

rement favorables; habituellement on a recours à des compresseurs spéciaux (LISTER). Dernièrement encore, ESMARCH s'est déclaré également partisan de cette méthode d'hémostase.

J'ai fait dessiner ici l'appareil employé par ESMARCH pour la compression de l'aorte, ce qui nous dispense d'en donner une description détaillée. A une planchette placée transversalement sous le dos du malade, est fixée une bande en caoutchouc qui, par l'intermédiaire d'une pelote, exerce sur l'abdomen une compression limitée presque exclusivement à la région de l'aorte. Avant l'o-

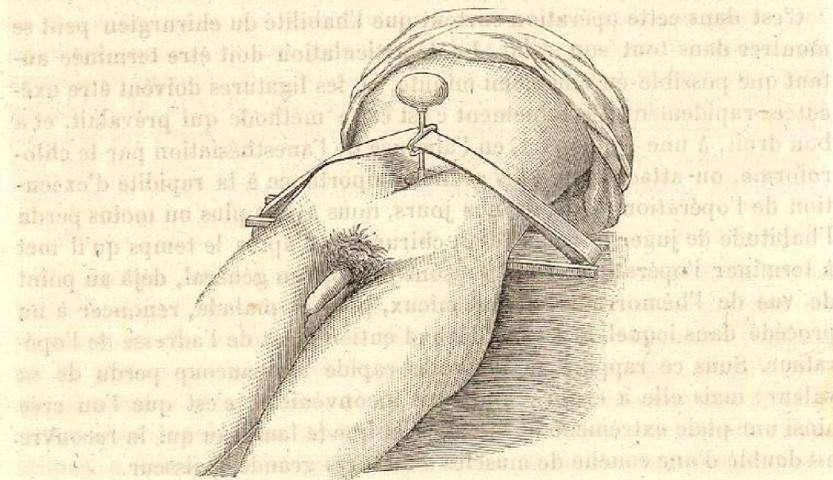


Fig. 43. — Compression de l'aorte, au moyen de l'appareil d'Esmarch.

pération on aura soin de vider l'intestin par des purgatifs; en outre, avant d'appliquer la pelote immédiatement au-dessous de l'ombilic, du côté gauche des corps vertébraux, de façon à comprimer l'aorte, on fait coucher un instant le malade sur le flanc droit, afin que le paquet intestinal se déplace du même côté.

On peut combiner avec l'emploi du compresseur la ligature préalable de l'artère crurale. D'ailleurs, la compression de l'aorte n'est absolument sûre que chez les personnes relativement maigres, et dont les muscles ne sont pas trop développés. Par contre, chez les individus qui ont de l'embonpoint et une forte musculature, nous conseillons de commencer l'opération par la ligature des gros vaisseaux. Si l'on opère par le procédé de la raquette antérieure, le mieux est de commencer l'incision de façon à pouvoir pratiquer en même temps la ligature de l'artère. J'ai opéré ainsi dans un cas, et je n'ai eu qu'à m'en féliciter. Cette méthode a été, du reste, aussi conseillée par ROSER et PITHA. Après avoir lié l'artère au-dessus de l'origine de la fémorale profonde par le procédé habituel d'incision longitudinale (et lié également la veine, suivant le conseil de

VOLKMANN et de ROSER), de l'extrémité inférieure de la plaie je fis partir deux autres incisions, dirigées l'une en dedans et l'autre en dehors, et je les réunis à la face postérieure de la cuisse par une incision circulaire. On ne fait, en somme, qu'ajouter une incision ovale à celle qui a servi à la ligature. On divise d'emblée les parties molles jusqu'à l'os, puis, la cuisse étant dans l'hyperextension, on ouvre l'articulation, et on luxe la tête fémorale par un mouvement de rotation en dehors. On contourne ensuite le trochanter avec le couteau, on divise la capsule et les insertions musculaires en suivant la surface de l'os, que l'on sépare complètement des parties molles. Les grosses branches artérielles ne sont ainsi divisées que loin de leur origine, et l'hémorragie est par le fait moins abondante. La plaie est ensuite réunie exactement par des points de suture, de façon que la cicatrice se trouve reportée à la face antérieure du membre, tandis que la fesse reste intacte dans toute son étendue.

Pour le cas où l'on se verrait obligé de pratiquer la désarticulation aussitôt après une tentative de résection, on pourrait avoir recours à une incision ovale externe, la pointe de l'ovale se trouvant située sur le grand trochanter. Cette incision s'adapte bien à la plaie longitudinale de la résection. Cependant, on peut également avoir recours alors à la méthode que nous décrirons plus loin, et qui consiste dans l'extirpation de l'os après amputation de la cuisse à sa partie supérieure.

Dans nombre de cas on est obligé de tailler des lambeaux exclusivement cutanés. Ces lambeaux peuvent être pris en avant, en arrière ou sur les côtés du membre. Après les avoir disséqués sur une étendue suffisante, et avoir pratiqué la ligature de la fémorale, on divise circulairement les parties molles au niveau de la capsule articulaire, et l'on procède ensuite à la désarticulation (VOLKMANN). Cette méthode est surtout à conseiller dans les blessures avec destruction irrégulière des parties molles.

La méthode peut être la meilleure, surtout si l'on n'a pas des aides en nombre suffisant, est celle qui consiste à pratiquer d'abord l'amputation élevée de la cuisse, et à extirper ensuite le bout supérieur du fémur. Elle a été conseillée dernièrement par VOLKMANN, en raison de l'avantage qu'elle présente de rendre possible l'hémostase provisoire avec le tube d'ESMARCH jusqu'à la ligature des vaisseaux.

Après avoir enveloppé d'une bande élastique le membre tout entier jusqu'à l'aîne, on place la partie moyenne du tube en caoutchouc dans le pli fémoro-scrotal, et l'on amène le bout antérieur en dehors dans la direction du ligament de Poupert, jusqu'en dedans de l'échancrure semi-lunaire qui sépare les deux épines iliaques du même côté. Les deux bouts du tube sont maintenus par les mains des aides, ou bien, pour éviter que le tube ne glisse en avant par suite de la rétraction des muscles sectionnés, on l'enlace en trois points différents au moyen de bouts de bandes, avec lesquels on exerce des tractions de bas en haut.

Comme VETCH l'avait déjà conseillé, on dissèque ensuite un lambeau cu-

tané qui varie suivant l'état des téguments, puis on opère la section des muscles, à trois travers de doigt au-dessous de l'aîne, on met à nu le fémur jusqu'à sa partie moyenne, et on le scie à ce niveau. On lie ensuite avec soin les vaisseaux, pendant que le tube est en place, puis après qu'il a été enlevé. Lorsque tout écoulement sanguin a cessé, on extirpe le bout supérieur de l'os par la méthode sous-périostée. La capsule est laissée dans la plaie; on se contente d'inciser la zone orbiculaire du ligament capsulaire, et de pratiquer une encoche dans le bourrelet cotyloïdien. On peut alors attirer la tête fémorale hors de sa cavité et diviser le ligament rond. Même dans les cas où l'amputation préalable a été pratiquée suivant la méthode circulaire, on peut mener à bien l'opération sans faire d'incision latérale; d'autre part, lorsqu'on s'est servi de la méthode à lambeau, le trochanter se trouve déjà plus ou moins à découvert dans la plupart des cas. Néanmoins, il n'y a aucun inconvénient, semble-t-il, à mettre à nu le trochanter par une incision latérale s'étendant en bas jusqu'au bord libre du lambeau; on est d'autant plus autorisé à le faire, qu'une fois le décollement terminé, la peau correspondant à cette apophyse se trouve être très mince, et doit être d'ailleurs incisée pour l'introduction d'un drain jusque dans la cavité cotyloïde.

Dans ces derniers temps, LUNING a conseillé la méthode suivante, que ROSE a mise en pratique plusieurs fois.

Cette méthode consiste à diviser les parties molles, couche par couche, de la surface à la profondeur à l'aide d'un bistouri ordinaire, de façon à former un lambeau antérieur d'étendue modérée; les vaisseaux qui donnent du sang sont liés aussi bien du côté périphérique que du côté central, et l'on divise entre deux ligatures l'artère et la veine fémorales communes, comme aussi la fémorale profonde. Après avoir terminé le lambeau antérieur, on taille de la même manière un lambeau postérieur. Dans la profondeur on ne divise chaque muscle qu'après l'avoir fait comprimer en haut et en bas entre les doigts d'un aide. Puis vient l'incision de la capsule etc. VERNEUIL a également opéré suivant ce procédé.

### III. AFFECTIONS CHIRURGICALES DE LA CUISSE

#### A. LÉSIONS TRAUMATIQUES.

##### 1. Fractures du fémur.

§ 61. — Les fractures du fémur sont assez fréquentes. Elles représentent un huitième environ de toutes les fractures du squelette. Celles de la diaphyse sont près de deux fois plus fréquentes que celles du col, et tandis que ces dernières se produisent tout particulièrement chez les personnes âgées, les fractures de la diaphyse s'observent à tous les âges et sont particulièrement fréquentes dans la première enfance.

Au point de vue étiologique, on distingue les fractures par **causes directes** et celles qui sont dues à des **causes indirectes**; les premières sont certaine-

ment plus fréquentes que les secondes. Cependant les fractures élevées surtout, sont assez souvent déterminées par une violence traumatique indirecte, telle qu'une chute sur les pieds. On a aussi mis en cause la traction exercée par les muscles. L'action musculaire joue évidemment un rôle dans maintes fractures du tiers moyen de la diaphyse. RAVOTH a publié plusieurs cas de fractures de ce genre observées chez des individus qui, jouant aux quilles, s'étaient jetés en avant en lançant la boule, et qui, pendant qu'ils suivaient des yeux cette dernière, avaient cherché à se maintenir un instant en équilibre sur l'un des pieds étendu, tandis que le genou et la hanche étaient fléchis. Je possède également une observation de ce genre.

Il importe, au point de vue pratique, de diviser les fractures du fémur en trois catégories suivant qu'elles siègent au tiers supérieur, au tiers moyen ou au tiers inférieur de l'os.

Celles du **tiers supérieur** sont le plus souvent des fractures obliques dans lesquelles la solution de continuité est dirigée de haut en bas et de dehors en dedans. Le fragment supérieur a une grande tendance au déplacement en dehors. Lorsque la fracture siège à un niveau élevé, et que les muscles de la cuisse sont très développés, ce déplacement, comme le fait remarquer ROSSER à juste titre, passe parfois inaperçu à cause de l'angle que forme le col du fémur avec la diaphyse. Cependant il n'échappera guère à un observateur attentif, d'autant moins que le raccourcissement du membre est presque toujours considérable. En outre, dans beaucoup de cas, ce même fragment supérieur est aussi déplacé en avant. C'est à tort certainement que MALGAIGNE considère comme très rare ce déplacement qui a été admis par BOYER, A. COOPER et d'autres chirurgiens, et qui donne parfois aux fractures en question une forme caractéristique.

Les **fractures du tiers moyen** sont aussi, en général, plus ou moins obliques, et affectent le plus souvent la même direction que celles du tiers supérieur. L'obliquité de la ligne de fracture est parfois très prononcée. La solution de continuité siège dans la majorité des cas, et en particulier chez les enfants, un peu plus près du tiers inférieur que du tiers supérieur de la diaphyse. On observe, du reste, assez souvent à ce même niveau des fractures transversales, et, surtout chez les individus rachitiques, les fractures incomplètes ne sont pas rares, la substance corticale de l'os restant intacte du côté de la concavité de la courbure. Parfois aussi, même chez des enfants jouissant d'une bonne santé, le périoste a résisté à la cause traumatique et empêche le déplacement, ou bien, dans les cas de fracture transversale, la continuité de l'os se trouve en quelque sorte maintenue par l'engrènement des fragments. Quant aux fractures obliques, elles présentent une assez grande tendance au déplacement. Le plus souvent le fragment supérieur a fui en dehors, très rarement en dedans. Lorsque le trait de fracture est dirigé de haut en bas et de dedans en dehors, on sent le plus souvent la saillie du fragment supérieur à la face externe de la cuisse. En outre, ce dernier est venu, en général, se placer en avant du fragment inférieur, lequel a subi, dans beaucoup de cas, une rotation autour de son axe longitudinal, de façon que la pointe du pied se trouve dirigée en dehors.

Au tiers moyen de la diaphyse on observe aussi, assez souvent, des fractures multiples et comminutives, avec déplacement irrégulier des fragments; mais, ici encore, le fragment supérieur a une tendance à fuir en dehors.