

de nouvelles tentatives donneraient de meilleurs résultats. En tout cas, l'opération ne saurait avoir pour conséquence une aggravation de l'état fonctionnel du membre, et si la suture d'autres nerfs, par exemple du radial, a été couronnée de succès, on est certainement autorisé à en conclure que l'on peut espérer le même résultat de la suture du sciatique.

On a aussi pratiqué maintes fois la section du sciatique. Cette opération est surtout justifiée lorsque ce nerf est le siège d'une tumeur, d'un névrome qu'il s'agit d'extirper. MICHON a rapporté un fait de ce genre; il enleva la tumeur et le nerf au niveau de la grande échancrure sciatique, et obtint un bon résultat.

On a également réséqué assez souvent le sciatique affecté de névralgie (BAYARD, ACZAM, NÉLATON etc.) avec des résultats variables; dans une partie des cas l'amélioration n'a été que très passagère. Enfin BILLROTH, dans le but de mettre fin à une épilepsie ayant pour point de départ le domaine d'innervation du sciatique, mit à nu ce nerf et en pratiqua l'*élongation* suivant le procédé qu'employa NUSSBAUM pour les nerfs du membre supérieur, procédé que nous avons décrit dans la première partie de ce volume; cette opération qui fut couronnée de succès, a ouvert la voie à une série de tentatives de ce genre basées sur d'autres indications. C'est ainsi que l'on a obtenu de bons résultats de l'*élongation dans la névralgie sciatique*. On a déjà publié une série d'observations de ce genre, et nous-même avons vu, dans un certain nombre de cas, des névralgies graves et persistantes disparaître d'une façon durable à la suite de cette opération. Par contre, l'*élongation* n'a pas donné des résultats aussi sûrs dans les états de paralysie des membres inférieurs, et surtout dans le tabes (LANGENBUCH). Après avoir été pratiquée avec exagération dans les cas de ce genre, elle est tombée tout à fait dans le discrédit. Cependant, comme on en a obtenu des améliorations notables et de longue durée, l'opération en question n'est pas absolument à rejeter dans ces états morbides, rebelles à tout autre traitement.

L'opération elle-même est très simple. On fait une incision au-dessous du bord inférieur du muscle grand fessier, le long de la ligne médiane de la face postérieure de la cuisse. Après avoir divisé l'aponévrose, on écarte en dedans les muscles situés du côté interne (demi-membraneux, demi-tendineux). Le biceps, qui prend son insertion à la tubérosité de l'ischion, se dirige latéralement, et ne tarde pas à franchir la ligne médiane de la face postérieure du membre; on l'écarte en dehors, et sous ce muscle on va à la recherche du sciatique ou de ses deux branches de bifurcation. On met à nu le nerf, et le saisissant entre les doigts, on opère des tractions énergiques surtout du côté central, mais également du côté périphérique. La plaie est ensuite drainée, suturée et recouverte d'un pansement antiseptique.

Des opérations du même genre ont été pratiquées également sur les

nerfs antérieurs de la cuisse, principalement sur le nerf crural. De leur disposition anatomique on peut facilement déduire le manuel opératoire.

B. PROCESSUS INFLAMMATOIRES DE LA CUISSE.

§ 76. — Un certain nombre d'irritants inflammatoires agissant sur le domaine lymphatique périphérique, déterminent des processus inflammatoires des glandes situées dans le pli de l'aîne. Une des causes les plus fréquentes du **bubon inguinal**, consiste dans une légère blessure du pied, et, sous ce rapport, c'est surtout au niveau des orteils, grâce à une érosion ou à un cor maladroitement coupé, etc. que s'opère l'absorption des produits de décomposition qui existent toujours dans cette région. Il en résulte un bubon inflammatoire qui tantôt succède à une lymphangite, et tantôt n'est précédé d'aucun symptôme évident de cette dernière affection. Un autre domaine périphérique sur lequel l'attention du chirurgien doit toujours se porter dans les cas de tuméfaction aiguë des glandes inguinales, c'est celui des parties génitales. Non seulement l'infection spécifique, mais encore les érosions qui se produisent dans la balanite simple, donnent lieu assez souvent à un engorgement et à un abcès des glandes de l'aîne. En présence d'un bubon on devra donc toujours aller à la recherche du point de départ de l'infection à la périphérie, et de fait, on voit très souvent disparaître l'engorgement ganglionnaire à la suite d'un traitement approprié de la lésion périphérique, consistant dans l'application de compresses d'eau de Goulard, d'une solution de nitrate d'argent etc. Un fait certain cependant, c'est que l'on voit parfois des bubons se développer sans que l'on parvienne à constater le point de départ de l'infection, et ce qu'il y a d'étonnant, c'est que cette affection se montre quelquefois sous la forme de petites épidémies, ainsi que j'ai eu moi-même l'occasion de l'observer d'une façon bien caractéristique.

Ces engorgements inflammatoires ou spécifiques des ganglions n'exigent pas l'emploi immédiat du bistouri, car un grand nombre de bubons inflammatoires disparaissent lorsque, par la guérison de la lésion périphérique, on met fin à l'absorption de substances phlogogènes. Les bubons qui surviennent à la suite d'un chancre, subissent souvent une régression spontanée, alors même qu'il existe des points de ramollissement à la surface de la tumeur, et qu'une perforation paraît inévitable. La glande n'est sûrement vouée à la destruction que lorsqu'il survient un phlegmon péri-adénitique, lequel se manifeste par une tuméfaction diffuse de la peau et des parties molles voisines du bubon, et par une rougeur des téguments. Si ces symptômes apparaissent rapidement et s'accompagnent de fièvre, on n'hésitera pas longtemps à se servir du bistouri; dans le cas contraire, on serait jusqu'à un certain point autorisé à user

des moyens avec lesquels on réussit parfois à obtenir la régression du processus; ces moyens consistent dans l'application de glace, de teinture d'iode, et quelquefois aussi dans l'évacuation du pus à l'aide d'un aspirateur lorsqu'un foyer purulent s'est déjà développé dans le centre de la glande. Cette méthode de traitement a des avantages en ce sens que l'on voit souvent le processus évoluer avec une lenteur extraordinaire à la suite d'une incision précoce dans une glande qui n'a été détruite qu'en partie par la suppuration. En effet, l'incision donne lieu à un phlegmon étendu des tissus péri-glandulaires et à des fusées purulentes. Souvent alors les fistules glandulaires chroniques qui succèdent à l'incision, ne peuvent être guéries promptement que par l'extirpation de la glande elle-même à moitié détruite par le pus, ou par le curage avec la cuiller tranchante. Sous ce rapport on devra redouter tout particulièrement les adénites profondes dans lesquelles la tuméfaction inflammatoire siège au-dessous de l'aponévrose fémorale, directement au-dessous du ligament de Poupert, ou même dans l'espace situé entre ce dernier et la branche horizontale du pubis (glande de ROSENMULLER). Elles sont assez fréquemment le point de départ de fusées purulentes très désagréables et de longue durée dans la direction des espaces de tissu conjonctif en relation avec le foyer glandulaire, et le traitement de ces abcès par le bistouri est parfois très difficile à cause de la richesse vasculaire du voisinage. Toutes ces formes d'adénites chroniques et de fistules ont, il est vrai, beaucoup perdu de leur gravité grâce à la méthode antiseptique, laquelle permet, en effet, d'ouvrir les abcès, de les drainer, et d'extirper, soit avec la cuiller tranchante, soit avec les pinces et les ciseaux, les glandes qui ont subi des altérations inflammatoires. L'application d'iodoforme dans la plaie opératoire en assure la guérison encore plus promptement que la méthode antiseptique ordinaire (opération antiseptique et pansement de Lister).

§ 77. — Le fémur est avec le tibia le siège de prédilection de l'ostéomyélite aiguë. Ce sont principalement les régions épiphysaires de la diaphyse qui constituent le point de départ de cette affection, et dans la grande majorité des cas, c'est l'épiphyse inférieure qui en est le siège. Plus rarement, c'est la diaphyse elle-même qui est affectée isolément.

L'ostéomyélite aiguë spontanée, que nous n'avons appris à connaître que dans le cours des dernières périodes décennales, grâce aux travaux de CHASSAIGNAC, DEMME, KLOSE, ROSER, LUECKE, ROSENBACH, KOCHER, etc., a été décrite principalement d'après les caractères cliniques qu'elle présente dans la région en question. Il s'agit essentiellement d'une affection de la période antérieure au développement complet du squelette, et avant tout d'une maladie de l'enfance, à ce point que les cas observés après la 25^e année, doivent être considérés comme de rares exceptions. Son apparition dans les extrémités épiphysaires de la dia-

physe est due, sans doute, à la nutrition plus active de ces régions, au niveau desquelles s'opère, du moins pour la plus grande part, l'accroissement de l'os. Tantôt l'affection reste localisée dans certaines parties de l'os et de la moelle, tantôt elle intéresse principalement cette dernière.

L'ostéomyélite donne lieu à des altérations importantes de la moelle, ce qui s'explique, selon nous, par le rôle que joue cette dernière dans la sanguification (NEUMANN, PONFICK, etc.), ainsi que par sa richesse en vaisseaux, lesquels sont propres à servir de dépôt à la substance infectieuse, cause de cette affection. Nous considérons, en effet, l'ostéomyélite comme une *maladie infectieuse spécifique*, au même titre que la fièvre typhoïde, le rhumatisme articulaire aigu, et cette manière de voir doit s'appliquer non seulement aux cas graves, mais encore aux formes légères de cette maladie. Lorsque, comme c'est assez souvent le cas, l'ostéomyélite se développe à la suite d'un léger trauma, par exemple une contusion, cette dernière n'a évidemment qu'une importance secondaire; la relation de cause à effet est ici à peu près la même que lorsque, chez un syphilitique, une gomme se développe au tibia à la suite d'un coup reçu sur cet os, et à l'endroit même qui a subi le traumatisme. L'apparition multiple de la maladie dans plusieurs os parle aussi en faveur de cette manière de voir, laquelle a été du reste confirmée dans ces derniers temps par la constatation de microcoques bien caractérisés qui accompagnent régulièrement le développement de l'ostéomyélite aiguë et doivent être considérés comme la cause de cette maladie.

La marche générale et locale de la maladie se manifeste, suivant l'intensité de cette dernière, par des symptômes assez divers.

Presque toujours elle débute par de la fièvre. Parfois un violent frisson marque le début d'un état fébrile très intense, analogue à celui de la fièvre typhoïde, si bien que l'on a pu croire, dans certains cas, que l'on avait affaire à cette dernière maladie; l'erreur est d'autant plus facile que, vu l'absence habituelle d'une tuméfaction de la cuisse au début, l'affection locale peut passer inaperçue. Toutefois, dans les cas les plus graves, on voit le plus souvent survenir de bonne heure les symptômes d'un phlegmon septique de la cuisse, en rapport avec la gravité de l'infection générale. Mais il importe de se rappeler que les formes légères débutent assez souvent par une fièvre, modérée il est vrai, mais semblable à celle de la fièvre typhoïde. Lorsqu'il n'existe pas d'embarras du sensorium, la douleur vive qu'éprouve le malade, engage déjà le chirurgien à procéder à l'examen local du membre, et l'on constate alors, du moins au bout de quelques jours, une *tuméfaction dure profonde*, qui est caractéristique; cette *tuméfaction entoure plus ou moins toute la périphérie de l'os et s'étend, en général, de la région épiphysaire jusqu'au tiers moyen de la diaphyse*.

La peau devient bientôt le siège d'un œdème et les limites de la tuméfaction s'effacent, car le phlegmon parostal se propage au tissu conjonc-