

Les deux principales conditions du succès sont la laxité du moignon après la réunion et le bon état des ligatures. Si l'on n'avait pas conservé assez de téguments, leur étranglement amènerait la tuméfaction des parties et la mortification plus ou moins étendue

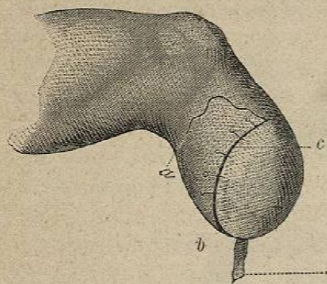


Fig. 300.

du lambeau. Quant aux ligatures, Fenwich a émis l'opinion, si opposée aux idées généralement professées en France, que l'amputation de la cuisse est peut-être moins dangereuse que celle de la jambe en raison de la plus grande fréquence des hémorrhagies dans cette dernière opération, opinion que confirment jusqu'à ce jour les résultats de notre propre expérience. Nous avons publié des exemples de guérison complète, par le procédé que nous venons de décrire, en dix-huit jours, et quoique la cicatrisation soit habituellement plus longue à obtenir, elle s'accomplit avec régularité et donne des moignons très-réguliers et bien garnis. Nous avons revu un assez grand nombre de nos amputés plusieurs années après leur opération, et ils n'avaient éprouvé aucun accident. M. Trélat a dernièrement fait part à la Société de chirurgie de trois succès obtenus rapidement par ce procédé, et M. le professeur Mounier, médecin en chef du camp de Châlons en 1867, m'a montré un de ses malades opéré de la même manière et dont le moignon était d'une remarquable régularité.

**Pansement.** Lorsque l'amputation de la jambe a été pratiquée par la méthode circulaire, les artères tibiale antérieure, postérieure et péronière liées, et l'artère nourricière du tibia comprimée, si elle donne trop de sang, ce qui est fort rare, on réunit la plaie obliquement d'avant en arrière et de dedans en dehors, dans le sens du grand diamètre des os, ou simplement de dehors en dedans, afin que l'angle supérieur réponde à la saillie tibiale, et que les téguments soient moins exposés, dans ce point, à une compression fâcheuse. — Beaucoup de chirurgiens n'emploient pas la réunion immédiate, mais placent dans la plaie et au devant des os une grosse mèche de charpie enduite de cérat ou de digestif, sur laquelle ils ramènent les téguments : telle était la conduite de Larrey. L'on se tromperait si l'on croyait obtenir ainsi une réunion immédiate secondaire ; les parties se rétractent presque toujours, et la surface granuleuse qu'elles présentent, forme, avec les os, une plaie plane et circulaire, dont la peau occupe la périphérie et

exige un temps assez long pour se rapprocher du centre. Toutefois, quand on conserve beaucoup de peau, presque maintenue en contact, la cicatrice ressemble à celle que donne la réunion immédiate, dans un temps à peu près égal et d'une manière plus sûre.

La science manque encore de règles à cet égard, et chacun se décide d'après sa propre expérience ou celle de ses maîtres, et les conditions où se trouve le blessé ; si toutes sont favorables à la réunion immédiate, on peut la tenter, tandis que, dans le cas contraire, il est plus avantageux de provoquer le développement des bourgeons charnus, en soutenant assez les parties molles, pour empêcher la saillie des os.

On se conduirait d'après les mêmes principes, si l'on avait suivi notre procédé ovalaire. Quant à la méthode à deux ou à un seul lambeau, elle commande, en partie du moins, la réunion immédiate.

**Appréciation.** Parmi tous les procédés que nous venons de décrire pour l'amputation de la jambe au lieu d'élection, ceux qui appartiennent à la méthode circulaire sont les plus généralement adoptés en raison de la simplicité de leur mécanisme et de la facilité de leur exécution. Nous croyons cependant que les modifications que nous avons fait connaître pour la division de la peau à la manière de Sabatier, et pour la section élevée des muscles du mollet et celles des chairs antéro-externes et interosseuses, directement sur le plan où doit ensuite porter la scie, sont de véritables perfectionnements, dont la pratique démontrera de plus en plus l'utilité. C'est à ce premier procédé, appliqué sur de grandes masses de blessés, en Pologne (1831), que nous sommes revenu dans ces dernières années. L'amputation à lambeau externe nous donnait, sans doute, de belles guérisons, mais exposait à des hémorrhagies secondaires, principal danger des réunions immédiates ; nous nous étions trouvé dans la nécessité de mettre la plaie à nu, de la tamponner, et de recourir cinq ou six fois à la ligature de l'artère crurale. Quoique les malades eussent guéri, ces hémorrhagies, fortuites et exceptionnelles peut-être, nous ont effrayé et ramené à notre procédé à lambeau antérieur, avec léger tamponnement de la portion centrale et vasculaire de la plaie au moyen de boulettes de charpie fine. A partir de ce moment, les hémorrhagies ont cessé, et nous n'avons plus exécuté d'autres modes d'amputation ni de pansement depuis quelques années.

**2<sup>o</sup> Amputation de la jambe au tiers inférieur.** Dans le cas où l'on a recours à l'amputation au tiers inférieur de la jambe, dont nous avons précédemment discuté la valeur, on peut choisir

entre un assez grand nombre de procédés. Salemi conseillait de former un lambeau postérieur assez large pour recouvrir la plaie; Blandin imitait le procédé de Ravaton, et obtenait deux lambeaux latéraux carrés. J'avais l'habitude de faire pratiquer, dans mes cours, un lambeau oblique, soit antérieur, soit postérieur; la plaie est régulière et la cicatrice reste latérale. Lenoir, après avoir fait la section circulaire des téguments, les divisait en avant, par une incision verticale (fig. 301). Les deux angles de la peau *c* disséqués, et

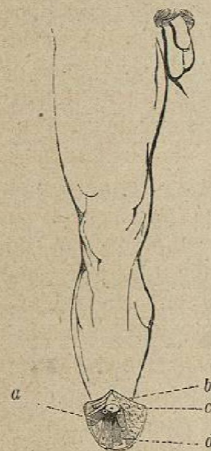


Fig. 301.

le tendon d'Achille *d* et les autres muscles postérieurs *a*, séparés et relevés, on scie les os *b*. L'incision verticale permet seule de relever la peau en manchette, en raison de la grande conicité du membre, et la conservation des chairs en arrière prévient la gangrène des téguments. M. Guyon conseille une incision elliptique, circonscrivant un large lambeau, formé de la partie interne des téguments de la jambe et du talon. On détache des os, avec la rugine, le tendon d'Achille et les gaines séro-fibreuses des autres tendons postérieurs, et on ramène le lambeau de bas en haut et de dedans en dehors sur la plaie, où on l'assujettit par quelques points de suture. Un malade opéré le 19 juin 1868 était guéri le 2 août. (*Gaz. des hôpitaux*, n° 130; 1868).

*Méthode circulaire.* Un aide comprime l'artère sur le pubis, ou maintient un tourniquet au tiers inférieur de la cuisse. Un second aide soutient le pied, pendant qu'un troisième s'empare de la jambe et s'apprête à relever les téguments. Le chirurgien, placé en dehors ou en dedans, divise circulairement la peau, aussi près que possible de la base des malléoles, et la dissèque en manchette dans l'étendue de 0<sup>m</sup>,05 en avant, de 0<sup>m</sup>,03 seulement en arrière. On procède ensuite à la section du tendon d'Achille, puis des tendons antérieurs et latéraux, à la base du pli cutané.

Le couteau interosseux est inutile, attendu que, dans ce point, les deux os sont à peine écartés de quelques millimètres. C'est donc avec la pointe du bistouri qu'on termine la division des chairs. Si l'on se sert de la compresse fendue, celle-ci doit n'avoir que deux chefs, et embrasser le membre obliquement de dehors en dedans; la section des os n'a rien de particulier, et il est à peu près inutile d'abattre l'angle du tibia, comme on le fait au tiers supérieur du membre.

Les artères tibiales antérieure, postérieure et la péronière sont les seules à lier; l'on réunit les téguments d'avant en arrière et de de-

hors en dedans. Après quelques moments de vogue, cette amputation est de plus en plus laissée en oubli et abandonnée en raison de la grande difficulté de trouver de bons moyens prothétiques et d'assurer les usages du membre. Un jeune homme voulait, cette année encore (1868), se faire amputer par nous la jambe au lieu d'élection pour se débarrasser d'un moignon sus-malléolaire, continuellement et douloureusement ulcéré.

### 3<sup>e</sup> Amputation de la jambe dans les condyles.

Larrey est parvenu à conserver l'articulation du genou, en amputant la jambe au-dessus du lieu d'élection, dans l'épaisseur des condyles. Le célèbre chirurgien, contre l'opinion de Garrigues, ne portait pas le couteau au-dessus du niveau de la tubérosité tibiale, dans la crainte de diviser la totalité du ligament rotulien, et d'ouvrir la jointure, en exposant le malade à tous les dangers des plaies pénétrantes articulaires. Il est possible néanmoins d'élever un peu l'incision dans l'épaisseur même du ligament rotulien sans ouvrir l'articulation. On détache l'extrémité supérieure du péroné, et l'on peut, en inclinant la scie de bas en haut et d'avant en arrière, enlever le tibia un peu plus haut en arrière, sans léser l'article. L'incision longitudinale de la peau, en arrière, en prévient l'étranglement. La guérison, favorisée par la vitalité du tissu spongieux, est assez rapide.

*Amputation du genou, ou fémoro-tibiale. Historique.* L'amputation du genou dans l'article, que l'on pouvait croire complètement rejetée de la chirurgie, malgré les efforts de J. L. Petit, de Hoin et de Brasdor, a de nouveau trouvé, dans ces derniers temps, des partisans et des défenseurs: Blandin, et particulièrement Velpeau, en ont soutenu les avantages, et ce dernier chirurgien pense même qu'elle est plus avantageuse que l'amputation de la jambe dans les condyles. Une telle opinion est bien éloignée de celle de Larrey, qui blâmait formellement l'amputation du genou, à moins d'une désorganisation de la jambe jusqu'aux attaches du ligament articulaire, par une affection chronique.

On a dit qu'après la guérison, les malades ne peuvent prendre de point d'appui sur leur moignon; cet inconvénient n'est pas constant. Velpeau et Baudens ont cité des faits qui prouvent la possibilité, pour les opérés, de marcher avec un cuissard, sur lequel reposent directement les condyles du fémur, mais on ne saurait compter sur un pareil résultat.

Il semblerait donc qu'à la suite des lésions traumatiques atteignant l'extrémité supérieure des os de la jambe, on pourrait, si la