

ASE
2531C

(V2)

EXPOSITION COLONIALE INTERNATIONALE
PARIS 1931

INDOCHINE FRANÇAISE

SECTIONS DES SCIENCES ET DES
SERVICES D'ASSISTANCE SOCIALE

DIRECTION GÉNÉRALE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

TRAVAUX DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
DE L'INDOCHINE

*Extrait des observations recueillies dans les services
de cliniques médicale, chirurgicale et obstétricale.*

HANOI
IMPRIMERIE D'EXTRÊME-ORIENT
1931

ASE
2531C

ASE
2531 C (Va)

(2^{me})

EXPOSITION COLONIALE INTERNATIONALE
PARIS 1931

INDOCHINE FRANÇAISE

SECTIONS DES SCIENCES ET DES
SERVICES D'ASSISTANCE SOCIALE

DIRECTION GÉNÉRALE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

TRAVAUX DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
DE L'INDOCHINE

*Extrait des observations recueillies dans les services
de cliniques médicale, chirurgicale et obstétricale.*

HANOI
IMPRIMERIE D'EXTRÊME-ORIENT
1931

Centre de Documentation
sur l'Asie du Sud-Est et le
Monde Indonésien

EPHE V^e Section

ASE 2531 C (Va)
BIBLIOTHÈQUE

(292)

+ 521 (P)

TABLE DES MATIÈRES

Travaux de l'École de Médecine de l'Indochine.

(Extrait des observations recueillies dans les services de cliniques
médicale, chirurgicale et obstétricale).

I. — Clinique médicale :

a) Dysenterie	7
b) Syphilis, Pian, Affectations cutanées diverses	16
c) Rates paludéennes	40
d) Parasites intestinaux	55
e) Articulations	60
f) Système nerveux	69

II. — Clinique chirurgicale :

a) Bouche, cou, langue, trachée	81
b) Thorax, sein	91
c) Estomac, intestin, mésentère	93
d) Foie et voies biliaires	118
e) Organes génitaux de la femme	123
f) Organes génitaux de l'homme	138
g) Organes urinaires	141
h) Os	144
i) Crâne, face, orbite, nez, fosses nasales	146
j) Nerfs	160
k) Membres	164

III. — Clinique obstétricale

179

I

CLINIQUE MÉDICALE

A. — DYSENTERIE

APPENDICITE PERFORANTE AU COURS D'UNE DYSENTERIE AIGUE

Par AUGÉ et DEGORCE

Le nommé Nguyễn-van-Ba, âgé de 34 ans, cuisinier, entre à l'hôpital indigène du protectorat, le 8 septembre 1907.

Il déclare être atteint de dysenterie depuis une quinzaine de jours. Il accuse des tranchées abdominales fréquentes et très violentes, du ténesme rectal et, par 24 heures, une dizaine de selles contenant du sang et des mucosités. Son état général est très mauvais.

Du 9 au 16 septembre le malade présente tous les symptômes, déjà accusés, d'une dysenterie grave avec selles abondantes, tour à tour lavure de chair ou râclure de boyaux. Les urines sont très rares, de 100 à 200 grammes par jour, sans albumine, et les mictions très pénibles. Pas la moindre élévation thermique. La température est de 36°3 à 36°6.

Le traitement par l'ipéca à la brésilienne immédiatement institué n'a entraîné qu'une diminution appréciable dans le nombre des selles, tombées de 10 à 5 par jour. L'état général ne s'est pas le moins du monde amélioré.

Le 14 nous prescrivons un grand lavage au nitrate d'argent.

Le 15 nous y joignons un traitement au calomel pris à des doses filées (une pilule de 0 gr. 03 centigrammes toutes les heures, n° 12).

Le 16, au matin, nous avons la satisfaction, pour la première fois, de constater une légère amélioration. Le nombre des selles a décru. Il n'y en a que 4 en 24 heures. Elles sont liquides, fécaloïdes et ne contiennent que quelques mucosités sanguinolentes. Le symptôme douleur est un peu atténué et le malade est moins affaibli. Enfin les urines ont atteint le taux de 300 grammes.

Le 17, l'amélioration persiste. Mêmes selles que la veille. Les urines ont encore augmenté (350 grammes). Aussi quelle n'est pas notre surprise le 18 au matin à la visite de constater que l'état du malade dont nous commencions à bien augurer avait considérablement empiré. Il nous dit que, pendant la nuit, vers minuit environ, il a brusquement ressenti dans le ventre une douleur atroce qui lui a arraché toute la nuit et lui arrache encore des gémissements incessants.

Il existe une voussure légère dans la fosse iliaque droite. La pression provoque à ce niveau une vive douleur. La paroi musculaire est contracturée, mais on ne perçoit pas d'empâtement réel. Sous une pression légère l'intestin se laisse déprimer et produit un bruit de gargouillement. Le reste du ventre est souple et non douloureux. Le faciès est normal.

Le pouls est à 115, plein. La température est 36°5.

Il n'y a ni nausées, ni vomissements. Les selles sont liquides, brunâtres, semblables à du chocolat au lait.

(1) Publié dans la *Revue médicale de l'Indochine Française*, 1^{re} année, 1908, n° 6.

Le malade est mis à la diète absolue. On fait une piqûre de morphine ; on injecte un litre de sérum à la cuisse et on applique une vessie de glace sur la fosse iliaque droite. Le malade est un peu soulagé après l'injection de morphine. Néanmoins il ne peut supporter la pression de la vessie de glace.

Des nausées et un léger vomissement surviennent dans l'après-midi.

A quatre heures de l'après-midi, l'état du malade a manifestement empiré depuis le matin. Le pouls est petit, à 130. La température reste à 36°5.

Malgré le peu d'espoir que nous laisse l'état précaire du malade, nous décidons d'intervenir de suite.

Le malade est endormi au chloroforme. Incision sur le bord externe du muscle droit. Le fascia transversalis et le péritoine, sont épaissis, grisâtres, ne forment qu'un seul plan. Sitôt le péritoine incisé, du pus jaunâtre un peu fétide s'écoule par l'orifice. Ce pus contient des fausses membranes jaunes analogues à des flocons de beurre en suspension dans du lait. Les anses intestinales sont agglutinées entre elles, ballonnées, de teinte hortensia. Elles limitent une poche que nous lavons à l'eau bouillie chaude sous très faible pression. Puis le doigt écartant prudemment les anses intestinales donne issue à une autre poche située du côté de la ligne médiane et analogue à la première. Cette poche paraît limitée par des anses intestinales agglutinées et on respecte ces adhérences. Du côté du petit bassin, le doigt ouvre une collection pelvienne abondante constituée par du liquide analogue, à du bouillon sale. Nous dirigeant en dehors, nous ouvrons au doigt une collection externe et rétrocaecale. Le long du bord externe du cæcum nous sentons une frange arrondie, épaissie, qui nous mène sur un petit boyau résistant adhérent au cæcum ; c'est l'appendice. Nous l'attirons non sans quelque difficulté au niveau de la plaie et nous constatons qu'il est fortement tuméfié, d'un rouge violacé. A un centimètre et demi de son extrémité libre, existe une perforation ayant deux centimètres et demi de longueur, à bords friables, déchiquetés comme si l'organe avait subi un éclatement brusque. L'appendice extrêmement friable est lié et réséqué, cautérisé au thermocautère et enfoui à l'aide de quelques points. Nous lavons à l'eau bouillie chaude et à faible pression les poches purulentes qui sont toutes drainées.

Le soir, le pouls est très faible et bat 135 fois par minute. Injections de sérum artificiel et de caféine.

Le malade meurt le 19 dans la soirée.

Autopsie. — A l'ouverture du ventre, on constate que les anses intestinales grêles sont adhérentes, recouvertes par places de fausses membranes jaunâtres dans toute l'étendue de l'abdomen. Elles ne sont rouges qu'au voisinage du cæcum.

Le grand épiploon présente une partie sphacélée au voisinage du cæcum.

Le cæcum est rouge, friable, très adhérent à la paroi postérieure de l'abdomen et aux anses grêles voisines.

Le colon ascendant, le colon transverse et le colon descendant ont une coloration normale.

L'S iliaque est très rouge, recouverte d'épaisses membranes verdâtres.

L'ouverture de l'intestin ne montre aucune altération de l'intestin grêle. Par contre le gros intestin présente des ulcérations dans toute son étendue.

Au niveau du cæcum, on observe quatre larges ulcérations de la muqueuse. Les colons ascendant, transverse et descendant présentent un certain nombre d'ulcérations. Mais c'est surtout au niveau de l'S iliaque et du rectum qu'il existe des ulcérations nombreuses. Les unes sont ovalaires. D'autres ont des contours irréguliers à bords saillants. La paroi en est criblée.

MANIFESTATIONS DOULOUREUSES AU NIVEAU de l'appendice cœcal dans la dysenterie avant l'apparition des symptômes dysentériques.

Par DEGORCE (1)

La douleur à la pression au niveau de la fosse iliaque droite est un symptôme fréquent dans toutes les affections du gros intestin. On observe aussi bien chez des sujets atteints de constipation chronique liée à un état inflammatoire de l'intestin que chez des malades atteints d'entéro-colite aiguë ou chroniques. Ce symptôme est également fréquent chez les dysentériques pendant les poussées aiguës de la maladie. Il coïncide parfois avec des douleurs siégeant en d'autres points du gros intestin, en particulier dans la région de l'S iliaque, mais peut aussi exister seul. De toutes les portions du gros intestin, il semble en effet que le cæcum soit la plus vulnérable et la plus sensible.

Dans la dysenterie, la douleur cœcale est généralement diffuse, se propage plus ou moins le long du colon ascendant. La coexistence des symptômes dysentériques : épreintes, ténésme, selles glaireuses et sanguinolentes ne laisse pas de doute au sujet de l'interprétation de cette douleur qui est due à l'inflammation diffuse du cæcum et aux ulcérations qui parsèment la muqueuse de cet organe.

Beaucoup plus embarrassants au point de vue du diagnostic et de l'interprétation, sont les cas dont je vais rapporter les observations. Il s'agit de malades pris plus ou moins subitement d'une douleur localisée dans la fosse iliaque droite avec un maximum très net au point de Mac-Burney. Les selles de ces malades ne présentaient à ce moment, non plus que dans les jours qui précédaient, de caractères particuliers en dehors de la constipation. La douleur persista sans être accompagnée d'aucun symptôme dysentérique pendant quelques jours. Puis une dysenterie typique éclata et la douleur iliaque disparut quand la dysenterie s'améliora. Dans un cas seul où il existait dès le début, un empatement très net de l'appendice et de la partie avoisinante du cæcum, la douleur survécut quelque temps à la dysenterie.

OBSERVATION I

M. O..., 35 ans, négociant à Hanoi, me fait appeler le 15 avril 1904 dans la soirée, pour une douleur abdominale qui est apparue après le déjeuner.

Le malade est un homme très vigoureux, habituellement constipé, n'ayant jamais eu de dysenterie. Il n'a pas été à la selle depuis la veille et cette selle ne présentait rien de particulier. Il pense qu'il s'agit d'une douleur siégeant au niveau de l'estomac. La douleur est en tout cas très vive. Le malade a dû abandonner ses occupations et se coucher dans le courant de l'après midi.

(1) Publié dans la *Revue médicale de l'Indochine Française*, 1^{re} année, n° 7, 1908

A la palpation, je ne provoque aucune douleur par la pression au niveau de l'épigastre, mais je constate au contraire une sensibilité très vive dans la fosse iliaque droite. La paroi est en défense. La douleur a un maximum très net au point de Mac Burney. Il existe une sensibilité beaucoup plus faible dans une zone de 5 centimètres de diamètre environ ayant ce point pour centre. Pouls 96. Pas de fièvre. Pas de vomissements. Langue saburrale.

Je crois à de l'appendicite. Je prescris le repos au lit, la diète hydrique et je fais appliquer une vessie de glace sur la fosse iliaque droite.

Le lendemain, la douleur a notablement diminué.

Dans la nuit du 16 au 17 avril apparaissent des selles dysentériques nombreuses, fort douloureuses.

Le 17 avril, la douleur au niveau de la fosse iliaque droite est maintenant diffuse et très faible. On cesse l'application de glace. Sulfate de soude 20 gr. Lavage d'intestin au nitrate d'argent à 0 p. 50 centigr. pour mille un demi litre de lait.

Les jours suivants on continue le sulfate de soude et les lavements au nitrate d'argent. Amélioration progressive.

Le 23 avril, on ne provoque plus aucune douleur en appuyant au niveau de la fosse iliaque droite. Il n'y a que deux selles molles non douloureuses, encore un peu glaireuses, dans la journée. On cesse le sulfate de soude et les lavages.

Le 30 avril le malade est complètement rétabli.

OBSERVATION II

M. C..., 52 ans, fonctionnaire, à Hanoi, se présente à ma consultation, le 17 avril 1905. Il se sent mal à l'aise depuis quelques jours, a perdu l'appétit et ressent une douleur modérée dans le ventre. A l'examen de l'abdomen, je constate une douleur très nette à la pression au niveau du point de Mac-Burney. La langue est saburrale. Constipation, depuis deux ou trois jours. Le malade ne paraît pas avoir de fièvre. Je lui conseille de se coucher et de se mettre à la diète lactée.

Le surlendemain, 17 août, je suis appelé chez lui. Il n'a pas suivi mes conseils. Il a été dîner chez les amis, ne s'est pas reposé. Il ressent depuis la nuit une vive douleur dans le côté droit. A la pression, légère défense de la paroi dans la fosse iliaque droite. Sensibilité vive, très nettement limitée au niveau du point de Mac-Burney. Pas d'empâtement. Pas de fièvre. Pouls 92. Constipation. Température 38°5.

Je fais le diagnostic d'appendicite et je prescris la diète hydrique, la glace sur le ventre, le repos absolu. Cette fois les prescriptions sont rigoureusement exécutées. La douleur diminue rapidement.

La température est de 38° le lendemain matin, normale les jours suivants.

La glace est supprimée dès le 23 et on commence à donner un peu de lait au malade. Le 24 le ventre est complètement insensible à la pression. Repos. Régime lacté. Ce jour là, le malade commence à ressentir de fausses envies d'aller à la selle. Ces fausses envies deviennent plus fréquentes les jours suivants et aboutissent le 28 à l'expulsion de selles dysentériques. Il faut noter que le malade s'était levé le 20 et avait commis le 27 de légers écarts de régime. Les selles dysentériques sont d'ailleurs peu nombreuses (5 en 24 heures).

Le traitement consiste en régime lacté, légère purgation au sulfate de soude (20 gr.) et lavages d'intestin à l'eau boricuée. L'état local s'améliore rapidement. Les selles perdent au bout de quelques jours leur aspect dysentérique et restent seulement un peu glaireuses. Mais au début d'octobre le malade fait une rechute de dysentérie avec hémorragies intestinales formidables. Il n'échappe à ce danger que pour présenter bientôt tous les signes d'un abcès du foie. Il est opéré le 21 octobre et meurt 8 jours après.

OBSERVATION III

M. C..., 34 ans, entrepreneur à Hanoi, n'a jamais eu la dysentérie. Il a eu des accès de fièvre palustre à diverses reprises. Congestion du foie, il y a deux ans. Habituellement constipé.

M. C... vient me consulter le 14 janvier 1908. Il se plaint d'être fatigué et de souffrir du ventre depuis deux ou trois jours. La langue est un peu saburrale. Constipation.

A l'examen du ventre, je constate au niveau de la fosse iliaque droite, profondément, dans la région de l'appendice, un cylindre résistant gros le long comme le petit doigt, roulant sous le doigt et relié à une masse plus volumineuse dont la consistance un peu ferme se confond insensiblement avec la masse souple de l'intestin. L'organe ainsi perçu est très douloureux à la pression. La pression en dehors de cette région n'est pas douloureuse. Il me paraît évident qu'il s'agit d'un appendice enflammé et turgescant. La paroi est mince, très souple, nullement contractée. La masse se mobilise légèrement, latéralement et de haut en bas. Je conseille le repos au lit, la glace sur le ventre, la diète hydrique.

La douleur locale diminue le 15 janvier. Mais le 16 apparaissent des selles dysentériques typiques accompagnées de violentes douleurs. L'appendice est toujours perceptible et très douloureux. La douleur remonte maintenant le long du colon ascendant. N'osant pas donner de purgation ni de lavements à cause de l'état de l'appendice, je me contente de donner au malade des comprimés de Khossam. Le résultat est peu appréciable. L'intestin reste très douloureux. Les selles sont nettement dysentériques (10 à 15 par 24 heures). L'appendice semble néanmoins moins tuméfié et moins douloureux. On ne le perçoit plus nettement. La glace est supprimée le 20 janvier et le malade est autorisé à prendre du lait en petite quantité.

Le 22 janvier, je vois le malade en consultation avec mon collègue LE ROY DES BARRES. Nous décidons de donner du calomel à doses fractionnées de 0 gr. 30 par jour. Ce traitement amène une transformation progressive des selles qui perdent peu à peu leur caractère dysentérique. Le 31 janvier, les selles ont des caractères normaux. Il reste un point douloureux nettement localisé dans la région de l'appendice, mais pas d'empatement.

Le 3 février le malade commence à se lever dans sa chambre.

Le 11 février, il sort et vient se faire examiner chez moi. Ses selles sont normales. La pression digitale détermine encore une douleur nette mais peu intense au point de Mac-Burney, alors que tout le reste de l'abdomen est indolore. Le malade ressent d'ailleurs une gêne constante dans le côté droit. Au bout de quelques semaines cette sensation disparaît complètement et actuellement (juillet 1908) le ventre est normal.

L'absence de constatations anatomiques rend difficile l'interprétation des faits qui viennent d'être exposés. Nous sommes obligés de discuter de simples hypothèses.

Tout d'abord on peut se demander s'il s'est agi de lésions véritables de l'appendice. La constatation d'une douleur provoquée par la pression au niveau de cet organe, même quand elle est bien localisée, n'implique pas forcément qu'on ait affaire à une lésion de l'appendice. J'ai observé assez souvent, pour ma part, un maximum de douleur très net au point de Mac Burney chez des malades atteints d'entérocolite chronique, que j'ai suivis longtemps et qui, j'en suis persuadé, n'ont jamais eu d'appendicite. La netteté de cette localisation explique la méprise de nombreux chirurgiens qui ont enlevé de bonne foi des appendices sains à des malades atteints d'entérocolite chronique. Ces erreurs

étaient fréquentes il y a une dizaine d'années. Actuellement ou est infiniment plus circonspect.

Il semble bien qu'il se passe pour le cæcum, ce qui se passe pour l'estomac. On sait qu'au niveau de l'estomac, le point douloureux épigastrique n'est nullement en rapport avec le siège des lésions stomacales. On peut avoir affaire à un ulcère du pylore alors que la pression ne réveille de douleur qu'au voisinage de l'ombilic. Au niveau du cæcum la sensibilité paraît siéger de préférence ou tout au moins atteindre son maximum au point de Mac Burney.

Mais si le doute est permis pour nos deux premiers cas, il nous paraît devoir être écarté pour le troisième. En effet la sensation de l'appendice turgescant, douloureux était des plus nets. Certains auteurs ont nié, il est vrai, que l'on puisse sentir l'appendice par le palper. Ils ont prétendu que des fibres musculaires contracturées étaient prises pour l'appendice. Dans notre cas la sensation était trop nette pour laisser place à l'erreur. Nous pouvons donc conclure que, dans un cas au moins sur trois, il y avait de véritables lésions de l'appendice. Ces lésions de l'appendice dans la dysenterie ont d'ailleurs été déjà signalées et j'ai pour ma part rapporté un cas d'appendicite perforante en cours de la dysenterie en collaboration avec le D^r Augé dans le précédent numéro de la Revue médicale.

Nous devons maintenant examiner si ces localisations douloureuses sans selles dysentériques peuvent être considérées comme une première étape de la dysenterie. Je crois que nous pouvons l'admettre car la dysenterie ou plutôt l'agent de la dysenterie semble pouvoir exister pendant un certain temps dans l'intestin sans provoquer les symptômes dysentériques classiques.

Un des meilleures preuves nous est fournie par la constatation d'abcès du foie amibiens chez des malades qui n'ont jamais eu de selles dysentériques ou même de diarrhée banale pendant leur séjour sous les tropiques. J'en ai observé quatre cas bien nets. Or deux de ces malades ont eu des selles dysentériques pour la première fois quelques jours après leur opération d'abcès au foie. Il semble bien probable que l'agent de l'abcès et de la dysenterie avait depuis un certain temps dans l'intestin sans se manifester par aucun symptôme. Ce n'est qu'au bout de plusieurs jours ou de plusieurs semaines que les symptômes intestinaux ont fait leur apparition.

Cette existence latente de l'agent de la dysenterie dans le tube digestif expliquerait d'ailleurs les cas de dysenterie amibienne que nous observons parfois à la suite d'une cause occasionnelle banale, à la suite d'un refroidissement ou de l'ingestion de substances irritantes, de sels mercuriels, de purgatifs drastiques par exemple. La moindre résistance de l'intestin, son irritation permettraient à la dysenterie de se révéler.

Enfin il arrive de temps en temps que l'on constate la présence d'amibes ayant tous les caractères de l'amœba histolitica dans les selles de sujets atteints de diarrhée banale, d'entérocolite chronique, mais qui n'ont jamais présenté le syndrome dysentérique.

Les cas que nous avons observés nous permettent d'admettre que les lésions dysentériques peuvent se localiser au début dans la région du cæcum et de l'appendice et évoluer quelque temps sans donner lieu au syndrome dysentérique.

Le diagnostic de la cause véritable de cette douleur siégeant dans la fosse iliaque droite paraît être impossible tant que les selles dysentériques n'auront pas apparu.

Le traitement consistera à traiter la dysenterie par les moyens ordinaires dès qu'on aura la certitude de son existence. C'est par ce traitement de la dysenterie que nous avons vu disparaître rapidement ces manifestations appendiculaires ou pseudo-appendiculaires.

DYSENTERIE, ORCHITE, VAGINALITE SUPPUREE, ABCES

de la prostate ouvert dans le tissu cellulaire sous-jacente au cul
de sac de Douglas, incision par la voie hypogastrique, guérison.

Par LE ROY DES BARRES (1)

P.-V.-B. âgé de 19 ans, mécanicien, entre dans notre service le 12 avril 1908.
Les antécédents héréditaires de ce malade ne présentent aucune particularité digne d'être signalée.

Comme antécédents personnels notons que P.-V.-B. a eu la variole à l'âge de 8 ans ; à 12 ans, notre malade remarqua que son testicule droit était douloureux par moments et que de plus ce testicule ne descendait pas bien dans les bourses, et qu'il était facile de le faire rentrer dans l'anneau inguinal.

Depuis cette époque ce testicule était de temps à autre douloureux, mais la douleur cédait rapidement après quelques jours de repos au lit.

Trois semaines avant son entrée à l'hôpital, notre malade avait eu une poussée légère de dysenterie avec pendant deux jours des selles sanguinolentes. Au bout d'une dizaine de jours, il était guéri. Cinq jours avant son entrée dans notre service, il présenta les symptômes suivants :

1° Des douleurs au niveau de la région hypogastrique, douleurs assez vives pour empêcher la marche et causer de l'insomnie ;

2° Une sensation de pesanteur au niveau de l'anus, s'accompagnant de fréquentes envies d'aller à la selle, et malgré tous ses efforts le malade n'arrivait qu'à émettre une petite quantité de matières.

Pendant trois jours cet état fut stationnaire, puis une légère amélioration se produisit dans les douleurs signalées plus haut, tandis que par contre le testicule droit devenait gros et douloureux et que la peau du scrotum devenait rouge à son niveau.

C'est dans ces conditions que le malade entre à l'hôpital le 12 avril.

L'état général est bon, le malade est un peu amaigri, l'abdomen est souple, non douloureux, sauf cependant au niveau de la partie inférieure de la région hypogastrique où une pression profonde est un peu sensible. Le scrotum est rouge surtout à droite, la peau en est tendue, et la palpation permet de sentir un testicule gros, douloureux, entouré d'un épanchement vaginal.

Le cordon correspondant est augmenté de volume et douloureux ; les ganglions inguinaux du même côté sont un peu hypertrophiés et sensibles.

Les fonctions vésicales s'exécutent bien, les urines sont claires.

Le toucher rectal montre une prostate grosse, douloureuse à la pression.

Depuis la veille les envies d'aller à la selle ont beaucoup diminué de fréquence ; les matières rendues sont encore légèrement glaireuses.

Tous les autres organes sont normaux.

Le diagnostic porté est celui d'infection des voies génitales consécutives à une dysenterie et se traduisant par de la prostatite, et une orchite avec vagina-

(1) Publié dans la *Revue médicale de l'Indochine Française*, 1^{re} année, n° 7, 1908.

lite suppurée. Le malade niait en effet toute affection antérieure des organes génitaux.

L'incision de la vaginale pratiquée le 14, donna issue à 150 grammes environ d'un pus verdâtre épais et fétide, dans lequel le microscope montre la présence de microbes ayant tous les caractères du coli-bacille.

Les jours suivants le malade se sent mieux, puis le 19, il se plaint de douleurs vives à la région hypogastrique ; la palpation permet de sentir une résistance profonde, un empatement.

Cet empatement ne fait qu'augmenter et la peau de la région est tendue tout en conservant sa coloration normale. Le 22, il existe une légère contraction des muscles droits. Le malade urine bien, ses urines sont normales, le cathétérisme ne donne aucun renseignement ; le toucher rectal permet de sentir une volumineuse masse dure, dont il est impossible de préciser les limites.

Devant la marche des accidents, en présence d'une légère élévation de température depuis quelques jours, le diagnostic d'abcès profond (probablement de la cavité de Retzius) est porté.

Le 25 avril après anesthésie générale, le ventre est ouvert sur la ligne médiane jusqu'au péritoine dans la région sous-ombilicale. Le cul de sac prévésical est alors décollé, la vessie est mise à nu sa face antérieure : la cavité prévésicale n'est le siège d'aucune suppuration.

La vessie est alors ouverte sur sa face antérieure afin d'en explorer la cavité. Le doigt introduit dans la vessie sent à la partie postérieure de celle-ci une masse fluctuante séparée du doigt par une épaisseur assez considérable de tissus, il n'y a donc pas intérêt à ouvrir la collection dans la vessie. Dans ces conditions, cet organe est refermé par trois plans de suture au catgut, dont le premier perforant.

Le péritoine est alors décollé de la vessie avec précaution sur la partie supérieure de la vessie ; en atteignant la face postérieure de cet organe, la collection purulente est ouverte et donne issue à un demi litre environ de pus verdâtre sans aucune odeur particulière. Le doigt introduit dans cette cavité pénètre profondément et arrive en arrière de la vessie jusqu'à la prostate dont le tissu fait partie de la paroi de l'abcès.

La paroi est alors refermée par une suture à trois plans après drainage de la poche. Une sonde à demeure est placée dans la vessie, cette sonde est enlevée le cinquième jour.

Les suites furent normales au point de vue chirurgical et 15 jours après la plaie était complètement cicatrisée. Malheureusement ce malade eut une nouvelle rechute de dysenterie, ce qui prolongea son séjour à l'hôpital de près de trois semaines encore.

Le pus examiné renfermait de très rares microbes dont des coli-bacilles.

Cette observation nous a paru mériter d'être rapportée à plus d'un titre.

Tout d'abord l'infection des voies génitales au cours d'une dysenterie sans être exceptionnelle n'est cependant pas très fréquente, nous avons déjà eu l'occasion de publier un cas d'orchite consécutive à une dysenterie (1). En second lieu l'infection a abouti à la suppuration en deux points différentes des voies génitales : vaginale et prostate.

(1) Gazette hebdomadaire de Médecine et de chirurgie 1902.

La suppuration prostatique s'est dirigée vers le cul de sac de Douglas, ce qui n'est pas une des voies suivies ordinairement ; la loge prostatique est en effet bien fermée de ce côté.

Le diagnostic du siège de la suppuration était difficile à préciser, d'autant plus que la suppuration antérieure de la vaginale appelait l'attention sur la loge prévésicale.

L'absence de toute réaction péritonéale permet d'affirmer que le pus a simplement décollé le péritoine du cul de sac de Douglas s'est collecté dans le tissu cellulaire sous-jacent.

Enfin le testicule droit qui, antérieurement, avait été plusieurs fois douloureux était prédisposé pour une localisation infectieuse.

B. — SYPHILIS — PIAN

Affections cutanées diverses

UN CAS DE NODOSITÉS JUXTA-ARTICULAIRES

Par le D^r V. POLIDORI (1)

Le nommé Phung-si-Chi, sujet chinois, âgé de 47 ans, est entré le 27 avril 1920, dans le service de la prison à l'hôpital indigène de Hanoi sous le diagnostic d'ostéo-arthrite tuberculeuse fistulisée du genou gauche.

Il présente au point pulmonaire de la submatité des deux sommets surtout marquée à droite et des râles d'infiltration à la base. La radioscopie démontre une obscurité des deux sommets.

Le malade, opiomane invétéré, est extrêmement amaigri, presque squelettique.

Il est subictérique et se plaint de douleurs au niveau de l'hypochondre droit. Sa rate est volumineuse et descend jusqu'au niveau de l'ombilic.

Les selles diarrhéiques renferment des œufs d'ankylostomes et des kystes d'amibes.

Le sang donne une réaction Hecht-Bauër légèrement positive, mais l'interprétation en est difficile, le malade présentant en outre des accès de paludisme contractés dans la haute région tonkinoise.

Ses régions lombo-dorsale et fessière présentent des lésions squameuses circonscrites de nature cliniquement mycosique.

Pas de troubles moteurs ni sensitifs.

Au cours de cet examen, notre attention est attirée par des nodosités symétriques siégeant au niveau des deux régions olécraniennes et trochantériennes.

Ces tumeurs sont polylobées, de consistance dure ; quelques-unes légèrement mobiles, les autres adhérentes au plan profond périostique et faisant corps avec la peau.

Leur volume va de celui d'un petit marron (au niveau du coude) à celui d'un demi citron (au niveau des trochanters où elles sont plus étalées).

Le tégument à leur niveau est épais et durci. Une radiographie pratiquée par le D^r Heymann sur le coude gauche ne révèle aucune altération de l'os sous-jacent.

On ne retrouve aucune formation semblable ni au niveau de la malléole ni au niveau de la tête du péroné.

Le malade difficile à interroger, car il ne s'exprime pas en annamite, aurait déclaré que ces tumeurs remontent à sa première enfance et auraient débuté vers l'âge de trois ans, d'abord au niveau des deux coudes pour apparaître un ou deux ans plus tard au niveau des régions trochantériennes.

(1) Publié dans le *Bulletin médico-chirurgical de l'Indochine*, août 1920, page 53.

Cette curieuse affection a été décrite pour la première fois par Jeanselme. Ses observations ont été faites au cours de son voyage dans la presqu'île indochinoise (janvier 1899 — avril 1900). Elles ont été relatées à la Société de Médecine et d'Hygiène tropicale le 22 février 1905 et dans les Archives Fur Schiffes Und-Tropen Hygiène en 1906.

Jeanselme a fait ses observations au Cambodge, au Laos et au Siam et a pu recueillir 14 observations pendant son court séjour.

Cette affection est pourtant très rare, nous semble-t-il, au Tonkin, du moins dans le Delta.

Nous n'en avons personnellement jamais observé et il n'en est pas fait mention à notre connaissance dans les statistiques de l'hôpital indigène du Protectorat.

Notre malade a succombé à l'hôpital indigène le 17 juillet 1920.

A l'autopsie nous avons trouvé une congestion tuberculeuse des deux poumons une grosse rate scléreuse ; le foie durci ardoisé, son hile entouré de gros ganglions grisâtres et la vésicule ainsi que le cholédoque bourrés de calculs noirâtres et durs.

Deux heures environ après la mort, nous avons prélevé aseptiquement les nodosités péri-olécraniennes.

Elles étaient adhérentes à la peau et au périoste et présentaient un noyau fibreux et en certains points de consistance presque cartilagineuse.

Des frottis ont été faits, colorés au bleu phéniqué, au Ziehl et au Fontana Tribondeau.

Ces examens directs n'ont révélé aucune forme microbienne.

Des milieux sucrés liquides et solides ont étéensemencés pour la recherche des mycoses.

Un lapin et une cobaye ont été inoculés avec un fragment de la tumeur.

Le reste a été débité en petits cubes et placé dans du liquide de Zenker et de la glycérine neutre.

L'examen histologique n'a pas encore été pratiqué.

Mais j'ai voulu poser ici la question de la fréquence de cette affection au Tonkin.

PRÉSENTATIONS DE MALADES

UN CAS DE PIAN AVEC ROSÉOLE PAPULEUSE

Par A. DEGORCE (1)

Un homme de 44 ans H.-V.-C., cultivateur du village de Vinh-Ninh (province de Hadong) est entré à l'hôpital le 22 août dernier, présentant des éléments pianiques bien caractérisés et une éruption généralisée ressemblant à une roséole papuleuse syphilitique. Ces diverses lésions étaient encore très apparentes quand il fut présenté à la Société.

Le premier élément apparut à la nuque, à la bordure du cuir chevelu, il y a environ deux mois. A ce niveau existe un papillome pianique de 1 centimètre de diamètre.

D'autres éléments apparurent ensuite sur le cuir chevelu, la verge, les bourses, le corps, les cuisses. Le malade peu intelligent ne peut préciser leur date d'apparition.

Le malade présente de petits papillomes pianiques recouverts de croûtes molles jaunâtres sur la nuque, le cuir chevelu, la face ; des papules ulcérées et suintantes sur la peau de la verge et des bourses.

Aucun de ces éléments n'est induré.

Outre ces éléments tout à fait semblables à ceux que nous observons d'ordinaire dans le pian, existe une éruption d'éléments papuleux rouge sombre, arrondis ou ovalaires, ayant cinq à dix millimètres de diamètre, formant de petites saillies nettement appréciables au toucher et à la vue si on les regarde à jour frisant, ne présentant pas d'infiltration bien nette.

Cette éruption couvre tout le dos, la base du thorax et la ceinture, les fesses, les cuisses, les jambes, les épaules, les bras et les avant-bras.

Il existe quelques papules cornées aux plantes des pieds et aux paumes des mains.

Les ganglions sus-épitrochéens inguinaux et carotidiens sont augmentés de volume.

Il n'existe rien d'anormal au niveau de la gorge et de la bouche.

L'état général est satisfaisant. Il n'y a pas de maux de tête, mais des douleurs dans les jambes. Il n'existe pas de fièvre. Les divers éléments éruptifs sont légèrement prurigineux.

Le malade présente donc d'une part des éléments typiques de pian, d'autre part, une roséole papuleuse tout à fait semblable à celle de la syphilis. L'interprétation de ces faits est assez délicate.

On pourrait penser d'abord qu'il s'agit simplement de syphilis et que le diagnostic de pian est erroné.

(1) Publié dans le *Bulletin de la Société Médico-chirurgicale de l'Indochine*, 5^e année, novembre 1912, page 617.

Mais le malade provient d'un centre où le pian s'observe fréquemment. Plusieurs individus de son village et des village voisins sont venus à l'hôpital porteurs de lésions pianiques indiscutables, semblables à certaines de celles dont il est atteint.

La femme et l'enfant de cet homme sont atteints de pian. J'ai pu les faire venir à l'hôpital, les montrer à plusieurs de nos collègues. Les lésions qu'ils présentaient étaient celles qui sont observées dans le pian. L'enfant fut atteint le premier et contamina sa mère. Le mari fut pris en dernier lieu.

L'accident primitif chez notre malade fut extra-génital et ne ressemble en rien à un chancre induré. Les lésions sont prurigineuses, ce qui est la règle dans le pian et ne s'observe pas ordinairement dans la syphilis. En dehors des papules les éléments sont ceux qui sont observés dans le pian et je n'en ai jamais observé de semblables chez les syphilitiques.

On pourrait penser aussi qu'il y a coïncidence du pian et de la syphilis chez ce sujet. Il m'est impossible d'apporter la preuve que cette coïncidence n'existe pas. Elle paraît seulement peu vraisemblable et il n'existe en tout cas aucune trace d'un accident primitif syphilitique.

J'incline à penser que cette roséole est une manifestation du pian, manifestation exceptionnelle, mais qu'il n'est pas autrement étrange de rencontrer dans une maladie si voisine de la syphilis et qui présente tant de symptômes communs avec cette dernière.

SUR UNE VARIÉTÉ DE PIAN PROCHE DE LA SYPHILIS

Par A. DEGORCE (1)

Il existe près de Hanoi, dans le canton de Cò-Dien, dépendant de la province de Hadong et surtout dans deux villages de ce canton, Quynh-Dò et Vinh-Ninh, un foyer de pian, à symptômes se rapprochant beaucoup de ceux de la syphilis. Cette maladie a déjà fait l'objet d'une description, publiée par MOUZELS et par moi, dans le bulletin de la Société en 1912 (2).

Depuis la publication de ce travail, l'examen de nombreux malades nouveaux m'a montré plus évidente la proche parenté de cette variété de pian avec la syphilis.

Cette variété se rapproche beaucoup du pian, observé à Ceylan, par CASTELLANI et CHALMERS. Elle diffère beaucoup, au contraire, du pian décrit par les autres auteurs et en particulier par les auteurs français qui ont étudié surtout le pian dans les vieilles colonies d'Afrique ou d'Amérique.

Quand les malades se présentent à l'hôpital, l'élément primitif ne paraît pas différer autrement que par ses dimensions des éléments secondaires dont la peau est déjà parsemée. C'est une ulcération à fond plus ou moins granuleux et bourgeonnant, recouverte de croûtes. Parfois cet élément primitif est déjà cicatrisé. En aucun cas, il ne présente les caractères du chancre syphilitique : infiltration profonde du derme, dureté superficielle de l'ulcération, fond lisse rouge foncé, bords réguliers se continuant sans dénivèlement marqué avec le fond de l'ulcération. Je n'ai jamais observé de phagédénisme, alors que cette complication est relativement fréquente au Tonkin dans le chancre syphilitique. Les volumineuses adénopathies de la syphilis font également défaut. L'élément primitif est presque constamment extra-génital.

Il est difficile de fixer la date d'apparition des accidents secondaires par rapport à celle de l'accident primitif, car les malades se présentent à l'hôpital quand les accidents secondaires existent déjà. D'après leurs dires, ces accidents surviendraient quinze à vingt jours après l'accident initial.

Les éléments secondaires de la peau, qui sont couramment observés, ont d'abord l'aspect de petites élevures coniques, rose clair, rudes au toucher, grosses comme une tête d'épingle ou un grain de mil. Elles apparaissent en groupe d'éléments assez serrés dont l'évolution est variable.

Beaucoup restent stationnaires et régressent spontanément. Les autres évoluent suivant trois types : un type papulo-croûteux, un type papillomateux et un type circiné.

L'élément papulo-croûteux présente d'abord à son sommet une petite croûte jaunâtre, puis s'étale, devient papuleux, se recouvre de croûtes jaunâtres, mellicériques. Au-dessous de ces croûtes, on trouve une surface ulcérée, rouge granuleuse, suintante.

(1) Publié dans le *Bulletin de la Société Médico-chirurgicale de l'Indochine*, année 1914, n° 7, page 306.

(2) DEGORCE et MOUZELS. — Le pian chez les annamites du Tonkin (*Bulletin de la Société Médico-chirurgicale de l'Indochine*, septembre 1912, page 548).

Le type papillomateux est dû à la prolifération en hauteur d'un élément du type précédent. La surface ulcérée s'exhausse en formant des bourgeons plus ou moins saillants. C'est le papillome framboisé classique.

Le type circiné est surtout fréquent chez les enfants. Les éléments de ce type deviennent ombiliqués au centre, puis s'étalent. Un cercle de peau non ulcérée, à couleur ardoisée, inscrit dans un rebord circulaire saillant et recouvert d'une croûte jaunâtre constitue l'élément circiné.

A côté des éléments circinés réguliers existent des éléments arciformes et polycycliques qui en dérivent.

Les éléments pianiques sont prurigineux.

Leur aspect varie suivant les régions. La description précédente est celle qui convient aux éléments de la peau du corps et des membres.

A la face, les éléments se recouvrent fréquemment de croûtes molles et grasses et ressemblent aux syphilides séborrhéiques.

Sur le cuir chevelu, s'observent ordinairement des papules suintantes recouvertes de croûtes brunâtres. Parfois ce sont de petites papules recouvertes de croûtes ou de squames sèches tout à fait semblables à celles de la syphilis secondaire. L'alopécie fait toujours défaut.

A la paume des mains et à la plante des pieds existent fréquemment des papules lenticulaires, rouge sombre ou brunâtres qu'on ne pourrait distinguer des éléments analogues produits par la syphilis dans les mêmes régions.

La périonyxis, assez semblable à celle de la syphilis, est assez fréquente.

Dans les régions à peau fine, scrotum, fourreau de la verge, grandes lèvres, peau de l'aisselle, s'observent assez fréquemment des papules suintantes semblables aux syphilis papulo-érosives.

Outre ces éléments cutanés d'observation courante, on peut rencontrer, à titre exceptionnel, une roséole tout à fait semblable à la roséole syphilitique. J'ai observé cinq cas de roséole chez des malades atteints de lésions pianiques typiques. Le premier cas que j'ai observé a été présenté à la séance de la Société médico-chirurgicale du 8 septembre 1912 (1). Dans ce cas, et dans un second cas que j'ai observé plus tard, les autres membres de la famille du malade étaient atteints de pian. Les enfants avaient été contaminés avant leurs parents. Aucun de ces malades ne présentait d'accident ressemblant au chancre syphilitique. La contagion ne paraissait pas avoir été d'origine génitale.

Il est probable que cette roséole précède les autres accidents secondaires cutanés. Mais je n'ai pu m'en assurer car elle coexistait avec les accidents secondaires dans les cas que j'ai observés. Les malades n'avaient pas pris garde à la roséole et ne purent me donner aucun renseignement sur sa date d'apparition.

Les lésions des muqueuses et les lésions de la peau qui avoisinent les orifices sont assez fréquentes. CASTELLANI et CHALMERS décrivent des lésions des muqueuses dans le pian. Mais la plupart des auteurs n'en font pas mention ou nient même leur existence.

Au niveau des lèvres il existe fréquemment, surtout chez les enfants, des fissures ou des ulcérations. Les fissures sont particulièrement fréquentes au niveau des commissures des lèvres.

(1) DEGORCE. — Un cas de pian avec roséole papuleuse (*Bulletin de la Société médico-chirurgicale de l'Indochine*, 13 octobre 1912, p. 617).

Dans la bouche, les lésions sont assez exceptionnelles chez l'adulte, mais fréquentes chez l'enfant. On y observe parfois des ulcérations superficielles à fond blanc grisâtre, à contour un peu irrégulier. Plus souvent, ce sont des lésions saillantes, d'un blanc très franc, non ulcérées, tout à fait différentes des lésions syphilitiques. Certaines de ces lésions forment une saillie en chou-fleur très marquée. Elles siègent sur la langue avec prédilection. Très rarement on peut observer des lésions des amygdales ou des piliers du voile du palais.

Les lésions secondaires du gland et de la muqueuse préputiale sont fréquentes. Elles consistent soit en ulcérations superficielles à rebord saillant et croûteux, soit en lésions bourgeonnantes recouvertes de croûtes jaunâtres. Parfois aussi existent des ulcérations superficielles rappelant les plaques muqueuses. Des lésions semblables peuvent s'observer au niveau de la vulve.

De volumineux condylomes suintants, de coloration blanc grisâtre, à surface granuleuse ou villeuse, s'observe fréquemment au pourtour de l'anus. Ils sont assez analogues à ceux qui existent dans la syphilis secondaire mais plus saillants et plus volumineux.

Les ganglions inguinaux, les ganglions du cou, de la nuque et les ganglions épitrochléens sont généralement augmentés de volume. Ils sont mobiles, indolents, de consistance ferme et n'ont pas de tendance à suppurer.

Les accidents tertiaires semblent exceptionnels. Dans un cas seulement j'ai observé, chez une jeune fille atteinte de pian, depuis un an et demi environ, une ostéite hypertrophiante du radius qui a régressé après un traitement au salvarsan.

Aucune lésion du système nerveux ou des organes des sens n'a été constaté jusqu'ici.

Plusieurs de nos collègues, MOUZELS, THIBAUT et C. MATHIS ont étudié les parasites de cette maladie. Ils ont trouvé dans les lésions un tréponème ressemblant beaucoup à celui de la syphilis.

Par l'excellente méthode à l'imprégnation à l'argent de Fontana-Tribonneau, C. Mathis a obtenu de très belles préparations de ces parasites. La planche, jointe à ce mémoire et que nous devons à son obligeance, représente les différents aspects du tréponème du pian.

La réaction de WASSERMANN a été recherchée par C. Mathis chez 25 de mes malades atteints de lésions pianiques secondaires. Dans 23 cas, la réaction a été nettement positive. Dans deux cas seulement, elle a été négative. Dans un de ces deux cas, l'accident initial datait seulement d'un mois.

Le traitement par le mercure et par l'iodure de potassium a une influence nette sur la régression des lésions, mais la guérison est lente. Le traitement par le salvarsan ou les produits similaires amène une disparition rapide des lésions.

Dans le tableau comparatif ci-dessous, j'ai rapproché les symptômes de la variété de pian que je viens de décrire, des principales manifestations de la syphilis, observée chez les Annamites, dans le même milieu.

TABLEAU COMPARATIF

<i>Syphilis.</i>	<i>Pian.</i>
I. Accident initial infiltré et induré, à surface plane et lisse, siégeant ordinairement sur les organes génitaux, s'accompagnant souvent d'une adénopathie volumineuse, Phagédénisme fréquent.	I. Accident initial de consistance souple ou peu infiltré, à surface granuleuse ou bourgeonnante à siège presque toujours extragénital, semblable aux accidents secondaires. Adénopathie peu accentuée. Pas de phagédénisme.

2. Roséole.
3. Lésions cutanées secondaires papuleuses dès le début, rouge sombre, infiltrées, assez régulièrement disséminées.
4. Pas de lésions exubérantes du type framboesia.
5. Eléments circinés à bords rosés, légèrement surélevés et finement squameux.
6. A la face, syphilides séborrhéiques.
7. Accidents cutanés non prurigineux.
8. Périonyxis.
9. L'alopecie syphilitique est exceptionnelle.
10. Les lésions de la muqueuse buccale et du pharynx sont rares et peu accentuées. Erythème du voile du palais et du pharynx.
Plaques muqueuses. Ulcérations des lèvres et des commissures.
11. Lésions du gland, du prépuce ou de la vulve. Plaques muqueuses de type plus ou moins régulier.
12. Condylomes suintants de la marge de l'anus.
13. Adénopathies secondaires.
14. Accidents tertiaires fréquents, atteignant principalement le squelette du nez et de la voûte palatine, les os des membres, le sternum ou formant des gommés multiples dans les muscles, le tissu cellulaire et la peau.
15. Présence de tréponèmes dans les lésions.
16. Réaction de Wassermann positive.

2. Roséole semblable à celle de la syphilis mais paraissant plus rarement.
3. Lésions cutanées secondaires débutant par des élevures coniques, rose clair, à base non infiltrée, apparaissant par groupes compacts.
Les lésions papulo-croûteuses du cuir chevelu, les lésions papulo-érosives des régions à peau fine, les lésions papuleuses de la paume des mains et de la plante des pieds sont semblables à celles de la syphilis.
4. Papillomes du type framboesia.
5. Eléments circinés à bords plus surélevés que dans la syphilis et recouverts de croûtes jaunâtres.
6. A la face, lésions du même type mais plus saillantes, mamelonnées.
7. Accidents cutanés prurigineux.
8. Périonyxis semblable à celle de la syphilis, mais donnant parfois naissance à des lésions bourgeonnantes.
9. L'alopecie n'a pas été constatée.
10. Les lésions de la muqueuse buccale et du pharynx manquent souvent. Pas d'érythème.
Pas de plaques muqueuses typiques. Parfois fissures au niveau des commissures des lèvres.
Les lésions typiques sont des lésions saillantes, d'un blanc pur, recouvertes parfois d'un épithélium intact.
11. Lésions à rebord saillant et croûteux ou encore lésions bourgeonnantes recouvertes de croûtes jaunâtres. Parfois aussi ulcérations se rapprochant des plaques muqueuses.
12. Condylomes analogues, mais plus saillants et plus volumineux.
13. Adénopathies semblables à celles de la syphilis secondaire.
14. Accidents tertiaires exceptionnels (un seul cas observé d'ostéite hypertrophiante du radius).
15. Tréponèmes semblables à ceux de la syphilis.
- 16 Réaction de Wassermann positive

L'interprétation de ces faits peut donner lieu à diverses objections.

On peut penser qu'il y a là deux maladies, évoluant côte à côte, certains malades étant atteints de pian et les autres de syphilis.

Mais, si les malades présentent d'une manière inconstante certains symptômes de la syphilis, ils présentent avec une constance remarquable des éléments pianiques.

Dans une même famille, on voit certains sujets présenter des symptômes de pian pur, alors que d'autres présentent en outre des symptômes pouvant être rattachés à la syphilis, la roséole par exemple.

On peut objecter encore qu'il y a coïncidence des deux maladies chez certains sujets.

La preuve rigoureuse du contraire me paraît difficile à fournir. En effet, ni la recherche des parasites, qui, dans tous les cas, ressemblent au tréponème de la syphilis, ni la réaction de Wassermann positive dans la plupart des cas ne peuvent servir à nous éclairer.

On pourrait peut-être retirer des renseignements précis d'inoculations aux animaux. Ces recherches, que je n'ai pu tenter, seraient intéressantes à entreprendre.

Faute de ces renseignements, je suis obligé de m'en tenir à l'observation clinique. Elle me paraît pratiquement suffisante pour diagnostiquer chez ces malades l'existence d'une seule maladie. En effet tous les sujets se présentent sensiblement dans les conditions identiques au point de vue du milieu, du mode de vie, du mode de contagion, de la symptomatologie et de l'évolution de la maladie.

S'agit-il d'une syphilis à forme spéciale simulant le pian par certains de ses symptômes ou d'un pian modifié se rapprochant de la syphilis ?

Certains arguments me paraissent suffisants pour repousser le diagnostic de syphilis.

J'observe couramment la syphilis chez les Annamites placés dans les conditions semblables à celles des habitants du canton de Cò-dièn. Cette maladie, assez fréquente pour être bien connue, se présente à peu près sous l'aspect qu'elle a en Europe. Si certains symptômes sont plus fréquents, d'autres plus rares, jamais je ne la vois se manifester avec les caractères du pian.

Chez les malades présentant les symptômes du pian, je n'ai jamais observé de chancre syphilitique type, alors que les chancres, persistant après l'apparition des accidents secondaires, sont assez fréquents chez les syphilitiques qui se présentent à l'hôpital.

La maladie s'observe chez les très jeunes enfants plus fréquemment encore que chez les adultes. Ce sont les enfants qui sont pris les premiers et qui contaminent ensuite leurs parents. Le fait est à peu près constant et bien particulier au pian. L'accident primitif paraît être dans la règle, extra-génital.

La contagiosité est bien supérieure à celle de la syphilis. Bien que la syphilis ne soit pas rare au Tonkin, nous n'y observons pas d'épidémie analogue à celle des villages de Quynh-Dò et de Vinh-Ninh. Cependant les conditions étiologiques y sont partout les mêmes.

L'examen des faits observés me conduit à penser qu'il s'agit d'une espèce morbide intermédiaire entre le pian et la syphilis. Comme le seul caractère à peu près constant qu'elle possède se trouve être l'existence de lésions du type pian, je crois pouvoir la considérer, au moins provisoirement comme une variété de pian.

UN CAS DE TOKELAU présentant des fructifications aspergillaires très nettes.

Par le Dr MOUZELS (1)

Le nommé Dinh-van-Trà, coolie-xe, originaire de la province de Thai-Binh, entre à l'hôpital indigène de Hanoi le 27 novembre 1907 pour teigne (en annamite : hắc lạo).

Sa maladie a débuté en avril 1907 par un petit placard siégeant sur la partie antérieure de la jambe droite. Ce placard qui était le siège de vives démangeaisons ne cessa de s'agrandir pour envahir bientôt tout le membre inférieur. Pendant ce temps étaient apparues, éparses sur les différentes parties du corps, un grand nombre d'autres petites lésions, qui, grandissant elles aussi d'une manière excentrique, se réunirent par leurs bords, formant ainsi de vastes aires polycycliques recouvrant la presque totalité de la surface cutanée.

A son entrée à l'hôpital, ne sont respectés par la maladie, que les sourcils, les cils, la plante des pieds, les ongles et le cuir chevelu, encore celui-ci est-il envahi tout autour sur une zone d'environ deux centimètres. Sur toute la surface cutanée on aperçoit un dessin, fin et élégant, exclusivement formé de lignes courbes plus ou moins spiroïdes, enroulées autour d'elles mêmes, harmonieusement. Ces lignes sont constituées par un soulèvement épidermique, formé, tantôt d'un mince liséré de cellules soulevées tantôt par des squames, tantôt par de véritables écailles pouvant atteindre $3 \mu/7 \mu$ on ne saurait mieux comparer le dessin formé par ces soulèvements épidermiques qu'aux nuages tels que les figurent les artistes annamites (fig. 1).

Les squames ou écailles se laissent facilement détacher à la pince entraînant avec elles une partie de l'épiderme encore adhérent sur un demi millimètre environ de largeur.

Le brossage permet de débarrasser facilement la peau de toutes les squames qui la recouvrent, et dès lors, elle apparaît franchement colorée en rouge lie de vin foncé, sans rebord ni saillie d'aucune sorte, légèrement luisante mais sèche. L'examen avec une forte loupe permet de reconnaître que sur tous les points d'implantation des squames on aperçoit le sommet des papilles dermiques, analogue à un piqueté rouge sous une mince couche d'épiderme.

Ces squames traitées par la potasse à 40 %, à chaud, laissent voir dans leur épaisseur un parasite qui revêt des aspects très variables mais forme toujours un lacis très serré de longs filaments. Ces filaments très sinueux se croisent dans tous les sens et parfois se mêlent les uns aux autres à la façon d'un écheveau de ficelle. Ils sont de dimensions très variables, se ramifient fréquemment et d'une manière dichotomique.

Les filaments mycéliens sont formés d'éléments les plus divers comme forme.

Le plus fréquemment, ce sont des éléments nettement séparés les uns des autres, carrés ou en forme de rectangle, trapus, mesurant presque uniformément $5 \mu/7 \mu$. Ces éléments ont un protoplasma très réfringent sans granulations et de coloration jaune verdâtre très claire. Il est impossible de voir sur la préparation non colorée aucune espèce de membrane d'enveloppe, ils

(1) Publié dans la *Revue médicale de l'Indochine Française*, 2^e année, 1909. n^o 20.

paraissent juxtaposés bout à bout à la façon d'un chapelet (fig. 4). Sur les préparations colorées les éléments apparaissent au contraire comme formés par une masse protoplasmique homogène prenant très vivement la couleur et entourée d'une en-cloppe épaisse très nette résistant à la coloration ; ces caractères sont très nettement visibles dans les micrographies (fig. 2 et 3) faites d'après une préparation colorée au bleu bicarbonaté. Aux extrémités des filaments ces éléments paraissent un peu plus larges, mais surtout plus courts.

Quelquefois apparaît au milieu d'une chaînette des éléments déjà décrits une transformation très nette. Le mycelium prend alors une forme vraiment filamenteuse ; il est formé de longues cellules à parois très minces, mais visibles même sur une préparation non colorée, de longueur et de largeur diverses.

Le protoplasma contient un assez grand nombre de granulations irrégulières comme disposition, comme dimensions et comme aspect, la plupart paraissant comme de simples taches noirâtres, d'autres très réfringentes. La plupart de ces filaments se terminent par de petits éléments analogues à ceux déjà décrits plus haut. D'autres présentent au voisinage de leur terminaison une série de gros grains brillants assez régulièrement ovoïdes et se terminent par une extrémité filamenteuse non divisée, remplie de protoplasma granuleux.

Des squames prélevées furent immédiatementensemencées sur différents milieux liquides ou solides (liquides de Raulin, milieux de Sabouraud) sans aucun résultat.

Le malade, traité jusqu'au 30 décembre par des applications tous les deux jours de teinture d'iode dédoublée suivies au bout de 24 heures d'un grand bain avec brossage et large application d'une pommade épaisse à la vaseline, s'évade non guéri, très amélioré.

Il revient à l'hôpital pour son affection le 11 avril 1909. La teigne a de nouveau envahi la presque totalité de la surface cutanée mais elle ne forme plus les grands placards sinueux que l'on pouvait observer à la première entrée. Un grand nombre d'éléments en cocarde sont entrés en contact une ou plusieurs cocardes voisines formant ainsi des plaques polycycliques mais où chaque cocarde primitive est encore fort reconnaissable. Quelques-unes même de ces cocardes sont entièrement isolées, et, parfaitement caractéristiques du tokelau, ne peuvent laisser un instant de doute, en ce qui concerne le diagnostic (fig. 5 et 6).

L'examen microscopique des squames montre un parasite présentant les mêmes caractères que précédemment.

L'ensemencement sur les divers milieux reste encore sans résultat.

Le malade traité jusqu'au 9 juin sort en apparence guéri.

Nouvelle récurrence et nouvelle entrée le 27 août 1909. Les caractères cliniques de la maladie sont ce qu'ils étaient lors de la première récurrence.

L'examen microscopique des squames nous réservait une surprise. Le parasite y revêtait un aspect tout à fait analogue à celui déjà décrit plus haut, mais nous eûmes la chance de rencontrer parmi un très grand nombre de squames examinées, trois fructifications. Deux de ces hyphes fructifères situées côte à côte sont représentées dans le microphotographie (fig. 7). Bien que l'épreuve obtenue avec un appareil de fortune insuffisant soit mauvaise, elle permet néanmoins de reconnaître les principales caractéristiques de ces intéressants organes. (Fig. 7).

L'hyphes fructifère est légèrement plus épaisse que les filaments végétatifs, elle mesure environ 7μ de large sur 10μ de long et se termine par un renfle-

ment conique ou piriforme de 10μ à 12μ de large sur 1μ de long sur la base de ce renflement sont insérés un grand nombre de stérigmates cylindriques, courts, étroitement serrés les uns contre les autres à la façon des graines du tournesol. Chacun de ces stérigmates porte à son extrémité une chaînette formée de quatre à six conidies régulièrement arrondies, placées bout à bout sans qu'il soit possible de distinguer ce qui le relie les unes aux autres.

Ces fruits si nettement visibles ne peuvent laisser aucun doute sur le diagnostic d'un champignon parasite de l'ordre des hyphomycètes, tribu des aspergillées, genre *aspergillus*. Leur morphologie est très nettement caractéristique.

Nous avons relaté tout au long cette observation parce qu'elle se prête à des considérations cliniques et microbiologiques intéressantes.

Au point de vue clinique nous avons constaté combien cette affection est tenace et facilement récidivante. On pourrait objecter que cet homme apparemment guéri est retourné dans son village et a pu y subir de nouvelles contaminations qui l'ont ramené à l'hôpital ; mais, nous avons eu d'autres malades qui n'ayant jamais quitté l'hôpital présentaient encore des placards rebelles après six ou huit mois d'un traitement scrupuleusement contrôlé par nous, traitement alterné :

1° D'a. chrysophanique employé soit en pommade, soit en traumaticine ;

2° De teinture d'iode en applications à 1/24 ;

3° Même, de pâte d'Unna employé en couche épaisse dans le but de priver d'air le parasite.

Chacun de ces traitements employé consécutivement pendant une quinzaine de jours amenait dès l'abord une rapide amélioration puis semblait tout à coup privé d'efficacité, la guérison restant inachevée et stationnaire.

Dans un seul cas, la guérison parut obtenue en moins de deux mois et d'une façon complète. Peut-être doit-on attribuer de pareilles différences individuelles à la nature même de la peau du malade formant un milieu plus ou moins apte à la culture et à la conservation du parasite.

Au point de vue microbiologique le fait le plus important est évidemment la découverte des trois fructifications aspergillaires du parasite.

Ces trois fruits étaient tout à fait différents de ceux décrits par Tribondeau.

Pas plus que dans l'observation de Tribondeau, il ne nous paraît possible de mettre en doute que ces fructifications n'appartenaient pas au tokelau car elles étaient en continuité très nette avec le lacis mycélien du parasite.

Mais une chose remarquable c'est que les filaments qui les supportaient à peine plus gros que les filaments ordinaires succédaient directement à ceux-ci. Nulle part dans nos préparations nous n'avons observé de filaments géants comme ceux figurés dans la Planche A n^{os} 25 et 26 du travail de Tribondeau (Archives de Médecine Navale — Tome soixante-douzième — Page 5).

Il me semble cependant que ces deux cas en apparence si dissemblables pourraient peut-être trouver une explication dans ce fait que le parasite dont parle Tribondeau appartenait à un homme atteint depuis plusieurs années et chez lequel le mal avait résisté à un long traitement.

Dès lors ne peut-on pas voir dans les filaments à segments fusiformes géants et même dans les fructifications si différentes de toutes celles déjà connues, des modifications survenues chez ce parasite poussant dans un milieu où il a souffert. Ne sont-ce pas là des formes de souffrance analogues à celles décrites par Sabouraud à propos de l'achorion du favus ? (Sabouraud — La pratique dermatologique — Tome 1^{er} — Page 829).

SUR UN CAS DE TEIGNE A TYPE ANNULAIRE CONCENTRIQUE

Par le Dr MOUZELS (1)

Médecin Résident à l'Hôpital indigène du Protectorat à Hanoi.

Le nommé Nguyễn-van-Tâm, 19 ans, charretier, demeurant à la route de Sinh-tu à Hanoi, se présente à la consultation externe de l'Hôpital indigène du Protectorat le 7 juillet 1909 pour y faire soigner une teigne dont il est porteur.

On ne relève rien d'intéressant dans les antécédents du malade. Il y a environ trois mois il aperçut sur son épaule droite une petite plaque de la dimension d'une pièce de 10 cents environ, rouge, et recouverte de petites squames. Son attention fut surtout attirée par les démangeaisons très vives dont le placard était le siège.

Peu à peu de nouveaux placards apparurent dans les régions les plus diverses du corps, de sorte que le jour où il vint à la consultation, le malade présentait :

Un grand placard sur la face, allant de la racine des cheveux à la lèvre supérieure et de l'oreille droite à l'arcade zygomatique gauche ;

Sur le tronc, un deuxième placard occupe toute la région scapulo-humérale droite ;

Un troisième siège sur tout le côté gauche, depuis la région lombaire en arrière, jusqu'à la ligne mamelonnaire en avant, et du grand trochanter au rebord des fausses côtes ;

A la jambe droite, un placard engaine le membre depuis la moitié de la jambe jusqu'au genou.

Les poils sont intacts à l'intérieur même des lésions.

A la base du cou se trouvent des lésions beaucoup plus jeunes et de forme typique. L'une, en particulier, siège au niveau de la fourchette sternale. Elle mérite d'être minutieusement décrite (Fig. 1).

Elle est constituée d'une première ligne externe, formée par la confluence d'un grand nombre de petites vésicules miliaires surélevées d'environ un quart de millimètre au-dessus de la peau avoisinante. La plupart des vésicules bientôt détruites par le grattage ont laissé la place soit à des petites croûtelles formées par la dessiccation de la sérosité qui s'écoule, soit à de petites lamelles épidermiques. Ces lamelles épidermiques sont toutes petites mais extrêmement nombreuses et elles donnent à la zone tout entière un aspect furfuracé. Si, par lavage, on enlève délicatement les squames et les croûtelles, on aperçoit au-dessous une surface rouge foncé nettement inflammatoire formant un petit talus continu, séparant la peau saine du centre du placard.

A un centimètre environ, et en dedans de cette première ligne s'en trouve une deuxième revêtant en tous points les mêmes caractères.

(1) Publié dans la *Revue médicale de l'Indochine Française*, 2^e année, 1909, n^o 22

Enfin au centre même de la lésion, on aperçoit un assez grand nombre de petites vésicules rangées sans ordre apparent et effondrées deci, delà, par le grattage.

Les trois lignes concentriques ainsi formées, sont séparées les unes des autres par des zones où la peau ne présente aucune croûte, et seulement quelques rares squames. A peine si l'on observe à ce niveau une légère dépigmentation qui fait apparaître plus claire que la peau environnante toute la surface occupée par la teigne.

De telle sorte que l'apparition de la teigne et son développement paraissent présenter quatre stades :

1° Ensemencement de la peau avec réaction inflammatoire très nette, apparition d'une ou de plusieurs papules disposées plus ou moins irrégulièrement sur un petit espace.

2° La papule initiale ne tarde pas à devenir vésicule ; elle est alors le siège de vives démangeaisons et soit par le grattage, soit par dessiccation, la vésicule ainsi formée perd son liquide. Il ne reste plus que, soit des croûtes, soit de toutes petites squames reposant sur un fond rouge. Ces lésions se reproduisent indéfiniment sur place.

3° Cependant, le parasite chemine dans l'épaisseur de l'épiderme et d'une façon excentrique par rapport à la lésion primitive, sans donner lieu à d'autres lésions visibles qu'une légère dépigmentation de la région malade.

4° A environ 1 centimètre 1/2 de la lésion primitive apparaît d'abord une légère zone rougeâtre, qui ne tarde pas à se couvrir de papules et de vésicules donnant ainsi naissance à une première collerette excentrique. Ces caractères étaient très nets dans les lésions qui sont situées dans les régions sus et sous-claviculaires droites et gauches. On y apercevait, au bord d'un grand placard, tous les stades de cette sorte d'efflorescence. On peut affirmer que, contrairement à ce qui a été décrit à propos de la plupart des teignes qui forment des anneaux se déplaçant par croissance excentrique, ici les anneaux ne changent pas de place, mais envoient excentriquement et d'une manière radiée des prolongements intra-épidermiques, se terminant par une efflorescence très nette, après un parcours dans l'épaisseur de l'épiderme, d'une longueur presque uniforme. Cette longueur égale environ 1 cm. 5. C'est au niveau du point où se font ces efflorescences successives, que prennent naissance les talus circulaires qui ont été décrits dans l'observation. De chacun de ces talus partent de nouveau des filaments radiés intra-épidermiques qui vont former une nouvelle efflorescence excentrique.

Ainsi se trouve constituée la lésion type, comprenant une série d'anneaux concentriques (lieux d'efflorescence) séparés les uns des autres par des espaces, où la peau présente à peine une légère dépigmentation (lieu de cheminement des rameaux intra-épidermiques).

Examen des squames sans coloration.

L'examen microscopique des squames permet de relever dans leur épaisseur l'existence d'un fin réseau mycelien. Ce réseau est formé de filaments relativement rares, d'aspect quelquefois très différents les uns des autres. Le plus souvent l'on a affaire à de longs filaments à direction presque rectiligne, mesurant environ 2 à 3 de large et de longueurs très diverses. Ces filaments extrêmement transparents, sont difficiles à voir au milieu des squames. Ils sont formés par des éléments de longueur extrêmement variable, pouvant

osciller entre 10 et 50 μ . Ils ne présentent aucune espèce d'enveloppe visible et les cloisons, qui les séparent les uns des autres, sont simples. Leur contenu est formé d'un protoplasme présentant çà et là des granulations, quelques-unes, fines et ponctiformes, les autres en forme de gros grains réfringents.

Les filaments se terminent par des espèces de renflements en massue formés d'éléments plus courts mais aussi plus trapus et de forme plus régulière. Ils sont presque carrés et mesurent environ 4 μ . de côté. Ces éléments, très réfringents, ne présentent aucune espèce de granulation, ni de membrane d'enveloppe. Ils sont ajoutés bout à bout, à la façon de grains de chapelet, sans que l'examen microscopique nous montre de quelle façon ils sont réunis les uns aux autres. Enfin la 3^e espèce de filaments est constituée par la réunion, sur une même tige et d'une manière régulière, des 2 espèces d'éléments déjà décrits, ajoutés bout à bout et sans ordre apparent (Fig. 2. — A).

Examen des squames après coloration.

Après coloration on constate que la première des deux espèces d'éléments déjà décrits, prend à peine la couleur ; mais on peut néanmoins, par ce procédé, apercevoir le double contour de l'enveloppe de chaque élément, incolore et blanche. Le corps protoplasmique, légèrement coloré en bleu, présente dans son intérieur deux espèces de granulation, les plus nombreuses ne prenant pas du tout la couleur, les autres se colorant facilement en bleu.

La deuxième espèce d'éléments ressort facilement sur le fond de la coloration par l'extrême vigueur avec laquelle elle prend les colorants. Elle se montre composée de masses protoplasmiques homogènes entourées d'une épaisse membrane d'enveloppe et soudées les unes aux autres par l'intermédiaire de cette même enveloppe (Fig. 2 — B).

Au cours de nos examens, il nous a été donné d'observer de très nombreux sarcoptes de la gale perdus dans l'épaisseur des squames.

Lesensemencements de squames pratiqués sur tous les milieux de cultures usuels des teignes sont demeurés sans résultat.

Ce malade traité par la simple application de pommade à l'acide chrysophanique était guéri au bout d'une douzaine de jours. Il s'est présenté à nous avec une légère rechute au niveau de la jambe, environ trois mois après. Très rapidement guéri il n'a plus reparu à notre consultation.

GALE SQUAMEUSE GÉNÉRALISÉE

Par A. DEGORCE (1)

Nous avons observé chez deux Annamites une forme de gale à caractères bien particuliers, assez identiques dans les deux cas et différant complètement des signes classiques que nous observons couramment dans la gale.

Chez aucun de nos malades il n'existait de sillons. Un seul présentait quelques vésicules seulement au niveau de la face. L'autre n'en présentait pas. Il n'y avait ni pustules ni croûtes.

Les lésions consistaient en une desquamation plus ou moins abondante suivant les régions. Furfuracée, farineuse en certains points, elle formait un feutrage épais de squames agglomérées en d'autres régions. Ces squames étaient sèches. Il n'y avait pas de lésions suintantes. Seulement dans les régions recouvertes d'un feutrage épais, l'ablation du feutrage laissait à nu une surface humide, hérissée de petites papilles.

Au lieu d'être localisées aux régions de prédilection de la gale, les lésions atteignent presque toute la surface du corps, y compris une partie de la face et le cuir chevelu. Les ongles indemnes dans un cas étaient un peu altérés dans un cas au niveau des doigts de la main.

Partout où s'observaient des squames, on pouvait trouver des parasites et des œufs. Les caractères morphologiques et les dimensions de ces parasites ne nous ont pas paru différents de ceux des acares observés ordinairement chez l'homme.

L'état général de nos deux malades était également mauvais. Tous les deux étaient atteints de diarrhée et moururent peu de jours après leur entrée à l'hôpital. Ils appartenaient à la population misérable de coolies malpropres, salement vêtus et vivant en étroite promiscuité avec des malheureux de leur catégorie atteints de gale pour la plupart.

Le traitement par la frotte et la pommade d'Helmerich, mal appliqué peut-être à cause de l'encombrement de l'hôpital à cette époque, fut peu efficace. On ne put d'ailleurs le renouveler car les deux malades se cachectisèrent de plus en plus et ne purent être amenés à la salle de bains.

S'agit-il dans ces cas d'une gale due à un parasite particulier, d'origine animale par exemple ? S'agit-il au contraire d'une gale due au parasite habituel de l'homme ayant évolué d'une manière intensive sur un terrain très favorable à son développement ?

Bien que les parasites nous aient paru identiques à ceux de la gale humaine couramment observée, nous ne saurions décider entre ces deux hypothèses.

Nos deux malades avaient ceci de particulier qu'ils étaient tous les deux profondément cachectiques. Mais les cachectiques atteints de gale ne sont pas rares dans notre service et cependant nous n'avons encore observé que deux cas de type spécial.

(1) Publié dans la *Revue médicale de l'Indochine Française*, 2^e année, n^o 16, 1909.

OBSERVATION I

NGUYÈN-VAN-QUIT, âgé de 22 ans, coolie, né dans un village de la province d'Haiduong, n'a jamais quitté le delta tonkinois, n'accuse comme maladie antérieure que la rougeole contractée il y a neuf mois.

La maladie actuelle date d'un peu plus d'un mois. Elle a débuté par la nuque et le cuir chevelu, au dire du malade.

A son entrée à l'hôpital cet homme présente, symétriquement réparties sur un grand nombre de régions du corps, des zones d'un feutrage épais, formé de squames grisâtres très fines, farineuses, couleur de cendre. Cette couche de squames est molle, friable, se réduit en une poussière grise quand on gratte la surface avec un bistouri. Au-dessous de la couche feutrée, la peau apparaît hérissée de petites papilles et un suintement séreux se fait à sa surface.

On observe ces zones à feutrage épais : en avant, à la paroi antérieure des deux creux axillaires, au niveau des deux mamelons et à leur pourtour, dans la région de la hanche, à la face antérieure des deux genoux, à la face antérieure des poignets ; en arrière de la nuque, au niveau du moignon de l'épaule, à la face postérieure du coude, à la face dorsale du pouce et à la région dorsale de l'index, au niveau du sacrum, à la partie interne et inférieure de la fesse.

En dehors de ces zones à feutrage squameux abondant, la peau de presque toute la surface du corps présente des squames plus ou moins fines. En certains points (face antérieure du cou et du thorax) la peau a une coloration plus sombre et un aspect chagriné. En d'autres points (région épigastrique), la peau présente l'aspect connu sous le nom de chair de poule.

Sur le cuir chevelu, les cheveux coupés ras sont clairsemés. En certains points existe un feutrage abondant de squames grisâtres. En d'autres points, on constate seulement quelques squames furfuracées.

La face est indemne au niveau du nez, des joues et du menton. Il existe quelques squames sur les lèvres et au niveau de leur commissure. Le front, les parties excentriques de la face, la région du maxillaire inférieur, la région sous-mentonnière sont recouvertes de squames fines disséminées et on y observe par place de fines vésicules. Ces vésicules ont été excoriées par le grattage et beaucoup d'entre elles présentent de petites croûtelles à leur sommet.

Les mains sont recouvertes de squames au niveau de la face dorsale et des doigts. La paume de la main est en partie saine. Les parties malades sont localisées à la région du pli de flexion des métacarpiens pour la main droite, au centre de la région palmaire pour la main gauche. Ces lésions de la paume de la main ont des contours polycycliques. L'épiderme sec, de coloration grisâtre se détache en lamelles assez épaisses. Quelques éléments aberrants ressemblent à des ampoules vidées de leur liquide et desséchées.

La face palmaire de la dernière phalange des doigts est indemne. Au contraire du côté dorsale la dernière phalange est atteinte.

Les lésions entourent complètement l'ongle sans que l'ongle soit altéré.

La plante des pieds et les orteils sont indemnes. Le dos du pied présente des lésions squameuses. La face dorsale du pied droit présente trois petits ulcères de type banal.

Le gland est recouvert de squames épaisses dans sa partie découverte. La muqueuse est au contraire saine dans la portion recouverte par le prépuce (sillon balanopréputial et bordure du gland).

La face postérieure du scrotum, l'anus sont indemnes. Il n'y a presque aucune lésion au niveau du creux de l'aisselle. On le voit, les lésions ne se développent pas dans les régions où les téguments sont en contact avec des régions voisines.

Les ganglions cruraux sont très volumineux. Quelques ganglions axillaires sont augmentés de volume.

La bouche ne présente rien de particulier sinon que la muqueuse est très décolorée.

Le malade est très émacié, cachectique. Il est atteint de diarrhée abondante. Il se plaint de démangeaisons très vives sur toute la surface du corps. Il meurt quelques jours après son entrée à l'hôpital.

Des squames prélevées dans diverses régions du corps et sur le cuir chevelu et la face ont toutes présenté de nombreux acares et des œufs.

OBSERVATION II

Nguyễn-thi-Tranh, âgée de 50 ans, coolie, venant de Nam-dinh, entrée à l'hôpital le 15 juillet 1908.

Cette femme vit dans des conditions misérables. Elle s'alimente mal et ne prend aucun soin de son corps. Elle se plaint de troubles digestifs et de diarrhée depuis plusieurs années.

La maladie actuelle a débuté il y a trois mois. Des démangeaisons sont apparues aux mains et ont gagné ensuite les autres parties du corps. Les démangeaisons sont devenues si intenses que la malade ne peut dormir et passe le jour et la nuit à se gratter.

La plus grande partie de la peau est lichénifiée. De fins sillons parallèles s'entrecroisent sous des angles divers dans les régions malades, séparées les uns des autres par des intervalles d'un à deux millimètres. La peau est couverte de petits éléments papuleux ayant un diamètre d'environ un millimètre, légèrement rosés, à surface brillante, serrés les uns contre les autres, recouverts le plus souvent de squames grises, micacées, très fines. En certaines régions les squames sont plus abondantes et la peau semble avoir été saupoudrée de plâtre ou de cendres.

A la tête, les lésions envahissent les parties latérales de la face, respectant le front, le nez, les joues, le menton.

Les cheveux sont remplis de poux. Quand on les a coupés, le cuir chevelu apparaît couvert de squames.

A la nuque les lésions sont très marquées.

Le tronc est assez uniformément atteint ainsi que les membres supérieurs.

La face palmaire des mains, même au niveau des doigts et les espaces interdigitaux sont recouverts d'un feutrage de fines squames agglomérées couleur de cendre. La dernière phalange des doigts est toutefois respectée. En certains points l'épiderme est crevassé.

Les lésions du dos de la main sont peu marquées.

Les ongles présentent pour la plupart un ou deux sillons transversaux. L'ongle du pouce gauche et celui du cinquième doigt droit présentent une fissure irrégulière transversale atteignant toute l'épaisseur de l'ongle et s'étendant d'un bord au milieu de l'ongle.

Les membres inférieurs présentent des lésions moins marquées. Les mollets sont indemnes. Les pieds sont presque indemnes. Les ongles des pieds sont normaux.

Nulle part on n'observe de sillons. Des squames prises sur diverses régions du corps, en particulier au niveau de la face, du cuir chevelu, de la nuque renferment de nombreux acares et des œufs d'acares. Elles ne présentent ni mycelium ni spores.

La malade très émaciée est cachectique. Elle a 4 ou 5 selles dysentériques par jour.

On prescrit une frotte et une application de pommade d'Helmerich. Le traitement probablement mal appliqué donne peu de résultats.

La malade se cachectise de plus en plus et meurt le 8 août 1908.

NOTE SUR UNE MYCOSE RARE DE LA PEAU

par un *aspergillus*

Par SUREAU et DEGORCE (1)

L'affection que nous avons observée chez un malade de la province de Vinh-Yên ne ressemble à aucune des nombreuses mycoses cutanées que nous avons pu observer au Tonkin. Nous n'en connaissons pas d'exemple en dehors de la famille de notre malade. Cette maladie ne doit d'ailleurs pas être très contagieuse car les cas en sont limités à une famille. Encore tous les membres de cette famille vivant dans une étroite promiscuité n'en sont-ils pas atteints.

Chaque élément de cette mycose est constitué d'abord par une papule puis par un talus circulaire de dessin très irrégulier circonscrivant une zone de peau saine. Le talus légèrement infiltré, parfois un peu rouge, de consistance assez ferme présente en son point culminant un fin liseré jaunâtre, qui court tout le long du talus, enchassé dans l'épiderme. La croûte friable qui constitue ce liseré se laisse enlever assez facilement, laissant là où elle a été arrachée un sillon très superficiel. Ce liseré constitue le caractère principal de la mycose.

OBSERVATION

Nguyen-van-Hêch, âgé de 65 ans, cultivateur, est originaire du village de Son-Tang, canton de Luong-Dien, huyên de Vinh-Tuong, province de Vinh-Yên.

Son père, mort à 73 ans, ne présentait aucune affection cutanée. Sa mère, morte à 54 ans, présentait la même maladie que lui.

Le malade a eu trois frères et deux sœurs. Les frères, morts il y a environ dix ans, présentaient la maladie. Les sœurs, mortes vers la même époque, étaient également atteintes, mais d'une manière discrète. Les frères et les sœurs du malade n'eurent pas d'enfants. Quant au malade, il a eu deux enfants vivant actuellement. Un garçon, âgé de 30 ans, est atteint de la maladie. L'un de nous a pu même l'examiner mais l'observation n'a pas été prise. Le fils a été atteint à l'âge de 12 ans. Il n'est pas marié. Une fille du malade âgée de 39 ans, mariée, est indemne ainsi que son mari et ses cinq enfants.

Le malade a sa femme encore vivante et indemne de la maladie.

En dehors de la famille, le malade ne connaît pas d'autres personnes atteintes de sa maladie.

L'affection aurait débuté chez notre sujet vers l'âge de 7 ans. Vers cette époque il y avait quelques éléments très disséminés sur le corps et la face. Peu à peu les éléments devinrent plus nombreux et plus étendus.

Actuellement des lésions existent sur tout le corps sauf à la paume des mains et à la plante des pieds. Le cuir chevelu est relativement épargné. Il ne présente que deux ou trois éléments. Les poils et les cheveux sont intacts.

(1) Publié dans la *Revue médicale de l'Indochine Française*, 2^e année, n^o 19, 1909.

Aspect des lésions. — Le début paraît se faire par une papule. On voit sur le corps quelques uns de ces éléments jeunes

Les éléments plus anciens forment des cercles à contours géographiques ou gaufrés.

Le centre paraît sain. Le pourtour forme un talus nettement surélevé. Au sommet de ce talus court un liseré formé par une croûte jaunâtre fine du diamètre d'un millimètre environ.

Si on enlève la croûte qui forme le liseré, on trouve au-dessous d'elle une surface rosée, lisse, laissant facilement suinter des gouttelettes de sang.

Au pourtour de la plupart des éléments et à leur centre existent des lésions de lichénification de la peau.

En certaines régions, la peau a une couleur violacée ou ardoisée au niveau des éléments et à leur pourtour.

L'aspect des éléments varie d'ailleurs suivant les régions. En certains points, par exemple à la fesse, les éléments sont très rapprochés les uns des autres. Leur base est infiltrée. Ils ont perdu leur aspect habituel et forment de véritables tubercules.

En de nombreux points la lichénification que l'on observe à leur pourtour s'accompagne d'une légère desquamation et d'un aspect érythémateux de la peau.

Dans les régions à peau fine, en particulier à la face, le talus bordant est moins élevé. L'élément peut même n'être bordé que par un fin liseré gaufré.

Pendant longtemps, le malade n'a accusé aucune démangeaison. Mais depuis 4 ans, il ressent un violent prurit. Le prurit n'existe pas chez le fils du malade.

EXAMEN HISTOLOGIQUE DES LÉSIONS

Une biopsie fut pratiquée au niveau de la bordure d'un élément. La pièce fixée dans l'alcool fut incluse dans la paraffine. Les coupes furent colorées au picocarmin, au bleu carbonaté, au bleu polychrome de Unna, à l'hématéine éosine. Aucun de ces colorants ne colora le parasite dans les coupes. Mais les filaments mycéliens étaient cependant très visibles, grâce à leur réfringence spéciale, surtout dans les coupes colorées au bleu de Unna.

La couche cornée de l'épiderme, le corps muqueux de Malpighi et le derme étaient modifiés.

Couche cornée. — La couche cornée de l'épiderme est considérablement épaissie au niveau de la lésion. L'épaississement est surtout considérable au niveau et au voisinage du liseré de bordure de l'élément.

La couche cornée présente de nombreux interstices linéaires, à direction parallèle à la surface, qui la divisent en lamelles superposées. A la surface, des copeaux de tissu corné se détachent à demi de la couche sous-jacente. Cette disposition explique la friabilité de la croûte qui borde les éléments.

En un point qui semble répondre à la partie centrale du liseré de bordure la couche cornée atteint une épaisseur plus considérable. Elle forme une sorte de coin qui semble pénétrer dans le corps muqueux de Malpighi.

Les cellules qui constituent ce coin ne sont plus disposées parallèlement à la surface comme dans les parties voisines de la couche cornée. Elles sont irrégulièrement disposées. Leur ordre est bouleversé. Par places elles affectent des dispositions concentriques rappelant un peu l'aspect des globes épidermiques des épithéliomas. En outre les contours des cellules cornées très nets dans la zone épaissie voisine deviennent confus en un grand nombre de points dans cette région.

Cette zone est celle où le champignon se développe avec le plus d'activité. On y voit des segments extrêmement nombreux de mycelium s'intriquant en tous sens. Dans les parties épaissies de la couche cornée avoisinante on voit courir de longs

filaments mycéliens mais beaucoup moins nombreux que dans la zone centrale. Ces filaments disparaissent complètement là où la couche cornée reprend son épaisseur normale.

Corps muqueux de Malpighi. — Les altérations les plus caractéristiques du corps muqueux s'observent au niveau de la zone en coin de la couche cornée. Le stratum granulosum disparaît brusquement à ce niveau. Le fait est très apparent sur les préparations colorées à l'hématéine-éosine où le stratum granulosum forme partout ailleurs une ligne fortement colorée en violet.

Au même niveau, la ligne de séparation de la couche cornée et du corps muqueux est irrégulière. A la limite des deux couches, des groupes de cellules du corps muqueux ou des cellules seules se trouvent isolées au milieu des cellules cornées. Le fait est surtout visible sur les préparations au picro-carmin où les cellules du corps muqueux colorées en rouge ressortent aisément sur la couche cornée colorée en jaune.

Il est évident que les cellules du corps muqueux perdent leurs caractères au voisinage du parasite et se transforment à ce niveau en cellules cornées.

Dans toute la zone recouverte par une couche cornée épaissie les cellules du corps muqueux sont augmentées de volume, comme oedématisées. Les papilles et les bouchons interpapillaires sont considérablement augmentés de volume. Le nombre des assises cellulaires du corps muqueux est plus grand que dans la peau saine avoisinante, (15 ou 16 au lieu de 8 environ).

Toutes ces modifications disparaissent progressivement quand on se rapproche de la peau saine.

Au-dessous de la zone en coin où prolifèrent les parasites, les lésions sont au contraire encore plus marquées. Les cellules ne sont plus disposées en assises régulières. Elles sont fortement altérées, surtout au voisinage de la zone envahie par le champignon. Là elles perdent leur forme polyédrique, deviennent rondes, s'atrophient. Leurs contours deviennent moins nets. Leurs noyaux se colorent mal.

Derme. — Les vaisseaux sont dilatés, entourés de nombreux leucocytes. Ces leucocytes sont surtout abondants dans la zone sous-jacente au coin de pénétration de la couche cornée.

En somme le parasite se développe dans une étendue très limitée de la couche cornée. Au point où il se reproduit avec le plus d'activité, il pénètre dans le corps muqueux de Malpighi. Mais toutes les cellules qui se trouvent à son contact se transforment en cellules cornées et subissent de fortes altérations. Il en résulte la formation de cette zone en forme de coin si caractéristique, qui semble s'enfoncer dans le corps muqueux. C'est cette zone qui forme avec la couche cornée épaissie voisine, le liseré enchâssé dans l'épiderme qui entoure la plupart des éléments. La réaction inflammatoire et la prolifération active des cellules du corps muqueux explique la formation du talus dans lequel s'enchasse le liseré croûteux.

Etude du parasite.

Cette étude a été faite par le Dr MOUZELS, médecin résident de l'hôpital indigène de Hanoi. L'examen des croûtes traitées par la potasse à 40 pour cent montre des filaments mycéliens assez nombreux (Fig. 1). Ces filaments sont très longs, flexueux comme certaines plantes grimpantes. Ils sont ramifiés. Le filament mycélien est formé par de longues cellules juxtaposées bout à bout. La segmentation du filament est d'ailleurs peu visible. De place en place de petits organes en massue ayant un diamètre transversal double ou triple de celui du filament mycélien sont bran-

chés sur ce dernier. Les renflements sont vraisemblablement des spores. On en observe fréquemment une ou deux à l'extrémité des filaments mycéliens.

Certaines préparations présentaient des fructifications aspergillaires extrêmement nombreuses. Les fructifications placées sur le prolongement du mycelium étaient constituées par des renflements en massue portant des conidies disposées en chaînettes sur des stérigmates indivis.

Le parasite se colore facilement par les couleurs d'aniline et prend le Gram.

Des fragments des croûtelles furent ensemencés sur gélose glucosée et sur gélose glycinée.

Sur gélose glucosée on obtint dès le 2^e jour une culture arrondie, poilue, blanche, très soyeuse et tout à fait à la surface du milieu.

Dès le 3^e jour la culture d'abord arrondie devint frisée sur les bords et à sa surface apparurent de petites taches verdâtres.

Le 5^e jour il y avait de belles cultures de 8 millimètres de diamètre environ, vert très foncé, entourées d'un mince liseré blanchâtre, à surface sèche, granuleuse, rugueuse, légèrement et régulièrement surélevée. Au centre on remarquait un léger duvet blanc grisâtre.

L'examen du parasite au microscope est assez analogue à celui des squames mais le mycelium est d'un diamètre plus large et les spores sont plus volumineuses (Fig. 2).

En milieu glyciné les cultures étaient un peu plus exubérantes qu'en milieu glucosé et de coloration un peu plus claire. Les autres caractères étaient identiques.

Les cultures ne purent être continuées.

TUBERCULOSE VERRUQUEUSE DE LA PLANTE DU PIED

Par LE ROY DES BARRES (1)

Le nommé H... T... âgé de 37 ans, entre le 28 mai 1908 dans notre service. Il présente une lésion de la plante du pied gauche qui, depuis plusieurs années, l'empêche d'exercer sa profession qui est celle de coolie.

Le père de notre malade est manifestement atteint de tuberculose pulmonaire (toux, expectoration purulente, hémoptysies, amaigrissement), quant à la mère du malade, elle présenterait des crises d'étouffements sur la nature desquels il est impossible d'être fixé.

H... T... a deux sœurs bien portantes. Il est marié sans enfants, sa femme est bien portante. Quant à lui, jusqu'à l'âge de 21 ans, époque où il eût la variole, il ne présenta jamais d'affection sérieuse. L'année suivante notre malade présenta du gonflement de la plante du pied gauche, gonflement qui s'accompagnait de rougeur de la peau, de douleurs vives et qui se transforma en une poche purulente qui s'ouvrit spontanément, donnant issue à une cuillerée environ de pus. La plaie résultant de ces abcès se rétrécit les jours suivants, mais ne se cicatrisa jamais. Le malade après avoir épuisé depuis 15 ans tous les produits de la pharmacopée indigène se décida à entrer à l'hôpital.

L'examen extérieur du malade, outre la lésion plantaire sur laquelle nous reviendrons, ne révèle que des traces de gale et l'existence de petits abcès sous-cutanés au niveau des cuisses et des jambes, abcès consécutifs à cette dermatose.

L'examen des viscères ne permet de noter aucune particularité, tous les organes sont sains. On ne trouve aucun stigmate de syphilis ou de lèpre.

Les lésions du pied gauche portent exclusivement sur la face plantaire et encore seulement à la partie médiane sur la largeur d'une piastre, tout autour les téguments sont normaux, les articulations ne sont pas douloureuses et seule l'ulcération est douloureuse au moment de la marche.

Cette ulcération est bourgeonnante et les bourgeons dépassent de près de trois millimètres le plan de la peau, ils sont assez irréguliers comme forme, mais par place donnent un peu l'aspect du papillome. Entre les bourgeons, il est impossible d'apercevoir le fond de l'ulcération qui est de teinte bafarde ; la partie interne de l'ulcération présente un bord décollé.

Cette lésion saigne peu, mais elle suppure encore assez abondamment.

Les ganglions correspondants du pli de l'aîne sont un peu augmentés de volume.

! A cause de l'aspect de cette lésion, à cause de son siège au milieu de la voûte plantaire, de sa longue évolution, nous posons le diagnostic de tuberculose verruqueuse, diagnostic qui est confirmé par l'examen d'un bourgeon prélevé.

Après avoir désinfecté la lésion par des pansements humides pendant plusieurs jours, nous pratiquons le 10 juin l'abrasion à la curette de tous les

(1) Publié dans la *Revue médicale de l'Indochine française*, 2^e année, n^o 17, 1909

bourgeons et de tous les tissus suspects. La plaie est ensuite badigeonnée avec de l'acide lactique.

Les jours suivants la plaie est pansée avec des compresses aseptiques et touchée tous les jours à l'acide lactique.

Très rapidement la lésion se rétrécit et ne donne issue qu'à un écoulement peu abondant séro-purulent.

Après une période d'amélioration rapide, la plaie reste stationnaire vers les derniers jours de juillet, puis après quelques jours de repos absolu au lit, la cicatrisation reprend, pour s'arrêter à nouveau pendant les derniers jours du mois d'août, il ne persiste plus à ce moment qu'une petite ulcération bourgeonnante de la largeur d'une lentille. Un nouveau curettage est alors pratiqué et tous les tissus de vitalité douteuse sont enlevés (30 août).

La plaie résultante large comme une pièce de 20 cents se cicatrise peu à peu et le malade quitte l'hôpital complètement guéri le 22 septembre. La cicatrice est unie, non douloureuse à la pression et ne présente aucun point suspect.

C. — RATES PALUDÉENNES

TRAITEMENT DES RATES PALUDÉENNES

par la radiothérapie.

Par D^r P. HEYMANN (1)

En examinant attentivement la littérature se rapportant au traitement des rates paludéennes par la Radiothérapie, l'on est frappé de constater que la plupart des auteurs qui presque tous rapportent des succès n'ont pas différencié d'une façon nette les rates paludéennes aiguës des rates paludéennes chroniques. Pourtant Oudin et Zimmern notent très formellement cette différence en rapportant les résultats de Bruce Skinnet et Carson sur les splénomégalies récentes par opposition aux résultats de DEMARCHI dans les cas d'hypertrophie chronique de la rate.

Manoukhine dans son mémoire se rapportant à cette question mentionne incidemment « dans 2 cas concernant des malades avec rate volumineuse et très indurée, j'ai été obligé de renoncer au traitement après plusieurs séances d'essai. Le tissu splénique ayant subi une dégénérescence fibreuse trop étendue ne réagissait plus à l'excitation ».

Et cependant il existe à notre avis une différence essentielle entre ces deux types de rates palustres. Dans la rate paludéenne aiguë c'est-à-dire consécutive à une infestation récente l'augmentation de l'organe est relativement minime dépassant les dernières côtes de 4 à 5 centimètres au plus ; la lésion principale est représentée par une congestion générale de l'élément adénoïde. La rate paludéenne chronique, témoin d'une infestation lente mais de longue durée est un organe présentant des dimensions tout à fait anormales formant de véritables tumeurs descendant souvent plus bas que l'ombilic et venant envahir l'hypocondre gauche ; dans ce cas outre l'élément congestif du follicule de Malpighi on note une sclérose hypertrophique envahissant non seulement le territoire pulpaire mais encerclant de la périphérie vers le centre le territoire folliculaire.

C'est à notre avis, cette différence essentielle dans les types de rates paludéennes qui explique comme nous le verrons au cours de cet exposé les nombreux échecs de nos traitements, alors que Moreau, Antonio Païs, Victor, Cordier, Pierrot, Manoukhine, signalent des succès presque constants. De plus tous ces auteurs ont associé à la Radiothérapie le traitement quinino-arsénical alors que nous nous sommes abstenus de toute thérapeutique en dehors de l'emploi des rayons X.

(1) Publié dans le *Bulletin de la Société médico-chirurgicale de l'Indochine*, année 1925, n° 11, page 607.

Dans le premier groupe de 5 observations tous nos malades ont été traités avec les données suivantes :

Etincelle équivalente	20 cm.
Intensité	2 mm.
Distance anti-cathode peau	40 cm.

Tube Coolidge Standard à air libre.

Filtre 5 mm. aluminium. Une séance tous les huit jours la dose hebdomadaire reçue étant de 250 R la dose totale au bout de 5 séances étant de 1.250 R.

Malade n° 1. — Agé de 42 ans, prisonnier venant de Yèn-Bay, région palustre, entre à l'hôpital le 21 octobre 1924 pour paludisme chronique, se révélant par des accès répétés et remontant à des années ainsi que par un mauvais état général et une splénomégalie marquée. La rate en effet forme une véritable tumeur occupant tout l'hypochondre gauche du malade, elle déborde les dernières côtes de 18 cm. et sa matité transversale s'étend sur 9 cm. à la percussion et à la palpation elle donne l'impression d'une tumeur élastique, fibreuse.

L'examen du sang donne :

Globules rouges	3.300.000
Globules blancs	4.000

Hémoglobine 80 % à l'échelle de Tallquist.

La formule leucocytaire est :

Poly	66
Mono	26
Pympho	4
Eosino	3
Formes de transition	1

Pas d'Hématozoaires.

Huit jours après la deuxième séance nous notons une diminution de volume de la rate se traduisant par une régression de 2 cm. de longueur sur 1 cm. de largeur. Les trois dernières séances n'amenant aucune amélioration le traitement est abandonné. Vingt jours après la dernière séance l'examen du sang donne les résultats suivants :

Globules rouges	3.000.000
Globules blancs	3.000
Hémoglobine	75

Formule leucocytaire :

Poly	57
Mono	33
Lympho	0
Eosino	8
Formes de transition	2

Aucun accès palustre au cours du traitement.

Malade n° 2. — Agé de 27 ans, a vécu plusieurs années dans la région de Tuyèn-Quang très paludéenne. A eu de nombreux accès ayant nécessité une

première entrée à l'hôpital pendant le mois de mai 1924, au courant de laquelle il aurait déjà eu une hypertrophie marquée de la rate ; le traitement quinino-arsénical amène la sédation des accès et la régression partielle de la rate. De retour à l'hôpital à la date du 9 août, nous nous trouvons en présence d'un individu profondément émacié, aux musculeuses décolorées présentant un léger œdème des membres inférieures accompagné d'une augmentation de volume du foie et de la rate. Le bord supérieur du foie remonte au niveau de la 5^e côte, tandis que le bord inférieur dépasse les côtes de deux travers de doigts. La rate sous forme d'un volumineux gâteau occupant tout le côté gauche de l'hypochondre descend de 22 centimètres au-delà des côtes, tandis que son diamètre transversal s'étend sur 15 centimètres.

L'examen donne les résultats suivants :

Globules rouges	3.100.000
Globules blancs	4.500

Formule leucocytaire :

Poly	49
Mono	22
Lympho	1
Eosino	1
Formes de transition'	4

Hémoglobine : 75 %.

Au cours du traitement radiothérapique le malade présente 3 jours après la 2^e séance un accès palustre avec présence de croissants dans le sang.

A la fin du traitement, la rate a régressé de 5 centimètres, ne mesure plus que 17 centimètres de longueur sur 12 centimètres de largeur.

Le nombre de globules rouges est de	4.100.000
Celui des globules blancs	6.000

La formule leucocytaire :

Poly	42
Mono	21
Lympho	0
Eosino	30
Formes transition	7

Taux hémoglobine : 80 %.

Malade n° 3. — Présente dans ses antécédents de nombreux accès de paludisme et déclare se plaindre depuis plusieurs années d'une grosseur dans l'hypochondre gauche, grosseur qui a surtout augmenté de volume à la suite de plusieurs accès de fièvre remontant à un mois environ. Agé de 50 ans, cet individu est relativement encore en bon état de santé quoique ayant un foie qui déborde les côtes de un travers de doigt et un souffle cardiaque systolique à la pointe. La rate nettement palpable est très volumineuse diamètre longitudinal 21 centimètres, diamètre horizontal 13.

Globules rouges	3.700.000
Globules blancs	10.000
Formule leucocytaire :	
Poly	62
Mono	26
Lympho	3
Eosino	7
Formes de transition	2

Taux hémoglobine : 80 %, pas d'hématozoaires.

Sort de l'hôpital le 14 décembre 1924, à ce moment là, 20 jours après la dernière séance la rate a regressé : diamètre longitudinal : 15 centimètres, diamètre horizontal : 7.

Globules rouges	3.900.000
Globules blancs	4.000
Formules :	
Poly	61
Mono	19
Lympho	1
Eosino	18
Formes transition	1

Taux hémoglobine : 85 %.

N'a présenté aucun accès de fièvre au cours du traitement.

Malade n° 4. — Agé de 14 ans, n'a eu que quelques accès antérieurs de fièvre lorsqu'il y a 8 jours a présenté un accès violent avec douleur irradiée à tout le côté gauche. Actuellement malade amaigri, fatigué, ayant une rate débordant de 5 centimètres les dernières côtes légèrement douloureuse à la pression et donnant à la palpation une sensation de tissu mou.

Globules rouges	3.700.000
Globules blancs	10.000
Formules :	
Poly	51
Mono	29
Lympho	13
Eosino	5
Formes transition	2

Taux hémoglobine : 70 %.

Au cours de 5 séances a eu après la première un accès palustre puis un autre accès après la troisième avec présence de schizontes de la tierce dans le sang. Le traitement terminé nous donne comme résultat une rate redevenue normale c'est-à-dire ne dépassant plus le grill costal.

Globules rouges	4.100.000
Globules blancs	8.000
Formules :	
Poly	48
Mono	16
Lympho	0
Eosino	33
Formes transition	3

Hémoglobine : 75 %.

Malade n° 5. — Se présente le 9 octobre 1924 porteur d'une rate volumineuse descendant jusqu'à la ligne bi-iliaque transversalement, elle mesure 16 centimètres.

Le malade âgé actuellement de 25 ans, raconte que sujet depuis son enfance à de nombreux accès de fièvre, il a vu peu à peu sa rate grossir jusqu'à devenir la tumeur énorme qu'elle représente aujourd'hui et qui constitue pour lui une véritable infirmité le mettant dans l'impossibilité de travailler. Etat général très mauvais, malade amaigri, décharné, muqueuses livides, a encore eu un accès palustre peu intense il y a quinze jours, appétit nul ; pas d'œdème des membres inférieurs.

Globules rouges	2.400.000
Globules blancs	3.000

Formules :

Poly	54
Mono	26
Lympho	5
Eosino	9
Formes transition	1

Taux hémoglobine : 60 %. Présence de croissants dans le sang.

L'action des 5 séances de rayons X apparaît à peu près nulle sur la rate qui n'a diminué que de 2 centimètres dans les diamètres vertical et horizontal. L'état est franchement mauvais.

Globules rouges	2.000.000
Globules blancs	1.000

Formules :

Poly	77
Mono	11
Lympho	2
Eosino	9
Formes transition	1

Taux hémoglobine : 60 %.

Un deuxième groupe de malades, comprenant 5 cas a été traité de la façon suivante :

- Etincelle équivalente : 30 centimètres ;
- Intensité : 3 millimètres ;
- Distance anti-cathode peau : 40 centimètres ;
- Tube Coolidge immergé dans l'huile ;
- Filtre aluminium : 10 millimètres ;
- 6 séances de 380 R. chacune, total : 2.280 R.

Malade n° 6. — Agé de 22 ans, provient de Hoa-Binh, région très infestée par le paludisme où il a vécu plusieurs années, présentant de nombreux accès de fièvre en même temps qu'il sentait se développer une tumeur dans l'hypochondre gauche. Le 25 juin 1924, entre à l'hôpital, avec un état général assez bon quoiqu'il existe un peu d'œdème des membres inférieurs et un léger subictère avec hypertrophie du foie qui déborde les côtes en bas de deux travers de doigt. La rate qui occupe tout le flanc gauche forme une tumeur dure.

rénitente, douloureuse à la percussion présentant les dimensions suivantes : diamètre 24 centimètres, diamètre horizontal 18 centimètres.

Globules rouges	2.500.000
Globules blancs	3.000

Formule leucocytaire :

Poly	71
Mono	23
Lympho	3
Eosino	2
Formes transition	1

Taux hémoglobine : 70 %.

A la suite du traitement nous notons les changements suivants : relèvement de l'état général, légère diminution de la rate qui mesure alors 20 jours après la dernière séance, 21 centimètres dans son diamètre vertical, 14 centimètres dans son diamètre transversal.

Globules rouges	4.000.000
Globules blancs	1.000

Formule :

Poly	72
Mono	4
Lympho	2
Eosino	21
Formes transition	1

Taux hémoglobine : 70 %.

Malade n° 7. — Agé de 18 ans, entre à l'hôpital pour splénomégalie palustre et tuberculose pulmonaire. Sujet très amaigri, très mauvais état général. A contracté il y a plusieurs années le paludisme dans la haute région tonkinoise et depuis présente de temps en temps des accès de fièvre, en même temps la rate se développait et présente aujourd'hui les dimensions suivantes : diamètre vertical : 15 centimètres, diamètre transversal : 7 centimètres. Au point de vue pulmonaire tuberculose en pleine évolution avec présence de bacilles dans les crachats.

L'examen du sang donne les résultats suivants :

Globules rouges	2.300.000
Globules blancs	5.000

Formule :

Poly	63
Mono	30
Lympho	1
Eosino	0
Formes transition	6

Forme hémoglobine : 65 %.

Au cours du traitement, quelques jours après la deuxième séance, violent accès palustre avec présence de *Plasmodium vivax* dans le sang.

Le malade, ne voyant aucune amélioration dans son état quitte l'hôpital 15 jours après la dernière séance présentant une rate sans changement aucun et un état d'anémie prononcée :

Globules rouges	1.800.000
Globules blancs	2.000

Formule :

Poly	68
Mono	20
Lympho	8
Eosino	2
Formes transition	2

Taux hémoglobine : 50 %.

Malade n° 8. — Ne mentionne que deux ou trois accès très rares ayant du reste disparu sans aucune médication. Mais il y a un mois environ a eu trois accès consécutifs à 8 jours d'intervalle ayant déterminé chez lui une fatigue générale intense qui le fait entrer à l'hôpital à la date du 14 juin 1924. Etat général relativement bon, appétit pourtant diminué, foie débordant très légèrement un travers de doigt les côtes, rate percutable non douloureuse, descendant à 4 centimètres au-dessous du grill costal.

Globules rouges	3.500.000
Globules blancs	9.000

Formule leucocytaire :

Poly	63
Mono	30
Lympho	0
Eosino	2
Formes transition	5

Taux hémoglobine : 80 %.

Le traitement radiothérapique terminé, nous notons 15 jours après la dernière séance un état général sans changement quoique la rate soit retombée à ses dimensions normales.

Globules rouges	3.100.000
Globules blancs	3.000

Formule :

Poly	69
Mono	21
Lympho	0
Eosino	4
Formes transition	6

Taux hémoglobine : 80 %.

A eu au cours du traitement après la troisième séance, un accès de paludisme à forme tierce.

Malade n° 9. — Provient de la région de Hoa-Binh très paludéenne où dès son enfance a subi une impaludation sévère se traduisant par de nombreux accès. Aujourd'hui 3 juin 1924, se présente à nous pour splénomégalie volumineuse ; la rate est dure, ligneuse à la palpation et remplit tout l'hypocon-

dre gauche ; il existe un certain degré d'ascite et de la circulation collatérale. Dimensions de la rate : déborde les côtes de 24 centimètres et présente un diamètre transversal de 19 centimètres. Le foie lui-même est augmenté de volume remontant à la quatrième côte et descendant à deux travers de doigt au-dessous. L'examen du sang révèle la présence de forme de résistance d'hématozoaire de la tierce.

Globules rouges	4.000.000
Globules blancs	4.000
Formule leucocytaire :	
Poly	48
Mono	37
Lympho	0
Eosino	6
Formes transition	9

Taux hémoglobine : 80 %.

Le traitement institué dans les mêmes conditions que pour nos autres malades de cette série, est suivi d'une très légère régression du volume splénique. L'organe ne déborde plus que de 21 centimètres et son diamètre transversal est de 17 centimètres.

Globules rouges	2.850.000
Globules blancs	9.000
Formule leucocytaire :	
Poly	66
Mono	14
Lympho	0
Eosino	11
Formes transition	8

Taux hémoglobine : 80 %.

Recherche des hématozoaires négative.

Malade n° 10. — Le 19 juin 1924 entre à l'hôpital pour paludisme chronique se manifestant par des accès répétés depuis plusieurs années et le développement anormal de la rate qui devient une véritable infirmité pour le malade. L'organe splénique dépasse les dernières côtes de 25 centimètres et son diamètre transversal atteint 19 centimètres à la palpation, elle est dure, rénitente, légèrement douloureuse. Il existe un léger sub-ictère s'accompagnant d'hypertrophie du foie. Etat général assez bon.

Globules rouges	5.000.000
Globules blancs	10.000
Formule leucocytaire :	
Poly	48
Mono	36
Lympho	2
Eosino	11
Formes transition	3

Taux htmoglobine : 80 %.

A la fin du traitement radiothérapique nous notons une très légère diminution de la rate qui ne mesure plus que 23 centimètres sur 17.

Globules rouges	3.800.000
Globules blancs	10.000
Formule leucocytaire :	
Poly	48
Mono	13
Lympho	0
Eosino	31
Formes transition	8
Taux hémoglobine : 80 %.	

Le troisième groupe d'observations se rapporte à des malades traités avec les données suivantes :

Etincelle équivalente :
 Intensité : 3 millimètres ;
 Filtre aluminium : 10 millimètres ;
 Tube Coolidge immergé dans l'huile ;
 6 séances de 204 R. chacune, total : 1.224 R. ;
 Distance anti-cathode peau : 40 centimètres.

Malade n° 11. — Le 31 mai 1924, entre à l'hôpital, provenant de Hoa-Binh où le malade a présenté de nombreux accès de fièvre au cours de 5 ans qu'il y a passés, en même temps qu'il sentait se manifester une tumeur dans l'hypochondre gauche, tumeur qui s'accompagne de circulation collatérale, d'un léger œdème des membres inférieurs et d'un peu d'ascite. Cette tumeur que représente la rate très hypertrophiée donne à la palpation une sensation de dureté rénitente, elle mesure 20 centimètres dans l'axe vertical et 15 centimètres dans l'axe transversal. Etat général relativement bon.

Globules rouges	4.050.000
Globules blancs	6.000
Formule :	
Poly	53
Mono	31
Lympho	5
Eosino	2
Taux hémoglobine : 80 %.	

Le traitement radiothérapique est entrepris et me donne, au bout des 6 séances qu'un résultat partiel se traduisant par une légère régression de la rate qui ne mesure plus que 17 centimètres sur 14 centimètres.

A l'examen du sang nous trouvons :

Globules rouges	2.000.000
Globules blancs	2.000
Formule :	
Poly	66
Mono	17
Lympho	0
Eosino	15
Formes transition	2
Taux hémoglobine : 60 %.	

Malade n° 12. — Arrive à l'hôpital le 6 juin 1924, dans un état général déplorable, anémie profonde avec décoloration marquée des muqueuses, asthénie générale, appétit nul, nombreux accès de fièvre se répétant tous les huit jours, symptômes diarrhéiques. Foie augmenté de volume. Rate énorme occupant tout le côté gauche et formant une tumeur à grand axe oblique de haut en bas et de gauche à droite dont l'extrémité inférieure déborde la ligne médiane. Le plus grand axe mesure 28 centimètres et l'axe transversal 20 centimètres. Le malade ne peut se tenir sur ses jambes.

Globules rouges	1.300.000
Globules blancs	4.000

Formule :

Poly	46
Mono	31
Lympho	8
Eosino	13
Formes transition	2

Taux hémoglobine : 55 %.

Présence de croissants de la tropicale.

Comme conséquence du traitement nous notons un relèvement de l'état général quoique la régression de la rate soit bien légère ; diamètre longitudinal : 26, diamètre transversal : 18 centimètres.

Globules rouges	2.000.000
Globules blancs	200.000

Formule leucocytaire :

Poly	49
Mono	13
Lympho	0
Eosino	31
Formes transition	7

Taux hémoglobine : 65 %. Au cours du traitement a présenté un accès de paludisme à forme tropicale.

Malade n° 13. — Agé de 14 ans, présente de temps en temps quelques accès de fièvre depuis 6 mois environ, état général bon, entre à l'hôpital pour un dernier accès qui s'est manifesté il y a 2 jours. Actuellement apyrexie ; mais hypertrophie de la rate qui dépasse les côtes de 5 centimètres environ.

Globules rouges	4.600.000
Globules blancs	8.000

Formule :

Poly	55
Mono	23
Lympho	2
Eosino	17
Formes transition	3

Taux hémoglobine : 80 %.

Forme de résistance de la tierce.

Quinze jours après la fin du traitement régression complète de la rate qui a repris ses dimensions normales :

Globules rouges	4.300.000
Globules blancs	7.000

Formule :

Poly	49
Mono	22
Lympho	1
Eosino	25
Formes transition	3

Taux hémoglobine : 80 %. Pas d'hématozoaires.

Malade n° 14. — Agé de 15 ans, se présente à nous le 5 juin 1924, porteur d'une grosse rate dont les premiers symptômes ont fait leur apparition il y a 3 mois environ, à la suite de plusieurs accès de fièvre qui ont cédé à un traitement par la quinine. Actuellement le malade ressent une lassitude générale de l'inappétence et une gêne sous le rebord costal gauche correspondant à la tumeur splénique. Cette tumeur splénique nettement palpable déborde de 4 centimètres le grille costal et donne l'impression de tissu mou. Foie normal.

Globules rouges	4.020.000
Globules blancs	12.000
Poly	52
Mono	27
Lympho	3
Eosino	9
Formes transition	3

Taux hémoglobine : 85 %.

Le traitement aux rayons X est institué avec les constantes indiquées ci-dessus et nous donne le résultat suivant : quinze jours après la dernière séance retour à la normale de la rate.

Globules rouges	4.600.000
Globules blancs	4.000

Formule :

Poly	42
Mono	9
Lympho	3
Eosino	43
Formes transition	3

Taux hémoglobine : 80 %. Pas d'accès de fièvre au cours du traitement.

Les deux derniers malades dont nous reproduisons ci-dessous les observations ont été traités avec les données suivantes :

Etincelle	40
Filtre aluminium	10 milli.
Distance anti-cathode peau	40 cm.
Milli	10

Tube Coolidge immergé dans l'huile.

Doses à chaque séance 1.000 R. Quatre séances au total à quinze jours de distance chaque. Total 4.000 R.

Malade n° 15. — Agé de 25 ans. Fortement impaludé, depuis son enfance, entre à l'hôpital le 4 juillet 1924 pour splénomégalie volumineuse remplissant tout l'hypochondre gauche. La masse splénique dure, ligneuse à la palpation, se présente sous la forme d'un ovale à grand axe oblique de haut en bas et de gauche à droite mesurant 22 centimètres de longueur, le diamètre transversal ayant 18 centimètres. Etat général déplorable décoloration des muqueuses sub-ictère avec légère augmentation de volume du foie. Présence d'ascite en petite quantité et d'un œdème peu marqué aux membres inférieurs. Appétit nul.

Globules rouges	2.900.000
Globules blancs	5.000

Formule leucocytaire :

Poly	66
Mono	24
Lympho	2
Eosino	7
Formes transition	1

Taux hémoglobine : 70 %. Présence de croissants de la fièvre tropicale.

Le traitement au cours duquel nous ne notons aucun incident clinique amène un léger régresserment de l'organe splénique dont les dimensions atteignent encore 19 centimètres pour le diamètre longitudinal et 15 pour le diamètre transversal. Etat général du malade sans modification.

Globules rouges	2.700.000
Globules blancs	2.000

Formule :

Poly	64
Mono	21
Lympho	2
Eosino	14
Formes transition	1

Taux hémoglobine : 70 %. Pas d'accès de fièvre.

Malade n° 16. — Ce jeune malade de 15 ans vient nous trouver pour accès de fièvre fréquents contractés depuis trois mois, accès accompagnés d'une hypertrophie de la rate. Les accès sont à forme tropicale et la rate déborde les côtes de 6 centimètres donnant à la palpation la sensation d'un tissu mou. Etat général assez bon.

Globules rouges	3.500.000
Globules blancs	5.000

Formule :

Poly	70
Mono	14
Lympho	0
Eosino	15
Formes transition	1

Taux hémoglobine 80 %.

Le traitement terminé nous constatons la disparition totale de l'hypertrophie de la rate et l'examen du sang donne :

Globules rouges	3.000.000
Globules blancs	3.000

Formule :

Poly	46
Mono	12
Lympho	0
Eosino	30
Formes transition	2

Taux hémoglobine : 80 %. Pas d'accès pendant toute la période de traitement.

Un fait se dégage de cette série de 16 malades traités pour splénomégalie palustre par la radiothérapie, c'est la différence d'actions obtenues sur les rates paludéennes aiguës et les rates paludéennes chroniques. Dans les cas aigus (Observations 4, 8, 13, 14, 16) c'est-à-dire où l'organe splénique est peu hypertrophié, et l'infestation palustre relativement récente, nous obtenons le retour aux dimensions normales. Dans les cas chroniques, qui englobent ces rates énormes, ligneuses, chez des individus fortement et très anciennement impaludés le résultat se traduit par une légère diminution mais sans pouvoir aboutir à la régression complète. Dans l'un des cas même (Observation n° 7) l'action des rayons X a été absolument nulle. Cette dissemblance dans les résultats provient à notre avis des différences mêmes dans les lésions présentées par ces deux ordres de rate pathologique. Dans les cas aigus simple congestion du follicule de Malpighi, dans les cas chroniques non seulement congestion de l'élément adénoïde mais adjonction d'une hyperplasie du tissu conjonctif ; or, tandis que les rayons X possèdent une action marquée sur les tissus lymphoïdes, leur pouvoir sur le tissu conjonctif est pour ainsi dire nul. De ces constatations découlent nos résultats, dans les rates aiguës, régression complète par influence des rayons sur le tissu lymphoïde, dans les rates chroniques diminution seulement partielle par atteinte des follicules de Malpighi, la plus grande partie de la rate hypertrophiée étant constituée par du tissu fibreux résistant à la radiothérapie ne régresse pas.

Il semble du reste que nous puissions trouver une preuve de cette hypothèse dans l'étude des variations du taux des globules blancs et des modifications de nos formules leucocytaires. En effet, dans toutes nos irradiations de rates palustres, sauf n° 2 et 9, nous notons 15 jours à un mois après la dernière séance une leucopénie manifeste, leucopénie atteignant le plus souvent 50 % comme le montre le tableau ci-joint. D'autre part, l'examen des formules leucocytaires nous fait constater dans 12 cas une diminution relative des mononucléaires ; tandis que leur taux n'a pas varié dans 2 cas et a subi une légère augmentation dans l'un deux ; les lymphocytes dans 11 cas accusent une baisse de leur taux qui, dans 4 cas, est resté invariable tandis qu'il est monté dans un dernier cas. Quant aux polynucléaires leurs variations semblent moins nettes, diminution dans 8 cas, égalité dans un, augmentation dans 7, alors que les éosinophiles nous montrent un accroissement sensible dans 15 cas et une invariabilité de leur nombre dans un seul cas. Or, étant donnée la différence d'origine, d'une part, des mononucléaires et lymphocytes, d'autre part, des polynucléaires et éosinophiles, les premiers provenant des

tissus lymphoïdes, les deuxièmes de la molle osseuse, peut-être pourrions-nous en conclure que la diminution des uns provient de l'action des rayons X sur les éléments adénoïdiens de la rate tandis que les autres n'ont pas subi la même réaction. En effet nous pensons que les modifications de ces derniers et tout particulièrement l'augmentation du nombre des éosinophiles peut être interprétée comme l'indice de la destruction des hématozoaires.

Les globules rouges, eux aussi, subissent des modifications qui sont nettement en rapport comme tous les auteurs l'ont relaté avec la dose de rayons absorbés. En effet, dans 10 cas nous obtenons une diminution marquée des hématies et une augmentation dans 6 cas seulement, or chez ces derniers nous avons appliqué sauf pour l'un d'eux n° 6 des doses hebdomadaires ne dépassant pas 250 R. tandis que chez nos malades irradiés à des doses variant entre 380 et 1.000 R. comme doses hebdomadaires nous avons obtenu toujours une diminution notable. Il y a lieu aussi d'établir le rapport très net qui existe entre les variations des globules rouges et la pénétration des rayons X, en effet avec les rayons de 20 centimètres d'étincelle filtres sur cinq millimètres d'aluminium augmentation très nette; avec rayons plus durs 30 centimètres et au delà filtres sur 10 millimètres aluminium le nombre de cas de diminution des hématies l'emporte. Nous pouvons ajouter qu'il ne semble pas y avoir de relations entre ces variations du nombre des globules rouges et le succès ou l'échec du traitement radiothérapique contre la splénomégalie palustre, puisque sur nos cinq succès dans deux cas (n°s 4 et 14) il y a augmentation des hématies et dans trois autres (n°s 6, 13, 16) la diminution l'emporte.

A la suite de nos premiers échecs, se rapportant à nos malades n°s 1, 2, 3, 4 et 5, traités avec des rayons de 20 centimètres d'étincelle, filtre aluminium 5 millimètres doses par séance 250 R., nous avons cherché s'il n'y aurait pas lieu d'augmenter la dose et la pénétration des rayons, malgré ces modifications nous n'avons pu obtenir de résultats appréciables dans la plupart des cas d'hypertrophie de rates palustres à forme chronique.

Quant aux cas aigus où toujours le succès a été la conséquence du traitement, nous estimons comme dangereuses les fortes doses de rayons et les pénétrations dépassent 20 à 25 centimètres d'étincelle puisque toujours la réduction du taux des hématies ayant lieu dans ces conditions indique que la dose excitatrice a été dépassée et que la dose destructive a été atteinte.

En résumé, cette étude nous amène à conclure que la radiothérapie pratiquée dans certaines conditions est efficace sur les rates paludéennes aiguës mais ne produit pas la régression des rates paludéennes chroniques où une profonde infiltration fibreuse rend la tumeur insensible à l'action des rayons X.

De plus nous estimons que la durée du traitement, ses difficultés d'application sont d'autant d'inconvénients qui doivent faire rejeter la radiothérapie comme thérapeutique des splénomégalias palustres qui, dans les cas aigus, régressent spontanément ou à l'aide du traitement quinino-arsénical et dans les cas chroniques relèvent de la chirurgie.

*
* *

1913. — *Quenu et Degrais*. — Splénomégalie d'origine paludique traitée avec succès par le radium (*Bulletin Société de Chirurgie*, 12 novembre 1913).

1918. — *Moreau*. — Radiothérapie des grosses rates paludéennes. Régression après une seule séance (*Compte-rendu de la Société de Biologie*, 9 novembre 1918).

1930. — *Païs.* — Sur le traitement du paludisme chronique rebelle à la dans le paludisme (*Archives d'électricité médicale* 1918, page 257).

1920. — *Païs.* — Sur le traitement du paludisme chronique rebelle à la quinine au moyen des rayons X (*Archives d'électricité médicale* 1920, page 349).

Victor Cordier. — La Radiothérapie de la rate paludéenne (*Bulletin Société médicale des Hôpitaux*, 11 mars 1920).

1922. — *Pierret.* — Les traitements actuels du paludisme (*Journal de Radiologie* 1922, page 241).

1923. — *Manoukine.* — Traitement de certaines formes du paludisme par les irradiations de la rate (*Compte-rendu Société de Médecine et d'Hygiène tropicale* 1923, page 23).

D. — PARASITES INTESTINAUX

UN CAS CURIEUX

d'ascaridiose à symptomatologie pulmonaire.

Par H. COPPIN (1)

En pays parasité, les répercussions de l'ascaridiose sur l'appareil pulmonaire sont loin d'être rares, soit que les symptômes présentés par les malades soient d'ordre nerveux (toux par exemple), soit même que de véritables lésions anatomiques les expliquent et les conditionnent. La connaissance de ces lésions authentiques d'origine ascaridienne, rendues vraisemblables par ce que nous savons du cycle évolutif de l'embryon, peut expliquer, soit dit en passant, certaines répercussions inattendues de l'ascaridiose, tel l'emphysème pulmonaire des Annamites que certains auteurs n'hésitent pas à rattacher à des effractions pulmonaires d'origine parasitaire (LE ROY DES BARRES) : le nombre des individus atteints, et notamment des individus jeunes, ne peut être en rapport qu'avec une cause locale tout à fait généralisée et très spéciale à la race indigène, telle que parasitisme intestinal.

Dans un ordre d'idées différent, le cas suivant, par la complexité du problème clinique qu'il posait, me paraît digne d'être brièvement rapporté. J'aurais pu l'intituler : simulation de métastase de cancer du sein par ascaridiose, ce qui aurait eu l'air de ressembler à une plaisanterie. Toute la difficulté du diagnostic reposait cependant sur cet antécédent bien précis. Madame X. avait été opérée un an environ auparavant d'un néoplasme du sein droit. Opération parfaitement régulière, suivie des séances de radiothérapie prescrites, sans aucune récurrence locale.

Deux mois avant que je la voie, cette malade s'était mise à présenter une série de symptômes anormaux, consécutifs à une de ces gripes qui faisaient fureur à ce moment à Hanoi : toux constante, fatigue insurmontable, inappétence et surtout amaigrissement extrêmement rapide et prononcé. A l'examen, je trouve une femme au teint jaune paille, anhéante, aux paroles entrecoupées par une toux quinteuse, incessante, qui ne lui laisse aucun repos. Une association d'idées bien naturelle se fait aussitôt dans mon esprit : cancer du sein, métastase ganglionnaire intrathoracique, compression nerveuse, toux coqueluchoïde, etc... L'examen de la région opérée ne me révèle rien d'anormal : la cicatrice est nette, souple, sans trace d'adénopathie voisine, axillaire ou sus-claviculaire. L'examen des sommets est franchement négatif. Quant au hile et à la base droite, je n'y trouve rien de spécialement suspect, ce qui ne

(1) Publié dans le *Bulletin de la Société médico-chirurgicale de l'Indochine*, année 1925, n° 4, page 180.

veut évidemment pas dire que des ganglions récemment atteints ne soient assez développés pour amener des phénomènes de compression et trop peu pour se manifester par des symptômes objectifs.

J'envoie la malade à l'examen radioscopique et on me répond : présence d'une ombre à la base droite avec intégrité du sinus costo-diaphragmatique, répondant à la partie inférieure du hile et de la chaîne ganglionnaire de ce côté. Très préoccupé, je me prépare à convoquer le mari, pour combiner, sous un prétexte quelconque, le rapatriement immédiat, dans le but d'éviter à ces pauvres gens, tenant beaucoup à rester au Tonkin pour des raisons matérielles, le spectacle et le calvaire lamentables d'une cachexie cancéreuse à la colonie, qu'on a rarement vue jusqu'ici, je pense, chez les Européens. L'appareil à radiothérapie profonde est justement en réparation, il n'y a qu'en France, vais-je dire, qu'on puisse trouver une installation équivalente, ce qui est d'ailleurs exact.

L'amusant est qu'avant d'arriver à cette hypothèse plausible et à la détermination qui s'ensuivait, il était arrivé un petit fait que j'avais complètement oublié et dont les suites permirent à la malade de guérir très simplement et mieux qu'à la suite de mes déductions pathogéniques trop raisonnées. Et voici comment : lors de mon premier examen, j'avais au début ausculté la malade sans la faire déshabiller. Frappé de la discordance entre l'intensité des troubles qu'elle présentait et le peu de symptômes que je relevais à l'examen, j'avais tenu mon langage habituel dans les cas obscurs : dans ce pays, quand la cause d'une maladie n'apparaît pas tout de suite, il faut examiner les selles et le sang, pour savoir s'il faut donner, suivant le cas, santonine, émétine, 914, etc... Naturellement, le cancer étant vu, j'avais remis à plus tard ces différentes épreuves, pensant que l'examen radioscopique était le plus urgent. Mais mes premières paroles n'étaient pas tombées dans l'oreille d'une sourde et à tout hasard, rentrée chez elle, la malade commença une cure sérieuse de santonine.

Le résultat ne se fit pas attendre et quelques jours après, je voyais entrer dans mon cabinet le monsieur et la dame, me montrant triomphalement dix ascaris dans un bocal. La toux avait naturellement disparu, ainsi que les troubles qui l'accompagnaient. La pâleur, la fatigue persistaient néanmoins. D'autre part, un second radiologiste consulté n'avait pas retrouvé les ombres signalées par le premier.

Est-il besoin d'ajouter qu'ultérieurement la malade récupéra rapidement le poids qu'elle avait perdu et se porte parfaitement bien maintenant ?

La morale de cette histoire est celle de beaucoup d'histoire médicales de ce pays-ci : c'est que malgré toutes les vraisemblances, il ne faut jamais perdre de vue l'influence possible des grands parasitismes tropicaux sur n'importe quelle manifestation clinique, tant qu'elle ne fait pas « sa preuve ». Cette conclusion a l'air d'un truisme, tant elle est évidente ; l'expérience montre que n'importe lequel d'entre nous l'oublie de temps en temps et j'en pourrais citer de nombreux exemples qui ne me sont pas personnels. Le côté original et inhabituel de celui-ci m'a paru mériter d'être signalé.

La partie radiologique de l'observation est sans intérêt. Il aurait été remarquable que l'ombre signalée eût été celle d'un peloton d'ascaris arrêtés dans la partie inférieure de l'œsophage : information prise, l'incidence utilisée ne permettait malheureusement pas pareille hypothèse.

ACCIDENTS PSEUDO-COMATEUX ET RÉTENTION d'urine par ascaridiose.

Par H. COPPIN (1)

Le 1^{er} février 1921, je vois avec le D^r COGNACQ, le fils d'un commerçant annamite bien connu de Hanoi, âgé de 15 ans, qui a été pris quelques jours auparavant, au milieu d'un état de santé excellent, d'une somnolence progressive qui a abouti à une perte de connaissance complète, du moins d'après ses parents. La veille, le malade n'a pas uriné et le D^r COGNACQ a fait un cathétérisme. Cet état s'accompagne d'une constipation absolue. Ce garçon qui paraît en effet vigoureux, est couché sur un lit de camp, immobile, entouré de la famille éplorée. Rien d'anormal à un examen extérieur rapide en ce qui concerne les téguments : le visage est rosé, il n'y a pas d'amaigrissement, la peau est fraîche, les yeux sont demi-fermés, les dents serrées, la respiration calme. Je fais interpellier le malade à voix haute : aucun tressaillement apparent des traits, mais les paupières font un effort léger pour s'ouvrir, comme les mâchoires pour monter la langue. J'ouvre les paupières pour chercher les réflexes qui sont d'ailleurs normaux, les yeux ne se dirigent pas vers la lumière, les globes oculaires, qui paraissent sans vision, font les mouvements lents. Aucune réaction douloureuse à la pression des yeux ; il semble qu'il existe une légère raideur de la nuque. Je fais donner devant moi du lait qui, après un séjour de quelque durée dans la bouche, est dégluti facilement.

Je cherche le Brudzinski et le Kernig, tous deux absolument négatifs. Les poumons et le cœur sont normaux. L'abdomen est souple mais le relief de la vessie s'y dessine avec évidence : la palpation et la percussion la révèlent touchant l'ombilic.

Aucun symptôme de paralysie des membres, ni de contracture. La sensibilité y est obtuse, car à un pincement assez fort je n'obtiens qu'un gémissement léger sans aucune espèce de retrait du membre pincé. Les réflexes sont normaux et égaux. Le Babinski est négatif.

Pas de fièvre.

Je sonde immédiatement le malade avec une Nélaton qui me donne un ressaut à 10 centimètres environ du méat. Trois quarts de litres environ d'urines claires, non albumineuses.

Nouveau venu au Tonkin, je donne avec quelque scepticisme sur la suggestion du D^r COGNACQ, une première dose de santonine de 0 gr. 15 à renouveler 3 jours de suite, plutôt par la routine de cette manière de faire habituelle ici que dans l'idée d'un traitement véritablement spécifique de l'affection que j'observe. Et malgré les résultats négatifs de l'examen que j'ai pratiqué, je songe malgré moi à je ne sais quelle forme latente d'urémie, au coma d'emblée des méningites et même à cette encéphalite léthargique dont les journaux

(1) Publié dans le *Bulletin de la Société médico-chirurgicale de l'Indochine*, années 1922-23, page 2.

sont pleins. Pas plus que l'examen, l'interrogatoire de la famille ne me révèle de faits qui puissent servir d'appoint à de tels diagnostics : le malade a été jusque là réellement bien portant, il n'est aucunement susceptible d'avoir contracté une maladie vénérienne et l'enquête reste absolument muette au point de vue hérédité spécifique, ce qui est rare au Tonkin. Devant cette léthargie bizarre je pense enfin à une manifestation pithiatique qui ne serait pas tout à fait extraordinaire dans un pays où certaines cérémonies religieuses s'accompagnent de démonstrations individuelles ou collectives relevant de l'hystérie et je pose quelques questions sur le genre de vie de ce garçon, ses occupations etc... or, il ne sort jamais de chez lui et de plus, toute la famille est catholique.

Le lendemain dans la soirée, j'apprends que le lavement que j'avais prescrit a ramené 4 ascaris. L'état est exactement le même, le malade a absorbé du lait en quantité très suffisante, un nouveau cathétérisme ramène 600 grammes d'urine. Une nouvelle dose de santonine de 0,15 est prescrite.

Le lendemain 3 février, l'état est sensiblement stationnaire. Sans lavement, la constipation absolue est réapparue ; la rétention d'urine persiste intégralement mais une petite modification est survenue dans l'état léthargique il est toujours impossible d'obtenir une réponse, mais les yeux s'ouvrent, manifestent quelque attention et suivent les mouvements qui s'effectuent autour d'eux. La 3^e dose de santonine de 0,15 a été donnée ainsi que 30 grammes d'huile de ricin avant ma visite mais la purgation n'a été suivie d'aucun effet. En conséquence, je conseille un grand lavement évacuateur dans la soirée.

Le 4 février au matin, j'apprends que le malade a été spontanément à la selle après mon départ et on m'apporte dans une cuvette un lot d'ascaris d'une vingtaine d'individus. L'amélioration s'accroît, mais bien légèrement ; le malade, sans parler, esquisse quelques mouvements des lèvres et de la tête. L'examen ne me révélant pas plus de signes objectifs d'affection nerveuse organique que les jours précédents, j'inaugure une série progressive de strychnine par 2 milligrammes sous cutanés pour activer le réveil de mon faux comateux, qui continue à absorber très facilement du lait et de la soupe de riz.

Le 5 février, le malade répond enfin d'une voix empâtée à quelques questions simples : qui est-ce qui te parle ? Où as-tu mal ? Mais il retombe rapidement dans sa somnolence et son mutisme dès qu'on cesse les interpellations fortes. La rétention d'urine persiste et il faut encore une fois le sonder : je conseille des bains de sièges chauds pour aboutir à des mictions spontanées. Le séjour en décubitus dorsal sur plan rigide a entraîné l'apparition dans la région sacrée d'une tâche ecchymotique bleuâtre de la dimension d'une piastre, entourée d'une zone rouge simulant à s'y méprendre un début d'escarre ; un rond de caoutchouc est immédiatement placé sous le siège. Ce jour là, 3 milligrammes de sulfate de strychnine en injection.

Le 6 février, l'amélioration commence à marcher rapidement : la parole est à peu près normale, l'intelligence et l'attention sont complètement revenues, mais la rétention d'urine se montre plus rétractaire et persiste jusqu'à l'injection de 4 milligrammes de strychnine à la suite de laquelle le malade urine spontanément. La fausse escarre prend une couleur lie de vin avec une petite excoriation centrale qui nécessite un pansement. Les urines étant légèrement troubles, quelques doses d'uraseptine sont prescrites.

Le 7 février enfin, une semaine environ après le début de la maladie, la guérison est complète ; notre endormi se lève, parle, mange, urine comme avant et en quelques jours, l'excoriation sacrée disparaît. Je l'ai revu depuis à différentes reprises parfaitement bien portant.

*
**

Cette observation s'ajoute à celles qui ont été maintes fois désignées sous le nom d'accidents nerveux du parasitisme intestinal. On conçoit sans peine que, quelle qu'en soit l'origine, réflexe, toxique ou infectieuse, il puisse se produire du fait de l'ascaridiose, à côté de manifestations d'excitation centrale comme les crises épileptiformes des symptômes d'ordre dépressif du genre de ceux que je viens de rapporter. A dire vrai, dans le cas particulier, si la bizarrerie du tableau clinique devait surprendre au début, un examen soigneux du malade permettait d'arriver par élimination à reconnaître l'absence de tout trouble objectif du système nerveux ; c'est ce qui différencie ce malade de ceux qui ont été décrits comme présentant des accès comateux d'origine éscaridienne (Lecomte, in Grall et Clarac Tome VI, page 20) et chez lesquels le coma présentait véritablement un substratum organique, coup de chaleur ou paludisme, qui réduit la présence d'ascaris au rôle de simple coïncidence ou tout au moins de cause adjuvante secondaire des accidents observés. Ici le phénomène nerveux apparaît, seul, sans fièvre, sans manifestation méningées autre que la somnolence : cet exemple d'un symptôme bruyant prédominant, en absence de troubles associés susceptibles de le contrôler et de l'expliquer doit être rangé dans le cadre de ces « discordances symptomatiques » souvent signalées comme devant attirer l'attention vers un parasitisme possible.

La rétention d'urine paraît être un phénomène plus rare parmi les méfaits de l'helminthiase intestinale, car je ne l'ai vu nulle part signalée. Doit-on, dans le cas présent, la considérer comme une conséquence du trouble cérébral diffus que représente la léthargie et l'assimiler à la rétention survenant au cours d'une maladie nerveuse organique ? Je ne le pense pas, en l'absence de toute autre réaction périphérique d'ordre nerveux objectif. Tout au plus rait-on faire quelque rapprochement du cas présent avec la rétention souvent observée autrefois chez les hystériques en état de crise, d'autant plus que l'aspect général du malade n'était pas sans évoquer le tableau de la grande névrose. Il est plus simple à mon avis d'accepter comme possible, dans l'ascaridiose, la localisation d'un phénomène réflexe d'origine intestinale sur l'appareil nerveux vésical, comme on a admis les accidents localisés à un nerf sensoriel, au pneumo-gastrique, etc... Cette possibilité établirait dans les pays parasités la nécessité de soupçonner l'helminthiase chez un individu atteint, sans passé urinaire, d'accidents vésicaux subits d'ordre sphinctérien.

E. — ARTICULATIONS

LES SPONDYLITES LOMBAIRES OU LOMBARTHRIES chez les Annamites.

Par MM. les Docteurs DE RAYMOND et DARTIGUENAVE (1)

..Etude clinique.

Si nous revenons sur cette affection décrite et étudiée plus particulièrement en France par Léri et dont l'un de nous avait en collaboration avec le Dr HEYMANN publié un cas typique dans le *Bulletin de la Société Médico-chirurgicale de l'Indochine* du 22 novembre 1923, c'est qu'elle est non pas une rareté comme nous le pensions alors, mais, au contraire, d'une fréquence assez grande et d'une modalité d'évolution particulièrement grave en ce pays.

De plus les nombreux cas observés nous ont permis de réunir un ensemble de signes permettant un diagnostic de probabilité, en l'absence de radiographie et de relever une particularité anatomo-pathologique constante et dont jusqu'ici nous n'avons pas trouvé mention dans la littérature médicale, c'est la subluxation en bas de l'articulation de la hanche.

Les maux de reins si fréquemment observés chez nos malades correspondent, en effet, souvent à une entité morbide bien définie, à une spondylite lombaire et non à un vague lumbago-musculaire, le plus souvent rattaché au rhumatisme chronique.

De nos nombreuses observations cliniques et radiologiques, il résulte que cette affection atteint presque exclusivement les 3 dernières vertèbres lombaires, leurs articulations, l'articulation sacro-lombaire quelquefois, le surtout musculopériosté qui les entoure, en particulier les insertions du psoas, et retentit indirectement presque toujours sur les articulations coxo-fémorales, par l'action dystrophique exercée sur le groupe musculaire pelvi-trochantérien.

Cliniquement les symptômes observés sont les suivants :

Douleurs lombaires spontanées et fréquemment du type nocturne.

Douleurs lombaires provoquées par la pression ou la percussion sur les apophyses épineuses ou transverses des trois dernières lombaires et par les mouvements actifs ou passifs du rachis.

Douleurs sacro-iliaques assez fréquentes spontanées ou provoquées à la percussion ou à l'occasion des mouvements d'écartement ou de rapprochement des ailes iliaques, et de la chute sur les ischions.

(1) Publié dans le *Bulletin de la Société médico-chirurgicale de l'Indochine*, année 1925, n° 7, page 318.

Gêne des mouvements de flexion de la colonne vertébrale souvent complètement fixée au niveau de la charnière lombaire, au point que le malade ne peut se fléchir qu'en pliant les jambes et s'interdit tout décubitus ventral, le rachis réalisant un arc osseux dépourvu de toute élasticité, comme chez les pottiques.

Cyphose plus ou moins accusée avec parfois inclination latérale du bassin.

Tension des masses musculaires sacro-lombaires et des muscles gouttières contracturés et douloureux. Gêne de la marche en raison des attitudes de compensation nécessaires à la station debout, des douleurs osseuses rachidiennes et des douleurs irradiées à l'articulation de la hanche.

Parfois signes de coxalgie au début, tellement nets que l'erreur a été commise et rectifiée par la radiographie.

La sciatique simple ou double, chronique et rebelle, s'observe dans tous les cas.

Ces sciatiques s'accompagnant de phénomènes soit d'irritation soit d'interruption plus ou moins complète, sont funiculo-radicaux et consécutives à une inflammation osseuse de voisinage propagée aux nerfs ou à des compressions ostéopériostées des branches du plexus lombo-sacré soit dans leur trajet osticulaire soit à la sortie du trou de conjugaison par des néoformations osseuses.

Ces ostéophytes nés dans les ligaments et vraisemblablement dans les arcades tendineuses du psoas, constituant des arcs osseux plus ou moins complets pouvant unir les vertèbres, compriment les branches latérales et terminales du plexus qu'elles encadrent.

Ces compressions déterminent les troubles sensitifs, moteurs et trophiques dans tout le membre inférieur.

En outre des signes d'irritation, on observe presque toujours des signes d'interruption.

Le réflexe achilléen est aboli, les mouvements de flexion limités ou impossibles, les muscles atrophiés, la peau de la région plantaire ou fessière peut-être le siège d'ulcérations trophiques, enfin très fréquemment, les muscles pelvi-trochantériens et les fessiers en particulier sont parésés ou paralysés, quelquefois contracturés.

Ce dernier trouble, déterminé par l'irritation des branches musculaires hautes du plexus lombo-sacré, est à notre avis la cause de ces coxalgies au sens étymologique du mot, douleurs provoquées par tous les mouvements actifs ou passifs de l'articulation.

Ces irradiations douloureuses nous ont conduit à la suite d'examen radiographiques répétés à reconnaître chez nos malades une subluxation légère de la hanche en bas, déformation due certainement à l'hypotonie de toute la musculature pelvi-trochantérienne, et au relâchement consécutif de la capsule et des ligaments.

Ces lombarthries ont été observées exclusivement chez les hommes adultes après la quarantaine et sont survenues le plus souvent spontanément et insidieusement.

Nous n'avons jamais pu les rattacher à des infections autres que la syphilis.

Dans certains cas un traumatisme antérieur de la région lombaire était invoqué et dans deux cas particulièrement graves et réalisant un syndrome incomplet de la queue de cheval, cette étiologie nous a paru devoir être prise en considération, encore que l'accident datât de longtemps.

Lorsqu'un traumatisme était en cause l'évolution tardive des accidents et les réactions sérologiques démontraient bien que le trauma avait fait le lit du tréponème et cette localisation du virus syphilitique sur un os ou une articu-

l'altération traumatique accidentelle ou surmenée de par ses fonctions physiologiques nous paraît beaucoup plus fréquente qu'on ne le pense.

Les pseudo-tumeurs blanches syphilitiques s'observent assez communément en ce pays ; il nous semble que ces spondylites lombaires peuvent relever de la même étiologie. Les algies nocturnes, la localisation constante au niveau de la partie la plus mobile du rachis, la formation très fréquente d'ostéophytes, la condensation du tissu osseux vertébral, la positivité des réactions sanguines, l'effet heureux du traitement spécifique, constituent autant de preuves qu'on en peut désirer.

En résumé, ces lésions ostéo-articulaires lombo-sacro-iliaques caractérisées par des exostoses, des périostoses, des modifications de la forme et de la contexture des vertèbres lombaires, des arthrites, des ankyloses, réagissant sur les organes immédiatement en contact soit à l'intérieur du canal rachidien, soit dans les conduits vertébraux, soit à l'extérieur même, le long des faces latérales du rachis, sont à notre avis le plus souvent spécifiques, contrairement à l'opinion la plus répandue qui en fait une localisation du rhumatisme chronique. Chez aucun de nos malades nous n'avons observé en effet de manifestations concomitantes de rhumatisme chronique en ses lieux d'élection ; or, toutes les variétés d'arthropathies rhumatismales sont communes chez les Annamites et surtout du sexe faible, qui ne nous a encore procuré aucun exemple de lombarthrie.

Nous n'avons fait aucune recherche complémentaire sur les liquides céphalo-rachidiens, ni tenté d'injections épidurales de lipiodol, la netteté des réactions sanguines et des images radiographiques nous a paru suffisante.

Etude radiographique.

Les malades qui font l'objet de cette étude présentent des lésions situées en deux points différents :

- 1° Les uns ont trait à la colonne lombo-sacrée ;
- 2° Les autres intéressent les hanches.

Colonne lombo-sacrée. — Au niveau de la colonne lombo-sacrée, nous avons trouvé dans nos différentes observations et suivant le malade, presque toute la gamme des lésions vertébrales déjà signalées, c'est-à-dire becs de perroquet, vertèbres en diable légèrement décalcifiées, aplatissement et condensation des disques, ostéophytes ligamenteux, spondylite en général, ankyloses et sacralisations. Mais dans l'ensemble, les processus de condensation et de néoformation semblent prédominer, et à ce sujet, l'image radiographique de DUONG-DINH-PHU nous paraît mériter qu'on s'y arrête un instant. Nous observons chez ce malade, en effet, que au niveau de la face antérieure de la base de l'apophyse transverse droite de la L3, part un arc osseux longeant le corps vertébral. Cette néoformation abandonne la vertèbre peu avant sa circonférence inférieure pour se porter en bas vers la base de l'apophyse transverse droite de L4 où il s'implante après avoir décrit un arc de cercle. Cet arc osseux franchit à la manière d'un pont la circonférence inférieure de la L3, la circonférence supérieure de la L4 et le disque intervertébral avec lesquels il ne présente aucun point de contact.

Le disque intervertébral séparant la L3 de la L4 paraît aplati et étalé. A droite et à gauche, ses limites atteignent presque celles des circonférences des deux vertèbres qu'il sépare ; disposition qui contraste avec l'aspect des autres disques.

Au point d'implantation de l'arc osseux sur l'apophyse transverse de la L4, part une zone de raréfaction osseuse qui se dirige verticalement en haut jusqu'au bord supérieur de cette apophyse.

La bibliographie très restreinte que nous possédons de ces lésions nous a permis de trouver la description de lésions qui se présentaient sous forme de becs de perroquet se dirigeant l'un vers l'autre. Mais nous n'avons pas signalé la jonction de ces néoformations.

Dans la présente observation, il s'agit d'un arc vrai sans solution de continuité.

Ce même malade présente, en outre, ce gros intérêt que son histoire nous conduit à rechercher systématiquement chez les autres, les anomalies de l'articulation coxofémorale dont il va être question maintenant.

Cliniquement, en effet, le diagnostic de coxalgie s'imposait chez le malade, mais la radiographie ne permettait de déceler aucune altération des os.

Par contre, l'examen des épreuves mettait en évidence une anomalie que nous devons par la suite relever chez les autres malades similaires.

Anomalies des hanches. — Normalement, le malade étant en décubitus dorsal, les deux membres inférieurs parallèles et en rotation interne, l'image radiographique de la hanche se présente de la façon suivante : l'arc formé par le bord supérieur du trou obturateur se continue exactement avec le bord inférieur du col anatomique du fémur. Toute modification à l'ensemble formé par ces deux courbes traduit une anomalie.

Dans l'observation de ĐÔNG-DINH-PHU, il n'y a pas d'altération osseuse, mais il saute aux yeux que cette arcade est brisée à l'union de la tête fémorale avec le cotyle. Cette disposition offre l'aspect d'une subluxation en bas de la tête fémorale. L'examen des hanches de HOANG-NHU-TUOC dont les 4^e et 5^e lombaires projettent au dehors des saillies en becs de perroquet montre la même disposition, toujours sans altération osseuse.

Condensation des corps vertébraux chez Nguyễn-van-Duong dont le disque intervertébral séparant L5 de L4 a disparu, ostéophytes en formation allant de L4 vers L3, subluxation en bas des deux hanches.

Nous pourrions citer encore plusieurs autres exemples du même genre si nous ne craignons d'être fastidieux. Mieux vaut peut-être essayer d'expliquer les anomalies que nous avons relevées plus haut.

Chez notre premier malade, c'était un tableau clinique de coxalgie qui prédominait et l'exploration des hanches et de la colonne lombaire nous a révélé un processus anormal au niveau des L4 et L5 en temps qu'une subluxation de la hanche sans trace d'ostéite. Chez les autres malades, des troubles nerveux ont attiré l'attention vers la colonne lombo-sacrée qui présentait des lésions diverses suivant le sujet, avec coexistence de subluxation d'une ou des hanches toujours sans lésions des os.

Il semble qu'il ne s'agisse pas là d'une simple coïncidence. Les spondylites de nature diverse ont entraîné des symptômes nerveux. Parmi ceux-ci nous pensons qu'il y a eu lésion de nerfs qui innervent les muscles pelvi-trochantériens, entraînant ainsi une diminution plus ou moins accusée de la tonicité de ces muscles. Ces derniers seraient alors devenus incapables de maintenir dans leur position normale les surfaces articulaires de la hanche, d'où la subluxation en bas, constatée à la radiographie.

La documentation restreinte que nous possédons ne nous a pas permis de trouver de publication antérieure signalant la répercussion sur les hanches des lésions de la colonne lombaire.

En tous cas, il nous a paru utile d'attirer l'attention des médecins de l'Indochine sur des faits qui ne semblent pas rares dans la colonie puisque depuis à peine deux mois que notre attention a été attirée là-dessus, nous avons pu en recueillir plus de sept observations.

Conclusions.

Les lombo-sciatalgies avec symptômes pseudo-pottiques ou pseudo cexalgiques sont souvent consécutives à des lésions osteo-articulaires des 3 dernières vertèbres lombaires, spondylites et peri-spondylites déterminant des signes de compressions nerveuses du plexus sacré.

Dans ce cas, il est nécessaire de procéder systématiquement à une exploration radiologique de la colonne lombaire et des hanches.

La constatation des lésions de lombarthrie doit entraîner la recherche des stigmates spécifiques et l'étude des réactions sanguines.

Le traitement spécifique améliore fréquemment ces malades si les lésions osseuses ne sont pas irrémédiablement constituées.

En cas d'échec, la laminectomie et la libération chirurgicale des racines s'imposerait logiquement.

A PROPOS DE L'ÉTIOLOGIE DES LOMBARTHRIES

Par DARTIGUENAVE (1)

A la réunion de la Société Médico-Chirurgicale de l'Indochine de juillet 1925, nous avons communiqué, avec radiographies à l'appui, plusieurs cas de spondylites lombaires, en traitement dans le service du D^r DE RAYMOND ; presque en même temps M. ETIENNE SORREL d'une part, MM. DUGUET et GLAVELIN d'autre part, publiaient dans les « *Bulletins et Mémoires de la Société nationale de Chirurgie* » (11 juillet 1925), des observations analogues qui semblent se rattacher à la tuberculose. Leurs malades, en effet, présentaient avec des images radiographiques semblables à celles que nous avons publiées ici, des abcès froids, des ostéoarthrites du poignet et du coude, des tuberculoses pulmonaires ouvertes.

Dans les mêmes *Bulletins et Mémoires de la Société nationale de Chirurgie* du 18 juillet 1925, M. MAUCLAIRE rappelant les communications de MM. DUGUET et SERREL, puis celles de M. HEYMANN à la Société de Radiologie sur les exostoses des corps vertébraux dans des cas de mal de Pott, déclare « que ces fait sont intéressants, mais assez rares. Plus fréquentes sont les exostoses vertébrales dans les cas de rhumatisme rachidien chronique ».

C'est également l'opinion de Léri qui a étudié particulièrement ces affections.

Ajoutons qu'aucun de ces auteurs ne fait allusion aux répercussions de ces lésions sur les hanches décrites par nous au mois de juillet, ni à leur origine syphilitique que nous considérons comme la seule plausible chez nos malades.

Aujourd'hui, nous présentons deux nouvelles observations que nous croyons intéressantes à plusieurs titres, d'abord parce qu'elles prouvent en premier lieu, ainsi que nous l'annoncions, que cette affection n'est pas rare en Indochine, ensuite parce qu'on y retrouve la subluxation en bas des hanches, enfin parce que l'étiologie spécifique nous paraît confirmée par la coexistence de lésions viscérales non douteuses. En outre, alors que chez ces malades, on n'a pas pu déceler de signes de tuberculose, ni de rhumatisme, les recherches de laboratoire sont toutes en faveur d'une syphilis.

La première de ces malades Nguyễn-thi-Ton, 60 ans, atteinte de troubles gastriques graves, nous est envoyée pour examen radiologique de l'estomac. Cet organe présente de la ptose, une érosion de la paroi au niveau du bord gauche du cardia, et de la striation longitudinale de la région du cardia. Cette striation est considérée par la plupart des radiologues comme un signe de syphilis. Sur le même cliché on aperçoit nettement une néoformation osseuse réunissant L3 à L4, de forme arrondie et très accusée. La synostose est complète.

Stigmates de syphilis-Avortements nombreux-Réaction de Bauer, positive.

Aucun signe de tuberculose.

(1) Publié dans le *Bulletin de la Société médico-chirurgicale de l'Indochine*, année 1925, n° 10, page 519.

En outre, subluxation en bas des deux hanches dont pour ne pas charger le Bulletin, nous ne reproduisons par les radiographies.

Le 2^e malade TRAN-VAN-TRINH, 53 ans, envoyé également pour examen radiologique de l'estomac, en raison de troubles gastriques du type ulcéreux, présente une striation longitudinale de la région du cardia, avec image lacunaire au niveau du pylore, il présente en outre les déformations vertébrales et les becs de perroquets, entre L3 et L4, caractéristiques de la lombarthrie.

C'est un cas exactement calqué sur le précédent et nous ne reproduisons pas les images radiographiques qui lui sont exactement superposables.

Ce malade a des antécédents vénériens, des stigmates spécifiques et un Bauer positif.

Aucun signe par ailleurs de rhumatisme ni de tuberculose.

Voilà donc deux cas où des lésions gastriques considérées comme syphilitiques, voisinent sur le même cliché avec des lésions de lombarthrie que nous rapportons à la syphilis. Il y a plus qu'une coïncidence.

Il semble donc qu'à côté de l'étiologie tuberculeuse ou rhumatismale invoquée par tous les auteurs en France, il faille, ici tout au moins, faire une très large part à la syphilis dans la genèse de ces lombarthries qui, nous le répétons, sont extrêmement fréquentes en Indochine.

UN CAS DE LOMBARTHRIES

Par les Docteurs HEYMANN et RAYMOND (1)

Observations.

HA-VAN-NHAN, 18 ans, cultivateur, est entré dans notre service pour difficulté de la marche et douleur à la région postérieure du bassin.

Antécédents. — Aurait eu des crachats hémoptoïques à l'âge de 7, 8 ans. Hospitalisé à Ha-dong pour toux et fièvre il y a trois mois.

Histoire de la maladie. — L'affection actuelle date de vingt jours environ. Elle aurait débuté sans phénomènes généraux spontanément par une douleur profonde siégeant à la région sacro-iliaque gauche. De là, elle aurait gagné en peu de jours la région sacrée et le côté droit, se manifestant jour et nuit avec des paroxysmes. Dès ce moment, le malade aurait éprouvé une difficulté considérable à se courber, et une gêne notable dans la marche, qui provoquait des irradiations douloureuses le long de la face interne des cuisses..

Plus tard, la colonne lombaire devenait rigide et cette raideur ne permettait plus au malade ni de se courber en avant et en arrière, ni de se fléchir latéralement. La marche en même temps devenait de plus en plus difficile et le malade ne pouvait se mouvoir qu'en s'appuyant des mains sur les hanches.

Il lui était également difficile de s'accroupir pour aller à la selle.

Etat de son entrée : Mauvais état général, malade amaigri, anémié.

Le malade étant debout, la colonne vertébrale a une inflexion normale sauf à la région lombaire où on observe une rectitude complète des apophyses épineuses des V. L. et de la crête sacrée. La cambrure normale de la région a disparu. Les muscles des gouttières sont saillants et tendus, en réalité, manifestement contracturés.

Le malade ne peut se pencher en avant ou se baisser pour ramasser un objet, sans fléchir les jambes, la région dorso-lombaire est fixée.

Pour marcher, il appuie ses mains sur les hanches, afin d'immobiliser le tronc, et courbé en avant, fléchit les jambes pour compenser l'inflexion du buste. Marche lente et raide, pachydermique.

Le malade peut s'asseoir, mais dans cette position il ressent de temps à autre des douleurs sourdes irradiées aux régions inguinales. Quand il se lève pour se rasseoir ensuite brusquement, il ressent une douleur vive localisée aux articulations sacro-iliaques.

Dans le décubitus dorsal, nous notons l'absence de la courbure lombaire. Dans le décubitus latéral droit à gauche, la région sacro-iliaque est le siège de douleurs continues..

Lorsque le malade étant couché sur le ventre, on soulève ses 2 jambes au-dessus du plan du lit, la colonne lombaire reste raide et le tronc se soulève sans flexion apparente.

Les articulations coxo-fémorales sont libres, les mouvements semblent normaux.

(1) Publié dans le *Bulletin de la Société médico-chirurgicale de l'Indochine*, années 1922-23, page 391.

La pression convergente ou divergente sur les deux crêtes iliaques, le malade étant couché, provoque une douleur vive et profonde au niveau des deux articulations sacro-iliaques.

La pression sur les apophyses épineuses réveille une douleur vive au niveau des 3^e et 4^e lombaires.

Les mouvements de torsion et d'inflexion latérale provoquent des douleurs au niveau de la colonne lombaire et des régions sacro-iliaques.

Le toucher rectal provoque une douleur intense quand le doigt explorateur appuie sur les articulations sacro-iliaques et particulièrement à gauche.

Reflexes. — Normaux.

Pas de trépidations épileptoïde.

Pas de troubles de sensibilité.

La mensuration des membres inférieurs n'indique aucun raccourcissement, ni aucune atrophie musculaire.

Bauer. — Négatif.

Autres appareils normaux.

Etant donné les symptômes ci-dessus décrits, on pouvait penser à un début de Mal de Pott lombaire compliqué de sacro-coxalgie. L'absence des stigmates syphilitiques et l'âge du malade faisaient éliminer l'hypothèse d'une arthrite spécifique ou d'un début du spondylose rhizomylique.

Le malade fut envoyé à M. le Docteur HEYMANN pour avoir confirmation du diagnostic. Voici le résultat de son examen :

L'examen radiologique du malade, fait de face, nous montre au niveau des 3^e et 4^e vertèbres lombaires une augmentation de leur transparence. En même temps, nous notons une déformation du bord inférieur de chacune de ces deux vertèbres, bord qui nous apparaît comme une ligne concave en bas, au lieu d'être rectiligne. Cette déformation sur le bord supérieur est à peine ébauchée. Mais le principal symptôme radiologique qui attire l'attention, est la présence sur la partie gauche des 2 vertèbres précitées de proliférations osseuses sous formes d'un arc joignant le bord inférieur de la 3^e lombaire au corps de la quatrième. (Voir la photo ci-jointe).

Augmentation de la transparence des corps vertébraux, déformation des bords supérieurs et inférieurs, production de proliférations osseuses, tels sont les signes de la « Lombarthrie » affection décrite par Léri. Mais alors que dans la plupart des observations recueillies, les proliférations osseuses atteignent plus de deux vertèbres et sont bilatérales, ici seules les 3^e et 4^e lombaires sont en jeu et d'un seul côté ; de plus la soudure des 2 vertèbres est complète alors que la plupart du temps les productions ostéophytiques ne font qu'ébaucher une légère déformation, connue sous le nom de bec de perroquet.

Chez notre malade, sans pouvoir affirmer l'origine rhumatismale de l'affection, nous pouvons du moins écarter toutes présomptions d'origine tuberculeuse, puisque l'examen radiologique de profil ne montre aucune ébauche de Mal de Pott, de plus l'examen radiologique des poumons est négatif et rien au point de vue clinique ne témoigne d'une empreinte tuberculeuse.

Le diagnostic de lombarthrie probablement rhumatismale, étant posé le malade fut mis au salicylate de soude.

Actuellement, après deux mois de traitement, l'amélioration est sensible.

Les douleurs sont moins accusées, la marche aisée, la rigidité vertébrale moindre, la chute sur les ischions et la pression divergente ou convergente sur les ailes iliaques ne provoque presque plus de douleur.

F. — SYSTÈME NERVEUX

UN CAS D'OCCIPITALISATION DE L'ATLAS

Par H. COPPIN (1)

Le nommé BUI-VAN-HUNG, âgé de 45 ans, cultivateur, du village de Thanh-Luong, province de Hadong, entre salle Francis-Garnier le 22 septembre 1922 pour troubles de la marche.

On n'a rien relevé de notable dans ses antécédents héréditaires ou personnels, le diagnostic n'ayant pas été fait. Les troubles qui ont amené le malade à l'hôpital ont commencé environ 10 mois auparavant, par une tendance qu'il a présentée à entrechoquer ses deux genoux pendant la marche. Quelque temps plus tard sont apparus des fourmillements à la plante du pied gauche, qui, en l'espace d'un mois, ont gagné successivement le dos du pied, le mollet, la face antéro-externe de la jambe et jusqu'à la racine de la cuisse correspondante. Il a remarqué en même temps une légère cambrure de son dos, qu'il attribue aux efforts constants qu'il fait pour écarter les jambes l'une de l'autre en marchant.

Il est entré une première fois à ce moment à la salle Francis-Garnier, soit 7 mois environ avant son entrée actuelle. Il y est resté un mois sans amélioration ; au contraire, pendant son premier passage dans cette salle, des fourmillements sont apparus au membre inférieur droit, commençant ceux-ci à la racine du membre pour descendre vers le pied.

Il est passé ensuite dans une salle de chirurgie avec le diagnostif de mal de Pott et on lui a appliqué un corset plâtré qu'il a gardé 3 mois. A la suite de ce traitement, les fourmillements des membres inférieurs auraient disparu ainsi que la gêne de la marche, mais, dès le corset enlevé, des fourmillements occupant le tronc et les membres supérieurs seraient survenus, accompagnés de contractions involontaires des muscles de la flexion au membre supérieur.

Il rentre alors chez lui et reprend son travail, malgré les spasmes et la diminution de force qui les accompagne. Au bout d'un mois, les troubles des membres inférieurs réapparaissent sous forme de fourmillements, de picotements des mollets, avec également spasmes des fléchisseurs. Bientôt la marche ne devient possible qu'à l'aide d'un bâton. Il entre de nouveau à l'hôpital, en sort une seconde fois sans amélioration.

Nous le voyons enfin à sa dernière entrée salle Francis-Garnier ; depuis trois jours, la marche est devenue impossible du fait de contractures permanentes des deux membres inférieurs.

Quand nous l'examinons cependant, nous arrivons à lui faire faire quelques pas qui réalisent le tableau classique de la démarche spasmodique. Nous

(1) Publié dans le *Bulletin de la Société médico-chirurgicale de l'Indochine*, années 1922-23, page 68.

pouvons rechercher le signe de Romberg qui est négatif. Nous pouvons également explorer la souplesse de la colonne vertébrale : elle se présente tout entière rigide depuis la région cervicale jusqu'à la région lombaire, sans que l'examen puisse révéler ni une inégalité, ni un point douloureux. Le malade a bien l'aspect figé des pottiques au cours des différents mouvements qu'il exécute et notamment pour monter sur son lit. Nous explorons la flexion combinée de la tête et du tronc qui ne nous révèle aucune inégalité dans l'ascension des membres inférieurs.

Les membres supérieurs sont en légère flexion, les doigts étendus et écartés. Il existe une atrophie notable, surtout marquée à l'avant-bras gauche. Les mouvements spontanés sont difficiles, lents, accompagnés de tremblement menu. La recherche des mouvements provoqués dénote une contracture notable atteignant surtout les muscles fléchisseurs.

Les membres inférieurs sont en demi-flexion, très atrophiés, avec prédominance de l'atrophie du côté gauche. Les mouvements y sont également ralentis. La contracture existe partout, aussi bien pour les mouvements d'extension que de flexion, plus marquée qu'au membre supérieur.

Les réflexes tendineux sont exagérés aux quatre membres : olécrânien, radial, rotulien, achilléen, mais plus vifs à gauche. Des deux côtés, le clonus du pied est obtenu avec une grande facilité. Les réflexes cutanés sont normaux. Le signe de Babinski est positif des deux côtés, avec adjonction d'éventail du côté gauche.

Pas de troubles de la sensibilité objective à cette période. Il existe, par contre, une certaine incoordination des mouvements, plus marquée au membre supérieur, difficile à mettre en évidence en raison de la contracture. Pas de troubles sphinctériens.

L'examen général du malade ne nous offre pas grand'chose à ajouter à ce tableau clinique. L'intelligence est conservée, il n'y a pas de troubles de la parole. Rien à noter comme troubles nerveux du côté des yeux : l'œil gauche présente un leucome central et un ptérygion interne. Il n'existe pas de paralysie faciale, on relève seulement une légère hémiatrophie gauche de la langue, sans tremblement fibrillaire.

Au thorax, à la partie supérieure en arrière, trois cicatrices d'abcès anciens remontant à l'enfance, quelques signes d'infiltration du sommet droit. Cœur normal. Rien à noter au niveau de l'abdomen et des organes génitaux.

Pas de fièvre. Pas de modifications du pouls.

Examens complémentaires : réaction de Hecht Bauer positive. Pas de leucocytose rachidienne. Guy Laroche négatif. Bacille de Hansen négatif dans le mucus nasal. Examen radiologique de la colonne vertébrale : colonne vertébrale normale.

On établit un traitement spécifique, à base de cyanure intraveineux et d'iodure de potassium qui sera suivi, avec de courtes interruptions, jusqu'au décès du malade.

Je le revois à plusieurs reprises dans les mois qui suivent. En novembre, la contracture s'est encore accentuée, ainsi que la soudure de la colonne vertébrale et du cou. L'hyperreflectivité est générale. Je recherche encore avec soin l'incoordination, qui, comme l'adiadococinésie, reste discutable étant donné la difficulté qu'a le malade à mouvoir ses membres contracturés. Il est apparu du tremblement fibrillaire de la langue. Les sphincters ne sont pas touchés, pas plus que la sensibilité objective.

Fin décembre, l'état s'est encore aggravé. Le malade présente à s'y méprendre l'aspect d'un parkinsonnien, avec son cou immobile, son facies figé.

Mais sont apparus des troubles de la sensibilité des extrémités des membres, dont je n'ai pas eu le temps de noter la topographie exacte : il existait surtout à ce niveau de l'hypoesthésie au tact et à la piqure et un retard très net de la sensibilité à la piqure. Les sphincters continuent à fonctionner normalement.

La situation est inchangée quand le malade meurt subitement le 6 février 1923.

A l'autopsie, je ne relève rien de notable à l'examen des différents organes. Après ouverture de la boîte crânienne, je pratique moi-même l'ablation du cerveau dont les premiers temps s'exécutent normalement. Au moment où je veux introduire le couteau dans le canal rachidien pour sectionner la moelle au-dessous du bulbe, la pointe de l'instrument bute contre une masse dure qui remplit le trou occipital. Je sectionne le bulbe au ras de cette masse :

L'examen de la boîte crânienne à l'état frais, comme le montre une des photographies annexées, révèle alors la présence d'une tumeur d'aspect et de consistance cartilagineux qui paraît s'implanter sur la partie antérieure du trou occipital et s'être développée en arrière pour boucher cet orifice. Le trou occipital est réduit à une simple fente en croissant à concavité antérieure et le bulbe apparaît comme une mince lamelle occupant la partie postérieure et droite de cette fente. Les racines de l'hypoglosse sont visibles aux deux extrémités de cette lamelle. Le reste de la base du crâne ne me paraît rien présenter d'anormal.

Je prélève la tête entière par une section cervicale aussi basse que possible et l'envoie à l'Institut Anatomique aux fins de préparation. Malheureusement, mes recommandations au sujet de la conservation de la tumeur et du contenu du rachis ne sont pas suivies et j'ai le regret de n'avoir à ma disposition qu'une pièce intéressante, certes, à d'autres points de vue, mais incomplète. La tumeur cartilagineuse, me dit-on, s'est ramollie et a disparu pendant le travail du nettoyage, ainsi que la moelle.

La pièce sèche se présente à l'examen de la manière suivante :

Vu du côté de la face exocrânienne, l'atlas apparaît intimement soudé à l'occipital à la fois par ses masses latérales et par son arc antérieur. Une profonde rainure sépare l'arc antérieur de l'apophyse basilaire de l'occipital, tandis que chaque cavité glénoïde se continue sans ligne de démarcation extérieure avec chaque condyle occipital. L'apophyse basilaire, pas plus que l'ensemble de la surface extérieure du crâne, ne paraissent modifiés.

La face articulaire inférieure des masses latérales apparaît au contraire profondément altérée, dans sa direction et dans sa forme. Elle regarde beaucoup en dedans que normalement si l'on admet qu'une articulation atloïdo-axoïdienne normale est inclinée sur l'horizontal de 25 à 30 degrés, celle-ci présente une inclination d'environ 45 degrés. La forme des surfaces articulaires est absolument méconnaissable. L'étendue de celle de droite est augmentée d'un tiers ; celle de gauche est deux fois plus grande qu'à l'état normale, cachant complètement le trou transversaire. La profonde échancrure située entre les deux masses latérales de l'atlas et l'arc antérieur a complètement disparu et est bouchée par une masse qui se continue directement avec les surfaces articulaires et qui n'est autre que la section de l'apophyse odontoïde de l'axis, amputée à sa base. Dans l'ensemble, arc antérieur, facette inférieure, apophyse odontoïde, représentent une vaste cavité glénoïde continue d'aspect réniforme à hile postérieur, à grand axe transversal, très étalée sur ses parties latérales, surtout à gauche. Cette cavité, où vient s'insérer la face supérieure de l'axis transformée en condyle, est d'aspect très irrégulier :

le préparateur, non prévenu, ayant cru devoir la séparer de force de la surface axoïdienne à laquelle elle adhérerait, il existe une majorité de surface d'aspect rugueux, surtout dans la région odontoïdienne, mais en plusieurs points et surtout latéralement, des zones éburrées et lisses indiquent qu'il y a eu glissement ou frottement l'une sur l'autre des surfaces osseuses opposées.

Les apophyses transverses, légèrement atrophiées, au lieu d'être transversales comme normalement, offrent une direction fortement oblique en arrière et en dehors, surtout la droite : en conséquence, le tubercule latéral de l'atlas est plus éloigné qu'à l'habitude de la face profonde de la mastoïde.

L'arc postérieur a à peu près complètement disparu à l'exception d'une mince lamelle osseuse insérée sur la racine postérieure de l'apophyse transverse, qui se perd en s'effilant à un centimètre environ de cette insertion, au ras de la limite latérale du trou occipital ; la gouttière de l'artère vertébrale est conservée dans son entier. Par suite de cette disposition, le trou vertébral de l'atlas se trouve ouvert en arrière et la vue tombe directement sur les deux tiers postérieurs du trou occipital.

L'axis dans son ensemble est atrophié et paraît aplati latéralement comme si une force avait tendu à fermer l'angle dièdre à sinus inférieur formé par les deux plans passant par les apophyses articulaires supérieures : celles-ci, en effet, regardent directement la surface articulaire inférieure de l'atlas et offrent la même inclinaison sur l'horizontale. Elles présentent en même temps une augmentation de surface de section de la dent (où le tissu osseux est raréfié sur la ligne médiane) une sorte de condyle qui s'emboîte exactement dans la cavité glénoïde atloïdienne, dont elle a l'aspect mi-éburré mi-rugueux. En dehors de ce tassement latéral qui se fait également sentir sur elles, les autres parties de l'axis : corps, pédicules, lames, apophyses épineuses, apophyses transverses, apophyses articulaires inférieures, canal de l'artère vertébrale, sont peu modifiées. Le canal vertébral est plus allongé que normalement dans le sens antéro-postérieur.

Les vertèbres cervicales suivantes ne présentaient que des modifications insignifiantes. Le reste de la colonne vertébrale n'a pas été examiné.

Vu par la face endocranienne, l'occipital présente quelques modifications, en dehors de l'écaïlle et des masses latérales qui sont à peu près normales. Le trou occipital, en effet, est assez profondément modifié dans sa moitié antérieure qui semble s'être amincie, et avoir subi une forte poussée de bas en haut ; en effet, la partie tout antérieure du trou occipital est surélevée et passe par le même plan horizontal que le trou condylien antérieur ; d'autre part, la partie des masses latérales sous-jacente au tubercule de l'occipital s'est tassée et ne mesure que 2 ou 3 millimètres, au lieu de 7 ou 8 comme à la normale. C'est dans cette zone de pression, dont elle a été vraisemblablement le principal agent, que s'inscrit la dent de l'axis, méconnaissable, étalée, soudée aux bords du trou occipital. Cette partie odontoïdienne est irrégulière et rugueuse et tout porte à croire que la tumeur cartilagineuse signalée plus haut s'était produite à ses dépens et présentait sur elle sa base d'implantation.

Enfin, on peut remarquer que le corps de l'occipital, ou mieux la gouttière basilaire, présente un aspect vermoulu anormal, avec élargissement des gouttières des sinus pétreux inférieurs. D'autre part, la lame quadrilatère du sphénoïde est épaissie et sa surface postérieure boursoufflée, sans modification apparente de la cavité de la selle turcique.

Dans cette observation, représentée surtout par une description de pièce et malheureusement incomplète au point de vue clinique, deux points sont intéressants : d'abord ce qui concerne l'occipitalisation de l'atlas et en second

lieu la présence d'une tumeur intracrânienne avec la compression bulbaire qui en est résultée. Ces deux ordres de phénomènes sont à mon sens indépendants l'un de l'autre.

1° Bien que les renseignements que j'ai pu recueillir sur l'occipitalisation de l'atlas soient des plus insuffisants vu la difficulté que nous avons ici à établir une bibliographie, je crois pouvoir déterminer la pièce ci-dessus comme appartenant à la variété de cette occipitalisation dite bilatérale, qui paraît fort rare. L'occipitalisation de l'atlas fait partie, on le sait, d'une série de dystrophies ou d'hétéromorphismes vertébraux, connus autrefois des seuls anatomistes et qui ont pris ces dernières années un regain d'actualité, par la liaison qu'on a pu établir entre eux et certains syndrômes douloureux et autres qui en représentent la traduction clinique. Ainsi a-t-on pu caractériser les symptômes résultant de la réduction numérique des vertèbres cervicales (syndrome de Klippel-Feil), de la présence de côtes cervicales, de la sacralisation de la cinquième lombaire, etc. Dans les observations citées, l'occipitalisation de l'atlas se manifeste au point de vue clinique soit par des névralgies dans le domaine du grand nerf d'Arnold, soit par un torticolis : une nouvelle forme de torticolis, que n'améliorent pas les interventions portant sur le sternocleido-mastoïdien, a pu ainsi être créée, comme correspondant à une occipitalisation unilatérale de l'atlas ou à une occipitalisation bilatérale asymétrique.

Dans le cas particulier, bien que le diagnostic exact n'ait pas été fait, on n'avait à aucun moment noté de déviation de la tête ni de névralgies spéciales, phénomènes qui auraient certainement attiré l'attention sur une affection du cou, alors que la raideur semblait atteindre toute la colonne vertébrale : cette latence est d'ailleurs habituelle dans les occipitalisations bilatérales de l'atlas. L'aspect des lésions rencontrées ici paraît beaucoup moins courant si l'on en juge par la radiographie du cas de Bertolotti, signalé par lui comme exceptionnel du fait de sa bilatéralité même (reproduite dans la Presse médicale, 28 juin 1921, page 515) : l'axis en effet n'y est nullement modifié.

On pouvait se demander et c'est la première idée qui nous est venue — s'il ne s'agissait pas, dans le cas ci-dessus, d'un mal de Pott sous-occipital guéri, comme pouvait le faire penser l'étendue des lésions et l'enclavement de la dent. Le principal argument qui s'oppose à cette interprétation, c'est qu'il existe un spina-bifida atloïdien et dans de telles conditions de symétrie que la congénitalité n'est pas niable. Rien qui ressemble d'ailleurs dans cette pièce aux lésions nécrotiques de la tuberculose vertébrale. Qu'il se soit surajouté, chez cet homme âgé, des lésions de rhumatisme périodotoïdien, la chose est possible, encore que la signification de la pseudo-articulation unique atloïdo-axoïdienne, d'aspect glénoïdien, soit assez obscure, puisqu'elle suppose, pour avoir fonctionné à un moment donné, un isolément préalable de la dent. Dans ce sens, en l'absence de radiographie, l'examen anatomique de la colonne vertébrale que j'ai malheureusement omis de pratiquer aurait pu être d'un précieux appoint pour le diagnostic rétrospectif, s'il avait révélé les altérations caractéristiques de la spondylose rhizomélique. Puisque tant d'inconnues dans cette observation, aussi bien au point de vue anatomique que clinique, nous réduisent aux hypothèses, cette dernière apparaît la plus satisfaisante, puisqu'elle nous appliquerait à la fois la raideur de la colonne vertébrale entière, l'ossification des ligaments de la dent, et enfin une raréfaction osseuse capable d'aboutir à l'aplatissement latéral de l'axis et peut-être à l'atrophie de certains segments de la vertèbre occipitale.

2° L'innocuité d'une occipitalisation congénitale de l'atlas s'accorde bien avec l'état de santé satisfaisant de ce malade jusqu'à une date où apparurent les premiers symptômes de la compression sous-bulbaire intercurrente qui l'emporta. Je dis sous-bulbaire, parce qu'à la vérité aucun symptôme nettement bulbaire, à l'exception d'une atteinte tardive de la XII^e paire, ne se manifesta dans l'évolution de la maladie, la poussée de la tumeur, agent de compression, s'étant faite horizontalement. L'affection évolua comme compression haute de la moëlle se faisant dans une direction presque rigoureusement antéro-postérieure, ce qui s'accorde avec l'insertion présumée odontoïdienne de la tumeur chondromateuse ou autre constatée inopinément à l'autopsie et suppose peut-être une situation anormalement haute du bulbe. De fait, l'altération uniquement pyramidale, comme elle se présenta au début, explique les diagnostics successifs auxquels prêta ce malade difficile, sans que nous ayons eu à notre disposition les troubles névralgiques radiculaires habituels des compressions cervicales supérieures : d'abord mal de Pott, qui entraîne l'application d'un corset plâtré (et non d'une minerve) et, quand la radioscopie sembla éliminer la tuberculose vertébrale, toute la série des causes de paraplégies spasmodiques auxquelles nous pensâmes. Ce qui pourrait sembler d'autre part remarquable, c'est qu'un malade porteur d'une moëlle cervicale réduite à l'état de ruban n'ait pu présenter à la veille de sa mort, en dehors de symptômes nets et déjà anciens d'irritation pyramidale, que quelques signes incomplets d'altérations sensitives ou cérébelleuses. Ce que nous savons de l'anatomie pathologique des compressions lentes de la moëlle où « il n'y a jamais solution complète de continuité, même quand les méninges antérieures et postérieures semblent accolées » (Déjerine) nous explique que cette réduction des symptômes ne soit, dans le cas particulier, qu'un nouvel exemple de constatations analogues faites d'une manière assez courante dans cette sorte d'affections.

POLYMORPHISME ET SYMÉTRIE DES NÉVRITES

dans un cas de lèpre nerveuse.

Par H. COPPIN (1)

La nommée ДАС-ТН-ТНУОС, âgée de 23 ans, originaire du village de Son-Lo province de Son-Tay, entre le 11 juin 1921 au lazaret de Công-Vong comme suspect de lèpre.

Ses antécédents ne revèlent pas grand'chose d'intéressant : ses parents sont morts de cause inconnue. Elle a une sœur, indemne de lésions lépreuses. Elle semble avoir présenté de crises de paludisme. Mariée à 14 ans, elle n'a jamais eu de règles et n'a jamais été enceinte. Elle a vécu dans les conditions de mauvaise hygiène habituelle aux cultivateurs du Tonkin. Elle ignore s'il existe d'autres lépreux dans son village.

Elle déclare que la maladie a débuté neuf ans auparavant par des troubles de sensibilité des membres inférieurs, survenus insidieusement, sans aucun phénomène aigu : perte de sensibilité à la douleur d'abord au pied droit, puis au pied gauche. En un an, après quelques fourmillements dans les membres inférieurs, l'anesthésie gagnait les cuisses. Puis les membres supérieurs sont pris, de l'extrémité vers la racine, à peu près en même temps, le côté droit d'abord. Enfin, le tronc en dernier lieu, il y a environ deux ans : alors que la malade ne peut donner aucun renseignement sur les conditions d'apparition des zones décolorées des membres, elle dit qu'au thorax les taches se sont manifestées d'abord par de la rougeur, accompagnée de prurit, puis qu'elles se décoloraient et s'anesthésiaient du centre à la périphérie, la décoloration et l'anesthésie dépassant largement les limites de la tache primitive. Six mois environ avant son entrée, elle s'est brûlée l'index gauche avec de l'eau bouillante, sans ressentir de douleur ; à la suite de cette brûlure, en deux mois la dernière phalange du doigt est tombée.

A l'examen, on note à la face une certaine bouffissure des traits, accompagnée de zones hyperchromiques disséminées, mal limitées, non anesthésiques (d'apparition récente), plus une plaque surélevée nettement hypoesthésique dans la région préauriculaire droite. En somme, lésions peu marquées.

Le tronc et les membres sont couverts de lésions de gale pustuleuse, avec pyodermite au dos des mains et des poignets, recouvrant une série de taches à contour irrégulier, purement maculeuses, celles-là, sans infiltration dermique, donnant à l'œil l'aspect blanc rosé de la peau d'Européen et laissant dans leur intervalle la couleur brun foncé normal du tégument du paysan annamite brûlé par le soleil. Rien donc qui rappelle la limitation précise et l'hypermélanodermie limitante des plaques vitiligineuses.

La disposition de ces macules fait tout l'intérêt du cas et la photographie jointe me dispense d'en faire une longue description. On remarque, en ce qui concerne le thorax, la plus grande étendue des lésions du côté droit, marchant

(1) Publié dans le *Bulletin de la Société médico-chirurgicale de l'Indochine*, années 1922-23, page 206.

de pair avec la plus grande étendue des lésions du membre supérieur correspondant. Un certain nombre de macules, obliquement ou horizontalement allongées, se dirigent en divergeant de la ligne axillaire vers le bord latéral droit du sternum et le rebord costal droit, séparées par de petits espaces de peau saine. En haut, un large élément sous claviculaire isolé. A gauche, une plaque étendue correspond aux trois éléments supérieurs de l'hémithorax droit et recouvre toute la partie supérieure du sein. Au-dessous d'elle, trois taches isolées, répondent aux trois macules inférieures droites. Enfin, une ligne verticale de taches moins distinctes occupe la région présternale. Sur tous les espaces dépigmentés l'anesthésie est fort nette, à tous les modes, sans dissociation. La sensibilité est intacte dans leur intervalle notamment tout le long des lignes noires séparant les macules du côté droit.

L'abdomen et le pli de l'aîne sont indemnes.

On saisit également au membre supérieur le mode d'extention des taches. A gauche, côté le plus récemment atteint, la décoloration siège surtout à la face externe du membre. A droite, elle a envahi à peu près toute la surface cutanée, à l'exception de la face interne du bras et du pli du coude. (Pli du coude et creux poplité sont, d'après mes observations, les régions des membres atteintes en dernier dans la lèpre).

L'anesthésie, ici nettement dissociée, suit la disposition des placards achromiques, plus accentuée à l'avant-bras qu'au bras. Il n'y a anesthésie absolue, indépendante des manifestations cutanées, qu'à la main gauche : face dorsale dans son entier, face palmaire dans son segment externe. De ce côté, le nerf cubital est gros, tandis qu'à droite, il est normal. Je rappelle que c'est également de ce côté qu'existe une mutilation trophique de l'index.

Quand on examine la région dorsale, des constatations peuvent être faites analogues à celles de la face antérieure du thorax : il existe une série de taches pareillement hypoesthésiques, inégales d'un côté par rapport à l'autre, paraissant d'un stade différent d'un côté à l'autre. Leur disposition oblique superposable à des espaces intercostaux est manifeste. Elles s'arrêtent net au dernier espace intercostal, laissant libre toute la région lombaire médiane. Deux larges plaques recouvrent complètement les fesses, laissant en leur milieu un triangle cutané intact correspondant à la région sacrée.

Au membre inférieur, les placards achromiques, moins nettement limités, occupent surtout les cuisses, n'atteignant pas en avant le pli de l'aîne, ni la face interne des cuisses, laissant indemne en bas et en arrière le creux poplité gauche. Je rappelle pour expliquer cette dernière particularité que l'atteinte la plus ancienne en date est celle du membre inférieur droit : Cette ancienneté se manifeste par d'autres symptômes immédiatement constatables. Il existe une paralysie des extenseurs du pied de ce côté, avec steppage. Cette paralysie s'accompagne d'une anesthésie segmentaire totale, en botte, du pied et de la jambe. A la cuisse droite et au membre inférieur gauche, l'anesthésie suit les limites des macules. Il existe une hypercoloration des deux jambes et des deux pieds, avec aspect ichthyosique de la face antérieure de la jambe plus marqué également du côté le plus anciennement atteint, c'est-à-dire à droite.

Il existe, en accord avec des constatations que j'exposerai dans un travail ultérieur, des modifications des réflexes correspondant avec l'âge et l'intensité des manifestations nerveuses. Les réflexes sont plus faibles au membre supérieur gauche et au membre supérieur droit.

Je ne constate aucune atteinte viscérale.

La recherche du bacille de Hansen dans le mucus nasal est 3 fois négative ? Néanmoins, étant donné les signes indubitables de lèpre, la malade est internée

à la léproserie de Te-Truong, conformément aux règlements sanitaires, le 26 novembre 1921.

Je la revois, environ un an après, à la léproserie. L'état général, qui n'était pas brillant, s'est considérablement amélioré. Elle s'est remariée et, entre parenthèses, les règles ont fait leur apparition. La coloration rouge de la face a disparu. La paralysie du pied droit persiste sans modification.

Quand je la fais déshabiller, je suis frappé des modifications survenues aux macules cutanées. Elles sont maintenant difficilement visibles et on ne peut songer à les photographier. Les lésions galeuses sont guéries. Cependant, à jour frisant, je puis constater que les îlots blancs du thorax ont presque entièrement conflué, avec disparition à peu près complète des lignes pigmentées limitantes. Je note par contre que l'hypoesthésie n'est plus maintenant en rapport avec les zones décolorées : elle mord nettement sur les zones à tégument non modifié. Il est infiniment probable qu'à l'heure actuelle, la forme de la maladie se présente comme lèpre anesthésique pure, avec disparition des macules

Les réflexes, à cette époque, avaient tendance à s'égaliser.

*
**

Deux éléments différents peuvent être dégagés dans cette observation : des symptômes de lèpre anesthésique pure par altération des gros troncs nerveux et d'autre part un système de dyschromies cutanées en rapport avec la topographie des ramuscules superficiels.

Une telle association n'est pas rare. Ce qui l'est plus, c'est de pouvoir saisir une forme clinique de la lèpre comme celle-ci à un stade très particulier de son évolution : j'ai fait quelques recherches, sur lesquelles je reviendrai, d'après quelques centaines de cas étudiés avec soin, sur la topographie des éléments lépreux du tronc. Dans aucun je n'ai trouvé de points de corrélation aussi flagrants et aussi multiples entre les lésions cutanées et les lésions nerveuses.

Je laisse de côté les caractères de la névrite profonde du membre inférieur droit et du membre supérieur gauche dont les manifestations évolutives n'ont rien que de banal. Je signale en passant la symétrie remarquable des dyschromies des membres, également bien connue.

En ce qui concerne les éléments thoraciques et abdominaux, « dans la lèpre anesthésique, nous dit Jeanselme, Daniellsen a vu les macules disposées sur les deux moitiés du thorax, le long des nerfs intercostaux, à la manière d'un « zona double ». Le cas présent répond à cette description, mais il est ici possible d'envisager la disposition des éléments avec une plus grande précision. On remarque en effet que l'étalement des taches se fait dans la direction non du tronc, mais des filets superficiels des nerfs intercostaux, à partir de leur point d'émergence, comme si la lésion lépreuse transsudait véritablement du nerf. Ce mode de début est très net pour les deux petites taches latéro-sternales de la partie inférieure de l'hémithorax gauche qui correspondent au point d'émergence du perforant antérieur des 5^e et 6^e intercostaux gauches. Les autres rameaux perforants antérieurs, qui jalonnent les deux côtés du sternum, s'accompagnent de taches analogues, mais qui ont plus ou moins fusionné avec la tache satellite du perforant latéral correspondant. Il en résulte cet aspect zostérien réalisé à droite et ces zébrures dont la direction est calquée sur celle des filets émanés des perforants latéraux, tels que nous les montrent les traités d'anatomie (voir planches d'Hirschfeld).

J'ai pu faire des constatations analogues quant à la concordance des émergences des nerfs cutanés postérieurs et des taches de la région du dos, quoi qu'avec moins de netteté qu'en avant. Dans toute la zone intercostale, les bandes décolorées suivent la direction des filets émanés des perforants postérieurs. Dans la région lombaire, on sait que les perforants des nerfs lombaires émergent, à la différence de filets intercostaux, loin de la colonne vertébrale, le long du bord externe de la masse commune, et que les derniers d'entre eux donnent au revêtement cutané des fesses (nerfs cutanés fessiers supérieurs). Or, la région lombaire médiane est exempte d'éléments lépreux. Sur la ligne d'émergence au contraire, des taches isolées sont manifestes et les deux régions fessières dans leur entier sont achromiques à l'exception d'un triangle sacré intact, traduisant l'intégrité des filets cutanés des nerfs sacrés.

Il importe de faire remarquer également que les perforants externes et antérieurs des derniers nerfs intercostaux, donnant à la peau de l'abdomen et du pli de l'aîne, sont absolument intacts. Je ne saurais fournir pour le moment une explication de ce phénomène, qui n'aurait d'intérêt que s'il se produisait d'une manière analogue sur d'autres malades, ce que je n'ai pas encore vérifié. Peut-être faut-il faire intervenir des conditions vasculaires comme on les fait intervenir dans la pathogénie de la production elle-même de la macule anesthésique.

C'est en effet pour des cas comme celui-ci que vient la première à l'idée la conception de la lésion lépreuse uniquement nerveuse et trophique qui était celle des anciens léprologues, Leloir, Unna, Neisser, etc... ; je rappelle que d'autres auteurs, et notamment Dariier, ont pu déceler dans ce qu'on appelait des « neurolépride » la présence de bacilles de Hansen et spécialement au voisinage des vaisseaux. Ici aucun examen histologique n'a naturellement été fait, mais dans l'évolution des macules un épisode de début à caractère aigu constitue, semble-t-il, un argument clinique à l'appui de l'origine spécifique des lésions, l'élément nerveux intervenant simplement par action trophique sur la localisation des éléments.

L'évolution de la maladie vers une disparition probable des macules semble s'accorder avec la théorie de ceux pour qui la lèpre nerveuse pure n'existe que parce que la période éruptive a passée inaperçue. Looft, Dehio (cités par Jansselme) admettent en effet que « l'éruption maculeuse est constante au début, alors que les filets nerveux les plus fins sont seuls altérés. Plus tard, quand les troncs se prennent, les taches peuvent disparaître ».

Notons enfin l'amélioration spontanée de l'affection, sous la seule influence d'un relèvement de l'état général et peut-être de conditions morales nées de l'internement à la léproserie. Beaucoup de lépreux préfèrent en effet l'internement à la liberté, ce qui, entre parenthèses, peut constituer un obstacle à l'application d'un traitement en grand de la lèpre dans ce pays. La malade qui fait l'objet de cette note n'a pas été traitée, les essais d'une thérapeutique efficace applicable à tous les lépreux étant actuellement en cours dans les léproseries du Tonkin.

II

CLINIQUE CHIRURGICALE

A. — BOUCHE, COU, LANGUE, TRACHÉE

UN CAS DE FIBROME DE LA LANGUE

Par LE ROY DES BARRES (1)

La nommée NGUYEN-THI-D... 54 ans entre dans notre service le 28 octobre 1928 pour une tumeur de la langue gênant la mastication et la phonation.

Cette femme, dans les antécédents de laquelle, on ne relève aucune particularité digne d'être signalée, déclare que la tumeur est apparue il y a environ trois ans, époque à laquelle son attention fut attirée par une certaine gêne qu'elle éprouvait dans les mouvements de la langue ; elle se rendit compte alors que cette gêne provenait d'une sorte de « boule » qui se trouvait dans l'intérieur de l'organe à quelque distance de la pointe.

Depuis cette époque, cette masse a grossi peu à peu, et s'est énuclée pour former une tumeur pédiculée qui atteint aujourd'hui le volume d'un petit œuf. Il y a un an la tumeur s'ulcère sur son bord droit, et une sorte de bourgeon, saignant assez facilement, se produit ; ce bourgeon a actuellement le volume d'une petite noix.

Au fur et à mesure que la tumeur augmentait de volume, les mouvements de la langue devenaient de plus en plus difficiles, et la mastication et la phonation peu à peu presque impossibles ;

C'est à cause de cela que le malade est venue consulter pour se faire débarrasser de cette tumeur.

L'état général est assez bon, malgré un certain amaigrissement, pas de fièvre.

Les fonctions digestives se font assez bien sauf de la constipation depuis quelques mois, par suite des difficultés que la malade éprouve à s'alimenter, les seuls aliments susceptibles d'être avalés étant les potages.

La tumeur dont nous avons donné plus haut la description, peut être refoulée entièrement dans la bouche ; mais à l'état normal, la malade la laisse pendre au dehors ; par la bouche s'écoule en abondance de la salive mélangée de pus et de sang provenant de l'ulcération de la tumeur. L'haleine est extrêmement fétide ; il existe une gingivite très accusée.

La partie de la tumeur qui n'est pas ulcérée est recouverte d'une muqueuse œdématisée : cet œdème existe aussi tout autour de la tumeur sur une grande partie de la langue.

Au voisinage de la partie ulcérée, la muqueuse s'amincit, et paraît avoir été usée par la partie bourgeonnante, qui fait saillie à travers l'orifice de la muqueuse, dont les bords sont décollés et ne se continuent pas avec la portion bourgeonnante.

(1) Cette observation a été résumée dans une communication faite à la *Société des Chirugiens de Paris* dans la séance du 1^{er} mars 1929.

La pression de la tumeur est un peu douloureuse ; la douleur est plus vive au niveau de la partie ulcérée ; la pression à ce niveau provoque une légère hémorragie et s'accompagne de douleurs dans l'oreille droite.

La tumeur a une consistance ferme, un peu élastique ; ses limites sont faciles à déterminer d'avec le reste de la langue. La muqueuse qui la recouvre est molle, il en est de même de la muqueuse linguale qui environne la tumeur.

Il n'existe aucun engorgement ganglionnaire perceptible à la palpation. Le diagnostic clinique porté est celui de fibrosarcome probable.

L'intervention consiste après anesthésie locale à l'allocaïne en l'excision de la tumeur par une incision en V. à pointe postérieure ; la suture de la langue pratiquée au catgut chromé, cède partiellement les jours suivants à cause de l'infection profonde des tissus et de la septicité du milieu buccal.

La cicatrisation complète, malgré cela, est obtenue en une quinzaine de jours.

La malade quitte notre service ne présentant pas de troubles de la déglutition et simplement quelques troubles de phonation.

Notre diagnostic clinique ne fut pas confirmé par le laboratoire ; le D^r Joyeux nous fit connaître à la suite d'un examen rapide qu'il s'agissait d'un fibrome œdématisé avec ulcération superficielle. Le D^r BABLET, directeur de l'Institut Pasteur de Hanoi, a bien voulu revoir les coupes et nous a fourni la note suivante :

Examen histopathologique. La tumeur examinée présente deux zones d'aspect différent, une zone superficielle inflammatoire, une zone profonde fibromateuse.

A la périphérie, nappe de tissu nécrosé où subsistent les noyaux pycnotiques des polynucléaires ; ceux-ci se retrouvent en grand nombre dans la couche sous-jacente, accompagnés de quelques cellules multinucléées. Il ne s'agit pas de cellules géantes tuberculeuses mais de cellules réactionnelles banales. Les capillaires ectasiés sont nombreux, les plasmocytes également. La réaction conjonctive devient de plus en plus nette à mesure qu'on avance vers la profondeur : fibroblastes tuméfiés, collagène abondant. Au centre de la tumeur les fibroblastes groupés en faisceaux s'entrecroisent dans tous les sens, formant de véritables tourbillons et masquant presque complètement les éléments musculaires. Ceux-ci sont d'ailleurs en dégénérescence manifeste (perte de striation, tuméfaction trouble...) et l'étiquette de fibrome ulcéré paraît plus justifiée que celle de fibro-myome. Il est cependant possible que, mixte au début, la tumeur soit devenue presque exclusivement conjonctive par suite de troubles trophiques résultant de la pédiculisation. La présence de zones œdémateuses confirme ces troubles de la vascularisation auxquels le tissu musculaire est plus sensible que le tissu conjonctif.

NOTE SUR UN CAS DE MORT

par section de l'artère vertébrale droite portant au niveau de l'espace séparant les apophyses transverses des sixième et cinquième cervicales.

Par LE ROY DES BARRES (1)

Le 5 février au matin nous étions requis pour constater l'assassinat d'un indien nommé X..... qui victime d'une agression la veille vers 9 heures du soir avait succombé peu après avoir été blessé. Le corps portait trois blessures : une au niveau de l'épaule droite, la deuxième dans le cinquième espace intercostal droit, la dernière au niveau de la région carotidienne droite.

Les trois plaies présentaient extérieurement le même aspect et paraissaient avoir été faites avec le même instrument piquant et tranchant à lame assez plate.

La plaie de l'épaule droite était relativement superficielle et n'intéressait que le muscle sus-épineux.

La lésion du cinquième espace intercostal s'accompagnait d'une plaie perforante du poumon, qui n'avait pas intéressé de vaisseau important, et qui n'avait pas entraîné de pneumothorax par suite de la présence d'adhérences anciennes.

La plaie de la région cervicale, qui avait entraîné la mort, consistait en une section de l'artère vertébrale droite immédiatement au-dessus du trou de l'apophyse transverse de la sixième cervicale. Le trajet de l'instrument vulnérant avait été le suivant : pénétration à deux travers de doigt au-dessous de la pointe de l'apophyse mastoïde, à travers les fibres postérieures du chef sternal du sterno-mastoïdien, trajet de haut en bas, de dehors en dedans et peu d'avant en arrière vers la partie latérale de la colonne cervicale, en passant en arrière du paquet vasculo-nerveux du cou. La pointe de l'instrument vint ensuite s'enfoncer dans la partie supérieure du corps de la sixième vertèbre.

D'après les renseignements recueillis la mort ne survint qu'une vingtaine de minutes après, de sorte qu'une intervention immédiate aurait probablement pu sauver la vie du blessé.

(1) Publié dans la *Revue médicale de l'Indochine française*, 1^{re} année, n° 5, 1908
1908.

FIBROME RÉTROCAROTIDIEN DU COU

Par A. DEGORCE (1)

Les fibromes du cou et, en particulier, ceux de la région antéro-latérale du cou sont des tumeurs fort rares.

Nous en avons observé un cas chez une femme annamite de 31 ans, entrée à l'hôpital au mois de mars dernier.

La tumeur, qui était apparue environ deux ans auparavant, était située dans la profondeur de la région antéro-latérale droite du cou, occupait toute la hauteur du cou et présentait un diamètre transversal de dix à douze centimètres. La forme générale est ovalaire, à grand axe vertical. La tumeur est lisse de consistance ferme. Elle est située sous le sterno-cléidomastoïdien et mobile sur les plans voisins. On peut la déplacer assez facilement dans le sens horizontal, mais elle est peu mobile dans le sens vertical. Les téguments sont normaux. Il n'existe pas de troubles fonctionnels importants.

Le malade présente d'autre part de la pigmentation des téguments formant un piqueté brunâtre sur presque toute la surface du corps et, sur la région deltoïdienne droite, on observe un molluscum du volume d'une noisette. Il s'agit d'un cas fruste de maladie de Recklinghausen.

Sans avoir fait de diagnostic précis sur la nature de la tumeur nous l'opérons le 8 mars 1923.

La tumeur est située au-dessous et en arrière du paquet vasculo-nerveux du cou. Les deux branches de bifurcation de la carotide primitive sont étalées à sa surface. La tumeur est encapsulée. Elle est énucléée sans grande difficulté. Ce n'est qu'au niveau de la base du crâne qu'elle adhère assez fortement.

La tumeur enlevée présente le volume d'un poing d'adulte. Elle est ovalaire, lisse, de consistance ferme, de structure uniforme, de coloration gris rosé.

Les suites opératoires sont simples. La malade guérit le premier avril 1923.

L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un fibrome pur.

Ce fibrome a pu se développer soit aux dépens des aponévroses du cou, soit aux dépens du périoste de la base de crâne. L'adhérence assez forte de la tumeur à la base du crâne, adhérence qui dut être sectionnée aux ciseaux, nous ferait pencher en faveur de cette seconde supposition.

Existe-t-il une relation entre l'existence de ce fibrome et les symptômes frustes de maladie de Recklinghausen présentés par la malade ? Dans tous les cas de maladie de Recklinghausen que nous avons observés, il y avait dégénérescence fibreuse diffuse des tissus et non pas production de fibromes encapsulés. En outre, la fibrômatose débutait par les plans superficiels et ne gagnait que secondairement les plans profonds. Il semble donc que chez cette malade les deux processus aient été indépendants l'un de l'autre.

(1) Publié dans le *Bulletin de la Société médico-chirurgicale de l'Indochine*, années 1922-1923, page 76.

— 88 —

LYMPHOCYTOME DU COU A ÉVOLUTION RAPIDE

Métastases périostées multiples. Compression de la moëlle par une
métastase périostée intrarachidienne.

Par A. DEGORCE (1)

Les lymphocytomes du cou constituent une affection assez fréquente au Tonkin, chez les hommes qui ont dépassé la quarantaine. Ces tumeurs peuvent acquérir un volume considérable, mais leur évolution est généralement assez lente.

Le cas que je rapporte a été observé chez un jeune annamite de 18 ans. Il a été caractérisé par l'évolution rapide de la tumeur, par l'apparition précoce de métastases périostées, et d'une métastase hépatique, par les symptômes de compression de la moëlle épinière, causés par une métastase périostée intrarachidienne de la région dorsale.

Le malade entra à l'hôpital indigène de Hanoi, le 23 janvier 1914 pour une tumeur du cou.

Les antécédants héréditaires et personnels ne présentaient rien de particulier. Ses parents avaient succombé à des maladies inconnues. Il avait un seul frère actuellement bien portant.

La tumeur du cou s'était développée depuis environ deux mois.

Les ganglions de la partie latérale gauche du cou formaient une masse irrégulière, bosselée, empâtée, assez consistante, douloureuse à la pression, atteignant le volume d'une orange. A part la douleur, qui était anormale, les symptômes ressemblaient à ceux qui sont observés dans les adénopathies tuberculeuses et c'est le diagnostic de tuberculose ganglionnaire qui fut posé. L'état général mauvais, l'amaigrissement, la pâleur du malade semblaient plaider en faveur de ce diagnostic. Il existait en outre de la fièvre à marche irrégulière, oscillant entre 37° et 39°. Elle dura jusqu'au 9 février.

Le pouls était à 110 environ.

L'auscultation du cœur et des poumons ne révéla rien d'anormal. La percussion du sommet des poumons donnait un son beaucoup moins sonore à gauche, ce qui fit penser à des lésions du sommet gauche. L'autopsie montra plus tard qu'il s'agissait seulement de l'exagération d'un phénomène normal, et qu'il n'y avait pas de lésions pulmonaires.

Outre la tumeur ganglionnaire le sujet se plaignait depuis quelques jours, lors de son entrée à l'hôpital, d'une douleur vive siégeant le long de la colonne vertébrale, et irradiant dans les quatre membres.

(1) Publié dans le *Bulletin de la Société médico-chirurgicale de l'Indochine*, années 1922-1923, page 76.

Cette douleur augmenta progressivement pendant les jours qui suivirent. Elle devint intolérable, empêchant le sommeil et arrachant des plaintes continues au malade. Elle s'accompagnait de raideur de la colonne vertébrale. La colonne vertébrale ne présentait cependant aucune déformation.

Une hyperesthésie superficielle et profonde, bientôt extrêmement marquée, se manifesta bientôt sur tout le tronc et au niveau des quatre membres. La moindre pression faisait pousser des cris au malade.

Puis les membres se contracturèrent. L'avant-bras fléchi sur les bras ne pouvait être étendu qu'imparfaitement et au prix de vives douleurs. Les cuisses fléchies sur le bassin et les jambes en flexion sur les cuisses ne pouvaient également être mises en extension.

L'hyperesthésie rendait difficile l'examen des réflexes. Seuls les réflexes rotuliens purent être examinés. Ils étaient exagérés. Il n'existait pas de trépidation épileptoïde.

Il existait de la constipation opiniâtre, mais pas de rétention d'urine.

L'intelligence resta intacte jusqu'à la fin.

Les symptômes douloureux allaient en s'accroissant de jour en jour. Les injections de morphine procuraient à peine un léger soulagement.

A partir du 8 février la fièvre cessa.

Le 13 février, l'attention fut attirée sur trois petites tumeurs de forme hémisphérique, du volume d'une noisette siégeant au niveau du front. Quatre tumeurs semblables existaient dans la région du vertex et de l'occiput. Ces tumeurs adhéraient aux os du crâne. La peau qui les recouvrait était mobile et d'aspect normal. La consistance des tumeurs était rénitente. Certaines d'entre elles paraissaient même présenter de la fluctuation.

Le 15 février, les tumeurs avaient acquis le volume d'une noix. Elles donnaient une sensation de fluctuation si nette qu'une ponction fut pratiquée au niveau de deux d'entre elles. La ponction ne ramena qu'une ou deux gouttes de sérosité sanguinolente. On ensemença ce liquide sur gélose et sur bouillon. Ces essais de culture ne donnèrent aucun résultat. Une inoculation à un cobaye, n'a donné également jusqu'ici aucun résultat positif.

D'autres tumeurs semblables aux précédentes, apparaissaient sur d'autres points du crâne. Une petite tumeur était apparue également à la partie inférieure du sternum.

L'état du malade était de plus mauvais. Les narines étaient sèches, pulvérolentes. La langue restait normale. L'appétit était conservé. Les urines ne présentaient pas d'albumine.

Le 18 février, l'amaigrissement s'accroissait d'une manière considérable. Le poulx était petit. Il battait 104 fois par minute. La mort survint dans la soirée.

L'autopsie fut pratiquée le 19 février.

Les poumons et le cœur sont d'aspect normal.

Une tumeur du volume d'une noix, étalée à la face postérieure de l'extrémité inférieure du sternum, faisant corps avec le périoste, débordait cet os en bas. C'est elle qui était perceptible extérieurement.

Le foie d'aspect normal dans son ensemble, présente une petite tumeur jaunâtre du volume d'un haricot au niveau de la face convexe. Il pèse seulement 960 gr. La rate est normale. Le péritoine et le tube digestif sont normaux.

Les reins sont un peu congestionnés. La vessie est distendue par l'urine. Les ganglions de la région antéro-latérale gauche du cou forment une masse

compacte dans laquelle on peut cependant reconnaître quelques ganglions encore distincts.

Les autres ganglions sont normaux.

Au niveau de la surface extérieure du crâne, se sont développées dans le périoste une douzaine de tumeurs en forme de macarons. Ces tumeurs qui donnaient, sur le vivant, une fausse sensation de fluctuation sont en réalité consistantes. A la coupe elles sont homogènes, couleur d'ivoire.

Le cerveau est normal.

A l'ouverture du rachis, on constate que les arcs postérieurs des cinquième, sixième et septième vertèbres dorsales sont ramollis.

Une tumeur molle, étalée, blanc jaunâtre, haute d'environ quatre centimètres, large et épaisse d'un centimètre environ, adhère à la face antérieure de l'arc postérieur de la sixième dorsale. Cette tumeur comprime la moëlle, et a perforé la dure-mère dans une étendue d'un centimètre de diamètre environ.

L'examen histologique de fragments de tumeur prélevés au niveau de la masse ganglionnaire du cou, du crâne, du canal vertébral, du sternum et du foie, montre que toutes ces tumeurs sont formées de cellules du type lymphocyte plus ou moins modifié.

Il s'agit de lymphocytomes dont le point de départ siège vraisemblablement dans les ganglions du cou.

Au niveau de la masse ganglionnaire du cou la tumeur présente encore des vestiges de reticulum et les cellules sont des lymphocytes typiques.

Au niveau des métastases du foie et du périoste, on ne trouve aucune trace de reticulum. Les cellules sont groupées en amas limités par des travées de tissu fibreux dans lesquelles circulent des vaisseaux sanguins. Dans ces tumeurs métastatiques les cellules, tout en conservant le type général des lymphocytes, sont plus volumineuses. Les noyaux contiennent beaucoup de nucléoles hypertrophiques. Beaucoup de cellules sont en voie de dégénérescence et présentent des noyaux pycnotiques.

BLENNORRHAGIE

Pseudo-rhumatisme blennorrhagique, arthrites cricoaryténoïdiennes, — Trachéotomie — Guérison.

Par le Dr LE ROY DES BARRES (1)

La nommée Hoang-thi-N..., âgée de 16 ans, exerçant la profession de coolie, entra le 27 décembre 1906 dans notre service à l'Hôpital Indigène du Protectorat pour des douleurs vives siégeant au niveau des articulations des genoux et du poignet droit.

Dans les antécédents héréditaires de la malade on ne trouve aucune particularité à signaler.

Comme antécédents morbides personnels citons une variole bénigne à l'âge de 5 ans et n'ayant laissé que peu de cicatrices.

Hoàng-thi-N... n'est pas encore réglée, elle n'est pas mariée.

L'affection qui a amené la malade à l'hôpital remonte à un mois environ ; à cette époque elle fut prise de fièvre et de douleurs vagues dans toutes les articulations ; au bout de quelques jours ces douleurs se localisèrent aux deux genoux et au poignet droit ; ces articulations étaient gonflées, rouges, tout mouvement en était impossible. Une légère amélioration se manifesta dans la suite, mais devant la persistance des douleurs la malade se décida à entrer à l'hôpital.

A ce moment l'examen fournit les renseignements suivants :

Les articulations précédemment atteintes sont légèrement gonflées, mais il n'y a pas de rougeur, des mouvements légers sont possibles, mais dès qu'ils augmentent un peu d'amplitude ils deviennent très douloureux.

Il existe une vive irritation vulvo-vaginale, se traduisant par de la rougeur de la vulve, un écoulement vaginal purulent. Il existe un peu de douleur à la miction.

Cet écoulement daterait d'un mois environ. La malade nie tout coït ou toute tentative de coït ; l'orifice de l'hymen laisse passer facilement le pouce. L'orifice de l'urèthre laisse sourdre du pus à la pression.

Tous les autres organes sont normaux. En présence de ces accidents le diagnostic de pseudo-rhumatisme blennorrhagique est porté ; diagnostic qui fut confirmé par l'examen bactériologique du pus vaginal dans lequel furent trouvés des gonocoques.

Le traitement suivant est alors institué ; lavages et injections au permanganate de potasse à 1/4.000, 6 capsules de santal ; salicylate de soude 2 grammes.

Dans la nuit du 30 au 31 décembre, la malade est prise assez brusquement d'une douleur au niveau du larynx, s'accompagnant d'une légère dyspnée, et d'une gêne dans la déglutination de la salive.

(1) Publié dans le *Bulletin médical de l'Indochine française*, 2^e année, 1907, n^o 9.

A la visite du matin la douleur s'est accentuée, la salive s'écoule de la bouche, la dyspnée est considérable, il existe du tirage sus et sous-sternal, on note de la dysphonie. La température qui était normale les jours précédents s'est élevée à 38°5. L'examen de la gorge ne révèle aucune particularité, il n'existe pas de rougeur, pas d'exsudat, ni sur les amygdales, ni sur les piliers, ni sur la paroi postérieure du pharynx ; malgré cela un prélèvement de mucosités est fait.

Dans ces conditions le diagnostic est hésitant entre une laryngite aiguë infectieuse, un œdème de la glotte albuminurique, une arthrite crico-aryténoïdienne.

Un examen de l'urine permet d'éliminer séance tenante l'hypothèse d'un œdème de la glotte d'origine albuminurique.

En présence des accidents menaçant à bref délai l'existence, l'examen laryngoscopique est différé et une trachéotomie immédiatement pratiquée.

Le soir, la malade se trouvant bien, son larynx est examiné, et l'on constate que la muqueuse recouvrant les aryténoïdes est considérablement gonflée, ainsi que la région interaryténoïdienne, mais les bandes ventriculaires sont normales sauf à leur partie postérieure où existe un léger œdème. La région sous-glottique est indemne. Notre conviction est qu'il s'agit d'une arthrite cricoaryténoïdienne blennorrhagique.

Le 1^{er} janvier. — La température qui, la veille au soir, était tombée à 38° est le matin à 38°2 et le soir à 38°5 ; l'état général est bon, mais la malade a encore de la dysphagie.

Le 2 janvier. — Temp. : 39° le matin, 39°5, le soir, il existe de la dyspnée, une légère matité au niveau de la base du poumon droit ; des mucosités abondantes sont expulsées par la canule.

Traitement : ventouses sèches ; bichlorhydrate de quinine 0 gr. 25 quatre fois par jour ; potion calmante. Suppression du salicylate de soude.

Le 3 janvier. — Etat stationnaire.

Le 4 janvier. — Légère amélioration. Température : matin 38°4, le soir 38°9. La malade expectore des crachats muco-purulents abondants.

Le 5 janvier. — L'amélioration continue. Température matin 38°, le soir 38°3.

Le 6 janvier. — La dyspnée a disparu ; il existe à peine une légère submatité à la base droite.

Température : le matin 37°2. En présence de cette amélioration la canule est enlevée.

Le soir, la température est de 37°3.

Le 7 et le 8 janvier. — L'amélioration continue ; les douleurs articulaires ont disparu.

Le 9 janvier. — Au soir, légère élévation de température (38°) ; la toux qui avait beaucoup diminué a augmenté, la malade se plaint d'un léger point de côté à droite.

Le 10 janvier. — La température le matin atteint 40°, il existe manifestement une nouvelle poussée de broncho-pneumonie à droite.

Cette broncho-pneumonie évolue assez rapidement vers la guérison et la malade sort complètement rétablie le 20 janvier.

Entre temps l'examen bactériologique des mucosités prélevées n'avait démontré que la présence de saprophytes banaux.

Cette observation nous a paru intéressante à rapporter à plus d'un titre. Tout d'abord la rareté de cette complication de la blennorrhagie qui a été signalée surtout par Liebermann et Birket, ensuite la gravité que présenta cette arthrite crico-aryténoïdienne qui nécessita la trachéotomie ; en effet, d'après les auteurs, cette complication laryngée de la blennorrhagie disparaît au bout de quelques jours sans occasionner d'accidents graves. Or dans le cas dont nous venons de rapporter l'observation, la trachéotomie fut pratiquée au moment où l'asphyxie allait entraîner la mort.

Notre malade a présenté des complications broncho-pulmonaires imputables à la trachéotomie ; elles auraient pu être évitées si au lieu de cette opération nous avions eu recours au tubage du larynx. Si nous n'avons pas pratiqué d'intubation c'est tout d'abord le manque de tubes, mais aurions-nous eu cette instrumentation nous aurions peut-être hésité à nous en servir à cause de l'absence d'aides expérimentés pour surveiller notre malade.

Nous avons porté le diagnostic d'arthrite crico-aryténoïdienne en nous basant sur : la coexistence d'un écoulement blennorrhagique compliqué de manifestations articulaires ; sur l'aspect du larynx examiné au laryngoscope ; sur l'absence de toute inflammation de l'arrière-bouche.

Seule une laryngite aiguë œdémateuse aurait pu donner les symptômes cliniques observés, or dans le cas que nous avons observé, la brusquerie du début, l'absence d'inflammation au niveau des cordes vocales sauf à leur partie postérieure, l'absence d'inflammation de l'arrière-bouche, nous ont fait éliminer cette affection.

B. — THORAX — SEIN

VOLUMINEUX FIBRO-LIPOME PÉDICULÉ de la peau du thorax.

Par le D^r LE ROY DES BARRES (1)

Le malade dont nous reproduisons les photographies entraît dans notre service le 15 avril 1906 ; âgé de 42 ans, il était porteur d'une volumineuse tumeur pédiculée siégeant sur la partie latérale droite du thorax. Le pédicule qui reliait cette tumeur au thorax était aplati, à direction parallèle au plan sagittal, large de cinq travers de doigt et épais de deux. La tumeur de consistance dure, lobulée par places, présentait à sa surface quelques dilatations veineuses ; à sa surface du pédicule on notait de nombreuses veines dont quelques-unes grosses comme le petit doigt. La partie inférieure et interne de la tumeur était ulcérée ; cette ulcération datait d'un mois environ, et présentait tous les caractères d'une ulcération banale non spécifique.

Aux dires du malade cette tumeur remontait à une vingtaine d'années ; elle aurait débuté par une légère saillie située sous la peau du thorax, sur la ligne axillaire droite, à un travers de main environ du sommet de l'aisselle ; cette saillie aurait augmenté peu à peu, et la tumeur se serait pédiculisée vers l'âge de 27 ans ; depuis son apparition elle n'a pas cessé de s'accroître, et actuellement elle a atteint le volume et l'aspect d'un fort jambon, et gêne le malade qui est cultivateur, dans ses travaux.

La tumeur fut enlevée le 18 et sept jours plus tard le malade quittait l'hôpital complètement guéri.

Le polype ainsi enlevé pesait 13 livres ; sa structure était celle d'un lipome fibreux, avec par place un système vasculaire veineux très développé. Le pédicule renfermait deux artères grosses comme une radiale ; on y rencontrait de plus six veines grosses comme le petit doigt.

(1) Publié dans le *Bulletin médical de l'Indochine française*, 2^e année, 1907, n° 11.

EPITHÉLIOMA CUTANÉ DÉVELOPPÉ SUR UNE PLAÏE provenant de l'incision d'une mammite chronique.

Par DEGORCE (1)

(Examen histologique par M. BABLET).

Je vous présente une femme âgée de 36 ans entrée une première fois à l'Hôpital Indigène le 4 mars 1926 pour mammite chronique. Le 8 mars, une opération avait été pratiquée. Une grande partie de la glande mammaire droite atteinte de mammite fut extirpée. La glande enlevée formait une masse indurée qui, par la pression, laisse suinter du pus par de nombreux orifices.

La malade quitta l'Hôpital sans attendre que sa plaie soit cicatrisée.

Chez elle, elle appliqua sur cette plaie des cataplasmes de feuilles.

Elle revint à l'hôpital le 15 juin dernier présentant un niveau de l'ancienne incision une plaie bourgeonnante, infiltrée, d'aspect cancéreux, entourée d'un réseau vasculaire cutané noirâtre qui monte jusqu'à la clavicule et s'étend vers la partie latérale gauche du thorax.

Des ganglions indurés s'observent dans l'aisselle.

L'examen histologique pratiqué par M. BABLET montra sur les pièces enlevées en mars 1926 des lésions inflammatoires et sur une pièce enlevée au niveau de la plaie actuelle un épithélioma cutané spino-cellulaire.

Nous nous trouvons donc en présence d'un épithélioma développé au niveau d'une plaie infectée. Bien que des faits semblables soient bien connus, il est intéressant d'assister à cette évolution d'une lésion enflammée vers l'épithélioma.

Voici la note qui m'a été remise par M. BABLET sur l'examen des pièces provenant de cette malade.

Tumeur du sein.

Examen histopathologique. — La pièce recueillie après la première opération montre des lésions inflammatoires très nettes, infiltration considérable de leucocytes poly et mononucléés dans les espaces interglandulaires et parfois dans la cavité des glandes et des canaux galactophores. Hyperplasie de nombreux acinus ne paraissant pas dépasser le stade adénomateux. Stroma conjonctif très abondant.

La biopsie de la tumeur actuelle relève une structure toute différente. Les cellules profondes de l'épiderme s'enfoncent dans les tissus sous-jacents en larges travées et dissocient les éléments glandulaires. Dans ces boyaux néoplasiques, on remarque de nombreuses mitoses, des cellules monstrueuses; les filaments d'union sont visibles en de nombreux points on note également quelques ébauches de globes cornés; une infiltration abondante de polynucléaires se glisse dans les interstices cellulaires et dans le stroma conjonctif assez riche en fibres collagènes. Le diagnostic d'épithélioma spino-cellulaire n'est pas douteux. L'infection primitive des canaux galactophores et de la glande mammaire a certainement favorisé dans une large mesure la cancérisation de la peau survenue quelques mois plus tard.

(1) Publié dans le *Bulletin de la Société médico-chirurgicale de l'Indochine*, année 1926, page 288.

C. — ESTOMAC, INTESTIN, MÉSENTÈRE

KYSTE SÉREUX DE L'ARRIÈRE-CAVITÉ DES ÉPIPLOONS Extirpation partielle de sa paroi. Guérison.

Par A. DEGORCE (1)

La nommée Hoàng-thi-Luu, âgée de 32 ans, originaire de la province de Ha-nam, entre à l'Hôpital indigène de Hanoi le 13 juillet 1910, pour une tumeur abdominale.

Les antécédents héréditaires ne présentent rien de particulier.

La malade a eu la variole dans l'enfance. Réglée à 19 ans, mariée à 22 ans, elle a fait un accouchement, il y a quatre mois. L'enfant est mort de diarrhée trois mois après la naissance. Elle n'a jamais été sérieusement malade. Peut-être a-t-elle à diverses reprises des accès palustres. On ne note pas de traumatisme dans les antécédents.

Ce n'est qu'après l'accouchement que la malade s'est aperçue que son ventre était plus gros qu'il n'aurait dû l'être. Pendant ces quatre derniers mois, le ventre a progressivement grossi. Les symptômes fonctionnels étaient : une sensation de pesanté dans le ventre, quelques coliques, des douleurs sourdes dans l'hypochondre droit et un peu de gêne de la respiration.

L'état général est assez satisfaisant. Mais la malade a peu d'appétit et est un peu maigre.

L'examen montre une tumeur arrondie, régulière, faisant saillie dans les régions épigastrique et ombilicale. Elle est surtout apparente dans la station debout.

L'ombilic est déplié. La région sous-ombilicale présente des vergetures. Des veines bleuâtres, un peu dilatées, s'observent sur les parties latérales de l'abdomen.

La circonférence du ventre, en son point le plus saillant, mesure 0 m. 89 centimètres. Il faut noter que la malade est petite et de constitution plutôt grêle.

A la palpation, on constate que la tumeur est bien délimitée en bas, tandis qu'en haut, elle s'enfonce sous le rebord du thorax sans qu'on puisse définir ses limites. En bas, elle descend à trois travers de doigts au-dessous de l'ombilic. Du côté droit, elle ne dépasse pas une ligne verticale qui passerait par le mamelon. Du côté gauche, elle s'étend plus en dehors, et occupe le flanc gauche, sans d'ailleurs y faire saillie.

La tumeur est fluctuante, mais donne la sensation d'une poche très tendue. Dans la région ombilicale la palpation produit parfois des bruits de gargouillements. La palpation est indolore, sauf à la partie inférieure de la tumeur.

On ne peut imprimer de déplacements étendus à la tumeur, mais seulement de droite à gauche ou de gauche à droite.

(1) Publié dans le *Bulletin de la Société médico-chirurgicale de l'Indochine*, année 1911, page 69.

La percussion dénote de la matité dans les parties centrales et latérales. En haut, il existe une petite zone très peu sonore entre le foie et la tumeur. En bas, il existe une autre zone également très peu sonore sur la région ombilicale. Le flanc droit est sonore. Le flanc gauche est mat sauf à sa partie inférieure.

Le toucher vaginal montre que le petit bassin est libre. L'utérus et les annexes ne présentent rien d'anormal.

La formule leucocytaire établie par M. SEGUIN est la suivante :

Mononucléaires (grands et moyens)	27 %
Lymphocytes	7 %
Polynucléaires	63 %
Eosinophiles	3 %

L'absence d'éosinophilie élimine l'idée d'un kyste hydatique.

Opération le 24 juillet 1910. — Chloroforme. Désinfection à la teinture d'iode.

Incision médiane sus et sous-ombilicale.

Après ouverture du ventre, je trouve deux organes aplatis, étalés, tendus au devant de la tumeur et faisant corps avec sa paroi, L'un situé en haut est l'estomac, l'autre situé en bas est le colon transverse. La tumeur est, en outre, recouverte d'épiploon adhérent.

Après section des adhérences épiploïques, j'explore la tumeur. Elle forme une masse kystique, arrondie, régulière, adhérente à la paroi postérieure de l'abdomen par un large pédicule.

On passe aisément la main en haut entre le foie et la tumeur, en bas entre la tumeur et la racine du mésentère, à gauche entre la tumeur et la rate en haut, puis plus bas entre la tumeur et la paroi abdominale, à droite entre la tumeur et la paroi abdominale.

On sent les deux reins situés à leur place, nettement en dehors de la tumeur dont le pédicule est médian.

Le jejuno-iléon tout entier est tassé dans la partie inférieure de l'abdomen vide et très réduit de volume.

Après protection du champ opératoire, une ponction est pratiquée à la face antérieure du kyste, entre l'estomac et le colon. Cette ponction donne issue à quatre litres de liquide citrin.

Au niveau de la racine du mésentère, on observe un petit nodule, gros comme une noisette qui paraît être un ganglion.

La paroi du kyste a une épaisseur variable suivant les points. Elle a au niveau de sa paroi antérieure une épaisseur de cinq à dix millimètres.

Elle est lisse, gris bleuâtre à l'extérieur, d'aspect lavé à l'intérieur. J'agrandis l'orifice de la ponction et j'introduis la main dans le kyste pour explorer sa cavité et reconnaître ses connexions. La cavité est lisse, à parois souples. Ma main remonte en haut jusqu'au niveau de la face inférieure du foie, derrière la face postérieure de l'estomac et l'épiploon gastro-hépatique ; latéralement elle va jusqu'à la limite gauche de la grosse tubérosité de l'estomac, et à droite jusqu'au duodénum. En bas, sa paroi se confond avec le mésocolon transverse. Le kyste occupe, en somme, toute l'arrière-cavité des épiploons. Le pancréas ne présente rien d'anormal à la palpation.

Je me propose d'essayer d'enlever, au moins partiellement, le feuillet interne de la paroi kyste. Dans ce but, je décolle sa paroi au niveau de l'incision. Je trouve facilement un plan de clivage et le décollement se fait tout d'abord très facilement. Je le poursuis d'abord du côté de l'estomac. Mais

je dois y renoncer car le feuillet interne de la paroi du kyste adhère intimement à la face postérieure de l'estomac. Je détermine une petite déchirure d'un centimètre que je referme aussitôt en deux plans à la soie.

J'essaie alors de poursuivre le décollement du côté du colon transverse. Je sépare aisément la paroi kystique du colon et d'une partie du mésocolon, la fusion devient intime. La portion de mésocolon déjà séparée du kyste et amincie, de couleur terne, éraillée par places et même déchirée en un point. La nutrition m'en paraît compromise, et pour éviter le sphacèle de l'intestin, je résèque le colon transverse sur une étendue de vingt-cinq centimètres. Je suture ensuite les deux segments bout à bout à la soie fine et je place quelques points de catgut pour réunir la mésocolon de la portion d'intestin conservée.

Je résèque la portion de la paroi du kyste que j'ai pu décoller et je laisse la cavité kystique largement ouverte. Comme cette cavité suinte un peu dans les régions décollées, j'y place une mèche et un drain.

Suture de la paroi en trois plans.

Il y eut un fort suintement de sérosité par le drain pendant les jours qui suivirent l'opération. Cette sérosité se transforma en liquide purulent au bout de quelques jours. Je fus obligé de laisser le drain pendant une quinzaine de jours et après son ablation, il resta une petite fistule qui se ferma à la suite de l'élimination d'un catgut, un mois et demi après l'opération.

Malgré cette complication, la malade se rétablit parfaitement. Elle ne présenta aucun trouble fonctionnel.

Revue le 11 décembre 1910, elle était en bon état de santé. La cicatrice était solide. La palpation de l'abdomen ne dénotait rien d'anormal.

J'ai rapporté cette observation à cause de la rareté des kystes de cette région.

La dénomination de kyste de l'arrière-cavité des épiploons est évidemment très critiquable. Il est possible, que le kyste se soit développé aux dépens d'un organe en rapport avec l'arrière-cavité des épiploons, ait refoulé le péritoine qui tapisse cette poche, puis ait déterminé la fusion des feuillets péritonéaux qui limitent la cavité. On pourrait songer par exemple à un kyste volumineux du pancréas.

Mais, d'une part, j'ai examiné avec soin tous les organes abdominaux de la région, le pancréas en particulier, et n'y ait rien trouvé d'anormal, d'autre part, il n'est guère admissible qu'un kyste d'un organe voisin se soit moulé exactement sur les parois d'une poche aussi vaste et aussi anfractueuse que l'arrière-cavité des épiploons.

Il s'agit donc plutôt d'un pseudo-kyste, d'une ascite localisée de l'arrière-cavité des épiploons due peut-être à des lésions tuberculeuses inappréciables macroscopiquement.

Les pseudo-kystes de l'arrière-cavité des épiploons ont été étudiés par AUVRAY au dernier congrès de chirurgie (Paris, octobre 1910). Cet auteur en réunit 39 observations suivies d'intervention et apporte un cas personnel consécutif à un traumatisme.

VILLAR, dans la même séance, rapporte un cas semblable observé chez un jeune homme qui avait subi un traumatisme de l'abdomen.

La pathogénie de ces pseudo-kystes reste assez obscure.

Leur traitement de choix est la marsupialisation. Chez ma malade, j'ai tenté l'ablation de la poche parce qu'elle m'avait paru d'abord réalisable. Mais cette paroi, épaisse et facile à dédoubler en avant, donnant l'impression d'un vrai kyste, était constituée dans le reste de l'étendue de la poche par le péritoine. Il eut été préférable de faire simplement la marsupialisation.

KYSTE DU MÉSENTÈRE.

Ablation ; déchirure et suture de la veine cave inférieure ; guérison.

Par le D^r LE ROY DES BARRES (1)

Le nommé Nguyễn-van-Tu, âgé de 50 ans, domicilié à Hung-yên, entrant le 27 juin 1906 à l'Hôpital du Protectorat, dans notre service.

Ce malade exerce la profession de cultivateur, et ce n'est que depuis trois mois seulement par suite de l'affection pour laquelle il entre à l'Hôpital qu'il a dû cesser tout travail.

Rien de particulier dans ses antécédents héréditaires. Le malade est un paludéen chronique et a eu la variole en bas âge. Il n'a jamais subi de traumatisme de l'abdomen.

Il y a trois ans, Nguyễn-van-Tu s'aperçut de l'existence au niveau du flanc droit d'une tumeur profonde du volume d'un gros œuf, indolente à la pression et jouissant d'une certaine mobilité. Cette tumeur depuis cette époque n'a cessé d'augmenter de volume, mais elle n'a dépassé la ligne médiane que depuis quelques mois, lorsque son volume était déjà considérable.

Malgré l'accroissement de cette tumeur l'état général est toujours resté bon ; si ce n'était la gêne occasionnée par son volume, Nguyễn-van-Tu aurait continué son travail.

L'examen du malade fournit les renseignements suivants :

Le ventre volumineux a la forme d'un ovoïde, il a le développement du ventre d'une femme arrivée au 9^e mois de sa grossesse. Son volume est d'autant plus frappant que le reste du corps est assez fortement amaigri.

En examinant plus attentivement l'abdomen, on constate que la tumeur atteint son maximum de circonférence au niveau de l'ombilic ; ce dernier est déplié, mais n'est pas le siège d'une hernie. La paroi abdominale présente une circulation collatérale très accusée.

La tumeur siège surtout à droite de la ligne médiane.

La palpation permet de constater l'existence d'une tumeur rénitente située surtout à droite, mais dépassant la ligne médiane d'un travers de main. Cette tumeur remonte jusqu'au rebord de la cage thoracique et n'atteint pas le pubis en bas, dont elle est séparée par une distance de quatre à cinq travers de doigt, lorsque le malade est couché sur le dos.

La tumeur est parfaitement sentie dans la région lombaire droite, et des mouvements imprimés à la paroi abdominale postérieure en cette région se répercutent à la main qui explore la face antérieure de la tumeur.

Celle-ci est mobile, en ce sens qu'elle suit les déplacements du corps ; s'inclinant à gauche dans le décubitus latéral gauche, descendant un peu dans la station debout ; mais malgré tout la tumeur conserve une situation prédominante à droite.

(1) Publié dans le *Bulletin médical de l'Indochine française*, 1^{re} année, 1906, page 109.

La percussion permet de constater l'existence d'une zone sonore entre la matité hépatique ; une zone sonore sépare également la tumeur du pubis.

La percussion légère de la paroi abdominale au niveau de la tumeur n'a jamais permis de percevoir de la sonorité ; sur toute son étendue la tumeur est mate.

L'examen de tous les organes ne révèle aucune particularité sauf une constipation assez accentuée (une selle tous les trois jours en moyenne).

Jamais le malade n'a présenté de phénomènes douloureux, jamais, sauf la constipation, il n'a présenté de troubles digestifs.

En présence de ces symptômes, le diagnostic était hésitant entre une hydronéphrose, une tumeur kystique du rein ou pararénale et un kyste du mésentère ; cette hésitation était d'autant plus permise que la tumeur avait un siège lombo-abdominal et qu'il n'existait pas de sonorité à la percussion légère, sonorité qui serait due à des anses intestinales mobiles se déplaçant facilement.

En tout cas, la laparotomie s'imposait ; elle fut pratiquée le 3 juillet avec l'assistance du docteur LAFABRIE.

L'anesthésie faite au chloroforme après trois injections de scopolamine-morphine ne donna lieu à aucun accident. La paroi abdominale ouverte, on constate l'existence d'un kyste inclus dans l'épaisseur du mésentère. Une ponction évacuatrice permet de vider partiellement le kyste, afin d'en faciliter l'ablation. La décortication de la tumeur se fait assez facilement en avant et sur les côtés, mais en arrière, la paroi kystique très adhérente se trouve rompue à un moment donné, une pince à kyste ferme l'ouverture. En achevant la décortication lors d'un mouvement de bascule de la tumeur, un flot de sang noir inonde le champ opératoire. Une compresse est immédiatement appliquée sur la source de l'hémorragie qui s'arrête ainsi par compression forte, et l'extirpation de la poche est rapidement terminée. Il est alors facile de constater que la veine cave inférieure est le siège d'une déchirure longitudinale longue de un travers de doigt et demi environ, et située à un travers de doigt au-dessous de l'embouchure des veines rénales.

La veine étant pincée entre les doigts, trois pinces hémostatiques sont placées côte à côte sur la déchirure et arrêtent l'hémorragie. Un catgut n° 1 est alors placé autour des trois pinces et permet de pratiquer une suture latérale. Cette suture est renforcée par un surjet au catgut 00 prenant le tissu cellulaire avoisinant et la tunique externe de la veine.

L'opération est terminée par une péritonisation des surfaces cruentées. Deux drains sont placés : l'un dans la poche résultant de l'ablation du kyste après suture du péritoine, l'autre dans le cul-de-sac vésico-rectal. Les suites opératoires furent des plus simples, le pansement fut changé le quatrième jour, et le drain de la poche supprimé ; le drain du cul-de-sac vésico-rectal fut remplacé par un drain moins volumineux qui fut supprimé deux jours après, en même temps que l'ablation des sutures cutanées était pratiquée.

Le 13 juillet, la plaie était entièrement cicatrisée, et le malade quittait l'hôpital complètement guéri le 25 juillet.

Examen macroscopique de la pièce. — La poche unique a une capacité de 10 litres et demi, sa paroi a une épaisseur de trois millimètres en moyenne. La face externe est sillonnée de gros vaisseaux. La face interne est assez irrégulière, et présente par place des tractus vasculaires plus ou moins flottants dans la cavité kystique ; mais qui ne délimitent pas de compartiments.

Le liquide contenu dans la poche était brunâtre, visqueux, coagule spontanément au contact de l'air.

Examen histologique. — La paroi kystique peut être divisée en trois couches. Une couche interne endothéliale formée par des cellules à bords finement dentelées ; une couche moyenne formée d'un tissu conjonctif fibreux à fibrilles très serrées, renfermant par place des cellules conjonctives qui deviennent plus abondantes vers la périphérie ; quelques capillaires rampent dans cette couche. Quant à la couche externe dont la transition avec la couche moyenne se fait d'une manière insensible, elle est constituée également par du tissu conjonctif fibreux, mais les fibrilles sont moins serrées, les cellules conjonctives plus abondantes disposées en traînées ; les vaisseaux artériels et veineux y sont assez nombreux. Notons de plus dans cette couche, la présence de fibres musculaires lisses, dont l'abondance varie avec les coupes examinées.

Le liquide renfermé dans la poche contient une grande quantité d'hématies plus ou moins dégénérées, des leucocytes polynucléaires, des leucocytes éosinophiles, des cellules endothéliales en grand nombre, des cristaux de cholestérine, des gouttelettes graisseuses.

Quelle est l'origine du kyste dans ce cas particulier ? Nous pouvons éliminer d'emblée l'idée de kyste hydatique, de kyste hémorragique d'origine traumatique, d'hématome du mésentère, de kyste pancréatique.

S'agit-il d'un kyste développé aux dépens de rudiments embryonnaires (corps de Wolf par exemple, ou d'un kyste d'origine lymphatique (ganglionnaire ou vasculaire). Les kystes d'origine lymphatique vasculaire seraient à contenu chyleux, mais à la longue ce contenu pourrait se transformer et devenir séreux, les kystes ganglionnaires seraient plutôt séreux. Dans le cas qui nous intéresse, le contenu n'avait nullement l'aspect chyleux.

Les kystes ganglionnaires auraient une constitution histologique spéciale ; tissu réticulé et follicules clos dans leur paroi. Dans les coupes de la pièce que nous avons examinée nous n'avons rien trouvé de semblable. Reste l'hypothèse d'une tumeur d'origine embryonnaire ; en faveur de cette dernière nous avons les signes cliniques suivants : développement lombo-dorsal, siège dans la partie droite de l'abdomen, adhérences à la veine cave inférieure.

C'est donc à cette dernière variété de kyste que nous serions disposé à rattacher la tumeur que nous avons opérée, en indiquant bien que ce n'est là qu'une hypothèse reposant sur les signes dont la valeur est loin d'être constante.

En ce qui concerne la suture latérale faite à la veine cave inférieure, nous avons estimé que puisqu'elle était impossible nous devons la préférer à une ligature totale. Cette ligature totale portant au-dessous du pédicule rénal n'aurait probablement pas entraîné de complications, ainsi que le prouvent les résultats expérimentaux et les faits cliniques.

PERFORATION DYSENTÉRIQUE DU COLON ilio-pelvien avec issue d'un long fourreau du muqueuse intestinale sphacélée dans la cavité péritonéale.

Par A. DEGORCE (1)

Je vous présente un lambeau annulaire de muqueuse intestinale sphacélée long de trente-cinq centimètres que j'ai trouvé dans le cul-de-sac de Douglas d'un opéré au cours d'une laparatomie pour perforation intestinale. D'autres débris de muqueuse intestinale plus altérés et moins longs se trouvaient à côté du lambeau que je vous apporte et un autre manchon muqueux de coloration jaunâtre faisait issue à travers la perforation au moment de l'opération.

Les symptômes de péritonite chez ce malade soigné d'abord dans le service de médecine du Docteur POLIDORI pour dysenterie aiguë, avaient d'abord été assez obscurs et le diagnostic avait été un peu hésitant au début. Cette difficulté et le refus du malade de se laisser opérer avaient fait différer l'intervention qui a été suivie de mort dans la journée même où elle a été pratiquée.

Peut-être, peut-on attribuer le manque de netteté des signes de péritonite au début, au fait que ce volumineux lambeau de muqueuse a bouché pendant un certain temps la perforation.

D'ailleurs, la cavité péritonéale ne contenait aucune matière provenant de l'intestin, en dehors de ces lambeaux muqueux.

OBSERVATION

Le nommé Dun, batelier, âgé de 38 ans, était atteint de dysenterie aiguë depuis quinze jours : quand il entra à l'hôpital, le 16 novembre 1927, il fut soigné pour dysenterie dans le service de M. POLIDORI. Des examens de laboratoire révélèrent la présence d'œufs d'ascaris dans les selles, mais aucun autre parasite. Une hémoculture fut négative. Le sérodiagnostic typhique et paratyphique fut également négatif.

Le 18 novembre, M. le Dr Polidori, pensant que le malade présentait de la péritonite, le fit passer dans mon service.

Le ventre était ballonné, très douloureux à la pression, mais assez souple, sans contracture nette. La percussion dénotait du tympanisme. La matité hépatique était conservée. Le pouls était bien frappé, mais rapide, 152 par minute. Température 38°2. Le malade était très maigre. La langue était sèche, recouverte d'un enduit roussâtre. Les selles étaient nombreuses, liquides, jaunâtres. Pas de vomissements.

Ce malade paraissant en bien mauvais état, j'étais peu tenté d'intervenir. D'ailleurs, le diagnostic de péritonite ne me paraissait pas pouvoir être posé avec certitude. On le mit à la diète hydrique avec de la glace sur le ventre et on injecta du sérum artificiel. Température 38°5 le matin, 38° le soir.

Le lendemain, le ventre était plus ballonné que la veille et il y avait une contracture très nette des muscles de la région sous-ombilicale de l'abdomen.

(1) Publié dans le *Bulletin de la Société médico-chirurgicale de l'Indochine*, année 1927, page 377.

Le diagnostic de péritonite s'imposait. Je proposais une intervention qui ne fut pas acceptée.

Pouls 120. Température 37°5 le matin, 38°7 le soir.

Le 20 novembre, le ballonnement était encore plus marqué et la contracture était généralisée. Le matin, il y eut un vomissement. Le malade acceptait l'opération qui fut aussitôt pratiquée.

Intervention : Incision médiane sous-ombilicale après infiltration de la paroi à l'alcoocaïne. Il sort du pus bouillon sale. Les anses intestinales sont grisâtres, agglutinées. On donne du chlorure d'éthyle, puis de l'éther. Agrandissement de l'incision, recherche dans la fosse iliaque droite. On ne sent pas l'appendice. Une contre ouverture est pratiquée dans la fosse iliaque droite dans un but d'exploration : les lésions sont moins marquées que sur la ligne médiane, le caecum et l'appendice paraissent normaux. En plongeant le doigt dans le Douglas, on sépare les anses intestinales agglutinées qui le remplissent et on a la surprise de retirer un tube membraneux, molasse, grisâtre, long environ de 35 centimètres, ayant le calibre d'une anse intestinale et présentant à sa partie moyenne une perforation d'un centimètre environ de diamètre. Prolongeant vers le pubis l'incision médiane, on explore le petit bassin sous le contrôle de la vue. Un tube grisâtre, long d'une vingtaine de centimètres, plus altéré que le précédent, est encore retiré du petit bassin et l'on aperçoit sur la gauche, le colon ilio-pelvien présentant dans sa partie inférieure, située dans le petit bassin, une perforation irrégulière ayant environ 25 millimètres de diamètre. Par cette perforation sort un tube muqueux d'un blanc jaunâtre de consistance ferme qui présente une partie longue de 7 à 8 cm. issue hors de l'intestin. On tire sur ce tube qui vient sans résistance et, qui a en tout une longueur de 15 cm. environ. Suture de la perforation au catgut, essai d'enfouissement partiel, application d'un Mikuliez dans le Douglas, fermeture partielle de l'incision médiane, fermeture complète de l'incision latérale droite au fil d'argent. Le péritoine enflammé a été préalablement nettoyé avec un tampon imbibé d'éther. Les tubes de muqueuse sphacélée qui ont été retirés, présentent tout à fait l'aspect des grands lambeaux de muqueuse sphacélée que l'on observe quelquefois chez les malades atteints de dysenterie, qui les éliminent par l'anus. Ces tissus ont une odeur de gangrène caractéristique.

Le malade meurt dans la soirée.

L'auprosie est pratiquée le lendemain par M. Tung, médecin auxiliaire, qui me remet la note suivante :

Autopsie pratiquée le 21 novembre 1927. A l'ouverture de l'abdomen, péritonite généralisée. Anses grêles dilatées. Colon transverse adhérent à l'estomac et à la paroi antérieure de l'abdomen. Colon descendant très friable et également adhérent. Caecum et appendice normaux. Du colon descendant, immédiatement au-dessous de la perforation aveuglée le jour précédent, se trouve une autre perforation à bords irréguliers admettant facilement un doigt.

On enlève tout le gros intestin et on le fend dans toute sa longueur. Au niveau du caecum et du colon ascendant, la muqueuse ne présente aucune ulcération mais elle a un aspect grisâtre et est recouverte d'un enduit de même couleur. Au niveau du colon transverse, la muqueuse est complètement décollée et forme des tubes cylindriques analogues à ceux qu'on a retirés la veille au cours de l'opération. Du côté du colon descendant, toute la muqueuse a été décollée et éliminée. Cette partie du colon est particulièrement friable.

Il existe en quelque sorte un sphacèle de toute la muqueuse du gros intestin et le processus de gangrène a gagné les autres tuniques du gros intestin dans toute l'étendue du colon descendant.

Aucune particularité au niveau des autres organes.

UN CAS D'APPENDICITE VERMINEUSE

Par DEGORCE et PETRAULT (1)

On a beaucoup parlé des appendicites causées par les vers, en particulier par les oxyures et les ascaris. Il est probable que, contrairement à l'assertion de certains auteurs, ces appendicites sont extrêmement rares. Au Tonkin, où presque tous les Annamites et la plupart des enfants européens ont l'intestin parasité par des ascaris et souvent par des oxyures, on devrait rencontrer beaucoup d'appendicites si les vers jouaient un rôle important dans la production de cette maladie. Or, l'appendicite n'est certainement pas plus fréquente qu'ailleurs chez les Européens et elle est rare chez les Annamites.

Il ne faut pas conclure qu'un appendice contenant par hasard un oxyure est malade du fait de la présence de cet oxyure. Il nous est arrivé de rencontrer un oxyure dans un appendice sans que cet appendice ait présenté la moindre réaction aigüe. De même un ascaris peut probablement s'engager dans l'appendice sans déterminer d'appendicite s'il n'y a pas distension de l'appendice par le parasite.

Dans le cas d'appendicite que nous rapportons ici, le seul cas d'appendicite certainement causé par un ver que nous ayons observé après une longue pratique chirurgicale au Tonkin, un ascaris distendait manifestement l'appendice coecal dans lequel il était replié sur lui-même. Il nous a semblé que les lésions observées étaient surtout à l'origine d'ordre mécanique et causées par la compression exercée de dedans en dehors par le ver sur les parois de l'appendice, comme aussi par les troubles de nutrition dues à l'oblitération de l'organe par un ver volumineux.

Il est possible que les parasites adultes que l'on trouve dans les conduits étroits comme l'appendice et les voies biliaires s'introduisent dans les conduits quand ils sont encore de faible volume. Ils grossissent ensuite sur place et causent alors des accidents dus à leur volume et à leurs mouvements.

Il ne serait pas cependant exact de rapporter tous les accidents à une cause mécanique. Les vers peuvent, par leur présence, causer des accidents d'ordre septique et probablement d'ordre toxique.

Quoiqu'il en soit, quand l'appendice a ses parois altérées, les accidents infectieux habituels apparaissent ; le péritoine est envahi par l'infection et l'appendicite évolue comme une appendicite ordinaire.

OBSERVATION

L'enfant Tran-v-B, âgé de 10 ans, entre à l'hôpital le 23 juillet dernier.

Il serait malade seulement depuis deux jours, souffrant de la moitié droite du ventre. Deux vomissements au début de la maladie. Le deuxième jour, un troisième

(1) Publié dans le *Bulletin de la Société médico-chirurgicale de l'Indochine*, années 1922-1923, page 214.

Centre de Documentation
sur l'Asie du Sud-Est et le
Monde Indonésien
EPHE VI^e Section
BIBLIOTHÈQUE

vomissement aurait déterminé le rejet d'un ascaris par la bouche. Un vermifuge fut alors donné sans arrêter l'évolution de la maladie.

Nous voyons le malade au troisième jour. Les traits sont tirés, les yeux cernés.

Les lèvres sont sèches. La langue est sèche, rouge sur ses bords.

L'enfant placé dans le décubitus dorsal fléchit légèrement la cuisse droite sur le bassin. On peut cependant étendre le membre inférieur droit sans éprouver de résistance marquée.

Le ventre est légèrement ballonné dans son ensemble.

La palpation de l'abdomen montre que la partie gauche du ventre est souple et indolore.

A droite, au contraire, on observe dans la fosse iliaque de la défense musculaire. La palpation est difficile à ce niveau car la moindre pression réveille une douleur extrêmement vive.

On a cependant une sensation nette de plénitude et de tension.

La matité hépatique persiste.

Pas de troubles urinaires.

Respiration normale.

Température 39°5. Pouls 140.

Depuis l'entrée à l'Hôpital l'enfant a rendu un ascaris par la bouche

Malgré la notion évidente du parasitisme intestinal, nous n'hésitons pas à porter le diagnostic d'appendicite en voie de perforation ou perforée, nous basant surtout sur l'intensité particulière de la douleur à la pression, sur les résultats de la palpation de la fosse iliaque droite et sur l'accélération du pouls.

Nous connaissons bien les pseudo-péritonites causées par les ascaris. Jamais dans ces cas les accidents locaux et généraux n'acquièrent l'intensité et la précision que nous observons chez notre malade.

L'enfant fut donc opéré aussitôt. Anesthésie au chloroforme. Incision de Mac-Burney. Le péritoine apparaît, verdâtre, infiltré. Une sérosité louche, roussâtre jaillit dès l'incision du péritoine. Le doigt introduit dans la plaie sent l'appendice entouré sur lui-même, turgescant, tendu mobile, mais difficile à saisir et à attirer en raison de son enroulement et de la résistance élastique qui s'oppose à son redressement. On ne peut le sortir entièrement du ventre qu'après avoir pincé et sectionné le méso près de la base de l'appendice. Cet appendice a le volume du petit doigt et sa longueur est de cent, tendu mobile, mais difficile à saisir et à attirer en raison de son enroulement huit à dix centimètres. Sa couleur est violacée. Une plaque de sphacèle gris verdâtre s'observe à son extrémité périphérique sur une longueur de trois centimètres et occupe les deux tiers de la circonférence de l'appendice. Nous ne voyons pas de perforation. L'appendice est lié et sectionné au thermocautère. Ligature du méso.

Le coecum est rouge et infiltré. Il présente une petite plaque gris verdâtre du diamètre d'un centimètre et demi près de la base d'implantation de l'appendice. En raison du mauvais état du coecum, nous ne tentons pas l'enfouissement de cette zone suspecte. Nous nous contentons de placer au contact de cette partie du coecum l'extrémité d'une compresse pour assurer le drainage en cas de sphacèle de la paroi.

L'exploration de la cavité abdominale au voisinage du coecum montre l'épiploon épaissi et infiltré, adhérent à la partie interne du coecum. Le doigt introduit dans le Douglas évacue une collection de pus séreux mal lié, sans odeur. Drainage du Douglas.

Examen de l'appendice. — L'appendice était rempli et distendu par un ascaris replié sur lui-même à l'extrémité distale de l'organe. Le ver fut coupé au niveau de la section opératoire. Les deux extrémités étaient probablement libres dans le

coecum. Peut-être la plaque d'aspect sphacélique observée sur le coecum correspondait-elle à une extrémité du ver traumatisant la paroi caecale.

L'appendice était non seulement augmenté de volume mais encore allongé. C'est ce qui explique son inflexion sur le méso qui n'avait pu s'allonger et qui s'opposait au redressement de l'appendice.

La muqueuse épaissie était rouge écarlate. Il existait une forte hypertrophie des follicules clos. Le tiers distal de l'organe était sphacélé sur la plus grande partie de sa circonférence. Seule une petite bande de tissus correspondant à l'insertion du méso était conservée. Le reste était réduit à une mince membrane prête à se perforer.

Le tronçon de ver contenu dans l'appendice mesurait 12 centimètres et demi. Le diamètre du corps était de trois à quatre millimètres.

Suites opératoires. — Les suites opératoires ont été jusqu'ici excellentes.

Le lendemain de l'opération (24 juillet), température 38°1 le matin, 38° le soir. Pouls 138 bien frappé.

Facies bon. Pas de vomissements.

Le 25 juillet, température 37°5 le matin, 36°8 le soir. Pouls 118 le matin. La plaie a très bon aspect.

Le 26 juillet, température 37° le matin. Pouls 108. L'état général est bon. Le pansement n'est pas traversé. Un peu de sérosité imbibe seulement les compresses placées au contact de la plaie. Le soir température 37°5.

Le 27 juillet, température normale. Pouls 104.

Ablation des mèches et du drain le 29 juillet. Il y a très peu de sécrétion. Pas de fétidité. La plaie a bon aspect. Le caecum ne s'est pas perforé. On replace une mèche dans la plaie.

Le 31 juillet, ablation de la mèche. Pansement à plat.

Le 6 août, la plaie se referme et sécrète très peu. Etat général excellent.

Le malade quitte l'hôpital guéri à la fin d'août.

HERNIE INGUINALE ÉTRANGLÉE

Résection de 60 centimètres d'intestin comportant une entéro-anastomose spontanée datant de plusieurs années, consécutive à un ancien étranglement. — Mort par hémorragies intestinales dues à une thrombo-phlébite des veines mésentériques.

Par LE ROY DES BARRES (1)

Le 3 février, dans la journée, entre dans notre service le nommé Nguyen-van-C..., âgé de 54 ans, exerçant la profession de coolie. Cet indigène, est porteur d'une hernie inguinale droite étranglée depuis 85 heures.

Cette hernie assez volumineuse, de la grosseur du poing environ, date d'une quinzaine d'années. Il y a 3 ans, cette hernie avait été brusquement douloureuse et n'avait pas pu être réintégrée dans l'abdomen comme le malade le faisait facilement auparavant.

Notre malade était resté pendant trois jours entre la vie et la mort, vomissant les matières fécales, ne rendant aucun gaz par l'anus, le ventre extrêmement ballonné. Le quatrième jour une détente s'était produite et le malade avait rendu quelques gaz par l'anus. Les jours suivants cette amélioration s'était accusée peu à peu et le malade se levait trois semaines environ après. La hernie restait encore irréductible, puis dans la suite (2 ou 3 mois après, le malade ne peut préciser) cette hernie, sous les efforts patients du malade, arriva à réintégrer presque complètement l'abdomen. Le malade affirme que pendant toute la période aigüe la hernie avait été tendue et rouge, mais qu'il ne s'était pas produit d'abcès à ce niveau ; d'ailleurs il n'existe aucune cicatrice dans cette région.

Tout avait été bien jusqu'il y a trois jours et demi quand brusquement, sans cause appréciable, la hernie était devenue douloureuse, tendue et complètement irréductible.

Les mêmes phénomènes se reproduisant, le malade, qui avait une première fois guéri spontanément, ne songea pas tout d'abord à venir à l'hôpital et ce n'est que devant la persistance des douleurs et devant l'aggravation toujours croissante de son état, qu'il se décida à venir nous trouver.

Le malade dont l'état est misérable, est immédiatement endormi. L'intervention pratiquée permet de constater les lésions suivantes : une hernie inguinale droite étranglée composée d'un paquet intestinal formé par une anse dont les diverses parties sont agglutinées par des adhérences récentes et anciennes impossibles à séparer, et une volumineuse masse adhérente au fond du sac et sphacélée.

L'intestin est noirâtre et des attouchements répétés à l'eau bouillie chaude ne parviennent pas à en modifier l'aspect.

Après agrandissement de l'incision vers l'abdomen et résection de la masse épiploïque, on procède à la résection de tout le segment intestinal dont la vitalité paraît suspecte, mais l'on constate, à ce moment, l'existence dans la portion correspondante du mésentère de noyaux hémorragiques et d'une dila-

(1) Publié dans la *Revue médicale de l'Indochine française*, 2^e année, 1909, n^o 15.

tation veineuse énorme ; de plus, les veines à la section donnent un sang poisseux, certaines veinules ne saignant pas du tout. Par contre la circulation artérielle est conservée, comme il est facile de s'en convaincre au moment de la résection de la portion du mésentère correspondant à l'anse réséquée. La résection mésentérique est faite très près de son insertion intestinale, dans le but de ménager la vitalité de l'intestin, et même cet excédent de mésentère est un peu gênant pour les sutures.

L'anastomose des deux segments intestinaux est faite latéralement après fermeture des deux bouts. Suture de la paroi en un seul plan avec des fils d'argent.

Injection de sérum de 1 litre.

Le soir la température est de 36°7, le pouls est remonté et bat à 105 pulsations.

Le lendemain le malade se sent mieux, sa température oscille entre 37°5 et 37°2, le nombre des pulsations varie entre 95 et 100. L'alimentation a consisté en lait et en thé léger. Il y a par instants un peu de hoquet, lorsque le malade boit un peu vite. A la visite du matin le malade n'a pas eu encore de selle, une sonde rectale mise en place pendant une demi-heure permet la sortie de gaz et le malade qui se plaignait d'éprouver une gêne assez considérable se trouve très soulagé.

Dans la soirée le malade évacue une selle pâteuse, noirâtre avec quelques stries sanguinolentes.

Le 6 au matin nous trouvons le malade très affaibli, le pouls est à 100, la température à 36°2, le malade ne souffre pas, son ventre est souple, la palpation en est un peu douloureuse, surtout au niveau de la région hypogastrique, mais il n'existe pas de ballonnement.

Dans le courant de la journée le malade évacue deux selles sanguinolentes abondantes. A la contre-visite nous le trouvons dans le même état de faiblesse, aussi, nous lui prescrivons une injection de sérum de 500 grammes, une potion avec 2 grammes de chlorure de calcium ; il est administré en outre 0 gr. 25 de caféine.

La température atteint 35°6.

Devant ces signes d'une hémorragie grave nous étions un peu hésitants sur la conduite à tenir. Tout d'abord le manque absolu de réaction péritonéale, et le soin apporté à la confection de la suture (une première suture totale et une seconde séro-musculaire) toutes deux à la soie n° 0 nous permettaient d'éliminer une hémorragie péritonéale, accompagnée d'une hémorragie intestinale.

L'apparition un peu tardive de cette hémorragie et la confiance que nous avions dans notre suture, nous permettait également d'éliminer une hémorragie intestinale par faute de technique au moment de la suture muqueuse.

Restaient les hypothèses d'une gangrène par suite d'une résection trop élevée du mésentère ou d'une thrombose des veines mésentériques. Nous avons bien pratiqué la résection du mésentère très économiquement, mais malgré tout, cette hypothèse était plausible. De même en ce qui concernait la possibilité d'une thrombose des veines mésentériques nous avions en faveur de cette hypothèse, les lésions veineuses rencontrées au cours de l'intervention.

Quant à la conduite à tenir nous hésitons, si nous avions été certain du diagnostic de gangrène, nous aurions attiré au dehors l'anse atteinte et créé rapidement un anus artificiel, mais en cas de thrombose, qui, vu les lésions rencontrées lors de l'intervention, aurait été très étendue, que pouvions-nous faire ? et de plus, rien ne prouvait que cette thrombose n'aurait pas progressé

même après l'intervention. Aussi, devant l'incertitude du diagnostic, qui exposait à une intervention inutile et surtout devant le très mauvais état du malade, qui ne laissait que peu d'espoir, nous préférons nous abstenir, la seule intervention rationnelle devant être une résection, que le malade n'aurait pas pu supporter.

Le 7 au matin, après une journée et une nuit où le malade a été en s'affaiblissant, et a présenté encore quatre selles sanglantes et involontaires, nous trouvons notre opéré sans pouls, ne souffrant pas, ayant conservé toute son intelligence et déclarant n'avoir à se plaindre que d'une faiblesse extrême, il demande même à manger pour se donner des forces.

A une heure de l'après-midi, il s'éteint sans souffrance.

L'autopsie de la cavité abdominale, qui fût seule pratiquée, montra l'existence d'une thrombo-phlébite de la veine grande mésentérique au niveau de ses branches jéjunales, qui avait entraîné un sphacèle de l'intestin grêle au-dessous de l'anastomose jusqu'au voisinage du côlon, sphacèle n'ayant pas encore abouti à la perforation, le péritoine se trouvant à peine altéré au niveau du segment malade.

La portion intestinale ainsi atteinte mesurait près de un mètre.

L'anastomose avait parfaitement tenu, malgré le début de sphacèle du bout périphérique. La cavité péritonéale ne contenait aucun épanchement appréciable. Le mésentère renfermait de volumineux ganglions enflammés.

Les vaisseaux mésentériques artériels supérieurs étaient microscopiquement intacts.

Cette observation nous a paru intéressante à rapporter à plus d'un titre, tout d'abord, à cause de la guérison d'un étranglement par entéroanastomose spontanée, ensuite à cause de la thrombo-phlébite qui entraîna la mort.

La guérison d'un étranglement par anastomose spontanée, sans gangrène du segment intermédiaire, nous paraît être une rareté (1).

L'examen de la pièce, dont on trouvera ci-joint la photographie permet de se rendre compte que l'anastomose s'est faite directement, après accolement des deux segments de l'anse intestinale, sans formation d'une poche intermédiaire (*infundibulum membraneux* de Scarpa ou *trajet fistuleux* de Malgaigne).

La circulation des matières s'est faite dans la suite, soit par l'intermédiaire de l'anastomose, soit en partie par l'anse exclue.

Si une fois la guérison obtenue, l'anastomose ne s'est pas fermée, il faut vraisemblablement admettre que le cours des matières devait se faire difficilement dans l'anse exclue, et ce qui nous permet d'émettre cette hypothèse, ce sont les nombreuses et solides adhérences qui unissaient toutes ces portions intestinales entre elles.

Quant à la thrombo-phlébite de la veine grande mésentérique sans être une rareté, cette affection compliquant un étranglement herniaire, n'est pas très fréquente.

Dans ce cas particulier le rôle d'une infection ne paraît pas douteux, la hernie étranglée, comme l'appendicite, comme les ulcérations intestinales, sont les nombreuses et solides adhérences qui unissaient toutes ces portions n'est besoin d'invoquer pour expliquer cette thrombo-phlébite le traumatisme de l'intestin, des troubles circulatoires ou des causes mécaniques.

(1) Nous n'avons malheureusement pas pu faire de recherches bibliographiques à ce sujet car il n'existe pas en Indochine une seule bibliothèque médicale convenable.

RÉTRÉCISSEMENT DE L'ANSE EFFÉRENTE

Observé tardivement après une gastro-entérostomie.

Par LE ROY DES BARRES (1)

Une femme de 35 ans avait été opérée par un de nous, il y a environ deux ans et demi pour ulcère du pylore. Elle avait subi une gastro-entérostomie. Cette opération avait déterminé la disparition des symptômes douloureux.

Il y a environ trois ou quatre mois, les douleurs reparurent. Elles étaient continuelles, exagérées par l'ingestion des aliments et diminuaient ou disparaissaient après les vomissements spontanés ou provoqués par la malade.

La douleur siègeant au niveau de l'épigastre et surtout à gauche de la ligne médiane.

L'inspection de la paroi abdominale, après ingestion de liquides ou d'aliments, montrait des ondes péristaltiques très visibles dans la région épigastrique.

La palpation permettait de sentir une masse consistante arrondie, vaguement ovalaire à grand axe transversal, s'étendant d'un ou deux travers de doigt à gauche de l'ombilic à cinq ou six travers de doigt à droite de l'ombilic, siègeant immédiatement au-dessus de l'ombilic. Cette masse pouvait être mobilisée légèrement de haut en bas et transversalement. La palpation en était très douloureuse.

Le malade fut opérée le 3 décembre. Nous pratiquâmes une laparotomie médiane sus-ombilicale. L'estomac fut trouvé très dilaté. Une large cicatrice blanc nacré, irrégulière, déprimée formait un sillon circulaire autour du pylore. Le pylore était cependant perméable. On pouvait y introduire le doigt en déprimant la paroi stomacale.

Relevant le colon transverse et le grand épiploon nous aperçûmes l'anse anastomosée rouge, très dilatée et vascularisée formant une ampoule du volume d'une orange. Les bouts afférents et efférents de cette ampoule étaient enfouis au milieu des adhérences. Cette ampoule communiquait assez largement avec l'estomac. On s'en rendait compte en introduisant le doigt coiffé de la paroi intestinale dans la bouche gastro-intestinale.

Le bout afférent de l'anse anastomosée, fixe et court, fut retrouvé à sa place normale. Il n'était pas dilaté.

Puis à côté du bout afférent, également à gauche de la bouche anastomotique, nous trouvâmes le bout efférent. Cette portion d'intestin, de volume nor-

(1) Publié dans le *Bulletin de la Société médico-chirurgicale de l'Indochine*, année 1914, n° 2, page 53.

mal, émergeait d'adhérences anciennes en un point contigu à l'abouchement du bout afférent dans l'ampoule dilatée. Un rétrécissement très accentué et une coudure à l'angle aigu s'étaient produits à ce niveau.

Il y avait eu accollement des deux bouts afférent et efférent de l'anse anastomosée, puis le bout efférent avait été attiré en haut et à gauche par ses adhérences avec le bout afférent fixe. Il en était résulté une coudure et un rétrécissement à quelques centimètres en aval de l'anastomose.

Nous nous bornâmes à aboucher la portion la plus saillante de l'ampoule dilatée avec la partie libre du bout efférent, immédiatement au-dessous de la coudure.

Les suites de l'opération furent simples.

Actuellement la malade va bien et ne souffre presque plus. Les vomissements qui existaient avant l'opération ont cessé. L'état général est bon.

ONZE CAS D'APPENDICOSTOMIE POUR DYSENTERIE CHRONIQUE GRAVE

Par MM. DEGORCE et MOUZELS (1)

L'appendicostomie proposée par Keetby en 1894 et pratiquée pour la première fois par R. Weir en 1902, paraît jouir d'une grande faveur à l'étranger, en particulier en Angleterre et en Amérique. Le nombre des observations publiées en France et dans les Colonies françaises est au contraire assez restreint. La plupart de ces observations concernent des cas de colite non dysentérique.

Dans une récente discussion sur le traitement chirurgical des colites graves à la Société de chirurgie de Paris, MM. JACOB, SIEUR et MORY ont pris la parole pour recommander le traitement chirurgical des colites dysentériques rebelles, et deux cas de colite dysentérique traités avec succès, l'une par l'appendicostomie, l'autre par la coecostomie, sont rapportés par M. JACOB. Nous avons pratiqué depuis le mois de septembre dernier onze appendicostomies chez des annamites atteints de dysenterie chronique grave et tous cachectiques. Voici leurs observations.

OBSERVATION I

Cachexie dysentérique. Appendicostomie. Guérison.

Ng.-phuc-Doan, 26 ans, coolie, est entré le 7 août 1911 avec le diagnostic dysenterie dans un état de marasme extrême, incapable de marcher et allant sous lui d'une manière continue. Anus béant par où coulent sans cesse des mucosités et du sang. Poids : 36 kgs.

Aucun traitement médical n'agit et le 31 août, il accepte l'appendicostomie qui est aussitôt pratiquée.

Suites opératoires sans incidents. Le 1^{er} septembre, le malade accuse une sensation de bien-être. Le 2 septembre, les selles sont redevenues intermittentes, de consistance pâteuse, grisâtre, contenant encore de notables quantités de mucus. Le 7 septembre, les douleurs abdominales ont tout à fait disparu, l'appétit est revenu, les selles pâteuses sont presque entièrement formées de matières fécales. Le 12 septembre, le malade a passé la nuit sans aller à la selle. Le 20 septembre, 4 selles pâteuses : le malade réclame le régime ordinaire et certainement mange en cachette, car ses selles contiennent des pépins de fruits très reconnaissables. Le 1^{er} octobre, une selle par 24 h., d'aspect normal, régime habituel des malades. Le 15 octobre, suppression de la sonde, et sauf la persistance de la fistule appendiculaire, la santé est dès lors redevenue tout à fait normale. Poids : 50 kgs.

(1) Publié dans le *Bulletin de la Société médico-chirurgicale de l'Indochine*, année 1912, n° 3, page 183.

OBSERVATION II.

Cachexie dysentérique. Appendicostomie. Guérison.

Pham-van-Van entre le 21 août dans un état désespéré. Il n'accepte l'appendicostomie que le 8 septembre. Contrairement à toute attente, ce malade, dont l'observation est la répétition de la précédente, échappa à la mort. Dès le lendemain, il se déclare mieux. Le 12, n'a plus de coliques ; le 5 octobre, une selle normale. Peut être considéré comme guéri depuis lors, car délivré de sa sonde, ne présente plus d'autre anomalie que sa fistule appendiculaire.

OBSERVATION III

Dysenterie grave (rechute). Etat général mauvais. Appendicostomie. Guérison.

Hô-ba-Minh a eu, il y a deux ans, une dysenterie très grave dont il ne s'est jamais complètement relevé. Rechute actuelle, remontant à 15 jours, très sérieuse ; selles incomptables muco-sanglantes caractéristiques. Accepte l'appendicostomie dans un état lamentable le 27 novembre. Dès le 29, n'a plus que 4 selles. Poids : 43 kgs. Le 1^{er} décembre, une selle ; dès le 3, paraît hors de danger. Le 15, perd sa sonde qui n'est pas remise. Le malade s'améliore très rapidement, il fait une rechute le 28, à l'occasion de laquelle le cathétérisme de l'appendice est pratiqué deux fois par jour sans difficulté pour permettre les lavages. Le 12 janvier, selle normale. Poids : 47 kgs.

OBSERVATION IV

Dysenterie chronique. Cachexie. Mort quatre jours après l'appendicostomie.

Ng.-van-Chat, 24 ans, sans profession, entre à l'hôpital le 14 décembre 1911 pour dysenterie chronique.

Le début remonte à quatre mois. Le malade est squelettique. Le teint est terreux. Les muqueuses sont décolorées. Les selles sont incessantes et sont émises sans que le malade s'en aperçoive. Vives douleurs.

Traitement : Ipéca. Lavages d'intestin au tannin et borate de soude.

Le malade n'est nullement amélioré par ce traitement. Son état s'aggrave de plus en plus. Température normale. Pouls : 112.

Le 2 janvier 1912, appendicostomie. On commence le même jour des lavages d'intestin à la liqueur de Labarraque à 20 pour 1.000, par une sonde introduite à demeure dans le coecum par l'appendice.

Les selles sont moins nombreuses dans les deux jours qui suivent l'opération.

Le 5, la température qui était normale les jours précédents, s'élève à 39°. Pouls : 140.

Mort le 6 à 7 heures du matin. Pas d'autopsie.

O. JACOB. — De l'appendicostomie et de la coecostomie dans le traitement chirurgical des colites rebelles. *Bulletins de la Société de chirurgie de Paris*, 13 juin 1911.

SIEUR. — Sur l'appendicostomie et la coecostomie dans les colites graves. *Bulletins de la Société de chirurgie de Paris*, 25 juillet 1911.

MOTY. — A propos du traitement chirurgical de la dysenterie. *Bulletins de la Société de chirurgie de Paris*, 24 octobre 1911.

OBSERVATION V

Dysenterie chronique ancienne. Cachexie et ascite. Appendicostomie. Mort neuf jours après l'opération.

Nguyên-van-Ton, 30 ans, provenant de Ha-nam, entre le 3 novembre 1911, atteint de dysenterie déjà ancienne. Il est dans un état de cachexie très avancée. Le 3 décembre, seulement et après avoir constaté par lui-même l'insuffisance du traitement médicamenteux, il accepte l'appendicostomie. A l'ouverture du ventre, issue de quatre litres de liquide ascitique clair.

Décédé le 12 sans que se soit produit aucune amélioration.

OBSERVATION VI

Paludisme grave. Misère physiologique. Dysenterie. Appendicostomie. Décédé (légèrement amélioré au point de vue de sa dysenterie) 4 jours après l'opération.

Nguyên-van-Dau, 38 ans, menuisier, provenant de Tuyên-quang, où il a séjourné deux mois, entre en proie au paludisme, à la dysenterie, et dans un état de misère physiologique profonde le 5 décembre 1911. Le 10 n'a plus d'hématozoaires, mais toujours une dysenterie grave avec selles muco-sanglantes innombrables, non modifiée par le traitement médical. Le 12, état désespéré, appendicostomie. Le 15, n'a que six selles contenant des matières fécales, mais son état général ne laisse aucun espoir. Il succombe le 16 dans le marasme.

OBSERVATION VII

Cachexie dysentérique. Appendicostomie. Mort 30 heures après l'intervention.

Vu-van-Ry, 48 ans, cultivateur de la zone suburbaine de Hanoi, entre le 8 septembre 1911 pour cachexie dysentérique et misère physiologique profonde. Accepte l'appendicostomie le 16 et meurt le 17 à minuit.

OBSERVATION VIII

Cachexie dysentérique et néphrite. Appendicostomie. Dysenterie grave. Mort par urémie 140 jours après l'opération.

Nguyên-duy-Hue, 31 ans, prisonnier, venant de Hai-duong. Cachexie dysentérique et néphrite. Entre le 26 septembre, état général lamentable ; ascite, selles innombrables, sprue et sang. Albumine en petite quantité dans les urines. Appendicostomie le 27. La dysenterie s'améliore lentement. Les selles deviennent plus rares et fécaloïdes. Le 5 décembre, une selle rubanée formée exclusivement de matières fécales. Le malade pouvait être considéré comme guéri de sa dysenterie, mais il meurt d'une crise d'urémie le 9 janvier 1912, après un gros repas de viande.

OBSERVATION IX

Dysenterie chronique très douloureuse. Pas d'amélioration après l'appendicostomie. Mort par suicide.

NGUYEN-DINH-BACH, âgé de 47 ans, entre à l'hôpital le 21 août 1911 pour dysenterie chronique compliquée d'abcès et de fistules du pourtour de l'anus.

La dysenterie date de 4 mois. Les abcès sont survenus, il y a un mois et demi. Depuis quelques jours les selles sont incessantes et fort douloureuses. Selles dysen-

tériques très fétides. Ténésme. Etat général mauvais. Malade amaigri et cachectique

Après quelques jours de traitement médical, le malade n'étant pas amélioré, accepte une opération.

Appendicostomie le 2 septembre. Ces jours suivants, lavages à l'eau oxygénée au cinquième.

Aucune amélioration ne survient. Le malade souffre beaucoup. Il arrache son pansement et sa sonde qu'on a beaucoup de mal à lui remettre. Pas de fièvre.

Il se suicide le 10 septembre en se tranchant la gorge. Il a une hémorragie abondante et meurt quelques heures après.

OBSERVATION X

Dysenterie chronique. Amélioration passagère après l'appendicostomie. Sphacèle de l'appendice le cinquième jour. Mort par péritonite.

NGUYEN-VAN-BA, 25 ans, coolie, venant des mines de Lang-hit entre le 6 janvier 1912 à l'hôpital pour dysenterie.

A été impaludé, mais ne présente pas d'accès de fièvre depuis plusieurs mois.

La dysenterie date d'un mois, 15 à 20 selles par jour. Anémie extrême. Amaigrissement. Subictère. Selles dysentériques. Violentes douleurs abdominales. Ténésme. L'examen des selles révèle la présence d'ascaris d'ankylostomes.

Traitement des ascaris et des ankylostomes. Puis ipéca. Lavages d'intestin. Aucune amélioration ne survenant, on décide une appendicostomie.

L'opération est pratiquée le 17 janvier 1912, à la cocaïne lombaire. Elle est très bien supportée. Les lavages de l'intestin au sérum, puis à la liqueur de Labarraque ne sont commencés que le surlendemain de l'opération.

Le 20, il n'y a de selle qu'au moment des lavages. Le malade s'alimente.

Le 21, la sonde s'est rompue. Il y a de la difficulté à en introduire une nouvelle. Il est à craindre qu'une fausse route se soit produite au moment de cette introduction.

Le 23, le malade souffre beaucoup, a des selles hémorragiques abondantes. Sphacèle de l'appendice. Amaigrissement rapide. Pouls : 116. Température : 36°6.

Malgré l'absence de fièvre, le pouls devient de plus en plus fréquent et mauvais. Les hémorragies se répètent. Délire.

Mort le 26 janvier 1912.

A l'autopsie on trouve du pus en petite quantité dans l'abdomen en dehors du colon ascendant et du cœcum. Cette péritonite, quoique localisée, a évidemment été cause de la mort.

OBSERVATION XI

Dysenterie chronique très douloureuse. Pas d'amélioration après l'appendicostomie. Suicide.

NGUYEN-VAN-CHUC, 32 ans, prisonnier, provenant de la Prison civile de Hanoi, entre le 23 janvier 1912 pour dysenterie. Paraît avoir eu de nombreuses atteintes avant celle-ci. Il y a 6 jours : coliques, selles diarrhéiques. Depuis lors les symptômes deviennent rapidement graves, coliques très douloureuses, épreintes, ténésme, selles muco-sanglantes, typiques, incomptables. Amaigrissement très rapide.

Etat général très mauvais. Ventre très douloureux, surtout dans la région sous-ombilicale.

Examen microscopique des selles : Ascaris, infusoires, amibes.

Pouls : 96. Température : 38°6.

Traitement médical ne donne aucune amélioration, et l'appendicostomie est pratiquée avec consentement du malade le 26.

Le 27, le malade accuse une sensation très nette de soulagement après les lavages ; les coliques et le ténésme anal sont très diminués.

Le 28, cette amélioration a totalement disparu. Le malade souffre tout autant qu'avant et n'éprouve plus aucune espèce de répit.

Les 29, 30 et 31, même état.

Le 1^{er} février, désespéré, le malade arrache sa sonde, les sutures et s'éventre. Il meurt le soir à 4 heures.

La technique que nous avons employée est la suivante :

Le malade est généralement endormi au chloroforme. Mais s'il est en trop mauvais état, nous l'anesthésions par la cocaïne lombaire.

Après désinfection du champ opératoire à la teinture d'iode, nous pratiquons une incision de Marc Burney et nous disséquons les muscles de la paroi pour pénétrer dans l'abdomen.

Après libération de son mésentère dont les vaisseaux doivent être conservés intacts, l'appendice est attiré dans la partie inférieure de l'incision. Le coecum est fixé à ce niveau au péritoine pariétal par quatre points au catgut fin passés au voisinage de l'insertion de l'appendice, mais assez loin pour ne pas étrangler celui-ci.

La paroi étant fermée en un ou plusieurs plans, l'appendice est sectionné, cathétérisé, avec une sonde de Nélaton n° 8 ou 12, qui sera laissée à demeure. Puis nous suturons la tranche de l'appendice à la peau par quatre points au crin. Pansement au stérésol et à la gaze stérilisée.

Le lavage d'intestin peut être commencé dès après l'opération, les liquides employés n'ayant tendance à refluer au niveau de la plaie. Mais nous attendons généralement au lendemain.

Chez nos deux premiers malades nous avons installé un lavage continu à la solution faible de permanganate de potasse, le lavage coulant facilement par l'anus béant.

Depuis nous avons procédé à des lavages intermittents qui nous ont donné de tout aussi bons résultats. Ces lavages sont pratiqués deux ou trois fois par jour. La quantité de solution employée est d'environ un litre. Ce fut tantôt du sérum artificiel, tantôt de la liqueur de Labarraque à 20/1000, tantôt du permanganate de potasse à 1/2000, tantôt 5.000 gr. d'une solution de créosote à 1/100.

L'alimentation a été reprise très rapidement et d'une façon plus substantielle qu'il n'est généralement admis dans la dysenterie.

Parmi les 11 cas que nous rapportons, nous mettrons à part ceux des deux malades qui se sont suicidés (obs. IX et XI), en reconnaissant toutefois que sans cette circonstance ces deux malades non améliorés par l'opération seraient probablement morts des suites de leur maladie.

Sur les neuf autres cas, trois malades sont actuellement guéris. Ce sont ceux que nous avons présentés à la dernière séance de la Société (obs. I, III). Six autres sont morts.

De ces derniers, il en est un (obs. VIII) qui a succombé à une attaque d'urémie, alors qu'il était guéri de sa dysenterie. Il avait été opéré le 27 septembre et est mort le 9 janvier. Nous devons donc joindre son cas à celui des malades guéris de leur dysenterie après appendicostomie.

La mortalité de nos opérés reste encore considérable. Il en est ainsi parce que tous les cas qui se sont présentés à nous étaient extrêmement graves et presque désespérés.

Nous avons vu en une dizaine d'années de pratique hospitalière au Tonkin un grand nombre de malades annamites atteints de dysenterie chronique et nous pouvons dire que nous n'en avons jamais vu guérir, quand ils se présentaient dans des conditions analogues à celles de nos patients. Les indigènes pauvres n'entrent à l'hôpital pour faire traiter leur dysenterie que quand ils sont tout à fait cachectiques et après avoir épuisé toutes les ressources de la pharmacopée indigène.

L'appendicostomie est une opération très bénigne. Presque tous nos malades l'ont parfaitement supportée et n'ont présenté aucun phénomène de shock.

Chez un seul malade (obs. VII) opéré le matin du 16 septembre et mort le 17 à minuit, on pourrait supposer que l'opération a aggravé la situation. Mais étant donné l'état très grave de ce malade, nous ne pensons pas qu'il ait pu vivre beaucoup plus longtemps s'il n'avait pas été opéré.

Un malade a vraisemblablement succombé à une faute de technique (obs. X). Il est probable qu'après la rupture de sa sonde à demeure, une fausse route a été faite quand on a voulu cathétériser à nouveau son appendice en partie sphacélé. C'est la cause probable de la péritonite constatée à l'autopsie.

L'état des trois derniers malades (obs. IV, V et VI) n'a été ni aggravé ni amélioré par l'intervention.

Il ne faudrait donc pas croire que l'appendicostomie constituât un traitement héroïque, toujours efficace, de la dysenterie chronique. Il est des malades qui n'en retirent aucun bénéfice. Mais peut-être n'est-ce vrai que pour ceux qui comme les nôtres sont plongés dans un état avancé de misère physiologique. Nous devons dire aussi que malgré tous nos efforts, et en raison de l'indifférence du personnel indigène, ils n'ont pas reçu tous les soins qui auraient été utiles. Plusieurs souffraient beaucoup du froid et nous ne pouvions y porter remède que dans une faible mesure. Il est à remarquer d'ailleurs que tous nos opérés pendant la période froide de l'année ont succombé.

Nous restons persuadés que dans un autre milieu, chez des malades plus résistants, les résultats seraient bien meilleurs.

L'appendicostomie est donc justifiée dans les cas désespérés chez des malades cachectiques fatalement voués à la mort, car elle constitue le seul espoir de guérison.

Mais sa véritable indication doit se poser avant la période de déchéance. Quand une dysenterie résiste à un traitement médical bien conduit, si les symptômes locaux ne s'amendent pas et si l'état général décline, il ne faut pas tarder à pratiquer l'appendicostomie.

Un seul cas de dysenterie ayant été examiné au point de vue de l'agent causal, nous ne pouvons poser aucune indication basée sur la nature de l'agent de la dysenterie.

SARCOME DU MÉSENTÈRE

Résection d'un segment du méésentère et d'une anse grêle longue de 0^m 80 centimètres. Guérison.

Par A. DEGORCE (1)

La nommée Nguyen-thi-Thu, âgée de 38 ans, originaire du village de Tuy-Chuc, province de Hung-Yên, entre à l'hôpital indigène de Hanoi, le 22 septembre 1910 pour tumeur abdominale.

Les premiers signes de la tumeur apparurent il y a environ un an. Ce furent : l'augmentation de volume du ventre, des douleurs abdominales, des douleurs à la miction. Depuis 6 mois la malade, a beaucoup maigri et pâli.

Actuellement cette femme est profondément anémiée. Elle est très maigre. Elle est fatiguée dès qu'elle a fait quelques pas et déclare ne pouvoir marcher pendant une centaine de mètres.

L'appétit est conservé, mais les selles sont diarrhéiques.

Le ventre est modérément augmenté de volume.

La palpation permet de constater l'existence d'une tumeur consistante, bosselée, siégeant dans la région sous-ombilicale. La tumeur ne dépasse pas en haut l'ombilic. Inférieurement elle descend jusqu'au pubis.

La palpation n'est pas douloureuse.

La tumeur est mobile transversalement, immobile au contraire dans le sens vertical. Elle est fixée à la partie inférieure de l'abdomen. La main s'insinue facilement au-dessous de la tumeur à sa partie supérieure et latéralement. Elle ne peut au contraire s'insinuer profondément en bas.

Le toucher vaginal permet de sentir un utérus très mobile indépendant de la tumeur. La mobilité particulière de l'utérus fait penser qu'il existe un peu d'ascite. Les culs de sac vaginaux sont libres et on peut insinuer le doigt dans le cul de sac antérieur entre la tumeur et l'utérus.

La tumeur est mate à la percussion.

Il s'agit sans doute d'un cancer du péritoine, sans qu'on puisse en fixer le point de départ.

Il existe quelques ganglions augmentés de volume dans les régions inguinales. Mais ils ne donnent pas l'impression de ganglions cancéreux. D'ailleurs, beaucoup d'Annamites ont des ganglions inguinaux augmentés de volume, ce qui est lié chez eux à la fréquence des plaies des membres inférieurs.

Opération. — La malade est opérée le 26 septembre 1910 sous chloroforme après un simple badigeonnage du ventre à la teinture d'iode.

Incision médiane descendant jusqu'à quelques centimètres au-dessus du pubis, remontant à quelques centimètres au-dessus de l'ombilic.

Un litre environ de liquide ascitique s'écoule à l'ouverture du ventre.

Je trouve une tumeur solide, bosselée, de coloration rosée, grosse comme les deux poings réunis, adhérente en bas, à gauche et en arrière.

(1) Publié dans le *Bulletin de la Société médico-chirurgicale de l'Indochine*, 1911, p. 80.

Dans le cul de sac de DOUGLAS se trouvent des matières gélatineuses rougeâtres comme dans les ascites cancéreuses.

Je libère d'abord en bas des adhérences assez larges avec la face supérieure de la vessie, puis à gauche des adhérences à l'S iliaque près de l'origine du rectum, enfin en arrière des adhérences au péritoine pariétal au devant de l'aorte et de la veine cave.

Toutes ces adhérences étant libérées, je reconnais que la tumeur s'insère par un pédicule court sur la face inférieure du mésentère. Ce pédicule est parcouru par des veines de l'épaisseur du pouce. Il n'a que deux à trois centimètres de longueur.

Le mésentère présente dans son épaisseur autour du point d'implantation du pédicule de nombreux ganglions ayant le volume d'un haricot ou celui d'une noisette.

Je décide de réséquer avec la tumeur le segment de mésentère qui contient les ganglions et sur lequel s'insère le pédicule, et tout la portion d'intestin grêle qui en dépend.

Je suis obligé de sectionner d'abord le pédicule pour me débarrasser de la tumeur qui me rendrait l'opération impossible. Le pédicule est sectionné entre deux forts clamps. Les ciseaux qui ont servi à cette section sont rejetés et la tranche du pédicule est enveloppée dans une compresse.

L'intestin grêle est sectionné en deux points après mise en place de clamps. L'anse réséquée mesure quatre-vingt centimètres de long.

Partant de la section de l'intestin grêle deux traits de section divisent le mésentère à deux travers de doigt au moins des ganglions suspects et vont se réunir à la base du mésentère. Chemin faisant, de nombreux vaisseaux sont liés au fur et à mesure de leur section. Le segment de mésentère enlevé à une forme triangulaire.

Les deux segments de l'intestin sont réunis bout à bout à points séparés à la soie en deux plans. Les deux tranches mésentériques sont réunies par un surjet au catgut.

La paroi est suturée en un plan, sans drainage.

Les suites opératoires sont des plus simples. Le pouls s'élève à 112 le lendemain de l'opération et redevient normal le jour suivant.

Le 28, on note cinq selles diarrhéiques. On donne 4 grammes de sous-nitrate de bismuth.

La diarrhée dure en s'atténuant progressivement jusqu'au 3 octobre puis cesse définitivement.

A aucun moment on ne voit d'élévation de température ni de vomissements.

Les points de suture sont enlevés le 3 octobre. La plaie est bien réunie.

La malade se lève au bout de trois semaines après l'opération.

Son état général s'améliore de jour en jour. Elle s'alimente beaucoup et engraisse rapidement.

Quand je la présentai le 13 novembre à la Société, elle avait repris son poids normal et présentait un état général satisfaisant qui contrastait avec l'état cachectique constaté avant l'opération.

La tumeur était rosée, un peu molle. A la coupe s'échappait un suc abondant. Un fragment fut prélevé pour l'examen histologique.

L'examen des coupes montre trois variétés de tissus :

1° Des cloisons fibreuses à cellules conjonctives petites et allongées contenant des vaisseaux à paroi normale ;

2° Des nappes de tissu sarcomateux à cellules ovales, nombreuses, dans un stroma d'aspect muqueux, à vaisseaux embryonnaires ;

3° De larges surfaces de tissu d'aspect muqueux contenant des cellules disséminées qui présentent les caractères suivants ;

Certaines cellules sont rondes, nettement limitées, à noyau vivement teinté par l'hématéine, à protoplasme abondant, vivement coloré en rose par l'éosine.

D'autres cellules plus volumineuses de forme irrégulière, à contours indécis, prenant mal des colorants, ont des noyaux multiples.

Dans ces zones de tissu d'aspect muqueux on trouve de nombreuses cavités kystiques et des gouttelettes rondes de substance colloïde, plus grosses que les cellules, disposées en petits groupes de trois ou quatre gouttes ou bien au contraire plus fines en amas de 12 à 15 gouttelettes ayant l'aspect de grappes de raisin.

Dans ces zones, les vaisseaux ont également des parois formées par les cellules embryonnaires.

Il s'agit en somme d'un sarcome globo-cellulaire en dégénérescence muqueuse et colloïde.

D. — FOIE ET VOIE BILIAIRES

ENVAHISSEMENT DU FOIE PAR DE NOMBREUX ASCARIS Absès multiple du foie. — Péritonite. — Mort

Par A. DEGORCE (1)

Bien que l'envahissement du foie par les ascaris et la production d'abcès causés dans cet organe par ces parasites soient des faits bien connus, il m'a paru intéressant de rapporter cette observation à cause de son intérêt clinique et du nombre extraordinaire de vers qui avaient pénétré dans les voies biliaires.

Une enfant, âgée de 7 ans, entrain à l'hôpital indigène de Hanoi le 8 août 1912, pour des douleurs abdominales extrêmement vives.

Les douleurs étaient apparues il y a environ deux mois, mais c'est surtout depuis trois semaines qu'elles étaient devenues intenses. Elles survenaient par crises. Pendant ces crises l'enfant poussait des cris, était très agitée, pressait la région épigastrique avec ses mains et paraissait souffrir atrocement.

L'examen de l'abdomen révélait l'existence d'une voussure siégeant à droite de la ligne médiane au-dessous du rebord costal. La palpation permettait de constater à ce niveau une masse arrondie, lisse, de consistance un peu molle, du volume d'une mandarine se continuant avec le foie, débordant le rebord costal de trois travers de doigt. La palpation en était douloureuse. La percussion dénotait de la matité se continuant avec celle du foie, en dehors, de cette tuméfaction le foie débordait le rebord costal d'un travers de doigt environ. En haut, la matité hépatique remontait jusqu'au mamelon.

L'examen des autres organes ne présentait rien d'anormal.

L'état général était très mauvais. L'enfant était pâle, émaciée. Elle ne présentait pas d'ictère. Il y avait de la constipation et de la perte complète de l'appétit. Les nuit étaient très agitées. L'enfant transpirait abondamment pendant la nuit.

La température oscillait entre 39° et 40°.

L'examen du sang décéla la présence d'hématozoaires. L'examen des selles ne put être pratiqué de suite à cause de la constipation.

Je pensais qu'il existait un abcès du foie. Néanmoins comme ce diagnostic ne me satisfaisait pas entièrement et comme l'état de l'enfant m'encourageait peu à opérer, je résolus, avant d'intervenir, d'observer l'enfant quelques jours. Je lui fis faire des injections de quinine et j'y ajoutais quand un examen des selles eut montré la présence d'œufs d'ascaris, un traitement à la santonine. La fièvre diminua un peu. L'enfant rendit des ascaris par la bouche

(1) Publié dans le *Bulletin de la Société médico-chirurgicale de l'Indochine*, 1912, p. 663.

et par l'anus. Les douleurs abdominales ne furent pas sensiblement influencées par le traitement. Mais la tuméfaction hépatique disparut brusquement au bout de trois jours.

A partir de ce jour, la température resta peu élevée, entre 37° et 38°. Le pouls devint petit, rapide, puis incomptable. Le ventre était modérément douloureux, mais rétracté. Les douleurs étaient toujours extrêmement violentes. L'amaigrissement devenait effrayant. Presque tous les jours des ascaris étaient vomis ou rendus avec les selles.

Il était évident que l'enfant était atteinte de péritonite. Mais la gravité de son état me fit renoncer à pratiquer une intervention que je jugeais inutile.

Cet état se prolongea cependant plus longtemps que je ne le pensais. La mort survint seulement le 23 août.

A l'autopsie on trouva de la péritonite généralisée. Les anses intestinales étaient agglutinées ; du pus verdâtre était répandu dans le péritoine en très faible quantité. Un ascaris se trouvait dans la cavité péritonéale au-dessous du foie.

Le foie très adhérent au diaphragme était bosselé d'élevures violacées ou jaunâtres. Près du bord antérieur, à gauche de la vésicule, la face convexe présentait une fistule qui conduisait dans une cavité d'abcès grosse comme un œuf, ouverte spontanément.

A la coupe on reconnut que le foie était criblé d'abcès de la dimension d'une noisette ou d'une noix. Dans les cavités de ces abcès faisaient saillie de nombreux ascaris. Les voies biliaires très dilatées en étaient remplies. On en trouvait quatre ou cinq pressés les uns contre les autres dans un même canal biliaire. Il y en avait au moins cinquante. Tous étaient de petite taille et avaient sans doute pu envahir le foie en aussi grand nombre quand leur développement était encore peu avancé, peut-être même très peu de temps après leur éclosion.

La vésicule biliaire n'en contenait aucun.

Les bases des deux poumons étaient fort adhérentes au diaphragme et le poumon droit présentait de la congestion à sa base.

Les coups histologiques montraient des anneaux de tissu scléreux autour des espaces portes. De ces anneaux partaient en certains points des bandes de tissu scléreux qui tendaient à rejoindre d'autres anneaux scléreux. Des abcès miliaires s'observaient autour de certains espaces portes. Les cellules hépatiques ne paraissaient pas altérées dans leur ensemble. Les lésions étaient en somme des lésions d'angiocholite chronique avec en certains points une ébauche de cirrhose biliaire.

CALCULS DES CONDUITS BILIAIRES DÉVELOPPÉS autour d'œuf et de débris d'ascaris.

Par le Dr ARMAND DEGORCE (1)

La lithiase miliaire ne paraît pas fréquente chez les Annamites. Le seul cas où j'ai eu à intervenir chirurgicalement pour des accidents de lithiase biliaire est fort particulier puisque les calculs trouvés dans les conduits biliaires s'étaient développés autour de débris de parasites.

Par contre le parasitisme du foie n'est pas rare. On connaît la fréquence des douyes du foie chez les Annamites. L'envahissement des voies biliaires par les ascaris s'observe de temps à autre. J'ai rapporté autrefois un cas de coliques hépatiques violentes, suivies de mort, chez une femme Annamite qui présentait, à l'autopsie, un ascaris adulte dans le canal cholédoque. J'ai publié également une observation d'abcès multiples du foie chez un enfant dont les conduits biliaires étaient remplis par une multitude d'ascaris (2).

Dans l'observation que j'apporte aujourd'hui, un ascaris a pénétré dans les conduits biliaires. Il y est mort. Mais autour de son cadavre et des œufs qu'il avait produits se sont formés des calculs biliaires. Secondairement, l'infection des voies biliaires a sans doute déterminé la production de calculs dans le canal cholédoque, car ce canal présentait plusieurs calculs très différents précédents comme forme et comme couleur. Aucun corps étranger ne fut trouvé dans ces calculs du cholédoque.

Le malade souffrant de violentes crises de coliques hépatiques, souvent répétées, fut opéré. L'incision du cholédoque permit de retirer plusieurs calculs biliaires. Un drainage du canal hépatique fut établi. Le malade guérit de l'opération, mais continua à souffrir et succomba près de 6 mois après à une tuberculose pulmonaire à évolution rapide.

OBSERVATION I

Un homme de 43 ans, ouvrier bijoutier, entré à l'hôpital, le 2 juin 1918, pour les douleurs se manifestant dans la partie supérieure de l'abdomen.

Le malade se plaint de ces douleurs depuis environ sept ans. Les douleurs siègent dans le flanc droit, à l'épigastre et même dans le dos. L'ingestion des aliments augmente leur intensité. Les douleurs sont plus vives dans la position couchée que dans la position assise.

Les crises douloureuses surviennent à des heures variables mais plus fréquemment après les repas. Elles apparaissent le plus souvent dans l'après-midi et durent toute

(1) Publié dans le *Bulletin de la Société médico-chirurgicale de l'Indochine*, 1917-1921 p. 48.

(2) DEGORCE : Envahissement du foie par de nombreux ascaris, abcès multiples du foie. Péritonite. Mort. In *Bulletin de la Société médico-chirurgicale de l'Indochine*, année 1912, p. 664.

la nuit. Elles sont souvent accompagnées de vomissements d'aliments ou de liquide acide.

Les crises reviennent parfois au bout de quatre ou cinq jours, parfois au bout d'une ou deux semaines. Depuis l'entrée à l'hôpital le malade a une crise tous les trois ou quatre jours.

Il n'y a pas de constipation, ni de diarrhée.

Le malade est dans un état général relativement satisfaisant. Il paraît cependant un peu anémié. Il existe un léger subictère à peine apparent.

La palpation réveille une douleur très vive à droite de la région épigastrique.

L'examen des selles montre la présence d'œufs d'ascaris. Un traitement est institué pour débarrasser le malade de ces parasites. Un deuxième examen pratiqué après le traitement est négatif.

L'examen du suc gastrique pratiqué par M. BOULEVOT, pharmacien major des troupes coloniales, donne les résultats suivants :

Acidité totale	0.109 %
Acide chlorhydrique libre	0.071 —
Acide organique	0.038 —

Une intervention est décidée dans le but d'explorer les voies biliaires. Elle est pratiquée le 28 août 1919.

Incision transversale sus-ombilicale qui sera agrandie ensuite au moyen d'un trait médian perpendiculaire à l'incision primitive et remontant vers l'appendice xyphoïde. L'estomac, le pylore, le duodénum sont sains. Une bride qui s'étend de la face inférieure du foie, près du bord gauche de la vésicule biliaire, au colon transverse est sectionnée. La vésicule biliaire volumineuse ne contient pas de calculs. On ne sent rien d'anormal du côté du canal cystique.

Le canal cholédoque a le volume de l'index. La palpation permet de sentir à l'intérieur de ce canal de petits corps durs, allongés. Le cholédoque est incisé et on peut extraire par l'orifice ainsi créé cinq petits calculs allongés, en forme de bâtonnets, ayant la couleur de la pâte de réglisse. Un sixième de forme irrégulière rappelant celle de l'os scaphoïde est extrait ensuite. Ces calculs sont très friables. Leur centre est jaune foncé. La périphérie est brunâtre.

Drainage de l'hépatique au moyen d'un long drain que l'on fixe aux deux lèvres de l'incision du cholédoque par deux catguts. On place autour du drain trois compresses qui ressortent avec lui par l'angle droit de la plaie.

Suture de la paroi en un plan aux fils d'argent.

L'examen des calculs pratiqué par M. BOUVELOR montre qu'ils sont formés de cholestérine avec présence de bile et d'acides biliaires. On ne trouve pas de corps étrangers à l'intérieur de ces calculs.

Les suites opératoires sont apyrétiques.

Les fils de la paroi sont enlevés le quinzième jour.

Le drain du canal hépatique est retiré le seizième jour et remplacé par un drain ordinaire. Il existe toujours un écoulement de bile important par l'orifice de drainage.

L'écoulement de bile a diminué un mois après l'opération.

La fistule est fermée le 2 octobre 1918, c'est-à-dire deux mois après l'opération.

Mais le malade maigrit et devient cachectique. Il tousse et crache. Des signes de tuberculose pulmonaire apparaissent et s'aggravent rapidement. Il souffre toujours beaucoup de l'hypochondre droit.

Vers la fin de décembre 1918, un abcès se forme au niveau de la partie de la cicatrice correspondant à l'ancien orifice de drainage. Il est incisé le 26 décembre et donne issue à du pus, puis à de la bile. Il est fermé le 15 janvier 1919. A cette date le ventre est souple.

Néanmoins la malade devient de plus en plus cachectique. Il a des cavernes pulmonaires, tousses et crache beaucoup. Il meurt le 17 février 1919.

L'autopsie montre les lésions suivantes :

Les plèvres sont adhérentes.

Les poumons sont farcis de tubercules disséminés et présentent dans la région du sommet plusieurs cavernes, dont une très grande à droite.

Il existe un épanchement péricardique sérofibrineux peu abondant. Le cœur présente une plaque blanchâtre, de consistance dure, à sa face antérieure, au niveau des ventricules. Les cavités sont normales.

Le foie paraît de volume normal. La surface est lisse, régulière. La coloration en est pâle.

La face inférieure du foie adhère aux organes voisins : petite courbure de l'estomac, duodénum, colon transverse.

La vésiculaire biliaire, atrophiée, rétractée, plaquée contre la face inférieure du foie par des adhérences serrées, est vide et ne contient ni bile, ni calcul.

Les canaux hépatique et cholédoque sont dilatés.

Le canal cholédoque contient trois calculs analogues à ceux qui ont été retirés au cours de l'opération. Ils ressemblent à des bâtonnets de pâte et de réglisse. Ils sont allongés, ont un centimètre de diamètre et trois centimètres de longueur.

Le foie est de coloration brun-pâle. Il est souple et ne crie pas sous le scalpel.

Dans les canaux biliaires intrahépatiques qui sont très dilatés, nous trouvons quatre calculs arrondis, de coloration brunâtre, de consistance dure, ayant le volume d'une noix sèche. Outre ces quatre gros calculs il en existe une trentaine de plus petits groupés dans une région voisine de la face inférieure du foie, près du bile. Tous ces calculs sont également contenus dans les conduits biliaires dilatés.

Un des gros calculs présente à son centre un filament long de 4 centimètres et ayant de 3 à 4 millimètres de diamètre. Il paraît formé de tissu animal organisé. Il émerge du calcul qui le contient.

Après inclusion et coupe on reconnaît au microscope, que ce filament présente la texture d'un ascaris. Le même calcul contient un nombre considérable d'œufs d'ascaris.

Sur la planche qui accompagne cette observation et qui représente la coupe du calcul, il est facile de reconnaître la paroi du corps d'un ascaris traversant la figure en son centre. De nombreux œufs d'ascaris, la plupart réduits à leur coque bien caractéristique sont contenus dans le corps de l'ascaris et situés à droite de la paroi de ce ver. A gauche, la coupe représente la substance du calcul lui-même. Les autres calculs examinés au microscope contenaient des œufs d'ascaris fort nombreux.

Un ascaris a donc pénétré dans les voies biliaires intrahépatiques, y a pondu un grand nombre d'œufs et a succombé. Autour de son cadavre et de ses œufs, ces calculs biliaires se sont développés.

L'analyse des calculs contenus dans le foie, faite par M. BOUVELOT, a montré la présence de cholestérine, de pigments biliaires et de sels biliaires à base de calcium.

E. — ORGANES GÉNITAUX DE LA FEMME

NOTE SUR DEUX CAS DE TUBERCULOSE DU COL DE L'UTÉRUS

Par LE ROY DES BARRES (1)

OBSERVATION I

La nommée NGUYEN-THU-K..., âgée de 40 ans, entre le 15 juin 1912 dans notre service, se plaignant de pertes blanches abondantes et d'une augmentation de volume du ventre qui l'inquiète beaucoup.

Les renseignements fournis par la malade sur ses parents sont sans intérêt.

Comme antécédents personnels nous notons les renseignements suivants : mariée à 15 ans, elle devient veuve quelques mois après, son mari étant mort de paludisme ; remariée à 19 ans, elle n'est régiee qu'à 23 ans. Elle a eu cinq enfants, dont deux sont morts : l'un de variole, l'autre d'une affection pulmonaire fébrile.

Comme antécédents personnels morbides, nous trouvons une variole bénigne dans son enfance et une rougeole à l'âge de 18 ans.

Depuis son dernier accouchement qui remonte à quatre ans, la malade voit sa santé périliter ; les règles deviennent irrégulières, puis disparaissent ; à ce moment également apparaissent des accès fébriles irréguliers, peu élevés, durant parfois plusieurs jours.

Il y a environ vingt mois, la malade éprouve une sensation de gêne abdominale et s'aperçoit que son ventre augmente de volume ; peu après surviennent des écoulements purulents par la vulve.

Cet état reste stationnaire plusieurs mois, puis survient une période d'amélioration caractérisée par une diminution de volume du ventre et la moindre fréquence des accès fébriles, les mois suivants, sans que les symptômes précédents se soient modifiés, les forces déclinent un peu, l'appétit diminue et surviennent de temps à autre des mictions douloureuses. Notons également que la constipation, dont se plaint la malade, remonte à cette époque.

Il y a quatre mois, le ventre augmente de nouveau de volume, particulièrement à la région ombilicale, surtout à gauche de la ligne médiane ; puis le développement de l'abdomen devient à peu près uniforme.

Actuellement la malade est très amaigrie, et cet amaigrissement contraste singulièrement avec le développement de l'abdomen, qui mesure 80 centimètres de tour au niveau de l'ombilic.

(1) Publié dans le *Bulletin de la Société médico-chirurgicale de l'Indochine*, année 1912, n° 9, p. 578.

La palpation de l'abdomen permet de sentir par endroits des masses de consistance dure et de forme irrégulière, particulièrement au niveau du petit bassin.

L'examen de l'appareil respiratoire permet de constater l'existence d'une tuberculose au second degré.

On note également des troubles digestifs, tels que : inappétence, langue suburale, constipation.

L'examen des organes génitaux internes fournit les renseignements suivants :

La palpation abdominale combinée au toucher vaginal permet de sentir un utérus augmenté de volume, en antéflexion, et immobilisé ; dans les culs-de-sac vaginaux, outre une fluctuation des plus nettes, on perçoit la présence de masses mollasses difficiles à délimiter. Le col utérin est deux fois plus gros qu'à l'état normal.

Au spéculum, on constate que ce col est le siège, sur toute sa surface, d'une ulcération, à bords très légèrement saillants, irréguliers et décollés ; ces bords ont une coloration livide. Le fond de l'ulcération, après ablation d'un pus épais jaunâtre, qui la recouvre, se montre d'une coloration blafarde ; nulle part, il n'existe de végétations, nulle part, il n'est possible de percevoir des granulations. L'ulcération se continue dans le canal cervical. Il est impossible de se prononcer d'une manière catégorique sur l'existence d'une lésion annexielle, cependant parmi les masses senties dans le cul-de-sac droit, il en est une arrondie, douloureuse au toucher, qui peut être considérée comme une collection tubaire.

Le diagnostic posé est celui de tuberculose péritonéale avec tuberculose génitale, sans qu'il soit possible de préciser le point où les lésions tuberculeuses ont fait d'abord leur apparition. Afin de soulager la malade, qui réclame d'ailleurs une intervention, une laparotomie exploratrice est pratiquée dans le but également, après évacuation de l'ascite, de profiter de l'incision pour se rendre compte de l'étendue des lésions.

L'opération permet d'évacuer 15 litres d'un liquide citrin avec quelques flocons fibrineux et de constater l'existence sur toute la surface péritonéale d'un semis de granulations grisâtres transparentes, extrêmement fines ; ces granulations existent non seulement sur le péritoine pariétale, mais se rencontrent également à la surface des organes intra-abdominaux.

L'utérus et les annexes sont englobés dans un magma d'adhérences ; la trompe droite est le siège d'une dilatation kystique du volume d'un œuf de pigeon.

Le ventre est alors refermé.

Les suites opératoires sont des plus simples, mais l'intervention n'a même aucune amélioration de l'état général, par contre l'épanchement ascitique ne se reproduit que très peu. La cachexie continuant à progresser, la mort survient un mois après la laparotomie.

L'autopsie n'a pas pu être faite.

Une biopsie pratiquée au niveau du péritoine pariétal et au niveau de l'ulcération du col permit au docteur MOUZELS de confirmer le diagnostic clinique, montrant dans les fragments prélevés la présence de follicules tuberculeux et l'existence de bacilles de Koch.

OBSERVATION II

La nommée DOAN-THI-H... entre dans notre service le 24 août 1912. Cette femme âgée de 42 ans est malade, déclare-t-elle, depuis six mois, avant cette date elle a toujours eu une santé florissante. Dans ses antécédents héréditaires et personnels, on ne note aucune particularité digne d'être signalée : mariée à 16 ans, elle est réglée quelques mois après, toujours régulièrement. Elle a 3 enfants qui sont vivants et bien portants ; le dernier accouchement remonte à quinze mois.

Il y a six mois, elle ressent de la pesanteur dans le bas ventre, puis apparaissent des pertes blanches peu abondantes. Cet état reste stationnaire jusqu'il y a un mois environ ; à ce moment la malade ressent un sensation de brûlure dans le vagin, et observe que ses pertes blanches sont parfois striées de sang. Inquiète de cet état de choses, la malade se fait admettre à l'hôpital.

DOAN-THI-H... est amaigrie, mais son état général est encore relativement bon. L'examen des divers organes, sauf en ce qui concerne les organes génitaux, ne révèle aucune particularité morbide. Le toucher vaginal combiné au palper abdominal montre un utérus légèrement augmenté de volume dans son ensemble, mobile mais présentant une hypertrophie du col qui atteint un peu moins du double du volume normal.

L'examen au spéculum permet de voir un col volumineux, présentant une ulcération occupant toute sa face antérieure et la moitié seulement de sa face postérieure ; cette ulcération atteint l'orifice externe du canal cervical ; elle est recouverte d'un pus grumeleux, qui, une fois enlevé, laisse à nue une ulcération à fond blafard, à bords décollés. Une ulcération analogue, ovulaire à grand axe dirigé suivant l'axe du vagin, existe sur la face antérieure de celui-ci à mi-hauteur.

L'aspect tout particulier de ces ulcérations nous fait porter le diagnostic d'ulcérations tuberculeuses.

La malade interrogée au point de vue d'une lésion tuberculeuse génitale de son mari déclare que celui-ci est bien portant.

Le traitement consiste en une amputation intra-vaginale du col et en un grattage de l'ulcération vaginale : les jours qui suivent l'intervention, l'ulcération vaginale est touchée avec de l'acide lactique.

Le 10 septembre, la malade quitte notre service sur sa demande, malgré nos conseils ; à ce moment la plaie opératoire est complètement guérie, et l'ulcération vaginale a pris l'aspect d'une lésion banale.

Un examen du col amputé a permis à notre ami le docteur DEGORCE de retrouver les lésions anatomo-pathologiques de la tuberculose.

Nous avons tenu à rapporter ces deux observations afin de bien montrer que la tuberculose qui, dans ce pays, est extrêmement fréquente sous toutes ses formes, peut également se rencontrer au niveau du vagin et du col de l'utérus, et qu'il y a intérêt pour le médecin qui exerce dans ces régions à penser à la possibilité d'une localisation tuberculeuse dans des lésions de ce genre.

VOLUMINEUX POLYPE DE L'URÈTHRE FÉMININ

Par le D^r LE ROY DES BARRES (1)

La nommée Nguyen-thi-T..., âgée de 20 ans, entre dans notre service le 1^{er} septembre 1907 pour une tumeur qu'elle présente à la vulve et qui par son volume est devenue gênante et même, par moments, douloureuse.

Les antécédents héréditaires et personnels ne présentent aucune particularité bien saillante. Réglée à 18 ans, notre malade n'aurait jamais eu, c'est du moins sa déclaration, de rapports sexuels ; l'hymen est cependant fortement relâché, et son orifice permet sans aucune difficulté l'introduction de l'index.

Il y a un an environ, la malade remarqua à la partie supérieure de la vulve une petite tumeur qui se mit à grossir assez rapidement ; jamais elle n'eût de difficulté à uriner.

De temps en temps cette tumeur s'excoriait, devenait douloureuse, gênait la marche, et donnait lieu à un suintement séro-sanguinolent. Ce sont ces troubles qui ont conduit la malade à l'hôpital. A l'inspection on voit saillir entre les grandes lèvres une masse arrondie rouge vineux, dont on n'apprécie bien le volume, la forme, et les rapports qu'après écartement des grandes et des petites lèvres. Cette tumeur de consistance molle, est de forme pyramidale ; elle est reliée à la muqueuse uréthrale à la partie inférieure du méat ; cette muqueuse uréthrale fait d'ailleurs une procidence circulaire au niveau du méat. L'orifice de celui-ci admet le bout du petit doigt.

Le pédicule mesure un centimètre et demi, il est mince ; la masse de la tumeur pyramidale triangulaire présente : une arête qui est enfoncée dans l'orifice vulvaire, deux faces latérales en rapport avec les lèvres, et une troisième face convexe visible à l'extérieur entre les grandes lèvres.

Les autres organes sont normaux.

La malade est opérée le 20 septembre ; la base du pédicule est excisée avec une notable partie de la muqueuse uréthrale inférieure de manière à rétrécir l'orifice du méat. Suture par des points séparés au catgut n° 0. La malade quitte l'hôpital le 1^{er} octobre complètement guérie.

La tumeur enlevée pesait 20 grammes, elle avait le volume environ d'une grosse noix. A la coupe le tissu molle avec tractus conjonctifs visibles à l'œil nu. L'examen microscopique n'a malheureusement pas pu être pratiquée, par suite d'une erreur dans la conservation de la pièce.

(1) Publiée dans le *Bulletin médical de l'Indochine française*, 2^e année, n° 17 — 1907.

KYSTE DE L'OVAIRE SUPPURÉ ouvert spontanément et fistulisé à l'ombilic.

Par A. DEGORCE (1)

La suppuration est une complication assez fréquente des kystes de l'ovaire. Le cas que nous rapportons n'est donc intéressant que par l'issue favorable de cette complication grâce à l'ouverture spontanée du kyste à l'ombilic.

Les causes prédisposantes qui préparent ordinairement la suppuration du kyste sont l'existence d'une tumeur voisine, la grossesse, la torsion du pédicule, les traumatismes, les ponctions, la nature dermoïde ou hématique du contenu. L'infection se fait ordinairement soit à l'occasion d'un accouchement soit par l'intermédiaire d'une salpingite suppurée ou d'adhérences intestinales.

Dans notre cas, il semble assez probable que l'infection se soit faite par voie cutanée. Le kyste extrêmement volumineux avait distendu l'ombilic qui faisait au dire de la malade une saillie du volume d'une mandarine. Un jour cette saillie soumise à toutes sortes de causes d'irritation, présenta une ulcération, s'enflamma et la perforation se produisit quelques jours après.

En Europe, les volumineux kystes de l'ovaire deviennent assez rares ; car les malades se font opérer de bonne heure. Mais au Tonkin les malades gardent leurs kystes jusqu'à la dernière limite. Ces kystes atteignent des dimensions énormes et des complications de ce genre peuvent ne pas être exceptionnelles. Notre collègue LE ROY DES BARRES nous a dit avoir observé un cas tout à fait analogue il y a quelques années.

L'extirpation de ces kystes ainsi suppurés et fistulisés à la peau n'est pas sans danger à cause des adhérences étendues qu'ils présentent et de la rupture possible de la poche au cours de l'extirpation. Les lavages de cette poche n'arrivaient en effet que très imparfaitement à la vider du pus qu'elle contenait à cause des recessus nombreux où le liquide du lavage pénétrait mal.

OBSERVATION

LE-THI-NGO, 30 ans, cultivatrice, est entrée le 2 octobre 1908 à l'hôpital indigène.

Les antécédents ne présentent rien de particulier en dehors du kyste de l'ovaire. Mariée à 19 ans, la malade n'a jamais été enceinte.

La tumeur a commencé à se manifester quand la malade avait 18 ans. Dès cet âge il existait de la gêne et de la pesanteur dans le bas ventre et la malade cons-

(1) Publié dans la *Revue médicale de l'Indochine française*, 2^e année, n^o 17, 1909.

tait une grosseur dans le côté droit de cette région. La tumeur se développa progressivement. Les règles d'abord régulières devinrent irrégulières et plus rares. Dans ces dernières années le ventre avait un volume considérable. L'ombilic formait une saillie grosse comme une mandarine. Il y a environ un an une ulcération se produisit à son niveau, la région ombilicale devint rouge et douloureuse et quelques jours après une grande quantité de pus sortit à ce niveau. Le ventre s'affaissa aussitôt après. Une fistule persista dès lors au niveau de l'ombilic laissant sortir du pus en grande quantité.

La malade à son entrée à l'hôpital est dans un mauvais état général. Elle a le teint terreux et est extrêmement maigre.

L'examen de l'abdomen montre une tumeur qui bombe assez régulièrement, faisant saillie surtout à droite et occupant l'hypogastre, la région ombilicale, la fosse iliaque et le flanc droit et une partie de la fosse iliaque et du flanc gauche. Le volume est à peu près celui d'un utérus gravide à sept mois.

Des veines assez nombreuses établissent sous la peau une circulation collatérale.

L'ombilic présente une ulcération entourée d'une zone de peau enflammée. Au centre de cette ulcération existe un petit orifice par où s'écoule du pus. Un stylet introduit dans cet orifice peut être enfoncé profondément dans toutes les directions.

La pression exercée sur la tumeur fait jaillir par l'orifice un liquide purulent un peu visqueux.

La percussion dénote de la mutité dans toute la région occupée par la tumeur.

La palpation donne la sensation d'une poche flasque adhérente à la paroi dans la région ombilicale. Le toucher vaginal permet de reconnaître que la tumeur adhère à la corne droite de l'utérus.

On fait donc le diagnostic de Kyste de l'ovaire droit.

Avant d'entreprendre l'extirpation du kyste on procède pendant une vingtaine de jours à des lavages de sa cavité à l'aide d'une solution de formol à 2 pour mille.

L'extirpation est pratiquée le 21 octobre 1908.

On pratique d'abord une double incision curviligne circonscrivant l'ombilic.

Dissection de la peau jusqu'à l'orifice fistuleux. Les bords de la peau sont alors éversés et réunis avec des pinces de manière à oblitérer l'orifice fistuleux.

A partir de l'ombilic on trace ensuite une incision médiane descendant vers le pubis. On réussit à pénétrer dans la cavité abdominale à quatre travers le doigt au-dessous de l'ombilic. Le doigt introduit dans le ventre sent en haut la poche adhérent intimement à la paroi. On prolonge l'incision vers le pubis pour se donner du jour. Cette incision ouvre la vessie étirée vers le haut et adhérente à la paroi. On la referme immédiatement par deux plans de catguts.

Le kyste adhère de toutes parts. On entreprend sa libération par le bas où les adhérences sont moins fortes. On arrive sur son pédicule très étalé large de 4 à 5 travers de doigt inséré sur la corne droite de l'utérus. Ce pédicule est lié, sectionné et enfoui.

Puis le kyste est attaqué par sa partie latérale gauche plus accessible. L'épiploon épais adhère fortement. La paroi abdominale ne peut être séparée du Kyste qu'au bistouri. La tumeur bien dégagée à gauche peut être attirée en dehors du ventre. On sectionne alors de la profondeur vers la superficie les adhérences qui restent à droite et dont un grand nombre ont déjà été détruites par en bas.

Le kyste adhère intimement à la paroi sur une circonférence de 15 centimètres de diamètre.

Suture en un plan. Drainage. Sonde vésicale à demeure.

Le kyste a une paroi épaisse de près d'un centimètre. Sa cavité est unique. Malgré les lavages qui ont précédé l'opération, il contient encore du pus et des fausses membranes jaunâtres.

Les suites opératoires sont apyrétiques. Le drain et les mèches sont enlevés le 24 octobre, mais on met encore une mèche au contact de la plaie vésicale.

La sonde à demeure est supprimée le 30 octobre. La vessie fonctionne bien.

Ablation des fils de la paroi le 30 octobre. Deux points de suture ont suppuré au voisinage de l'orifice réservé pour le drainage. Du pus s'écoule en petite quantité par cet orifice. Une suppuration légère persistera à ce niveau jusqu'au 15 novembre. La malade reste longtemps émaciée, et dans un assez mauvais état général malgré la suppression de la suppuration. Au début de janvier 1909 elle va très bien et quitte l'hôpital.

VOLUMINEUX FIBROME DE LA GRANDE LÈVRE

chez une petite fille de quinze mois.

Par LE ROY DES BARRES (1)

La nommée P... TH... D..., âgée de quinze mois est conduite par sa mère à l'Hôpital indigène de Hanoi pour une tumeur à la grande lèvre droite apparue depuis l'âge de trois mois, qui, depuis cette époque n'a pas cessé de s'accroître.

Rien de particulier à noter dans les antécédents héréditaires et personnels.

La tumeur que porte notre petite malade a le volume de deux poings, de forme ovoïde à grand axe antéro-postérieure, elle pend entre les cuisses ; elle siège dans la grande lèvre droite, quant à la petite lèvre correspondante elle a disparu, étant étalée pour servir de revêtement à la tumeur.

La partie externe de la tumeur est recouverte par une peau normale, sa partie interne est recouverte d'une muqueuse saine qui correspond à la muqueuse de la petite lèvre. Quelques veines soulèvent légèrement la peau de la partie externe.

Cette tumeur dont la marche a été uniformément progressive, sans aucune poussée inflammatoire, n'a jamais été douloureuse.

La tumeur est pédiculée, le pédicule est court, en haut il s'attache sur le pubis, en dehors il s'arrête au pli génito-crural, en dedans il atteint l'orifice vulvaire, en bas il ne dépasse pas le niveau de la fourchette.

La palpation permet de constater que la tumeur est dure, lobulée, sa consistance n'est pas égale, certaines parties sont mollasses, d'autres ont une consistance fibreuse. Le pédicule donne la sensation d'un cordon fibreux. il se dirige vers le canal inguinal, mais il est impossible de le sentir pénétrer dans ce canal dont l'orifice externe n'est pas élargi. Le cordon fibreux contenu dans le pédicule est recouverte par une peau normale qui glisse facilement sur lui, les téguments qui recouvrent la tumeur elle-même (peau et muqueuse) sont également très mobilisables sur elle.

Le méat urinaire occupe sa situation normale, il n'existe pas de troubles de la miction.

L'état général est bon, tous les organes sont normaux. Le diagnostic est : fibrôme de la grande lèvre droite, ayant peut-être pris naissance au dépens des éléments du ligament rond au sortir du canal inguinal.

L'ablation est pratiquée le 7 mai, le pédicule de la tumeur qui est réduit à un petit cordon aplati vient se perdre au niveau de l'orifice inguinal externe quelques unes de ses fibres s'arrêtent au niveau de ces fibres du grand oblique, la plus grande partie pénètre dans le canal.

Les suites opératoires furent des plus simples et la petite malade quittait l'hôpital une semaine après, complètement guérie.

L'examen histologique pratiqué par notre collègue et ami le D^r DEGORCE montra qu'il s'agissait d'un fibrôme.

(1) Publié dans la « *Revue médicale de l'Indochine française* » 2^e année n^o 17, 1909.

NOTE SUR DEUX ÉNORMES KYSTES DE L'OVAIRE

Par le D^r LE ROY DES BARRES (1)

Les deux observations que nous rapportons ci-dessous ne sont intéressantes qu'à cause de la quantité considérable de liquide renfermé dans les poches kystiques ; aussi n'en donnerons-nous que le résumé.

OBSERVATION I

La nommée T.-thi-V..., âgée de 52 ans, entre à l'Hôpital indigène du Protectorat, le 25 avril 1906 ; elle est dirigée sur notre service.

Les antécédents personnels et héréditaires de la malade ne présentent aucune particularité digne d'être signalée.

Rég'ée à 17 ans, elle s'est mariée vers la même époque ; elle a eu 4 enfants, ses accouchements se sont toujours normalement passés.

Il y a trois ans la malade constata l'existence dans le flanc droit d'une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule. Cette tumeur grossit rapidement et occupa en quelques mois toute la région hypogastrique. Cette augmentation de volume s'accompagna de constipation et d'irrégularités dans les règles.

Depuis trois mois la tumeur a pris un accroissement considérable, les règles ont disparu et de la gêne respiratoire a fait son apparition. En même temps se montraient des signes généraux : amaigrissement, perte de l'appétit, etc...

La malade urine toujours normalement.

L'examen de la malade, outre les signes mentionnés plus haut, fournit les renseignements suivants :

Le ventre fait une saillie énorme, qui proémine fortement en avant ; les flancs ne sont pas étalés. La circonférence du ventre à ce niveau mesure 1 m. 05.

La palpation permet de sentir une tumeur arrondie à peu près lisse, avec des parties de consistance dure, et d'autres parties fluctuantes.

Le toucher vaginal montre l'indépendance de l'utérus ; le col difficilement accessible est dirigé en arrière et à droite ; la cavité utérine mesure 9 centimètres ;

Le diagnostic porté est celui de tumeur fibro-kystique de l'ovaire (probablement le droit).

Le diagnostic fut confirmé par l'intervention pratiquée le 3 mai. Il s'agissait d'un kyste glandulaire de l'ovaire, uniloculaire, renfermant 31 litres de liquide de consistance sirupeuse et de couleur marron ; dans la partie solide existait de très petits kystes dont le volume ne dépassait pas celui d'une noisette. Les suites furent normales ; le 27 mai, tout pansement était supprimé. La malade resta encore quelque temps à l'hôpital pour se reposer, et le 21 juin elle sortait définitivement, en parfait état.

Publié dans le *Bulletin médical de l'Indochine française*, n° 19, 2^e année, 1907.

OBSERVATION II

La nommée T.-thi-V..., âgée de 52 ans, entre à l'hôpital indigène du Protectorat, dans notre service, le 10 mai 1906.

Aucun antécédent soit héréditaire soit personnel ne mérite d'être signalé.

Réglée à 14 ans, toujours régulièrement, elle s'est mariée à l'âge de 20 ans, jamais elle n'a eu de grossesse. Depuis 2 ans la ménopause est survenue.

La malade déclare ne s'être aperçue de l'existence d'une tumeur abdominale qu'il y a seulement quatorze mois ; l'apparition de cette tumeur eût lieu dans la fosse iliaque droite, elle avait à ce moment le volume d'un œuf de cane.

Quand la tumeur eût atteint le volume d'une tête de fœtus, elle occasionna de la constipation qui devint de plus en plus opiniâtre avec l'accroissement de volume.

Peu de temps après, c'est-à-dire il y a cinq ou six mois, les règles devinrent irrégulières et les mictions fréquentes.

En même temps l'état général s'altérait, la malade maigrissait, son teint devenait terreux, l'appétit diminuait ; de l'œdème se montrait aux membres inférieurs. La malade se décida alors à entrer à l'hôpital.

L'examen de la malade, outre les signes cliniques mentionnés plus haut, fournit les renseignements suivants : le ventre fait une saillie énorme mais pointue en avant et n'est nullement étalé. La circonférence de l'abdomen mesure 1 mètre au point le plus saillant. La palpation permet de reconnaître l'existence de parties molles et de parties dures dans la tumeur, les parties molles sont par places nettement fluctuantes, dans d'autres endroits on ne constate que de la rénitence. Le toucher vaginal permet de constater l'indépendance de la tumeur d'avec l'utérus ; malgré cela la cavité utérine est allongée et mesure 10 centimètres.

Le diagnostic porté est celui de kyste mixte de l'ovaire multiloculaire.

L'opération pratiquée le 14 mai confirme ce diagnostic et montre que la tumeur s'était développée aux dépens de l'ovaire droit.

Il existait deux grandes poches, six poches plus petites et une infinité de petites cavités kystiques. La masse solide pesait 3 kilos, la quantité de liquide atteignait 23 litres. La plus grande quantité de ce liquide provenait des deux grosses poches qui renfermaient chacune environ 10 litres. Plusieurs poches renfermaient de la matière caséuse.

Les suites furent excellentes à l'exception des trois premiers jours où le cœur de la malade présenta un affaiblissement de ses contractions et une irrégularité de ses bruits ; cette menace d'asystolie disparût par l'usage pendant ce laps de temps d'une dose quotidienne de XV gouttes de teinture de digitale.

Le 29 mai tout pansement était supprimé.

La malade resta encore quelque temps à l'hôpital afin de soigner son état général.

NOTE SUR UN CAS DE PROLAPSUS GÉNITAL complet avec entérocele.

Par LE ROY DES BARRES (1)

La photographie que nous reproduisons ci-contre est celle d'un prolapsus génital complet renfermant en plus de l'utérus, des ovaires et des trompes, la vessie et une quantité considérable d'anses grêles. La tumeur atteignait le volume d'une noix de coco. Ce prolapsus avait débuté après un accouchement et avait mis quatre années à acquérir ce volume. L'intervention fut facile et consista en une hystérectomie vaginale suivie d'une résection des parois vaginales et d'une périnéoraphie avec suture des releveurs. La malade revue un an après ne présentait aucun signe de hernie vaginale.

(1) Publié dans le *Bulletin de la Société médico-chirurgicale de l'Indochine*, année 1914, n° 8, page 342.

NOTE SUR L'ABAISSEMENT DE L'URÈTHRE et du col de la vessie comme temps préliminaire de la suture de certaines fistules vésico-vaginales.

Par A. LE ROY DES BARRES et JOYEUX (1)

Au cours d'interventions pour fistules vésico-vaginales situées au voisinage du col, enpiétant ou n'empétant pas sur l'urèthre, nous avons été frappé de la difficulté avec laquelle le dédoublement et l'avivement étaient pratiqués, et les difficultés encore plus grandes pour obtenir la coaptation des surfaces cruentées, difficultés se traduisant fréquemment par un échec opératoire. Le col vésical et la partie intra-pelvienne de l'urèthre plaqués contre le pubis, le vagin maintenu par des brides cicatricielles, tels sont les principaux obstacles à la mobilisation de tissu et malgré un jour suffisant donné par un débridement vulvo-vaginal, malgré même des incisions libératrices vaginales au niveau des brides cicatricielles, malgré un glissement à la Jobert de Lamballe, un affrontement correct ne peut être obtenu et la fistule récidive d'une manière désespérante.

Afin de rendre plus de mobilité à l'urèthre, nous avons eu recours tout d'abord à une incision sous-symphysaire analogue à celle employée par Legueu dans l'uréthrotomie externe chez la femme, passant entre le méat et le clitoris. A l'aide de cette incision nous arrivions à décoller la paroi supérieure de l'urèthre, à sectionner l'aponévrose périnéale moyenne et à obtenir un abaissement de la paroi antérieure du vagin, suffisant dans certains cas pour obtenir un bon affrontement, mais nous eûmes plusieurs fois des échecs. Ces échecs à notre avis tenaient à l'impossibilité par cette seule incision de mobiliser le col vésical.

Aussi, pour arriver à ce but, avons-nous employé, avec succès d'ailleurs, dans un cas particulièrement difficile, où la fistule siégeait à l'union du col vésical et de l'urèthre était profondément cachée derrière le pubis, un procédé qui consiste essentiellement dans les temps suivants : section du ligament suspenseur du clitoris, section de l'aponévrose périnéale moyenne, section des ligaments pubo-vésicaux, libération de la paroi supérieure de l'urèthre et section des brides cicatricielles vaginales.

Cette intervention est conduite de la façon suivante :

1° Incision verticale commençant à la partie moyenne de la symphyse du pubis et sur la ligne médiane, arrivant à la naissance du clitoris, cette incision est déviée, à droite ou à gauche à volonté, de manière à passer le long du clitoris, puis elle coupe la petite lèvre et est arrêtée au niveau du vestibule à mi-distance entre le méat urinaire et l'extrémité libre du clitoris. Cette première incision est menée à la partie supérieure profondément jusqu'à l'os, au niveau du bord inférieur de la symphyse, elle coupe le muscle constricteur

(1) Publié dans le *Bulletin de la Société médico-chirurgicale de l'Indochine*, année 1914, n° 10, page 405.

du vagin et la racine correspondante du clitoris ; au-dessous, l'incision n'intéresse que la muqueuse. Les vaisseaux qui saignent sont liés au fur et à mesure.

2° Rasant alors la face antérieure du pubis, puis son bord inférieur, on coupe le ligament suspenseur du clitoris, l'aponévrose périnéale moyenne. Latéralement la section est menée jusqu'à permettre l'introduction de deux doigts. Il est facile, en s'aidant d'écarteurs, de voir tous les tissus à sectionner.

3° A l'aide d'une pince placée sur la lèvre antérieure de la fistule vésico-vaginale et d'une seconde pince placée sur le col utérin, un aide exerce des tractions de manière à abaisser au maximum l'utérus et la vessie. Sous l'influence de ces tractions les ligaments pubo-vésicaux se tendent et il est facile à l'opérateur de les sectionner en rasant la face postérieure de la symphyse. L'abaissement du clitoris réalisé par la section de ligament suspenseur permet d'éviter la section de la veine dorsale, et si le bistouri ne quitte pas le contact osseux, aucune veine susceptible de donner lieu à un écoulement sanguin notable n'est blessée.

4° Un cathéter est alors introduit par le méat urinaire, puis de l'extrémité de l'incision précédente on mène à droite et à gauche, passant à égale distance de l'extrémité du clitoris et de l'orifice du méat, une incision légèrement curviligne à concavité dirigée en bas qui rejoint les petites lèvres. On soulève successivement les deux lambeaux angulaires ainsi délimités, et l'on poursuit le dégagement de la paroi supérieure de l'urèthre jusqu'à son entrée dans la vessie. L'hémorragie est relativement peu abondante, les veines qui saignent sont liées au fur et à mesure. L'hémorragie est réduite au minimum si l'on rase la face externe de sphincter externe de l'urèthre. Sur les côtés en prolongeant plus ou moins l'incision suivant le cas, on arrive à sectionner les brides fibreuses qui, latéralement, fixent le vagin et s'opposent à l'abaissement des cloisons uréthro-vaginale et vésico-vaginale.

5° Après fermeture de la fistule vésico-vaginale, la plaie destinée à permettre l'abaissement du col de la vessie et de l'urèthre est suturée par des points profonds et superficiels après mise en place d'un drain derrière le pubis, drain qui est enlevé le deuxième jour.

NOTE SUR UN DYSEMBRYOME OVARIEN COMPLIQUÉ de tuberculose péritonéale.

Par le D^r A. DEGORCE (1)

La nommée NGUYÈN-THI-OAN, 41 ans, est entrée le 26 novembre 1927 à l'Hôpital du Protectorat pour une tumeur abdominale et cachexie. Les antécédents héréditaires et collatéraux de la malade ne permettent de relever aucun renseignement intéressant ; au point de vue personnel, cette femme a eu 7 accouchements, deux enfants seulement survivent, les autres sont morts en bas-âge. Pas de maladie infectieuse dans les antécédents ; mais bronchites tous les hivers.

Depuis dix mois les règles ont disparu ; la malade déclare que son ventre n'a augmenté de volume que depuis un mois 1/2 (?) et qu'à ce moment, elle aurait eu de la fièvre, puis des coliques avec diarrhée séreuse (5 ou 6 selles par jour) ; à partir de cette époque, son état général se serait rapidement altéré. A l'examen de l'abdomen, on constate l'existence d'une tumeur du volume d'une tête d'adulte accompagnée d'une certaine quantité d'ascite. La tumeur est de consistance inégale, elle est indépendante de l'utérus dont le volume est normal. Il existe de la circulation collatérale des parois de l'abdomen. L'examen des divers organes est négatif, sauf au niveau du poumon où il existe une tuberculose pulmonaire à la 2^e période. La recherche des bacilles de Koch dans les crachats est négative. Fièvre tous les soirs (38°5 à 39°) ; urines légèrement albumineuses. Le diagnostic porté est celui de tumeur de l'ovaire, probablement d'origine congénitale avec ascite compliquée de tuberculose pulmonaire et probablement de tuberculose intestinale.

La malade est opérée le 29 novembre, sous rachianesthésie ; l'intervention montre l'existence d'une tumeur ovarienne droite du volume d'une tête d'adulte, irrégulièrement arrondie, présentant des parties molles, des parties dures et des kystes de tous volumes, dont l'un est gros comme une grosse orange. La surface de la tumeur présente, pas loin de son pédicule, une surface végétante de la dimension d'une piastre. Le péritoine et la surface de l'intestin sont recouverts d'un semis de granulations allant du volume d'une tête d'épingle à celui d'un grain de chenevis. Ces granulations sont les unes grisâtres et translucides, les autres légèrement blanchâtres et opaques. Le liquide d'ascite est citrin. Ablation de la tumeur ; fermeture de la paroi en un plan.

La malade continue à présenter de la fièvre tous les soirs. Ablation des fils le 10 décembre, la cicatrisation est complète. Les jours suivants, la diarrhée s'accuse de plus en plus, la cachexie s'accroît, et la malade meurt le 17 décembre. L'autopsie n'a pu être pratiquée.

La pièce enlevée est un kyste dermoïde renfermant des poils, de la matière sébacée, des fragments cartilagineux et osseux. L'examen histologique d'un morceau du kyste et d'une granulation péritonéale prélevée au cours de l'inter-

(1) Publié dans le *Bulletin de la Société médico-chirurgicale de l'Indochine*, 1918, page 159.

vention, a été fait par l'un de nous au Laboratoire d'anatomie pathologique de l'Institut Pasteur à Hanoi et a donné les résultats suivants.

Examen microscopique :

On reconnaît dans le premier prélèvement le kyste dermoïde avec ses nombreux poils, ses glandes sébacées et sudoripares extraordinairement développées, comme cela est l'habitude dans ce cas. L'épiderme est papillomateux ; l'épithélium de revêtement de pavimenteux stratifié qu'il est sur le kyste même, devient, çà et là, cylindrique simple ou stratifié, cilié ou plateau, etc... Mais, de plus, on aperçoit du tissu musculaire, un nodule cartilagineux et des noyaux osseux au milieu du tissu fibreux. Le tissu nerveux est représenté par des cellules nerveuses incluses dans du tissu fibreux ; une traînée de cellules pigmentées, loin de couches superficielles, ressemblent étrangement aux cellules rétinienne. Enfin, toute une série de tubes glandulaires mélangés qui rappellent les glandes salivaires, mammaires, thyroïdiennes, les glandes en cul-de-sac de l'estomac et peut-être aussi des tubes urinifères. Parfois même, il y a deux épithéliums totalement différents dans le même tube glandulaire.

Sur la deuxième pièce (péritoine) on retrouve presque toutes ces formations dans la zone profonde, qui est bornée d'un épithélium à peu près constamment cylindrique et cilié ressemblant à l'épithélium haut et cilié des cavités kystiques de l'ovaire. La surface péritonéale est boursoufflée, çà et là, par des adénomes thyroïdiens parfaits. Ce sont des noyaux adénomateux, qui en imposaient, macroscopiquement, pour des granulations spécifiques. Cependant, et là est la constatation la plus intéressante de cette observation, on trouve dans la sous-séreuse d'assez nombreuses cellules géantes que la présence de bacilles de Koch permet d'identifier. Pas de caséification. Le péritoine a réagi ; son épithélium a disparu et est remplacé par un réseau fibrillaire aplati contenant des polynucléaires plus ou moins dégénérés.

Il s'agit donc en résumé d'un dysembryome ovarien avec kyste dermoïde et adénome thyroïdien avec une péritonite tuberculeuse concomitante.

F. — ORGANES GÉNITAUX DE L'HOMME

ULCÈRE PHAGÉDÉNIQUE DES BOURSES

Par le Dr A. DEGORCE (1)

L'ulcère phagédénique des bourses s'observe assez rarement au milieu des innombrables plaies phagédéniques qui encombrant les hôpitaux indigènes du Tonkin. Nous n'en avons encore observé que deux cas.

Le caractère le plus frappant de ces ulcères semble être la rapidité avec laquelle ils creusent et s'étendent, comme aussi, la facilité relative avec laquelle on peut les guérir dès qu'on les traite.

Chez les deux malades que nous avons observés, l'ulcère n'avait débuté qu'une quinzaine de jours avant l'entrée à l'hôpital et cependant leurs testicules pendaient à nu à travers une plaie large comme la paume de la main.

Un mois environ après, tout était réparé. Le scrotum qui semblait presque détruit s'était réformé. Ce terme d'un mois paraîtra peu de chose à ceux qui ont l'habitude de soigner les ulcères phagédéniques des pays chauds, car la durée de ces ulcères à leur siège ordinaire, c'est-à-dire aux membres inférieurs, se chiffre par mois et non par semaines.

Ces dégâts si graves en apparence et si facilement réparables doivent leur caractère spécial à la nature anatomique des enveloppes des testicules. Ces enveloppes possèdent un tissu cellulaire extrêmement lâche et sont doublées des fibres musculaires du crémaster. Le tissu cellulaire s'infiltré énormément au voisinage d'une plaie infectée. Le scrotum rétractile, tendu sur ces tissus infiltrés, tend à écarter les bords de la plaie qui s'agrandit rapidement. Il semble avoir été détruit. Mais en réalité il s'est rétracté à la racine des bourses, et quand, sous l'influence de pansement propres, l'œdème aura disparu, ce scrotum, redevenu souple, sera encore très suffisant pour recouvrir les testicules.

La cause réelle de ces ulcères comme celle de tous les ulcères phagédéniques de ce pays est la misère physiologique. Les malades sont des coolies faméliques qui reviennent des régions les plus malsaines du Haut-Tonkin. La moindre plaie, une simple lésion de grattage peut donner lieu chez eux à un ulcère phagédénique.

Les caractères cliniques de ces ulcères sont ceux des autres ulcères tropicaux phagédéniques : bords infiltrés, coupés nettement comme à l'emporte pièce ; fond putrilagineux, tapissés de débris sphacelés brunâtres, dégageant une odeur infecte. L'œdème des bourses s'étend à la verge. Les ganglions inguinaux sont engorgés.

(1) Publié dans le *Bulletin médical de l'Indochine française*, 2^e année, n^o 19, 1907.

Un traitement très simple semble suffire à guérir l'ulcère. Un de nos malades a guéri avec de simples pansements à l'eau bouillie. L'autre a été traité par des attouchements au permanganate de potasse au quinzième et par des pansements humides à l'eau oxygénée.

OBSERVATION I

Nguyễn-van-Tam, coolie âgé de 25 ans, entre à l'hôpital le 3 avril 1907.

Le malade vient du Yunnan où il travaillait à la ligne du chemin de fer.

La maladie actuelle a débuté il y a environ 15 jours. Le sujet ressentait des démangeaisons au niveau du scrotum. En se grattant il se fit une petite écorchure à la partie inférieure des bourses. Notons que le malade dit n'avoir pas eu de rapports sexuels depuis longtemps et que c'est très vraisemblable.

La plaie s'agrandit rapidement pour atteindre depuis quelques jours déjà les dimensions actuelles.

Le scrotum paraît actuellement détruit en grande partie. La plaie a la dimension de la paume de la main. Le lambeau de scrotum conservé a en avant 2 centimètres seulement de longueur, 2 à 3 centimètres en arrière, 3 à 4 centimètres sur les côtés. Les testicules sont dénudés, recouverts seulement des débris sphacelés provenant de leurs enveloppes. Les bords de l'ulcère sont œdématisés taillés à pic. La surface de la plaie est tapissée d'une bouillie brunâtre, filante, formée de tissus sphacelés, extrêmement fétide.

La partie restante du scrotum est tendue par l'œdème. Le fourreau de la verge est très œdématisé. L'œdème s'étend jusqu'au prépuce.

Les ganglions inguinaux sont engorgés.

Le malade ressent des douleurs très vives. Il marche avec peine les jambes écartées.

On panse la plaie avec de simples pansements humides à l'eau bouillie.

10 avril 1907. — La plaie se nettoie peu à peu. Son extension est arrêtée. Les tissus sphacelés ont disparu. On voit des bourgeons charnus naître du fond de la plaie.

20 avril. — Grande amélioration. La plaie est de la dimension d'une piastre. Elle ne suppure presque pas. L'amélioration est appréciable de jour en jour.

1^{er} mai. — La plaie n'a plus que les dimensions d'une pièce de 20 cents.

10 mai. — La cicatrisation est presque terminée.

18 mai. — Le malade sort guéri complètement. Le tissu cicatriciel qui a remplacé l'ulcère détermine un peu de rétraction de la peau du voisinage.

OBSERVATION II

Nghiêm-van-Khanh, 30 ans, coolie, entre à l'hôpital le 2 septembre 1907.

Ce malade a eu la blennorrhagie il y a sept ans. A la même époque il a eu des plaies de la région pubienne. Ces plaies ont laissé des cicatrices et des taches achromiques. Les poils du pubis sont blancs au niveau des taches.

Actuellement, le malade revient de la vallée du Nam-Ti où il travaillait à la ligne du chemin de fer depuis environ quatre mois. Il a eu des accès de fièvre de temps à autre.

Il y a vingt jours environ survint de l'œdème de la face et du scrotum. L'ulcération a débuté insidieusement il y a environ 15 jours. En deux ou trois jours elle aurait atteint les dimensions actuelles. Le prépuce est ulcéré depuis sept jours environ.

Lors de l'entrée à l'hôpital les bourses présentent une plaie large comme la paume de la main. Il semble qu'on les ait sectionnées par une coupe horizontale. Au-dessous de cette coupe les testicules augmentés de volume, dénudés, pendent au milieu de lambeaux sphacelés. Les bords de la plaie sont taillés à pic, œdématiés. Un liquide jaunâtre, extrêmement fétide suinte continuellement de la plaie. Ce qui reste du scrotum semble en voie de destruction.

La verge est œdématiée.

Le prépuce présente une ulcération à bords taillés à pic, à fond garni de lambeaux sphacelés grisâtres s'étendant dans toute la région qui recouvre le gland. Le gland ne peut être découvert.

Les ganglions inguinaux des deux côtés sont augmentés de volume, gros comme une noisette, roulant sous le doigt.

La face est bouffie. Les jambes et les pieds sont également œdématiés. La peau est rugueuse couverte de petites squames. Les cheveux sont rares, ternes. La pâleur du visage et des téguments est extrême.

Les douleurs causées par l'ulcère sont très vives. Le moindre contact est extrêmement douloureux.

On touche l'ulcération avec une solution de permanganate de potasse à 1 pour 15 et on fait des pansements humides à l'eau oxygénée. A l'intérieur, on donne 5 grammes par jour d'extrait fluide de quinquina.

11 septembre. — L'état général s'améliore un peu. L'œdème de la face et des membres inférieurs a presque disparu. La plaie suppure encore beaucoup et est très douloureuse. Elle exhale toujours une odeur infecte.

22 septembre. — La plaie des bourses est rosée. Les bords se cicatrisent rapidement. Les testicules sont recouverts de bourgeons charnus. La dimension de la plaie est la moitié de la paume de la main.

La plaie du prépuce a également très bon aspect et se cicatrise.

Le malade a meilleure mine. On supprime les cautérisations au permanganate.

25 septembre. — La plaie n'a plus que la dimension d'une piastre. Elle a très bon aspect.

28 septembre. — La plaie du scrotum a les dimensions d'une pièce de vingt cents. La plaie du prépuce n'a plus que quelques millimètres de diamètre.

L'état général est satisfaisant.

7 octobre. — Le malade sort. Il est guéri depuis plusieurs jours.

G. — ORGANES URINAIRES

ANALYSE D'UN CALCUL MIXTE A NOYAU formé par un limbe de monocotylédone.

Par BLOCH, *pharmacien des Troupes coloniales* (1)

Le 16 décembre 1907, le chinois P... L... K..., âgé de 34 ans, entré à l'Hôpital indigène de Hanoi, dans le service du Docteur LE ROY DES BARRES. Depuis plusieurs mois il présentait des urines purulentes et avait de vives douleurs hypogastriques, avec des interruptions brusques de la miction. Après désinfection préalable des voies urinaires, une taille hypogastrique fut pratiquée le 19 janvier 1908, et le malade sortait le 12 février complètement guéri.

On avait extrait un calcul de la grosseur d'un œuf de poule, pesant 55 grammes, ayant 7 centimètres de long, 39 mm sur 30 dans sa section la plus large, et dont la moitié, obtenue en sciant le calcul, fut laissée sur sa demande au propriétaire. C'est l'analyse de ce calcul, intéressant et par sa composition, et surtout par son noyau, que l'on trouvera plus bas.

Le calcul se présente sous forme d'un œuf blanc sale extérieurement, légèrement grumeleux et mamelonné ; en section il paraît formé par la réunion de 3 calculs pentagonaux accolés puis fondus en un seul. De l'intérieur à l'extérieur on trouve successivement, pour chaque calcul un noyau tendre de 1/2 à 1 mm, entouré d'une substance blanc gris limitée par une zone violette circulaire ; une deuxième couche grise, une zone violette nettement pentagonale ; les calculs sont alors réunis par une zone violette très mince les entourant tous trois et l'on trouve ensuite des couches grise-violette, grise-bleue, et enfin à l'extérieur une couche blanc gris très dure.

Le temps m'ayant manqué, je n'ai pu séparer les diverses couches que fin février, chaque portion obtenue étant soigneusement mise de côté, et l'analyse définitive n'a été faite qu'en juillet.

Au fur et à mesure de la dessiccation, les teintes, vives au début, allaient s'atténuant. C'est ainsi que la couche bleue était devenue gris bleue, et la zone violette rose sale.

En février, après un mois de dessiccation, la moitié de calcul mise à ma disposition, pesait encore 25 grammes. En raclant à partir de l'extérieur, j'ai trouvé successivement :

- Une couche blanche mamelonnée très dure ;
- Une couche blanche et bleue très dure ;
- Une couche bleue très dure ;
- Une couche blanche moins dure.

Publié dans la « *Revue médicale de l'Indochine française* », 1^{re} année, 1908, n° 9.

A ce moment le calcul, formé d'une masse rose sale s'est brisé ; la partie la plus tendre avoisinant immédiatement le noyau a été recueillie à part, donnant une 6^e portion, la 5^e étant constituée par la grosse masse ainsi brisée. Quant au noyau, il était constitué, pour l'un des calculs par un petit fragment cylindrique de 8 mm. de long, pour les deux autres par les extrémités d'un cylindre identique au précédent, courbé en anse, d'environ 1 mm de diamètre sur 54 mms de long.

Analyse du calcul.

Dans chacune des 6 portions précédentes examinées j'ai trouvé de l'acide urique, de l'ammoniaque, de l'acide phosphorique, de la chaux, de la magnésie, aucune ne contenait d'oxalate ; aussi ont-elles été mélangées pour le dosage des divers éléments.

Les pigments biliaires, l'indican ont été recherchés sans succès dans les parties colorées, la cholestérine dans l'ensemble ; je n'ai également pu constater la présence que de traces de chlorures dans 1 gramme du calcul.

Les méthodes employées pour les dosages ont été celles habituellement en usage ; l'acide phosphorique et la magnésie ont été dosés à l'état de phosphate ammoniaco-magnésien transformé en pyrophosphate ; la chaux à l'état d'oxalate calciné puis transformé en sulfate (1 gr. 60 de calcul) a été traité par l'acide chlorhydrique, le volume complété à 100 cc. et chaque dosage effectué sur 20 cc. du liquide filtré ; l'ammoniaque successivement sur 0 gr. 50 et 1 gr. par le procédé Schloësing (on a pris la moyenne des résultats, sensiblement identique, 5,27 et 5, 18) l'acide urique successivement par les procédés Denigès (sur 0 gr. 21) et Ronchèse (sur 0 gr. 50) le chiffre obtenu par ce dernier procédé étant considéré comme bon (15,4 %) le procédé Denigès ayant donné 16).

Les résultats obtenus ont été les suivants :

Perte à 100	26,47 % (1)
Cendres	45,12
Perte au rouge (par différence)	28,41
Acide urique	15,4
Ammoniaque	5,22
Chaux en Cao	8,717
Magnésie en Mg. 0	8,626
Anhydride phosphorique P O 5	26,84

ce qui correspond sensiblement à la composition centésimale suivante :

Urate d'ammonique	16,96
Phosphate ammoniaco-magnésien	52,80
Phosphate bicalcique	26,70
Divers, eau, organ. (par différence) ..	3,54

Noyau.

Les cylindres trouvés avaient l'aspect de pétioles de feuille autour desquels il serait resté une portion de limbe ; mis dans l'eau et déroulés, on a pu cons-

(1) Il n'est pas possible de dire eau %, les phosphates bicalcique et ammoniaco-magnésien perdant une partie de leur eau de cristallisation et de l'ammoniaque à cette température, mais ne les perdant pas complètement.

tater qu'ils étaient formés par un limbe de monocotylédone roulé ; le plus grand développé a 54 mm. de long sur 21 mm. de large. Les nervures parallèles se voient très nettement à la surface du limbe qui est très mince ; une coupe n'a donné aucune indication sur la plante et n'a pas permis de déterminer la feuille à laquelle elle appartient ; on y voit en effet des faisceaux parallèles, contenant des vaisseaux spiralés, mais rien autre de particulier.

Le chinois interrogé, a soutenu qu'il ne s'était jamais introduit aucun corps étranger dans la vessie, de sorte qu'il n'est pas possible de dire si cette feuille y a été introduite volontairement à titre de médicament ou accidentellement pour un autre motif. Toujours est-il qu'on doit attribuer la formation de ce calcul à la condensation autour d'un limbe roulé de 12 à 14 cts de long ayant pris dans la vessie la forme ci-contre, de produits de condensation de l'urine ayant d'abord donné 3 calculs distincts qui, grossissant peu à peu et s'agglomérant, ont donné l'œuf de poule extrait le 19 janvier.

KYSTE HÉMATIQUE DU CUBITUS

Par M. DEGORCE (1)

(Examen radiographique par le D^r HEYMANN.

Examen histologique par le D^r BABLET) (1)

La question des kystes sanguins des os est revenue récemment à l'ordre du jour et plusieurs communications ont été faites à ce sujet, en particulier à la Société de Chirurgie de Paris. Nous avons donc cru intéressant de publier cette observation bien qu'il s'agisse d'un cas un peu spécial, le malade étant anémique et hémophile.

Un enfant annamite de 12 ans entre dans notre service le 20 février dernier, pour une tumeur de l'avant-bras gauche et une tumeur du cou de pied droit.

Les antécédents de cet enfant méritent d'être signalés. Les parents sont bien portants. Mais sur cinq frères du malade, quatre sont morts en bas-âge de maladies indéterminées. Un autre est mort à 8 ans d'hémorragie consécutive à une coupure de l'index.

L'enfant aurait eu vers l'âge de 5 mois une tumeur grosse comme le poing au niveau des bourses, de teinte ecchymotique, développée en quelques jours et qui se serait résorbée spontanément. D'autres tumeurs du même genre seraient apparues à la tête au genou et se seraient résorbées lentement.

Enfin, l'enfant a eu à quatre reprises des hémorragies gingivales durant de 7 à 15 jours.

La tumeur du coude date de deux ans environ et s'est développée lentement, sans douleur accentuée.

Il y a cinq mois une deuxième tumeur est apparue au-dessous de la malléole externe du pied droit.

L'enfant est maigre et d'une pâleur cireuse.

La tumeur de l'avant-bras gauche est globuleuse, de coloration violacée, et s'étend de la face postérieure du coude jusqu'au tiers inférieur de l'avant-bras. Elle est molle et fait corps avec les tissus profonds. On ne sent nulle part de coque osseuse.

Pas de ganglions dans l'aisselle.

La tumeur du cou-de-pied droit est molle, grosse comme un œuf, adhérente à la profondeur, et siège à la face externe du calcaneum.

Le volume de la rate est normal.

La numération globulaire pratiquée par le D^r LAMOUREUX montre 1.930.000 globules rouges, 5.700 globules blancs par millimètre cube. Hémoglobine 20 pour cent.

(1) Publié dans le *Bulletin de la Société médico-chirurgicale*, 1926, page 285.

Formule leucocytaire :

Polynucléaires	84
Mononucléaires	11
Lymphocytes	3
Formes intermédiaires	2
Eosinophiles	0

L'examen des selles montre la présence d'œufs d'ankylostomes.

Intervention le 26 février 1926.

Une incision pratiquée au niveau de la tumeur à la face postérieure de l'avant-bras permet de pénétrer dans une vaste cavité remplie de caillots. Les parois de cette cavité sont lisses, ne saignent pas et sont constituées par places par une mince lame osseuse souple. On prélève un fragment de la paroi au point le plus résistant. Les ciseaux la coupent avec facilité.

Au pied, une petite incision donne issue à un jet de sang liquide qu'il est difficile d'arrêter. Nous n'insistons pas et faisons un pansement compressif qu'il faut renouveler dans la journée.

On injecte 10 centimètres cubes de sérum antitétanique le jour l'opération et du sérum antistreptococcique les jours suivants.

Le malade a de la fièvre à grandes oscillations pendant une dizaine de jours.

A partir du 7 mars, la fièvre cesse et l'état général s'améliore sensiblement.

La plaie de l'avant-bras est en bonne voie de guérison.

Le 15 mars, le malade sort malgré nos conseils, sa plaie étant en bon état, mais non cicatrisée. Il n'a pas été revu depuis.

Note de M. HEYMANN

Examen radioscopique. — L'examen radiologique de l'avant-bras de ce malade montre une tumeur développée nettement aux dépens du cubitus.

En effet, les deux tiers supérieurs de cet os présentent une structure fibrillaire très nette, structure s'épanouissant au niveau de l'olécrâne en deux ou trois aréoles. De la diaphyse ainsi constituée partent une série de cloisonnements délimitant des espaces à forme variable. La distinction entre le tissu compact et le canal médullaire à complètement disparu. Le point d'ossification olécrânien apparaît nettement. Le radius est absolument intact.

A signaler que ce malade présente une lésion similaire au niveau de l'astragale du même côté.

Les symptômes radiologiques semblent se rapporter à deux ordres de lésions osseuses, soit ostéo-sarcome, soit kyste osseux hématique. La ponction de la tumeur faite par le D^r DEGORCE confirme la dernière hypothèse.

Note de M. BABLET

Examen histologique. — Tissu de granulation riche en plasmocytes encadré par de larges plages très découpées de collagène. Quelques travées de substance amorphe chondroïde ou ostéoïde emprisonnant de rares cellules à cytoplasme très réduit. Exsudats fibrineux très abondants au voisinage desquels on note une hémaphagie intense. Vaisseaux nombreux, capillaires pour la plupart, sans anomalies.

En résumé, tissu d'inflammation chronique réalisant par places l'aspect du cartilage et même de l'os néoformé.

I. — CRANE, FACE, ORBITE, NEZ, FOSSSES NASALES

OSTÉITE DU FRONTAL

Séquestre formé aux dépens de la paroi antérieure du sinus frontal.

**Ectropion cicatriciel — Ablation du séquestre.
Réfection de la paupière.**

Par le D^r A. DEGORCE (1)

Nguyên-van-Loi, âgé de 16 ans, entre à l'Hôpital indigène le 28 février 1907.

Le début de la maladie remonte à sept mois. Le malade aurait eu d'abord de la fièvre, des maux de tête, des vertiges. Au cours de ces accidents morbides, il aurait fait une chute et le front aurait porté sur l'angle d'un meuble. Il y a lieu d'attacher peu d'importance à ces racontars du malade, car les indigènes déforment fréquemment l'histoire de leur maladie pour l'adapter à leurs idées pathogéniques. Un abcès survint dans la région du sourcil gauche environ un mois après la chute. L'ouverture de l'œil gauche était impossible. L'abcès s'ouvrit spontanément puis laissa une fistule. La paupière supérieure commença à s'éverser en dehors trois mois environ après la formation de l'abcès.

Etat du malade lors de son entrée. — Ectropion de toute la paupière supérieure de l'œil gauche. La muqueuse conjonctivale est éversée en totalité, rouge, hypertrophiée. La face cutanée de la paupière est réduite à une bande de deux ou trois millimètres, rétractée, adhérente aux tissus profonds et au rebord orbitaire. Le bord palpébral est donc étroitement adhérent à la région sourcilière. Au niveau du rebord orbitaire, on aperçoit en attirant en haut le sourcil (fig. 2) un orifice fistuleux irrégulier bordé d'un mince bourrelet rosé. A travers cet orifice on aperçoit une surface osseuse dénudée, grisâtre. La fistule suppure légèrement.

L'occlusion de l'œil est impossible. Elle se fait seulement partiellement grâce au bourrelet de la partie de la conjonctive palpébrale supérieure, la plus voisine du fond du cul-de-sac.

La conjonctive oculaire est un peu rouge. La cornée est un peu trouble et présente une ulcération superficielle.

L'œil est fortement dévié en dedans et en bas. Le globe oculaire ne peut être tourné avec persistance en dehors.

(1) Publié dans le *Bulletin médical de l'Indochine française*, 2^e année, n^o 19, 1907.

L'œil droit est normal.

Opération le 4 mars 1907. — Par une incision parallèle au rebord orbitaire, je libère ce qui reste de la face cutanée de la paupière supérieure de ses adhérences profondes. L'incision passe à travers l'orifice fistuleux. Cet orifice étant ainsi élargi, je puis mobiliser, mais non extraire le séquestre osseux que l'on apercevait par la fistule. Je dois pour l'extraire brancher sur ma première incision une incision oblique en haut et en dedans. J'extrahis alors un séquestre large de trois centimètres environ et haut de deux centimètres et demi, représentant la paroi antérieure du sinus frontal gauche et allant de l'orifice fistuleux à la ligne médiane. Le sinus reste fermé seulement par une membrane dépressible.

Pour remplacer la face cutanée de la paupière, détruite par l'ancienne sup-puration, je prends un lambeau cutané à pédicule inférieur sur la tempe gauche et je le tords en dedans pour combler la perte de substance palpébrale.

Je suture le tout sauf l'extrémité supérieure de l'incision qui a servi à libérer le séquestre et qui sert au drainage. Sutures intradermiques.

L'œil peut être fort bien fermé à la fin de l'opération. Mais la muqueuse conjonctivale palpébrale hypertrophiée vient faire saillie au dehors du bord palpébral et fait hernie dans l'occlusion de l'œil. Pansement sec aseptique.

Suites opératoires normales. — Le 6 ablation de la mèche de drainage. Pansement humide à l'eau bouillie.

Le 10 mars. — La réunion est parfaite. Il reste seulement une petite plaie rosée, ne suppurant pas, au niveau de l'orifice de drainage.

Le 20 mars. — La cicatrisation est complète. Mais l'ectropion tend à se reproduire. La kératite va mieux. Tout pansement est supprimé.

Pendant le mois d'avril et le mois de mai, on fait à diverses reprises, sur la conjonctive palpébrale hypertrophiée, des raies de feu parallèles au rebord palpébral, à l'aide de la pointe fine du thermocantère. Le résultat de ce traitement est excellent.

Le 27 juin. — Le malade n'avait plus d'ectropion, ni de hernie de la muqueuse conjonctivale. L'occlusion de l'œil se faisait presque complètement. Seule une petite fente de 2 millimètres de large séparait les deux bords palpébraux dans l'occlusion. L'ulcère cornéen était guéri depuis longtemps. Une petite taie de la cornée persistait. Le résultat esthétique était très satisfaisant.

On garde encore le malade pour soigner la taie de la cornée.

Le 9 juillet. — Le malade sort de l'hôpital. La taie cornéenne a notablement diminué. La vision de l'œil gauche est nette.

NOTE SUR UN CAS D'HÉMATOME VOLUMINEUX du cuir chevelu survenu à l'occasion d'un traumatisme insignifiant chez un enfant atteint d'ostéite syphilitique des os de la voûte crânienne.

Par A. LE ROY DES BARRES (1)

OBSERVATION

Le nommé B... Van H..., âgé de 15 ans, entre dans notre service le 29 mai 1923 pour une tuméfaction volumineuse des régions frontale et pariétale droite remontant, aux dires du malade, à 5 jours et qui se serait produite dans les conditions suivantes : au cours d'une querelle avec un de ses camarades, ce dernier le saisit aux cheveux au niveau de la région pariétale droite, la douleur fut assez vive à ce moment, mais disparût rapidement, pour ne laisser subsister qu'une légère sensation de cuisson. Le lendemain à son réveil, B... Van H... constata un léger gonflement de toute la région frontale et de la partie antérieure de la région pariétale droite. Ce gonflement, qui était mou, n'était nullement douloureux, et, si ce n'était son accroissement progressif les jours suivants, notre malade ne s'en serait pas inquiété, car il ne s'accompagnait d'aucun symptôme, ni fièvre ni céphalée. Voyant que la tumeur s'accroissait sans cesse, B... Van H... se décide à entrer dans notre service.

C'est un enfant de taille normale, d'intelligence ordinaire, bien constitué, et ne présentant aucun stigmate de syphilis héréditaire.

Comme antécédents héréditaires, nous n'obtenons aucun renseignement bien précis, son père est vivant et en bonne santé ; sa mère est morte il y a 2 ans de cause inconnue ; il est le premier enfant des 3 que sa mère a mis au monde, le dernier est mort à l'âge de 2 ans de cause inconnue ; son frère survivant est bien portant.

Les antécédents personnels sont nuls.

A l'examen de la partie malade, on constate une volumineuse tumeur aplatie occupant toute la région frontale et la partie antérieure de la région pariétale droite ; cette tumeur est fluctuante, et se laisse déprimer, on sent alors que l'os sous-jacent est irrégulier et présente des dépressions à contours arrondis, mais irréguliers.

La palpation est indolore.

Une ponction est faite qui permet de retirer 60 cm³ environ d'un liquide serosanguinolent renfermant quelques petits caillots. Après la ponction, la palpation du plan osseux est des plus faciles et l'on se rend compte que toute la partie droite et la portion la plus interne de la partie gauche de l'os frontal, ainsi que toute la partie antérieure du pariétal droit, sont les sièges d'une vaste érosion à fond inégal, à bords polycycliques, ayant vaguement la forme d'un croissant à concavité regardant en haut et un peu à gauche ; la partie la plus large du croissant correspondant à la bosse frontale droite. Il semble, qu'il persiste, par places,

(1) Publié dans le *Bulletin de la Société médico-chirurgicale*, 1924, page 6.

quelques ilots de table intense qui font une légère saillie au milieu de l'érosion. Un pansement compressif est appliqué. Devant l'aspect des lésions, on pense, en dehors de tout autre stigmaté à la possibilité d'une lésion syphilitique héréditaire et une réaction de Bauer est demandée au laboratoire.

Deux jours après, l'épanchement s'étant reproduit, une nouvelle ponction est pratiquée qui permet de retirer 90 cm³ d'un liquide identique à celui obtenu par la 1^{re} ponction. Il semble à la palpation que l'érosion s'est agrandie.

La réponse du laboratoire ayant conclu à la syphilis, un traitement mercuriel (Cyanure de mercure intraveineux) et arsenical (sulfarsénol intraveineux) est institué.

L'épanchement, qui s'était légèrement reproduit pendant les jours qu'il avait suivi la deuxième ponction, se résorbe peu à peu et le 11 juin le pansement compressif est supprimé. A partir de cette date, on constate par palpation, le comblement compressif de l'érosion et quand le malade quitte le service, le 3 juillet, il ne restait plus qu'une dépression à peine perceptible.

Cette observation nous a paru intéressante à porter à cause de traumatisme insignifiant qui déclancha l'hématome et fit découvrir cette ostéite, qui aurait fort bien pu ne manifester d'une manière apparente que bien plus tard.

(L'observation de ce malade a été prise par le Dr PETRAULT).

NOTE SUR UN FIBRO-LIPOME PÉRIOSTIQUE du maxillaire inférieur pesant 22 livres.

Par LE ROY DES BARRES et MONZELS (1)

Le malade dont nous reproduisons la photographie était âgé de 25 ans. Depuis l'âge de 10 ans, il avait remarqué une tuméfaction siégeant au niveau de la symphyse mentonnière ; cette tuméfaction non douloureuse s'accrût peu à peu et il n'y a guère que trois ou quatre années qu'elle devint gênante par son volume. La tumeur s'étendait en largeur jusqu'au milieu des deux clavicules, et en bas elle descendait à deux travers de doigt au-dessous de l'appendice xyphoïde.

La peau sillonnée de grosses veines, dont quelques-unes atteignaient le calibre du pouce, présentait par place des ulcérations superficielles. La consistance de la tumeur était dure, la palpation permettait de sentir plusieurs lobes. La tumeur faisait saillie à l'intérieur de la bouche et soulevait la langue.

Le malade très amaigri, d'un mauvais état général, présentait une gêne respiratoire considérable depuis plusieurs mois ; le refoulement de la langue par la tumeur entravait également l'alimentation.

L'extirpation de cette tumeur fut entreprise et se présentait comme facile lorsque le malade succomba au cours de la chloroformisation.

La tumeur pesait 22 livres, elle adhérait au bord inférieur et à la face interne de corps du maxillaire inférieur ; le corps de cet os était aplati d'avant en arrière ne mesurant pas plus d'1/4 de centimètre, par contre sa hauteur atteignait huit centimètres (non compris les dents).

L'examen histologique de la tumeur pratiquée par le D^r DEGORCE montre qu'il s'agissait d'un fibro lipome sans aucun élément sarcomateux.

(1) Publié dans le « *Bulletin de la Société médico-chirurgicale de l'Indochine* », année 1914, n^o 9, page 373.

VOLUMINEUX MOLLUSCUM FIBREUX DE LA FACE

Par LE ROY DES BARRES et DEGORCE (1)

Les dormo-fibromatoses pigmentaires sont fréquentes chez les Annamites. Dans certains cas les tumeurs cutanées peuvent prendre un développement considérable. Cette observation en est un exemple.

Une femme de 59 ans, mendiante, est entrée à l'Hôpital indigène le 16 juin 1910 pour se faire enlever une volumineuse tumeur molle de la face qu'elle portait depuis plusieurs années déjà.

La tumeur défigurait la malade et lui donnait un aspect monstrueux. Toute la moitié droite de la face était transformée en une masse molle trilobée qui pendait au devant du cou jusqu'au niveau de la clavicule.

Le lobe supérieur correspondait à la peau du front et du sourcil. Le sourcil distendu avait des dimensions presque triples de celles du sourcil opposé.

Si on relevait ce lobe supérieur, on apercevait la fente palpébrale cachée au fond d'un sillon profond, de dimension à peu près normale, mais fortement déjetée en dehors et ne correspondant plus au globe oculaire. Le globe oculaire pouvait être aperçu si on ramenait la fente palpébrale à sa place. Il était normal.

Des deux lobes inférieurs, l'un antérieur correspondait à la peau de la partie droite du nez, à la partie droite de la lèvre supérieure et à la joue droite, le postérieur représentait la peau de la région parotidienne.

La narine droite étalée, affaissée, inutilisable, avait acquis des dimensions quadruples des dimensions normales. Tout autour de cette narine, les orifices des glandes sébacées étaient considérablement dilatés. Ils sont très visibles sur les photographies. La moitié droite de la lèvre supérieure avait également acquis des dimensions énormes et la commissure droite pendait jusqu'au niveau de la clavicule.

La partie latérale droite du cuir chevelu prenait part au même processus de dégénérescence. Mais elle ne pendait pas comme celle de la face.

Le reste du cuir chevelu, la peau de la moitié gauche de la face et celle du menton tout entier, les deux oreilles et la peau du cou étaient d'apparence normale.

La peau qui recouvrait la tumeur était de coloration normale.

La consistance de la tumeur demi-molle, un peu ferme par places. La peau était mobile sur la tumeur. Il était impossible de limiter par le palper ces masses dans la profondeur. Elles semblaient comprendre tous les tissus mous de parties envahies.

L'examen de la malade montra qu'elle présentait sur le corps et les membres quelques autres petites tumeurs cutanées molles dont la dimension variait d'un pois à un œuf. La peau présentait en outre de nombreuses petites taches pigmentaires.

(1) Publié dans le « *Bulletin de la Société médico-chirurgicale de l'Indochine* », 1911.

L'état mental de cette femme était des plus inférieurs.

Il s'agissait en somme d'un cas de maladie RECKLINGHAUSEN qui se particularisait seulement par l'énorme développement d'une des tumeurs cutanées.

Dans le but de rétablir la vision de l'œil droit et pour essayer de rendre à cette femme une figure humaine, nous l'opérâmes le 17 juin.

Nous enlevâmes tout ce que nous pûmes des masses exubérantes sans obtenir d'ailleurs un résultat esthétique satisfaisant.

La tumeur était très vasculaire. Tous les tissus étaient transformés en une même masse gris jaunâtre, fibreuse par place, un peu gélatineuse en d'autres points. On n'y voyait plus traces de muscles.

Craignant d'affaiblir trop la malade, nous renoncâmes à toucher aux paupières dans cette première séance.

Le 12 août, la réparation de la région oculaire fut entreprise. De larges tranches de masses dégénérées furent réséquées au niveau des paupières et de sourcil. On peut parvenir à placer la fente palpébrale en bonne place. Mais les paupières restaient immobiles et ne pouvaient être ouvertes spontanément.

L'aspect du visage était moins repoussant. C'était le seul résultat obtenu.

La malade fut prise de diarrhée peu de temps après cette seconde opération. Elle devint rapidement cachectique et mourut le 1^{er} novembre 1910.

L'examen histologique de la tumeur montra qu'elle était formée de tissus fibreux à faisceaux assez denses. L'épiderme était séparé des masses fibreuses par une couche de derme normal.

De nombreux vaisseaux sanguins parcouraient la tumeur et vous pourrez retrouver sur les coupes que nous vous présentons de nombreux rameaux nerveux, dont certains présentent des renflements.

Il s'agit donc d'un de ces volumineux molluscum fibreux appartenant aux cas qu'ALIBERT désignait sous le nom de Dermatolysie, et qui d'après l'histologie sont des dermato-fibromes.

Au point de vue chirurgical, il y a peu à faire dans de semblables cas, car les lésions ne sont pas limitées. Tous les tissus mous de la région envahie sont transformés en tissu fibreux. Les muscles sont détruits. Il est impossible de restituer à la région sa forme normale et l'opération peut simplement servir à diminuer le volume de la tumeur.

LIPOME PÉRIOSTIQUE

de la paupière supérieure droite avec insertion dans l'orbite.

Par le D^r LE ROY DES BARRES (1)

Le nommé Nguyễn-van-Thuy, âgé de 16 ans, entre dans notre service à l'Hôpital du Protectorat le 5 septembre 1906. Il est porteur depuis cinq ans d'une tumeur de la paupière supérieure droite.

Cette tumeur a commencé par une petite induration profonde au niveau de la partie médiane du rebord orbitaire, puis elle s'est accrue progressivement sans jamais occasionner de douleurs, et a acquis ainsi le volume d'une grosse noix. Les mouvements de la paupière supérieure ont été de plus en plus difficiles, et actuellement c'est avec peine que le malade la soulève.

Par la palpation, on constate que cette tumeur est assez molle, non fluctuante, non réductible, bien limitée dans sa partie accessible, car la portion supérieure de la tumeur s'enfonce dans l'orbite. Une palpation attentive permet de percevoir une consistance finement lobulée.

La peau et la conjonctive palpébrale sont mobiles sur cette tumeur et d'aspect normal ; il n'existe pas de dilatations veineuses sous-cutanées.

L'œil est intact, sa vision est normale.

Le diagnostic porté est celui de lipome de la paupière supérieure à point de départ peut-être périostique.

L'opération est pratiquée le 8 après anesthésie locale à la cocaïne ; deux incisions limitant un lambeau biconvexe sont faites, et l'excédent de peau est ainsi enlevé. Les fibres de l'orbiculaire qui sont étalées à la face externe de la tumeur, sont séparées suivant une ligne horizontale et la tumeur apparaît entourée d'une capsule conjonctive. L'isolement est poursuivi sans difficulté jusqu'à la partie supérieure de la tumeur, où un pédicule fibreux épais et court relie celle-ci à la paroi supérieure de l'orbite, à un demi-centimètre du rebord orbitaire, et tout à côté de la fossette trochléaire.

Une mèche est placée au fond de la cavité qui résulte de l'ablation de la tumeur, puis la plaie est réunie par trois points. Le lendemain l'opéré a un accès de fièvre paludéen léger qui cède à la quinine.

La mèche est enlevée le troisième jour, les fils sont coupés le cinquième. La plaie est entièrement cicatrisée deux jours après.

L'examen macroscopique et microscopique de la tumeur montre qu'il s'agit d'un lipome, avec éléments fibreux denses au niveau du pédicule qui reliait la tumeur au périoste.

(1) Publié dans le « Bulletin médical de l'Indochine française », 2^e année, 1907, n^o 8.

UN CAS D'ACNÉ HYPERTROPHIQUE DU NEZ

Par LE ROY DES BARRES (1)

Le nommé D... van P... entre dans notre service à l'Hôpital indigène du Protectorat à Hanoi le 31 octobre 1908.

Il présente depuis plusieurs années (10 ans environ) une hypertrophie assez considérable du nez, qui, si elle ne le gêne en aucune façon, lui est cependant fort désagréable au point de vue esthétique, et qui depuis quatre ou cinq ans augmente peu à peu.

Les antécédents personnels et héréditaires du malade ne présentent aucune particularité digne d'intérêt, sauf ce fait que depuis une quinzaine d'années, le malade présentait assez souvent des poussées d'acné sur la face, avec prédominance sur le nez. Ces poussées coïncidaient la plupart du temps avec l'époque d'apparition de la saison chaude ; il y a une douzaine d'années que le volume du nez a commencé à augmenter, mais il n'y a hypertrophie notable que depuis dix ans. Contre cet acné, les premières années, notre malade ne fit rien ; les années suivantes il appliqua les médicaments les plus divers, sans autre résultat que l'augmentation du volume de son nez, augmentation surtout accusée depuis l'année dernière.

Actuellement la lésion présente sous l'aspect suivant : la configuration générale du nez est conservée, et l'hypertrophie porte sur tout l'organe, avec prédominance au niveau du lobe, celui-ci à le volume d'une prune et tombe sur la lèvre supérieure jusqu'au niveau de la limite de la muqueuse labiale ; les ailes du nez, la sous-cloison sont également hypertrophiées, les orifices antérieures des narines sont un peu plus petits qu'à l'état normal.

La surface du nez est irrégulière, parsemée de dépressions cicatricielles extrêmement nombreuses, et parcourue par un réseau très développé de capillaires dilatés.

Les fosses nasales, et le pharynx ne présentent aucune lésion.

L'intervention pratiquée le 1^{er} novembre consiste en une décortication partielle du nez.

Une incision partie de la racine du nez, est conduite sur le côté gauche de cet organe, parallèlement au pli naso-génien, mais en se tenant à un peu moins de un travers de doigt en dedans de ce pli ; arrivée au niveau de l'orifice antérieur gauche des fosses nasales, l'incision se recourbe en avant suivant le bord antérieur de cet orifice, au niveau de l'union de la muqueuse et de la peau ; au niveau de la sous-cloison, l'incision se dirige en arrière le long du bord interne de l'orifice gauche des fosses nasales en passant à un demi-millimètre en dedans de la ligne cutané-muqueuse ; arrivée à l'endroit où la sous-cloison se réunit à la lèvre supérieure, l'incision se dirige vers l'orifice nasal antérieur droit, dont elle suit alors d'arrière en avant le bord interne en passant comme précédemment à un demi-millimètre en dedans de la

(1) Publié dans la « *Revue médicale de l'Indochine française* », 2^e année, 1909, n^o 18.

ligne cutanéomuqueuse, puis elle longe ensuite le bord antérieur de l'orifice nasal antérieur droit et enfin vient parallèle au sillon anso-génien rejoindre le point de départ en suivant un trajet absolument identique à celui indiqué pour le côté gauche.

Il est alors facile de décortiquer partiellement le nez et d'enlever un lambeau de peau en forme de fer de lance correspondant au dos du nez et à la partie interne de ses faces latérales, au lobule du nez et à la sous-cloison.

Les portions cutanées correspondant à la partie externe des faces latérales du nez, sont alors mobilisées en deux lambeaux, qui sont amenés sur la ligne médiane au contact l'un de l'autre et suturés ; quelques crins rapprochent les muqueuses au niveau de la sous-cloison. Quand l'opération est terminée il ne reste plus de surface cruentée à nu.

Lors de l'ablation des fils, le 6^e jour, la réunion est obtenue partout sauf au niveau de la sous-cloison, où un fil a coupé ; les jours suivants la guérison est complète, et le résultat esthétique est des plus satisfaisants.

TUMEURS KYSTIQUES SYMÉTRIQUES DES FOSSES NASALES

Par le D^r LE ROY DES BARRES (1)

La nommée Ng.-thi-N..., âgée de 50 ans, entre le 21 mars 1907 à l'Hôpital du Protectorat dans notre service, pour faire soigner une conjonctivite granuleuse compliquée de Kératite datant de près d'un an.

Parmi les antécédents héréditaires de la malade on ne note rien de saillant ; comme antécédents personnels, signalons une atteinte de variole dans son enfance. Aucun stigmate de syphilis n'existe. La malade a eu cinq enfants, quatre enfants sont morts des maladies infectieuses diverses (variole 2, gastro-entérite aiguë 2).

Ce qui frappe à l'examen de la malade, c'est l'épatement du nez et l'oblitération presque complète des narines.

En interrogeant la malade, celle-ci déclare que ce gonflement du nez et cette oblitération des narines sont de date récente (deux mois environ). Les deux côtés du nez ont augmenté de volume en même temps, et en quelques jours (une vingtaine), les deux ailes du nez ont présenté une tuméfaction du volume d'une noisette. La tuméfaction de l'aile droite continua à augmenter de volume et devint grosse comme une noix en une dizaine de jours ; puis à son tour la tuméfaction de l'aile gauche augmentait, atteignait les mêmes dimensions, pendant que la tuméfaction de droite diminuait. Cette tuméfaction s'accompagna rapidement d'une gêne considérable de la respiration nasale. Mais cette affection n'inquiétait pas la malade qui ne serait pas entrée à l'hôpital si une poussée aiguë de kératite ne l'avait pas fait souffrir.

La palpation permet de constater une fluctuation très nette au niveau des tumeurs. La rhinoscopie antérieure est impossible à cause de la saillie faite par ces tuméfactions au niveau des narines.

La peau qui recouvre les tumeurs, en dehors, et la muqueuse qui les recouvre en dedans des fosses nasales sont normales et indépendantes d'elles.

Une ponction pratiquée à la seringue de Pravaz donne issue à un liquide sirupeux, légèrement rougeâtre.

OPÉRATION

Le 28 mars après anesthésie au chloroforme, l'extirpation de ces tumeurs est pratiquée. Une incision courbe longue de 2 cm 1/2 est faite de chaque côté dans le sillon séparant l'aile du nez de la joue, la tumeur droite est enlevée sans être ouverte ; la tumeur gauche est rompue au cours de son extirpation. Ces tumeurs adhèrent au cornet inférieur, et au maxillaire supérieur. Fermeture de la plaie par des points au crin de Florence ; une petite mèche qui est enlevée le deuxième jour est laissée dans la cavité et sort par l'angle inférieur de la plaie.

(1) Publié dans le « *Bulletin médical de l'Indochine française* », 2^e année, 1907, n^o 14.

Les suites sont normales : les fils sont enlevés le cinquième jour et la cicatrisation est terminée le huitième jour.

EXAMEN DE LA PIÈCE

Notre collègue et ami le D^r DEGORCE a bien voulu se charger de l'examen histologique de la paroi kystique, et nous a fourni les renseignements suivants :

« La paroi comprend quatre couches.

« La couche interne est formée de faisceaux conjonctifs disposés parallèlement à la surface et des cellules rondes ou étoilées disposées en traînées parallèles aux fibres conjonctives.

« La deuxième couche est composée de faisceaux conjonctifs à direction oblique ou perpendiculaire à la surface contenant également de nombreuses cellules rondes ou étoilées.

« La troisième couche est formée de faisceaux conjonctifs entourant de nombreux vaisseaux extrêmement dilatés et gorgés de sang. Ces vaisseaux tapissés de leur endothélium communiquent largement les uns avec les autres et forment un véritable tissu caverneux.

« Une couche externe de tissu cellulaire lâche.

« La présence de tissu caverneux permet de penser que la paroi de cette tumeur est formée par un diverticule de la pituitaire ».

A cause de la disposition symétrique de ces tumeurs nous serions assez d'avis qu'il s'agit de Kystes d'origine congénitale développés au dépens de la pituitaire en rapport avec le développement et la soudure des bourgeons nasaux, et ceci malgré l'apparition tardive de ces tumeurs.

MYXOME MALIN DU SINUS MAXILLAIRE

Par A. DEGORCE (1)

(Examen histologique par le D^r BABLET).

L'observation que nous rapportons ci-dessous nous a paru intéressante à cause de l'aspect étrange de cette tumeur qui, au cours de l'opération, après ouverture du sinus maxillaire, pouvait faire penser à un foyer de suppuration chronique plutôt qu'à une tumeur. Une matière caséuse semblable à celle qui constitue les masses cholestéatomateuses de l'oreille moyenne, plus fluide au centre qu'à la périphérie, constituait la tumeur. Elle n'adhérait nulle part à l'os qui l'enveloppait. Cet os déformé, épaissi irrégulièrement, semblable à un os atteint d'ostéite chronique, était de coloration rouge violacé et saignait abondamment dès qu'il était dénudé.

La malade est une jeune fille de 20 ans, entrée à l'Hôpital indigène de Hanoi pour une tumeur du maxillaire supérieur droit. Le développement de cet os du côté de l'orbite avait repoussé l'œil droit en haut et en dehors. L'œil était dévié d'un demi-centimètre environ en haut et un demi-centimètre en dehors. La paroi antérieure du maxillaire était bombée. La dépression qui sépare normalement le nez de la joue était comblée par la tumeur. Une surface assez régulièrement bombée s'étendant du dos du nez à la partie externe du maxillaire supérieur remplaçait la dépression normale. Le rebord orbitaire inférieur était arrondi et bosselé au lieu de former le contour net et tranchant qu'il présente à l'état normal. Un écoulement purulent se faisait par le point lacrymal inférieur du côté droit.

La bouche, la voûte palatine, l'arcade dentaire supérieure, le voile du palais, le pharynx ne présentaient rien d'anormal.

La fosse nasale droite était entièrement oblitérée par une bosselure osseuse et, dans la fosse nasale gauche on apercevait la cloison fortement déviée vers la gauche.

Il existait un ganglion sus-maxillaire un peu augmenté de volume à droite.

Au point de vue fonctionnel, la malade accusait de la diplopie ; les mouvements de l'œil droit étaient normaux ; l'acuité visuelle était normale. La malade ne souffrait pas. Elle était gênée pour respirer par le nez.

Le début de l'affection paraît remonter à cinq ou six ans.

La radiographie pratiquée par le D^r HEYMANN montre une masse opaque aux rayons X située dans le sinus maxillaire supérieur. Les limites de cette masse sont très nettes en bas, en avant et en arrière où la tumeur paraît séparée de la paroi du sinus maxillaire. Les limites sont au contraire peu nettes à la partie supérieure.

Nous posons le diagnostic de tumeur du sinus maxillaire droit sans en préciser la nature.

(1) Publié dans le « *Bulletin de la Société médico-chirurgicale* », 1926, page 58.

Opération le 20 janvier 1926.

En raison de la limitation de la tumeur en bas, en arrière et en avant, nous décidons de faire une résection partielle du maxillaire supérieur et de ménager la voûte palatine et l'arcade dentaire supérieure.

Incision cutanée de la résection du maxillaire supérieur. La dissection du lambeau détermine une hémorragie considérable. La surface de l'os est couleur lie de vin et saigne énormément. Le décollement à la rugine du périoste de l'orbite est rendu difficile par les bosselures du maxillaire qui forment une forte saillie dans l'orbite. Section au ciseau de l'apophyse orbitaire externe du maxillaire supérieur, puis de l'apophyse lacrymale et de la paroi osseuse externe de la fosse nasale droite. Enfin section de la paroi antérieure du sinus maxillaire au-dessus de la racine des dents. Après ablation de ce large volet osseux le sinus se trouve largement ouvert. Il est rempli de masses caséuses inconsistantes, au centre desquelles on trouve une petite quantité de liquide épais, jaunâtre, analogue à la crème d'un fromage de Camembert trop avancé.

L'os est enflammé, épaissi par places, aminci en d'autres points, rugueux, inégal, comme dans les ostéites chroniques.

La cavité du sinus est considérablement dilatée dans tous les sens.

On enlève à la curette les masses caséuses qui n'adhèrent en aucun point. On tamponne la cavité du sinus qui saigne abondamment.

Puis on remet le lambeau en place et on le sature partout, sauf à l'angle supéro-interne où on ménage un orifice pour laisser passer les mèches qui tamponnent le sinus.

Les suites opératoires furent d'abord normales. Mais au quinzième jour après l'opération une masse molle sous-cutanée paraissant un ganglion génien augmenté de volume, apparut au niveau de la joue droite.

La malade fut passée dans le service du D^r HEYMANN où elle fut soumise à un traitement par le radium. A la suite de ce traitement on vit diminuer rapidement le volume de ce ganglion qui actuellement n'est plus perceptible.

(Examen histologique par le D^r BABLET).

Il s'agit d'un myxome malin. Au faible grossissement on remarque en effet tout d'abord la présence d'une substance fondamentale amorphe sous forme de flasques nombreuses à contours irrégulièrement circulaires présentant les réactions colorantes du mucus. Les fibres collagènes sont rares. Les cellules assez clairsemées dans l'ensemble de la préparation forment sur certains points des amas denses à noyaux très polymorphes où les amitoses sont fréquentes. Pas de caryocinèses. Les limites cellulaires sont rarement visibles en raison de la forme rameuse des éléments dont les prolongements fusionnés réalisent un vaste réseau syncytial. Les capillaires sont nombreux et bordés par les cellules tumorales elles-mêmes. Ce caractère qui rapproche la tumeur des sarcomes et, d'autre part, l'abondance de la substance fondamentale qui constitue l'élément envahissant des myxo-sarcomes, confèrent au néoplasme examiné une malignité histologique laissant peu d'espoir d'une guérison opératoire.

J. — NERFS

PSEUDARTHROSE DE L'HUMÉRUS DROIT datant de sept ans avec parésie du nerf radial. Libération du nerf radial. Suture osseuse par agrafe.

Par le D^r LE ROY DES BARRES (1)

Vers la fin du mois d'avril 1906 entré à l'Hôpital indigène, le nommé Pham-van-B... ; ce malade, qui venait se faire débarrasser d'une gale ecthymateuse, présentait une pseudarthrose de l'humérus droit, consécutive à une fracture par chute faite sept années auparavant ; cette pseudarthrose siégeant environ à l'union du tiers inférieur et du tiers moyen de l'humérus ; elle était extrêmement lâche, le segment de membre sous-jacent était ballant. Cette pseudarthrose s'accompagnait d'une paralysie incomplète du nerf radial. Cette paralysie avait fait son apparition deux mois environ après la fracture, d'abord très peu accusée, légère difficulté dans les mouvements d'extension des doigts, elle s'était accentuée, les mois suivants, pour arriver vers le sixième mois au degré où elle existait à l'entrée du malade à l'hôpital.

A ce moment on notait : une légère flexion du poignet avec flexion un peu plus accusée des doigts, impossibilité presque complète des mouvements d'extension du poignet et des doigts. En immobilisant la pseudarthrose on constatait une parésie des plus nettes des muscles supinateurs. La sensibilité était légèrement diminuée dans la zone cutanée innervée par le radial. Il n'existait pas de troubles trophiques.

Le docteur LAFURIE dans le service duquel se trouvait ce malade, nous le confia dès que la gale dont il était atteint fut guérie.

En présence du tableau clinique que nous constatons, l'indication opératoire suivante est immédiatement posée : libérer le nerf radial et suturer l'un à l'autre les deux fragments osseux.

Le 2 juin, assisté du docteur GAÏE, nous pratiquons l'opération suivante :

Incision de dix centimètres environ sur la face externe du bras droit au niveau du bord externe de biceps. Cette incision nous conduit sur la pseudarthrose sans que le nerf radial soit rencontré. Les deux extrémités osseuses de l'humérus ne sont pas conformées de la même manière, l'extrémité supérieure est effilée et terminée par une sorte de condyle de la grosseur du petit doigt, l'extrémité inférieure est volumineuse également arrondie en forme de condyle. Ces deux fragments osseux sont réséqués, à leur extrémité, mais avant d'en pratiquer la réunion, nous cherchons le nerf radial, qui est décou-

(1) Publié dans le « *Bulletin médical de l'Indochine française* », 2^e année, 1907, n^o 11.

vert au milieu d'un tissu cicatriciel ; il est aminci et présente une coloration grisâtre. Le nerf est séparé du tissu cicatriciel qui l'enserme de toutes parts sur une longueur d'environ quatre centimètres.

Les extrémités osseuses sont alors fixées par une agrafe ; le nerf radial est écarté du tissu cicatriciel qui l'entourait.

La réunion est faite par deux plans de suture, une mèche est mise dans l'extrémité inférieure de la plaie et un appareil plâtré appliqué.

Le 4 juin, la mèche est enlevée, mais on constate à ce moment que le malade très indocile a déplacé son appareil. Cet appareil est alors fixé autour du corps par des bandes de toile.

Les jours suivants l'appareil est encore déplacé.

Le 8 juin, la plaie est complètement cicatrisée ; de légers mouvements d'extension des doigts sont possibles.

Le 30 juin, l'appareil plâtré est enlevé, et on constate que la pseudarthrose s'est reproduite ; par contre, les mouvements d'extension des doigts et de poignet ont une amplitude notable.

Le 3 juillet, nouvelle intervention avec l'aide du docteur FAUQUET ; l'agrafe est trouvée intacte fixée à l'extrémité du fragment supérieur ; après une légère résection des extrémités osseuses en contact, elle est replacée. Suture, drainage comme précédemment. Un appareil plâtré avec bande plâtrée entourant le thorax est appliqué.

Le 5 juillet, la mèche est enlevée.

Le 10 juillet, la plaie était complètement cicatrisée.

Le 10 août, l'appareil plâtré est enlevé ; la consolidation est parfaite.

Les mouvements de flexion et d'extension des doigts et du poignet sont presque normaux, la parésie des supinateurs a presque complètement disparu.

Le 20 août, le malade quittait l'hôpital ; les muscles antérieurement parésés ayant recouvré à peu près complètement leurs fonctions.

Le malade n'a pas été revu depuis.

Cette observation nous a paru intéressante à rapporter à cause de la complication paralytique qui accompagnait cette fracture, complication due à l'étranglement du nerf radial dans du tissu cicatriciel. Malgré le début ancien des accidents paralytiques, la guérison a été obtenue. Cette guérison se maintiendra-t-elle, et le nerf radial restera-t-il sans être entouré à nouveau de tissu cicatriciel ? Les observations de ce genre permettent d'espérer que la guérison sera définitive.

SECTION DU NERF CUBITAL, Suture, rétablissement rapide des fonctions.

Par LE ROY DES BARRES (1)

Le nommé N...van-L., âgé de 27 ans, entre dans notre service le 21 janvier 1920 pour plaies multiples (section de la trachée, plaie du coude gauche, plaie de l'avant-bras gauche). Ces plaies avaient été produites à l'aide d'un instrument tranchant très effilé (tranchet de cordonniers).

Nous ne parlerons que de la plaie du coude gauche qui seule en l'espèce nous intéresse, et nous dirons une fois pour toutes que les autres plaies après désinfection et suture guérirent sans incident et sans suppuration appréciable, dans un délai d'une dizaine de jours.

La plaie du coude gauche présentait les caractères suivants : c'était une plaie à bords nets, longue de trois travers de doigt environ, oblique sur l'axe du membre, commençant au-dessus de l'olécrâne, ayant sectionné une partie du tendon tricipital, puis se dirigeant en bas et en dedans sectionnant le nerf cubital et ayant détaché un fragment de l'épitrachée.

L'examen du territoire du nerf cubital gauche à ce moment donnant les renseignements suivants :

Au point de vue sensitif : Hypoesthésie de la partie interne de la région dorsale de la main, anesthésie complète du petit doigt, anesthésie incomplète de l'éminence hypothénar dont la partie externe a conservé sa sensibilité et dont la partie interne est le siège plutôt d'une hypoesthésie que d'une anesthésie vraie ; la moitié interne de l'annulaire a conservé sa sensibilité.

Au point de vue moteur, on constate que l'adduction de la main est impossible, que le petit doigt est paralysé, que l'adduction du pouce est nulle et que les mouvements des doigts déterminés par les interosseux sont abolis (impossibilité de fléchir les premières phalanges et d'étendre les deuxième et troisième ; perte des mouvements de rapprochement et d'écartement des doigts).

Une suture du nerf cubital est pratiquée avec du catgut n° 00, elle ne porte que sur le périnèvre. Les lèvres de la section du tendon tricipital sont réunies par quelques points de catgut et la peau est fermée sans drainage. Le 5^e jour, on constate un peu de suppuration, ce qui nous donne les plus grandes craintes sur l'avenir de la suture nerveuse. Heureusement que cette suppuration disparut rapidement et que le 15^e jour la plaie était complètement cicatrisée. A ce moment, les recherches concernant la sensibilité montrent qu'elle est normale, sauf au niveau de la face palmaire du 5^e doigt où elle est très légèrement diminuée. De plus le malade se plaint de temps à autre de fourmillements pénibles dans tout le trajet du nerf cubital, avec sensations d'engourdissement. Au point de vue de la motilité, on constate à ce moment,

(1) Publié dans le *Bulletin de la Société médico-chirurgicale*, années 1917-1921, page 50.

chose plus normale, que la motilité a reparu dans tous les muscles innervés par le cubital : cette motilité n'est certes pas aussi accusée qu'à l'état normal, et en particulier en ce qui concerne les interosseux les mouvements ne sont pas pour ainsi dire qu'ébauchés.

A partir de ce jour, notre malade est soumis régulièrement au massage et à l'électrisation prudente des masses musculaires ; sous l'influence de ce traitement les progrès sont rapides et huit semaines après le traumatisme au moment où le malade quittait notre service, son état était le suivant :

Légère atrophie de l'avant-bras, surtout au niveau de la partie supérieure (il y a un centimètre et demi de différence entre la circonférence de l'avant-bras malade et celui de l'avant-bras sain) ; à ce niveau il existe une légère atrophie au niveau de l'éminence hypothénar et le gril métacarpien est un peu plus visible que du côté sain.

Il note toujours une certaine raideur de l'articulation du coude avec limitation du mouvement d'extension. Il n'existe pas de griffe cubitale.

L'adduction de la main est presque normale, les mouvements des doigts sont normaux, la préhension se fait cependant avec un peu moins de force qu'à l'état normal.

La sensibilité est normale sauf au niveau de la face palmaire de l'auriculaire où elle est notablement diminuée.

Les sensations de fourmillement et d'engourdissement ont complètement disparu ; la sensibilité à la chaleur est normale.

L'examen électrique pratiqué par le docteur HEYMANN donne les résultats suivants .

Il existe une diminution de l'excitation faradique et galvanique du « nerf cubital et de son territoire musculaire ; un peu de lenteur dans les secousses, pas d'inversion dans la formule ».

Cette observation nous a paru intéressante à rapporter à cause de la rapidité du rétablissement de conductibilité motrice qui, au bout de 15 jours après la suture nerveuse, était des plus nettes. Nous ne parlons pas de conductibilité sensitive, car il est de notion courante, que l'anesthésie est rare dans la paralysie cubitale, et ce, par suite de l'intervention de la sensibilité récurrente.

Nous attribuons la rapidité de la réapparition de la motricité au fait qu'il nous a été possible de pratiquer la suture nerveuse 3 heures après la section et que les surfaces de section étaient nettes.

K. — MEMBRES

VOLUMINEUX FIBRO-LIPOME D'ORIGINE PÉRIOSTIQUE de la partie postérieure de la cuisse droite.

Par LE ROY DES BARRES et MOUZELS (1)

L'observation que nous rapportons ici est celle du malade que nous avons présenté à la séance dernière de la Société.

P.-V.-T. est âgé de 61 ans. Il n'y a rien à relever dans ses antécédents héréditaires ou personnels.

Il est porteur d'une tumeur de la cuisse droite dont le début remonte à environ trente ans. Cette tumeur occupait au début le sommet du losange poplité, elle était de la grosseur d'une noix et seulement apparente à l'œil et perceptible au toucher quand la jambe était fléchie sur la cuisse. Peu à peu elle n'a cessé de grossir et bientôt elle fut aisément visible et palpable dans toutes les attitudes du membre. Actuellement elle est énorme : régulièrement ovalaire elle mesure 40 × 30 × 20 cm. Elle présente un prolongement cylindrique multilobé qui descend le long du bord externe du creux poplité, le dépasse et se termine vers la tête du péroné. Son pédicule large et épais s'insère sur la partie moyenne et postérieure de la cuisse droite. La peau qui la revêt est normale d'aspect souple, non adhérente, parcourue par un réseau veineux dilaté, très apparent. Sa consistance est élastique et régulière. Pas de douleur spontanée ou provoquée. Seul le poids de la tumeur empêche le malade de marcher. Les ganglions ne sont pas atteints. L'état général du malade est médiocre. Il présente une hydrocèle vaginale droite.

Diagnostic : fibrolipôme.

Opération. — Anesthésie chloroformique. La tumeur est attaquée par la face inférieure de son pédicule et rapidement atteinte à travers la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. Le nerf sciatique est découvert en haut et en dedans et embrasse la tumeur en sautoir se dirigeant en bas et en dehors. Mais vers la partie moyenne ses fibres distendues et dissociées se perdent à la surface du néoplasme, rendant toute dissection impossible. Le tronc est sectionné assez bas pour permettre la suture immédiate facile après l'extirpation. Dès lors il n'y a plus de difficulté et la tumeur poursuivie jusqu'à la tête du péroné tombe. Au cours de l'exérèse on s'aperçoit qu'elle adhère par un pédicule de la grosseur du pouce au périoste du fémur dans le fond du creux poplité.

Hémostase soignée, suture du bout central du nerf sciatique au bout périphérique et suture de la peau. Le malade a perdu environ 400 grammes de sang.

Il est mort de syncope cardiaque pendant le pansement.

La tumeur pesait onze kilos. A la coupe, elle est formée d'une masse énorme, homogène, molle, d'aspect fibreux, jaunâtre, peu vasculaire.

M. DEGORCE en a pratiqué l'examen histologique, il a fait le diagnostic de fibro-lipôme et n'a trouvé en aucun point de dégénérescence sarcomateuse.

(1) *Bulletin de la Société médico-chirurgicale de l'Indochine*, 1917, page 443.

GIGANTISME CONGÉNITAL

Sur un cas d'hypertrophie congénitale des deux premiers orteils du pied gauche.

Par MM. les Docteurs LE ROY DES BARRES et HUILLET (1)

Le Professeur Frœlich de Nancy a, l'un des premiers, essayé de grouper en une classification nette, les types si nombreux des hypertrophies congénitales.

En dehors des processus tératologiques, qui ont pu modifier l'évolution normale de l'embryon humain et qui ont été rangés par Mathias Duval sous les titres : arrêts ou excès de développement, arrêts ou excès d'accroissement, métamorphoses, soudures anormales, enclavements, il faut encore, dans une série spéciale, connaître de certains êtres humains, qui, à la naissance, paraissent avoir une constitution anatomique normale, mais présentent, dès les premiers moments, des membres progressivement énormes, contrastant, par leur dimension monstrueuse, avec le volume d'un membre sain.

Ces sujets, d'après Frœlich sont dits atteints d'hypertrophie congénitale ; la structure anatomique de ces régions hypertrophiées est extrêmement variable : tantôt, ce qui est le cas le plus rare, un membre a tous ses tissus et toutes ses parties constituantes d'un volume exagéré, mais sans que ni les tissus mous, ni les tissus osseux ne soient plus développés les uns que les autres. Frœlich, prenant un exemple concret, dit lui-même qu'un doigt ou une main de géant semble avoir été greffé sur un bras d'enfant.

Tantôt, les tissus mous seuls produisent, par leur développement excessif, l'hypertrophie, mais ils le font d'une façon égale sur tout le membre, qui ressemble alors à un membre atteint d'œdème généralisé ou mieux d'éléphantiasis.

Tantôt enfin le membre paraît monstrueux aux premiers temps de la naissance, uniquement parce qu'il est le siège d'une tumeur congénitale, analogue à ce que pourrait être une tumeur qui se serait développée dès la naissance.

Les différences sont souvent peu commodes à établir entre ces types d'hypertrophie congénitale, pouvant se combiner de diverses manières, de sorte qu'il est difficile de faire une classification scientifique, comprenant tous les cas de ces intéressantes malformations.

Après Lannelongue et Kirmisson (1), qui ont, depuis longtemps déjà, tenté de classer les nombreux cas de ce genre, soumis à leur observation, Frœlich, comme nous le disions plus haut, vient, récemment, de faire admettre une classification de ces hypertrophies, basée sur les trois types suivants :

1° Le gigantisme congénital, ou hypertrophie régulière, ou hypertrophie vraie ;

2° La fausse hypertrophie, ou éléphantiasis congénital ;

(1) Publié dans la « *Revue médicale de l'Indochine française* », 2^e année, 1909, n^o 15.

(1) Kirmisson — *Maladies chirurgicales d'origine congénitale* — Paris, 1898, page 732.

3° L'hypertrophie par tumeur surajoutée.

Ces considérations préliminaires nous permettent donc de rattacher franchement à la première catégorie de cette classification de Frœlich le cas de la petite fille de neuf ans, qu'il nous a été donné d'étudier et d'opérer il y a peu de temps.

L'observation que nous donnons ci-dessous, complétée par une photographie et une radiographie, peut-être envisagée comme l'observation absolument homologue du cas de gigantisme publié cette année, dans la Revue d'Orthopédie, par Frœlich : pour ce dernier l'hypertrophie siégeait à la main gauche (indicateur et médium) ; dans notre cas l'hypertrophie affectait, au pied gauche, le premier et le deuxième orteil.

OBSERVATION

La petite fille, Pham-thi-Van, âgée de neuf ans, du village de An-Xa (Phu de Nam-Sach, près Hai-Duong) est conduite à l'Hôpital de Hai-Duong, en fin octobre dernier, pour y être traitée d'une difformité hypertrophique, siégeant aux deux premiers orteils du pied gauche, affection qui l'empêche de marcher ou courir, comme les autres enfants de son âge, au dire des parents.

Les commémoratifs que nous essayons de recueillir auprès de ces derniers, ne sont rien moins que précis : leur enfant, disent-ils, porte cette lésion depuis sa prime jeunesse ; mais il leur est impossible de nous répondre, quand nous cherchons à faire établir par eux, simples gens de la campagne, le distinguo, réellement trop subtil, entre la congénitalité vraie et l'évolution depuis la naissance de cette hypertrophie.

D'ailleurs, nous sommes les premiers à reconnaître que le cas de cette petite fille correspond bien à ces types d'hypertrophie, qui ont pu, pour ainsi dire, rester latents pendant la vie fœtale et ne réellement entrer en évolution qu'avec la vie autochtone du fœtus-né.

Une chose, cependant, a frappé l'imagination des parents, et nous avons pu, nous-mêmes contrôler cette impression : c'est que, depuis qu'ils ont remarqué cette hypertrophie, jusqu'au moment de l'admission de l'enfant à l'Hôpital, ils ont pu noter qu'elle se développait sans être en disproportionnalité considérable avec les organes voisins de cette région.

Cette constatation est en parfaite concordance avec celle qu'a déjà notée FRÖELICH et constitue un élément très important, d'après cet auteur, pour que nous fassions de notre cas, un cas d'hypertrophie congénitale régulière.

Pour en finir avec les commémoratifs, disons que cette petite fille, qui, est d'une figure jolie et ne porte aucune malformation sur son corps autre que celle de ses orteils du pied gauche n'a jamais été malade ou victime d'accident et d'autre part, qu'elle ne présente aucune tare d'hérédité syphilitique ou tuberculeuse.

L'examen direct du pied gauche nous permet de constater que le premier et le deuxième orteils, pour reprendre la comparaison de FRÖELICH, ressemblent à de forts orteils d'adulte, qui auraient été greffés sur un pied d'enfant, et ainsi que le montre la photographie, on a sous les yeux le curieux phénomène d'un amalgame bizarre d'organes de dimensions différentes, sur un même pied.

Ces deux orteils hypertrophiés mesurent, en épaisseur et en longueur, le double des dimensions des mêmes orteils du pied droit ; principalement le deuxième orteil, qui apparaît encore plus grand que le premier.

Tous les deux, au lieu de se trouver placés, comme c'est normal, surtout chez l'enfant en parallélisme avec les autres orteils et sur le même plan horizontal, sont inclinés en dehors et en haut, de telle façon qu'ils donnent à ce pied la forme d'une « babouche »

Les articulations interphalangiennes et métatarso-phalangiennes sont très nettes et fonctionnent bien ; il n'existe aucune anomalie sur la peau et le tissu cellulaire ; la peau est mobile sur les os hypertrophiés ; elle n'est pas œdémateuse et l'on n'y rencontre ni lymphangiome, ni angiome.

Tout au plus, faudrait-il noter une légère syndactylie charnue entre ces deux premiers orteils.

En ce qui concerne l'anatomie des métatarsiens correspondants à ces deux premiers orteils, l'examen direct ne permet d'observer sur eux aucune hypertrophie sensible.

L'étude de pied en babouche, déjà intéressante par le simple examen extérieur nous a paru devoir être complétée par la connaissance même de l'ossature et justifier ainsi l'examen aux Rayons X.

C'est dans ces conditions que nous avons décidé de faire transporter cette petite fille à l'Hôpital indigène du Protectorat de Hanoi.

Etude du squelette. — Comme il est facile de s'en rendre compte par l'examen de la radiographie, l'hypertrophie porte sur les phalanges de deux orteils internes, le gros orteil particulièrement ; le métatarsien correspondant au gros orteil est également hypertrophié.

Opérations — Résultats. — L'intervention consista en une désarticulation interphalangienne pour le premier orteil, et interphalango-phalangienne pour le deuxième orteil.

Les suites furent des plus simples et la réunion eût lieu par première intention.

LUXATION MÉTACARPO-PHALANGIENNE de l'annulaire en avant.

Par le D^r A. DEGORCE (1)

Les luxations métacarpo-phalangiennes des quatre derniers doigts sont rares. On n'en a jusqu'ici signalé qu'une dizaine de cas (neuf cas réunis par Polailon et un cas signalé par Estrada). Il semble, d'après l'observation que nous rapportons ci-dessous, que ces traumatismes, non traités dès le début, puissent avoir une gravité très grande au point de vue des fonctions de la main, analogues en cela aux traumatismes ayant leur siège au niveau du carpe.

Le nommé Nguyen-van-Manh, coolie, âgé de 27 ans, entre à l'Hôpital indigène le 13 mai 1907.

Cet homme était tombé d'un arbre très élevé, il y a environ vingt-cinq jours. Il tomba sur le côté droit et porta le bras droit en avant pour atténuer la chute. Revenu d'un évanouissement de quelques instants, il constata de la douleur et de la gêne fonctionnelle au niveau de l'annulaire et de l'auriculaire de la main droite, ainsi qu'une petite plaie causée par un tesson de bouteille vers la racine de l'annulaire.

Après s'être fait soigner sans grand résultat par des médecins annamites, des devins et des sorciers, le blessé se décide, un peu tard, à entrer à l'hôpital.

A cette époque, on observe une déformation très marquée de la main droite. La première phalange de l'annulaire chevauche en avant sur le 4^e métacarpien et détermine une voussure marquée à la paume de la main. Une petite plaie infectée, transversale, longue d'un centimètre et demi environ se trouve au niveau de la voussure. A la face dorsale de la main, on remarque une dépression au-dessous de l'extrémité inférieure du quatrième métacarpien. L'annulaire droit a un centimètre de moins de longueur que l'annulaire gauche.

L'extension de la première phalange de l'annulaire est plus étendue qu'à l'état normal. La flexion est par contre complètement impossible.

Les mouvements des 2^e et 3^e phalanges sont conservés.

Au niveau du petit doigt on observe une subluxation de la deuxième phalange sur la première.

Tous les autres doigts sont en extension presque complète. Il y a ankylose des articulations métacarpo-phalangiennes. Seules les articulations des phalanges entre elles sont mobilisables, mais très raides. Le pouce seul est à peu près indemne.

Les éminences thénar et hypothénar sont atrophiées.

L'usage de la main est impossible. Le malade ne peut saisir aucun objet. D'après ses dires, la main fonctionnait parfaitement avant le traumatisme.

On retire de la petite plaie palmaire un fragment de verre. Puis on essaie vainement de réduire la luxation. On décide alors d'avoir recours à une opération sanglante. Mais on doit attendre la guérison de la plaie palmaire infectée.

(1) Publié dans le « Bulletin médical de l'Indochine française », 2^e année, 1907, n^o 16.

En attendant on institue des massages qui, forcément peu surveillés, doivent être très irrégulièrement faits.

Le 27 mai, la plaie étant guérie, le blessé est opéré sous chloroforme.

Incision longitudinale palmaire. On arrive de suite sur la tête de la phalange. On dissèque les parties fibreuses qui forment une gangue épaisse autour de la tête de la phalange et on reconnaît que les tendons fléchisseur sont luxés en dehors et en arrière de la tête entre cette dernière et le précarpien. Cette sangle formée par les tendons a dû opposer dès le début un obstacle aux tentatives de réduction qui ont sans doute été pratiquées par les médecins annamites.

Après l'isolement complet de l'extrémité supérieure de la phalange et la mise en place des tendons, la réduction se trouve encore impossible du fait de la résistance des tissus dorsaux fortement rétractés. Force est donc de réséquer l'extrémité phalangienne luxée. Réfection de la graine tendons au catgut fin. Sutures cutanées.

Puis on mobilise les articulations métacarpo-phalangiennes ankylosées et les articulations phalangiennes roidies. Pansement de la main, les doigts étant en demi-flexion.

Le 30 mai on change le pansement et on commence à mobiliser les phalanges. Ces mobilisations sont continuées tous les jours à partir de cette date.

Ablation des crins le 3 juin. Réunion de la plaie. On continue la mobilisation journalière et on y joint du massage.

Le 15 juillet 1907, le malade demande à sortir. Le résultat fonctionnel est mauvais.

Les mouvements sont parfaitement conservés au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne de l'annulaire. Mais toutes les autres articulations des doigts fonctionnent assez mal. On peut les fléchir et les étendre à peu près complètement en forçant beaucoup. Mais le malade ne peut pas fermer la main spontanément. Les éminences thénar et hypothénar sont plus atrophiées qu'à l'entrée du blessé à l'hôpital. Elles ne font plus aucune saillie.

Ce très médiocre résultat est dû vraisemblablement à ce que l'intervention a été très tardive, pratiquée environ 40 jours après le traumatisme, et, aussi, sans doute, à l'insuffisance du massage, le blessé, peu intelligent, ne s'y prêtant nullement.

Comme pour les traumatismes du carpe, il nous paraît nécessaire d'intervenir d'une manière précoce dans les luxations métacarpo-phalangiennes. Si la réduction est tardive, on s'exposera à des troubles trophiques qui s'installeront rapidement et rendront la main presque inutilisable.

Tel est l'enseignement qui peut être retiré de notre observation. Nous en retiendrons aussi la possibilité d'une interposition des tendons fléchisseurs entre l'extrémité supérieure de la phalange et la tête du métacarpien dans les luxations en avant. La laxité de ces tendons fléchisseurs quand ils sont sortis de leur gaine déchirée par le traumatisme explique la possibilité de cette interposition. Si les tentatives de réduction consistent en tractions directes sur la phalange dans l'axe du métacarpien, il ne semble pas que cette interposition puisse être un gros obstacle à la réduction. Mais pour peu que les tractions aient lieu sur la phalange placée en demi flexion et frottant fortement par son extrémité supérieure sur le métacarpien, la sangle formée par les tendons refoulés vers la tête du métacarpien deviendra peut-être un obstacle sérieux à la réduction.

LUXATION MÉTACARPO-PHALANGIENNE

du pouce en arrière dans un cas de premier métacarpien anor.mal

Par LE ROY DES BARRES (1)

La nommée Nguyễn-thi-L..., âgée de 21 ans, entre le 30 octobre 1909 dans notre service à l'hôpital indigène du Protectorat à Hanoi. Il y a cinq jours cette malade a glissé en montant la première marche d'un escalier, et comme elle tombait en avant, elle a étendu les bras cherchant à saisir les montants de l'échelle avec ses mains. La main droite vint heurter violemment le montant au niveau de la face palmaire du pouce. Immédiatement une douleur extrêmement vive fut ressentie, et une fois relevée, Nguyễn-thi-L... constata que son pouce était déformée, la première phalange étant placée dans une direction perpendiculaire à celle du métacarpien.

L'entourage pratiqua alors des tractions sur le pouce, et la phalange reprit une direction parallèle à celle du métacarpien ; il persistait une impotence absolue, du pouce, et un gonflement énorme au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne. Mettant cette impotence sur le compte du gonflement et de la douleur, la malade applique des pansements annamites sur son pouce. Les jours suivants, la douleur et le gonflement ayant fortement diminué, sans que pour cela la mobilité ait fait des progrès, la malade se décide à entrer à l'hôpital.

L'examen du pouce permet de constater l'existence d'une luxation métacarpo-phalangienne en arrière, de la variété complexe ; mais ce qui frappe à la palpation c'est l'épaississement de l'extrémité inférieure du premier métacarpien.

Une radiographie pratiquée nous donne l'explication de ce fait : la tête du premier métacarpien présente sur sa partie dorso-latérale externe une apophyse en console, amorce d'un doigt surnuméraire.

Le 2 novembre, après anesthésie sous chloroforme, la réduction est essayée par la manœuvre de Farabeuf, plusieurs fois sans succès. Devant cet échec, une incision est pratiquée sur la face dorsale du pouce, et permet de constater que le tendon fléchisseur luxé est venu s'appliquer sur la face palmaire de l'apophyse surnuméraire en dehors, ce qui à notre avis explique l'irréductibilité en présence de laquelle nous nous sommes trouvés.

Nous réséquons au ciseau l'apophyse osseuse surnuméraire, et pratiquons alors la réduction. La plaie est suturée en un seul plan au crin et un pansement aseptique est appliqué. Les suites opératoires sont normales ; les crins sont enlevés le 6^e jour et la mobilisation est commencée.

La malade quitte l'hôpital le 14 décembre ayant retrouvé une mobilité presque normale de son articulation.

Nous avons interrogé Nguyễn-thi-L... sur l'existence de la saillie osseuse qui existait au niveau de son métacarpien, elle nous déclara ne s'en être jamais aperçue, et que dans sa famille personne ne présentait de doigt supplémentaire.

Une radiographie de la main gauche montre une légère saillie externe au niveau de l'extrémité inférieure du métacarpien gauche.

(1) Publié dans la « *Revue médicale de l'Indochine française* », 2^e année, n^o 23. 1909.

TUMEUR DU TRICEPS SURAL, ABLATION DU MUSCLE guérison avec résultat fonctionnel satisfaisant

Par le Dr A. DEGORCE (1)

Le 25 avril 1903, entré à l'hôpital indigène de l'école de médecine, un coolie, âgé de 33 ans, Chan-van-Hoan, porteur d'une tumeur de la jambe.

Cette tumeur grosse comme une tête de fœtus, globuleuse, occupait le mollet de la jambe gauche. Sa surface était lisse, sa consistance un peu molle. La peau était mobile sur la tumeur. Par rapport aux parties profondes, la masse se laissait mobiliser dans le sens transversal, était adhérente au contraire à ses pôles supérieur et inférieur, paraissant faire corps avec le triceps sural.

Le malade fut opéré le 27 avril. La tumeur occupait presque la totalité du muscle et en affleurait la surface de toutes parts, recouverte d'une mince enveloppe de tissu musculaire qui faisait corps avec elle. Il fallut enlever le triceps sural, laissant seulement les insertions des jumeaux et du soléaire et quelques centimètres du tendon d'Achille.

La tumeur avait la consistance de l'encéphale. Sa surface de section était de couleur rosée. Elle renfermait un certain nombre de petits kystes remplis d'un liquide brunâtre. L'examen histologique ne put être pratiqué. L'aspect macroscopique était celui d'un sarcome.

Les suites opératoires furent normales. La réunion avait eu lieu sans drainage.

Le malade resta à l'hôpital jusqu'au 13 juin suivant. A cette date, il marchait sans gêne apparente et sans aucune boiterie. Il pouvait gravir des marches, monter sur un banc en prenant point d'appui sur le membre opéré, sans qu'on remarquât quelque chose d'anormal dans sa démarche. Le sujet étant couché, le membre inférieur présentait une attitude normale. Le pied n'était nullement dévié. Les mouvements d'extension du pied sur la jambe étaient très légèrement limités.

Le malade ne fut plus revu depuis.

Les notions courantes d'anatomie et de physiologie ne pouvaient faire prévoir un semblable résultat après l'ablation du triceps sural. Ce muscle est en effet considéré généralement comme le seul agent efficace de l'extension du pied dans la marche.

« Lorsque le triceps sural a perdu son action, dit Duchenne de Boulogne, le mouvement d'extension du pied ne se fait plus, dans l'articulation tibio-tarsienne, qu'avec une grande faiblesse, et encore cette extension va-t-elle à peine au-delà de l'angle droit, malgré la contraction énergique du long péronier et du long fléchisseur des orteils, qui agissent faiblement sur l'articulation tibio-tarsienne ».

« Par le fait de la paralysie et surtout de l'atrophie du triceps sural, le pied subit la déformation suivante : le talon s'abaisse graduellement, tandis

(1) Publié dans le « Bulletin médical de l'Indochine française » 2^e année — 1907, n^o 8.

que l'avant-pied s'infléchit sur l'arrière-pied ; il en résulte un talus pied creux (1) ».

Parmi les anatomistes, les uns d'accord avec Duchenne refusent toute influence dans l'extension du pied sur la jambe aux muscles de la région postérieure autres que le triceps et accessoirement le long péronier latéral et le long fléchisseur des orteils, les autres au contraire considèrent également comme extenseurs le court péronier latéral, le jambier postérieur, le plantaire grêle, sans d'ailleurs préciser la valeur de leur action.

Poirier ne considère comme extenseur du pied sur la jambe, en dehors du triceps, que le seul long péronier latéral. Encore le mouvement d'extension qu'il produit, est-il « peu étendu et peu énergique ; le long péronier latéral n'étant en tant qu'extenseur proprement dit, qu'un faible auxiliaire du triceps sural ». C'est comme abaisseur de l'avant-pied, en appuyant, dans la marche, le talon antérieur sur le sol que ce muscle est auxiliaire du triceps sural.

Quant au court péronier latéral, pour Poirier comme pour Duchenne, il ne produit de mouvement dans la tibio-tarsienne que quand le pied a préalablement été fixé dans la flexion ou l'extension forcée. Il le ramène alors dans la position moyenne.

Sabatier, Sappey considèrent comme extenseurs le court péronier latéral et le jambier postérieur.

Testut y ajoute le plantaire grêle, dont la part au mouvement d'extension est variable avec son degré de développement, le long fléchisseur commun des orteils et le long fléchisseur propre du gros orteil. Ces deux derniers muscles n'agissent comme extenseur que secondairement, après avoir préalablement fléchi les orteils.

Dans le cas que nous relatons, la conservation d'un mouvement d'extension presque normal du pied peut donner naissance à deux explications.

La première est l'existence d'une anomalie musculaire, d'un soléaire surnuméraire, par exemple, reliant la face postérieure du tibia au calcanéum. Mais l'existence de ce vaisseau musculaire nous eût sans doute frappé au cours de l'opération.

À défaut de cette hypothèse nous sommes conduits à admettre la suppléance du triceps par les autres muscles de la région postérieure de la jambe, en particulier par le long péronier latéral et le jambier postérieur. Ces deux derniers muscles antagonistes au point de vue de la déviation latérale du pied et de sa rotation neutralisent leur action antagoniste en se contractant simultanément et peuvent ainsi produire de l'extension du pied sans déviation.

Nous croyons que les longs fléchisseurs des orteils ne jouaient ici aucun rôle appréciable car l'extension se prouvait chez notre malade sans aucun flexion des orteils.

(1) Duchenne (de Boulogne) : De l'électrisation localisée, 3^e édition, 1872, Paris

LIPOME PÉRIOSTIQUE du premier espace interosseux palmaire. — Extirpation.

Par le D^r LE ROY DES BARRES (1)

La nommée Nguyễn-thi-Béo, âgée de 50 ans, exerçant la profession de maraîchère, entre dans notre service le 1^{er} août 1906.

Cette femme dans les antécédents héréditaires ou personnels de laquelle aucune particularité n'est relevée a remarqué il y a trois ans environ un léger gonflement de la face dorsale du premier espace interosseux gauche.

Ce gonflement s'est accru peu à peu, a gagné la face palmaire, puis la tumeur continuant son évolution a soulevé le bord inférieur de l'espace, et la peau à sa surface est devenue lisse.

La tumeur, du volume d'un œuf de cane, siège comme nous venons de voir dans le premier espace interosseux, qu'elle a considérablement élargi. La peau à son niveau est soulevée, glisse facilement ; elle est sillonnée de nombreux et fins vaisseaux.

La tumeur est légèrement mobile, elle donne à la palpation une sensation de fausse fluctuation.

Les mouvements de la main ne sont pas douloureux, mais le volume de la tumeur en diminue l'amplitude.

En présence de ces signes le diagnostic de lipome périostique est porté.

Le 11 août après anesthésie par le chloroforme, la tumeur est mise à nu par une incision en fer à cheval allant de la partie supérieure de la face dorsale du 1^{er} espace interosseux, jusqu'à un point symétrique de la face palmaire, en passant sur le bord inférieur de l'espace soulevé par la tumeur.

Après incision de la peau, on constata que les muscles ont été refoulés à la partie supérieure de la tumeur et qu'il n'existe aucune adhérence entre eux et la capsule.

La capsule est complète et permet l'énucléation facile du lipome qui adhère par un pédicule fibreux à la base du 2^e métacarpien, face antérieure. Ce pédicule est très court, et mesure à peu près un demi centimètre en tous sens ; l'adhérence du pédicule au périoste est intime et n'est détruite qu'en râclant l'os avec la pointe du bistouri.

La plaie est suturée, un drain est placé, ce dernier est retiré deux jours après et les fils sont enlevés le sixième jour, la plaie était cicatrisée.

La tumeur forme une masse unique, de forme régulière, son poids est de 90 grammes.

Sa consistance est inégale au niveau de l'insertion elle est fibreuse et donne même l'impression d'une consistance cartilagineuse.

A la coupe, la substance de la tumeur est homogène, de couleur jaunâtre, vers sa partie inférieure on constate l'existence de quelques cloisons fibreuses qui partent du pédicule.

L'étude microscopique de la tumeur montre qu'elle a la structure d'un lipome pur dans sa partie inférieure, d'un fibro-lipome au niveau du pédicule. Il n'est pas possible d'y déceler la présence de fibres musculaires.

(1) Publié dans le « *Bulletin médical de l'Indochine française* » 1^{re} année — n^o 4 — 1906.

GANGRÈNE SYMÉTRIQUE DES MEMBRES INFÉRIEURS chez une enfant de 4 ans

Par LE ROY DES BARRES (1)

La nommée Nguyễn-thi-Thi entre le 7 mars 1909 dans notre service pour une gangrène des deux membres inférieurs.

Cette fillette, âgée de 4 ans, est originaire de Hanoi ; son père est bien portant ; sa mère que nous n'avons pas l'occasion de voir au moment de l'entrée de son enfant est, paraît-il, assez souffrante, elle tousse depuis plusieurs mois.

Cette enfant a toujours été bien portante jusqu'il y a trois mois et demi, à cette époque elle présenta une fièvre continue pendant une semaine environ, puis cette fièvre continue fut remplacée par des accès fébriles vespéraux. De plus, apparurent des douleurs dans les membres inférieurs dont les moindres mouvements provoqués arrachaient des cris de douleur à la petite malade. En outre, des douleurs spontanées se produisant, surtout la nuit, empêchaient le sommeil. L'état général ne tarda pas à devenir mauvais, l'amaigrissement fit de rapides progrès, car, outre l'insomnie, existait une anorexie des plus marquées. Puis apparurent des crises de contracture dans les membres inférieurs, mais ce phénomène ne dura que quelques jours, et fut remplacé par un gonflement considérable des deux pieds. La marche, la station debout étaient impossibles. Après cinq à six jours apparut une tache noirâtre à l'extrémité du gros orteil droit ; cette tache progressa rapidement les jours suivants, puis s'ulcéra très vite. En même temps, les douleurs devinrent intolérables au niveau du pied atteint, la petite malade criait presque continuellement. L'ulcération, une fois formée, donna naissance à un écoulement d'un liquide roussâtre, extrêmement fétide, mais ne dépassa pas les dimensions d'une piastre et resta cantonnée à la partie antérieure de la face dorsale du pied.

Peu à peu l'état général, s'améliora, l'anorexie diminua. Les douleurs disparurent presque, et localement l'escharre sèche, noirâtre qui s'était formée, se sépara des parties saines par un sillon d'élimination passant à peu près au niveau de l'interligne tarso-métatarsien.

Puis brusquement, deux mois après le début des accidents, l'œdème des parties saines augmenta, la jambe devint tuméfiée dans toute sa hauteur. En trois jours, il se forma une escharre sèche s'arrêtant un peu au-dessus de la moitié de la jambe. La fièvre s'était manifestée à nouveau très violente et les douleurs avaient reparu dans le membre inférieur droit.

Quelques jours après, le pied gauche se tuméfia, devint extrêmement douloureux, et très rapidement une escharre se forma comprenant le pied gauche et la moitié inférieure de la jambe gauche.

(1) Publié dans « La Revue médicale de l'Indochine française » 2^e année 1909 — n^o 12.

La petite malade fut, paraît-il, montrée à un médecin européen qui prescrivit des pansements humides à l'eau boriquée. Ce traitement fut continué tant bien que mal, jusqu'à l'entrée de l'enfant à l'hôpital.

A ce moment l'état des lésions est le suivant : le pied droit est complètement momifié et ne tient plus à la jambe que par des tendons du jambier inférieur et du triceps, ainsi que par quelques lambeaux de peau ; la partie inférieure de la jambe droite présente une vaste ulcération circulaire, bourgeonnante, avec par place des débris sphacelés ; le pied gauche ne tient plus que par des lambeaux cutanés, il est complètement momifié ; la partie inférieure de la jambe gauche présente le même aspect qu'à droite. Les parties inférieure et moyenne des deux jambes sont œdématiées et les ulcérations que nous avons signalées reposent sur ces parties tuméfiées ; le tiers supérieur au contraire est atrophié. Les bords des ulcérations sont saillants, rouges, bourgeonnants ; de chaque côté, il existe une adénopathie inguinale assez prononcée.

L'examen de l'appareil respiratoire permet de déceler à la partie moyenne du poumon gauche de la submatité, et des râles sous-crépitaux. De plus au sommet gauche existe une résistance au doigt des plus manifestes ; on y note également une inspiration rude, peu pénétrante, et une expiration très prolongée.

Les autres organes sont normaux ; notons cependant une diminution des réflexes rotuliens. En dehors des zones mortifiées, il n'existe pas de troubles de la sensibilité. L'enfant se plaint cependant par instants de douleurs dans les jambes. Pas de troubles des sphincters ; les urines ne renferment pas d'albumine ; mais des traces de sucre. L'enfant n'a jamais eu de polyurie, ni de polydypsie ; la quantité des urines est plutôt faible (300 à 400 fr. par jour).

L'état général est assez satisfaisant, cependant l'enfant est amaigrie, sa température oscille entre 38° et 39°.

Le diagnostic de gangrène symétrique des extrémités est évident ; il en est de même de celui de bronchopneumonie gauche. De plus les signes fournis par l'auscultation et la percussion du sommet, ainsi que la connaissance d'une tuberculose pulmonaire avancée chez la mère, nous incitent à considérer cette petite malade comme une tuberculeuse. Une intradermo-réaction pratiquée dans le but de vérifier ce point de diagnostic est positive.

Le 11 mars, on sectionne les parties rattachant les moignons sphacelés ; les extrémités osseuses tibiales et péronières sont dégagées et sectionnées au-dessus des limites des parties molles conservées, afin d'avoir deux moignons convenables.

Pansements au peroxyde de zinc.

Les jours suivants la plaie se déterge, la suppuration qui auparavant était abondante et fétide disparaît complètement, et est remplacée par un léger suintement. La cicatrisation fait de rapides progrès, en même temps que l'état général s'améliore.

Le 8 avril, la petite malade quitte notre service, ses plaies sont presque complètement cicatrisées ; les lésions pulmonaires sont les mêmes, sauf que l'on note quelques craquements au sommet gauche. Malgré l'extension des lésions pulmonaires l'état général est meilleur. Il existe encore de la glycosurie (pas un gramme par litre).

L'enfant nous est ramenée pendant quelques jours par ses pansements, puis vers fin avril elle n'est plus revue.

Le 10 août, elle entre de nouveau à l'hôpital avec sa mère. Cette dernière est atteinte de tuberculose cavitaire et meurt quelques heures après son admission. Nguyen-thi-Thi présente tous les signes d'une méningite tuberculeuse.

Les renseignements fournis par le père de l'enfant confirment également ce diagnostic. Les urines ne renferment plus de sucre. La petite malade meurt le lendemain de sa rentrée.

— Cette observation nous a paru intéressante à rapporter à plus d'un titre :

Tout d'abord la gangrène symétrique des extrémités est particulièrement rare dans l'enfance, elle se rencontre de préférence entre 18 et 40 ans ; sa prédilection pour le sexe féminin s'est encore une fois de plus manifestée dans le cas que nous avons eu l'occasion d'observer.

La gangrène symétrique est une maladie d'hiver ; et quoique dans le pays où nous exerçons l'hiver soit loin d'être sérieux, ce n'en est pas moins au moment de la saison fraîche que notre petite malade a présenté les premières manifestations de son affection.

L'étiologie du cas que nous avons observé est également intéressante à envisager. Chez Nguyen-thi-Thi nous n'avons pu déceler ni lèpre, ni leucocythémie, ni paludisme ; les recherches hématologiques et bactériologiques faites en vue de déceler une de ces affections sont toujours restées négatives. Nous n'avons pu également constater aucun signe d'épilepsie, ni de syphilis héréditaire ou acquise. Par contre notre petite malade présentait du sucre dans ses urines et des signes de tuberculose pulmonaire ; or le diabète et la tuberculose sont deux affections aux cours desquelles on a pu constater l'apparition de la gangrène symétrique des extrémités.

Quelle est la date d'apparition de ces deux affections ? Le diabète a-t-il été la première manifestation morbide et la tuberculose pulmonaire n'en a-t-elle été que la complication fréquente ? C'est possible, mais n'ayant pas soigné l'enfant pendant les premières périodes de sa maladie, et les renseignements fournis par l'entourage étant des plus vagues, il nous est impossible de nous prononcer.

Notons que la quantité de sucre trouvé dans les urines, a toujours été très faible et n'a jamais dépassé un gramme par litre ; et que la quantité d'urine a oscillé toujours entre 600 et 900 grammes. Peut-être qu'au début la glycosurie avait été plus abondante et que l'apparition d'une complication grave (tuberculose ou gangrène symétrique) a fait baisser le taux de l'élimination du sucre.

On peut également se demander, en présence de l'association de ces trois manifestations morbides (tuberculose, glycosurie, gangrène symétrique), si une lésion cérébrale de nature tuberculeuse ne peut pas expliquer et la glycosurie et la gangrène symétrique.

Si nous avons constaté à l'autopsie un tubercule du plancher du 4^e ventricule la glycosurie se serait trouvée expliquée. Malheureusement l'autopsie n'a pu être faite, force nous est donc de signaler cette hypothèse.

Rappelons que le D^r Hostalrich a rapporté l'observation d'un cas de maladie de Raynaud, chez un annamite, accompagné de glycosurie et terminé par la mort, et qu'il attribue à un état pathologique bulbo-protubérantiel (1).

NOTE SUR UN CAS DE LIPOME de la partie postéro-interne du pied gauche.

Par LE ROY DES BARRES (1)

La nommée Nguyễn-thi-N..., entre dans les premiers jours du mois de mars 1906 dans notre service, pour une conjonctivite granuleuse dont elle souffre depuis plusieurs années. A l'examen de cette malade qui est âgée de 25 ans et qui exerce la profession de coolie, on constate outre l'affection oculaire pour laquelle elle a sollicité son admission, une tuméfaction du bord interne et de la partie postérieure du pied gauche ; Nguyễn-thi-N... est atteinte de plus de paludisme chronique et son état général est assez précaire. La tuméfaction du pied gauche a débuté il y a une dizaine d'années sur le bord interne du pied au-dessous de la malléole, depuis cette époque elle a progressivement augmenté de volume, et ce n'est que depuis trois ans que la tuméfaction a gagné la face postérieure du talon. Cette lésion n'a jamais occasionné ni douleur, ni gêne, et notre malade a pu exercer le dur métier de coolie sans être incommodée par le développement anormal des tissus du bord interne du pied.

A la palpation, on sent une masse rénitente lobulée, qui se propage un peu sous la partie interne de la plante du pied, mais sans qu'il soit possible de la limiter nettement à ce niveau. Au contraire au niveau de la jonction du bord interne et de la face dorsale, la limite entre la tumeur et les tissus voisins est des plus nettes, il en est de même en arrière du talon. La tumeur est mobilisable sur les plans profonds, excepté près de la base du 1^{er} métacarpien et sous la plante de pied. La peau peut être plissée sur la tumeur, sauf au niveau de la plante. Cliniquement, il s'agit d'un lipome. Une ponction exploratrice faite pour confirmer ce diagnostic, est négative.

La malade présente des signes de paludisme chronique des plus nets, (hypertrophie, splénique, anémie prononcée, etc...) mais pas d'autres lésions.

Nulle part, ailleurs, elle ne présente d'autre tumeur.

Une intervention proposée ne fut pas acceptée, la malade quitte notre service quelques semaines après son entrée, elle n'a pas été revue depuis.

(1) Publié dans la *Revue médicale de l'Indochine*, 1909, p. 266.

III

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

CONSIDÉRATIONS CLINIQUES GÉNÉRALES sur le fonctionnement des maternités de l'École de Médecine.

Par M^{me} NGUYEN-THI-QUI

maîtresse sage-femme.

Les maternités de l'École de Médecine sont au nombre de deux, l'une pour l'enseignement de l'Obstétrique aux élèves de médecine, l'autre annexée à l'école des sages-femmes. Depuis 1904, époque du fonctionnement de la première maternité de l'École de Médecine jusqu'au 1^{er} janvier 1930. — 26.464 femmes sont venues accoucher dans ce service de clinique.

Les grossesses gémellaires ont été rencontrées dans 0.93 % des accouchements

Deux grossesses triples et un cas de grossesse quadruple ont été observées (1 pour 13.250 et 1 pour 26.500 environ).

Les différentes présentations ont été rencontrées dans les proportions suivantes :

Présentation du sommet	94.65 %
Présentation du siège	3.65 —
Présentation de la face	0.45 —
Présentation du tronc	1.25 —

La fréquence des diverses positions présente en ce qui concerne les présentations du sommet, quelques différences avec les chiffres admis en Europe.

Les positions gauches ont été rencontrées dans 56,5 % des cas, dont 51 % pour les gauches antérieures.

Les positions droites ont été observées dans 41 % des cas ; mais avec une fréquence extrême des droites antérieures 33 %.

Le tableau suivant résume la proportion de ces diverses positions :

O. I. G. A.	51 %
O. I. D. A.	37 —
O. I. G. A.	55 —
O. I. D. P.	45 —
Positions transverses	2 —

Le rétrécissement du bassin a été relativement rarement rencontré ; dans 0.35 % des cas seulement, il a entravé l'accouchement et obligé à une intervention obstétricale (forceps, basiotripsie, césarienne etc...).

Cette rareté des rétrécissements du bassin est due à ce qu'au Tonkin le rachitisme et la luxation congénitale de la hanche sont exceptionnels.

Le nombre des accouchements prématurés par rapport aux accouchements à terme a été de 9.25 %.

Le rapport des enfants morts-nés à celui des enfants vivants a été de 7.6 %.

Comme cause des accouchements prématurés et de la mortalité coetale, vient en première ligne la syphilis.

Le nombre des naissances du sexe masculin l'emporte de 1.5 % sur le nombre des naissances du sexe féminin.

La mortalité maternelle a été de 0,91 % ; et encore, nombre de décès concernant des femmes entrées saignées à blanc par des hémorragies ou en pleine infection.

La mortalité infantile après naissance a été de 3.12 % ; le plus souvent, il s'agissait d'accouchements dont le travail avait été très lent, les femmes n'étant venues qu'après un jour et parfois plus de douleur.

Le poids moyen des nouveaux-nés vivants à terme est de 2 k. 800 ; les garçons présentent ordinairement une centaine de grammes de plus que les filles.

Le môle hydatiforme a été rencontré chez, 0,094 % des femmes hospitalisées dans les services d'accouchement.

Le poids moyen de l'arrière faix est de 510 grammes, un peu moins élevé chez les garçons que chez les filles.

L'insertion du placenta produisant des signes cliniques appréciables a été observée dans 0.5 % des accouchements.

Il a été nécessaire de pratiquer la délivrance artificielle dans 1.9 % des cas.

Dans 3 % environ des accouchements une intervention obstétricale (forceps, embryotomie, césarienne, etc...) a été nécessaire, c'est une application de forceps qui a été utilisée dans 66 % des cas, et le plus souvent pour inertie utérine chez des femmes grandes multipares : dans 27 % des interventions obstétricales en a pratiqué une basiotripsie ou une embryotomie.

Les autres interventions 7 %, consistent soit en césariennes soit en hystérectomies (ces dernières pour ruptures utérines chez les femmes venant du dehors)

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE avec rétention fœtale remontant à huit années.

Par LE ROY DES BARRES (1)

La nommée Ng.-thi-L..., 41 ans, entre dans notre service le 19 mars 1926 pour des pertes fétides.

Les antécédents héréditaires ne présentent rien de particulier. Comme antécédents personnels nous notons que notre malade a été réglée à l'âge de 18 ans et mariée à 22 ans ; elle a eu, à l'âge de 23 ans et de 26 ans, deux grossesses qu'elle a menées à terme et dont les deux enfants sont vivants et bien portants.

En 1918, elle présenta une troisième grossesse, pendant les six premiers mois de laquelle aucune particularité ne se manifesta ; vers la fin du sixième mois, un matin peu après être levée, la malade ressentit une douleur extrêmement vive au niveau du bas ventre, l'obligeant à conserver le lit. Ces douleurs durèrent une dizaine de jours, allant en s'atténuant à partir du troisième ; elle aurait présenté à ce moment quelques vomissements.

L'amélioration aurait coïncidé avec l'évacuation par les voies génitales d'une masse ovoïde de la grosseur d'une noix, accompagnée d'une quantité considérable de caillots.

Les jours suivants, le ventre aurait diminué progressivement de volume, et, dix mois après, aurait repris des dimensions à peu près normales ; mais à cette époque s'étaient installées des pertes purulentes, assez abondantes, fétides, quotidiennes, et persistant depuis ce moment. Les règles s'étaient rétablies à peu près régulières.

Au mois de septembre de l'année dernière, après quelques jours où l'écoulement purulent avait cessé, la malade présenta brusquement un violent accès de fièvre, avec fatigue extrême, et une douleur vague, mal localisée dans le bas ventre. Au bout de deux jours l'écoulement purulent se rétablit, mais plus abondant et plus fétide qu'auparavant. La fièvre diminua peu à peu et au bout de quinze jours, la maladie pouvait se lever, mais l'écoulement purulent, devenu d'ailleurs moins abondant, n'en persistait pas moins et l'état général commença à décliner assez rapidement.

Il y a deux mois, la malade ressentit comme la présence d'un corps étranger dans le vagin ; avec le doigt elle en retira des fragments osseux ; dans les premiers jours de mars, la même manœuvre faite par la malade lui permit d'extraire de nouveaux fragments d'os.

Devant la persistance de son mauvais état général, d'une fièvre légère, et d'une douleur abdominale d'ailleurs assez vague, de pertes sanguinolentes et fétides la malade se décide à entrer à l'hôpital ; son état est à ce moment le suivant : amaigrissement extrême, faciès terreux, anorexie, température oscillant entre 38°2 et 38°5.

(1) Publié dans le *Bulletin Société Médico-chirurgicale*, 1926, p. 179.

Le ventre n'est pas volumineux, mais au contraire affaissé, la palpation de la région hypogastrique est un peu douloureuse, on sent qu'il existe un empâtement profond, derrière le pubis.

Les divers appareils digestif, circulatoire, respiratoire sont normaux.

Au toucher vaginal, on constate que le col utérin est dur, légèrement reporté à gauche ; les culs de sac antérieur et latéral gauche sont libres ; le cul de sac droit et le cul de sac postérieur sont en grande partie effacés et douloureux à la pression. A l'union du col de sac latéral droit et du col de sac postérieur existe un orifice admettant à peine l'extrémité de l'index, à bords indurés. L'utérus est de volume normal, il est situé en avant, et adhère avec une tumeur du volume d'une petite orange qui est situé à droite et en arrière de lui.

L'examen au spéculum montre un col plutôt petit, à orifice externe d'aspect cicatriciel, mais qui admet facilement l'hystéromètre ; la cavité utérine à ses dimensions normales.

Il existe derrière le col et à droite, un orifice de la dimension d'une pièce de dix cents à bords cicatriciels par où s'écoule du pus sanguinolent et fétide : une pince enfoncée dans cet orifice pénètre à une profondeur de dix à onze centimètres et permet de sentir des parties dures. Cette pince permet de ramener les os suivants ; occipital, clavicule, les deux temporaux l'ilion gauche, appartenant à un fœtus de 5 à 6 mois.

Le toucher rectal confirme les données fournies par le toucher vaginal.

Le diagnostic porté est celui de grossesse extra utérine avec rétention prolongée du fœtus, suppuration de la poche foetale et élimination progressive du fœtus.

L'intervention qui est pratiquée le 23 mars consiste en un large débridement de l'orifice de la poche au niveau du vagin.

Avec le doigt et la grande curette mousse, maniée prudemment, on ramène quantité de débris sphacelés et des fragments osseux.

La poche est ensuite badigeonnée à la teinture d'iode et largement drainée.

Les suites sont normales, le 5 avril la malade quitte l'hôpital sur sa demande formelle ne présentant plus de fièvre et la poche n'ayant plus que la dimension d'une grosse noix.

Cette observation nous a paru intéressante à rapporter à cause du laps de temps considérable pendant lequel il y a eu rétention foetale dans la poche extra-utérine malgré l'infection de celle-ci.

UN CAS DE GROSSESSE ABDOMINALE Laparotomie. — Enfant vivant. — Guérison.

Par LE ROY DES BARRES (1)

Le 25 janvier 1926, nous étions appelé auprès de la née Nguyen-thi-D..., âgée de 32 ans, 3^e pare, qui enceinte de près de neuf mois présentait des douleurs abdominales assez vives ; ne rappelant en rien, disait-elle, les douleurs ressenties par elle lors de ses accouchements antérieurs. Elle nous faisait appeler sur les conseils d'une sage-femme indigène diplômée de l'Ecole de Médecine qui avait diagnostiqué une grossesse abdominale.

L'examen que nous pratiquons confirme ce diagnostic, le corps du fœtus est dans la partie droite de l'abdomen, la tête seule est à gauche de la ligne médiane au-dessus de l'ombilic, sous la peau pour ainsi dire. La situation du fœtus est transversale, les petits membres sont en avant. Les battements foetaux sont réguliers.

L'utérus est gros, de volume d'un petit melon, relativement mobile, le col est mou, entr'ouvert, par son orifice s'écoule un peu de sang, et de temps à autre quelques caillots.

Nous exposons à la femme la situation sans issue dans laquelle elle se trouve, à moins d'une intervention et nous arrivons à la décider à entrer à la clinique Saint-Paul. Mais quand il fut question de l'opérer séance tenante, la patiente s'y refusa et demanda à attendre, ce n'est que le 29 au matin, au moment où à la suite de quatre jours d'insomnie, de douleurs incessantes, de vomissements continuels, au moment où son état général profondément altéré ne laissant plus que peu d'espoir dans le succès d'une intervention tant pour la mère que pour le fœtus, dont les bruits du cœur étaient devenus très faibles, que cédant aux pressantes sollicitations dont elle était l'objet, notre malade se décida à se laisser opérer. Notons que la malade n'avait pas de température.

Après anesthésie générale à l'éther, la laparotomie médiane permet d'extraire un enfant vivant du sexe masculin de 2 k. 800. Cet enfant était au milieu des anses intestinales, il n'y avait pas de sac à proprement parler, mais par places des membranes minces formant un cloisonnement incomplet de la cavité abdominale. Les anses étaient souillées de méconium. Le placenta était adhérent à une sorte de coque attachant à l'utérus et à la partie droite du fond de l'utérus, quelques cotylédons étaient disposés sur le côlon ascendant, sur quelques anses grêles voisines et sur l'épiploon. La coque attachant à l'utérus n'était autre que la trompe rompue ; il fut facile d'en faire l'extirpation, les adhérences épiploïdes furent réséquées, la partie du placenta adhérente à l'utérus fut détachée sans aucune difficulté ; il n'en fut pas de même des quelques cotylédons adhérents à l'intestin dont le péritoine fut sérieusement

(1) Publié dans le *Bulletin Société Médico-chirurgicale de l'Indochine*, 1926, p. 224.

endommagé. Quelques points de catgut ayant été placés sur les vaisseaux qui saignaient, un surjet au catgut réunissant les fragments péritonéaux libres permet une péritonisation incomplète des surfaces dénudées. Un large Mickulicz est placé et la paroi refermée en un plan au fil d'argent.

Les suites furent des plus simples, sauf un état de schock assez marqué le premier jour ; du 6^e au 10^e jour le Mickulicz fut retiré progressivement et les fils d'argent enlevés le 12^e.

Le vingt février, la malade quittait la clinique avec une plaie presque complètement cicatrisée ne nécessitant plus que de rares pansements. Elle a été revue ces jours derniers en parfait état de santé ainsi que son enfant.

Le cas que nous venons de rapporter concerne incontestablement une grosse tubaire rompue, grossesse qui a continué à évoluer sous forme de grossesse abdominale.

Il est impossible de préciser l'époque où cette rupture s'est produite ; malgré l'interrogatoire minutieux, nous n'avons pu obtenir aucun renseignement autre que l'apparition vers le troisième mois de douleurs abdominales, mais qui ne paraissent pas avoir été très vives, la malade ayant pu continuer à vaquer à ses occupations sauf pendant deux jours ; par contre, elle déclare qu'à partir de ce moment elle avait de temps à autre des douleurs abdominales, douleurs qu'elle n'avait jamais ressenties au cours de ses deux grossesses précédentes. Il semble bien que la malade n'a pas voulu nous renseigner, persuadée probablement qu'il s'agissait là de l'intervention d'un mauvais génie et craignant par ses paroles d'indisposer à nouveau ce génie contre elle. ;

Nous avons pensé à cause de la rareté des cas de ce genre, qu'il était intéressant de rapporter succinctement cette observation. Il y a une dizaine d'années nous avons également opéré un cas de grossesse abdominale, malheureusement nous n'avons pas retrouvé les notes que nous avions prises à ce moment sur cette malade. Le cas n'était pas tout à fait identique, car le placenta s'insérait sur l'épiploon et, l'intestin, sur une très large surface, et son décollement fut extrêmement difficile ; de plus, l'enfant mourut quelques heures après la naissance. Quant à la mère, après les accidents infectieux graves, elle finit par guérir.

NOTE CLINIQUE ET ANATOMIQUE SUR UN FŒTUS monstrueux ayant nécessité l'opération césarienne.

Par le Dr JUDET DE LA COMBE (1)

La femme T.... T.... K...., 36 ans, est amenée à la Maternité de l'Hôpital indigène dans la nuit du 13 au 14 février. Les renseignements fournis par son mari et par elle-même nous apprennent qu'elle était enceinte de 7 mois et demi environ. Sa grossesse n'avait présenté rien de particulier.

Le 13 février à 4 heures du matin, elle a ressenti les premières douleurs. A 6 heures, elle a accouché d'une fille qui se présentait par le sommet. Peu après, elle a éprouvé de nouvelles douleurs à la suite desquelles les membres inférieurs d'un second fœtus apparaissent à la vulve.

La matrone qui l'assistait, exerce des tractions sur les membres proci-dents, mais sans succès ; elle a de plus recours à la plupart des manœuvres et des drogues usitées par les matrones annamites pour faciliter l'accouchement.

Une deuxième matrone, puis une troisième et enfin le mari viennent joindre leurs efforts aux siens. Tous ces efforts combinés ont pour résultat d'arracher les deux pieds du fœtus.

Après une longue journée de manœuvres infructueuses, on se décide au milieu de la nuit à amener la malade à la maternité où je la vois le 14 février à 1 heure du matin.

A mon arrivée, la femme paraît épuisée, le pouls est petit, rapide ; température 36,7. Je constate la présence à la vulve des membres inférieurs mutilés d'un fœtus de 7 mois à 7 mois et demi.

Au toucher, je trouve dans le vagin les cuisses, puis les organes génitaux mâles. Tout cela paraît normalement conformé. Mes doigts dépassent le col et rencontrent le bassin du fœtus que je saisis entre l'index et le médium appliqués sur les os iliaques. J'essaie de le mobiliser. Je puis lui imprimer des mouvements latéraux mais la traction n'entraîne aucun mouvement de descente ; la masse fœtale est solidement accrochée au-dessus du détroit supérieur.

Le palper ne donne aucun renseignement utile. On sent un utérus contracté sur une masse dure arrondie. Rien à l'auscultation.

Après un léger chloroforme, j'introduis la main et l'avant-bras droits et voici ce que je constate :

L'utérus est fortement rétracté, la main l'explore avec peine. L'anneau de Bandl est très serré. Je perçois cependant assez nettement qu'au-dessus du bassin du fœtus que j'avais saisi, l'abdomen est normal, je trouve le cordon, puis en remontant, au niveau de la base du thorax, je sens une vaste tumeur arrondie, lisse, régulière, plus ferme qu'un siège, mais moins dure qu'une tête et paraissant avoir plus de deux fois les dimensions d'une tête fœtale.

(1) Publié dans le *Bulletin de la Société Médico-chirurgicale de l'Indochine*, année 1911, n° 7, p. 372.

Sa surface présente quelques aspérités et quelques dépressions peu marquées. Mais l'exploration complète de la cavité utérine, ne me permet de trouver rien qui ressemble à une tête ou à des membres supérieurs.

En raison de son volume et de sa consistance, il m'apparaît impossible que cette masse puisse avoir issue par les voies naturelles.

Les mutilations ne me paraissent pas indiquées pour les raisons suivantes : une basiotripsie, — en admettant que l'introduction de l'instrument soit possible — ne donnerait qu'une réduction insignifiante de cette masse élastique, compensée sans doute par l'augmentation d'un autre diamètre.

Quant à l'embryotomie, je la juge encore plus impossible. Il faudrait pour la mener à bien plusieurs opérations que l'état de l'utérus contracté sur la tumeur, rendraient dangereuses pour la mère.

Je me décide donc pour l'opération césarienne et j'en fais part au D^r LE ROY DES BARRES qui la pratique séance tenante.

L'opération n'a rien présenté de particulier. Incision de la paroi abdominale, du péritoine, puis de l'utérus au bistouri d'abord et étendue en deux ou trois coups de ciseaux à toute la longueur de l'organe.

Le placenta qui se présente est décollé et le fœtus extrait rapidement, puis le placenta. L'hémorrhagie est abondante, mais non excessive. Elle diminue dès que l'utérus débarrassé de son contenu peut revenir sur lui-même.

Suture de l'utérus au catgut sur deux plans à points séparés. Suture du péritoine et de la paroi au fil d'argent. Drain dans la partie inférieure de la plaie.

Les suites de l'opération ont été très heureuses. Le lendemain, un peu de température et lochies fétides. Dès le 3^e jour tout rentrait dans l'ordre, le 11^e jour la malade se levait et le 30^e jour elle quittait l'Hôpital guérie.

J'ai tenu à présenter au cours d'une de nos précédentes séances, le monstre tel qu'il avait été extrait pour permettre de constater quelle dystocie absolue entraînait sa présence dans un utérus.

Pour s'en convaincre il suffit de considérer les mensurations suivantes qui ont été prises aussitôt après l'opération.

Hauteur totale	33 centimètres ;
Diamètre antéro-postérieur	9 —
Poids	1.740 grammes
Diamètre transversal de la tumeur	22 —
Diamètre vertical	11 —
Poids du placenta	550 —

Le fœtus ne pouvait donc pas sortir par la filière pelvi-génitale. Si par un hasard extrême la tumeur avait pu réussir à présenter en inflexion latérale forcée ses plus petits diamètres antéro-postérieur et vertical au détroit supérieur, l'engagement aurait pu se faire, mais la descente eût été impossible par suite de l'augmentation du volume de la tumeur, à l'épaisseur de laquelle venait s'ajouter l'épaisseur de l'abdomen et du bassin.

Quant à la sortie par le siège, tel que le fœtus s'était présenté, elle était absolument impossible, le monstre était rivé dans le bassin par sa forme même.

EXAMEN ANATOMIQUE DU MONSTRE

Le monstre présente dans l'ensemble la forme d'un champignon. Les membres inférieurs et le bassin sont de proportions normales. Les organes génitaux externes, l'abdomen, le cordon ne présentent rien de particulier.

Au niveau de la base du thorax, le tronc se renfle subitement et forme une tumeur volumineuse qui englobe en même temps les membres supérieurs et la tête ; cette tumeur présente à sa partie médiane et antérieure une dépression longitudinale, du fond de laquelle émergent de petits bourgeons charnus, et deux vésicules claires, le tout ensemble gros comme une noisette. Ce sont là les rudiments de la face. Ils sont surmontés de poils : les cheveux. Le reste de la tumeur est glabre.

Sur les parties latérales, apparaissent des mains rudimentaires. L'une, la droite, ne présente que trois doigts, la gauche mieux formée, en a quatre, et un repli du tégument lui dessine vaguement un avant-bras.

A la partie inférieure de la tumeur, deux très légères dépressions signalent les mamelons qui sont ombiliqués, débordés par le tissu conjonctif environnant. La partie postérieure ne présente rien de particulier.

Système osseux.

Les membres inférieurs et le bassin sont normaux ; la colonne vertébrale est bien développée dans les portions lombaire et dorsale, la cage thoracique est au complet, mais n'a pas son amplitude normale. La colonne vertébrale cervicale n'existe pas. De la partie supérieure de la première vertèbre dorsale partent des ligaments fibreux qui la réunissent à une masse dure osseuse, de la grosseur d'une noisette. Cette masse sert de support aux bourgeons, rudiments des organes des sens. A la dissection, elle laisse connaître cinq os : deux os pairs allongés et légèrement courbes, joints sur leur milieu par une lame fibreuse, et dont la partie libre présente une échancrure qui permet de reconnaître en eux les maxillaires inférieurs. Au-dessus de leur partie libre se trouvent deux masses osseuse ovale qui, par leur position par rapport aux maxillaires paraissent être les temporaux. En arrière, une masse osseuse plus étendue occupé la place de l'occipital. Ces cinq os circonscrivent une loge ovale, au centre de laquelle se trouve un organe nettement différencié entouré d'enveloppes fibreuses, qui paraît être le cerveau.

Les bourgeons charnus qui représentent les organes des sens sont réunis aux masses osseuses par des membranes de consistance cornée, très rudimentaires, qui figurent les os de la face.

Les omoplates et les clavicules sont bien développées. Les membres supérieurs sont rudimentaires. Les humérus sont assez normaux, quoique pris dans la masse du tissu conjonctif. Les avant-bras et les mains sont incomplets et rudimentaires.

Système musculaire.

D'une façon générale son développement est parallèle à celui du système osseux.

Système circulatoire.

Normal dans les membres inférieurs. A l'abdomen et au thorax, il est constitué essentiellement par deux vaisseaux parallèles, une artère et une veine appliquées contre la colonne vertébrale, qui représentent l'aorte et la veine cave inférieure.

Schéma des principales malformations.

A leur extrémité inférieure, elles ont leurs divisions normales, à leur partie moyenne, elles assurent la circulation rénale ; à leur partie supérieure, après avoir traversé un diaphragme rudimentaire, elles se subdivisent en plusieurs

vaisseaux qui vont se perdre dans la masse de tissu cellulaire lâche qui remplit la cavité thoracique.

Ces deux vaisseaux sont parfaitement cylindriques et ne présentent aucun renflement, aucun diverticule, rien qui puisse ressembler à un rudiment de cœur.

Système nerveux.

Le système nerveux central est représenté par la petite masse ovale de la grosseur d'un pois que nous avons trouvée au sommet du rachis. Le microscope binoculaire permet d'y voir des replis qui ont l'apparence de circonvolutions. Elle est constituée par une enveloppe fibreuse qui contient une masse de consistance caséuse qui, à l'examen microscopique apparaît formée de cellules nerveuses multipolaires et de fibres nerveuses. Elle n'a aucune connexion avec la moëlle épinière.

Celle-ci paraît normale à partir de la colonne dorsale. Les filets nerveux émergent régulièrement par les trous de conjugaison. Nous avons recherché et trouvé de gros troncs, cubital, sciatique.

Appareil respiratoire.

Les poumons n'existent pas. A leur place, on ne trouve rien qui rappelle leur forme ou leur structure. Les deux gros vaisseaux après avoir traversé le diaphragme, se ramifient dans un tissu conjonctif lâche parsemé de corpuscules bruns qui, au microscope, apparaissent formés de fines granulations. Ils se retrouvent partout où des organes sont atrophiés et sont probablement des résidus de destruction des globules sanguins.

Appareil digestif.

L'abdomen ouvert laisse voir à sa partie inférieure un intestin parfaitement conformé avec un anus perméable. En dévidant l'intestin, on voit successivement, les colons, la valvule iléo-cœcale et l'appendice puis l'intestin grêle, qui se termine à la partie supérieure par un cul-de-sac en doigt de gant, parfaitement cylindrique sans aucune trace de renflement qui puisse simuler un estomac. Cette extrémité est libre et dépourvue de mésentère.

La longueur totale de l'intestin est de 35 centimètres ; il est rempli d'une matière rosée pâteuse, ne ressemblant pas au méconium, car elle n'est pas colorée par la bile, la foie ne s'abouchant pas dans l'intestin.

La foie est volumineux, il occupe tout le fond de la cavité abdominale, à droite et à gauche. Ni vésicule ni gros canaux biliaires. En avant et au-dessous du foie, un petit organe glandulaire, le pancréas sans doute.

Les reins sont très volumineux. Ils présentent les vaisseaux normaux et les uretères qui aboutissent à la vessie.

Les organes génitaux sont parfaitement conformés ; on y trouve les testicules, les corps caverneux, l'urètre.

Tumeur céphalo-thoracique.

La masse de la tumeur est formée d'un tissu lardacé épais qui est du tissu conjonctif hypertrophié. Elle n'est pas homogène et présente de chaque côté une petite cavité pleine d'un liquide filant et d'une matière gélatiniforme.

Vu d'ensemble des formations endodermiques (Testut).

Ce schéma est joint à titre de renseignements pour montrer à quel point a commencé la malformation des organes de formations endodermiques.

Placenta. — Ne présente rien de particulier. Les deux cordons s'y insèrent.

CONCLUSIONS

Si nous voulons donner à ce monstre une place dans la classification de Geoffroy SAINT-HILAIRE, nous dirons : Monstre unitaire, omphalosite, hémicéphale.

Unitaire, parce qu'il est formé d'un seul élément embryonnaire ;

Omphalosite, parce que ne possédant qu'un système nerveux rudimentaire et pas de cœur, il ne pouvait se développer qu'avec le secours d'un frère jumeau bien conformé qui venait assurer sa circulation.

Hémicéphale, parce que « la tête est représentée par une tumeur informe « avec quelques appendices ou replis cutanés simulant la bouche ou le nez » (BABAUD).

Pouvons-nous dans l'examen de ce monstre, retrouver sinon la cause, du moins le mécanisme de la déformation ?

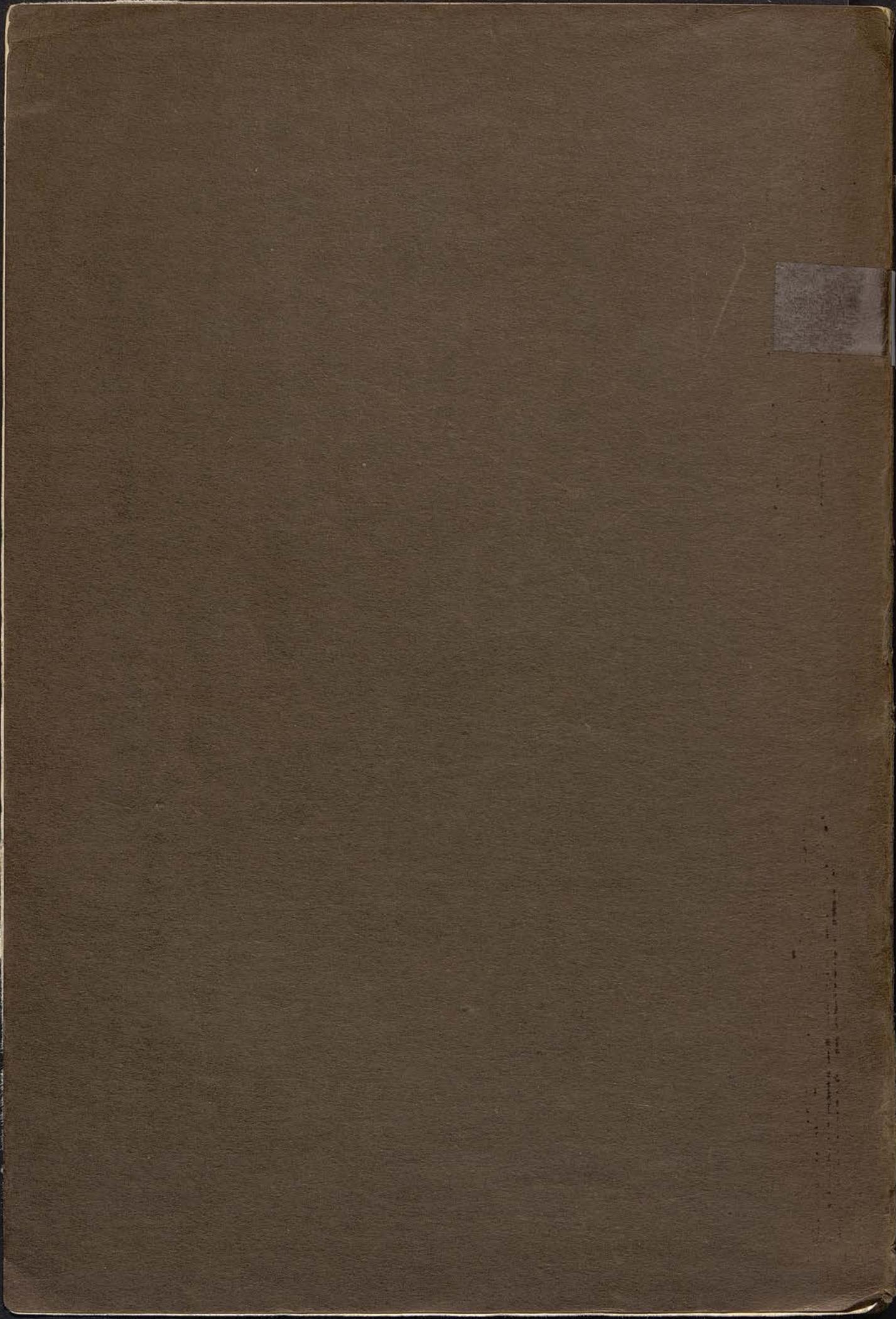
Parmi toutes les anomalies que nous avons énumérées, une surtout nous a frappé, car elle est la plus complète, la plus radicale, c'est l'absence de la colonne cervicale, de ses vaisseaux, de ses nerfs, son remplacement par du tissu fibreux. C'est la malformation première, celle qui a déterminé les autres.

Elle est due elle-même à une bride amniotique, à une adhérence.

« L'adhérence, pour ce qui la concerne, est toujours précédée ou suivie « d'une inflammation ; celle-ci a pour conséquence la destruction d'une région « plus ou moins étendue de l'embryon ou du fœtus et la constitution d'un « tissu cicatriciel de remplacement » (BABAUD).

L'adhérence au niveau du cou ne constitue pas la monstruosité. Mais elle a déterminé. Par l'oblitération et la destruction des vaisseaux, elle arrêtera la nutrition et par suite le développement du cerveau qui tombe en dégénérescence pendant que le tissu conjonctif sous cutané s'hypertrophie et que la plupart des organes restent à l'état rudimentaire.

Ceux qui se développent le font d'autant mieux qu'ils sont plus près du second fœtus, le fœtus nourricier ; c'est pour cela que nous voyons les organes d'autant mieux développés qu'ils sont plus près de l'ombilic.



ASE. 2531



165
165
165