

Encyclopédie
DES
SCIENCES MÉDICALES.

REVUE GÉNÉRALE

CHANGES PÉRIODIQUES SUR LES SCIENCES MÉDICALES EN FRANCE

Annales de chimie et de physique ;
Journal de pharmacie et des sciences accessoires ;
Bulletin général de thérapeutique médicale et chirurgicale ;
Annales d'hygiène publique et de médecine légale ;
Archives homœopathiques ;
Archives générales de médecine ;
Revue médicale française et étrangère ;
Journal des connaissances médicales-chirurgicales ;
Journal des connaissances médicales ;
Bulletin médical de midi ;
L'Expérience, journal de médecine et de chirurgie ;
Gazette médicale de Paris ;
Lancette française, Gazette des hôpitaux ;

REVUE

SOCIÉTÉ ENCYCLOPÉDIQUE DES SCIENCES MÉDICALES

152

1828

LA LANCETTE FRANÇAISE,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

FÉVRIER 1839.

N^{os} 13, 14 et 15. — 2 FÉVRIER.

HOPITAL DE LA CHARITÉ.

M. VELPEAU.

Luxation en arrière de l'extrémité interne de la clavicule.

Le malade couché au n^o 58 de la salle Sainte-Vierge, est un jeune homme âgé de dix-sept ans, imprimeur, d'une bonne constitution. Il fut pris, il y a quelques jours, entre un mur et le timon d'une voiture. Le moignon de l'épaule droite appuyait contre le mur; le timon de la voiture pressait sur le côté gauche du thorax, de façon que le moignon de l'épaule tendait à se rapprocher de la ligne médiane. Il éprouva aussitôt des étouffements qui se calmèrent peu de temps après l'accident. Il ne lui resta qu'une légère douleur dans le moignon de l'épaule; il ne cracha pas; enfin il ne se manifesta aucun symptôme de lésion du poumon. Si on presse sur l'extrémité interne de la clavicule droite, elle fuit en arrière. L'angle du sternum fait saillie en avant. Si on fait placer la main droite sur la tête, on fait basculer la clavicule, on ramène son extrémité interne en avant. Il y a évidemment luxation de la tête de la clavicule en arrière. L'enfoncement est d'environ six lignes; c'est une luxation incomplète.

Cette maladie, dit M. Velpeau, est rare à tel point que des chirurgiens en ont nié l'existence et même la possibilité.

Il y a pour la clavicule deux genres de luxation :
1^o Luxation de l'extrémité scapulaire.

2^o Luxation de l'extrémité sternale. Dans la première espèce, le déplacement a presque toujours lieu au-dessus de l'acromion. Un seul cas a été cité, dans lequel l'extrémité de la clavicule s'était placée au-dessous. Pour la luxation de l'extrémité interne, les anciens avaient admis quatre variétés : une luxation en haut, une luxation en bas, une luxation en arrière, une luxation en avant.

De ces quatre variétés, les modernes en ont rejeté trois, savoir :

1^o La luxation en haut. En effet, pour qu'elle pût

TOME III. 3^e s.

avoir lieu, il faudrait que le moignon de l'épaule fût abaissé au point de rendre l'axe de la clavicule presque parallèle à la longueur du sternum. Le thorax empêche de donner à la clavicule une telle situation, et d'ailleurs il serait difficile d'admettre qu'une force fût capable de porter la clavicule en haut, pendant que l'épaule serait ainsi fortement appliquée au tronc.

2^o La luxation en bas. Celle-ci n'est pas plus admissible. En effet, il faudrait, pour la produire, que la force fût appliquée sur la clavicule pendant que cette dernière serait relevée fortement, relevée au point que son axe fût presque perpendiculaire, ce qui n'est pas possible.

3^o Enfin la luxation en arrière. Boyer et M. Astley Cooper en nient la possibilité; mais c'est à tort, car on l'a observée. M. Pelieux, de Beaugency, a publié un mémoire dans la Gazette médicale, dans lequel il en cite un cas. Il entre dans des détails tels, qu'il n'est pas permis de douter de son existence. Dans le dictionnaire de Samuel Cooper, on rapporte qu'une demoiselle observée par un chirurgien nommé Davy était affectée d'une luxation en arrière. La tête de la clavicule était placée derrière le sternum; la luxation était spontanée. Il en résulta une telle suffocation que l'on crut devoir faire la résection de l'os.

Notre jeune homme a été pris d'étouffements immédiatement après avoir été comprimé entre le mur et le timon de voiture; il est probable que la tête de l'os s'est placée derrière le sternum et a comprimé la trachée-artère; on ne peut expliquer autrement la dyspnée survenue tout à coup, car le poumon ne présente aucune lésion. La clavicule étant un os très-mobile a pu se réduire en partie, et les étouffements ont cessé.

Ainsi, le cas cité par M. Pelieux et celui-ci, sont deux cas bien évidents de luxation en arrière. Celui du chirurgien anglais ne saurait être regardé comme probant, puisque c'était une luxation symptomatique. Donc la luxation en arrière ne doit pas être rejetée.

Les luxations de la clavicule ont ceci de commun, qu'elles sont aisées à réduire, mais difficiles à maintenir réduites. Quoi qu'on ait fait, les malades ont guéri avec difformité. La malade de M. Pelieux conserva une dépression de l'extrémité de la clavicule, malgré la peine que le chirurgien se donna pour l'é-

1 A.

viter. Y aurait-il du danger à les abandonner à elles-mêmes? Le seul inconvénient est la difformité. Il ne faut donc rien faire quand les personnes ne tiennent pas beaucoup à la régularité des formes, d'autant mieux que les appareils employés jusqu'à ce jour n'ont encore pu empêcher la difformité. Si l'on tenait à la combattre, l'appareil qui conviendrait serait un bandage capable de maintenir la main sur la tête.

HOPITAL SAINT-ÉLOI DE MONTPELLIER.

M. LALLEMAND.

Observations sur l'emploi de l'émétique à haute dose contre les lésions traumatiques; par M. HUBERT RODRIGUES, docteur en médecine, ancien interne des hôpitaux, prosecteur de la Faculté de médecine de Montpellier.

L'émétique à haute dose a été employé depuis très-longtemps dans certaines inflammations, et notamment dans la péripneumonie. A Montpellier, Delpech et M. Lallemand ont étendu cette médication dans la thérapeutique des lésions traumatiques. M. Franc, agrégé à la faculté de médecine, a consacré dans un mémoire couronné un grand nombre de faits remarquables par la gravité des lésions et l'efficacité de l'émétique. Depuis la publication de ce travail, de nouveaux faits se sont présentés à la clinique de M. Lallemand. Les suivants nous ont paru dignes de fixer l'attention des praticiens.

Première observation. Le nommé Antoine Ginies, âgé de cinquante-quatre ans, d'une forte constitution, a la cuisse gauche saisie par une roue de charette qui la traverse obliquement de dehors en dedans.

Transporté à l'hôpital Saint-Éloi, on trouve, le lendemain matin, le membre inférieur gauche raccourci d'un demi-pouce, sans déviation de la pointe du pied; on constate de la crépitation au niveau du col du fémur; il existe une ecchymose tout le long de la face externe de la cuisse, et une plaie superficielle sur le trochanter. Le malade se plaint d'une douleur très-vive. Saignée, diète, potion calmante.

Le troisième jour, insomnie, céphalalgie, souffrances intolérables; la cuisse a doublé de volume; la peau est tendue, élastique; les parties molles voisines du genou conservent l'impression du doigt; épanchement de sérosité dans l'articulation; engorgement des ganglions de l'aîne; le pouls donne 74 pulsations. 8 grains de tartre stibié en quatre fois, de deux en deux heures.

Le quatrième jour, un vomissement après la première dose d'émétique. Insomnie, prostration, langue sèche, douleur gravative dans l'articulation de la hanche, décollement de la peau de la face externe de la cuisse; 75 pulsations. 8 grains de tartre stibié; diète.

Le cinquième jour, pas de vomissements. La malade peut remuer le membre qui présente la même longueur que celui du côté opposé, plus de crépita-

tion; 70 pulsations. 12 grains d'émétique; deux bouillons.

Le sixième jour, diminution de tous les symptômes; sommeil profond, faiblesse très-grande. Même prescription.

M. Lallemand fait une ponction à la partie inférieure et externe de la cuisse; il en sort une grande quantité de sérosité sanguinolente mêlée de flocons de tissu cellulaire. Mèche dans l'ouverture, compression méthodique tout autour de la cuisse.

Le septième jour, le pouls est tombé à 64 pulsations; sentiment plus prononcé de faiblesse; physionomie abattue, douleur à l'épigastre, langue rouge sur les bords et à la pointe, blanche dans le milieu; soif intense. Émétique suspendu, bouillons, crème de riz, tisane d'orge.

Le huitième jour, quatre selles; amélioration sensible; le membre peut être porté dans tous les sens; mais il est encore douloureux à la pression; 70 pulsations.

Le mieux continue de jour en jour; on ouvre deux abcès qui se forment à la cuisse; la guérison est achevée et le malade sort de l'hôpital.

Dans cette observation, l'émétique a agi comme de coutume. La première dose a déterminé un vomissement; la tolérance s'est ensuite franchement établie et a continué tant que les symptômes inflammatoires ont prédominé; ceux-ci vaincus, l'émétique a irrité l'estomac, et on a dû suspendre son emploi. C'est un phénomène bien remarquable, et qui a été signalé par tous ceux qui ont fait usage du tartre stibié par la méthode rasorienne, que l'établissement de la tolérance est dans un rapport direct avec la gravité de la maladie.

Il faut avoir été témoin de l'action de ce médicament héroïque à haute dose pour ajouter une foi entière à ce qu'on raconte de sa puissance pour prévenir les symptômes inflammatoires et les juguler lorsqu'ils existent déjà. Quoi de plus extraordinaire que l'observation suivante; elle appartient à M. Franc.

Deuxième observation. Jean Milhan, garçon d'écurie, âgé de quarante ans, d'une bonne constitution, d'un tempérament nerveux, tombe, le 8 février 1829, du haut d'un étage qui avait environ douze pieds d'élevation. Il se fait une fracture de la jambe; on le transporte à l'Hôtel-Dieu Saint-Éloi à huit heures du soir, quelques heures après l'accident; le professeur Delpech reconnaît une fracture compliquée du bas de la jambe droite avec luxation du pied en dedans, arrachement de la malléole interne, déchirure des parties molles, issue du tibia et du péroné dans une longueur de trois pouces. On procède à la réduction sans beaucoup d'efforts; immédiatement après que celle-ci est opérée, le malade éprouve un accès de convulsions épileptiformes. Saignée du bras de seize onces; dans la nuit, quatre pilules d'un quart de grain de cyanure de potassium.

Le 9, le pouls a 96 pulsations; il est rond, plein, dur et résistant à la pression; la face est injectée; point d'altération dans les traits; langue large, blanche, humide, ventre un peu rétracté sans douleur; urines libres. Il n'y a point d'engorgement dans les lèvres de la plaie; comme elle était située plus haut que la malléole externe, sa lèvre inférieure recouvre complètement l'ouverture de l'articulation. Le

bord inférieur de la plaie, qui est celui qui peut rendre ce bon office; paraît être réuni avec les parties qu'il recouvre. Il n'y a point d'engorgement dans le pourtour de l'articulation; les muscles de la jambe sont tendus, mais il n'y a pas de gonflement; la jambe est enveloppée d'un cataplasme, la plaie est couverte d'un morceau de linge enduit de cérat; bandage de Scultet; attelles latérales; liens de cuir pour contenir le membre dans une gouttière brisée, et pour maintenir ainsi la jambe légèrement fléchie. 12 grains de tartre stibié dans 6 onces d'eau, à prendre 1 once de trois en trois heures; dans 2 onces d'infusion de sureau avec 40 gouttes de laudanum dans chaque dose; infusion de tilleul pour boisson; saignée de 16 onces sur le champ; réitérée le soir s'il y a lieu.

Le 10, la saignée du soir n'a pas été pratiquée; le pouls donne 76 pulsations; langue blanche, nette et humide; ventre souple, point de douleur à l'épigastre ni de coliques; urines libres; sommeil de plusieurs heures. Il y a eu un vomissement seulement après la première dose d'émétique. La tuméfaction de l'articulation est à peine sensible; il n'y a point dans la jambe; le pied n'est point engorgé; la plaie paraît réunie. 15 grains.

Le 11, le pouls est à 80; point de vomissements, point de selles; point de chaleur à la peau, traits affaiblis; langue blanche, plate, humide; urines libres, ventre affaissé, sans douleur, point de soif, point de douleur à la jambe; point d'engorgement au pied, presque point autour de l'articulation, point du tout autour de la jambe; la plaie est réunie en grande partie; 15 grains.

Le 12, le malade est bien; il a dormi plusieurs heures; les urines sont libres; deux selles solides; langue naturelle, pouls naturel, ventre sans douleur; quelques légères douleurs à la jambe; la plaie est en bon état. 15 grains.

Le 13, très-bien; point de vomissements, point de selles. 10 grains; 5 bouillons.

Le 14, le malade n'a pas pris de potion; point de soif; point de douleurs au ventre; celui-ci est souple, affaissé; langue et pouls naturels; deux selles; point d'engorgement dans l'articulation; la réunion de la plaie est faite; il n'y a qu'un peu de suppuration dans les bords. Eau vineuse; 7 bouillons; 2 crèmes de riz; émétique suspendu.

Le 15, quelques douleurs à la jambe; très-bien d'ailleurs; le pouls est plus fréquent. Même régime; limonade sucrée.

Le 16, le malade est dans l'état le plus satisfaisant. 2 soupes. Le 17, très-bien. Demi-quart.

Les 18, 19 et 20, même état. Le 21, on renouvelle l'appareil; on ouvre un petit abcès au-dessus de la malléole externe. Le quart.

Les jours suivants le malade continue d'être très-bien; on renouvelle l'appareil par intervalles; la fracture se consolide; tout est en bon état.

Le malade est sorti de l'hôpital au bout de soixante jours, marchant assez librement avec des béquilles; deux mois plus tard il pouvait se passer de tout secours étranger. Il a repris ses occupations ordinaires.

M. Franc, qui avait été appelé pour voir le malade avant son entrée à l'hôpital, observa avec

assiduité le traitement employé, et ce n'est pas sans étonnement qu'il vit la scène si calme sous l'influence de l'émétique à haute dose. En effet, dans ce cas l'amputation était indiquée, elle paraissait absolument nécessaire, l'expérience ayant démontré que le plus grand nombre de ces malades sont voués à une mort presque certaine, soit dans la première période de la maladie, ou par les accidents consécutifs.

Néanmoins, bâtons-nous de le dire, la diathèse (1), ou l'aptitude à supporter les diverses doses d'émétique, n'existe pas chez tous les individus. Elle manque quelquefois du commencement, et s'établit après les premières doses; d'autres fois elle manque complètement, et l'émétique donne lieu alors à de graves accidents; l'exemple que nous allons citer ne laissera aucun doute à cet égard.

Troisième observation. Une femme âgée de cinquante-six ans, entre à l'hôpital Saint-Éloi pour une fracture de la jambe droite au quart inférieur, avec plaie des parties molles et issue du fragment supérieur. La réduction opérée, on environne la jambe d'un grand cataplasme laudanisé et on la met dans une position horizontale, la cuisse fléchie sur le bassin. Le soir, potion avec 2 onces de sirop diacode.

Le deuxième jour, gonflement douloureux de la jambe; céphalalgie, chaleur à la peau; langue humide, blanche; pouls à 75 pulsations. Saignée; 8 grains d'émétique en quatre fois; diète.

La première et la seconde prises sont accompagnées d'un vomissement abondant; vingt-cinq selles suivent la dernière.

Le troisième, dérangement des fragments à la suite des secousses occasionnées par les vomissements et les selles; gonflement des lèvres de la plaie; ventre douloureux; bouche sèche, langue rouge, fendillée; ardeur à l'anus; urines rares et troubles; peau sèche et ardente; face tirillée, pouls serré, fréquent (75 pulsations). Une selle, au milieu de stries sanguinolentes. Saignée de 6 onces; compresses laudanisées sur la jambe, sur l'abdomen; un quart de lavement avec l'eau de mauve et 5 gouttes de laudanum; diète; limonade sucrée.

Les accidents primitifs sont modérés, mais il se déclare une abondante suppuration, et avec elle la diarrhée, la fièvre hectique et la mort.

Aucun travail ne s'était passé dans les fragments pour la réunion osseuse.

Je pourrais rapporter d'autres observations semblables, mais je m'arrête pour ne pas abuser du temps précieux des praticiens qui lisent ce journal.

Dans un autre article, je ferai connaître quelques observations de plaies de tête, dans lesquelles les accidents consécutifs ont été prévus ou combattus avantageusement par l'émétique à hautes doses.

Elles prouveront, je crois, que les médecins n'ont pas assez de confiance dans l'action de ce médicament, surtout dans les maladies de la tête, ce qui tient à ce qu'ils ne distinguent pas assez la différence d'action qui résulte de la différence des doses auxquelles on administre l'émétique.

Plus d'un praticien a vu des malades qui, après avoir été saignés, ont eu des accidents graves, et qui, après avoir été émétiques, ont eu des accidents graves.

(1) C'est-à-dire la tolérance.

HOPITAL MILITAIRE DE LILLE.

Nouveau procédé opératoire appliqué à l'amputation tarso-métatarsienne, basé sur la méthode mixte de M. BAUDENS. (Extrait de ses leçons de clinique chirurgicale.)

L'amputation tarso-métatarsienne est une des conquêtes chirurgicales les plus importantes de la fin du dernier siècle. En 1789, Percy, dont le nom reflète tant d'éclat sur la chirurgie des armées, pratiqua sur un moine de Clairveaux l'amputation partielle du pied dans l'articulation tarso-métatarsienne. Ce célèbre professeur n'a point décrit, que je sache, le mode opératoire qu'il a mis en usage. Et c'est sans doute en voulant combler cette lacune que MM. Villerme, Lisfranc, Hey, Béclard, ont créé les procédés opératoires auxquels ils ont laissé leur nom.

Sans contester d'une manière absolue la valeur de ces divers modes d'opérer, j'ai pensé que je pourrais appliquer avec avantage, à l'amputation tarso-métatarsienne, la méthode mixte que j'ai imaginée.

Cette méthode n'est autre que du juste-milieu chirurgical; elle n'est ni hautaine, ni exclusive comme les autres, et se prête à une foule de modifications indiquées par le siège et la variété des lésions. Elle emprunte aux méthodes circulaires, à lambeaux et ovales, ses temps opératoires les plus avantageux, et repousse ceux qui sont défectueux; et, ainsi composée de toutes pièces de choix, elle présente une perfection telle, que je ne crains pas d'affirmer qu'elle sera toujours préférée par les esprits droits et non passionnés.

Je reviens à l'amputation tarso-métatarsienne. Et d'abord, sans décrire le procédé de M. Lisfranc, dont le manuel opératoire, malgré ses difficultés, et peut-être même à cause de celles-ci, est devenu pour ainsi dire populaire et familier à la plupart des chirurgiens, contentons-nous de rappeler que M. Lisfranc ampute dans la contiguité des os; qu'il pratique, en un mot, une désarticulation tarso-métatarsienne.

Je passe condamnation sur les objections qu'on pourrait faire à la méthode de M. Lisfranc, envisagée au point de vue des difficultés qu'elle offre dans son exécution, surtout quand les lésions sont telles que le rapport des parties n'existe plus. Ces objections tombent naturellement devant l'habileté du chirurgien vraiment digne de ce nom. Mais, tout en n'envisageant que le résultat de l'opération, n'est-il point démontré :

- 1° Que le tissu cutané fait défaut à la face dorsale du pied.
- 2° Que l'angle formé par la saillie du premier os cunéiforme choque l'œil et nuit singulièrement à la réunion de la plaie.
- 3° Que la disposition du lambeau plantaire, forcément oblique pour s'adapter au plan incliné des surfaces articulaires, offre une irrégularité très-préjudiciable à la réunion par première intention et à la formation d'une bonne cicatrice.

Ces réflexions critiques n'avaient sans doute point échappé à l'esprit judicieux de M. Hey, à en juger par son mode opératoire, lequel me semble offrir plus d'un avantage. Pour prévenir, en effet, la dé-

nudation de la face supérieure du pied, M. Hey conserve un lambeau dorsal de six lignes de longueur, et en faisant disparaître par un trait de scie l'angle formé par le premier cunéiforme, il obtient une surface régulièrement disposée pour se prêter à l'affrontement des lambeaux.

Béclard, dont le nom doit être ici d'un grand poids, et qui certes ne reculait devant aucune difficulté, n'a point craint de simplifier le manuel opératoire et d'obtenir du même coup un résultat, en apparence du moins, très-avantageux pour la réunion de la plaie et la formation d'une bonne cicatrice. Après avoir taillé les lambeaux dorsal et plantaire, il portait tout simplement la scie transversalement sur le grillage osseux pour le diviser.

Notre procédé opératoire se rapproche un peu de celui de M. Hey. Comme ce dernier, nous combinons ensemble la désarticulation et l'amputation dans la continuité, avec ces traits distinctifs toutefois, que nous donnons au lambeau dorsal douze lignes de longueur au lieu de six, afin de pouvoir harmoniser les deux lambeaux en diminuant un peu celui de la face plantaire; et qu'au lieu de scier, comme ce chirurgien, l'angle formé par le premier os cunéiforme, après avoir désarticulé les quatre derniers os du métatarse, nous faisons précisément le contraire: nous désarticulons le premier métatarsien pour scier ensuite le grillage osseux formé par les quatre derniers os du métatarse.

On comprendra toute l'importance de mes modifications si l'on remarque qu'en formant un lambeau dorsal harmonisé autant que possible avec le lambeau plantaire, on évite la dénudation du dos du pied, et que le lambeau plantaire ayant moins de longueur et ne devant plus former le coude pour être ramené en avant, sera moins exposé à se gangrener, au moins partiellement. On remarquera surtout que toutes les surfaces osseuses sont régulièrement disposées sur un même plan, et que je conserve au pied une longueur plus considérable que par les procédés de MM. Lisfranc et Hey, afin de moins compromettre les lois de la station et de la progression.

Voici, du reste, comment j'ai résumé les divers temps de cette opération.

Incision transversale et légèrement convexe de toutes les parties molles de la surface dorsale du pied, à partir d'un pouce au-dessous de l'articulation du premier cunéiforme avec le premier os du métatarse; dissection de ce lambeau jusqu'à l'articulation du premier cunéiforme avec le premier métatarsien; formation d'un lambeau plantaire carré et long de deux pouces et demi, après avoir traversé toutes les parties molles avec un couteau à lame étroite, et plongé à la base du lambeau dorsal; désarticulation du premier métatarsien et du premier cunéiforme; section circulaire autour des quatre métatarsiens en masse, puis isolément; et enfin division de ses derniers par un trait de scie portée en travers.

J'obtiens pour résultat la formation de deux lambeaux susceptibles d'être affrontés exactement et d'amener, en raison de leur longueur, qui au premier abord paraît plus que suffisante pour masquer les surfaces osseuses, une réunion linéaire et une cicatrice solide au bout de quelques jours.

Je vous l'ai déjà dit souvent, et je vous le répéterai encore plusieurs fois, n'imitiez pas la conduite des chirurgiens qui se contentent de conserver dans les amputations tout juste la longueur nécessaire des téguments pour pouvoir les tenir affrontés à l'aide de bandelettes de sparadrap. Que se passe-t-il dans ce cas? Vers le troisième jour, si l'on examine la cicatrice, on voit qu'elle paraît se faire par première intention, mais, quelques jours plus tard, ces espérances se sont évanouies, la tuméfaction du moignon a fait éclater les lèvres de la plaie, dont l'écartement laisse voir les chairs palpitantes du moignon. Ainsi dénudées et exposées au contact de l'air, ces parties parcourent toutes les phases de l'inflammation, et souvent de fortes réactions sympathiques sur les principaux viscères tuent l'opéré ou lui font courir les plus grands dangers.

D'autres fois l'abondance de la suppuration amène le marasme et la mort, parce que l'opéré n'a pu suffire aux frais des matières purulentes.

Ces faits me frappèrent vivement du jour où je fus appelé sur un grand théâtre chirurgical, et c'est en Afrique, il y a huit ans, que, pour la première fois, j'ai trouvé le moyen de soustraire les opérés à ces chances de mort.

J'ai créé la méthode mixte des amputations; j'ai démontré que la réunion par première intention après les amputations, si rare que Dupuytren en niait la possibilité, ne s'obtenait pas, parce que d'une part les lambeaux cutanés étaient trop courts, et que de l'autre le mode de pansement était vicieux.

Vous savez que pour beaucoup de chirurgiens, et surtout en France, c'est encore une question de savoir s'il faut ou non réunir les plaies après les amputations. En France, il est encore bon nombre de chirurgiens encroûtés et qui, ne voulant pas démoder de leurs vieilles idées, prétendent qu'il faut provoquer la suppuration des plaies en général, et ne tenter la réunion que par degrés. D'autres, moins exclusifs, ne craignent point de chercher à réunir celles qui sont récentes, mais ils se garderaient bien de ne pas faire suppurer pendant un temps assez long celles qui remplacent de vieux ulcères qu'entretenaient des caries, afin, disent-ils, de ne pas fermer tout d'un coup ces exutoires. Ces idées théoriques tombent devant la pratique. En faisant suppurer les plaies, dans ce cas, on épuise souvent le malade et il succombe dans le marasme. Dupuytren faisait du juste-milieu; il ne bourrait pas la plaie avec la charpie, de même qu'il n'en réunissait pas exactement les lèvres; mais, après avoir rapproché celles-ci, il les tenait écartées dans un ou deux pouces d'étendue à l'aide de bourdonnets de charpie.

Les chirurgiens anglais, presque exclusivement, suivent depuis longtemps une conduite opposée.

Imbu de ces principes, le célèbre chirurgien de Montpellier, Delpech, secondait la réunion immédiate par des points de suture, et obtenait des résultats inouïs, dont j'ai été témoin, et que ne dément pas la pratique de M. Serres, son successeur.

J'avais remarqué que Delpech échouait quelquefois, partiellement au moins, parce que le défaut de longueur des téguments le forçait à agir avec force sur eux à l'aide des fils de la suture, et qu'alors ceux-ci coupaient les téguments. C'est pour suppléer à

ces inconvénients que je conserve, après les amputations, des téguments plus longs que d'habitude.

Vous m'avez vu dernièrement pratiquer trois amputations, dont deux de la cuisse et une dans l'articulation du premier os métacarpien avec le carpe; chez tous, au bout du dixième jour, la cicatrice était linéaire, solide et complète, excepté au centre, où un pertuis presque invisible existait pour livrer passage au fil des ligatures. Ces plaies, réunies par première intention, n'ont pas fourni un demi-gros de suppuration, et nos opérés n'ont pas eu de fièvre, pas même cette fièvre dite de suppuration.

Deux de ces malades portaient depuis huit à dix ans des plaies fistuleuses avec carie, et malgré l'absence de suppuration ultérieure ces exutoires ont été fermés sans qu'il en soit rien résulté de fâcheux: la santé de ces trois opérés est parfaite.

Pour vous rappeler en peu de mots les conditions de pansement que je considère comme indispensables à la réunion immédiate, je formulerai ainsi ma pratique :

Laisser exposer au contact de l'air la surface des moignons jusqu'à ce que l'écoulement sanguin soit totalement tari. S'il s'agit d'une amputation de la cuisse, par exemple: placer trois points de suture à égales distances l'un de l'autre et à quinze lignes environ au delà du bord libre des téguments; les serrer fortement afin de maintenir ceux-ci bien affrontés; achever la réunion des téguments aussi exacte que possible, à l'aide de bandelettes de taffetas d'Angleterre, afin de rapprocher les lèvres de la plaie aussi bien que s'il ne s'agissait que d'une simple coupure; appliquer sur l'une et l'autre face des téguments situés derrière les sutures, d'épaisses compresses pour les tenir accolées par leur surface interne, et pour empêcher que du sang ou des matières purulentes ne s'accumulent derrière la cicatrice. Au bout de quelques jours, s'il survient de la tuméfaction, relâcher les compresses afin que les téguments puissent se prêter à cette tuméfaction, laquelle, dans ce cas, ne saurait faire effort sur la cicatrice encore tendre, ni la rompre.

Encore un mot. Dans quel degré de température convient-il d'entretenir les moignons des opérés? Tandis que les uns se prononcent pour la glace, ou au moins pour les arrosements d'eau froide, d'autres, et cela tout récemment à l'Hôtel-Dieu, sont venus entretenir pompeusement l'Académie de leurs succès en plongeant le moignon dans une atmosphère d'une température très-élevée.

Les partisans comme les adversaires de cette conduite parlent de leurs succès avec un engouement exclusif, et sans vouloir se faire de concessions. J'ai répété devant vous leurs expériences, et aujourd'hui nous sommes en droit de conclure que si le calorique convient après les amputations faites sur des hommes épuisés, chez lesquels les mouvements vitaux sont ralentis, il serait éminemment nuisible appliqué, par exemple, à la chirurgie des armées, parce que dans ce cas on a affaire à des soldats pleins de jeunesse, de force et de réaction vitale. Dans ces circonstances, il faudrait recourir à l'eau glacée, comme nous l'avons fait avec succès pendant notre longue pratique en Algérie.