

restera la méthode de choix ; les hémorragies secondaires et les suppurations du sac qu'on lui objectait ont déjà disparu avec l'antisepsie, et nous estimons que la gangrène deviendra très rare lorsque, au lieu d'intervenir sur un membre déjà préparé au sphacèle par la flexion forcée ou la bande élastique, on ira de prime abord à l'artère, pour l'oblitérer avec un fil bien aseptisé. Les autres méthodes seront des procédés plutôt exceptionnels, applicables seulement dans quelques cas particuliers.

Il n'en est pas moins vrai que les partisans de l'extirpation ont à leur actif des arguments de poids et des observations remarquables. Delbet, Trélat, Peyrot ont rappelé que, dans certains cas, le sac peut, après la ligature, devenir le siège de phénomènes graves : des suppurations s'y développent parfois à longue échéance et sans qu'on réussisse à expliquer cette inflammation tardive par quelque faute d'asepsie au cours de l'intervention. On pourrait admettre que là, comme dans certains kystes et dans certains hématomes, des germes pathogènes roulés par le sang trouveront un bon milieu de culture et un abcès évoluera. Et puis, ne cite-t-on pas quelques cas de récurrence dans la poche respectée par la ligature ? La circulation collatérale peut se rétablir, et l'anévrisme va battre et souffler de nouveau. Parfois aussi la ligature « dépasse pour ainsi dire le but ; le sac se rétracte avec excès, comprimant, étouffant les tissus nerveux auxquels il adhère ; de là des troubles trophiques capables de nécessiter l'amputation ».

Je ne saurais nier la valeur de ces arguments, tout en croyant les faits de ce genre absolument exceptionnels. Toujours est-il qu'alors, l'extirpation pourra rendre

d'utiles services, et M. Delbet aura eu le mérite de nous démontrer qu'elle est moins difficile et surtout plus sûre que nous ne pensions avant ses recherches. Sous la bande d'Esmarch, un chirurgien adroit et prudent doit terminer l'opération sans encombre et les résultats seront de tous points excellents. J'ai eu à traiter un anévrisme assez volumineux du bras : je voulais pratiquer la simple ligature ; mais, dans ce cas, l'extirpation m'a paru si aisée que je n'ai pas hésité à la faire et la guérison en a été remarquablement facile.

Aussi me permettez-vous de conclure cette conférence par les propositions suivantes : L'extirpation est une bonne opération, mais elle sera réservée aux cas où la tumeur menace de s'enflammer ou de se rompre, à ceux où les nerfs inclus dans les parois sclérosées du sac provoquent des troubles trophiques et des paralysies qu'on guérira ou qu'on atténuera par la dissection attentive et le dégagement des cordons nerveux ; enfin, lorsque certaines conditions font craindre la récurrence. A mon sens, l'extirpation et la ligature peuvent vivre côte à côte, employées l'une ou l'autre selon les circonstances. Je tiens les deux méthodes pour excellentes et vous engage à n'en excommunier aucune.

III

De l'Aïnhum.

MESSIEURS,

Le Dr José Pereira Guimaraès, professeur à l'École de médecine de Rio-de-Janeiro, nous communique une note sur une observation d'aïnhum. Le cas est d'autant plus instructif qu'il est accompagné d'un plâtre excellent qui met la lésion sous les yeux; nous la voyons, privilège qu'avaient eu seuls nos confrères de la marine. Aussi en profiterons-nous pour revenir sur la discussion toujours pendante des rapports de l'aïnhum avec les amputations congénitales. L'Académie de médecine a déjà abordé cette discussion et nous ne pouvons souscrire à la conclusion qui a semblé prévaloir : l'identité des amputations congénitales et de l'aïnhum. — C'est à défendre la thèse contraire que nous consacrons cette conférence.

On connaît l'origine de la discussion. En 1867, paraissait un mémoire du Dr Da Silva Lima, de Bahia, sur l'aïnhum, maladie non encore décrite et dont les caractères sont des plus nets : elle consiste dans l'apparition d'un sillon à la partie interne et inférieure du pli digito-plantaire du cinquième orteil; ce sillon gagne et s'étend jusqu'à creuser une dépression circulaire, un anneau qui

enserre et étroit le doigt, absolument modifié dans sa forme : il est globuleux et, pour prendre les comparaisons les plus habituelles, ressemble à une olive, à une grosse cerise ou à une petite patate. La rainure devient de plus en plus profonde; le pédicule s'amincit à tel point qu'il finit par se rompre spontanément si le chirurgien ne le tranche d'un coup de ciseaux. Cette section est d'autant plus facile que l'os de la phalange s'est résorbé graduellement : sa substance propre, son cartilage, son périoste, ses tendons, les tissus fibreux qui l'entourent, ont fait place à une masse graisseuse, sorte de lipome où l'on ne trouve plus que des vestiges de la phalange, la phalange et un ongle presque atrophié.

Le cinquième orteil est seul atteint, mais la lésion est parfois bilatérale, et le congénère est frappé simultanément ou plus ou moins longtemps après. Cependant il est des cas assez rares — une fois sur dix tout au plus — où le quatrième orteil se prend, et on cite quelques observations où le même individu a perdu ainsi quatre doigts de pied, deux à droite et deux à gauche. Cette affection est héréditaire et sévit beaucoup moins sur les femmes que sur les hommes; elle n'apparaît qu'après la puberté et ne se développe que chez les nègres. L'auteur ajoute que le mal évolue sans provoquer de souffrance; il ne devient douloureux que lorsque la tumeur, grâce à son pédicule flexible, s'engage sous le pied et se contusionne pendant la marche. En résumé donc, l'histoire de l'aïnhum peut, d'après Da Silva Lima, tenir en une courte phrase : c'est une affection des nègres mâles et adultes que caractérise l'apparition sur le cinquième et parfois le quatrième orteils, d'un sillon dont la constriction progressive

a pour conséquence la dégénérescence graisseuse et l'amputation spontanée de l'organe.

Nous venons, en vérité, de résumer dans ces quelques lignes toutes les observations d'ainhum. Elles paraissent calquées les unes sur les autres, et se ressemblent au point qu'il suffira de donner comme type, pour ne plus y revenir, le cas que nous communiqua José Pereira

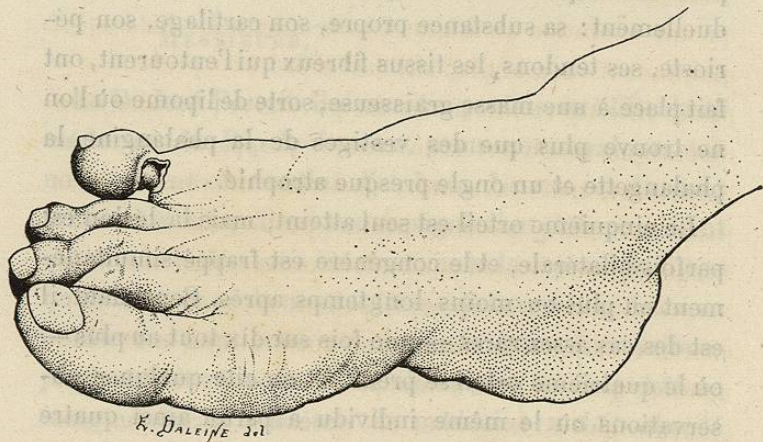


FIG. 9. — Cinquième orteil en partie séparé par un sillon ulcéréux.

Guimaraès. Le nègre brésilien, dont le moule offert à la Société de chirurgie a été donné par elle au musée de Saint-Louis, était âgé de 25 ans; sa maladie avait débuté cinq ans auparavant, frappant du même coup le cinquième orteil des deux pieds; mais la marche du sillon constricteur ne fut pas la même; très lente à gauche, elle est au contraire rapide à droite où le petit doigt, augmenté de volume, globuleux, écarté du quatrième orteil, est un peu tordu sur lui-même de dedans en dehors. La rainure ulcéreuse, qui entame les tissus du

bord interne vers le bord externe, est très profonde et donne lieu à une sécrétion purulente. L'orteil est très mobile; la contusion en provoque des douleurs vives, irradiées vers le nerf saphène externe. Et ce sont là toutes les lésions; en aucun autre point du corps, on ne trouve d'altération physique ou fonctionnelle.

Notre nègre raconte que son père a perdu le cinquième orteil des deux pieds; dans ce cas encore, le mal aurait eu une évolution analogue à celle à laquelle on assiste maintenant chez le fils: sillon d'abord peu profond à la partie interne et inférieure du pli digito-plantaire; des ulcérations recouvertes de croûtes y apparaissent et se cicatrisent, mais la rainure se creuse de plus en plus jusqu'à ce que le pédicule aminci permette à l'orteil de s'engager sous le pied pendant la progression; les douleurs sont alors très vives; le patient ne peut plus marcher et réclame une amputation que pratique le Dr Guimaraès; la section ne donne pas de sang, les collatérales étant atrophiées. Les suites de l'opération furent des plus simples; la cicatrisation, complète en quelques jours, permettait au malade de quitter l'hôpital.

Avec Da Silva Lima et Guimaraès, l'ainhum restait donc encore « cantonné dans le petit orteil d'une race », pour me servir d'une expression de Fontan, lorsque le Dr Collas put observer à Pondichéry la même affection sur des sujets de race hindoue. La localisation au petit orteil était la même, le sillon constricteur présentait le même aspect; le doigt, la même forme globuleuse; la seule différence entre les faits de Collas et ceux de Da Silva Lima, c'est que le premier n'a jamais constaté la résorption spontanée de l'os dans le pédicule, au-dessous

de la dépression annulaire; la tige osseuse était très amincie et tout au plus du diamètre d'un stylet explorateur, mais d'une dureté si grande que, sous les ciseaux de trousse, « elle éclatait au lieu d'être coupée ». Cette particularité suffit d'autant moins pour écarter les observations de Collas que, plus tard, Eugène Rochard et Quétan ont publié trois cas d'aïnhum chez des Hindous, absolument identiques à ceux de Da Silva Lima : la phalange était aussi résorbée.

L'assertion primitive de Da Silva Lima était donc trop absolue, et, dans un second mémoire publié en 1881, cet auteur tient pour légitimes les observations recueillies par Collas à Pondichéry. Mais il fait remarquer que, dans ces derniers cas, comme dans celui de Corre, recueilli à Nossi-Bé, le mal s'est développé sur des individus de couleur. Et cette remarque est importante, car, tout à coup, la question de l'aïnhum a changé de face, et après une note de Lannelongue à l'Académie de médecine, deux petits mémoires de Guyot, un travail d'ensemble de Fontan publié dans les *Archives de médecine navale*, et je me permets d'ajouter, après une série d'articles écrits par nous dans la *Gazette hebdomadaire*, on se demande si l'aïnhum ne frappe que les noirs et si l'affection, fréquente au Brésil et sur la côte occidentale de l'Afrique, n'existe pas en Europe avec les mêmes caractères, mais décrite sous un autre nom. Guyot, Fontan et nous-même, à cette époque, avons répondu par l'affirmative. M. Proust s'est rallié à cette opinion.

D'après ces auteurs, l'aïnhum européen ne serait autre que les malformations connues sous le nom d'amputations

congénitales ou spontanées. On constate parfois chez les nouveau-nés l'existence d'un moignon résultant de la section d'un orteil, d'un doigt, d'une jambe, d'une cuisse même, et parfois on a trouvé dans le délivre la partie d'organe séparée pendant la vie intra-utérine. Mais l'amputation n'est pas toujours consommée et, dans certains cas, à côté du membre incomplet, il existe un sillon de profondeur variable qui étrangle un doigt, un orteil, une partie quelconque d'un bras ou d'une jambe. Ajoutons que ces rainures circulaires sont rarement les seules malformations qui affligent le petit sujet : le plus souvent, elles coïncident avec un spina bifida, un pied bot et surtout une syndactylie. Les nombreuses observations que nous avons colligées sont bien remarquables à cet égard, et nous n'en avons pas rencontré une seule où la stricture fût l'unique lésion.

Pour assimiler deux lésions à première vue si dissemblables, on a d'abord invoqué l'anatomie pathologique et la pathogénie. L'anatomie pathologique, cependant, ne plaide guère en faveur de l'identité; les examens de Wucherer et de Da Silva Lima, ceux de Cornil, de Corre, d'Eugène Rochard et Bonnafy, qui se rapportent à des cas indiscutables d'aïnhum, montrent, dans le petit orteil, une disparition de la phalange, une résorption presque complète de la phalangine, et une diminution de volume de la phalange. Le tissu osseux, les tendons, les ligaments, sont remplacés par d'abondantes masses graisseuses, ce qui a fait comparer à des lipomes les orteils atteints d'aïnhum. Nous n'insistons pas, car, dans tous les examens, les lésions sont identiques. Dans le cas de Despetits étudié par Estor, la stricture est