

fracture du fémur, a été publié dernièrement par KANSOW et R. VIRCHOW (Virch. Arch. vol. 78, p. 180); dans un autre cas observé par E. HAHN, la tumeur intéressait également l'articulation du genou.

La **région épiphysaire inférieure** est, par contre, le siège de diverses tumeurs en relation avec le fémur.

Les **ostéochondromes** et les **sarcomes** se développent dans cette région comme aussi quelquefois dans la diaphyse, mais l'épiphyse est assez souvent le siège de deux espèces de tumeurs, à savoir l'**exostose cartilagineuse** et le **sarcome myéloïde** (ostéosarcome central, sarcome à cellules géantes etc.).

L'**exostose cartilagineuse** peut n'être que le phénomène partiel d'une prolifération générale de même nature, et l'on a observé des cas dans lesquels s'étaient développées, chez des enfants, jusqu'à 200 excroissances de ce genre dans des points déterminés du squelette, c'est-à-dire à l'union de l'épiphyse et de la diaphyse; dans d'autres cas, il ne s'agit que d'une seule exostose ayant pris naissance au côté interne ou externe de l'épiphyse fémorale. Elle a pour point de départ le cartilage épiphysaire, et elle s'accroît, en faisant saillie à l'extérieur, dans le sens longitudinal, parallèlement au fémur et de bas en haut. Nombre de cas sont caractérisés par le développement d'une bourse séreuse sur la tumeur. BROCA a publié l'observation d'une exostose autour de laquelle s'était développé un kyste avec des végétations cartilagineuses. Parfois la cavité synoviale paraît communiquer avec l'articulation du genou comme dans un cas de BILLROTH décrit par RINDFLEISCH. Dans ce dernier, la paroi interne du sac synovial était pourvue de villosités et la cavité contenait un grand nombre de corps libres. Les néoplasmes en question ne sont une cause de gêne pour le malade que lorsqu'ils s'accroissent d'une façon excessive, ce qui peut arriver surtout dans les cas où l'exostose a succédé à un traumatisme. L'ablation de la tumeur est aussi parfois désirable lorsqu'elle est compliquée d'un kyste ou sac synovial.

Les **sarcomes myéloïdes** naissent le plus souvent dans le tissu spongieux de l'épiphyse des individus jeunes (20 à 40 ans). Le néoplasme, en se développant aux dépens du tissu osseux, transforme peu à peu l'épiphyse en une grosse tumeur entourée d'une coque osseuse; il s'accroît du côté de l'articulation, au point que parfois le tissu sarcomateux n'en est plus séparé que par la couche de cartilage, et, d'autre part, il s'étend le long de la cavité médullaire jusque dans la diaphyse. La tumeur est constituée par du tissu sarcomateux de diverse nature, et parsemé de nombreuses cellules géantes à dimensions parfois colossales; au bout d'un certain temps ce tissu devient le siège de phénomènes de ramollissement, qui donnent lieu à la formation de kystes. Finalement les masses néoplasiques perforent la capsule d'enveloppe et envahissent les tissus parostaux. Ces formes de tumeurs conservent ordinairement pendant longtemps une coque épaisse qui les sépare des tissus sains, et c'est à l'existence de cette capsule qu'elles doivent une partie de leur bénignité (VOLKMANN). Cependant certains sarcomes franchissent rapidement la coque osseuse pour se développer ensuite sur un seul côté du fémur. OBERST a décrit un fait de ce genre observé à la clinique de VOLKMANN et, du reste, fort intéressant à d'au-

tres points de vue; la clinique de Göttingue possède l'observation d'une tumeur analogue, mais développée dans le tibia.

Les **symptômes** dont s'accompagnent ces sarcomes épiphysaires, donnent lieu parfois, au début, à de grosses erreurs de diagnostic; en effet, la tuméfaction dont l'extrémité articulaire devient le siège, peut être attribuée à une affection de nature inflammatoire. Je me souviens d'un cas dans lequel la ponction seule permit de poser le diagnostic, le trocart ayant pénétré dans le tissu osseux ramolli. Les sarcomes centraux créent assez souvent des difficultés de diagnostic d'un autre genre lorsqu'ils sont le siège de **pulsations** et qu'ils font entendre un **bruit de souffle** à l'auscultation. La situation et le mode de développement de la tumeur permettront alors le plus souvent d'éviter l'erreur qui consiste à admettre l'existence d'un anévrisme. Nous devons encore rappeler ici que des fractures du fémur se produisent parfois à la suite d'une cause traumatique très légère parce qu'un sarcome central, au début de son développement, a rendu l'os plus fragile. D'après mes propres observations, cette complication n'exclut pas la possibilité d'une guérison de la fracture.

§ 80. — Quant au **traitement** de ces différentes tumeurs de la cuisse, il consiste tantôt dans l'extirpation du néoplasme, tantôt dans l'ablation du membre qui en est le siège. Les kystes à échinocoques seront traités de préférence par une large incision pratiquée avec les précautions antiseptiques, et suivie aussitôt de l'évacuation des vésicules et du drainage de la cavité. Sont justiciables de l'extirpation les tumeurs nées à la surface, les lipomes, fibromes, sarcomes, myxomes de la peau, des aponeuroses et des muscles; cependant la question de l'amputation peut être discutée dans les cas de sarcome diffus des muscles, à cause du danger d'une récidive locale.

L'excision des **névromes** avec conservation du nerf ne peut être justifiée que dans les cas à marche chronique et à caractère bénin de la tumeur; dans toute autre condition on devra recourir à la résection de la partie du nerf en relation avec le néoplasme. Les **tumeurs du triangle de Scarpa** ont aussi une importance particulière au point de vue opératoire. On aura affaire, en effet, le plus souvent avec les gros vaisseaux de la région, et de même que dans l'extirpation des tumeurs du cou, on pourra se voir dans l'impossibilité de respecter l'artère de la veine. Nous avons déjà attiré plus haut l'attention sur les dangers de la lésion de la veine fémorale immédiatement au-dessous du ligament de Poupert, l'arrêt de la circulation veineuse pouvant, en effet, avoir pour conséquence la gangrène du membre (voir, § 67, les remarques se rapportant aux blessures de la cuisse).

On peut également chercher à détacher de l'os une partie des **tumeurs osseuses** et, avant tout, celles qui, formées d'un tissu ostéoïde, ont plutôt le caractère inflammatoire (tumeurs déjà mentionnées de la ligne àpre); il en est de même des fibromes périostaux et des enchondromes mous. Les **exostoses épiphysaires** ne doivent être opérées que lorsqu'elles sont une cause de gêne et de souffrances, car l'extirpation de ces tu-

meurs fait courir un double danger en relation avec leur structure et leur situation, à savoir celui de l'ostéomyélite et de la pyémie, d'une part, et celui de la suppuration de l'articulation voisine, d'autre part, pour le cas où cette dernière serait blessée dans le cours de l'opération, ce qui peut facilement arriver. Il est vrai que ces dangers peuvent être conjurés par l'observation stricte des règles de l'antisepsie.

Après avoir incisé les parties molles on se servira d'une rugine pour détacher de la tumeur le périoste avec toutes les parties molles qui le recouvrent, puis à l'aide du ciseau, on fera l'ablation des masses osseuses néoplasiques. Dans ces derniers temps, j'ai extirpé un certain nombre de tumeurs de ce genre, sans que l'opération fût suivie de la moindre réaction.

S'agit-il d'un **sarcome myéloïde** ou d'un sarcome périostal de grandes dimensions, il ne peut être alors question que de l'amputation de la cuisse ou de la désarticulation de la hanche. Les **sarcomes périostaux et endostaux à marche rapide**, tels qu'on les voit se développer chez des individus jeunes, tout à fait sains et de belle apparence, ont, en général, un très mauvais pronostic. Les récidives locales et les métastases sont alors la règle, malgré l'amputation élevée ou la désarticulation. Le pronostic de l'amputation dans les cas de sarcomes myéloïdes est, en général, favorable au point de vue des récidives locales et des métastases, lesquelles, toutefois, n'épargnent pas toujours l'opéré.

D. AMPUTATION DE LA CUISSE.

§ 81. — Les **indications** de l'amputation de la cuisse ont été en partie énoncées dans les paragraphes consacrés jusqu'ici aux affections et aux lésions traumatiques de la cuisse. Dans une autre série de cas, l'indication est fournie par des maladies et des lésions traumatiques graves du genou et de la jambe.

Si l'on consulte la statistique des amputations de cuisse qui ont été pratiquées avant la période antiseptique, on arrive à la conclusion que le pronostic de cette opération diffère assez notablement, suivant la hauteur à laquelle a été pratiquée l'ablation du membre. Pour des motifs aisés à comprendre, c'est la plus grave de toutes les amputations pratiquées sur les extrémités, si l'on fait abstraction de la désarticulation de la hanche. Il n'est guère possible de déterminer d'une façon générale le chiffre de la mortalité à la suite de cette opération, car ici plus encore que dans d'autres opérations, l'indication suivant laquelle a été pratiquée l'amputation, les conditions dans lesquelles s'est trouvé l'opéré pendant la guérison, enfin la méthode du traitement consécutif, sont autant de circonstances qui exercent une influence décisive sur le résultat de cette intervention chirurgicale. On s'explique ainsi que dans la guerre de Crimée, les amputés de cuisse du côté des Français succombaient dans la proportion de 91 0/0, tandis que dans la guerre d'Amérique, la mortalité, à la suite de cette même

opération, était de 64 0/0, et qu'elle n'est, peut être, que de 50 0/0 en temps de paix.

La plupart des opérés succombaient à des **maladies accidentelles des plaies**, et, somme toute, la mortalité était indépendante de la méthode opératoire. Par contre, tout chirurgien qui, pendant quelques années, a traité ses opérés selon les règles de l'antisepsie, arrive à se convaincre que la méthode de pansement exerce une très grande influence sur les résultats opératoires. Cette influence est tellement considérable, que nous ne craignons pas d'affirmer que la statistique des amputations de cuisse sera beaucoup meilleure lorsqu'elle se basera sur un grand nombre de cas dans lesquels la méthode antiseptique de Lister aura été appliquée pendant l'opération et les pansements. Nous nous contentons de rapporter ici les résultats obtenus à la clinique de VOLKMANN (OBERST, des amputations etc.) ; bien que le nombre des cas sur lesquels ils sont basés, ne soit pas très considérable, ils fournissent cependant une preuve irréfutable en faveur de la thèse que nous venons de formuler. Si l'on réunit toutes les amputations qui ont été pratiquées pendant un certain laps de temps selon les règles de l'antisepsie, on constate que sur 112 opérés 16 sont morts (soit un peu plus de 14 0/0). Parmi ces amputations, celles qui ont donné le taux de mortalité le plus élevé, avaient été pratiquées chez des individus atteints de plaies déjà infectées (12 morts sur 27 opérés). Les cas les plus favorables et qui sont la preuve la plus frappante des progrès réalisés par la méthode antiseptique, sont ceux dans lesquels une affection de l'extrémité inférieure avait fourni l'indication opératoire. Sur 72 opérés de cette catégorie 2 seulement ont succombé, ce qui fait une mortalité de moins de 3 0/0.

Ces succès ne dépendent nullement de la méthode employée, et peu importe, sous ce rapport, que l'on ait recours au procédé à lambeaux, à l'incision circulaire ou ovale, ou que l'on taille un lambeau rectangulaire (TEALE) ou un grand lambeau antérieur (SÉDILLOT, BRUNS). Aussi devons-nous insister avant tout, dans notre description, sur la méthode antiseptique d'opération et de pansement, méthode que nous considérons comme seule justifiée actuellement.

Nous sommes déjà tout à fait habitués à admettre que nos amputés de cuisse guérissent tous, lorsque l'amputation est faite dans les conditions habituelles, c'est-à-dire en l'absence d'infection ou d'autres complications. Nous pouvons même, d'après notre expérience actuelle, indiquer le temps nécessaire à la guérison. En règle générale, les opérés sont guéris au bout de 4 à 6 semaines environ. Comme nous l'avons déjà fait remarquer, les exceptions à cette règle se rapportent, soit aux amputations pratiquées chez des individus présentant déjà des symptômes d'infection septique, soit à celles qui sont suivies d'une nécrose plus ou moins étendue des lambeaux, conséquence du traumatisme qui a nécessité l'opération, ou de l'ischémie trop prolongée du membre ayant compromis la nutrition des téguments du moignon. Le pronostic des amputations