

gueur du lambeau antérieur), et que le fémur est scié à un centimètre au-dessus des condyles, au lieu de l'être à leur base. Les surfaces de section du fémur et de la rotule sont juxtaposées, comme dans l'opération italienne, et maintenues au moyen d'une suture au catgut passée dans les parties molles situées immédiatement en arrière de l'os, et dont on coupe court les extrémités pour l'abandonner dans la plaie.

Les mérites de ces différents procédés ont été étudiés par de nombreux chirurgiens, parmi lesquels je puis citer particulièrement les professeurs Stephen Smith (1) et Markoë (2); le Dr R.-P. Weir (3), de New-York; le Dr J.-H. Brinton (4), de Philadelphie; M. Pollock (5), de Londres, et le Dr Salzmänn (6), de Post-

dam, qui a étudié particulièrement la méthode de Gritti dans son application à la pratique militaire. Le Dr Brinton, réunissant dans ses tableaux statistiques les faits de Markoë et ceux d'Otis, rapporte en tout 494 observations de ces différentes opérations, dont 207 se sont terminées par la mort; le Dr Weir donne 76 cas (d'opération de Gritti ou de Stokes), avec 22 morts; M. Pollock, 48 cas divers avec 13 morts; tandis que le Dr Salzmänn a réuni en tout 396 cas avec 231 morts. Dans le tableau suivant, je n'ai mis en série que les cas dont le résultat a été définitif, et j'ai pris soin d'éviter les doubles emplois qu'aurait pu amener la fusion des statistiques des différents auteurs que je cite.

Tableau montrant les résultats de la désarticulation du genou et de l'amputation dans le genou.

AUTEURS.	CAS.	MORTS.	MORTALITÉ p. 100.	INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES.
Brinton (sources diverses).....	233	76	32.6	<i>American Journ. of the med. Sciences</i> , avril 1868.
Otis (guerre d'Amérique).....	202	106	52.4	<i>Ibid.</i> , (cité par Brinton).
Carden (amputation dans le genou).	30	5	16.6	<i>British med. Journal</i> , avril 16, 1864.
Bryant (pratique personnelle).....	23	5	21.7	<i>Manual for the Practice of surgery</i> , third edition.
Pollock (sources diverses).....	42	13	30.9	<i>Med. Chir. Transactions</i> , vol. LIII.
Legouest (guerre de Crimée).....	85	75	88.2	<i>Traité de chirurgie d'armée</i> , 1863.
Salzmänn (amputation dans le genou, sources diverses).....	138	67	48.5	<i>Archiv. f. klinische Chirurgie</i> , Bd XXV, H. 3.
Salzmänn, désarticulation du genou (guerres du Mexique, d'Italie, d'Autriche et franco-allemande).	41	32	78.+	<i>Ibid.</i>
Ensemble.....	794	379	47.7	

La mortalité générale de la désarticulation du genou et de l'amputation dans le genou paraît donc être de 47,7 p. 100, soit pas tout à fait un sur deux. En comparant cette mortalité avec celle des amputations de jambe et celle des amputations de cuisse, telles que les donne

le tableau de la page 393, nous voyons qu'elle tient à peu près le milieu entre elles, ce qui vient à l'appui de cette règle générale, que la gravité de l'amputation augmente à mesure que l'opération se rapproche davantage du tronc.

	Cas.	Morts.	Mortalité p. 100.
Amputation de la jambe.....	5,729	1,974	33.1
Désarticulation du genou et amputation dans le genou.....	794	379	47.7
Amputation de la cuisse.....	6,505	3,990	60.5

Il est difficile d'apprécier la mortalité com-

(1) S. Smith. *New-York Journal of medicine*, novembre 1852.

(2) Markoë, *New-York medical Journal*, mars 1868.

(3) Weir, *New-York medical Record*, avril 12, 1879.

(4) Brinton, *American Journal of the medical Sciences*, avril 1868.

(5) Pollock, *Medico-chirurgical Transactions*, vol. LIII, 1870.

(6) Salzmänn, *Archiv für Klinische Chirurgie*, Bd XXV, H. 3. 1880.

parative des différentes variétés d'amputation dont il a été parlé, car les auteurs ne font pas de distinction nette entre elles; ainsi le Dr Brinton confond les cas d'opération de Gritti avec les cas de désarticulation simple; le Dr Otis groupe ensemble les désarticulations et les amputations dans le genou; et le Dr Salzmänn a mis dans son tableau des opérations de Gritti bien des cas où l'on n'avait pas touché aux condyles. Comme règle générale de traitement, je conseillerais, lorsqu'il y a assez de tissus

pour former les lambeaux et que l'articulation elle-même n'est pas prise, de préférer la désarticulation simple; mais dans d'autres circonstances, il faut enlever les condyles. Il vaut mieux, je crois, conserver la rotule dans tous les cas; toutefois, si elle est malade, on doit réséquer sa surface articulaire soit avec la scie, soit avec les pinces coupantes.

AMPUTATION DE LA CUISSE.

La cuisse peut être amputée par presque toutes les méthodes usitées pour les autres parties du corps, mais celles que j'ai l'habitude d'employer et auxquelles je donne la préférence, sont la méthode à lambeaux antérieur et postérieur, pour les amputations du tiers inférieur de la cuisse, et, pour celles des tiers supérieur et moyen, la méthode circulaire modifiée.

AMPUTATION AU TIERS INFÉRIEUR DE LA CUISSE. — Cette opération est souvent indiquée dans les cas de traumatisme intéressant l'articulation du genou, comme les fractures ou les luxations compliquées, et dans les cas de maladie de cette articulation où le fémur est pris sur une trop grande étendue pour permettre l'amputation dans les condyles. La méthode à deux lambeaux est la meilleure dans cette région, et je crois préférable de prendre les lambeaux en avant et en arrière de la cuisse, plutôt que sur les côtés, parce que, le fémur se trouvant situé plus près de la région antérieure du membre, l'extrémité sciée est exposée à faire saillie par la plaie quand on adopte la méthode à lambeaux latéraux. Dans l'amputation à lambeaux antérieur et postérieur, le chirurgien enfonce son couteau sur le côté de la cuisse, à deux centimètres et demi ou trois centimètres et demi au-dessous du point où il a l'intention de sectionner l'os; il conduit la lame longitudinalement en bas sur une étendue égale à la moitié du diamètre de la région, puis transversalement sur la région antérieure du membre suivant une ligne courbe à convexité inférieure, et enfin la ramène en haut sur l'autre côté du membre jusqu'au point exactement opposé à celui où il a commencé l'incision. Ainsi se trouve dessiné un lambeau un peu carré, à coins arrondis, qui atteint d'ordinaire le bord supérieur de la rotule. Ce lambeau est disséqué sur une certaine hauteur à coups de couteau rapides, en y comprenant tous les tissus jusqu'à l'os, puis confié à un aide, pendant que l'opérateur forme le lambeau postérieur par transfixion, en plon-

geant le couteau derrière le fémur et en coupant d'abord en bas, avec un mouvement de scie, et ensuite presque directement en arrière. Le lambeau postérieur doit être fait presque aussi long que l'antérieur, car la plus grande rétractilité des tissus de la région postérieure exige que ce lambeau soit de grande dimension. Si le couteau est tenu près de l'os, en taillant le lambeau postérieur, ce dernier, quand le membre est volumineux, est épais et pesant; aussi, en opérant sur des sujets musclés, vaut-il mieux suivre la pratique de Sédillot, et, en maintenant le couteau éloigné de l'os, ne comprendre dans le lambeau que les muscles superficiels; ou encore donner au lambeau les dimensions convenables en le taillant de dehors en dedans.

Après avoir formé les lambeaux, on dégage l'os par un coup de couteau circulaire, et on refoule ensuite les tissus vers le haut, de manière à permettre l'application de la scie à deux centimètres et demi au moins au-dessus du point de jonction des deux incisions. Après l'amputation au tiers inférieur de la cuisse, sept ou huit ligatures au moins, et quelquefois un beaucoup plus grand nombre, sont nécessaires. Ce mode opératoire fournit un admirable moignon; l'os est bien recouvert par le lambeau antérieur et la cicatrice placée en dehors de la ligne de pression. En appliquant le tourniquet pour les amputations de la partie inférieure de la cuisse, il faut placer la compresse sur l'artère fémorale, à la pointe du triangle de Scarpa.

AMPUTATION AU TIERS MOYEN OU SUPÉRIEUR DE LA CUISSE. — En ces deux points, la meilleure méthode est, je crois, la circulaire modifiée. Les lambeaux cutanés devront être pris en avant et en arrière du membre (voy. fig. 581, page 434); après avoir sectionné les muscles, on doit prendre soin de les refouler en haut, de manière à pouvoir scier l'os sur un point beaucoup plus élevé. Les muscles de la région postérieure doivent être coupés un peu plus longs que ceux de la région antérieure, à cause de leur plus grande tendance à se rétracter. Lorsque l'amputation est faite à la partie supérieure de la cuisse, il peut n'y avoir pas place pour l'application d'un tourniquet; le chirurgien doit alors employer un compresseur aortique (comme dans la désarticulation de la hanche) ou bien s'en fier à la compression digitale exercée par un aide. La meilleure manière d'arrêter la circulation par la compression digitale, c'est que l'aide, debout à côté et en arrière du malade, saisisse le grand trochanter du membre que l'on va amputer avec les doigts de la main correspondante,

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.

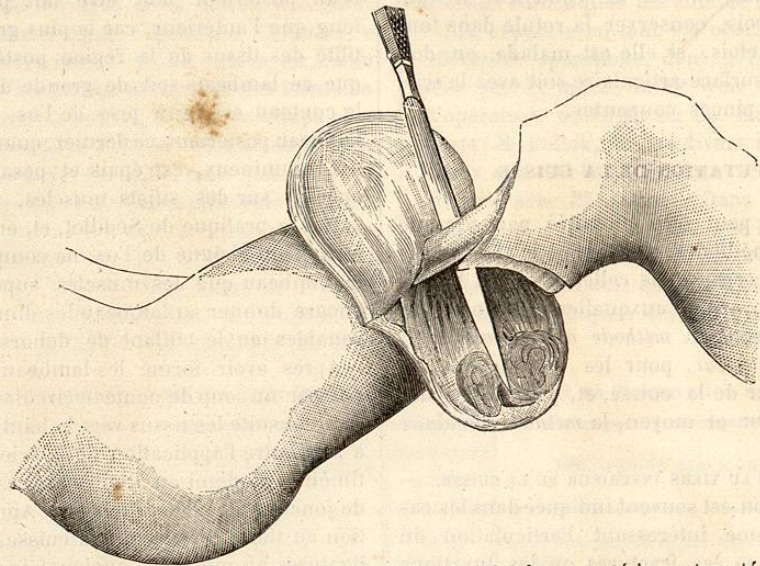


Fig. 581. — Amputation de la cuisse par la méthode à lambeaux antérieur et postérieur.

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-

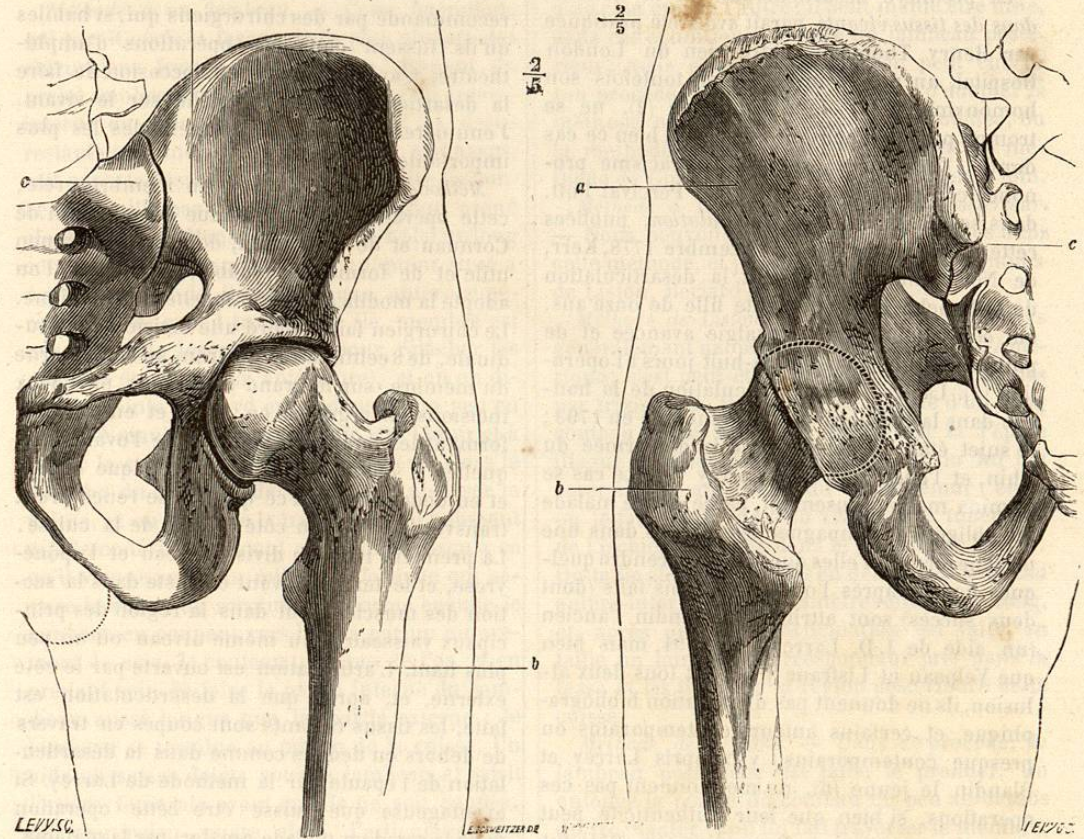


Fig. 582. — Articulation de la hanche (face antérieure) (Sédillot) (*).

(*) 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