

nous semble préférable au 8 de chiffre ordinaire ; car dans ce dernier cas on dirige le couteau dans l'intervalle des os, avant d'en avoir précisé le point de section ; et, n'agissant que rarement dans un même plan, on taillade les muscles ; on les divise en spirale, et le chirurgien se trouve dans l'alternative ou de scier, les os à la limite la plus inférieure de la section des chairs, ce qui donne des extrémités osseuses en partie dénudées et saillantes, ou de porter la scie plus haut, et de déchirer quelques portions des muscles restés intacts.

Un inconvénient plus grave s'observe encore : l'artère tibiale antérieure paraît introuvable, et j'ai vu souvent des chirurgiens être obligés de recourir à la ligature médiante pour atteindre ce vaisseau. Cette difficulté a été attribuée à la rétraction de l'artère et dépendrait de deux causes : l'une, signalée par Ribes, serait la double courbure que décrit le vaisseau pour se placer au devant du ligament interosseux ; l'autre, d'après Gendrin, serait la brièveté des fibres musculaires, qui ne pourraient se rétracter aussi haut que l'artère. Nous repoussons ces explications, car la rétraction n'est pas constante : souvent l'artère remonte à peine ou même dépasse, après l'opération, le niveau de la plaie ; et, en supposant la réalité de sa rétraction, il suffirait d'écartier les fibres musculaires pour la découvrir. Comme il n'en est pas ainsi, les difficultés doivent tenir à d'autres causes ; et la principale, à nos yeux, est que l'artère a été mâchée par le couteau en même temps que les chairs ; et que, ne distinguant plus d'intervalles musculaires apparents, le chirurgien s'égare dans de vaines recherches ; quelquefois même le vaisseau a été ouvert latéralement sur plusieurs points, ce qui explique la persistance des hémorragies, malgré l'application réitérée des ligatures sur l'ouverture béante de l'artère.

J'ai vu tous ces accidents arriver un grand nombre de fois dans la pratique d'habiles chirurgiens, comme dans celle d'opérateurs peu exercés, et j'ai dû les attribuer aux vices des procédés employés, parce que, après les avoir modifiés, j'ai fait plus de vingt amputations de jambe sans les éprouver, et j'ai rendu mes collègues plusieurs fois témoins de l'exactitude de ces observations.

C'est sur le point où les os devront être sciés qu'il faut diviser, nettement et sur un même plan, les chairs interosseuses, ce qui n'offre aucune difficulté dans notre procédé.

Si l'on voulait conserver une légère couche musculaire antéro-externe, on y parviendrait en coupant longitudinalement, dans l'étendue de quelques millimètres, les attaches de l'aponévrose jambière aux bords du tibia et du péroné et celles du ligament interosseux ; cette incision permet de dénuder un peu plus haut les os,

qui sont alors légèrement dépassés par les chairs, ce qui ne nous paraît pas utile ; mais c'est un moyen de dénuder les os et de les scier un peu plus haut, ce qui n'est pas sans avantage dans le cas où l'indication en est reconnue.

L'artère tibiale postérieure est parfois fort difficile à lier, lorsque l'amputation a été pratiquée pour des lésions chroniques. On trouve la gaine des vaisseaux épaissie, indurée, adhérente aux parties voisines ; l'artère se déchire sous la traction de la pince, et il faut recourir au ténaculum.

Méthode à lambeaux. La méthode à lambeaux, appliquée pour la première fois par Lowd'ham aux amputations de la jambe, a été l'objet d'une foule de procédés opératoires, et compte en France, en Angleterre, en Allemagne, et surtout dans le nord de l'Europe, un assez grand nombre de partisans.

Lambeau postérieur unique. Verduin taillait par ponction, à la partie postérieure du membre, un large lambeau de 0^m,12 de longueur, à extrémité arrondie ; il incisait circulairement les téguments de la partie antérieure de la jambe, les muscles interosseux, et terminait par la section des os (fig. 298).

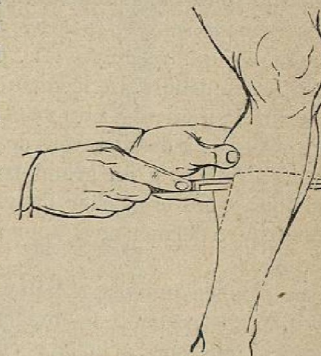


Fig. 298.

Hey, pour mieux assurer la forme du moignon, marquait avec de l'encre trois points superposés, qui devaient correspondre à la section des téguments, à celle des muscles et à celle des os : ces précautions sans valeur ont été complètement oubliées.

Les résultats des amputations de la jambe à un seul lambeau postérieur sont détestables : il est presque impossible de maintenir le lambeau appliqué sur les os ; l'exfoliation et la nécrose ne sont pas prévenues ; on n'obtient jamais de réunion immédiate complète, et, après la guérison, la plaie représente deux moignons, l'un en avant, produit par les os, et le second en arrière, formé par les chairs.

Procédé à double lambeau antéro-postérieur. On a cru remédier à ces graves inconvénients en pratiquant deux lambeaux. Sur une première incision circulaire, Ravaton en faisait descendre deux autres à angle droit, la première en dehors et l'autre en dedans. Il formait ainsi deux lambeaux antéro-postérieurs, qu'il faisait relever pour achever l'amputation. Ledran pratiquait ces lambeaux