

ARTICLE X

AMPUTATIONS PARTIELLES DE LA JAMBE.

Avec les progrès qu'a faits l'art de la prothèse d'une part, et la technique opératoire d'autre part, je suis tenté d'écrire que de la jambe comme du bras il faut ôter le moins possible. Dans les siècles derniers et même dans la première moitié de ce siècle-ci, un malade amputé près des chevilles devait presque nécessairement marcher le genou plié appuyé sur un pilon; il était en peine, disait autrefois Paré, « de porter trois jambes au lieu de deux ». Cette gêne poussait quelques malheureux à demander la réamputation. Aujourd'hui, nous savons faire, avec des précautions minutieuses, il est vrai, d'excellents moignons de jambe, ordinairement capables de porter tout ou partie du poids du corps et, dans les plus mauvais cas, de mouvoir un membre artificiel articulé, à point d'appui ischiatique. Mais les pauvres gens préféreront longtemps encore le pilon et par conséquent l'amputation près du genou.

Il est admis que plus on coupe la jambe près du pied, moins l'opération est grave. Le danger de l'amputation sus-malléolaire, qu'on ne l'oublie jamais, c'est la *conicité*, la conicité secondaire, précoce ou tardive; fort heureusement, il dépend de l'opérateur de l'éviter.

Nous aurons donc à apprendre, dans la suite de cet article, à couper la jambe à une hauteur quelconque, depuis les malléoles jusque près de la tubérosité tibiale antérieure. Ravaton se demandait déjà pourquoi l'on rendait la jambe entière victime des maladies du pied. Et Chassaignac, tout en reconnaissant dans le lieu d'*élection* des anciens un lieu de *nécessité*, allait néanmoins, sans doute pour faire un mot, jusqu'à l'appeler lieu d'*exclusion*. Je me demande ce qu'il eût répondu à cet amputé qui me dit un jour: « Je n'avais plus les 500 francs par an nécessaires à l'entretien de mon appareil... c'est pourquoi je marche maintenant à genou sur un pilon malgré la longueur embarrassante de mon moignon. »

Anatomie. — Les téguments de la jambe ont une telle *prédisposition à la gangrène* qu'il n'est pas permis de faire des lambeaux cutanés un peu longs, encore moins de les comprimer, si peu que ce soit, sur les os sous-jacents.

Les muscles des régions antérieure et externe, emprisonnés et isolés dans une gaine ostéo-fibreuse, se rétractent assez peu, et dans leur rétraction n'entraînent pas les téguments. Il est impossible de comprendre toute l'épaisseur de ces muscles dans un lambeau taillé par transfixion.

Au contraire, les muscles superficiels de la région postérieure de la

jambe, les jumeaux surtout, se rétractent énormément, et attirent avec eux la cicatrice et les téguments, surtout lorsque l'amputation a lieu dans la région du tendon d'Achille.

La jambe n'a qu'un gros nerf, le tibial postérieur; chaque fois qu'il sera compris dans un lambeau, il faudra le réséquer.

Les artères de la jambe ont toujours passé pour difficiles à lier. Certes, quand on ampute très haut, il n'est pas facile, après avoir saisi, soit la tibiale antérieure, soit le tronc tibio-péronier, à cheval sur le ligament interosseux, de les faire saillir notablement, car ces artères sont retenues par l'orifice fibreux du ligament et par leurs collatérales qui desservent le pourtour et l'intérieur du genou. En outre, lorsque la scie a porté sur l'ancien lieu d'*élection*, l'artère nourricière du tibia peut jeter du sang et se dérober, soit dans la gouttière qui précède le trou, soit dans le canal même qui parcourt plusieurs centimètres dans le tissu compact. On pourrait introduire et tasser, dans cet étroit orifice, un petit fragment de catgut ou de tissu fibreux emprunté au moignon lui-même. Dans un cas de friabilité exceptionnelle, Verneuil fut obligé de fendre la partie interne du mollet pour lier la poplitée (*Gaz. des hôp.*, 1859, p. 552).

Usage des moignons. — Les anciens chirurgiens qui amputaient toujours au lieu dit d'*élection*, cinq doigts au-dessous de l'articulation, se proposaient pour but de faire marcher le malade sur le genou fléchi, sur la tubérosité tibiale antérieure, la rotule et les condyles. Le moignon proprement dit ne servait absolument à rien. Pourvu qu'il fût indolent, c'était bien; pourvu qu'il fût court, c'était commode et beau. La cicatrice pouvait donc être terminale ou latérale, suivant la préférence de l'opérateur pour tel ou tel procédé, ou suivant les exigences du traumatisme.

Aujourd'hui, pour peu que le moignon ait au moins 0^m,10 de longueur, on doit désirer qu'il puisse communiquer à une jambe articulée les mouvements normaux de flexion et d'extension. Ce serait trop demander que d'exiger qu'il soit en outre capable de supporter le poids du corps. Donc, pour nous borner au nécessaire, nous chercherons, en amputant à la partie supérieure de la jambe, à chasser la cicatrice des faces antérieure et postérieure, à conserver une enveloppe large et bien matelassée, et nous ne craignons pas trop les cicatrices terminales.

Quand le moignon est plus long, il a plus de facilité à mouvoir la jambe artificielle et l'on est tenté de lui faire supporter, sinon la totalité, du moins une notable partie du poids du corps. Il en est généralement capable lorsque la cicatrice est bien placée pour échapper à la pression du coussinet qui remplit le vide de la jambe artificielle.

Abstraction faite pour un instant de l'usage ultérieur du moignon, ce que nous savons de la faible vitalité des téguments de la jambe nous fait hésiter à recommander l'emploi des lambeaux cutanés, et même celui de la méthode circulaire pure, qui donne, en avant et en dedans, une longue

manchette cutanée peu vivace et fatiguée par l'os sous-jacent. D'autre part, la situation des masses charnues, en dehors et surtout en arrière, semble nous inviter à prendre là des lambeaux, ou tout au moins à diriger dans ce sens la partie basse des incisions elliptiques.

L'expérience a démontré qu'il n'était plus permis, à moins d'avoir la main forcée, d'amputer une jambe dans la région sus-malléolaire, autrement que par un procédé donnant en définitive un lambeau postérieur.

A. — AMPUTATION SUS-MALLÉOLAIRE.

Dans la partie inférieure de la jambe, le tibia arrondi a perdu sa crête : les deux os se sont rapprochés en reprenant du volume, l'espace inter-osseux n'existe plus. Autour des os : la peau, les vaisseaux, les nerfs et de nombreux tendons dont quelques-uns seulement, celui du long fléchisseur propre du gros orteil en particulier, sont encore garnis d'une quantité notable de fibres musculaires.

Le tendon d'Achille, très large à son origine et doublé en avant des dernières fibres du soléaire, forme une couche bien distincte, excessivement rétractile, adhérente à l'aponévrose superficielle qui l'engaine et le rattache immédiatement aux téguments.

L'opérateur doit employer le tendon d'Achille pour garnir le moignon ; il doit tout faire pour en obtenir la cicatrisation rapide, la fixation immédiate et définitive sur la surface de la section osseuse. Alanson l'avait déjà compris, et c'est pour empêcher la contraction des muscles du mollet d'entraver cette fixation immédiate, qu'après avoir constaté l'insuffisance des sutures superficielles (opération d'avril 1781), il mit (opération d'octobre de la même année) un point de *suture profonde* (*through the whole substance of the flap*) sur le milieu de son lambeau.

Dans l'amputation sus-malléolaire type, pratiquée sur un adulte, on scie les os au moins à 5 centimètres ou deux doigts au-dessus de l'articulation.

Toute amputation de jambe faite plus bas doit être dite intra-malléolaire et exécutée par les procédés de la désarticulation tibio-tarsienne; c'est-à-dire avec le lambeau talonnier de Syme ou un lambeau postéro-interne imité de celui de J. Roux (voy. plus haut DÉARTICULATION TOTALE DU PIED).

L'histoire de l'amputation sus-malléolaire est intéressante à établir. Il fallait concevoir l'opération, trouver le *procédé convenable* et réaliser un *appareil prothétique* utilisable.

L'opération a été conçue par les Hollandais van Solingen et Verduin, dans la seconde moitié du dix-septième siècle; assez bien exécutée par

les Anglais Ch. White et Alanson, dans la seconde moitié du dix-huitième ; et enfin perfectionnée par les Français Marcellin Duval et F. Guyon, dans la seconde moitié du dix-neuvième.

Les jambes de Solingen, Brüninghausen, etc., le pilon de Bigg et toutes les bottines modernes qui ne fournissent d'appui réel qu'à l'extrémité du moignon exigent de celui-ci une conformation parfaite et une tolérance absolue. Ces conditions ne se rencontrent pas toujours, tant s'en faut ! Aussi, Mille d'Aix (1855), en faisant remonter son appareil articulé jusqu'à l'ischion, pour y fournir un point d'appui et décharger le bout du moignon, a-t-il rendu un véritable service. L'appareil de Mille, lourd, dispendieux, fort gênant en été, doit être réservé aux moignons impotents ; le simple pilon de Bigg, aux moignons parfaits, capables de supporter constamment la totalité du poids du corps. Pour les moignons de valeur moyenne et ordinaire, c'est une jambe imitée de celles de Ravaton, Mori, Salémi, etc., qu'il faut employer. Cette mécanique, étroitement appliquée à la jambe mutilée, recevra le poids du corps, partie par le bout du moignon, partie par les saillies des condyles tibiaux et de la rotule. Elle sera fixée à un cuissard très court, articulé excentriquement avec la jambièrre, suivant le mode inventé par F. Martin.

C'est à l'excellente méthode de White et d'Alanson (*lambeau postérieur*), trop longtemps dédaignée en France, que se rattachent les procédés elliptiques actuellement en usage et que je décrirai longuement : celui de Duval (*ellipt. peu oblique*) et celui de Guyon (*ellipt. très oblique*).

Je dois commencer par ce dernier procédé, car il permet de scier les os très bas, sans ouvrir les canaux médullaires : on l'a même souvent qualifié *intramalléolaire*, à tort, il est vrai, puisque l'on doit scier à trois centimètres au-dessus de l'articulation, c'est-à-dire à douze centimètres du sol, sur un grand sujet.

Procédé Guyon (elliptique très oblique).

Ce procédé, décrit par un rédacteur anonyme de la *Gazette des hôpi-*

1. En 1740, Bromfield, après avoir vu des amputations sus-malléolaires spontanées, par gangrène, projette d'imiter la nature à l'occasion. Mais il ne revient à son idée pour la mettre en pratique qu'en 1754, après avoir appris que Wright a réussi trois fois.

En 1755, O'Halloran conseille l'emploi de la méthode à lambeau. Il est lu par Ch. White. Celui-ci, abandonnant immédiatement la méthode circulaire jusque-là usitée pour cette opération, fait, en 1766, 1768 et 1769, huit amputations sus-malléolaires à lambeau postérieur de trois pouces, entaillé de bas en haut à *partir de l'insertion du tendon d'Achille*. Alanson, en 1780, avant d'en venir à la transfexion pure, taille un lambeau postérieur semblable; toutefois il coupe d'abord la peau; ce n'est qu'après avoir ainsi dessiné le contour du lambeau qu'il sectionne les tendons et les muscles.

taux, 1868, page 514, a subi quelques petites modifications que l'aimable professeur a bien voulu m'enseigner ou accepter.

Le point culminant de l'ellipse est antérieur et répond au niveau même de l'interligne ou à quelques millimètres au-dessus. Le point infime est situé au sommet de l'arc qui dessine le profil du talon, plutôt dessous que

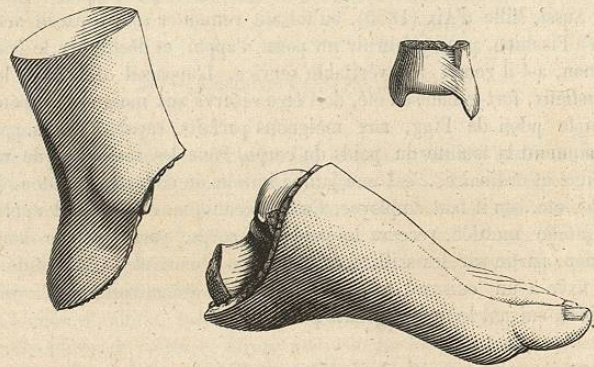


FIG. 440. — Amputation sus-malléolaire, procédé de F. Guyon. — La forme curviligne de l'incision a été conservée au lambeau pour la graver dans la mémoire. Cela n'est pas conforme à la vérité, car le lambeau se rétrécit et les malléoles se découvrent aussitôt que les incisions sont accomplies. — Au-dessus du pied on voit représentée la longueur du squelette jambier qu'il faut enlever.

derrière. Si l'on se borne à unir par le plus court chemin les deux extrémités de l'ellipse, on obtient un mauvais résultat à cause du rétrécissement élastique que subit la base du lambeau ainsi formé. Mieux vaut un lambeau vivace et à large base, qui donne momentanément des oreilles latérales après adaptation, qu'une étroite languette prédisposée à la gangrène et insuffisante pour l'enveloppement des os.

Donc, l'incision que je supposerai partir du point culminant, devant et sur l'articulation, se portera d'abord en arrière et en bas, puis directement en bas, en sous-pied, jusqu'à mi-chemin de la distance qui sépare du sol les pointes malléolaires; puis enfin, en arrière, pour aller former fer à cheval derrière et sous le talon. Ce sera une *ellipse coudée*.

Les parties latérales ou descendantes doivent se trouver, pour être symétriques : l'interne, dans l'axe même de la malléole; l'externe, un peu en avant, car le péroné est plus rapproché du tendon d'Achille que le tibia.

Opération. — Le pied du malade déborde le bout du lit. Un aide

est placé en dehors de la jambe qu'il devra dresser en l'air à un moment donné.

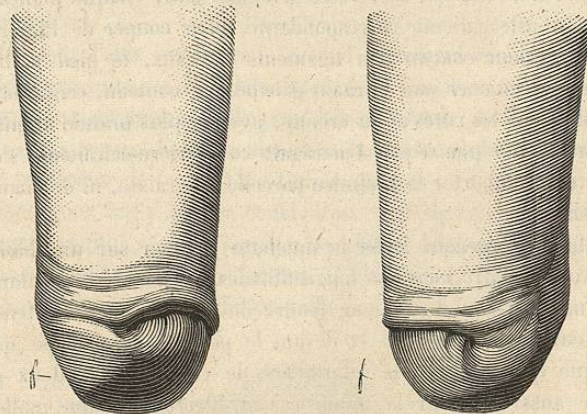


FIG. 441. — Moignon d'amputation sus-malléolaire de F. Guyon, jambe droite vue en dehors.

FIG. 442. — Même moignon, face interne. Sur les deux figures, la cicatrice se montre bien placée, linéaire, protégée.

1^o Incision. — Tenez-vous au bout du membre et, de la main gauche en pronation, saisissez la pointe du pied; renversez-la fortement à votre droite pour rendre visible et abordable la partie gauche et postérieure du talon. Avec une lame courte et forte tenue la pointe basse, attaquez hardiment, derrière et sous le calcaneum, entamant le plus loin possible la face latérale du talon qui regarde le sol. Tirant le couteau, divisez les téguments, suivant le tracé indiqué (a); remontez sur le cou-de-pied, la main gauche ramenant les orteils en avant pour les renverser bientôt à gauche, afin que vous puissiez faire redescendre votre incision à son point de départ. Au besoin, repassez le couteau une seconde fois, afin de bien mobiliser la peau (b).

2^o Formation du lambeau. — Vous pouvez choisir entre deux manières : α , celle de Syme que vous connaissez déjà, et β , celle de Guyon qui taille le lambeau en le relevant et scie sans désarticuler.

α . — Comme la partie de l'incision qui bride le cou-de-pied a découvert les bords antérieurs des malléoles et l'articulation tibio-

astragaliennne, vous pouvez diviser les tendons antérieurs sur l'interligne même qui se trouve ouvert du coup. Ayant ensuite insinué la pointe le tranchant en bas, successivement entre chaque malléole et la facette astragaliennne correspondante, pour couper de l'intérieur vers l'extérieur chacun des ligaments latéraux, le pied se laisse abaisser et amener par la main gauche. Le couteau, continuant à travailler sur les côtés et en arrière, avec la plus grande attention, permet de voir peu à peu l'astragale et l'arrière-calcaneum s'énucléer, sans emporter la moindre parcelle de graisse, ni de chair, ni de tendon.

Il faut maintenant isoler le squelette jambier sur une hauteur de 0^m,05. Quatre incisions longitudinales, en partie sous-cutanées, sont nécessaires : deux pour fendre de chaque côté des tendons antérieurs, devant le tibia et devant le péroné, l'enveloppe aponévrotique qui empêche le relèvement de ces tendons; deux pour fendre aussi et pour la même raison, derrière chaque malléole, l'aponévrose qui applique les tendons postérieurs à la face postérieure des os.

Pour pratiquer ces incisions, la main gauche pince le bord de la peau, l'écarte ou le relève afin que la pointe insinuée en long sous le tégument, profondément, notablement au-dessus du futur trait de scie, soit suivie de l'œil autant que possible.

Lorsque ces incisions de dégagement sont faites, le pourtour du squelette peut être parfaitement dénudé et préparé pour la scie à la hauteur nécessaire; c'est dire que la base du lambeau postérieur, en particulier, sera détachée avec le plus grand soin et sans la moindre hachure.

β. — Si, après avoir fait l'incision, vous aimez mieux, comme l'auteur du procédé, disséquer le lambeau et ne pas désarticuler, commencez par le côté externe ou péronier et, de ce côté où ne sont pas les vaisseaux jusqu'ici épargnés, poussez la dissection au point que le tendon d'Achille soit complètement désinséré. — Dans ce dessein, pendant que l'aide tient l'avant-pied fléchi à angle droit et renversé en dedans, pincez et relevez la peau du bout des doigts gauches; avec la pointe du couteau, dénudez la malléole péronière, fendez en long la gaine des tendons péroniers pour les y couper court, d'un trait descendant, et les en dégager; dépouillez la face externe du calcaneum et sa tubérosité correspondante. Que le cou-

teau s'y reprenne à plusieurs fois, toujours de la base du lambeau vers son extrémité, et serre le calcaneum de très près. Vous détachez ainsi et le tissu graisseux sus-calcaneum et le tendon d'Achille lui-même (c).

Cela fait, l'aide renversant le pied fortement en dehors, vous présente maintenant la partie interne de l'incision. Repassez-y le couteau une ou plusieurs fois pour diviser à fond : tendons, muscle, nerfs et vaisseaux. En vous aidant de la main gauche, dépouillez le bord postérieur de la malléole tibiale : incisez en long la gaine des tendons pour les y couper court, d'un trait descendant, et les en dégager ensuite; séparez ensuite les chairs de l'excavation calcaneenne et de la tubérosité interne (d), jusqu'à ce que le lambeau flotte complètement détaché du talon.

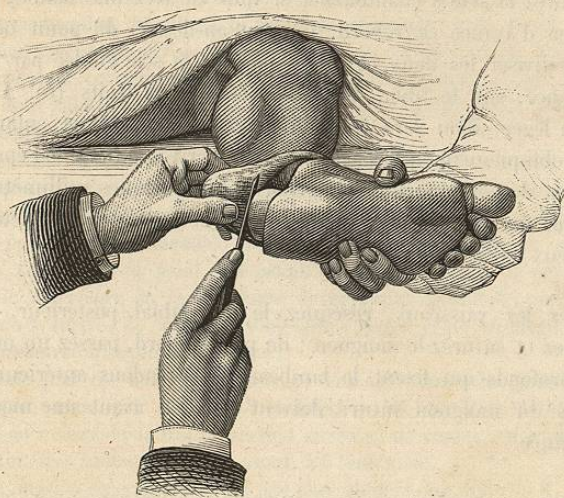


FIG. 445. — Amputation sus-malléolaire. — Dissection du lambeau postérieur talonnier de Guyon. — Attitude de la jambe fléchie et horizontalement couchée sur le côté; action de l'aide sur le pied; travail des deux mains de l'opérateur pour entailler du côté interne et finir la désinsertion du tendon d'Achille, quand on ne veut pas dresser la jambe en l'air et quand cette désinsertion n'a pas été accomplie par la voie externe.

Faites dresser la jambe en l'air. De la main gauche, rabattez le lambeau vers le mollet pour bien dépouiller la face postérieure de l'articulation et des os de la jambe en les rasant, les raclant même, dans une étendue de deux travers de doigt.

Le moment est venu de ramener la jambe dans la position du décubitus dorsal pour diviser les tendons antérieurs. A cet effet, ayant relevé le plus possible la peau pour découvrir les bords antérieurs des os, fendez l'aponévrose de haut en bas sur ces bords. Puis, entre le pouce et l'index gauches, pincez et soulevez le paquet tendineux, vaisseaux et nerf y compris, pour tout couper en travers, en petit lambeau carré de 2 centimètres, dans lequel vous saisirez facilement l'artère quand vous voudrez.

3° *Sciage*. — Après vous être assuré que les os sont dénudés à la même hauteur sur toute la périphérie, placez une compresse à deux chefs, le péroné dans la commissure. — Sciez de manière que le rebord antérieur de la section tibiale ne soit pas anguleux. Employez la scie à chantourner si vous en avez une bonne; sinon, abattez d'avance ce rebord. Un peu au-dessus du point où vous devez diviser les deux os, faites mordre la scie guidée par l'ongle du pouce, sur le tibia, lentement et à longs traits (e). Aussitôt qu'un léger sillon sera tracé, inclinez l'instrument et entamez le tibia obliquement en bas et en arrière. Arrivé au tiers de l'épaisseur de l'os, dégagez le feuillet et reportez-le à quelques millimètres au-dessous du premier trait pour diviser, cette fois-ci complètement, les deux os en travers.

Liez les vaisseaux, réséquez le nerf tibial postérieur, parez, drainez et suturez le moignon : de prime abord, passez un ou deux fils profonds qui fixent le lambeau aux tendons antérieurs. Les lèvres du moignon suturé doivent faire en avant une moue très accentuée.

Notes. — (a) Dans ce premier temps, il faut couper toute l'épaisseur des téguments (peau et tissu cellulaire). Cette épaisseur est considérable sous la pointe du talon. Mais ce serait une faute de diviser prématurément, et tout à fait inutilement les vaisseaux qui passent dans la concavité du calcaneum.

(b) On peut maintenant faire dresser immédiatement la jambe en l'air pour détacher le lambeau de la pointe à la base. Cette attitude sera préférée par quelques-uns, bien qu'assez fatigante pour l'aide et l'opérateur.

(c) Il importe beaucoup, pour disséquer facilement ensuite la partie interne du lambeau, que le tendon d'Achille soit d'abord désinséré complètement ou presque complètement. Cela n'est pas difficile quand l'aide tient le pied fortement renversé en dedans et bien fléchi à angle droit, pourvu que l'extrémité du lambeau ne soit pas retenue par quelques adhérences plantaires oubliées lors du second passage du couteau dans l'incision cutanée elliptique.

(d) A ce moment, le pied n'étant plus retenu, cède à l'impulsion de l'aide et se porte dans la flexion exagérée. Le calcaneum paraît absolument dénudé, car la racine du muscle adducteur du gros orteil, les tendons, nerf et vaisseaux, le tissu graisseux sus-calcaneum, tout doit faire partie du lambeau.

(e) Quand on veut scier obliquement, il est bon, afin que la scie morde sans échappade ni déraillement, d'attaquer perpendiculairement pour creuser un léger sillon; mais il faut se garder de donner à ce dernier une profondeur notable, parce qu'il empêcherait ensuite d'incliner l'instrument.

Procédé oblique elliptique (d'après Marcellin Duval, 1849).

Ce procédé convient à l'amputation dans le tiers inférieur de la jambe, plus ou moins près des malléoles; c'est pour cela qu'il a été créé (voy. Marcellin Duval, *Atlas général d'anatomie*, etc., pl. A, fig. 17 et 22 et légende générale, p. 9). Je sais que, depuis la publication du procédé de Guyon, M. Duval et ses élèves ont plaidé l'identité des deux procédés. Tous deux appartiennent en effet à la méthode elliptique; mais Guyon, dans l'intention spéciale de diviser les os toujours très près de l'article, a indiqué un procédé que personne n'avait précisé avant lui. Et, pour plaider l'identité, il avait fallu prendre, non le procédé primitif de M. Duval, mais ses plus récents perfectionnements.

L'opérateur n'oubliera jamais l'excessive retractilité secondaire des chairs postérieures de la jambe. Il en gardera un lambeau *conservant*, après la rétraction immédiate, une longueur au moins égale au diamètre antéro-postérieur du membre mesuré au niveau de la future section osseuse. Cela ne serait point une garantie suffisante contre la conicité : la partie antérieure de la manchette devra rester capable de couvrir la moitié de la surface de la coupe, c'est-à-dire rester égale en longueur au demi-diamètre ou rayon du membre.

J'estime qu'il est bon et commode, si l'on opère sur une jambe bien développée, ayant par exemple 8 centimètres de diamètre antéro-postérieur au niveau de la future section osseuse, de couper en arrière à 12 centimètres au-dessous et, en avant, à 6 seulement.

Cette incision recommandée, un peu plus oblique que celle de M. Duval (fig. 445), resterait inclinée à moins de 45 degrés sur l'horizon. Je n'hésite pas à conseiller de la faire encore plus oblique dans le cas où, en raison de la réplétion des téguments, l'on prévoirait de la difficulté à relever la manchette.

L'opération, en ce qui concerne la taille des parties molles, se divise ainsi : 1° incision, mobilisation et relèvement de la peau et du tendon d'Achille; 2° coupe des muscles antérieurs et des muscles profonds postérieurs, en deux petits lambeaux.

La jambe dépasse le bout du lit qui ne saurait être trop haut. Un aide se tient prêt à la tourner dans tous les sens et même à la dresser en l'air. L'opérateur se place au bout du membre et garde de l'espace pour évoluer librement.

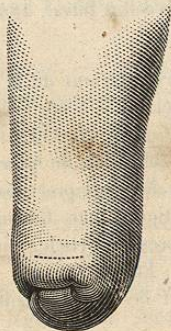


FIG. 444. — Moignon d'amputation sus-malléolaire elliptique de M. Duval.

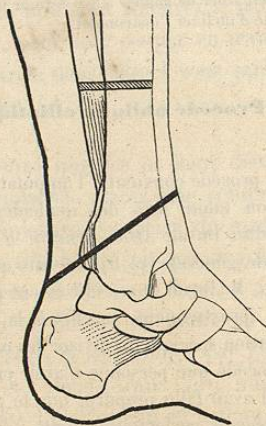


FIG. 445. — Amputation sus-malléolaire elliptique de M. Duval.

1° *Téguments et tendon d'Achille.* — Ayant saisi de la main gauche l'avant-pied, renversez-le à votre droite : par-dessus le membre portez le couteau, la pointe basse, derrière le tendon d'Achille, de manière à attaquer le plus loin possible. Tirez une incision qui remonte sur le côté, oblique à 45 degrés, croise le devant de la jambe et, le pied maintenant renversé à gauche, redescend à son point de départ (a). — Mobilisez lestement la peau et confiez le pied à votre aide. — Coupez le tendon d'Achille pincé et soulevé par les doigts gauches; séparez-le de la couche musculaire profonde en détruisant, avec précaution, le tissu cellulaire lâche qui l'y unit. — Appliquez-vous maintenant à bien décoller les téguments des parties latérales (b) et antérieure, vous aidant de la main gauche et les relevant en manchette si vous pouvez.

2° *a. Muscles antérieurs.* — Du bout d'un doigt gauche glissant de bas en haut devant la crête du tibia, refoulez le bord de la manchette pour, avec la pointe insinuée le plus haut possible sous la peau, fendre de très haut en bas l'aponévrose, le long et en dehors

de la crête osseuse. Faites de même devant le bord tangible du péroné. Alors, ayant soulevé entre le pouce et l'index tout le faisceau charnu antérieur, divisez-le en travers, au-dessous de vos doigts; décollez et relevez ce court lambeau, dans lequel vous lierez facilement l'artère tibiale antérieure et qui jamais ne débordera la peau.

β. *Muscles postérieurs profonds.* — Taillez de même un lambeau postérieur profond plus grand, après avoir fendu en long l'aponévrose derrière le bord interne du tibia et derrière le péroné où vous trouverez des fibres musculaires à désinsérer (c). Faites élever la jambe en l'air si vous voulez avoir vos aises pour achever de détruire les adhérences de la face profonde du lambeau; et dépouillez les os en arrière aussi bien et aussi haut qu'ils l'ont été en avant.

5° *Sciage.* — Placez la compresse qui doit protéger et relever les parties molles pendant que vous scierez.

Liez les artères. Réséquez le nerf tibial postérieur. Rapprochez les chairs d'arrière en avant; laissez béants les angles latéraux de la plaie et ne vous inquiétez pas des oreilles saillantes qui disparaîtront dans la suite. Je crois que la suture profonde à travers le tendon d'Achille et ceux des muscles antérieurs est indiquée.

Notes. — (a) Quelques-uns préféreront attaquer le membre en dessous, comme on fait pour l'incision circulaire. Ils devront alors faire une reprise par-dessus pour compléter la section des téguments.

(b) Pour obtenir la mobilité de la peau et rendre possible le retroussement de la manchette, il faut, en s'aidant de la main gauche qui pince le bord cutané et le refoule, porter la pointe du couteau en dehors vers le péroné, comme aussi derrière et sur le bord interne du tibia, où se trouvent de solides adhérences aponévrotiques.

(c) L'opérateur ne rencontre aucune difficulté à séparer les chairs de la face tibiale postérieure à laquelle elles n'adhèrent pas; mais il n'en est pas de même en dehors, du côté du péroné. Pour rendre possible cette partie importante de l'opération, il est bon que l'opérateur soit placé en dehors et que la jambe soit tordue en dedans, ce qui devient facile si, le malade étant couché sur le côté sain, le membre opéré est légèrement fléchi à l'aîne et au genou.

Deux lambeaux inégaux, le postérieur très long.

L'amputation elliptique de la partie inférieure de la jambe n'est pas facile quand les téguments ont perdu leur souplesse et leur mobilité. Dans un cas pareil, il vaut mieux, pour être sûr de diviser le squelette assez haut, fendre la peau de chaque côté ou plutôt pratiquer l'excellent procédé à lambeaux inégaux, postérieur très long, antérieur très court.

En 1840 (*Gaz. méd.*), Tavignot emploie ce procédé et le recommande. En 1845, Jobert fait quelque chose d'analogue et dit : « mon procédé » (*De la réunion en chirurgie*, p. 627). Enfin, Lucien Boyer, en 1848 (*Gaz. des hôp.*, p. 556), opère à peu près de la même manière. Mais Tavignot donnait au lambeau antérieur, cutané, les deux tiers de la longueur du lambeau charnu postérieur, tandis que Jobert et surtout Boyer le faisaient beaucoup plus court. Cette dernière pratique me paraît mériter la préférence. Mais je crois qu'il faut renoncer à la transfixion, quoiqu'elle soit bien séduisante par sa rapidité et sa facilité, je dirai même par la beauté des résultats primitifs... sur des jambes fines peu musclées et grasses.



FIG. 446. — Amputation sus-malléolaire. — Tracé des deux lambeaux inégaux, le postérieur très long. Face antéro-externe de la jambe gauche.

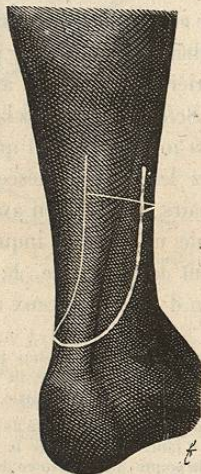


FIG. 447. — Amputation sus-malléolaire. Face postéro-interne de la jambe gauche. Tracé des deux lambeaux inégaux, le postérieur très long.

Le lambeau postérieur, musculo-cutané, légèrement rejeté en dedans, doit être plus large dans ses téguments que la demi-circonférence du membre. Son bord interne descendra devant le bord interne du tibia; l'externe, immédiatement derrière le péroné. Les muscles péroniers seront coupés en travers comme les muscles antérieurs, plutôt que conservés en languette difficile à envelopper. Le lambeau antérieur cutané et carré devant être court (2 ou 5 centimètres), le postérieur sera taillé assez long pour qu'après avoir perdu, par rétraction immédiate, un tiers de sa longueur, il reste encore *au moins* égal au diamètre du membre.

La partie difficile de l'opération est l'incision du contour du lambeau

postérieur; car, une fois la peau divisée, la coupe des chairs musculaires, quoique toujours laborieuse, peut se faire absolument comme dans le procédé elliptique précédemment décrit.

L'examen des figures 448 et 450 montrera comment on peut en un ou deux temps, à volonté, dessiner un lambeau postérieur avec le couteau.

Quant au résultat, il est représenté fig. 459, p. 590.

Opération. — La jambe est tenue par les mains d'un aide et dépasse entièrement le bout du lit. L'opérateur se tient d'abord à l'extrémité du membre, il évolue ensuite à gauche et se rapproche du genou.

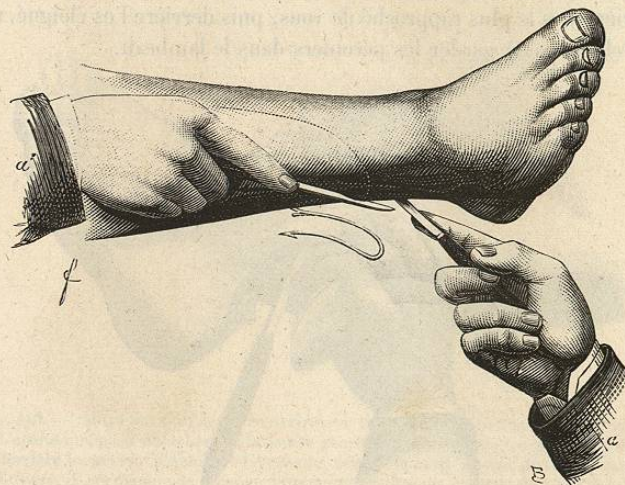


FIG. 448. — Manière de circonscrire d'un trait un lambeau postérieur. L'opérateur, placé d'abord au bout de la jambe droite, a attaqué devant le bord interne du tibia pour descendre, croiser le tendon d'Achille, main *a*. Sans désenlever, mais après être venu en dehors du membre, il remonte le long du péroné, main *a'*. — La gauche de l'opérateur pourrait être représentée pendante et tenant le pied par les orteils.

1° Contour des lambeaux. — Donc, placé auprès du pied dont vous tenez le bout de la main gauche pendante, vous portez la pointe tranchante sur le côté droit (c'est-à-dire à votre droite), et vous abaissez une incision longitudinale devant le bord interne du tibia ou derrière le péroné. Au moment d'arrondir pour passer sous le tendon d'Achille, vous faites un premier petit déplacement à gauche.