

le grand trochanter, pour raser le col du fémur, ouvrir l'article et faire ressortir l'instrument à un demi-pouce en avant de la partie moyenne *b* de la branche ascendante du pubis. Un lambeau anté-

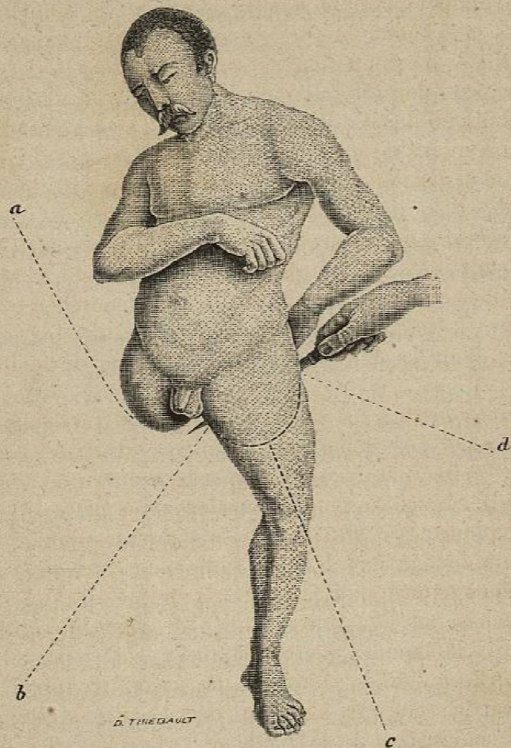


Fig. 309.

rieur *c*, de 0^m,24 de longueur, fut ainsi taillé pendant qu'un aide comprimait l'artère entre ses doigts.

« L'articulation, déjà ouverte par le couteau, fut traversée et le membre complètement séparé du tronc dans le pli de la fesse.

« Dans ce dernier temps opératoire, j'incline un peu l'instrument en haut, en sciant à grands traits les parties molles, et je le ramène en bas et en avant, en creusant pour ainsi dire les chairs de manière à emporter plus de muscles que de téguments, et à laisser un vide destiné à loger le sommet du lambeau. »

C'est également en formant un lambeau antérieur que j'opérai en 1841 le nommé Rambourg. L'artère crurale, comprimée dans l'épaisseur du lambeau, fournit à peine un jet de sang. Le malade

se levait le vingt et unième jour, et recouvra une santé parfaite après avoir longtemps conservé quelques trajets fistuleux placés à l'origine du membre.

Les procédés dans lesquels on ne forme qu'un seul lambeau antérieur ne donnent pas une plaie très-grande; la réunion est facile; les parties sont maintenues en rapport par leur propre poids, et aucun obstacle ne s'oppose à l'écoulement du pus. Il est évident que le lambeau doit être arrondi, et il y a de l'avantage à le diviser de dehors en dedans chez les sujets très-vigoureux, afin d'y comprendre moins de muscles et plus de téguments, tandis que la ponction de dedans en dehors est préférable sur les hommes maigres, dont les chairs offrent peu de résistance.

Je ne crois pas nécessaire de faire pénétrer la pointe du couteau dans l'articulation, au moment même où l'on taille le lambeau: on s'expose ainsi à briser l'extrémité de l'instrument et à allonger l'opération. Un linge étroit, enduit de styrax, est placé au centre de la plaie, dont les deux côtés sont réunis par des points de suture.

La *méthode ovale* a été appliquée à la désarticulation coxo-fémorale. Le point de départ des incisions correspond à l'intervalle qui sépare l'épine iliaque antéro-supérieure du grand trochanter et le point de rencontre un peu au-dessous et en dedans de la tubérosité ischiatique. Soit que l'on divise dans un premier temps les téguments de tout le membre, ou seulement ceux de la moitié ou des deux tiers externes de la cuisse en forme de V, les résultats sont les mêmes, et l'on obtient une plaie peu différente de celle que donne la méthode à double lambeau antéro-postérieur.

C'est à tort que l'on a voulu ranger parmi les procédés de la méthode ovale celui que Larrey a décrit dans sa clinique; c'est plutôt une modification de la méthode circulaire, qui consiste à faire une première incision longitudinale pratiquée dans la direction des vaisseaux, pour en opérer la ligature.

Le procédé de Guthrie paraît présenter, au contraire, tous les caractères de la méthode ovale; les incisions commencent un peu au-dessous de l'épine iliaque antérieure et supérieure, et sont réunies vers l'ischion; la peau seule, incisée dans un premier temps, est relevée, et l'opérateur divise ensuite les muscles jusqu'à l'article, après s'être rendu maître du cours du sang.

Dans le procédé de M. Scoulteten, le malade est couché en travers de son lit, sur le côté opposé à celui où il doit être opéré. Le chirurgien, placé à la partie postérieure du membre (côté gauche), enfonce perpendiculairement la pointe du couteau au-dessus du grand trochanter *a* (fig. 310), puis abaisse la lame et la dirige, en

avant et en dedans, à quatre travers de doigt au-dessous du pli de l'aîne *b*, contourne le membre en arrière selon la ligne *c*, en coupant les tissus aussi profondément que possible, et, reportant le couteau de l'autre côté de la cuisse, sur la terminaison de la première incision, la continue obliquement, pour la ramener en dehors *d* au point de départ de la plaie. Il est rare que dans cette première section tous les tissus soient intéressés jusqu'à l'os; aussi, pour parvenir à la capsule articulaire, faut-il écarter alternativement les lèvres de l'incision et diviser les fibres musculaires restées intactes. On coupe alors perpendiculairement le ligament capsulaire, on luxé l'os, et après avoir divisé le ligament rond, on achève la désarticulation. Si l'aide chargé de la compression ne l'exerçait pas avec précision, on devrait lier l'artère crurale immédiatement après l'avoir ouverte, et répéter la même opération sur la

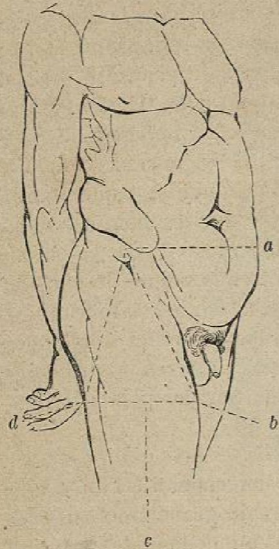


Fig. 310.

fémorale profonde.

La vaste plaie résultant de cette terrible mutilation comprend les muscles fascia lata, droit antérieur, psoas et pectiné, contourrier, l'artère et la veine fémorales, l'artère et la veine profondes, l'artère circonflexe, les muscles premier et deuxième adducteurs, le droit interne, l'extrémité supérieure du biceps, le troisième adducteur, le nerf sciatique, l'extrémité supérieure du muscle demi-tendineux, les tendons des muscles jumeaux et pyramidal, les muscles grand, moyen et petit fessiers, les débris du ligament capsulaire et la cavité cotyloïde (fig. 311).

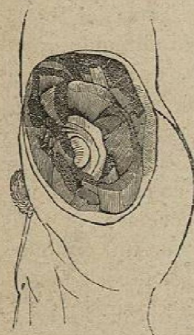


Fig. 311.

Les artères liées, on réunit les téguments d'avant en arrière, et on les maintient en contact, soit avec de simples bandelettes agglutinatives soutenues par un bandage contentif, soit par quelques points de suture. La plaie est assez bien disposée pour la consolidation, lorsqu'on a eu le soin de ne pas laisser trop de chairs à la face interne du membre, et la cicatrice *a a a* (fig. 312) repré-

sente une ligne presque droite, étendue de l'épine iliaque antérieure et inférieure à l'ischion.

Cornuau ne divisait les parties molles de la moitié interne du membre qu'en terminant l'opération; l'article est par conséquent attaqué en dehors, point où il est le plus superficiel et le plus aisé à découvrir, et les vaisseaux ne sont coupés qu'après avoir été saisis par les doigts d'un aide, qui les comprime et prévient ainsi l'hémorrhagie dans les cas où l'on n'opère pas de ligature préventive.

Il y a deux manières de pratiquer ce procédé. Dans la première, on fait partir de l'intervalle compris entre l'épine iliaque antéro-supérieure et le grand trochanter une incision oblique et superficielle qui n'intéresse que les téguments, et revient au point de départ après avoir contourné les faces antérieure interne et postérieure de la cuisse et avoir embrassé le trochanter. Dans un second temps, on ouvre l'articulation en arrière et l'on termine en divisant les chairs au niveau de la peau rétractée.

Dans la *seconde manière*, le malade étant placé comme pour le procédé de M. Scoutteten, l'opérateur enfonce profondément la pointe du couteau à 0^m,03 au-dessus du grand trochanter (fig. 313), et pratique une première incision oblique, de haut en bas et d'arrière en avant, le long de la face antérieure du grand trochanter. Reportant l'instrument à l'angle supérieur de la plaie, il fait une seconde incision oblique de haut en bas et d'avant en arrière, le long de la face postérieure du trochanter, compris avec la peau qui le recouvre entre les lèvres d'une plaie triangulaire ou en V. On achève la section des muscles autour du ligament capsulaire, que l'on incise largement en suivant le rebord de la cavité cotyloïde *a*. On luxé la tête du fémur

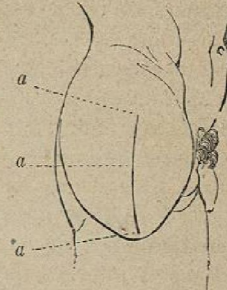


Fig. 312.

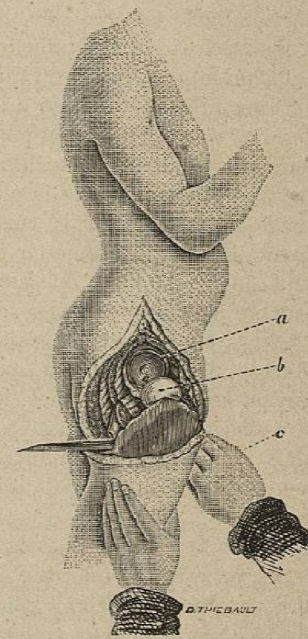


Fig. 313.