

antérieure, part du bord inférieur de la malléole interne, s'étend à quelques millimètres au devant du tibia, sur la face dorsale du pied, et finit un peu en avant de la malléole externe. Une deuxième incision, commencée au même point que la première, contourne verticalement le bord interne, la face plantaire et le bord externe du pied, où elle rejoint la précédente. Le petit lambeau antéro-supérieur étant relevé, on pénètre dans l'articulation

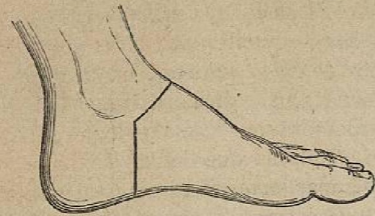


Fig. 290.

tibio-tarsienne, on abat les deux malléoles *a, b* (voy. fig. 291) et on porte le pied en avant, de manière à pouvoir couper d'un trait de scie, et perpendiculairement à sa longueur, le calcaneum *c*, en arrière de l'astragale. La surface de section est relevée contre celle du tibia, et la plaie fermée par quelques points de suture. Dans le mémoire que j'ai présenté à ce sujet à l'Académie des sciences, en 1853, et qui a été imprimé la même année dans le *Journal hebdomadaire*, p. 606, avec des planches copiées par M. le professeur Herrgott, auquel je devais déjà la traduction du mémoire de Pirogoff, j'ai conseillé de commencer l'incision verticale interne à un travers de doigt au-dessus du sommet de la malléole *c* (voy. fig. 292), et de là nous la conduisons en bas et en avant pour contourner la plante du pied *e*, et revenir, du côté opposé, la terminer au niveau du point de départ, un peu en avant de la malléole externe, qui descend, comme on le sait, plus bas que l'interne et est située plus en arrière. L'articulation ouverte et traversée, on abaisse fortement le pied et on place le milieu de la lame d'une scie à chaîne ou à rotation en arrière de l'articulation astragalocalcanéenne postérieure, indiquée dans ce point par une saillie osseuse astragaliennne postérieure, qui sert de guide et de point de

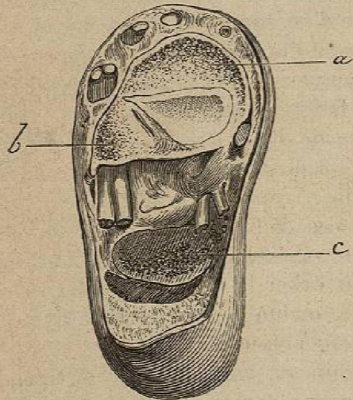


Fig. 291.

repère. On n'a plus à s'occuper de l'astragale, qui fait corps avec le calcaneum, et la scie retranche obliquement de ce dernier os

repère. On n'a plus à s'occuper de l'astragale, qui fait corps avec le calcaneum, et la scie retranche obliquement de ce dernier os

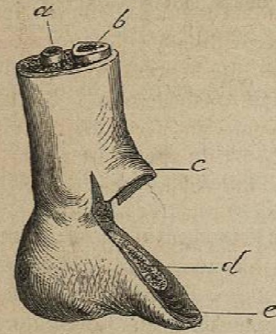


Fig. 292.

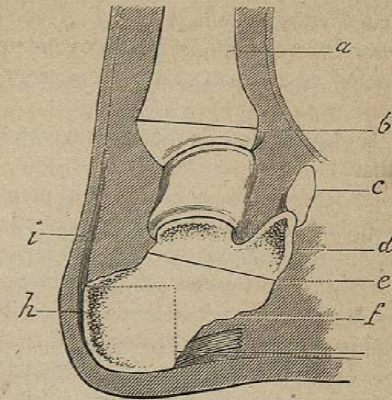


Fig. 293.

*e* (voy. fig. 293) toutes les surfaces articulaires, en passant au-dessous de la jointure cuboïdienne *d*. Avec les scies ordinaires le dos de l'instrument arc-boute souvent contre la face antérieure de la jambe, et force à donner à la section osseuse une inclinaison trop rapprochée de la verticale. Il vaut donc mieux se servir d'une scie à chaîne, avec laquelle on suit, pour la division de l'os, l'inclinaison du lambeau *d, e* (voy. fig. 292). Il ne reste plus

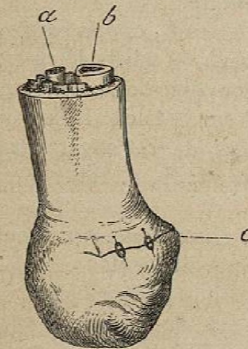


Fig. 294.



Fig. 295.

qu'à dégager les extrémités du tibia *a* (fig. 293) et du péroné et à les abattre perpendiculairement *b* d'avant en arrière, tandis que le talon est tiré dans ce dernier sens, pour mettre la peau à l'abri

de la scie. Si le calcanéum avait été coupé trop verticalement, on devrait en enlever une lamelle supéro-postérieure *e*, ou obliquier davantage de bas en haut et d'avant en arrière le trait de scie *b*, qui porte sur les os de la jambe.

Dans ces conditions, le rapprochement des surfaces tibio-calcanéennes se fait bien et on le maintient par quelques points de suture *c* (fig. 294).

La cicatrisation donne un moignon (fig. 295) assez petit et régulier.

J'ai également montré qu'on pourrait, à la rigueur, laisser seulement dans le lambeau inférieur le point assez étroit par lequel le calcanéum appuie sur le sol et fait corps avec le talon.

Il faut, dans tous les cas, conserver avec le plus grand soin l'artère tibiale postérieure et le tendon d'Achille, en ménageant la bourse muqueuse qui sépare ce dernier du calcanéum. J'ai publié les trois succès obtenus par Pirogoff, et un quatrième par Michaëlis (de Milan). MM. Schultz (de Vienne) et Hope (de Bâle) ont également pratiqué cette opération, qui a été répétée en France par notre collègue M. Eug. Boeckel. MM. Kestner et Croft ont réuni un total de vingt-sept amputés, sur lesquels on comptait sept morts et très-peu de réussites complètes, le renversement du talon en avant ayant amené des ulcérations par pression. On a même avancé que Pirogoff avait renoncé à cette opération. Les modifications que nous avons proposées, en rendraient, croyons-nous, les résultats meilleurs, et nous n'hésiterions pas à la pratiquer dans le cas très-rare où la lésion serait locale, sans altérations chroniques des parties voisines, et par conséquent traumatique.

La guérison s'obtient par ankylose vraie, et doit exiger beaucoup de temps et une immobilité prolongée du pied. Le membre reste plus long qu'après la désarticulation tibio-tarsienne complète, et les opérés marchent régulièrement sur le talon. L'expérience seule permettra d'apprécier les avantages de cet ingénieux procédé. (Voy. *Contributions à la chirurgie*, t. II, p. 488.)

**Amputation de la jambe. Historique.** On pratique l'amputation de la jambe dans trois points différents :

- 1° A trois travers de doigt au-dessous de la tubérosité du tibia : c'est le lieu d'élection ;
- 2° Au tiers inférieur du membre ;
- 3° Dans l'épaisseur des condyles.

En amputant au lieu d'élection, on ménage l'expansion tendineuse des muscles couturier, droit interne et demi-tendineux, le ligament rotulien et la synoviale articulaire. Le moignon, après

guérison, jouit d'une mobilité complète, et s'adapte facilement dans la flexion à une jambe artificielle ou pilon, dont il ne dépasse pas l'épaisseur en arrière, et se trouve ainsi à l'abri des chocs, et dans les conditions les plus favorables pour la station et la marche.

Vacca, Brunninghausen, Soulera ont reproduit les idées de Solingen, de Ravaton, de White, de Blomfield, qui avaient conseillé d'amputer la jambe le plus bas possible. Il est vrai que cette opération guérit vite et bien, mais le défaut d'une machine propre à emboîter et à soutenir convenablement le membre, l'avait fait abandonner. L'appareil de Wilson, la bottine de Ravaton, la jambe artificielle de Mille, n'avaient donné que des succès exceptionnels, et le problème qui empêchait d'introduire dans la pratique une nouvelle opération d'une grande importance pour la vie des malades était posé, mais non résolu. Les bottines de Martin et de M. Mathieu paraissent avoir atteint ce but d'une manière assez satisfaisante, si ce n'est complète. Les membres artificiels, articulés au pied et au genou, et prenant un point d'appui sur l'ischion, sont assez légers, sans aucun contact avec le moignon et propres à la station et à la marche, mais ne permettent pas un exercice soutenu comme la simple jambe de bois ordinaire. C'est un appareil à réserver pour les personnes qui ne sont forcées à aucun travail pénible, et dont le principal but est de dissimuler leur difformité. Sur quarante exemples d'amputation de l'extrémité inférieure de la jambe, Martin disait n'avoir compté que quatre succès ; mais l'expérience a démenti ces résultats.

Les lésions s'étendent quelquefois assez haut pour rendre impossible l'opération au lieu d'élection ; dans ce cas, on peut couper le tibia dans l'épaisseur des condyles, et désarticuler le péroné suivant les préceptes du baron Larrey. Cette méthode, oubliée malgré les efforts de Delamotte et de Blomfield, est aujourd'hui généralement admise, bien qu'elle expose à ouvrir la synoviale du genou, qui communique une fois sur dix (Lenoir) avec celle de l'articulation péronéo-tibiale.

**1° Amputation au lieu d'élection.** 1° *Méthode circulaire.* Dans l'amputation de la jambe au lieu d'élection par la méthode circulaire, le malade *a* (fig. 296) doit être demi-couché sur le bord d'une table ou d'un lit, le membre blessé confié à un aide *c* ; la jambe saine est également soutenue. Un autre aide *d* est chargé de relever les chairs. Un troisième *e* exerce la compression, l'un *h* se tient prêt à pratiquer les ligatures, et un autre *g* présente et retire les instruments et les pièces de pansement. La personne *f*,