

et, dans ces dernières années, par Tillmanns et Kraske, ne saurait plus être admise. Les faits démontrent que la ligature de l'artère n'a pas toujours été suffisante pour arrêter l'hémorragie veineuse; en outre, la ligature de la veine, loin de causer par elle-même la gangrène, est beaucoup plus rarement suivie du sphacèle du membre que la ligature simultanée de la veine et de l'artère. C'est donc à la ligature isolée de la veine qu'il faut avoir recours.

Viennent enfin les cas dans lesquels l'ablation de la tumeur nécessite la résection et la ligature simultanée de l'artère et de la veine. Ces cas sont de beaucoup les plus graves; puis, sur 7 observations de cette nature que nous avons pu réunir dans notre mémoire, nous en avons trouvé 5 qui ont eu une terminaison mortelle. Toutefois, il semble qu'on doive faire une distinction entre les cas dans lesquels la résection et la ligature ont été pratiquées au-dessous de la naissance des vaisseaux fémoraux profonds et ceux où la ligature a porté au-dessus de ces mêmes vaisseaux. A la partie moyenne de la cuisse, la résection simultanée des deux vaisseaux principaux du membre expose moins à la gangrène. Dans le triangle de Scarpa, au contraire, où la résection devra porter le plus souvent au-dessus des vaisseaux fémoraux profonds, cette conduite expose à la gangrène du membre et ne paraît pas devoir être conseillée. Si donc l'examen soigneux du malade faisait conclure à la nécessité de la résection simultanée de l'artère et de la veine à la base du triangle de Scarpa, mieux vaudrait s'abstenir.

Toutefois, il peut se faire que, au moment même de l'opération, on rencontre des lésions que l'examen le plus attentif n'avait pas fait soupçonner; on pourra alors soit laisser l'extirpation incomplète, soit, se fondant sur certains cas heureux dans lesquels la résection simultanée de l'artère et de la veine, même au-dessus des vaisseaux fémoraux profonds, a été suivie de guérison, avoir recours à cette résection. C'est là une question d'indications et de contre-indications dont la solution dépendra de l'âge du malade, de son état général et des conditions dans lesquelles se trouve le système vasculaire.

Quant à la lésion du nerf crural et de ses branches, l'extirpation des tumeurs de l'aîne y expose moins qu'à la lésion des vaisseaux, ces tumeurs étant généralement situées en dedans du nerf.

Nous devons signaler également la possibilité, dans l'extirpation des tumeurs de l'aîne, de la blessure du péritoine. Elle se comprend dans les cas où la tumeur remonte du côté de la fosse iliaque, et a été signalée dans une observation d'Eug. Bœckel. La plaie péritonéale fut suturée avec le catgut et le malade guérit. Ce serait évidemment là la conduite à tenir en pareil cas. Enfin, pendant l'extirpation d'une tumeur épithéliale de l'aîne chez une femme âgée, nous avons rencontré, au-dessous du néoplasme, une hernie crurale que l'examen ne permettait pas de reconnaître avant l'opération. Il est bon d'être prévenu de la possibilité du fait pour ne pas ouvrir par mégarde le sac herniaire, ou blesser l'intestin qui y est contenu.

CHAPITRE IV

VICES DE CONFORMATION ET DIFFORMITÉS ACQUISES DES MEMBRES

Les difformités des membres sont de deux ordres : les unes sont des difformités acquises, les autres sont d'origine congénitale.

A cette double origine répondent les mots *difformités* et *déformations* proposés par Dally dans le *Dictionnaire encyclopédique*, le mot *difformités* s'entendant des vices de conformation d'origine congénitale, tandis que celui de *déformation* s'applique aux déviations du type normal produites après la naissance.

L'étude des difformités acquises ou déformations ne présente pas, en général, de bien grandes difficultés. A part des cas exceptionnels, leur étiologie est toujours claire, soit qu'il s'agisse de cicatrices vicieuses résultant de brûlures ou de pertes de substance étendues des parties molles, soit que la difformité résulte de la paralysie de certains muscles et de la rétraction des antagonistes (pieds bots paralytiques). Comme causes des difformités acquises, nous devons citer encore les ankyloses vicieuses, les luxations traumatiques et pathologiques non réduites, les cals vicieux, les déformations rachitiques des membres.

Un des points intéressants dans l'étude des difformités, c'est la considération des rapports existant entre leur production et l'état général des malades qui en sont porteurs. La tuberculose, le rachitisme, la syphilis sont, en effet, des facteurs importants dans la production des difformités; et leur étude n'est pas intéressante seulement au point de vue de l'étiologie et de la pathogénie; elle est en même temps fertile au point de vue des déductions thérapeutiques. Il est important de savoir que les redressements, soit manuels, soit par les méthodes sanglantes, peuvent être l'occasion, chez les tuberculeux, de l'écllosion d'accidents divers, méningite, péritonite tuberculeuse, qui sont parfois funestes à brève échéance. Il n'est pas rare non plus de rencontrer, chez les sujets dont les difformités sont dues à des affections qui ont entraîné une longue suppuration, des altérations viscérales, dégénérescence graisseuse ou amyloïde du foie et des reins, capables de déterminer des accidents mortels. La notion de pareilles complications doit peser d'un grand poids dans les déterminations que peut prendre un chirurgien en présence d'une difformité.

Pour les vices de conformation, ou difformités congénitales, les difficultés sont beaucoup plus grandes, surtout en ce qui concerne leur pathogénie. Envisagée à ce point de vue, l'histoire des déviations organiques en général a été divisée en trois périodes par Isidore Geoffroy Saint-Hilaire.

1° La première période, dite époque *fabuleuse*, comprend tous les temps anciens et va jusqu'à la fin du XII^e siècle; les fables les plus absurdes, les superstitions les plus grossières servaient alors d'explication à la production des difformités; notre illustre A. Paré lui-même n'a pas su les éviter.

2° La seconde période qui comprend le XVIII^e siècle mérite le nom d'époque positiviste; des observations sont recueillies, des dissections sont pratiquées, et l'on arrive à des notions exactes sur la constitution des difformités. A cette

époque se rattachent les noms de Méry, de Winslow, de Littre et de Duverney. Mais il est un nom, dans cette période, qu'il faut absolument tirer hors de pair, c'est celui de Lémery: il eut en effet le mérite très grand de soutenir contre Winslow, appuyé par l'autorité de Haller, que les monstruosité ne sont pas préformées, c'est-à-dire qu'elles ne se développent pas sur des germes primitivement anormaux, mais qu'elles sont, au contraire, la conséquence d'anomalies de développement, [idée juste et que sont venus confirmer tous les travaux ultérieurs.

3° Avec F. Meckel commence la troisième période d'Isidore Geoffroy Saint-Hilaire, époque scientifique ou philosophique qui s'étend jusqu'à nos jours. Meckel (1812-1826) défendit cette idée que les monstruosité sont la conséquence d'un arrêt de développement, idée qui fut confirmée par les recherches d'Étienne Geoffroy Saint-Hilaire. Son fils, Isidore Geoffroy Saint-Hilaire, publia son *Traité de tératologie*. Du reste, l'embryologie moderne venait prêter à l'étude des anomalies l'appui de son développement. Il nous suffit de citer, à cet égard, les noms de Baer, de Rathke, de Bischoff et de Coste.

Nous ne pouvons terminer ce rapide exposé sans signaler ici le nom de M. Dareste (1), qui, poursuivant la voie féconde dans laquelle s'était engagé Étienne Geoffroy Saint-Hilaire, s'est efforcé, par ses recherches expérimentales, de déterminer les conditions de production des difformités, et est arrivé dans cette voie à des résultats du plus haut intérêt.

Étiologie et pathogénie des difformités. — La première théorie relative à la production des difformités, c'est celle qui consiste à admettre que les parties qui sont absentes ne se sont jamais formées, en un mot, qu'il y a eu défaut de formation de certains éléments. Dans l'immense majorité des cas, la difformité qu'on a sous les yeux correspond à une certaine période du développement normal de l'embryon; en un mot, il y a eu, selon la doctrine de Meckel développée par Geoffroy Saint-Hilaire, un arrêt de développement. Mais sous quelles influences s'est produit cet arrêt de développement de l'embryon? C'est à la solution de cette question que répondent les recherches de Geoffroy Saint-Hilaire et celles de Dareste. Étienne Geoffroy Saint-Hilaire chercha à modifier de différentes manières les conditions de l'incubation, et en imprimant à l'œuf certains traumatismes, il est arrivé à obtenir la production de difformités; mais cette étude a été surtout entreprise et poursuivie par M. Dareste, qui, en modifiant de diverses manières les conditions de l'expérimentation, est arrivé à établir, du moins pour un certain nombre de cas, les conditions de production des monstruosité.

M. Dareste a étudié les conséquences des modifications de température sur l'incubation. En imprimant à l'œuf des secousses régulières, ou bien en le laissant immobile dans la position verticale, il est arrivé à produire des difformités; il a réussi également en recouvrant d'enduits imperméables [une surface plus ou moins large de la coquille. La conséquence la plus générale à laquelle ait abouti M. Dareste, c'est que l'arrêt de développement de l'amnios constitue la cause de la plupart des monstruosité embryonnaires. C'est l'amnios qui, exerçant une pression anormale sur certaines régions de l'embryon, détermine leur atrophie et leur arrêt de développement.

Tout en admettant la théorie de l'arrêt de développement, certains auteurs, comme M. Lannelongue, font jouer un rôle important aux altérations patholo-

(1) DARESTE, *Recherches sur la production artificielle des monstruosité*, 2^e édit. Paris, 1891.

giques du fœtus lui-même ou de ses enveloppes dans la production des monstruosité. C'est là, du reste, un point sur lequel nous reviendrons ultérieurement.

Une dernière théorie, c'est celle qui cherche à expliquer par l'atavisme la production de certaines difformités, qui ne seraient que le retour à des caractères présentés autrefois par la race.

Il est bien difficile, sinon impossible même, de faire un choix entre ces diverses théories; il est probable que chacune d'elles s'applique à des faits différents. En faveur de l'atavisme, on peut faire valoir l'hérédité qui se retrouve dans l'étiologie d'un certain nombre de difformités. Quoi qu'il en soit, ces théories ont toutes un caractère commun, qui est d'expliquer la production des difformités dès les premières périodes du développement, à un moment où il n'y a pas eu encore de différenciation des éléments anatomiques, qui sont tous représentés par des cellules identiques. Si donc les impressions maternelles, auxquelles on faisait jouer autrefois un si grand rôle dans la production des difformités, peuvent encore être admises comme cause à l'heure actuelle, elles ne doivent l'être que dès le début de la grossesse, à une époque où les organes ne sont pas encore entièrement développés. Plus tard on ne comprendrait pas leur intervention sur des parties dont le développement est complet.

Mais il est une autre catégorie de difformités intra-utérines qui peuvent se produire à une période beaucoup plus avancée de la grossesse, à un moment où les organes ont achevé leur formation, difformités qui sont d'ordre traumatique et pathologique. De ce nombre sont les amputations congénitales. Confondues autrefois avec les ectromélie, c'est-à-dire avec cette catégorie de difformités dans lesquelles les membres sont absents par défaut de formation, elles en diffèrent en ce que, dans les amputations congénitales, les membres ont primitivement existé avec leur forme et leur volume normal; mais plus tard ils ont été sectionnés mécaniquement par une cause accidentelle, absolument comme le chirurgien sectionne un membre dans une amputation.

Ces faits d'amputation congénitale des membres sont parfaitement établis.

Dès 1812, Chaussier a signalé un fait d'amputation congénitale du bras observée sur un fœtus de huit mois, et dans lequel on avait retrouvé la partie amputée; le moignon était complètement cicatrisé.

Quelques années plus tard (1825), un fait analogue fut publié par Watkinson (1): « Une primipare, âgée de vingt ans, accoucha d'un enfant vivant, dont la jambe était amputée au-dessus des malléoles. Le moignon était presque entièrement cicatrisé. Le pied séparé, à peu près cicatrisé, fut trouvé dans l'utérus; il était beaucoup plus petit que l'autre, n'offrait aucune apparence de putréfaction et paraissait être dans un état de conservation parfaite; il n'était même pas décoloré.

Quant à la pathogénie de ces accidents, c'est à Montgomery que revient l'honneur de l'avoir le premier signalée en 1852 (2). Il a montré que des brides pseudo-membraneuses, s'enroulant autour d'un ou plusieurs membres, peuvent les sectionner entièrement. Il existe dans la science des faits qui démontrent ce mécanisme d'une façon certaine. De ce nombre est celui qu'a rapporté Zagorski (3). Sur un fœtus de cinq mois, atteint d'encéphalocèle et de déformation du

(1) WATKINSON, *London med. and phys. Journal*, juillet 1825, t. LIV, p. 58.

(2) MONTGOMERY, *Dublin Journal of med. sciences*, mars et sept. 1852.

(3) *Mém. de l'Acad. de méd. impér. de Saint-Petersbourg*, 6^e série, 1854, t. III, p. 5.