

rait à découvert dans une plus grande étendue, et la section du ligament orbiculaire serait plus facile. On aurait plus de facilité aussi à former le lambeau externe, qui, dans le procédé de M. Larrey, est composé d'une si grande quantité de parties et a une étendue si considérable qu'il est bien difficile de les comprendre toutes entre les deux extrémités de la lame du couteau, quelque longue qu'elle soit.

Les cas qui réclament impérieusement l'amputation de la cuisse dans l'article et où elle peut être pratiquée avec quelque espoir de succès sont si rares, qu'à l'époque où l'Académie royale de chirurgie en fit le sujet d'un prix, on ne connaissait qu'un seul exemple de cette amputation, si l'on peut donner ce nom à la section du ligament rond et du nerf sciatique pour détacher un membre dont la nature elle-même avait opéré la séparation. Voici le fait. On amena à l'hôtel-Dieu d'Orléans, pendant l'hiver de 1748, un jeune garçon de treize à quatorze ans, attaqué d'une gangrène causée par l'usage du seigle ergoté. La gangrène occupait les deux jambes et une partie des cuisses. Lacroix, chirurgien en chef de cet hôpital, opposa à la gangrène les moyens usités en pareil cas; mais, malgré les secours les mieux indiqués, la gangrène s'étendit du côté droit jusqu'à l'articulation de la cuisse, et du côté gauche jusqu'au grand trochanter. On jugea la maladie sans ressource, et on s'attendait que l'enfant périrait en peu de temps: il n'en arriva pas ainsi. La ligne de séparation qui marquait les bornes du mal se manifesta promptement du côté droit; la nature sépara presque entièrement cette cuisse dans l'article; le fémur sortait hors de la cavité cotyloïde et n'y était retenu que par le ligament rond; la cuisse ne tenait plus au tronc que par le nerf sciatique. Dans cette circonstance, Lacroix, en présence de Leblanc, ne se servit que de ciseaux pour achever cette amputation. Le malade était si bien le quatrième jour, que Lacroix se détermina à amputer l'autre cuisse. La séparation de la partie saine d'avec la partie morte laissait un vide qui lui permit de scier l'os très-près des parties vives. Ainsi ces deux amputations furent faites sans douleur ni hémorrhagie. Le malade passa assez bien les dix premiers jours qui suivirent la première amputation; on remarquait que l'ulcère était garni de bonnes chairs, et on voyait déjà quelques bourgeons charnus dans la cavité cotyloïde. La seconde amputation était en assez bon état. Enfin on commençait à bien espérer du malade lorsqu'il lui survint de la fièvre; la suppuration se supprima, et il mourut quinze jours après la première amputation.

Sabatier nous apprend que l'Académie de chirurgie a eu connaissance depuis d'un second exemple d'amputation de la cuisse dans l'article. Ce fait a été confirmé à Sabatier par M. Poutier, chirurgien de 1<sup>re</sup> classe à l'armée de l'Ouest, qui a eu occasion de voir le sujet à son passage à Tours, au commencement de 1793. François Gois, natif des Ormes, eut la cuisse droite fracassée et violemment contuse à sa partie supérieure par le timon d'une charrette qui le poussa contre un mur, en 1773. Il était alors âgé de vingt et un ans. Il fut confié aux soins d'un chirurgien nommé Péraut. La douleur, le gonflement et la fièvre, furent considérables, et la gangrène se déclara en trois jours. On fit de grandes incisions et on employa les antiseptiques connus. Il s'établit une suppuration abondante qui dura plusieurs mois, et presque toutes les parties molles se trouvèrent détruites. Le fémur était disséqué de toutes parts; il restait peu de chose à faire pour en opérer la séparation. Néanmoins, Péraut ne jugea pas à propos de l'entreprendre sans avoir pris l'avis des gens de l'art qu'il put rassembler. Cette opération n'eut aucune suite fâcheuse. L'ulcère se détergea, les téguments se rapprochèrent, et la guérison fut complète au bout de dix-huit mois. M. Poutier a vu la cicatrice bien consolidée; elle ne s'est jamais rouverte. Gois a appris depuis le métier de cuisinier, qu'il exerce dans une auberge de Sainte-Maure, département d'Indre-et-Loire. Il a été marié et a eu un enfant bien portant.

Dans ces derniers temps, les chirurgiens des armées ont eu fréquemment l'occasion de voir ces grands fracas de la partie supérieure de la cuisse par un boulet de canon ou un éclat de bombe, dans lesquels il ne reste d'autre ressource, pour sauver la vie au malade, que l'amputation du membre dans l'article. Plusieurs l'ont faite avec succès, et entre autres M. le baron Larrey, qui sur cinq malades a eu le bonheur d'en sauver un. Il est probable que quelques-uns des autres auraient été sauvés aussi, si trois de ces malades n'avaient subi un transport long et difficile, et si le quatrième n'eût pas été mis à côté d'un pestiféré qui lui communiqua sa maladie (a).

(a) — L'amputation de la cuisse dans l'articulation iléo-fémorale a été maintenant pratiquée un assez grand nombre de fois pour qu'elle ne soit plus regardée comme une opération extraordinaire et réservée

seulement pour des cas tout à fait exceptionnels : en effet, quoiqu'elle ait été souvent suivie de la mort des opérés, cependant on doit reconnaître que presque chaque fois qu'elle a été pratiquée dans des conditions favorables elle l'a réussi, et que par conséquent les insuccès sont dus plutôt au mauvais état des malades choisis pour y être soumis, qu'aux conséquences mêmes de l'opération. Je ne chercherai pas à faire une analyse minutieuse des divers amputations dans l'articulation coxo-fémorale ; j'indiquerai seulement les méthodes et les procédés employés ou proposés pour cette amputation.

Les méthodes circulaire, à lambeau et ovulaire, ont été mises à contribution pour arriver à la pratique facile et heureuse de cette désarticulation. Avant de les décrire, je ferai observer qu'aujourd'hui on ne fait plus la ligature de l'artère crurale avant de pratiquer l'opération, et qu'on se contente de la comprimer sur l'arcade crurale, se réservant la faculté de la lier dès qu'elle est coupée, si elle donne beaucoup de sang. D'ailleurs, les doigts des aides peuvent la comprimer suffisamment des que le lambeau qui la contient est formé, et s'il y avait une hémorrhagie à craindre pendant l'opération, ce serait plutôtôt par les artères fessière, ischiatique et obturatrice, dans lesquelles le cours du sang ne peut être suspendu, puisqu'elles naissent de l'artère iliaque interne qu'on ne peut comprimer. J'ai eu une fois la preuve de ce que j'avance, chez un homme extrêmement affaibli par une suppuration très-abondante, à la suite d'un coup de feu qui avait fracturé la partie supérieure du fémur. On lui proposa la désarticulation de cet os : il y consentit après l'avoir refusée plusieurs fois. Le chirurgien fit le lambeau externe, et le sang qui s'écoula par des artères fessière et ischiatique fit périr de suite le malade, quoique cependant il fut en petite quantité. Il est évident que dans ces cas la mort a été la conséquence de la perte de sang, à moins de supposer qu'elle ne dépend de l'influence nerveuse produite par la douleur.

*Méthode circulaire.* Abernethy, chirurgien anglais, est le premier, je crois, qui ait proposé l'amputation circulaire pour la désarticulation du fémur ; aussi est-ce à tort que Graefe s'en a attribué la découverte.

Dans cette opération, après avoir comprimé l'artère crurale sur le pubis, on coupe la peau circulairement au-dessous des trochanters, puis les muscles jusqu'aux os. Abernethy veut qu'on lie de suite les vaisseaux et qu'on termine par la désarticulation. Samuel Cooper dit avoir vu pratiquer cette opération par M. Cole suivant ces principes,

et le malade perdit moins de sang que dans les amputations ordinaires. Graefe veut que pour faciliter la désarticulation on coupe, avant d'y procéder, le ligament transversal, c'est-à-dire la portion du bourrelet cotyloïdien qui convertit en trou l'échancre du rebord de la cavité cotyloïde. Samuel Cooper approuve cette manière de faire, parce qu'il a vu un des premiers anatomistes de Londres, assisté par un aide vigoureux, passer plus d'une demi-heure pour désarticuler la tête de l'os, quoique le fémur n'eût pas été fracturé, et que l'on pût, en conséquence, le faire servir tout entier de levier.

La méthode circulaire paraît bonne pour cette opération, et elle permet aisément le rapprochement des lèvres de la plaie ; cependant elle n'est pas généralement employée. Si on y a recours, il faut, à l'exemple d'Abernethy, lier les vaisseaux dès que les parties molles sont coupées. Le docteur Weitch, qui recommande aussi l'amputation circulaire, veut qu'on scie l'os avant de faire la désarticulation pour faciliter la manœuvre. Cette section de l'os est au moins inutile.

*Méthode à lambeaux.* La méthode à lambeaux est la plus anciennement proposée, et nous trouvons dans l'histoire des travaux faits sur la désarticulation de la cuisse, qu'elle a été décrite dans les mémoires présentés à l'Académie de chirurgie. Elle comprend deux grandes catégories : la méthode à un seul lambeau, la méthode à deux lambeaux ; et chacune d'elles offre plusieurs procédés. Je vais indiquer ces méthodes et ces procédés, en étant le plus succinct possible.

*1<sup>o</sup> Méthode à un lambeau. Procédé à un lambeau postérieur.* Molher et Pithod proposèrent ce procédé, en l'année 1739 ; mais ni l'un ni l'autre ne l'exécuta sur le sujet vivant. Ils commencent par la ligature de l'artère crurale, et, pour cette opération préliminaire, ils placent le malade sur le dos. Dès qu'elle est terminée, ils font coucher le patient sur le ventre, les cuisses dépassant la table et étant soutenues par un aide ; la cuisse qui doit être enlevée étant située à l'angle de la table, afin qu'on puisse la remuer commodément. Ils fléchissent un peu la cuisse et la portent en dehors, et avec un couteau à amputation, ils font un lambeau qui comprend les muscles fessiers au-dessus de l'insertion tendineuse du grand fessier ; ce lambeau est relevé par un aide, et ils coupent tous les muscles qui s'insèrent au grand trochanter. Après cette section, ils s'assurent avec le doigt indicateur gauche de la position de la cavité articulaire, et, conduisant le bistouri sur ce doigt, ils ouvrent la capsule en s'aidant,

pour cette partie de l'opération, de divers mouvements qu'ils font exécuter à la cuisse. Ensuite ils coupent les muscles de la partie antérieure du membre le plus près possible; mais ils conservent de la longueur aux muscles de la partie interne pour recouvrir l'os de ce côté. Il existe ainsi une espèce de petit lambeau interne, qui ne mérite pas ce nom à proprement parler: en effet, il n'est destiné qu'à être appliqué sur le bord interne du lambeau postérieur, qui seul recouvre les parties mises à nu, sur lesquelles il est maintenu par des bandelettes agglutinatives. Le lambeau postérieur est formé par les muscles fessiers et les muscles rotateurs de la cuisse.

*Procédé à un lambeau antérieur.* M. Plantade est le premier, je crois, qui ait eu l'idée de faire un lambeau antérieur. Il proposa ce mode opératoire en l'année 1805. Il taille, aux dépens des chairs de la partie antérieure de la cuisse, un lambeau quadrilatère qu'il fait au moyen de trois incisions qui se rencontrent à angle, comme La Faye faisait pour la désarticulation de l'épaule. Il fait relever ce lambeau, il désarticule d'avant en arrière; puis il coupe les muscles de la partie postérieure du membre, en laissant un peu de longueur aux chairs, ce qui ne constitue pas un lambeau. Il réunit immédiatement.

M. Manec, chirurgien de l'hospice de la Vieillesse (Femmes), a proposé de modifier ce procédé de la manière suivante. Il porte, sur le milieu de l'espace qui sépare l'épine iliaque antérieure supérieure et le grand trochanter, la pointe d'un couteau, qu'il enfonce de haut en bas et de dehors en dedans, entre les parties molles et la face antérieure du col du fémur; de manière à sortir au devant de l'ischion, et à former un large lambeau dont le bord libre regarde en bas et en dehors. Un aide s'empare de ce lambeau, qu'il relève en comprimant l'artère que le chirurgien lie immédiatement ou après la désarticulation. Il divise ensuite les parties molles postérieures et externes, et il finit par la désarticulation. M. Manec obtient ainsi un large lambeau antérieur qu'il applique sur les parties molles.

M. Ashmead de Philadelphie et M. Baudens proposent de tailler le lambeau en coupant les parties molles de dehors en dedans et de bas en haut.

*Procédé à un lambeau interne.* Ce procédé, connu sous le nom de Lalouette, a été proposé dans une thèse soutenue sous sa présidence, en l'année 1748. Il se pratique de la manière suivante. Après avoir comprimé l'artère crurale avec le tourniquet de J.-L. Petit mo-

difié, un aide tient la cuisse dans une direction parallèle à l'axe du corps, et la porte un peu en dedans. Le chirurgien fait une incision qui commence à la partie supérieure du grand trochanter et s'étend à la tubérosité de l'ischion, en divisant toutes les parties molles externes de la hanche jusqu'aux os. Il cherche avec le doigt indicateur de la main gauche l'articulation, et quand il l'a trouvée, il l'ouvre en coupant la capsule. L'aide porte alors la cuisse en dedans, et l'opérateur coupe le ligament interne, fait luxer le fémur, et, conduisant son couteau le long du col de cet os, il taille d'un seul coup, avec les parties molles qui restent, un lambeau de quatre travers de doigt. Il lie les vaisseaux, il applique le lambeau sur les parties dénudées, et il le fixe au moyen de bandelettes d'emplâtre entre lesquelles il laisse des intervalles pour l'écoulement du pus.

Moubllet proposa, en l'année 1759, une autre manière de faire le lambeau interne. Après avoir pratiqué la ligature médiante de l'artère crurale au moyen d'une aiguille courbe, il taille le lambeau interne en coupant les parties molles de dehors en dedans et de bas en haut. Il prend pour point de départ le petit trochanter, et il ratisse presque l'os avec son couteau. Quand il est parvenu au rebord de la cavité cotyloïde, il fait tenir le lambeau par un aide, et il coupe toutes les parties molles situées en dehors jusqu'à l'os, sans leur conserver de longueur. Il termine l'opération par la désarticulation; il ramène le lambeau sur la plaie, et il le soutient avec de la charpie, des compresses et une bande.

Ces deux procédés n'ont pas été mis en pratique; il n'en est pas de même du suivant, proposé par Delpuch de Montpellier, et exécuté par lui avec succès. Ce chirurgien fit d'abord la ligature de l'artère crurale, puis il plongea un couteau contre la face interne du col du fémur, et, traversant toute l'épaisseur de la cuisse, il tailla un lambeau interne assez long pour couvrir la plaie. Ensuite il désarticula le membre et il coupa circulairement les parties molles en dehors au niveau de l'articulation. Il ramena le lambeau sur la plaie et il réunit.

*2<sup>e</sup> Méthode à deux lambeaux. Procédé à lambeaux externe et interne.* Cette méthode a été employée par les chirurgiens militaires dans les dernières années du XVIII<sup>e</sup> siècle, et nous voyons que A. Blandin, chirurgien militaire, la mit en usage avec succès dans l'année 1795. Il lia d'abord l'artère crurale, puis il fit le lambeau interne, ensuite le lambeau externe, et il désarticula.

C'est cette méthode que Larrey a suivie, et que Boyer décrit dans tous ses détails : aussi je n'en dirai rien ici, je ferai seulement observer que Larrey désarticulait après avoir fait le lambeau interne, et terminait par le lambeau externe.

Dupuytren a proposé une autre manière de pratiquer cette opération. Le chirurgien, après avoir fait comprimer l'artère crurale, se place en dedans du membre, qu'il tient lui-même afin de pouvoir le diriger à sa volonté. Il fait, pour cette opération, que le chirurgien soit ambidextre. Il fait relever la peau par un aide, et il finit d'un bord, puis il coupe les muscles, en pratiquant une incision à convexité inférieure. Les incisions s'étendent de l'épine iliaque antérieure supérieure à la tubérosité de l'ischion. Lorsque les lambeaux sont taillés et relevés, le chirurgien désarticule ; il réunit la plaie immédiatement.

M. Lafrane propose de pratiquer l'opération de la manière suivante. Le malade couché sur le dos et placé à l'angle d'une table, de façon que les tubérosités sciatiques en dépassent le bord, le chirurgien fait comprimer l'artère crurale et se met au côté externe du membre. Il enfonce un couteau à deux tranchants d'avant en arrière en dehors du col du fémur, et contournant le grand trochanter, il forme un lambeau externe. Saisissant ensuite les chairs de la face interne du membre, il plonge le couteau dans l'angle supérieur de la première incision, et le glissant le long du col de l'os, il le fait sortir dans l'angle postérieur de la plaie, et forme le lambeau interne, qu'un aide saisit de suite à sa base pour comprimer l'artère. Le chirurgien fait immédiatement la ligature des vaisseaux, puis il désarticule, et il réunit les lambeaux par des bandelettes agglutinatives.

*Procédé à lambeaux antérieur et postérieur.* Béclard a proposé de faire un lambeau antérieur et un lambeau postérieur ; il opère de la manière suivante. Le malade étant placé au bord du lit, et l'artère crurale étant comprimée, le chirurgien tient le membre et fait relever les boudées ; il met la cuisse dans la demi-abduction, et se place au côté externe pour le membre gauche. Il reconnaît la position du grand trochanter, et il enfonce, à trois centimètres au-dessus de lui, un couteau interosseux avec lequel il rase l'os autant que possible, et il le fait sortir du côté diamétralement opposé en taillant un lambeau. Un aide relève ce lambeau, et comprime l'artère crurale entre ses doigts. Le chirurgien ouvre la capsule articulaire, coupe le ligament interne de l'articulation, puis la partie postérieure de la cap-

sule, et, faisant glisser son couteau à plat sur la partie postérieure du fémur, il taille le lambeau postérieur, auquel il donne une grandeur proportionnelle à celle du lambeau antérieur. Il lie les vaisseaux, et il réunit immédiatement. Pour le membre droit, le chirurgien se place en dedans du membre.

Guthrie avait déjà proposé un procédé analogue ; seulement il faisait ses lambeaux en coupant les parties molles de dehors en dedans et en formant des lambeaux demi-circulaires dont l'antérieur était un peu interne, et le postérieur un peu externe.

*Méthode ovalaire.* La méthode ovalaire se pratique pour cette désarticulation comme pour toutes les autres. Elle consiste à faire, sur le côté externe de la cuisse, deux incisions partant du sommet du grand trochanter, à désarticuler l'os, enfin à détacher les parties molles de la partie interne de la cuisse, et à réunir les extrémités inférieures des deux incisions par une incision transversale. Le malade est couché en travers de son lit, sur le côté opposé à celui sur lequel doit être pratiquée l'opération, et il est maintenu dans cette position par plusieurs aides, dont les uns le retiennent par les aisselles, et les autres exercent la compression de l'artère crurale et soutiennent le membre qui va être enlevé. Le chirurgien, placé à la partie postérieure du membre, s'assure avec la main gauche de la position du grand trochanter, et il enfonce perpendiculairement, au-dessus de cette éminence, la pointe du couteau ; il abaisse aussitôt la lame de l'instrument, et, la dirigeant en avant et en dedans, il contourne le membre en coupant profondément toutes les parties molles jusqu'à quatre travers de doigt au-dessous du pli de l'aîne. Il abandonne cette première incision pour porter le couteau, la pointe dirigée en bas et en dedans, à la partie interne de la cuisse, et le replacer dans l'angle de la première incision. Il le dirige ensuite obliquement en arrière pour venir rejoindre le sommet du grand trochanter. Il est rare que tous les tissus soient coupés jusqu'à l'os par cette première section ; le chirurgien doit le plus souvent reporter le couteau dans la plaie pour compléter ce premier temps de l'opération. Il fait ensuite écarter les lèvres de la plaie, et dès qu'il aperçoit le tissu fibreux, il porte l'instrument sur la capsule et l'incise ; il fait abaisser le membre en tournant la pointe du pied en dehors, et la tête de l'os sortant en partie de la cavité cotyloïde, il coupe le ligament interne. Il soulève alors le fémur, contourne sa tête avec l'instrument, divise la partie posté-

rière de la capsule et les fibres musculaires adhérentes à l'os, et il détache enfin complètement l'extrémité inférieure. Lorsque l'amputation est pratiquée sur le membre droit, le chirurgien se place à la partie antérieure de la cuisse.

Le procédé que je viens de décrire est celui de M. Scoutetten. M. Cornuau en a indiqué un autre. Le malade étant placé sur le côté sain, et l'artère crurale étant comprimée, le chirurgien, situé en arrière de la hanche, fait une première incision oblique qui commence au-dessus du grand trochanter et est portée en arrière, en dehors et en bas jusqu'au-dessous de l'ischion. Il en pratique une semblable en avant, puis il achève de diviser les muscles le plus profondément qu'il peut. Il coupe la capsule articulaire par son côté externe, et en même temps il fait porter le membre dans l'adduction, traverse l'articulation en coupant le ligament interne, et, glissant son couteau le long de la face interne du col du fémur, il vient couper les parties molles qui forment la base du V, et il réunit ainsi les deux premières incisions.

Dans ces deux procédés, on lie les vaisseaux dès que les parties molles sont coupées, et on réunit immédiatement.

Parmi toutes les méthodes et tous les procédés que je viens de décrire, un grand nombre n'ont été pratiqués que sur le sujet mort, et n'ont pas été appliqués à l'homme vivant; aussi il est presque impossible d'en donner une appréciation exacte. D'ailleurs, en supposant qu'on pût faire cette appréciation pour les cas où la partie supérieure du fémur et les parties molles environnantes sont saines, il ne serait pas possible de la faire pour les cas de fracture de la partie supérieure de cet os, et pour ceux de lésions plus ou moins considérables des parties molles. Je me contenterai donc de faire observer que si le fémur est fracturé, surtout très-haut, le chirurgien éprouvera pour la désarticulation des difficultés analogues à celles que j'ai citées dans la désarticulation de l'épaule avec fracture de l'humérus; il devra donc, dans les cas de ce genre, se tenir sur ses gardes pour aviser aux moyens de prévenir les difficultés qu'il pourra rencontrer, et pour y remédier; il devra aussi se conduire différemment selon les lésions que les parties molles auront éprouvées.

## CHAPITRE XXVIII.

### Des Maladies de la tête.

Nous distinguons ces maladies en celles qui arrivent à un point quelconque de la tête compris au-dessus de deux lignes demi-circulaires qui de la bosse nasale iraient se joindre à la protubérance occipitale en passant au-dessus des deux oreilles, et en celles qui attaquent les différentes parties du visage. Les premières, auxquelles nous réservons exclusivement le nom de *maladies de la tête*, sont des plaies, des tumeurs, des ulcères, etc.

#### ARTICLE PREMIER.

##### Des plaies de la tête.

Les plaies de la tête méritent, à cause de leur fréquence et de leur gravité, une étude particulière. Nous allons en parler avec détail. Il sera question dans cet article non-seulement des solutions de continuité, mais encore de toutes les lésions sans plaie produites par une percussion de cette partie. La forme de l'instrument qui a fait la plaie, les parties que la plaie intéresse, et les circonstances qui l'accompagnent, établissent entre ces affections de très-grandes différences. Le corps extérieur qui a produit la plaie est piquant, tranchant ou contondant; il a seulement divisé les parties molles qui couvrent les os, les os eux-mêmes, ou a pénétré jusqu'aux membranes du cerveau et jusqu'au cerveau même; enfin, les plaies de la tête sont simples ou compliquées.

#### § 1. — Des plaies par instrument piquant qui n'intéressent que les parties molles extérieures.

Un instrument piquant peut frapper la tête plus ou moins obliquement, borner son action à la peau, ou l'étendre jusqu'à l'aponévrose