

et, avec le pouce, exerce une pression solide sur l'artère juste au-dessous du ligament de Poupert; en même temps le pouce de l'autre main

est placé sur le premier pour régulariser et aider la compression et pour prévenir tout risque de déplacement.

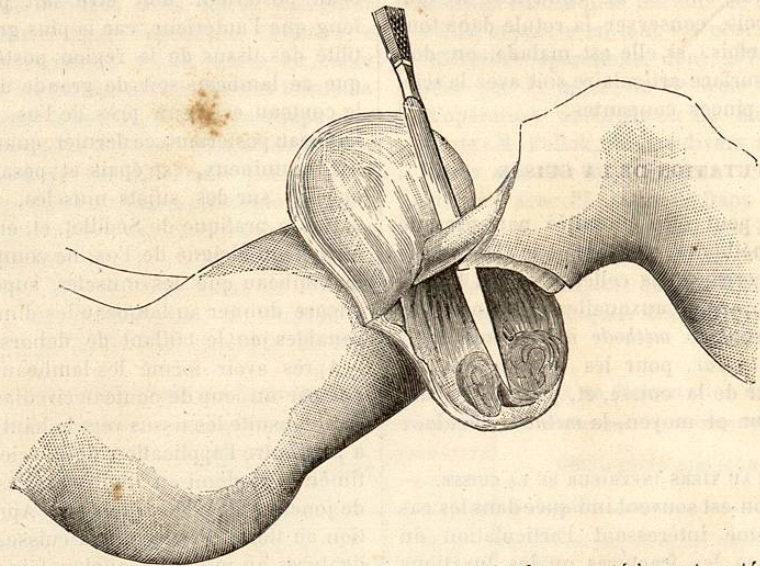


Fig. 581. — Amputation de la cuisse par la méthode à lambeaux antérieur et postérieur.

AMPUTATION DANS LES TROCHANTERS.— Cette opération, qui ne le cède en gravité qu'à la désarticulation de la hanche, peut se trouver indiquée dans certains cas de traumatisme, ou dans ceux de tumeur intéressant la partie inférieure du fémur. Quand elle est praticable, elle doit être préférée à la désarticulation, même dans les cas de néoplasie maligne, comme moins dangereuse en elle-même et n'exposant pas davantage aux récidives, car celles-ci, lorsqu'elles se produisent, affectent au moins aussi souvent le bassin que le moignon. En outre, si, après avoir scié dans les trochanters, on voyait que la maladie s'est étendue plus haut, il serait très facile de convertir l'amputation en désarticulation, en disséquant simplement la tête et le col du fémur. La *méthode circulaire modifiée* convient parfaitement aux amputations sur ce point.

Tels sont les modes opératoires auxquels je conseillerais d'avoir recours dans les cas d'amputation de cuisse, lorsque le chirurgien a la possibilité de choisir sa méthode. Il peut toutefois se faire que les tissus d'un côté du membre soient, par le fait de la maladie ou du traumatisme, atteints de lésions irrémédiables, tandis que ceux du côté opposé sont relativement sains; dans ces conditions, le chirurgien doit essayer d'utiliser les tissus sains partout où il en trouve, et prendre de quoi recouvrir le moignon dans

les parties les plus propres à cet usage. Un seul lambeau, deux lambeaux, trois lambeaux, tous les procédés peuvent ici être mis en usage, car il est bien plus important dans un cas donné d'amputer le membre aussi bas que possible que de suivre les détails d'une méthode particulière. La *méthode de Teale* donne, dans les amputations de cuisse, un moignon agréable à l'œil et utile, mais pour les raisons déjà données (page 347), elle me paraît peu indiquée dans cette région spéciale.

La mortalité des amputations de cuisse, prise dans leur totalité, est établie, dans le tableau de la page 393, à 60. 5 p. 100, ou plus de cinq sur huit. D'après les relevés de la même page, on voit que, dans la chirurgie militaire, la mortalité s'est élevée, de la proportion d'un sur deux, que fournissent les amputations du tiers inférieur de la cuisse, à la proportion énorme de sept sur huit, pour les amputations au tiers supérieur.

DÉSARTICULATION DE LA HANCHE.

L'ablation du membre inférieur dans l'articulation coxo-fémorale (fig. 582 et 583) peut être regardée à juste titre comme l'opération la plus grave que le chirurgien soit jamais appelé à pratiquer (1), et ce n'est qu'à une période rela-

(1) « Si habitués que nous soyons », dit Hennen

tivement récente qu'elle a été acceptée comme opération régulière. Ravaton voulut faire cette opération en 1743, mais les autres chirurgiens appelés en consultation s'opposèrent à cette tentative (1).

Le fait que l'on donne habituellement comme le premier exemple de désarticulation de la hanche, fut observé cinq ans plus tard (1748) (2), sur

la personne d'un garçon de 13 ou 14 ans, qui avait été pris de gangrène des deux membres inférieurs, après s'être nourri de *seigle ergoté*. Du côté droit, une ligne de séparation s'était établie à la hanche, et quand le membre fut presque complètement détaché par les efforts de la nature, Lacroix, chirurgien traitant, l'enleva en sectionnant simplement avec des ciseaux le liga-

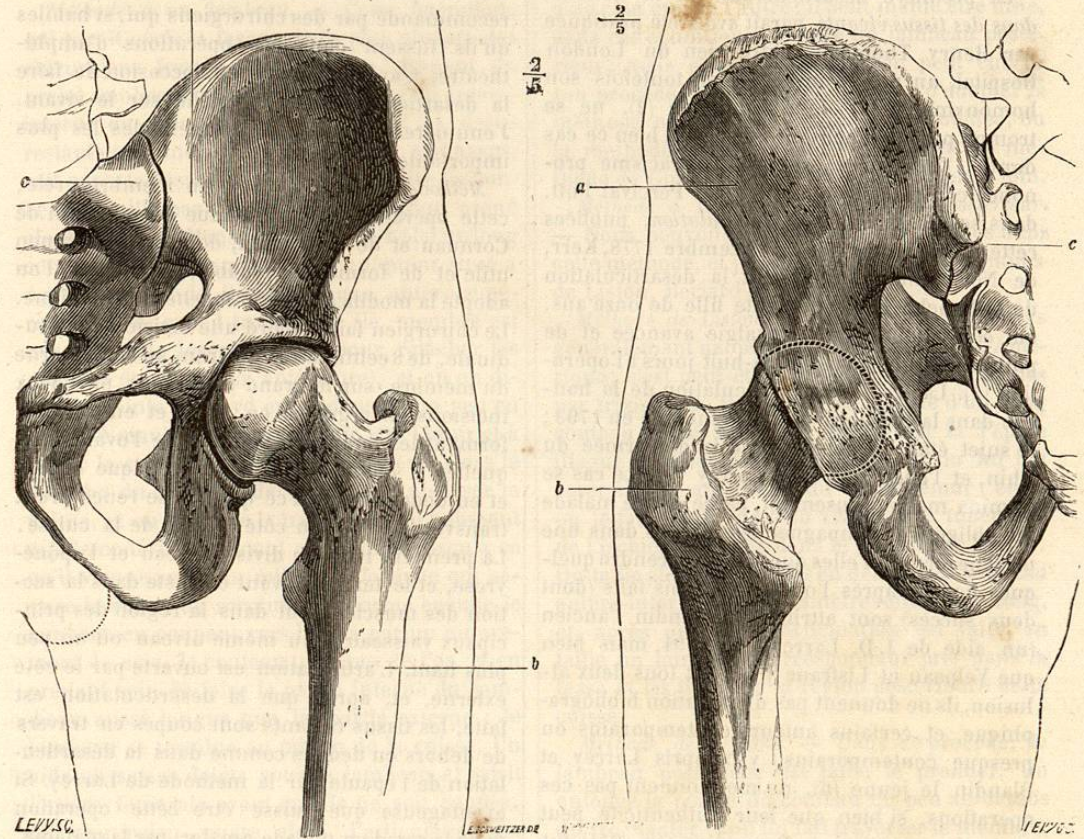


Fig. 582. — Articulation de la hanche (face antérieure) (Sédillot) (*).

(*) a, ilium; b, fémur; c, sacrum.

Fig. 583. — Articulation de la hanche (face postérieure) (Sédillot).

ment rond et le nerf sciatique. Quatre jours plus tard, il amputait sans douleur et sans hémor-

(Principles of military surgery, p. 40, Third edition, London, 1829), « à raisonner froidement sur la vie humaine, il y a cependant, dans l'idée d'enlever le quart d'un homme, quelque chose devant laquelle l'esprit le plus hardi recule naturellement. » — « Il n'y a pas un malade sur mille qui ne préfère la mort immédiate à une semblable tentative. »

(1) Velpeau, *op. cit.*, t. II, p. 538.

(2) Barbet, *Prix de l'Académie royale de chirurgie*, t. IV, p. 47. Paris, 1819.

rhagie, le membre gauche au niveau du grand trochanter, en sciant l'os qu'avait mis à nu la séparation des parties molles gangrenées. Le malade alla bien pendant quelque temps, mais finit par succomber, onze jours après la seconde et quinze jours après la première opération.

Un quart de siècle plus tard (1773 ou 1774), Perault, chirurgien de Sainte-Maure, pratiquait une opération semblable sur un homme nommé François Gois, qui avait eu la cuisse écrasée entre l'essieu d'une charrette et un mur et avait vu, à la suite, le membre se gangrener. Le membre se

détacha presque entièrement par les efforts de la nature, et Perault n'eut qu'à compléter la séparation. Le malade se rétablit, et vingt ans plus tard, il travaillait comme cuisinier à l'auberge de Sainte-Maure, était marié et avait un enfant bien portant (1).

La première désarticulation de la hanche, dans des tissus vivants, paraît avoir été pratiquée par Henry Thomson, chirurgien du London Hospital, un peu avant 1777, si toutefois son homonyme, le Dr John Thomson (2), ne se trompe pas en supposant que ce fut bien ce cas dont « l'horreur » explique l'ostracisme prononcé contre cette opération par Percival Pott, dans ses *Remarques sur l'amputation*, publiées cette même année (3). En décembre 1778, Kerr, de Northampton, pratiquait la désarticulation de la hanche chez une petite fille de onze ans, qui était atteinte d'une coxalgie avancée et de phthisie, et qui survécut dix-huit jours à l'opération (4). La première désarticulation de la hanche dans la chirurgie militaire fut faite en 1793; le sujet était un soldat français de l'armée du Rhin, et l'opérateur J.-D. Larrey (5). Le cas se termina malheureusement, parce que le malade fut obligé d'accompagner les troupes dans une marche forcée qu'elles durent entreprendre quelques heures après l'opération. Trois faits (dont deux succès) sont attribués à Blandin l'ancien (un aide de J.-D. Larrey), en 1794, mais bien que Velpeau et Lisfranc y fassent tous deux allusion, ils ne donnent pas d'indication bibliographique, et certains auteurs contemporains ou presque contemporains, y compris Larrey et Blandin le jeune (6), ne mentionnent pas ces opérations, si bien que leur authenticité peut être mise en question. Brownrigg (en 1811) fut le premier chirurgien militaire anglais à tenter la désarticulation de la hanche, qu'il refit l'année suivante avec succès: ce dernier fait serait,

(1) Sabatier, cité par Velpeau, *op. cit.*, t. II, p. 539, et par Lisfranc, *op. cit.*, t. II, p. 381.

(2) *Report of Observations made in the British Military Hospitals in Belgium. etc.*, p. 264. Edinburgh, 1816.

(3) Percival Pott, *Chirurgical Works*, vol. III, p. 218, and *Life*, by Sir James Earles, *Ibid.*, vol. I, p. 25, London, 1808.

(4) *Medical and Philosophical commentaries*, by a Society in Edinburgh, vol. VI, Part III, p. 337. London, 1779.

(5) Larrey, *Mémoires de chirurgie militaire et Campagnes*, t. II, p. 180. Paris, 1812.

(6) Blandin, *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, t. II, p. 288. Paris, 1829.

si l'on laisse de côté les prétentions de Blandin, le premier cas de guérison observé dans la chirurgie militaire.

La désarticulation de la hanche peut se faire de bien des façons — Farabeuf parle de plus de quarante-cinq méthodes — et les auteurs de médecine opératoire décrivent plus d'un procédé recommandé par des chirurgiens qui, si habiles qu'ils fussent dans les opérations d'amphithéâtre, n'avaient jamais eu l'occasion de faire la désarticulation de la hanche sur le vivant. J'énumérerai seulement les méthodes les plus importantes.

Méthode ovale. — Sur un membre grêle, cette opération, qui est connue sous le nom de Cornuau et de Scoutetten, donne un moignon utile et de forme convenable, surtout si l'on adopte la modification (*en raquette*) de Malgaigne. Le chirurgien fait d'abord une incision longitudinale, de 8 centimètres environ, au côté externe du membre, sur le grand trochanter, puis deux incisions divergentes en avant et en arrière, formant les branches latérales de l'ovale, auxquelles il donne une direction oblique en bas et en dedans jusqu'à ce qu'elles se rencontrent transversalement au côté interne de la cuisse. La première incision divise la peau et l'aponévrose, et le temps suivant consiste dans la section des muscles (sauf dans la région des principaux vaisseaux), au même niveau ou un peu plus haut. L'articulation est ouverte par le côté externe, et, après que la désarticulation est faite, les tissus restants sont coupés en travers de dehors en dedans comme dans la désarticulation de l'épaule par la méthode de Larrey. Si avantageuse que puisse être cette opération dans le cas d'un malade amaigri par la maladie, il est évident que, sur un membre robuste, les muscles adducteurs formeraient une masse lourde et encombrante, qui empêcherait d'affronter convenablement la plaie et s'opposerait probablement à la réunion primitive.

Méthode circulaire modifiée. — Ce mode opératoire est spécialement indiqué quand l'amputation est faite pour une tumeur développée dans la partie supérieure du membre. On taille de dehors en dedans deux petits lambeaux cutanés antérieur et postérieur, et on divise ensuite les muscles par une incision circulaire au niveau de l'articulation. Ce genre d'opération est surtout convenable pour les cas où le chirurgien n'est pas convaincu que la compression suspende absolument la circulation, car de cette façon on met à nu l'artère et la veine fémorales, ce qui donne toute facilité pour jeter

sur elles des ligatures avant de les couper. La méthode circulaire modifiée a été en faveur parmi les chirurgiens américains pour cette région, et je puis mentionner particulièrement, parmi ceux qui l'ont adoptée, le Dr J. Mason Warren, de Boston, et mon collègue, le professeur Agnew, de Philadelphie.

Méthode à un lambeau. — Cette opération, qui paraît avoir la faveur de la plus plupart des chirurgiens français, se fait en prenant un grand lambeau sur la face antérieure ou antéro-interne du membre, et en divisant les tissus restants par une incision circulaire, soit avant, soit après la désarticulation. D'ordinaire, le lambeau se taille par transfixion; l'opération prend alors le nom de Manec. On enfonce à plat un long couteau à deux tranchants en un point situé à égale distance de l'épine iliaque antéro-supérieure et du grand trochanter (le membre est mis dans une légère flexion pour relâcher les muscles de la région antérieure), et on en dirige la pointe d'abord en dedans et un peu en haut, de manière à raser la tête du fémur et à ouvrir la capsule articulaire. On élève alors le manche du couteau de manière à abaisser la pointe, et on pratique la transfixion en poussant rapidement l'instrument en dehors jusqu'à ce qu'il vienne sortir au milieu de la ligne qui sépare la cuisse du scrotum. On forme ensuite le lambeau en coupant vers le bas par un mouvement de scie, le couteau tenu ras de l'os, et en prenant soin de faire la partie interne du lambeau aussi longue que la partie externe: le lambeau se termine au milieu de la cuisse. Un aide glisse ses doigts sous le lambeau et saisit l'artère fémorale avant qu'elle ne soit coupée. Le chirurgien ouvre alors l'articulation en avant, coupe les muscles de chaque côté, le ligament rond, et les muscles qui s'insèrent au grand trochanter, et enfin achève de détacher le membre en faisant une incision transversale dans les tissus de la région postérieure, de dehors en dedans. Lenoir a modifié le procédé de Manec en sectionnant les tissus en arrière du membre avant de désarticuler.

Comme autres procédés de la méthode à un lambeau, il y a celui de Lalouette, qui commençait par une incision transversale externe, puis désarticulait, et taillait, comme dernier temps, un lambeau interne; celui de Plantade et d'Ashmead (de Philadelphie), qui faisaient un lambeau antérieur taillé de dehors en dedans; et celui de Delpech, qui liait d'abord l'artère fémorale au-dessous du ligament de Poupart, puis taillait un lambeau interne par transfixion,

et enfin divisait les tissus externes, intervertissant aussi l'ordre des temps du procédé de Lalouette.

La méthode à un lambeau peut être employée avec avantage lorsque la destruction des parties molles — qu'il s'agisse d'un traumatisme ou d'une lésion pathologique — est plus étendue d'un côté que de l'autre; il peut même être utile, dans ces conditions, de faire un lambeau postérieur; mais quand le chirurgien peut choisir son procédé, il fait mieux, je crois, d'adopter la méthode ovale ou la circulaire modifiée, ou la méthode à deux lambeaux d'après la méthode de Guthrie, qui va être décrite plus loin.

Méthode à lambeaux antérieur et postérieur. — Nous pouvons distinguer trois variétés dans cette méthode, et je les désignerai sous les noms de Liston, Béclard et Guthrie.

Méthode de Liston. — Cette méthode est très généralement adoptée en Angleterre et en Amérique; c'est peut-être la meilleure des méthodes par transfixion. On enfonce la pointe d'un long couteau entre le grand trochanter et l'épine iliaque antérieure et supérieure, et on lui fait raser la face antérieure du col du fémur; enfin on le fait sortir juste en avant de la tubérosité de l'ischion, comme dans le procédé de Manec. On taille alors, de dedans en dehors, un lambeau antéro-interne, de 5 centimètres environ de long, et, après que la désarticulation est faite, on taille un lambeau correspondant pris dans la fesse et les tissus de la région postérieure de la cuisse.

Méthode de Béclard. — Dans ce procédé, le lambeau postérieur est taillé le premier. On enfonce la pointe du couteau un peu au-dessus du trochanter et on lui fait traverser le membre, en rasant la partie postérieure du col du fémur, de manière à sortir à la partie la plus interne du pli fessier. On taille ensuite un lambeau aux dépens des tissus de la fesse; puis, réintroduisant le couteau au même point que la première fois, on lui fait traverser le membre, mais cette fois en avant de l'articulation, et on taille le lambeau antérieur sur le devant du membre. La désarticulation forme, dans cette méthode, le dernier temps de l'opération (fig. 584).

Méthode de Guthrie. — C'est, je crois, le meilleur procédé de désarticulation de la hanche; c'est celui que j'ai employé moi-même dans les quatre cas où j'ai eu l'occasion de pratiquer cette opération. Les lambeaux sont semblables, comme forme et comme dimensions, à ceux qu'on fait dans la méthode de Béclard, mais on

les taille de dehors en dedans, et on peut ainsi les former plus régulièrement. On emploie un couteau relativement petit, — une lame de dix centimètres est absolument suffisante, — et on peut faire d'abord le lambeau postérieur pour qu'en le traçant, le chirurgien ne soit pas gêné par le sang venant de l'antérieur. L'incision

commence un peu au-dessus du trochanter, se prolonge en bas et traverse la partie postérieure du membre suivant une ligne courbe à convexité inférieure, pour se terminer en avant de la tubérosité de l'ischion; on dessine le lambeau antérieur par une incision correspondante commençant et se terminant aux mêmes points,

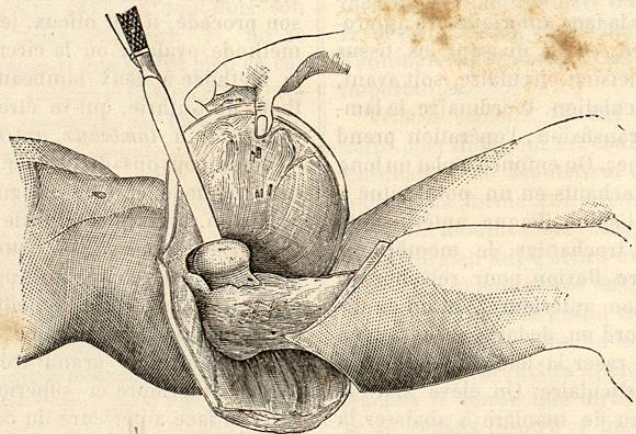


Fig. 584. — Désarticulation de la hanche par la méthode de Béclard.

et traversant la partie antérieure de la cuisse à 12 centimètres au moins au-dessous de l'articulation. La peau une fois rétractée, on divise

les muscles, d'abord en arrière et ensuite en avant du membre, obliquement de bas en haut (fig. 585), jusqu'à ce qu'on arrive sur l'articulation.

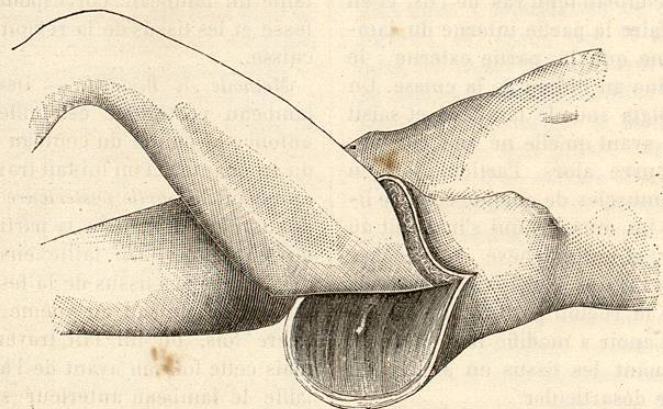


Fig. 585. — Désarticulation de la hanche par la méthode de Guthrie.

tion; puis on pratique la désarticulation de la façon ordinaire. La figure 586 montre l'aspect de la plaie après que l'amputation a été achevée. Cette opération donne un excellent moignon, avec une cicatrice petite et bien garantie, comme on peut le voir dans la figure 587 dessinée d'après la photographie d'un malade chez lequel j'ai pratiqué, il y a quelques années, à l'hôpital de l'Évêché, la désarticulation de la hanche pour un ostéo-sarcome très volumineux.

Méthode à lambeaux latéraux. — Dans cette méthode, les lambeaux, comme le nom l'indique, sont pris sur les côtés du membre au lieu de l'être en avant et en arrière. Nous pouvons ici énumérer trois procédés : ceux de Larrey, de Lisfranc, de Dupuytren.

a. Méthode de Larrey. — Larrey commençait par mettre à nu et par lier l'artère fémorale juste au-dessous du ligament de Poupert. Le chirurgien enfonce la pointe de son couteau à la partie

antérieure du membre, à plusieurs travers de doigts en dedans et au-dessous de l'épine iliaque antérieure, la pousse en arrière jusqu'à ce qu'elle rencontre la face antérieure de l'os, puis

la dirige vers la ligne médiane du corps, en rasant la face interne du col du fémur, et enfin achève la transfixion au-dessous de la tubérosité de l'ischion. On taille ensuite un lambeau in-

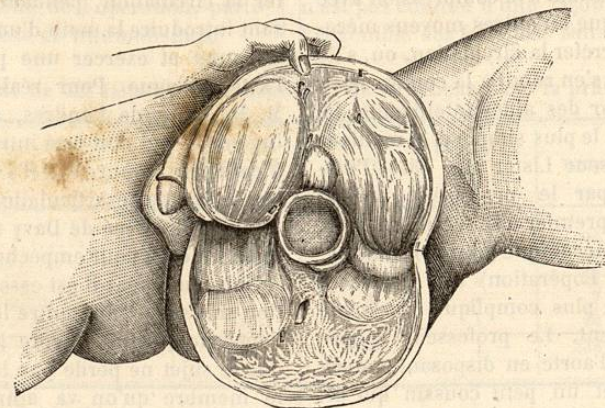


Fig. 586. — Blessure résultant de la désarticulation de la hanche par la méthode de Guthrie.

terne, long de dix centimètres, comme dans la méthode de Delpéch, et, après avoir fait la désarticulation, on taille de la même manière un lambeau externe.

Le procédé de Blandin l'ancien ne diffère de celui de Larrey qu'en ce qu'on fait les deux lambeaux avant de s'occuper de la désarticulation.

b. Méthode de Lisfranc. — Dans cette opération, le chirurgien emploie un couteau à deux tranchants : il traverse le membre en dehors du fémur et taille ainsi le lambeau externe avant l'interne. A mesure qu'il forme chaque lambeau, il s'occupe de lier les vaisseaux avant de procéder aux autres temps de l'opération.

c. Méthode de Dupuytren. — Elle diffère de la méthode de Larrey en ce que le lambeau interne est taillé de dehors en dedans; l'articulation est ensuite ouverte et la tête du fémur luxée; enfin le lambeau externe est fait de la manière ordinaire.

Ces méthodes à lambeaux latéraux donnent des lambeaux un peu lourds, et me paraissent moins avantageuses que les autres méthodes décrites précédemment.

Le danger le plus pressant, dans la désarticulation de la hanche, est celui d'hémorrhagie, car il suffit de quelques jets de sang lancés par l'artère fémorale pour mettre le malade dans un état dont il se relèvera difficilement. On doit donc invariablement, dans cette opération, prendre contre l'hémorrhagie des précautions spéciales. Comme on l'a déjà vu, Larrey voulait

que le vaisseau principal fût toujours lié dans l'aîne comme temps préliminaire de la désarticulation de la hanche; et, lorsqu'on n'a pas sous la main de moyens efficaces pour prévenir



Fig. 587. — Résultat de la désarticulation de la hanche par la méthode de Guthrie.

l'hémorrhagie pendant l'opération, on peut se trouver bien de suivre cette pratique. Mais, dans les circonstances ordinaires, il vaut mieux, je crois, renoncer à la ligature préalable; l'isolement du vaisseau, qui est inévitable quand on lie une artère dans la continuité, a pour résultat

de rendre les chances d'hémorragie secondaire plus nombreuses que si on saisit simplement, comme dans les autres cas, le bout du vaisseau sectionné avec le ténaculum ou les pinces. Aussi, quand la chose est possible, je voudrais que le chirurgien s'en tint à la compression avec un tourniquet aortique ou autres moyens mécaniques capables d'arrêter la circulation, ou, s'ils lui font défaut, qu'il s'en remît à la compression digitale pratiquée par des aides intelligents. Le tourniquet aortique le plus simple et le meilleur est celui du professeur Lister (fig. 437); l'instrument employé par le professeur Joseph Pancoast (qui fut le premier à se servir, en 1860, de la compression mécanique pour arrêter l'hémorragie pendant l'opération) est également efficace, mais il est plus compliqué et s'applique moins facilement. Le professeur Spence préfère comprimer l'aorte en disposant simplement sur son trajet un petit coussin qui est maintenu en place par la compression d'un bandage élastique serré autour du corps.

Bien qu'il ne puisse y avoir de doute sur les avantages que présente l'emploi du compresseur aortique dans la désarticulation de la hanche, cependant, en même temps, la pression qu'il faut nécessairement exercer sur les appareils d'innervation de l'abdomen, ne peut être que fâcheuse, sinon absolument nuisible; aussi ne faut-il pas perdre de temps à lier les vaisseaux dès que le membre a été détaché, de manière à pouvoir cesser le plus tôt possible la compression abdominale. Le point sur lequel on doit placer la pelote du tourniquet, se trouve au niveau du nombril, et d'ordinaire quelque peu à gauche; mais, comme le trajet de l'aorte varie chez les différents sujets, on doit rechercher les battements avec les doigts avant d'appliquer l'instrument. Si on place convenablement la pelote, un degré modéré de pression peut suffire; il n'est pas nécessaire de serrer le tourniquet à fond, mais simplement de dépenser juste assez de force pour arrêter complètement la pulsation dans les deux artères iliaques. Avant de serrer la pelote, il faut doucement incliner le malade sur son côté droit, de façon que les intestins (qu'on a dû vider avec un cathartique et un lavement) puissent s'écarter de la ligne de pression.

Quand c'est la compression digitale qu'on doit employer, elle peut être faite sur l'aorte (si le sujet est maigre), sur l'artère iliaque externe ou sur l'artère fémorale commune. Un autre aide doit suivre avec ses mains le couteau de l'opérateur et saisir l'artère dans le lambeau anté-

rieur avant qu'on ne la coupe, ou tout au moins aussitôt qu'elle est sectionnée. Le Dr Woodbury, de Philadelphie, et le professeur Van Buren, de New-York, ont proposé, chacun de son côté et sans connaître leur opinion réciproque, d'arrêter la circulation, pendant l'opération, en faisant introduire la main d'un aide dans le rectum du sujet et exercer une pression directe sur l'artère iliaque. Pour réaliser la même idée, M. R. Davy, de Londres, a imaginé un levier ingénieux qui doit être introduit dans le rectum à cet effet. Aujourd'hui il a été publié bon nombre de cas de désarticulation de la hanche, dans lesquels le levier de Davy s'est montré absolument efficace pour empêcher l'hémorragie.

Non seulement il est essentiel que la circulation soit suspendue entre le cœur et le lieu de l'opération, mais encore il est très désirable que le sujet ne perde pas le sang contenu dans le membre qu'on va amputer. Pour remplir cette indication, le professeur Erskine Mason, de New-York, conseille de rendre d'abord la partie exsangue par l'application de la bande et du tube d'Esmarch, et de laisser ce dernier en place pendant l'opération, de façon à empêcher le sang de revenir dans le membre condamné; tout ce que le sujet perdra, sera donc le sang demeuré entre le tube élastique et le point où l'aorte est comprimée. Je regarde cette pratique du professeur Mason comme un des plus sérieux perfectionnements qu'on ait jamais apportés à l'opération; je l'ai moi-même adoptée à mon entière satisfaction et recommande vivement d'y avoir recours toutes les fois que la désarticulation de la hanche est nécessaire.

On doit aussi, comme l'a conseillé le Dr Butcher, de Dublin, se munir d'une éponge large et plate qu'on puisse appliquer sur toute la surface du lambeau postérieur, pendant que le chirurgien est occupé à lier les principaux vaisseaux, situés dans le lambeau antérieur. Après l'opération, on réunit la plaie de la façon ordinaire, en exerçant une compression convenable pour maintenir en contact les parties profondes.

Les résultats statistiques de la désarticulation de la hanche ont été étudiés par divers chirurgiens, parmi lesquels je puis mentionner particulièrement le professeur Stephen Smith, de New-York; M. W. Sands Cox, de Birmingham; feu le Dr G. A. Otis, du service de santé militaire des États-Unis; et le Dr A. Lüning, de Zurich. Le Dr F. C. Sheppard, de Philadelphie, qui a, sur ma demande, fait des recherches étendues dans la littérature médicale, a réussi à ras-

sembler 633 faits de désarticulation, dont il a bien voulu, à mon intention, résumer les détails sous forme de tableaux. Cette statistique est de beaucoup la plus étendue de toutes celles qui ont été publiées jusqu'ici, et montre d'une façon très concluante la gravité de l'opération, particulièrement dans les cas de traumatismes.

Les tableaux résumés qui suivent montrent les résultats de l'opération 1° dans la pratique militaire; 2° dans les cas de traumatisme observés dans la pratique civile; 3° dans les cas pathologiques; 4° dans les cas dont la nature n'est pas connue d'une façon certaine; 5° dans l'ensemble des faits pris sans distinction.

I. — Tableau résumé de 238 faits de désarticulation de la hanche dans la pratique militaire.

NATURE DE L'OPÉRATION.	GUÉRISONS.	MORTS.	RÉSULTAT INCONNU.	TOTAL.	MORTALITÉ (1) p. 100.
Primitives	7	89	»	96	92.7
Intermédiaires	4	59	»	63	93.6
Secondaires	10	17	»	27	62.9
Réamputation d'un moignon de cuisse ..	4	3	»	7	42.8
Sans indications	5	39	1	45	88.6
Nombre total des cas	30.	207	1	238	87.3

II. — Tableau résumé de 71 cas de désarticulation de la hanche pour traumatisme dans la pratique civile.

NATURE DE L'OPÉRATION.	GUÉRISONS.	MORTS.	TOTAL.	MORTALITÉ p. 100.
Primitives	6	25	31	80.6
Intermédiaires	5	7	12	58.3
Secondaires	5	6	11	54.5
Réamputation d'un moignon de cuisse ..	4	1	5	20.0
Sans indications	4	8	12	66.6
Nombre total des cas	24	47	71	66.1

III. — Tableau résumé de 276 cas de désarticulation de la hanche pour cause pathologique.

NATURE DE L'OPÉRATION.	GUÉRISONS.	MORTS.	RÉSULTAT INCONNU.	TOTAL.	MORTALITÉ p. 100.
Amputation de la totalité du membre ..	136	95	14	245	41.1
Réamputation d'un moignon de cuisse ..	20	10	1	31	33.3
Nombre total des cas	156	105	15	276	40.2

IV. — Tableau résumé de 48 cas de désarticulation de la hanche pour causes inconnues.

NATURE DE L'OPÉRATION.	GUÉRISONS.	MORTS.	RÉSULTAT INCONNU.	TOTAL.	MORTALITÉ p. 100.
Nombre des cas	10	34	4	48	77.2

(1) Les cas à résultat inconnu sont laissés de côté pour la détermination de la mortalité moyenne.

V. — Tableau résumé de 633 cas de désarticulation de la hanche pour toutes sortes de causes.

NATURE DE L'OPÉRATION.	GUÉRISONS.	MORTS.	RÉSULTAT INCONNU.	TOTAL.	MORTALITÉ p. 100.
Pathologiques.....	156	105	15	276	40.2
Traumatiques.....	54	254	1	309	82.4
Cause inconnue.....	10	34	4	48	77.2
Total.....	220	393	20	633	64.1

D'après les tableaux qui précèdent, on peut voir que, dans la chirurgie militaire, la mortalité de la désarticulation primitive et de la désarticulation intermédiaire a atteint le chiffre terrifiant de 93 p. 100, ou, en d'autres termes, qu'il ne se sauve pas de l'opération un blessé sur 14. Dans la pratique civile, les résultats de la désarticulation primitive sont encore très défavorables, car la mortalité dépasse 80 p. 100, soit une guérison seulement sur cinq. De là cette conclusion, que, sauf dans des circonstances exceptionnelles, comme lorsque le membre est emporté par un boulet, ou écrasé sur un point trop élevé pour que l'amputation soit faite dans la continuité, ou lorsque, en outre du fracas de l'os, les gros vaisseaux sont aussi lésés — en d'autres termes lorsque le sujet, comme résultat de sa blessure, est menacé d'une mort immédiate, on doit éviter la désarticulation de la hanche. Toutes les fois que l'expectation offre la plus légère chance, on doit s'efforcer de faire traverser au malade les risques immédiats du traumatisme à l'aide d'un traitement palliatif, en tenant en réserve la désarticulation, si elle reste nécessaire, comme opération consécutive. La désarticulation secondaire, bien que très grave, est une opération dont les suites sont relativement heureuses, puisque la mortalité, dans l'ensemble des faits, tant de la chirurgie militaire que de la pratique civile, est d'environ 60 p. 100, soit deux guérisons sur cinq opérations. Dans les cas pathologiques (opérations faites pour nécrose, tumeurs), les résultats sont encore plus favorables; la mortalité est moindre que 41 p. 100, ou trois guérisons sur cinq opérations. En réunissant tous les faits, on voit que la mortalité est de 64.1 p. 100, ce qui, si on la compare à la mortalité de 63,8 p. 100, donnée par l'ensemble des amputations faites dans la continuité de la cuisse (1), confirme la règle déjà formulée, que la gravité de l'amputation augmente à mesure que le siège de l'opération se rapproche davantage du tronc.

Dans tous les cas, mais surtout dans ceux de

(1) Voy. Tableau, page 393.

traumatisme, la désarticulation faite après une amputation de cuisse préalable est beaucoup moins meurtrière que lorsqu'on enlève d'un seul coup tout le membre inférieur; cela se comprend quand on réfléchit que le choc imprimé à l'organisme par cette réamputation est nécessairement beaucoup moins violent que lorsque le sujet, cherchant à éviter une mort imminente, se soumet à ce que Hennen (1) appelle l'effrayante alternative de perdre, par une seule opération, près du quart du corps entier (2).

(1) Hennen, *Op. cit.*, p. 30.

(2) Dans les tableaux qui suivent (p. 443 à 464), les cas attribués, avec numéro d'ordre, à Otis, Lüning et Hug, sont tirés des mémoires suivants: « *A Report on Amputations at the Hip-point in Military surgery* », *Circular n° 7, War Department, Surgeon-General's Office*, Washington, 1867; « *Über die Blutung bei der Exarticulation des Oberschenkels und deren Vermeidung* », Inaugural-Dissertation von August Lüning, Med. pr., Zurich, 1876; et *Des causes de la mort à la suite de la Désarticulation coxo-fémorale*, thèse par Alfred Hug, Paris, 1877.

Un certain nombre de cas de désarticulation de la hanche se trouvent mentionnés dans les Comptes rendus des différents hôpitaux de Londres, mais je n'ai fait entrer dans les tableaux ci-après que les faits accompagnés de détails suffisants.

Je n'ai pu vérifier les indications suivantes prises dans l'*Index-catalogue* de la Bibliothèque du Surgeon-General's Office: Carrasco, *Genio medico-quirurgico*, Madrid, 1875; De Villagran, *Gaceta medica de Mexico*, 1865; Garbi, *Gazetta medica Italiana, Provincia Veneta*, Padoue, 1875; Hawerkamp, *Ein fall von Exarticulation Femoris*, Berlin, 1878; Köhler, *Charité-Annalen*, Berlin, 1879; Lesi, *Raccogliatore medico*, Forli, 1878; Münnel, *Allgemeine Wiener medizinische Zeitung*, 1867; Moroni, *Giornale Veneto di Scienze mediche*, Venezia, 1870; Partridge, *Indian Medical Gazette*, Calcutta, 1868; Petersen, *Berliner Klinische Wochenschrift*, 1872; Rota, *Annali universali di medicina*, Milano, 1866, 1869; Siek, *Journal der chirurgie und Augen-Heilkunde*, Berlin, 1829; Silvestri, *Lo Sperimentale*, Firenze, 1871; Tansini, *Gazetta medica Italiana Lombardia*, Milano, 1854; Tirifahy, *Presse médicale Belge*, Bruxelles, 1878; Ustariz y Esinbano, *Revista de medicina y cirugia prácticas*, Madrid, 1872.

Tableau de 633 cas de désarticulation de la hanche PAR FRÉDÉRIC C. SHEPPARD, M. D.

NUMÉRO.	OPÉRATEUR.	DATE.	NATURE DU CAS.	MOMENT DE L'OPÉRATION et PROCÉDÉ OPÉRATEUR.	RÉSULTAT.	INDICATION BIBLIOGRAPHIQUE.
1	Adams.....	1854	Tumeur fibro-kystique de la cuisse.	Lambeaux antér. et postér.	Mort le 12 ^e jour. Diarrhée.	<i>Lancet</i> , 1854, I, 442.
2	Agnew.....	1866	Fracture par coup de feu du fémur droit.	Secondaire. Circulaire modifiée.	Mort, 10 jours.	Otis, n° 17, p. 64.
3	Alexander T..	1834	Fracture par coup de feu du fémur.	Primitive.	Mort, 1 mois.	<i>Ibid.</i> , n° 14, p. 56.
4	—	—	Fracture par coup de feu du fémur.	—	Mort, 21 jours.	<i>Ibid.</i> , 15, p. 56.
5	—	—	Soldat anglais en Crimée.	—	Mort.	<i>Circ.</i> , n° 2, S. G. O. p. 109.
6	Alexander W.	1875	Nécrose du fémur. Pyoémie.	Lambeaux antér. et postér.	Guérison.	<i>Lancet</i> , 1879, II, 544.
7	—	1877	Coxalgie. Deux résections antérieures.	Lambeaux antér. et postér.	Guérison. Mort, 18 mois plus tard.	<i>Ibid.</i>
8	—	1878	Coxalgie. Résection antérieure. Lésions étendues du fémur et de la cavité cotyloïde.	Lambeaux antér. et postér.	Guérison.	<i>Ibid.</i>
9	—	1879	Coxalgie. Résection immédiatement avant la désarticulation. Lésions étendues du fémur.	Lambeaux antér. et postér.	—	<i>Ibid.</i>
10	Alford.....	1866	Tumeur de la cuisse gauche.	Lambeaux antér. et postér.	—	<i>Ibid.</i> , 1869, I, 47.
11	Allen.....	1862	Coxalgie.	—	<i>Trans. Penna. State med. Soc.</i> 3d s., 1862, II, 209.
12	Amerman....	—	Nécrose.	Lambeau modifié.	Mort le 7 ^e jour.	<i>Chicago Medical Journ.</i> , 1862, VI, 551.
13	Annandale...	1869-70	Ulcération ancienne de la jambe et de la cuisse.	Circulaire.	Mort le 5 ^e jour.	<i>Edin. Med. Journ.</i> , 1870, XV, pt. 2, p. 883.
14	—	—	Tumeur cancéreuse du fémur.	Lambeau modifié.	Mort la 5 ^e sem. Coagulation du cœur.	<i>Ibid.</i>
15	Arlaud.....	1859	Fracture par coup de feu du fémur droit.	Secondaire.	Guérison.	Roux, <i>De l'ostéomyélite</i> , obs. XXVIII.
16	Armstrong...	1879	Coxalgie. Résection antérieure.	Lambeaux antér. et postér.	Mort, 9 jours.	<i>Br. Med. Journ.</i> , 1879, II, 687.
17	Arnold.....	1831	Blessure par arme à feu.	Primitive. Lambeau interne unique.	Mort, 3 jours.	Lüning, n° 67, Hug, obs. XLVI.
18	Ashhurst.....	1868	Plaie par arme à feu de la tête et du col du fémur et de la cavité cotyloïde du côté droit.	Secondaire. Lambeaux antér. et postér.	Mort, 3 j. 1/4.	<i>Am. Journ. of Med. Sc.</i> , 1869, LVII, 94.
19	—	1877	Écrasement de la cuisse droite par le chemin de fer.	Primitive. Lambeaux antér. et postér.	Mort, 7 heures.	Obs. inédite.
20	—	—	Ostéo-sarcome de la cuisse droite.	Lambeaux antér. et postér.	Guérison.	<i>Id.</i>
21	—	1879	Écrasement de la cuisse droite et de la jambe gauche.	Primitive. Lambeaux antér. et postér.	—	<i>Id.</i>
22	Badley.....	1814	Écrasement de la cuisse par machine.	Primitive.	Mort le lendemain.	Smith, <i>N. Y. Journ. Med.</i> , sept. 1852.
23	Baffos.....	1812	Coxalgie. Lésions de la cavité cotyloïde.	Lambeaux latéraux.	Mort, 3 mois.	Richerand, <i>Nosographie chirurgicale</i> , t. IV, 518.