

tion, et une inflammation violente. Le malade fut aussitôt apporté à l'Hôtel-Dieu; le membre était froid. L'amputation fut immédiatement proposée, mais le malade s'y refusa obstinément, et l'on dut se borner à réduire la fracture et à placer le membre dans l'appareil de M. Dupuytren. Il survient du délire, et le malade sans cesse agité dérange à tout instant l'appareil. Des phlyctènes apparaissent au pied, la gangrène s'y déclare, s'étend à la jambe, puis à la cuisse, et ne paraît pas devoir borner là ses progrès. Le malade est dans un état de faiblesse très grande, le pouls petit et fréquent, le délire continu, et l'on est obligé de faire usage de la camisole de force; le ventre est tendu, douloureux, le foie paraît engorgé et dépasse les côtes; la peau a une teinte ictérique très prononcée; il y a du dévoisement. Que faire, dit M. Dupuytren, dans des circonstances aussi fâcheuses? Faut-il ou non amputer, et l'amputation présente-t-elle encore quelque espoir de sauver ce malheureux? La gangrène, il est vrai, n'est pas bornée, et les auteurs ont établi en précepte général de n'avoir recours à l'amputation qu'une fois ses progrès arrêtés. Juste dans beaucoup de cas, ce précepte ne saurait s'appliquer ici; la gangrène reconnaît évidemment pour cause la fracture et les désordres qui l'accompagnent. Loin, par conséquent, d'être une contre-indication à l'amputation, elle en démontrerait bien plutôt l'urgence; mais la situation presque désespérée du malade, la tension du ventre, la tuméfaction et l'engorgement des parties molles de la cuisse, dans lesquelles du sang est infiltré en grande quantité, la crainte que le contact de l'air n'augmente encore la violence de l'inflammation, tous ces motifs suffisent pour justifier notre hésitation.

Cependant, quelque légère amélioration se manifesta: le ventre devint moins tendu, la teinte ictérique moins prononcée; la gangrène fixa ses limites. Le malade demande avec instance l'amputation pour être débarrassé d'un membre dont l'odeur infecte lui est insupportable. Malgré cette faible amélioration, la gravité de l'affection et du pronostic reste la même; néanmoins quelques faibles lueurs d'espérance décident M. Dupuytren à l'opération, qui est pratiquée le 25 avril.

Il est inutile d'ajouter que le malade ne tarda pas à succomber. Ce fait démontre d'une manière bien patente combien l'amputation immédiate était urgente, et, en mettant à part les chances toujours incertaines d'une opération aussi grave que celle de l'amputation de la cuisse, on peut dire que le refus obstiné du malade lui a coûté la vie.

Il n'est pas rare de voir la gangrène se déclarer sur un membre fracturé par l'effet de la compression d'un bandage trop fortement serré que l'on a laissé à demeure pendant plusieurs jours de suite. Dans ces cas, la cause en est encore toute locale, parfaitement connue, et l'amputation de rigueur, lorsque tous les autres moyens ont été vainement employés pour en arrêter les progrès. Plusieurs faits de cette nature se sont offerts à notre observation dans les salles de M. Dupuytren.

OBS. VIII. — *Bandage trop serré. — Sphacèle. — Amputation.* — Au mois d'octobre 1832, un homme affecté d'une simple fracture du cubitus, et chez lequel un bandage trop serré, appliqué par un chirurgien de la ville, était resté trois ou quatre jours sans être renouvelé, eut l'extrémité supérieure frappée de mortification. Le sphacèle s'était emparé des doigts, de la main, de l'avant-bras, qui étaient froids, violacés, chargés de phlyctènes, d'une insensibilité complète. Le traitement le plus énergique échoua, et il fallut sans délai enlever l'avant-bras, car le sphacèle allait s'emparer de l'articulation du coude et du bras, et le malade paraissait déjà plongé dans cet état fâcheux d'étonnement et de stupeur que l'on remarque si souvent chez les individus affectés de cette grave complication; l'amputation fut pratiquée dans l'articulation du coude par un procédé d'une rapidité étonnante, que nous décrirons plus loin.

5° Les ostéosarcomes, le spina-ventosa, les tumeurs dites fongueuses lymphatiques qui ont leur siège dans le périoste, les cancers, les fungus hématodes, les kystes hydatiques, développés dans l'intérieur des os et dans les articulations, exigent très fréquemment l'amputation; le cancer, lorsqu'il est large, immobile, qu'il s'étend au-delà des téguments, qu'il

comprend les aponévroses, les muscles, les vaisseaux les nerfs, ou enfin, et à plus forte raison, s'il pénètre jusqu'aux os; le fungus hématode, lorsqu'il n'est pas possible de l'extirper en totalité, dès qu'il a envahi une certaine épaisseur du membre; les ostéosarcomes, s'ils embrassent toute l'épaisseur ou une partie plus ou moins considérable de l'épaisseur d'un os long, ou si, ayant leur siège aux extrémités articulaires, ils ont attaqué à la fois les deux surfaces de l'articulation, et produit de graves désordres dans les parties molles et une suppuration fort abondante. Quant aux kystes hydatiques, leur ouverture offre souvent des dangers imminents; la mort en a été quelquefois la suite, et lors même que les malades guérissent, leur guérison n'est obtenue qu'à travers des accidents inflammatoires graves: de là quelquefois la nécessité d'amputer. Mais cette nécessité devient bien plus absolue par la dégénération de la tumeur, sa transformation en un tissu lardacé, transformation dont l'observation XI^e nous donnera un exemple.

OBS. IX. — *Tumeur carcinomateuse à la partie inférieure de la cuisse. — Amputation de la cuisse. — Mort. — Autopsie.* — La nommée Boissuat, fermière, âgée de soixante ans, entra à l'Hôtel-Dieu le 20 avril 1833. Cette femme, d'un tempérament sanguin, un peu détérioré, sans énergie morale, portait à la partie inférieure externe et postérieure de la cuisse gauche une tumeur du volume de la tête d'un enfant de deux ans, circonscrite, immobile, douloureuse, sans changement de couleur à la peau, légèrement adhérente, et parcourue par des veines volumineuses. Cette tumeur avait été aperçue par la malade trois ans auparavant; mais, à cette époque, elle n'avait que la grosseur d'un petit œuf. Elle était alors mobile, indolente; mais elle avait pris progressivement un volume plus considérable, et des douleurs lancinantes s'y étaient fait sentir, surtout depuis deux mois. La marche, long-temps gênée, était récemment impossible, tant par la souffrance dont elle était devenue accompagnée que par l'empêchement mécanique que la tumeur apportait à la flexion de la jambe sur la cuisse.

Cette maladie n'avait pas été complètement abandonnée à

elle-même: des sangsues, des vésicatoires avaient été appliqués. Un médecin de province avait proposé l'extirpation, qui fut refusée par Boissuat à une époque où les symptômes, moins avancés, permettaient encore de tenter ce moyen de guérison. Après avoir fait connaître ces détails, elle ajouta que sa mère avait succombé à une affection cancéreuse de la partie supérieure et externe de la cuisse gauche; ses frères et sœurs, ses enfants, n'ont jamais présenté aucun symptôme de cette lésion.

Le volume énorme de la tumeur, sa proximité de vaisseaux volumineux, l'incertitude où l'on était sur son point d'origine et sur l'état du fémur, la plaie énorme que devait laisser son ablation, décidèrent M. Dupuytren à pratiquer l'amputation de la cuisse. Elle fut faite le 26 août 1833 par la méthode ordinaire; car la tumeur remontait très haut, et on voulait conserver la portion du tégument qui correspondait à sa partie supérieure. M. Dupuytren incisa circulairement la peau, qu'il disséqua en la relevant, puis il fit la section des muscles jusqu'à l'os. Celui-ci fut promptement scié; des vaisseaux furent liés; tout le sang parut cesser de couler. On rapprocha les parties molles avec une bande roulée appliquée sur la cuisse, puis on plaça des bandelettes agglutinatives par dessus, et enfin la capeline ordinaire. M. Dupuytren ne se conforma pas cette fois au précepte qu'il a établi de laisser une demi-heure à une heure d'intervalle entre le moment de l'opération et celui du pansement. La malade fut rapportée dans son lit; le membre fut placé sur un oreiller peu élevé; on donna du tilleul sucré léger pour boisson. Au bout de deux heures, on s'aperçut que le sang suintait à travers l'appareil; il fut laissé en place; l'écoulement continua, mais très peu abondant jusqu'au soir, où il cessa alors complètement, ce dont on put s'assurer par la dessiccation de l'appareil.

La journée fut du reste paisible, mais la nuit sans sommeil. Le lendemain matin, la malade, jusqu'alors très abattue, avait un peu de réaction; le pouls était développé, régulier; la peau chaude sans âcreté. La seconde nuit fut meilleure que la première; l'opérée dormit plusieurs heures. Le 28,

elle était retombée dans un affaissement moral très marqué. Le soir, il survint un frisson qui dura une demi-heure, et pendant lequel la peau devint froide; un tremblement agitait tous les membres. Ce frisson fut suivi d'une réaction annoncée par le développement du pouls, la chaleur et la sueur. Il y eut peu de sommeil pendant la nuit.

Le 29 au matin, il se manifesta un nouveau frisson plus long avec des phénomènes plus sensibles encore; il fut également suivi d'une réaction qui, après avoir cessé, laissa la malade dans un état d'affaissement considérable: le pouls était petit, la face abattue, les yeux éteints, les narines pulvérulentes, la langue blanchâtre. La mort arriva le 30, à cinq heures après midi, sans nouveau frisson.

L'autopsie fut faite trente-six heures après la mort. Le cadavre était peu émacié; le moignon présentait une large surface noirâtre, au fond de laquelle l'os était complètement caché; il n'y avait aucune trace de travail de réunion des parties molles; toutes les ligatures étaient encore appliquées.

Une incision ayant été faite suivant la longueur du moignon sur le trajet des vaisseaux, on constata que la veine et l'artère fémorales avaient été comprises dans une seule et même ligature; la veine parfaitement saine dans son tissu, ne renfermait pas de caillots; le calibre de l'artère était rempli par un caillot cylindrique de deux pouces et demi de longueur, diffusant du côté du cœur, et terminé en bas immédiatement par une surface perpendiculaire à sa longueur, sur le point où avait porté la ligature; ce caillot adhérait peu à la surface interne de l'artère, c'est à peine si à sa partie inférieure il avait contracté une légère adhérence; il était homogène pour la consistance dans toute sa longueur; mais sa couleur noire devenait d'un rouge clair au point correspondant à la naissance des deux artères qui partaient de l'artère fémorale près de son extrémité dans le point correspondant au caillot. Celui-ci ayant été enlevé, on trouva la surface interne de couleur rouge claire, avec quelques stries transversales. Le tissu artériel était sain au point correspondant à la ligature; la membrane interne était rompue, la moyenne et l'ex-

térieure n'avaient pas été divisées; au-delà du point où avait porté la ligature, le tissu artériel était noirâtre, ramolli; le tissu cellulaire sain. L'artère profonde offrait un caillot d'un pouce de longueur, renflé à sa partie inférieure, terminé par un prolongement filiforme; en haut, on voyait trois collatérales dans le point qui lui correspondait, l'une à un demi-pouce de sa base, l'autre à son extrémité, enfin la troisième un pouce au-dessus; c'est entre ces derniers qu'existait l'espèce de queue signalée.

Le nerf sciatique n'était pas infiltré de sang dans le tissu cellulaire qui l'entoure. Il existait une infiltration purulente dans le tissu cellulaire qui sépare les muscles postérieurs de la cuisse; le pus, de couleur jaune verdâtre, était en petite quantité, mais remontait jusqu'à trois pouces au-dessus de la surface du moignon. Les muscles eux-mêmes ne présentaient aucune altération. Le périoste était décollé du fémur dans l'étendue de deux lignes sur son bord interne, ailleurs il le recouvrait; on pouvait les séparer facilement l'un de l'autre. Là où, sur le bord interne, se bornait la dénudation existait une ligne de démarcation très manifeste, au-delà de laquelle le périoste était recouvert par la membrane puogénique étendue sur toute la plaie; le périoste était adhérent au fémur dans sa partie supérieure; l'articulation coxo-fémorale ne renfermait pas de pus.

Tous les organes intérieurs furent examinés avec le plus grand soin; ils ne présentaient aucune trace d'altération, à l'exception du foie, où l'on apercevait deux petites tumeurs superficielles du volume d'un pois qui nous ont paru être formées de matière sanieuse non ramollie.

La tumeur de la cuisse pour laquelle l'amputation avait été pratiquée fut disséquée par M. Dupuytren lui-même; elle était double et se prolongeait en arrière jusque dans le creux poplité. Cette tumeur n'était pas sous-cutanée, mais placée au-dessous des muscles de la partie interne et postérieure de la cuisse, avec lesquels elle avait contracté d'intimes adhérences. Les vaisseaux et les nerfs poplités lui étaient exactement accolés; elle recevait de l'artère des branches volumineuses;

elle était complètement indépendante de l'os, et n'atteignait pas l'articulation; un tissu carcinomateux, ecchymosé en quelques points, ramolli dans d'autres, la formait en entier. Cette masse était entourée d'une enveloppe fibreuse, assez résistante, qui l'isolait de toutes parts; mais les adhérences qu'elle avait contractées avec les muscles, les vaisseaux et les nerfs, auraient rendu son extirpation difficile, dangereuse; et celle-ci aurait laissé une plaie trop vaste pour pouvoir en espérer la guérison; l'amputation seule avait quelques chances de succès (1).

OBS. X. — *Fongus ulcéré autour de l'articulation tibio-tarsienne gauche. — Amputation de la jambe à lambeau. — Mort le cinquante et unième jour.* — Brisson, ouvrière en linge, âgée de quarante-trois ans, mère de trois enfants, de taille moyenne, de constitution un peu lymphatique, toujours réglée, éprouva quelques douleurs autour de l'articulation tibio-tarsienne gauche dans le commencement de l'année 1833; il y survint bientôt du gonflement; six semaines se passèrent pendant lesquelles le mal fit des progrès. La malade entra alors à l'Hôtel-Dieu, où elle fut couchée salle Saint-Jean, n° 32. Elle présentait alors une tuméfaction assez considérable près de la malléole interne du pied gauche, accompagnée de rougeur à la peau et de douleur dans le membre. Des sangsues autour de l'articulation, des applications émollientes, n'empêchèrent pas la formation d'une collection liquide, qui se fit jour au dehors, près de la malléole interne; ce liquide n'était pas du pus jaune et bien lié, mais une matière sanieuse, granuleuse; la peau, qui s'était décollée, se perfora, et il se forma un ulcère de la largeur d'une pièce de quarante sous, à fond proéminent et fongueux, environné d'une peau rouge livide. Une seconde collection se montra au-dessus de la première, suivit la même marche, et donna lieu à un ulcère de même nature. Les lotions chlorurées ne purent détruire leur caractère fongueux. Le fer rouge fut appliqué. La cautérisation fut profonde,

(1) Observation recueillie par M. Brun.

mais à la chute des escarres, on trouva une surface fongueuse, semblable à celle qui existait auparavant. Peu de temps après, toute l'articulation se tuméfia; on sentit de l'empâtement en avant et autour de la malléole externe; les douleurs devinrent très vives. Il se forma sur la fesse gauche, puis ensuite sur la fesse droite, deux petits abcès, qui tous deux furent ouverts avec le bistouri. Le premier resta fistuleux; le second, après avoir fourni du pus pendant longtemps, se cicatrisa. Enfin l'amputation fut jugée nécessaire par M. Dupuytren; mais comme la malade parla d'anciennes maladies syphilitiques, on tenta d'abord la guérison par un traitement antisiphilitique mercuriel et sudorifique. Il fut fait pendant trente jours sans avoir produit aucune amélioration. M. Dupuytren présenta cette malade à M. Græfe, de Berlin, qui pensa comme le chirurgien de l'Hôtel-Dieu, que l'amputation était le seul moyen de conserver la vie de cette malade. Le 4 septembre 1833, elle fut conduite à l'amphithéâtre, et M. Dupuytren suivant le désir de M. Græfe, se disposa à pratiquer l'amputation de la jambe en faisant un lambeau postérieur. La malade fut placée sur le bord d'un lit; un aide comprimait l'artère crurale sur le pubis; un second soutenait la jambe mise dans l'extension; un troisième maintenant le genou, prêt à relever le lambeau. M. Dupuytren, placé au côté interne du membre qu'il devait amputer, porta la pointe d'un couteau inter-osseux quatre travers de doigt au-dessus de la tubérosité du tibia, le plus près possible du bord interne de cet os; il plongea son instrument dans la chair de la partie postérieure de la jambe, en rasant le plus près possible les deux os, et il vint sortir au côté externe de la jambe, sur le bord du péroné, et à la hauteur à laquelle il avait piqué au dedans. Il porta alors son couteau au bas, derrière les deux os de la jambe, et après lui avoir fait suivre un trajet de cinq pouces, il dirigea son tranchant en arrière, et tailla carrément un lambeau postérieur; un aide le releva aussitôt; il ne s'écoula pas de sang artériel, mais seulement un peu de sang veineux. M. Dupuytren porta alors le talon de son couteau sur le

côté externe du membre, là où était la base du lambeau, et, le tirant à lui, il incisa la peau de la partie antérieure de la jambe et une partie des muscles antérieurs; parvenu au côté interne, à la base du lambeau, il reprit alors le membre, comme dans l'amputation circulaire; le couteau porté en arrière, son talon sur le péroné, pénétra par sa pointe dans l'espace inter-osseux, incisa les muscles sur le tibia et le péroné, contourna le tibia, et arriva sur son bord interne; puis appliquant le talon du couteau en avant sur le péroné, il pénétra ensuite dans l'espace inter-osseux, coupa les muscles de cet espace, dégagea le tibia en haut par un petit coup suivant l'axe du membre, et revint sur la face interne du tibia, ayant ainsi décrit un véritable 8 de chiffre. Une bande à trois chefs, dont le moyen fut dirigé d'arrière en avant, entre le tibia et le péroné, servit à reporter les chairs en haut. M. Dupuytren divisa alors l'angle saillant du tibia, coupa les portions musculaires ou aponevrotiques qui existaient encore sur les os, et prenant une scie mince de la main droite, il abattit d'abord l'angle du tibia; puis sciant circulairement, il coupa les deux os. L'aide qui tenait la jambe n'ayant pas placé le membre suffisamment en dedans au moment de la section des os, le tibia fut scié avant le péroné, qui s'éclata un peu au moment où on termina sa section. L'amputation était terminée.

En examinant le moignon, on vit que le péroné était scié un peu plus haut que le tibia, et que le lambeau fourni par la chair de la partie postérieure de la jambe était bien suffisant pour recouvrir les surfaces osseuses. On lia de suite les quatre artères principales, et la malade ne fut transportée dans un lit pour être pansée que trois quarts d'heure après. Pendant ce temps, on examina le membre amputé, et on put se convaincre du désordre qui existait dans la partie malade. On trouva, en effet, tout autour de l'articulation tibio-tarsienne une matière fongueuse de couleur jaunâtre, molle, un peu vasculaire, qui formait le fond des ulcères qui existaient près de la malléole interne. Cette matière avait envahi les parties fibreuses qui maintiennent l'articulation; la membrane sy-

noviale elle-même ne pouvait être distinguée jusqu'au point où elle arrive sur les surfaces articulaires. Celles-ci étaient saines, de couleur blanche, sans décollement, près de la malléole externe; une portion de cette matière fongueuse était plus ramollie, et aurait promptement donné lieu à un ulcère semblable aux deux qui existaient en dedans. La peau était déjà rouge et amincie; dans le point qui lui correspondait, on trouva une seconde collection de matière sanieuse plus liquide encore, tout-à-fait isolée entre le tendon d'Achille et l'articulation. Au-dessus de l'articulation tibio-tarsienne, il y avait du pus dans la gaine des tendons des muscles extenseurs des orteils. Les os étaient sains.

Trois quarts d'heure après, la malade fut pansée, les vaisseaux qui fournissent du sang furent liés; le lambeau fut porté en avant et maintenu en place avec des bandettes agglutinatives et une capeline. Il ne survint aucun accident nerveux ou hémorrhagique; c'est à peine si les jours suivants il y eut un peu de fièvre. Le sixième jour, on leva l'appareil extérieur; le huitième, on pansa à fond: le lambeau paraissait réuni dans une grande partie de son étendue; quelques pointes de ses bords seules fournissaient un pus de bonne nature. Au second pansement, on s'aperçut que la peau qui recouvre le tibia en avant était décollée, et qu'il se faisait là une petite collection purulente. De légères pressions avec une éponge, une compression méthodique avec le bandeau, parvinrent à recoller la peau en peu de jours. Mais une autre collection se fit jour près de l'angle externe de la plaie, là où étaient les ligatures réunies. Cette collection fournit du pus pendant près d'un mois, jusqu'au 20 octobre, époque à laquelle se détacha la dernière ligature; toutes les autres étaient tombées successivement à partir du huitième jour. Le moignon paraissait sur le point d'être complètement cicatrisé, lorsqu'il se forma à la partie moyenne de la cicatrice de réunion un point de suppuration comme ulcéreux. La suppuration, d'abord de bonne qualité, devint bientôt sanieuse. La malade, qui mangeait alors le quart de portion, perdit l'appétit. Il survint un peu de dévoisement. La peau

était sèche ; la langue rouge. On supprima les aliments ; on donna des boissons adoucissantes et quelques lavements émollients. La malade resta dans cet état pendant cinq ou six jours. Elle eut alors un peu de délire sans fièvre marquée. Le dévoiement, peu abondant, persistait ; le moignon fournissait toujours un pus sanieux. La langue se sécha ; le pouls devint un peu plus fréquent, surtout le soir ; la malade ne se plaignait d'aucun point douloureux. Le siège était à peine excorié. Enfin tous ces accidents allèrent en augmentant, et elle succomba le 15 novembre, cinquante et unième jour après l'opération.

Son *autopsie* fut faite le lendemain : on trouva l'extrémité du tibia baignée d'un pus sanieux peu abondant ; le reste de la plaie était réuni ; les vaisseaux artériels et veineux étaient sains ; le caillot artériel complètement absorbé ; le bout de l'artère cicatrisé, et son calibre diminué d'une étendue de trois pouces jusqu'aux premières collatérales, un peu volumineuses. Les veines ne présentaient aucune trace d'inflammation. Les cavités splanchniques ayant été ouvertes, on trouva dans la poitrine, du côté droit, en avant, entre la plèvre costale et la plèvre pulmonaire, une collection circonscrite formée par de l'albumine. Il y avait là près d'une once de liquide ; le poumon droit était sain ; le poumon gauche était affecté dans sa partie postérieure et moyenne, qui était infiltrée, rouge, ramollie, cédant facilement à la pression du doigt.

Le gros intestin était rouge, enflammé, sans ramollissement ni ulcération dans toute sa longueur.

Tous les autres organes étaient sains (1).

OBS. XI. — *Kystes hydatiques du poignet*. — *Dégénérescence lardacée*. — *Amputation*. — Un homme de trente ans, grêle et d'une taille élevée, entra à l'Hôtel-Dieu vers le commencement de 1830, portant depuis dix-huit mois, disait-il, à la face interne du poignet, une tumeur partagée en deux par les ligaments, et déjà très volumineuse. Il ne

(1) Observation recueillie par M. Brun.

pouvait travailler, et demandait à en être débarrassé. M. Dupuytren, MM. Breschet et Sanson, l'examinèrent tour à tour, et éprouvèrent au toucher la sensation du froissement produit par le passage des matières d'une partie de la tumeur dans l'autre, sensation analogue à celle que donnent, en s'entre-choquant, les anneaux d'une petite chaîne, et à l'oreille, un cliquetis ou plutôt un bruissement léger, mais bien distinct. Les symptômes de la division de la tumeur en deux parties distinctes, le défaut de changement de couleur à la peau, son mode d'accroissement, constituaient bien les signes propres aux tumeurs dites hydatiques. Des douleurs qu'il éprouvait aux genoux et que l'on combattait comme rhumatismales, et une paralysie incomplète des extrémités inférieures, que l'on attribuait à une lésion de la moelle épinière, puis les blessés de juillet ayant attiré plus spécialement l'attention et les soins des chirurgiens, ce malade resta plus de sept mois à l'hôpital sans qu'on s'occupât de sa tumeur. Cependant ses instances réitérées pour en être débarrassé engagèrent M. Sanson à en faire l'incision. Mais à cette époque on ne trouva plus ni froissement ni bruissement. L'incision ne donna issue à aucun liquide, à aucun corps opalin ; les parties étaient dégénérées en tissu lardacé. Aucun soulagement ne suivit l'opération. Au bout de deux mois, la tumeur s'était considérablement accrue, et sa dégénération influait d'une manière fâcheuse sur la santé générale du malade. Il ne restait d'autre ressource dans un tel cas que l'amputation, qui fut pratiquée le 19 janvier 1831.

6° *L'anévrisme* est quelquefois compliqué de désordres tels, que l'on ne peut espérer la guérison par les moyens ordinairement usités, et qu'il faut recourir à l'amputation. Ces cas sont néanmoins fort rares aujourd'hui, grâce aux progrès de l'art. Ce parti extrême est indiqué lorsque les parties environnantes sont trop profondément altérées pour que la ligature offre la moindre chance de succès, lorsqu'il existe des ossifications de l'artère au-dessus desquelles la ligature ne peut être portée, lorsque, par cette cause ou par suite de gangrène, il survient des hémorrhagies consécutives, etc.

7° L'amputation est-elle un remède efficace contre le *tétanos traumatique*? Nous vous avons exposé notre opinion sur ce sujet, dit M. Dupuytren, en traitant des blessures par armes à feu. Nous vous avons démontré combien étaient erronées les idées émises par des maîtres célèbres, et vaines les espérances que l'on fondait sur ce moyen. La *morsure d'animaux enragés* est aussi, pour quelques personnes, un cas d'amputation. Tout récemment, un chirurgien de Londres n'a pas reculé devant l'idée d'enlever le bras d'un individu qui avait été mordu à la main : celui-ci n'en est pas moins mort hydrophobe. Il serait peut-être tout au plus permis d'y songer si la morsure existait sur une partie de peu d'importance, à un doigt, par exemple, ou à un orteil, et encore faudrait-il arriver assez tôt pour que l'absorption du virus ne fût point encore opérée.

8° Il nous est arrivé bien souvent, dit M. Dupuytren, dans le cours de notre longue pratique, d'être sollicité à pratiquer des opérations sanglantes, et entre autres des amputations, sur des personnes affectées de difformités congéniales ou résultant de maladies antérieures, telles que des fausses articulations, des ankyloses, des adhérences, des déviations de membres, rétractions des doigts ou des orteils, etc. Quelquefois nous avons cédé à leurs instances; plus souvent nous nous y sommes refusé; et voici par quelles considérations notre conduite a été dirigée dans l'un et l'autre cas. Un premier motif qui doit inspirer généralement aux praticiens la plus grande prudence, c'est qu'il est démontré par l'expérience que ces sortes d'opérations que nous avons, le premier, appelées *opérations de complaisance*, sont, toutes choses égales d'ailleurs, sous le rapport de l'importance des parties, bien plus fréquemment suivies d'accidents funestes que celles que réclament des maladies actuelles. On a vu plus d'une fois, et quelques exemples de ce genre ont eu lieu dans cet hôpital, de simples amputations de doigt ou d'orteil pratiquées pour une difformité quelconque, être suivies de tétanos, de délire nerveux, de gangrène, de symptômes généraux qui emportaient les malades au bout

de quelques jours. Ainsi, règle générale, le chirurgien ne doit se décider à opérer, dans ces sortes de cas, que lorsqu'il lui est bien prouvé qu'il y a nécessité absolue. Cette nécessité nous paraît se présenter toutes les fois, par exemple, que la difformité ou le vice de conformation met un malheureux dans l'impossibilité de pourvoir à son existence et à celle de sa famille, ou qu'il doit inévitablement résulter de la disposition des parties une affection consécutive qui rendra tôt ou tard l'amputation indispensable. Dans le premier cas, c'est un acte d'humanité qu'il nous paraît du devoir du chirurgien d'accomplir, si la constitution du sujet ou quelques circonstances que nous ne saurions prévoir, ne présentent pas d'ailleurs de contre-indications évidentes; dans le second, ce n'est qu'une opération anticipée, par laquelle on évitera au malade les chances d'une maladie consécutive. C'est par ces motifs, dit M. Dupuytren, que nous amputons les orteils dont les deux dernières phalanges sont plus ou moins fortement fléchies sur la première, c'est-à-dire dans un état de flexion permanente sur sa face plantaire. Cette difformité, tantôt congéniale, tantôt acquise, constitue en effet une véritable maladie, qui donne lieu quelquefois à de graves accidents, et elle est admise comme cause d'exemption du service militaire; la face dorsale de l'orteil ainsi fléchi, portant sur le sol, la marche est très pénible et très douloureuse; la peau qui le recouvre, s'irrite, s'enflamme, s'excorie, et il en résulte souvent la désorganisation des articles de la phalange ou la carie des os. Nous verrons plus loin par quel procédé M. Dupuytren pratique cette amputation.

OBS. XII. — *Difformité congéniale de la jambe droite.* — *Amputation.* — *Mort.* — *Autopsie.* — *Réflexions sur les dangers des opérations de complaisance.* — Un jeune homme âgé de vingt et un ans, tailleur de profession, d'une bonne constitution, portait à la jambe, du côté droit, le vice de conformation suivant : à leur extrémité inférieure, les deux os de ce membre se contournaient en dedans, et le pied était tellement renversé dans ce sens, que la face plantaire se