

sisté, par suite d'une grande vitalité, aux complications et aux dangers de leur lésion. C'était l'avis de Boyer, et les chirurgiens de notre époque partageant la même opinion.

Le docteur Fenwick, professeur d'anatomie pathologique à Newcastle-upon-Tyne, a conclu de ses recherches sur un nombre total de 8423 amputations, que rien n'est plus complètement démontré. Les résultats des amputations par causes pathologiques sont partout plus favorables que ceux des amputations par traumatisme.

Il ressort des observations du même auteur que les succès sont d'autant plus assurés que les lésions pour lesquelles on opère sont plus anciennes. Les affections osseuses et articulaires sont les moins graves; les amputations pour causes d'ulcères atoniques n'offrent déjà plus de conditions aussi favorables (*Arch. génér.*).

Nos études sur l'amputation coxo-fémorale nous ont appris que la plupart, si ce n'est tous les faits de succès connus de cette désarticulation, ont été présentés par des malades amputés tardivement. Le docteur Jubiot avait déjà entrevu cette vérité, que nous eûmes l'occasion de soutenir dans un de nos mémoires sur l'amputation coxo-fémorale présenté à l'Académie des sciences. La plupart des chirurgiens se sont rangés à notre opinion, et M. Legouest l'a également défendue en s'appuyant sur la statistique de M. le docteur Chenu, où l'on trouve pour la Crimée vingt-neuf morts sur vingt-neuf amputés. Cependant les statistiques américaines ont présenté deux cas de guérison avérée et un troisième cas de guérison probable à la suite de désarticulations coxo-fémorales primitives. C'est un nouvel élément à introduire dans la question. Il est évident, au reste, que dans le cas où la cuisse est en partie enlevée par un boulet près du bassin, le chirurgien ne saurait hésiter à l'amputer. On voit que la question du moment où il convient d'opérer n'est pas épuisée. Nous avons adopté, dans notre pratique journalière, une légère modification à la règle des amputations immédiates. Au lieu d'opérer sur-le-champ les malades, nous attendons le moment où les douleurs et l'étendue des lésions viennent leur démontrer que la perte de leur membre est leur dernière ressource, comme leur seul moyen de soulagement. L'amputation exécutée dans ces conditions, et avant toute manifestation inflammatoire ou gangréneuse, soulage les blessés, fait succéder le calme à l'agitation, le bien-être à la souffrance, et réussit mieux, parce qu'elle provoque plus de satisfaction que de regrets.

Je n'oserais pas, sans doute, recommander la même conduite dans le cas où les blessés auraient à supporter de longs et fatigants transports, et où ils devraient être soustraits pendant un temps plus ou moins long aux soins de leurs chirurgiens: dans de pareilles cir-

constances nous amputerions sur-le-champ; mais dans les hôpitaux et la pratique particulière, où le moment de l'opération peut être décidé à chaque instant, on se trouvera bien de suivre notre exemple, et au lieu d'avoir à consoler des malheureux affligés de leur mutilation, on aura sous les yeux des opérés s'applaudissant de leur détermination et comptant, pleins d'espérance, les jours de leur prochaine guérison.

N'oublions pas de mentionner une des objections élevées contre les amputations immédiates. Il est, dans beaucoup de circonstances, impossible de décider d'une manière absolue si une amputation est ou n'est pas indispensable, car la nature a des ressources infinies. En enlevant un membre, vous mutilez un homme qui eût guéri sans amputation, tandis qu'en attendant le moment où vous aurez épuisé tous les moyens de l'art, et où toute incertitude aura disparu, vous pourrez encore amputer avec succès, et vous aurez fait au moins tout ce qu'il était humainement possible de tenter pour éviter cette fâcheuse nécessité. L'objection est juste, et l'on en trouve la solution dans l'étude attentive de l'art et dans la pratique des maîtres; s'il y a doute, s'abstenir est un devoir, mais il faut prendre garde de manquer l'heure opportune, par excès d'hésitation, et de causer la mort du malade par le désir de lui conserver un membre. Un de nos confrères et amis, dont tout le monde connaît les beaux travaux sur l'ostéo-myélite et les magnifiques et exceptionnels succès dans une série de vingt grandes désarticulations, dont deux coxo-fémorales, pratiquées après la période inflammatoire sur nos blessés de Crimée, à l'hôpital de la marine de Toulon, place entre les *amputations immédiates* et les *tardives, consécutives ou ultérieures*, une nouvelle classe d'amputations à laquelle il donne le nom de *médiates* ou *secondaires* (intermédiaires de Malgaigne.) Ce sont celles qui n'ayant pas été pratiquées immédiatement, le sont pendant la période de réaction et par conséquent dans les plus fâcheuses conditions. Les amputations de ce genre sont, comme nous l'avons dit, extrêmement dangereuses; elles s'imposent, mais ne sauraient être recommandées.

M. le docteur Spielmann, dans un fort bon travail de statistique (*Arch.* 1868), s'autorisant des distinctions déjà établies par Malgaigne, H. Larrey, Legouest, Lustreman, Salleron etc., a divisé les amputations en quatre classes, selon le moment de leur exécution, et les a nommées:

1^o *Immédiates*, faites dans les vingt-quatre heures qui suivent la blessure.

2^o *Primitives*, après le premier jour, mais avant le développement des phénomènes inflammatoires.