

tandis qu'en dedans et en arrière la masse des muscles est énorme ; aussi, pour obtenir deux lambeaux parfaitement égaux, faudrait-il les séparer par une ligne qui, du sommet du grand trochanter, se porterait au côté opposé du membre, c'est-à-dire un peu au-devant de l'ischion.

Toutes ces indications ont été prises sur un adulte, la cuisse étendue sur le bassin et le pied tourné en avant ; il est évident qu'elles varient beaucoup, selon l'âge et le développement du sujet, et surtout selon la position que l'on donne au membre ; mais quand on cherche à tomber sur le centre de la cavité cotyloïde, ces différences perdent beaucoup de leur importance et le chirurgien ne peut jamais s'égarer.

Procédés opératoires. Nous ne croyons pas la ligature préventive de la crurale nécessaire, à moins de circonstances exceptionnelles. Les aides compriment avec rapidité les vaisseaux ouverts et le chirurgien les lie ensuite. M. J. Roux a posé en moyenne seize ligatures ; je fus obligé d'en placer vingt-deux. Cela fait voir à quelles pertes de sang on est exposé.

Méthode circulaire. Abernethy l'a appliquée le premier. Après avoir fait comprimer l'artère au pli de l'aîne, il incisa les téguments, puis les muscles le plus haut possible.

Weitch coupa circulairement les chairs à quatre travers de doigt au-dessous de l'épine iliaque antérieure et supérieure ; mit l'os à nu en le dénudant de haut en bas, le scia et s'en servit comme d'un levier pour opérer la désarticulation.

Græfe fit usage d'un très-large couteau de son invention, pour couper les chairs de bas en haut, et il voulait que l'on incisât le bourrelet cotyloïdien pour ouvrir plus sûrement l'article.

Dans le procédé de Cornuau, le chirurgien se place au côté externe du membre, et la compression de l'artère étant assurée au devant du pubis, il divise circulairement les téguments à huit travers de doigt au-dessous de l'épine iliaque antéro-supérieure.

La peau relevée, on met les vaisseaux fémoraux à nu et on les entoure d'une ligature au-dessus de la naissance de l'artère profonde ; puis, par une seconde incision commencée au niveau de la rétraction des téguments, on coupe tous les muscles jusqu'au fémur.

La rétraction des parties molles permet d'apercevoir la capsule articulaire, que le chirurgien divise en avant, en dedans et en arrière. On luxé le fémur en dedans et on incise le ligament rond, la partie postérieure de la capsule, et tous les muscles qui s'insèrent au côté externe du grand trochanter.

Méthode à lambeaux. Cette méthode compte le plus de parti-

sans ; elle peut être pratiquée avec une extrême rapidité, et donne les résultats les plus favorables. Tantôt on forme deux lambeaux, tantôt un seul.

Deux lambeaux latéraux. Le baron Larrey commençait par inciser les téguments parallèlement au trajet de l'artère crurale, la découvrait et en opérait la ligature ainsi que celle de la veine, à peu de distance de l'arcade crurale, et par conséquent au-dessus de la naissance de la musculaire profonde. Le couteau, plongé d'avant en arrière à 0^m,015 au-dessous du pubis, entre le col du fémur et les chairs du côté interne du membre, longe l'os de haut en bas, contourne le petit trochanter, et taille un premier lambeau, que l'on relève ; on divise la capsule et le ligament rond ; on traverse l'article ; puis, rasant le grand trochanter, on forme un lambeau externe de la même longueur que le précédent.

Le procédé de Lisfranc donne les mêmes résultats que celui de Larrey ; seulement l'opérateur taille les deux lambeaux avant de traverser l'article. En voici la description.

Cuisse gauche. Les tubérosités ischiatiques du malade débordant légèrement le plan incliné sur lequel il est couché en supination, un aide tient le membre dans l'extension et dans une attitude moyenne entre l'adduction et l'abduction. Le chirurgien se place en dehors de la cuisse et plonge, sur le milieu de la tête du fémur, un long couteau interosseux, à lame étroite et épaisse. La pointe de l'instrument rase la face externe de l'os et va sortir à quelques millimètres au-dessous de la tubérosité ischiatique. Un aide tire les téguments en dehors, et le chirurgien, contournant le grand trochanter, longe le fémur dans l'espace de 0^m,06 et termine le lambeau externe. Il plonge de nouveau le couteau dans l'angle antérieur de la plaie, le porte au côté interne du col fémoral et le fait sortir au sommet de l'incision postérieure ; forme un lambeau interne semblable à l'externe, désarticule le fémur de dedans en dehors, et s'occupe de la ligature des vaisseaux.

Ces procédés de Larrey et de Lisfranc ont le grand défaut de donner une plaie considérable et difficile à maintenir réunie. Les lambeaux tendent toujours à se porter en arrière, et présentent une épaisseur très-inégale, l'externe n'étant en grande partie formé que des téguments sus-trochantériens.

Deux lambeaux antéro-postérieurs. Plusieurs chirurgiens ont préféré tailler les lambeaux en avant et en arrière du membre. Voici quelques-uns de leurs procédés :

Béclard, après avoir fait comprimer l'artère sur le pubis et avoir placé la cuisse dans une demi-abduction, enfonçait un long couteau interosseux à 0^m,03 au-dessus du sommet du grand trochan-

ter, rasait la face antérieure du fémur, faisait sortir l'instrument, dirigé de haut en bas, d'avant en arrière et de dehors en dedans, au point opposé du membre, et taillait un lambeau antérieur, qui devait descendre à 0^m,09 au-dessous de l'articulation. Les chairs relevées, l'article était ouvert et traversé par le couteau, en rasait en arrière le fémur, pour former le second lambeau.

Plusieurs auteurs ont rapporté à Dupuytren un procédé à peu près semblable, dans lequel on formerait un premier lambeau antéro-externe, de dehors en dedans, soit en divisant d'abord la peau, puis les muscles, soit en incisant dans un même temps toutes les parties molles du premier lambeau, de dehors en dedans, pour attaquer dans un second temps l'articulation, et terminer après l'avoir ouverte et contournée, en formant le second lambeau de dedans en dehors. Selon d'autres rapports, Dupuytren ne désarticulait le fémur qu'après avoir achevé la section des deux lambeaux. Mais ce chirurgien n'ayant pas fait consigner ce procédé dans l'édition de Sabatier, publiée sous sa direction, ne se l'était probablement jamais attribué.

L'amputation à lambeaux antéro-postérieurs nous paraît offrir des conditions moins désavantageuses que celle à lambeaux latéraux. Mais la plaie reste d'une grande étendue, trop mince en dehors, et difficile à maintenir réunie, en raison de la tendance du lambeau postérieur à retomber en arrière par son propre poids.

Un seul lambeau. Dans le cas où les téguments auraient été détruits sur un des côtés de l'articulation, on se trouverait dans la nécessité de ne tailler qu'un seul lambeau, formé aux dépens des chairs restées intactes; mais indépendamment de ces circonstances obligatoires, un seul lambeau antérieur offre une grande supériorité sur tous les autres procédés.

Lambeau interne. Lalouette, dont Louis et plusieurs autres chirurgiens avaient adopté l'exemple, faisait une incision demi-circulaire à convexité inférieure, partant du grand trochanter, et terminée à l'ischion. Le chirurgien tombait sur l'article, coupait le ligament capsulaire en arrière, luxait la cuisse en dehors en portant le genou en dedans, divisait le ligament rond et le reste de la capsule, et, traversant l'articulation, terminait en formant un large lambeau à la face interne du membre.

Lenoir a reproduit ce procédé, que j'ai cherché de mon côté à mieux faire apprécier dans mes cours. Je n'en connais aucun qui permette d'arriver aussi sûrement et aussi vite sur l'articulation, et, bien qu'il faille diviser le ligament rond un peu profondément dans la cavité cotyloïde, cet obstacle disparaît quand on incise largement le ligament capsulaire, et l'amputation peut être exécutée

en quelques secondes. Malheureusement la plaie n'est presque jamais régulière; le lambeau reste carré en haut et en avant, présente, dans ce sens, trop de largeur, pêche, en général, par trop d'épaisseur, doit être prolongé fort bas, puisqu'il recouvre le grand diamètre de la plaie, et est maintenu en contact contre les lois de la pesanteur, disposition très-fâcheuse qu'il faut toujours chercher à éviter.

Le procédé de Delpech donne à peu près les mêmes résultats que celui de Lalouette, mais en diffère par l'exécution. Le célèbre chirurgien de Montpellier taillait par ponction le lambeau interne, traversait l'article et divisait en terminant les téguments du côté externe du membre. Le lambeau ainsi formé est ordinairement plus régulier et la désarticulation est facile dès qu'on est tombé sur le ligament capsulaire; mais on peut se fourvoyer, ce qui est impossible dans le procédé précédent.

Lambeau antérieur. Plantade, un des premiers, proposa, en 1825, de ne former qu'un lambeau antérieur; il le taillait carrément, à la manière de Ravaton, le faisait relever, et, attaquant la face antérieure interne de l'articulation qu'il traversait, terminait la section des téguments en arrière, un peu au-dessous de l'ischion.

M. Manec, modifiant ce procédé (1831), taille par ponction un large lambeau semi-lunaire antérieur. Pour exécuter ce premier temps de l'opération, il porte le couteau sur le milieu de l'espace (fig. 307 et d fig. 309) qui sépare l'épine iliaque supérieure du grand trochanter, glisse l'instrument en avant du col du fémur, dont il rase la surface, et le fait sortir au devant de l'ischion; dirigeant alors son couteau de haut en bas, il forme un large lambeau, qui doit comprendre au moins les téguments de la moitié antérieure de la cuisse, divise les parties molles en arrière par une incision demi-circulaire, et achève la désarticulation.

Ashmead a proposé, en 1831, de tailler le lambeau antérieur de dehors en dedans.

Baudens a appliqué en Afrique, avec un succès complet, ce procédé, qu'il décrit ainsi :

« Le malade, assis sur le bord d'une table et l'artère comprimée sur la branche du pubis, je me plaçai en dehors de la cuisse blessée; un aide retira la peau de l'aîne en arrière, tandis que de ma main gauche appliquée sur la racine du membre et sur sa face antérieure, je ramenai, en les fronçant vers la partie centrale, les téguments, afin de les tendre et de pouvoir en conserver davantage (fig. 309). La pointe d'un long couteau fut ensuite plongée dans l'espace *d* compris entre l'épine iliaque antéro-supérieure et