

*Opération.* — L'amputation de jambe fut pratiquée au tiers inférieur, par le procédé du lambeau postérieur, sous l'anesthésie rachidienne.

La guérison fut obtenue simplement, par première intention et trois semaines après le malade quittait l'hôpital.

Le pied enlevé était envahi presque en entier par la tuberculose : l'articulation tibio-tarsienne était indemne, mais la tuberculose s'étendait à toutes les articulations et à tous les os du tarse et du métatarse.

## MEMBRES

### I

#### GANGRÈNES SÈCHES ET GANGRÈNE SEPTIQUE

Exemple de gangrène artérielle : gangrène de la main par endartérite oblitérante. — Autre gangrène artérielle : gangrène du membre inférieur par embolie de l'iliaque externe au cours d'une crise d'asystolie. — Exemple de gangrène par infection : gangrène putride du pied et de la jambe chez un homme de trente ans, alcoolique. Mort malgré l'amputation. — Obscurités de certaines gangrènes septiques. — Pronostic différent et plus grave pour ces dernières. — Nécessité des amputations précoces et hautes.

#### MESSIEURS,

Je ne sais rien de compliqué comme de résoudre cliniquement l'équation d'une gangrène : obscurité dans les causes, incertitudes sur la nature des accidents, doutes sur la limitation, tout y est vague, confus, et de nature à mettre dans l'embarras le chirurgien à qui incombe la lourde responsabilité du traitement.

Il est, je le sais, des cas heureusement plus simples, des cas faciles si je puis dire, où grâce à une limitation précise, à une évolution très caractéristique, la lésion vous impose une solution toute définie.

Nous avons vu ici même toutes ces variétés et nous avons encore en ce moment sous les yeux deux malades qui nous permettront de revivre ces difficultés de la pratique.

J'ai opéré, il y a deux jours, une gangrène sèche de la main par endartérite oblitérante : la semaine dernière, j'ai opéré une autre malade atteinte de gangrène de la jambe par embolie, et vous devez avoir encore présente à la mémoire l'histoire d'un autre malade, à qui dans les premiers jours d'avril, je dus pratiquer une amputation de jambe pour une gangrène du membre inférieur de cause inconnue.

N'y a-t-il pas quelque avantage à analyser ces trois observations de gangrène des membres, à chercher dans leur comparaison les ana-

logies qui les unissent en même temps que les différences qui les séparent, et à tirer de tout cet ensemble quelques conclusions générales et pratiques ?

## I

Il est, vous le savez, Messieurs, des gangrènes *sèches* et des gangrènes *humides* ; les premières ont leur cause dans un trouble de l'appareil circulatoire, elles sont consécutives à une oblitération artérielle ; les autres sont quelquefois appelées veineuses, mais elles sont d'une pathogénie beaucoup plus complexe, que ce terme si simple ne le laisserait supposer au premier abord.

La gangrène que je vous présente aujourd'hui est un type de ces *gangrènes sèches*, d'origine artérielle : elle est l'analogue de ces gangrènes séniles, que l'on voit presque toujours au membre inférieur. Ici elle porte sur la main, et la sénilité n'est pour rien dans sa détermination.

Je vous ai déjà montré au n° 11 de la salle Notre-Dame cette pauvre femme qui tristement, et les larmes aux yeux, nous présentait sa main droite, inerte, noire, perdue.

Son histoire est d'une navrante simplicité.

Le 9 février dernier exactement, elle s'est aperçue que sa main devenait froide : elle y ressentait d'abord quelques fourmillements, puis bientôt de vraies douleurs, qu'elle essaya, mais en vain, de calmer par la chaleur. Quelques jours se passent, mais la douleur persiste encore : les mouvements des doigts sont difficiles, les doigts se mettent en flexion et bientôt ne bougent plus ; puis dans la paume de la main paraît une plaque noire qui se répand, et en quelques jours s'étend à la main tout entière. En même temps les douleurs persistent et deviennent intolérables : élancements, brûlures, la sensation est si horrible que la morphine devient nécessaire et parvient seule à atténuer ces horribles souffrances. Enfin vers la fin d'avril, les douleurs cessent, la main devient indolente, mais la peau se sèche, et se raccornit : la lutte est désormais finie, la main est morte, et tout l'effort de la nature va maintenant se concentrer sur les limites des parties saines, où commence à se montrer ce sillon d'élimination qui annonce et prépare la séparation du mort et du vif.

La malade avait été soignée tout ce temps par mon confrère le D<sup>r</sup> Vallat, de Joinville ; mon ami le D<sup>r</sup> Bouloche fut appelé en con-

sultation ; et jugeant tous les deux que seule la chirurgie avait à intervenir, mes deux confrères m'adressèrent la malade à l'Hôtel-Dieu le 12 juillet dernier.

La main droite est noire de tous côtés : partout la peau rétractée, parcheminée et dure a une teinte uniforme (fig. 10) qui ne cesse qu'à la racine de la main, au poignet. Là se voit un sillon d'élimination : la peau blanche et saine cesse brusquement et se continue avec les parties malades par une ligne rosée, légèrement ulcérée et sécrétant un peu de pus. Le sillon d'élimination remonte un peu plus haut en

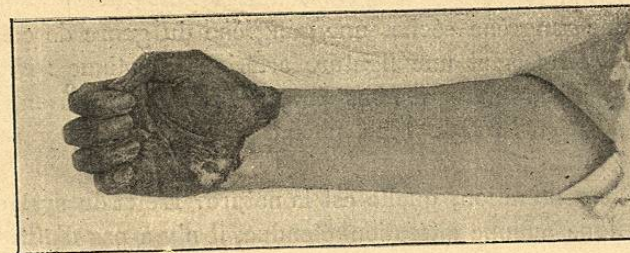


Fig. 10. — Gangrène sèche de la main par endartérite oblitérante (salle Notre-Dame, lit n° 11).

dehors qu'en dedans ; en dedans il est au-dessous du pisiforme ; en dehors, il est au-dessus de la styloïde radiale. Les doigts sont rétractés, en une attitude de flexion prononcée de leurs trois phalanges : ils sont immobiles, on ne peut plus les étendre et partout la sensibilité est absolument perdue.

Le pouls radial n'est pas perceptible, bien que la région soit souple à ce niveau et facile à explorer : les battements de l'humérale ne sont pas davantage perceptibles à la partie inférieure du bras, ni au pli du coude. En remontant sur le trajet de l'artère, je ne les retrouve qu'à la partie moyenne du bras, et encore sont-ils assez affaiblis par rapport au côté gauche. Dans l'aisselle au contraire, les battements de l'axillaire sont absolument normaux et pareils des deux côtés.

Telle est la lésion : voici maintenant le terrain. Notre malade est âgée de quarante-trois ans ; elle n'est ni amaigrie ni déprimée, sa maladie paraît toute locale, elle n'a déterminé aucun retentissement à distance.

Elle n'est actuellement ni albuminurique, ni diabétique : son cœur est bon, ses artères ne sont pas athéromateuses.

Elle n'eût jamais de maladie grave ; il y a sept ans cependant, elle

eut un érysipèle de la face : il n'en était résulté aucune suite et il semble difficile de faire remonter jusqu'à cette époque l'origine des accidents actuels. Mais peu de temps avant le jour où notre malade constata le refroidissement de la main et les premiers signes de la gangrène, elle eut une affection mal caractérisée, de la fièvre, avec un état général mauvais et un peu de congestion pulmonaire. Toutes ces manifestations avaient disparu depuis une quinzaine de jours, lorsque le 9 février la malade complètement remise, constata les premiers signes de la gangrène que nous voyons aujourd'hui définitive.

C'est une gangrène sèche, une gangrène du genre de celle qu'on obtiendrait en faisant une ligature artérielle aseptique : c'est donc dans l'état des artères que nous devons chercher sa raison. L'artère humérale bat en haut du bras, ne bat plus en bas : il y a donc là une oblitération artérielle.

De cette oblitération, quelle est la nature ? L'état du système artériel n'indique aucune altération étendue, il n'y a pas d'athérome, la malade n'est pas syphilitique. J'admets donc une cause locale à l'artère humérale, une artérite localisée, et développée sans doute à la suite de cet état infectieux mal caractérisé qui précéda de peu l'apparition des accidents.

*Gangrène par endartérite oblitérante*, tel est le diagnostic que je crois déduire de l'observation des symptômes et de l'histoire de cette malade : endartérite oblitérante et non embolie, car la gangrène quoique rapide fut progressive comme l'oblitération qui la causait. L'oblitération a sans doute précédé de quelque temps l'apparition de la gangrène : au bras, à l'avant-bras, les anastomoses vasculaires sont nombreuses, la circulation se rétablit aisément ; et malgré une oblitération, l'irrigation peut se faire assez bien. C'est ce qui explique comment avec une oblitération de l'humérale à sa partie moyenne, nous avons une gangrène qui reste localisée à la main et ne remonte pas à l'avant-bras.

D'ailleurs la délimitation est faite, le sillon est tracé, c'est dire que l'extension de la gangrène est terminée, et ceci était pour nous une indication.

J'ai pu intervenir sans crainte de voir la gangrène remonter plus haut ; j'ai amputé en plein dans l'avant-bras sans crainte d'avoir à regretter un sphacèle secondaire. J'ai fait l'amputation circulaire ; les artères radiale et cubitale n'ont pas saigné, je les ai liées par précaution, mais je n'ai vu au cours de l'opération aucune hémorrhagie

artérielle. J'ai suturé la plaie complètement, et bien que l'opération ne date que d'hier, j'ai l'espoir que tout se passera bien<sup>1</sup>.

## II

A cette endartérite oblitérante, j'oppose maintenant une gangrène artérielle encore, mais cette fois une *gangrène par embolie*. C'est cette femme que j'ai opérée le 3 juillet, et qui a malheureusement succombé il y a deux jours, à des accidents cardiaques indépendants en partie de notre opération.

Un caillot parti du cœur malade, et oblitérant subitement toute la circulation du membre inférieur, voici ce que nous voyons dans cette observation.

Une femme de trente-cinq ans souffrait depuis quinze ans d'une affection cardiaque ; les premiers symptômes étaient apparus au cours d'une grossesse ; depuis, la malade avait toujours senti son cœur, et à plusieurs reprises elle avait été soignée dans différents services hospitaliers pour des crises d'insuffisance cardiaque et d'asystolie.

Il y a quinze jours, c'était vers le milieu du mois de juin, la malade fut prise à nouveau d'une de ces crises de cœur, auxquelles elle était sujette, et après être restée deux jours chez elle au repos, elle entra le 25 juin dans le service de mon collègue, M. Muselier à l'Hôtel-Dieu. Là, on constatait tous les signes d'une lésion mitrale avec asystolie : le cœur présente une arythmie très accentuée, il y a un souffle systolique à la pointe, un souffle présystolique avec renflement diastolique ; il y a à la fois rétrécissement et insuffisance mitrale. On prescrivit un traitement approprié.

Le 26 juin, à trois heures précises de l'après-midi, la malade était tranquillement assise sur son lit, lorsqu'elle ressentit à gauche, dans la poitrine, une violente douleur, et aussitôt, comme un éclair, la douleur descend au membre inférieur et s'irradie jusqu'aux orteils. Tout de suite le membre se refroidit de la cuisse au pied, les ongles bleuissent, la sensibilité tactile disparaît.

Après ce début bruyant, les phénomènes qui indiquent l'oblitération artérielle, ne tardent pas à s'accuser de plus en plus. Des douleurs vives, atroces, intolérables arrachent des cris à la malade, et seule la morphine les atténue. Tout le membre est froid, surtout la

1. La malade a guéri par première intention et a quitté le service au bout de dix-huit jours, avec une bonne cicatrice.