

Res. Dod. x10. B
105.762
D. Aug.
D. Aug.

DISSERTATION

N.º 28.

SUR L'AMPUTATION DU BRAS

DANS SON ARTICULATION AVEC L'OMOPLATE;

PAR FÉLIX MEUNIER, d'Airvault,

Département des Deux-Sèvres,

DOCTEUR EN MÉDECINE;

Chevalier de l'Ordre de la Réunion; ex-Chirurgien major aux ambulances de la ci-devant grande armée, attaché actuellement à l'hôpital militaire de Paris en qualité d'Aide-major.

MONSIEUR PAIN DE CHAOUÉ,



A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n.º 13.

1815.

1167-02



N.º 28

DISSERTATION

SUR L'AMPUTATION DU BRAS

DANS SON APPLICATION AVEC L'OMOPLATE;

PAR FELIX MEUNIER, D'AIRVAULT,

Département des Deux-Sèvres,

DOCTEUR EN MÉDECINE;

Chevalier de l'Ordre de la Réunion, ex-Chirurgien major aux ambulances de la ci-devant grande armée, attaché actuellement à l'hôpital militaire de Paris en qualité d'Aide-major.



A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Mâçons-Sorbonne, n.º 13.

1813.

A MONSIEUR

LE BARON LARREY,

Inspecteur général du Service de Santé; ex-Chirurgien en chef de la grande armée; premier Chirurgien de l'hôpital de la Maison militaire du Roi; Commandant de la Légion d'Honneur; Chevalier de l'Ordre de la Couronne de Fer, etc., etc.

Comme un témoignage public de mon respectueux dévouement et de ma vive reconnaissance pour les bienfaits dont il m'a comblé.

A MON ONCLE,

MONSIEUR PAIN DE CHAOUÉ,

Maire d'Allonnes.

Comme gage d'attachement, de respect et de reconnaissance pour les bontés paternelles qu'il n'a cessé de me prodiguer.

F. MEUNIER.

A MONSIEUR

LE BARON LARREY,

Inspecteur général du Service de Santé ; ex-Chirurgien en chef de
la grande armée ; premier Chirurgien de l'hôpital de la Maison
militaire du Roi ; Commandant de la Légion d'Honneur ; Che-
valier de l'Ordre de la Couronne de Fer, etc., etc.

Comme un témoignage public de mon respectueux dé-
vouement et de ma vive reconnaissance pour les bienfaits
dont il m'a comblé.

A MON ONCLE,

MONSIEUR PAIN DE CHAOUÉ,

Maire d'Allennes.

Comme gage d'attachement, de respect et de reconnaissance
pour les bontés paternelles qu'il n'a cessé de me prodiguer.

F. MEUNIER.

DISSERTATION

SUR L'AMPUTATION DU BRAS

DANS SON ARTICULATION AVEC L'OMOPLATE.

En entreprenant de dissenter sur l'amputation du bras dans son articulation avec l'épaulé , j'ai eu pour but de prouver que les succès obtenus dans cette amputation étaient aussi fréquens que dans celle pratiquée dans la continuité des membres , restreignant pourtant l'exécution de la première aux cas que j'indiquerai plus bas. Cette opération a toujours été regardée avec raison comme une des plus graves de la chirurgie ; cependant , comme elle est , dans bien des cas , la seule ressource pour conserver les jours du malade , et comme les accidens qui la nécessitent ont dû se rencontrer assez fréquemment , on a lieu de s'étonner qu'elle soit , pour ainsi dire , d'une date nouvelle , et qu'avant ces derniers temps elle ait été pratiquée si rarement. En effet , si l'on parcourt les écrits des chirurgiens les plus célèbres du siècle dernier , on verra qu'il en est peu qui , dans le cours de la pratique la plus étendue , y aient eu recours. Ils étaient sans doute retenus , ou par la difficulté d'une opération qui n'avait point encore été tentée , ou par la crainte exagérée des dangers dont elle pouvait être suivie.

L'ablation d'un membre entier voisin du centre de la circulation , l'étendue de la plaie , la difficulté d'arrêter l'hémorrhagie , l'abondance de la suppuration , leur paraissaient autant de motifs de s'abstenir d'un moyen qui , selon eux , n'aurait fait qu'ajouter

aux souffrances du malade et accélérer sa perte. Aujourd'hui que nous sommes riches de faits, ces craintes sont appréciées à leur juste valeur. La guerre dont l'Europe vient d'être le théâtre a fourni aux chirurgiens militaires de nombreuses occasions de faire l'extirpation du bras; cette opération a été pratiquée tant de fois avec un si grand succès, et surtout par M. le baron *Larrey*, qu'il n'est plus permis d'abandonner les malades le plus grièvement blessés, lorsqu'elle est la seule ressource qui puisse leur sauver la vie. On pourrait même se plaindre que son usage est encore trop limité, et qu'on ne l'a pas appliquée à certains genres d'accidens ou de blessures où son utilité ne peut être révoquée en doute. Ce travail eût été susceptible d'une extension plus considérable, de développemens plus précis; mais le peu de temps qu'il m'a été permis d'y consacrer m'autorise à me faire l'application de ce qu'a dit La Bruyère :

« On peut exiger beaucoup de celui qui devient auteur par amour
« de la gloire ou de l'intérêt; mais un homme qui n'écrit que pour
« remplir un devoir dont il ne peut se dispenser, une obligation
« qui lui est imposée, a sans doute de grands droits à l'indulgence
« de ses lecteurs. »

Je crois pouvoir me dispenser de parler des parties intéressées dans l'opération.

Pour procéder avec ordre, je diviserai cette dissertation en deux parties : 1.^o je tâcherai d'établir les cas dans lesquels on doit pratiquer cette opération; 2.^o je ferai la description du manuel opératoire. Enfin je terminerai par quelques observations que j'ai eu occasion de recueillir,

PREMIÈRE PARTIE.

*Des cas qui exigent l'amputation du bras dans l'article de**l'épaule.*

Des maladies chroniques, de même que des blessures par armes à feu, peuvent nécessiter l'extirpation du bras; mais les dernières en présentent sans contredit les occasions les plus fréquentes. En général, on doit la pratiquer lorsque la maladie ou le fracas de l'os se trouve très-près de l'articulation; il est d'expérience que, dans plusieurs de ces cas, la commotion s'est fait ressentir jusqu'à l'extrémité supérieure de l'os, et qu'il est brisé, selon sa longueur, jusqu'à sa tête ou ses tubérosités. Les cas particuliers où il faut pratiquer l'opération sont les suivans :

1.° Un sphacèle borné du bras, lorsque la mortification a détruit toutes les parties molles jusqu'à l'articulation ou son voisinage.

2.° Une tumeur cancéreuse très-voisine de l'articulation qui embrasserait les principaux vaisseaux et nerfs du membre, et plus particulièrement encore si elle adhérerait intimement à l'os.

3.° La carie de l'extrémité supérieure de l'humérus, quand surtout elle a gagné la cavité médullaire; affection toujours accompagnée d'abcès multipliés, d'ulcères fistuleux, et d'une suppuration abondante qui épuise les forces du malade.

4.° Un anévrisme, ou une plaie de l'artère axillaire: ces cas sont au-dessus des ressources de l'art. La distribution des branches fournies par cette artère est telle, qu'il n'existe aucune communication entre elle et celle du bras, sinon celle qu'établissent quelques faibles rameaux destinés aux sommets de l'épaule, provenant principalement des artères circonflexes. La nature étant ici privée des ressources indispensables à la continuation du cours du sang,

l'amputation du bras dans son articulation supérieure est le seul moyen de conserver la vie du malade.

5.° Lorsqu'un boulet a emporté le membre près de son articulation. On conçoit qu'une pareille plaie, présentant une surface extrêmement contuse, inégale, avec des aspérités osseuses et des lambeaux de parties molles désorganisées, est un de ces cas où la nécessité de l'opération est le mieux démontrée; et comme, en général, elle doit être faite à quelques travers de doigts au-dessus de la blessure, dans le cas que nous supposons, il est évident qu'elle ne peut être pratiquée que dans l'articulation.

6.° L'altération consécutive de l'os du bras à la suite d'un fracas, vers sa partie inférieure, ou bien dans son articulation avec l'avant-bras. Souvent dans ces cas, après un temps plus ou moins long, on voit la carie ou la nécrose se déclarer, la suppuration devenir abondante et intarissable, la peau et les chairs se décoller, le périoste se détacher, non-seulement dans le voisinage de la plaie, mais encore dans une grande partie de son étendue; enfin le malade s'affaiblit, la diarrhée survient; elle est accompagnée de sueurs colliquatives, la fièvre hectique se déclare et menace les jours du malade; alors on se décide ordinairement à pratiquer l'amputation dans la continuité du membre; mais bientôt après on s'aperçoit que l'on n'a point enlevé la maladie de l'os, qui continue à faire des progrès; il est altéré au-dessus de la section, la membrane médullaire est détruite, et l'on est obligé de recourir à l'amputation dans l'article qu'on aurait dû pratiquer d'abord. J'ai été plusieurs fois témoin de ce fâcheux contre-temps, et il me semble que l'on ne peut trop insister sur ce point. Les signes qui peuvent faire connaître que l'affection de l'os s'est propagée beaucoup au-delà de la fracture, et qui indiquent la nécessité de l'opération que je propose, sont quelquefois très-obscurs, parce que les tégumens sont sains; ou parce que seulement le tissu cellulaire sous-cutané est légèrement infiltré. D'autres fois aussi il se forme une espèce de gonflement ou de saillie sur l'os lui-même. L'ancienneté de la maladie, l'as-

pect particulier de la plaie, l'introduction d'un stylet que l'on dirige vers la partie supérieure de l'os, peuvent jusqu'à un certain point faire reconnaître l'étendue de la maladie. Tous ces signes réunis autorisent à prononcer sur l'indispensable nécessité d'amputer dans l'articulation scapulo-humérale. Il est cependant quelques remarques à faire relativement aux différens cas que nous venons d'énumérer, et dans lesquels l'amputation dans l'article est généralement indiquée.

Cette opération ne doit pas être entreprise dans la carie de l'extrémité supérieure de l'humérus, lorsqu'elle dépend d'un vice général dont la cause n'a pas encore été détruite, ou si elle est le symptôme d'une affection scrophuleuse, vénérienne, etc.; car, après l'opération, la même cause pourrait exercer ses ravages sur d'autres os. Elle ne doit pas l'être non plus dans tous les cas de grand délabrement. Ces blessures présentent beaucoup de variétés, et il est souvent possible d'éviter l'opération en débridant les plaies par de grandes incisions, en faisant l'extraction des esquilles, et en employant le même traitement que pour les fractures compliquées. C'est à l'expérience et au jugement du chirurgien à déterminer, d'après le degré de gravité de la blessure, et d'autres circonstances, si l'amputation est indispensable; car il ne doit pas oublier qu'elle est une ressource extrême, à laquelle il ne faut avoir recours qu'après avoir bien reconnu l'insuffisance des autres moyens. C'est ici le lieu de répondre à quelques objections que l'on a faites contre l'opération dont nous parlons. Pour en faire voir le danger, on a mis en avant, 1.^o l'étendue de la plaie; mais cette étendue est plus effrayante que dangereuse: un bandage approprié réduit ses dimensions à la moitié. *Lamotte* rapporte l'exemple d'un jeune homme qui eut le bras arraché dans sa jointure avec l'omoplate. Un fait plus extraordinaire encore se trouve dans les *Transactions philosophiques*, n.^o 449. Les sujets ont été promptement guéris sans accidens graves.

On a parlé de la surabondance du sang, et du désordre qui de-

vait en résulter pour l'économie animale , après le retranchement d'une partie considérable. Mais tous les jours l'expérience combat victorieusement cette objection. On peut d'ailleurs remédier à la pléthore accidentelle par des saignées et par un régime convenable. 2.^o L'hémorrhagie, qu'on a présentée comme un accident redoutable, est prévenue par les ligatures. Je terminerai cette section, en observant qu'il est prouvé, par les résultats avantageux que nous avons obtenus, que l'amputation dans l'articulation de l'épaule est beaucoup moins suivie d'accidens consécutifs qu'on ne l'avait cru; et que, toutes choses égales d'ailleurs, lorsqu'on la pratique pour des maladies récentes, elle réussit aussi souvent que celles faites dans la continuité des membres, ce qui, suivant M. Larrey, paraît dépendre des causes suivantes :

« 1.^o De la section de l'os qui doit s'exfolier d'une manière sensible ou insensible dans les points mutilés par la scie, et à qui la nature fait éprouver ensuite, dans sa texture et dans sa forme, un changement en vertu duquel les vaisseaux osseux doivent se développer et se cicatriser, travail plus ou moins long et pénible, selon l'âge du sujet, et qui rend incertain ou retarde le succès de l'opération.

« 2.^o De la coupe qui se fait de plusieurs muscles, dont la contraction ou l'irritation est souvent accompagnée d'accidens, la nature ayant d'ailleurs ensuite autant de parties à cicatriser séparément.

« 3.^o De l'altération des parties du membre blessé; car si elle s'étend jusqu'à l'articulation, l'amputation est en pure perte. Lorsqu'on ampute à l'articulation, on est plus certain du succès, 1.^o parce que la section est faite au-delà des limites du mal; 2.^o parce que l'os du membre voisin reste intact, et n'éprouve aucune altération des suites de l'opération; 3.^o parce qu'on n'a point de muscles à couper, si nous en exceptons, dans certains cas, quelques portions dont les fibres sont divisées selon

« leur longueur, plutôt que coupées en travers. La coupe des tendons n'a nul inconvénient ; ils sont insensibles, et lorsqu'ils ne sont pas exposés long-temps au contact de l'air, ils ne s'exfolient point, et s'identifient facilement avec la cicatrice des lambeaux. » (Mémoires de chirurgie militaire, t. 3, p. 362). L'opinion de plusieurs auteurs est que cette opération a été pratiquée, pour la première fois, vers la fin du siècle dernier, par un chirurgien français, le père du célèbre *Ledran* ; mais M. le professeur *Percy* (Eloge historique de M. *Sabatier*), pense que *Morand*, père, fut le premier qui la mit en pratique. Il était naturel qu'une invention nouvelle n'atteignît pas d'abord toute la perfection dont elle était susceptible ; elle présentait de nombreuses difficultés ; *La Faye* lui fit subir des changemens utiles, mais qui laissaient encore quelque chose à désirer ; *Desault* proposa un procédé qui la rendit d'une exécution plus simple et plus sûre ; enfin M. *Larrey*, dont les travaux ont puissamment contribué aux progrès de la chirurgie militaire, a fait voir que, les cas pour lesquels on la pratique étant très-variés, il fallait de même varier le procédé. Il a de plus imaginé un moyen particulier de mettre à découvert l'articulation, et de séparer la tête de l'humérus de la cavité glénoïde de l'omoplate ; moyen qui, dans beaucoup de cas, convient exclusivement.

Je me dispenserai de parler des premiers essais qui ont été tentés pour extirper le bras, puisqu'ils ont été abandonnés comme imparfaits et défectueux. Je ne ferai mention que de ceux qui sont adoptés par les praticiens actuels ; je décrirai successivement : 1.^o le procédé de *La Faye*, 2.^o celui de *Desault*, 3.^o les modifications que M. *Larrey* a imaginées et exécutées, et qui souvent assurent à cette opération tous les avantages que l'on peut espérer.

Procédé de LA FAYE.

Pour plus d'exactitude, voici la description que ce chirurgien nous a donnée de son procédé :

« Je fais, avec un bistouri droit et ordinaire, à la distance de
 « trois à quatre travers de doigts de l'acromion, une incision trans-
 « versale qui divise le muscle deltoïde et pénètre jusqu'à l'os; j'en
 « fais deux autres, longues de deux à trois travers de doigts, l'une
 « à la partie antérieure, l'autre à la partie postérieure, de manière
 « qu'elles tombent perpendiculairement sur la première, et qu'elles
 « forment avec elle une espèce de lambeau, sous lequel, après
 « l'avoir séparé, je porte le bistouri pour couper les deux têtes du
 « muscle biceps et la capsule de l'articulation; il m'est facile après
 « cela de tirer à moi la tête de l'os, et de la dégager par le moyen
 « du bistouri, avec lequel je coupe d'un côté et de l'autre, et que
 « je porte entre l'os et les chairs qui sont sous l'aisselle et qui sou-
 « tiennent les vaisseaux. J'observe de diriger le tranchant de l'in-
 « strument du côté de l'os; je fais ensuite la ligature des vaisseaux
 « le plus près de l'aisselle qu'il m'est possible, et j'achève de sé-
 « parer le bras en coupant les chairs à un travers de doigt de la
 « ligature; j'abaisse le lambeau qui s'ajuste parfaitement à la
 « partie, et qui couvre toute la cavité glénoïde de l'omoplate, en-
 « sorte qu'il ne reste qu'une plaie demi-circulaire; enfin je laisse
 « sortir, par la partie inférieure de la plaie, les extrémités du lien
 « qui a servi à faire la ligature. (Voyez mémoires de l'académie
 royale de chirurgie, t. 2, p. 241).

On a aussi proposé de faire le lambeau supérieur de la manière
 suivante : On embrasse d'une main l'épaisseur des parties molles
 qui doivent former le lambeau, et on les traverse d'avant en ar-
 rière vers la base du deltoïde, en ouvrant, s'il est possible, la
 partie supérieure de la capsule articulaire; on doit se servir d'un
 couteau à double tranchant, porté horizontalement, avec lequel
 on traverserait le deltoïde dans sa base, et qu'on glisserait de haut
 en bas le long de l'os, jusqu'à ce qu'on fût parvenu à quatre
 travers de doigts de l'articulation, ou l'on terminerait ce lambeau
 d'un seul coup. Ce procédé, adopté par M. le professeur *Dupuytren*,
 offre l'avantage d'abrégé beaucoup le premier temps de l'opéra-

tion. Les autres circonstances de cette manière d'opérer, sont à-peu-près les mêmes que dans le procédé de *La Faye*, excepté qu'on fait la ligature immédiate de l'artère, qu'on a eu la précaution de faire saisir entre les doigts de l'aide avant d'en faire la section. L'opération terminée, les ligatures sont placées dans un des angles de la réunion des lambeaux, que l'on maintient rapprochés par des bandelettes agglutinatives, on recouvre le moignon de charpie, on applique des compresses et un bandage approprié.

Le procédé de *Desault* diffère en ce que le chirurgien, armé d'un couteau un peu long, le plonge perpendiculairement sur l'articulation, au niveau de l'acromion ; il le contourne ensuite derrière la tête de l'humérus, en dirigeant la pointe sur le bord postérieur de l'aisselle où il le fait sortir ; il coupe ensuite les chairs qui se trouvent comprises entre le couteau et l'angle que forme avec l'humérus le grand rond et le grand dorsal, et fait ainsi un lambeau postérieur ; il soulève ce lambeau, et met à découvert l'articulation, qui doit être ouverte ; il luxe l'humérus, en portant en avant son extrémité inférieure, dirige l'instrument entre les surfaces articulaires, le conduit sur la partie de l'os que recouvrent encore les chairs antérieures dont il forme un lambeau ; avant de le terminer, un aide le saisit, comme il a été dit ci-dessus, et comprime l'artère qui, dans le cas présent, se trouve dans le centre même du lambeau. On termine cette opération de la manière qu'il a été dit plus haut.

En comparant les deux procédés que nous venons d'exposer, on voit que la différence qu'ils présentent consiste essentiellement dans la direction des lambeaux, et que, toutes choses égales d'ailleurs, le procédé de *Desault* a des avantages qui doivent le faire préférer, lorsque la nature de la blessure laisse le choix d'employer l'un ou l'autre. Dans celui de *La Faye*, les deux lambeaux supérieur et inférieur sont écartés à leur base par le plus grand diamètre de la cavité glénoïde, et le lambeau inférieur est relevé sur l'articulation ; ces deux circonstances doivent retarder la cicatrisation, et op-

poser un obstacle à l'issue libre et facile de la suppuration. En opérant selon le procédé de *Desault*, on a deux lambeaux, dont l'un est antérieur, et l'autre postérieur. Cette direction permet de les rapprocher le plus possible à leur base; ils sont écartés seulement par le plus petit diamètre de la cavité glénoïde, et leur réunion permet un écoulement libre de la suppuration: il doit en résulter une cicatrice plus prompte. Du reste, comme l'a observé *M. Larrey* (*Mémoires de Chirurgie militaire*, tom. 2, page 167), la nature des blessures exige l'application de différens procédés, et l'on ne peut en employer d'uniformes pour toutes celles qui exigent l'extirpation du bras. Chez les uns, les parties molles de la partie supérieure du bras sont désorganisées de manière qu'il est impossible de former les deux lambeaux antérieur et postérieur, et l'on est obligé de se servir du procédé de *La Faye*. D'autres fois la cause vulnérante a enlevé le deltoïde; il convient, dans ce cas, d'employer le procédé de *M. Larrey*, que je lui ai vu mettre en usage de la manière suivante: il fait, au moyen d'un couteau droit, une incision profonde dans le centre du muscle deltoïde, et parallèle à ses fibres, et qu'il prolonge le plus bas possible; il fait écarter les bords de la division pour mettre à découvert l'articulation; après quoi, il fait, comme *Desault*, deux lambeaux; mais en commençant par l'interne, qu'il forme aux dépens des muscles deltoïde et grand pectoral. Après avoir ouvert la capsule articulaire, il coupe les tendons du pourtour de l'articulation, et il forme un lambeau externe égal au premier avec la portion externe du deltoïde et la presque totalité du grand rond, puis l'humérus est attiré hors de la cavité glénoïde par la plaie récente du deltoïde. Jusque là, *M. Larrey* a respecté les vaisseaux et les nerfs brachiaux. Ensuite il fait glisser son couteau le long de la partie interne de l'humérus, en en dirigeant le tranchant du côté de l'os, et assez bas pour que l'aide puisse saisir l'artère entre ses doigts et le pouce. Après s'être assuré que ce dernier comprime exactement les vaisseaux, il les divise d'un seul coup avec les muscles coraco-brachial,

la petite portion du biceps, le grand rond, grand dorsal et la longue portion du triceps brachial. Ces trois temps que je viens de décrire ont souvent été exécutés par M. Larrey, sous nos yeux, en moins de deux minutes. Les vaisseaux étant liés, et les ligatures coupées au niveau des chairs étant ramenées à la partie déclive de la plaie, il rapproche les bords de celle-ci par le moyen d'une compresse fenêtrée sur laquelle il applique des gâteaux de charpie et des compresses, qu'il y maintient au moyen d'un bandage de la longueur de 5 mètres, et large de 33 centimètres environ. Ce bandage est fendu en deux chefs jusqu'à quatre ou cinq travers de doigts, de l'une des extrémités, roulé à deux globes; le plein est appliqué au milieu du dos. L'un de ces globes est ramené sur l'épaule devant la poitrine, et confié à un aide; l'autre globe passé au-dessous de la plaie devant la poitrine, où il croise la direction du premier, qu'il recouvre; et en passant au-dessous de l'aisselle saine, on fait deux circulaires; puis ce globe est conduit derrière la partie supérieure du dos, au-dessus de l'épaule malade, en recouvrant une partie des premières pièces d'appareil, au-devant de la poitrine et derrière le dos où il est fixé. L'autre globe est renversé au-devant de la poitrine, sur l'épaule malade, derrière elle, et se fixe aux circulaires déjà faits avec des épingles; ensuite on fait un renversé, et on porte ce globe autour de la poitrine, jusqu'à son entier épuisement, par des circulaires qui recouvrent le reste de l'appareil. Ce bandage maintient les parties rapprochées sans les fatiguer, s'adapte très-bien à la forme de l'épaule, ne gêne point le malade, ne porte que sur la circonférence de la plaie, et favorise la cicatrisation.

On voit que ce procédé réunit tous les avantages que l'on peut désirer dans cette opération. Le manuel est aussi simple qu'il peut l'être; la plaie est étroite, dans la direction des fibres du muscle deltoïde, et présente une gouttière dirigée en-devant et en bas qui facilite l'écoulement du pus; l'articulation est exactement recouverte. D'après ces considérations, ce procédé me paraît avoir la supériorité

sur ceux employés jusqu'à présent. Il est le plus souvent, à l'armée, le seul praticable, parce que, dans la plupart des cas qui nécessitent l'amputation dans l'articulation scapulo-humérale, la convexité de cette partie a été enlevée ou déchirée par la cause vulnérante. Il est inutile de dire qu'on modifie ce procédé suivant l'exigence des cas.

Je vais terminer en présentant quelques observations.

I.^{re} OBSERVATION.

Le nommé Lableny, soldat au premier régiment de chasseurs à cheval, âgé de vingt-trois ans, d'une assez forte complexion, entra, le 10 mai 1813, à l'hôpital militaire de Dresde pour un coup de sabre qui divisa l'articulation du bras avec l'avant-bras, et intéressa le ligament latéral externe. Ce blessé éprouva divers accidens; mais, malgré les soins les mieux administrés, l'amputation fut jugée nécessaire, et pratiquée le 24 juin. Il supporta l'opération, qu'il réclamait, avec beaucoup de courage, et nous paraissait être dans les circonstances les plus favorables pour la guérison. Bien persuadé que l'altération de l'os s'étendait au loin, quoique les parties molles ne l'indiquassent pas, je fis l'amputation très-haut, dans l'épaisseur du muscle deltoïde au-dessus de son insertion à l'humérus. La couleur de celui-ci prouva qu'il était malade, et nous fit juger qu'il aurait mieux fallu l'amputer à l'article.

Le périoste se tuméfia peu de jours après, le moignon jusqu'à l'épaule devint très-douloureux, les chairs étaient livides et sans action. Bientôt une affection gangréneuse se déclara dans la plaie, une tuméfaction considérable se manifesta vers le neuvième jour sur le trajet de l'humérus, et plus particulièrement à l'articulation, avec des douleurs vives et continuelles dans ces mêmes parties. Malgré l'emploi de divers moyens, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur, le malade s'affaiblissait de jour en jour, les douleurs augmentèrent, la fièvre, la diarrhée survinrent, et il tomba dans l'adynamie la plus complète. Il mourut le 6 juillet,

près de deux mois après son entrée à l'hôpital, et le treizième jour après l'opération.

A l'ouverture du cadavre, nous trouvâmes la capsule articulaire remplie de suppuration, le périoste détaché de l'humérus, des fûsées de matières dans la gaine du tendon du muscle biceps. Nous fracassâmes la tête de l'humérus, ce qui nous permit de voir les cellules du tissu spongieux gorgées de pus et de sanie.

II.^e OBSERVATION.

Le nommé Gras (Pierre), voltigeur du sixième régiment de l'ex-jeune garde, âgé de dix-huit ans, d'une faible complexion, fut reçu à l'hôpital de Montaigu, à Paris, le vingt-sept du mois de juin dernier, il avait été atteint par une balle, le trente-un mars, au côté externe de l'avant-bras droit, et vers le milieu de son étendue. Ce militaire avait été traité, pendant trois mois, dans l'un des hospices civils de la capitale. Quelques jours avant son entrée à Montaigu, la gangrène, dite d'hôpital, était survenue et avait converti la plaie en un large ulcère, d'où découlait une abondante quantité de pus de mauvaise nature, et qui occasionnait des douleurs violentes et continuelles; la fièvre était intense, et la diarrhée, à laquelle le malade était en proie depuis quelque temps, contribuait à l'épuisement progressif de ses forces; tel était son état lorsqu'il entra à l'hôpital de Montaigu. Avant d'en venir à l'amputation, que le désordre semblait commander, et que le blessé réclamait, dans l'espoir qu'elle mettrait fin à ses cruelles souffrances, M. le docteur Rumèbe, chirurgien-major de cet hôpital, voulut essayer l'emploi des moyens indiqués pour borner les progrès de la gangrène, faire cesser la fièvre et la diarrhée, et calmer les douleurs. Il parvint à obtenir une diminution sensible de tous les accidens, et conçut l'espoir de les faire cesser entièrement; mais cette amélioration ne fut que momentanée, et au quatre juillet, la gangrène avait envahi presque toute la circonférence de l'avant-bras et une grande étendue

de l'articulation huméro-cubitale, dont la capsule et le ligament latéral externe étaient détruits en partie. Les autres accidens étaient augmentés en proportion; la faiblesse était extrême, et tout annonçait une fin très-prochaine. L'amputation du bras, quoique le succès en dût être incertain, était alors le seul moyen à mettre en usage, et elle fut pratiquée. L'aspect des tégumens du bras, quoique légèrement engorgés, indiquait que la maladie n'avait pas pénétré bien avant au dessus du coude. L'amputation fut faite vers le milieu de l'humérus : le tissu cellulaire sous-cutané était infiltré : les chairs saines ; mais l'os offrait des marques d'altération, reconnaissables à la couleur noirâtre de la moëlle et du tissu réticulaire. L'engorgement du tissu cellulaire se dissipa à l'aide des topiques appropriés ; mais la membrane et le suc médullaire éprouvèrent une décomposition putride au bout de quelques jours ; l'os devint creux, et s'isola même des parties molles environnantes. Les forces se rétablirent ; le moignon finit par fournir un pus louable, et on espéra que la portion d'os malade se détacherait par la suite, ainsi que cela arrive quelquefois après les amputations de la cuisse, et même du bras ; mais il n'en fut pas ainsi. Vers la fin du mois d'août, la fièvre se développa de nouveau, la diarrhée reprit avec force, des changemens survinrent dans le moignon, le pus rede-
vint sanieux, les chairs livides, la sensibilité diminua, etc. Enfin le malade succomba le vingt-neuf août, à huit heures du soir.

L'examen de la partie après la mort laissa voir l'altération de l'os, que rien ne pouvait raisonnablement faire présumer, avant que l'amputation fut pratiquée ; elle s'étendait jusque vers les attaches des muscles grands pectoral et dorsal, et conséquemment plus haut que celle des parties molles ; un léger travail de séparation avait commencé à s'établir, la tête de l'humérus et toutes les parties du moignon de l'épaule étaient parfaitement saines ; le temps qu'a vécu le blessé après l'opération, l'amélioration sensible qui a eu lieu pendant plus d'un mois et demi qu'il a survécu, portent à penser que l'amputation à l'article eût été couronnée de succès,

en épargnant les frais d'une suppuration longue et abondante, qui a fini par épuiser le malade.

Un grand nombre de cas, semblables aux deux que je viens de rapporter, se sont offerts dans les différens hôpitaux où j'ai été employé. M. le chirurgien en chef de l'armée, amputa, à Fontainebleau, deux soldats à l'articulation scapulo-humérale, pour des cas à peu près analogues, tous deux sont guéris; j'ai eu occasion de les voir dans le mois de juillet dernier, au Val-de-grâce, où ils étaient entrés pour se faire traiter de la gale. Il n'y a pas long-temps qu'à l'hôpital de la Maison militaire du Roi, un soldat prussien fut amputé à l'article pour la même cause; l'examen du membre nous fit voir que l'humérus était dénudé de son périoste tuméfié, et dans quelques endroits où il existait encore, il se détachait avec la plus grande facilité, ce qui prouve que, s'il n'eût pas été opéré à l'article, il aurait infailliblement éprouvé des accidens consécutifs qui auraient pu compromettre sa vie.

Je vais rapporter sommairement quelques autres faits que j'ai recueillis dans les hôpitaux des villes de Soissons, Metz et Troyes, etc. Je me contenterai d'en présenter les résultats, sans entrer dans des détails qui n'offriraient que des répétitions.

A Soissons, un soldat russe avait reçu, quelque temps avant notre arrivée dans cette ville, un coup de feu qui avait causé un fracas énorme du bras à sa partie inférieure. Je consultai deux de mes collègues, qui jugèrent, ainsi que moi, que l'amputation devait être faite dans la continuité du membre. J'avais cru couper au-delà des limites du mal, en pratiquant l'opération au tiers-supérieur du bras; mais quel fut notre étonnement lorsque nous trouvâmes l'os altéré! La moëlle était grisâtre, et tombait par portion du cylindre de l'os, et laissait voir celui-ci creux dans l'étendue d'un pouce environ. J'ai beaucoup regretté de n'avoir point opéré ce malade à l'article. Notre départ précipité ne m'a pas permis de suivre ce cas de pratique intéressant, et d'être témoin des accidens qui ont dû suivre.

Dans tous ces cas, il ne faut pas que le chirurgien se laisse effrayer ni détourner d'entreprendre cette opération par les symptômes d'épuisement qu'il observe chez le blessé, tels que la maigreur, l'extrême faiblesse, la fièvre lente, occasionnée par les longues douleurs et par une abondante suppuration, toujours dans ce cas-là d'une mauvaise nature; on a vu fréquemment des malades dans cet état reprendre chaque jour des forces, dès qu'ils avaient subi l'opération, et leur santé se remettre peu à peu, contre l'attente et le pronostic des praticiens les plus distingués.

A l'hôpital militaire de Metz, dans une circonstance absolument semblable, M. Larrey pratiqua cette opération avec son adresse et sa dextérité accoutumées. Plusieurs chirurgiens majors y assistèrent; mais tous disaient, d'accord avec M. le chirurgien en chef de l'hôpital, que c'était faire souffrir inutilement le malade, dans l'intime persuasion où ils étaient qu'il ne devait pas survivre à une pareille opération, vu l'état de faiblesse et d'épuisement où il se trouvait; mais quelle ne fut point leur surprise lorsqu'ils remarquèrent, au bout de quelques jours, que la diarrhée colliquative et la fièvre lente avaient cessé; qu'en un mot le blessé reprenait des forces! en moins d'un mois la guérison était presque achevée, et la plaie qui existait lorsque nous partîmes de cette ville ne surpassait pas en largeur celle d'un petit écu. J'oubliais de dire que ce malade eut un embarras gastrique, pour lequel on lui administra l'ipécacuanha, après quoi il fut guéri comme par enchantement.

Je termine par des exemples qui prouvent que souvent l'on ne doit point craindre de pratiquer une opération qui remplace l'amputation dans l'article, lors même que la convexité de l'épaule, la tête de l'humérus, et l'angle du scapulum seraient emportés, et que l'épaule déchirée offrirait le spectacle de la plus irrémédiable mutilation.

L'expérience a fait voir que l'opération peut réussir dans ces cas.

Les faits suivans me paraissent en fournir des preuves les plus

étonnantes. M. le chirurgien en chef de l'armée opéra le 3 février à Troyes un soldat du train, âgé d'environ vingt-cinq ans, qui avait été atteint d'un boulet à l'épaule; non-seulement le deltoïde, l'extrémité supérieure du bras (qui ne tenait plus que par un lambeau de peau), l'angle supérieur et externe de l'omoplate et l'acromion furent emportés par le projectile, mais aussi l'apophyse coracoïde, l'apophyse épineuse, et à peu près la moitié du corps de l'os, furent brisés en fragmens, dont on fit l'extraction au moyen d'incisions; de sorte qu'il ne restait guère du scapulum que l'angle inférieur et la portion voisine du bord que l'on appelle ordinairement *sa base ou son bord interne*; l'extrémité externe de la clavicule était également enlevée: il en résultait une plaie inégale, ayant environ dix pouces dans son plus grand diamètre, plaie affreuse, dont les dimensions ne furent que très-peu réduites par l'application d'un bandage, et dont le fond était formé par le muscle costo-scapulaire. J'eus occasion de passer à Troyes deux mois après l'opération; la santé de ce blessé paraissait peu altérée; la plaie avait environ deux pouces et demi de long et un pouce de large. Ce malade a parfaitement guéri, et son observation communiquée par M. le docteur *Carteron* à la Faculté de Médecine de Paris se trouve insérée dans le bulletin de cette société.

A la bataille de Craon, M. le docteur *Villermé* pratiqua une opération presque aussi grave; l'acromion, une grande portion de l'apophyse épineuse, la moitié externe de la clavicule brisée en plusieurs fragmens, furent enlevés avec le bistouri, l'apophyse coracoïde, et l'angle supérieur et externe de l'omoplate, le furent avec la scie: l'état comme d'attrition et d'infiltration sanguine des parties environnantes, la fin de l'artère axillaire décidèrent l'opérateur à en faire la ligature très-près de sa sortie de l'intervalle des scalènes, sur un soldat dont le bras avait été emporté par un boulet qui le frappa à sa partie supérieure, et déchira horriblement les parties molles qui entourent l'articulation. Le 14 mars, sept jours après, ce blessé était aussi bien que possible. Dans la dernière campagne, j'ai tou-

jours vu dans les hôpitaux des villes où nous arrivions des blessés amputés à l'épaule, et qui avaient surmonté les premiers accidens, qui sont ceux que l'on redoute particulièrement dans ces sortes d'amputations. Les différens faits que je viens de rapporter ont toute l'authenticité que peut leur donner le témoignage d'un grand nombre de chirurgiens qui les ont vus.

Il résulte de ce que j'ai dit, 1^o que l'amputation dans l'article peut être faite avec autant de confiance, quant au succès probable, que celle dans la continuité, et que les accidens particuliers qu'on lui a prêtés ont été exagérés;

2^o Que plus l'opération est rapprochée de l'instant de la blessure, plus on peut en espérer le succès.

3^o Que le procédé adopté par M. Larrey me semble l'emporter de beaucoup sur ceux employés jusqu'à lui.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Ad extremos morbos , extrema remedia exquisitè optima.
Sect. I, aph. 6.

II.

Ex osse ægotante caro livida , malum. *Sect. VII, aph. 2.*

III.

A sphacelo abscessus ossis. *Ibid., aph. 77.*

IV.

Circa puris generationes , dolores et febres magis accidunt , quàm ipso facto. *Sect. II , aph. 47.*

EPHOCRAATIS APHORISMI

Ad febrem intermitten-tem, et hanc remedia experientia optima.

Seco. 1. cap. 6.

II

Et esse signum caro livida, matum, Sect. 11, cap. 2.

III

A phacelo abscessus oculi, Sect. 10, cap. 27.

IV

Cura puris generaliter, dolores et febris magis accidunt, quam

ipse facit, Sect. 11, cap. 27.