

l'analyse; leurs prétendues observations d'aïnhum sont des faits ordinaires d'amputation congénitale; leur plaidoyer, habile et subtil, rappelle un peu le procédé employé, il y a quelque cinquante ans, pour assimiler à une poire la tête de Louis-Philippe. Les deux extrêmes, la poire et la tête du roi, étaient parfaitement ressemblants, mais la longue série des intermédiaires imaginés par le caricaturiste pour arriver d'un type à l'autre, n'existent pas plus dans la nature que les « faits » d'aïnhum européens.

N'oublions pas, d'ailleurs, que nos savants confrères du Brésil ont lu nos travaux et connaissent toutes nos hypothèses: depuis 1867, ils ont continué leurs recherches; ils ont pu contrôler nos assertions; or, les nombreuses publications de Pereira Guimaraès, l'observation qu'il vient de nous envoyer, les divers mémoires de Da Silva Lima affirment tous l'entité morbide de l'aïnhum, affection des cinquième et quatrième orteils des nègres adultes. Pour nous, à cette heure, et avec nos confrères du Brésil, avec le professeur Trélat, qui combattit l'identité dès le premier moment, avec Eugène Rochard, qui, il y a dix ans, mena résolument la bataille, nous croyons qu'on ne saurait ranger dans un même cadre deux affections aussi disparates. Et nous dirons comme conclusion définitive: L'aïnhum et les amputations congénitales sont deux lésions absolument dissemblables.

STATISTIQUE

DES OPÉRATIONS PRATIQUÉES EN 1893
DANS LA SALLE DE GYNÉCOLOGIE

Je me propose de dresser, chaque année, le bilan rigoureux des interventions pratiquées dans notre petite salle réservée à la gynécologie. Vous savez que, dans un pavillon d'isolement, nous possédons trois lits pour nos grandes opérations sur les organes génitaux internes de la femme. Trois lits, ce n'est guère; cependant nous avons vu s'y succéder 48 malades pour des interventions variées dont je vous dois la rapide nomenclature. Vous ne trouverez ici ni les curettages, ni les amputations du col, ni les extractions de polypes utérins, ni les péri-néorrhaphies. Ces opérations, qui d'ailleurs ne nous ont donné que des succès, se font dans la salle commune et se trouveront dans la statistique générale du service.

Parmi nos 48 opérations, il en est 5 que nous signalerons simplement, parce qu'elles n'ont pas trait à des interventions sur les organes génitaux: résection d'une cicatrice pour éventration et guérie par la triple suture du péritoine, des muscles, des aponévroses et de la peau; incision d'un abcès périnéphrétique pris pour une suppuration autour de volumineux fibromyomes de l'utérus;

ouverture et excision partielle d'un kyste non hydatique de la rate ou du mésentère; laparotomie pour obstruction intestinale et section d'une bride péritonéale. Quant à la cinquième de ces observations, elle porte bien sur la gynécologie, mais elle est vraiment trop légère pour mériter mieux qu'une mention: il s'agit d'une énorme hématocele rétro-utérine ouverte et drainée par le cul-de-sac postérieur; une fort grande quantité de sang liquide, de caillots et de masses fibrineuses ont été expulsés par l'incision, et en trois semaines la vaste poche s'est oblitérée.

Dans une autre catégorie nous mettons trois *hystérectomies vaginales* que je qualifierai de *simples*. La première se rapporte à une atrésie du col utérin consécutive à l'application, par un de nos collègues, d'un crayon de chlorure de zinc; des accidents graves survenaient à chaque époque menstruelle et je dus pratiquer l'ablation de l'utérus. Les deux autres ont trait à des chutes totales de la matrice chez de vieilles femmes; l'intervention la plus radicale et la moins dangereuse me parut l'hystérectomie que je pratiquai facilement sous l'anesthésie cocaïnique. La guérison fut rapide; mais, à peine la cicatrisation était-elle achevée, que dans mes 2 cas je constatai une rectocèle et une cystocèle qui m'obligèrent à compléter mon intervention première par une colpopérinéorrhaphie.

Dans un troisième groupe nous plaçons la seule *hystéropexie* que j'aie pratiquée cette année; il s'agit d'une femme de 25 ans dont l'utérus rétroversé remplissait le

cul-de-sac de Douglas; des adhérences étroites en rendaient la réduction impossible et les troubles fonctionnels étaient sérieux; la laparotomie nous permit d'arriver sur la matrice, maintenue immobile dans le petit bassin par les néo-membranes qui enveloppaient une double ovaro-salpingite. La décortication des annexes, la désinsertion de l'épiploon et des anses intestinales fut délicate; elle put être effectuée cependant, et l'utérus, rapproché de la paroi abdominale antérieure, y fut attaché par deux fils de soie introduits et liés selon la technique ordinaire. Le résultat opératoire et le succès thérapeutique furent parfaits.

Mais voici un groupe plus important: celui des *kystes de l'ovaire*. Nous en avons opéré huit. Cinq d'entre eux étaient simples; la poche, unique quatre fois, n'avait pas ou n'avait que peu d'adhérences avec le péritoine et les intestins; aussi l'opération a-t-elle été exécutée en quelques minutes sous l'analgésie cocaïnique; j'en ai parlé dans mes conférences antérieures et je n'y reviendrai pas. Disons seulement qu'il s'agissait dans un cas d'un double kyste du para ovarium; le pédicule à anesthésier à droite et à gauche de l'utérus était fort long et cependant l'opérée n'éprouva aucune douleur. Des trois autres kystes, l'un s'accompagnait d'une inclusion dermoïde et d'un sarcome adhérent à l'intestin, masse saignante qui fut maintenue au dehors par des points de suture; les deux derniers avaient leur pédicule tordu et l'état général était fort compromis lorsque l'opération eut lieu; la guérison n'en survint pas moins comme dans les 6 autres kystes.

Nous arrivons maintenant à la grande classe des *inflammations pelviennes* qui forment la plus grosse part des cas gynécologiques que nous avons traités. Leur nombre s'élève à 24; 2 ne présentent qu'un médiocre intérêt: il s'agit de 2 ovaro-salpingites doubles non suppurées; les ovaires étaient kystiques et scléreux, les trompes épaissies et oblitérées; mais ni les uns ni les autres ne contenaient de pus; par contre, leur décortication a été délicate, du moins dans l'un des faits; des néo-membranes peu épaisses mais très résistantes, de véritables tractus fibreux les attachaient aux parois du bassin, à l'épiploon et à l'S iliaque; il a fallu, pour les extirper, beaucoup de prudence et beaucoup de patience. Dans ces deux cas la guérison a été obtenue.

Restent 22 faits qui tous ont trait à des ovaro-salpingites suppurées. Pour 19 d'entre eux, j'ai eu recours à la laparotomie avec position élevée du bassin. Je n'insisterai pas sur ce groupe qui a déjà fait le sujet d'une conférence: vous vous rappelez qu'une seule fois les annexes d'un côté n'ont pu être décortiquées, mais leurs poches purulentes ont été ouvertes et drainées et la guérison ne s'en est pas moins montrée. Restent 18 interventions régulières et où tout a été extirpé: cependant le drainage à la Mickulicz a été fait 12 fois. Nous n'avons d'ailleurs eu que des succès et nos 19 laparotomies ont donné 19 guérisons. Je me permets d'insister sur cette heureuse série, car il s'agissait de cas particulièrement graves.

Dans un autre groupe comprenant seulement trois suppurations pelviennes, le mode d'intervention a été l'hystérectomie vaginale; ici les lésions très anciennes

paraissaient plus graves encore; elles remplissaient le petit bassin et immobilisaient la matrice dans d'épaisses néo-membranes. Deux de ces cas ont remarquablement guéri, mais dans un troisième la mort est survenue; nous nous sommes expliqué ailleurs sur cet échec: la malade était en proie à une pelvi-péritonite qui se généralisait; le ventre était déjà ballonné, la cachexie était extrême. Notre hystérectomie vaginale n'a pas tué notre malade: elle n'a malheureusement pas pu la guérir.

Enfin, notre dernière catégorie comprend les *corps fibreux de l'utérus*: nous ne comptons évidemment pas les polypes de la matrice contenus encore dans la cavité utérine ou faisant saillie dans le vagin; ces cas ont été traités dans notre salle commune et ne nous ont donné que des succès. Nous ne parlons ici que des corps fibreux interstitiels qui ont nécessité l'hystérectomie; 4 ont été abordés par la voie vaginale et nous ont valu 3 guérisons et 1 mort. Celle-ci ne nous semble guère imputable à l'opération; le morcellement, quoique difficile à cause de l'immobilité de l'utérus encastré dans une sorte de pachy-pelvi-péritonite, n'a présenté aucun incident fâcheux; les ligaments larges ont été bien saisis; il n'y a pas eu d'écoulement sanguin appréciable; mais les phénomènes péritonéaux, allumés déjà plusieurs jours avant l'intervention, ont continué malgré l'extirpation de l'utérus.

Les trois autres tumeurs ont été abordées par la voie abdominale. Il s'agissait de trois cas très graves: dans l'un, les fibromes étaient petits, mais les annexes enflammées étaient distendues par du pus; de volumineuses

collections s'étaient amassées au milieu des néo-membranes épaissies qui unissaient les trompes, les ovaires et l'utérus non seulement aux parois du petit bassin, mais aux anses intestinales. Malgré de grandes difficultés opératoires, la guérison est survenue et n'a été entravée que par une fistule stercorale tarie au bout de dix jours. Dans les deux autres cas, il n'y avait pas de suppuration péri-utérine, mais les tumeurs remontaient jusque sous le diaphragme; ici encore la cure s'est faite sans encombre, ce qui donne trois succès sur trois hystérectomies abdominales.

Si nous réunissons en bloc toutes les interventions dont nous venons de donner l'analyse, nous voyons que nos 48 cas nous ont donné 46 guérisons et 2 morts. Celles-ci, dues toutes les deux à une pelvi-péritonite généralisée avant notre intervention, sont survenues à la suite d'une hystérectomie vaginale; nous avons dit pour quelle raison il nous semble que l'opération doit être innocentée. Quoi qu'il en soit, nous retenons ces chiffres et nous voyons que la mortalité générale n'a guère dépassé 4 p. 100. C'est un beau résultat, lorsqu'on songe à la gravité particulière de la plupart de nos opérations; nous pouvons nous féliciter de cette campagne, et ne demandons pas de meilleurs succès pour 1894.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS. 1

CHAPITRE PREMIER

ANALGÉSIE COCAINIQUE

	Pages.
I. — De l'analgésie par la cocaïne en chirurgie courante.	1
II. — Les accidents de la cocaïne.	18
III. — Les indications de la cocaïne.	33

CHAPITRE II

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

I. — De l'eau chaude en chirurgie.	49
II. — Traitement des grands écrasements.	65
III. — Traitement des fractures.	80
IV. — Traitement des entorses.	92
V. — Une observation d'abcès à streptocoques.	105

CHAPITRE III

AFFECTIONS DE LA TÊTE ET DU COU

I. — Le trépan dans les fractures du crâne.	109
II. — Traitement des épithéliomas de la langue.	126
III. — Phlegmons ligneux du cou.	146
IV. — Tétanos céphalique.	150