

dehors du membre. La compression de l'artère est faite sur l'éminence ilio-pectinée.

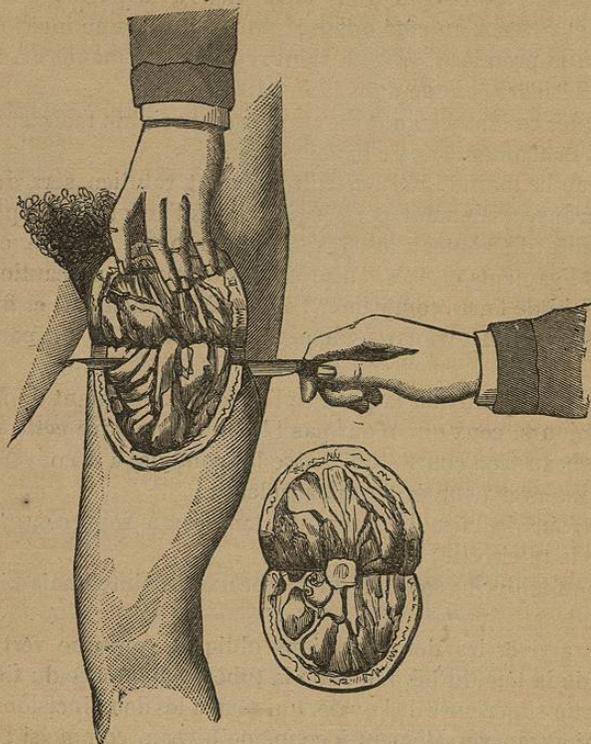


FIG. 191. — Amputation de la cuisse à deux lambeaux. On voit à gauche le couteau tranchant le second lambeau en arrière de l'os ; du côté droit on voit la surface saignante des deux lambeaux et la section de l'os.

On peut faire un des lambeaux plus long aux dépens de l'autre, à volonté (fig. 191).

IX. — DÉSARTICULATION DE LA CUISSE.

Méthode à lambeaux. — Procédé de Manec. — 1^o Saisissez de la main gauche les chairs de la partie antérieure de la cuisse, et enfoncez un grand couteau de dehors en dedans ou de dedans en dehors, selon le membre sur lequel vous opérez, du milieu d'une ligne qui unit le grand trochanter à l'épine iliaque antérieure et supérieure, au milieu du pli qui sépare la cuisse du scrotum.

2^o Taillez par transfixion un lambeau de quinze à vingt-cinq centimètres de longueur, selon le volume de la cuisse.

3^o Incisez la capsule fibreuse sur la tête du fémur, en vous rapprochant du bourrelet cotyloïdien, afin de faire pénétrer l'air dans l'articulation ;

abaissez alors la cuisse et imprimez à la tête du fémur un mouvement de bascule qui la fait sortir de sa cavité.

4^o Achevez la division de la capsule et réunissez les deux extrémités de la base du lambeau antérieur par une incision, à la partie postérieure de la racine de la cuisse, un peu convexe en bas. Il n'y a plus qu'à terminer la section des parties molles.

Lorsqu'on fait cette opération, il ne faut point oublier que le lambeau doit être très-long, et que les muscles et la peau se rétractent considérablement. Au moment de faire ce lambeau, il faut avoir soin de faire tirer la peau en haut, afin que les muscles ne dépassent pas la peau. Si l'on ne fait pas la ligature préalable de l'artère fémorale, il faut faire comprimer ce vaisseau avec soin au moment de l'opération, et on doit faire cette ligature aussitôt que le lambeau est taillé.

Pour faciliter l'opération, il faut faire en sorte, au moment où l'on passe le couteau par transfixion à la base du lambeau, de rencontrer la tête du fémur et de faire un trou à la capsule fibreuse. On se rappellera que la tête du fémur sort bien plus facilement lorsque l'air pénètre dans l'articulation. On éprouve quelquefois de la difficulté à terminer la section de la capsule fibreuse; cela tient à la rotation du fémur, le couteau venant appuyer contre le grand trochanter; on évite cet obstacle en reportant l'instrument vers le bord inférieur de la cavité cotyloïde, où il est très-facile de diviser la capsule.

ARTICLE TROISIÈME

RÉSECTIONS

La *résection* est une opération qui consiste à enlever une portion du squelette, en laissant l'extrémité libre, s'il s'agit des membres.

Les résections peuvent se faire dans la continuité des os ou bien dans la contiguïté; dans ce dernier cas, la résection est dite *articulaire*.

Le chirurgien qui connaît l'anatomie de la région sur laquelle il opère n'éprouve jamais de difficulté à faire une résection.

Il y a quelquefois avantage à faire deux incisions latérales; mais, ordinairement, il est préférable de faire une seule incision suffisamment longue *du côté opposé aux organes importants*. Il faut éviter la blessure des vaisseaux et des nerfs principaux de la région sur laquelle on opère, et à la rigueur, si la chose est possible, celle des gaines tendineuses. Si l'os est un peu large, il faudra ajouter des incisions perpendiculaires aux extrémités de l'incision longitudinale.

Il faut *conserver le périoste*, si cela est possible. Le plus souvent le périoste est épaissi; il se sépare facilement de l'os, et sa conservation

n'offre aucune difficulté; on sait que les résections se pratiquent presque toujours pour carie ou nécrose, et que le périoste est enflammé au niveau de la lésion osseuse.

Nous ne pouvons donner ici que des indications générales; cet ouvrage n'étant pas un traité complet d'opérations, nous nous contenterons de décrire quelques résections comme exemples.

I. — RÉSECTION DU PREMIER MÉTACARPIEN.

1° Saisissez la main à opérer du côté du bord cubital, et tendez ainsi la peau au niveau du premier métacarpien, tandis que le bistouri, tenu de la main droite, incise longitudinalement la peau le long du bord externe du premier métacarpien, en dépassant l'os d'un centimètre et demi en haut et en bas.

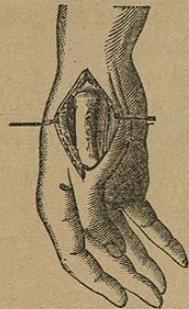


FIG. 192. — Résection du premier métacarpien.

2° Un aide écartant les lèvres de la plaie et les tendons extenseurs, détachez, autant que possible, les muscles de l'os, puis entrez dans l'articulation trapézo-métacarpienne, en divisant le ligament dorsal et le muscle long abducteur du pouce qui le renforce, et en ménageant les tendons extenseurs.

3° Continuez la section des ligaments de cette articulation, incisez le ligament dorsal et les ligaments latéraux de l'articulation métacarpo-phalangienne, en écartant les tendons extenseurs; saisissez avec un davier l'extrémité supérieure du métacarpien, et tirez-le en dehors.

4° Rasez sa face interne avec le bistouri, en continuant à séparer les muscles; évitez de blesser l'artère radiale à la partie supérieure du premier espace interosseux, et terminez la section des ligaments de l'articulation métacarpo-phalangienne.

II. — RÉSECTION DU TROISIÈME MÉTACARPIEN.

1° Incision longitudinale sur la face dorsale du troisième métacarpien, dépassant l'os d'un centimètre et demi en haut et en bas.

2° Faites écarter le tendon extenseur avec les lèvres de la plaie, et séparez les muscles interosseux de l'os que vous voulez enlever.

3° Divisez les deux ligaments interosseux qui unissent l'extrémité supérieure de l'os aux métacarpiens voisins, en dirigeant la pointe du bistouri vers la paume de la main, et le tranchant vers l'avant-bras.

4° Portez le bistouri sur la face dorsale et incisez les ligaments qui unissent l'os au carpe, en contournant l'apophyse supérieure du troisième métacarpien.

5° Tirez l'os avec un davier, détachez-en les muscles interosseux; incisez le ligament dorsal de l'articulation métacarpo-phalangienne en fléchissant le doigt, complétez la séparation, et placez le doigt dans l'immobilité sur une palette.

Remarque. — On peut se comporter d'une manière analogue pour les autres métacarpiens. On peut aussi faire la résection d'une portion de ces os vers leur partie inférieure.

III. — RÉSECTION DE L'EXTRÉMITÉ INFÉRIEURE DU CUBITUS.

1° Faites une incision longitudinale le long de la face interne du cubitus, d'une longueur en rapport avec l'étendue de la lésion, et dépassant en bas le cubitus de deux centimètres environ.

2° Divisez la gaine du tendon du cubital postérieur et écartez ce tendon en même temps que les deux lèvres de l'incision.

3° Séparez les parties molles de l'os, passez la sonde à résection (sonde cannelée de grande dimension, inventée par Blandin pour la protection des parties molles) au-dessous du cubitus, et divisez l'os.

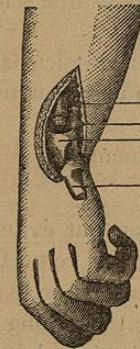


FIG. 193. — Résection de l'extrémité inférieure du cubitus.

5. Chairs saignantes. — 6. Fragments du cubitus renversé. — 7. Cavité sigmoïde du radius. — 8. Ligament triangulaire.

4° Saisissez avec un davier l'extrémité supérieure de la portion à extraire; tirez en dedans et en bas, pendant qu'un aide continue à écarter avec des crochets les lèvres de la plaie, et qu'au moyen du bistouri vous continuez à séparer les parties molles adhérentes.

5° L'extrémité inférieure du cubitus étant entièrement renversée, comme dans la figure 193, sciez la base de l'apophyse styloïde, afin de conserver le ligament triangulaire.

IV. — RÉSECTION DU COUDE.

1° Faites en dehors du coude une incision verticale pénétrant jusqu'aux os, et dépassant l'épicondyle de cinq centimètres en haut et en bas.

2° Faites une deuxième incision, transversale, partant du bord interne de l'olécrâne, et venant rejoindre le milieu de la première incision. (Fig. 194.)

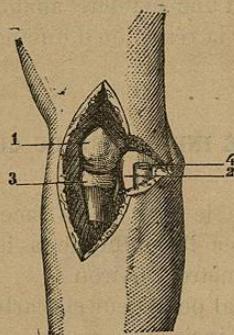


FIG. 194. — Résection du coude.

1. Epicondyle. — 2. Olécrâne.
— 3. Tête du radius. — 4. Tendon du triceps.

3° On a deux lambeaux triangulaires, qu'il faut disséquer en maintenant toujours le bistouri contre les os.

4° Incisez le ligament annulaire; écarter les lèvres de l'incision; dégager la tête du radius avec le bistouri, et passez une scie à chaîne au-dessous du col du radius, que vous réséquerez.

5° Incisez les autres ligaments du coude; détachez les parties molles de l'humérus en conservant le périoste, et réséquez d'un trait de scie la portion d'os que vous voulez enlever.

6° Portez-vous vers le cubitus et agissez de même.

7° Placez le membre dans une gouttière.

Remarque. — Dans cette opération, il faut surtout éviter la lésion du nerf cubital. Les auteurs recommandent de porter ce nerf au-devant de l'épitrôchlée; c'est précisément en suivant ce conseil que le nerf est le plus souvent blessé. Nous croyons qu'il ne faut point chercher le nerf, mais qu'il faut constamment songer, pendant l'opération, à la position qu'il occupe. On évitera de le blesser, en rasant l'humérus avec le bistouri au moment où l'on se dirige vers l'épitrôchlée, tandis qu'un aide portera les parties molles en dedans, et que le chirurgien attirera l'humérus en dehors, en fléchissant le coude vers son côté interne. Mêmes précautions à prendre au niveau du cubitus, où il est plus facile d'éviter le nerf.

V. — RÉSECTION DE LA TÊTE DE L'HUMÉRUS.

1° Faites une incision verticale dont la longueur variera avec l'étendue de la portion d'os à enlever, partant du milieu de l'espace qui sépare l'acromion de l'apophyse coracoïde, à un centimètre au-dessous de la clavicule. (Fig. 195.)

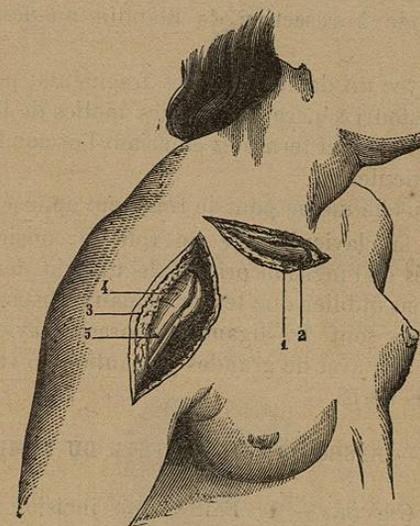


FIG. 195. — Résection de la clavicule et de la tête de l'humérus.

1. Incision de la peau et du périoste. — 2. Clavicule mise à nu. — 3. Incision sur la tête de l'humérus. — 4. Tête. — 5. Longue portion du biceps dans la coulisse.

2° L'incision ayant pénétré jusqu'à l'os, faites écarter les deux lèvres de la plaie avec des crochets.

3° Cherchez la longue portion du biceps dans la coulisse bicipitale, et faites-la écarter.

4° Saisissez alors le bras de la main gauche, et portez la pointe du couteau sur la capsule, que vous diviserez en même temps que les tendons qui se confondent avec elle, en prenant soin de conserver la longue portion du biceps. On peut s'aider, dans cette opération, en portant en dehors l'extrémité supérieure du bras, pendant qu'on rapproche le coude du tronc du sujet.

5° Lorsque la capsule et les tendons seront complètement divisés, faites sortir en haut la tête de l'humérus; détachez le périoste de l'os en le refoulant en bas, et sciez l'os avec la scie ordinaire ou la scie à chaîne, en ayant soin de protéger les parties molles. Au moment de la section de

l'os, il faut fixer fortement le bras et laisser libre la tête de l'humérus, que l'on sépare beaucoup plus facilement.

VI. — RÉSECTION DE LA CLAVICULE.

1° Faites une incision longitudinale sur la partie antérieure de la clavicule, comprenant le périoste, et dépassant à ses extrémités la lésion de l'os. (Fig. 195.)

2° Détachez le périoste de l'os au-dessus et au-dessous; grattez la surface osseuse pour détacher les muscles qui s'y insèrent.

3° Passez la sonde à résection de Blandin au-dessous de l'os, et divisez-le.

4° Prenez alors avec un davier l'un des fragments; portez-le en avant pendant que le bistouri sépare les parties molles de l'os; arrivez ainsi jusqu'au delà de la lésion, et terminez en sciant l'os sur la sonde à résection, ou bien désarticulez.

5° Comportez-vous de même pour le fragment opposé.

Remarque. — Si la clavicule offre un volume considérable, on peut faire aux extrémités de l'incision principale une ou deux incisions verticales. Il ne faut pas oublier que les principaux obstacles à la mobilisation des fragments sont les ligaments coraco-claviculaire et costo-claviculaire. Il faut agir avec de grandes précautions, à cause du voisinage des vaisseaux et des nerfs.

VII. — RÉSECTION DE LA TÊTE DU FÉMUR.

Procédé de A. Guérin. — 1° Faites une incision courbe à conca-

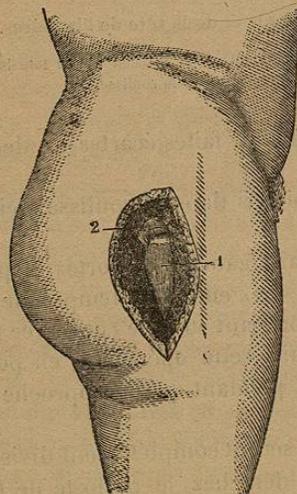


FIG. 196. — Résection de l'extrémité supérieure du fémur.

1. Grand trochanter. — 2. Section des muscles.

lité antérieure passant au-dessus et en arrière du grand trochanter, comme dans la figure 196.

2° Cette incision ayant une longueur de douze à quinze centimètres, divisez les muscles jusqu'à l'os.

3° Un aide fléchissant fortement la cuisse et la portant dans l'adduction, incisez la capsule fibreuse; la tête du fémur sortira facilement de la cavité cotyloïde, et il vous sera facile de diviser le ligament rond.

4° L'aide continuant à porter la cuisse dans la flexion et dans l'adduction, la tête du fémur tend à sortir de la plaie; continuez à détacher les adhérences fibreuses et musculaires; refoulez-les en bas avec le périoste, même jusqu'au-dessous des trochanters, si cela est nécessaire, et sciez l'os.

ARTICLE QUATRIÈME

DE QUELQUES OPÉRATIONS URGENTES

I. — TAMPONNEMENT DES FOSSES NASALES.

1° Introduisez dans la fosse nasale, qui est le siège de l'hémorragie, une sonde de Belloc, en rasant le plancher des fosses nasales.

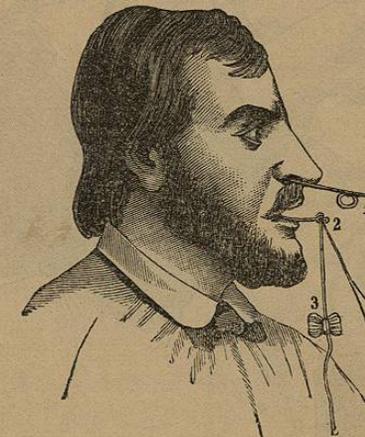


FIG. 197. — Tamponnement des fosses nasales.

1. Sonde de Belloc pénétrant par la narine. — 2. Ressort sortant par la bouche. — 3. Bourdonnet destiné à boucher l'orifice postérieur de la fosse nasale.

2° L'extrémité du ressort de cette sonde sortant par la bouche, on y fixe un fil double très-solide, au bout duquel se trouve un bourdonnet de charpie suffisant pour boucher l'orifice postérieur de la fosse nasale.

3° Pour amener le bourdonnet de charpie en ce point, faites rentrer le ressort dans la sonde, et retirez la sonde de la fosse nasale.