

RÉSECTIONS SOUS-PÉRIOSTIQUES

PREMIÈRE NOTE

SUR LES RÉSECTIONS SOUS-PÉRIOSTIQUES¹

LUE A L'ACADÉMIE DES SCIENCES LE 18 MARS 1861

Depuis les beaux travaux de M. Flourens sur le périoste, comme organe formateur et régénérateur des os, la chirurgie, naguère encore si prompte à proposer d'horribles mutilations dans les cas de lésions osseuses, tend chaque jour à devenir plus conservatrice, non pas en restant inactive, mais, au contraire, en puisant dans la connaissance plus précise des ressources de la nature une nouvelle énergie pour ses entreprises opératoires.

C'est ainsi que des opérations, considérées encore par beaucoup de chirurgiens comme des entreprises folles et irréalisables, sont devenues pour les malades d'inestimables bienfaits.

Déjà, sous l'influence de cette idée féconde, il m'a été donné de pratiquer un certain nombre de ces opérations sous-périostiques, qui, chose admirable et certainement unique dans l'histoire pathologique de l'homme, permettent de supprimer complètement un organe malade, et d'obtenir à sa place la reproduction d'un nouvel organe sain.

Je me propose de réunir, un peu plus tard, en un faisceau tous les faits de cet ordre qui, depuis quelques années, se sont passés dans ma pratique. Pour l'instant, je me contenterai de

¹ *Gazette des Hôpitaux*, 1861, p. 142.

dire qu'ils forment déjà quatre groupes, suivant qu'ils appartiennent :

- 1° A des os nécrosés en partie ou en totalité avec ou sans leurs surfaces articulaires ;
- 2° A des os affectés simplement d'ostéite ;
- 3° A des os atteints de dégénérescences diverses ;
- 4° A des os sains, l'ablation en ayant été nécessitée par des circonstances spéciales, comme, par exemple, le besoin d'ouvrir une voie artificielle pour aller profondément chercher une tumeur.

En attendant qu'il m'ait été possible de coordonner tous ces éléments, je me contenterai de soumettre à l'Académie un des faits les plus remarquables de la première catégorie.

Il s'agit d'un jeune homme dont la jambe était dans un tel état de désorganisation, que les chirurgiens les plus éminents, parmi lesquels il me suffira de citer M. Velpeau, avaient décidé l'amputation de la cuisse. Grâce à l'extirpation sous-périostale du corps entier du tibia, exécutée d'après les idées émises par M. Flourens, ce jeune homme a non-seulement évité les terribles chances d'une amputation qui, dans la statistique, donne 60 décès sur 100, mais encore il a conservé son membre dans toute l'intégrité de sa forme, de sa souplesse et de sa vigueur.

Chez ce jeune homme, l'extirpation du corps du tibia a été complète, ainsi qu'on peut s'en convaincre en jetant les yeux sur l'os lui-même que j'ai l'honneur de soumettre à l'Académie. Il est, comme on peut le voir, long de 50 centimètres, épais de 5 à sa partie supérieure, de 2,05 à sa partie inférieure; ses trois faces sont lisses et compactes dans leur partie inférieure, rugueuses et boursofflées dans le tiers supérieur.

Voici du reste les détails de cette observation :

Obs. I. — *Résection sous-périostique de la diaphyse entière du tibia. Reproduction complète de l'os.* — Je fus consulté, dans le mois d'août 1855, pour le jeune V..., dont la jambe droite était dans un état affreux. Son volume était triple ou quadruple de l'état normal; sa surface était labourée d'ulcères profonds, à travers lesquels on reconnaissait que l'os principal, le tibia, était mortifié dans toute l'étendue de sa diaphyse.

Ce jeune homme me dit que deux ans auparavant, il avait fait à la gymnastique une chute violente, que depuis lors il avait commencé à ressentir des douleurs sourdes dans la jambe, que bientôt aux douleurs se joignit une tuméfaction générale, puis des abcès, et peu à peu tout le cortège des accidents actuels.

Suppuration excessive et fétide, tuméfaction énorme du membre, amaigrissement extrême, fièvre hectique, marasme, etc.

Ses parents me dirent qu'ils avaient épuisé successivement toutes les ressources de la médecine, que plusieurs des chirurgiens les plus éminents de Paris avaient été unanimes pour décider l'amputation de la cuisse, et que M. Velpeau, à qui l'on avait en dernier lieu soumis la question, avait déclaré que cette amputation était non-seulement nécessaire, mais qu'elle était urgente, et que toute pensée de conserver le membre ne pouvait être qu'une utopie.

Malgré ces imposantes autorités, et confiant dans la puissance régénératrice du périoste, si positivement démontrée par M. Flourens, et dont j'avais eu déjà l'occasion de voir des exemples remarquables, j'engageai les parents de ce jeune homme à me laisser exécuter l'extirpation sous-périostique de l'os mortifié, de préférence à l'amputation de la cuisse. Cette proposition ayant été agréée, je procédai à l'opération le 24 août 1855.

Le malade étant soumis au chloroforme et dans un état d'insensibilité complète, je fis sur toute la longueur de la face antérieure du tibia, une incision longue de trente-cinq centimètres, et pénétrant jusqu'à l'os malade, à travers le périoste, qui était épaissi et déjà doublé d'une couche osseuse nouvelle, molle et spongieuse. A chacune des extrémités de cette énorme incision, j'en pratiquai une autre transversale, de manière à obtenir une sorte de longue porte à deux battants pour pénétrer jusqu'au foyer du mal. Je pus alors constater que le tibia était entièrement mortifié dans toute la longueur et toute l'épaisseur de sa diaphyse, qu'il ne restait de sain que les deux épiphyses articulaires.

Je procédai dès lors sans aucun retard à l'isolement de l'os mortifié, que je parvins non sans peine à extraire complètement.

Les suites de cette opération si longue et si difficile furent d'une simplicité vraiment remarquable. La fièvre traumatique fut des plus modérées; la suppuration, antérieurement si abondante et si fétide, se modifia comme par enchantement pour faire place à une suppuration franche et de bonne nature, et, chose vraiment presque incroyable, dès le quarantième jour le jeune malade pouvait se lever et marcher avec des béquilles, comme s'il se fût agi d'une simple fracture.

L'os s'était reproduit d'une manière complète, à tel point que si je n'avais conservé l'os enlevé, j'aurais pu douter moi-même de la réalité du fait.

Aujourd'hui, ce jeune homme est fort et vigoureux; sa jambe ancienne

ment malade ne diffère en aucune façon de l'autre; elle a grandi et grossi comme elle; elle ne s'en distingue que par une longue cicatrice, seule trace de la terrible opération dont nous avons parlé; elle lui permet de courir, de sauter, de chasser comme s'il n'avait jamais subi d'opération, et sans que l'œil le plus exercé puisse reconnaître quelle a été la jambe antérieurement malade.

Obs. II. — Résection sous-périostique de la diaphyse entière du tibia chez un enfant de dix ans. *Reproduction complète de l'os.* — Le malade est un enfant de dix à onze ans. Il se nomme Pillet (Léon-Ernest). Il est né à Champlan (Seine-et-Oise).

Il fit une chute de deux mètres de hauteur au mois de mai 1850. Il ne tarda pas à ressentir dans la jambe gauche une douleur sourde, qui prit bientôt une intensité extrême et s'accompagna d'une tuméfaction diffuse, manifeste surtout vers la face antérieure du tibia. Vers la fin du mois, la suppuration se fit jour par deux orifices placés à trois centimètres de distance au niveau de la partie moyenne et antérieure de la jambe; cette suppuration continua à couler très-abondamment jusqu'au moment de son entrée à l'hôpital Cochin, le 5 juin 1850.

La jambe gauche avait alors un volume double de celui de la jambe droite. Le tibia était évidemment gonflé dans toute sa diaphyse. Les téguments correspondants étaient rouges et sensibles à la pression. On y voyait, vers la partie moyenne de la jambe, deux orifices fistuleux par lesquels le stylet pénétrait facilement sur le tibia dénudé.

Pendant plusieurs semaines, M. Maisonneuve eut l'espoir d'arrêter les progrès de la nécrose au moyen d'un traitement antiphlogistique; mais les accidents n'ayant point cédé, M. Maisonneuve se décida, le 16 août, à faire au niveau de la partie moyenne du tibia une incision de huit centimètres de longueur.

Cette incision mit à découvert une portion de la face antérieure du tibia nécrosé. On ne put d'abord constater la mobilité du séquestre. Aussi pansa-t-on la plaie simplement pendant plusieurs jours. Mais, le 4 septembre, M. Maisonneuve reconnut, en explorant la plaie, que l'impulsion exercée dans le sens de la longueur du séquestre déterminait une mobilité évidente.

Il se décida immédiatement à en faire l'extraction. La plaie existante à la partie antérieure de la jambe fut prolongée en avant et en bas jusque près des extrémités de l'os; elle intéressa les téguments d'abord, puis une couche osseuse mince, rudiment de l'os nouveau en train de formation.

Le séquestre put alors être saisi et extrait, non sans quelque difficulté, à cause de son étendue.

Après son extraction, on reconnut qu'il représentait la diaphyse presque entière du tibia avec son canal médullaire.

La plaie fut ensuite pansée à plat; et maintenant elle marche rapidement vers la guérison.

L'os nouveau, qui n'était encore que rudimentaire, acquiert chaque jour de la consistance. Le malade peut déjà s'appuyer sur le pied du côté malade. La guérison est assurée.

RÉFLEXIONS AU SUJET DE CES DEUX OBSERVATIONS.

La nécrose invaginée des os longs, surtout quand elle envahit toute leur épaisseur et une portion considérable de leur longueur, est une maladie grave d'une durée très-longue, et pour laquelle la chirurgie conseille des opérations laborieuses et difficiles.

M. Maisonneuve a pensé que l'on pouvait abrégér considérablement la durée de cette affection, et par conséquent mettre le malade à l'abri de la plupart des accidents auxquels elle expose, en suivant une marche tout à fait opposée à celle que recommandent les auteurs classiques.

En effet, tous les auteurs prescrivent rigoureusement de temporiser le plus possible, de laisser à la nature le temps de reconstituer un os nouveau autour de l'ancien, de donner à ces os une solidité parfaite, et cela dans la crainte de voir s'infléchir l'os nouveau peu solide encore, ou bien dans l'espérance de voir le séquestre s'amoinrir et même se frayer spontanément une issue.

M. Maisonneuve pense que ces craintes et ces espérances sont aussi chimériques les unes que les autres; car, en supposant que l'os de nouvelle formation n'eût pas au moment du séquestre toute la solidité désirable, un simple appareil contentif suffirait toujours pour s'opposer à son affaïssement; d'une autre part, les cas dans lesquels on a vu le séquestre se dissoudre ou se frayer une issue sont tellement rares, qu'il n'est pas prudent d'y compter.

M. Maisonneuve pose en principe :

Que l'extraction du séquestre doit être faite le plus tôt possible.

Il ne craint pas de mettre ces séquestres à découvert avant leur entière élimination.

Voici les raisons sur lesquelles il se fonde :

1° La nécrose n'a pas ordinairement d'emblée toute l'étendue qu'elle acquiert ultérieurement. L'incision du périoste est un des moyens les plus puissants de l'arrêter.

2° La suppuration qui se forme profondément produit souvent, avant de se faire jour au dehors, des désordres considérables. On prévient ces désordres en donnant, par une large incision, une libre issue au pus.

3° La séparation du séquestre s'opère bien longtemps avant que l'os de nouvelle formation ait acquis un grand développement. On peut même dire que le séquestre est isolé dès qu'une couche osseuse même très-mince s'est déposée autour de lui.

4° Avant l'entière consolidation de l'os nouveau, le bistouri seul peut suffire pour le diviser; il n'est point nécessaire de pratiquer de résections au moyen du trépan et autres instruments compliqués.

5° Tant que l'os nouveau n'est point encore très-avancé, les séquestres les plus volumineux et les plus irréguliers peuvent être facilement extraits de son canal intérieur, dont les parois encore flexibles se prêtent à cette manœuvre, tandis que plus tard l'extraction constitue une opération laborieuse et difficile.

6° Enfin, l'extraction hâtive du séquestre se faisant alors que le malade n'est point encore épuisé par la souffrance et par la suppuration, la guérison s'opère avec promptitude.

DEUXIÈME NOTE

SUR LES RÉSECTIONS SOUS-PÉRIOSTIQUES¹

LUE A L'ACADÉMIE DES SCIENCES LE 1^{er} AVRIL 1861

RÉSECTION SOUS-PÉRIOSTIQUE DE L'OS MAXILLAIRE INFÉRIEUR DROIT AFFECTÉ DE NÉCROSE. — REPRODUCTION COMPLÈTE

Dans la récente communication que j'ai eu l'honneur de

¹ *Gazette des Hôpitaux*, 1861, p. 168.