

moitié postérieure. Nous établirons plus loin les avantages de cette modification.

Lambeau elliptique postérieur. Dorsay rapporte à Physick un procédé qui est l'inverse du précédent, et dont C. Bell s'est cru également l'inventeur : il consiste à inciser d'abord en arrière la peau, puis les muscles du mollet, très-obliquement de bas en haut, et à compléter, sur la moitié antérieure de la jambe, la section des parties molles beaucoup plus près du genou.

Le baron Larrey, après avoir terminé l'amputation au lieu d'élection, à la manière de J. L. Petit, incisait longitudinalement les téguments dans l'étendue de 0^m,04 vers le bord tibial antérieur, et souvent aussi en arrière, de sorte qu'il formait ainsi deux lambeaux latéraux, dont il réservait quelquefois les angles. Le résultat définitif rentrerait dans les procédés à lambeaux latéraux.

On a encore appliqué à l'amputation circulaire de la jambe les procédés d'Alanson, de Bell etc., et c'est au chirurgien à en apprécier l'utilité dans le cas où quelque circonstance spéciale en réclame l'emploi.

2^o *Méthode ovulaire.* Baudens se proposait de conserver assez de muscles pour recouvrir les os, et mettre les nerfs à l'abri de toute compression par la cicatrice; l'incision ovulaire de la peau n'était pour lui qu'accessoire, aussi la pratiquait-il en avant ou en arrière. Dans les deux cas il disséquait les téguments dans l'étendue d'environ 0^m,06; puis, glissant de chaque côté son couteau entre les os et les muscles, il taillait, au niveau de la rétraction de la peau, deux lambeaux latéraux charnus, qu'un aide soutenait, pendant qu'il divisait les chairs de l'espace interosseux et faisait la section des os. On obtient ainsi assez de muscles pour les réunir au devant des saillies osseuses, et les recouvrir ensuite par les téguments. Ce procédé n'est pas sans difficulté; la dissection de la peau et la formation des lambeaux charnus exigent un certain temps, et les muscles conservés prédisposent à la suppuration, et déterminent, en se rétractant, la dénudation et la saillie des os. Les téguments, tirés en arrière par le poids des parties molles, augmenté encore par l'engorgement inflammatoire, peuvent s'ulcérer au devant du tibia. Cependant l'opération sur le cadavre donne un moignon bien garni et d'une réunion facile.

Modifications de l'auteur. J'ai décrit en 1833 (*Gazette médicale*) plusieurs modifications que la pratique n'avait conduit à faire subir aux procédés ordinaires. L'incision circulaire des téguments, généralement en usage, est sujette à divers reproches. Comme la jambe est dans l'extension pendant l'amputation, la rétraction des téguments est très-considérable en avant au moment de la

flexion du genou, tandis qu'en arrière les parties molles deviennent beaucoup trop longues par rapport à la hauteur totale de la plaie; de là le double défaut de manquer de peau en avant, où les os doivent être largement recouverts, et d'en conserver beaucoup trop en arrière, ainsi qu'une épaisseur inutile de muscles qui exposent à des engorgements considérables et à des abcès de la face postérieure du membre.

J'ai conseillé, pour éviter ces inconvénients, de former une plaie ovulaire à lambeau antérieur, dont on excise transversalement le sommet, et de conserver peu de chairs et de téguments en arrière. Le couteau porté obliquement d'avant en arrière et de bas en haut, sur le côté externe de la jambe (côté gauche), divise la peau, puis contourne la partie postérieure du membre, et est ramené sur le côté interne d'arrière en avant et de haut en bas; une incision transversale complète en avant la section des téguments. La plaie doit représenter une obliquité de 0^m,06 environ de hauteur.

L'aide embrasse alors, du plat des doigts, une assez large surface de la peau, et la tire en haut par un double mouvement de pression et d'élévation. On coupe au fur et à mesure, et perpendiculairement, les brides celluleuses qui en établissent l'adhérence, et, dès qu'elle est suffisamment relevée, on porte sur les muscles du mollet le couteau, incliné à la manière d'Alanson : d'un premier coup j'en incise la moitié, et d'un second, commencé au niveau de leur rétraction, j'intéresse toutes les fibres profondes.

Les muscles de la face antérieure externe du membre sont alors coupés avec soin et sans mâchures, jusqu'aux os et au ligament interosseux, au niveau de la rétraction des muscles du mollet et sur le point où portera la scie (*fig. 297*); puis la pointe du couteau est transversalement engagée dans l'espace interosseux, qu'elle traverse et qu'elle divise verticalement de haut en bas, afin de donner du jour à l'opérateur, et il devient facile de porter le couteau, en arrière, dans l'espace vide qui est produit, et d'achever la section complète des chairs, en tournant successivement le tranchant de l'instrument vers le tibia et le péroné.

Cette manière de couper les parties molles de l'espace interosseux

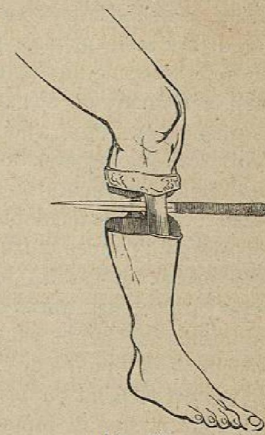


Fig. 297.