

on incise, sans intéresser les muscles, les téguments à trois ou quatre travers de doigt au-dessous de la rotule; un aide les relève au niveau de l'article; le chirurgien divise le ligament rotulien et les ligaments latéraux, écarte les surfaces osseuses en fléchissant la jambe, opère la section des ligaments croisés, traverse l'article, et termine en coupant d'un seul trait les vaisseaux, les nerfs et les muscles du jarret.

La peau formant une sorte de bourse ou de manchette, plus étroite que le diamètre des condyles du fémur, est difficile à relever; la réunion des téguments correspond à la partie inférieure des condyles, et la cicatrice est défavorablement placée.

Le procédé de Baudens vaut beaucoup mieux.

Les téguments des trois quarts antérieurs de la circonférence de la jambe sont incisés, en avant *a* (fig. 304), à 0<sup>m</sup>,15 au-dessous de l'articulation et à 0<sup>m</sup>,09 seulement sur les côtés en arrière. La peau disséquée et relevée *c* au-dessus du niveau de l'article, on porte le couteau *b* sur les ligaments latéraux et croisés, de manière à permettre de luxer le genou. Un aide engage les doigts dans la plaie pour saisir l'artère poplitée, et l'opérateur achève l'amputation en coupant les téguments encore intacts du quart postérieur du membre, avec une petite portion des muscles sur lesquels reposent les vaisseaux et les nerfs. La plaie est ensuite réunie en arrière, et le fémur se trouve complètement enveloppé par les téguments de la partie antérieure du membre.

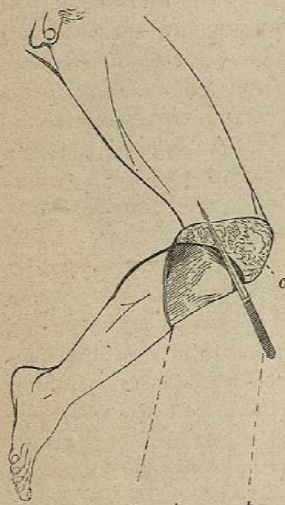


Fig. 304.

Les artères liées ou tordues, on affronte les bords de la plaie, soit immédiatement, soit médiatement, par l'interposition d'un linge fenêtré, très-fin, et l'on prévient ou l'on combat les accidents par les moyens déjà indiqués.

Ce procédé à un seul lambeau antérieur est d'une exécution rapide et présente le triple avantage de donner une plaie dont l'ouverture est étroite et d'une réunion facile; de placer la cicatrice tout à fait en arrière du membre, et de recouvrir l'extrémité condylienne du fémur avec les téguments de la partie antérieure du genou, qui sont épais, endurcis par des pressions habituelles et mieux disposés à supporter le poids du corps. Ces résultats sont

très-supérieurs à ceux des méthodes circulaires et à double lambeau, et si l'on n'avait pas à craindre les accidents que nous avons fait connaître, nous n'aurions aucune objection à faire contre cette amputation.

**Amputation de la cuisse.** Les généralités précédemment exposées au sujet des méthodes et des procédés d'amputation s'appliquent particulièrement à la cuisse, dont les conditions anatomiques ont si vivement attiré l'attention des chirurgiens. La forme à peu près arrondie du membre; la tension et l'adhérence uniformes des téguments; la disposition des muscles, dont les uns sont superficiels, les autres profonds; la grande force de rétraction des premiers, comparée à celle beaucoup moindre des seconds; l'épaisseur des chairs; la position centrale du fémur, ont fourni évidemment le sujet des mémoires de J. L. Petit, de Louis, d'Alanson, de Desault, de Bell etc., et de tous les chirurgiens qui ont décrit des procédés généraux. L'histoire de l'amputation du fémur est donc presque entièrement celle des amputations en général, auxquelles nous renverrons fréquemment pour éviter d'inutiles répétitions.

L'amputation de la cuisse doit toujours être pratiquée le plus bas possible du membre, et il faut prendre les téguments du genou, lorsqu'on peut scier le fémur immédiatement au-dessus des condyles.

Les muscles demi-tendineux et demi-membraneux se rétractent très-haut, et nous les divisons un peu au-dessous des autres pour éviter l'excavation que présente autrement la plaie; c'est en arrière et en dedans du membre que la rétraction musculaire est le plus forte, tandis qu'en avant et en dehors, où les muscles sont plus courts, elle est moins marquée; il en résulte à peu près constamment que la cicatrice se porte en dedans et en arrière; et la meilleure manière de remédier à cette disposition serait de diviser un peu plus bas les chairs de la partie postérieure interne de la cuisse. Philippe Boyer a vanté les avantages de cette modification, qu'il a crue nouvelle et qu'il eût pu trouver dans la première édition de cet ouvrage.

On a dit que la scie fait souvent éclater la crête ou ligne âpre du fémur; mais les os les plus régulièrement cylindriques se rompent fréquemment dans leurs dernières lamelles, au moment où l'on en termine la section; et dans tous les cas, la cause est la même, et consiste dans la double influence de l'inclinaison plus ou moins considérable du membre et de l'action de la scie.

On doit éviter de comprendre, dans la ligature de l'artère crurale, un filet nerveux très-mince qui en côtoie le côté antérieur

interne; et le nerf sciatique doit être coupé assez haut pour qu'il reste caché dans les chairs; autrement il devient, pendant les pansements, et après la cicatrisation du moignon, une occasion d'accidents et de souffrance.

Le malade est assis sur le bord de son lit, ou mieux encore d'une table, la tête et le dos appuyés contre un matelas ou tout autre corps doux et résistant. La cuisse malade, libre jusqu'à l'aîne, est maintenue par l'aide chargé de la compression, pendant qu'un second aide soutient la jambe; un troisième relève les chairs, et deux ou trois autres s'emparent des membres sains et du tronc.

Le chirurgien se place en dehors du membre malade, position indispensable, lorsque l'on fait l'amputation très-haut. L'inconvénient d'avoir la main gauche tournée du côté du pied pour la cuisse gauche est beaucoup moindre que celui de pratiquer l'opération par-dessus le membre sain, comme le conseille S. Cooper.

M. le docteur Seymanowski a proposé, dans le cas où l'amputation est pratiquée très-bas, de scier la face articulaire de la rotule et de l'appliquer contre l'extrémité divisée du fémur, sans toucher au tendon du triceps crural, pour mieux assurer la sustentation directe sur le moignon. Ce procédé, semblable à celui de Pirogoff, ne nous paraît pas mériter une grande confiance, mais l'idée en est fort ingénieuse.

*Méthode circulaire.* Parmi les procédés de la méthode circulaire, celui de Desault est le plus habituellement adopté. Vient ensuite le procédé de Louis, que Dupuytren pratiquait, en y introduisant l'incision spirale d'Alençon pour les muscles profonds. Le procédé de Bell offre une dernière ressource, lorsqu'on s'aperçoit que l'os n'a pas été dénudé à une assez grande hauteur et qu'il ne pourrait être recouvert par les téguments. J'ai dit dans les généralités comment je conseille de pratiquer les différents temps de cette amputation circulaire, et je n'ai pas à y revenir.

Les artères sont d'autant plus nombreuses que l'on se rapproche davantage de l'origine du membre; toutes doivent être liées, en commençant par les plus volumineuses. On réunit ensuite la plaie, de dehors en dedans, pour faciliter l'écoulement du pus, et obliquement, afin de ne pas appuyer un des angles du moignon sur les coussins destinés à le soutenir. Quelques chirurgiens anglais préfèrent la réunion transversale.

La *méthode à lambeaux*, employée avec succès par un grand nombre de chirurgiens du dernier siècle, est rarement appliquée de nos jours; cependant Guthrie y avait recours au tiers supérieur de la cuisse; M. Bancel affirme avoir obtenu soixante guérisons en suivant le procédé de Vermale, et M. Hello accepte aussi cette mé-

thode et ne pratique qu'un seul lambeau antérieur, procédé qui est le nôtre.

*Méthode mixte.* C'est dans le but de réunir les avantages des deux méthodes circulaire et à lambeau, que nous avons décrit la méthode mixte, qui convient particulièrement à la cuisse et y présente de précieux avantages (fig. 305). Cette méthode consiste, comme nous l'avons dit, à tailler, de dehors en dedans ou de dedans en dehors, deux lambeaux superficiels très-courts, qui ne comprennent pas l'artère crurale. Les lambeaux relevés, on achève circulairement l'amputation, en coupant très-haut les chairs profondes; l'os n'est pas exposé à faire saillie dans un des angles de la plaie; les lambeaux sont faciles à réunir sans aucun pli; ils sont réguliers, assez minces et se soutiennent bien.

*Lambeau antérieur unique.* C'est le seul procédé dont nous fassions usage et nous le croyons supérieur à tous les autres pour les motifs que nous avons déjà longuement développés (voy. *Amputations en général.*) De la main droite, saisissant largement les téguments de la face antérieure du membre, on les coupe demi-circulairement par une incision qui comprend presque les deux tiers antérieurs de la circonférence de la cuisse, et qui remonte assez haut de chaque côté pour que le lambeau ait une longueur égale au tiers du diamètre de la circonférence du membre. On relève la peau en la tirant en masse de la main droite, et l'on entame les muscles obliquement de bas en haut et d'avant en arrière, afin d'éviter d'en conserver une trop grande épaisseur dans le lambeau. Dès que les chairs profondes ont été séparées du fémur, on divise perpendiculairement les téguments et les muscles postérieurs, et l'on achève l'amputation en dénudant l'os dans une étendue de quelques centimètres, pour en prévenir la saillie en arrière de la plaie. Nous faisons la section du fémur, comme celle du tibia, par deux traits de scie, de manière à ne pas avoir d'angle osseux plus ou moins tranchant dirigé contre le lambeau.

Les artères liées et le tendon du triceps enlevé, si on le juge nécessaire, on couvre l'os d'une bandelette de linge pliée en double, enduite de styrax, et destinée à préserver les chairs du contact du fémur, et à établir un canal central au milieu du moignon pour l'écoulement des liquides. Le lambeau, rabattu sur la plaie, est

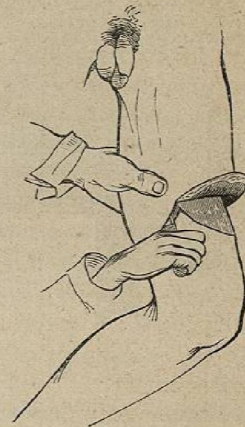


Fig. 305.