

plus heureux encore, pouvait faire une lieue à pied au bout de huit mois ; et enfin un autre de Fergusson, revu après douze ans, faisait facilement cinq lieues, bien qu'avec un raccourcissement de 15 à 20 centimètres.

Ces avantages ne paraissent même pas achetés au prix de trop grands dangers, quand on opère pour cause de carie. J'ai relevé dans la thèse de M. Bazire neuf résections de la tête fémorale luxée en arrière, dont huit avec guérison. Il est vrai que deux autres résections pratiquées dans des luxations ilio-pubiennes ont été suivies de mort ; mais les deux sujets semblent avoir succombé à la phthisie, complication capitale, qui aurait dû faire repousser jusqu'à l'idée de l'opération.

Une autre complication quasi aussi grave est l'extension de la carie à la cavité cotyloïde ; et il est triste d'avoir à confesser que cette complication est presque constante, et que nous avons bien peu de moyens de nous assurer à l'avance qu'elle n'existe pas. M. Erichsen a établi que, *si la luxation s'est produite à une époque peu avancée de la coxalgie, il y a toute probabilité que la tête luxée est seule affectée de carie*. Cela se rapporte aux cas où il s'est fait une luxation véritable, et où la carie n'est survenue qu'un assez long temps après. L'isolement de la tête fémorale sous les chairs, sa mobilité, l'absence dans les mouvements qu'on lui imprime de la crépitation propre à la carie, seront alors des indices très précieux. Si toutefois le chirurgien s'était trompé, la résection simple de la tête fémorale devrait faire place à l'opération beaucoup plus grave dont il nous reste à parler.

4^o Résection de l'articulation coxo-fémorale.

On l'a pratiquée dans deux conditions fort diverses : 1^o lorsque la tête avait subi une luxation ou plutôt une pseudo-luxation, et qu'elle reposait sur le bord carié de sa cavité ; 2^o lorsqu'elle était encore logée dans sa cavité même. Le premier cas est assurément le plus favorable ; la tête fait saillie sous les chairs et s'offre d'elle-même aux instruments, et la carie est souvent limitée au rebord cotyloïdien. Quand au contraire la tête est encore dans sa cavité, la carie est généralement plus étendue ; quelquefois la cavité est perforée, et l'abcès communique avec la cavité pelvienne ; de là plus de difficultés dans l'opération, et moins de chance pour la guérison.

Les incisions se font à l'ordinaire ; si la tête est hors de sa cavité, on scie le fémur comme il a été dit ; si elle est dedans, il faut au préalable diviser tous les tissus qui la recouvrent, et la luxer en portant la cuisse dans l'adduction, la flexion et la rotation en de-

dans. La section de l'os au-dessous du trochanter est ici de rigueur, pour pouvoir plonger dans la cavité cotyloïde ; et à l'aide de la gouge, de tenailles incisives à mors courbes, du couteau lenticulaire si elle est perforée, on s'efforcera d'enlever autant que possible toutes les parties atteintes par la carie.

Quels sont maintenant les résultats obtenus ? M. Bazire, ayant analysé 32 observations relatives à cette résection et à la précédente, avait compté 17 guérisons, 2 cas douteux et 43 morts. Otez les 14 résections limitées à la tête fémorale, il restera pour celle qui nous occupe 9 guérisons, 2 cas douteux et 40 morts. Mais d'une part ces cas douteux ne le sont guère ; et parmi les 9 sujets guéris, j'en vois figurer 4 renvoyé avec une fistule, 2 autres dits *en pleine convalescence*, un autre noté *très bien* ; ce qui n'équivaut pas à une guérison assurée. Il paraît que M. Textor a opéré 4 sujets et en a perdu 3 ; cela semble se rapprocher davantage de la réalité. Au total, les malades étant dans de bonnes conditions, peut-être serait-on autorisé à opérer les pseudo-luxations en arrière ; mais la tête habitant encore sa cavité, et toutes deux envahies par la carie, je regarderais comme une haute témérité d'y toucher.

CHAPITRE IX.

DES AMPUTATIONS.

Les amputations diffèrent des résections, en ce que celles-ci ne portent que sur les os, tandis que les autres emportent tout ce qui se trouve au-dessous de la section, os et parties molles.

Trois grandes indications ont dominé toute leur histoire. Premièrement, la nécessité de prévenir et d'arrêter l'hémorrhagie : la compression et la ligature y ont pourvu. Deuxièmement, la nécessité de recouvrir les os : c'est là l'objet de tous les procédés que nous aurons à décrire, et l'art possède à cet égard des ressources satisfaisantes. La troisième et la plus difficile serait de mener la plaie à guérison, en évitant les accidents nombreux qui déterminent si fréquemment la mort ; la science est encore à la recherche.

On distingue les amputations en deux grandes classes, selon qu'elles portent sur la continuité des os, ou sur leur contiguïté ; les dernières ont aussi reçu le nom plus simple de *désarticulations*. Nous traiterons séparément des unes et des autres, considérées d'abord d'une manière générale, puis dans les membres supérieurs et dans les membres inférieurs.

Art. 1^{er}. — Des amputations dans la continuité en général.

Tous les procédés mis en usage jusqu'à ce jour ont été rattachés à cinq méthodes, dites *méthode circulaire*, *méthode à un ou deux lambeaux*, *méthode ovalaire* et *méthode elliptique*. C'est là une classification trop superficielle, qu'il est temps de réduire à sa juste valeur. Le but commun, ainsi qu'il a été dit, est de ménager assez de chairs et de téguments pour recouvrir les os ; mais il y a deux manières d'y arriver : tantôt les bords des diverses incisions sont rapprochés d'un côté à l'autre, en sorte que la réunion s'opère vis-à-vis des os ; tantôt les os sont pleinement recouverts, et la réunion s'opère sur le côté. De là deux méthodes capitales qui embrassent toutes les autres, désormais réduites au rang de procédés généraux ou de méthodes secondaires : ainsi, la première, *méthode à réunion médiane ou opposite*, comprend les méthodes circulaire, à deux lambeaux, et ovalaire ; à la seconde se rattachent la méthode à lambeau unique et l'incision elliptique.

Toutes se pratiquent d'ailleurs avec les mêmes instruments : les couteaux et le bistouri pour les parties molles, la scie, les cisailles et les tenailles incisives pour les os. Nous avons parlé ailleurs de la plupart de ces instruments ; il ne sera pas inutile d'ajouter ici quelques mots sur les couteaux à amputation.

A part la longueur de leur lame, ces couteaux se distinguent surtout selon qu'ils sont à un ou à deux tranchants. Les premiers sont à tranchant droit ou concave, avec la pointe aiguë ou émoussée. Disons d'abord que la pointe mousse prive le couteau d'une partie de ses avantages, et que le tranchant concave, destiné à faciliter la section, a un résultat tout opposé. Un couteau bien fait doit ressembler au bistouri droit, avoir sa pointe sur l'axe de la lame, afin que le tranchant soit légèrement convexe ; et j'ajouterai le dos légèrement aminci en biseau sur les deux faces, pour diminuer le poids de l'instrument sans rien ôter à la force du tranchant, et pour lui permettre de traverser facilement les chairs.

Le couteau à deux tranchants ne sert que dans deux circonstances : d'abord pour traverser toute l'épaisseur d'un membre, lorsqu'on taille un lambeau *par transfixion* ou de dedans en dehors ; puis pour diviser les muscles interosseux. Dans le premier cas, il n'offre aucun avantage réel sur le couteau simple, et déjà le bistouri simple est seul employé pour tailler les lambeaux par transfixion au pied et à la main. De plus, le tranchant dorsal a pour effet d'affaiblir la pointe, qui se brise au moindre choc contre les os ; et enfin, dans les

mouvements de va-et-vient, il expose à blesser les nerfs et les artères dans la longueur du lambeau. Pour la section des muscles interosseux, c'est un fort mauvais instrument, et déjà J.-L. Petit le remplaçait avec avantage par un simple bistouri. Au total, le couteau à double tranchant est donc plus nuisible qu'utile, et doit disparaître des boîtes à amputation.

1^o Méthode à réunion médiane ou opposite.

I. MÉTHODE CIRCULAIRE. — A peine s'il est utile de rappeler qu'au XVI^e et au XVII^e siècle, on se contentait de relever la peau le plus possible ; après quoi l'on coupait d'un seul coup les parties jusqu'aux os, que l'on sciait au même niveau. Déjà cependant les anciens avaient compris la nécessité de laisser les chairs un peu plus longues, afin de recouvrir les os ; de là le procédé décrit par Celse, imité au XVIII^e siècle par Louis, et qui consiste à couper du premier coup les muscles avec la peau, puis d'un second coup à diviser les muscles adhérents à l'os au niveau de la rétraction des autres. Aujourd'hui, la section des muscles se fait généralement au-dessus du niveau de celle des téguments ; et quelle que soit la diversité des procédés, l'amputation circulaire comprend pour le moins trois temps : 1^o l'incision de la peau ; 2^o l'incision des muscles ; 3^o la section des os.

1^o Premier temps. Incision de la peau. — Il y a quatre procédés.

Procédé de Garengot. — Je l'appelle ainsi parce que Garengot l'a décrit le premier avec quelques détails ; mais il paraît avoir été usité dès le XVII^e siècle. Le chirurgien met un genou en terre, passe le bras sous le membre, et ramène le poignet par-dessus, de telle sorte que le couteau, tenu la pointe en bas, commence par couper les téguments de bas en haut du côté de l'opérateur, puis en avant, puis du côté opposé ; et enfin le chirurgien, se relevant, achève la section du côté postérieur.

Procédé de Desault. — Il divisait la peau en deux temps, coupant chaque fois la moitié de sa circonférence.

Procédé de Richerand. — Il divise également la peau en deux temps, mais en la coupant d'abord dans les trois quarts de sa circonférence, en dehors, en arrière et en dedans ; puis reportant le couteau par-dessus, il achève de couper ce qui reste à la partie antérieure et interne.

Procédé de Larrey. — Il accomplit le tour du membre par quatre incisions, l'une en dehors, l'autre en arrière, la troisième en dedans et la dernière en avant.

Ce procédé multiplie trop les coups de couteau. Celui de Garengeot, suivi encore par quelques-uns, est un tour de force sans utilité comme sans grâce, et qui expose même à faire une section irrégulière et incomplète. Celui de Desault, bien supérieur pour la sécurité et l'élégance, le cède cependant sous ce double point de vue à celui de Richerand.

2° *Deuxième temps. Section des muscles.* — Il convient d'abord de dire que, pour la cuisse et le bras, la section des muscles s'opère par les mêmes procédés que celle des téguments. Mais pour la hauteur relative à laquelle on la pratique et le nombre même des incisions, les chirurgiens ont beaucoup varié.

Double incision de la peau et des muscles. Procédé de J.-L. Petit. — Petit commençait l'incision à 3 centimètres plus bas que l'endroit où il voulait scier l'os, en n'intéressant que la peau et la graisse jusqu'à l'aponévrose; puis il faisait tirer en haut les téguments, de sorte que les chairs se trouvaient découvertes d'environ 3 centimètres. Alors il les coupait circulairement au niveau de la peau, les relevait avec la compresse fendue, et sciait l'os au niveau de la seconde incision.

Procédé d'Alanson. — Alanson fait la première incision comme J.-L. Petit; mais, pour favoriser la rétraction de la peau, il coupe avec la pointe du couteau les adhérences des téguments à l'aponévrose, dans une étendue suffisante pour qu'ils puissent recouvrir aisément la plaie. Alors il divise tous les muscles obliquement jusqu'à l'os, du côté opposé à l'opérateur, le tranchant du couteau en haut et plongé sous les téguments, de manière à atteindre l'os à trois ou quatre travers de doigt plus haut que dans l'incision perpendiculaire des muscles. Quand la pointe du couteau est ainsi arrivée sur l'os, on divise le reste des muscles en faisant tourner le tranchant autour du membre, en suivant le rebord des téguments qu'un aide garantit contre l'instrument. Ce n'est pas avec le plein de la lame qu'on agit, mais principalement avec la pointe, qui ne quitte jamais la circonférence de l'os. On obtient ainsi un moignon creusé en forme de cône, dont la base répond aux téguments, et le sommet à l'os; enfin on scie celui-ci au point où finit la seconde incision.

Triple incision. Procédé de B. Bell. — Il incise la peau et la dissèque, comme Alanson; puis il divise les muscles jusqu'à l'os, comme J.-L. Petit; mais, arrivé là, il les détache de l'os sur une hauteur de 25 millimètres, ce qui s'exécute aisément en insinuant entre eux et l'os la pointe du couteau à amputation que l'on fait

passer tout autour du membre; et l'os est scié au niveau du point le plus élevé de cette troisième section.

Procédé de Desault. — Première incision de la peau, comme J.-L. Petit; incision directe des muscles jusqu'à l'os; puis incision directe des muscles restés adhérents, et section de l'os au niveau de la dernière.

Ce procédé, généralement usité en France, ne cache cependant pas tout à fait l'os dans les chairs; et les fibres musculaires coupées au même niveau se rétractent toujours de manière à le laisser plus ou moins en saillie. C'est ce qui m'a fait adopter le procédé suivant.

Quadruple incision. Procédé de l'auteur. — Je pratique d'abord les trois incisions de Desault; puis je détache les muscles de l'os, à la manière de B. Bell, jusqu'à la hauteur convenable; et c'est à ce niveau que je porte la scie sur l'os.

On peut abandonner à l'histoire de l'art le procédé de Portal, qui, pour assurer aux muscles la même longueur après leur rétraction, coupait les extenseurs dans l'extension, les fléchisseurs dans la flexion, etc.; et le procédé de Valentin, qui dans la même vue adoptait les positions opposées. Hey, à son tour, considérant que la cuisse est légèrement fléchie sur le bassin quand on l'ampute, et qu'ainsi les muscles postérieurs plus tendus se rétractent plus que les antérieurs, voulait que ceux-ci fussent coupés 6 millimètres plus haut que les autres; il oubliait que la flexion de la jambe fait plus que contre-balancer la flexion de la cuisse. Rien de tout cela n'est resté dans la pratique.

On voit d'ailleurs que tous ces procédés ne s'appliquent exactement qu'au bras et à la cuisse, où l'os unique et placé au centre est environné de chairs de tous côtés. A l'avant-bras et à la jambe, où il y a deux os recouverts en certains points par la peau seule, la section de la peau se pratique bien selon les règles; cela fait, pour suppléer au défaut des muscles, B. Bell a enseigné le premier à la disséquer et à la retourner comme une manchette. Les muscles superficiels se coupent ensuite à l'ordinaire; mais les muscles placés entre les os réclament des manœuvres particulières, qui seront décrites à l'occasion de chaque espèce d'amputation.

Brunninghausen a voulu étendre ce procédé à tous les membres, en disséquant la peau assez haut pour lui faire recouvrir tout le moignon, à l'exclusion des muscles, qu'il coupait au même niveau que l'os. Idée absurde, et qui aboutirait à faire saillir l'os au centre du moignon.

3° *Troisième temps. Section des os.* — Avant d'appliquer la scie,

il est utile de protéger les muscles à l'aide d'une compresse fendue qui embrasse l'os. Quant au périoste, les uns le raclent de haut en bas, les autres de bas en haut, ce qui expose toujours à dénuder l'os au point où l'on appliquera la scie. Déjà J.-L. Petit sciait l'os sans autre précaution que de diviser complètement les fibres musculaires; l'opération en est moins longue, et il n'y a aucun inconvénient.

La scie doit être portée sur les os perpendiculairement à leur axe, selon les règles générales déjà indiquées (voy. p. 187), et si elle laisse quelques saillies irrégulières provenant de l'éclatement de l'os à la fin de la section, on les emportera avec des tenailles incisives. L'angle supérieur qui résulte de la section perpendiculaire a paru aussi propre à irriter les chairs; Hey, sur le tibia, l'attaquait avec les tenailles incisives ou la lime; Assalini conseille de l'abattre avec la scie sur le tibia et sur le fémur; Gensoul portait la scie obliquement sur ces deux os, pour enlever un peu plus de la partie antérieure de l'os que de la partie postérieure. J'aurai à revenir sur ce sujet.

Lorsque l'opération est terminée, on rapproche les chairs et les téguments de manière à avoir une plaie rectiligne, disposée verticalement, ou en travers, ou enfin obliquement. L'affrontement s'opère assez bien dans le milieu de la plaie, pourvu qu'on ait gardé assez de téguments; mais aux extrémités il n'en est plus de même: la peau se fronce, et d'ailleurs il y a là deux angles saillants toujours inutiles lorsqu'ils ne sont pas nuisibles. Pour parer à ces inconvénients, Kirkland emportait un morceau de peau à chaque angle; Larrey se contentait de la diviser dans une étendue de 18 millimètres. Cela peut devenir nécessaire lorsque les téguments sont chargés de graisse ou très engorgés, et que leurs bords ne sauraient s'affronter autrement; mais il ne faut pas en faire une règle générale.

II. MÉTHODE A DEUX LAMBEAUX. — Inventée par Ravaton qui la communiqua à l'Académie de chirurgie en 1739, son unique but est d'obtenir, pour recouvrir les os, une plus grande longueur des muscles et des téguments que par la méthode circulaire. Tous les procédés peuvent se réduire à deux, selon qu'on fait les lambeaux carrés ou arrondis.

1° *Lambeaux carrés. Procédé de Ravaton.* — On incise circulairement les parties molles jusqu'aux os; puis sur cette première incision on en fait descendre deux autres longitudinales, l'une en avant, l'autre en arrière, de manière à obtenir deux lambeaux latéraux

d'égale largeur et de suffisante longueur. On les détache ensuite de l'os, que l'on scie au niveau de leur base.

2° *Lambeaux arrondis. Procédé de Vermale.* — On embrasse avec la main gauche les chairs de tout un côté du membre, et on les traverse d'avant en arrière pour tailler de dedans en dehors un lambeau demi-circulaire, en prenant soin de raser les os le plus possible. On reporte ensuite le couteau de l'autre côté, et avec ce qui reste des chairs, on taille le second lambeau comme le premier.

Quelques-uns ont taillé ces lambeaux de dehors en dedans; ce qui peut être utile quelquefois. On a aussi disposé les lambeaux l'un en avant, l'autre en arrière, de manière à avoir une réunion transversale; déjà Ravaton en avait donné l'exemple pour la désarticulation de l'humérus.

III. MÉTHODE OVALE. — Applicable surtout aux désarticulations, elle ne s'emploie guère pour les amputations dans la continuité qu'à celles des os métacarpiens et métatarsiens. Telle qu'elle a été régularisée par M. Scoutetten, elle consiste en une incision demi-circulaire à la face palmaire, aux côtés de laquelle aboutissent les deux branches d'une incision en Δ renversé, dont le sommet remonté à la face dorsale au niveau du point où doivent être coupés les os, ou même un peu au-dessus. On peut commencer par l'incision semi-circulaire, ou bien par l'incision en Δ ; ce dernier procédé est généralement préféré.

Mais la méthode elle-même offrait un grave inconvénient; car, si la pointe du Δ ne remontait qu'au niveau de la section des os, elle ne laissait pas un assez libre espace au jeu de la scie ou des cisailles; si elle remontait plus haut, la perte de substance produite par l'écartement du Δ risquait de laisser les os à nu. Dès 1837 j'ai établi en règle générale, de réunir les branches du V fort au-dessous du point de la section, et de remonter fort au-dessus au contraire par une incision longitudinale aboutissant au sommet du V. Cette nouvelle forme d'incision a pris le nom d'*incision en raquette*, et a remplacé définitivement tous les procédés purement ovalaires. J'y reviendrai à l'occasion des amputations dans la contiguïté.

2° Méthode à réunion latérale.

I. MÉTHODE A LAMBEAU UNIQUE. — Inventée par Lowdham pour l'amputation de la jambe, généralisée par Verduin, cette méthode consiste essentiellement dans la formation d'un lambeau assez long pour recouvrir complètement les os; quelquefois on y joint un petit

lambeau supplémentaire du côté opposé. Le lambeau principal a été pris tantôt en arrière, tantôt en avant, quelquefois même sur le côté; nous en verrons des exemples en parlant des amputations en particulier. On le taille d'ailleurs ou de dedans en dehors, par transfixion, de manière à lui donner une forme arrondie; ou de dehors en dedans, à l'imitation de Ravaton, pour avoir un lambeau carré.

1° Lambeau arrondi. Procédé de Verduin. — On saisit de la main gauche toutes les parties molles dont on veut composer le lambeau; de l'autre, armée d'un long couteau, on les traverse de part en part, en rasant l'os le plus près possible; et l'on taille le lambeau de haut en bas et de dedans en dehors, en lui donnant une longueur convenable. Le lambeau relevé par un aide, on divise par une incision semi-circulaire en travers ce qui reste de téguments et de chairs du côté opposé du membre; on achève d'isoler l'os, et on le scie à l'ordinaire.

Verduin n'avait rien précisé touchant les dimensions du lambeau; et pour peu que celui-ci fût taillé un peu juste, la rétraction des téguments et des chairs de l'autre côté menaçait de laisser l'os à découvert; c'est ce qui lui arriva à lui-même dans une amputation de l'avant-bras. Hey a essayé le premier de combler ces lacunes.

Procédé de Hey. — Il pose en principe, d'abord, que le lambeau doit avoir en longueur et en largeur le tiers de la circonférence du membre, mesuré au point où devra s'opérer la section des os. Soit par exemple une amputation de jambe; supposé que le membre au point indiqué ait 30 centimètres de circonférence, on fait en cet endroit une marque circulaire, et l'on en fait une autre à 40 centimètres au-dessous; voilà pour la longueur. Sur la marque supérieure, à partir de la crête du tibia, on mesure de chaque côté 40 centimètres; les 40 centimètres restant en arrière formeront la largeur du lambeau. Tout ceci reconnu, on plonge le couteau, non pas juste vis-à-vis la première marque circulaire, mais environ un centimètre au-dessous; on taille le lambeau carrément jusqu'à la seconde marque circulaire, et alors on retourne le tranchant vers la peau, pour achever de tailler le lambeau en rond au-dessous de cette marque. Le lambeau est disséqué et relevé; on divise alors ce qui reste des téguments par une incision semi-circulaire en travers, à 2 centimètres et demi au-dessous de la marque supérieure; les téguments rétractés, on achève de couper les muscles profonds en travers un peu au-dessous de la ligne de section des os, qui sont enfin sciés au point marqué par avance.

2° Lambeau carré; procédé de Sabatier. — Sabatier avait proposé, pour l'amputation du bras au niveau de l'aisselle, de tailler un lambeau carré sur le deltoïde, moyennant deux incisions longitudinales réunies en bas par une incision transversale, et de couper le reste des chairs au niveau de la base du lambeau. Ce procédé, qui n'avait peut-être jamais été appliqué, vient d'être repris et généralisé par M. Teale, successeur de Hey à l'hôpital de Leeds, avec des modifications analogues à celles que Hey avait apportées au procédé de Verduin.

Procédé de M. Teale. — M. Teale fait son lambeau plus long et plus large que celui de Hey, c'est-à-dire égal dans ces deux sens à la demi-circonférence du membre; les mesures en sont de même prises avec soin, et tracées sur la peau avec de l'encre. Une autre règle est de tailler toujours ce lambeau sur le côté du membre opposé aux troncs nerveux et vasculaires, et de telle sorte qu'il retombe sur la plaie par son propre poids. On pratique d'abord les deux incisions latérales qui s'arrêtent à l'aponévrose, puis l'incision transversale, coupant toutes les chairs jusqu'à l'os; et l'on procède à la dissection du lambeau, en rasant l'os le plus près possible. On découpe alors le petit lambeau de l'autre côté à l'aide d'une incision transversale allant jusqu'à l'os, en lui donnant un quart seulement de la longueur de l'autre. On le dissèque à son tour; on scie l'os à la base des deux lambeaux, on lie les vaisseaux et l'on réunit par suture. Mais le mode de réunion a besoin d'une description spéciale.

Le grand lambeau, après avoir recouvert l'os, est replié en arrière à la rencontre du petit. On place un point de suture d'abord près de leurs angles; puis un ou deux autres au milieu. Puis un autre point de suture réunit les côtés; puis enfin un dernier réunit le bord du grand lambeau replié en bas avec sa portion supérieure, en sorte que l'ensemble de la réunion représente une H dont la ligne transversale est à la partie postérieure du membre.

Tous ces procédés laissent quelque chose à désirer. Celui de Hey donne au lambeau trop peu de largeur; il faut qu'il comprenne au moins la moitié de la demi-circonférence du membre pour recouvrir convenablement l'autre moitié; et au total, à sa face saignante, il n'aura jamais ainsi en longueur que le diamètre du membre. Un diamètre de largeur, un diamètre de longueur, telles sont les dimensions qui répondent le mieux à toutes les indications; le lambeau de M. Teale est trop long de moitié.

Quant au lambeau supplémentaire, je m'en suis passé longtemps, faisant mon incision transversale à la base du lambeau, comme Verduin, mais ajoutant la précaution de relever les muscles, et de