

d'un pouce et demi de diamètre sur la face interne de l'intestin; l'adhérence était si intime que l'on arracha la partie intestinale qui faisait le fond de l'ulcère plutôt que de le rompre.

Cette circonstance de la concentration permanente de la douleur dans le même point pouvait servir de guide dans l'opération, et dès lors on n'agissait plus au hasard, ce fut ce qui décida à l'opération. On pouvait pratiquer l'incision vis-à-vis le point où l'on soupçonnait l'étranglement; mais il était à craindre que l'on ouvrit quelques rameaux de l'artère épigastrique; on était obligé de couper en travers les muscles abdominaux, et d'ailleurs par une incision faite à la ligne blanche on pouvait facilement atteindre la région douloureuse; aussi suivit-on ce dernier parti. Cette opinion n'avait point été celle de M. Dupuytren. Il avait été d'avis qu'on incisât sur le siège présumé de l'étranglement. M. Récamier désira que l'incision fût faite sur la ligne blanche, se fondant sur la position centrale de ce point d'où l'on pourrait diriger des recherches plus étendues dans tous les sens. On la commença à l'ombilic, et elle fut prolongée à environ trois pouces et demi au-dessous. Les intestins ne sortirent point par la plaie, comme on s'y était attendu, ce qui fit juger qu'ils avaient contracté des adhérences entre eux et les parois abdominales. M. Dupuytren introduisit le doigt indicateur de la main droite entre les intestins et la face postérieure des parois abdominales jusqu'au cœcum; là se trouvait une espèce de poche formée par des adhérences récentes: elle fut déchirée, et il s'en écoula par la plaie plusieurs cuillerées d'un pus floconneux, semblable à celui que fournissent les membranes séreuses enflammées. Le même doigt fut porté aux environs de l'anneau inguinal, et ouvrit une seconde poche semblable à la première; il s'en écoula plusieurs cuillerées d'un liquide analogue. L'état vraiment déplorable du malade ne permit pas de faire de plus longues recherches. On pansa la plaie avec une compresse fenêtrée enduite de cérat et recouverte de charpie; on ne chercha pas à réunir la plaie, afin de permettre un écoulement libre au pus. Pendant deux heures,

le malade n'eut plus de vomissements, les hoquets persistèrent; après ce court espace de temps, les nausées et les vomissements reparurent. Les forces diminuèrent; le pouls devint insensible, et la mort arriva dans la nuit qui suivit l'opération.

On fit l'autopsie le lendemain, trente heures après la mort.

Les intestins étaient adhérents entre eux et aux parois abdominales par l'intermède de fausses membranes; des foyers purulents se trouvaient dispersés çà et là entre les intestins, entre le foie et le diaphragme; ces foyers étaient circonscrits par des fausses membranes, le petit bassin était presque plein de sérosité purulente au milieu de laquelle baignait le rectum décollé dans toute sa circonférence, et isolé par le fond. La surface des intestins grêles était rouge, leur calibre était triple ou même quadruple, les gros intestins étaient rétrécis; le grand épiploon partant de la courbure du colon transverse, très large supérieurement, venait en se roulant à mesure qu'il se rapprochait du détroit supérieur du bassin adhérer dans l'étendue de quatre à cinq pouces de l'extrémité de l'intestin grêle à sa terminaison dans le cœcum jusqu'à cet intestin auquel il adhérait aussi en partie en s'étalant en forme de patte-d'oie, en sorte qu'il formait pour ainsi dire deux éventails ouverts, adossés par leur sommet. Il était fortement tendu entre les deux points d'insertion. Une portion d'intestin grêle passait derrière l'épiploon entre lui et le cœcum près le point de l'adhérence, là où l'épiploon s'était roulé sur lui-même; l'anse d'intestin qui passait dans cette bride descendait jusque dans le petit bassin. Toute la portion qui était au-dessus de l'épiploon était énormément distendue par du gaz et des matières fécales. Celle qui était immédiatement au-dessous n'avait que le volume du petit doigt. L'épiploon avait en cet endroit rétréci et oblitéré presque la cavité intestinale par un véritable étranglement, au-dessus duquel les parois intestinales étaient gonflées, épaissies et formaient un bourrelet oblique correspondant à l'impression que l'épiploon avait laissée sur l'intestin. Cette anse d'intestin avait donc été étranglée dans l'angle rentrant formé par l'épiploon

et par l'iléon ; toute l'anse d'intestin située au-dessous de l'étranglement était pâle et rétrécie ; celle au contraire qui venait de l'estomac était rouge et fort distendue. A en juger par leur résistance les adhérences de l'épiploon étaient fort anciennes.

D'après cette disposition on voit que l'opérateur a passé entre les parois abdominales et la bride qui causait l'étranglement ; il a dû toucher cette bride avec la face dorsale de ses doigts, puis que les parois abdominales s'appliquent exactement sur les parties contenues. Il est donc bien malheureux que l'état du malade n'ait pas permis de faire des recherches nécessaires après la déchirure des parois de ces deux espèces d'abcès, et qu'on se soit vu forcé d'abandonner le malade en laissant l'opération imparfaite, car on aurait infailliblement rencontré l'épiploon tendu, roulé en forme de corde, et rien n'eût été plus facile que de lever l'étranglement, puisque l'épiploon se trouvait presque vis-à-vis la plaië ; mais il eût fallu pour cela opérer deux ou trois jours plus tôt et être rassuré par quelques opérations antérieures, ce qui force à conclure que l'esquisse de cette opération, quelque imparfaite qu'elle ait été, et quoi qu'elle n'ait pas eu un résultat avantageux, doit cependant enhardir les praticiens à tenter quelque chose dans les cas désespérés, dussent-ils faire le sacrifice de leur amour-propre à l'espoir d'arracher un malheureux à une mort certaine.

Aujourd'hui dans les cas de conception extra-utérine, ou d'impossibilité démontrée d'accouchement par les voies naturelles, on ne balance point à fendre le ventre. Cette opération est sans contredit plus grave que celle qui consisterait à fendre simplement la ligne blanche dans une étendue beaucoup moins considérable. Ici, il n'y a point à craindre d'hémorrhagie ; on n'a point à mutiler un organe aussi important que la matrice ou le vagin, et quelquefois que les deux ensemble, et cependant cette opération est faite souvent, et personne ne blâmera les praticiens qui la tentent. Dira-t-on que c'est parce que la mort de la femme est certaine ? Mais lorsqu'il existe des symptômes non équivoques d'étrangle-

ment interne, la mort n'est pas moins certaine ; serait-ce parce qu'on possède un grand nombre d'observations de succès bien constatés ? Non, sans doute, car on sait par cœur le nom de deux ou trois femmes qui ont échappé sur un grand nombre de non-succès ; la seule différence consiste donc à ce que l'une a été faite depuis fort long-temps, et qu'elle a été faite un grand nombre de fois, que peu à peu on s'est habitué à l'envisager sans frémir, tandis que la seconde est nouvelle, qu'on n'a point encore osé la pratiquer ; c'est bien certainement là la seule différence qu'il y ait entre ces deux opérations, et on est forcé de l'avouer à moins de se laisser fasciner les yeux par la prévention.

Il se présente encore une question à résoudre. Dans cette circonstance l'étranglement a-t-il été cause de la péritonite, ou la péritonite a-t-elle été cause de l'étranglement ? Ces raisons paraissent également plausibles de part et d'autre, et je ne pense pas que, tout bien pesé, on puisse décider affirmativement d'une ou d'autre manière.

On peut donc d'après cela juger si on pouvait tenter quelque chose pour le malade, ou si on devait s'abstenir de toute espèce d'opération qui avait pour but de lever l'étranglement.

Les raisons pour et contre se présentent en foule, et on ne peut se dissimuler que la position d'un praticien en pareil cas est également pénible, quelque parti qu'il prenne, car ou il abandonnera son malade à une mort certaine, ou il pratiquera une opération qui aura à peine quelque chance de succès.

La certitude de l'étranglement dans ce malheureux qui fait le sujet de cette observation n'était plus une question pour ceux qui avaient observé quelques cas de cette nature ; mais l'étranglement pouvait être de nature à ne pouvoir être levé par une opération, ou bien on courait la chance de ne le point rencontrer, ou bien encore il était à craindre qu'il ne fût dans un point éloigné de celui où on pouvait le soupçonner, et de là l'incertitude du lieu où on devait faire l'incision avec le plus d'avantage. De plus l'intestin pouvait être gangrené ; il était probable qu'il existait une péritonite, et

alors que de difficultés pour rechercher l'étranglement, que de dangers à craindre pour la suite de l'opération ! Enfin, l'état du malade permettait-il d'espérer qu'il aurait assez de force pour supporter l'opération et résister à ses suites.

Telles ont été les objections qui ont été pesées, discutées et reproduites sous toutes les formes contre le projet d'opération.

Voici les raisons apportées en sa faveur :

Une incision pratiquée sur la ligne médiane, n'intéressant que la ligne blanche, pouvait sans danger avoir une étendue considérable ; on n'était exposé à aucune hémorrhagie, on n'était exposé à blesser aucune partie importante du milieu des parois abdominales ; on pouvait faire des recherches à droite ou à gauche, en haut et en bas, pour trouver la cause de l'étranglement, comme on s'en était assuré sur un cadavre où on avait vu qu'il suffirait pour cela d'une plaie de quatre à cinq pouces. Combien de fois n'a-t-on pas observé des plaies pénétrantes, plus étendues, compliquées de divers accidents, et guéries en peu de temps. Il est vrai qu'on devait s'attendre à trouver une inflammation du péritoine et des intestins dans une étendue plus ou moins considérable ; mais n'opère-t-on pas tous les jours avec succès des hernies étranglées compliquées de péritonite très intense, d'entérite, de gangrène du sac, et même des intestins, en un mot compliquées de désordres épouvantables. Il est encore très vrai qu'on ne peut pas comparer les opérations faites sur le cadavre avec celles faites sur le vivant ; en effet, les intestins s'engagent ordinairement dans les plaies aussitôt que le péritoine est ouvert, ce qui gêne l'opérateur ; et l'on devait d'autant plus s'y attendre dans le cas dont il s'agit qu'ils étaient distendus par du gaz ; mais cette circonstance-là devenait très favorable en ce qu'elle mettait à même de reconnaître la portion d'intestin située au-dessus de celle qui se trouvait au-dessous de la cause de l'étranglement.

L'intestin pouvait se trouver gangrené dans un point ; mais alors n'avait-on pas la facilité de le fixer dans la plaie comme dans tous les cas de hernie avec gangrène de l'intestin ; il en résultait un anus contre nature, ce qui n'est au résumé qu'une

infirmité d'autant moins à craindre qu'elle n'est plus incurable aujourd'hui. Enfin, on pouvait ne point trouver le siège de l'étranglement, ou bien il pouvait être de nature à ce qu'on ne pût pas le lever ; on peut répondre à cette objection qui est la plus forte que dans les cas d'adhérence d'un intestin au collet du sac herniaire, on n'hésite pas à fendre l'intestin pour débrider. Arnaud en a donné le conseil et l'exemple, et depuis lui ce précepte est devenu une loi pour tous les bons praticiens ; et pourquoi dans ce cas ne pourrait-on pas fixer dans les plaies une partie d'intestin voisine de l'étranglement, et l'y ouvrir pour donner issue aux matières et aux gaz. Il est vrai que dans cette circonstance on n'aurait pas l'espoir de pouvoir guérir l'anus contre nature ; mais ne peut-on pas vivre avec cette infirmité ? On peut encore objecter que dans une opération de cette nature on n'a point de règles fixes pour se conduire, qu'on suit une marche incertaine. Cette objection est très vraie ; mais la mort du malade n'est-elle pas certaine si on ne tente rien ? Si l'opération n'est décrite nulle part, si l'art ne donne aucun précepte, c'est au génie du chirurgien à y suppléer. Si elle n'a jamais été faite est-ce une raison pour qu'elle ne le soit jamais ? Le premier qui a fait dans ces derniers temps la ligature de l'iliaque externe a été taxé de témérité ; et, sans sortir de notre sujet, n'était-il pas établi comme règle invariable par tous les auteurs et les meilleurs praticiens, qu'il fallait s'abstenir de toutes tentatives pour la guérison des anus contre nature ? Au reste, pourquoi blâmer aussi légèrement les efforts que des sentiments louables font tenter à la médecine et à la chirurgie pour arracher des victimes à la mort (1).

L'opération qui vient d'être décrite avec toutes ses circonstances n'est pas la seule qui ait été faite dans l'intention de remédier aux accidents de l'étranglement. On trouve dans Bonet l'observation suivante : L'illustre baronne de Lanti, près Châtillon-sur-Seine, dans le duché de Bourgogne, atteinte d'un étranglement interne, se trouvait dans un état

(1) Observation recueillie par M. Lallemand.

désespéré. Un chirurgien qui avait long-temps suivi les armées se présente, il promet une guérison certaine si la noble malade veut se soumettre à une incision faite à l'abdomen; elle y consent, l'ouverture est pratiquée; le chirurgien attire au-dehors une grande quantité d'intestins avant de rencontrer l'entortillement; enfin, il trouve l'obstacle, dénoue les intestins et les replace dans l'abdomen. La plaie se cicatrissa de la manière la plus heureuse; la malade recouvra la santé, et survécut à son médecin, auquel elle avait fait une pension (1).

Oosterdykius-Schacht, médecin plein de candeur et très digne de foi, a rapporté une observation plus détaillée: Une femme d'environ quarante ans, réduite au dernier degré de faiblesse par les horribles douleurs d'un volvulus, n'avait éprouvé aucun soulagement des différents remèdes, tels que lavements, fomentations, cataplasmes, grandes ventouses, qui lui avaient été appliqués par le célèbre Nuck. Ce chirurgien, très heureux dans la pratique, soupçonnant que la maladie était due à une invagination des intestins, proposa, 1^o de faire une ouverture dans le flanc gauche, à quatre travers de doigt de l'ombilic, obliquement vers les parties inférieures et postérieures; 2^o d'attirer au-dehors les intestins, et de les lotionner à l'instant avec du lait tiède; 3^o de chercher le volvulus pour le faire cesser; 4^o de replacer les parties dans le ventre, et 5^o enfin, de recoudre la plaie abdominale. Ce conseil fut suivi, et la femme, qui était presque mourante, fut assez heureuse pour qu'on trouvât à l'instant le siège de l'étranglement, qui n'offrait ni inflammation ni adhérence. L'obstacle fut levé, après qu'on eut lotionné la partie avec de l'huile, Nuck remplaça dans l'abdomen l'intestin déroulé, et fit la suture. Des lavements émollients avaient procuré des évacuations. Les forces de la malade se rétablirent; ce fut ainsi que, par cette opération, elle fut arrachée des portes de la mort, et vécut encore vingt années (2).

(1) *Sepulcretum anatomicum*, lib. III, sect. 14, p. 228.

(2) *Velse, de mutuo intestinorum ingressu.* — Haller, *Disputatio anatomia.* t. VII, p. 126, Gotting. MDCCLI.

L'opération dans ces deux cas paraît donc avoir été suivie d'un succès éclatant; mais était-elle indiquée, et cette réussite doit-elle autoriser l'homme de l'art à opérer en semblable circonstance? La plupart des chirurgiens se sont prononcés contre cette opinion; peut-être pourrait-on dire que si la gastrotomie eût été exécutée toutes les fois qu'elle a été indiquée, elle compterait en sa faveur un assez grand nombre de succès pour être placée au nombre des opérations hardies que l'expérience autorise. Quoi qu'il en soit de ce point scientifique, lorsqu'on est convaincu qu'il existe un étranglement interne, et que les symptômes annoncent son siège d'une manière assez précise, la meilleure conduite à tenir nous semble être l'établissement d'un anus artificiel, en ouvrant le bout supérieur de l'intestin, et en le retenant au-dehors au moyen d'un fil passé dans le mésentère.

Cette opération n'offre point de difficultés insurmontables. L'observation montre, en effet, que lorsqu'un individu éprouve depuis quelque temps les accidents de l'étranglement, le canal intestinal est partagé en deux parties distinctes, relativement à son volume. La partie supérieure, celle qui se rapproche le plus de l'estomac, est dilatée par des matières et des gaz, tandis que la partie inférieure est rétrécie. L'observation apprend encore que, lorsqu'on ouvre l'abdomen d'un individu qui a succombé aux accidents d'un étranglement intestinal, la partie supérieure de ce canal se présente naturellement à l'ouverture, et peut être facilement attirée au-dehors.

Mais dans quel lieu pratiquera-t-on l'ouverture du canal intestinal? La raison indique qu'elle doit être faite au-dessus de l'étranglement et le plus près possible de l'endroit où il existe. Si le lieu de l'étranglement se trouve rapproché du duodénum, on fera en vain l'ouverture du canal intestinal près de cet endroit; le malade sera condamné à une mort certaine, parce que la portion d'intestin qui se trouvera au-dessus de l'ouverture sera insuffisante pour l'absorption des parties nutritives nécessaires à l'entretien de la vie. Cette objection, qui se présente naturellement à la pensée, n'est

pas d'une grande valeur ; car , si on lit les observations qui ont été recueillies sur les étranglements internes dont la présence a été constatée par l'ouverture des corps , quelle qu'ait été d'ailleurs la nature de ces étranglements , on sera convaincu que c'est presque toujours une portion de l'iléon qui est le siège de la maladie. Cet intestin , d'une longueur remarquable, libre et flottant dans la cavité du bas-ventre , est beaucoup plus exposé que toutes les autres parties du canal intestinal à s'engager dans les ouvertures naturelles ou accidentelles qui se présentent. Aussi , dans les hernies intestinales , on rencontre presque toujours une partie plus ou moins considérable de cet intestin , et alors la perforation ou la chute de la portion intestinale résultant de la gangrène a procuré un grand nombre de fois l'occasion d'observer ce qui se passe chez les malades condamnés à porter un anus contre nature. Dans les premiers temps qu'ils sont affectés de cette dégoûtante infirmité , ils maigrissent et perdent de leur force ; mais ensuite le canal intestinal gagnant en activité ce qu'il a perdu en longueur , la nutrition devient de moins en moins imparfaite , et les malades reviennent à peu près à l'état où ils étaient avant l'établissement de l'anus artificiel.

Dans le cas d'intus-susception , c'est encore le plus souvent l'iléon , surtout la fin de cet intestin , qui est le siège de la maladie.

Il arrive souvent qu'il n'existe aucune tumeur circonscrite , qu'aucune douleur locale et fixe ne révèle le siège de l'obstacle. Le ventre est partout également volumineux , tendu , douloureux ; et sur quel indice pourrait-on alors s'appuyer ? Le temps qui s'est écoulé depuis le début des symptômes mérite aussi une attention sérieuse , car les progrès du mal peuvent l'avoir rendu incurable. Ces obstacles sont sans doute très difficiles à surmonter , mais nous ne saurions assez le répéter , il vaut mieux tenter une opération douteuse , mais qui peut sauver les jours du malade , que de l'abandonner à une mort certaine.

L'incertitude des signes cesse lorsque quelque partie d'é-

piploon , placée à la surface du ventre , forme l'étranglement , et surtout quand il y a en même temps une hernie externe et mobile.

Obs. VIII. — *Hernie inguinale mobile et réductible.* — *Étranglement interne produit par un anneau de l'épiploon.* — Un individu se présenta à M. Dupuytren pour être traité d'une maladie qui offrait tous les symptômes d'un étranglement interne. Le malade portait une hernie inguinale mobile et réductible. Le siège du mal existait au-dessus de la hernie et à son côté interne. L'étranglement fut rencontré et levé à l'aide d'un long bistouri boutonné conduit sur l'indicateur. Les symptômes cessèrent ; mais une péritonite qui existait déjà , et qui , comme cela arrive ordinairement , prit plus d'intensité après l'opération , enleva le malade , et permit de vérifier l'existence de l'étranglement. Il était produit par un anneau de l'épiploon adhérent aux parois de l'abdomen , et à travers lequel passait une anse d'intestin. Une chose remarquable , c'est que le cercle formé par l'épiploon , adhérent au péritoine , et situé en bas et à droite de la ligne blanche , était entièrement détaché du reste de l'épiploon , et qu'il formait un anneau qui recevait la nourriture et la vie par un simple pédicule , à l'aide duquel il adhérait au péritoine.

Le traitement des étranglements formés tant à travers l'écartement des fibres du vagin qu'à travers un écartement des fibres du rectum , lorsqu'ils ont lieu à l'extrémité inférieure de cet intestin et à la portée du doigt , est en général simple. Aucune opération ne saurait être appliquée à ceux qui ont lieu dans une ouverture du diaphragme ou de la vessie. Enfin on sent qu'il est impossible de donner des préceptes sur des étranglements produits par la compression de tumeurs développées dans le ventre.

Il peut arriver qu'on ne trouve pas le siège de l'étranglement , ou que cet étranglement soit de nature à ne pouvoir être levé par l'instrument ; dans ce cas , il nous paraît avantageux d'établir un anus contre nature , en ouvrant le bout supérieur de l'intestin , et en le retenant au-dehors au moyen d'un fil passé dans le mésentère.

Dans les étranglements qui ont leur siège dans la région lombaire gauche, l'obstacle existe presque toujours dans le gros intestin; on peut donc, ainsi que l'a proposé Callisen, inciser la peau de cette région, et saisir l'intestin sans intéresser le péritoine. Cette opération hardie a été exécutée deux fois par M. Amussat.

M. Dupuytren a également ouvert l'abdomen, en 1818, pour remédier à une imperforation de l'anus chez un enfant. Ce chirurgien célèbre fit une incision dans le flanc droit, arriva sur le cœcum sans intéresser le péritoine, puis il pénétra dans l'intestin, celui-ci fut fixé; quelques matières furent rendues par la plaie; l'opération ne fut point suivie de succès, et le petit malade succomba à une péritonite.

Mais si l'on peut, dans quelques circonstances, diagnostiquer les étranglements internes, il faut avouer que, dans un grand nombre de cas, ils ne présentent qu'incertitude, obscurité et danger. C'est ce qu'on observe dans les étranglements qui proviennent de la torsion de l'intestin autour d'une partie du mésentère, ou de l'aplatissement de ce canal sur la saillie de la colonne lombaire. Aucun signe commémoratif ne peut mettre sur la voie de l'espèce ou du siège de l'étranglement. Les difficultés ne sont pas moins grandes pour distinguer l'interruption du cours des matières dépendant d'un obstacle susceptible d'être levé, d'avec celle qui résulte du rétrécissement organique du canal intestinal, produit par la cicatrice d'ulcérations profondes et circulaires. On peut dire la même chose des obstructions du canal intestinal produites par engorgement squirrheux de ses parois, par l'arrêt et l'accumulation de corps étrangers, comme de noyaux et de fruits, à l'orifice iléo-cœcal.

H. Costantini
FIN DU TOME TROISIÈME.

TABLE ANALYTIQUE

DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE TROISIÈME VOLUME.

- ART. I. — DE LA LIGATURE DES PRINCIPAUX TRONCS ARTÉRIELS, p. 1. — La ligature des principaux troncs artériels n'a commencé à être pratiquée que lorsque le mécanisme de l'anastomose a été mieux connu, *id.* — Deux divisions à établir : 1° la ligature des artères entre le cœur et les tumeurs anévrismales; 2° la ligature des artères entre ces tumeurs et les vaisseaux capillaires, 2. — Traitement de Vasalva; objection, *id.* — Obs. I. Anévrisme de l'artère axillaire guéri par la méthode de Vasalva, 3. — De la compression, 5. — Obs. II. Anévrisme de l'artère poplitée guéri en trois semaines par la compression, 6. — Seconde observation de ce genre, 9. — Le procédé généralement suivi est celui d'Anel ou de Hunter, 11. — Dans ce procédé il faut découvrir l'artère assez loin de l'anévrisme, et conserver au-dessus de la plaie le plus de branches collatérales possibles, *id.* — Diagnostic des cas récents facile, difficile dans les cas anciens, *id.* — Le sac anévrisimal peut se rompre, et le sang former au loin des tumeurs sanguines sans pulsations, *id.*
- Obs. III. Anévrisme de l'artère sous-clavière pris pour un abcès; ponction; l'erreur est reconnue; M. Dupuytren propose la ligature de l'artère à son passage entre les scalènes; sa proposition n'est pas acceptée; mort; autopsie, 12. — L'anévrisme peut être provoqué par les tiraillements du bras, cas semblable observé dans la clinique de M. Flaubert, 18. — Obs. IV. Ligature de l'artère sous-clavière pratiquée avec succès pour un anévrisme faux consécutif à l'artère axillaire gauche, 18. — Il faut, lorsque l'anévrisme est ancien et volumineux, lier l'artère sous-clavière, 27. — Quelquefois l'anévrisme est si volumineux qu'on a vu des praticiens être obligés d'abandonner l'opération, 28. — Différence du procédé de M. Dupuytren, *id.* — Causes de la gangrène, *id.*