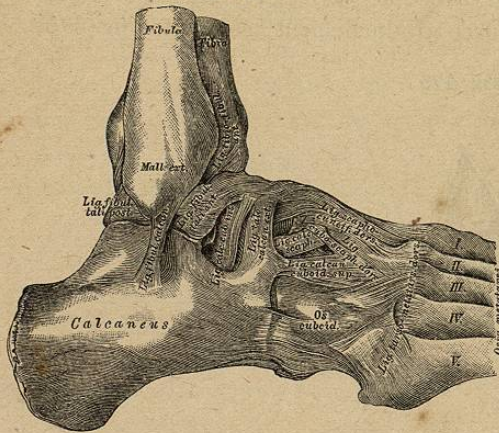


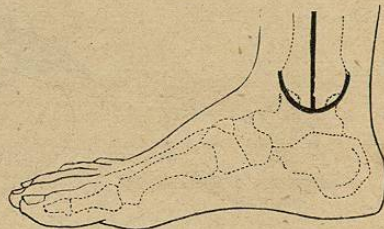
Fig. 477.



Ligaments de la région externe de l'articulation tibio-tarsienne.

4. Le pied placé maintenant sur son côté externe, on fait une incision semi-lunaire de 3 à 4^{cm} autour de l'extrémité inférieure de la malléole interne (fig. 478), et du milieu

Fig. 478.

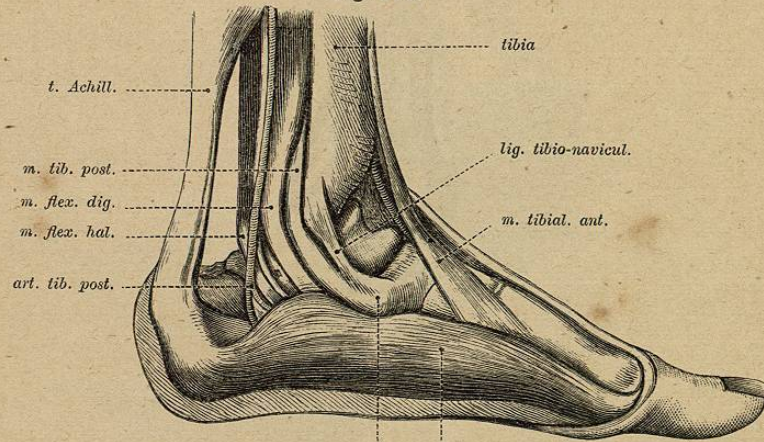


Incision sur la malléole interne.

de cette incision, on en fait monter verticalement une seconde de 5^{cm} sur la face interne du tibia (incision en ancre).

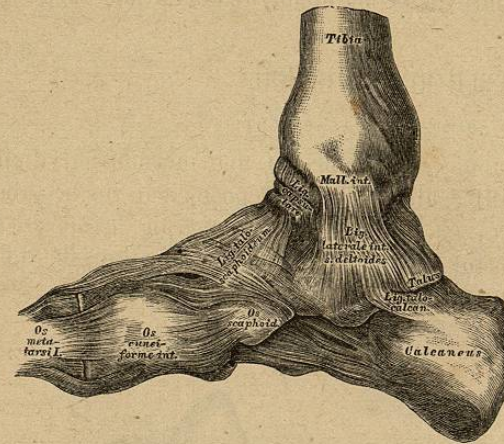
5. Les incisions pénètrent à travers le périoste jusqu'à l'os. On décolle le périoste en deux lambeaux triangulaires en continuité avec la peau de la face interne (fig. 479), avec les gaines tendineuses des

Fig. 479.



Face interne de l'articulation tibio-tarsienne (d'après Henke).

Fig. 480.



Ligaments de la région interne de l'articulation tibio-tarsienne.

fléchisseurs dorsaux de la région antérieure, celles des fléchisseurs plantaires de la face postérieure du tibia, puis enfin on sépare de la malléole le ligament latéral interne (fig. 480).

6. A l'extrémité supérieure de l'incision longitudinale, on divise le tibia avec une scie étroite, une scie à chaîne, (obliquement à cause du peu de place); le fragment séparé est

saisi avec un davier qui le fait tourner lentement sur son axe, tandis que la rugine décolle de haut en bas les attaches périostées du ligament interosseux.

NB. Il est de la plus grande importance pour la reproduction osseuse de ménager le ligament interosseux (LANGENBECK).

7. L'os ne tient plus maintenant que par les insertions antérieures et postérieures de la capsule articulaire. On le détache avec le couteau, en ayant soin de ne pas blesser le tendon du jambier postérieur.

8. Si l'on veut enlever la face articulaire de l'astragale, on le fait avec une scie étroite, qui divise dans le sens de l'incision semi-lunaire, d'avant en arrière, la poulie articulaire, tandis que la plante du pied est solidement pressée avec deux mains sur le plan de la table d'opération (LANGENBECK conseille de réséquer la partie supérieure de l'astragale de suite après la section du péroné par la première incision, mais de ne l'extraire avec un levier qu'après l'extirpation du fragment tibial).

9. L'hémorrhagie arrêtée, on place un gros drain à travers la partie inférieure de la plaie, qui se réunit par quelques points de suture. Au moyen d'un des appareils décrits (pag. 83—86), on fixe le membre

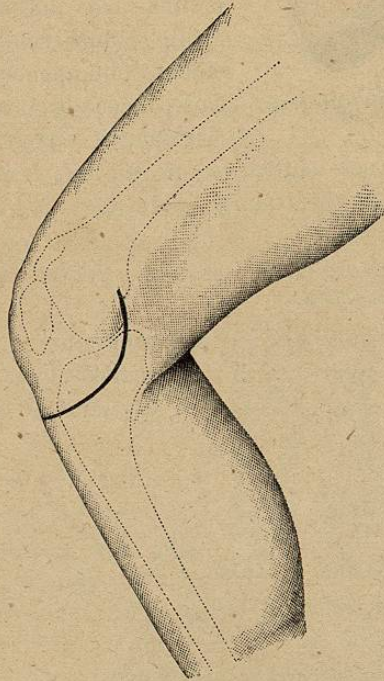
de manière que le pied soit à angle droit sur la jambe, et que les cylindres ou fourreaux périostés soient maintenus tendus à leur longueur normale.

XI. RÉSECTION DU GENOU.

Incision curviligne antérieure.

1. Le genou fléchi à angle droit, on fait une incision curviligne à convexité inférieure (fig. 481), allant du bord postérieur de la tubérosité d'un condyle à l'autre, en passant directement au dessus de la tubérosité du tibia, et divisant en même temps que la peau, le ligament rotulien et la paroi antérieure de la capsule articulaire.

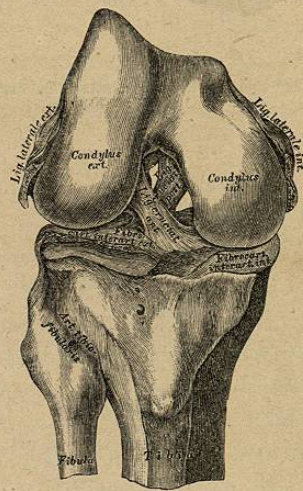
Fig. 481.



Résection du genou avec incision curviligne antérieure.

2. Le genou plus fortement fléchi, on divise les deux ligaments latéraux et les ligaments croisés (fig. 482); l'articulation est ainsi largement ouverte.

Fig. 482.



Ligaments croisés.

3. La paroi postérieure de la capsule est soigneusement détachée du fémur, les surfaces articulaires de celui-ci sont poussées au dehors, et aussi loin qu'elles sont recouvertes de cartilage, sciées parallèlement au plan de l'extrémité des condyles.

4. Le plateau tibial est scié; il faut éviter de léser l'articulation du péroné qui dans la règle ne communique pas avec celle du genou.

5. La rotule est extraite avec précaution et détachée du tendon du triceps. On enlève aussi, lorsqu'elle est enflammée ou dégénérée, la partie supérieure de la capsule.

6. Il est très-pratique de traverser obliquement sur plusieurs points les deux extrémités osseuses avec un *perforateur* (fig. 483) pourvu d'un

Fig. 483.



Perforateur.

chas près de sa pointe, et de les fixer solidement l'une à l'autre au moyen de fils d'argent, ou de fort catgut, passés dans le chas de l'instrument.

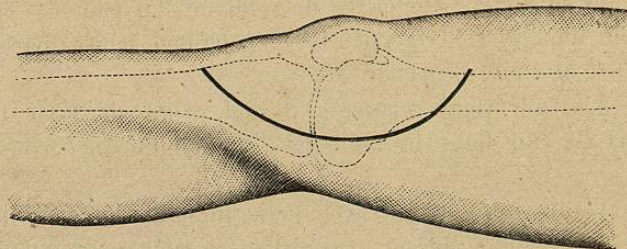
7. L'écoulement sanguin arrêté, on place en arrière des os un gros drain traversant la plaie, et sortant aux deux angles de celle-ci dont le reste est réunie par des points de suture; le membre est ensuite immobilisé en bonne position par un des appareils décrits (pag. 90—93).

XII. RÉSECTION SOUS-PÉRIOSTÉE DU GENOU.

Incision curviligne latérale de LANGENBECK.

1. Sur la face interne de l'articulation étendue, on fait une incision curviligne de 15 à 18^{cm}, convexe en arrière, commençant à 5 ou 6^{cm} au dessus de la rotule au bord interne du muscle droit, passant derrière la tubérosité du condyle interne du tibia, pour se terminer en dedans de la crête de cet os, à 5 ou 6^{cm} au dessous de la rotule (fig. 484).

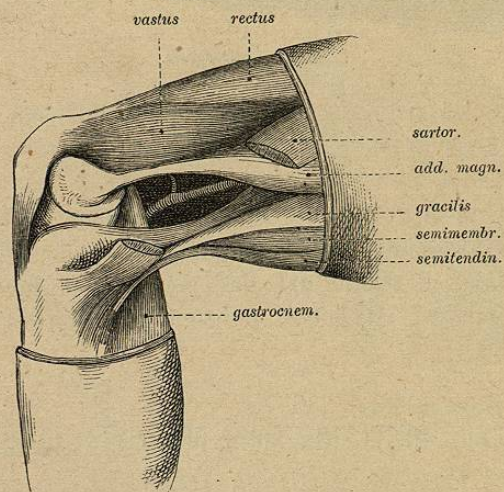
Fig. 484.



Incision curviligne latérale de Langenbeck pour la résection du genou.

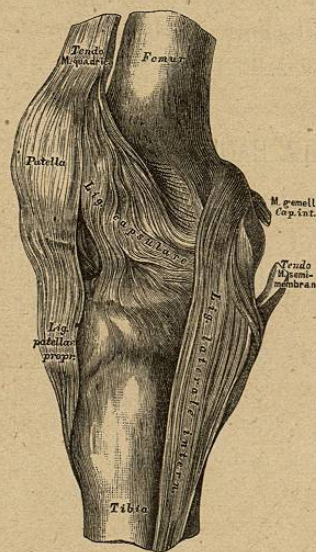
2. A la partie supérieure de la plaie est le vaste interne, sous lequel le tendon du grand adducteur fait saillie; à la partie inférieure on voit le tendon du couturier. Ces deux tendons doivent être ménagés (fig. 485).

Fig. 485.



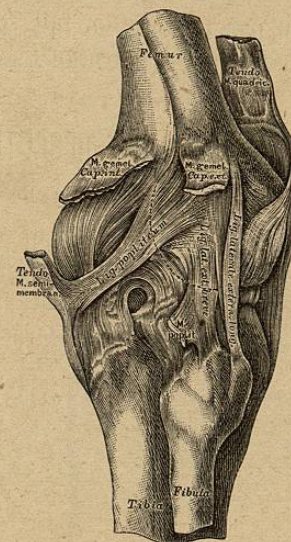
3. Le ligament latéral interne est coupé sur l'interligne articulaire, l'insertion interne de la capsule est détachée du bord antérieur du condyle interne jusqu'en haut sous le vaste interne; on agit de même à l'égard de l'aïlillon du ligament latéral interne, qu'on décolle de la face antérieure du tibia jusqu'à la ligne médiane (fig. 486).

Fig. 486.



Intérieur.

Fig. 487.



Extérieur.

Ligaments de l'articulation du genou (genou droit).

4. Le genou est fléchi, et tandis qu'on l'étend de nouveau lentement, on luxé la rotule en dehors par une vigoureuse pression.

5. Les ligaments croisés sont divisés; pour détacher le ligament croisé postérieur de l'éminence intercondylienne du tibia, il faut tourner en avant le condyle interne de cet os.

6. Une incision semi-lunaire profonde, passant au dessous de la saillie du condyle externe du tibia, divise le ligament latéral externe et les parties voisines de la capsule (fig. 487).

7. L'articulation est largement béante; on coupe la paroi postérieure de la capsule, et l'on fait saillir de la plaie, l'une après l'autre pour les scier, les extrémités du fémur et du tibia.

8. Si l'on veut enlever la rotule, il faut circonscrire sa face articulaire avec le couteau, puis on décolle son périoste avec la rugine, afin de conserver ainsi la continuité du ligament rotulien avec le tendon du triceps.

Avant de réunir la plaie, on place un drain de fort calibre à sa partie déclive. Il est bon de pratiquer au côté externe une petite contre-ouverture par laquelle on fait sortir l'extrémité du drain, comme aussi de placer un tube fenêtré au travers du cul-de-sac synovial.

XIII. RÉSECTION DE LA HANCHE.

Incision curviligne postérieure d'ANTHONY WHITE.

1. La patient est couché sur le côté sain. L'incision commence au milieu de l'espace compris entre l'épine iliaque antérieure supérieure et le grand trochanter, décrit un arc autour de ce dernier, et descend à 5^{cm} au dessous, le long de son bord postérieur (fig. 488).

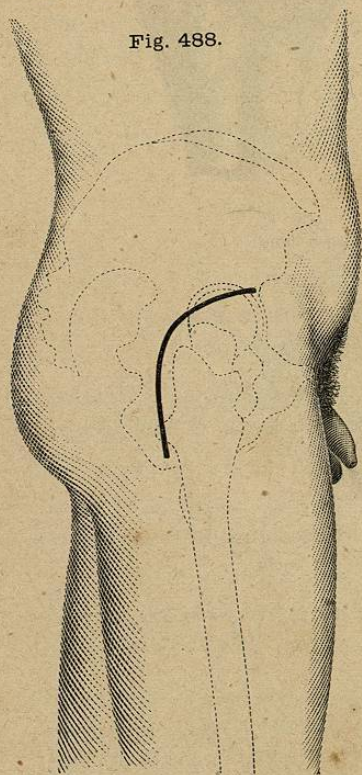


Fig. 488.

Résection de la hanche.
Incision curviligne postérieure de A. WHITE.

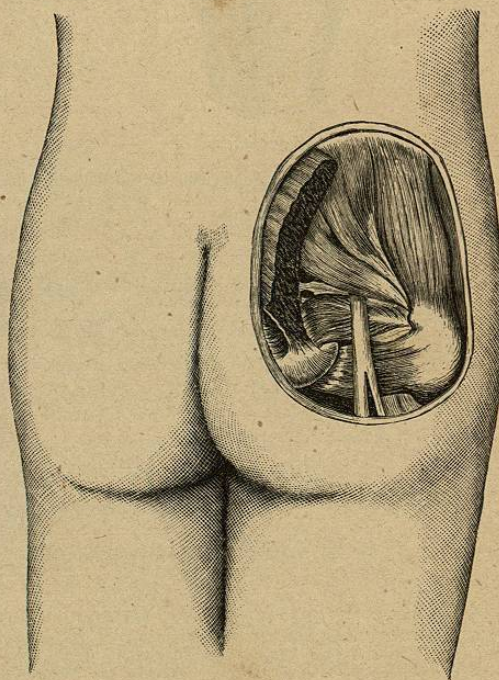


Fig. 489.

Muscles de la partie postérieure de l'articulation coxo-fémorale et nerf sciatique.

2. Avec un couteau solide et court, on détache du grand trochanter les insertions tendineuses des muscles grand et moyen fessier, de l'obturateur interne, du pyramidal et du carré crural (fig. 489); puis on écarte avec du crochets les masses musculaires, afin de découvrir la face postérieure du col fémoral et de la cavité cotyloïde.

3. Une vigoureuse incision, longeant le rebord cartilagineux, ouvre l'articulation; la cuisse est ensuite fléchie et portée dans l'adduction, et la tête du fémur sort de la cavité cotyloïde avec un bruit de sifflement.

4. L'extrémité d'un couteau étroit enfoncé d'arrière en avant, de dedans en dehors, dans l'acetabulum, divise le ligament rond au sommet de la tête fémorale, qui se trouve entièrement détachée de la cavité articulaire.

5. On repousse en arrière les parties molles au moyen d'une bandelette métallique (d'étain) glissée derrière le col du fémur, qui est divisé avec une scie étroite, une scie à chaîne, pendant que la tête fémorale est fixée avec un davier (fig. 490). (Pour le reste, voyez l'opération suivante.)

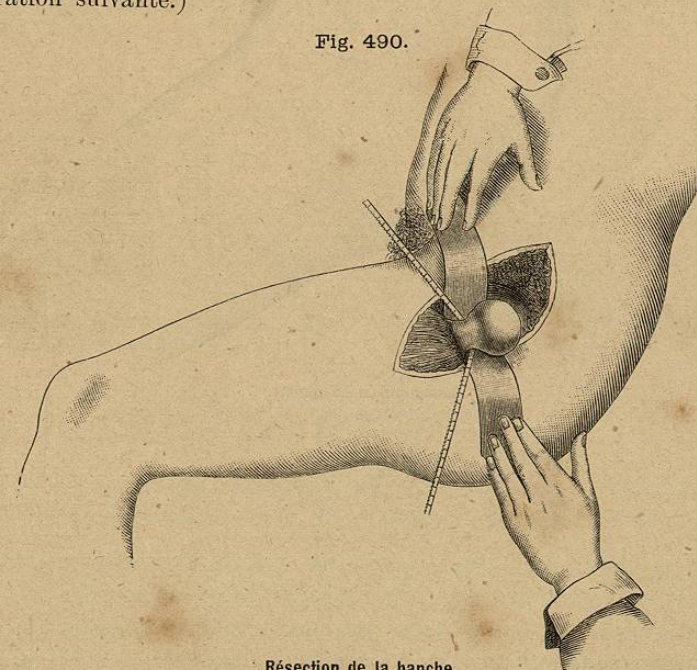


Fig. 490.

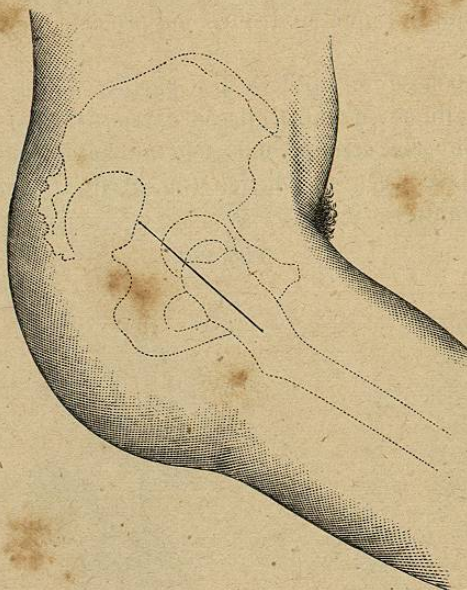
Résection de la hanche.
Section de la tête du fémur avec la scie à chaîne. Parties molles repoussées avec une bandelette métallique.

XIV. RÉSECTION SOUS-PÉRIOSTÉE DE LA HANCHE.

Incision longitudinale de LANGENBECK.

1. La cuisse à demi fléchie (formant un angle de 45°), une *incision droite* de 12^{cm} part du milieu du trochanter dans l'axe de la cuisse prolongé en arrière et en haut, dans la direction de l'épine iliaque supérieure postérieure (fig. 491).

Fig. 491.

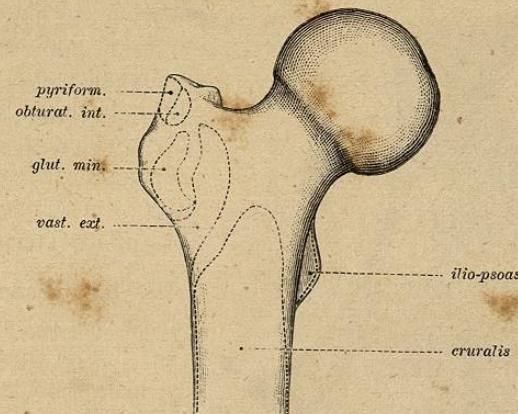


Résection de la hanche.
Incision longitudinale de LANGENBECK.

2. L'incision pénètre entre les faisceaux musculaires du grand fessier, divise l'aponévrose crurale et le périoste du trochanter.

3. Les bords de la plaie largement écartés avec des crochets, on détache avec le bistouri par cette incision tous les muscles qui s'insèrent au trochanter, (à sa face antérieure le grand fessier, le pyramidal, l'obturateur interne et les jumeaux [fig. 492], à sa face postérieure le moyen fessier et le carré de la cuisse [fig. 493]), en ména-

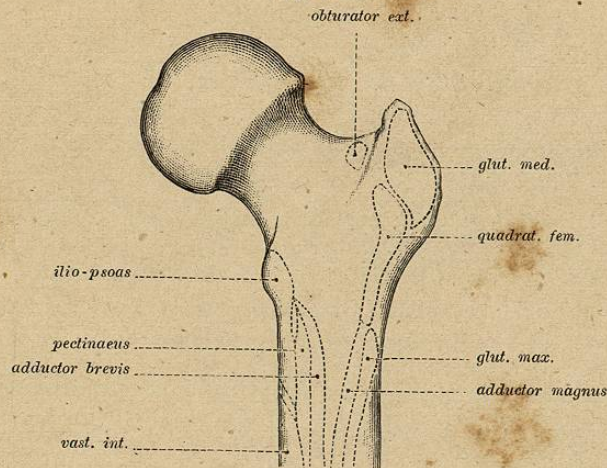
Fig. 492.



Extrémité supérieure du fémur droit avec les insertions musculaires (face antérieure).

geant avec le plus grand soin leur continuité avec l'aponévrose crurale et le périoste.

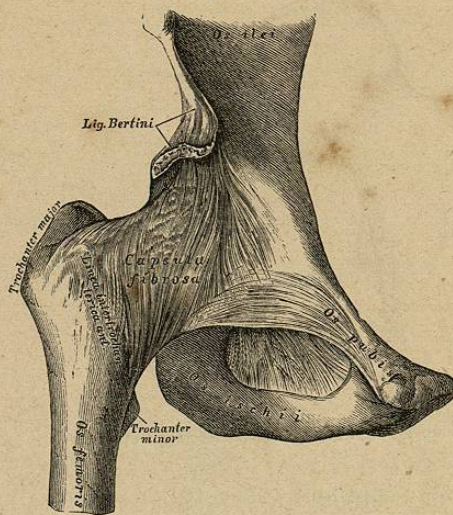
Fig. 493.



Extrémité supérieure du fémur droit avec les insertions musculaires (face postérieure).

4. Avec un fort couteau on fait une profonde incision sur le col du fémur; elle sera répétée autant de fois qu'il le faudra pour diviser entièrement les fibres résistantes de la capsule et le périoste.

Fig. 494.



Ligaments de la partie antérieure de l'articulation coxo-fémorale.

5. Au moyen de cette incision, on détache en dehors, en contournant le col du fémur et en se servant alternativement de la rugine et du couteau, le périoste en continuité avec la capsule et l'insertion du muscle obturateur externe (fig. 494).

6. On divise ensuite le rebord cartilagineux, en en réséquant de chaque côté un fragment avec le bistouri.

7. La cuisse mise alors en abduction et en rotation interne, la tête fémorale sort de sa cavité avec un bruit de sifflement.

8. Un couteau long, étroit, enfoncé dans la cavité cotyloïde d'arrière en avant et de dehors en dedans, le tranchant dirigé en dedans et en avant, divise sur la tête fémorale le ligament rond; cela fait la tête du fémur sortir entièrement de la plaie, pour être sciée de la manière indiquée plus haut.

9. Si le col du fémur est fracturé, la tête osseuse doit être tenue avec un davier, un crochet aigu ou fixée par un tire-fond (v. fig. 508).

10. Lorsque le trochanter est aussi blessé, on en résèque une partie avec le col en dirigeant la scie obliquement.

11. L'hémorrhagie arrêtée, un gros drain, pénétrant dans la cavité cotyloïde, ressort par le milieu de la plaie dont le reste est réuni par des points de suture.

12. Aussitôt après on applique un appareil à extension (v. fig. 101), et la contre-extension se fait en exhaussant le pied du lit.

13. Dans le traitement consécutif, ce qu'il y a de plus difficile c'est de changer le pansement sans suspendre l'action de l'extension.

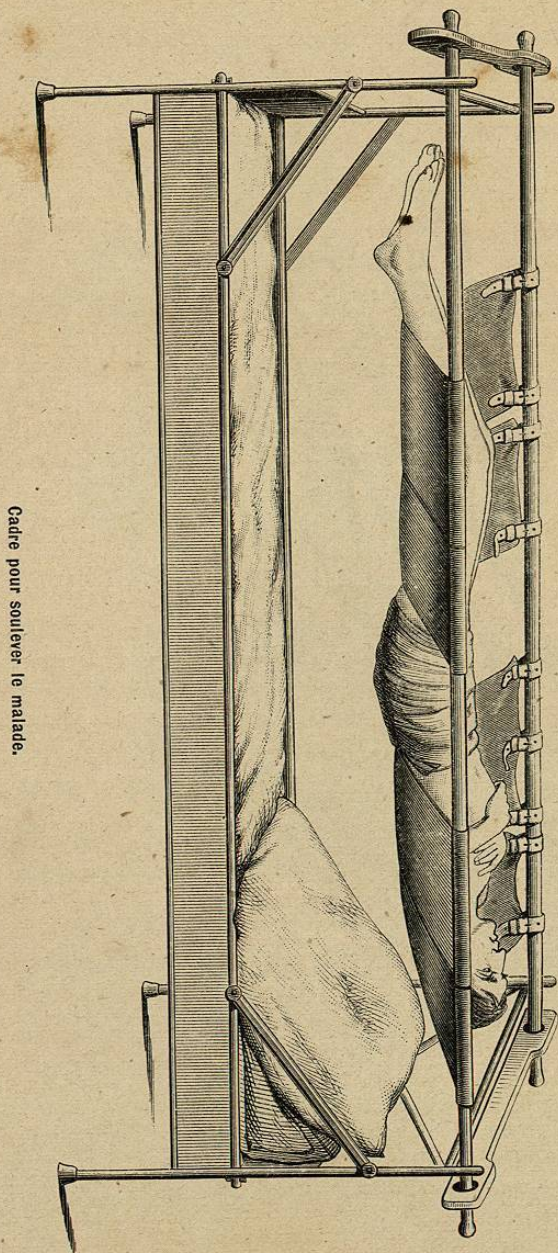
14. On peut cependant y parvenir, en faisant reposer, pendant toute la durée du renouvellement du pansement, la partie supérieure du corps du patient sur le genou et sur le bras fléchi d'un robuste infirmier plaçant un pied sur le matelas (fig. 495).

Fig. 495.



Manière de soutenir le malade pendant le renouvellement du pansement.

15. Ou bien on prend quatre larges carrés de toile à voile, pourvus d'un côté d'une coulisse, garnis de l'autre de courroies à boucles; deux de ces morceaux sont placés sous la partie supérieure du tronc, les deux autres sous les jambes de l'opéré; la hampe d'un brancard est glissée dans les coulisses des morceaux de toile; de l'autre



Cadre pour soulever le malade.

FIG. 496.

côté les courroies sont assujetties à une seconde hampe; on fait alors élever en même temps les deux bâtons à la tête et au pied du lit, sur les barres transversales duquel on les appuie, en les maintenant écartées par une planchette percée de deux trous.

La région de la hanche est à découvert, de sorte que le pansement peut être commodément renouvelé (fig. 496).

L'appareil à extension reste ainsi en activité. (Il n'est pas représenté sur le dessin pour ne pas compliquer la figure.)

16. Aussitôt que la plaie est guérie, on peut lever le malade et le faire marcher avec un appareil de TAYLOR.

G. INDICATIONS DE L'AMPUTATION ET DE LA RÉSECTION DES MEMBRES.

L'exposé de ces indications ne devrait pas trouver place dans un manuel de chirurgie opératoire tel que celui-ci.

J'essaierai cependant de résumer brièvement celles qui concernent les cas les plus graves, afin de répondre au vœu exprimé par mon ami STROMEYER et par les juges du concours.

Je ne peux à ce sujet m'empêcher de faire ressortir combien il est difficile de résoudre actuellement cette question, alors que le traitement antiseptique des plaies commence seulement à se vulgariser dans la pratique, à la grande satisfaction des chirurgiens, il est vrai, mais sans que sa supériorité sur les autres méthodes puisse être établie d'une manière positive par une large expérimentation dans quelque grande guerre.

On ne saurait mettre en doute que la méthode antiseptique n'exerce une influence considérable sur la manière de traiter les blessures en campagne, et qu'elle n'ait diminué ou agrandi, suivant les cas, le champ de l'intervention opératoire. Ne perdons toutefois pas de vue, qu'assez souvent à l'armée ou manque du matériel antiseptique, et ajoutons qu'il arrive parfois que le chirurgien traitant ne possède ni les connaissances, ni l'expérience suffisantes pour appliquer, comme elle doit l'être, la méthode de LISTER.

L'amputation d'un membre est toujours indiquée, si mieux que la conservation, elle augmente les chances de vie du blessé.

Lorsqu'un membre est enlevé ou broyé par un projectile de gros calibre; lorsque les os sont fracturés, les gros vaisseaux, les nerfs divisés par une balle, et qu'en même temps la gangrène survient, menaçant de s'étendre au loin, ou qu'une infiltration putride marchant de bas en haut se répand dans le tissu cellulaire, l'amputation immédiate, faite au dessus des limites du mal, peut seule sauver la vie.

S'il n'existe aucun doute sur la nécessité d'intervenir, l'amputation doit être primitive, c. à d. pratiquée aussitôt que possible, avant l'explosion de la réaction inflammatoire.

Quand pour un motif quelconque, l'opération n'a pu être faite, il faut la remettre à plus tard, en suivant le précepte d'attendre l'apaisement de l'intensité fébrile, l'expérience ayant prouvé que les amputations