

teur, entre les mains de MM. L. Martin et Dujarric de la Rivière, d'excellents résultats.

Quelle que soit la méthode employée, M. Rendu croit qu'on rencontrera fatalement quelques échecs dus au fait que les agents bactéricides (vapeurs iodées, poudre de sérum, air chaud) ne peuvent

atteindre les bacilles de Löffler dans les anfractuosités d'amygdales hypertrophiées ou de végétations adénoïdes. Seules, dans ces cas-là, heureusement rares, l'adénotomie et l'amygdalotomie, pratiquées à froid, pourront avoir d'heureux résultats. C'est ainsi que, pendant la guerre, l'auteur a eu l'occasion de

stériliser, par amygdalotomie, la gorge d'un soldat qui, à la suite d'une diphtérie, était porteur de germes depuis plusieurs mois, malgré la mise en œuvre des diverses méthodes de désinfection pharmyngée.

R. MARTINE.

REVUE DES THÈSES

THÈSES DE PARIS

(1921)

P. Lantuéjoul. *Les hémorragies méningées sous-durées méridiennes traumatiques du nouveau-né.* — L'hémorragie méningée sous-durée méridienne traumatique du nouveau-né peut être consécutive à des manœuvres brutales; elle est, le plus souvent, la résultante, soit d'une disproportion exagérée entre la tête fœtale et le bassin maternel, soit d'une extraction de la tête dernière, soit d'une présentation qui impose à la tête une déformation particulière, comme les présentations de la face et du front. La cause la plus fréquente est l'extraction par forceps, nécessitée par une dystocie osseuse. Les troubles de la circulation, par exemple par circulaire du cordon, constituent des causes favorisantes. La primiparité est fréquemment notée. Les infections et intoxications qui frappent le fœtus *in utero*, la prématurité agissent en créant à la fois une tendance générale hémorragique et des lésions locales, comme des dysgénésies vasculaires.

La fréquence des hémorragies méningées paraît grande, surtout actuellement. La ponction lombaire permettant de déceler nombre de formes légères.

On trouve plus fréquemment des hémorragies cérébrales, sans participation spinale. Les ruptures de la tente du cerveau sont presque constantes; celles de la faux du cerveau sont beaucoup plus rares. Le sang épanché provient soit des vaisseaux contenus entre les feuillets de la tente ou de la faux, soit des vaisseaux pie-mériens, exceptionnellement des sinus. Les vaisseaux, contenus entre les feuillets-durés-mériens, sont rompus avec ces feuillets; les vaisseaux pie-mériens sont rompus soit par suite des courants qui se forment dans le liquide céphalo-rachidien et dilataient le tissu sous-arachnoïdien, soit par suite de l'hypertension intravasculaire; les collatérales des sinus seraient déchirées à leur terminaison par suite du chevauchement osseux.

La fracture de l'os crânien se complique souvent d'hémorragie méningée.

L'enfant naît, en général, en état de mort apparente. L'hémorragie peut être souvent soupçonnée, mais rarement affirmée. Il est encore plus difficile de reconnaître son siège. Il semble bien peu vraisemblable que le nouveau-né puisse présenter des signes cliniques précis correspondant à des lésions cérébrales limitées. La ponction lombaire est un élément de diagnostic précieux, mais d'interprétation souvent très délicate.

Le pronostic immédiat, comme le pronostic d'avenir, est très réservé. Il ne faut cependant pas oublier le grand nombre de formes légères qui seraient passées inaperçues sans un examen complet. La mort semble produite par une lésion bulbaire. L'examen anatomo-pathologique montre la possibilité de lésions nerveuses diffusées dans les encéphales, au cas de survie, se traduisant par des syndromes cliniques d'une extrême variété.

Le diagnostic est plus positif que différentiel. Ce qu'il faut avant tout, c'est songer à l'hémorragie; tout enfant qui a dû être ranimé doit être considéré comme suspect.

Le traitement doit d'abord être prophylactique: examiner la femme pendant la grossesse pour faire un traitement antisyphilitique, par exemple, pour transformer, si possible, un siège en sommet, pour poser les indications d'une opération césarienne; — au moment de l'accouchement, ne pas multiplier les interventions qui verticalement le crâne fœtal, faire les extractions progressivement, sans brutalité et sans heurt; ranimer l'enfant par insufflation, le faire respirer pour agir mécaniquement sur la tension vasculaire. La meilleure thérapeutique active consiste dans la ponction lombaire précoce et répétée, au

besoin aidée de la ponction de la fontanelle antérieure ou même de la trépanation. L'injection de sang maternel est enfin une thérapeutique d'urgence qui peut permettre à l'enfant de supporter une intervention ultérieure.

M. Bouchet. *A propos d'un cas d'imperforation de l'œsophage.* — A propos d'un cas d'imperforation de l'œsophage observé chez un nouveau-né qui succomba au 20^e jour seulement — imperforation diagnostiquée dès les premiers jours, et pour laquelle la gastrostomie fut proposée, mais refusée par les parents qui d'ailleurs s'opposèrent également à l'autopsie — B. étudie l'anatomie pathologique, la pathogénie, la symptomatologie, le diagnostic et le traitement de cette malformation rare et qui, contrairement à une opinion encore trop généralement répandue, n'est peut-être pas toujours au-dessus des ressources de la thérapeutique.

L'imperforation de l'œsophage est due le plus souvent à une absence partielle de l'organe. Dans la règle, il existe: un segment supérieur se terminant en cul-de-sac à 10 ou 12 cm. des arcades gingivales; un cordon intermédiaire unissant ce cul-de-sac à la trachée ou un segment inférieur; un segment inférieur qui, dans les trois quarts des cas, s'ouvre dans la trachée et, dans un quart des cas seulement, se termine en cul-de-sac. D'autres malformations peuvent coexister avec l'imperforation de l'œsophage: ce sont, avant tout, l'imperforation anale et les malformations du cœur et des gros vaisseaux (dans à peu près la moitié des cas).

L'imperforation de l'œsophage est due à un arrêt de développement de l'organe. Celui-ci est primitivement un tube creux constitué par la partie de l'intestin primitif allant de l'aditus antérieur à la membrane de Rathke ou voile du palais primitif. Simultanément, sa lumière disparaît presque complètement: le tube est devenu un cordon plein; elle se rétablit ultérieurement par l'union d'un grand nombre de petites cavités intraépithéliales avec la lumière restante. Le maintien de la partie moyenne au stade cordon pleuré semble dû à l'étirement du conduit et aux compressions exercées par de gros vaisseaux anormalement placés.

Cliniquement l'atrésie œsophagienne se manifeste par des crises de suffocation et des vomissements suivant immédiatement chaque tentative d'alimentation. La mort survient au bout de 5 jours en moyenne.

Le cathétérisme de l'œsophage permet de faire aisément le diagnostic. La communication œsophago-trachéale est probable lorsqu'on constate de gros râles trachéaux et le rejet d'une grande quantité de mucosités glaireuses dans l'intervalle des tétées.

Dans ce cas, la malformation est au-dessus des ressources de la thérapeutique.

Lorsque, au contraire, la communication œsophago-trachéale est improbable, on doit chercher à intervenir. De quelle manière? Par la gastrostomie pure et simple? Elle a été exécutée à diverses reprises, mais elle n'a jamais donné de survie appréciable. Aussi B. pense-t-il qu'on pourrait faire mieux et il propose le programme opératoire suivant:

- 1° Gastrostomie;
- 2° Cathétérisme rétrograde du conduit sous écran;
- 3° Œsophagostomie trans-thoracique, si la situation des deux culs-de-sac rend leur réunion possible.

Mais ce n'est là qu'un programme théorique qui n'a jamais été réalisé. Que vaudrait-il dans la pratique?

THÈSE DE LYON

(1921)

Ch. Grigorakis. *Contribution à l'étude clinique de la prostatectomie hypogastrique, d'après 300 observations.* — L'étude d'une série de 300 prostatectomies hypogastriques, pratiquées par Raffin (de Lyon) permet à G. de formuler les conclu-

sions suivantes quant à la gravité et à la valeur thérapeutique de cette opération:

1° *Gravité opératoire.* — La prostatectomie hypogastrique coupe porte des dangers opératoires indiscutables; mais, en raison de diverses améliorations, parmi lesquelles il faut placer au premier rang la pratique de l'opération en deux temps, cette gravité opératoire devient de moins en moins grande: ainsi la mortalité, qui comportait 15 à 17 pour 100 dans les deux premières séries, de 100 opérations chacune, est tombée à 5 pour 100 dans la troisième série de R. La cause de la mort est généralement complexe et parfois malaisée à préciser chez des vieillards dont les organes essentiels — cœur, foie, poumons, reins — ont été plus ou moins altérés par le « cursus vite ».

Néanmoins les accidents infectieux et urémiques sont le plus fréquemment la cause de la mort; les accidents pulmonaires aigus le sont moins souvent qu'on aurait pu le craindre chez des opérés d'un âge avancé; l'hémorragie qu'on redoutait *a priori* ne peut être invoquée comme cause de la mort que dans 3 cas; le phlogoson pelvien, qui a été observé 6 fois, ne l'a plus été depuis la 157^e opération, sans doute en raison d'une meilleure technique de la déortocollation; enfin l'embolie a entraîné la mort de deux opérés, l'un au 3^e jour, l'autre au 7^e jour.

2° *Suites opératoires.* — La fistule hypogastrique se ferme le plus souvent du 10^e au 30^e jour, sans aucune intervention chirurgicale; deux fois seulement elle a persisté.

L'incontinence d'urine, consécutive à la prostatectomie hypogastrique, n'a jamais été observée.

Les rétrécissements de l'urètre ont été constatés 8 fois. Tous ont été améliorés, ou peuvent être considérés comme guéris, après traitement (dilatation ou urérotomie externe), sauf un seul, dont la miction n'a pu être rétablie.

Dans l'immense majorité des cas, la prostatectomie hypogastrique obtient le but pour lequel elle est pratiquée, à savoir l'évacuation de la vessie: au départ de l'hôpital, sur 242 opérés, pour lesquels on possède des renseignements précis, 218 avaient un résidu nul ou de quelques gouttes à 20 gr., et 4 seulement n'avaient pas bénéficié de l'opération. Dans la suite, on n'a observé que 2 ou 3 cas de récurrence de la rétention (50 à 200 gr.).

L'urine se clarifie fréquemment après la prostatectomie, mais cette clarification ne s'obtient pas toujours; quelques opérés conservent de l'urine très purulente à reporter à une complication pyélique; chez d'autres, il persiste soit de l'infection vésicale, soit une simple bactériurie.

Les fonctions génitales sont souvent conservées.

La cicatrice de la prostatectomie hypogastrique est parfois le siège d'une hernie, qui, exceptionnellement, peut nécessiter une suture.

L'état général s'améliore d'une façon tout à fait remarquable à la suite de la prostatectomie, et cette amélioration se traduit par un véritable rajeunissement de l'opéré.

3° *Suites éloignées.* — Sur 263 opérés (décès opératoires déduits) G. a pu avoir des nouvelles de 210. Sur ce nombre, 35 sont décédés: à une date éloignée de l'opération; parmi ces décès ultérieurs, 17 sont attribuables à une affection vraisemblablement indépendante de l'acte lui-même, 10 sont morts d'une affection urinaire (dégénérescence de la prostate non diagnostiquée ou seulement soupçonnée avant l'opération, infection urinaire, complications rénales); pour 8 il n'a pas été possible d'avoir de renseignements. Cette mortalité importante ne saurait surprendre, étant donné l'âge avancé des opérés, l'état déficieux dans lequel un certain nombre se trouvaient soit au point de vue cardiaque, pulmonaire, et surtout rénal. On peut espérer que la divulgation dans le public médical de la valeur de la prostatectomie, de même que la diminution de la gravité liée à l'acte lui-même, permettant d'intervenir plus tôt et avec des malades moins infectés, améliorera le pronostic éloigné des prostatectomisés.

J. DUMORT.