

b en forçant le mouvement d'adduction du membre; la pointe du couteau est engagée dans l'article pour couper le ligament rond, et l'on achève l'amputation par la division à plein tranchant *c* de toutes les parties molles de la face interne de la cuisse, en continuant les deux premières incisions, tandis qu'un aide introduit la main dans la plaie derrière le couteau et comprime les vaisseaux au moment de leur section.

J'ai eu recours à ce procédé en 1831 sur un blessé qui avait eu le col du fémur brisé par une balle, et l'exécution en fut aussi prompte que facile. On est toutefois exposé à ne pas couper assez haut les muscles de la face interne du membre, et il y aurait, je crois, avantage à diviser en commençant les téguments de toute la circonférence de la cuisse. La plaie serait plus régulière, les muscles internes moins épais et coupés plus haut, et l'opération plus sûre. Mais quoi qu'on fasse, l'affrontement de la plaie est difficile et les mouvements du blessé tendent à compromettre la réunion.

Le pansement par adhésion immédiate partielle est nécessaire pour éviter une suppuration trop abondante, et l'on doit avoir recours à quelques points de suture.

Appréciation. 1^o Méthode circulaire (Abernethy, Græfe etc.).

La direction oblique du pli de l'aîne rend peu avantageuse l'application de cette méthode à l'amputation coxo-fémorale. Si la section des téguments se fait perpendiculairement à l'axe du fémur et commence à quatre ou cinq travers de doigt plus bas que le trochanter, la direction de la plaie ne correspond pas à celle du bassin. Il faudrait porter la cuisse dans une forte abduction pendant l'opération, pour l'amputer circulairement, c'est-à-dire perpendiculairement, à l'axe du fémur, et les résultats seraient en réalité ceux de la méthode oblique.

2^o Les procédés dans lesquels on forme deux lambeaux latéraux (Larrey, Baffos, Lisfranc) sont peu favorables. La plaie, dirigée d'avant en arrière, permet, il est vrai, de commencer par la ligature des vaisseaux (Larrey) et offre un libre écoulement au pus. Mais le lambeau externe, beaucoup trop mince, manque de soutien, et la réunion est très-difficile, ayant contre elle le poids des lambeaux.

3^o Si l'on se contente d'un seul lambeau interne (Lalouette, Delpech), on évite, il est vrai, les téguments minces et dénudés de la face externe du membre; mais le lambeau doit être d'une très-grande longueur pour recouvrir la plaie, et fait obstacle à la réunion par son excès de volume et sa pesanteur; cependant, quand la base du lambeau est restée fort large et que les malades ne sont

pas très-musclés, on maintient assez bien la plaie réunie. L'opération s'exécute très-rapidement et avec sûreté (Lalouette); aussi ce procédé a-t-il donné un demi-succès à Delpech et est-il encore répété dans la plupart des cours comme ressource de nécessité.

4^o De grands avantages recommandent la méthode à un seul lambeau antérieur et la rendent d'une incontestable supériorité. Les vaisseaux peuvent être comprimés très-exactement avant d'être divisés; l'opération s'achève avec la plus grande vitesse; le lambeau unique retombe sur la plaie et y reste maintenu pas les lois de la pesanteur; le pus trouve une issue facile, et la plaie offre les meilleures conditions de succès.

5^o La méthode à deux lambeaux, l'un antérieur, l'autre postérieur, donne des résultats peu différents de ceux des méthodes circulaire et ovalaire.

6^o Que l'on coupe dans un même temps les téguments et les muscles jusqu'à l'article (M. Scoulteten), ou que l'on incise d'abord la peau pour diviser les chairs à une plus grande hauteur (Guthrie), ou enfin que l'on attaque la jointure par sa face externe et postérieure, et que l'on désarticule le fémur avant d'achever la section de la face interne du membre (Cornuau), la plaie reste en définitive à peu près la même, et si nous conseillons de pratiquer l'incision isolée des téguments et de couper les muscles beaucoup plus haut, c'est afin d'avoir un moignon plus régulier, moins garni de muscles et plus facile à maintenir réuni.

Nous mettons donc en première ligne l'amputation à un seul lambeau antérieur; ensuite le procédé ovalaire, à double lambeau antéro-postérieur, circulaire et à double lambeau latéral, et enfin ceux à un seul lambeau latéral interne ou externe.

L'expérience clinique a confirmé d'une manière remarquable la justesse de nos principes généraux, relatifs aux amputations. Les succès obtenus par la méthode à lambeau antérieur unique ont été les plus nombreux pour les désarticulations coxo-fémorales comme pour la plupart des autres amputations.

Peu d'auteurs se sont occupés des moyens de prothèse applicables aux membres amputés. Hippocrate, si complet et si avancé dans ses connaissances médico-chirurgicales, n'en parle pas, et il faut arriver à A. Paré pour en trouver des descriptions et des figures. Il est probable que, pendant ce long intervalle, la chirurgie abandonnait, comme aujourd'hui, ce genre de prothèse aux mécaniciens.