

Fig. 416.



Position de l'amputé pour le renouvellement du pansement.

r. Désarticulation de la cuisse.

a. Grand lambeau antérieur et petit lambeau postérieur (Procédé de MANEC).

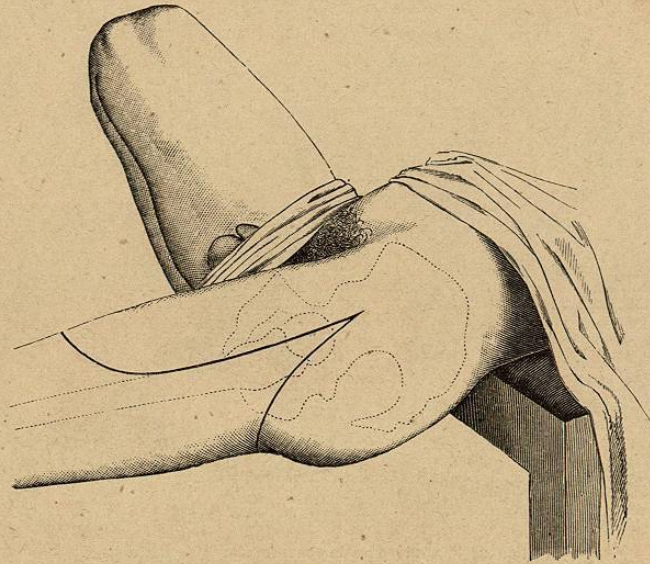
(Section par transfexion.)

1. Le patient est couché de manière que le côté malade dépasse le bord du lit. Le haut du corps est bien appuyé. Le scrotum est relevé du côté sain (fig. 417).

2. Après avoir refoulé le sang du membre et arrêté la circulation locale, ainsi que le représentent les dessins page 134, 135 et 136, on taille de dedans en dehors un grand lambeau antérieur. L'opérateur enfonce un long couteau (v. fig. 298) au milieu d'une ligne fictive allant de l'épine iliaque antérieure supérieure au sommet du grand trochanter; il fait d'abord marcher la pointe de l'instrument parallèlement au ligament de POUPART sur la tête du fémur (chemin faisant il ouvre la capsule articulaire), la dirige ensuite en bas et en dedans et la sort au côté interne de la cuisse près du périnée (fig. 418). Par de rapides mouvements de va-et-vient, le couteau détache un lambeau bien arrondi, de 18—20<sup>cm</sup> de largeur, qu'on tient ensuite fortement relevé.

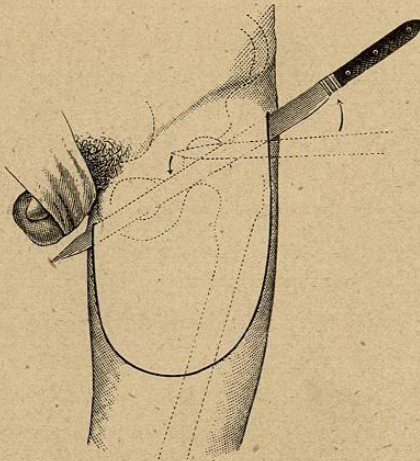


Fig. 417.



Désarticulation de la cuisse; procédé à lambeaux antérieur et postérieur.

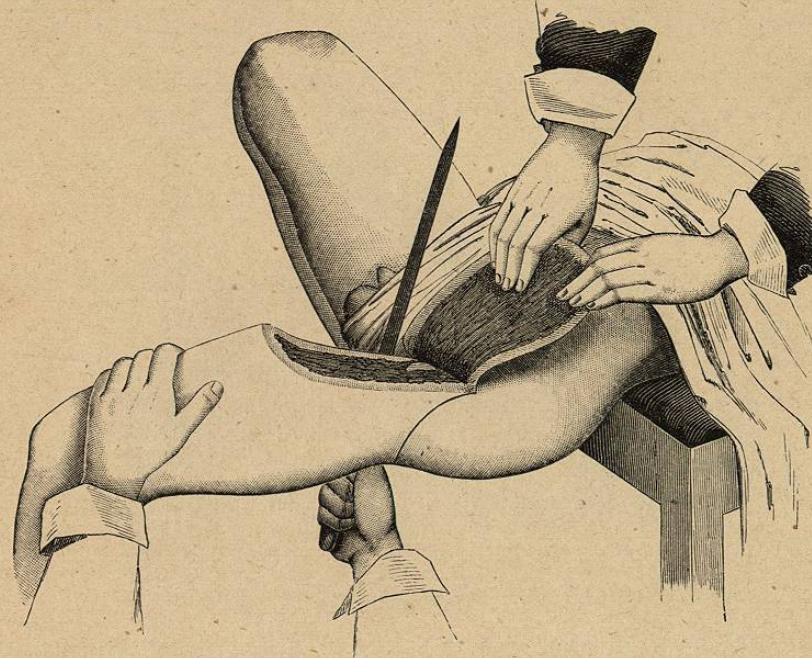
Fig. 418.



Section par transfixion du lambeau antérieur.

3. Le couteau, traversant la cuisse en arrière d'une extrémité à l'autre de la précédente incision, coupe de dedans en dehors un lambeau postérieur plus petit, dont la convexité s'étend jusqu'au pli de la fesse, et dont la base se confond en dedans et en dehors avec celle du lambeau antérieur (fig. 419).

Fig. 419.



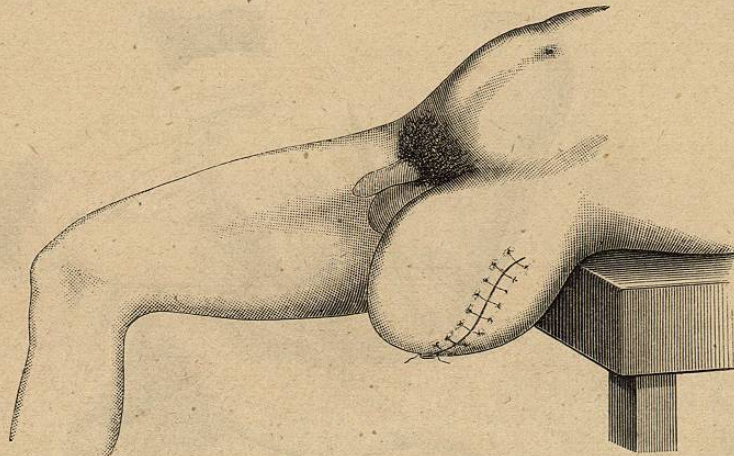
4. La cuisse en extension forcée et tournée en dehors, on ouvre la capsule articulaire en faisant marcher le couteau verticalement sur la tête fémorale, (comme si l'on voulait la réséquer et en laisser la partie supérieure dans l'acétabulum). L'air pénètre en sifflant dans la jointure, l'extrémité articulaire du fémur sort à moitié de sa cavité; la section du ligament rond la détache entièrement.

5. Elle est aussitôt saisie de la main gauche par l'opérateur, qui la tire à lui et divise la partie postérieure de la capsule, ainsi que les muscles s'insérant au grand trochanter, et toutes les parties molles restées intactes.

6. On place dans la cavité articulaire un gros tube à drainage, dont le bout antérieur sort par le milieu de la plaie, le lambeau antérieur est abaissé, et réuni aux bords du lambeau postérieur comme le montre la fig. 420.



Fig. 420.



Moignon après désarticulation de la cuisse (procédé à lambeaux).

β. *Désarticulation de la cuisse (procédé circulaire).*\*

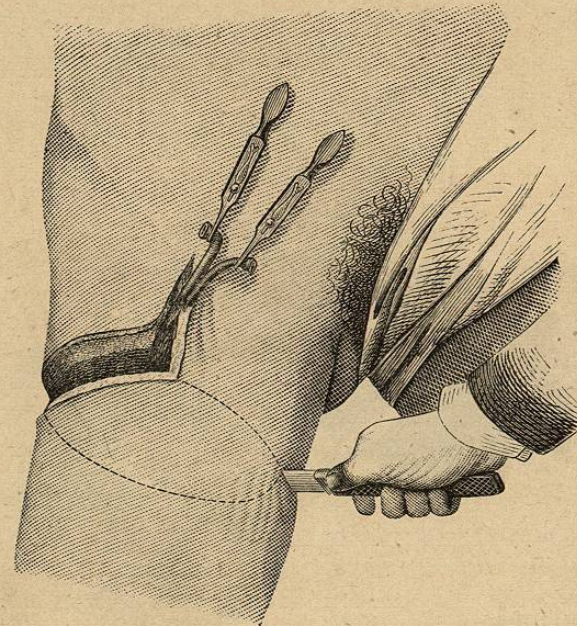
1. On divise circulairement jusqu'à l'os, d'un rapide et vigoureux trait de couteau, toutes les parties molles, à 12<sup>cm</sup> au dessous du grand trochanter. L'os est ensuite scié.

2. Tous les vaisseaux, artères et veines, sont saisis avec des pincettes à verrou et liés avec du catgut (voyez la coupe transversale de la cuisse au tiers supérieure, pl. XXX, fig. II).

3. Dans les cas seulement où pour quelque motif, on ne pourrait recourir en toute sécurité à l'exsanguification artificielle, il est prudent (d'après LARREY), avant de diviser circulairement les chairs, de mettre à nu par une incision longitudinale l'artère et la veine dans le triangle iléo-fémoral, de les serrer sur deux points avec des pincettes à verrou entre lesquelles on les coupe; ceci fait, on lie les bouts inférieurs, mais les bouts supérieurs sont attirés en haut jusqu'à ce que l'opération soit terminée (fig. 421).

\* Ou plutôt en raquette modifiée. DR. R.

Fig. 421.



Désarticulation de la cuisse [Procédé circulaire (raquette modifiée)].

4. Lorsqu'après l'enlèvement du tube de caoutchouc, toute hémorragie à cessé, un grand couteau est enfoncé perpendiculairement, à 5<sup>cm</sup> au dessus du grand trochanter, sur la tête du fémur, pour descendre de là en passant sur le milieu du grand trochanter jusque sur l'incision circulaire, en divisant sur son trajet toute l'épaisseur des parties molles (DIEFFENBACH).

5. L'opérateur saisit avec un fort davier, au milieu du moignon, l'extrémité de l'os, fait écarter par des aides les bords de l'incision verticale, et décolle tout autour le périoste avec une rugine, jusqu'à ce qu'il arrive sur de solides insertions musculaires qu'on sépare de l'os avec un fort couteau.

6. Quand on a de la sorte isolé l'os jusqu'à la capsule articulaire, celle-ci est ouverte comme on l'a dit plus haut, et la tête fémorale



entièrement désarticulée (fig. 422). Dans ce temps de l'opération, l'hémorragie est d'ordinaire insignifiante.

Fig. 422.

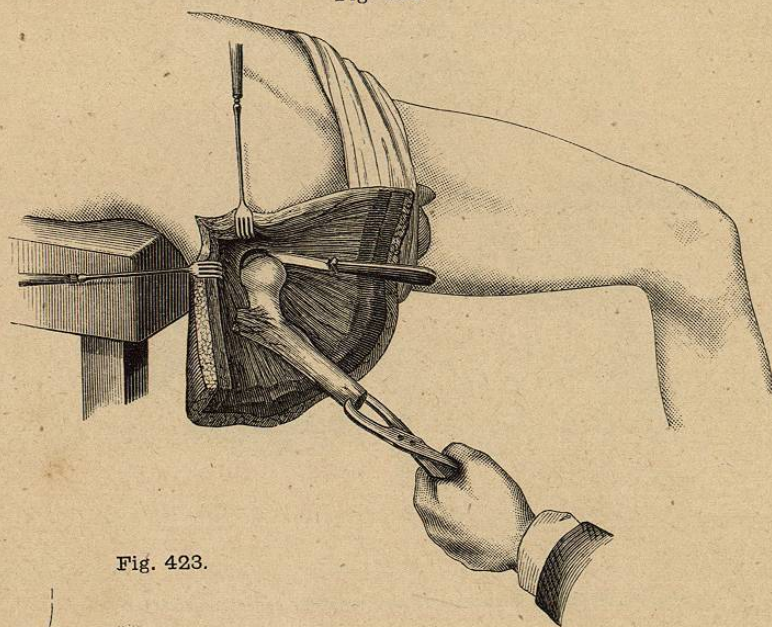
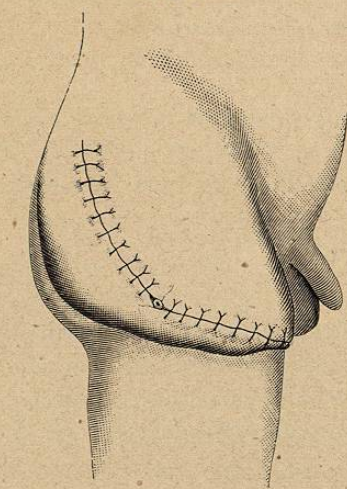


Fig. 423.

Désarticulation de la hanche.



Moignon après désarticulation de la cuisse par procédé circulaire avec incision verticale.

La fig. 423 représente l'aspect du moignon.

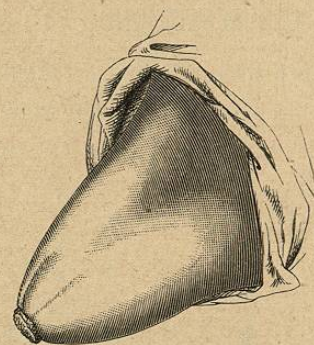
7. Si la musculature est très-développée, on peut au lieu du procédé circulaire en un seul temps, recourir au procédé circulaire en deux temps; ou bien aussi faire un grand lambeau cutané antérieur, et couper en arrière, par une incision circulaire, les parties molles au dessous du pli fessier.

8. Lorsque les parties molles manquent en avant, on peut aussi tailler un grand lambeau postérieur (VON LANGENBECK), et diviser en avant les chairs par une incision transversale demi-circulaire, au dessous de l'arcade crurale. Mais dans ce cas, il faut enfoncer un gros drain jusque dans la profondeur du moignon du muscle psoas iliaque, rétracté dans le bassin, afin de prévenir en cet endroit la rétention du pus.

#### s. Réamputation.

1. Que dans une amputation l'opérateur ne conserve pas assez de parties molles; que celles-ci, à la suite d'un travail phlegmasique

Fig. 424.



Moignon conique.

(ostéite) se rétractent pendant la guérison, ou qu'elles disparaissent par gangrène, le moignon devient conique (fig. 424), c. à d. que l'extrémité de l'os fait une saillie telle, qu'une cicatrisation complète est impossible (ulcère prominens); ou bien la fine cicatrice, obtenue après mille peines, s'ulcère dès que l'amputé s'appuie sur un pilon, sur une jambe artificielle. Après la congélation, après la brûlure d'un membre, il est également difficile d'avoir un bon moignon.

2. Jadis en pareil cas, on pratiquait à nouveau une amputation plus haut, ou bien on essayait de recouvrir l'ulcère cicatriciel d'un lambeau de peau. Le premier procédé n'est dans la plupart des cas pas nécessaire; il est d'ailleurs aussi dangereux pour la vie que la première amputation; quant à la seconde manière de faire, elle ne donne que bien rarement un résultat satisfaisant, parce que l'enveloppe cutanée des extrémités ne convient guère pour les opérations plastiques.

3. Il est beaucoup plus rationnel et pratique de faire la *résection sous-périostée du moignon*. Pour cela, on enlève avec un fort bistouri la cicatrice ou les bourgeons charnus de la surface osseuse; on divise les parties molles du moignon en dessous ou sur les côtés (en évitant



la région où se trouvent les gros vaisseaux et les nerfs) jusqu'à l'os, et l'on décolle le périoste assez haut pour qu'il soit facile d'enlever avec une scie à guichet, une scie à chaîne, un fragment osseux de longueur suffisante. On place un drain aboutissant à la surface de section de l'os, puis on réunit la plaie par des points de suture; elle guérit ordinairement par première intention. On obtient ainsi un excellent moignon, bien garni de parties molles.

4. Si la première amputation s'est faite dans le voisinage d'une jointure, on peut recourir par le même procédé à une *désarticulation sous-périostée* (v. fig. 422).

## F. RÉSECTIONS ARTICULAIRES.

### I. RÈGLES GÉNÉRALES POUR LES RÉSECTIONS.

1. Un important précepte à suivre dans les résections, c'est d'enlever les extrémités articulaires en lésant le moins possible les parties molles.

2. Les *incisions* de la peau, celles des muscles, doivent être faites dans le sens de l'*axe longitudinal* du membre, et l'on évitera soigneusement toute blessure des vaisseaux des nerfs et des tendons.

3. La *conservation du périoste*, en continuité avec toutes les insertions tendineuses et musculaires du voisinage de l'articulation (*résection sous-périostée*, VON LANGENBECK, OLLIER), est d'une très-grande importance, aussi bien pour la guérison de la plaie, que pour le fonctionnement ultérieur du membre; en raison de ces considérations, elle devrait toujours être recherchée. Ce mode d'agir rend l'opération plus difficile dans les cas récents, mais il la facilite dans les cas anciens. Les méthodes anciennes (non sous-périostées) seront aussi décrites à propos des résections de chaque articulation.

4. Pour *conserver le périoste*, il faut le diviser dans le sens de l'incision cutanée et le détacher de l'os en continuité avec les parties molles environnantes, non pas avec un instrument tranchant, mais avec des *rugines* de formes et de grandeurs diverses\* (isolement de l'os).

\* Je comprends sous la dénomination de *rugine*, les instruments appelés en Allemagne *raspatorium*, c. à d. râcloir, grattoir, *elevatorium*, levier, ainsi que le *détache-tendon* d'OLLIER. D<sup>R</sup>. R.

Fig. 425.



Râcloir.

Fig. 426.

Rugine étroite  
de Langenbeck.

Fig. 427.



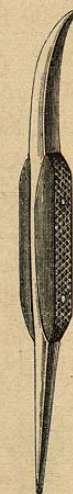
Rugine large

Fig. 428.



Pied de biche.

Fig. 429.



Rugine de Sayre.

Fig. 430.



Couteau à résection d'Esmarch.

5. Les capsules articulaires, les expansions fibreuses de renforcement et les insertions musculaires, ne peuvent être détachées avec des instruments mous; il faut les séparer des os avec un couteau à lame courte et solide (fig. 429), agissant perpendiculairement aux plans osseux; ces parties doivent toujours garder leurs adhérences avec le périoste voisin.

6. Dans ce temps de l'opération, on fera *alterner* suivant les convenances l'emploi du couteau avec celui des rugines mous, en ménageant autant que possible le périoste qu'il ne faut ni contondre, ni déchirer.

7. Lorsque les extrémités articulaires ont été isolées de la sorte, on les fait saillir hors de la plaie, puis elles sont saisies avec de forts