

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 si l'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,

peut être quelquefois rendu indispensable par la nature des lésions. L'histoire du fait suivant, qui a offert quelques particularités intéressantes sous le rapport des phénomènes pathologiques et sous le rapport de l'opération, mérite d'être rapporté.

OBS. XXVII. — *Maladie de l'articulation du premier métatarsien avec la phalange du gros orteil. — Fistule et érysipèle phlegmoneux. — Enlèvement du gros orteil. — Amputation dans la continuité du premier métatarsien. — Guérison.*

— Une jeune fille de vingt ans environ, assez forte et assez bien constituée, était atteinte depuis plusieurs années d'une tumeur blanche à l'articulation du premier métatarsien avec la phalange du gros orteil. Plusieurs fistules existaient autour de cette articulation, qui était extrêmement tuméfiée, et fournissaient une grande quantité de pus de mauvaise nature. La peau qui la recouvrait était enflammée; les orifices fistuleux conduisaient jusque dans l'intérieur de l'article et dans ses environs; on sentait l'os à nu, rugueux, inégal et évidemment carié. La malade entra à l'Hôtel-Dieu dans les premiers jours de novembre 1829. M. Dupuytren lui proposa aussitôt l'amputation comme seul moyen de guérison; mais elle s'y refusa long-temps.

Sur ces entrefaites, un érysipèle phlegmoneux se déclara au pied, gagna la jambe, puis la cuisse, et se termina dans plusieurs points par une suppuration à laquelle on dut ouvrir plusieurs issues. Malgré l'amélioration obtenue par ces ouvertures et un traitement convenablement dirigé, il subsistait toujours une inflammation chronique, accompagnée d'un empâtement général du membre inférieur. Ces accidents avaient eu sans doute pour cause, du moins occasionnelle, la tumeur blanche de l'articulation. La malade se décida enfin à l'opération, et M. Dupuytren procéda le 24 novembre à l'enlèvement du gros orteil et à la résection du premier métatarsien par le procédé que nous venons de décrire.

L'opération fut faite en très peu de temps. Suivant l'usage général introduit à l'Hôtel-Dieu par M. Dupuytren pour toutes les opérations, la plaie ne fut pansée qu'une heure après.

On lia quelques vaisseaux qui fournissaient du sang; on rapprocha les lambeaux avec des bandelettes agglutinatives. Il est à remarquer que les chairs dont ils étaient formés n'étaient pas toutes exemptes d'altération, d'inflammation chronique et même d'un certain degré de dégénérescence lardacée. Cependant M. Dupuytren ne jugea pas à propos de les retrancher. Aucun accident nerveux, hémorrhagique ou inflammatoire, ne vint entraver la guérison. Le surlendemain, les restes de l'inflammation et de l'empâtement qui existaient à la cuisse et à la jambe étaient presque entièrement dissipés. La guérison était complète trente-quatre jours après l'opération.

Ainsi, vous remarquez dans ce fait, dit M. Dupuytren, un foyer de suppuration autour de la principale articulation de l'orteil, une carie de la première phalange, un commencement de dégénération carcinomateuse des parties molles environnant l'article et l'extrémité du premier métatarsien, enfin une inflammation phlegmoneuse consécutive que l'on ne saurait attribuer qu'aux progrès de la lésion primitive. Vous remarquerez encore que, loin d'exaspérer cette inflammation phlegmoneuse qui s'était emparée de tout le pied, de la jambe et même de la cuisse, la destruction du foyer de suppuration et de la carie l'a fait disparaître rapidement, et il est permis de croire qu'elle ne serait pas survenue si la malade eût consenti plus tôt à l'amputation. Quant à la conservation d'une certaine quantité de chairs malades que l'on a fait entrer dans la composition des lambeaux, la conduite de M. Dupuytren, dans cette circonstance, pourrait paraître de prime abord en opposition avec le principe généralement admis, et par lui si hautement proclamé dans les opérations en général, d'enlever tout ce qui paraît participer au mal. Mais d'abord il ne faut pas oublier qu'il n'y avait ici qu'un commencement de dégénérescence, et que si la transformation lardacée avait été complète, ces parties auraient dû nécessairement être enlevées; en second lieu, les principes les plus vrais, les mieux établis par les faits, ont leurs exceptions, et le chirurgien doit s'incliner devant l'expé-

rience. Déjà Moreau de Bar, M. Champion et d'autres chirurgiens qui se sont beaucoup occupés de résection, avaient reconnu que les chairs malades qui entourent les os cariés peuvent, par le seul effet de l'opération ou par le secours d'une médication appropriée, revenir à leur état naturel. M. Dupuytren a eu plusieurs fois l'occasion de constater lui-même ce fait important, et c'est ce qui l'a décidé à agir ainsi dans cette circonstance.

2^o *Des trois orteils du milieu.* — Nous rappellerons seulement, à l'égard de ces parties, que lorsque ces orteils sont affectés de maladies qui s'étendent jusqu'à leur articulation métatarso-phalangienne, M. Dupuytren leur applique le procédé suivant lequel il emporte les doigts médus et annulaire, lorsqu'il veut retrancher en même temps les têtes des os du métacarpe qui les supportent. Mais on avait établi en principe que, pour ces orteils, il vaut toujours mieux les amputer à leur articulation métatarso-phalangienne, que dans les articulations de leurs phalanges. Cette opinion n'est pas admise par M. Dupuytren, du moins pour la généralité des cas; il a observé que cette opération est suivie d'accidents souvent fort graves, qui peuvent même quelquefois devenir mortels. On peut en citer plusieurs exemples. Aussi y a-t-il renoncé, et, suivant la nature des lésions qui réclament l'amputation, ou il transporte celle-ci sur l'extrémité antérieure des métatarsiens, comme nous venons de le dire, ou il pratique la simple ablation de l'une des deux dernières phalanges. De cette manière, dit-il, on rend l'opération infiniment moins dangereuse, et les deux dernières phalanges étant ordinairement seules le siège du mal, elle suffit pour atteindre le but que l'on se propose.

C'est ainsi qu'il a modifié le traitement de la courbure ou rétraction permanente du second orteil, dont nous avons décrit les caractères ailleurs lorsqu'elle dépend de la mauvaise direction de ses deux dernières phalanges, et nullement d'une affection de l'aponévrose plantaire. Tous les efforts des gens de l'art pour obtenir le redressement de l'orteil ainsi dévié, avaient été jusqu'à présent sans résultat, et

ils n'avaient pas cru trouver un meilleur moyen de mettre un terme aux incommodités et aux souffrances des malades, que d'avoir recours à l'amputation de l'orteil en totalité, c'est-à-dire dans son articulation métatarso-phalangienne. Nous avons omis de dire que cette maladie, lorsqu'elle n'est pas congéniale, paraît dépendre principalement de l'usage des chaussures trop courtes et trop étroites, surtout chez les individus qui ont le second orteil d'une longueur démesurée, comme on en rencontre assez fréquemment.

Le procédé opératoire est le même que pour l'amputation des doigts dans leurs articulations phalangiennes, c'est-à-dire qu'au lieu de faire des lambeaux latéraux, comme pour l'amputation métatarso ou métacarpo-phalangienne, on pratique un lambeau inférieur à la face plantaire de l'orteil, et un lambeau supérieur pris sur sa face dorsale; mais de manière que le lambeau inférieur soit plus long et puisse s'appliquer sur la plus grande partie de la plaie. On conçoit que cette disposition a pour but d'éviter que la cicatrice soit foulée sur la semelle de la chaussure ou sur le sol, dans la marche ou dans la station.

3^o *Des cinq métatarses, dans leur articulation tarso-métatarsienne (amputation dite partielle du pied).* — Les chirurgiens du moyen âge amputaient isolément la partie antérieure du pied, afin de conserver au malade la faculté de marcher en s'appuyant sur le talon. Le procédé qu'ils employaient consistait à diviser les parties molles circulairement, et à scier ensuite toute l'épaisseur du tarse et du métatarse, comme on l'aurait fait pour le tibia ou le fémur. Chopart imagina de pratiquer l'amputation partielle du pied dans la seconde rangée du tarse, c'est-à-dire dans la ligne articulaire qui unit le calcanéum et l'astragale au cuboïde et au scaphoïde. Mais ni lui, ni ses imitateurs n'avaient calculé les graves inconvénients et les dangers que cette opération entraîne. Chacun sent combien il importe de ménager le plus qu'il est possible un organe aussi utile, aussi nécessaire que le pied. On sait que sa partie postérieure, formée par le talon et les os du tarse, présente une surface sur laquelle repose

principalement le poids du corps. Or, par la méthode de Chopart, c'est-à-dire par l'ablation d'une partie du tarse, on enlève au malade le point d'appui dont il a besoin pour la marche et pour la station; de sorte que tout le membre abdominal lui devient fort incommode et presque complètement inutile. Mais, en outre, les attaches des muscles jambiers antérieur et postérieur, antagonistes des jumeaux et du soléaire, se trouvant divisés, il en résulte un renversement considérable du pied en arrière. Enfin, M. Dupuytren a souvent observé des accidents inflammatoires et nerveux très fâcheux, survenus à la suite de cette amputation pratiquée sur des articulations d'un mécanisme fort compliqué et à surfaces très inégales. Telles sont les considérations principales pour lesquelles M. Dupuytren a complètement rejeté cette méthode et admis pour règle générale, 1^o que l'amputation partielle du pied dans les articulations tarso-métatarsiennes est infiniment préférable; 2^o que l'on doit porter l'instrument tranchant plus en arrière que lorsque la nature des lésions l'exige impérieusement.

Du reste, l'importance qu'il y a à conserver au pied le plus d'étendue possible, et les inconvénients d'une conduite contraire, paraissent avoir été compris très anciennement par les chirurgiens; car déjà ceux du moyen âge avaient imaginé d'emporter isolément sa partie antérieure; mais on rejeta avec raison les moyens barbares qu'ils employaient pour cette opération. Quant à l'amputation dans l'articulation tarso-métatarsienne, on en fait remonter l'origine jusqu'en 1720. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'elle a été exécutée par Percy en 1789, par Hey en 1799, et que M. Sanson, chirurgien en second de l'Hôtel-Dieu de Paris, l'a vu pratiquer, en 1813, par un chirurgien militaire, qui voulait et croyait opérer d'après la méthode de Chopart. Mais ce n'est que depuis 1815 qu'elle a été méthodiquement décrite et établie sur des règles fixes, qui sont généralement connues.

4^o *De la jambe.* — Pour l'amputation de la jambe, comme pour celle du bras, M. Dupuytren emploie de préférence et presque exclusivement la méthode circulaire. Le lieu où il

convient de la pratiquer n'est point abandonné au choix arbitraire de l'opérateur : la forme, la structure et les usages de cette partie l'indiquent impérieusement. C'est toujours au point de jonction du tiers supérieur de la jambe avec ses deux tiers inférieurs, qu'elle doit être pratiquée, si l'on veut conserver au moignon la mobilité que lui procurent les tendons des muscles fléchisseurs qui descendent jusque là. Mais il faut bien remarquer qu'il s'agit ici du lieu où l'on doit faire la section des os, et nullement de celui où il convient de porter l'instrument tranchant pour diviser les parties molles; cette distinction est applicable, du reste, à toutes les amputations. A la jambe comme au bras, à l'avant-bras et à la cuisse, le point où l'on devra pratiquer l'incision circulaire des téguments sera calculé d'après l'épaisseur des parties chez chaque malade. En général, c'est à deux pouces au-dessous du lieu où les os doivent être sciés, que la section des téguments doit être faite. Mais, toutes choses égales d'ailleurs, on doit conserver plus de peau dans l'amputation de la jambe que dans celle de la cuisse, parce que les muscles sont moins rétractiles, et que les chairs soutenues par deux os sont moins faciles à affaisser vers le centre du moignon.

La règle que nous venons d'établir est basée sur divers motifs : nous avons déjà parlé de la nécessité de conserver la mobilité du moignon. Mais, en outre, si l'on amputait au-dessus du lieu indiqué, on tomberait sur les vaisseaux poplités et sur l'articulation péronéo-tibiale supérieure; plus bas, on laisserait au moignon une longueur inutile et fort gênante pour la marche. Tout le monde est d'accord aujourd'hui sur les défauts et les inconvénients du procédé de Ravaton, consistant à amputer le plus bas possible et enfermer ensuite le moignon dans une bottine creuse et conique. Elle l'ulcère facilement et réduit les malades à garder le lit; ou, s'ils portent une jambe de bois, ils éprouvent des ébranlements douloureux et se heurtent contre tous les corps qu'ils rencontrent. Cependant les lésions de la jambe remontent quelquefois très haut, et alors, où il faut l'amputer au-dessus du point d'élection, ou amputer la cuisse à sa partie inférieure.

Ce dernier parti a beaucoup d'inconvénients : pour les éviter, on porte aujourd'hui la scie, suivant le procédé de M. Larrey, jusque dans l'épaisseur des condyles du tibia, et on emporte ensuite la portion restante du péroné. On doit avoir soin de respecter l'attache inférieure du ligament rotulien, afin que le malade puisse fléchir le genou et marcher sur une jambe de bois, qui est d'un usage beaucoup plus facile et plus sûr que le cuissard.

Le procédé opératoire tel que le pratique M. Dupuytren, se compose des temps suivants : 1° incision circulaire des téguments ; 2° section circulaire des muscles et autres parties jusqu'aux os ; 3° division des muscles et organes fibreux adhérents et inter-osseux ; 4° placement de la compresse à trois chefs ; 5° incision circulaire du périoste ; 6° enfin division des os par la scie.

Les chirurgiens se sont beaucoup occupés de trouver une *méthode à lambeaux* qui pût être appliquée à la jambe. Après avoir été imaginée par un opérateur anglais nommé Lowdham, en 1679, et décrite par Verduin, qui l'a fait connaître, elle a été successivement corrigée et modifiée par Garengéot, Lafaye et O. Halloran. Depuis long-temps les chirurgiens les plus habiles l'avaient proscrite de la pratique, lorsqu'un professeur à la faculté de Paris a cherché, mais en vain, il y a quelques années, à la faire revivre. M. Dupuytren n'en fait jamais usage, que nous sachions ; mais il a pensé qu'on pourrait exécuter un procédé qui consisterait à pratiquer 1° une incision verticale sur le bord du tibia, commençant un peu au-dessous du point où l'os doit être scié, et longue de trois pouces ; 2° une autre incision parallèle à celle-ci et divisant profondément toute l'épaisseur du mollet ; 3° enfin une troisième incision circulaire qui réunirait les deux précédentes par leur extrémité inférieure ; les lambeaux seraient ensuite relevés, et après la section des os, ramenés et réunis sur le moignon. C'est le procédé que M. Dupuytren enseignait autrefois à exécuter dans ses cours de manœuvres opératoires.

Nous avons vu, en parlant de l'amputation circulaire, en

général, que M. Dupuytren, différant sur ce point de beaucoup de chirurgiens distingués, coupe, en un seul temps et du même trait, les téguments et toutes les parties molles jusqu'à l'os. Nous avons dit que cette manière de procéder avait pour but d'éviter une dissection souvent longue et difficile de la peau, d'épargner des douleurs aux malades et d'abrèger l'opération. A tous ces avantages il faut en ajouter un autre bien plus grand encore, peut-être : celui de ne pas détruire les adhérences naturelles de la peau avec les parties sous-jacentes, et par conséquent de conserver intact son tissu cellulaire nourricier. Telle est, en effet, sa conduite dans toutes les amputations circulaires pratiquées sur des parties de membre qui sont pourvues d'un seul os, comme au bras et à la cuisse. Mais cette règle ne saurait être appliquée aux régions où il existe deux os parallèles. Aussi a-t-on dû remarquer dans la description que nous avons donnée de son procédé pour l'avant-bras et pour la jambe qu'il existe un temps de plus, c'est-à-dire que le professeur commence par faire isolément la section circulaire des téguments, qu'il les dissèque ensuite, et les fait relever dans une étendue plus ou moins grande. De plus, il a soin de diriger très obliquement de bas en haut la lame de l'instrument dans le second temps de l'opération, circonstance qu'il n'observe pas toujours dans l'amputation du bras et de la cuisse. C'est que, comme nous l'avons déjà dit, les muscles, à l'avant-bras et à la jambe, sont fort peu rétractiles, difficiles à isoler d'abord, et ensuite à affaisser au centre de la plaie ; c'est qu'enfin il est ici de la plus grande importance de ménager les téguments dans une étendue suffisante pour recouvrir exactement toute la plaie, sous peine de voir surgir des accidents consécutifs fort graves, ainsi que nous le verrons plus loin.

Pour atteindre ce but, c'est-à-dire pour avoir un cône de téguments et de chairs assez grand pour couvrir exactement la plaie, il faut ici, comme dans l'amputation de l'avant-bras, tenir la jambe dans une position demi-fléchie sur la cuisse, et celle-ci sur le bassin. Nous verrons ailleurs à quels

inconvenients on s'expose par l'infraction de ces règles.

Voici un cas d'amputation de la jambe, nécessitée par une série remarquable de lésions :

OBS. XXVIII. — *Fracture oblique de la jambe.* — *Contraction continuelle.* — *Accidents.* — *Amputation.* — Une femme âgée de soixante-six ans entra à l'Hôtel-Dieu pour une fracture oblique de la jambe droite, vers le tiers inférieur, compliquée de plaie qui communiquait avec le foyer de la fracture. Le désordre était peu considérable, et il n'existait d'autre complication que la plaie. On pansa la malade suivant la méthode adoptée depuis longues années à l'Hôtel-Dieu. La fracture réduite, plusieurs emplâtres de diachylon furent superposés l'un sur l'autre, et fermèrent la plaie en mettant ainsi le foyer de la fracture à l'abri de l'air extérieur; le membre fut placé en demi-flexion dans l'appareil ordinaire des fractures de la jambe. Ce traitement semblait devoir réussir dans ce cas; cependant, quelques jours après, de vives douleurs se firent sentir dans le membre, une inflammation phlegmoneuse survint, la peau fut frappée de gangrène dans plusieurs points. Il fallut renoncer à ce traitement. On combattit l'inflammation, mais on ne put enlever sa cause principale, bien qu'elle parût être en partie sous la dépendance de la volonté de la malade. Cette femme contractait sans cesse et presque sans en avoir la conscience, les muscles extenseurs et fléchisseurs de la jambe fracturée. Cette contraction soulevait le fragment inférieur, d'où résultait un chevauchement des fragments, une irritation continuelle des parties molles par leurs aspérités. On parvenait bien, avec des reproches, à faire cesser les contractions; mais aussitôt que l'attention de la malade était distraite, elle tendait de nouveau le jarret, et le déplacement se reproduisait. Des compresses épaisses, des attelles furent vainement mises en usage pour prévenir ce déplacement; la fracture fut vingt fois réduite, et vingt fois le déplacement se reproduisit. La malade fut prise d'insomnie, d'inappétence, de dévoïement; elle a résisté à tout cela; son état général est moins fâcheux, la fièvre et le dévoïement sont diminués, mais la suppuration

est fort abondante; le fragment supérieur du tibia soulève et tend la peau; entre le côté externe du bec que forme ce fragment et la peau, on sent la pulsation de l'artère tibiale antérieure, le vaisseau et la peau soulevée vont être déchirés, et une hémorrhagie mortelle terminerait peut-être les jours de cette malheureuse, si cet accident n'était prévenu par l'amputation du membre. D'ailleurs cette femme, arrivée à un âge avancé, déjà affaiblie, ne pourrait supporter une suppuration excessive. La consolidation de cette fracture serait impossible: l'opération offre peu de chances de succès, mais elle est bien indiquée. Après quelque hésitation, la malade y consent. M. Dupuytren la pratique à l'instant; la peau est incisée circulairement en un seul temps, disséquée dans une étendue de deux travers de doigt environ et relevée. Les muscles sont incisés jusqu'aux os; le couteau est plongé dans l'espace inter-osseux; son double tranchant divise les chairs de cet espace, et les os sont sciés. Le moignon est très régulier; on a conservé une quantité de peau et de parties molles bien suffisante pour recouvrir les os; les artères qui donnent du sang sont liées; la malade est reportée dans son lit; on ne la pansera que dans trois quarts d'heure ou une heure; si quelque artère inaperçue donne du sang avant le pansement, on en fera la ligature. A l'examen du membre, on a trouvé des foyers étendus d'inflammation et de suppuration; les extrémités correspondantes des fragments, dépourvues de périoste, baignent dans le pus; l'artère tibiale antérieure avait été divisée par le bec du fragment supérieur; mais cette division s'était faite par ulcération et non par déchirure, et l'inflammation qui l'avait précédée et accompagnée avait sans doute déterminé l'oblitération du vaisseau en ce point avant sa division, car il n'y avait pas eu d'hémorrhagie. Les pulsations que l'on sentait sur l'extrémité du fragment supérieur avaient leur siège dans le bout supérieur; ainsi ce fragment aurait pu perforer la peau, mais n'aurait point occasionné d'hémorrhagie.

5° *De la jambe, dans l'articulation du genou.* — L'éloignement que l'on professait pour les amputations dans les ar-

ticles du coude et du genou semble devenir moins prononcé. La première, ainsi que nous l'avons dit, a été pratiquée depuis long-temps avec un grand succès par M. Dupuytren, et est aujourd'hui généralement admise. Quant à la seconde, elle ne compte encore aucun partisan parmi les célébrités chirurgicales. M. Larrey, s'appuyant sur des faits comparatifs qui lui sont propres, la rejette formellement. M. Dupuytren, par des considérations tirées de la structure de cette articulation et de l'organisation des parties molles qui l'enveloppent, partage la même opinion, et préfère, dans les cas où il serait impossible de faire l'amputation de la jambe au lieu d'élection, porter l'instrument plus haut, dans l'épaisseur des condyles du tibia, ou mieux au-dessus du genou, sur la partie inférieure de la cuisse. Aussi il ne l'a jamais pratiquée, que nous sachions, et nous n'en parlons ici que pour faire connaître l'opinion du professeur et celle du public médical. Sur treize faits que l'on a réunis en faveur de cette désarticulation, douze auraient eu un plein succès; mais leur histoire est trop peu circonstanciée pour qu'ils aient une grande autorité. De plus, elle a été pratiquée plusieurs fois, ces dernières années, dans l'un des hôpitaux de Paris, et les résultats en auraient été satisfaisants; mais ils sont encore en trop petit nombre pour réhabiliter cette méthode et justifier une révolution dans cette partie importante de la chirurgie. Il faut donc attendre qu'une expérience plus étendue et plus complète ait prononcé.

6^e De la cuisse, dans l'articulation coxo-fémorale. — Il est des circonstances où il n'existe plus pour un malade que la ressource vraiment effrayante et toujours bien incertaine de l'extirpation de la cuisse. Ce n'est jamais qu'avec répugnance et après avoir perdu tout espoir de guérison par d'autres moyens, que les chirurgiens se décident à pratiquer cette mutilation, la plus considérable que l'espèce humaine puisse supporter. On ne l'avait encore tentée qu'un petit nombre de fois et dans les cas seulement où une cause vulnérante, la gangrène ou la suppuration avaient déjà détruit la presque totalité des chairs voisines de l'articulation, lors-

que M. Larrey osa l'employer immédiatement après l'accident chez des militaires dont la cuisse avait été désorganisée par des coups de feu jusqu'àuprès de son articulation supérieure. Sa méthode consiste actuellement dans la formation de deux lambeaux, l'un externe et l'autre interne, et dans la ligature de l'artère fémorale au pli de l'aîne, avant de commencer l'opération. M. Larrey a fait un précepte de cette précaution, qui permet, dit-il, au chirurgien d'agir avec plus de sécurité, et qui fait courir beaucoup moins de risques au malade. Voici comment il l'exécute.

Le malade étant couché sur le dos, le bassin appuyé tout-à-fait sur le bord du lit ou de la table, l'opérateur placé en dehors du membre, fait avec un bistouri une incision parallèle à l'artère fémorale, et qui commence sous l'arcade crurale, découvre cette artère, et en fait la ligature suivant les préceptes établis. Armé d'un long couteau, il le plonge perpendiculairement à la partie inférieure de l'incision qu'il a pratiquée pour la ligature préalable de l'artère, il rase la partie interne du fémur, au niveau du petit trochanter, et fait sortir la pointe de l'instrument vers un point diamétralement opposé à celui de son entrée. Dirigeant ensuite son tranchant en bas et en dedans, il taille dans les chairs internes et supérieures de la cuisse un lambeau d'une longueur de six travers de doigt environ, qui, au reste, varie suivant la masse du membre. Un aide tire en dedans ce lambeau. Alors les parties antérieures de la capsule fibreuse sont coupées, l'articulation luxée; puis le couteau passé entre les surfaces articulaires, sert à diviser la partie externe de la capsule, et, en terminant, à tailler, aux dépens des chairs de la fesse, un lambeau long comme le premier, pour la formation duquel il faut avoir soin de raser le grand trochanter, mais en tournant un peu le couteau pour lui faire éviter le sommet de cette éminence. Toutes les artères, autres que la crurale, étant liées, on rapproche les deux lambeaux l'un de l'autre, en ayant soin de placer les chefs des ligatures dans l'angle postérieur de la plaie pour servir de filtre aux liquides.