

On fait deux incisions, l'une au côté interne et l'autre au côté externe de l'articulation, et commençant au-dessus et en arrière des épicondyles, pour se terminer à peu près à l'extrémité inférieure du tiers supérieur du tibia, où on les réunit par une incision transversale ou légèrement convexe en bas. On dissèque de bas en haut le lambeau ainsi délimité, en ayant soin de conserver, autant que possible, le tissu sous-cutané, on divise le ligament rotulien de façon à pénétrer dans l'articulation, et l'on opère la section des ligaments latéraux et croisés; enfin on divise la paroi postérieure de la capsule ainsi que les parties molles correspondantes, après avoir pratiqué, au-dessous de la tête du péroné, une incision transversale, et détaché les téguments de façon à former un petit lambeau postérieur.

On a conseillé d'enlever dans tous les cas la rotule et le cul-de-sac supérieur de la synoviale (BILLROTH). Ce conseil n'a de valeur, nous semble-t-il, que dans les cas de dégénérescence granulo-tuberculeuse de la séreuse articulaire. Pour ce temps de l'opération, on procède alors comme nous l'avons dit dans notre description de la résection du genou. Grâce au pansement antiseptique, on n'a à craindre de suppuration ni de la part du cul-de-sac supérieur, ni de celle des enveloppes des muscles de la région poplitée, qui subissent une rétraction notable après avoir été sectionnés (ZEIS).

On peut, du reste, avoir recours à tout autre procédé, pourvu que l'on fasse en sorte que la cicatrice ne se trouve pas au niveau du point d'appui du moignon. C'est ainsi que l'on peut utiliser les *parties molles postérieures* en se servant soit du *procédé à lambeau* (lequel ne comprendra que les téguments), soit de l'*incision ovalaire* avec la pointe de l'ovale située en avant au-dessous de la rotule; de même la peau des *parties latérales* peut être aussi employée à recouvrir le moignon.

Les lambeaux dont on se sert dans la *désarticulation du genou*, ont une longueur considérable. Aussi voit-on se produire facilement un sphacèle circonscrit ou étendu, et intéressant surtout le lambeau antérieur. C'est là une circonstance qui trouble malheureusement le résultat de l'opération, du reste si favorable sans ce fâcheux contre-temps. En effet, une mortification étendue du lambeau peut nécessiter la résection ultérieure de l'extrémité du fémur, tandis qu'un sphacèle limité des bords cutanés compromet tout au moins l'intégrité de la surface d'appui, car la cicatrice ne se trouve plus alors reportée à la face postérieure du moignon. L'*amputation condylienne* n'a, en tout cas, pas à un si haut degré l'inconvénient que nous venons de signaler. On peut ici tailler un lambeau antérieur plus petit s'étendant à peu près jusqu'au-dessous de la tubérosité antérieure du tibia, et donner une longueur plus grande au lambeau postérieur, de façon que le sommet de ce dernier arrive au-dessous du niveau de l'articulation péronéo-tibiale. Dans ces conditions, l'amputation condylienne donne souvent d'aussi bons résultats que la désarticulation, car elle fournit une bonne surface de soutien qui permet à l'opéré d'appuyer son moignon sur l'appareil de prothèse (voir plus haut). Mais à supposer même que ce résultat ne puisse être obtenu,

L'opération en question a du moins l'avantage de fournir un long moignon qui, certainement, donne plus de sûreté à la marche que le moignon résultant d'une amputation de la cuisse au niveau de la diaphyse. Par conséquent, lorsque dans une tentative de résection ou de désarticulation, on constate que la partie articulaire du fémur ne peut être conservée, de sorte que l'on juge nécessaire de procéder à l'amputation, il sera possible dans bien des cas, une fois la désarticulation terminée, de scier le fémur dans les limites de l'articulation, c'est-à-dire dans le voisinage de la ligne épiphysaire. En procédant ainsi, on accorde au malade des avantages fonctionnels indubitables, et, d'autre part, la mortalité de cette opération est moins élevée que celle de l'amputation de la cuisse à la partie inférieure de la diaphyse. D'ailleurs, comme nous l'avons déjà fait remarquer, il peut arriver que, par exemple, dans des cas de lésions traumatiques, les téguments dont on dispose soient suffisants pour une amputation condylienne, mais non pour une désarticulation.

Dans l'amputation condylienne on se sert aussi de préférence d'un lambeau antérieur, mais il n'est pas nécessaire de lui donner la même longueur que dans la désarticulation. On dissèque ce lambeau jusqu'au-dessus de la rotule, que l'on enlève le plus souvent, puis on divise le tendon du triceps, et l'on pénètre ainsi dans l'articulation. La bourse sous-tricipitale est extirpée dans les mêmes circonstances que lorsqu'il s'agit d'une désarticulation. On pratique ensuite la section des ligaments, et l'on enlève la jambe, non sans avoir auparavant taillé un petit lambeau postérieur. Après avoir lié les vaisseaux qui donnent du sang, à l'aide d'une scie étroite on divise le fémur dans le voisinage de l'épiphyse ou dans la partie épiphysaire elle-même; le trait de scie doit se recourber de façon à être à peu près parallèle à la surface cartilagineuse des condyles. Enfin on coupe, avec les cisailles de Liston, les arêtes tranchantes, s'il en existe.

Ces opérations ont un chiffre de mortalité très peu élevé lorsqu'on les pratique avec les précautions antiseptiques que nous avons fait connaître à propos de l'amputation de la cuisse. KRASKE fait remarquer qu'après la guérison de la plaie, il importe que l'opéré ne s'habitue que tout à fait graduellement à utiliser le moignon comme point d'appui direct. On lui fera porter tout d'abord un appareil construit de façon que le poids du corps porte sur l'ischion. Le fond de la boîte de la prothèse est ensuite garni de ouate ou d'un coussinet de cuir, dont on augmente peu à peu l'épaisseur suivant le degré de sensibilité, jusqu'à ce que le moignon tolère une pression suffisante pour pouvoir servir de soutien au poids du corps.

Dans l'*opération de Gritti*, la rotule est traitée de la même manière que le calcaneum dans l'amputation de PIROGOFF, c'est-à-dire qu'après avoir enlevé avec la scie sa surface cartilagineuse, on l'applique contre la surface de

section du fémur scié au-dessus des condyles. L'opération se trouve ainsi compliquée inutilement. En effet, si, à la suite de l'amputation condylienne simple, l'opéré peut marcher convenablement avec son moignon muni d'une prothèse, nous n'avons certes aucun motif d'employer la méthode de GRITTI, qui ne fait qu'augmenter les difficultés opératoires. Cette appréciation est d'autant plus justifiée que la soudure de la rotule avec le fémur est loin de s'opérer toujours, à ce qu'il paraît. Si, néanmoins, on veut avoir recours à cette méthode, on fera bien, suivant le conseil de HAHN, de fixer la rotule au fémur à l'aide d'une tige d'acier ou d'ivoire.

#### D. TUMEURS DU CREUX POPLITÉ, ANÉVRISMES, BLESSURES DE L'ARTÈRE POPLITÉE, LIGATURE DE CE VAISSEAU

§ 119. — Abstraction faite des tumeurs osseuses des épiphyses qui font saillie dans le creux poplité, on observe dans cette région, assez rarement il est vrai, des fibromes fasciaux et des sarcomes ayant pour point de départ soit les gaines des vaisseaux, soit les glandes lymphatiques. Les *tumeurs fluctuantes* sont celles que l'on rencontre ici le plus souvent. Lorsqu'on se trouve en présence d'une tumeur de ce genre, surtout si elle est très volumineuse, on doit songer tout d'abord à la possibilité d'un abcès par congestion descendu le long de la face postérieure de la cuisse jusque dans le creux poplité, ou d'un abcès né sur place pour le cas où son développement aurait été rapide. La plupart des *kystes* que l'on observe dans la région poplitée, proviennent des bourses séreuses (voir § 116). Mais le diagnostic de ces kystes, de même que celui des sarcomes, peut offrir des difficultés provenant des pulsations dont est parfois animée la tumeur. C'est qu'en effet, le creux poplité peut être le siège d'*anévrismes* développés spontanément ou à la suite d'un trauma, ce qui n'est pas rare, surtout en Angleterre. On reconnaît, le plus souvent, qu'il s'agit d'un anévrisme au fait que les pulsations ne cessent pas *lorsqu'on comprime la tumeur latéralement*; en outre, les anévrismes font entendre des bruits anormaux à l'auscultation (bruit de souffle, susurrus). Rappelons toutefois que la pulsation peut faire défaut dans un anévrisme, par suite de la coagulation du sang ou de l'oblitération de l'artère.

On a observé toutes les lésions traumatiques possibles des vaisseaux poplités, telles que rupture sous-cutanée, plaie par instrument piquant, etc., ayant comme conséquence soit un anévrisme traumatique, soit un anévrisme variqueux. Une circonstance aggravante, surtout lorsqu'il existe une tuméfaction considérable de la région poplitée, c'est la situation profonde de l'artère, qui est recouverte par la veine et les nerfs. Un épanchement sanguin très volumineux, surtout s'il survient de la suppuration, a volontiers comme conséquence la gangrène de la jambe. Le moyen le plus sûr d'éviter cet accident et d'arrêter l'hémorragie, en cas de blessure de l'artère, consiste à pratiquer la ligature des deux bouts du vaisseau, après l'avoir complètement divisé s'il n'avait été que légèrement blessé (JANNSEN). Ce procédé est beaucoup plus sûr que la ligature de la fémorale.

Le traitement par la *compression digitale* ou à l'aide d'instruments, a d'assez grandes chances de succès dans les anévrismes du creux poplité. De même la *flexion forcée de la jambe* s'est acquise, à juste titre, la faveur des chirurgiens,

comme le prouvent les statistiques de FISCHER, de STOPIN, etc. Par conséquent, ce n'est que dans les cas où ces moyens auront échoué, que l'on se décidera à pratiquer la ligature de la fémorale.

La *ligature de l'artère poplitée* se fait bien rarement sur le vivant, et n'est qu'une opération d'amphithéâtre. On fait une incision longitudinale le long de la ligne médiane du creux poplité, incision qui, autant que possible, doit s'étendre surtout à la partie supérieure de cette région, car plus bas, l'embouchure de la saphène et le nerf saphène externe ajoutent à la difficulté de l'opération. On maintient écartés en dehors, au moyen de crochets mousses, le nerf sciatique et la veine poplitée. Au-dessous de la veine on trouve l'artère, appliquée contre le chef interne du gastro-cnémien.

On peut aussi arriver sur l'artère poplitée par la face interne de la cuisse, en pratiquant l'incision entre le grand adducteur et le couturier. C'est en arrière du bord du grand adducteur que l'on rencontre alors l'artère située au-devant de la veine (ROSER).

Dans toutes ces opérations, on fera en sorte de ne blesser aucune des quatre artères articulaires. Assez souvent, l'artère poplitée est recouverte d'un plexus veineux fortement développé.

## V. AFFECTIONS CHIRURGICALES DE LA JAMBE

### A. LÉSIONS TRAUMATIQUES

#### 1. Fractures.

§ 120. — Les *fractures de la jambe* sont très fréquentes. De toutes les fractures du squelette, ce sont celles que l'on a le plus souvent l'occasion d'observer dans les hôpitaux (MALGAIGNE); par contre, le nombre des fractures de l'avant-bras est plus considérable si l'on utilise pour la statistique tous les cas traités à la consultation (GURLT).

Nous ne ferons pas rentrer dans cette description les fractures épiphysaires supérieures et inférieures. Les *fractures diaphysaires* sont dues à une violence traumatique tantôt directe, tantôt indirecte, et elles intéressent plus souvent la moitié inférieure que la moitié supérieure des os de la jambe. Les fractures de cause directe sont les plus fréquentes (passage d'une roue de voiture, chute d'un corps lourd sur la jambe, etc.); dans la majorité des cas elles siègent au tiers moyen, tandis que les fractures de cause indirecte (chute sur les pieds, etc.), intéressent essentiellement le quart inférieur de l'os.

La fracture simultanée des deux os de la jambe est beaucoup plus fréquente chez l'adulte que chez l'enfant. Par contre, ce dernier présente plus souvent des fractures isolées du tibia. Cependant, on a même observé des fractures des deux os produites pendant la vie intra-utérine. BILLROTH a donné le dessin d'une fracture de ce genre avec fort déplacement, et qui s'était guérie déjà avant la naissance de l'enfant.

Rarement le siège de la fracture est exactement à la même hauteur