

cette doctrine séduisante, et long-temps elle a dirigé ma conduite; mais l'expérience, l'observation d'une masse considérable de faits, et leur examen comparatif, m'ont démontré combien sont peu fondés les avantages accordés à cette méthode; j'ai acquis la conviction qu'on perd bien plus de malades en en faisant un usage exclusif, qu'en suivant le procédé que nous nous sommes imposé. J'ai établi un parallèle entre un nombre de faits assez considérable: de trente malades traités suivant notre méthode, il n'en est mort que six, tandis que neuf ont succombé sur vingt-neuf chez lesquels on avait pratiqué la réunion immédiate. J'ai répété plusieurs fois cet examen, et les résultats ont toujours été les mêmes. Cette disproportion est grande.

Cependant la réunion immédiate peut être avantageuse après les amputations pratiquées pour une lésion traumatique, après les amputations dites primitives, sur le champ de bataille par exemple, parce que dans ces cas on se trouve dans des conditions bien différentes; on a affaire à des individus qu'un accident ou le projectile trouve en bonne santé, qui sont sains, vigoureux, dont la constitution n'a point été délabrée par une maladie antérieure, par une suppuration plus ou moins ancienne, dont l'économie se soit pour ainsi dire fait une habitude nécessaire. Dans nos hôpitaux civils, au contraire, presque tous les malheureux qui s'y présentent portent des lésions organiques; presque tous sont plus ou moins affaiblis par une suppuration de longue durée, et par les douleurs qu'ils ont éprouvées pendant des mois entiers. En amputant le membre malade, on supprime brusquement une cause d'irritation qui avait modifié tout l'organisme: rarement l'économie peut s'accommoder d'un changement aussi prompt, et il se manifeste presque aussitôt quelque inflammation viscérale. C'est ainsi qu'ont péri les neuf amputés chez lesquels on avait fait la réunion, tandis qu'on n'a trouvé des traces de ces inflammations internes que chez quatre de ceux qui ont succombé durant le cours de la suppuration. Il est bon de remarquer que souvent ces inflammations sont difficiles à reconnaître,

et ne conservent de leur caractère particulier que les phénomènes suppuratoires, et surtout des frissons intermittents. On peut, il est vrai, pratiquer des émonctoires artificiels, établir un cautère quelques jours avant l'opération; mais ces moyens dérivatifs sont trop faibles, et ne sauraient remplacer l'influence puissante d'un mal qui exige le sacrifice d'un membre.

Croit-on d'ailleurs que, parce qu'on aura si bien affronté les lèvres d'une plaie, soit par un simple pansement, soit par une suture, qu'aucun liquide ne puisse s'échapper; croit-on, dis-je, qu'aucune sécrétion n'ait lieu? ce serait une erreur. Il est démontré que les lèvres de la plaie se réunissant plus vite que l'intérieur, la matière d'un suintement inévitable qui se fait par les vaisseaux capillaires des muscles s'accumule au-dessous de la peau, pénètre dans les interstices des tissus profonds, et, agissant à la manière de corps étrangers, détermine souvent la formation de vastes abcès qui compromettent le succès de l'opération; ou bien l'irritation qui en résulte donne lieu à une foule de petites ulcérations disséminées sur la surface interne des chairs; ou bien encore une artériole vient à fournir du sang qui, ne trouvant point d'issue, s'infiltré dans l'épaisseur du membre, s'accumule en plus ou moins grande quantité au-dessous de la peau. Dans tous ces cas, ou le liquide finit par rompre l'adhésion des bords de la plaie, ou il faut la détruire avec l'instrument tranchant. J'ai interrogé, dit M. Dupuytren, plusieurs des partisans les plus prononcés de cette réunion sur les résultats de leur pratique, et ils ont tous fini par avouer que jamais ils ne l'avaient obtenue sans suppuration, qu'ils avaient toujours été obligés de laisser ouvert un point de la plaie pour donner issue aux liquides. S'il est des circonstances favorables à ce procédé, ce sont assurément celles des plaies où l'on a pratiqué la torsion, et dans lesquelles il ne reste aucun corps étranger: eh bien, dans les nombreuses tentatives que des chirurgiens de divers pays ont faites, il n'a eu du succès que dans un très petit nombre de cas.

On a beaucoup fait valoir en faveur de ce procédé les

résultats qu'on aurait obtenus sur vingt-huit individus amputés à la Maison Royale de santé. Sur ce nombre, trois seulement seraient morts, l'un le lendemain de l'opération, un autre d'hémorrhagie le neuvième jour, et le troisième à une époque que nous ne connaissons pas. Ce résultat est assurément fort beau; seulement il est permis d'être surpris qu'un aussi grand nombre de maladies exigeant l'amputation se soit présenté à cette maison en un espace de temps aussi court que celui qu'indiquent les dates des observations. Mais voyons si ces succès doivent être attribués à la réunion immédiate. « Chez vingt de ces amputés, dit-on (article clinique sur le service chirurgical de la Maison Royale de santé, *Clinique universelle*, t. II, n. 35), chez vingt de ces amputés, les bords de la plaie ont adhéré ensemble primitivement dans presque toute leur longueur; chez huit, ils ont adhéré dans toute leur longueur, de sorte qu'il a fallu les désunir à l'angle inférieur de la plaie, afin de laisser écouler le pus qui s'était accumulé derrière. » On ne pourrait jamais croire, après avoir lu ces lignes, qu'on a invoqué ces faits en faveur de la réunion immédiate. En effet, n'en résulte-t-il pas clairement que chez les vingt premiers malades cette réunion n'a pas eu lieu, et que la cicatrisation s'est opérée comme à la suite de la méthode de pansement adoptée à l'Hôtel-Dieu? N'est-il pas évident que, chez les huit autres, l'adhésion ne s'est faite qu'entre les bords de la peau; mais que toute la surface des chairs a suppuré, et que cette suppuration a été assez abondante pour obliger le chirurgien à détruire les adhésions de la peau, afin de donner une issue aux liquides? Ne peut-on pas en conclure encore que si chez les vingt premiers malades on n'a pas été dans la nécessité de rouvrir la plaie, c'est parce qu'elle était restée ouverte sur un point, et que les produits de la suppuration trouvaient un libre cours au dehors? Est-il enfin des faits qui, loin de parler en faveur de la réunion primitive telle qu'on l'entend, puissent mieux justifier les doctrines de M. Dupuytren?

On a prétendu qu'on obtiendrait bien plus de succès de cette méthode, si l'on avait soin de pratiquer la suture, comme

l'enseigne et le pratique un de nos chirurgiens d'ailleurs des plus habiles. Nous croyons, nous, qu'on arriverait à un résultat tout opposé, et que plus on prendra de soins, de précautions pour fermer exactement la plaie, moins on aura de succès. Les cas où une adhésion primitive, immédiate, peut avoir lieu sans suintement quelconque, sans aucune espèce de suppuration, sont infiniment rares, et cela pour les raisons que nous avons déjà déduites: parce que dans les maladies chroniques il s'est établi vers le membre malade une habitude de fluxion permanente, et que cette fluxion ne cesse pas tout-à-coup après l'amputation; parce que, dans ces cas-là, comme dans ceux qui ont exigé l'amputation primitive, il s'établit, par le fait même de l'opération, une nouvelle cause d'irritation, et par conséquent de fluxion, attendu que la surface du moignon n'est pas toujours parfaitement égale, que les parties molles sont souvent et inévitablement froissées par l'action des instruments, irritées par le contact des mains, des éponges, de l'air, par le séjour des ligatures, par les fortes pulsations des artères liées à la surface du moignon; parce qu'enfin, quelque léger que soit le suintement séreux, séro-sanguinolent ou purulent, s'il ne peut s'écouler, il devient lui-même une autre cause d'irritation qui appelle un suintement, une suppuration plus considérables.

Ainsi, nous croyons pouvoir formuler l'opinion de M. Dupuytren sur la réunion immédiate après les amputations, par cette proposition: Ce procédé peut être tenté sans inconvénients après les amputations primitives; il ne convient jamais, et il est dangereux de l'appliquer après les amputations réclamées par la marche d'une maladie chronique. Cette opinion sera bientôt celle du plus grand nombre des praticiens. M. Larrey la partage entièrement, et suit le même mode de pansement qu'on emploie à l'Hôtel-Dieu, malgré les avantages que la réunion immédiate paraît offrir à la chirurgie militaire; et les chirurgiens en chef de divers hôpitaux de Paris commencent à en restreindre beaucoup plus l'usage qu'ils ne le faisaient il y a peu d'années.

Une foule d'affections peuvent se développer à la suite

des amputations, et constituer ce qu'on appelle des *accidents consécutifs*. Telles sont l'hémorrhagie, une inflammation excessive du moignon, des fusées purulentes, des abcès dans l'extrémité du membre amputé, la nécrose, l'exfoliation, la saillie de l'os, la phlébite, l'inflammation des organes internes, des collections purulentes sur différents points du corps, la pourriture d'hôpital, etc. De toutes ces complications qui viennent entraver la marche de la cicatrisation de la plaie et constituer trop souvent des causes de mort, les unes, comme on le voit, sont communes à une foule d'opérations, d'autres sont particulières aux amputations; les unes sont occasionnées par des causes extérieures, d'autres par des causes internes, inhérentes à l'idiosyncrasie, à la constitution des malades; les unes sont physiques, les autres morales. Sur plusieurs points, nous ne pourrions pas ajouter ici beaucoup de choses à ce que nous avons dit en traitant des brûlures, des blessures par armes à feu, etc.; sur d'autres, il nous faudrait entrer dans des développements dont l'étendue ne convient point à la forme de notre travail. Nous terminerons donc cet article par de courtes remarques sur l'hémorrhagie secondaire et sur quelques accidents particuliers à certaines amputations.

L'hémorrhagie *consécutive* est un des accidents les plus fâcheux qui puissent s'opposer à l'heureuse issue des opérations. Elle survient presque toujours à l'instant où l'on y est le moins préparé, et lorsque l'opérateur et le malade, pleins de sécurité, s'abandonnent à l'espoir d'une guérison prochaine. Elle se manifeste à des époques diverses, que l'on ne saurait prévoir, tantôt peu d'instants, peu d'heures après l'opération, ainsi que nous l'avons déjà remarqué, tantôt au bout de plusieurs jours, de plusieurs semaines, et même de plusieurs mois. J.-L. Petit l'observa vingt jours après une amputation de cuisse qui avait été faite très haut. Il y a quelques années, elle se déclara, chez un malade à l'hôpital de la Charité de Paris, deux mois après une amputation de jambe, au fond d'un trajet fistuleux qui ne s'était pas encore totalement fermé, et qui avait ulcéré l'artère poplitée

sur un de ses côtés. C'est assez dire avec quels soins on doit surveiller les malades à la suite de ces opérations pendant toute la durée du traitement.

Outre les causes dont nous avons déjà parlé ailleurs, l'hémorrhagie consécutive en reconnaît plusieurs autres, telles que des affections morales trop vives, l'usage de boissons excitantes, l'irritation de la plaie, suite d'une trop forte compression. M. Dupuytren a donné à cette dernière variété le nom d'*hémorrhagie active par lésions de tissus*. Elle se déclare assez communément pendant les premières heures qui suivent l'opération, d'autres fois plus tard, mais surtout à l'époque et pendant le cours de la fièvre traumatique. Cet accident peut provenir encore de l'insuffisance des moyens hémostatiques primitivement employés : c'est ainsi qu'après la cautérisation d'un vaisseau elle se manifeste souvent à l'époque de la chute de l'escarre. L'inflammation et la suppuration de l'intérieur des artères du moignon disposent particulièrement à l'expulsion du caillot qu'elles renferment et par conséquent à une hémorrhagie secondaire. Une inflammation qui persiste et entretient de la suppuration dans le voisinage d'une artère suffit pour l'ulcérer et ouvrir un passage au sang : c'était le cas du malade de la Charité cité précédemment. L'époque de la chute des ligatures est toujours redoutable et exige qu'on redouble de surveillance : souvent le caillot n'a pas encore acquis assez de consistance, le bout de l'artère n'est pas assez solidement obturé, ou bien le lien a déterminé autour de ce bout une inflammation qui a ramolli ses parois; il cède à l'impulsion du sang et l'hémorrhagie paraît.

Ces hémorrhagies consécutives sont bien plus difficiles à arrêter que celles qui surviennent immédiatement ou peu d'instants après l'amputation, parce que les tissus qui commencent à s'enflammer ou qui le sont déjà, ont acquis des qualités nouvelles. Le tissu cellulaire a perdu sa souplesse, sa flexibilité naturelle; il est devenu épais, dense, quelquefois lardacé par suite d'inflammation, et par conséquent éminemment *sécable*, suivant l'expression de M. Dupuytren,

c'est-à-dire très susceptible d'être divisé par de nouvelles ligatures. Aussi l'hémorrhagie se renouvelle-t-elle souvent autant de fois qu'on a répété l'emploi de ce moyen. D'ailleurs la ligature immédiate est la plupart du temps impraticable, parce que les tuniques du vaisseau adhérant aux parties voisines, on ne peut les saisir ni les attirer au dehors, ou bien elles se déchirent sous le moindre effort d'attraction exercé par les pinces. D'un autre côté, la ligature médiante présente trop d'inconvénients, et la compression permanente est souvent inefficace et trop douloureuse. Il convient donc mieux, dans ces circonstances, de découvrir et lier l'artère principale du membre à quelque distance au-dessus du moignon. C'est ainsi que s'est conduit plusieurs fois M. Dupuytren, et entre autres dans un cas d'hémorrhagie survenue après une amputation de la jambe : plusieurs ligatures avaient été successivement et infructueusement portées sur les vaisseaux ; le cautère actuel avait même été appliqué à plusieurs reprises ; l'hémorrhagie se renouvelait toujours et avec plus de rapidité après les dernières ligatures qu'après les premières, à raison de l'altération croissante que la phlogose imprimait aux tuniques artérielles. Alors M. Dupuytren ne vit d'autre parti à prendre que de découvrir et lier l'artère crurale au tiers moyen de la cuisse, et le plus heureux succès en fut le résultat. Cet antécédent a trouvé, depuis cette époque, des imitateurs qui ont été aussi heureux. Dans un cas d'hémorrhagie après la chute de la ligature au quinzième jour d'une amputation de la cuisse, M. le docteur Sanson, étant seul auprès du malade, cerna avec la pointe d'un bistouri droit les parties qui environnaient l'artère, l'isola, et porta sur elle, à un demi-pouce derrière la surface enflammée, une ligature qui réussit à arrêter l'effusion du sang provenant de l'artère fémorale. Mais ce procédé, qu'il n'a employé qu'à raison de l'impossibilité où il était d'agir autrement, est bien moins sûr que celui qui consiste à lier l'artère beaucoup plus loin, au-dessus de la plaie. Du reste, il ne faut pas oublier que ces hémorrhagies consécutives tiennent à des causes nombreuses et très variées, et qu'il importe de bien

apprécier celles-ci pour appliquer avec succès aux premières les moyens les plus efficaces.

Nous avons parlé, en décrivant le procédé opératoire pour l'amputation de la jambe, de la nécessité d'y conserver plus de téguments qu'ailleurs, de tenir, pendant l'opération, le membre demi-fléchi. Nous croyons devoir indiquer ici les suites de l'infraction de cette règle. Si la peau ne s'étend pas assez loin sur les chairs (et ceci est applicable à beaucoup d'autres amputations), ces chairs s'enflamment, se gonflent, la débordent, s'épanouissent au dehors, tandis que les téguments enflammés perdent leur élasticité et se resserrent sur eux-mêmes. Il résulte de là que les chairs se trouvent serrées, comprimées à leur passage à travers la plaie, et que bientôt on observe dans le moignon tous les effets d'une inflammation compliquée d'étranglement. Lorsque l'amputation a été pratiquée pendant que la jambe était étendue, et qu'après l'opération on met le membre dans la position demi-fléchie, les chairs de la partie postérieure du moignon, qui sont fort peu rétractiles, glissent de haut en bas le long des os, deviennent relativement trop longues, et, dépassant la peau au moment où l'inflammation s'en empare, se trouvent dans les conditions les plus favorables au développement des accidents que nous venons de signaler. On y remédie en appliquant un nombre suffisant de sangsues autour du moignon et en débridant sur les côtés la peau et l'aponévrose d'enveloppe.

Un autre accident assez fréquent à la suite de l'amputation de la jambe, est une inflammation vive, et quelquefois la gangrène et la perforation de la peau dans le point où elle s'appuie sur l'angle aigu que forme antérieurement le tibia. C'est pour obvier à cet inconvénient que l'on conseille de réunir la plaie du tibia vers le péroné ; mais cette pratique ne réussit pas toujours. C'est aussi là un des motifs pour lesquels M. Larrey fait la section des os aussi haut que possible, afin de diminuer la saillie osseuse et parfois la nécrose du tibia, beaucoup plus commune, dit M. Dupuytren, que celle du péroné. Quelques praticiens, dans le même but, emploient un autre moyen qui consiste à abattre d'un trait

de scie l'angle antérieur de l'os au moment de l'opération. M. Dupuytren a quelquefois recours à cette pratique, mais rarement, et sans en faire un précepte. Dans tous les cas, lorsque l'accident dont il s'agit se développe, il faut, sans hésiter, inciser la peau vis-à-vis de la saillie formée par le tibia, afin d'éviter qu'elle soit frappée de gangrène par l'effet de la pression qu'elle éprouve.

ARTICLE XIV.

DE L'AMPUTATION ET DE LA RÉSECTION DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE.

Un cancer affreux a dévoré la lèvre inférieure, il a envahi la mâchoire, l'os est profondément altéré ou détruit; le mal fait des progrès continuels que les ressources de l'art ne peuvent arrêter, le malade est voué à une mort certaine. Avant d'arriver à ce terme fatal, il est en proie aux douleurs les plus cruelles qui puissent affliger l'espèce humaine; son aspect hideux le rend un objet de dégoût et d'horreur pour lui-même et pour ses semblables; on le fuit; séquestré de la société, il appelle la mort qu'il accuse de trop de lenteur. A l'aspect d'une aussi terrible maladie, un homme de l'art sent son cœur tressaillir; il cherche dans son génie quelque moyen puissant que la science lui refuse: une opération hardie est tentée; tout le mal est emporté; le plus brillant succès couronne les espérances de l'opérateur; le malheureux que la mort menace est délivré de toutes ses souffrances; en peu de temps les affreux ravages de la maladie ont disparu; il rentre dans la société dont tous les avantages lui sont rendus, et il peut encore parcourir une longue carrière... Quel nom donner à l'homme auquel l'humanité est redevable d'un si grand bienfait? Or, hâtons-nous de le proclamer hautement ici, à la gloire de son auteur, à la gloire

de la chirurgie française: c'est en France, c'est à Paris, par notre célèbre professeur M. Dupuytren, qu'a été conçue et exécutée pour la première fois, en 1812, cette admirable opération. Aujourd'hui elle est dans le domaine général de la science: de nombreux exemples de succès obtenus par une foule de chirurgiens de divers pays en ont confirmé toute l'efficacité. La première idée de cette opération si belle, si hardie, fut suggérée à M. Dupuytren par les nombreuses blessures par armes à feu, qui ont souvent emporté toute ou presque toute la mâchoire inférieure, sans pour cela déterminer la mort des malades. Nous devons à l'obligeance de MM. les docteurs Pasquier fils et Jacquemin une note détaillée des blessures de ce genre qui se trouvaient à l'Hôtel des Invalides en 1817; et nous croyons utile, avant d'entrer dans les développements que ce sujet comporte, de les publier ainsi que d'autres observations propres à éclairer la question qui va nous occuper.

OBS. I. — *Ablation complète de l'os maxillaire inférieur par un biscaïen.* — Jean-Baptiste Frenet, soldat au 7^e régiment de chasseurs à cheval, âgé de trente-deux ans, est blessé, en 1811, à Armége, en Espagne, par un biscaïen qui enlève en totalité l'os maxillaire inférieur et toutes ses parties charnues.

L'aspect de la blessure présente: sur les côtés, les deux glandes sublinguales beaucoup plus développées que dans l'état naturel; sur la ligne médiane, la face inférieure de la langue; à gauche, on aperçoit une portion du maxillaire supérieur mobile, et ne tenant au reste de l'os que par des végétations membraneuses.

L'opération chirurgicale pratiquée à la suite de la blessure n'a eu pour objet que l'extraction de quelques esquilles. Le malade a éprouvé jusqu'à trois hémorrhagies considérables, qu'il est parvenu à arrêter lui-même, se trouvant éloigné de tout secours.

La mentonnière n'a pu être appliquée que six mois après. L'appareil est composé de deux plaques métalliques, dont la première, plate et horizontale, remplace l'espèce de plancher