

mie et l'hémorrhagie, c'est-à-dire l'anémie que représente la faiblesse d'où qu'elle vienne.

Un esprit pratique a vite tiré de ce qui précède une conclusion rigoureuse. Quand on doit recourir à la désarticulation de la hanche, il faut choisir le procédé qui met le plus sûrement à l'abri des grandes pertes de sang toujours nuisibles, surtout aux sujets déjà épuisés.

Messieurs, repoussez les procédés brillants qui consistent à tailler à plein couteau de grands lambeaux : cette opération rapide de Manec qui, d'un seul coup, prend au-devant de l'articulation toutes les parties molles, divise l'artère fémorale et ses branches, celles de l'obturatrice. Avant que vous ayez eu le temps de relever ce vaste lambeau, toutes ces artères divisées ont donné des flots de sang. Si vous n'êtes pas sûr de vous, si vos aides ne répondent pas à la mission périlleuse que vous leur avez confiée, le malade peut mourir sous votre couteau.

On me parlera de la compression de l'aorte, de la compression de la fémorale au pli de l'aîne. Pure théorie que tout cela. Quand vous opérez une femme aux parois abdominales souples et dépressibles, je veux bien que la compression de l'aorte soit possible, facile même, mais aurez-vous toujours de telles conditions ? et que ferez-vous, quand vous opérerez un homme bien musclé ou un sujet chargé de graisse ?

Comprimer la fémorale au pli de l'aîne ! Mais c'est

se rendre bien mal compte des difficultés de cette opération pendant laquelle vous agissez au dessous de l'arcade crurale, pendant laquelle un aide maintient la cuisse et doit lui imprimer des mouvements destinés à amener la désarticulation rapide. Que fera, pendant ces manœuvres, celui dont les doigts sont chargés d'assurer l'oblitération des vaisseaux, si calme, si bien disposé qu'il soit ? Et comment appliquerez-vous le compresseur mécanique ?

Non, Messieurs, rien de cela n'est pratique et vous devez abandonner la méthode rapide à cause de ses dangers.

A quel procédé recourrez-vous donc ? A celui qui conduit lentement, sûrement l'opération.

Je n'ai pas à passer en revue ici tous ceux qui ont été imaginés : ils sont trop nombreux.

Entre tous, celui qui ménage le sang, rend l'hémostasie facile, et permet d'arriver sans détours sur l'articulation, est le procédé de choix.

Cette crainte de l'hémorrhagie a toujours préoccupé les auteurs et plusieurs d'entre eux ont imaginé des incisions qui l'évitent. C'est ainsi que Guyon conseille d'attaquer l'articulation par la partie externe. Depuis la crête iliaque jusqu'au-dessous du grand trochanter, il fait une grande incision qui écarte les muscles, permet d'isoler le trochanter en le séparant des parties molles prenant insertion sur lui, et conduit ainsi sur la capsule articulaire plus profondément

située. Cette incision, qui porte sur une région où les vaisseaux sont relativement peu développés est bonne et met à l'abri d'une hémorrhagie, mais elle rend difficile l'accès de l'articulation, complique singulièrement les mouvements qu'il faut faire pour ouvrir la capsule et désarticuler ensuite.

Pour ma part, j'aime mieux un procédé qui attaque directement les vaisseaux, permet de les voir à découvert, de les lier quand on est arrivé sur eux et je donne la préférence à celui de Verneuil et de Farabeuf, qui réalisent les meilleures conditions en rendant facile ce temps pénible de l'amputation. Les règles tracées par Farabeuf ne laissent rien à désirer; car, d'une opération redoutable, elles ont fait une opération qu'avec un outillage incomplet ou une main moins exercée on doit, sans crainte, hardiment aborder.

Dans le procédé de M. Farabeuf, on agit lentement, à petits coups. On commence par une longue incision qui découvre les vaisseaux fémoraux au-dessous de l'arcade et aboutit en dedans à six travers de doigt au-dessous du pli inguino-scrotal. Après la ligature des vaisseaux, on achève l'incision de la peau en contournant la partie postérieure de la cuisse et en passant à la base du trochanter pour finir obliquement sur le chef de la première incision. On sectionne alors le couturier, le droit antérieur, tous les muscles antéro-externes, liant à mesure les artéριοles s'il en est encore qui donnent du sang. Le psoas et le pectiné

désinsérés, on ouvre largement la capsule et on la détache à ses insertions fémorales en dehors et en dedans, pour désarticuler ensuite en coupant le ligament rond. La tête tombe et, d'un coup de couteau rapide et sûr, on tranche tout ce qui reste des parties molles en dedans en suivant au ras les limites du lambeau qu'on avait d'abord tracées sur la peau.

Je vous ai rappelé à grands traits les divers temps de ce procédé. Cela suffit pour vous faire comprendre que, par la ligature, tous les vaisseaux provenant de la fémorale se trouvent fermés au courant sanguin et que vous n'avez pas à redouter ces foudroyantes hémorrhagies que la compression seule ne saurait éviter. Il ne reste de perméables au sang que l'obturatrice des branches de la fessière, la branche descendante de l'ischiatique, et tous ces vaisseaux se trouvent précisément situés dans cette partie interne du lambeau que vous réservez pour la fin et que vous taillez d'une main rapide et ferme. Ils ne donnent que peu de sang et, muni de pinces à forcipressure, vous les fermez aussitôt.

Etes-vous convaincus, Messieurs, qu'en agissant d'après cette méthode, vous vous placez dans les meilleures conditions possibles?

Mais vous avez vu avec quelle facilité j'ai trouvé les vaisseaux, et les ai liés; la faible quantité de sang qui s'est écoulée. Je ne crois pas que le malade en ait perdu plus de 120 grammes.

Déjà, dans une autre circonstance, mon ami, le professeur agrégé Piéchaud, a fait dans mon service une désarticulation de la hanche sans la moindre hémorrhagie; moi-même, quelques temps après, j'ai opéré une jeune femme dans des conditions égales.

Ce que vous avez vu, ce que la raison vous dit, doit désormais vous guider vers la méthode rationnelle qui, sans rien perdre comme exécution facile, combat absolument l'anémie.

Si maintenant vous ajoutez que non seulement il faut empêcher l'écoulement du sang, mais encore économiser celui que contient le membre que vous allez enlever en le refoulant de bas en haut, au moyen de la bande d'Esmärck, vous ne pouvez hésiter dans votre choix.

La quantité de sang contenue dans le membre inférieur peut être évaluée à six ou sept cents grammes. Cette quantité, ajoutée à celle que vous empêchez de s'échapper des vaisseaux, arrive peut-être au total de mille grammes, ce qui, je le crois, est très suffisant pour faire délaissier la désarticulation rapide.

Je conviens cependant, que la ligature préventive des vaisseaux fémoraux expose peut-être plus que les autres procédés à des accidents de mortification. Vous avez vu, hier et aujourd'hui, quand j'ai pansé mon opéré, qu'il existe en dehors, sur le bord du lambeau, un liseré brunâtre de tissus mortifiés. Dans les deux cas que je vous citais il n'y a qu'un instant, nous

avons vu, M. Piéchaud et moi, le même accident se produire. Certainement, les troubles apportés dans la circulation par la ligature du vaisseau principal doivent être seuls incriminés, mais y a-t-il là une objection sérieuse contre un procédé qui évite tant d'autres inconvénients plus sérieux encore? Je ne le crois pas, et j'espère que, chez mon malade d'aujourd'hui, la gangrène restera bien limitée, comme cela s'est passé chez les deux autres malades.

Dans cette opération, il est nécessaire d'assurer par un bon pansement l'écoulement des liquides. De gros tubes à drainage placés dans le point le plus déclive sont tout à fait nécessaires. Mais je tiens à ce propos à vous rendre compte d'une modification que j'ai, chez mon dernier malade, apportée au procédé classique. Avant de fermer les lambeaux, j'ai rabattu la partie inférieure de la cavité cotyloïde après avoir d'un seul coup sectionné, d'avant en arrière, les parties fibreuses qui en augmentaient la profondeur. C'est qu'en effet, dans ma dernière opération, je remarquai que du liquide s'était accumulé dans cette cavité cotyloïde; et plusieurs d'entre vous placés plus près de moi, quand j'opérais jeudi dernier, ont très bien remarqué que cette cavité retenait le sang qui s'écoulait ou les liquides dont je me servais pour laver les surfaces du lambeau. Par cette petite section des parties molles et du rebord tranchant de la cavité osseuse, j'ai empêché, rendu impossible cette accumulation des liquides et le

drain placé profondément jusqu'au voisinage de l'os recevra désormais tout ce qui pourra s'épancher entre les lambeaux rapprochés.

J'ai terminé, Messieurs, cette leçon qui avait pour but de vous montrer que le chirurgien a le devoir d'agir quand l'indication s'impose quels que soient les dangers à redouter. J'ai voulu faire entrer dans vos esprits la conviction qui m'anime et je ne saurais mieux finir qu'en vous rapportant ces paroles de Verneuil : « La désarticulation coxo-fémorale est considérée comme la plus grave des amputations. Certains chirurgiens seraient disposés à la proscrire, d'autres ne la pratiquent qu'en désespoir de cause; tous en ont grand'peur. »



## SIXIÈME LEÇON

### Sur un cas de coxalgie hystérique.

Observation d'une malade entrée dans la salle 8. — Signes offerts par elle : ils appartiennent à la coxalgie hystérique.

Diagnostic différentiel de cette affection. — Son pronostic. — Son traitement.

MESSIEURS,

Une de nos malades de la salle 8 me paraît aujourd'hui très digne d'attirer votre attention. C'est une jeune femme de vingt-trois ans, malade depuis trois mois environ, qui ressentit au début de l'affection qui l'amène vers nous, une douleur vague du côté de la hanche droite. Cette douleur, à laquelle elle ne voulut tout d'abord prêter aucune attention, s'exagéra bientôt mais n'entrava pas la marche. La jeune malade continua à travailler jusqu'au jour où le mouvement devint réellement pénible : il y a de cela trois semaines.

Inquiétée par un certain degré de claudication que