

certain temps, doit suffire pour rendre à l'urètre une dilatation suffisante; mais il n'en est pas ainsi : la petite plaie que vous avez faite se cicatrise malgré cela, et la maladie se reproduit très vite. Il faut faire une incision beaucoup plus grande qu'elle ne paraît nécessaire au premier abord, et maintenir pendant très long-temps dans cette plaie une sonde ou une bougie pour obtenir une dilatation suffisante.

Maladies de la prostate. — Les maladies de la prostate ont été assez nombreuses, et se sont présentées à nous sous la forme de rétention d'urine. Tout homme âgé de cinquante à soixante ans qui se présente avec une rétention d'urine ou une incontinence d'urine survenue brusquement, ou presque brusquement, qui n'avait pas dans son jeune âge de difficulté à uriner, qui n'a pas été atteint de rétrécissement de l'urètre, est presque certainement atteint d'une maladie de la prostate. Ces malades sont très faciles à sonder, ce qui détruit nécessairement l'idée de l'existence d'un rétrécissement du canal de l'urètre. Lorsqu'ils succombent, ils présentent toujours des tumeurs dans la prostate. Arrêtons-nous un instant sur ce sujet, messieurs, car il mérite toute votre attention. J'ai essayé de rapprocher ces tumeurs de la prostate dont sont affectés certains individus, des corps fibreux qui se développent dans l'utérus. Vous savez que les corps fibreux de cet organe se développent tantôt très près de la muqueuse utérine, et qu'ils y sont bientôt saillie, qu'ils finissent souvent par s'engager dans le col utérin, et de là dans le vagin où ils constituent ce qu'on nomme vulgairement les polypes fibreux de l'utérus; que d'autres fois, ils sont très rapprochés de la membrane séreuse, font saillie dans la cavité abdominale, et donnent lieu aux tumeurs dites fibreuses péritonéales. Si, au contraire, ils se développent et demeurent dans l'épaisseur du tissu de l'utérus, ils y forment ce qu'on nomme les corps fibreux proprement dits, et présentent quelquefois des masses d'un

volume et d'un poids extraordinaires. Eh bien, messieurs, je trouve une grande analogie entre les tumeurs de la prostate et les corps fibreux de l'utérus : 1° il y a de ces tumeurs fibreuses prostatiques qui se développent du côté de la cavité vésicale, qui se pédiculent absolument comme les polypes fibreux de l'utérus en s'enveloppant de la muqueuse vésicale. Ces tumeurs à pédicule plus ou moins allongé peuvent acquérir le volume d'une noix ou de la moitié d'un œuf même; 2° les corps fibreux peuvent se développer dans l'épaisseur même de la prostate, être au nombre de plusieurs, et acquérir un volume semblable aux précédentes; 3° enfin, elles peuvent se développer à la surface périnéale et rectale de la prostate et saillir au périnée, du côté du bassin ou du rectum.

Voilà bien, comme vous le voyez, une grande analogie de siège. Il y en a aussi une très grande sous le rapport de la structure. Ce sont de véritables corps fibreux, et non pas une hypertrophie de la prostate comme on l'a dit. Je ne regarde pas ces tumeurs comme des dégénérescences de l'organe, mais bien comme des productions nouvelles. Il n'est pas étonnant qu'on ait eu cette idée pour les tumeurs de la prostate, puisque pendant long-temps on a cru que les corps fibreux de la matrice n'étaient autre chose que l'hypertrophie du tissu propre de la matrice.

Quand les tumeurs prostatiques de la première espèce sont pédiculées, elles viennent former une espèce de bouchon qui ferme l'orifice supérieur de l'urètre, et donnent ainsi naissance à une rétention d'urine. Si elles sont développées dans l'épaisseur de la prostate, elles soulèvent le trigone vésical et le poussent en avant de manière à lui faire représenter une soupape qui s'applique d'autant plus fortement sur l'orifice de l'urètre que les malades font plus d'efforts pour vaincre l'obstacle qui les empêche de pouvoir uriner librement. Il est donc facile de se rendre compte des phénomènes qu'ils présentent, et surtout de la facilité

qu'on a de les sonder, alors même qu'il leur est impossible d'uriner, quoiqu'ils n'aient ni rétrécissement de l'urètre, ni paralysie de la vessie.

Luxations. — Nous avons eu un individu atteint de luxation du coude en arrière, et qui n'est venu chercher du secours à l'hôpital que quinze ou vingt jours après son accident. La réduction n'en a pas pour cela été plus difficile, et le malade est parfaitement bien guéri.

Nous avons un assez grand nombre de luxations du bras, récentes, ou à quinze jours ou trois semaines; elles ont toutes été réduites à la première tentative qui a été faite. Ces luxations ont justifié parfaitement bien la classification que j'en ai faite il y a 5 ou 6 ans, et confirmé la valeur des signes que j'avais attribués à chacune d'elles (1).

Rhumatismes articulaires aigus. — J'ai à vous noter, à l'égard des rhumatismes articulaires aigus, un résultat thérapeutique assez bon à connaître. J'emploie sans doute, contre les rhumatismes articulaires très aigus, les saignées générales, les sangsues et tous les autres moyens antiphlogistiques ordinaires; mais celui dont j'ai fait usage avec le plus d'avantages, c'est le vésicatoire monstre. J'enveloppe entièrement l'articulation enflammée avec un vésicatoire; et je dépasse même assez souvent les limites de l'articulation. Ce traitement, messieurs, paraît fort peu raisonnable au premier abord; mais ceux d'entre vous qui ont suivi les malades sur lesquels je les ai employés ont dû remarquer d'abord que cet irritant n'aggravait jamais la maladie; ensuite que, presque toujours, les malades se sont trouvés soulagés. Le lendemain de l'application du vésicatoire, ils souffraient encore sans doute, mais beaucoup moins de la douleur articulaire que de celle du vésicatoire.

Arthropathies. — Les vésicatoires sont également avantageux dans les inflammations chroniques des articulations,

(1) Voyez tome I^{er}, luxations de l'humérus.

et c'est ce genre de médication qui mérite le plus de se répandre, surtout quand il s'agit des affections des parties molles. Il s'agit toujours du vésicatoire monstre, et non pas du petit vésicatoire, comme l'emploient beaucoup de praticiens dans les tumeurs blanches; c'est sous cette forme seulement qu'ils réussissent. J'ai vu des hydarthroses qui duraient depuis des mois et des années, et qui ont disparu très rapidement sous l'influence de ces vésicatoires monstres. Quand il y a des fongosités développées en même temps que de l'épanchement, l'efficacité de ces vésicatoires existe toujours sans doute, mais elle est moindre, car vous savez (1) combien cette variété de la maladie est tenace. Néanmoins les vésicatoires les affaissent, et procurent encore un grand bien. Quand il y a des corps étrangers dans les articulations, les vésicatoires deviennent moins efficaces encore; ils ne paraissent enfin jouir de toute leur puissance que lorsqu'il s'agit de faire résorber des épanchements de liquides séreux et synoviaux. Nous n'avons eu qu'à nous féliciter cette année d'avoir employé ces vésicatoires contre les tumeurs blanches siégeant dans les parties molles des articulations.

Fractures. — Nous avons eu à traiter cette année 56 fractures. C'est à l'appareil inamovible dextriné que nous avons eu recours pour les traiter, et vous avez vu les succès que nous en avons obtenus. Chaque jour vient me confirmer dans les avantages de ce mode de traitement que j'ai substitué à tous les autres genres d'appareils inamovibles de Moscati, Larrey, Seutin, etc.; ils me sont tellement démontrés, que je ne comprends pas que des chirurgiens puissent encore avoir recours aux anciennes méthodes de traitement, telles que bandelettes séparées, paillassons, attelles, etc., etc. Je vous ai d'ailleurs assez donné de dé-

(1) Voyez tome II, page 18. Tumeurs blanches.

tails, dans des leçons spéciales que j'ai faites sur ce sujet, pour n'avoir point à y revenir (1).

Fractures du col du fémur. — Je m'arrêterai un instant sur les fractures du col du fémur, et sur la manière dont nous les traitons. — Nous avons reçu 3 fractures du col du fémur cette année, l'une, chez une femme de 83 ou 84 ans, les autres sur des femmes moins âgées. Vous savez tous les dangers qui résultent pour les vieillards d'une longue immobilité au lit, et dans la même position. Vous savez que les escarres qui surviennent si communément chez eux alors qu'ils se trouvent dans ces conditions, deviennent une cause d'épuisement qui seule peut amener la mort; s'ils sont assez heureux pour ne point avoir d'escarres, ils s'étiolent, s'affaissent, et meurent souvent aussi. S'il est vrai que les fractures intra-capsulaires du col du fémur ne puissent se consolider, il devient donc inutile d'astreindre les malades qui en sont affectés à l'emploi d'aucun appareil fatiguant. Aussi me suis-je résigné à obliger les malades atteints de fracture du col du fémur à sortir du lit et à marcher à l'aide de béquilles après dix ou quinze jours de l'existence de leur fracture. Voyez aussi ce qui se passe dans nos salles (2). Cette femme de 83 ans et plus se lève, marche avec ses béquilles sans souffrance, et sa constitution n'est pas du tout altérée; elle mange, digère, et dort bien. J'ai la conviction qu'elle serait morte si on l'avait soumise, soit à la position sur un double plan incliné pendant 70, 80 ou 100 jours, soit à l'application des divers appareils à extension permanente, appareils douloureux, dangereux, et toujours inefficaces, qui ont été imaginés contre cette fracture, et si elle était guérie elle n'aurait pas moins boité qu'avec notre traitement. Les deux

(1) Voyez tome II, page 457. *Considérations pratiques sur le traitement des fractures.*

(2) Leçon du 31 août 1840.

autres femmes, moins vieilles que celle-ci, sont absolument dans le même état, et guériront sans accident.

Gangrène sénile. — Nous avons eu cette année un cas assez curieux de gangrène sénile du pied et de la jambe. C'était chez un boucher très vigoureux; il est mort après quelques jours de son entrée à l'hôpital. Nous n'avons trouvé aucune altération dans les artères du membre sphacélé, ni dans les artères du voisinage, ni dans le cœur et les gros vaisseaux qui ait pu donner l'explication de la maladie. Ces artères étaient saines; il n'y avait ni inflammation, ni caillots, ni fausse membrane, ni ossification, rien enfin. Voilà déjà plusieurs cas semblables que j'observe, et dans lesquels je n'ai pu trouver aucune raison satisfaisante des phénomènes observés. Cette maladie exige donc de nouvelles recherches, car il ne faut pas s'en tenir à ce qui a été fait à son sujet.

Amputation des mâchoires. — Nous avons pratiqué 6 amputations de la mâchoire inférieure pour des cancers de cette partie de la face. Nous avons eu 5 succès; 5 opérés sont morts. Nous avons employé chez ces malades, quand l'état des parties molles le permettait, une modification assez utile, et dont je vais vous parler.

Nous avons pratiqué une seule amputation de la mâchoire supérieure. Le malade a guéri de l'opération; mais il est à craindre qu'il y ait une récurrence du cancer pour lequel j'avais pratiqué cette grave opération, car à l'époque de la sortie du malade, la plaie était presque cicatrisée; mais il y avait dans le fond de la cavité, qui n'était pas encore fermée, quelques végétations de nature suspecte. Cette observation a été publiée dans le numéro du 28 janvier 1840 de la *Lancette*, ou *Gazette des hôpitaux*, par M. L... F... (Voici cette observation telle qu'elle a été publiée dans ce journal.)

Cancer de la face. — *Ablation de toute la mâchoire supérieure du côté gauche.* — Au n° 4 de la salle Saint-Ferdinand se trouve un sujet d'observation d'un de ces cas

affreux et difficiles dont la cure à entreprendre demande autant de résolution de la part du malade que de celle du chirurgien. Il s'agit d'un homme portant à la joue gauche un énorme cancer sous forme de tumeur ovalaire ayant sa plus grande saillie au-devant de la fosse canine et s'étendant en largeur depuis le côté du nez jusqu'à l'articulation temporo-maxillaire et le long du bord externe de la mâchoire inférieure, et, en hauteur, depuis la commissure des lèvres jusqu'au-dessus de la fosse zygomatique en dehors de l'orbite. Cette affection, datant seulement du mois d'octobre dernier, avait commencé par attaquer d'abord le bord alvéolaire et l'arcade dentaire du maxillaire supérieur, puis, avait pris un accroissement si rapide qu'en fort peu de temps la tumeur avait gagné dans tous les sens les dimensions que nous venons d'indiquer. En dedans de la bouche, une masse informe de chairs molles et dégénérées déprimant la langue et s'étendant jusqu'au voile du palais, qui y était même compris, remplaçait la voûte palatine de ce côté. A l'extérieur, la tumeur, offrant plusieurs bosselures, était recouverte par une peau amincie, d'un rouge violet, mais heureusement non encore ulcérée; sous la pression, qui n'occasionnait pas de douleur, le ramollissement n'était manifeste en aucun point, quoique la consistance fût bien différente sur toute la surface altérée; le gonflement, arrivé au bord supérieur de l'orbite avait occasionné l'occlusion de la paupière et soulevé l'œil, qui cependant était demeuré sain, car le malade voyait très bien en écartant ses deux paupières avec les doigts; mais l'axe visuel, en conséquence du soulèvement dont nous venons de parler, était dévié dans le sens du prolongement de la tumeur, c'est-à-dire oblique de bas en haut et de dehors en dedans.

Tel était l'état de ce malheureux, qui ne s'abusait point sur l'horreur de sa position, et en était effrayé moins encore par ce qu'il voyait des ravages de cette affection, que par ce qu'il connaissait des dangers de la

terrible cause qui les avait produits. Aussi, menacé d'une mort affreuse, et sans aucun doute peu éloignée, il venait avec la plus vive instance implorer telle ressource que ce fût pour pouvoir y échapper. En vain on lui représenta toutes les difficultés, tous les inconvénients d'une semblable opération; de plus, on lui fit comprendre que le bénéfice qu'il en retirerait était presque aussi douteux que la chance contraire était certaine.... Le malheureux semblait ne se rattacher qu'avec plus d'ardeur au sentiment de l'existence; il voulait vivre en dépit de toutes les chances possibles, au prix des plus grandes souffrances, des plus horribles difformités. Ce fut encore inutilement que M. Velpeau, peu soucieux de cette opération, l'engagea à se recommander aux soins d'autres chirurgiens qui entreprendraient peut-être sa guérison avec moins de répugnance ou plus de facilité; le malade répondait qu'il ne se consierait jamais à d'autres mains, et suppliait en grâce qu'on ne le renvoyât pas chez lui, périr misérablement à quelque temps d'ici.

Alors M. Velpeau se décida à l'opérer, en mettant de côté la considération des difficultés du procédé opératoire, et calculant seulement les conséquences possibles de l'opération. Si la vie du sujet pouvait être compromise immédiatement par son résultat, quelques chances aussi la laisseraient espérer sauvé; premier motif déjà pour oser la tenter. Mais il fallait de plus songer à la récurrence, accident tant à craindre aux yeux de quiconque connaît la désespérante opiniâtreté des cancers de nature encéphaloïde, comme l'était celui-ci: c'était cependant, il nous le semble aussi, un second motif qui devait mieux encourager ce chirurgien; car, de cette manière, au prix de quelques souffrances, la vie du pauvre patient était au moins sûrement prolongée, même en supposant le cas de récurrence qui peut-être encore n'aurait pas lieu, l'individu étant d'ailleurs fort, bien portant, et n'offrant nulle part les traces d'une affection

cancéreuse constitutionnelle; aucun ganglion n'était d'ailleurs engorgé.

Et pourquoi donc rester sourd à l'inspiration de cette hardiesse et de cette intrépidité qui ont valu à nos grands chirurgiens tant et de si beaux succès légitimant alors leur audace, comme il arrive en toutes choses après une tentative heureuse! Un précepte sacré, d'une rigoureuse observation, dit qu'il n'est pas permis de tuer: sans doute: mais, *occidit qui non sanat*, dit aussi un vieil axiome dont l'application ne nous paraît pas moins juste. Or, dans tous les cas comme celui qui nous occupe, où la non-réussite ne doit pas être plus préjudiciable que l'abandon, n'est-il pas d'une humanité et d'une philanthropie plus généreuses d'entendre aussi largement que possible le précepte ci-dessus, et de dire que s'il n'est pas permis de tuer, *il est non moins implicitement défendu de laisser mourir?*

Ce sont ces sentiments qui ont dirigé M. Velpeau dans sa détermination, et le plus heureux résultat semble devoir suivre son entreprise. Voici d'ailleurs comment il a procédé à l'opération, et quelles en ont été, jusqu'à présent, les suites.

Il n'a pas paru possible à M. Velpeau de découvrir la tumeur, comme d'habitude, au moyen d'une incision faite suivant le diamètre transversal, et qui donne deux lambeaux s'écartant l'un de l'autre par la dissection; car on n'aurait pas pu relever suffisamment le supérieur, ni abaisser l'autre sans d'autres incisions aux angles, et puis encore la caverne profonde qui devait se trouver après l'opération aurait rendu très difficile leur rapprochement sur la ligne transversale. C'est pourquoi, pour mettre à nu la tumeur en conservant les téguments avec le plus grand soin, M. Velpeau a commencé par faire une incision horizontale à partir de la commissure palpébrale externe et se prolongeant sur une longueur d'environ un pouce au-dessus de l'arcade zygomatique; puis venant à l'angle

interne de l'orbite, il a fait une autre incision verticale qui a détaché les parties recouvrant le dos du nez, a ouvert l'aile de ce côté et séparé totalement la lèvre en deux parties. Alors joignant ces deux incisions, il a abaissé la paupière inférieure en incisant la conjonctive qui s'y réfléchit tout le long du bord inférieur de l'orbite, et disséquant ensuite en dedans de ces deux lignes, il a obtenu un lambeau de peau tiré de dedans en dehors et un peu obliquement de haut en bas, ayant la forme d'un triangle dont la base était représentée par la ligne d'adhérence allant de la commissure labiale gauche à l'extrémité de la première incision faite au-dessus de l'arcade zygomatique. Ce temps de l'opération a été sans contredit le plus douloureux et le plus long, d'abord à cause de l'étendue de surface qu'il a fallu disséquer, et puis à cause de l'attention excessive avec laquelle on a détaché la peau de dessus tant de bosselures, sans l'altérer dans le peu d'épaisseur qu'elle avait en beaucoup d'endroits.

La tumeur étant tout-à-fait découverte, on s'occupait de détacher l'os, et pour cela, M. Velpeau enfonça d'abord un bistouri droit qui fit une incision perpendiculaire à l'extrémité de la première, au-dessus et en arrière de l'arcade zygomatique, dans la fosse de ce nom. Un stylet introduit dans cette ouverture, descendant jusqu'au milieu de la joue, y fit passer un des bouts de la scie à chaînons qui, mise en jeu, coupa l'arcade zygomatique environ à son tiers antérieur, d'arrière en avant et de haut en bas. Ensuite, un poinçon placé à l'intérieur de la paroi externe de l'orbite, à peu près au niveau de son diamètre transversal, et à une profondeur d'environ 8 à 10 millimètres (4 à 5 lignes), y fit, au moyen de quelques coups de maillet, un trou dans lequel une sonde cannelée fut passée et renversée plusieurs fois pour l'agrandir, après quoi la scie à chaînons, introduite en dedans de l'orbite, et sortie en arrière, fut ramenée en devant pour embrasser l'angle supé-

rieur de l'os malaire, qui fut ainsi détaché, en le sciant d'arrière en avant et un peu de dedans en dehors. Puis, venant à la partie inférieure, M. Velpeau fit au voile du palais, ou plutôt à la masse dégénérée qui, à sa place, obstruait l'orifice postérieur des fosses nasales, une large incision en travers, qui lui permit de faire passer une extrémité de la scie à chaînons, qui fut ramenée au dehors le long du plancher des fosses nasales. L'autre extrémité de la scie sortant à l'intérieur de la bouche, on scia toute la voûte du palais, qui fut ainsi divisée horizontalement d'arrière en avant et de dedans en dehors, suivant une ligne droite qui vint tomber au niveau de la portion de lèvre adhérente, entre la seconde et la première dent incisive, qui demeura intacte. Il restait encore l'articulation naso-orbitaire, qui fut désunie à l'aide des cisailles de Liston, la branche inférieure placée en dedans de la fosse nasale, au-dessous des os propres du nez, et dirigée comme la branche supérieure à l'extérieur, vers l'angle de l'orbite, obliquement, de bas en haut et de dehors en dedans, la section de l'apophyse montante du maxillaire fut ainsi faite d'un seul coup. Enfin, au moyen de quelques tractions qui détachèrent facilement la partie de cet os formant la paroi inférieure de l'orbite, et qui firent également céder son articulation avec la portion du palais qui se trouve entre lui et l'apophyse ptérygoïde du sphénoïde en bas, l'os de la mâchoire supérieure se trouva entièrement enlevé, et avec lui toute la tumeur extraite. Toute cette série d'opérations si peu faciles n'avait duré que moins de dix minutes.

La plaie ayant été abstergee, il n'y eut aucun besoin d'arrêter le moindre écoulement de sang, et quand on se fut bien assuré que toutes les parties formant les parois de cette caverne étaient saines, il fallut songer à la boucher; seulement le lambeau de peau qui aussitôt après sa dissection de dessus la tumeur était devenu bleuâtre et livide, puis aussitôt insensible à l'action des instruments, pouvait

laisser craindre une mortification générale et prochaine; c'est pourquoi M. Velpeau, dans le but de la prévenir ou tout au moins d'en arrêter l'extension, se décida à éliminer de suite la portion qui lui paraissait la plus altérée, et qui d'ailleurs était superflue à cause de la concavité de la nouvelle surface à recouvrir. Il excisa donc tout le long du côté correspondant au nez et à la lèvre une partie de son bord suffisante pour rendre le rapprochement facile et juste, après quoi deux points d'union au haut du nez et à la portion libre de la lèvre ayant fixé le lambeau, il les réunit par une série d'autres points de suture à surjet, faite dans toute la longueur de cette incision verticale, et puis il pratiqua le rapprochement des bords de la première incision au moyen de nouveaux points de suture entortillée.

Dès le surlendemain, toute cette peau présentait une surface épaissie, rouge, animée, et à l'endroit des solutions de continuité, les traces d'une inflammation franche, bonne et modérée; le globe oculaire était parfaitement sain, mais seulement autour de lui les paupières étaient boursoufflées et le siège de légères ecchymoses, ce qui y fit pratiquer quelques mouchetures.

Le soir du second jour, le pouls du sujet semblant un peu fort, M. Velpeau fit faire une saignée au bras.

Depuis lors, l'état général du malade s'est maintenu fort satisfaisant: les boulettes de charpie introduites à l'intérieur de la plaie par la bouche sont changées avec soin, et retirées portant les traces d'un pus de bonne nature; les épingles et les fils des sutures ont été tous enlevés, et la partie opérée soutenue seulement avec quelques bandelletes de diachylum.

Aujourd'hui lundi, cinquième jour après l'opération, tout promet une belle cicatrisation et un heureux résultat,

Épulis. — Nous avons eu 5 cas d'épulis. Trois ont été opérés. Je vous ai fait remarquer les avantages qui résultaient de l'emploi de fortes cisailles bien tranchantes à

l'aide desquelles on coupe à droite et à gauche la portion de l'os sur laquelle est la tumeur, de telle sorte qu'en deux coups de cet instrument on enlève la maladie, et on réduit l'opération à très peu de choses et presque à une avulsion de dents. On évite ainsi de cette manière quelquefois l'amputation ou la résection de la mâchoire.

Coarctation de la bouche. — Nous avons eu à traiter et à opérer un malade atteint d'une maladie peu grave sans doute, mais très difficile à guérir. Il s'agissait d'une coarctation de la bouche. On s'imagine qu'une simple incision doit suffire pour élargir convenablement la bouche, et que l'interposition d'un corps étranger, tel que charpie, bandelette cératée, feuilles de plomb, petits crochets, avec lesquels on exerce sur les angles des plaies des tractions continuelles, etc., laissent cicatriser isolément les deux lèvres de la plaie que l'on a faite. Détrompez-vous, messieurs, la cicatrisation se fait malgré tous vos soins, et la coarctation se rétablit comme auparavant, quelquefois même elle est augmentée. Horstius a donné la preuve de la difficulté de guérir la coarctation de la bouche par de simples incisions dans une observation qu'il a faite sur un meunier atteint de cette maladie. Les lèvres de ce malade se rejoignirent en effet opiniâtrément une première, une seconde et une troisième fois après avoir été séparées par l'art. On voit également dans une observation de M. Bondi que l'incision pratiquée pour détruire une coarctation des lèvres n'empêcha point l'infirmité de se rétablir, si bien que l'ouverture de la bouche se réduisit au diamètre d'une tête d'épingle.

Quelques praticiens ont cru triompher plus sûrement de l'obstacle en traitant la coarctation des lèvres avec un fil de plomb, enfoncé dans la peau vers la bouche, à l'endroit où la commissure devrait exister, puis à les tordre et couper insensiblement les tissus interposés; mais ce procédé n'est guère plus sûr que l'incision. A mesure que le fil tranche les parties,

elles se réunissent en dehors. J'ai dû, pour prévenir ces résultats chez notre malade, avoir recours à un autre procédé. Après avoir fait l'incision des parties molles dans une longueur suffisante, j'ai mis en contact, à l'aide de la suture, le bord muqueux de la face interne de la joue avec le bord cutané de chaque plaie, et comme l'agglutination des surfaces muqueuses ne peut se faire, la grandeur de l'incision s'est parfaitement conservée. Le malade est sorti guéri de l'hôpital. Le résultat de ce procédé est très satisfaisant, et j'ai eu lieu de m'en louer dans plusieurs circonstances.

J'ai opéré une fois par la méthode de M. Dieffenbach, qui est fondée sur les mêmes principes que celle de M. Serres, et j'ai obtenu un résultat aussi satisfaisant. Il s'agissait d'une jeune fille dont la bouche avait été coarctée par suite d'une ancienne dartre rongearte. Ce procédé est très délicat. Le chirurgien introduit l'extrémité d'un doigt dans la bouche du malade pour soutenir et protéger la membrane muqueuse qu'on veut conserver. De l'autre main, il porte une lame de ciseaux sur le bord de l'ouverture coarctée, un peu au-dessus de la commissure, et l'enfonce avec précaution d'avant en arrière entre la membrane muqueuse et les autres tissus, jusqu'au niveau du point où il veut placer l'angle correspondant des lèvres: ayant coupé d'un seul trait et carrément tout ce qui se trouve compris entre les branches de son instrument, il fait plus bas une seconde incision parallèle, et en tout semblable à la première, en prenant autant de tissus sur la lèvre inférieure qu'il en a pris sur la lèvre supérieure: réunissant ensuite les deux plaies par une petite section en demi-lune à leur extrémité postérieure, il isole la bandelette ainsi taillée et l'excise, toujours sans toucher à la membrane muqueuse, qu'il décolle encore après coup tout autour de la déperdition de substance; après en avoir fait autant du côté opposé, il écarte doucement les mâchoires du malade, comme pour allonger la toile qui forme le

fond de la plaie, divisé transversalement en deux portions égales cette couche membraneuse jusqu'à 5 lignes de son extrémité générale, la tire en dehors, la renverse sur la commissure labiale qu'il vient de créer sur le bord inférieur, puis sur le bord supérieur de la division où il la fixe, ainsi qu'à la pellicule rouge de chaque bord des lèvres, à l'aide d'un nombre suffisant d'aiguilles fines et courtes, ou de la suture entortillée, soit seule, soit combinée avec la suture entrecoupée.

On modifie avantageusement, je crois, ce procédé de la manière suivante. L'excision des tissus étant opérée, la couche muqueuse étant modérément amincie reste tendue comme une toile au fond de la plaie. Avant de la fendre, on passe tous les fils l'un après l'autre de la bouche dans la plaie, puis de la plaie en dehors, à travers le bord cutané de la division, en commençant par la rangée inférieure pour chaque commissure. Divisant ensuite la membrane entre les deux lignes de fils, je n'ai plus qu'à saisir les deux bouts de ceux-ci, et les nouer pour compléter l'opération. L'opération par ce moyen est plus facile et la suture plus régulière. La couche muqueuse étant ainsi bien tendue et bien ourlée sur les bords saignants de cette plaie, elle s'y colle avec la plus grande facilité dans l'espace de quelques jours, et l'agglutination de ces lèvres artificielles ne peut se faire.

Fistules à l'anus. — Je vous ai entretenus longuement des fistules à l'anus (1); aussi n'y reviendrai-je point. Sur 21 cas de fistules opérées, nous n'avons perdu qu'un seul malade. Ce résultat est digne de remarque, car l'an dernier nous avons eu un moins grand nombre d'opérés, et nous avons perdu plusieurs malades.

Il y a une foule de maladies, messieurs, que nous avons encore eu à traiter, mais qui ne nous ont offert rien qui

(1) Voyez page 347. *Fistule à l'anus.*

soit digne de vous être rappelé, tels que polypes, hernies étranglées, quelques cas de résection, etc.

Amputations. — Je terminerai ce résumé par vous parler de celles que j'ai pratiquées cette année. Nous avons fait 10 grandes amputations, soit de jambe, de cuisse, de bras ou d'avant-bras; et 8 petites, c'est-à-dire des amputations de doigts ou d'orteil, de métatarsien ou métacarpien; total 18. Nous n'avons perdu qu'un seul malade sur ces 18; il appartient à la classe des grandes amputations. Ce résultat est très beau, et nous serions très heureux s'il pouvait être toujours le même. En effet, messieurs, le danger des amputations a toujours passé pour grand, et il l'est en effet; mais rien n'est variable comme leurs résultats; presque tous les auteurs diffèrent à ce sujet. Ainsi Welschius dit que de 5 amputés qu'il venait de voir à l'Hôtel-Dieu quatre étaient morts. M. Baudens dit que sur 29 amputés par lui ou par ses aides pendant l'expédition de Constantine, 24 sont morts: M. P.... dit, d'une autre part, que sur 20 autres amputés à Bougie pendant l'espace de quatre ans, il n'en est pas mort un seul! M. Warren en a perdu 8 sur 40 à l'hôpital de Boston, tandis que M. Chelius en a sauvé 27 sur 29 à Heidelberg. Les chirurgiens anglais, admettant que les amputés meurent en plus forte proportion en France que chez eux, l'attribuent à notre mode de pansement; mais examinant le fait en lui-même, M. B. Philipps lut en 1828, à la Société médico-chirurgicale, un mémoire dans lequel il établit une statistique toute différente, et qui prouve que la mortalité en Angleterre est pour le moins aussi grande qu'en France. Une année, je ne perdis que 2 amputés sur 26 à la Charité. L'année précédente, j'en avais perdu 6 sur 21; l'année suivante, j'en ai perdu 4 sur 19; cette année un seul sur 18. Ce n'est pas par une statistique ainsi faite d'une manière aussi vague qu'on peut établir la gravité des amputations; le succès ou l'insuccès de ces opérations dépend avant tout du genre de lésions qui