

δύο μόνον καλλιτεχνῶν της, ἐνὸς ζωγράφου καὶ ἐνὸς γλύπτου, τῶν κκ. Cuno Amiet μὲ ἔργα 38 καὶ τοῦ Haller Herman μὲ 24.

Ἐκ τῶν ἄλλων Κρατῶν ἑκαστον ἀντιπροσωπεύθη διὰ 10-15 τὸ πολὺ καλλιτεχνῶν του μὲ ἀνάλογα ὅμως ἔργα των.

Ἐνῶ ἡ Ἑλλάς ἀντιπροσωπεύθη διὰ 219 ἔργων 75 καλλιτεχνῶν της, ἐκ τῶν ὁποίων τὰ 54 τῆς συλλογῆς Ἀραβαντινοῦ.

Ἄς ἐλπίσωμεν μετὰ δύο ἔτη, ὅτε θὰ λάβῃ πάλιν χώραν ἡ ἐκθεσις αὕτη, ὅτι θὰ ἀντιπροσωπευθῶμεν καλύτερον ἀρχίζοντες τὴν προκαταρκτικὴν ἐργασίαν τὸ ταχύτερον.

Εἰς δὲ τὴν ἐκθεσιν τοῦ κ. Αἰμιλίου Ζυλλιερόν, ἥτις ἀπὸ τινων ἡμερῶν ἤνοιξε τὰς πύλας της ἐν τῷ Ἑθνικῷ Μουσείῳ Ἀθηνῶν μὲ ἀντίγραφα καὶ διασκευὰς τοιχογραφῶν καὶ γλυπτικῶν εὐρημάτων τῆς Κνωσσοῦ, Φαιστοῦ, Ἀγίας Τριάδος καὶ ἄλλων μινωϊκῶν πόλεων, ἐν Κρήτῃ, παρετῆρησα τὰ ἑξῆς:

Ὅτι ἡ ἐκθεσις αὕτη εἶναι ἀρίστη εἰς τὸ εἶδός της, θὰ εἶναι δὲ νομίζω ἀπόκρημα διὰ τὸ Ἑθνικὸν Μοσεῖον, ὅπερ περιλαμβάνει ἀρχαιότητας ἀπὸ ὅλα τὰ μέρη τῆς Ἑλλάδος, ἐνῶ οὐδὲν ἀπολύτως μινωϊκὸν μνημεῖον περιεῖχε, καθ' ὅσον πάντα τὰ εὐρήματα τῆς Κνωσσοῦ, Φαιστοῦ καὶ τῶν λοιπῶν ἀρχαιολογικῶν τόπων τῆς Κρήτης στέλλονται εἰς τὸ Μοσεῖον Ἡρακλείου· καὶ δὲν εἶναι μὲν πρωτότυπα φυσικὰ τὰ ἐν τῇ παρούσῃ ἐκθέσει ἀντικείμενα, ἀλλὰ ἡ ἀντιγραφή, συμπλήρωσις καὶ διασκευὴ τούτων εἶναι τεχνικωτάτη, καὶ τοῦτο διότι ὁ κ. Ζυλλιερόν ἐξέμαθε τὸ εἶδος τοῦτο τῆς τέχνης παρὰ τοῦ πατρὸς του, ὑπερβὰς αὐτόν καὶ καταστὰς ἀπαράμιλλος

Πρὸς τούτοις δὲ τὴν εἰδικότητα ταύτην ὀφείλει καὶ εἰς τὴν μακρὰν πλησίον τοῦ μεγάλου ἀνασκαφέως κ. Ἐβανς διαμονὴν του, οὗτινος ἐξετέλεσε πάντα τὰ ἀντίγραφα καὶ τὰς ἀπεικονίσεις διὰ τὰ συγγράμματά του.

ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ ΜΗ ΜΕΛΩΝ

ΙΑΤΡΙΚΗ.— La thoracectomie précordiale dans les cardiopathies, autres que la symphyse péricardique, *par Ch. Lenormant.*

Sous le nom, d'ailleurs impropre, de «Cardiolyse», Brauer a proposé en 1901 et fait exécuter, l'année suivante, par Petersen, dans la symphyse péricardique, une opération qu'il vaut mieux appeler «Thoracectomie précordiale» et qui consiste dans une résection chondro-costale gauche plus ou moins étendue. Son but était de mobiliser la paroi précordiale, de l'assouplir et de lui permettre de céder aux tractions exercées par les adhérences

péricardiques antérieures, ce qui devait améliorer les conditions de travail du cœur. L'opération s'adressait donc, avant tout, à la symphyse avec adhérences extra-péricardiques (médiastino-péricardite adhésive des auteurs français. *Accretio Cordis* des auteurs allemands).

Cette intervention a donné, dans la symphyse péricardique, au prix d'un risque relativement faible (dans un relevé de 113 cas, on compte environ 5 pour 100 de morts survenues au cours de la première semaine), une proportion importante de succès, mais aussi d'assez nombreux échecs: sur 65 cas suivis, en effet, on compte 22 morts survenues pendant la première année et 43 survies d'un an ou plus (16 survies de 2 à 8 ans).

Mais la thoracectomie précordiale n'a pas été appliquée qu'au traitement de la symphyse; elle a été pratiquée aussi dans des cardiopathies où n'existait pas la moindre adhérence péricardique. Ce fut, sans doute, quelquefois par suite d'une erreur de diagnostic et, lorsqu'on dépouille les cas opérés comme symphyses cardiaques, on en trouve un nombre assez important qui peuvent prêter à discussion.

D'autres ont eu recours à la thoracectomie précordiale, de propos délibéré, dans des cas qu'ils savaient ne pas être des symphyses. De même qu'un médecin, Brauer, en avait eu l'idée dans la symphyse, c'est un médecin Trenpel qui en eut l'idée dans une cardiopathie pure et qui fit réaliser cette idée par Bockenheimer en 1904; il fut suivi, quelques années plus tard, par Morison (1907) et par Bewley (1908). Ce sont ces thoracectomies faites de parti pris en dehors de la symphyse cardiaque, que j'étudierai exclusivement dans ce travail.

I. INDICATIONS DE LA THORACECTOMIE PRÉCORDIALE EN DEHORS DE LA SYMPHYSE

PÉRICARDIQUE.—Il semble bien que ce soit la constatation d'un symptôme purement pariétal qui ait amené Trenpel aussi bien que Brauer à concevoir l'utilité, dans certains cas, d'une désossement de la région précordiale — Brauer avait été frappé par la rétraction systolique et le mouvement de roulis de la paroi dans la symphyse péricardique; c'est la violence du choc de la pointe, le bombement en tonne de la paroi chez son malade qui décidèrent Trenpel à l'opération. Et les chirurgiens qui le suivirent conservèrent cette conception simpliste et purement mécanique de l'action de la thoracectomie. Il semble bien, en effet, qu'il y ait, chez certains sujets, une véritable disproportion entre le volume du cœur et les dimensions de la cage

thoracique. Cette disproportion entraîne une gêne mécanique des fonctions du cœur. Fischer, qui a fait une étude approfondie de cette question de physiologie pathologique, conclut que dans les cœurs qui sont à l'étroit dans la cage thoracique, il y a un défaut de synergie dans le travail des diverses parties de l'organe, analogue à celui qui se produit dans la péricardite calcaireuse, un surmenage inutile du myocarde, des déformations et des déplacements des cavités cardiaques, en particulier de l'oreillette droite, et qu'en pareil cas la thoracectomie est indiquée. «Le cœur gêne dans le thorax et il est gêné» (Gignet).

Cette disproportion entre le cœur et la cage osseuse qui le renferme peut résulter de deux causes: l'hypertrophie ou la dilatation du cœur, la déformation et le rétrécissement de la cage thoracique. Dans ce dernier cas il est évident que le rôle du facteur mécanique est essentiel. Cette éventualité se rencontre dans les gibbosités anciennes et accentuées des pottiques ou des scoliotiques et dans certaines formes graves du «thorax en entonnoir». Les troubles cardiaques pouvant aller jusqu'à l'insuffisance et l'asystolie, ne sont pas rares chez les bossus.

On conçoit donc qu'en pareil cas, une section ou résection costale, mobilisant et élargissant la cage osseuse, puisse améliorer les conditions de fonctionnement pulmonaire et cardiaque. J'ai essayé une telle intervention chez un ancien pottique qui présentait, avec une déformation considérable et une rigidité complète du thorax, des troubles cardiaques graves, de la dyspnée et de la cyanose: j'ai fait une chondrectomie mobilisatrice portant sur les 2^e-5^e cartilages gauches; mais le malade, déjà asystolique, n'a pu supporter cette opération, bien que faite sous anesthésie locale, et il est mort le lendemain. Je ne connais pas d'autre tentative de cet ordre; dans un cas moins avancé, elle serait pourtant logique.

Les observations de thoracotomie ou de thoracectomie dans les thorax en entonnoir accentués sont plus nombreuses. L'indication est ici de même ordre, car ces malades sont aussi des gibbeux, comme le remarque Ombrédanne, «gibbeux du sternum, au lieu de gibbeux du rachis»; leur capacité respiratoire peut-être singulièrement réduite, et certains, comme les malades de Meyer et de Garnier, présentent des troubles nettement cardiaques (dyspnée, palpitations, douleurs précordiales). On a chez de tels sujets, tantôt réséqué le sternum et les cartilages costaux (Mayer, Sauerbruch), tantôt élargi le thorax et redressé la déformation par une sternotomie

(Ombrédanne, Garnier) ou une chondrotomie (Sauerbruch) mobilisatrices. Pratiquées dans 10 cas, ces interventions ont donné, le plus souvent, un résultat très favorable; seul le malade de Garnier, déjà en état d'insuffisance cardiaque avant l'opération, est mort rapidement en asystolie.

A l'opposé des cas dont je viens de parler sont ceux où, avec une cage thoracique normale, le cœur présente des dimensions excessives, par hypertrophie pure ou par dilatation. C'est à des malades de ce genre qu'ont eu à faire Trenpel, Morison, Bewley et leurs imitateurs. Ces thoracectomies pour «gros cœur», sans symphyse péricardique et sans déformation thoracique sont encore peu nombreuses. J'en ai relevé 17 observations dans la littérature, auxquelles je puis ajouter 8 cas opérés dans mon service, par mon assistant Wilmoth ou par moi-même, chez des malades que nous avaient confiés MM. Vaquez et Debrée.

Lorsqu'on lit attentivement les observations, on voit que l'opération a été pratiquée dans des cardiopathies très diverses:

1) Le plus souvent — 19 fois sur 25, — il s'agissait de gros cœurs rhumatismaux avec lésions portant sur tous les éléments de l'organe de «pancardite», et la plupart s'accompagnaient de lésions orificielles (13 cas). C'est aussi dans ce groupe qu'il faudrait ranger la plupart des cas, auxquels j'ai fait allusion plus haut, opérés avec le diagnostic erroné de symphyse péricardique.

2) L'hypertrophie cardiaque «pure», sans autre lésion, n'est signalée que chez un malade de Tuffier.

3) L'hypertrophie cardiaque avec hypertension, secondaire à l'artériosclérose ou à la néphrosclérose, est considérée par Haim comme la meilleure indication de la thoracectomie.

4) A côté des gros cœurs rhumatismaux, Vaquez et Delbet ont montré que la thoracectomie peut trouver des indications lorsque «l'activité du cœur est entravée par des lésions autres que des adhérences péricardiques, mais analogues par leurs conséquences, par exemple les adhérences pleurales étendues, la sclérose pulmonaire, qui provoquent très souvent aussi la dilatation permanente du cœur, notamment de ses cavités droites»; et ils ont obtenu un très beau succès de l'opération en pareille circonstance. Déjà à propos de la médiastino-péricardite, Delbet et Donay avait insisté sur l'importance de l'immobilisation des languettes pulmonaires fixées par les adhérences pleurales: elles ne peuvent alors se distendre, comme nor-

malement, au moment du retrait systolique du cœur et combler le vide qui en résulte; d'où dilatation persistante du cœur; la mobilisation opératoire de la paroi précordiale permet à celle-ci de s'affaisser à ce moment et de suppléer au jeu déficient des languettes pulmonaires.

A ces diverses lésions cardiaques correspondent 2 types cliniques bien individualisés. Dans l'un (cas de Morison, Bewley, Tuffier, Haim) les troubles fonctionnels consistent en palpitations, dyspnée, douleurs précordiales à caractère angineux, parfois irradiées au bras gauche; ces douleurs surviennent à l'occasion des efforts, de la digestion, ou spontanément pendant la nuit; il s'y ajoute des signes pariétaux souvent très manifestes, violence excessive du choc de la pointe, soulèvement diastolique de la paroi, voussure précordiale en dôme.

Dans d'autres cas, plus nombreux — il en était ainsi chez tous mes opérés et dans la majorité des gros cœurs rhumatismaux —, on a à faire à des sujets présentant une insuffisance cardiaque progressive, avec ascite, gros foie et œdème des membres inférieurs, chez lesquels l'orthodiagramme révèle une augmentation de tous les diamètres du cœur. Ce syndrome est assez voisin de celui qu'on observe dans certaines symphyses du péricarde, en particulier dans la péricardite calleuse. C'est chez de tels malades que l'indication et le moment de l'opération sont les plus difficiles à préciser. La plupart des cardiologues, avec Vaquez, considèrent que les symptômes qui doivent décider à l'opération sont «avant tout l'augmentation excessive du cœur, l'impossibilité où elle est de se réduire sous l'influence des médications et l'immobilisation des languettes pulmonaires»: lorsque les tonocardiaques restent sans effet, ou lorsque leur action n'est que passagère, incomplète, et que les accidents reparaissent au bout de quelques jours, l'heure de l'intervention est arrivée.

Cette formule me paraît discutable et dangereuse: elle conduit à attendre que l'insuffisance cardiaque soit complète pour opérer; elle explique les échecs et les améliorations insignifiantes ou passagères. Il ne faut pas demander à la thoracectomie précordiale plus qu'elle ne peut donner. Lorsque la myocarde est à bout, elle ne peut plus avoir d'effet réellement utile. Ici, comme dans la symphyse péricardique, c'est en opérant tôt, dès que les signes physiques sont suffisamment nets et persistants pour légitimer l'intervention chirurgicale, qu'il faut agir si l'on veut obtenir des succès véritables.

Par ailleurs, dans les cœurs rhumatismaux, il ne faut opérer que lorsque les lésions paraissent stabilisées, chez des malades complètement apyrétiques, loin de toute poussée évolutive du rhumatisme.

II. LES RÉSULTATS : que peut-on attendre de la thoracectomie précordiale dans les gros cœurs sans symphyse péricardique ?

Il est bien évident qu'une intervention purement pariétale ne saurait agir sur les lésions cardiaques elles-mêmes et ne peut prétendre qu'à améliorer les conditions de fonctionnement d'un cœur par ailleurs anormal, à en faciliter le travail. On ne saurait donc opérer une guérison au sens propre du mot. Mais on a pu obtenir par l'opération une disparition plus ou moins complète des signes d'insuffisance cardiaque, une réduction importante du volume du cœur, un survie prolongée avec reprise d'une activité relative ; si grande que soit l'amélioration obtenue, le malade reste cependant un cardiaque, obligé de se soumettre à une hygiène rigoureuse et à des cures médicamenteuses régulières.

Voici quelques résultats réellement favorables de la thoracectomie :

Le malade de Morison a une amélioration subjective très nette, une diminution importante des douleurs angineuses, il dort mieux ; les signes physiques sont peu modifiés, mais la tension artérielle s'est abaissée ; le malade reste ainsi très amélioré pendant 4 ans, puis meurt d'endocardite infectieuse.

Chez l'opérée de Delagénère, l'amélioration fut lente à se manifester ; mais, 2 ans après la thoracectomie, tous les troubles cardiaques ont disparu et la malade fait tous les travaux de son ménage.

L'opéré de Vaquez et Delbet, 7 ans après l'intervention, « est bien portant et peut se livrer à des occupations fatigantes ».

Un malade de Tuffier subit une première thoracotomie en 1908 ; cette opération est suivie d'une guérison complète et cet homme travaille aux champs pendant 8 ans ; à ce moment reprise des accidents cardiaques ; en 1916, seconde opération, dans laquelle on agrandit la brèche thoracique : le malade est vivant et bien portant en 1926.

Je n'ai pas, pour ma part, obtenu d'aussi brillants succès, mais dans 2 de mes cas, l'effet favorable de l'intervention a été indiscutable.

Un homme de 18 ans (malade de Vaquez) rhumatisant depuis l'âge de 8 ans, et chez lequel les accidents cardiaques ont débuté 5 ans auparavant, présente un gros cœur avec insuffisance mitrale et signes de décompensa-

tion cardiaque (râles de stase aux deux bases, gros foie débordant les côtes de 5 travers de doigts, oligurie, léger œdème malléolaire); à l'examen radioscopique, dilatation globale du cœur sans signe de symphyse. Après la thoracectomie, très grande amélioration: les palpitations sont devenues plus rares, la dyspnée a disparu; le malade peut dormir dans le décubitus horizontal; diurèse abondante; retour du foie à des dimensions normales; notable diminution du volume du cœur à la radioscopie. Un an plus tard l'amélioration persiste, le malade va et vient, marche sans essoufflement, vaque à ses occupations. Au bout de 15 mois, il est emporté par une broncho-pneumonie, sans avoir présenté de nouveaux accidents cardiaques.

L'un de mes derniers opérés (malade de Debrée), garçon de 14 ans, avait une pancardite rhumatismale avec atteinte rénale: depuis l'âge de 6 ou 7 ans, on avait reconnu chez lui une lésion cardiaque; le traitement médical n'agissait plus qu'incomplètement et passagèrement; il avait de l'ascite, un gros foie descendant jusqu'à l'ombilic, de l'œdème des malléoles et de la face interne des cuisses, un pouls à 130; l'orthodiagramme montrait une augmentation de tous les diamètres du cœur; il y avait une voussure de l'hémithorax gauche avec ondulations précordiales. J'ai opéré ce malade en 2 séances, à 13 jours d'intervalle (13 et 26 juillet 1934), enlevant 2 côtes avec leurs cartilages dans la première, et 1 côte dans la seconde. Trois mois plus tard, ascite et œdème ont disparu, le foie a repris des dimensions normales, il n'y a plus de dyspnée, ni de palpitations; le malade suit encore un régime hypochloruré, mais ne prend plus aucun médicament; il marche facilement sans être essoufflé et demande l'autorisation de faire de la bicyclette. Ce cas est trop récent pour permettre une conclusion définitive, mais il permet, semble-t-il, de grands espoirs

De tels résultats sont encourageants; malheureusement ils ne sont pas constants. Il faut savoir en effet que l'intervention comporte des risques indiscutables, surtout chez les sujets en état d'insuffisance cardiaque trop avancée,— que chez les mêmes sujets, son effet est trop souvent nul ou insignifiant,— que même dans des cas ayant d'abord évolué favorablement, le résultat obtenu peut être compromis ou annihilé par une reprise du rhumatisme évolutif: d'où la nécessité, sur laquelle j'ai insisté déjà, d'une surveillance médicale attentive après l'opération et d'une thérapeutique, hygiénique et médicamenteuse, prolongée.

C'est ce que montre une étude impartiale des observations publiées:

1. *Mortalité opératoire.*— Sur les 25 cas que j'ai réunis (y compris mes observations personnelles), on compte 4 morts en rapport direct avec l'intervention: 2 par syncope anesthésique (chloroforme), dès le début de l'opération (cas de Broca et de Leriche),— 2 par infection pleurale, consécutive à la blessure de la séreuse (l'une survenue le 12^e jour chez un opéré de Leriche, l'autre au bout de 2 mois par hémothorax infecté chez un de mes malades). Je crois pouvoir porter également au passif de l'opération le cas de Schmieden où la mort survint le 4^e jour par insuffisance cardiaque.

2. *Résultat thérapeutique.*— 20 malades ont bien supporté l'opération: que sont ils devenus? On peut séparer leurs observations en 2 groupes:

- a. Celles qui n'ont été suivies que *moins d'un an*: au nombre de 13. Parmi celles-ci, on compte 4 malades *perdus de vue*, 7 *morts* avant la fin de la première année.

Enfin deux cas personnels récents, *encore en cours de traitement*. J'ai signalé plus haut le premier, dans lequel après 3 mois, l'amélioration est vraiment impressionnante.

L'autre concerne un enfant de 8 ans (malade de Debrée), ayant eu sa première crise de rhumatisme articulaire en août 1933; au mois d'octobre on constate chez lui un souffle d'insuffisance mitrale. Depuis lors, aggravation progressive: en avril 1934, dyspnée, cyanose intermittente, œdèmes, accélération du pouls qui reste régulier; souffle systolique à la pointe; foie augmenté de volume; oligurie; température à 38° le soir. Le traitement médical (salicylate, digitale) n'a qu'un effet temporaire. En juin on constate une saillie de l'hémithorax gauche avec ondulations pariétales visibles et exagération du choc de la pointe; une nouvelle cure digitalique échoue complètement. Le 7 juillet, sous anesthésie locale, j'ai fait chez ce malade, une résection extra-périostée de 2 côtes et de leurs cartilages, sur une longueur de 5 ou 6 centimètres.

L'amélioration n'a commencé à se manifester que vers la fin de juillet; à ce moment le pouls est à 100, régulier et bien frappé, le foie a diminué de volume, la quantité d'urine émise est de 600 c.c. En octobre, le pouls est à 90, la tension artérielle à 11-6,5, la diurèse à 700; il n'y a plus de dyspnée, mais l'orthodiagramme montre toujours une augmentation générale de toutes les dimensions du cœur, avec prédominances sur les cavités droites.

Cette amélioration a permis de pratiquer le 6 octobre, toujours sous anesthésie locale, une nouvelle résection chondro-costale portant sur les 2

côtes sus-jacentes à celles antérieurement réséquées. Cette intervention a été bien supportée et l'état du malade continue à s'améliorer.

b. Celles où la *survie de l'opéré a dépassé un an* : au nombre de 7.

De ces 7 malades, 3 ont succombé ultérieurement : après 16 mois (cas de Tuffier, dans lequel la thoracectomie n'avait amené qu'une amélioration temporaire, se traduisant par une disparition des œdèmes et une diminution du volume du foie), — après 15 mois (cas personnel), — après 4 ans (cas de Morison). J'ai signalé plus haut ces 2 derniers, où l'effet de la thoracectomie s'était montré très favorable et où la mort est due à une maladie intercurrente.

4 autres opérés restaient dans un état satisfaisant et avaient repris une vie active après 2 ans (Delagénère), 3 ans (Arnoldi et Leschké), 7 ans (Vaquez et Delbet), 18 ans (Tuffier). Ce sont ceux que j'ai cités comme exemples de ce que pouvait donner la thoracectomie précordiale dans les cas favorables.

Sans doute le bilan actuel de la thoracectomie précordiale dans les cardiopathies sans symphyse péricardique est-il assez modeste, puisqu'il peut se résumer à ceci : sur 25 opérés, 5 sont morts des suites immédiates de l'intervention et 8 seulement (32 %) en ont tiré un bénéfice certain et durable. Cela suffit pourtant à persévérer dans la voie ouverte par Trenpel. Je suis persuadé que les résultats s'amélioreront quand les indications de la thoracectomie seront plus rigoureusement posées, quand elles seront surtout posées plus précocement, avant la phase d'épuisement du myocarde — et cela ne peut résulter que d'une collaboration plus étroite entre cardiologues et chirurgiens. — Peut-être aussi certaines améliorations techniques sont-elles susceptibles de diminuer le risque opératoire.

III. Il y a, d'ailleurs, peu de choses à dire de la *TECHNIQUE*, la thoracectomie précordiale étant une opération simple et bien réglée. Je n'insisterai que sur les quelques points que voici :

2. *L'anesthésie*. — Il faut toujours recourir à l'anesthésie locale ; avec de la patience la chose est possible, même chez l'enfant. La chose est particulièrement facile si, comme je le dirai plus loin, on opère en plusieurs séances, ne réséquant à chaque fois que 2 côtes par une incision parallèle à celles-ci.

2. *L'étendue à donner à la résection osseuse*. — Elle doit être suffisante, mais non exagérée ; pour obtenir une libération efficace il faut réséquer

3 côtés au moins, et plus souvent 4, avec leurs cartilages, dans une étendue de 10 à 12 centimètres. Chez l'adulte, j'ai toujours enlevé de 32 à 40 centimètres de côtes, en tout. Il me paraît, en revanche, inutile d'ajouter à la résection chondro-costale une résection partielle du sternum, comme l'a fait Delagenière, manœuvre qui allonge certainement l'intervention, la rend plus mutilante et plus sanglante.

Je continue à penser, en effet, que dans toute thoracectomie libératrice, qu'il y ait ou non symphyse péricardique, il faut faire une résection *extra-périostée* de la côte. Quoi qu'on en ait dit, la résection sous-périostée expose plus à la régénération costale, et cette régénération peut-être une cause de réapparition des accidents: les observations de Küttner, de Marcel Arnaud en sont la démonstration. Sans doute la régénération osseuse n'est pas fatale après résection sous-périostée, et le plastron régénéré peut-il laisser un jeu suffisant au cœur sous-jacent, comme il est arrivé chez un opéré de Leriche et chez celui de Clerc et Soupault; néanmoins je crois qu'il est prudent de supprimer le périoste costal en totalité.

C'est la seule difficulté de l'opération, car il faut ménager la plèvre et le péricarde. La chose est assez facile dans la médiastino-péricardite adhésive, où les séreuses sont épaissies et fusionnées par l'inflammation. Elle est plus délicate dans les cas où il n'y a pas de symphyse pleurale et péricardique, où les feuillets séreux transparents laissent voir le jeu du poumon et du cœur. En effet, rares dans les thoracectomies pour symphyse péricardique (5 blessures de la plèvre pour 112 opérations), les lésions séreuses sont assez fréquentes lorsqu'on intervient pour des cœurs simplement hypertrophiés ou dilatés; sur 25 opérations de ce genre, il y a eu 3 blessures du péricarde (Graham, 2 cas personnels) et 6 blessures de la plèvre (Morison, Leriche, Haim, 3 cas personnels); les premières n'ont pas eu de suites fâcheuses, mais 2 des secondes, je l'ai dit, ont été suivies d'une infection pleurale mortelle. Peut-être est-il possible, après résection simplement sous-périostée, d'annihiler l'activité ostéogénique du périoste restant par une cautérisation: Zaaier avait employé dans ce but la formaline; Head (de Chicago) a proposé le liquide de Zeuker, Van Allen, Fachia et Mariani l'ont essayé en chirurgie humaine et paraissent en avoir été satisfaits; la méthode est intéressante et mérite d'être expérimentée.

3. Chez mes deux derniers opérés, sur la suggestion de mon collègue Debrée, j'ai pratiqué la *thoracectomie en 2 séances*, séparées par un inter-

valle plus ou moins long (13 jours dans un cas, 3 mois dans l'autre); je n'ai réséqué que 2 côtes dans la première intervention. C'est là, je crois, une conduite sage et prudente, au moins dans les cas graves de cœur décompensé: la modification apportée par le désossement pariétal à la mécanique cardiaque, est moins brutale, l'intervention plus courte et moins choquante; dans l'intervalle des temps opératoires, une première amélioration se produit qui permettra d'achever l'opération dans de meilleures conditions. Chez l'un de mes malades, les œdèmes avaient disparu et l'ascite notablement diminué entre les deux interventions, et je suis persuadé que l'autre n'aurait pas supporté une résection d'emblée étendue.

Il me semble que cette façon d'opérer en temps successifs, par résection costales étagées, est susceptible de diminuer les risques de la thoracectomie précordiale dans certains cas difficiles, et mérite d'être retenue.

ΒΥΖΑΝΤΙΝΗ ΦΙΛΟΛΟΓΙΑ.—Αἱ ἐν τοῖς χειρογράφοις τοῦ Φραντζῆ σημειώσεις τοῦ Παχώμιου, ὑπὸ *Ι. Παπαδοπούλου*. Ἀνεκoinώθη ὑπὸ κ. Κ. Ἀμάντου.

Ἐν τῇ ᾧ τῶν χειρογράφων ABCDMS¹ τῶν περιεχόντων τὴν μεγάλην χρονογραφίαν τοῦ Γεωργίου Φραντζῆ εὐρηνται σημειώσεις φέρουσιν τὴν ἐπιγραφὴν «Παχώμιος». Αἱ σημειώσεις αὗται συμποσοῦνται εἰς ἐξήκοντα. Ἐκ τούτων ἐδημοσιεύθησαν μέχρι τοῦ νῦν μόνον ἑνδεκά², ἅπασαι δὲ αἱ λοιπαὶ νῦν τὸ πρῶτον ἐκδίδονται.

Ἀλλὰ τίς ὁ Παχώμιος οὗτος;

Λέων ὁ Ἀλλάτιος παρέχει ἡμῖν τὴν πληροφορίαν ὅτι ὁ Παχώμιος Ρουσᾶνος ἐσυνείθιζε νὰ πληροῖ σημειώσεων τὰς ὧας παντὸς χειρογράφου προσπίπτοντος εἰς τὰς χεῖράς του³, τὸν κατακρίνει δὲ σφοδρῶς, καθόσον ἐν ταῖς σημειώσεσιν αὐτοῦ ὁ Παχώ-

¹ Ἐν τῇ ὑπ' ἐμοῦ παρασκευαζομένη κριτικῇ ἐκδόσει τοῦ κειμένου τῆς μεγάλης χρονογραφίας διὰ τῶν γραμμάτων τούτων ὑποδηλῶ τοὺς ἐξῆς κώδικας: A = c. Ambrosianus P 123 sup, B = c. Taurinensis B II 20, C = c. Additional (Βρετανικοῦ Μουσείου) 36539, D = c. Ambros. P 24 sup, M = c. Monacensis gr. 239, S = c. Neapolitanus II E 25. Ταῦτα τὰ χειρογράφα εἰσι τὰ ἀρχαιότερα. Ἐκ τῶν σημειώσεων τοῦ Παχώμιου αἱ πλεῖστα περιέχονται εἰς τοὺς κ. A B ὡς καὶ εἰς τὸν S, ὅστις εἶναι κάπως μεταγενέστερος ἐκείνων.

² Αἱ ἑνδεκά αὗται σημειώσεις παραληφθεῖσαι ἐκ τοῦ M ἐδημοσιεύθησαν ἐν τῇ ὑπὸ τοῦ Alter γενομένη τῇ 1796 ἐκδόσει τῆς μεγάλης χρονογραφίας τοῦ Φραντζῆ, εἶναι δὲ αἱ ὑπὸ τοὺς ἀριθμοὺς 5, 6, 8, 9, 10, 12, 15, 16, 17, 18, 21. Ὁ Bekker ἐν τῇ ἐκδόσει τῆς Βόννης παρέλαβεν ἐκ τοῦ Alter μόνον τὰς ὑπὸ τοὺς ἀριθμοὺς 5, 6, 8, 9, 21.

³ Τὴν πολῦτιμον ταύτην διὰ τὴν μελέτην μου πληροφορίαν ὀφείλω εἰς τὸν ΜΟΥΣΤΟΕΥΔΗΝ.