible ou incoercible, lorsqu'elle est douloureuse, lorsqu'elle est congénitale et qu'elle s'accompagne d'ectopie testiculaire, ou bien, enfin, lorsqu'elle est maintenue difficilement chez des personnes exposées à l'étranglement en raison de leurs fonctions. Dans ces conditions, j'estime que la cure radicale des hernies est une opération.

M. LÉONTÉ (de Bucarest).— Voici le procédé que j'emploie pour la cure radicale des hernies :

Après avoir ainsi réduit le contenu herniaire, épiploon compris, sauf le cas d'altération, la face interne du sac, de même que celle de son collet, se trouvent être exposées et prêtes à subir les manœuvres qui ont pour but de détruire et d'oblitérer le trajet herniaire. Les voici :

Traction à l'aide de la main gauche sur le sac et son collet, de manière à rendre apparent l'orifice abdominal du collet et à exposer ainsi la portion de séreuse abdominale voisine de cet orifice. A ce niveau et pendant que j'exerce la traction, je fais une incision circulaire de la séreuse à l'aide du bistouri ou des ciseaux courbes ; immédiatement les deux bords séreux résultant de l'incision s'écartent l'un de l'autre laissant à nu le tissu cellulaire sous-jacent. La séreuse du bord supérieur de l'incision a même de la tendance à se recroqueviller en dedans ; je favorise ce recroquevillement en décollant et refoulant cette séreuse.

Cessant ensuite toute traction sur le sac, voici comment je traite celui-ci : au lieu de le réséquer, ce qui est conseillé par tous, je le conserve, au contraire, et me proposant d'obtenir la réunion de ses parois, je pratique seulement un raclage superficiel de toute l'étendue de sa face interne. Lorsque la surface interne du sac est congestionnée et irritée, comme cela a lieu dans les hernies étranglées, par exemple, je me borne à aviver incomplètement à l'aide de la solution phéniquée forte ou de la solution au chlorure de zinc.

Après la guérison je congédie les malades sans leur conseiller l'application du bandage herniaire.

J'ai obtenu par ce procédé sept succès définitifs sur les sept malades que j'ai opérés. La réunion s'effectua toujours par première intention.

Les avantages de ce procédé sont en conservant le sac : 1° la durée de l'opération devient moins longue et moins pénible ; 2° on ne s'ex-

pose pas à intéresser les organes du cordon, et 3° on renforce l'occlusion de l'orifice supérieur du collet par la réunion des parois du sac donnant par leur adhésion un véritable pilier soutenant la cicatrice.

M. ROUTIER. — J'ai fait 14 cures radicales par extirpation complète du sac, sans suture des piliers. Tous mes malades ont guéri. Dans un cas, j'ai eu un peu de suppuration au niveau d'un drain, dans un autre cas, ayant cru devoir supprimer le drain, j'ai eu un phlegmon des bourses qui a guéri.

Sur ces 14 hernies, une siégeait sur la ligne blanche, une autre était ombilicale. Les 12 autres étaient inguinales ; 5 fois elles contenaient le *cœcum*.

Les hernies de la ligne blanche et de l'ombilic sont complètement guéries ; ces malades ne portent pas de bandage.

En ce qui concerne les 12 autres opérations, 4 sont trop récentes pour que l'on puisse former une opinion relativement à la cure radicale.

4 Malades n'ont pu être retrouvés malgré toutes les recherches que j'ai faites à ce sujet.

Des quatre derniers, le premier opéré en octobre 1885 avec castration, est parfaitement guéri sans bandage. Le second, opéré en août 1885, est guéri ; il porte un très léger bandage ; il avait été opéré pour une hernie incoercible.

Le troisième, opéré en juillet 1886, est complètement guéri, il porte un bandage d'ailleurs inutile, car il est très mal appliqué.

Le quatrième a été opéré en janvier 1887 à la suite d'accidents d'enrouement ; il est complètement guéri.

Il s'agit dans tous ces cas, d'individus obligés à de rudes labeurs. Les résultats seraient bien meilleurs encore s'il s'agissait de personnes n'ayant pas de travail fatigant à accomplir.

M. MOLLIÈRE (de Lyon). — La kélotomie est une opération sans gravité par elle-même, et si on a cru le contraire, c'est parce que l'on a confondu les dangers de la kélotomie et ceux de la hernie étranglée.

Voici le procédé que j'emploie :

1° Isoler, sans l'ouvrir, la tumeur herniaire. Cette dissection est facile, quelle que soit la hernie, elle est un peu plus longue avec les hernies inguinales. Lorsqu'il s'agit d'une hernie ombilicale, il faut enlever le nombril. Sans cette précaution on ne pourrait pas isoler le sac.

2° Le sac isolé, on l'ouvre à sa partie saillante et l'on examine les viscères contenus.

3° Débridement en dehors du sac et dilatation du collet lorsque la hernie est étranglée, au moyen d'un instrument mousse et réduction de l'intestin.

4° Enfin, ligature du sac avec un fil élastique très serré. Au moment de faire cette ligature, on tire fortement sur le sac pour que la ligature étrangle l'entonnoir péritonéal au-dessus de lui.

J'ai pu vérifier par l'autopsie (à longue échéance) le radicalisme de la cure.

Je ne saurais citer les observations sur lesquelles je me fonde pour émettre les opinions précédentes : la lecture de plus de deux cents faits serait, je crois, fastidieuse, et ils sont loin de représenter ma pratique au point de vue de la kélotomie.

M. TRÉLAT. — L'accord est près de se faire sur la question de la cure radicale des hernies, dont je condamne la dénomination parce qu'elle engage les chirurgiens dans une voie erronée en faisant croire à une véritable guérison alors qu'on obtient qu'une simplification : je préfère le mot de cure opératoire ou chirurgicale.

Au point de vue des indications, les hernies habituellement réduites et facilement contenues ne doivent pas être opérées ; car dans 40 % des cas, le malade doit continuer à porter un bandage après l'opération qui serait alors parfaitement inutile. Il faut intervenir au contraire dans celles qui présentent une irréductibilité quelconque, quelque petite que soit la portion irréductible, quand ce ne serait qu'une bride entraînant, au moment de la réduction, le sac ou le testicule ; l'opération est également indiquée pour les hernies impossibles ou trop difficiles à maintenir réduites.

C'est la simplification des hernies adhérentes et compliquées qui est la vraie conquête accomplie par la cure chirurgicale des hernies ; elle sauve des individus condamnés à une mort certaine, à une échéance plus ou moins éloignée. Je suis convaincu que l'intervention limitée à cette catégorie suffirait déjà à prolonger notablement la survie moyenne des hernieux.

Dans les cas heureux, on peut obtenir la guérison totale ; elle a été réalisée dans 60 % des cas. Mais cette probabilité joue un moins grand rôle que la bénignité de l'opération. Pour faire une leçon, j'ai réuni en une seule soirée 160 cas sans une seule mort, dus presque tous à des chirurgiens étrangers. A la Société de chirurgie, on a cité dans une discussion récente plusieurs séries également heureuses : formant ensemble 130 cas. En ajoutant à ces faits 17 opérations faites dans mon service, on arrive au chiffre de 307 cas sans mort. Ce n'est pas une statistique ; je n'ai fait que cueillir comme des fleurs les faits connus, on arrive à une proportion de mortalité de 0.04 %. Quoique la mort soit possible dans certains cas graves, je ne connais pas d'opération chirurgicale plus bénigne.

Voilà pourquoi la cure radicale a rapidement fait, à des degrés di-

vers, la conquête des chirurgiens de tous pays ; elle est sans mortalité, elle supprime des menaces graves et annihile ou réduit au minimum une désagréable infirmité. J'ai résisté longtemps pour ma part, mais j'ai fini par me laisser séduire, — j'allais dire réduire — et j'ai abandonné la pratique de la réduction progressive et laborieuse des hernies adhérentes que je considère aujourd'hui comme une mauvaise pratique.

Cette opération réunit la plupart des conditions réclamées par M. Verneuil : si elle n'est pas toujours simple, elle est bénigne pourvu qu'elle soit aseptique, et elle sera efficace toutes les fois qu'on se conformera aux règles énoncées par M. Lucas-Championnière ; elle remplace une infirmité par une cicatrice à peine visible.

M. J. BŒCKEL (Strasbourg) a fait 12 fois la cure radicale sur des malades qu'il a pu revoir. Cinq fois il s'agissait de hernie non étranglées — 3 volumineuses et incoercibles, et 2 partiellement irréductibles — et sept fois de hernies étranglées.

Ses résultats ont été peu encourageants : il a perdu deux opérés : l'un, le cinquième jour, de septicémie aiguë par gangrène des bourses ; l'autre, de delirium tremens après la guérison de la plaie.

Sur les 10 survivants, deux ont vu très rapidement reparaitre une hernie, resté encore il est vrai, au bout de 7 ans, coercible et bien contenue ; un vieillard opéré de laparo-herniotomie sans cure radicale proprement dite a vu apparaître une pointe de hernie au bout de 3 ans : un autre opéré dans les mêmes conditions, il y a trois ans ne présente pas de récurrence ; trois ont été revus sans récurrence après 10, 12 et 18 mois ; les trois derniers enfin ont été suivis sans récurrence de 6 à 7 ans. Tous portent des bandages de précaution.

Après avoir expérimenté les divers procédés opératoires, c'est à celui de M. Lucas-Championnière que M. J. Bœckel s'est arrêté.

M. LE DIBERDER (de Lorient), après avoir donné les résultats de l'autopsie d'un homme auquel il avait fait la cure radicale par le procédé de l'invagination de Gerdy, expose son opinion sur le rôle du tissu conjonctif sous péritonéal dans la guérison des hernies. Il lui attribue le principal rôle dans l'occlusion du trajet herniaire par les proliférations cellulo-graisseuses, puis fibro-graisseuses qui peuvent s'y produire sous l'influence de diverses irritations et dont le lipome herniaire est un exemple. On pourrait utiliser davantage ses propriétés végétantes pour la cure radicale.

M. J. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — Les statistiques dans le cas qui nous occupe n'ont pas une importance comparable à l'opinion d'un chirurgien qui a vu beaucoup de ces faits. Je ne parle que des cures radicales pures, car celles qui complètent la kélotomie pour étranglements

sont faites dans de mauvaises conditions de sang-froid et de préparation, et doivent être systématiquement écartées du débat.

J'ai fait 81 cures radicales. Les deux plus anciennes datent de 7 ans et les deux opérés ont besoin d'un bandage, mais l'un n'a pas été opéré suivant toutes les règles que je connais aujourd'hui et l'autre avait une hernie énorme. Point n'est besoin du reste d'une si longue observation ; dès la sixième semaine on peut juger si une opération sera réellement curative.

Au point de vue de la mortalité, j'ai perdu mon dernier opéré, mais cela ne change pas mon opinion sur la bénignité de l'opération : il s'agissait d'une hernie trop volumineuse, chez un emphysémateux, j'opérais hors de mon service, sans mes aides habituels, de sorte que l'opération a duré 2 h. 10. Très bien pendant deux jours, le malade a été pris le soir d'une congestion pulmonaire qui l'a rapidement emporté. Si on l'avait surveillé de plus près, comme dans mon service, peut-être une large application de ventouses l'aurait-elle sauvé. Ce cas n'est pas comparable aux autres, et j'aurais aussi bien pu perdre une femme que j'ai opérée d'une hernie ombilicale de 78 centimètres de circonférence.

Le bandage peut être indispensable s'il reste un large orifice.

Dans les autres cas il ne sert qu'à atrophier la cicatrice, comme l'a fort bien dit M. Socin, et je me contente d'un bandage placé au-dessus du trajet herniaire, qui le protège contre la poussée intestinale.

En dehors des indications évidentes, je ne vois pas pourquoi le simple désir d'une guérison radicale ne suffirait pas, puisque cette guérison peut être obtenue dans ces cas favorables, que n'opèrent pas ceux qui nient cette guérison. Pour moi, j'ai opéré plusieurs enfants et je suis persuadé que j'aurai chez eux de merveilleux résultats : la hernie congénitale, en particulier, crée une indication absolue à cause de l'intégrité du reste des parois abdominales qu'une gymnastique spéciale peut encore fortifier.

Il faut surtout opérer les hernies qui s'accroissent, car la cure radicale a trois ennemis : la congestion pulmonaire — très redoutable chez les sujets âgés et pour les grosses hernies — le gros intestin, qui rend l'opération difficile et la récurrence certaine ; enfin la déchéance organique des vieux hernieux qui sont souvent albuminuriques ou glycosuriques. Opérez donc les petites hernies avant que leur volume n'ait rendu l'opération plus dangereuse et moins efficace.

M. SCHWARTZ. — Je n'ai eu l'occasion d'opérer qu'un seul cas de hernie non étranglée, mais il présentait des particularités qui me semblent intéressantes.

Il s'agissait d'un homme de 36 ans, tuberculeux au début, ayant une

hernie inguinale du volume d'une grosse tête d'enfant, irréductible et très douloureuse. Les procédés de réduction progressive ayant échoué, je me décidai à l'opérer en mars 1887. Après l'incision du sac, je tombai sur le gros intestin, l'S iliaque munie de ses appendices qui avaient acquis le volume du poing, tandis que les parois de l'intestin lui-même avaient une épaisseur de un centimètre. Il n'y avait aucune adhérence et cette augmentation de volume était la seule cause d'irréductibilité, si bien que j'ai dû débrider à 4 centimètres l'anneau herniaire qui admettait déjà 4 doigts. La dissection du sac fut entravée par son amincissement et son adhérence absolue à l'anneau ; ne pouvant lier ce sac assez haut, je fis la suture des piliers.

Malgré le port d'un bandage, la guérison ne se maintint que 3 mois, mais c'est seulement au bout de 7 mois que la hernie reprit un volume notable. Le malade succomba à sa tuberculose au bout de 9 mois.

Peut-être aurait-il fallu consolider la cicatrice chez ce diathésique affaibli et toussueur en transplantant un lambeau de peau cruenté. Je le ferais si une circonstance semblable se présentait.

M. DOYEN présente aux membres du congrès deux malades qu'il a opérés de cure radicale par le procédé de M. Lucas-Championnière et qui peuvent se passer de bandages.

M. P. SECOND. — La cure chirurgicale des hernies, est-elle, oui ou non radicale ? Querelle de mot, a-t-on dit ; M. Lucas-Championnière a même avancé qu'il s'agissait là de " chinoiseries " sans importance. Le qualificatif est pour le moins sévère, car cette prétendue " chinoiserie " tient en réalité sous sa dépendance une série de questions relatives aux indications, au manuel opératoire, au traitement consécutif. J'ai 44 observations de cure radicale qui comprennent 14 cures radicales proprement dites (9 inguinales, 5 crurales) et 30 cures radicales pratiquées pour les hernies étranglées. Cette association des cures radicales pour hernies étranglées doit être soigneusement évitée lorsqu'on étudie la question de la cure radicale dans son ensemble, mais elle est entièrement légitime lorsqu'il s'agit de juger le résultat définitif de l'opération.

Les résultats de ce 44 opérations ne donnent pas une seule mort parmi les cures radicales proprement dites ; perfection du résultat chez tous les opérés qui ont porté bandage ; récurrence chez presque tous ceux qui ont négligé cette précaution. Je conclus que l'opération est bénigne et qu'elle donne de merveilleux résultats ; mais que le port consécutif d'un léger appareil de contention est la seule garantie d'une guérison durable. Cette réserve ne diminue pas les incontestables mérites de l'opération dont je suis du reste un partisan très convaincu. Mais, d'après moi, elle donne à la mise au point de sa valeur réelle

plus de vérité. Elle exerce en effet une indéniable influence sur la manière de juger les questions concernant les indications de l'opération, son manuel opératoire et les soins ultérieurs qu'elle exige.

Au point de vue des indications j'adopte sans restrictions la formule de M. Trélat : " Toute hernie quelle qu'elle soit, qui n'est pas complètement, constamment, facilement contenue par un bandage, est justiciable de la cure radicale. " Mais il faut se conformer strictement aux termes de cet énoncé. La cure radicale est une opération bénigne, soit, mais, si rares qu'ils soient, les accidents sont, en définitive, possibles ; comme à la suite de toute intervention sanglante dans ces conditions, le droit d'opérer ne saurait être conféré que par des indications nettes et précises basées, non seulement sur les caractères de la hernie, mais aussi sur l'état général du sujet. Il ne faut donc pas considérer l'opération comme applicable à tous les cas, ou dire que le simple désir d'un malade puisse être accepté comme une indication suffisante.

Relativement au manuel opératoire, je partage les opinions de M. Lucas-Championnière. La résection totale du sac, sa dissection portée le plus haut possible et la ligature très élevée de son collet sont les conditions indispensables à remplir lorsqu'on veut obtenir la cure d'une hernie crurale quelconque ou d'une hernie inguinale de la femme. En est-il de même pour la hernie inguinale de l'homme ? Je ne le crois pas. La résection quand même du sac, peut en effet conduire à la blessure des éléments du cordon et finalement à la castration. Le fait est très rare, mais possible. On a même dit qu'il fallait castrer toutes les fois que la dissection du sac était difficile. Une pareille assertion doit être repoussée, bien que l'utilité de la castration ne soit pas contestable dans certains cas déterminés.

Il en est ainsi quand une hernie inguinale se complique d'ectopie inguinale, de néoplasme ou de névralgie testiculaire. Mais, hors de ces conditions précises, la castration doit être bannie. D'une manière générale il faut subordonner ses manœuvres à la conservation du testicule. Lorsque la dissection du sac est possible, et c'est presque la règle, il est formellement indiqué de réséquer ce sac et de lier haut son collet. Si, par exception, cette dissection paraît dangereuse pour la vitalité du testicule, il faut opter pour un autre procédé opératoire et se contenter, par exemple, de la suture en capiton de Julliard.

Il est des chirurgiens qui estiment que le bandage post-opératoire est inutile ou même nuisible. Or, on a surtout préconisé (Anderegg, élève de Socin) la cure radicale sans bandage dans les cas suivants : hernies petites, hernies récentes, hernies développées chez les sujets jeunes. Dans ces cas-là, j'accepte que le bandage soit inutile ; mais,

en revanche, je crois que les indications de l'opération sont généralement fort discutables. Quant aux hernies plus importantes, gênantes ou dangereuses, irréductibles, incoercibles ou douloureuses, elles ont une telle tendance à se reproduire après l'opération qu'il est prudent de considérer la récidive comme une règle.

Cette manière de voir est, du reste, conforme aux données de la pathologie : n'est pas hernieux qui veut, et c'est pourquoi les résections et les sutures les mieux entendues ne sauraient abolir ce triste privilège. Je pense donc que le port d'un bandage est indispensable à prescrire à la suite de la cure radicale des hernies, si l'on veut assurer à ses opérés les bénéfices définitifs de l'opération qu'ils ont subie. Il est à peine besoin d'ajouter que ce bandage post-opératoire ne doit avoir d'autre office que le soutien de la région opérée. Il n'a rien de commun avec les appareils qui torturent, on peut le dire, l'existence des hernieux non opérés, et la nécessité de porter bandage après l'opération ne saurait, dès lors, modifier les indications ou diminuer les précieux avantages de la cure chirurgicale des hernies non étranglées.

M. L. G. RICHELLOT. — Le *procédé* qui mène le mieux à la cure radicale, c'est l'ablation du sac en totalité, par une dissection minutieuse qui l'isole jusque dans le ventre ; puis la formation d'une cicatrice de soutien au dépend du trajet, rétréci dans toute sa hauteur par des sutures profondes. Les procédés infidèles sont tous ceux qui laissent une partie de la séreuse : ablations incomplètes, sutures des piliers seuls, capitonages, bouchons épiploïques, refoulements du sac.

La *hernie* n'est pas toujours complaisante au même degré. A ce point de vue, je vous propose une division arbitraire en trois catégories : hernies simples, hernies complexes, hernies des vieillards et des cachectiques.

(a) *Hernies simples*, relativement récentes, peu volumineuses, réductibles, comme les hernies congénitales, ont les meilleures chances de guérir définitivement, quand on opère sans attendre.

J'ai fait vingt-deux fois la cure radicale. Sur ce nombre, il y a des cas simples ; chez tous mes adolescents, — hernies congénitales sans complications, — la restitution anatomique est entière. Parmi les adultes je citerai un homme de 48 ans, un buveur, qui n'a cessé de courir à travers la salle pendant les huit jours qu'a duré la réunion de sa plaie, et qui, en sortant de l'hôpital, avait une bonne cicatrice de soutien, un trajet fermé, aucune impulsion viscérale. Je lui ai défendu de porter un bandage.

La cure radicale, dans les hernies simples, donne donc les meilleures chances de guérir en définitive ; elle est, par suite, indiquée si le malade l'accepte ou la désire.

Il s'agit de la plus bénigne des kélotomies ; avec une bonne antisepticité, l'opération est d'une innocuité absolue. Nous avons 150 faits sans mortalité. Pensons bien plutôt à la gravité de ces petites hernies qui, malgré le bandage et quelquefois à cause de lui, peuvent amener des accidents mortels.

(b) *Hernies complexes.* — Elles sont anciennes, avec des anneaux larges, volumineuses, incoercibles, adhérentes. La guérison radicale est moins sûre ; cependant il y a des succès définitifs.

Dans les hernies complexes, quand la guérison ne se maintient pas, ce qu'on obtient toujours, c'est la suppression des accidents. Or, pour quoi ergoter sur le sens du mot "radicale" ?

Une opération est légitime quand elle est inoffensive — nous n'avons pas de mortalité — et quand elle donne pour résultats, ou la guérison radicale, ou la suppression de la gêne, de la douleur et des dangers à venir.

Conclusion, pour les hernies complexes : la guérison définitive est souvent obtenue ; si elle manque, la récurrence est en général une pointe insignifiante et facilement tolérée.

(c) *Hernies des vieillards et des cachectiques.* — Le diabète, l'albuminurie, etc., sont des contre-indications d'ordre général sur lesquelles je n'insiste pas. Quant aux vieillards épuisés, emphysémateux, avec des hernies qui leur vont jusqu'au genou, en vérité, ce n'est pas pour eux que la cure radicale est faite ; les bénéfices d'une guérison éphémère ne sont pas à mettre en balance avec les risques de l'intervention.

J'ai cependant opéré à deux reprises un vieillard de 70 ans, qui vivait dans son lit, sans faire un mouvement, avec deux hernies énormes.

Une première fois j'ai fait rentrer dans l'abdomen une masse d'intestin grêle et de gros intestin ; la réunion s'est faite immédiatement sans fièvre. Encouragé par ce résultat, j'ai opéré l'autre côté deux mois plus tard ; aucun accident local, aucune trace de péritonite ; mais une congestion pulmonaire est survenue, qui a terminé la scène le troisième jour.

Je ne me suis pas repenti d'avoir opéré cette homme, car on peut être amené par les circonstances à prendre de pareilles responsabilités. Mais il n'en est pas moins vrai que la cure radicale ne convient nullement aux situations de ce genre.

Hernie de l'appendice idéo-cœcal suppuré. — Cure radicale.

M. LE BEC (Paris). — X..., âgé de 59 ans, entre à l'hôpital Saint-Joseph. Il est porteur d'une fistule située à la partie moyenne du scrotum. Il a, en outre, un bandage herniaire. Le testicule paraît sain,

mais le cordon est couvert par le trajet fistuleux et le tout forme une masse du volume du petit doigt, ressemblant à une masse tuberculeuse suppurée et partie du canal déférent. Je pensai que le mal était entretenu par le port du bandage et je me décidai à faire la cure radicale. La peau ouverte, je trouvai une masse allongée, du volume du petit doigt, paraissant être le cordon épaissi par l'inflammation. Les vaisseaux spermaticques furent disséqués ; je découvris le canal déférent englobé dans le paquet inflammatoire, mais malheureusement il se déchira, ce qui me décida à enlever le testicule. Le malade étant âgé, cela n'offrait pas d'inconvénient. En poursuivant la dissection de la masse inflammatoire, je vis qu'elle faisait corps avec le sac et remontait jusqu'à l'anneau inguinal externe, et de là pénétrait dans l'abdomen. C'était l'appendice idéo-cœcal, adhérent au sac, dont l'extrémité renflée était enflammée et entretenait la fistule. Je fendis le sac sur les parties latérales. L'extrémité adhérente et suppurée fut détachée soigneusement et liée ; le tout fut rentré dans l'abdomen. Le malade guérit et n'eut qu'un petit abcès sous la cicatrice, par suite d'un drainage imparfait. J'ai revu l'opéré au bout de cinq mois. Il portait un bandage et pouvait travailler.

DEUXIÈME QUESTION

OPÉRATION D'ESLANDER

Des suppurations chroniques de la plèvre et de leur traitement (opérations de Létévant et d'Estlander). Indications, contre-indications et résultats définitifs.

M. LE FORT (de Paris) — Tout le monde est d'accord pour admettre l'utilité réelle de l'opération d'Estlander et j'en apporte deux observations.

Je ferai seulement remarquer à ce propos qu'à l'époque où l'on a commencé à faire l'empyème, les cas où l'opération se terminait par une fistule persistante étaient plus rares qu'à l'heure actuelle, l'opération d'Estlander était moins souvent indiquée à l'époque où elle n'était pas connue. Voici suivant moi, la cause de cette différence.

Au début, la plèvre ouverte, on la lavait et l'on maintenait l'ouverture béante au moyen d'une mèche. Depuis, cette mèche a été remplacée par des tubes à drainage qui facilitent l'évacuation des produits

pleuraux, mais qui, restant ouverts, permettent la libre entrée de l'air dans le thorax. Dans ces conditions, l'aspiration de la cage thoracique ne se fait plus sentir sur le poumon, celui-ci reste revenu sur lui-même, et son expansion, qui est une des conditions les plus favorables pour l'oblitération de la cavité malade, en est d'autant plus difficile.

Je crois que les guérisons de l'empyème seraient bien plus fréquentes si, tout en mettant des drains destinés à faire des lavages fréquents, on s'arrangeait de façon que ceux-ci ne soient plus traversés par l'air au moins dans l'intervalle des lavages.

Parmi mes opérés, un d'entre eux m'a présenté un phénomène assez singulier. Il avait une fistule admettant 120 à 130 grammes de liquide sans inconvénients. Un jour, au retour de la maison de convalescence où on ne lui avait plus fait de lavages, je lui injectai 100 grammes de liquide. Immédiatement il tomba en résolution et son état nous fit craindre pour sa vie. A la suite de cet accident il eut une paralysie des membres qui guérit, mais très lentement. J'ai pensé qu'il avait dû se faire quelque apoplexie bulbaire dont la cause première est assez difficile à apprécier.

Costotomie sous-périostée appliquée aux suppurations chroniques de la plèvre

M. J. THIRIAR (de Bruxelles). — Depuis quatre ans j'ai opéré 13 malades atteints de pleurésie purulente avec fistules ; ils ont nécessité 19 opérations de thoracoplastie. Deux fois la résection costale n'a été que le premier temps de la pneumotomie et une fois elle a été faite selon les modifications apportées par Schede et Sprengel, c'est-à-dire que la paroi thoracique entière, sauf la peau, a été réséquée. Un seul opéré est mort des suites d'un refroidissement ; 11 ont guéri, mais une opérée est sortie de l'hôpital avec une petite fistule.

Des 10 qui guérirent 7 ont été opérés une fois ; un enfant de onze ans a été opéré deux fois ; un jeune homme de vingt ans a été opéré trois fois ; une jeune femme de vingt-neuf ans a été opérée trois fois.

Un jeune homme de vingt ans était atteint de pleurésie purulente à gauche avec fistule. Le 7 septembre 1885, je lui enlevai les 4^e, 5^e, 6^e, 7^e, 8^e côtes dans une étendue de 4 à 8 centim. Au deuxième pansement, je constatai l'absence d'un drain que l'on prétendit être tombé et que l'on me présenta.

Il sortit le 11 octobre 1885, guéri en apparence. Quelques semaines après, un nouvel abcès se forma et s'ouvrit. Le malade rentra dans mes salles en janvier 1886. Après avoir essayé diverses injections, je l'opérai de nouveau le 7 avril 1885. J'enlevai les 5^e, 6^e, 7^e et 8^e côte, dans une étendue de 11 à 12 centimètres.

Il sortit le 26 mai en conservant une fistule.

Le malade subit une troisième opération le 26 février 1887. Aux cinq côtes déjà réséquées antérieurement et que je réséquai encore, j'ajoutai la résection de

3 centimètres de la 2^e côte,
6 centimètres de la 3^e côte,
et 4 centimètres de la 9^e côte.

La plèvre fut, en outre, vigoureusement curettée.

En juin, la suppuration était toujours très abondante et le malade s'affaiblissait. Le 3 juin, je fis la résection de la plèvre et de la paroi thoracique.

Après avoir disséqué la peau, j'enlevai, au moyen du costotome ordinaire, un fragment de la paroi thoracique, partant de la 10^e côte et arrivant à la clavicule.

Je découvris alors un gros drain, calibre n^o 10 et long de 42 centimètres. Je l'enlevai et après un curettage soigné de la plèvre, surtout en dessous de la clavicule, je suturai mes lambeaux cutanés. Le 30 août, l'opéré sortait de l'hôpital, radicalement guéri. Je l'ai revu depuis ; sa santé est parfaite.

La seconde malade, une hystérique, a été opérée une première fois le 5 octobre 1885. Je lui enlevai alors 4 côtes ; en janvier 1886 la guérison était presque obtenue lorsque, sans cause connue, la suppuration reparut. Le 9 avril, je fis la résection de 3 côtes. L'opérée voulut sortir 10 jours après l'opération. Elle rentra dans le service le 12 mai et m'avoua alors qu'elle croyait qu'il existait plusieurs drains dans sa poitrine. Le 16 mai, je procédai à une exploration, et, avec le doigt, je retirai 3 morceaux de drains n^o 2 (nous n'avions jamais employé des tubes de si petit calibre).

Mon opérée marcha rapidement vers la guérison, mais le 13 juin, elle exigea sa sortie.

Après avoir essayé tous les procédés, je fais actuellement mes résections costales au moyen d'une seule incision transversale. Je puis enlever facilement de 7 à 8 côtes et j'obtiens ordinairement la réunion par première intention. L'étendue, la longueur et le nombre des côtes à réséquer sont subordonnés à l'étendue de l'affection. Je fais porter la résection sur le point le plus éloigné du poumon, c'est-à-dire sur la partie antérieure du thorax. C'est à tel point qu'après avoir coupé la côte à la partie postérieure, je la saisis au moyen d'un davier et je l'arrache de ses insertions cartilagineuses antérieures.

J'évite les injections dans la cavité pleurale, que j'ai bien désinfectée au moment de l'opération, et je favorise le retrait de la paroi thoracique par l'emploi d'une bande élastique.

M. J. BÆCKEL. — J'ai fait 12 fois l'opération d'Eslander, et sur ce nombre, j'ai eu 9 guérisons et 3 morts.

Dans ces deux derniers cas, les malades étaient des tuberculeux ayant de grandes cavernes ; comme la mort était imminente, parce que la plèvre était pleine de pus, j'ai cru pouvoir en faire l'ouverture en réséquant un certain nombre de côtes, au lieu de me contenter de pratiquer l'empyème. L'opération a aggravé l'état des malades et a hâté leur mort.

Le troisième cas est analogue : il s'agissait d'un cardiaque albuminurique ; l'indication de vider la plèvre était formelle ; je crus devoir le faire en réséquant les côtes, alors que j'aurais dû me borner à faire l'empyème. La mort du malade, qui était imminente, s'est trouvée hâtée.

Ces trois faits prouvent, une fois de plus, que l'abstention doit être la règle toutes les fois qu'il s'agit de phtisiques avancés, de cardiaques albuminuriques, mais ils ne sauraient être invoqués contre le principe même de l'opération.

Restent 9 guérisons. Sur ces 9 cas, il y a 6 guérisons définitives, une guérison temporaire, deux guérisons incomplètes.

La guérison temporaire s'est produite chez un malade qui a succombé quelques mois après l'opération. Les guérisons incomplètes sont celles des malades qui, après l'opération, ont conservé une fistule, mais qui ont cependant été notablement améliorés par l'opération.

Des six guérisons, trois se sont reproduites après résections parcimonieuses, parce que la cavité était petite. Trois fois, au contraire, la cavité ayant une certaine étendue, j'ai dû faire des résections larges : 66 centimètres de côte ont été enlevés dans un cas, 75 dans un autre. Sur un des malades dont la guérison a été incomplète, j'avais enlevé 1^{re} 25 de côte.

En ce qui concerne l'époque à laquelle remonte la guérison, je puis dire qu'elle remonte à sept ans pour le plus ancien malade, à 14 mois pour le plus récent. J'ajoute que cette guérison ne s'est accompagnée d'aucune déformation de la colonne vertébrale. Il est vrai qu'il ne s'agit pas d'enfants et que chez eux le résultat est peut-être différent.

De tous ces faits il me paraît résulter que les succès tiennent généralement à ce que les résections n'ont pas été faites assez largement.

Il résulte aussi de ces faits que le siège de la cavité se trouve souvent au niveau de l'angle de la côte, et qu'on ne fait généralement pas porter la résection en ce point parce que l'épaisse couche des muscles qui recouvrent la région rend l'opération particulièrement délicate.

Dans ces conditions, je crois qu'il y aurait avantage à toujours commencer l'opération en enlevant une petite étendue de côte au niveau

de la région le plus facilement accessible, quitte à la compléter plus tard lorsque l'on s'est rendu compte de l'inutilité de cette première tentative. On pourrait alors enlever une grande étendue du thorax, et faire porter la résection sur l'angle de la côte. Dans un cas, j'ai cru devoir compléter la résection costale par la résection de l'angle inférieur de l'omoplate.

Enfin, il est des cas où la plèvre, dure, épaissie, est un obstacle à la guérison : il y a avantage dans ces conditions à la sectionner dans toute sa hauteur et même à en réséquer une certaine étendue.

M. DELORME (du Val de Grâce).—L'opération Letiévant-Estlander, après avoir été acceptée avec enthousiasme, tend aujourd'hui à être délaissée, en raison des nombreux insuccès qui ont été signalés par les auteurs. C'est là cependant une bonne opération, digne d'être conservée, mais qu'il est nécessaire d'améliorer en recherchant les causes des insuccès et en tâchant d'y remédier.

Or, parmi ces causes d'insuccès, il faut signaler ce fait que la résection costale, telle qu'on la pratique, est mécaniquement insuffisante pour combler la cavité suppurante, non seulement lorsque celle-ci est extrêmement étendue, mais même dans les cas où la cavité est de profondeur moyenne. J'ai pu constater, en effet, que, même en portant la résection à des limites énormes, la paroi thoracique, pour venir prendre la position de la corde de l'arc costal enlevé, n'avait pas besoin de se déprimer de plus de 3 centimètres. Cette expérience démontre qu'une cavité qui dépasse 3 centimètres de profondeur ne pourra être comblée par le seul fait du retrait de la paroi privée de son squelette.

Mais il en serait tout autrement si l'on ajoutait à la résection osseuse la section verticale des parties molles de la paroi dans toute la hauteur de la cavité et que l'on refoule ensuite le lambeau charnu, ainsi obtenu, de façon à l'amener au contact de la paroi opposée. Si la cavité s'étendait au de là des limites de la résection, on pourrait même obliterer les culs-de-sacs latéraux avec la paroi repliée et fixée au besoin dans cette position par du catgut.

Les inconvénients de ce traumatisme, qui peut être très étendu, ne pourraient être mis en parallèle avec les dangers d'une suppuration persistante de la vaste cavité pleurale. L'hémorragie des intercostales est très facile à arrêter ; quant à la paralysie de la paroi, elle est sans importance, puisque dans ces cas le poumon racorni ne reprendra jamais ses fonctions.

(M. Delorme a employé la méthode dans un cas où la cavité suppurante comprenait le cul-de-sac supérieur de la plèvre. La première côte a été respectée, ce qui est très important, et cependant le blessé guéri a pu être présenté au Congrès).

L'obstacle à la guérison peut provenir de la nature tuberculeuse de la lésion pleurale. Dans ces cas, il faut pratiquer le grattage de la poche. Mais ce grattage ne doit pas être l'opération irrégulière, insuffisante, incertaine, dangereuse, qui consiste à enfoncer la curette à travers la fistule et à la porter rapidement dans différents sens. Il faut une opération méthodique, faite à ciel ouvert, que permet seule l'incision de la paroi dont il vient d'être question. Ce n'est que grâce à cette méthode que l'on pourra atteindre les diverticules de la poche et en particulier ceux des poches secondaires limitées par des adhérences, les intervalles interlobaires, des poches diaphragmatico-pulmonaires, etc.

M. VIEUSSE. — J'ai fait trois opérations d'Estlander. Dans un cas, le malade est mort, 48 heures après l'opération, de septicémie suraiguë ; les deux autres ont guéri.

Dans tous ces cas, l'intervention a été proposée après avoir essayé en vain de tous les moyens ordinaires. L'existence des malades était compromise par leurs fistules. Dans un cas l'une d'elles siégeait au niveau de l'angle de la côte.

M. BOUILLY. — Voici les résultats que j'ai obtenus à la suite de 13 opérations d'Estlander :

- 8 guérisons définitives et persistant depuis plusieurs années ;
- 2 cas avec une persistance d'une fistule ;
- 3 morts.

Deux de ces morts n'auraient pas dû être opérés ; dans ces deux cas il s'agissait de très grandes cavités comprenant la totalité d'un côté du thorax et que la plus vaste résection costale n'aurait pu combler.

L'un des opérés succomba quatre jours plus tard ; avec des phénomènes de septicémie suraiguë ; l'autre mourut le jour même de l'opération, n'ayant pu résister au collapsus opératoire.

Le troisième finit six mois plus tard, emporté par la fièvre hectique.

Des deux malades qui ont guéri avec une fistule, l'un est un tuberculeux ancien, chez lequel persiste un petit trajet ne mesurant que 4 centimètres, entretenu par l'épaississement de la plèvre et des tissus de la paroi. Son état général est tellement satisfaisant qu'il n'a pas voulu subir une nouvelle intervention.

Enfin, l'autre malade a été opéré au mois d'octobre dernier et, d'après l'expérience que j'ai des cas semblables, il n'est pas permis de dire qu'il conservera une fistule permanente.

Les huit opérés guéris sont et restent définitivement guéris, sans trajet ni fistule, avec une déformation un peu accentuée du tronc ; aucun trouble fonctionnel.

La résection a porté sur un nombre variable de côtes : jamais je n'en ai réséqué moins de deux, deux fois j'en ai réséqué 8 à 9.

Le plus souvent la résection a porté sur 4, 5 ou 6 fragments de côtes. Il en est de même de l'étendue des côtes enlevées qui varie de 2 à 11 centimètres.

Chez les huit malades, actuellement guéris *sans fistule*, cinq fois la guérison a été obtenue par une seule intervention.

Dans les trois autres cas, il a été nécessaire de refaire l'ablation de nouveaux fragments de côtes, et, dans un cas, d'enlever la plèvre épaissie qui s'opposait à l'effacement de la cavité sous-jacente.

Le temps nécessaire de la guérison peut être long : si dans un cas la guérison était définitive au bout d'un mois et demi, dans un autre au bout de trois, dans d'autres elle a dû être attendue pendant dix-huit mois et même deux ans.

L'âge des malades varie entre 12 et 31 ans : les cas les plus facilement guéris se rapportent à des sujets de 18 à 21 ans, sans doute en raison de la plus grande facilité de déformation thoracique et la souplesse de tout le squelette du tronc.

La plus ancienne fistule datait de 12 ans, la plus jeune avait un an ; entre ces deux extrêmes se trouvent tous les intermédiaires.

De l'étude de tous ces cas je crois pouvoir conclure que :

1° Les très grandes cavités ne doivent pas être opérées. En pareil cas, l'intervention est inutile et de plus, elle est dangereuse par l'étendue énorme de la résection costale ;

2° la cure des grandes cavités peut être utilement abordée : l'intervention est particulièrement utile dans ces cas chez les jeunes sujets n'ayant pas dépassé 20 à 22 ans ; elle présente son maximum d'efficacité quand la cavité s'étend surtout par en bas et ne dépasse pas par en haut la 3° côte. La présence d'un grand diverticulum sous l'omoplate ou vers l'angle des côtes constitue une condition défavorable ;

3° La meilleure condition de succès est représentée par la *cavité moyenne* siégeant vers la partie centro-latérale du thorax, au niveau ou au dessous de la région mammaire.

4° Les chances sont encore favorables, mais moindres, quand il s'agit d'un trajet fistuleux obliquement ascendant dont on ne peut atteindre la limite supérieure.

Dans tous les cas, tout le trajet doit être raclé jusque dans son fond et ses diverticules, débarrassé de tous les produits qui peuvent le tapisser, et soigneusement touché avec une solution antiseptique et modifiatrice, comme le chlorure de zinc à 8 ou 10 %.

M. BERGER (de Paris). — Sans vouloir rien enlever à la valeur bien reconnue des résections costales dans les cas qui nous occupent, je veux appeler l'attention du Congrès sur ces dangers possibles : je croyais en effet, il y a quelque temps, que l'innocuité de cette opéra-

tion était absolue et qu'elle ne pouvait être, au pis aller, qu'inutile ; mais dans deux cas de morts survenus dans des conditions analogue ont modifié mon opinion.

La première observation datant de quatre ans, a déjà été communiquée à la Société de chirurgie. Voici la seconde.

Il s'agissait d'un adulte, ayant eu depuis près de 12 ans, des pleurésies à répétition qui avait fini par aboutir à un empyème ouvert 4 ans avant mon intervention. Son état malgré une fistule persistante avait d'abord été tolérable, puis l'écoulement purulent s'était accentué et enfin étaient survenues des hémorragies importantes se faisant tantôt par la fistule tantôt par les bronches. L'intervention s'imposait. MM. Joffroy et Cuffer avaient constaté l'intégrité du poumon droit, et il semblait à l'auscultation que le poumon gauche eût commencé à se décoller ; on ne pouvait d'ailleurs apprécier les dimensions de la cavité par les injections qui déterminaient les accidents dyspnéiques à cause de l'existence d'une fistule bronchiale.

L'opération fut très laborieuse : la plèvre était suppurée en totalité et le poumon absolument rétracté ; les côtes, très friables, adhéraient entre elles et au périoste, la respiration se faisait mal : dans ces conditions, je renonçai à une intervention complète et me bornai à enlever une certaine étendue des côtes inférieures et à réséquer une partie de la plèvre épaissie, me réservant de faire une opération complémentaire et ne cherchant pour le moment qu'à obtenir une amélioration par la rétraction partielle de la cavité et un drainage plus complet. Après l'opération, le malade revint à lui mais présenta des troubles opératoires qui s'aggravèrent rapidement et déterminèrent la mort au bout de 4 heures. L'autopsie confirma l'intégrité du poumon droit et la rétraction absolu du poumon gauche.

Chez ce malade, comme dans mon premier cas, la mort n'est attribuable ni à l'hémorragie ni au shock opératoire, elle est due aux perturbations profondes apportées par la résection costale aux fonctions mécaniques du thorax. Les 7^e, 8^e et 9^e côtes que j'avais intéressées ont en effet un rôle très important : elles empêchent l'affaissement du thorax d'une part et fournissent de l'autre, un point d'appui au centre phrénique.

On me dira qu'on a pu sans accident réséquer jusqu'à la onzième côte, mais il s'agissait alors de sujets jeunes, assez résistants et porteurs de cavités pleurales peu considérables. Le mien plus âgé, épuisé et ne respirant plus que par un seul poumon, n'a pu résister à cette déséquilibration des forces respiratoires.

Faut-il pour cela conclure à l'abstention dans ces cas défavorables ? Oui, si le poumon opposé est sérieusement compromis par des caver-

nes ou par une tuberculose en voie d'évacuation, ou dans les cas de dégénérescence amyloïde évidente du foie ou des reins. Mais si la suppuration pleurale met seule la vie en péril, on ne peut refuser l'opération qui est un dernier secours.

Seulement dans ces conditions il faut se borner à intéresser 2 ou 3 côtes, ne chercher d'abord qu'un bon drainage et une désinfection facile, procéder par opérations successives et surtout respecter absolument les côtes inférieures et surtout la 10^e.

En suivant cette marche prudente, j'ai obtenu un succès complet dans un cas aussi graves que les deux précédents, où la cavité pleurale mesurait 21 centimètres et où les urines avaient contenu à plusieurs reprises de l'albumine.

M. KIRMISSON (de Paris) rapporte un fait qui tire son principal intérêt de la durée de l'observation.

Jeune homme ayant depuis deux ans une pleurésie purulente gauche ouverte spontanément au-dessous du mamelon, puis dans les bronches, et crachant un litre de pus par 24 heures. Poumon droit sain; Première opération à la fin de l'année 1884, large ouverture du 8^e espace et résections des 6^e, 7^e, 8^e et 9^e côtes sur une étendue de 5 à 8 centimètres; le malade étant affaibli M. Kirmisson s'arrête là, bien que la cavité remonte très haut. Le malade fut très amélioré mais non guéri. Un an après seconde intervention: résection de 8 côtes, de la 2^e à la 10^e. Aujourd'hui ce malade va bien mais conserve encore une petite fistule sécrétant 15 à 20 grammes de pus en 24 heures.

On sait maintenant que l'opération de Létivant-Estlander n'a qu'une valeur restreinte dans le cas de cavités voisines du sommet de la plèvre.

M. FAUVEL père (au Havre), présente une femme de 45 ans qu'il a opérée il y a trois ans par la résection de 4 côtes (12 à 8 centimètres des 5^e, 6^e, 7^e et 8^e côtes) et qui est parfaitement guérie. Il y a eu régénération osseuse au niveau des résections costales.

M. OLLIER (de Lyon).—Je veux seulement signaler quelques points de détail relatifs à l'âge du sujet et au siège des lésions; mon expérience remonte loin à ce sujet, car j'ai fait de nombreuses résections costales sur les animaux au moment de mes études sur les résections sous-périostées.

Les larges excisions du gril costal peuvent et doivent être faites chez l'adulte dans certaines circonstances, mais on ne saurait trop signaler le danger de résections semblables chez l'enfant. Quelle que soit la dimension du foyer pleural, l'élasticité des côtes permet toujours chez eux leur rétraction lente et graduelle, et il faut se borner aux résections nécessaires à l'établissement d'un bon drainage jusqu'à l'âge

de 10 à 12 ans. Les résections étendues amènent une guérison plus rapide, mais au prix de déformations ultérieures considérables du thorax et de la colonne vertébrale ; les déformations sont encore plus accusées quand la résection porte sur l'extrémité antérieure de la côte, par laquelle se fait surtout son développement et qui doit toujours être respectée chez les sujets dont la croissance n'est pas achevée.

Enfin, pour éviter les reproductions osseuses qui peuvent être fort gênantes et nécessiter même, comme dans un de mes cas, une nouvelle intervention, il est préférable, quand on opère des sujets jeunes et robustes, de détruire le périoste après l'ablation des fragments costaux. Le meilleur mode de destruction est une dissection attentive.

M. LEVRAT (de Lyon) rapporte l'observation d'un malade chez lequel il a dû revenir par 3 fois à la résection costale. Dans ses deux dernières tentatives, il a rencontré de véritables plaques osseuses très étendues dont l'ablation a été un peu laborieuse. La destruction du périoste par dissection ou avec le thermo-cautère, éviterait cet inconvénient.

M. OLLIER (de Lyon). — Ces plaques osseuses s'observent surtout après les inflammations anciennes de la plèvre, ce sont des ossifications parostales dues à une sorte d'action de présence du périoste sur les tissus voisins enflammés.

Je me suis trouvé, une fois, en face d'une difficulté spéciale ; la plèvre était tapissée d'une couche calcaire qui se prolongeait sur les parois de foyers interlobaires inaccessibles. J'arrivai par des opérations successives à enlever la plus grande partie, mais il en resta encore à la partie supérieure de la plèvre et j'ai dû me résigner à laisser au malade la petite fistule qui en résulte et n'altère nullement sa santé, plutôt que compromettre sa vie par une nouvelle intervention, car, mes tentatives d'ablation ont déterminé des hémorrhagies inquiétantes.

M. MOLLIÈRE (de Lyon). — J'ai assisté à la première opération de Létievant, comme aide, et je tiens à dire que cette opération a pris à Lyon, même entre les mains des médecins, une très grande extension. La plupart de ces cas seront d'ailleurs relatés dans un remarquable travail que va publier sur l'empyème mon collègue, M. Bouveret.

M. DURET (de Lille) communique une observation d'opération de Létievant-Estlander, chez un enfant de quatre ans.

La suppuration, fort abondante, durait depuis dix-huit mois et avait épuisé le petit malade. M. Duret réséqua cinq côtes dans l'étendue de dix à quatorze centimètres. La guérison fut obtenue complète, et le poumon reprit une ampliation beaucoup plus grande. — M. Duret conclut en insistant sur ce fait, que dans certain cas, même chez les jeunes enfants, l'opération de Létievant-Estlander peut donner d'excellents résultats.

Résection du bord inférieur du thorax.

M. LANNELONGUE. — Dans une communication à l'Académie des sciences, le 31 mai 1887, sur les abcès sous-phréniques ou sus-hépatiques, j'avais indiqué leurs origines multiples, et j'avais préconisé, suivant le siège qu'ils occupent, tantôt la simple ouverture de la paroi du ventre, tantôt la résection de la portion abdominale du thorax, y compris le bord inférieur. Chemin faisant, j'avais fait remarquer que cette résection saurait peut-être convenir à des kystes de la face supérieure du foie.

Aujourd'hui, je viens parler principalement de la résection du bord inférieur du thorax au point de vue de son manuel opératoire et de ses indications. Mais voici d'abord en quelques mots le fait nouveau qui s'est offert à moi et qui motive ma communication.

Le 28 février 1888, mon collègue Cadet de Cassicourt me montra un garçon de 12 ans, fils de père mort tuberculeux, mais lui-même bien portant jusqu'en novembre 1887. Il fut pris alors de phénomènes de péritonite subaiguë avec prédominance dans la fosse iliaque droite qui firent porter le diagnostic de pérityphlite tuberculeuse. Tout cela disparut au bout de 6 semaines, et pendant 12 jours l'enfant sembla complètement guéri, quand survinrent des douleurs dans l'hypochondre droit avec proéminence de la paroi costale en regard du foie et bientôt fluctuation audessous du bord inférieur du foie. M. de Cassicourt pensa de suite à une péri-hépatite suppurée, diagnostic bientôt confirmé par une vomique; je parlai de réséquer le thorax, mais comme l'enfant qui avait été dans un état très grave, était amélioré depuis la vomique, nous attendions quelques jours. Des phénomènes alarmants ne tardèrent pas à se reproduire; les 5 et 6 mars la température monta à 40°. L'opération fut faite le 7 mars.

1° *Pour reconnaître l'abcès*, j'ai fait une ponction dans le 7° espace intercostal, puis j'ai incisé au bistouri le même espace de manière à introduire le doigt dans la poche; j'ai ainsi reconnu que l'abcès adhérait au bord inférieur des côtes. En retirant le doigt, j'ai été frappé du bruit considérable produit par l'entrée de l'air dans la cavité, sorte de glouglou, de gargouillement, résultant de l'écartement des côtes et du diaphragme au moment de l'inspiration.

2° J'ai fait une incision de 9 à 10 centimètres sur le bord inférieur du thorax avec le thermo-cautère, de manière à arriver à la limite inférieure de l'abcès; je pénétrai, couche par couche, jusqu'à lui.

3° Je taille deux lambeaux cutanés par une incision perpendiculaire à la précédente et, passant par mon incision exploratrice du 7° espace, ces lambeaux sont disséqués et relevés de chaque côté en dehors et en dedans.

4° Je résèque le thorax en me guidant sur l'étendue de la poche ; en dedans, je coupe les cartilages des 7° et 6° côtes ; en dehors jusqu'à la 6° côte ; le bord inférieur du thorax enlevé mesure 8 centimètres et les deux autres côtés 5½ centimètres ; le segment est triangulaire et comprend toute la paroi.

Les intercostales sectionnées au cours de l'opération sont pincées facilement et liées. La paroi thoracique enlevée et le foyer détergé, je cherchai si le foie était atteint. Je ne trouvai rien, et les assistants furent frappés, comme moi-même, de voir à la place d'une cavité profonde, anfractueuse, une plaie exposée, superficielle, presque de niveau avec le reste de la paroi.

Depuis l'opération la température se maintient autour de 38° ; la fistule pulmonaire s'est oblitérée ; l'enfant est gai et mange.

En résumé, le cas clinique auquel nous avons eu affaire est celui d'un abcès sus-hépatique enkysté ; la portion du thorax enlevée comprend une partie du bord costal et les 7° et 6° côtes avec les espaces intercostaux correspondants. La formule opératoire est la suivante : *réséquer un segment triangulaire ou trapézoïde dont le rebord costal est la base ou le grand côté.* Avec ce procédé, on nettoie facilement le foyer, on a une surface exposée au niveau de laquelle aucun liquide ne s'accumule. L'inconvénient qu'on peut lui reprocher, à savoir le manque de protection du foie, une large cicatrice, ne peuvent être mis en balance avec la gravité de l'affection.

Mais je prends un second cas. L'abcès enkysté ne vient plus adhérer au bord inférieur du thorax ; il est situé plus haut et plus près en arrière ; n'aurait-on pas à craindre d'ouvrir la cavité péritonéale en voulant atteindre cet abcès ? Je croyais cette objection fondée avant l'expérience suivante que j'ai faite sur deux jeunes sujets.

En incisant sur le rebord costal, de l'appendice xiphoïde jusqu'à l'extrémité antérieure de la onzième côte, j'ai pu pénétrer à la face interne des côtes inférieures sans ouvrir le péritoine, décoller et réfolder le péritoine avec le manche du scalpel. Cette préparation rapidement et grossièrement faite, on a sous les yeux la face supérieure du foie largement découverte et tapissée par le péritoine. S'agit-il d'un abcès, on l'atteindra très facilement par cette voie. A-t-on affaire à un de ces kystes de la face supérieure du foie si difficilement abordables jusqu'ici, on pourra faire une boutonnière à la séreuse et suturer les lèvres de cette boutonnière à la paroi du kyste.

Se trouve-t-on en présence d'une tumeur solide du foie ou du diaphragme, il ne sera pas impossible de l'extirper par cette large brèche.

Enfin, dans certain cas, je pense que la résection temporaire ou momentanée du bord inférieur du thorax pourra être utilisée.

TROISIÈME QUESTION

RÉCIDIVE DU CANCER

De la récidive des néoplasmes opérés. Recherches des causes, de la prophylaxie.

M. CAZIN expose les résultats de sa pratique, de 1862 à 1886, au sujet de la récidive des cancers du sein opérés.

Sur 102 squirrhes, 60 qui s'accompagnaient d'engorgement ganglionnaire lui ont donné 7 guérisons définitives, 3 malades perdues de vue, 48 récidives et 3 morts ; 42 laissant les ganglions intacts, lui ont fourni 8 guérisons, 5 malades perdues de vue, 28 récidives et un décès.

Sur 120 encéphaloïdes, il a obtenu dans 80 cas avec lésions ganglionnaires, 5 guérisons, 4 malades perdues de vue, 67 guérisons et 4 morts ; et dans 40 cas sans ganglions, 8 guérisons, 5 malades perdues de vue, 26 récidives qu'il a observées ont débuté de 3 mois à 7 ans après l'ablation.

Il attribue la proportion relativement considérable de ses succès aux préceptes qu'il a toujours suivis : ablation très large, sans se préoccuper de la réunion immédiate, évidemment de l'aisselle, même quand les ganglions paraissent sains et ablation des troncs lymphatiques intermédiaires à la tumeur et aux ganglions axillaires.

M. VERNEUIL. — En dehors des précautions opératoires si bien exposées par M. Cazin, les moyens qu'on peut employer pour empêcher la récidive sont encore à l'étude.

Dans l'immense majorité des cas le cancer est une affection constitutionnelle, dont le début peut être local, mais qui, une fois développé, infecte pour toujours l'économie et ne guérit jamais. Il peut seulement y avoir des trêves plus ou moins longues avant la récidive. Entre autres faits confirmant cette idée, j'ai vu sur une dame de Constantinople une récidive survenir dans une cicatrice d'ablation de cancer du sein, 30 ans après l'opération, avec des caractères hystologiques identiques à ceux de la première tumeur. Une autre fois j'ai vu une récidive ganglionnaire survenir six ans et demi après l'ablation du col utérin épithéliomateux. De tels exemples ne sont pas exceptionnels après l'ablation de la langue.

Pour expliquer le premier fait, on peut invoquer une détermination

nouvelle de la diathèse sur la cicatrice, qui est un lieu de moindre résistance ; je préfère l'idée de latence morbide qui explique aussi les récurrences ganglionnaires. Il me paraît évident que là où s'est faite la récurrence, il existait déjà des éléments morbides au moment de l'opération. Ceci dit sans rien préjuger sur la nature microbienne du cancer, qui n'est pas encore établie.

Que faisons-nous pour éviter ces malheurs ? Tout au plus, en général, conseille-t-on un traitement post-opératoire de 6 mois. Je pense cependant que ces germes, à l'état embryonnaire, pour ainsi dire, peuvent être détruits ou influencés par les médications qui sont impuissantes sur le cancer déclaré. Pour ma part, je conseille après les opérations de cancer un traitement permanent arsenical et alcalin. Je fais prendre 3 milligrammes d'arsenic par jour et une cuillerée à café de magnésie chaque soir dans un verre d'eau froide. — Sous l'influence de ce traitement, j'ai vu rester stationnaire depuis plus d'un an un ganglion sous-claviculaire que j'avais laissé après une amputation du sein. Par contre, je ne saurais trop m'élever contre l'usage funeste de l'iodure de potassium.

Il faut conseiller, en outre, le régime végétarien. Je sais que M. Reclus publiera prochainement d'importants documents sur cette question et je vois par moi-même en comparant mon service actuel à ce qu'il était du temps de Lisfranc dont j'étais l'interne, — et ce service a conservé depuis 44 ans la même sorte de clientèle, — je vois, dis-je, que le nombre des affections cancéreuses a notablement augmenté. Je sais, en outre, que dans les campagnes, depuis que l'usage de la viande s'est généralisé on a vu augmenter la tuberculose et l'arthritisme, sous la dépendance duquel est le développement du cancer.

M. PONCET. — Je crois que les renseignements ne seront profitables qu'à condition de porter isolément sur chaque variété de tumeur et sur chacune de ses localisations, qui en modifient notablement la malignité.

Sur sept épithéliomas primitifs de la peau du cuir chevelu, tous sont morts après une ou plusieurs interventions, dans l'espace de 2 à 3 ans. Au contraire, l'épithélioma étendu au cuir chevelu, ayant débuté dans un vieux kystes sébacé, lui a donné, dans les deux cas qu'il a opérés, deux guérisons persistantes, dont l'une date de 7 ans.

Les épithéliomas de la peau, développés sur des cicatrices de brûlure, ont donné une récurrence rapide et deux cas inopérables : pour avoir des chances de guérison, il ne faudrait pas hésiter à faire des ablations très larges et à recouvrir par autoplastie la perte de substance.

Huit opérés d'épithélioma de la langue sont tous morts de récurrence

en moins de deux ans ; au contraire, j'ai deux succès durables pour des épithéliomas du plancher buccal ; dans l'un d'eux, la guérison fut consécutive à plusieurs récédives et elle est due à une très large intervention favorisée par la ligature des deux carotides externes de la résection du maxillaire inférieur.

De l'ensemble des faits observés, je conclus que :

1° La récédive est à peu près fatale chez les sujets présentant une hérédité cancéreuse directe ;

2° Quand les ganglions sont envahis la tendance à la récédive s'en trouve accentuée ;

3° La meilleure prophylaxie réside dans l'ablation rapide et large. Dans certaines régions il ne faut pas reculer devant ces opérations préliminaires dont l'importance pourrait sembler hors de proportion avec l'étendue de la tumeur à enlever.

4° Il faut aussi savoir s'abstenir de toute tentative d'opération radicale dans les circonstances trop défavorables ; bon nombre de cas ne sont justiciables que d'une intervention palliative.

M. JULES BÆCKEL, de Strasbourg. — Sur 103 opérations pour cancer, j'ai eu 89 guérisons et 14 morts.

Sur ces 89 guérisons 12 seulement peuvent être considérées comme définitives ; 32 malades ont été perdus de vue au bout de deux à quatre ans, les 45 autres ont récédivé. Parmi ces récédives une est survenue au bout de six ans (rectum) et 3 de onze et demi à douze ans (langue, lèvre et rectum).

M. POLLOSSON (de Lyon). — J'ai étudié spécialement sous le rapport de la récédive les myômes diffus des membres. Sur 7 cas, que j'ai pu suivre assez longtemps et qui ont été traités par l'extirpation en apparence complète de la tumeur, tous ont récédivé au bout d'un an au plus et le plus souvent de trois à six mois, et cinq ont abouti, dans de mauvaises conditions, à l'amputation ou à la désarticulation du membre atteint.

Ces récédives s'expliquent par ce fait que l'ablation limitée à la tumeur est presque nécessairement incomplète.

M. Pollosson conclut qu'en présence de cette affection, il faut se résoudre de bonne heure au sacrifice du membre, sinon d'emblée, au moins après la première récédive.

M. LABBÉ (de Paris). — Il est difficile de donner un jugement motivé par des chiffres sur la question qui nous occupe, mais l'impression d'un chirurgien qui a beaucoup vu peut avoir une certaine valeur.

Le principe de la nécessité des larges ablations locales et ganglionnaires est accepté par tous les chirurgiens, mais il est quelquefois difficile d'obtenir des malades le sacrifice d'un membre en apparence peu

compromis : cela m'est arrivé pour un malade atteint justement de myxôme diffus du bras, qui a refusé la désarticulation de l'épaule et qu'on m'a ramené il y a quelques jours atteint de récurrence inopérable.

Mais il est des tumeurs bénignes qui prêtent à des considérations intéressantes au point de vue de la récurrence ; je veux parler des tumeurs adénoïdes du sein dont j'ai déjà signalé avec M. Coyne la tendance récidivante.

L'opération classique appliquée à ces tumeurs est la simple énucléation ; elle est notoirement insuffisante et il est nécessaire de dépasser dans une certaine étendue la capsule d'enveloppe. En outre, quand ces tumeurs ont pris une extension considérable, c'est tout le sein qu'il faut enlever, et pour cela savoir chercher le reste de la glande qui se trouve refoulée excentriquement et aplatie et qui est assez difficile à reconnaître. J'ai fait constater dernièrement ce fait à l'hôpital à de jeunes chirurgiens. On évite avec cette précaution les 6 ou 7 récurrences successives dont on connaît des exemples dans cette variété, pourtant bénigne, de tumeur du sein.

Je dirai un mot des autopsies immédiates dont je suis un grand partisan, surtout à la face où elles permettent de faire des ablations aussi larges qu'il le faut. J'ai eu ainsi un beau succès qui se maintient depuis six ans, sur un homme auquel j'avais enlevé toute la joue avec les ganglions sous-maxillaires.

Pour les épithéliomas limités de la face, je me suis fort bien trouvé du caustique de frère Côme, qui donne des résultats supérieurs à ceux de l'ablation par le bistouri.

Enfin, relativement au traitement post-opératoire, je suis absolument de l'avis de M. Verneuil ; il faut imposer un traitement indéfini. J'ajouterai même un nouveau médicament à ceux qu'il indique, et je le recommande en faisant toutes les réserves nécessaires en pareille matière : c'est la teinture du condurango, que Nüssbaum a aussi expérimenté avec un succès apparent.

M. G. RICHELOT. — On a dit, d'après les statistiques, que l'hystérectomie vaginale donnait autant de récurrences que l'amputation sus-vaginale du col ; elle en donnerait même davantage, d'après la statistique d'Hofmeier.

Ce résultat paradoxal peut s'expliquer par ce fait que nombre de chirurgiens préconisent encore les opérations partielles pour le cancer utérin limité et n'appliquent l'hystérectomie qu'aux cas inopérables sans elle. Mieux vaudrait renoncer absolument à l'hystérectomie que d'appliquer ce précepte fertile en désastres.

J'apporte au Congrès 13 nouveaux cas d'hystérectomie vaginale pour cancer. Il faut en déduire deux dans lesquels la propagation aux

ligaments larges a été reconnue au cours de l'opération ; l'ablation n'a pu être complète et les malades sont mortes au bout de quelques mois.

Sur les 11 autres, j'ai eu 5 récidives et 6 guérisons, soit 55 0/0. Malheureusement, 11 cas sont insuffisants pour établir cette proportion, et deux de mes opérations sont trop récentes, ne remontant qu'à 7 ou 8 mois. J'espère cependant que cette proportion de guérison sera peu modifiée par le temps, car c'est surtout dans les 6 premiers mois que la récurrence est à craindre. Il est exceptionnel de l'observer après 2 ans. Je fais remarquer que toutes mes malades guéries ont été opérées de bonne heure ; 4 fois il s'agissait d'un cancer intra-cervical et deux fois d'un cancer un peu plus éendu sur le museau de tanche.

J'ai proposé, pour diminuer les chances de récurrence, la résection d'une bande du vagin. Elle est surtout utile dans l'épithélioma en chou-fleur du museau de tanche, qui a plus de tendance à se propager du côté du vagin que du côté de l'utérus.

J'ajouterai qu'une surveillance rigoureuse, surtout pendant les six mois dangereux, permet de surprendre la récurrence à son début et d'arrêter son évolution. J'ai employé deux fois cette intervention secondaire : dans un cas l'ablation d'un bourgeon cancéreux de la cicatrice vaginale m'a donné une guérison qui s'est maintenue depuis quatorze mois ; dans l'autre j'ai obtenu la même guérison par l'ablation, suivie de cautérisation, d'une récurrence survenue au sixième mois.

A une question de M. Pozzi concernant les hystérectomies palliatives incomplètes, M. Richelot répond qu'elles ne doivent être que des opérations de nécessité dues à un diagnostic incomplet et qu'il faut s'abstenir toutes les fois qu'on peut constater que les ligaments larges sont envahis.

M. Pozzi (de Paris) est heureux de voir que M. Richelot a abandonné sur ce point les opinions qu'il défendait autrefois, et ne considère plus l'hystérectomie incomplète comme indiquée à titre palliatif.

M. CASTEX (de Paris) rapporte une observation avec autopsie dans laquelle on a pu prendre sur le fait, sur le cartilage rotulien, la propagation du sarcome par les vaisseaux sanguins. Il existait au milieu de ce cartilage, d'ailleurs sain, une colonie sarcomateuse reliée à la synoviale dégénérée par des vaisseaux de nouvelle formation. L'examen histologique a permis de mettre en évidence le transport d'éléments sarcomateux par ces vaisseaux de nouvelle formation.

M. SABATIER (de Lyon) croit qu'il y a un grand intérêt pour éviter les récurrences locales, à ne pas morceler les tumeurs malignes au moment de leur ablation et à les enlever intactes, pour éviter la production de véritables greffes cancéreuses qui se réalisent facilement sur

une plaie fraîche. Ce danger est d'autant plus à craindre aujourd'hui que la réunion primitive favorise le développement de ces greffes, qui sont au contraire éliminées avec les produits de suppuration en cas de réunion secondaire.

M. MOLLIÈRE (de Lyon).—Il faut ajouter aux divers facteurs de la récidive des cancers la notion de l'âge qui est capitale. Chez l'enfant la récidive est tellement rapide que les opérations graves sont à peine justifiées ; chez une femme de 30 ans, la récidive d'un cancer du sein doit être considérée comme fort menaçante ; les chances de survie sont bien plus grandes à 50 ans, et à partir de 70 ans on peut presque absolument compter sur une guérison définitive car le cancer ne fait plus de progrès.

Des épithéliomes et des mélanosarcomes oculaires et de leurs récidives.

M. GALEZOWSKI (de Paris).— Les tumeurs malignes du globe oculaires se développent surtout dans le segment antérieur de l'œil, ce qui est expliqué par l'activité nutritive plus grande qui existe au niveau du limbe scléro-cornéen.

Les tumeurs mélano-sarcomateuses, les épithéliomes ne semblent pas se reproduire par la voie des vaisseaux sanguins et lymphatiques, car elles restent assez localisées dans les points atteints dès le début. Comme M. Verneuil j'ai remarqué que les néoplasmes malins sont pour l'œil, comme ailleurs, beaucoup plus fréquents qu'il y a 25 ou 30 ans.

Le mécanisme de l'inoculation directe explique la propagation du néoplasme dans les épithéliomes qui, nés sur le globe, s'inoculent sur le bord palpébral.

Dans d'autres cas, c'est par les lymphatiques que la propagation se fait.

Au moment de l'opération, il est souvent impossible de trouver le point d'implantation du mal, toutefois, dans l'épithélioma mélanique, l'implantation a lieu sur le bord cornéen.

Il est plus souvent possible qu'on ne le croyait autrefois de détruire ces tumeurs sans sacrifier l'œil.

QUESTIONS DIVERSES.

GYNÉCOLOGIE.

De l'hystérectomie abdominale et vaginale.

M. DEMONS (Bordeaux). — Depuis que j'ai appelé l'attention des chirurgiens français sur cette question, elle est entrée dans la pratique. Il est temps de jeter un regard en arrière et de voir si mes premières conclusions ont été justifiées et ce que valent les diverses modifications qu'on a proposées. Je ne parle que de l'hystérectomie pour cancer.

Je ne la crois indiquée que dans le cancer limité au corps utérin : le cancer limité à la portion sous-vaginale est justiciable de l'amputation du col et les cancers qui ont dépassé le corps de l'utérus ne permettent plus qu'un traitement palliatif.

Au point de vue de la technique, deux points ont été particulièrement discutés : ils ont trait à l'hémostase et à l'abaissement de l'utérus. De ce dernier, je ne dirai qu'un mot : il est quelquefois très laborieux quand le col est friable, et l'utilité des instruments qui ont été inventés pour prendre un solide point d'appui sur le corps ne saurait être contestée ; les pinces de Museux sont insuffisantes. L'hémostase est une question capitale. Tout le monde la faisait par la ligature quand M. Richelot est venu proposer devant le dernier Congrès de laisser systématiquement à demeure, sur les ligaments larges, les pinces imaginées par M. Péan, transformant ainsi en règle un procédé d'hémostase employé jusque là à titre exceptionnel.

Je ne saurais me rallier à l'opinion de M. Richelot.

Si l'utérus est facile à abaisser, le placement des ligatures est facile et s'il ne peut pas être suffisamment abaissé, le placement des pinces est laborieux et se fait un peu à l'aveugle. En outre, les pinces n'empêchent pas toujours l'hémorragie primitive, comme j'en ai vu un exemple. De plus, elles ont l'inconvénient de sphacéler les ligaments larges, de retarder la guérison et de déterminer l'élimination de débris sphacelés qui s'accompagne d'une certaine élévation de température. Enfin, il est arrivé trois fois à ma connaissance que l'uretère soit saisi dans les pinces, une fois à M. Richelot lui-même, une fois à moi et une fois à mon collègue de Bordeaux, M. Lanelongue ; dans un autre cas, la paroi du rectum a été prise. On peut répondre que les pinces

étaient alors mal appliquées, mais on peut en dire autant des ligatures lorsqu'elles n'empêchent pas l'hémorragie.

Si je trouve que M. Richelot a trop généralisé l'emploi des pinces, je reconnais qu'il a rendu un grand service pour certains cas difficiles.

Quant à la résection du vagin, que cet auteur recommande aussi, c'est une bonne précaution, mais il ne faut pas en exagérer l'étendue, de peur de blesser les uretères ; du reste, la *récidive se fait beaucoup plus souvent dans les ligaments larges.*

M. PÉAN.—Je regrette que ceux de mes collègues qui s'occupent de la question en discussion continuent à ne pas tenir compte de mes premières hystérectomies vaginales totales qui datent de 1882 et sont antérieures par conséquent à celles de M. Demons.

Elles ont été publiées à cette époque et présentées à l'Académie de Médecine. Il était donc facile aux opérateurs qui ont suivi mon exemple de les consulter. Ils auraient vu que la méthode du pincement temporaire et définitif des vaisseaux du vagin, de l'utérus et des ligaments larges, au cours de l'opération, m'appartient, aussi bien lorsqu'il s'agit d'opération sur l'utérus que lorsqu'il s'agit des autres organes accessibles au chirurgien.

J'ai démontré d'ailleurs, autrefois, que ceux qui ont eu recours après moi à cette méthode ont pris les instruments tout faits chez les fabricants et se sont contentés de m'imiter.

Quoi qu'il en soit de ces observations, il me semble que, même à l'heure actuelle, ma technique opératoire n'a pas été suffisamment bien comprise. En effet, on s'est occupé exclusivement du pincement définitif, sans parler des services non moins importants que rend le pincement temporaire. C'est, cependant, ce dernier qui, fait avec deux ou plusieurs pinces à mors longs, droits ou courbes, permet de détacher rapidement l'utérus sans perdre de sang. C'est lui qui permet aussi, après l'ablation de l'organe, d'attirer, d'abaisser les ligaments larges, et, lorsqu'on le juge utile, de les lier en deux moitiés, sans difficulté et sans crainte d'hémorragie. C'est encore lui qui permet de se passer de ces ligatures si on veut le rendre définitif en laissant les pinces à demeure. Comme j'ai le premier appliqué ces deux procédés et comme j'en ai publié les observations, il est impossible, malgré toute la mauvaise volonté, de ne pas en tenir compte.

Reste à déterminer les cas dans lesquels il faut préférer la ligature ou le pincement définitif des ligaments larges. M. Demons pense qu'il convient de laisser les pinces à demeure quand l'utérus est petit, mobile, facile à extraire, et de recourir à la ligature quand l'utérus est volumineux.

En ce qui me concerne, une expérience déjà longue m'a démontré

que c'est le contraire qui doit être fait. Mais il n'empêche que ces deux méthodes sont aussi précieuses l'une que l'autre et toutes deux m'ont donné d'excellents résultats.

M. TERRIER.—Je considère la question de manuel opératoire comme tranchée et inutile à discuter ici. Autant j'ai trouvé l'hystérectomie vaginale difficile quand je faisais des ligatures, autant je l'ai trouvée facile avec le procédé des pinces à demeure que mon ami M. Richelot a employées pour la première fois dans mon service.

J'ai fait 19 fois cette opération avec 15 succès opératoires et 4 morts, dont une d'hémorragie dans un de mes premiers cas traités par la ligature, que je crois pourtant savoir faire. C'est une mortalité de 22 0/0 ; l'opération est donc immédiatement grave.

Pour l'appréciation des résultats éloignés il faut distraire, outre les 4 morts opératoires, 4 cas où l'intervention commencée dans un but purement palliatif aboutit nécessairement à l'hystérectomie à cause de l'ouverture du péritoine ; il est à remarquer que sur ces 4 opérations incomplètes, je n'ai eu qu'une seule mort. Sur les 11 cas restants j'ai eu 7 récurrences rapides, au bout de 6 semaines à 16 mois, sans que l'analyse des observations m'en puisse montrer nettement la cause. Trois autres malades, dont les tumeurs ont été reconnues pour des cancers au Collège de France, sont restées sans récurrence depuis 2 ans et 9 mois, un an et 9 mois et plus d'un an. Enfin, chez une autre de mes opérées, la tumeur, qui présentait cliniquement toutes les apparences du cancer, a été reconnue histologiquement un adénome intracervical dont l'épithélium n'avait pas encore franchi la membrane propre des glandes ; je n'ai donc pas le droit de me prévaloir de la survie.

Ces résultats représentent 70 0/0 de récurrences rapides et 30 0/0 de succès qui paraissent définitifs. Je tire de ces faits les conclusions suivantes :

- 1° L'hystérectomie vaginale pour cancer est une opération très sérieuse, puisqu'elle donne 22 0/0 de mortalité opératoire.
- 2° Elle paraît plus rationnelle que les amputations partielles, bien que celles-ci soient plus faciles et moins graves primitivement.
- 3° L'hystérectomie incomplète n'est pas plus grave, mais elle est insuffisante comme toutes les opérations incomplètes.
- 4° La récurrence survient dans 70 0/0 des cas ; elle est ordinairement rapide.
- 5° La guérison est possible ; je l'ai constatée dans 30 0/0 de mes observations où le diagnostic a été histologiquement vérifié.
- 6° Pour établir la supériorité des ablations partielles sur l'hystérectomie, il faudrait fournir pour les premières des statistiques établies

dans les mêmes conditions que les nôtres, et ces statistiques, quoi qu'on en ait dit, n'existent pas.

M. RICHELOT.—Je veux défendre en quelques mots le procédé des pinces à demeure.

Il est vrai que leur application est difficile quand l'utérus ne descend pas bien, mais c'est alors qu'elles rendent le plus de services, car dans ces conditions la ligature est impossible. Je ne crois pas qu'elles rendent la guérison plus longue; la seule période dangereuse est celle des deux jours pendant lesquels les pinces sont laissées à demeure; dès le troisième, en effet, le péritoine est fermé, comme je l'ai constaté dans deux autopsies. Les malades sont tout à fait guéries au bout de huit jours et peuvent se lever après trois semaines.

J'ai pris une fois l'uretère dans une pince, mais c'était un cas où j'avais reconnu seulement au cours de l'opération l'envahissement du ligament large que je dus saisir successivement à différentes hauteurs; d'ailleurs, il existe aussi des observations où l'uretère a été compris dans les ligatures, et je crois que c'est avec les pinces qu'il est le plus facile de l'éviter.

Quant à l'amputation sus-vaginale irrégulière, j'en possède un bon nombre de cas inédits et je la considère comme extrêmement bénigne, au même titre que le curettage.

Un procédé ne peut être condamné d'après des préférences personnelles; ce sont les résultats qu'il faut comparer. Je prétends que l'emploi systématique des pinces à demeure est un perfectionnement et une simplification de l'hystérectomie vaginale; je crois que c'est grâce à lui que cette opération a pris depuis deux ans en France une aussi grande extension, et le grand nombre des pinces que l'on demande aux fabricants peut en témoigner. A l'étranger même, les pinces sont employées par Müller, et Landau en a préconisé l'usage au Congrès des chirurgiens allemands.

Indications et technique de l'hystérectomie vaginale pour cancer.

M. Pozzi.—L'hystérectomie vaginale est devenue une opération assez bénigne pour qu'on puisse légitimement l'appliquer à tous les cas réservés précédemment aux *amputations sus et sous-vaginales du col*.

Cette opération est contre-indiquée, comme dangereuse et inutile, dans les conditions suivantes :

(A) Envahissement des ligaments larges, rendu probable par l'absence de mobilité de l'organe et la difficulté de son abaissement après l'anesthésie.

(B) Envahissement secondaire ou primitif du vagin, même lorsqu'il est très limité.

(C) Volume considérable du corps de l'utérus cancéreux, rendant laborieuse ou impossible son extraction sans morcellement.

L'hystérectomie dite palliative, avec ou sans résection du cul-de-sac vaginal, faite dans tous les cas de ce genre, est une opération qui doit être rejetée. Les dangers très augmentés alors sont hors de proportion avec les avantages qu'elle peut procurer.

Dans tous les cas où une opération radicale ne doit pas être tentée, le traitement chirurgical *palliatif* est d'un très grand secours contre l'hémorragie, le suintement ichoreux et les douleurs. L'opération consistera dans l'évidement et le grattage méthodique des tissus malades suivis de cautérisation au fer rouge.

La curette tranchante, qui fait une sorte de sélection naturelle entre les tissus sains et les tissus dégénérés, est préférable, lorsqu'elle est bien maniée, au bistouri. L'opération ainsi faite est une opération réglée. Par suite, les mots de *curettage* ou d'*évidement* sont préférables à celui d'*amputation irrégulière sus-vaginale du col*.

Le fer rouge, qui agit principalement sur les parties malades restées en place, dont la vitalité est moindre que celle des tissus sains, complètera très efficacement l'action de la curette. Il peut être porté sans dangers, avec les précautions convenables, jusqu'au fond de la cavité utérine.

Dans les cas de cancer du *col et du corps*, non propagé, mais dans lesquels le volume de l'utérus rend son extraction dangereuse par la voie vaginale, le traitement palliatif précédent (curettage suivi de cautérisation ignée) sera préférée à l'extirpation totale par la voie abdominale (opération de Freund).

(D) La forcipressure à demeure ne donne pas une sécurité parfaite contre l'hémorragie, surtout primitive. Elle expose au pincement et à la compression des organes voisins. Elle rend plus difficile l'antisepsie et plus douloureux le pansement.

La forcipressure à demeure est donc un *procédé de nécessité* qui ne doit pas être substitué comme *procédé de choix* à la ligature. Celle-ci doit porter successivement sur les parois vaginales divisées et sur les ligaments larges, après renversement de l'utérus. Dans les cas où l'utérus seul est envahi, où il est resté mobile et facile à abaisser, le placement des ligatures n'offre pas de difficultés réelles. On peut dire que la forcipressure à demeure n'est réellement nécessaire que dans une hystérectomie qui n'aurait pas dû être entreprise.

**Seize hystérectomies abdominales pour fibromes.—
Réflexion à propos de 60 autres fibromes
de l'utérus.**

M. TERRILLON. — Dans l'espace de cinq ans environ j'ai soigné 76 femmes atteintes de fibromes utérins proéminent du côté de l'abdomen mais inaccessibles par le vagin et le col de l'utérus et donnant lieu à des troubles variables.

Les malades se décomposent en quatre catégories distinctes :

Seize ont été opérées par l'hystérectomie abdominale ; la section portait au-dessus du vagin.

Six ont subi l'opération de Battey, pour des hémorragies graves dues à la présence de fibromes de moyen volume.

Six sont mortes du fait de la présence d'un corps fibreux dans l'utérus ayant provoqué des accidents variés.

Enfin quarante-huit ont été soignées par les méthodes médicales.

Les hystérectomies abdominales ont été traitées presque toutes par la méthode qui consiste à fixer le pédicule au dehors.

Deux seulement ont été traitées par la méthode du pédicule resté dans l'abdomen après suture des bords du moignon. Une tentative faite chez une autre malade pour réduire le pédicule ne put être poursuivie, car les sutures ne pouvaient empêcher l'hémorragie.

Sur les quatorze cas traités par la méthode externe, six pédicules furent serrés par un fil de fer ; huit avec du caoutchouc, ce dernier moyen coupe plus rapidement le pédicule.

Ces seize hystérectomies donnent cinq morts et onze succès complets.

Les causes de la mort furent : 2 fois l'ébranlement nerveux, sans trace de péritonite et de septicémie, une fois la péritonite, une fois l'épuisement en quelques heures par une hémorragie grave pendant l'opération ; une fois la pyohémie survenue après le 17^e jour au niveau de la plaie du pédicule.

Ces opérations ont été pratiquées pour des fibromes volumineux, compromettant la vie.

Malgré sa gravité, cette opération doit être conservée en ne l'em-
ployant que pour les fibromes très gros et compromettant la vie.

Sur les six cas d'ablation des ovaires et des trompes, cinq ont donné cinq succès, les hémorragies ayant été arrêtées et les malades étant revenues à un état de santé parfait.

Une malade est morte au bout de soixante jours à la suite de phénomènes d'obstruction intestinale. Les hémorragies qui existaient avant, avaient cessé.

C'est donc une bonne opération pour les corps fibreux saignant beaucoup, ainsi que le prouvent les statistiques étrangères. Mais elle est difficile, car il faut absolument enlever les deux ovaires en totalité, ce qui est parfois difficile ou impossible à cause des rapports de ces organes avec le fibrome.

Les six malades mortes par le fait du corps fibreux, ont succombé aux accidents suivants : deux d'hémorragie, deux de phlébite et deux de septicémie.

Cette affection est donc grave, et plus souvent mortelle qu'on ne le pense généralement, ce qui explique l'intervention chirurgicale ; on peut faire aussi entrer en ligne de compte la vie misérable que mènent les malades atteintes de cette affection, surtout quand elles appartiennent à la classe des femmes qui travaillent.

Parmi les 48 autres malades, douze avaient des tumeurs volumineuses, mais sans hémorragies et sans accidents de compression.

Les autres avaient des fibromes de volume variable, saignant par intervalle ou douloureux, mais ne menaçant pas la vie. Un traitement médical tonique donna souvent de bons résultats.

L'ergotine eut quelquefois une action favorable sur les hémorragies, mais souvent elle échoua ; elle peut même les augmenter, surtout quand la cavité utérine est augmentée de volume.

Le cannabis indica calme les douleurs et les hémorragies.

Enfin les bains d'eau salée ont donné des succès, surtout contre l'anémie et l'épuisement dus à des hémorragies continues et abondantes.

Cancer du corps de l'utérus. — Hystérectomie vaginale. — Diagnostic et traitement.

M. ROUTIER rapporte deux observations personnelles de cancer du corps de l'utérus dans lesquelles le diagnostic clinique et histologique, après grattage, fut longtemps incertain et ne fut possible dans un cas que par des examens microscopiques multipliés et très délicats, après ablation de l'utérus. Dans ce cas, le diagnostic clinique avait pu être nettement affirmé par la dilatation du col suivie du toucher intra-utérin.

Le cancer du corps utérin n'est pas aussi rare qu'on le dit ; il apparaît ordinairement après la ménopause et il est remarquable par la longue durée de son évolution. Tous les auteurs signalent l'abondance de l'écoulement qu'il détermine et qui reste longtemps peu coloré et inodore. Il donne rarement lieu à des hémorragies ; les douleurs, rares au début, auraient, d'après Courty, le caractère des douleurs expulsives, ce que M. Routier n'a pas constaté dans ses observations.

Le toucher vaginal fait seulement reconnaître une légère augmentation de volume du corps ; la seule manœuvre qui permette d'une façon certaine un diagnostic précoce est la dilatation du col suivie du toucher intra-utérin.

L'hystérectomie vaginale doit être faite le plus tôt possible ; sa seule contre-indication est la perte de mobilité de l'utérus.

**Proposition paradoxale sur la situation de l'utérus. —
Rétroversion utérine. — Réduction et contention.**

M. BERRUT (de Paris). — La rétroversión s'annonce par des symptômes fonctionnels qui lui sont communs avec les autres déviations utérines ; le toucher seul permet le diagnostic différentiel.

La réplétion de la vessie, l'approche ou l'existence des règles peuvent simuler ou exagérer la rétroversión ; il ne faut entreprendre le traitement qu'après plusieurs examens confirmatifs. Le traitement comprend la réduction et la contention.

La réduction a une importance capitale ; on la fait souvent incomplètement parce que dans la position habituelle du spéculum celle qu'on peut obtenir est instable et que la déformation se reproduit avant que le pessaire soit en place ; la position genu-pectorale est nécessaire pour obtenir une réduction durable.

Le meilleur instrument de contention est un anneau sigmoïde de dimensions convenables.

Dans plus de 244 observations personnelles, M. Berrut a pu faire disparaître les symptômes de diverses déviations utérines ; il a même obtenu un certain nombre de guérisons définitives qui se sont maintenues de 2 à 14 ans après l'ablation du pessaire.

Il faut donc essayer la contention avant de recourir à l'opération, au raccourcissement des ligaments ronds par exemple.

La situation instable de l'utérus dans l'espèce humaine est la preuve évidente pour M. Berrut, que la femme était destinée à l'attitude quadrupède.

VOIES URINAIRES.

Du traitement chirurgical de la tuberculose de la vessie.

M. GUYON. — Au point de vue clinique, l'étude de la tuberculose de la vessie m'a permis de déterminer d'une façon précise l'évolution de ses symptômes malgré leur apparence protéiforme et d'établir nettement son diagnostic d'une façon précoce. L'envahissement

simultané ou préalable de l'appareil génital chez l'homme vient souvent faciliter ce diagnostic.

Les cas où la localisation est purement vésicale sont évidemment les seuls où l'on puisse tenter avec chance de succès une intervention radicale ; néanmoins l'état douloureux peut aussi créer ici une indication opératoire, quelque soit d'ailleurs la dissémination des lésions. Je ne parlerai de ces derniers cas aujourd'hui que pour dire que le grand état douloureux relève seul à mon avis de l'intervention opératoire ; le plus souvent les opiacés par la voie hypodermique ou rectale suffisent à calmer ou à supprimer la douleur. Je n'ai eu que 6 fois l'occasion d'intervenir pour combattre l'état douloureux de la cystite tuberculeuse.

Au point de vue du traitement curatif de la cystite tuberculeuse l'échec absolu des médications locales, qu'on emploie l'iodoforme ou le nitrate d'argent, contraste avec l'influence incontestable, durable, mais seulement relative, de la médication générale. Grâce à elle on arrive à rendre fort tolérable l'état de beaucoup de ces malades.

Est-ce à dire qu'il faille demeurer enfermé dans les limites du traitement médical ? J'ai cessé de le penser le jour où les ressources précieuses que nous offre la taille hypogastrique pour le traitement des maladies de la vessie ont été démontrées.

Les lésions vésicales ne dépassent pas, pendant un temps suffisant, les limites de la muqueuse et sont habituellement cantonnées autour du col ; les reins sont, la plupart du temps, indemnes chez l'adulte, qui fournit le gros du contingent de la tuberculose de la vessie ; ces conditions semblent favorables à une intervention chirurgicale efficace. Je l'ai tentée dans deux cas où les lésions étaient exclusivement vésicales.

Le premier malade était un homme de 24 ans, souffrant de la vessie depuis 1 an $\frac{1}{2}$ et arrivé à un état douloureux avec crises atroces que la morphine ne calmait qu'incomplètement. Urines purulentes contenant de nombreux bacilles. Taille hypogastrique suivie de dilatation du col avec l'index et d'un badigeonnage de la vessie avec de l'huile.

D^m Maurice HACHE et COUDRAY.

(*Le Bulletin Médical*).

MEDECINE PRATIQUE

Erysipèle et fièvre puerpérale.

M. DOYEN.—J'ai recherché les rapports qui unissaient l'érysipèle et la fièvre puerpérale. La comparaison des faits cliniques et expérimentaux démontrent que :

1^o Le streptococcus puerpéral, qui est le microbe caractéristique de la fièvre puerpérale, donne presque toujours au lapin l'érysipèle et un petit abcès—à la femme, parfois des érysipèles, des phlegmons, la pleurésie purulente.

2^o Le streptococcus de l'érysipèle donne presque toujours l'érysipèle au lapin—et parfois aussi le phlegmon ou la péritonite chez l'homme.

3^o Le streptococcus du pus donne parfois l'érysipèle au lapin.

Ces trois streptococci, identiques sur les cultures, semblent donc représenter un seul et même être, dont les manifestations peuvent varier.

L'étude des microbes du vagin ne m'a jamais montré le streptococcus ; ce microbe paraît toujours être introduit dans la cavité utérine par inoculation proprement dite (mains, instruments, etc).

Traitement du rachitisme par le phosphore.

M. COMBY, société médicale des hôpitaux.—On a fait grand bruit d'un nouveau traitement du rachitisme proposé par M. Kassowitz, de Vienne. Pour lui, le phosphore à petites doses (un milligramme par jour en moyenne), triompherait en quelques semaines de tous les cas de rachitisme. Plusieurs médecins, MM. Hagenbach (Suisse), Cavali (Italie), ont accepté la méthode de M. Cassowitz et ont produit des statistiques qui lui sont favorables. Les adversaires ne sont pas moins nombreux et moins qualifiés : MM. Hryntschak, Monti (Vienne), Schwetchen, Baginsky (Berlin), Raudnitz (Prague), non seulement refusent au phosphore une réelle efficacité ; mais encore l'accusent de certains accidents.

En présence de ces assertions contradictoires, j'ai voulu me faire une opinion basée sur des observations personnelles. Depuis quinze mois, j'ai traité par l'huile de foie de morue phosphorée (10 centigrammes de phosphore par litre) 40 rachitiques âgés de 10 à trente mois. les plus petits prenaient une à deux cuillerées à café d'huile phosphorée par jour, les plus grands allaient jusqu'à quatre cuillerées à café,

soit en moyenne *un milligramme* de phosphore par jour. Le traitement a duré trois, six et exceptionnellement douze mois. Dans tous les cas le rachitisme était très accusé. Les cas légers, qui guérissent très facilement, n'ont pas été soumis au traitement phosphoré. Aucun inconvénient sérieux n'est résulté de l'emploi du phosphore ; le médicament a été parfaitement toléré. Quant aux résultats, les voici : sur 40 cas traités, il y a eu : 21 améliorations légères ou notables, 18 états stationnaires, 1 aggravation. Dans les cas les plus favorables, même après un an de traitement, les incurvations osseuses n'étaient pas redressées.

Comparativement j'ai traité 40 rachitiques par les bains salés avec addition, dans quelques cas, d'huile de foie de morue ou de phosphate de chaux. Résultats de cette deuxième série : pas de mortalité, 2 guérisons complètes, 34 améliorations, 4 états stationnaires. Cette statistique, meilleure que la précédente, prouve que les bains salés sont supérieurs au phosphore dans la cure du rachitisme. D'ailleurs on sait depuis longtemps que le traitement maritime est supérieur à tous les autres. Le rachitisme est une maladie provoquée par des infractions hygiéniques le plus souvent ; c'est par l'hygiène qu'il faut le combattre.

Les agents les plus actifs qu'on puisse lui opposer sont tous ceux qui sont capables de relever le taux de la nutrition et de fortifier les enfants : bonne alimentation, séjour à la campagne ou sur les bords de la mer, bains salés naturels ou artificiels, etc. Les médicaments proprement dits, huile de foie de morue, phosphate de chaux, phosphore, ne viennent qu'en seconde ligne.

CHRONIQUE.

C'est le 8 mai, soir : quelques confrères me font l'amabilité de venir causer un brin en se délassant des labeurs du jour. Nous voilà, six ou huit, autour d'une table couverte d'in-folios, de vieux bouquins, de journaux de médecine et de paperasses. La conversation attaque tous les sujets, les abandonne, les reprend, les agace, les traite et maltraite. Tantôt légère, tantôt grave, toujours capricieuse, elle touche à tout mais sans jamais appuyer, excepté lorsqu'elle tombe sur le sujet cent fois rebattu du projet d'acte médical. L'un de nous qui

aime à souffler de la moutarde demanda à ses confrères : *Quel sera, demain, le sort du projet d'acte médical ?*

Enfoncé !!! s'écrièrent trois voix.

Il passera ! dit Rollo.

Non, il ratera ! exclama Mignet.

Messieurs, consolez-vous, faites votre sacrifice, vous pouvez être sûrs qu'il sera adopté, dit lentement mon ami Sério.

Et pourquoi?... Comment?... Expliquez-nous ça !... retentirent autant de voix.

Il sera adopté, reprit Sério, *quia absurdum !*

En effet, tu as raison, dit un nouveau venu, il n'y a que des blagues de cette force qui passent facilement.

Time will tell.

* * *

9 Mai. C'est le jour de la réunion des 40 gouverneurs du Bureau provincial de médecine de Québec. Cela ne vous remet-il pas en mémoire le nombre des *immortels* académiciens de France ?

Trente de nos quarante assistèrent plus ou moins aux séances de ce jour. A l'heure solennelle de l'adoption ou du rejet de quelque proposition, on n'a jamais compté plus de 25 votes de donnés, ce qui fait 5 gouverneurs errants ou récalcitrants ou indifférents. A tout événement, je ne dis pas cela pour blâmer, mais par pure curiosité d'observation. On n'est pas *reporter* pour rien, que diantre ! Et mes chers abonnés veulent tout savoir, parce qu'ils paient bien.

La proposition la plus importante fut celle qui a trait au projet cher aux *bilieux*, elle est ainsi conçue : Que l'adoption du projet d'acte médical soit renvoyée à six mois. Le vote se prend, tenez-vous bien : une, deux, trois, quatre, cinq, six, sept, huit, neuf voix pour la proposition ; une, deux, trois, quatre, cinq, six, sept, huit, neuf..... dix voix contre la proposition.

Or, rappelez-vous s'il vous plaît, que nous avons 40 gouverneurs parmi lesquels il a été donné à trente d'assister à la séance du 9 courant ; de ce nombre, 20 seulement ont dit par leur vote, si oui ou non, ils voulaient l'adoption du projet d'acte médical ; sur vingt votes donnés, *neuf* sont hostiles. Si ce n'est pas là une preuve de défaveur, une véritable défaite prélude au sort qui attend ce projet devant la Législature, je ne m'y connais pas !

Cet acte destiné à régir *toute* la profession, et repoussé par près de la moitié de ses représentants — 9 contre 10 — serait adopté par nos législateurs et imposé *voles nolens*, allons donc !

Que va vous répondre la Législature lorsque vous la prierez d'adopter ce projet ?

Messieurs les gouverneurs, vous vous êtes mis dans la tête de préparer un acte qui ne concerne que la profession médicale, eh bien ! commencez d'abord par la consulter afin de vous entendre et ensuite on avisera En attendant, servez-vous de l'acte de 1879.

Et, ma foi, la députation aura raison de renvoyer devant leurs pairs les amateurs de législation indigeste. Elle n'est pas aussi bilieuse qu'on pense, la députation !

* * *

Un trait que le vote a fait ressortir et que vous m'accuseriez d'avoir négligé est le suivant. Au moment du vote de la proposition du renvoi de l'acte médical, 4 ou 5 gouverneurs se sont abstenus de voter. Vous vous demandez, of course, pourquoi ces messieurs laissaient-ils le gouvernail au double courant des votes contraires ? Que n'y mettaient-ils la main ? Depuis un an que le projet est sur le métier, n'ont-ils pas eu une chance de former une opinion définitive ? Se croyaient-ils en présence d'une chèvre et d'un chou ? Par quel phénomène psychologique passaient-ils à cette heure du devoir ? Sur quelle clôture chevauchaient-ils ? *On n'a jamais pu savoir*. O indécision, voilà de tes coups.

* * *

Nos yeux ne voient rien en derrière, dit Montaigne. Je dois ajouter qu'ils ne voient pas toujours en devant ! C'est, je crois, le cas des gouverneurs qui n'ont point voté cette proposition. Le jour n'est pas loin où les amateurs du monopole universitaire et les courtisans de l'arbitraire seront pesés et mis à leur place. Au-dessus des disputes d'écoles il y a la profession médicale libre et indépendante qui aime le progrès, qui veut la réforme des études médicales en cette province. Si les intérêts des douze cents praticiens de la province sont méconnus au profit de mesquines divisions de clocher, c'est à la profession de le ressentir en repoussant la législation étroite, rétrograde, arbitraire qu'on veut lui imposer.

* * *

Il ne faut pourtant pas que je termine cette chronique sans louer un peu ; ce serait vraiment dommage de négliger les points d'admiration. Ils ne sont pas si communs !

Nous sommes, je crois, tous nés orateurs, c'est-à-dire capables de parler à temps et à contretemps ; nous sommes évidemment de Nor-

mandie. Je ne sais quoi admirer le plus, ou de notre obstination à *faire des discours* ou de notre patience à en écouter. Ma bonne parole d'honneur, vous n'en reviendrez pas, si je vous dis que nos *éloquents* gouverneurs ont dépensé quatre à cinq heures à discuter le point suivant: accordera-t-on la licence aux aspirants qui ne se sont procurés que du certificat d'admission à l'étude pris dans leurs provinces respectives ?

Sujet difficile, n'est-ce pas ? chargé d'épines, en vérité ! Aussi plus d'un s'y est accroché et pour cause. Il ne faut pas moins d'une journée de *travail* pour sortir de cet *embarras* !

* * *

Ceux de vous, lecteurs, qui s'attendaient à un rapport technique de l'assemblée des gouverneurs seront déçus. Je laisse cette tâche ingrate aux officiers du BUREAU, me contentant de toucher aux résultats pratiques. Ainsi, il y eut 47 licences de pratique réparties comme suit :

Université Bishop	3
“ McGill	17
“ Victoria	24
“ Laval (Montréal)	3
“ Laval (Québec).....	ooo !!!

Et dire qu'il y a des naïfs qui croient que *ceci tuerait cela* ! Il faut avoir le bonheur aussi facile que la prétention grande. *L'illusion consolera leur vie* et entretiendra sans doute leur chimère. En attendant le réveil, je vois venir *Perrette* :

Adieu, vœux..... et couvée.

* * *

Un manchot est appelé comme témoin.

Il se perd dans une foule de détails étrangers à la cause.

Le président, impatienté.—Voyons, témoignons ! témoignons !

— Voilà, mon président, s'écrie le manchot en agitant ses *trognons*.

* * *

Je ne veux pas vous quitter sans vous faire connaître mon ami, M. Chapman, marchand d'instruments de chirurgie, 2294, rue Ste-Catherine. Huit années d'expérience, une grande affabilité de manières, la connaissance pratique des deux langues et un assortiment judicieux de tous les instruments de chirurgie, voilà autant qu'il faut pour assurer à M. Chapman une part plus qu'ordinaire du patronage de la profession canadienne-française.

* * *

Cent dix aspirants à l'étude de la médecine se sont présentés à l'examen du trois mai. De ce *petit* nombre, les messieurs suivants sont admis :

A. Marcotte, J. A. Bélisle, Fréd. Lefils, P. J. Hayes, J. M. A. Gravel, H. Levasseur, F. Sylvestre, A. Bédard, E. Chicoine, E. J. Leclerc, E. Benoit, G. A. Bowen, E. Roy, L. J. Trudeau, J. M. P. Pichette, C. A. Lapierre, J. M. Dionne, W. L. Hilton, Bergevin, B. Beaudry, J. B. Deslauriers, A. Ethier, A. Hudon, J. C. Prieur, J. A. O. Daoust, G. A. Coderre, O. Thérien, H. Picard, G. G. Turcot, L. P. Désy, E. E. Bourbonnais.

* * *

Le Dr Minime commet la suivante dans le *Journal de médecine de Paris* :

Le médecin.—Je vous félicite bien sincèrement.

Le malade (vivement).—J'en reviendrai ?

Le médecin.—Non pas exactement ; mais, après consultation, nous avons découvert que votre cas est tout à fait nouveau ; nous avons décidé de donner votre nom à la maladie, si notre diagnostic est confirmé par..... l'autopsie.....

LE DR NOIR.

BIBLIOGRAPHIE.

FORMULAIRE MAGISTRAL.

La 27^e édition du *Formulaire magistral* du professeur BOUCHARDAT vient de paraître chez l'éditeur FÉLIX ALCAN. Cette édition a été revue et mise au courant des plus récentes découvertes thérapeutiques par M. G. BOUCHARDAT, membre de l'Académie de Médecine, professeur à l'École de pharmacie de Paris.

Nous signalerons principalement parmi les articles nouveaux : Les *Formules générales pour les injections hypodermiques, les applications nouvelles de la cocaïne, les médications par l'antipyrine, l'antifébrine, l'emploi nouveau de l'iodoforme et de ses succédanés, les recettes pour les pansements antiseptiques.*

Dans les innombrables médicaments proposés journellement, il y avait un choix à faire, et M. G. Bouchardat l'a fait avec la prudence qui a caractérisé les précédentes éditions, qui a assuré le succès du *Formulaire magistral*, et l'a rendu indispensable à tous les praticiens. (1 vol. in-18 de 700 pages, broché 3 fr. 50, cart. à l'anglaise 4 fr.)
CADIEUX & DEROME, libraires, Montréal. \$1.00.

LA SANTÉ POUR TOUS.

L'attention et la curiosité des gens du monde se portent de plus en plus vers tout ce qui concerne les moyens de prévenir ou de guérir les maladies : c'est à ce public soucieux de sa santé et désireux de connaître les plus récents progrès réalisés par l'hygiène, la médecine et la chirurgie, que s'adresse le **Dictionnaire de la Santé**, illustré de 600 figures intercalées dans le texte, comprenant la médecine usuelle, l'hygiène journalière, la pharmacie domestique et les applications des nouvelles conquêtes de la science à l'art de guérir, par le Dr Paul BONAMI, médecin en chef de l'hospice de la Bienfaisance.

Le **Dictionnaire de la Santé** se publie en 30 SÉRIES à 50 CENTIMES, paraissant tous les jeudis.

L'ouvrage complet formera un volume grand in-8 jésus à deux colonnes de 900 pages, illustré de nombreuses figures, choisies avec discernement, d'une exécution parfaite, et semées avec profusion dans le texte, dont elles facilitent l'intelligence et à la clarté duquel elles ajoutent d'une façon très agréable pour les yeux.

On peut souscrire à l'ouvrage complet, qui sera envoyé franco chaque semaine, en adressant aux éditeurs, MM. J. B. BAILLIÈRE & FILS, 19, rue Hautefeuille, à Paris, un mandat postal de QUINZE FRANCS.

Toutes les sciences médicales ont trouvé place dans le **Dictionnaire de la Santé**, parce qu'elles forment un ensemble dont toutes les parties s'éclairent et se complètent mutuellement ; mais, tout en restant exact dans le fond, l'auteur s'est attaché à exclure de son langage ces termes à mine rébarbative qui effrayent les profanes.

Ce livre sera le guide de la famille, le compagnon du foyer, que chacun, bien portant ou malade, consultera dans les bons comme dans les mauvais jours.

CADIEUX & DEROME, libraires, Montréal.

Prix du dictionnaire complet \$4.00.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE MENSUEL.

Maladies des femmes.

- SINETY L. (de).—Traité pratique de gynécologie et des maladies des femmes, 2e édition avec figures dans le texte, (1884) ; 1 vol. in-8. \$3.75
- SNEGUIREFF. — Hémorragies utérines, étiologie, diagnostic, traitement, (1886) ; 1 vol. grand in-8. \$2.00

Maladies des enfants.

- BLACHE et GUERSANT.—Extraits de pathologie infantile ; 1 vol. in-8. \$2.00
- WEST C.—Leçons sur les maladies des enfants ; 1 vol. in-8. \$3.00

Maladies de la peau.

- HEBRA et KAPOSIE.—Traité des maladies de la peau ; 2 vol. in-8. \$6.25

Maladies des yeux.

- WECKER DE.—Chirurgie oculaire. Leçons recueillies et rédigées par le Dr Masselon, avec figures dans le texte ; 1 grand vol. in-8. \$2.00

Maladies du larynx.

- POYET G.—Manuel pratique de laryngoscopie et de laryngologie, avec 35 figures dans le texte et 24 dessins en couleur hors texte, (1883) ; 1 vol. in-12 rel. toile. \$1.88

Maladies des dents.

- HARRIS AUSTEN et ANDRIEUX.—Traité de l'art du dentiste ; 1 vol. in-8, rel. toile. \$5.00

Art vétérinaire.

- HURTREL et D'ARBOVAL.—Dictionnaire de médecine, de chirurgie et d'hygiène vétérinaire ; 3 forts vol. grand in-8. \$15.00
- LEYH.—Anatomie des animaux domestiques ; in-8, rel. toile. \$3.25
- PEUCH J.—Maladies de l'espèce bovine ; in-8 cart. \$3.50
- TABOURIN.—Nouveau traité de matière médicale, de thérapeutique et de pharmacie vétérinaire ; 2 vol. in-8. \$6.25

MM. CADIEUX & DEROME, libraires à Montréal, se sont procurés tous les ouvrages qui paraissent dans notre *Bulletin Bibliographique mensuel*.