

ARTICLE XIII.

DOCTRINES ET PROCÉDÉS OPÉRATOIRES DE M. DUPUYTREN
DANS LES AMPUTATIONS.

Les questions chirurgicales relatives aux amputations des membres et aux résections des os, sont nombreuses, la plupart difficiles à résoudre et fortement controversées. Une longue pratique, a permis à M. Dupuytren de jeter sur un grand nombre d'entre elles de vives lumières, et d'établir des principes solides que l'expérience sanctionne chaque jour et qui se répandent incessamment parmi les praticiens. Les circonstances qui rendent l'opération nécessaire et celles qui la contre-indiquent, l'époque de sa plus grande opportunité, c'est-à-dire où elle réunit le plus de chances de succès, son lieu d'élection ou de nécessité, les soins préliminaires que la situation du malade exige, les procédés opératoires auxquels on doit accorder la préférence, les moyens les plus convenables de suspendre préalablement la circulation du sang dans le membre que l'on veut amputer ou désarticuler les procédés hémostatiques qui offrent le plus de sûreté après l'amputation, le mode de pansement de la plaie, les accidents consécutifs et le traitement qu'ils réclament, sont autant de sujets sur lesquels il importe d'avoir des notions positives, et dont nous allons nous occuper successivement avec M. Dupuytren.

Les maladies qui exigent l'amputation des membres sont nombreuses; les unes appartiennent aux os eux-mêmes ou à leurs articulations, les autres portent plus spécialement sur les parties molles. En thèse générale, toutes les fois que la lésion des parties est telle, qu'il doive en résulter primitivement ou consécutivement la perte du membre, ou des accidents qui mettent la vie du malade dans un danger imminent, il est du devoir du chirurgien de recourir à l'amputation. Est-il

toujours facile de faire l'application de ce principe à chaque spécialité que l'on rencontre dans la pratique? L'expérience et l'observation nous apprennent qu'il n'en est point malheureusement ainsi. C'est ce que nous aurons d'ailleurs occasion de démontrer, lorsque nous parlerons des cas où il convient de ne pas opérer.

Les incertitudes qui voilent les indications de l'amputation primitive ne sont en général ni aussi grandes ni aussi nombreuses pour les opérations *consécutives*, c'est-à-dire nécessitées par les progrès d'une maladie préexistante. Nous verrons néanmoins que l'on rencontre souvent des cas fort embarrassants. Parmi les maladies préexistantes qui obligent à recourir à l'amputation, les unes affectent les articulations des membres, les autres ceux-ci dans leur longueur; les unes encore ont leur siège sur les os, les autres dans les parties molles. Il importe de déterminer quels doivent être les caractères des unes et des autres pour rendre indispensable ce parti extrême.

1^o Nous avons vu M. Dupuytren pratiquer nombre de fois l'amputation pour des *tumeurs blanches* des articulations; voyons maintenant dans quelles circonstances. Car on ne peut pas ici établir *a priori* des règles générales; ce n'est que de l'examen individuel des faits qu'on pourra déduire des motifs de décision dans des cas analogues.

Obs. I. — *Tumeur blanche du coude.* — *Amputation.* — *Guérison.* — Un enfant de sept à huit ans fut pris d'un engorgement inflammatoire du coude, par suite d'une chute sur cette partie. Cet engorgement, peut-être, fut mal combattu en ville; peut-être aussi la constitution molle et scrofuleuse de l'enfant a-t-elle contribué à l'insuccès des moyens employés. Quoi qu'il en soit, la tuméfaction, l'engorgement persistèrent et s'accrurent; les cartilages, les os eux-mêmes furent atteints; des foyers purulents s'établirent en divers points et s'ouvrirent en formant des trajets fistuleux. On appliqua vainement, à l'hôpital, des moxas, des cautères autour de l'articulation; le mal fit des progrès, et il survint une mobilité transversale très considérable, comme si les

ligaments articulaires étant détruits, ne pouvaient plus s'opposer au déplacement des os. Dans les mouvements qu'on leur faisait exécuter, on entendait manifestement de la crépitation.

Dans de telles conjonctures, M. Dupuytren ne crut pas pouvoir se dispenser de l'amputation du bras. L'opération fut très simple et très courte, et l'enfant guérit.

Citons un autre fait de même nature, dans lequel l'amputation n'a pas été pratiquée, et cependant la guérison a eu lieu par ankylose. Il sera facile de déduire de ce rapprochement la différence des indications et les motifs de la conduite du chirurgien dans l'un et l'autre cas.

OBS. II. — *Tumeur blanche du coude. — Heureux effet des remèdes. — Guérison sans amputation.* — Un jeune homme était couché, en octobre 1831, depuis trois mois au n° 2 de la salle Sainte-Marthe, pour une tumeur blanche de l'articulation du coude du côté droit. Celui-ci était très volumineux, les ligaments tellement ramollis, que l'on pouvait imprimer à l'avant-bras des mouvements en travers fort étendus sur le bras, mouvements qui, dans les articulations ginglimoidales, sont, comme l'on sait, un indice certain des altérations profondes des parties molles environnantes, et par conséquent d'une tumeur blanche très avancée. Il y avait en outre des douleurs extrêmement vives au moindre déplacement, à la moindre secousse de l'avant-bras. Malgré ces désordres, M. Dupuytren ne voulut pas pratiquer l'amputation, avant d'avoir éprouvé d'autres moyens thérapeutiques. Des moxas furent appliqués à différentes reprises autour de l'article, et amenèrent de l'amélioration. Cependant des phlegmons assez étendus se formèrent, s'ouvrirent sur plusieurs points, et fournirent d'abord une grande quantité de pus. Cette nouvelle complication ne détruisit point les espérances du chirurgien. Les soins appropriés furent continués. Une amélioration notable et progressive eut lieu; l'articulation se raffermissait de plus en plus, et devenait graduellement moins mobile; enfin elle finit par n'être plus le siège d'aucune douleur, et par n'exécuter plus aucun

mouvement, ni sous l'influence de la volonté du malade, ni par l'action d'une force étrangère; en un mot, elle était ankylosée.

Il est évident que les motifs déterminants, dans les deux cas, ont été l'impuissance des moyens thérapeutiques, les progrès incessants de la maladie chez le premier malade, et les avantages au contraire que l'on avait obtenus de ces mêmes moyens chez le second. Il ne faut pas oublier, en effet, et ceci s'applique à toutes les espèces de lésions organiques, qu'on ne doit recourir à l'ablation d'un membre qu'après avoir épuisé toutes les autres ressources de la thérapeutique. Mais il est une autre considération qui a dû être d'un grand poids dans les décisions du professeur; elle était puisée dans l'examen comparatif de l'état général des deux malades. Le second était d'une bonne constitution, son état général satisfaisant, les forces se soutenaient, aucun symptôme n'annonçait quelque lésion des organes internes; il n'y avait ni fièvre bien prononcée, ni dévoiement; on pouvait attendre beaucoup des efforts de la nature. Le premier, au contraire, était d'une constitution scrofuleuse, en proie à une fièvre continue, à un amaigrissement qui faisait des progrès; ses forces se perdaient de plus en plus. Enfin, et ce dernier caractère était décisif, non seulement les ligaments étaient ramollis, mais encore les tissus environnant l'article étaient dégénérés, lardacés, et les cartilages détruits, ainsi que l'examen de la pièce anatomique l'a démontré.

OBS. III. — *Maladie de l'articulation du genou. — Amputation de la cuisse. — Mort vingt jours après l'opération. — Examen des parties.* — Parisot (Louise), âgée de dix-sept ans, de constitution grêle, de tempérament sanguin, bien réglée, ressentit pour la première fois, il y a trois ans, des douleurs d'abord légères dans le genou droit; peu de temps après il y survint de la tuméfaction et les douleurs devinrent plus vives; la jeune fille fut obligée de garder le lit, depuis ce moment elle ne l'a pas quitté. De nombreux moyens furent cependant employés pour calmer les souffrances et dissiper l'engorgement qui allait toujours croissant. Des applica-

tions répétées de sangsues sur le genou, des frictions avec des pommades résolatives, des vésicatoires promenés autour de l'articulation, huit ou dix moxas, tout fut inutile; la jeune fille se décida alors à entrer à l'Hôtel-Dieu, le 5 août 1833. A cette époque l'articulation était volumineuse, tendue; les mouvements de la jambe sur la cuisse étaient gênés, presque impossibles, extrêmement douloureux, la station sur le pied et la marche étaient tout-à-fait impraticables; la peau du genou présentait la trace des vésicatoires et des moxas; du reste elle paraissait saine; la main portée sur l'articulation y sentait et y développait de la fluctuation; la cuisse et la jambe n'étaient point atrophiées; il n'y avait pas de ganglions engorgés à l'aîne; l'état général était bon; il y avait seulement un peu de dévoisement; l'auscultation et la percussion permirent de constater que les poumons étaient parfaitement sains. M. Dupuytren proposa à cette jeune fille l'amputation de la cuisse, qui fut acceptée et pratiquée le 10 août. Le professeur l'exécuta d'après un procédé qui lui appartient en faisant 1° une incision circulaire des parties molles jusqu'à l'os; 2° une seconde incision de deux ou trois pouces au-dessus de la première intéressant les muscles profonds, pendant qu'on refoulait au haut la peau et les muscles superficiels; 3° une résection de l'os au niveau de cette dernière incision. Six ligatures furent faites immédiatement; une demi-heure après, on en fit encore trois autres; au bout d'une demi-heure d'attente, la plaie ne fournissait plus de sang. Les bords en furent rapprochés avec des bandelettes agglutinatives, de manière à avoir une ligne de réunion dirigée d'avant en arrière; on termina le pansement par l'application d'un bandage approprié. Les parties molles étaient bien suffisantes pour recouvrir complètement l'os; le moignon fut placé sur un oreiller et tenu un peu élevé. Cette opération fut courte; la malade perdit peu de sang; le pansement fut fait avec assez de diligence pour épargner des douleurs trop longues.

Le membre amputé est examiné avec soin, et on constate un épauchement dans l'articulation d'un grand verre de li-

quide séreux, épais, trouble, sans fausse membrane. La peau est saine dans toute son épaisseur ainsi que le tissu cellulaire sous-cutané; les muscles et la partie fibreuse qui entourent l'articulation sont recouverts d'une matière jaunâtre molle, de l'épaisseur d'une demi-ligne, peu adhérente sur la séreuse, et qu'on considère comme une fausse membrane. Elle n'existe pas sur les surfaces articulaires des os, mais seulement dans d'autres points. Les cartilages articulaires sont blancs, non ramollis, ni diminués d'épaisseur, mais séparés des surfaces osseuses auxquelles ils appartiennent dans toute leur partie centrale. La séparation est moins complète sur les bords; l'os est grenu, injecté en quelques points, mais non ramolli; cette altération existe sur les surfaces articulaires internes du tibia et de la rotule. Une injection très fine poussée par l'artère articulaire externe pénètre dans la fausse membrane qui revêt la séreuse, et dans une très légère couche albumineuse qui se trouve sur les surfaces articulaires des os qu'elle sert à faire découvrir tant elle est tenue; le léger frottement des doigts l'enlève complètement, aucune portion d'injection ne pénètre dans les cartilages.

Dans la journée, la jeune fille éprouva un peu d'oppression; il y eut quelques nausées et un vomissement bilieux le soir; l'appareil se pénétra de sang, mais pas assez abondamment pour qu'il fût nécessaire de l'enlever. Le sommeil fut un peu agité, cependant elle était assez bien le lendemain; le pouls avait de la fréquence, mais peu de force; la peau était bonne. La nuit suivante il y eut du sommeil. Le 12 et le 13 se passèrent sans aucun accident; le 13 au soir, un léger épistaxis se manifesta; la malade dormit parfaitement dans la nuit. Le 14, à trois heures après midi, la peau devint froide, le pouls petit, serré, concentré; il y eut un frisson de plusieurs minutes; la nuit fut agitée. Le 15, on leva l'appareil pour la première fois; les angles supérieur et inférieur de la plaie étaient réunis, au milieu existaient des caillots de sang que la pression du moignon fit sortir. On renouvela tout l'appareil en appliquant à nu sur le moi-

gnon une bande roulée pour refouler les chairs. Dans la soirée, la malade se plaignit d'un nouveau frisson; le pouls était petit; cet état fut suivi d'une réaction. Le 17, le pouls était développé, fort et fréquent, la peau chaude. Le 18, l'amélioration était sensible. Une première ligature tomba le 19; d'autres se détachèrent; la suppuration commença à devenir de bonne nature. Le 26, la suppuration, qui depuis plusieurs jours était abondante, diminua; la peau était un peu sèche; on suspendit tout aliment; dans la journée il se manifesta un violent frisson qui dura vingt minutes; la nuit suivante fut agitée, sans sommeil. Le lendemain matin 27, la suppuration avait complètement disparu; il s'écoulait par la plaie une matière séreuse qui avait pénétré tout l'appareil; les chairs étaient blafardes, les portions réunies séparées. Le pansement fut douloureux, il y eut des spasmes; un frisson plus violent encore que celui de la veille, parcourut le corps et dura pendant deux heures. Le pouls était fort, fréquent, la peau chaude, âcre, la figure altérée, la respiration anxieuse, la langue sèche; la malade avait soif, désirait de la glace.

M. Dupuytren ordonna de l'infusion de tilleul pour boisson, et un vésicatoire au-devant de la poitrine; il y eut un peu de calme dans la journée. Le 28, le moignon était sec; le frisson continuait; le soir, il survint des vomissements bilieux, des douleurs à la base de la poitrine; la nuit fut extrêmement agitée. Le 29, la jeune fille fut toute la journée dans un état d'excitation; elle ne dormit pas la nuit. A la visite, son intelligence était encore conservée; elle succomba quelques minutes après, le 30 août; vingt jours après celui où l'amputation avait été pratiquée.

L'autopsie fut faite le lendemain matin: le moignon présentait à son extrémité une surface noirâtre, à peine humide, de l'étendue de deux pouces de diamètre, et circulaire; l'os faisait saillie hors de la plaie. Le moignon ayant été fendu suivant la longueur, on vit que la couche noirâtre qui existait sur la plaie était tout-à-fait superficielle; au-delà, les muscles et le tissu cellulaire étaient parfaitement sains, ex-

cepté en arrière, où on trouva une fausse membrane qui recouvrait la surface de la plaie, s'étendait aussi sur le fémur, mais non pas jusqu'à son extrémité; elle cessait brusquement à quelques lignes du point où il avait été scié. A partir de cette ligne, on voyait une espèce de virole osseuse, dépouillée de périoste, et paraissant déjà vouloir se détacher de l'extrémité de l'os. La partie supérieure de cette virole était inégale, saillante en quelques points sous forme d'aiguilles. L'extrémité de l'os divisé par la scie présentait une ligne brunâtre, circulaire, qui semblait marquer les limites de la virole, qui devait se détacher. La surface médullaire était boursouflée, formait une espèce de champignon. L'os, à sa partie supérieure et externe, avait été séparé du périoste par une collection purulente dans l'étendue de quatre pouces et dans une largeur d'un pouce. Le canal médullaire de l'os était rempli d'une matière séreuse de couleur rouge grise; cette altération remontait jusque près du fémur. La synoviale du grand fessier était distendue par un pus jaunâtre; mais l'articulation coxo-fémorale n'en contenait pas. La veine cave inférieure était parfaitement saine, ne renfermait que quelques petits caillots de sang fluide; mais, à un pouce de sa naissance, la veine iliaque externe présentait une altération qui s'étendait jusqu'auprès du moignon. La surface interne était recouverte d'une fausse membrane jaunâtre, noirâtre, purulente en quelques points, qui altérait complètement le calibre de la veine au-dessus du point où aboutit la saphène interne qui était saine; la veine crurale se divisait en deux branches volumineuses qui se rejoignaient à un pouce du moignon; l'altération de la veine crurale se continuait dans ses deux divisions; on distinguait une petite tumeur du volume d'une noisette, renfermant un pus bien lié dans la branche interne; mais l'altération cessait complètement au point de réunion des branches.

A un pouce du moignon, la veine qui résultait de leur jonction était souple, sans rougeur ni fausses membranes. Le tissu de ces veines était dur, non élastique; la membrane interne se séparait de la moyenne; le tissu cellulaire extérieur

avait aussi perdu de son élasticité; il était friable et non résistant; les autres petites veines du membre étaient injectées et offraient la même altération. L'artère fémorale était fermée à son extrémité, près du moignon, par un caillot de quinze à dix-huit lignes de longueur; ce caillot était enveloppé de toutes parts par une fausse membrane rougeâtre, peu épaisse au centre de laquelle on trouvait le caillot sanguin de couleur noire très tranchée. Le caillot enveloppé de sa fausse membrane ressemblait à une pyramide dont la base était vers l'extrémité de l'artère, et le sommet du côté du cœur; il se terminait en bas, à deux lignes de la section des membranes interne et moyenne. Le caillot ayant été enlevé, on trouva le tissu artériel parfaitement sain; le calibre de l'artère paraissait diminué un peu en avant, vers le moignon. Trois petites artères collatérales naissaient dans le point correspondant au caillot, à une demi-ligne de l'extrémité de l'artère. Dans tous ces points, le caillot présentait une couleur rouge.

Le nerf poplité était à l'état normal, ainsi que les nerfs cruraux; mais le tissu cellulaire lâche qui entoure le premier était infiltré de sang noir jusqu'à plusieurs pouces de hauteur. En examinant les principaux organes, on constata que le cœur était parfaitement sain. Les cavités droites contenaient quelques petits caillots fibreux, sans aucune trace de pus. Les deux poumons présentaient à leur surface, au-dessous de la membrane séreuse, quinze abcès du volume d'un pois à celui d'une grosse noix; ils étaient particulièrement développés dans les lobes inférieurs. Lorsqu'on incisait le tissu pulmonaire, on le trouvait parfaitement circonscrit, entouré d'une ecchymose noirâtre et rouge au-dessous de la surface séreuse, à cause du contact de l'air auquel les poumons avaient été soumis avant notre examen. Tantôt la collection purulente était entièrement formée; le plus souvent le pus était infiltré dans le tissu pulmonaire, d'où on le faisait sortir par la pression. Il était jaune, bien lié.

Il n'y avait aucun abcès dans le foie, et tous les autres organes étaient intacts (1).

(1) Observation recueillie par M. Brun

2^o Une inflammation violente des articulations, ou des abcès, suite d'inflammation chronique, exigent aussi quelquefois l'amputation du membre. Voici un cas fort remarquable qui a soulevé la double question de savoir s'il fallait amputer, et si l'amputation devait avoir la préférence sur la simple résection des parties osseuses malades.

OBS. IV. — Affection syphilitique. — Gonflement du coude. — Carie. — Fistules. — Amputation. — Examen anatomique des parties. — Guérison. — Un jeune homme de vingt ans ayant contracté une affection syphilitique des plus prononcées, fut pris, après trois mois d'un traitement actif, de douleurs sourdes et profondes dans l'articulation huméro-cubitale droite. Faisons remarquer que ce jeune homme habitait une chambre fort humide. Un gonflement énorme survint, sans rougeur à la peau, et bientôt il y eut perte complète des mouvements de l'avant-bras. Plus tard, la peau prit une couleur rouge, violacée, s'amincit, s'ulcéra, et une ouverture fistuleuse fit communiquer les surfaces articulaires avec l'extérieur. C'est en cet état que le malade entra à l'Hôtel-Dieu, le 9 septembre 1829. Un pus sanieux, d'une odeur fétide, s'écoulait par la fistule; le malade était pâle, affaibli, et se plaignait de violentes douleurs. Après avoir employé sans succès pendant quelques jours un traitement antiphlogistique, on crut devoir prescrire un nouveau traitement antisyphilitique. Mais l'affection du coude ne fit que s'aggraver; les douleurs devinrent intolérables. On s'assura de l'état de l'articulation; on trouva les os dénudés, les extrémités articulaires mobiles l'une sur l'autre en tous sens, et l'opération fut résolue, comme le seul moyen d'arrêter la marche de la maladie. Mais fallait-il amputer le bras ou réséquer les surfaces articulaires?

On ne pouvait être fixé sur la nature de la cause de cette maladie, vu l'inefficacité des diverses médications employées. Quant au choix du procédé opératoire, il devait être décidé d'après l'état même des parties malades. La peau était altérée à plusieurs pouces au-dessus et au-dessous de l'article. Il était à craindre que des fusées de pus ne s'étendissent au

loin et n'entraînaient la nécessité d'une trop vaste résection. Les diverses chances de l'une et l'autre opération, leurs avantages et leurs inconvénients respectifs ayant été exposés au malade, celui-ci trancha la question en demandant l'amputation, qui fut pratiquée par M. Breschet le 15 octobre. Le 7 novembre suivant, la cicatrisation du moignon était complète.

Maintenant avait-on eu raison de se décider de préférence pour l'amputation? L'examen anatomico-pathologique de la pièce va résoudre cette question. Nous avons vu quel aspect présentaient le membre et la peau en particulier à l'extérieur; pénétrons dans les parties profondes. La cavité articulaire elle-même était remplie d'un pus sanieux, dont la quantité pouvait être évaluée à un demi-verre. Les cartilages étaient détruits, et les surfaces osseuses, mises à nu, étaient rouges, poreuses dans l'étendue d'un pouce et plus, et à la fois sur les trois os qui forment l'articulation; le canal médullaire même de ces os était injecté. Le scalpel pénétrait avec facilité dans le tissu osseux enflammé. Les ligaments étaient en partie détruits, et les débris qui en restaient ramollis et comme putréfiés. On ne retrouvait plus de synoviale. Le tissu cellulaire extérieur était converti en pus. Des foyers purulents pénétraient çà et là entre les fibres des muscles environnants, pâles et ramollis. Aucun des vaisseaux ne parut altéré.

Un abcès dans une articulation, résultant d'une inflammation chronique, peut-il être guéri sans amputation? Il importe de déterminer quels sont l'ancienneté de cet abcès, son étendue, les effets qu'il a produits sur les diverses parties de l'article, les conséquences de son ouverture spontanée ou artificielle.

OBS. V. — *Entorse du pied. — Inflammation chronique. — Abcès dans le voisinage de l'articulation. — Amputation. — Examen des parties. — Guérison.* — Un enfant de dix à douze ans avait fait, depuis trois ans, une chute sur le pied gauche; cette chute donna lieu à une forte entorse. Depuis lors, une inflammation chronique avait per-

sisté autour de l'articulation tibio-tarsienne; un gonflement s'était développé, et lorsque le malade entra à l'Hôtel-Dieu, en mars 1828, il existait une tuméfaction considérable avec une fluctuation obscure au côté interne de l'extrémité inférieure de la jambe. Au côté externe, le gonflement était moins prononcé. Les mouvements de l'articulation étaient néanmoins restés assez libres. M. Dupuytren se demanda s'il convenait d'ouvrir cet abcès; mais la fluctuation était obscure; le mal datait de trois ans; des résistances inégales, quelque chose de fongueux qu'il sentait au toucher, et surtout sa longue expérience, lui firent juger le mal incurable par tout autre moyen que l'amputation. Il rappela l'issue funeste qui suit généralement l'ouverture spontanée ou artificielle des abcès situés dans le voisinage des articulations, lesquels communiquent trop souvent avec elles: issue funeste occasionnée par le contact de l'air extérieur, dont les effets ne peuvent même être ensuite prévenus par l'amputation. L'état satisfaisant du malade, l'absence de troubles généraux dans ses fonctions n'en ont point imposé au célèbre chirurgien, qui a fort bien expliqué ces circonstances favorables par l'intégrité même des téguments. En effet, nous avons déjà vu par plusieurs exemples que les choses se passent bien autrement lorsqu'il existe des ouvertures, des trajets fistuleux qui communiquent avec la cavité articulaire. L'amputation de la jambe fut donc pratiquée, et le jeune malade guéri en peu de temps.

L'extrémité du membre est soumise à la dissection: l'abcès interne étant ouvert avec le bistouri, il s'en écoule un pus séreux et floconneux; cet abcès est multiloculaire; plusieurs tendons primitivement dénudés sont recouverts d'une matière fongueuse que l'on enlève aisément avec le dos du bistouri. Les cartilages articulaires sont détruits, les extrémités du péroné, du tibia et de l'astragale, cariées. L'abcès externe contient du pus de même nature, mais en petite quantité. La justesse du diagnostic était donc complètement démontrée; l'amputation n'aurait pu être épargnée au malade sans compromettre ses jours.

3° On compte aussi parmi les indications qui réclament l'amputation la *carie ancienne*, fournissant matière à une suppuration abondante, soit qu'elle siège aux extrémités articulaires des os, soit qu'elle affecte leur centre, et la *nécrose* également ancienne, profonde et accompagnée d'une suppuration trop abondante. La carie des surfaces articulaires n'exige fort souvent que la simple résection de celles-ci; nous verrons ailleurs dans quelles circonstances. Quant à la nécrose, on pense bien que ce n'est que dans des cas particuliers qu'elle devient une indication à l'ablation d'un membre, dans celui, par exemple, où elle affecte toute l'épaisseur d'un os long. En voici un exemple.

OBS. VI. — *Carie ancienne*. — *Nouvel abcès*. — *Amputation*. — *Guérison*. — Un tailleur d'habits, âgé de quarante-neuf ans, d'une constitution lymphatique des plus marquées, avait eu dans sa première jeunesse un vaste abcès scrofuleux à la partie moyenne de la jambe, dont il portait des traces évidentes. Depuis il avait toujours joui d'une bonne santé. Vers la fin de 1829, ce même membre s'enflamma, et malgré un traitement antiphlogistique actif, le pus se forma, se ramassa en foyer, et fut évacué par un homme de l'art. La plaie ne faisant pas de progrès vers la guérison, le malade entra à l'Hôtel-Dieu dans les premiers jours de novembre de la même année. Une vaste perte de substance existait à la partie antérieure et externe de la jambe; une suppuration fétide, et surtout l'exploration à l'aide d'un stylet, firent bientôt reconnaître la nature du mal. Il était évident que l'abcès, au lieu de constituer la maladie principale, n'avait été que le symptôme d'une carie ou d'une nécrose. Après avoir apprécié autant que possible l'étendue de l'affection, on proposa au malade l'amputation comme l'unique voie de salut. En attendant, celui-ci ayant fait un effort pour rapprocher de son lit la table de nuit, le tibia se trouva fracturé au milieu même du siège du mal. A cette époque, les symptômes généraux étant trop intenses, on s'occupa d'abord de les calmer.

L'opération est pratiquée le 12 décembre. M. Dupuytren

examine de nouveau le malade avec soin, et ne pense pas que la mortification de l'os s'étende assez haut pour obliger à faire l'amputation au-dessus du genou. La dissection du membre amputé fait voir une nécrose mêlée de carie du tiers moyen du tibia, dont elle avait frappé presque toute l'épaisseur.

4° La *gangrène* ou *sphacèle* forme aussi une des indications les plus positives des amputations. Mais avant de se prononcer, il est de la plus haute importance de bien déterminer quelle est la cause et la nature de cette gangrène; et de l'appréciation de l'étiologie de la maladie résultera la solution de cette question si fortement controversée parmi nos devanciers, savoir, s'il faut ou non, dans tel cas donné, attendre que les progrès de la mortification soient arrêtés, que les limites en soient établies. Ainsi lorsqu'une lésion traumatique est la cause de cet accident, lorsqu'il dépend de l'attrition des parties, de l'étendue des désordres locaux, de la rupture d'une artère, ou de la division de la veine et des nerfs principaux du membre; lorsqu'enfin la mortification ne semble pas se rattacher à une lésion générale, à une cause interne ou cachée, nul doute que l'amputation ne doive être pratiquée sans temporisation. Si au contraire elle reconnaît pour cause, ainsi qu'il arrive souvent, l'oblitération complète ou incomplète de l'artère ou de la veine principale du membre, soit par des ossifications de la première, soit par des obstructions mécaniques de la cavité de l'une ou de l'autre, l'amputation ne saurait l'empêcher de s'étendre ni borner ses ravages. Tels sont les cas de gangrène dite *sénile*, et appelée avec bien plus de justesse par M. Dupuytren *gangrène symptomatique*.

OBS. VII. — *Passage d'une roue pesante sur la jambe*. — *Fracture comminutive du fémur*. — *Amputation différée*. — *Gangrène*. — *Mort*. — Un homme de trente-six ans tomba, étant ivre, sous la roue, large et pesante, d'une voiture chargée de moellons, qui lui passa sur la cuisse. Le fémur fut brisé comminutivement, mais sans aucune altération des téguments. Il se développa instantanément une énorme tuméfac-