

pour atteindre facilement le double but : les vaisseaux d'abord, le col du fémur et le grand trochanter ensuite.

(c) Il est bon de faire tirer en haut le commencement de l'incision, pour bien découvrir l'arcade. Le meilleur écarteur pour cela serait un élévateur de la paupière supérieure.

(d) A ce moment, vous pourriez imiter M. Verneuil et couper les vaisseaux, après avoir placé deux secondes ligatures, à distance et au-dessous des premières, mais encore au-dessus de la bifurcation.

(e) Maintenant le lambeau externe est suffisamment rétracté pour que l'on aperçoive le psoas, le bord antérieur du trochanter où s'attache le petit fessier, et plus bas, croisant le fémur, les vaisseaux circonflexes antérieurs. On doit couper ceux-ci entre deux ligatures ou entre deux pinces, s'ils sont assez haut placés pour embarrasser le champ opératoire, c'est-à-dire pour masquer le psoas.

(f) Il est un peu plus facile d'opérer cet isolement du grand trochanter sur la cuisse droite que sur la cuisse gauche. Un concurrent qui aurait le choix devrait opérer sur le côté droit. On peut se servir avantageusement d'un petit bistouri à résection, véritable détache-tendon. De forts ciseaux seraient aussi d'un bon emploi.

(g) En cas de fracture, n'oubliez pas d'employer le davier. Vous saisissez le fémur par le col et sans même inciser en T, vous ferez, en tirant brusquement, sauter la tête fémorale hors du cotyle.

Remarques opératoires sur la méthode ovale antérieure.

J'ai déjà indiqué, dans l'étude de la filiation du procédé, la manière de faire de Larrey, de Cooper et surtout celle de Roser dont je me suis inspiré.

Il me reste à donner en abrégé les conseils de Verneuil (*Bull. de l'Ac. de méd.* 1877, p. 1159).

1° Inciser la peau en raquette passant à deux bons travers de doigt du pli génito-crural. Lier, chemin faisant, les vaisseaux divisés.

2° Couper successivement l'artère et la veine fémorales primitives entre deux ligatures.

3° Sectionner les muscles en commençant *ab libitum* en dedans ou en dehors. En dedans, découvrir les vaisseaux obturateurs par la section du moyen adducteur, pour les lier avant de les couper.

4° Désarticuler et raser la face postérieure de l'extrémité supérieure du fémur.

5° Pour terminer, diviser à petits coups les chairs de la fesse, liant au préalable ou à mesure les vaisseaux rencontrés. Réséquer le nerf sciatique.

Raquette externe.

C'est le procédé que Ravaton se proposait d'appliquer en 1745 de la manière suivante : fendre en long la face externe de la cuisse, saisir le fragment supérieur du fémur qui était brisé, l'énucléer en décollant le

périoste et la capsule, puis terminer par une section circulaire (fig. 550, p. 681).

Veitch, Lacauchie, Esmarch, Volkmann et d'autres ont fait ou recommandé quelque chose d'analogue en commençant par une amputation circulaire pour fendre ensuite en dehors, jusqu'au-dessus du trochanter, et extirper l'extrémité fémorale avec le bistouri ou le grattoir (fig. 551, p. 681).

Foullioy de Brest, en 1841, après avoir lié l'artère fémorale au pli de l'aîne, dessine une magnifique raquette à queue trochantérienne (fig. 527, p. 679). Malgaigne dit avoir appliqué ce procédé.

Au lieu d'une raquette externe, beaucoup d'opérateurs, Kerr (fig. 524, p. 677), Guthrie (fig. 525, p. 679), Langenbeck, Cornuau, Scoutetten, Velpeau, Günther (fig. 526, p. 679), se sont contentés d'une incision ovale dont le sommet se trouvait dans l'intervalle du grand trochanter et de l'épine iliaque antéro-supérieure.

De ce point, deux incisions descendaient obliquement en bas et en dedans, l'une devant, l'autre derrière, pour se joindre à la face interne du membre, à une distance variable au-dessous du pli génito-crural. La plaie se réunissait en fente oblique transversale et la cicatrice remontait ensuite en avant.

Le grand avantage attribué à la méthode ovale externe, c'est de permettre, sans rencontrer de vaisseaux importants, d'atteindre l'articulation et, pendant une adduction forcée de la cuisse, de passer le couteau d'arrière en avant et de dehors en dedans par-dessus la tête fémorale, avant d'avoir coupé les gros vaisseaux, qu'il est possible alors de faire saisir à pleine main par un aide, au moment où l'opérateur va entamer, de l'intérieur vers l'extérieur, les chairs de la partie antéro-interne. C'est, en un mot, de traiter la hanche comme on traite l'épaule dans le procédé en raquette ordinaire.

Mais la hanche n'est pas l'épaule : le col fémoral enfonce la tête à une grande profondeur et les artères de la fesse sont là dans le voisinage, dangereuses et nombreuses.

Veut-on raser les os de très près, fournir une plaie juxta-périostée, la besogne est pénible et longue ; F. Guyon nous l'a dit.

Ose-t-on circonscrire le grand trochanter hardiment, l'on divise d'emblée, en avant, en dessus et en arrière, des rameaux de la fémorale de la fessière et de l'ischiatique.

Dans les deux cas, la désarticulation proprement dite est difficile ; D. Larrey l'avait bien vu.

Pour exécuter la désarticulation de la cuisse par l'incision ovale externe, il faut tenir le malade couché sur le côté sain ; cela interdit et la compression de l'artère fémorale et celle de l'aorte. Il faut donc un aide absolument sûr.

Voici comment on opère.

Le malade est couché sur le côté sain. La cuisse saine peut être repliée ou bien fortement étendue. Dans ce dernier cas, un assistant la soutient par l'intermédiaire de la jambe fléchie à angle droit. La cuisse malade allongée repose dans les mains d'un aide qui devra exécuter les mouvements commandés.

L'opérateur se place de préférence en face du malade.

A. Procédé rapide (a). — Armé d'une lame de 20 centimètres, faites deux entailles de 15, profondes jusqu'à l'os, qui commencent à deux doigts au-dessus du grand trochanter, descendent obliquement en dedans, l'une en arrière, l'autre en avant, et enserrant cette éminence dans le sinus d'un V renversé Λ .

Commandez à un aide d'exécuter la rotation interne avec adduction et flexion légère, à un autre d'attirer en arrière toute la lèvre postérieure de la plaie et allez vite, votre doigt gauche éclairant la marche du couteau, chercher l'articulation et l'ouvrir : (côté gauche) en dessus, en arrière et en dessous; (côté droit) en dessous, en arrière et en dessus. — Aussitôt la luxation produite, divisez le ligament rond, franchissez la tête fémorale et engagez le plein du tranchant avec précaution, pendant que la cuisse pend dans l'adduction et la rotation interne forcées. — Avant d'aller plus loin, dites à votre aide de confiance de plonger profondément les doigts dans la plaie, en laissant le pouce dehors ou inversement, et de saisir les vaisseaux.

Quand il sera sûr de lui, terminez l'opération en divisant toutes les parties molles internes jusqu'ici épargnées, à quelques travers de doigt du pli génito-crural.

B. Procédé lent (b). — Commencez par inciser les téguments en forme d'ovale ou de raquette; disséquez un peu la lèvre supérieure et liez tout ce qui saigne. A partir de deux doigts au-dessus du trochanter, incisez en long l'aponévrose fascia lata; puis débridez-la obliquement : en avant, en incisant son muscle; en arrière, en divisant les trousseaux fibreux du grand fessier.

Désinsérez l'énorme tendon du petit fessier en glissant le bistouri de haut en bas entre ce tendon et le bord antérieur du trochanter. Coupez ensuite la lame tendineuse qui fixe le moyen fessier à la

ligne oblique trochantérienne; puis enfin les insertions qui se font au bord supérieur de l'os. Alors, la plaie prend une certaine béance, surtout à l'aide d'écarteurs. Coupez le tendon obturateur externe dans la cavité digitale.

Pendant que la cuisse est dans la rotation interne et après avoir désinséré, s'il l'a fallu, le muscle carré du bord trochantérien postérieur, enfoncez le court bistouri jusqu'au sourcil cotyloïdien pour fendre, en tirant, la partie postérieure de la capsule et, si cela n'est fait déjà, diviser en travers le tendon obturateur externe. Aussitôt, vous devrez poser une pince à demeure sur chacune des lèvres de la plaie, car vous venez de diviser l'arcade vasculaire rétro-cervicale.

Cela fait, désarticulez après avoir débridé, transformé en T la fente capsulaire près du sourcil cotyloïdien. Saisissez de la main gauche la tête fémorale amenée au dehors et continuez l'espèce de résection sous-capsulo-périostée jusqu'à ce que vous ayez dépassé le petit trochanter.

A ce moment, vous commandez à un aide de plonger les doigts dans la plaie pour s'assurer de l'artère; vous engagez une grande lame et vous terminez l'opération par une section rapide des chairs jusqu'alors épargnées.

Notes. — (a) Je dis procédé rapide et procédé lent, ne considérant que l'action du tranchant. Mais les procédés rapides à ce point de vue, sont souvent les plus longs à cause de l'hémostase consécutive dont la durée fait partie du temps consacré à une opération.

(b) Dans l'exécution de ce procédé lent, la main gauche jouant un grand rôle pour attirer et soulever les tendons, etc., qu'il s'agit de couper, l'opérateur fera bien de se mettre, pour la cuisse gauche, en face du malade couché sur le côté, et derrière pour la cuisse droite. Dans ce dernier cas, le membre sain devrait être fléchi et replié.

Lambeau antérieur.

On dit toujours que Laquette décrivit, en 1748, un procédé à lambeau interne. Cela n'est pas tout à fait juste. Il conseillait d'inciser en arrière, du dessus du trochanter à l'ischion, d'entrer dans l'articulation, de franchir la tête fémorale et de découper en sortant un grand lambeau antéro-interne. Le premier procédé de Lenoir, en 1851, n'était pas autre chose et, à dire vrai, tous les lambeaux antérieurs sont ainsi un peu rejetés en dedans (fig. 520, p. 675).

En 1805, Plantade (fig. 514, p. 675) recommandait de découper à la Ravaton un lambeau antérieur carré, d'attaquer l'articulation d'avant en arrière et de sortir au-dessous de la fesse.

Béclard apprit à tailler par transfixion le lambeau antérieur de son procédé à deux lambeaux (fig. 517, p. 675). A son imitation, Baudens usait de la ponction dès 1826, dit-il, pour tailler un grand lambeau unique antérieur dont il indique les limites avec précision (fig. 518, p. 675). Vers la même époque, Manec (fig. 519, p. 675), et Lenoir enseignaient le même procédé, exécuté sensiblement de la même manière.

J. Roux, au dire de Malgaigne, commençait par inciser et disséquer le contour du lambeau antérieur; il ponctionnait les muscles ensuite, liait les vaisseaux, désarticulait; mais, avant de découper les chairs postérieures, il en incisait et disséquait un peu les téguments. Plusieurs avaient déjà recommandé d'inciser la peau et même les muscles du pli fessier, de dehors en dedans, pour plus de régularité.

Enfin, Sanson et Bégin, comme Ashmead, disséquaient tout à fait un lambeau antérieur cutané arrondi pour découvrir et lier l'artère (fig. 515 et 516, p. 675).

Nous trouvons dans ce bref historique tous les éléments des deux manières, actuellement en usage, de tailler un lambeau inguinal antérieur, à savoir : la manière rapide ou la ponction, et la manière lente, l'entaille, c'est-à-dire la dissection plus ou moins méthodique de dehors en dedans, qui permet de découvrir les vaisseaux et de les lier avant de les couper.

Parmi ceux qui aujourd'hui voudraient recourir à la transfixion, il en est plusieurs qui ne le feraient pas sans avoir dessiné les contours du lambeau comme J. Roux. Quant à ceux qui acceptent l'entaille (Verneuil, Rose, M. Duval, etc.), je pense qu'ils n'ont qu'à imiter ce que faisait Verneuil avant d'adopter la méthode ovale antérieure comme méthode d'élection.

A. Procédé rapide. — Il s'agit de tailler un lambeau en U de 20 centimètres environ, en enfonçant une lame de 25, le plus grand des couteaux, entre le trochanter et l'épine iliaque antéro-supérieure, pour la faire sortir à un doigt derrière le relief du bord interne du muscle moyen adducteur, on inversement (a).

Placez-vous en dedans de la cuisse droite ou en dehors de la cuisse gauche.

Pendant que le membre est légèrement fléchi, empoignez de la main gauche les chairs du futur lambeau pour les rétrécir, les rétracter et les soulever. Plongez le couteau d'abord vers la tête du fémur et ouvrez la capsule sans insister; puis, rapprochant le

manche du tronc, dirigez la pointe vers son issue et, à longs traits, détachez un long lambeau qui sera immédiatement relevé par vous et saisi par un aide de confiance.

Pendant que celui-ci tient le lambeau et les vaisseaux y contenus, incisez la capsule le plus largement possible, à ras du sourcil, en avant et en dedans; ordonnez ou pratiquez vous-même un peu de rotation externe pour, le poids du membre aidant, amener le ligament rond sous la pointe qui le divise et s'engage à l'instant derrière la tête et le col.—A ce moment, la cuisse doit pendre verticale, poussez-en l'extrémité inférieure devant vous pour dégager le grand trochanter, afin que le couteau le franchisse en arrière et bientôt, à plein tranchant, sorte dans le pli fessier suivant une courbe régulière (c).

Sans vous occuper encore des vaisseaux antérieurs qui sont en sûreté dans les mains qui tiennent le lambeau, précipitez-vous sur les jets de sang qui sortent de la fesse, etc.

B. Procédé lent. — Tracez d'abord le lambeau à la teinture : du milieu de la distance qui sépare le grand trochanter de l'épine iliaque antéro-supérieure, descendez longitudinalement; traversez la face antérieure de la cuisse à 20 centimètres du point de départ et remontez sur la face interne, à un doigt derrière le bord interne tangible et visible du muscle moyen adducteur, jusque près du pli périnéo-crural. En arrière, vous unirez les deux têtes de l'U antérieur, ou mieux ses deux branches, un peu au-dessous des têtes, par une incision qui viendra passer à un doigt au-dessous du pli fessier (d).

Opération. — Tenez-vous en dehors du membre légèrement écarté et tordu en dehors. Incisez d'un trait le contour du lambeau, en commençant en dedans de la racine de la cuisse pour descendre, croiser la face antérieure et remonter en dehors. Passez le couteau sous la cuisse pour le remettre près du départ de la première incision et diviser les téguments postérieurs (e).

Vous devez, sans la disséquer, libérer tout à fait la lèvre supérieure de la plaie, aussi bien en avant qu'en arrière, de manière à produire une rétraction par glissement de plusieurs centimètres. Les veines intéressées doivent être pincées dès à présent.

Sous le bord du lambeau antérieur, en dehors, incisez le fascia lata et l'extrémité de son muscle tenseur; plus en dedans, le cou-

turier soulevé par vos doigts; entre les deux, le droit antérieur; et relevez le tout, en le décollant pour découvrir les vaisseaux fémoraux le plus haut possible. Coupez ceux-ci entre deux ligatures et relevez-en le bout supérieur avec le lambeau. Un peu plus haut, traitez de même les vaisseaux fémoraux profonds. Tout de suite après, divisez le muscle moyen adducteur, ce qui vous permettra de jeter un fil sur un rameau de l'obturatrice.

Entaillez maintenant le psoas pour atteindre la capsule, l'ouvrir, luxer la tête et inciser le ligament rond comme d'habitude. Cela fait, vous contournez l'extrémité supérieure du fémur en serrant l'os (f) pour éviter les vaisseaux postérieurs; quand vous serez arrivé au niveau du pli fessier, vous terminerez en divisant le nerf et les muscles. Dans ce dernier temps, il vous arrivera peut-être d'apercevoir des vaisseaux et de pouvoir les pincer avant de les couper.

Notes. — (a) Le couteau doit glisser entre l'artère et la tête du fémur, fuyant l'artère pour ne pas l'atteindre, lui tournant le dos, cherchant l'articulation pour en ouvrir la capsule en passant, à la manière de Baudens. Pour que cela soit possible, il faut opérer pendant que la cuisse est légèrement fléchie, car la flexion éloigne l'artère de la tête fémorale.

La transfixion est impraticable lorsque les chairs sont parsemées d'esquilles ou soulevées par une grosse tumeur.

(b) Quelques opérateurs ont recommandé de faire introduire les doigts d'un aide dans la plaie pour aplatir l'artère dans la base du lambeau, peu après que le couteau a fait sa voie, c'est-à-dire avant la section de l'artère fémorale. Le mieux est de faire vite, car si le couteau ne divise qu'en dernier lieu les vaisseaux fémoraux superficiels, il est à peine introduit qu'il a déjà coupé les gros vaisseaux fémoraux profonds.

(c) Il vaut mieux, quand l'articulation est ouverte, passer le couteau sous le membre pour inciser les téguments, sinon les muscles, de dehors en dedans. L'on revient après, contourner l'extrémité fémorale et terminer à la manière ordinaire.

(d) L'incision postérieure devrait même descendre plus bas, si les téguments antérieurs faisaient défaut pour tailler un lambeau suffisamment long. Quand on opère pour quelque énorme ostéosarcome, le ventre a prêté de la peau qu'il reprendra aussitôt que les incisions seront faites. Il faut tailler en conséquence.

(e) L'on peut remettre à plus tard la section des téguments postérieurs.

(f) La cuisse, avons-nous dit, doit à ce moment pendre verticale, soutenue, soulevée même par un aide. Vertical aussi sera tenu le couteau, la pointe basse, rasant successivement la face externe du grand trochanter et la face postérieure du col (cuisse droite) ou inversement (cuisse gauche), sans abandonner le contact de l'os, malgré les secousses que la droite du chirurgien imprime nécessairement à l'instrument pour trancher les parties fibreuses.

Remarques. — Quand on ampute par un procédé rapide, le couteau travaille vingt secondes; les pinces vingt minutes, rarement moins, souvent plus. Un tel procédé n'est évidemment pas plus rapide que tel autre réputé très lent dans lequel l'action du couteau durerait vingt minutes, mais se terminerait en même temps que l'hémostase.

Abstraction faite du danger d'hémorragie foudroyante, s'il était prouvé qu'avec la transfixion ou l'entaille hardie la dernière ligature est plus vite posée que dans les autres procédés, il faudrait hésiter à recourir à ces derniers. Il vaut mieux, en effet, perdre 200 grammes de sang, en cinq minutes, par quelques grosses artérioles, que 500 en une heure par une longue série de petites hémorragies.

Dans tous les procédés, la lenteur est un défaut si elle n'est pas exigée par la sécurité. Ici, dans la désarticulation de la cuisse, il faut redouter, presque autant que les hémorragies de la fémorale, celles qui durent, venant des petites artères ou des capillaires. C'est pourquoi je crois bon non seulement de fuir les artérioles en rasant les os, mais encore de préférer à la raquette externe la raquette antérieure, qui permet d'aller vite et facilement, quel que soit l'état des os.

Quelques chirurgiens ont entaillé un lambeau antérieur, après avoir passé une longue et forte aiguille, une broche, en travers sous les vaisseaux fémoraux primitifs, et jeté par-dessus un fil de caoutchouc entortillé plusieurs fois de manière à produire une striction temporaire.

Autres procédés.

Comme l'a dit Barbet, il faut souvent choisir un procédé suivant les circonstances, et c'est pour que mon lecteur ne soit jamais pris au dépourvu que j'ai indiqué et figuré ici tant de procédés historiques applicables seulement à des cas exceptionnels.

A plusieurs reprises, on a dû se contenter du *lambeau interne* de Moublet (fig. 511, p. 671), allongé par Delpech (fig. 512, p. 671), transformé par Blasius (fig. 513, p. 673), qui malheureusement s'est quelquefois gangrené.

Le *lambeau postérieur* unique, indiqué par Puthod et Wöhler (fig. 509, p. 671), a servi à Langenbeck et à Bryce.

Le *lambeau externe* a plusieurs fois été employé accidentellement, dans des cas où il s'agissait de compléter par l'extirpation de l'extrémité supérieure du fémur une amputation sous-trochantérienne faite par cette méthode (fig. 510, p. 671).

Béclard, Sanson, Bégin et M. Duval coupent les téguments postérieurs à une certaine distance au-dessous du pli de la fesse, après avoir taillé un lambeau antérieur. C'est donc un procédé à *deux lambeaux antérieur et postérieur*. Mais je ferai remarquer qu'à moins d'entamer la fesse comme

Lalouette, on en garde toujours la totalité des parties molles quand on pratique le lambeau antérieur, dit unique un peu à tort, comme on le voit.

Les *lambeaux latéraux* paraissent dater de Larrey (fig. 522, p. 677) et d'A. Blandin, mais nous avons vu que le premier faisait à la hanche, comme à l'épaule, quelque chose qui est devenu la raquette, externe ici, antérieure là.

Dupuytren (premier procédé), Lisfranc (fig. 525, p. 677), Kerst, Hammick, Syme, Unger et Walter taillaient de vrais lambeaux latéraux, les uns par transfixion, les autres par entaille, en commençant tantôt en dedans, tantôt en dehors.

Lisfranc ponctionnait d'avant en arrière, en dehors de l'artère et même de l'articulation qu'il ouvrait ou rasait en passant, pour aller ressortir plus en dedans, sous l'ischion, et tailler de suite le lambeau externe ou plutôt postéro-externe. Faisant tirer en dedans les chairs internes, il ramenait le couteau à l'attitude du départ, passait cette fois en dedans de la tête fémorale et faisait saisir l'artère avant de terminer le lambeau interne, toujours de l'intérieur vers l'extérieur. La désarticulation venait après.

Quant à B. Bell, en conseillant, après avoir coupé circulairement, de fendre en avant et en arrière (fig. 529, p. 681), il a fourni également un procédé à lambeaux latéraux que Roser, entre autres, a employé pour extirper l'extrémité du fémur à la suite d'une amputation préalable.

Alanson, Abernethy, Sanson (fig. 528, p. 679), Cornuau, Græfe incisaient *circulairement* ou plutôt un peu obliquement comme le pli de l'aîne; puis, creusant le moignon de plus en plus, atteignaient l'articulation.

Voici du reste, comme pour l'épaule, un petit **atlas historique** incomplet sans doute, mais qui cependant représente avec une exactitude approximative et d'après des textes authentiques, les principaux procédés proposés ou employés jusqu'à ce jour.

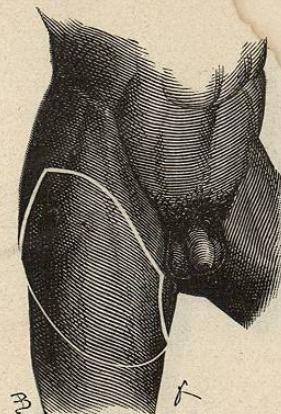


FIG. 509. — Lambeau postérieur indiqué par Puthod et Wöhler (1759), employé par Bryce (1827).

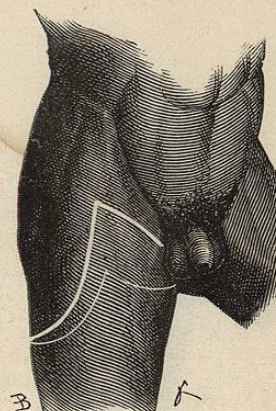


FIG. 510. — Lambeau externe résultant d'une incision dite elliptique coudée. Soupert.

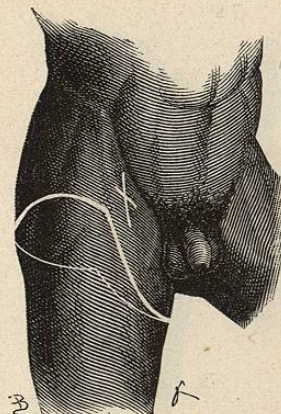


FIG. 511. — Lambeau interne de Moublet (1759), après ligature de l'artère fémorale.

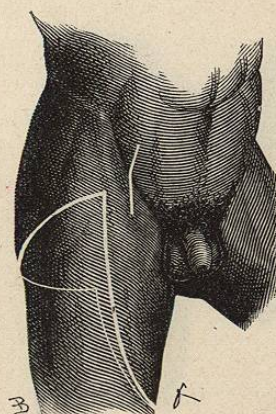


FIG. 512. — Lambeau interne très long de Delpech (1828), après ligature de l'artère fémorale.

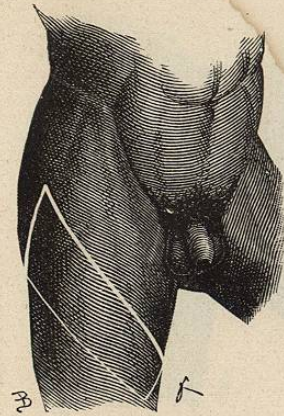


FIG. 515. — Lambeau interne pointu, résultant d'incisions formant losange (Schrägschnitt), de Blasius (1859).

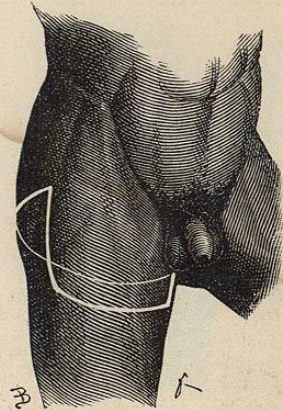


FIG. 514. — Lambeau antérieur carré, musculo-cutané, entaillé à la Ravaton Plantade (1803).

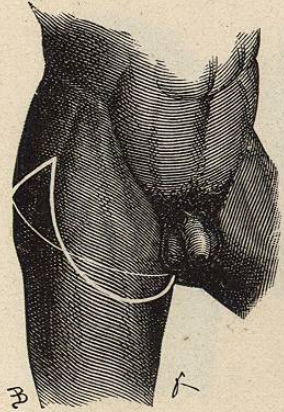


FIG. 515. — Lambeau antérieur arrondi cutané, disséqué pour lier l'artère avant de désarticuler : Ashmead (XIX^e).

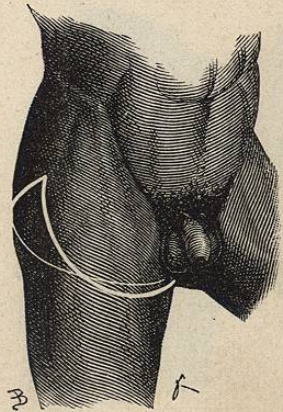


FIG. 516. — Lambeaux arrondis antérieur et postérieur, courts, l'antérieur cutané, disséqué : Sanson et Bégin.

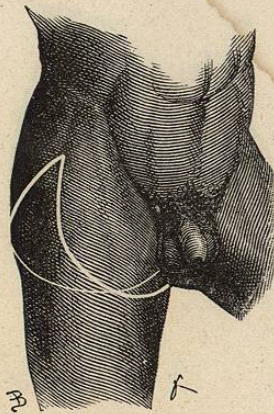


FIG. 517. — Lambeaux arrondis, courts, antérieur et postérieur, l'antérieur, ponctionné Bécлар.

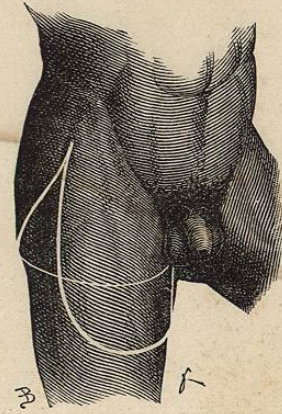


FIG. 518. — Lambeau antérieur prédominant, très long, ponctionné à la Bécлар : Baudens (1826?), Lenoir.

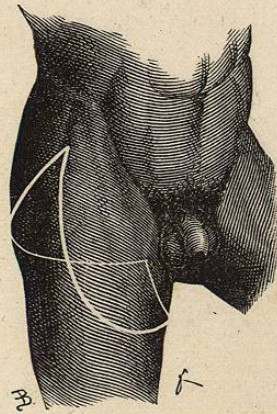


FIG. 519. — Lambeau antérieur un peu interne, ponctionné, l'incision postérieure précède la désarticulation : Manec.

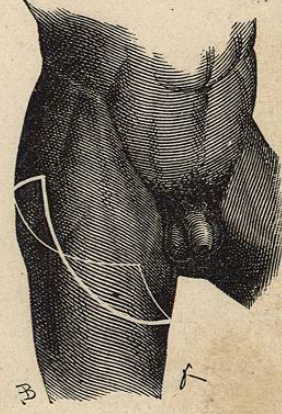


FIG. 520. — Lambeau antéro-interne taillé en sortant, après désarticulation. Lalouette (1748), Lenoir (1831).