

La cicatrice qui résulte de l'opération est linéaire, fort peu étendue et toujours promptement formée. On n'a presque jamais à craindre les abcès axillaires fréquemment observés dans l'autre méthode. Enfin, bien qu'il ait beaucoup d'analogie par ses résultats avec celui de M. Larrey, il a encore sur celui-ci l'avantage de pouvoir être exécuté avec beaucoup plus de promptitude.

Le fait dont nous allons donner l'histoire justifie les considérations émises au sujet des procédés opératoires que nous venons de décrire.

OBS. XXVI. — *Carie de l'articulation scapulo-humérale. — Fistules. — Désarticulation du bras par la méthode à lambeaux. — Complication. — Mort.* — Un jeune homme de vingt à vingt-deux ans, cuisinier, éprouva, il y a six ans, une douleur sourde, de la gêne dans l'articulation de l'épaule droite. Le mal persista, les douleurs augmentèrent, et il avait beaucoup de peine à élever le bras, à le porter vers la tête, à soulever quelque chose. Mais depuis six ou sept mois la maladie a fait de grands progrès qu'il attribue à une intempérie prolongée à laquelle il a été exposé. A son arrivée à l'hôpital, les mouvements du bras, volontaires ou imprimés par une main étrangère, quelque légers qu'ils fussent, étaient impossibles à cause des douleurs horribles qu'ils déterminaient. Le malade éprouvait en outre des douleurs permanentes qui ne lui laissaient de repos ni jour ni nuit. Plusieurs foyers purulents s'étaient formés, et l'épaule était considérablement tuméfiée. Nous fimes aussitôt l'ouverture de l'abcès, et il s'en écoula une grande quantité de pus qui ne présentait pas néanmoins les caractères de celui qui provient d'os cariés. Serait-il seulement répandu autour de l'articulation, et celle-ci serait-elle intacte ? nous ne le pensons pas : nous sommes convaincu que les surfaces articulaires sont profondément atteintes par la carie ; mais il nous est impossible de dire si elle a borné ses effets à la tête de l'humérus, ou si elle les a étendus à la cavité glénoïdale, bien que nous soyons très porté à admettre cette dernière supposition. Quoi qu'il en soit, l'amputation de l'article est la seule ressource qui reste à ce

malade ; et de plus il y a urgence de la pratiquer le plus tôt possible, car il est d'une maigreur très considérable, la suppuration est fort abondante, il s'affaiblit de jour en jour, il est accablé par une fièvre continue très forte, et il réclame lui-même avec instance l'opération pour être délivré des douleurs atroces qu'il éprouve. Il est à remarquer que l'artère axillaire a été déplacée par le gonflement prodigieux des parties environnantes. L'opération offrira sans doute de grandes difficultés à cause des douleurs affreuses que le moindre mouvement du bras détermine ; il est probable que le malade aura des syncopes, et Dieu veuille qu'il ne succombe pas entre nos mains ou qu'il ne survienne pas quelque hémorrhagie dont nous ne puissions nous rendre maître.

Le jour fixé pour l'opération (3 juin 1833), on dirait le malade ranimé par l'espoir de toucher au terme de ses souffrances, l'aspect de sa physionomie est plus satisfaisant ; il est bien décidé à la supporter, et, sous le rapport moral au moins, il paraît dans des conditions favorables. Avant d'y procéder, M. Dupuytren examine les trois questions de savoir : 1^o lequel de ses deux procédés il choisira ; 2^o si, dans le cas où la tête seule de l'humérus serait atteinte par la carie, il devra se borner à en faire la résection ; 3^o quelle position il conviendra de donner au malade. Quant au procédé, il ne pouvait y avoir d'incertitude. Les téguments étaient intacts, et rien ne s'opposait à ce qu'il procédât par sa méthode de prédilection ; celle qu'il a constamment employée avec succès après les journées de juillet et de juin, qui lui a toujours le mieux réussi, et qui consiste, comme on le sait, à former deux lambeaux, dont l'un antérieur et l'autre postérieur. Nous avons déjà donné les motifs de sa supériorité sur toutes celles proposées jusqu'à ce jour ; mais nous devons ajouter qu'elle n'entraîne pas la nécessité de relever le premier lambeau, ce qui en simplifie encore l'exécution, et en outre, circonstance fort importante, qu'elle peut être appliquée dans les cas mêmes où l'on ne pourrait imprimer aucune espèce de mouvement au bras. Relativement à la deuxième question, M. Dupuytren ne pense pas que la simple

résection de la tête de l'humérus, dans le cas où elle seule serait affectée de carie, puisse remédier aux lésions existantes. Cependant, comme il lui sera facultatif de modifier l'opération suivant l'occurrence, il se réserve de le faire, s'il y a lieu; et c'est encore là un des avantages du procédé par lui adopté. Enfin il conviendrait assurément beaucoup mieux, pour l'opération, que le malade fût assis sur une chaise; mais son état de faiblesse et de souffrance exige qu'il soit couché sur un lit.

Après ces considérations, le malade, apporté à l'amphithéâtre, est soumis à l'opération, et montre beaucoup plus de résignation et de courage qu'on ne s'y attendait; à peine a-t-il fait entendre quelques gémissements pendant tout le temps de l'opération, qui, du reste, malgré les difficultés, a étonné les spectateurs par sa grande simplicité et son extrême rapidité. Aucune ligature n'a été faite avant qu'elle ne fût terminée; un aide instruit comprimait l'artère brachiale avec les doigts sur la clavicule; on avait acquis la certitude de l'efficacité de cette compression en s'assurant de la suppression totale des battements de ce vaisseau, avant de commencer l'opération, battements que le maître du sujet permettait de distinguer parfaitement. Un autre aide se tenait prêt à saisir et a saisi en effet à pleine main le dernier lambeau au moment où il fut détaché pour comprimer aussi le bout de l'artère avec le pouce. Il ne s'en est pas écoulé une seule goutte de sang. La ligature en étant faite, on supprime la compression, et il n'y a pas la moindre hémorrhagie par l'artère axillaire; mais un jet de sang très volumineux s'échappe par une artère du second ordre, dont le calibre avait été singulièrement augmenté par la maladie. On la lie aussitôt, ainsi que plusieurs autres artérioles, et le malade est reporté dans son lit.

La plaie n'a pas été pansée immédiatement. On sait que M. Dupuytren a pour habitude de laisser écouler une demi-heure, une heure et plus avant de procéder à ce pansement, afin d'être en mesure de s'opposer immédiatement aux hémorrhagies consécutives, s'il en survient, et de n'être pas

obligé pour cela, de lever l'appareil. Le pansement a été fait ensuite par deuxième intention: nous verrons plus loin, en traitant du pansement en général après les amputations, quels sont les principes de M. Dupuytren sur ce sujet.

Le malade repose une partie de la nuit suivante; le lendemain, il est calme et demande à prendre quelque nourriture: on lui accorde du bouillon coupé. Les douleurs sont fort peu intenses, et n'ont rien de comparable à celles qu'il éprouvait auparavant. Le cinquième jour, état satisfaisant; dans la nuit, léger dévoisement. On ne sait si on doit l'attribuer aux suites de l'opération, ou à des aliments qu'on lui aurait apportés du dehors la veille, jour d'entrée publique.

Le malade continue à bien aller pendant plusieurs jours encore, mais ensuite une série de maux est venue l'accabler à la fois. Le moignon de l'épaule n'a pas été pris d'une inflammation réactionnaire violente, mais le dévoisement a persisté et augmenté; des douleurs fortes se sont fait sentir aux testicules, le long des cordons spermatiques, et ont été suivies de signes manifestes de catarrhe de la vessie, puis d'une rétention d'urine et de besoins très fréquents d'uriner, occasionnant de très vives douleurs. Le malade a été sondé, et le liquide évacué était surchargé de matière purulente. Enfin il éprouva une oppression, une difficulté de respirer considérables. On a vainement combattu l'engorgement des cordons spermatiques par les antiphlogistiques, les sangsues, les cataplasmes, etc.; des foyers purulents se sont formés, il a fallu les ouvrir, et la suppuration y est abondante. Cette multitude de maux qui se sont adjoints à la maladie principale ont bientôt fait désespérer de la guérison de ce malheureux.

Voyez en effet que de causes de destruction agissent sur ce malade, que de nombreuses pertes il a à supporter! pertes par la suppuration de la vaste plaie qui résulte de l'amputation; par le dévoisement qui persiste et que nous ne pouvons arrêter; par la suppuration des foyers situés dans l'épaisseur des cordons spermatiques; enfin par la sécrétion purulente de la

vessie ! Et ce n'est pas tout , il est encore survenu une affection de la poitrine. Il est impossible qu'un homme , déjà si affaibli moralement et physiquement par de longues et cruelles souffrances, dont la constitution a reçu de profondes atteintes de la maladie elle-même , puisse résister à tant de maux. Il est tombé en effet tout-à-coup comme dans une sorte d'anéantissement , et il est mort le 27 juin , après deux jours d'agonie (1).

AMPUTATIONS ET DÉSARTICULATIONS DES MEMBRES ABDOMINAUX.

1^o Du gros et du petit orteil , dans la continuité du premier et du cinquième métatarsien. — L'amputation du gros orteil se pratiquait généralement dans son articulation métatarso-phalangienne. Ce procédé était suivi de plusieurs inconvénients graves : la tête du premier métatarsien formée , après l'opération , à la partie interne du pied , un angle très saillant qui rend fort difficile le recollement des lambeaux , et par conséquent la cicatrisation très longue à se faire. Mais , en outre , après la guérison , la chaussure n'étant plus soutenue par la continuité de l'orteil , presse plus fortement sur cette tête de l'os ; ou bien celle-ci heurte à chaque instant contre tous les objets que le pied rencontre ; de là une irritation sans cesse renouvelée , et souvent des excoriations très incommodes , permanentes , qui peuvent aller jusqu'à la désorganisation des parties molles et à la carie de l'os. Par ces motifs , M. Dupuytren , au lieu de désarticuler l'orteil , pratique l'amputation dans la continuité du premier métatarsien. On oppose à ce procédé , dit M. Dupuytren , et non sans raison , j'en conviens , l'utilité de la tête de cet os qui , après l'enlèvement de l'orteil , offre au métatarsé et à tout le pied un large point d'appui en dedans et en avant , et l'on a même avancé que son ablation entraîne toujours le renversement du pied en dedans. Certes , ce renversement est en effet un inconvénient ; et s'il était constant , comme on le dit , nous

(1) Observation recueillie par M. Brun.

n'hésiterions pas à rejeter notre manière d'opérer. Mais cela n'est point ; car , pour nous , nous ne l'avons jamais observé après les opérations de ce genre que nous avons faites. Dans tous les cas , s'il a lieu quelquefois , on doit se rappeler qu'il serait facile d'y remédier en faisant porter au malade une chaussure dont la semelle serait beaucoup plus épaisse en dedans qu'en dehors. Voici comment M. Dupuytren procède à cette opération :

Le malade étant couché sur un lit et assujéti par des aides , un lambeau interne est taillé aux dépens des chairs placées en dedans du premier métatarsien , par une incision supérieure et interne commençant derrière la tête du métatarsien , et finissant près de l'articulation du gros orteil , par une seconde incision tout-à-fait semblable , pratiquée à la face plantaire , et enfin par une troisième incision perpendiculaire aux deux premières , qui est faite à leur extrémité antérieure et qui les réunit. Le lambeau externe est formé par deux autres incisions , également dorsales et plantaires , faites entre le premier et le second métatarsien. Les lambeaux sont relevés , l'os est isolé et dénudé de ses chairs à sa partie antérieure jusqu'à une certaine distance derrière sa tête. Une attelle en bois étant glissée dans l'espace inter-osseux , afin de préserver les chairs de l'action de la scie , le premier métatarsien est divisé très obliquement de dedans en dehors et d'arrière en avant.

Le même procédé est applicable au cinquième os du métatarsé , si sa partie antérieure était cariée , ou s'il existait une maladie qui exigeât l'extirpation de la totalité de l'orteil.

L'affection qui nécessite le plus fréquemment l'amputation du gros orteil est une tumeur blanche avec carie de son articulation métatarso-phalangienne. Tantôt le mal est borné à la phalange de l'orteil ou à sa surface articulaire , tantôt il se prolonge sur la surface articulaire et même au corps du métatarsien , dont les cartilages sont quelquefois détruits. On conçoit donc que le mode opératoire que M. Dupuytren a adopté par élection et par des considérations physiologiques ,