

1869

Lieu d'amputation.	Nombre d'amputations.	Guérisons.	Morts.
Épaule	2	2	0
Bras.	2	2	0
Avant-bras	2	1	1
Cuisse	1	0	1
Genou	3	2	1
Jambe	3	3	0
Artic. tibio-tarsienne	3	3	0
Totaux.	16	13	3

Comparant l'ensemble des résultats, nous avons :

Avant la période antiseptique, 16 morts pour 35 cas, soit 1 mort pour $2\frac{1}{5}$ cas.

Pendant la période antiseptique, 6 morts sur 40 cas, ou 1 mort sur $6\frac{2}{3}$ cas.

Ces nombres sont sans doute trop petits pour permettre une comparaison satisfaisante des statistiques; mais si nous en considérons les détails, ils ont une grande portée sur le sujet que nous envisageons actuellement. Tel est le cas surtout pour les membres supérieurs où les amputations et les lésions qui les déterminent, n'entraînent pas, en général, de grandes pertes de sang ni de grands chocs nerveux, de sorte que, si la mort survient, elle est plus ordinairement le résultat du mauvais état de la plaie. Il arrive précisément que pendant chacune des deux périodes, il y a eu 12 opérations d'amputation pratiquées sur les membres supérieurs. Des 12 opérés avant la période antiseptique, il n'en mourut pas moins de 6, mortalité certes effrayante. Il est mentionné dans les états que 4 de ces amputés moururent de

pyhémie et 1 de gangrène d'hôpital; l'un des opérés guéris avait été atteint aussi de pyohémie, mais quoique les symptômes en fussent bien caractérisés et graves, il fournit un de ces exemples, malheureusement rares, de pyhémie guérie.

Tout différent fut le résultat des amputations correspondantes pendant la période antiseptique. Onze opérés sur douze guérirent, et l'unique cas de mort ne fut pas le résultat de l'opération, mais arriva malgré l'amputation de la main que je fis, chez un pyhémique affecté d'une suppuration fétide d'un métacarpien, dans le faible espoir de voir disparaître la maladie générale par l'ablation de sa cause première. Parmi les cas qui furent suivis de succès, il en était de très peu favorables, par exemple, une main complètement lacérée chez une personne très-âgée; l'arrachement de presque tout un bras par un engrenage de machine (un des lambeaux de l'amputation scapulo-humérale dut rester contus et lacéré comme il était sorti de l'accident) (1); un cancer ostéoïde énorme intéressant l'extrémité supérieure de l'humérus et le muscle deltoïde, de manière à ne permettre que la formation de lambeaux cutanés, et compliqué d'hémorrhagie profuse, chez un malade anémié déjà par le mal cancéreux.

Vingt-huit amputations furent faites, durant la période antiseptique, sur les membres inférieurs; elles donnèrent cinq cas de mort suffisamment expliqués en général par la gravité du cas, par exemple, amputation de la cuisse immédiatement sous la hanche, chez un sujet épuisé par des hémorrhagies résultées d'une affection cancéreuse,

(1) Ce cas fut traité par mon collègue M. le docteur Dunlop pendant mon absence temporaire.

BIBLIOTECA
FARMACIA

ou encore, désarticulation du genou d'un côté, et amputation immédiatement sous le genou de l'autre côté, chez un homme grièvement blessé aux deux membres inférieurs et qui avait été amené de bien loin à Glasgow par chemin de fer.

Une seule fois la pyémie suivit l'opération; ce fut après la désarticulation du genou chez un jeune homme de constitution débile; un traitement défectueux avait permis l'établissement de la putréfaction dans le moignon. Les symptômes de la pyhémie se manifestèrent chez lui durant la vie, et, à l'autopsie, on trouva la veine fémorale remplie de pus. Quand la putréfaction survient après une opération semblable, on n'est point rassuré contre la pyémie, même dans la pratique privée, et un seul cas de cette nature, en trois années, arrivé chez un sujet faible, n'est certes pas la preuve d'un état particulier de l'atmosphère nosocomiale.

Quand je dis que la putréfaction provint d'un traitement défectueux, je ne veux pas dire par là qu'il soit toujours possible de l'éviter dans les moignons d'amputation. Tel n'est pas le cas à beaucoup près, dans l'état actuel de la chirurgie. Quand il y a des fistules communiquant avec une articulation malade, la putréfaction y existe déjà; et même lorsqu'on y injecte avant l'opération une solution antiseptique, on n'est jamais sûr que le liquide pourra pénétrer dans tous les recoins de ces trajets souvent anfractueux et tuer tous les germes qui pourraient se trouver cachés dans quelque amas de plasma, ou quelque débris mortifié. Si un seul de ces organismes reste vivant, il se multipliera et s'étendra dans la plaie aussitôt que l'absorption aura fait disparaître le liquide antiseptique appliqué durant l'opération et dans ces con-

ditions, tout pansement antiseptique extérieur sera parfaitement inutile. C'est, je suppose, pour avoir perdu de vue cette circonstance, qu'on a éprouvé de fréquentes déceptions en appliquant le traitement antiseptique aux amputations et aux résections. Nous ne recueillerons jamais tous les bénéfices de la méthode, tant que parmi les médecins et parmi le public ne régnera par cette conviction profonde : qu'il ne faut jamais laisser les abcès, surtout lorsqu'ils communiquent avec une articulation malade, s'ouvrir d'eux-mêmes, et que le chirurgien ne peut les ouvrir qu'avec les précautions antiseptiques (1).

Je suis obligé d'ajouter que sous un autre rapport encore, le principe antiseptique n'a pas reçu son application parfaite aux amputations des membres inférieurs. De toutes les plaies intentionnelles, ces dernières se sont montrées les plus difficiles à panser, et j'ai souvent rencontré la putréfaction alors même qu'il n'y avait point de trajets fistuleux. Il en fut ainsi dans les deux cas cités plus haut, amputation sous la hanche pour tumeur maligne, et double amputation primaire pour blessures graves. Vu l'état des blessés le lendemain de l'opération, je crois que tous les deux auraient pu guérir si nous avions réussi à éviter la

(1) Voici la pratique que je trouve préférable dans les cas d'amputations ou de résections à faire dans des régions affectées de trajet fistuleux : injecter dans les fistules un antiseptique puissant, et appliquer sur la surface de section une forte solution de chlorure de zinc (soit quarante grains pour une once d'eau (2 1/2 grammes pour 30 grammes d'eau) comme l'a recommandé M. Campbell De Morgan, puis appliquer le pansement antiseptique externe avec espoir (jamais avec certitude) d'éviter la putréfaction. Le chlorure de zinc a la propriété d'entretenir sur la plaie une action antiseptique remarquablement persistante et il la protège durant la période dangereuse qui précède la formation des granulations vasculaires, alors que les tissus sont sensibles et très-absorbants; si la putréfaction survient après, les risques d'inflammation progressive et de pyhémie seront beaucoup diminués.

putréfaction qui, sans compter les risques de pyhémie, aggrave considérablement les cas aussi formidables que ceux des susdits blessés, par l'irritation et la prostration qu'elle détermine. Nous pouvons donc, pour l'avenir, compter sur de meilleurs résultats pour les amputations des membres inférieurs; car je suis persuadé que les difficultés du pansement antiseptique ne sont pas insurmontables. J'ai consacré beaucoup d'attention à cette partie du sujet; durant ces douze derniers mois, et mes progrès ont été constants, de sorte que le nombre de moignons dans lesquels la guérison est venue sans suppuration profonde, a augmenté d'une manière notable, et je prévois que sous peu, nous serons en mesure de pouvoir compter sûrement sur l'absence de putréfaction, dans tous les cas où il n'y a point de trajets fistuleux.

Mais pour en revenir à la pyhémie, les deux cas cités plus haut, furent les seuls qui se montrèrent dans mon service pendant toute la période antiseptique. L'un d'eux exige que je m'y arrête un peu plus longuement; il appartenait à ce genre de blessures dans lequel les bienfaits de la méthode antiseptique se sont montrés de la façon la plus évidente, c'est-à-dire : les plaies contuses graves de la main ou du pied, telles qu'elles arrivent fréquemment dans un grand centre manufacturier comme Glasgow. Il n'y avait point autrefois de lésions plus désagréables à traiter. L'incertitude sur le degré et l'étendue des contusions faisait du choix du lieu d'amputation une question très-embarrassante. D'un côté, si l'on enlevait trop peu, on avait la gangrène dans les lambeaux ou une suppuration diffuse dans les tissus affaiblis et infiltrés de sang extravasé; d'un autre côté si, pour éviter ces complications désastreuses, on se dé-

cidait à amputer au milieu de tissus parfaitement sains, on sacrifiait de la longueur des membres des portions souvent extravagantes. Aussi est-ce une indicible satisfaction que de pouvoir, dans ces occasions, éviter tout à fait les amputations, se borner à enlever les portions actuellement détruites, et laisser les tissus voisins affaiblis se reconstituer tranquillement, au lieu de les laisser périr par l'influence irritante et délétère de la putréfaction. Ce qu'on laisse de tissu mort est alors résorbé d'une façon plus ou moins complète comme du sang extravasé, et remplacé par du tissu de formation nouvelle. Si l'on pouvait rappeler l'histoire de toutes les plaies contuses de la main et du pied (y compris maintes fractures et luxations compliquées non comptées comme telles dans nos classifications) qui ont été traitées dans mes salles pendant ces trois dernières années, c'en serait assez pour convaincre le plus sceptique, des avantages de la méthode antiseptique.

Mais le cas auquel j'ai fait allusion fit exception à cette règle générale de marche favorable. C'était une blessure grave de la main produite par une machine. Mon interne, qui venait d'entrer en fonctions et n'avait pas encore dans la méthode antiseptique toute la confiance qu'il apprit à y mettre bientôt après, crut pour sûr que je ferais l'amputation de cette main, et commit la faute de la laisser jusqu'à ma visite du lendemain sans prendre des précautions antiseptiques efficaces. Quand je vis la main, je me décidai à essayer d'en sauver la plus grande partie, et je m'efforçai de réparer la faute commise. La putréfaction se montra néanmoins et, quelques jours après, la pyhémie qui continua comme nous l'avons déjà dit, malgré l'amputation de la main. En disséquant la région, nous trouvâmes l'un des

BIBLIOTECA
INSTITUTO
MILITARE

métacarpiens fendu et plein de suppuration putride. Dans ces circonstances, la pyhémie pourrait survenir chez le sujet le mieux constitué et dans l'atmosphère la plus salubre, tout à fait comme, dans l'expérience très-instructive de Cruveilhier, une phlébite suppurée de la veine fémorale et de ses branches (analogue à celles de la pyhémie traumatique), se développa chez un chien bien portant par l'introduction dans sa veine d'une parcelle de bois qui, vu sa porosité, ne pouvait manquer de donner naissance à la putréfaction (1).

Si nous considérons donc les deux seuls cas de pyhémie qui soient arrivés dans mon service pendant la période antiseptique de trois années, j'ai le droit d'affirmer que mes salles ont été complètement délivrées du tribut qu'elles payaient naguère à ce redoutable fléau.

Parlons maintenant de l'érysipèle, maladie qui, bien que moins fatale que la pyémie, était néanmoins autrefois une cause fréquente de mort chez mes patients. Pendant la période antiseptique, plusieurs cas de cette maladie venus du dehors sont entrés dans mes salles, mais un seul cas seulement y a pris naissance. Le sujet en était un jeune homme porteur d'une affection du pied avec plusieurs trajets fistuleux qui intéressaient même la jambe. Je fis l'amputation tibio-tarsienne, mais la putréfaction persista dans les fistules, et après un temps considérable, un érysipèle en connexion avec elles, se développa. Le patient guérit et après quelque temps retourna chez lui, pour changer d'air, avec ses fistules non cicatrisées.

(1) Voir *Anatomie pathologique* de Cruveilhier, livraison XI. On y lira aussi d'importantes expériences qui prouvent avec quelle facilité les liquides injectés dans les os, pénétrèrent dans la circulation générale.

Il eut à la maison une nouvelle attaque d'érysipèle, preuve que la tendance existait en lui indépendamment de l'influence hospitalière. La suite vint démontrer pleinement que tel était bien le cas. Les trajets fistuleux ne guérissant pas et l'os redevenant malade, il rentra dans mon service et je fis l'amputation de la jambe au-dessus des canaux fistuleux. Le moignon guérit sans suppuration profonde et fournit un bon exemple de succès d'une modification du procédé d'amputation de M. Teale. Je recommandai au sujet d'après les instructions de M. Teale, d'essayer jusqu'à quel point il pourrait laisser le corps s'appuyer sur le moignon, en mettant des rondelles de flanelle dans le creux de son membre artificiel. Ne recevant pas le rapport au jour convenu, je m'informai des causes du retard et j'appris que le moignon avait eu une troisième attaque d'érysipèle quoiqu'il fut complètement exempt de fistules et d'ulcération de toute nature (1). — En somme, pour ce qui regarde l'érysipèle, la seule exception qu'il y eut à l'immunité générale fut de nature à confirmer la règle d'une manière frappante.

Il nous reste à parler de la pourriture d'hôpital. Les cas en étaient autrefois fréquents et graves parmi mes malades; cette affection compromit souvent les résultats chirurgicaux les plus remplis de promesses et exerça parfois d'horribles ravages. Un jour, par exemple, un garçon entra dans mon service avec une plaie petite et superficielle près du coude; la gangrène nosocomiale s'y mit et détermina des ravages si profonds et si étendus, malgré le traitement le plus énergique, que je dus amputer le bras. De temps en temps il y

(1) Ce cas d'érysipèle me paraît très-intéressant comme point intermédiaire, trait d'union entre l'érysipèle simple et l'érysipèle traumatique.

BIBLIOTHECA
HOSPITALIS