

vent l'amputation et sont dues à l'hémorrhagie. Et cela est d'autant plus important que dans le nombre des cas favorables on comprend aussi les cas dans lesquels on n'a pas désarticulé le membre tout entier, mais un moignon d'une ancienne amputation de cuisse. Cependant cette désarticulation est pleinement justifiée dans les tumeurs osseuses, les destructions traumatiques étendues et l'ostéomyélite du fémur avec suppuration de l'articulation coxo-fémorale; car la chirurgie a repris pour ainsi dire ses sens en rejetant les opérations de vitesse et en choisissant les procédés qui assurent avant tout la vie des malades.

Il est curieux qu'en France où la chirurgie brille surtout par sa rapidité, les chirurgiens aient dans ces derniers temps cherché de préférence des procédés contrastant avec cette rapidité vertigineuse. C'est surtout dans la méthode de Verneuil que ce revirement est manifeste; elle repose sur ce principe d'extirper la cuisse comme une tumeur en faisant un lambeau ovalaire dont le sommet tombe sur l'artère fémorale, et en liant les deux bouts de l'artère et de la veine; puis on avance lentement dans les muscles, et les vaisseaux que l'on rencontre sont liés avant d'être coupés. Quand l'articulation a été ouverte (la capsule est prise dans le lambeau), les muscles sont détachés les uns après les autres du fémur, qui est en quelque sorte abrasé, et ce n'est qu'après ce temps opératoire que l'on ressort dans l'incision cutanée postérieure. Farabeuf et Rose emploient une méthode analogue.

Elle est en quelque sorte nécessaire quand la désarticulation est faite pour une tumeur osseuse remontant très haut. Mais ce procédé est très lent; par contre il n'exige pas d'aides absolument instruits. Verneuil prétend qu'on peut terminer l'opération en moins d'une demi-heure, mais cela n'est vrai que pour des opérateurs exercés. Si on veut employer un procédé à la fois rapide et commode, on peut, selon le conseil de Pitha, faire d'abord une amputation de cuisse en haut, arrêter l'hémorrhagie, puis désarticuler l'os du moignon. Grâce à l'application de la bande d'Esmarch sur le membre préalablement élevé on peut amputer presque sans perte de sang; puis on fend le moignon par deux incisions longitudinales, et on désarticule. On peut encore opérer inversement en commençant par deux incisions latérales, en sciant le fémur avec une scie pointue au-dessous du trochanter; on pénètre ensuite jusqu'à l'acétabulum où on désarticule le fémur et on ne taille les lambeaux que plus tard.

Le procédé qui ressemble le plus au précédent est celui dans lequel on lie tout d'abord la fémorale et où on part de l'incision de la ligature pour tailler le lambeau ovalaire. On part du bord externe de la plaie, vers le col du fémur; on incise jusqu'à lui, on ouvre la capsule et par

une forte supination on fait saillir la tête que l'on saisit; en partant de la capsule on détache les insertions musculaires juste au trochanter; le psoas est détaché du petit trochanter, et le fémur attiré davantage. On rase ensuite l'os de haut en bas en taillant au couteau le lambeau, pendant qu'un aide saisit les bords de la plaie et les comprime. J'ai opéré deux fois de cette façon; je n'ai pour ainsi dire pas perdu de sang, et ai pu terminer très rapidement.

Opérations diverses. — Maintenant que nous avons exposé les procédés classiques des amputations et désarticulations typiques, nous allons insister sur quelques variantes.

Supposons qu'un opérateur vienne de faire l'incision de la désarticulation sous-astragalienne de Malgaigne et qu'il ait désarticulé le pied au niveau de l'interligne de Chopart. Si maintenant au lieu d'enlever le calcaneum et de laisser l'astragale, inversement on enlève ce dernier et on laisse le calcaneum, on pourra en outre fendre par un trait de scie cet os dans sa longueur et n'enlever que la portion externe de ce dernier, en laissant sa moitié interne incluse dans le lambeau interne. Si maintenant on scie les malléoles, on obtiendra une modification bizarre de l'opération de Pirogoff. Ce n'est plus le talon, mais la moitié interne du calcaneum qui formera l'élément ostéoplastique qui sera adapté à la surface de section des os de la jambe. Cette modification a été apportée par Tauber.

Si on suppose le même procédé, c'est-à-dire l'incision de Malgaigne et la section sagittale du calcaneum de Tauber, mais sans résection des malléoles, on pourra adapter la moitié interne du calcaneum dans la mortaise tibio-péronière après avoir préalablement arrondi la surface de section du calcaneum. Quimby et Rasumofsky ont opéré de cette façon. Chez les enfants, elle a l'avantage de laisser intact le cartilage épiphysaire des os de la jambe.

Supposons maintenant une désarticulation de Chopart. Si on sectionne le calcaneum, comme dans l'amputation de Pirogoff, et que l'on scie également la face inférieure de l'astragale, on pourra tourner la surface de section du calcaneum en haut, et la coapter à la surface de section de l'astragale. C'est dans la forme du moignon de Pirogoff, mais l'astragale (moins la tête) reste en place et les os de la jambe en même temps que l'articulation tibio-tarsienne sont intacts. C'est en quelque sorte une amputation ostéo-plastique sous-astragalienne. Il est évident que l'on n'a pas besoin du même lambeau que dans la désarticulation de Chopart; le pied n'est pas raccourci. C'est l'opération de Hancock. Kranzfeld l'exécuta avec cette modification qu'il enleva la face supérieure du calcaneum, la face inférieure de l'astragale

avec le col et la portion antérieure du calcaneum ; il en résulta donc une ankylose entre le calcaneum et l'astragale. Cette modification avait pour motif une insuffisance de peau pour pouvoir faire une amputation de Chopart.

Que l'on se figure une jambe présentant des ulcérations remontant haut sur sa face antérieure, et nécessitant l'amputation ; si on fait le procédé de Syme en prenant au lieu d'une simple calotte, toute la peau de la plante pour lambeau inférieur, on pourra le rabattre en haut et en avant pour couvrir l'ulcère. Le malade est amputé mais beaucoup plus bas. Keetly a opéré de cette façon. Remplaçons maintenant le procédé de Syme par celui de Pirogoff avec la modification que nous venons de décrire, et nous aurons celui de Rydygier.

A la même époque où toutes ces modifications prirent naissance, on prit l'habitude de faire des résections atypiques du tarse pour tuberculose osseuse. L'antisepsie a permis de tenter les procédés les plus divers. Mais la plupart de ces cas ne figurent pas dans les statistiques.

SIXIÈME PARTIE

MALADIES DES VOIES URINAIRES

CHAPITRE PREMIER

ANATOMIE DU PÉRINÉE, DE L'URÈTHRE ET DE LA VESSIE.

§ 1. — *Muscles et aponévroses du périnée.*

Muscles. — L'orifice inférieur du bassin est fermé par un système de muscles et d'aponévroses qui ne sont percés qu'aux endroits où se trouvent les orifices des appareils génito-urinaire et intestinal. Les muscles ont encore pour fonction de régir ces orifices et à cet effet ils présentent un appareil d'innervation très compliqué. Depuis très longtemps, cet appareil d'occlusion très complexe est considéré par le praticien comme un sujet dans lequel les anatomistes ont trouvé plus de détails qu'il n'est nécessaire pour la pratique. Le grand nombre des aponévroses décrites par certains anatomistes et la complexité des rapports topographiques qui en est résultée, ont paru suspects à d'autres anatomistes, qui ont essayé de simplifier la description et ont créé de nouveaux termes. Il arriva ainsi que la topographie de cette région devint une véritable plaie pour les chirurgiens, qui ordinairement acceptent pourtant avec reconnaissance tout ce que l'anatomie leur fournit d'utile pour la thérapeutique chirurgicale. Nous suivrons la description de C. Langer en ne disant que le nécessaire et en employant aussi peu de termes spéciaux que possible.

Quand on dissèque le péritoine qui tapisse le bassin et qu'on enlève le tissu cellulaire sous-séreux, on remarque un arc tendineux qui s'étend de l'épine sciatique au canal obturateur en passant sur l'obturateur interne. Cette ligne donne naissance à un muscle dont nous aurons à nous occuper souvent, le *muscle releveur de l'anus*. Seulement, en avant, les insertions de ce muscle dépassent l'arc tendineux :