

Homenaje al Prof. F. Dévé

El presidente, Dr. J. C. del Campo, pronunció breves palabras señalando el honor que representaba para la Sociedad de Cirugía recibir en su seno a tan distinguido huésped. Luego de indicar ciertas características de la obra del Prof. Dévé, lo invitó a presidir la Sesión.

El Prof. Dévé aceptó la presidencia, agradeciendo las palabras del Dr. J. C. del Campo.

A continuación dió su conferencia sobre "Coleperitoneo hidático".

Como dicha conferencia había sido pronunciada el 29 de agosto en la cátedra del Prof. Bullrich, en Buenos Aires, debiendo ser publicada en "La Prensa Médica Argentina", el Prof. F. Dévé sólo ha dado, para su publicación en nuestros boletines, la parte en que modifica las ideas emitidas en aquélla.

Al confesar la parte de error que pueda haber en sus opiniones anteriores, abandonando ideas que le eran particularmente queridas, el Prof. Dévé ha dado un hermoso ejemplo de lealtad científica, que los asociados supieron apreciar en todo su valor, aplaudiendo calurosamente al conferenciante.

Conferencia sobre « Coleperitoneo hidático »

Por el Prof. F. DÉVÉ (de Rouen)

Messieurs,

Il me tardait d'aborder devant vous la question du processus pathogénique de la "membrane d'enkistement" du cholépéritone hydatique.

Vous savez certainement que, à ce sujet, un point important est resté en discussion jusqu'à ce jour. Il n'a encore pu être tranché. Mais il va l'être tout à l'heure.

Et ce sera la partie tout a fait neuve de ma conférence.

Ce point est le suivant:

Quel est le rôle respectif de la bile et les éléments hydatiques con-

tenus dans l'épanchement bilieux dans l'édification de cette pseudo-membrane d'enkystement?

Votre président, le Dr. J. C. del Campo, a admis et soutient que ce qui irrite surtout le péritoine, ce que provoque sa réaction, c'est la présence de contenu kystique déversé dans la cavité abdominale.

A l'appui de son opinion, il fait observer que la même membrane d'enkystement se rencontre dans des cas d'hydatidopéritoine dépourvus de bile. En un mot, selon lui, le rôle de la bile serait contingent. Dans une lettre qu'il voulut bien m'écrire à ce sujet, naguère, il me disait même que le cholépéritoine n'est qu'un "hydatopéritoine compliqué de cholerragie interne".

Pour ma part, j'ai émis — d'ailleurs avec des réserves que je vais vous rappeler, car elles sont parfois perdues de vue — une opinion inverse. Selon mon "hypothèse", les hydatopéritoinés pourraient bien n'être que d'anciens cholépéritoinés transitoires résorbés. En d'autres termes, ils représenteraient une "modalité résiduelle d'un ancien cholépéritoine" plus ou moins épisodique.

Laissez moi vous rappeler en quel termes prudents et mesurés je discutais cette hypothèse dans mon mémoire de la Revue de Chirurgie, 1928 (p. 318): A priori, il n'apparaîtrait nullement invraisemblable ni impossible que la présence prolongée d'hydatides demeurées libres dans la séreuse après y avoir été déversées toutes formées par un kyste multivésiculaire du foie (ou d'un autre organe suffise, en dehors de tout écoulement bilieux intrapéritoneal, à provoquer et à entretenir une irritation chronique du péritoine se traduisant par l'édification d'une membrane d'enkystement".

Vous le voyez, j'étais loin d'être aussi absolu qu'on l'a dit. Néanmoins, je veux être beau joueur et conviendrai que se penchais fortement vers cette hypothèse du cholépéritoine résorbé resté méconnu. En effet, après le passage que je viens de vous citer, j'ajoutais:

"Pourtant, nous voudrions ajouter les raisons qui nous inclinent à soupçonner, dans les cas que nous étudions (les cas d'hydatopéritoine), l'intervention transitoire d'un cholépéritoine plus ou moins discret", qui aurait, pour ainsi dire "tanné" la séreuse.

A la fin de l'année dernière, je suis revenu sur le sujet, avant de le faire reprendre par mon élève Candon, dans sa thèse, et j'ai cru pouvoir soutenir, pour le moins, que, en cas de cholépéritoine hydatique typique, le rôle déterminant de la bile "ne saurait être contesté sans paradoxe".

Pour soutenir cette opinion, je me basais sur la constatation, que

j'avais pu faire, d'une membrane d'enkystement toute pareille — toute pareille dans sa distribution, dans son aspect macroscopique et dans sa structure hystologique — dans un cas de cholépéritoine traumatique, c'est dire indépendamment de l'intervention de tout élément parasitaire.

Mais est-ce à dire que la présence d'hydatides dans le péritoine ne puisse suffire, à elle seule, à provoquer une membrane d'enkystement du même genre?

Encore une fois, je ne l'ai jamais contesté formellement. J'ai seulement demandé qu'on en apporte la preuve. Et je me suis étonné un peu (1) qu'on n'ait pas essayé d'apporter au moins la prueve expérimentale d'un tel processus.

Messieurs, cette preuve que j'attendais, avant de me déclarer vaincu, j'ai pu la découvrir et la vérifier moi-même il y a quelques jours, durant mon séjour à Buenos-Aires. Le fait, encore inédit, dont il s'agit, devait, précisément, être présenté à la Société de Chirurgie de Buenos-Aires, mercredi dernier. Mais j'ai su qu'il a du être reporté a huitaine (par suite de l'abondance de l'ordre du jour).

Ce cas ne m'appartient pas. Aussi ne vous le rapporterai-je qu'à titre tout officieux, si je puis dire.

Le Dr. Brachetto-Brian a eu l'amabilité de me soumettre, dans son laboratoire de l'Hôpital Durand, non pas une pièce expérimentale, mais les pièces d'autopsie concernant un cas humain d'hydatidopéritoine consécutif à une ancienne rupture spontanée d'un kyste hydatique primitif du pôle inférieur de la rate (ou peut-être, selon Brachetto-Brian, de l'épiploon gastro-hépatique), rupture qu'on pouvait aisément retrouver dans les antécédents du malade et qui remontait à plusieurs années.

Un large sac fibroïde enfermant une collection d'hydatides nageant dans une sérosité jaunâtre, puriforme, mais aseptique, communiquait, en haut, par un collet, avec la cavité kystique originelle.

Le sac en question occupait une grande partie de l'abdomen, jusqu'au pubis, et offrait un siège préviscéral. Il adhérait à la paroi abdominale, en avant, à la masse viscérale, en arrière. Cependant, il avait pu être assez facilement décortiqué, sur la table d'autopsie.

J'ai pu étudier les préparations histologiques qui avaient été faites de ce sac par le Dr. Brachetto-Brian, ainsi qu'une série d'autres qu'il voulut bien faire à ma demande. Or. le sac d'enkystement péritonéal secondaire offrait une structure tout à fait analogue — moins la pré-

(1) C. R. de la Société de Biologie, 17 Octobre 1931

sence de pigment biliaire, bien entendu, — à celle des vieux cholépéritoinés.

Cette pièce, d'un intérêt capital et d'une parfaite valeur démonstrative, vient donc trancher le débat resté pendant entre le Dr. del Campo et moi-même. Elle prouve que, conformément à l'opinion émise par del Campo, **la présence de bile dans l'épanchement hydatique intrapéritonéal n'est pas indispensable à l'édification d'une membrane d'enkystement hydatidopéritonéal.**

Dès lors, on pourrait soutenir à la rigueur, que même en cas de cholépéritoine typique, une part revient, dans l'édification de la membrane d'enkystement, à la présence des hydatides intrapéritonéales. Toutefois, je pense que mon collègue del Campo lui-même m'accordera que, en pareils cas tout au moins, le rôle pathogénique primordial, sinon peut-être exclusif, revient bien à la bile.

Messieurs, j'ai terminé.

Permettez-moi de vous répéter les termes mêmes de la "péroraison" — si le mot n'est pas trop prétentieux! — par laquelle s'achevait cette conférence, telle que je la donnai dans le service de Chirurgie Clinique médicale du Prof Bullrich, il y a quinze jours, le 29 août, à un moment où je n'avais pas encore eu connaissance du cas de Brachetto-Brian :

"Au cours de cette conférence, je vous ai exposé des faits que je crois indiscutables, qui font du cholépéritoine hydatique une entité anatomo-clinique définitivement identifiée.

"Mais je vous ai indiqué, de-ci de-là, certaines particularités dont l'interprétation est encore douteuse, ainsi qu'une conception d'ensemble personnelle qui appelle le contrôle de nouvelles observations.

"Mon interprétation provisoire je la soumets à votre expérience et à votre esprit critique.

"Et je serai tout prêt à abandonner une vue hypothétique pour m'incliner devant des faits bien observés, qui seuls comptent dans la science médicale".

Messieurs, la "vue hypothétique" à laquelle je faisais allusion visait surtout — vous l'avez compris — la question des relations de l'hydatidopéritoine avec le cholépéritoine hydatique.

Or, après le fait tout à fait probant de Brachetto-Brian, que je viens de vous faire connaître (en attendant que vous le lisiez tout prochainement dans les bulletins de la Société de Chirurgie de Buenos Aires), c'est sans aucune gêne que j'abandonnerai mon hypothèse dans ce qu'elle pouvait avoir d'exclusif.

C'est bien volontiers que j'en donne publiquement acte à mon dis-

tingué et sympathique collègue le Dr. del Campo. Et je suis très heureux de rendre ainsi hommage a la Société de Chirurgie de Montevideo en m'inclinant devant la perspicacité scientifique de son Président

Pneumocolecistitis

Por el Dr. A. FOSSATTI

Domingo Albarrasín (2803-), 56 años, uruguayo, viudo, jornalero. Ingresa al Sanatorio Español el 8 de Julio de 1931. Dice que desde 3 días antes, encontrándose perfectamente bien, sintió un fuerte dolor en el epigastrio, que fué aumentando paulatinamente hasta hacerse insoportable. Primero fijo, irradiaba luego hacia el hipocondrio derecho, extendiéndose a la región lumbar del mismo lado. El dolor no era continuo, sino que presentaba acalmias y exacerbaciones sucesivas, ni náuseas, ni vómitos, defecación diaria y normal, orinas escasas alrededor de medio litro, sin fiebre. Antes de esta crisis varios días de anorexia acentuada.

