

assujetti de chaque côté par quelques points de suture, les ligatures sont disposées à la manière ordinaire, et le membre (fig. 306), légèrement élevé sur des coussins, est recouvert de pièces de molle-

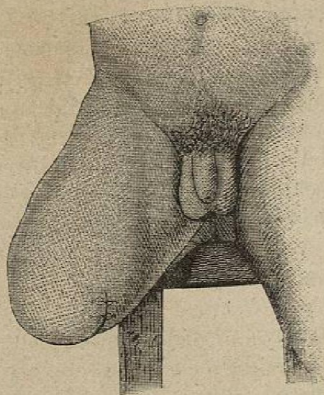


Fig. 306.

ton trempées dans une fomentation narcotico-émolliente tiède. On retire le linge central le troisième ou le quatrième jour; les points de suture un peu plus tard, et la guérison s'achève le plus habituellement sans pansements douloureux pour le malade et sans accident.

Appréciation. On applique habituellement à l'amputation de la cuisse la méthode circulaire; on pourrait également choisir notre méthode mixte ou celle à lambeau antérieur unique. Des indications spéciales et purement anatomiques doivent être prises en considération pour le choix des procédés. Si le membre est volumineux et les chairs fermes et tendues, les procédés de Celse, de Louis, d'Alanson, qui tous divisent les muscles d'un seul coup jusqu'à l'os, doivent être rejetés, car on éprouve ensuite trop de peine à former le cône qui met à l'abri de la saillie de l'os, et l'on ne peut ramener la peau au contact. Si, au contraire, le membre est grêle et les tissus flasques, la dissection de la peau de J. L. Petit et la triple incision de Desault donnent une plaie dont les téguments manquent de soutien et sont mal disposés pour la réunion. La méthode à un seul lambeau permet au chirurgien de parer à tous ces inconvénients, puisqu'il peut enlever à volonté ou laisser plus ou moins de muscles dans le lambeau. M. Teale, chirurgien à l'infirmerie générale de Leeds, paraît avoir adopté les mêmes idées, et sa mortalité sur quarante-cinq malades n'a été que de quatorze pour cent (Paul Topinard).

Amputation coxo-fémorale. Morand comprit le premier la possibilité de désarticuler la cuisse, et cette opération, adoptée en principe par les chirurgiens du dernier siècle, fut exécutée, pour la première fois, par Lacroix (d'Orléans) sur un jeune garçon de quatorze ans, affecté, par ergotisme, de gangrène de la presque totalité du membre inférieur. Perrault, de Saint-Maur, imita Lacroix en 1774, et, plus heureux, sauva son malade. Kerr, au rap-

port de S. Cooper, aurait obtenu, vers la même époque, un succès semblable. Cette opération a été depuis exécutée un très-grand nombre de fois; j'ai eu l'occasion de la pratiquer en Pologne en 1831 et au Val-de-Grâce en 1840 sur un nommé Rambourg, qui succomba vingt-quatre ans plus tard aux Invalides (1864). Toutefois les succès sont rares, et à l'exception des malades de Lacroix, de Morel, de Larrey, d'un militaire amputé par Guthrie après Waterloo, d'un autre sauvé en Afrique par Baudens, des trois guérisons de M. J. Roux (de Toulon), de deux autres de MM. Chassaignac et Richet, on a vu peu d'amputés en France complètement guéris. Je ne compte pas le succès de Delpech ni celui d'Hénot (de Metz), puisque les malades moururent peu de temps après la cicatrisation de leur plaie.

L'amputation coxo-fémorale est donc d'une extrême gravité, et j'avais fait remarquer, dans un mémoire présenté à l'Académie des sciences, que toutes les désarticulations immédiates paraissent être restées sans succès définitif. M. Legouest a confirmé cette observation, et M. Chenu a recueilli, dans la guerre de Crimée, un total de plus de trente amputations primitives, toutes suivies de mort. Cependant les chirurgiens américains, dans la dernière guerre, où ils se sont, du premier coup, placés au premier rang, ont sauvé trois malades, et le baron Larrey a également signalé un succès sur un militaire, qui fut perdu de vue en pleine voie de guérison. Le danger s'explique par la proximité du tronc, l'étendue de la plaie, la masse des chairs divisées, la difficulté de la réunion et l'ébranlement nerveux qui résulte de la perte d'un membre représentant près du quart du volume total du corps, ébranlement tel que les opérés tombent souvent dans un collapsus complet et succombent.

Anatomie. 1° Une ligne étendue de l'épine iliaque antérieure et supérieure à l'ischion (fig. 307 et 308) traverse la cavité cotyloïde à l'union de son tiers postérieur avec ses deux tiers antérieurs; on est donc sûr de tomber sur l'article, si on le cherche dans cette direction, à la face antérieure ou postérieure de la cuisse.

2° Le bord supérieur du grand trochanter répond au tiers supérieur de l'articulation (mêmes fig.).

3° Une ligne tirée à 0^m,03 au-dessus et en arrière du niveau du grand trochanter, jusqu'à l'ischion, tombe sur toute la face postérieure de l'article.

4° Le bord supérieur de la cavité cotyloïde est à 0^m,07 environ au-dessous de l'épine iliaque supérieure, et à 0^m,03 de l'épine iliaque inférieure.

5° En dedans et en haut, la cavité cotyloïde se trouve presque au

niveau de la branche horizontale du pubis (*fig. 307*) ; aussi ne faut-il jamais attaquer, dans ce sens, l'articulation, afin d'éviter de porter

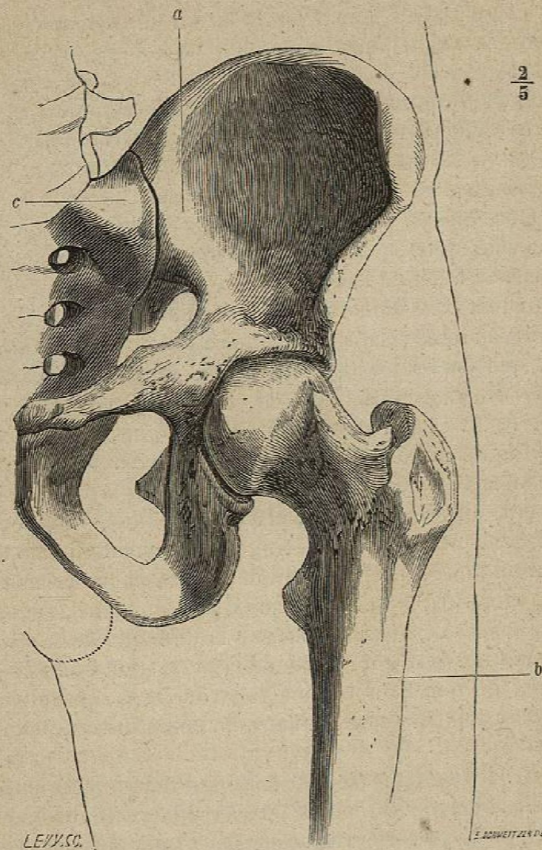


Fig. 307.

le couteau dans l'abdomen, ou d'intéresser les vaisseaux et les nerfs qui traversent le canal crural.

6° La cavité cotyloïde recouvre très-loin en dehors et en arrière la tête du fémur (*fig. 307 et 308*), et en ne suivant pas le col de l'os pour arriver à la jointure, on est exposé à chercher cette dernière trop haut et à dénuder une partie de la fosse iliaque externe.

7° Le ligament capsulaire est très-fort et doit être divisé dans une grande étendue pour permettre de luxer le fémur et de couper le ligament rond, que l'on peut atteindre facilement en dedans en

portant la cuisse dans l'abduction, et moins aisément en dehors, la cuisse dirigée dans l'adduction.

8° Les muscles très-nombreux et très-épais qui environnent

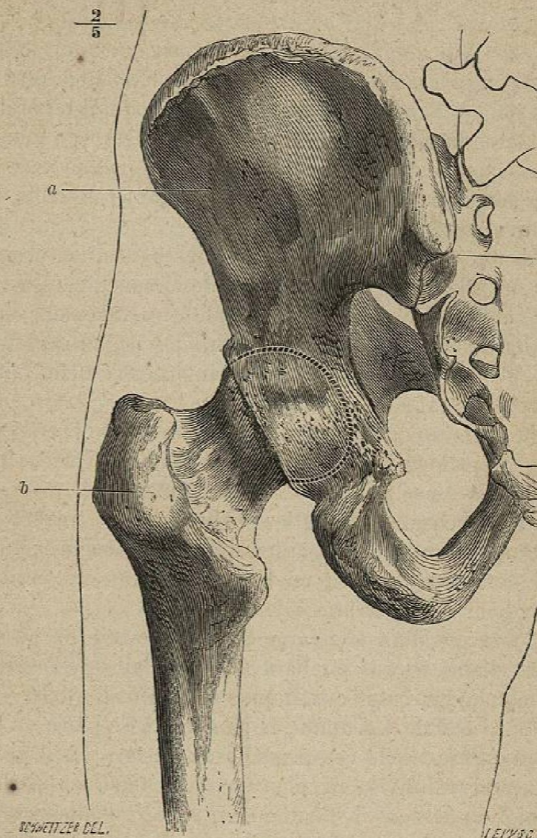


Fig. 308.

l'articulation se rétractent peu, en raison de la proximité de leurs points d'attache.

9° En dehors et un peu en arrière, les téguments qui revêtent immédiatement le grand trochanter restent minces, dénudés et forment une large excavation toutes les fois qu'ils ont été conservés.

10° En avant, l'articulation est très-superficielle, n'étant séparée de la peau que par les muscles psoas et iliaque, l'extrémité du muscle crural antérieur, le pectiné et les vaisseaux et nerfs cruraux,