

la guérison n'a lieu qu'au bout de quatre ou cinq mois, et quelquefois même beaucoup plus tard.

La réunion immédiate présente un autre inconvénient que voici. Si l'on a négligé de lier toutes les artères qui aboutissent à la surface de la plaie, le sang qu'elles versent s'interpose dans ses lèvres, et si cette hémorrhagie intérieure n'est pas dangereuse par la quantité de sang qui coule, elle a l'inconvénient d'empêcher la réunion de la plaie, et oblige à détruire la cicatrice qui s'est faite à l'extérieur, pour donner issue au sang épanché dans le moignon. Une hémorrhagie dont les conséquences sont beaucoup plus graves est celle que fournit l'artère crurale elle-même, lorsqu'elle est coupée par la ligature avant qu'elle soit complètement oblitérée. Comme cette hémorrhagie n'arrive que le huitième, le dixième ou le douzième jour de l'opération, époque à laquelle les lèvres de la plaie sont réunies dans presque toute leur étendue, si on voulait l'arrêter en faisant la ligature de l'artère par la plaie, il faudrait inciser la cicatrice et se servir d'une aiguille pour lier l'artère, ce qui ne serait pas sans inconvénients graves. Il est préférable alors de découvrir l'artère au bas de l'espace inguinal et d'en faire la ligature comme dans l'opération de l'anévrysme. J'ai vu pratiquer, et j'ai pratiqué moi-même plusieurs fois cette ligature avec succès. Cependant on ne peut pas se dissimuler qu'elle expose le malade aux dangers d'une hémorrhagie consécutive, si l'artère vient à être coupée par la ligature avant qu'elle soit oblitérée. Tous ces inconvénients de la réunion immédiate, prouvés par l'expérience, m'ont porté à l'abandonner et à lui préférer le mode de pansement ordinaire, avec les modifications suivantes.

Pendant qu'un aide tire doucement en bas la peau et les chairs, on place autour du membre un bandage roulé, en commençant par la partie supérieure et en descendant par des doloires jusqu'au niveau de l'extrémité de l'os. Le gonflement qui survient à la partie malade, immédiatement après l'opération, exige que ce bandage soit très-peu serré. Lorsqu'il est appliqué, on rassemble les ligatures; on les enveloppe avec un morceau de linge, pour les distinguer des autres pièces de l'appareil, et on les couche sur le membre du côté où elles sont plus près de sa surface; on remplit mollement la plaie avec de la charpie que l'on assujettit avec deux ou trois bandelettes agglutinatives placées de dedans en dehors, et qui servent en même temps à retenir la peau sans la trop comprimer. On met sur ces bandelettes un grand

plumasseau couvert de cérat, et sur ce plumasseau un nombre suffisant de gâteaux de charpie sèche. On place sur cette charpie des compresses longues, dont les unes vont du côté externe au côté interne, et les autres de devant en arrière, en croisant les premières sur le moignon. Les extrémités de ces compresses sont assujetties avec une compresse plus longue qu'on met circulairement autour du moignon. Le tout est fixé au moyen d'une longue bande roulée, avec laquelle on fait des circulaires sur le membre, et des renversés sur le moignon. Tout cet appareil doit être suffisamment serré pour ne point se déranger; mais il ne doit pas l'être trop, à cause du gonflement qui doit survenir nécessairement dans le moignon.

L'appareil appliqué, le malade est porté dans son lit avec précaution. La plupart des auteurs recommandent de placer le moignon sur des coussins élevés, disposés de manière à former un plan incliné; mais cette position favorise la rétraction des muscles postérieurs et peut contribuer à la saillie de l'os. On doit donner au moignon une direction horizontale, afin que tous les muscles qui environnent le fémur soient également relâchés, et se contenter de faire reposer le moignon sur une serviette pliée en plusieurs doubles pour empêcher que le lit ne soit sali par la sérosité sanguinolente qui pénètre l'appareil dans les premiers jours. Une compresse longue et étroite, dont on fixe les extrémités au matelas et au drap qui le couvre avec de fortes épingles, est placée en travers sur le moignon pour le maintenir pendant les mouvements convulsifs qui l'agitent immédiatement après l'opération, et qui ne cessent quelquefois qu'au bout de cinq ou six jours. On garantit le moignon du poids des couvertures au moyen d'un petit cerceau.

Le malade sera mis à une diète sévère. On lui prescrira une boisson rafraichissante et une potion antispasmodique dans laquelle on fera entrer une assez forte dose d'opium pour calmer les douleurs. Ordinairement, le jour même de l'opération, il se manifeste un léger mouvement fébrile; le lendemain et les jours suivants, ce mouvement est beaucoup plus marqué: quand il est modéré, il ne présente aucune indication; mais s'il est considérable, il faut avoir recours à la saignée et tirer une quantité de sang proportionnée à l'âge du malade, à son tempérament, à la force du pouls et à l'intensité des autres symptômes fébriles. La saignée est le seul moyen de prévenir l'inflammation de quelque organe intérieur, et notamment celle des poumons, qui se

développe souvent à la suite de l'amputation de la cuisse et des autres grandes opérations. L'expérience a appris que la fièvre traumatique est toujours très-moderée et que les inflammations internes sont rares chez les malades forts et vigoureux qui ont perdu une grande quantité de sang durant l'opération; or, on peut obtenir, des saignées copieuses pratiquées dans les premiers jours, les avantages que procure une effusion considérable de sang pendant l'opération. Soit que le malade ait été saigné ou non, s'il se manifeste des symptômes de l'inflammation d'un organe interne quelconque, il faut recourir promptement à la saignée du bras, à l'application des sangsues ou des ventouses scarifiées sur le siège de l'organe affecté, et aux dérivatifs, tels que les vésicatoires et les sinapismes.

Lorsqu'on a lié toutes les artères d'où l'on a vu sortir du sang, après avoir fait suspendre la compression dans l'aîne, ou lâché le tourniquet, qu'on a bien essuyé la surface de la plaie avec une éponge fine, l'hémorrhagie n'est pas à craindre dans les premiers jours; le léger suintement sanguin qui se fait alors ne doit point inquiéter et ne suffit pas pour déterminer à lever l'appareil. Il n'en est pas de même de l'effusion de sang qui arrive quelquefois lorsque la suppuration est établie: elle est le prélude d'une hémorrhagie considérable fournie par l'artère crurale. L'époque à laquelle cette hémorrhagie a lieu varie beaucoup: le plus ordinairement, c'est du huitième au douzième jour. Je l'ai vue survenir dans la nuit du dix-neuvième au vingtième, et faire périr le malade, qui ne fut pas secouru à temps. A quelque époque qu'elle se manifeste, on doit faire comprimer l'artère dans l'aîne, lever l'appareil et lier le vaisseau avec une aiguille. Si cette ligature n'était pas praticable, il ne faudrait pas hésiter à découvrir l'artère au-dessous de l'espace inguinal pour la lier comme dans l'opération de l'anévrysme.

Lorsqu'il ne survient aucun accident qui oblige à lever l'appareil, on ne fait le premier pansement que le cinquième ou le sixième jour. Quelquefois cependant l'abondance du suintement et la mauvaise odeur obligent d'ôter la bande et les compresses plus tôt. Pour faire ce premier pansement ainsi que les suivants, on charge un aide de soulever doucement le moignon, en ne l'écartant que le moins possible de la direction horizontale; on enlève la bande et les compresses, la charpie extérieure et les bandelettes agglutinatives; ensuite on ôte toute la charpie que la suppuration a détachée, et qui peut être enlevée

sans causer le moindre tiraillement; on la remplace par de la charpie sèche que l'on soutient avec deux bandelettes agglutinatives très-peu serrées, et l'on met par-dessus un plumasseau couvert de cérat; le tout est assujéti de la manière suivante: on place en travers sur le matelas, précisément à l'endroit sur lequel le moignon doit reposer, trois ou quatre compresses larges d'environ quatre travers de doigt et assez longues pour entourer presque deux fois la cuisse; ces compresses sont disposées de manière que la première, qui doit correspondre à la partie supérieure du membre, est recouverte dans ses deux tiers inférieurs par la seconde; ainsi des autres. Sur ces compresses on en place une autre un peu plus large et un peu moins longue, dans une direction qui leur est perpendiculaire, et par conséquent parallèle à celle du membre. Les choses étant ainsi disposées, l'aide qui a soulevé le moignon le pose doucement sur le bandage; alors on renverse de bas en haut sur le moignon la compresse longitudinale et on la couche sur la partie antérieure du membre; on en place une seconde de dedans en dehors, ensuite on entoure la cuisse avec les compresses transversales, en commençant par l'inférieure, comme dans le pansement des fractures avec le bandage de Scultet.

Dans les pansements suivants, on enlève la charpie qui se détache d'elle-même, et lorsque la plaie en est entièrement débarrassée, et que la suppuration l'a bien dégorgée, on la réunit avec des bandelettes agglutinatives placées en travers, ayant l'attention de mettre sur les côtés du moignon des compresses épaisses ou des rouleaux de charpie, afin que le fond de la plaie se réunisse avant l'extérieur. On continue à panser la plaie de la même manière jusqu'à son entière guérison, qui a lieu ordinairement du trentième au quarantième jour. On ne change le bandage roulé qui a été mis autour du membre, qu'autant qu'il est trop relâché ou qu'il se trouve gâté par la suppuration.

Les ligatures tombent ordinairement vers le douzième ou le quinzième jour; quelquefois cependant elles se détachent plus tard, particulièrement celle de l'artère crurale. Si cette ligature tarde trop à tomber, on en facilite la chute en l'ébranlant légèrement, et même en la tordant un peu chaque jour. Ce procédé est préférable à la section de l'anse de cette ligature avec des ciseaux mousses, ou un bistouri conduit sur une sonde cannelée, recommandée par la plupart des auteurs.

Si, malgré toutes les précautions que l'on a prises pour prévenir la

saillie de l'os, cette saillie a lieu, la conduite à tenir est subordonnée à l'état même de l'os. S'il est couvert de chairs dans son contour et de bourgeons charnus à son extrémité, la saillie qu'il forme n'empêche pas la guérison de la plaie, mais elle la rend tardive, et le moignon, conservant une forme conique, ne présente pas assez de surface à son extrémité pour soutenir aisément le poids du corps, en sorte que le malade est obligé de matelasser sans cesse la partie pour porter avec facilité une jambe artificielle. On peut remédier jusqu'à un certain point à cette forme conique du moignon au moyen d'un bandage roulé appliqué de haut en bas sur le membre, pendant qu'un aide tire à lui la peau et les chairs. Mais pour obtenir quelques avantages de ce moyen, il faut l'employer de bonne heure, serrer le bandage autant qu'il est possible sans causer de douleur et sans faire naître d'engorgement : il est important de le renouveler dès qu'il est relâché. Dans le cas dont il s'agit, on a proposé une seconde amputation dans l'endroit où la peau s'unit à la cicatrice. Cette opération a été pratiquée quelquefois avec succès; mais le plus souvent elle a été suivie d'accidents graves, et ces accidents seraient à craindre surtout si l'extrémité du cordon des gros vaisseaux devait être comprise dans la section des chairs à la base du cône que forme le moignon. La crainte de ces accidents retiendra un chirurgien prudent, et l'empêchera de recourir à ce moyen, tout efficace qu'il paraît être. Au reste, il est bon de faire observer que la forme conique du moignon et la saillie de l'os sans dénudation sont très-rare, lorsque l'amputation a été pratiquée suivant le procédé que nous avons décrit, et que les pansements ont été faits avec les précautions que nous avons indiquées.

Il n'en est pas de même de la saillie de l'os avec dénudation. Quelques précautions que l'on ait prises pour prévenir cet inconvénient, une suppuration très-abondante peut le faire naître en détruisant le tissu cellulaire qui unit les muscles entre eux et les adhérences du périoste avec l'os. Lorsque la portion d'os saillante et dénudée n'a que quelques lignes d'étendue, il faut en attendre la chute spontanée. La cicatrisation de la plaie est à la vérité plus lente, mais le travail de la nature suffit seul pour la compléter.

Lorsque la portion d'os saillante et dénudée est très-considérable, on doit la retrancher le plus près possible des chairs, sans les entamer. Cette résection est facile à exécuter avec une scie fort petite. Si l'on éprouvait quelque difficulté parce que l'os n'a pas assez de longueur

pour pouvoir être saisi et contenu avec fermeté, on pourrait se servir d'un moyen fort simple que Bertrandi proposa dans un cas pareil et qu'on a employé depuis avec succès : c'est une machine composée d'un morceau de bois perpendiculaire, fixé solidement sur un pied. Cette pièce est échancrée à sa partie supérieure, et forme une espèce de fourche. L'échancrure fournit au bout de l'os un point d'appui invariable qui tient lieu d'un aide; celui qui aurait soutenu le membre doit au contraire appuyer dessus jusqu'à ce que l'os soit à moitié scié. Il ne faut plus ensuite que maintenir la partie latéralement. Avec cette machine l'os ne peut vaciller, et on le scie avec autant de facilité qu'on scierait un bâton sur un chevalet. La résection de la portion d'os saillante et privée de vie ne donne jamais lieu à des accidents graves. Après cette opération, la plaie se tuméfié légèrement, devient un peu douloureuse; mais au bout de trois ou quatre jours elle reprend son état premier; il se fait ensuite une exfoliation superficielle, et la plaie finit par se cicatriser.

Cependant avant de procéder à la résection de la portion d'os qui dépasse le moignon, on doit l'ébranler avec assez de force pour reconnaître si elle est vacillante ou non. Cette précaution est surtout nécessaire lorsqu'il y a longtemps que l'amputation a été pratiquée, et qu'on y a eu recours à l'occasion du sphacèle du membre, comme dans l'observation suivante rapportée par Fabrice de Hilden (1). Un jeune homme, à peine hors de danger d'une dysenterie maligne, fut attaqué tout à coup d'une douleur au talon droit et qui affecta sur-le-champ tout le pied. Quoique cette douleur fût très-vive, il ne survint ni gonflement ni chaleur; au contraire le malade se plaignait de sentir un froid si piquant qu'il ne pouvait se retenir de crier la nuit et le jour. On tâcha en vain d'échauffer la partie avec des briques et des tuiles, les accidents augmentèrent en peu de jours; la gangrène se manifesta; elle fit des progrès, et enfin sans causer ni chaleur ni enflure, elle gagna la jambe jusqu'au genou. Elle parut s'y borner par un ulcère sordide qui avait tellement rongé les muscles et tous les ligaments, que les os du genou et la rotule en furent totalement séparés. On jugea à propos d'amputer la cuisse. L'opération fut faite le dernier jour de janvier 1614. Fabrice fut obligé de quitter ce malade

(1) Obs. 91, cent. 4.

quelques jours après. Il le laissa dans la situation la plus fâcheuse, sans force et avec des sueurs froides qui menaçaient d'une mort prochaine. Le malade se soutint néanmoins contre toute espérance, et Fabrice à son retour, le 3 mars, le retrouva en bon état, à cela près que l'os débordait le niveau des chairs de plus de deux travers de doigt, ce dont on s'était déjà aperçu à la levée des premiers appareils. Ce grand praticien n'hésita pas sur le parti qu'il devait prendre. Il proposa de scier au niveau de la plaie cette portion saillante; mais il reconnut, en commençant l'opération, que la nature avait déjà travaillé très-efficacement à la séparation. Il ne continua point, et se contenta d'ébranler l'os vacillant de côté et d'autre. Il en fit autant à chaque pansement, et au bout de quatre jours il tira, sans douleur et sans faire couler une goutte de sang, une portion de la totalité du fémur d'environ cinq pouces. Dans une pareille circonstance, la résection de la portion saillante de l'os au niveau des chairs serait une opération absolument inutile, puisque la dénudation s'étendrait au delà de la surface de la plaie (a).

(a) — Quoique Boyer entre dans de très-grands détails sur l'amputation de la cuisse, je crois devoir ajouter quelques notes sur un procédé opératoire que j'ai pratiqué dans neuf cas et qui m'a donné huit succès consécutifs, et sur une résection de l'extrémité du fémur qui faisait saillie après l'opération.

Les résultats fâcheux en tous points, que les amputations de cuisse m'avaient données pendant le cours de dix années, m'avaient presque fait renoncer à cette opération et m'avaient engagé à la réserver pour les cas d'absolue nécessité, lorsque je me trouvai dans l'obligation de pratiquer cette opération pour une tumeur blanche qu'aucun traitement ne pouvait guérir. Avant de l'entreprendre, je réfléchis aux causes de ces résultats que je n'avais pu prévenir d'aucune manière. Ainsi, quelque soin que je prisse pour donner au moignon la forme d'un cône creux, je ne pouvais jamais y arriver certainement; au moment même de l'opération, le cône était creux; mais, quelques jours après, les chairs et l'os étaient presque de niveau. Je n'avais pas une règle sûre pour me guider, et cette règle je ne l'avais jamais vue entre les mains des chirurgiens que j'avais suivis; eux aussi avaient des altérations

dans la forme du cône qu'ils faisaient en opérant. Les tractions exercées sur les parties molles pour les ramener sur l'os et la compression exercée sur ces parties pour les maintenir en place étaient inefficaces pour moi, comme elles l'avaient été pour mon maître et comme elles le sont encore pour mes contemporains. Les muscles se rétractaient en échappant à l'action de cette compression. J'avais bien remarqué, à la vérité, que, chez les individus forts, les muscles ayant une rétraction immédiate très-prononcée, la conicité que le moignon présente au moment même de l'opération persiste la même dans les jours qui la suivent; tandis que, chez les individus affaiblis par une longue maladie, les muscles privés de leur tonicité ne se rétractent pas immédiatement, mais progressivement pendant les jours qui suivent l'opération, de sorte que la conicité du moignon observée au moment même de cette opération disparaît peu à peu et n'existe plus quelquefois au bout de quelques jours. Aussi j'avais, en conséquence de cette remarque, apporté des modifications dans la pratique de chaque amputation de cuisse. Mais malgré tous mes soins, je n'étais pas parvenu à un résultat constant, parce qu'il ne m'était pas possible de juger positivement le degré de force de rétraction restée aux muscles. De plus, dans les cas les plus heureux, sous le rapport de la conicité du moignon, j'avais encore la déformation de ce moignon cicatrisé, par suite de la contractilité incessante du tissu musculaire à la partie postérieure de la cuisse dont les fibres très-longues vont toujours se raccourcissant jusqu'à ce que leur contractilité soit épuisée, d'où il résulte que le moignon le mieux fait et le mieux cicatrisé prend, après un temps plus ou moins long, une forme conique en dehors, et l'os fémur forme le sommet de ce cône.

Ces remarques, que tout praticien a pu faire, me conduisirent à penser que, si je pratiquais l'amputation de la cuisse, comme on pratique celle de la jambe, j'aurais toujours assez de peau pour recouvrir et l'os et les parties molles, et que si je laissais les muscles de la partie postérieure de la cuisse plus longs que ceux des parties latérale et antérieure, j'arriverais à éviter la forme conique du moignon en arrière, puisque la contractilité incessante du tissu musculaire s'arrêtant à un certain degré, les muscles postérieurs, raccourcis en vertu de cette contractilité, se trouveraient, lorsqu'elle serait épuisée, au niveau des muscles latéraux et antérieurs. Le résultat m'a prouvé la justesse de mon mode opératoire. Mais pour le bien exécuter, il faut

encore apporter constamment au mode opératoire ordinaire deux autres modifications : l'une consiste à ne pas tirer la peau ni les muscles en haut pour décoller, pour ainsi dire, le tissu cellulaire ; l'autre consiste à toujours séparer les muscles du périoste qui entoure l'os. Les tractions exercées sur la peau et sur les muscles ont le grand inconvénient de déchirer le tissu cellulaire et de le rendre moins propre à la réunion que lorsqu'il est coupé. Elles ont surtout l'immense inconvénient de dénuder le périoste du tissu cellulaire qui l'entoure, et quelquefois même de détacher le périoste de l'os, comme je l'ai vu dans un cas où j'ai été obligé de pratiquer immédiatement une nouvelle section de l'os au-dessus du point où la première avait été faite. Aussi je recommande bien aux aides de ne pas pratiquer ces tractions, afin d'obtenir toujours une section très-nette des parties molles. C'est dans le même but, celui de ne pas avoir des parties déchirées, que je coupe les muscles autour du périoste.

Dans le procédé opératoire que je suis et que je vais décrire, il n'y a de changement que pour la section de la peau et celle des muscles. L'appareil nécessaire, la position du malade, la compression de l'artère crurale, la ligature des vaisseaux et le pansement après l'opération, sont les mêmes que dans tout autre procédé opératoire. Le malade étant placé et maintenu convenablement, je coupe la peau obliquement d'avant en arrière et de haut en bas, en donnant à cette incision une direction plus ou moins oblique, en raison de l'épaisseur des muscles. Plus ils sont épais et forts, plus l'incision doit être oblique, parce qu'alors la rétraction de ceux de la partie postérieure du membre sera plus considérable. Le principe est donc de rendre l'obliquité de la section plus grande, en raison directe de la force des muscles postérieurs. Lorsque la section de la peau est achevée, je la dissèque, et je forme une manchette, comme on a coutume de le faire dans l'amputation de la jambe au-dessous du genou, et je lui donne une largeur proportionnelle à l'épaisseur du membre. Pendant cette dissection, j'ai le soin de recommander à l'aide qui tient le membre de ne pas tirer la peau en haut. La peau étant suffisamment disséquée, je la relève et je coupe à son niveau d'abord les muscles superficiels, puis les muscles profonds. Quand je suis arrivé à l'os, je détache les muscles du périoste, et, mettant la compresse fendue, je scie l'os. Après avoir appliqué les ligatures, je ramène sur les muscles la manchette de peau et je couvre ainsi la plaie, sans exercer aucune traction ni sur la peau

ni sur les muscles qui, ne se trouvant pas irrités par ces tractions, ne cherchent pas à se soustraire à cette irritation et, par conséquent, ne se rétractent que progressivement, en vertu de la contractilité de tissu et non en vertu de leur contraction musculaire. Je fais la réunion d'avant en arrière au moyen de bandelettes de sparadrap de diachylon gommé et je termine en mettant des compresses et une bande roulée. Pour les pansements subséquents, je ne suis pas de règle fixe. Ordinairement je fais le premier pansement après quarante-huit heures ; quelquefois cependant je lève l'appareil après vingt-quatre heures. Ces différences dépendent des douleurs qu'éprouve l'opéré, et de l'écoulement de sang ou de sérosité qui a pu avoir lieu.

Les avantages de ce mode opératoire sont de deux sortes : les uns empêchent les parties molles d'être mises à nu après l'opération, par suite de la rétraction de la peau ; les autres empêchent la saillie de l'os, tant immédiatement après l'opération que plus tard, lorsque les muscles et la peau se sont rétractés. Les avantages qui empêchent la dénudation des parties molles résultent de la dissection d'une manchette de peau. J'ai pratiqué neuf fois l'amputation de la cuisse par ce procédé, et, dans aucun des cas, je n'ai vu la rétraction de la peau. Les huit premiers cas ont été heureux ; les lèvres de la peau se sont cicatrisées par première intention et elles n'ont présenté de points non cicatrisés que ceux qui correspondaient au passage des ligatures. Dans le neuvième cas, qui a été malheureux, les lèvres de la peau, cicatrisées immédiatement après l'opération, ne se sont pas déshées, malgré une suppuration abondante résultant de la formation de la nécrose à l'extrémité de l'os et malgré l'infection purulente à laquelle le malade a succombé ; et tous les praticiens savent qu'ordinairement, dans ces circonstances, les bords de la plaie se désunissent et s'écartent pour peu qu'il y ait de rétraction dans la peau et dans les muscles. Il résulte donc de ce cas malheureux qu'il vient, malgré l'insuccès, confirmer les avantages du procédé opératoire, quant aux conséquences immédiates de l'opération. Ces avantages sont aussi grands dans les suites médiate. Tous les praticiens ont remarqué qu'après la guérison du moignon de la cuisse après son amputation, ce moignon prend une forme conique, surtout en arrière, à cause de la rétraction des muscles de la partie postérieure du membre. J'ai voulu obvier à cet inconvénient en laissant ces muscles beaucoup plus longs et en donnant, pour avoir ce résultat, une direction oblique à mon incision circulaire. La

première fois le résultat n'a pas été heureux, parce que l'obliquité n'était pas suffisante; mais, dans les opérations subséquentes, j'ai eu des résultats très-heureux, et lorsque, six ou huit semaines après l'amputation, j'examinais les moignons, je trouvais un moignon parfaitement carré, et l'os ne faisait aucune saillie. Mais pour obtenir un moignon aussi carré, il faut donner une grande obliquité à l'incision, ce qui laisse d'abord un peu trop de parties molles à la moitié postérieure du moignon. Au bout de douze à quinze jours, cette espèce de difformité disparaît, et l'on peut suivre, pour ainsi dire, la rétraction des chairs. Quelques personnes ont qualifié ce mode opératoire de méthode ovulaire; c'est une erreur, parce que la plaie que je fais n'a nullement la forme d'un V, caractère spécial de la méthode ovulaire; au contraire, dans mon procédé, la plaie a une forme parfaitement ronde, seulement les parties molles sont en plus grande quantité à sa partie postérieure.

Boyer dit que, dans les cas où l'os faisant une saillie est couvert de parties molles, on a proposé de faire une nouvelle amputation au point d'union de la peau et de la cicatrice; et il ajoute que cette opération a été pratiquée quelquefois avec succès, mais que le plus souvent elle a été suivie d'accidents graves, et que ces accidents seraient surtout à craindre si l'extrémité du cordon des gros vaisseaux devait être comprise dans la section des chairs à la base du cône que forme le moignon. Je n'ai jamais vu pratiquer cette opération; mais des chirurgiens m'ont dit avoir fait la section du fémur saillant, avant qu'il eût été recouvert par la cicatrice, et ils m'en ont parlé comme d'une opération très-simple. Dans le seul cas où j'ai eu l'occasion de la pratiquer, j'ai vu survenir pendant l'opération des accidents auxquels je ne m'attendais nullement.

En l'année 1835, on amena à la Maison royale de santé un jeune homme âgé de vingt ou vingt-deux ans, qui, ayant voulu s'asphyxier, s'était mis auprès d'un réchaud rempli de charbon allumé. Lorsque la vapeur du charbon lui fit perdre connaissance, il tomba le genou gauche dans le réchaud embrasé et il se fit une brûlure profonde. Dès qu'une eschare se détacha en partie, l'articulation du genou fut ouverte; il ne restait d'autre moyen thérapeutique à mettre en usage que l'amputation de la cuisse. Je la pratiquai le neuvième jour après l'accident; et comme la brûlure remontait assez haut, je cherchai à conserver au moignon le plus de longueur possible. Ce jeune homme était

fort, les muscles se rétractèrent fortement après l'opération, et dès le sixième jour, je m'aperçus que le fémur ferait une saillie et qu'il faudrait le réséquer. En conséquence, j'attendis la chute de la ligature de l'artère crurale, pensant qu'il suffirait de détacher les parties molles qui adhéraient à la circonférence de l'os pour scier celui-ci. Cette ligature étant tombée le quinzième jour après l'opération, je procédai le seizième jour à la résection du fémur. Je ne m'étais muni que d'un bistouri droit, d'une scie et des objets nécessaires au pansement, et je faisais l'opération dans la salle commune où le malade était couché. Je coupai d'abord les parties molles en dehors de l'os, et, au lieu d'un tissu musculaire normal, j'y trouvai un tissu musculaire infiltré d'une substance osseuse qui heureusement était encore très-molle et que le bistouri coupa sans peine. J'incisai ensuite les parties molles en dedans de l'os; mais au moment où je les coupais en rasant la face interne de l'os, il vint un jet de sang artériel en nappe; on aurait dit que ce sang sortait d'une éponge pressée par la main. Je pensai que j'avais coupé l'artère crurale dans sa longueur, et l'ayant fait comprimer immédiatement sur l'arcade crurale, je la cherchai sans pouvoir la trouver. Faisant alors suspendre la compression, je vis le sang sortir du fond de la plaie, et je portai sur ce point une ligature. Je liai quelques portions des tissus; mais le sang continua de couler. J'appliquai ainsi successivement plusieurs ligatures qui toutes furent inutiles. J'étais presque découragé et décidé à lier l'artère crurale dans la région inguinale pour arrêter l'effusion de sang qui était considérable, lorsque je résolus de faire une dernière tentative pour éviter cette ligature. Je pris une aiguille courbe enfilée d'un fil double très-solide; je la conduisis le long de la face interne de l'os, et circonscrivant, dans le cercle qu'elle parcourait, une grande quantité de parties molles, je la serrai fortement, et ayant fait lâcher la compression, il ne s'écoula plus de sang. J'eus ainsi la satisfaction d'arrêter l'hémorrhagie sans avoir recours à la ligature de l'artère crurale pratiquée dans l'aîne: mais il paraît que j'avais compris dans la ligature une grande quantité de tissu fibreux; car elle ne tomba que le cinquante-cinquième jour après son application. La résection de l'os fut faite très-aisément après que j'eus suspendu l'écoulement du sang. Cette opération présenta des phénomènes très-remarquables. Après l'amputation, l'opéré avait eu pendant trois jours des sueurs excessivement abondantes qui étaient survenues spontanément et qui avaient cessé