le moignon. Le doigt étant alors placé en extension forcée, l'instrument pénètre dans l'articulation par sa face palmaire, et ressort finalement à travers les parties molles de la face dorsale de la

Le procédé à lambeau palmaire présente le grand avantage de nous procurer un moignon entièrement dépourvu de cicatrice à sa face antérieure et à son sommet.

2. Par la méthode circulaire.

Le doigt étant étendu, à 1 centimètre en dessous de l'interligne articulaire, couper circulairement les parties molles jusqu'à l'os; disséguer une manchette cutanée dont la base corresponde à l'interligne, la retrousser en la fendant au besoin sur une de ses faces. Fléchir alors la phalange, et désarticuler en attaquant la cansule par sa face dorsale.

On tange via de la phalange à l'aide d'un fambeau palmaire.

L'amputation des phalanges dans r continuité s'exécuterait par des proleur continuité s'exécuterait par des pro-

cédés absolument analogues à ceux qui viennent d'être exposés pour la désarticulation. Ici encore le lambeau palmaire méritera toujours la préférence. La section des os se pratique avec la pince incisive de Liston.



TROISIÈME CHAPITRE.

Amputations et désarticulations du membre inférieur.

I. Désarticulation de la hanche.

Anatomie topographique.

De l'extrémité supérieure de la diaphyse du fémur se détache, à angle obtus chez l'homme, à angle plus droit chez la femme, la partie de l'os appelée col du fémur. Ce col, qui est aplati d'avant en arrière, se dirige obliquement en haut et en dedans, et se termine par une tête articulaire plus qu'hémisphérique, qui est reçue dans une cavité de la face antéro-externe du bassin pour donner lieu à l'articulation coxo-fémorale ou de la hanche. En dessous de son col, le fémur présente en outre deux saillies apophysaires : l'une, le petit trochanter, est interne et complètement cachée dans les parties molles ; l'autre, plus forte, nommée grand trochanter, est située au bord externe de l'os, et peut-être facilement sentie à travers les téguments sous forme d'une protubérance quadrangulaire.

L'articulation de la hanche est une énarthrose, dont les mouvements très étendus et très variés peuvent être ramenés à trois types principaux, à savoir: les mouvements de flexion et d'extension qui se font autour d'un axe transversal, ceux d'abduction et d'adduction autour d'un axe antéro-postérieur, ceux de rotation en dehors ou en dedans, autour d'un axe perpendiculaire.

La tête du fémur est maintenue en contact avec la surface de la cavité

cotyloïde, grâce surtout à la pression de l'air atmosphérique: le bourrelet fibro-cartilagineux qui s'insère à tout le pourtour du sourcil cotyloïdien et qui est jeté comme un pont par dessus l'échancrure cotyloïdienne, s'adapte intimement à la tête du fémur, autour de laquelle il fait ventouse, et ferme ainsi hermétiquement l'intérieur de l'articulation.

La capsule fibreuse articulaire très solide, se détache du voisinage de la cavité cotyloïde, se rétrécit progressivement, et va s'insérer en avant à la ligne intertrochantérienne antérieure, tandis qu'en arrière elle ne prend en général aucune attache solide à l'os, mais s'y termine plutôt par un bord libre tranchant, qui se confond avec la zone orbiculaire dont il sera parlé plus loin. Le revêtement synovial qui tapisse la capsule n'arrive pas tout-à-fait aussi loin à la face antérieure du col que la capsule fibreuse elle-même. Celle-ci est surtout épaisse et résistante au niveau de sa demi-circonférence antérieure ; (on l'y a même décrite souvent sous forme d'un ligament qui partirait de l'épine iliaque antérieure et inférieure pour aller s'insérer à la ligne intertrochantérienne antérieure: ligament ileo-fémoral ou de Bertin). La partie antéro-interne de la capsule est également renforcée par des tractus fibreux, moins solides pourtant que ceux du ligament précité, et qui courent de l'épine du pubis au voisinage du petit trochanter : ligament pubofémoral. En arrière enfin, nous avons le ligament ischio-fémoral, beaucoup plus faible que les précédents, qui va de la tubérosité ischiatique à la capsule. Une partie des fibres du ligament de Bertin ne prend aucune attache au col du fémur, mais l'entoure en forme d'anse, donnant lieu ainsi à ce qu'on a appelé la zone orbiculaire. Au sein même de l'articulation, le ligament rond relie directement les deux os, en s'insérant d'une part à la fossette de la tête du fémur, d'autre part à l'arrière fond de la cavité cotyloïde; il est assez long pour permettre à la tête de quitter complètement cette dernière, aussitôt que par la division de la capsule et du bourrelet, l'air fait irruption dans la cavité.

L'articulation de la hanche est enveloppée de muscles dans tous les sens; elle est pourtant beaucoup plus superficielle en avant qu'en arrière. Parmi ces muscles, les plus superficiels parcourent un très long trajet; ils prennent en effet naissance au bassin et vont par delà l'articulation et le fémur luimême s'insérer aux os de la jambe : ce sont le couturier et le droit antérieur de la cuisse en avant, le droit interne en dedans, le demi-tendineux, le demimembraneux et le long chef du biceps en arrière. La couche musculaire profonde recouvrant la face antérieure de l'articulation est formée en grande partie par le psoas-iliaque, qui occupe la moitié externe de l'espace compris entre le ligament de Poupart et le rebord du bassin, et qui est séparé de ce dernier par une grande bourse muqueuse communiquant souvent avec l'intérieur de l'articulation. Outre ce muscle, cette couche profonde comprend encore le pectiné qui est situé en dedans des vaisseaux fémoraux, et les adducteurs de la cuisse; à la région externe de la hanche se rencontre seulement le tenseur du fascia lata; à sa face postérieure, par contre, l'articulation est recouverte par une grande épaisseur de muscles comprenant les fessiers, le pyramidal, les jumeaux, les obturateurs interne et externe et le carré de la cuisse.

Quant aux vaisseaux de la région, nous avons d'abord l'artère et la veine fémorale qui descendent à la face antérieure de la jointure et dont le trajet a été décrit page 65. Sous la tête du fémur, entre le bord interne du col et l'artère fémorale, il reste un espace suffisant pour pénétrer avec la lame du couteau, sans danger de blesser l'artère, au moment de la formation du lambeau antérieur par transfixion. Les autres vaisseaux qu'il importe de connaître pour la désarticulation sont les branches des artères fessière, obturatrice, et honteuse interne, qui sont toutes situées en arrière de l'articulation; puis deux autres artères, les circonflexes, qu'on rencontre dans toutes les opérations portant sur la jointure, et qui entourent l'os d'une sorte de collier situé immédiatement en-dessous des trochanters; de ces deux circonflexes, l'interne, qui est la moins volumineuse, gagne la face postérieure de la cuisse en passant sous l'insertion du muscle psoas-iliaque; l'externe, plus considérable, se porte au dehors en passant sous le muscle droit antérieur.

Les nerfs principaux de la région sont le crural, qui descend à la face antérieure du muscle psoas-iliaque, puis le nerf grand sciatique, qui sort du bassin en dessous du muscle pyramidal et croise ensuite la face postérieure de l'obturateur interne et du carré crural. Il est accompagné d'une branche de l'artère ischiatique que l'on doit lier au cours des amputations et désarticu-

lations, après l'avoir soigneusement isolée du nerf.

Toutes les parties molles précitées sont enveloppées dans le fascia lata, qui naît en arrière de la crête iliaque et du sacrum, en avant du pubis et de l'ischion, et qui fournit les gaines aponévrotiques des muscles du membre inférieur. Au-dessus du fascia, courent au milieu de l'épais tissu adipeux de la région antérieure, les veines superficielles arrivant de tout le membre et de la paroi abdominale antérieure et venant s'aboucher dans la grande veine fémorale. La plus importante d'entre elles est la veine saphène interne, qui au nivoau des adducteurs s'enfonce dans la profondeur en croisant la corne inférieure du repli falciforme. De nombreux vaisseaux lymphatiques provenant de la paroi antérieure du ventre, du membre inférieur et des organes génitaux externes, convergent vers cette région et s'abouchent dans les ganglions lymphatiques de l'aine. Le tissu conjonctif sous-cutané est particulièrement riche en graisse dans la région postérieure de la hanche.

La peau est mince et mobile en avant, tandis qu'au niveau de la fesse elle est très-adhérente aux tissus sous-jacents sur lesquels elle ne se laisse

guère déplacer.

Les quelques données suivantes peuvent servir à la détermination du siège de l'articulation coxo-fémorale: Une ligne partant du bord externe de l'éminence ileo-pectinée et se dirigeant en bas et en dehors vers le grand trochanter représenterait le grand axe de la tête et le col du fémur (Malgaigne). Une autre ligne fictive qui réunirait la tubérosité ischiatique à l'épine iliaque antérieure et supérieure en passant par dessus la fesse, rencontrerait le sommet du grand trochanter (Roser-Nélaton). La même ligne rendue droite, et traversant toute l'épaisseur de la hanche tomberait à l'union des deux tiers antérieurs et du tiers postérieur de la cavité cotyloïde. Si parallèlement à l'arcade crurale, on enfonçait un couteau au milieu de l'espace qui sépare l'épine iliaque antérieure et supérieure du grand trochanter, on atteindrait à coup sûr l'articulation. Chez les sujets maigres on peut palper directement la tête du fémur au niveau de la face antérieure de la hanche. Dans le triangle de Scarpa, qui est limité en haut par le ligament de Poupart et sur les côtés par les bords des muscles couturier et pectiné, il existe dans la profondeur, entre le bord interne du psoas et le bord externe du pectiné, un interstice au niveau duquel l'articulation n'est recouverte que par les téguments et les vaisseaux fémoraux. Enfin entre le bord externe du couturier et le bord antérieur du tenseur du fascia lata se trouve un espace intermusculaire à travers lequel on peut atteindre le col du fémur sans blesser aucun organe important.

Désarticulation.

Les trois méthodes principales d'incision des parties molles peuvent trouver ici leur application; en principe elles possèdent même une égale valeur, car elles permettent toutes de recouvrir parfaitement le moignon d'amputation. Sur le vivant le choix de la méthode est souvent subordonné à l'étendue de la lésion. Mais quand dans un cas donné les parties molles sont conservées sur une étendue suffisante pour que tous les procédés soient également applicables, on donne toujours la préférence à celui qui permet de réaliser le plus rapidement l'hémostase, en tenant compte bien entendu des circonstances extérieures de lieu, d'aides, etc.

L'hémorragie qui survient au cours de la désarticulation de la cuisse est due en partie à l'ouverture des grands vaisseaux fémoraux — artère et veine fémorales, artère fémorale profonde — en partie à elles des branches terminales de l'obturatrice, de la fessière et de l'ischiatique. On a préconisé, pour assurer l'hémostase prophylactique, la compression de l'aorte abdominale contre la colonne lombaire (Lister, Esmarch), et la compression de l'iliaque primitive contre la symphyse sacro-iliaque à l'aide d'une tige de bois

introduite dans le rectum (Davis).

La compression de l'aorte abdominale s'exécute avec des compresseurs spéciaux agissant dans la région de l'ombilic (appareils de *Pancoast*, d'Esmarch). Lorsqu'on n'a pas d'appareil semblable sous la main, il est facile d'en improviser un de la manière suivante (Esmarch): Sur le milieu d'une tige de bois longue d'un pied et grosse comme le pouce, on enroule une bande ayant 8 mètres de long et 6 centim. de large; la pelote ainsi obtenue est appliquée juste sous l'ombilic, et pendant qu'un aide la maintient en place en saisissant les deux bouts de la tige, on la fixe et on la presse contre la colonne vertébrale au moyen d'une bande élastique large de 6 cent. à laquelle on fait décrire plusieurs fois le tour complet du ventre. Pour éviter le trop fort étranglement du ventre, résultant de cette pratique, il suffit de donner au bâton qui traverse la pelote une longueur égale à la largeur de la table d'opérations, et d'en assujettir les deux extrémités avec la même bande, passant cette fois sous la tâble elle-même (Davis).

Larrey et Roser ne commençaient la désarticulation qu'après avoir au préalable lié l'artère fémorale en dessous de l'arcade de Fallope; ce moyen ne met pourtant pas à l'abri de l'hémorragie par les autres vaisseaux. Pitha et v. Volkmann pratiquaient d'abord l'amputation de la cuisse en dessous du trochanter, liaient tous les vaisseaux et énucléaient ensuite le tronçon osseux restant dans les parties molles. Enfin, il est encore possible de désarticuler avec très peu de perte de sang, en conduisant l'opération avec une grande rapidité. Sous ce

dernier rapport, la désarticulation au moyen d'un grand lambeau antérieur obtenu par transfixion, mérite incontestablement la préférence; il a de plus l'avantage de recouvrir au mieux le moignon, et, sur le vivant, d'assurer le libre écoulement des sécrétions de la plaie. Quand on ne peut compter sur une assistance convenable, le mieux est d'imiter la conduite de Pitha et Volkmann, en liant même au besoin à l'avance les vaisseaux fémoraux. Enfin, de même que pour l'épaule, on emploiera de préférence la méthode ovalaire sous forme de méthode en raquette, quand dans un cas donné on voudra se servir de l'incision du début pour établir avec certitude si c'est à la résection ou à la désarticulation de la hanche qu'il convient de recourir.

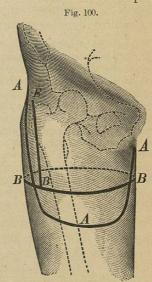
1. Désarticulation à grand lambeau antérieur taillé par transfixion d'après Manec (Fig. 100, AA).

Premier temps: Formation du lambeau antérieur.

Le sujet est couché sur le dos, la fesse du côté malade dépassant le bord latéral de la table, la cuisse en abduction et légèrement fléchie, le scrotum relevé et attiré du côté opposé. Quand on opère sur le vivant, un aide pratique la compression digitale de l'aorte abdominale contre les vertèbres lombaires, dans le but de réduire la quantité de sang arrivant au membre. L'opérateur se tient en dehors du membre et commence par

déterminer le milieu de la ligne qui réunit l'épine iliaque antérieure et supérieure au grand trochanter. Saisissant alors un long couteau, dont la lame coupe par les deux bords dans sa moitié antérieure et dont le grand tranchant est tourné vers le genou, il le plonge au point précité, et le poussant par devant le col du fémur jusque sur la tête de ce dernier, il ouvre en avant la capsule articulaire. Il abaisse quelque peu le manche du couteau dont la pointe ainsi relevée, glisse en rasant l'os par dessus le bord inférieur de la tête. Il relève le manche, et la pointe de nouveau abaissée passe entre le col et l'artère fémorale, et s'enfonce à travers les chairs jusqu'à ce qu'elle ressorte à la face interne de la cuisse au devant de la tubérosité de l'ischion. AA A grand lambeau antérieur.

Le couteau descend ensuite animé BB Après amputation préalable de la cuisse par la méthode circulaire. de mouvements de scie, en rasant la face antérieure de la diaphyse du fémur, et dès que c'est

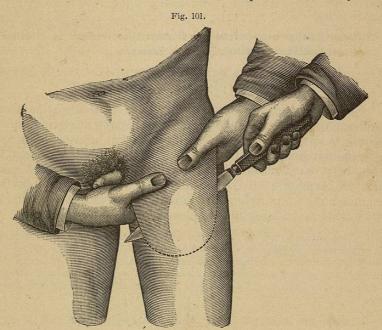


possible, un aide insinue dans la plaie les quatre derniers doigts de chaque main, derrière le dos de la lame, et peut ainsi comprimer les vaisseaux fémoraux entre ces doigts et les pouces appliqués à la face externe du lambeau (Fig. 101). A 20 centimètres environ de son point de départ, le tranchant du couteau est redressé et dirigé vers la peau et ressort finalement à travers toutes les parties molles. De cette façon les vaisseaux fémoraux ne sont ouverts qu'à la fin de ce premier temps de l'opération.

Deuxième temps: Division de la capsule et achèvement de la désarticulation.

Le lambeau est relevé, et l'aide continue à le pincer entre les doigts; l'opérateur passe son couteau sous la cuisse, va l'appliquer à l'extrémité interne de la base du lambeau antérieur, et divise la peau de la face postérieure du membre au moyen d'une incision semi-circulaire tombant juste dans le pli de la fesse.

La cuisse étant ensuite placée en extension forcée et en rotation externe, avec un couteau à amputation de moyenne



Compression de l'artère fémorale dans le lambeau.

grandeur, il ouvre largement la paroi antérieure de l'articulation par une vigoureuse incision transversale portant sur la

tête même de l'os; celle-ci se luxe en avant. Il coupe ensuite le ligament rond, puis la paroi postérieure de la capsule; après quoi, d'un dernier et solide trait de couteau, décrivant un arc autour de la pointe du grand trochanter, il sectionne tous les muscles de la région postérieure, en veillant à ce que l'instrument ressorte exactement par l'incision semi-circulaire qui avait divisé la peau au niveau du pli de la fesse.

Troisième temps: Hémostase et réunion.

Non loin de l'endroit où les adducteurs ont été sectionnés dans la plaie, il cherche et lie les branches de l'artère obturatrice; il fait de même pour les branches de la fessière et de l'ischiatique qu'il trouve entre les muscles fessiers; alors seulement il lie au sommet du lambeau l'artère et la veine fémorales, ainsi que les branches de la fémorale profonde.

Le lambeau retombe par son propre poids au devant de la vaste plaie; on le réunit en arrière à l'aide de sutures profondes et superficielles. Un gros drain est placé à la base du lambeau transversalement à travers toute la plaie; un second drain est introduit au point le plus déclive de la ligne de réunion, de façon que son extrémité supérieure vienne se loger dans la cavité cotyloïde.

2. Désarticulation coxo-fémorale après amputation préalable de la cuisse par la méthode circulaire (Pitha, v. Volkmann.) (Fig. 400, BB).

Premier temps: Amputation circulaire de la cuisse en dessous du grand trochanter.

Même position du corps que pour la méthode à lambeau; seulement, la cuisse est, cette fois, complétement étendue sur le bassin. A environ un travers de main (15 centimètres) en dessous du sommet du grand trochanter, on coupe circulairement la peau de la cuisse et on la fait rétracter vers le haut. D'un second trait de couteau on divise ensuite toute l'épaisseur des muscles comme dans l'amputation circulaire en deux temps. On scie l'os et on lie tous les vaisseaux visibles à la surface de la plaie.

L'hémostase prophylactique est assurée au cours de l'opération, soit par la compression digitale de l'iliaque externe, soit, en l'absence d'aide, par l'application du tube élastique d'*Esmarch*. Si l'on ne dispose d'aucun de ces moyens, on pourra même, avant de commencer l'opération, pratiquer d'abord la ligature de l'artère et de la veine fémorales en-dessous du ligament de *Poupart*. (Voir page 66).

Deuxième temps: Énucléation du tronçon d'os et suture.

Au milieu de l'espace qui sépare l'épine iliaque antérieure et supérieure du grand trochanter, on enfonce un solide couteau à amputations de moyenne grandeur, qui pénètre jusque sur la tête du fémur, et qui de là descend verticalement sur l'incision circulaire en fendant tous les tissus jusqu'à l'os. Pendant qu'un aide maintient les deux lèvres de la plaie écartées l'une de l'autre, l'opérateur saisit ensuite le tronçon osseux dans sa main gauche ou dans les mors d'un davier à résection, puis, avec un solide élévatoire (rugine), et au besoin avec le couteau, il en détache jusqu'en haut toutes les parties molles y compris le périoste. Il ouvre enfin la jointure et désarticule la tête comme plus haut. Tout ce second temps de l'opération ne donne lieu qu'à très-peu de perte de sang.

La réunion de la plaie se pratique en suturant d'abord verticalement les lèvres de la seconde incision, puis transversalement, celles de la plaie d'amputation circulaire. Un gros drain introduit de bas en haut, est poussé jusque dans la cavité cotyloïde, et en cas de nécessité un second drain traverse obliquement la plaie de l'endroit où se trouvait le grand trochanter jusqu'à l'angle interne de la plaie.

3. Désarticulation par la méthode ovalaire (Fig. 102, CC).

Le sujet est couché sur le côté sain, de manière que la hanche à désarticuler dépasse le bord de la table d'opérations. Le chirurgien se tient au devant et en dehors de la hanche.

Premier temps: Division de la peau.

Du milieu de l'espace qui sépare l'épine iliaque antérieure et supérieure du grand trochanter, faire partir une incision qui descende à la face externe du grand trochanter et divise la peau sur une étendue d'environ 10 centimètres. Si, sur le vivant, on s'aperçoit en avançant dans la profondeur, que la résection de la hanche est encore praticable, on pourra l'entreprendre facilement à travers cette incision verticale. S'il convient plutôt de recourir à la désarticulation du membre, on continuera l'opération de la façon suivante :

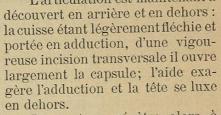
Le couteau replacé à l'extrémité inférieure de l'incision précédente, se dirige obliquement en avant et en dedans, en ne coupant que la peau, vers le bord interne de la cuisse, où il s'arrête à environ quatre travers de doigt en dessous du niveau du grand trochanter. Pendant qu'un aide soulève alors le membre (c'est-à-dire le porte en abduction), l'opérateur, passant son bras par dessous, réapplique le tranchant de l'instrument au point où finit l'incision, et le conduit à travers les téguments de la face postérieure de la cuisse, en remontant en dessous du pli fessier et parallèlement à ce pli, jusqu'à ce qu'il ait rejoint l'extrémité inférieure de l'incision verticale. En quelques coups

de tranchant perpendiculaire à l'aponévrose, il dissèque ensuite la peau et la fait rétracter vers le bassin.

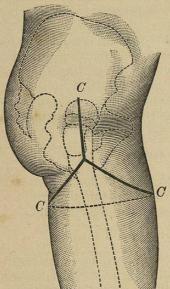
Deuxième temps: Section des muscles et désarticulation.

L'opérateur replace l'instrument au dessus du grand trochanter, puis, par de vigoureux traits de couteau parallèles au

bord postérieur de l'ovale cutané Fig. 102. et obliquement dirigés vers l'articulation, il divise jusque sur l'os tous les muscles de la face postérieure du membre; il sectionne de même les chairs de la face antérieure, mais au niveau de sa moitié externe seulement: il laisse ainsi intacts les vaisseaux fémoraux ainsi que les parties molles de la face interne. L'articulation est maintenant à



Le couteau pénètre alors à plein tranchant dans l'articulation, coupe ligament rond, paroi interne de la capsule et insertions des



CC Désarticulation de la cuisse par

muscles au petit trochanter, glisse le long de la face interne du fémur, et arrivé à hauteur de l'incision cutanée ressort en une fois à travers toutes les parties molles de la face interne du membre; pendant ce temps un aide a introduit ses deux mains dans la plaie, derrière la lame de l'instrument, et comprime les vaisseaux fémoraux de la façon décrite pour la formation du lambeau antérieur.

L'ouverture de ces vaisseaux n'a donc lieu ici qu'au tout dernier moment de l'opération. Il reste encore à les fermer par la ligature, et à réunir les lèvres de la plaie comme dans la méthode précédente.

Dans la pratique il arrive souvent que les chairs n'ont pas été conservées sur une étendue suffisante, pour que l'on puisse appliquer l'un quelconque des procédés précédemment décrits, et particulièrement celui à lambeau antérieur. En pareil cas on

est bien forcé de chercher à recouvrir le moignon à l'aide de procédés d'un usage moins fréquent et complètement atypiques. Ainsi peut-on, à l'instar de Langenbeck, tailler d'abord un grand lambeau postérieur, puis sectionner transversalement les parties molles antérieures en-dessous du ligament de Poupart; ainsi encore pourrait-on façonner deux lambeaux, dont l'un antérieur et l'autre postérieur, ou même, comme le faisait Lisfranc, deux lambeaux latéraux. Dans chacune de ces méthodes atypiques, la marche ultérieure de l'opération ne diffère du reste en rien de celle des méthodes précédentes.

II. Amputation de la cuisse.

Anatomie topographique (Fig. 103).

La forme de la cuisse est celle d'un cône dont la base est en haut, et qui est légèrement aplati d'avant en arrière dans son tiers supérieur, latéralement dans ses deux autres tiers. La peau est très-épaisse en avant et en dehors, plus fine à la face interne; elle est partout très-mobile sur les tissus sousjacents, sauf toutefois immédiatement au-dessus du genou, où l'épais pannicule adipeux venant à disparaître, elle adhère intimement au fascia lata.

De tous les organes cheminant au sein du tissu cellulaire sous-cutané, la veine saphène interne offre seule quelqu'importance : par les nombreuses veines superficielles qui lui viennent de toutes les faces du membre et qui communiquent avec les veines profondes, elle finit par acquérir un volume assez considérable; puis, arrivée sous le ligament de Poupart, elle s'abouche à angle aigu dans la veine fémorale, et se trouve ainsi directement influencée par l'état de réplétion de cette dernière. Sa direction est celle d'une ligne qui serait tirée du condyle interne du fémur au cinquième interne du ligament de Poupart (Hyrk); elle est accompagnée par les vaisseaux lymphatiques superficiels du membre inférieur.

La diaphyse du fémur ne court pas tout-à-fait dans la direction du grand axe du membre, mais est plutôt oblique de haut en bas et de dehors en dedans; en outre elle présente dans son entier une courbure à convexité antérieure et externe. On lui distingue trois faces, une antérieure et deux latérales, ainsi que trois bords dont les deux latéraux sont mousses et le postérieur très-prononcé et très-rugueux (ligne âpre); l'os se termine en bas par deux fortes tubérosités spongieuses, condyles interne et externe, qui supportent les surfaces articulaires supérieures de la jointure du genou.

Le corps du fémur est matelassé sur toutes ses faces par une épaisse musculature, plus accusée encore en dedans; le grand trochanter et les condyles sont seuls placés directement sous la peau. Parmi les muscles, les uns sont superficiels; ils prennent naissance au bassin et viennent s'insérer à la jambe sans adhérer nulle part au fémur lui-même : ce sont, en ayant le couturier et le droit antérieur de la cuisse, en dedans le droit interne, en arrière le demi-tendineux, le demi-membraneux et le biceps. Lorsque ces muscles sont sectionnés transversalement, ils se rétractent très-fortement vers le bassin. La couche profonde comprend des muscles qui naissent du bassin et s'insèrent largement au fémur : tels sont les adducteurs : d'autres qui partent du fémur et croisent le genou pour aller s'attacher à la jambe : ce sont le vaste interne, le vaste externe et la portion crurale du quadriceps. Ils se rétractent beaucoup moins après la section que les muscles superficiels. L'aponévrose de la cuisse, ou fascia lata, enserre tous les muscles