

laire étant comprimée au dessus de la clavicule, le chirurgien fait embrasser le moignon de l'épaule en avant et en arrière par l'aide placé vers l'épaule saine du malade, en lui recommandant d'en attirer fortement les tégumens en haut. Cela fait, il divise rapidement, et d'un seul coup, toutes les parties molles qui environnent l'extrémité supérieure de l'humérus, au moyen d'une incision circulaire qui, commençant et finissant à un travers de doigt environ au dessous du sommet de l'acromion, passe en avant et en arrière sur les tendons des muscles grand dorsal, grand rond et grand pectoral, près de leurs attaches qu'elle détruit. Les chairs sont alors relevées, et, l'articulation étant découverte dans toute sa circonférence, un second coup sépare l'os du bras de l'omoplate. Ce procédé est prompt et facile à exécuter, et la plaie qui en résulte est beaucoup plus petite qu'aucune de celles qui résultent des procédés précédemment décrits. On doit la panser comme une plaie d'amputation circulaire ordinaire.

Pour ne s'être pas donné la peine de lire la description de l'opération que nous proposons, deux de nos confrères, des plus érudits, MM. Blandin et Velpeau, en ont rapporté l'idée première, soit à Garangeot, soit à Alanson, soit à Petit-Radet, soit à M. Graefe. Nous nous trouvons donc dans l'obligation de rappeler ici en quoi consistent ces divers procédés, aujourd'hui abandonnés ou non admis. Garangeot, après avoir décrit un procédé à lambeaux, se borne à énoncer que quelques chirurgiens préfèrent, à tort, l'opération circulaire. Or, pour Garangeot, de même que pour tout le monde, une amputation circulaire, sans autre explication, signifie une amputation faite perpendiculairement à l'axe d'un membre tenu horizontalement: c'est ainsi que l'a entendu Alanson, et c'est encore ainsi que l'entend M. Graefe, qui veut que l'on tienne le membre horizontalement, et que l'on fasse l'incision cir-

culaires à trois travers de doigts au dessous du sommet de l'acromion. Nous conseillons, au contraire, de n'écarter le bras du corps, qu'autant qu'il est nécessaire pour permettre à la main de l'opérateur de passer et de diriger l'instrument de telle manière que l'incision, passant en haut et en dehors presque sur la tête de l'humérus, passe en bas et en dedans, sur l'insertion du pectoral, du grand dorsal et du grand rond à cet os, c'est-à-dire à trois ou quatre travers de doigt, plus bas. C'est donc une amputation dans laquelle le couteau, bien que faisant le tour de la partie comme dans l'amputation circulaire, fait néanmoins une plaie très-oblique, ou même dont le plan est presque vertical, à cause de l'obliquité très-grande dans laquelle on tient le membre.

Quant au procédé de Petit-Radel, décrit dans l'Encyclopédie méthodique, c'est un procédé à lambeaux, qui n'est d'ailleurs lui-même qu'un renouvellement d'un procédé proposé antérieurement par Bell.

*Quatrième méthode.* Guthrie et Béclard ont proposé pour l'amputation du bras dans l'article, un procédé que M. Scouetten a rattaché à la méthode ovalaire. Pour la pratiquer sur le membre gauche, le chirurgien saisit de la main gauche le bras malade par sa partie moyenne, et l'écarte du tronc de quatre travers de doigt; il plonge alors immédiatement au dessous du sommet de l'acromion, la pointe d'un couteau à deux tranchans qu'il enfonce jusqu'à l'humérus. Il abaisse le manche et incise dans l'étendue de trois à quatre pouces les parties postérieures du moignon de l'épaule, suivant une direction oblique en bas et en dedans; une seconde incision semblable à la première, pour la direction et pour l'étendue, et se réunissant à elle supérieurement à angle aigu, est faite aux parties molles de la partie antérieure; l'opérateur faisant alors écarter supérieurement les lèvres de la plaie, met à découvert



la capsule, et les attaches des sus-épineux, sous-épineux et petit rond, qu'il divise; après quoi, luxant le membre en haut et en dehors, il contourne la tête de l'humérus avec le plein du tranchant, et termine l'opération en réunissant l'incision antérieure à la postérieure, par la section des chairs de la partie interne du bras, dans l'épaisseur desquelles se trouve l'artère qu'il a soin de faire comprimer avant de la couper.

Il est facile de voir quelles modifications l'opération devrait subir si l'on devait agir sur le côté droit. L'étroitesse et la force anguleuse de la partie supérieure de la plaie, rendent difficile l'écartement de ses lèvres et le temps de l'opération qui a pour but l'ouverture de l'articulation et la section des tendons; aussi ce procédé est-il long à exécuter et de beaucoup inférieur à l'amputation circulaire.

*Amputation des orteils.* On n'ampute les orteils qu'en totalité, dans leurs articulations métatarso-phalangiennes. Cette amputation se fait comme celle des doigts dans leur articulation supérieure.

*Amputation collective des orteils.* Il en est de même de l'amputation collective des orteils, dont on doit également le procédé à M. Lisfranc. Une modification utile à apporter à ce procédé, c'est de tailler d'abord les deux lambeaux, en commençant par l'inférieur. De cette manière, la plaie est beaucoup plus régulière.

*Amputation isolée des os du métatarse.* On n'ampute pas, en général, le premier métatarsien, parce qu'après l'opération il reste une large cavité formée par les surfaces articulaires, qui est difficile à recouvrir; on en fait plutôt la résection. Mais on peut amputer isolément les autres métatarsiens, et cette opération se fait comme à la main.

*Amputation des deux premiers os du métatarse.* Pour exé-

cuter cette opération, M. Lisfranc commence par faire au dos, et ensuite à la face plantaire du pied, une incision qui, s'étendant du niveau de l'articulation du second os du métatarse avec le second cunéiforme jusqu'à la seconde commissure des orteils, divise profondément les parties molles. Une troisième incision, jetée transversalement autour de la base des deux premiers orteils, et partant de l'une des deux précédentes, pour se rendre à l'autre, les réunit, et achève de circonscrire un lambeau interne qui embrasse les deux os que l'on veut enlever. Ce lambeau, qui doit se composer de toutes les chairs placées au dessus, en dedans et au dessous des deux premiers os du métatarse, est détaché de bas en haut, et d'avant en arrière, jusqu'au niveau de leurs articulations postérieures. Il est alors facile de reconnaître et d'ouvrir les articulations, et d'opérer la séparation des surfaces articulaires. Ce procédé, en subissant quelques modifications indiquées par la forme et la position des parties, est applicable à l'enlèvement des deux derniers os du métatarse. Après l'opération, les vaisseaux sont liés, et le lambeau réappliqué aux parties.

Cette dernière partie de l'opération n'est pas toujours facile; ordinairement, au contraire, il reste entre la base du lambeau et l'extrémité de l'os du métatarse voisin, un intervalle mesuré par l'épaisseur de l'os ou des os du tarse, dont les surfaces articulaires antérieures sont mises à nu, et que rien ne peut combler. Pour obvier à cet inconvénient Bécclard a imaginé le procédé suivant, qui appartient à la méthode ovalaire, et qui nous paraît préférable. Le chirurgien commence sur la face dorsale du pied, qu'il a saisi en dessous avec sa main gauche, une incision qui, partant du premier espace inter-osseux à un demi-pouce de l'articulation du tarse avec le métatarse, est dirigée vers l'intervalle qui sépare le second orteil du troisième; arrivée sous le pied, cette incision, changeant de direction,



est dirigée transversalement en dedans, au dessous de la base des orteils jusqu'au côté interne de l'articulation de la première phalange du pouce avec le premier métatarsien, d'où, reprenant une direction oblique, elle vient en ligne droite, et en croisant cet os, rejoindre son point de départ. Toutes les parties comprises dans l'aire de l'espace de triangle que circonscrit cette incision, c'est-à-dire les deux premiers os du métatarse et une portion anguleuse des tégumens du dos du pied, sont les parties qui doivent être enlevées. Du sommet de cette portion anguleuse de peau, partent ensuite deux incisions obliques qui, se rendant en arrière, l'une de dehors en dedans, l'autre de dedans en dehors, circonscrivent un lambeau angulaire dirigé en sens inverse du premier, et dont la base correspond au niveau des articulations à ouvrir. Celui-ci doit être conservé. Il est relevé jusque sur sa base. Les os du métatarse sont ensuite isolés dans toute leur circonférence, et séparés dans leurs articulations postérieures. Les chairs conservées aux dépens de la face plantaire du pied, sont réunies de dedans en dehors, et de bas en haut, et appliquées sur le troisième os du métatarse, tandis que le lambeau triangulaire dorsal, appliqué de haut en bas, sert à recouvrir les faces articulaires du premier et second cunéiforme. Il est facile de sentir quelles modifications il faudrait apporter à ce procédé pour amputer les quatrième et cinquième métatarsiens.

*Amputation des cinq os du métatarse.* On fait remonter l'origine de cette opération jusqu'en 1720. Ce qu'il y a de certain, c'est que Percy, en 1789, et Hey, en 1799, l'ont pratiquée. Nous même l'avons vu employer en 1815 par un chirurgien militaire, qui voulait et croyait opérer d'après la méthode de Chopart. Elle a été décrite en 1815 par M. Villermé, et par M. Lisfranc, qui seul en a établi les règles. Pour saisir les données du procédé qu'il a conseillé, il faut se rappeler,

1° que les articulations du métatarse avec le tarse décrivent une ligne transversalement oblique de dehors en dedans, et d'arrière en avant; 2° que l'extrémité interne de cette ligne, correspondant à un enfoncement placé sur le bord interne du pied, entre la saillie formée par le premier cunéiforme et l'extrémité postérieure du premier métatarsien, est placée à huit ou dix lignes plus en avant que l'externe, laquelle aboutit sur le bord externe de cette partie immédiatement en arrière de la tubérosité externe de l'extrémité postérieure du cinquième métatarsien; 3° qu'elle est rompue au niveau de l'extrémité postérieure du second métatarsien par une anfractuosité profonde, dirigée en arrière, et destinée à recevoir l'extrémité du second os du métatarse, qui dépasse dans ce sens celle du troisième de deux lignes au moins, et celle du premier d'environ quatre à cinq; 4° enfin, que l'épaisseur des surfaces articulaires va progressivement en augmentant, depuis le bord externe jusqu'au bord interne du pied, d'où il résulte que l'on doit conserver plus de chairs de ce côté que de l'autre. Le problème que s'est proposé M. Lisfranc était donc de parcourir avec facilité la ligne anfractueuse des articulations du tarse avec le métatarse, en coupant les ligamens dorsaux, plantaires, et inter-osseux qui les assujettissent, et de conserver en même temps des lambeaux propres à s'accommoder à l'irrégularité de la surface articulaire du tarse.

Pour exécuter le procédé de cet auteur sur le côté droit, le chirurgien embrasse la plante du pied dans la paume de sa main gauche, en appuyant le pouce sur l'extrémité externe, et le doigt indicateur sur l'extrémité interne de la ligne articulaire, afin d'indiquer exactement les deux points opposés de son trajet. Il applique alors sur le bord externe du pied, immédiatement au devant de son pouce, le tranchant d'un couteau inter-osseux à lame très-mince, le dirige d'abord en dedans et un peu en



avant pour suivre l'obliquité de la tubérosité externe et postérieure du cinquième métatarsien ; puis , arrivé à l'articulation , le tourne en dehors en même temps qu'il relève le manche de l'instrument pour le ramener à la direction perpendiculaire , et ouvre de dehors en dedans les articulations postérieures des trois derniers métatarsiens , dans lesquelles il pénètre en coupant d'un seul coup les capsules articulaires et les ligamens dorsaux qui les unissent , ainsi que les tendons et la peau qui les recouvrent . Si , après avoir ouvert les articulations postérieures du cinquième et du quatrième métatarsien , le couteau rencontre , avant de pénétrer dans celle du troisième , une saillie osseuse qui l'arrête , il suffit d'incliner le tranchant un peu en avant pour contourner l'angle externe et antérieur du troisième cunéiforme , auquel cette saillie appartient , et qui s'articule par une petite surface avec l'angle interne de l'extrémité postérieure du quatrième os du métatarse . Ordinairement cette partie n'apporte aucun obstacle à la marche de l'instrument , et on arrive d'un seul trait jusqu'au côté externe de l'extrémité postérieure du second métatarsien . Arrêté par celui-ci , le tranchant abandonne la ligne articulaire ; il est couché sur le dos du pied , et divise par une incision oblique , qui part de l'articulation postérieure du troisième métatarsien , et vient se rendre à la réunion du quart postérieur avec les trois quarts antérieurs du premier , la peau et les parties molles et tendineuses qui recouvrent les deux premiers os du métatarse ; ramené à la direction verticale , le manche en bas , il coupe au même niveau les tégumens du bord interne du pied ; arrivé là , la lame est introduite à plat et transversalement sous la face inférieure du premier os du métatarse , et conduite d'avant en arrière ; elle contourne la saillie qu'offre en bas et en dedans l'extrémité postérieure de cet os , et ouvre l'articulation par son côté inférieur et interne . Le manche étant ensuite relevé

perpendiculairement , et le tranchant tourné directement en dehors , on divise les ligamens de la partie interne de la jointure , ainsi que quelques fibres du tendon du muscle jambier antérieur qui la recouvre de ce côté . La lame pénètre de dedans en dehors entre le premier os du métatarse et le grand cunéiforme , et arrive au côté interne du second métatarsien qui l'arrête . Il ne reste plus alors qu'à désarticuler cet os , dont l'extrémité est engagée solidement dans une espèce de mortaise que lui fournissent les trois cunéiformes . Pour cela , le tranchant du couteau est tourné directement en arrière , et engagé entre lui et le premier cunéiforme , et son manche est abaissé vers les orteils pour couper , par une espèce de mouvement de bascule , un fort faisceau ligamenteux qui les unit . Pour le séparer du second cunéiforme , le manche de l'instrument est relevé , et son tranchant , tourné directement en dehors , et conduit vers le bord externe du pied , jusqu'à ce qu'il soit arrêté par le côté interne du troisième cunéiforme . Enfin , pour détruire les liens qui unissent ce dernier os au second métatarsien , il suffit , lorsque l'instrument est arrivé au point qui vient d'être indiqué , de tourner le tranchant obliquement en avant et un peu en dehors , et de le faire marcher dans ce sens . On facilite beaucoup la marche de l'instrument en portant la pointe du pied du côté opposé à celui de l'articulation que l'on veut ouvrir , afin de tendre les ligamens , et d'écarter les os au devant du tranchant . C'est ainsi que , quand on coupe les ligamens dorsaux , il faut incliner la pointe du pied en bas ; que quand on divise les ligamens externes , il faut la porter en dedans , etc .

Quand toutes les articulations sont ouvertes , la pointe du pied est abaissée ; quelques coups donnés çà et là achèvent de diviser les faisceaux fibreux qui ne sont qu'imparfaitement coupés ; après quoi le plein du tranchant est engagé dans la ligne articulaire , contourne en bas la partie inférieure



des extrémités postérieures des os du métatarse, et, marchant d'arrière en avant, détache aux dépens de la plante du pied, un lambeau, dont le bord interne a deux pouces de long, et le bord externe un pouce seulement. M. Lisfranc taille ce lambeau carrément; mais il vaut mieux lui donner une forme arrondie, de telle sorte, cependant, qu'il soit beaucoup plus long du côté interne que du côté externe. On lie les vaisseaux, et le lambeau inférieur est appliqué de bas en haut. Le lambeau supérieur, ménagé aux dépens de la peau de la partie supérieure et interne du dos du pied, plus souple que le lambeau inférieur, s'applique mieux à l'anfractuosité que présente l'enfoncement du second os cunéiforme.

Cette méthode a sur celle de Chopart, que nous allons décrire, l'avantage de ménager une plus grande base de sustentation au corps, puisqu'elle conserve une plus grande longueur du pied, et celui plus grand de prévenir le renversement du pied en arrière, en conservant les attaches des muscles jambiers antérieur et postérieur, antagonistes des jumeaux et du soléaire; mais elle est d'une exécution difficile. Peut-être pourrait-on la rendre plus facile, et obtenir une surface osseuse plus unie, en faisant un lambeau demi-circulaire, puis un lambeau inférieur, et en sciant le tarse au niveau de la surface antérieure du second cunéiforme.

*Amputation de la seconde rangée du tarse.* C'est à celle-ci que l'on donne communément le nom d'amputation partielle du pied; elle a été imaginée par Chopart. On la pratique dans la ligne articulaire qui unit le calcaneum et l'astragale avec le cuboïde et le scaphoïde. On reconnaît les extrémités de cette ligne aux saillies que forment en dedans le scaphoïde, et en dehors l'extrémité articulaire du calcaneum; l'interne est à un pouce au plus de la malléole interne, et l'externe, à un pouce et demi de la malléole externe. Pour pratiquer l'am-

putation partielle du pied, on saisit cet organe comme dans l'opération précédente, le pouce appuyant d'une part sur l'extrémité externe de la ligne articulaire, et l'indicateur, de l'autre, sur son extrémité interne. On divise d'un coup les tégumens, les tendons extenseurs, le muscle pédieux, et les ligamens supérieurs de l'articulation, par une incision dirigée le long du trajet de la ligne articulaire; celle-ci se trouve ouverte dans toute sa longueur; un second coup détruit le ligament inter-articulaire; et, la pointe du pied étant fortement abaissée, le plein du tranchant est engagé entre les os, contourne inférieurement, et d'arrière en avant, la rangée antérieure du tarse, et forme un lambeau semblable à celui qui termine l'opération précédente, mais plus long. On panse de la même manière.

*Amputation du pied.* Sabatier propose le procédé suivant pour exécuter cette opération. Une incision circulaire divise d'abord les tégumens autour et au dessous de l'articulation. La peau étant ensuite relevée, on coupe de chaque côté les ligamens latéraux, au niveau du sommet des malléoles; on divise ensuite les tendons qui entourent l'article en avant et en arrière, et la désarticulation est alors facile à exécuter. L'impossibilité d'adapter au membre une bottine pour le faire servir à la sustentation, et l'obligation où l'on se trouve toujours, après avoir pratiqué cette opération, de faire porter au malade une jambe de bois ordinaire, l'ont fait abandonner pour l'amputation de la jambe dans sa continuité au lieu d'élection, amputation qui a l'avantage d'éviter aux malades l'incommodité qui résulte pour eux de l'excès de longueur du moignon.

*Amputation de la jambe.* Cette opération, usitée dans le moyen âge, a été mise en usage avec succès par plusieurs chirurgiens du siècle dernier. Pour la pratiquer, Hoin, qui



avait adopté la méthode à lambeaux, portait un couteau au côté externe du genou, et coupait de dehors en dedans la peau et le ligament de la rotule; ces parties étant relevées, la jambe était fléchie sur la cuisse, le couteau divisait les ligamens latéraux et les ligamens croisés; puis, porté de haut en bas, derrière le tibia et le péroné, il détachait aux dépens des chairs de la partie postérieure de la jambe, un lambeau assez long pour recouvrir d'arrière en avant et de bas en haut la partie inférieure du fémur.

Dans ces derniers temps, M. Velpeau a remis en pratique, et avec succès, la méthode circulaire. Son procédé n'offre rien de particulier. Depuis long-temps, nous démontrons, dans nos cours d'opérations, un procédé qui consiste à inciser circulairement, mais obliquement, c'est-à-dire un peu plus bas en avant qu'en arrière, les parties molles qui environnent l'articulation: de cette manière, la peau laissée en avant peut recouvrir la face du condyle, et la cicatrice, au lieu de se faire sur l'extrémité du fémur, se fait en arrière.

Cette méthode peut conduire à une modification de l'amputation de la cuisse dans sa continuité, qui ne serait peut-être pas sans importance. Lorsque, par l'incision circulaire faite au dessous de la rotule, on a ouvert de toutes parts l'articulation, il est facile de retrousser les chairs jusqu'au point où la capsule synoviale se réfléchit en haut sur le fémur, et retrancher toute la partie de cet os, longue au moins de quatre pouces, qui correspond à la cavité de la capsule. Si l'on réfléchit que, dans cette opération, les parties divisées sont seulement la peau, le tissu cellulaire, quelques ligamens, la capsule synoviale, les têtes des jumeaux, quelques tendons et les vaisseaux et nerfs poplités, il est difficile de se refuser à l'idée qu'elle provoquerait des accidens consécutifs beaucoup moins redoutables que l'amputation faite au milieu des chairs de la

cuisse. Ajoutons à cela que la rotule peut très-bien s'adapter à l'extrémité du fémur tronqué, et servir de point d'appui.

*Amputation de la cuisse.* L'ancienne académie de chirurgie ayant pensé que l'on pourrait mettre utilement en pratique l'ablation de la totalité de la cuisse, a proposé en 1756, et ensuite en 1759, cette question pour sujet d'un prix qu'elle décerna au Mémoire de Barbet. Ce chirurgien, sans entrer dans aucun détail sur le procédé qu'il faudrait suivre, établit en principe, qu'il ne faut pratiquer l'amputation de la cuisse dans l'article que quand la cause vulnérante, la gangrène, ou la suppuration, ont déjà détruit la presque totalité des chairs voisines de l'articulation.

On ne l'avait encore pratiquée qu'un petit nombre de fois, et dans ces cas seulement, lorsque M. Larrey osa la tenter immédiatement après l'accident, sur des sujets chez lesquels des blessures d'armes à feu avaient désorganisé la cuisse jusqu'au près de son articulation supérieure, en laissant intactes les chairs qui l'environnent. Le procédé de ce praticien est le suivant.

Le malade étant placé sur le bord d'un lit solide, de manière à ce que ses fesses en dépassent un peu le niveau, les cuisses écartées, étendues sur le bassin et maintenues par des aides, un de ceux-ci se tenant prêt à comprimer au besoin l'artère crurale auprès de l'aîne, le chirurgien, placé au côté interne du membre, fait aux tégumens une incision parallèle à l'origine de l'artère crurale, découvre ce vaisseau et le lie au dessus de la naissance de la profonde, c'est-à-dire près de l'arcade crurale. Cela fait, il plonge au niveau de la partie interne de l'articulation un long couteau interosseux, avec lequel il traverse le membre de part en part, et d'avant en arrière, et, dirigeant l'instrument en bas et en dedans, il détache un lambeau aux dépens des chairs de la partie interne et supérieure de la cuisse. Des aides appliquent aussitôt les



doigts sur les orifices des branches des artères obturatrice, ischiatique, et fessière divisées : le membre est ensuite porté en dehors, l'articulation est ouverte par son côté interne, et le ligament inter-articulaire divisé; le couteau contourne alors la tête du fémur luxé en dedans, le côté supérieur du col de cet os, le grand trochanter, et descendant de haut en bas et en dehors, il détache le lambeau externe, par lequel on termine l'opération. On lie promptement tous les vaisseaux qui fournissent du sang, et l'on réunit les lambeaux d'un côté à l'autre.

M. Guthrie, chirurgien anglais, a mis en pratique cette méthode; mais il l'a exécutée suivant un autre procédé qui a été couronné de succès, et qui consiste, après avoir fait comprimer l'artère crurale auprès de la cuisse, à diviser d'abord la peau par deux incisions demi-circulaires qui, partant à quatre pouces au dessous de l'épine antérieure et supérieure de l'os des îles, passent obliquement, l'une en dehors, l'autre en dedans du membre, et viennent se réunir à sa partie postérieure, de telle sorte pourtant que l'angle supérieur est un peu externe, et l'inférieur un peu interne. Les chairs sont ensuite coupées de chaque côté dans la même direction, et l'opération est terminée par la désarticulation du fémur. On lie les vaisseaux, en commençant par l'artère crurale, et on termine en liant successivement celles dont le volume est le plus considérable.

C'est encore la même méthode qu'a adoptée M. Lisfranc; seulement il commence par le lambeau externe. Pour exécuter son procédé, le chirurgien, placé au côté externe du membre, et tenant de la main droite pour opérer sur le côté gauche, et de la main gauche pour opérer sur le côté droit, un long couteau inter-osseux, en plonge la pointe à la partie supérieure de la cuisse, au dessus du niveau du côté supérieur de l'articulation coxo-fémorale, en dedans d'une ligne qui s'é-

tendrait du sommet de l'épine iliaque antérieure et supérieure à celui du grand trochanter, contourne en dehors la tête du fémur, et vient percer les tégumens du côté opposé du membre, à quelques lignes au dessous de la tubérosité sciatique. Le tranchant de l'instrument est alors incliné vers le sommet du grand trochanter, et les chairs sont divisées dans ce sens; arrivé là, il est dirigé directement en bas, et après avoir longé le fémur pendant l'espace de deux pouces, il est incliné en dehors pour terminer le lambeau externe. Celui-ci est relevé, et les vaisseaux divisés sont liés avant d'aller plus loin. Pour faire le lambeau interne, le couteau est replongé dans l'angle supérieur et antérieur de la plaie, et vient sortir, après avoir contourné le fémur en dedans, par son angle supérieur et postérieur; un aide saisit l'artère crurale près de son origine, et le couteau, dirigé en bas et en dedans, forme le second lambeau. L'artère crurale et les autres vaisseaux sont liés, et les deux lambeaux étant tenus écartés par des aides, il ne reste plus qu'à opérer la section de la capsule fibreuse et celle du ligament inter-articulaire.

De quelque manière que cette méthode soit exécutée, il est toujours impossible de faire deux lambeaux semblables, puisque l'externe n'est formé dans une partie de son étendue que par la peau qui recouvre le grand trochanter, tandis que l'interne contient dans son épaisseur presque toutes les chairs qui forment la partie supérieure de la cuisse. Cette circonstance, jointe au vide qui reste au niveau de la cavité cotyloïde, suffit pour faire prévoir qu'il devra être difficile d'obtenir une réunion prompte de la plaie. Et si l'on considère ensuite l'énorme étendue de la surface qui doit s'enflammer et suppurer, on s'expliquera facilement pourquoi presque tous les sujets qui ont supporté cette opération sont morts dans les accidens sympathiques primitifs, développés par suite de la violence de l'irritation locale.