

ment sur la face antérieure, mais en taillant à l'occasion un lambeau unique latéral ou postérieur.

On pensa faire un nouveau progrès en recouvrant la surface de section de l'os par son périoste. Je dis *on pensa*, car je ne suis nullement convaincu de l'utilité de ce temps opératoire. Walther avait déjà sectionné le périoste circulairement à  $3/4$  de pouce en dessous de la surface de section de l'os, puis l'en avait recouverte comme d'une manchette. Bruns incisait le périoste de façon à former un grand lambeau périostique, analogue en miniature au lambeau cutané antérieur. Cet acte opératoire était en quelque sorte l'introduction à la surface de section osseuse située au-dessus du niveau de la coupe musculaire. Bruns lui-même était très réservé sur l'utilité de cet acte opératoire, bien qu'il l'exécutât avec une extrême délicatesse. Je voudrais seulement que l'on me montrât l'avantage de ce lambeau périostique. Les germes septiques sont ainsi séparés de la cavité médullaire, dit-on. C'est évident, si l'opérateur n'a pas été antiseptique ! Mais le périoste empêche l'os de se nécroser, ajoute-t-on. Or l'expérience des dix dernières années nous a appris que l'antisepsie suffisait parfaitement à éviter cette nécrose.

Un véritable progrès fut accompli par l'introduction de l'amputation ostéo-plastique. Nous reviendrons sur ses détails en étudiant le procédé de Pirogoff à la jambe, et celui de Gritti à la cuisse.

Mais, ce qui est bien plus important que toutes ces tentatives faites dans le but de perfectionner la confection du lambeau, c'est tout ce que nous pouvons considérer comme résultant de l'antisepsie.

Cette dernière nous permet de façonner le lambeau comme cela nous convient, de le tailler en avant ou en arrière, de le faire cutané ou musculo-cutané ; enfin grâce à elle, la technique chirurgicale se propose un but tout nouveau : la réunion par première intention. L'agent le plus utile est assurément le catgut, en ce sens que les ligatures perdues ne viennent plus troubler la réunion *per primam*. Les bords de la plaie peuvent alors être suturés avec le plus grand soin. Il peut même se produire une légère hémorrhagie secondaire sans que l'on ait à redouter la suppuration du caillot.

Ce n'est qu'à la faveur de la méthode antiseptique que l'on peut comparer les avantages des méthodes circulaires ou à lambeaux, parce qu'aucune infection de la plaie ne vient plus compliquer la question. Or ce qu'il convient tout d'abord de faire observer, c'est que les procédés à lambeaux permettent d'amputer *plus bas* que ceux à incision circulaire. Supposons en effet qu'une affection quelconque nécessitant l'amputation de la jambe remonte très haut en avant, jusqu'au-dessous du genou ; on ne pourrait songer à employer la

méthode circulaire, il faudrait donc amputer la cuisse. Au contraire l'autre procédé permet de tailler un lambeau postérieur, et de faire l'amputation à la partie supérieure de la jambe. On peut employer de cette façon les tissus sains en confectionnant un lambeau unique, antérieur, postérieur ou latéral, de façon à opérer aussi près que possible des limites du mal, à condition toutefois que la maladie qui indique l'amputation (un carcinome par exemple) ne force pas à amputer à distance. Dans d'autres cas, dans l'amputation de Syme par exemple, les lambeaux permettent d'employer une peau plus solide. Un autre point que nous devons mettre en lumière est le suivant : l'incision circulaire, surtout à la cuisse, produit quelquefois un moignon conique qui nécessite une seconde amputation ; et il n'est pas rare que cette dernière donne naissance elle-même à un moignon de forme conique. Somme toute, les lambeaux sont donc préférables à l'incision circulaire.

Si maintenant on compare les avantages des lambeaux cutanés ou musculo-cutanés, on verra que dans les amputations de cuisse, la réunion par première intention est plus sûrement obtenue avec un lambeau musculo-cutané à section bien nette ; les lambeaux de ce genre peuvent être appliqués plus fortement contre les autres tissus, qu'un simple lambeau cutané pour lequel on a toujours à redouter une eschare. De plus, on peut au moyen de sutures profondes au bord inférieur du lambeau, le tendre davantage, ce qui permet de l'appliquer plus exactement ; enfin quand on a un lambeau musculo-cutané on n'a pas à redouter de gangrène hypostatique comme cela se voit quelquefois sur des lambeaux cutanés et même en manchettes.

#### § 1. — Amputations.

**Amputation du métatarse.** — Il n'y a guère que la gangrène *a frigore* du pied qui donne lieu à l'amputation du métatarse. On ne tentera cette opération que lorsqu'il sera possible de tailler un lambeau plantaire, ou tout au moins deux lambeaux dont un dorsal et un plantaire, afin que la cicatrice soit dorsale ou au moins dirigée en avant. Après avoir taillé et relevé le lambeau, on incise d'un seul coup toutes les parties molles au moyen d'un couteau mince, puis on introduit des bandelettes entre les os afin de pouvoir relever les parties molles et les protéger contre la scie. On scie tous les métatarsiens du même coup.

**Amputation sus-malléolaire.** — L'amputation de jambe sus-malléolaire, est en réalité une désarticulation totale du pied au niveau de l'articulation tibio-tarsienne. De nombreux procédés ont été propo-