

CINQUIÈME LEÇON

Désarticulation de la hanche.

Observation d'ostéomyélite du moignon après amputation de cuisse.
— Suppuration abondante. — Nécessité d'une intervention.

Discussion du mode d'intervention. — La désarticulation seule indiquée. — Choix du procédé de désarticulation de la hanche.

La dissection avec ligature préalable des vaisseaux, d'après les préceptes de M. Farabeuf, est plus sûre.

Quelques modifications à apporter au pansement et à la réunion :
Résection de la partie inférieure du sourcil cotyloïdien.

MESSIEURS,

Jeudi dernier, j'ai pratiqué devant vous une grande opération, la plus considérable peut-être de la chirurgie.

J'ai, chez un jeune garçon, autrefois amputé de la cuisse pour une tumeur blanche, fait une désarticulation de la hanche.

Vous étudierez avec intérêt les lésions anatomiques de l'ostéomyélite dont je vous ai parlé dans ces der-

niers temps, mais que je n'avais pu vous montrer encore.

Un traumatisme, quel qu'il soit, quand il atteint les os chez un adolescent, peut développer des accidents inflammatoires sérieux, surtout quand le tissu osseux souffrait depuis longtemps déjà de lésions chroniques qui avaient préparé le terrain. L'amputation que j'ai dû faire autrefois a sectionné l'os assez haut, et il ne faut plus nous étonner qu'après elle il se soit produit des accidents d'ostéomyélite.

Voici les pièces anatomiques préparées par mon interne, M. Petit. Vous verrez le périoste épaissi, la surface de l'os dénudée dans plusieurs points, et l'os scié dans sa longueur, vous montrant jusqu'à quel point la moelle était infiltrée.

Partout le périoste a perdu sa minceur habituelle : il est infiltré, lardacé, il se détache facilement des surfaces osseuses. Il a disparu dans une grande étendue de l'extrémité supérieure du fémur et l'os, ainsi dénudé, est plus vasculaire, rosé, recouvert de points rouges par dilatation des vaisseaux et élargissement des canalicules osseux. Chez l'enfant, os et périoste présentent une couleur plus rose, bien moins pâle que chez l'adulte ; mais, ici, l'injection est tellement accentuée qu'il n'est pas possible de mettre en doute l'inflammation dont les traces sont partout inscrites sous forme de larges plaques rouges et pigmentées.

Je prends séparément les deux parties de ce fémur

scié dans sa longueur : vous voyez alors la moelle et le tissu spongieux du col et de la tête. Le canal médullaire est loin d'offrir partout la même coloration. Rouge vif sur certaines parties, il est ferme et grisâtre ailleurs où le pus s'est produit, détruisant la moelle. C'est donc de l'inflammation déjà suppurée ou prête à produire du pus ; et, tout en tenant compte de l'extrême vascularité de la moelle chez les jeunes sujets, vous devez reconnaître qu'une injection aussi vive est le caractère irrécusable d'une violente médullite. Les points jaunes disséminés où le pus s'est produit sont ramollis, crémeux ; ils sont très nombreux dans ce qui reste de la diaphyse osseuse, mais on les retrouve encore jusqu'au voisinage du grand trochanter, et le tissu spongieux a cette couleur rouge lie de vin que je vous faisais remarquer il n'y a qu'un instant.

Ce sont là, Messieurs, les caractères anatomiques de l'ostéo-myélite suppurée dont le maximum d'action se concentre sur la moelle, mais qui agit aussi sur toutes les parties constituantes de l'os : périoste, tissu compacte, tissu spongieux, tissu médullaire, comme en fait foi cette pièce anatomique.

Telle est l'ostéo-myélite dont les ravages atteignent la totalité de l'os et qu'on désigne sous des noms divers, pour faire comprendre les variétés qu'elle présente, selon qu'elle s'est plus ou moins localisée sur tel ou tel tissu.

La variété, dont vous avez un exemple sous les

yeux, dans laquelle la moelle a particulièrement souffert, est, sans contredit, la plus grave de toutes, parce que l'inflammation bridée par la résistance de l'os amène de larges désordres et a cette tendance gangreneuse que la clinique est trop habituée à reconnaître.

Remarquez, en effet, Messieurs, que les lésions, sur cet os, vont en décroissant de bas en haut et du centre à la périphérie, mais que tout est malade, le tissu compacte comme le tissu spongieux du col et de la tête.

Le tissu osseux rouge et friable se laisse briser facilement par la pince que j'appuie sur lui; une pression légère suffit pour la faire pénétrer profondément.

Je n'ai plus besoin d'insister. En vous montrant ces graves lésions, outre le désir que j'avais de vous faire connaître l'anatomie pathologique de l'ostéo-myélite, j'avais aussi le devoir de justifier, à vos yeux, la détermination que j'avais prise, ces derniers jours, en pratiquant sur ce malade une désarticulation coxo-fémorale.

Le malade opéré, jeudi dernier, était depuis longtemps dans mon service. Il y a trois ans, il vint nous demander des soins pour une tumeur blanche du genou déjà fort ancienne et compliquée de collections purulentes, *intra et peri* articulaires, avec trajets fistuleux multiples, accidents septicémiques occasionnés

par le croupissement du pus et l'impossibilité où l'on était de déterger suffisamment les clapiers et les trajets fistuleux. Il y avait de la fièvre le soir, et le sujet maigrissait et perdait ses forces.

Je dus amputer la cuisse et remonter très haut, parce que déjà l'inflammation chronique, l'ostéite et la périostite avaient envahi l'extrémité inférieure de l'os; complication toujours à redouter chez un sujet jeune dont les extrémités osseuses restent peu de temps étrangères à un foyer inflammatoire développé dans le voisinage ou dans l'intérieur d'une articulation.

Après l'amputation, la réunion, que j'avais assurée au moyen de sutures, du drainage et d'un pansement antiseptique très complet, parut se bien faire; mais, après quinze jours, le trajet du drain ne se fermait pas et les bords de la suture près de l'os s'ouvraient un peu pour laisser écouler du pus; il y avait tout à coup des frissons, de la fièvre, de l'insomnie; la langue devenait sèche.

Loin de se calmer, après deux ou trois jours, ces symptômes persistèrent, augmentèrent même et l'état général s'altérait rapidement.

Tout s'expliquait alors par l'état du moignon... Il était douloureux, rouge à son extrémité et au centre des parties molles, tendues et infiltrées; on sentait le fémur très augmenté de volume. Nous avons la preuve qu'une ostéo-myélite était survenue rapidement

sur le point de la section osseuse et s'était propagée à la diaphyse.

Les accidents marchèrent vite, l'état général devint rapidement mauvais. Abscesses multiples, fièvre et frissons, dépression des forces, ne laissèrent bientôt aucun doute sur l'existence d'une septicémie qui, dans les jours suivants, s'affirma davantage par l'apparition d'une vaste collection de pus dans le tissu cellulaire de l'avant-bras droit.

Nous ne découvrîmes aucune lésion viscérale ; le foie, les poumons restèrent indemnes, mais la situation se compliquait au point d'inspirer les plus grandes craintes pour la vie de notre opéré.

Cependant, de vastes incisions, des lavages antiseptiques répétés, le drainage dominèrent l'état infectieux et, peu à peu, tout rentra dans l'ordre.

L'opération avait été faite en juillet dernier et il fallut encore un long mois et demi pour arriver à éteindre la violence de l'inflammation. L'appétit revint, l'embonpoint reparut et, si la suppuration s'écoulait toujours par les anciennes incisions qui se transformaient en trajets fistuleux, on pouvait espérer qu'une nécrose limitée se produirait et que le malade achèverait à peu de frais, par la suite, une guérison si laborieusement commencée.

Mais voici que, dans ces derniers jours, les frissons (la fièvre avait une élévation de température de 1 degré et de 1 degré 1/2) reparurent tout à coup.

Remittente d'abord, cette fièvre devint continue en même temps que la suppuration augmentait chaque jour, que l'amaigrissement revenait et que tout le moignon douloureux et tendu reprenait la plupart des caractères qu'il avait présentés lors des premiers accidents après l'amputation. Je constatai alors que la tuméfaction douloureuse occupait surtout l'os et les tissus en contact avec lui et qu'elle remontait bien haut jusqu'au trochanter et très près de l'articulation de la hanche. Tout mouvement qu'on communiquait au moignon provoquait les plus vives souffrances et il semblait que l'articulation elle-même en était le siège.

Par les trajets fistuleux anciens s'écoulait une suppuration abondante, noirâtre, fétide, et la pression sur les parties molles faisait, de toutes parts, sourdre des flots de pus ; l'os entier était enveloppé d'une nappe purulente.

Notez, Messieurs, que le traitement antiseptique le plus rigoureux ne parvenait pas à se rendre maître de ces nouveaux accidents. Ni les lavages, ni les pansements réguliers, ni les injections d'éther iodoformé ne pouvaient corriger la putridité de ce vaste foyer ; le malade s'affaiblissait rapidement, perdait son appétit, n'avait plus de sommeil, miné par une fièvre vive d'abord, lente plus tard, qui augmentait la soif et troublait le repos et les veilles.

Si rien ne venait mettre un terme à cet état déplo-

nable, il était donc certain que la mort arriverait et arriverait bien vite. Il fallait, à tout prix, supprimer la cause de l'état septicémique.

Constater l'étendue des désordres, leur violence, la douleur vive dans toute l'étendue du moignon, les souffrances que provoquaient les moindres mouvements volontaires ou communiqués, c'était affirmer que l'os avait, dans sa totalité, été envahi par l'ostéomyélite et sa suppression s'imposait, dès lors, comme indispensable.

Mais, vous le comprenez, il ne pouvait être question d'une amputation simple qui n'eût jamais dépassé les limites du mal et n'aurait eu aucune chance de réussir, fût-elle pratiquée près de l'articulation. La désarticulation coxo-fémorale seule laissait un espoir.

Si je l'ai faite aussitôt, Messieurs, vous pouvez constater que ces pièces anatomiques la justifient pleinement.

Et cependant, quand on est en présence d'une nécessité comme celle qui m'était imposée, de faire, au milieu d'accidents graves, une opération des plus sérieuses, on hésite quelquefois, on craint de voir des accidents immédiats, ou des suites opératoires précipiter la mort. Il faut alors réfléchir, réfléchir vite et demander à l'histoire des grandes opérations ce qu'elle peut nous apprendre.

Prenons, en général, les statistiques de l'amputa-

tion coxo-fémorale. Les résultats sont désastreux, car ils donnent 80 0/0 de morts. Je sais bien qu'ils contiennent les cas auxquels la méthode de Lister n'avait pas été appliquée et qu'aujourd'hui la mortalité serait moins grande, mais un nombre assez suffisant de désarticulations n'a pas été pratiqué depuis le pansement antiseptique pour donner, à cet égard, une affirmation.

Il faut, dans l'appréciation de ces chiffres, tenir compte des conditions spéciales dans lesquelles l'opération a été faite. Nous voyons, en effet, que la mortalité change beaucoup, selon qu'il s'agit de traumatismes, de plaies de guerre, de tumeurs ou de lésions osseuses chroniques.

Aux traumatismes et aux plaies de guerre appartiennent les statistiques les plus déplorables.

Pour les tumeurs du fémur, la mortalité diminue déjà et ne dépasse pas le chiffre de 60 à 70 0/0.

Elle descend encore dans les cas de lésions osseuses, de nécroses étendues, puisqu'elle arrive à la proportion de 40 0/0 seulement.

Enfin, dans les cas analogues au nôtre, elle est encore au-dessous de ce dernier chiffre. Les faits ne sont pas nombreux dans lesquels on a désarticulé un simple moignon. La thèse de Hugues, inspirée par Verneuil, contient dix cas et huit bons résultats.

Les mémoires de la guerre de sécession font encore connaître huit opérations analogues et rapportent quatre succès.

Si restreints que soient ces faits, Messieurs, ils portent ce me semble avec eux un enseignement qu'on ne saurait oublier. Ils laissent pleine liberté au chirurgien soucieux de tenter un dernier effort pour sauver la vie d'un opéré, mais ils l'avertissent aussi que quand même, malgré de pressantes indications, l'amputation coxo-fémorale reste toujours une opération d'une très haute gravité.

A quoi tient donc cette gravité et quelles sont les causes de la mort ?

Ces causes sont nombreuses, mais sans contredit, la plus fréquente est l'anémie; anémie produite soit avant l'opération, soit sous son influence immédiate, directe, soit après elle, quand se déroulent des complications inhérentes au traumatisme opératoire.

Avant l'opération : Songez aux plaies de guerre, qui divisant des vaisseaux importants ou laissant sur le champ de bataille un malheureux blessé, longtemps sans secours, amènent de grandes pertes de sang, des hémorragies irréparables. Pensez encore aux traumatismes divers qui agissent de la même manière. Voyez aussi les résultats d'une suppuration trop abondante et longtemps entretenue, ou bien encore cet affaiblissement lié au développement d'une tumeur volumineuse qui a miné les forces et détourné pour ainsi dire la nutrition à son profit.

Pendant l'opération, pour peu qu'on n'ait pas recours à certains procédés, à certaines précautions,

pour ménager le sang, fermer au plus vite les vaisseaux béants, l'hémorragie est encore là; menaçante et que d'opérés ont succombé bientôt après elle !

Après l'opération, ce sont encore la suppuration, l'état cachectique, résultant des pertes de sang, du développement de la tumeur ancienne, qui ne permettent plus au blessé de fournir des matériaux à la réparation et de se relever du traumatisme opératoire.

L'anémie est donc la grande cause des morts nombreuses que nous font connaître les statistiques. Sur 193 opérés, Hugues constate 127 morts par anémie, 27 seulement par infection purulente et septicémie. Ces chiffres parlent assez haut pour qu'il soit inutile de les faire suivre de longs commentaires.

La septicémie ne saurait, on le comprend, manquer ici parmi les complications d'une aussi vaste plaie. Nous avons l'espoir légitime que son influence se fera de moins en moins sentir, à mesure que les chirurgiens prendront l'habitude de la méthode antiseptique, mais il ne semble pas que, dans le cas particulier de la désarticulation de la hanche, les nouveaux pansements aient encore réalisé de très sérieux progrès.

Bientôt, je vous parlerai de la gangrène toujours à redouter.

Le tétanos, l'érysipèle doivent être rangés à côté de la septicémie; mais, retenons en principe, qu'aucune cause de mort n'est plus importante que l'ané-