

AMPUTATIONS DIVERSES

NOTE SUR UN CAS D'AMPUTATION SOUS-ASTRAGALIENNE¹

Au numéro 6 de la salle Saint-Jacques, à l'hôpital Cochin, est couchée une jeune fille qui, depuis l'âge de deux ans, était affectée d'une carie des os du pied gauche. La maladie avait envahi d'abord les os de la première rangée du tarse, et s'était successivement étendue jusqu'au calcanéum. Il en était résulté une destruction presque complète des os cunéiformes et du cuboïde. Le pied, raccourci dans sa longueur, était en outre tourné sur son bord interne, comme dans le pied-bot varus au troisième degré; enfin, plusieurs trajets fistuleux, ouverts sur le bord interne du pied, ainsi qu'à la partie externe et à la partie postérieure, fournissaient incessamment une suppuration abondante. A l'aide d'un stylet on pouvait, en pénétrant dans ces fistules, arriver jusqu'aux os malades et reconnaître que le calcanéum était envahi dans une portion notable de son étendue, mais que l'astragale était positivement intact, ainsi que l'articulation tibio-tarsienne.

Pendant plusieurs semaines M. Maisonneuve fit sur le pied malade quelques tentatives de redressement, dans l'intention, s'il pouvait ramener le pied dans sa rectitude, de tenter plus tard la guérison de l'ostéite. Ces tentatives n'amènèrent aucun résultat; elles aggravèrent même les douleurs; c'est alors que l'opération fut proposée.

L'amputation par la méthode de Chopart était impossible, puisque le calcanéum participait à la maladie. Restaient l'amputation de la jambe ou la désarticulation calcanééo-astragalienne. C'est à cette dernière que s'arrêta M. Maisonneuve, bien que cette opération n'ait encore été pratiquée que par son auteur, et seulement une ou deux fois.

Par une coïncidence singulière, les mêmes raisons qui avaient empêché M. Malgaigne de prendre son lambeau à la plante du pied existaient aussi chez la malade de M. Maisonneuve.

Le bord interne du pied et les parties voisines du tendon d'Achille étaient

¹ *Gazette des Hôpitaux*, 1849, p. 454.

criblés de fistules et indurés; de sorte que le chirurgien se trouva forcé de prendre le lambeau sur la région dorsale.

La malade est couchée sur le dos et soumise à l'inhalation du chloroforme. Un aide, placé au côté droit de la malade, comprime l'artère crurale; un second aide, placé au côté gauche, tient entre les deux mains le bas de la jambe. Le chirurgien saisit le pied de la main gauche, et, de la main droite, armée d'un fort bistouri convexe, il incise d'abord transversalement la peau de la partie postérieure du talon; puis, ramenant l'instrument en avant et en dedans, il continue l'incision en prenant, à deux centimètres au-dessous de la malléole interne, tout le long du bord interne du pied à la base des orteils, tout le long du bord externe en empiétant un peu sur la plante, et revient au point de départ, derrière le talon. Par une dissection très-exacte, M. Maisonneuve sépare ensuite le lambeau des parties osseuses, en ayant surtout soin de ménager l'artère pédiense dans l'épaisseur du lambeau.

Aussitôt cette dissection achevée, M. Maisonneuve ouvre d'un seul trait l'articulation scaphoïdo-astragalienne, pénètre immédiatement avec la pointe du bistouri dans l'excavation astragalo-calcaneenne, incise le ligament puissant qui maintient toute l'articulation, continue l'incision en divisant les fibres terminales du ligament latéral externe; puis, imprimant au pied le mouvement de torsion sur son axe, il ouvre l'articulation calcanééo-astragalienne par la partie externe. Il ne reste plus alors qu'à diviser en quelques coups de bistouri les rares tissus qui tiennent encore en avant et en arrière, et à terminer la séparation du pied en coupant les parties molles de la région interne.

Trois ligatures furent nécessaires. Le lambeau, trop court pour être replié d'avant en arrière, recouvrait facilement les surfaces osseuses, en lui donnant une inclinaison oblique d'arrière en avant et de dehors en dedans. Il fut maintenu dans cette position par quatre points de suture et par des bandelettes agglutinatives.

Quinze jours se sont écoulés depuis l'opération; les fils sont tombés, la suppuration est presque tarie et la cicatrice est parfaitement régulière. Aucun point du lambeau n'a été un seul instant menacé de gangrène.

NOTE SUR UN CAS DE DÉSARTICULATION DU GENOU POUR
UN OSTÉOSARCOME DE L'EXTREMITÉ SUPÉRIEURE DU
PÉRONÉ

GUÉRISON COMPLÈTE

OBSERVATION PRÉSENTÉE A L'ACADÉMIE

M. Maisonneuve présente à l'Académie une jeune fille sur laquelle il a pratiqué la désarticulation du genou pour une tumeur ostéosarcomateuse de la tête du péroné. Cette opération, sur laquelle la science est loin encore d'avoir dit son dernier mot, a été suivie d'une parfaite guérison. Bien qu'une hémorrhagie consécutive ait exigé la ligature de l'artère fémorale et retardé le travail de cicatrisation, le résultat de cette opération est aujourd'hui aussi parfait que possible et laisse à la malade un membre plus utile que ne l'eût été le moignon à la suite de l'amputation de la cuisse.

Ninot (Augustine), âgée de vingt-deux ans, domestique, portait à la partie postérieure et externe du jarret gauche, une tumeur volumineuse dont elle faisait remonter le début à quatre mois seulement. Les progrès rapides de cette tumeur, la gêne et les douleurs qu'elle lui causait dans la marche, l'inutilité des moyens résolutifs jusqu'alors employés, lui firent solliciter une opération; elle se présenta le 1^{er} mars 1854 à l'hôpital Cochin.

La tumeur, du volume d'une tête d'enfant, remplissait le creux poplité, et faisait une saillie considérable à la région externe du jarret. Sa base, profondément située, ne jouissait d'aucune mobilité et semblait faire corps avec les parties osseuses. Le corps de la tumeur, aussi peu mobile, était recouvert d'une couche assez épaisse de tissus sains. Sa consistance était dure et uniforme; elle ne présentait aucun battement.

Les douleurs spontanées n'étaient pas encore très-prononcées, mais la marche devenait extrêmement pénible.

En présence de ces symptômes graves, des progrès rapides du mal, que plus rien ne pouvait arrêter, et des accidents locaux qui allaient entraîner rapidement la perte du membre, M. Maisonneuve jugea l'opération indispensable. En temporisant, le chirurgien se créait de graves difficultés, il proposa donc l'opération immédiate. Elle fut pratiquée le 2 mars 1854.

Si l'opportunité de l'opération ne pouvait laisser aucun doute dans l'esprit,

il n'en était pas de même de la nature, du véritable siège de la tumeur, et par conséquent du choix du mode opératoire.

Comme l'absence d'insensibilité et d'œdème du membre malade pouvait laisser croire que les éléments vasculaires et nerveux principaux n'étaient point altérés et que l'on pourrait tenter une opération conservatrice, M. Maisonneuve, avant de procéder à l'amputation, voulut découvrir la tumeur et juger ainsi la question.

La malade étant soumise au chloroforme et couchée sur le côté. M. Maisonneuve fit à la partie postérieure du jarret une longue incision qui divisa la peau et une couche musculaire épaisse. La tumeur ainsi mise à nu, le chirurgien put l'explorer et constater que la dissection en serait impossible et entraînerait la perte des éléments vasculaires nerveux les plus importants.

L'on ne pouvait plus songer à conserver le membre; d'un autre côté la tumeur développée aux dépens du péroné, remontait trop haut pour qu'il fût possible de faire l'amputation de la jambe; restaient l'amputation de la cuisse ou la désarticulation. M. Maisonneuve, persuadé que les dangers étaient les mêmes dans l'un ou l'autre cas, et que la désarticulation laisserait un membre plus utile, se décida pour cette dernière opération.

Elle fut faite à l'aide d'une incision circulaire, l'incision postérieure fut conservée pour l'écoulement du pus. L'incision fut faite de manière à respecter la rotule et le cul de sac afin d'éviter de laisser à nu les condyles, inconvénient beaucoup plus grave que la suppuration de la synoviale, si l'on conserve au pus un libre cours.

L'examen du membre, fait immédiatement après l'opération, fut laborieux et confirma l'impossibilité de sa conservation. La tumeur, embrassée par des fibres musculaires distendues et décolorées, paraissait au premier abord développée aux dépens de ces muscles; les vaisseaux tibiaux, ceux du jarret y étaient tellement adhérents, qu'une dissection de plus d'une demi-heure put seule en donner une idée parfaite. Après avoir enlevé tous les muscles, gratté l'os, on acquit la certitude que la tumeur était distincte, isolable, et formée aux dépens de la tête du péroné énormément tuméfiée; le tissu osseux distendu, les lamelles osseuses écartées et mêlées à un débris noirâtre étaient circonscrits de toutes parts par le périoste. A cette coque osseuse adhéraient très-intimement les fibres musculaires.

Tous les tissus environnants étaient sains. Il y avait eu refoulement, distension, mais la dégénérescence était exactement limitée par la coque fibreuse.

La plaie, réunie par occlusion, excepté à la partie inférieure, parut pendant les premiers jours marcher assez franchement vers la guérison. Le neuvième jour, les fils qui maintenaient l'artère poplitée tombèrent sans accident, le lendemain matin une hémorrhagie grave, mais suspendue assez rapidement, vint compliquer l'état de fatigue et d'épuisement dont la malade se plaignait depuis quelque jours. La suppuration avait déjà changé d'aspect,

le pouls était petit, comme vide. Cette hémorrhagie parut à M. Maisonneuve un symptôme grave; elle était pour lui l'indice certain d'un défaut de plasticité du sang et lui faisait redouter de nouvelles hémorrhagies; il pratiqua sur-le-champ la ligature de l'artère fémorale.

Les jours suivants l'hémorrhagie ne s'était pas reproduite, mais la malade était pâle, la plaie blafarde, remplie d'un pus fétide que l'on ne pouvait faire sortir des anfractuosités de la plaie qu'au prix de vives douleurs. Il devenait urgent de combattre cette putridité du pus et de soustraire la malade à cet atmosphère infecte, M. Maisonneuve eut l'heureuse idée de remplir toutes ces conditions à l'aide d'un manchon de caoutchouc vulcanisé avec lequel il enveloppa le moignon. A l'aide d'une petite pompe adaptée à l'extrémité du manchon on obtenait le vide et la sortie de tout le pus retenu dans les anfractuosités de la plaie. Cette opération, répétée plusieurs fois par jour, sans douleur pour la malade, sans gonflement du moignon, diminua la fétidité du pus. Deux jours après, la plaie avait déjà repris un bon aspect et s'était recouverte de bourgeons charnus.

Le 26 mars le fil de la ligature tomba sans hémorrhagie.

Pendant plusieurs semaines la malade resta dans un état de faiblesse inquiétant, et la cicatrisation ne se fit que lentement; de fréquents vomissements et de la diarrhée inspirèrent des craintes sérieuses. La malade se décourageait, M. Maisonneuve jugea utile de la changer de maison, elle fut transportée par ses soins dans une maison de santé voisine.

Ce changement de conditions, l'application des vésicatoires volants et des frictions sèches modifièrent rapidement l'état de la malade. Les vomissements cessèrent, l'appétit revint. La plaie reprit un bon aspect et la cicatrisation des deux plaies se fit très-régulièrement.

FIN DU TOME PREMIER

TABLE DES MATIÈRES

Préface.	
Leçons cliniques sur les progrès de la chirurgie contemporaine.	
PREMIÈRE LEÇON. — Discours préliminaire.	
DEUXIÈME LEÇON. — Découverte de l'infection purulente.	VII
TROISIÈME LEÇON. — Découverte des opérations sous-cutanées.	XIV
QUATRIÈME LEÇON. — Introduction de l'iode dans la thérapeutique.	XXI
CINQUIÈME LEÇON. — Découverte des propriétés anesthésiques de l'éther et du chloroforme.	XXVII
SIXIÈME LEÇON. — Perfectionnements apportés aux procédés de ligature. Ligature extemporanée.	XXXII
SEPTIÈME LEÇON. — Perfectionnements apportés à la méthode de cautérisation. Cautérisation en flèches ou interstitielle.	XXXIX
HUITIÈME LEÇON. — Généralisation de la méthode d'arrachement, de torsion ou de rupture.	L
NEUVIÈME LEÇON. — Généralisation de la méthode d'injection dans les cavités closes.	LVI
Le périoste et ses maladies.	1
Définition.	1
Structure.	5
Rapports et connexions.	9
Physiologie du périoste.	14
Usages du périoste.	18
Maladies du périoste.	29
Lésions traumatiques.	31
Contusions.	35
Plaies.	40
Lésions organiques.	44
Inflammation.	45
Tumeurs diverses.	69
Tumeurs gommeuses.	69
Tumeurs osseuses.	75
Tumeurs purulentes.	85
Tumeurs fongueuses.	88