

cause de la résistance ordinairement plus grande de l'organisme.

Lorsque les malades ne présentaient pas de tumeur appréciable, Roux a toujours tenu à leur faire faire, avant l'opération, l'essai de la sangle de Glénard; bien des malades, en effet, ont été guéris d'une façon en apparence définitive par le port de cette sangle, et sans aucune opération; parmi ces malades, il en est plusieurs à qui une laparotomie avait été proposée antérieurement. Pour reconnaître la chute de l'estomac et la situation d'une tumeur au pylore, de même que sa mobilité, Roux a recouru à l'insufflation directe de l'estomac par la bouche; ce procédé permet de reconnaître la position de la tumeur par rapport au pylore, à la paroi antérieure ou postérieure, à la grande ou à la petite courbure, etc., sa mobilité, souvent même l'impossibilité d'une gastro-entérostomie, etc. A propos de ce diagnostic, Roux s'élève contre l'abus que l'on fait de l'expression de dilatation de l'estomac. Lorsque, à la suite de Doyen, il a entrepris de tenter la cure des dyspepsies rebelles et des atonies de l'estomac par la gastro-entérostomie, il a été étonné de ne plus trouver un seul pylore intact anatomiquement. Toujours un ulcère (sinon un cancer) ou ses suites éloignées, ou, tout au moins, cette sorte de coarctation qui est plus qu'un spasme et qui empêche même, au repos, d'y passer le doigt; toujours il y avait des modifications de l'anneau pylorique qui forçaient d'admettre un processus anatomique chronique, jamais d'atonie pure ou de dilatation vraie.

Examinant les divers procédés opératoires en présence, l'auteur pense que l'on doit rejeter l'opération de Loreta, malgré sa facilité d'exécution et sa bénignité apparente; cette intervention est irrationnelle comme toutes les dilatations que l'on ne peut pas surveiller et répéter à loisir. L'opération de Bircher n'aura que rarement occasion d'être pratiquée, en raison même de la rareté de la dilatation vraie de l'estomac. Quant à l'opération de Heinicke-Mikulicz, préconisée pour des cicatrices adhérentes, elle est aussi laborieuse et aussi dangereuse que la gastro-entérostomie en Y. La gastro-entérostomie antérieure est déficiente en elle-même; en effet, au moment de l'opération, l'estomac est flasque et paresseux, le malade à plat de lit, sur le dos, et il est peu logique alors de faire l'ouverture en haut.

La gastro-entérostomie postérieure ne présente pas cet inconvénient, mais elle expose autant que l'antérieure à la compression du colon. Les principaux dangers de l'abouchement latéral, sur toutes ses faces, sont le reflux de la bile dans l'estomac, le retour du contenu de l'estomac dans le duodénum, les plis, épérons ou cordes, etc.

La grande critique faite à la gastro-entérostomie en Y est sa durée; Roux affirme qu'avec un peu d'habitude et surtout en ne perdant pas de temps inutilement, on peut pratiquer cette opération en quarante à soixante minutes, y compris la restauration des parois abdominales à trois plans, c'est-à-dire exactement ce que la plupart des bons opérateurs emploient pour la méthode la plus simple, l'antérieure de Wölfler.

Voici la manière de faire de Roux : narcose à l'éther; une fois l'exploration terminée, le colon transverse est relevé, son méso tendu, effondré largement, et la paroi postérieure de l'estomac, dans la région de la poche pylorique, attirée très facilement hors du ventre, pendant qu'on saisit et reconnaît le haut du jéjunum avec son repli. Pour clamps, de simples épingles à friser. A 15, 20, 30 ou plus de centimètres de l'origine du jéjunum, celui-ci est sectionné entre deux pinces de Kocher, et l'incision prolongée dans le mésentère jusqu'à la première bifurcation artérielle; on choisit de préférence, pour cette section, un endroit où elle puisse être la plus longue sans dépasser l'arcade de premier rang.

Le bout supérieur du jéjunum, avec sa pince, est alors coiffé d'une compresse de gaze et mis de côté sur la gauche. Le bout inférieur est saisi par l'aide qui tient l'estomac hors de la brèche méso-colique et approche au moyen de la pince, pendant que l'on place un premier rang de sutures séro-séreuses continues, sur ce qui sera le bord postérieur de l'ouverture.

Incision de la séro-musculaire stomacale et intestinale selon Barker; seconde suture continue séro-musculaire. Ouverture de la muqueuse stomacale, abrasion de l'intestin derrière la pince de Kocher; troisième suture continue sur la muqueuse, tout le tour. Suture séro-séreuse. L'estomac est lâché et le méso ordinairement fixé par les bords de sa brèche autour de la collerette gastro-intestinale par quelques points au catgut.

Pour la fermeture du ventre, Roux recommande de faire des sutures avec une substance non résorbable, soie, argent ou crin de Florence, au moins pour l'un des plans, et encore faut-il attendre, pour les enlever, si c'est dans la peau, que le malade soit à l'abri d'un vomissement ou d'un accès de toux.

Bien que la série des opérations de Roux ne soit pas extrêmement brillante, de l'avis même de l'auteur, il y a lieu de penser qu'en choisissant bien les malades, et en opérant que dans les seuls cas où la gastro-entérostomie en Y est vraiment indiquée, on puisse arriver à des résultats meilleurs qu'avec les autres procédés opératoires.

L. WILLARD.

**P. Lyons. Contribution à l'étude du phlegmon infectieux sus-hyoïdien et sub-lingual (Angine de Gensoul-Ludwig (Thèse, Montpellier, 1897).** — L'auteur commence, dans son historique, par faire une légiti-

time revendication de priorité en faveur de Gensoul qui, six ans avant Ludwig, avait (*Journal clinique des Hôpitaux de Lyon*, T. I, 1830) parfaitement étudié les signes particuliers et reconnu la nature si redoutable du phlegmon infectieux sus-hyoïdien et sublingual, auquel, à cause de la gangrène précoce des muscles, il donnait le nom d'angine muscu-naire.

Toutes les lésions de la cavité bucco-pharyngienne, angine, amygdalite, ulcérations, aphtes, carie dentaire, peuvent servir de portes d'entrée aux germes infectieux qui vont créer le phlegmon septique de Gensoul-Ludwig.

Le microbe pathogène est aux yeux de quelques auteurs indéterminé, et pourrait être un staphylocoque ou un actinomyète; pour d'autres, Chantemesse et Widal, c'est un streptocoque, dont la virulence, en général plus grande, cadrerait avec la gravité du phlegmon infectieux sus-hyoïdien; dans deux observations de M. Tédénat, rapportées par l'auteur, l'examen bactériologique pratiqué par M. Borrel (de l'ost. Pasteur) démontra de nombreux et très virulents streptocoques.

Sus-hyoïdien ou sub-lingual, et parfois sus-hyoïdien et sub-lingual en même temps, le phlegmon infectieux n'arrive presque jamais à la suppuration; la peau est presque toujours saine, distendue par un gonflement d'une dureté ligneuse, dont l'incision laisse écouler à peine quelques gouttes d'une sérosité roussâtre; les tissus sont de bonne heure sphacelés.

Précédée ou non de prostrations, la maladie peut revêtir d'emblée une modalité qui fait prévoir sa gravité. Mais il existe une forme torpide, sur laquelle insiste M. Tédénat, où la symptomatologie est très discrète, aussi bien localement que dans l'état général; seuls, un abatement profond et rapide, et une élévation considérable du nombre des pulsations, 120, 130, 140, discordante avec une température presque normale, doivent faire craindre les plus graves accidents, commandent une large et rapide intervention et un pronostic très réservé.

Le diagnostic sera fait avec les diverses inflammations bucco-pharyngiennes, avec les adénopathies sous-maxillaires aiguës, les glossites, les accidents d'évolution de la dent de sagesse, les phlegmons suppurés du cou et leurs diverses variétés: phlegmon glosso-thyro-épiglotique (Brousses et Brault).

Le traitement préventif est réalisé par l'antisepsie bucco-pharyngienne. Le traitement curatif doit être très précoce, et même alors il est souvent sans effet; avec le thermo-cautère ou le bistouri, on fera largement et profondément des incisions qui mettront toute la région au grand jour.

La maladie revêt, d'ailleurs, les allures d'une infection générale, d'une toxémie; aussi le traitement général, stimulants énergiques, ne doit pas être négligé; M. Tédénat recommande les injections de sérum artificiel. Malgré tous les efforts, le pronostic reste très sombre, et la mortalité très élevée.

Lyons termine son travail par quinze observations, dont cinq inédites appartiennent à M. Tédénat.

HENRY REYNES.

**J. Cortyl. Du cancer des fumeurs (Thèse, Paris, 1897).** — Né par plusieurs chirurgiens contemporains ou du moins peu apprécié par les auteurs modernes, le cancer des fumeurs serait relativement fréquent, et M. Cortyl a eu l'occasion de l'étudier sur nombre de cas observés dans la région du Nord.

Bouisson indiqua le tabac comme cause du cancer des lèvres et des fosses nasales, mais c'est à M. Guermont-pré qui revient l'honneur d'avoir insisté sur la relation de cause à effet entre l'usage de la pipe et les néoplasmes de la langue et de l'amygdale.

Le cancer des fumeurs, quelle que soit sa localisation, est presque toujours un épithélioma puvimenteux lobulé tantôt muqueux et tantôt corné; il se prolonge par continuité ou gagne les ganglions par voie lymphatique. Comme tous les autres cancers, son étiologie est entièrement à résoudre et, en particulier, la démonstration de l'hypothèse parasitaire est loin d'être établie et ne semble guère devoir jamais être faite en faveur des sporozoaires.

La cause prédisposante du cancer buccal est bien plutôt la diathèse générale, l'herpétisme que l'hérédité dont la valeur, en ce cas, est fondée sur un nombre très restreint d'observations. La cause déterminante est fort souvent l'irritation répétée du tabac sur le même point de la muqueuse. Le cancer buccal se développera surtout chez les fumeurs ne prenant pas de soins hygiéniques de la bouche, fumant jusqu'au fond la pipe en terre à tuyau court et n'employant que des tabacs de qualité inférieure.

Ces néoplasmes atteindront en particulier la lèvre inférieure ou la partie de la langue qui, maintenant d'habitude la pipe, se trouve en contact avec le tuyau surchauffé et reçoit, à la fin, de la pipe une sorte de jus ou plutôt de matière empyreumatique acre et irritante. Ils se développeront également à la base de la langue et sur l'amygdale chez les fumeurs qui, n'ayant plus de dents, soutiennent le tuyau de leur pipe profondément placé entre la langue et le voile du palais. Le poids de la pipe maintient toujours au même endroit, ainsi que le prouvent les usures caractéristiques des dents, est lui-même une cause d'irritation pour la lèvre; et explique la localisation du mal en cet endroit. En tous les cas, le cancer se trouve du côté où le fumeur a l'habitude

de tenir sa pipe et il commence à un centimètre environ en arrière de l'orifice de sortie de la fumée.

La contagion du cancer, fort discutée dans ces derniers temps, ne paraît pas impossible pour les tumeurs de la bouche. Qu'un fumeur prédisposé par l'herpétisme, débilité par le travail et l'alcoolisme vienne à se servir de la pipe d'un individu atteint de cancéroïde ou qu'il boive dans un verre de cabaret mal lavé, souvent ébréché et peut-être infecté par un contact antérieur, il n'y aurait rien d'étonnant que cet homme fût contagionné.

Ces cancéroïdes, dont le pronostic est relativement bénin lorsqu'ils siègent à la lèvre et qu'ils sont opérés de bonne heure, deviennent très graves lorsqu'ils atteignent la langue ou l'amygdale. La récidive est plus fréquente et plus rapide, si le fumeur n'abandonne pas définitivement l'usage du tabac.

Le traitement par les injections de liquides chimiques ou organiques n'a donné jusqu'ici aucun résultat sérieux; l'effet psychique qu'elles peuvent produire fera que, dans les cas inopérables, on pourra employer les injections interstitielles d'alcool, moins douloureuses et moins dangereuses que toutes autres. L'emploi des caustiques doit être rejeté: longue et aléatoire, cette médication est toujours très douloureuse.

Le traitement chirurgical est le seul recommandable. Opérer largement, totalement, sans cela, s'abstenir: telle est la conduite que doit tenir le médecin en présence du cancer des fumeurs.

L'emploi de la sonde à demeure, introduite par les narines, chez les opérés, permettra d'éviter les pneumonies qui compliquent si souvent les interventions faites sur les voies digestives antérieures.

Les sujets prédisposés par hérédité ou par herpétisme doivent prendre de grands soins de propreté de leur bouche: ils emploieront le narghilé ou la pipe en bois ou en écume munie d'un bout d'ambre: ils ne fumeront pas jusqu'au fond et éviteront les tabacs acres. Si, à ces soins personnels, on ajoute les mesures de prophylaxie consistant en la surveillance du nettoyage des verres dans les estaminets, on pourra espérer voir diminuer grandement la fréquence des cancers des fumeurs.

J. CHAMPRET.

**Chambrelet et Princeteau. Sur un cas de hernie diaphragmatique congénitale (Journal de méd. de Bordeaux, 1897, n° 9, p. 99).** — Il s'agit d'un enfant qui, né à terme et mort quelques heures après sa naissance, était atteint d'une hernie diaphragmatique congénitale. L'autopsie est pratiquée et révèle les faits suivants: le foie, le rein droit et le colon descendant terminés par le reclin occupent leur position normale. Les autres viscères sont en ectopie; ils sont contenus en partie ou en totalité dans le thorax. Ces viscères se sont échappés du côté gauche par un orifice en forme de croissant, limité par le bord postérieur de la moitié gauche du diaphragme incomplètement développé et les muscles psoas et carré des lombes; en effet, le bord postérieur du diaphragme se soude normalement à l'aponévrose de ces muscles et transforme le thorax et l'abdomen en deux cavités distinctes. Au contraire, s'il survient un arrêt de développement, ces deux cavités communiquent entre elles, et la plèvre et le péritoine se continuent sans ligne de démarcation.

L'estomac est situé dans la cavité thoracique et a dû exécuter un mouvement de bascule; sa grande courbure regarde en haut, la grosse tubérosité à droite, et la région pylorique, au contraire, à gauche.

La partie moyenne du duodénum est restée seule dans la cavité abdominale; ses extrémités pylorique et jéjunale sont contenues dans la cavité thoracique, ainsi que la portion d'intestin grêle qui fait suite au duodénum. Si l'on soulève les anses formées par l'intestin grêle, on aperçoit le gros intestin: le caecum, le colon ascendant, le colon transverse et une partie du colon descendant sont inclus dans le thorax. La rate a également pénétré dans la poitrine et a subi un mouvement de bascule; son extrémité inférieure regarde en haut et son extrémité supérieure en bas. Le pancréas a également subi un mouvement de bascule. Le rein gauche appartient par ses trois quarts supérieurs à la cavité thoracique.

Il est facile de comprendre que les organes thoraciques ont subi des déplacements. C'est ainsi que le péricarde et le cœur ont été transportés à droite; le poumon gauche est représenté par un petit moignon bilobé; la bronche gauche, renflée en haut, a été ployée en deux; son calibre est, par suite, complètement effacé. L'aorte thoracique et l'œsophage occupent leur position normale.

A. M.

**E. Delanglade. De la luxation congénitale du fémur (Thèse, Paris, 1896).** — Chronologiquement, Paletta est le premier à s'être occupé de la luxation congénitale de la hanche; après lui, Dupuytren, Bouvier, Cruveilhier et Sedillot reprennent la question et étudient surtout l'anatomie pathologique; Humbert, Pravaz tentent le traitement. Breschet, von Ammon, Grawtz, Lannelongue combattent la théorie de Verneuil, et font voir que le déplacement de la tête fémorale n'est pas dû, comme le voulait cet auteur, à une paralysie spinale, mais bien à une malformation. Avec le progrès de l'antisepsie, le traitement par voie sanglante a pu être tenté, et il l'a été surtout par Hoffa, Lorenz, Aug. Broca, Kirnisson, Bradford, Gibney, Mikulicz.

La luxation congénitale de la hanche est une malfor-