

meurs fait courir un double danger en relation avec leur structure et leur situation, à savoir celui de l'ostéomyélite et de la pyémie, d'une part, et celui de la suppuration de l'articulation voisine, d'autre part, pour le cas où cette dernière serait blessée dans le cours de l'opération, ce qui peut facilement arriver. Il est vrai que ces dangers peuvent être conjurés par l'observation stricte des règles de l'antisepsie.

Après avoir incisé les parties molles on se servira d'une rugine pour détacher de la tumeur le périoste avec toutes les parties molles qui le recouvrent, puis à l'aide du ciseau, on fera l'ablation des masses osseuses néoplasiques. Dans ces derniers temps, j'ai extirpé un certain nombre de tumeurs de ce genre, sans que l'opération fût suivie de la moindre réaction.

S'agit-il d'un **sarcome myéloïde** ou d'un sarcome périostal de grandes dimensions, il ne peut être alors question que de l'amputation de la cuisse ou de la désarticulation de la hanche. Les **sarcomes périostaux et endostaux à marche rapide**, tels qu'on les voit se développer chez des individus jeunes, tout à fait sains et de belle apparence, ont, en général, un très mauvais pronostic. Les récidives locales et les métastases sont alors la règle, malgré l'amputation élevée ou la désarticulation. Le pronostic de l'amputation dans les cas de sarcomes myéloïdes est, en général, favorable au point de vue des récidives locales et des métastases, lesquelles, toutefois, n'épargnent pas toujours l'opéré.

#### D. AMPUTATION DE LA CUISSE.

§ 81. — Les **indications** de l'amputation de la cuisse ont été en partie énoncées dans les paragraphes consacrés jusqu'ici aux affections et aux lésions traumatiques de la cuisse. Dans une autre série de cas, l'indication est fournie par des maladies et des lésions traumatiques graves du genou et de la jambe.

Si l'on consulte la statistique des amputations de cuisse qui ont été pratiquées avant la période antiseptique, on arrive à la conclusion que le pronostic de cette opération diffère assez notablement, suivant la hauteur à laquelle a été pratiquée l'ablation du membre. Pour des motifs aisés à comprendre, c'est la plus grave de toutes les amputations pratiquées sur les extrémités, si l'on fait abstraction de la désarticulation de la hanche. Il n'est guère possible de déterminer d'une façon générale le chiffre de la mortalité à la suite de cette opération, car ici plus encore que dans d'autres opérations, l'indication suivant laquelle a été pratiquée l'amputation, les conditions dans lesquelles s'est trouvé l'opéré pendant la guérison, enfin la méthode du traitement consécutif, sont autant de circonstances qui exercent une influence décisive sur le résultat de cette intervention chirurgicale. On s'explique ainsi que dans la guerre de Crimée, les amputés de cuisse du côté des Français succombaient dans la proportion de 91 0/0, tandis que dans la guerre d'Amérique, la mortalité, à la suite de cette même

opération, était de 64 0/0, et qu'elle n'est, peut être, que de 50 0/0 en temps de paix.

La plupart des opérés succombaient à des **maladies accidentelles des plaies**, et, somme toute, la mortalité était indépendante de la méthode opératoire. Par contre, tout chirurgien qui, pendant quelques années, a traité ses opérés selon les règles de l'antisepsie, arrive à se convaincre que la méthode de pansement exerce une très grande influence sur les résultats opératoires. Cette influence est tellement considérable, que nous ne craignons pas d'affirmer que la statistique des amputations de cuisse sera beaucoup meilleure lorsqu'elle se basera sur un grand nombre de cas dans lesquels la méthode antiseptique de Lister aura été appliquée pendant l'opération et les pansements. Nous nous contentons de rapporter ici les résultats obtenus à la clinique de VOLKMANN (OBERST, des amputations etc.) ; bien que le nombre des cas sur lesquels ils sont basés, ne soit pas très considérable, ils fournissent cependant une preuve irréfutable en faveur de la thèse que nous venons de formuler. Si l'on réunit toutes les amputations qui ont été pratiquées pendant un certain laps de temps selon les règles de l'antisepsie, on constate que sur 112 opérés 16 sont morts (soit un peu plus de 14 0/0). Parmi ces amputations, celles qui ont donné le taux de mortalité le plus élevé, avaient été pratiquées chez des individus atteints de plaies déjà infectées (12 morts sur 27 opérés). Les cas les plus favorables et qui sont la preuve la plus frappante des progrès réalisés par la méthode antiseptique, sont ceux dans lesquels une affection de l'extrémité inférieure avait fourni l'indication opératoire. Sur 72 opérés de cette catégorie 2 seulement ont succombé, ce qui fait une mortalité de moins de 3 0/0.

Ces succès ne dépendent nullement de la méthode employée, et peu importe, sous ce rapport, que l'on ait recours au procédé à lambeaux, à l'incision circulaire ou ovale, ou que l'on taille un lambeau rectangulaire (TEALE) ou un grand lambeau antérieur (SÉDILLOT, BRUNS). Aussi devons-nous insister avant tout, dans notre description, sur la méthode antiseptique d'opération et de pansement, méthode que nous considérons comme seule justifiée actuellement.

Nous sommes déjà tout à fait habitués à admettre que nos amputés de cuisse guérissent tous, lorsque l'amputation est faite dans les conditions habituelles, c'est-à-dire en l'absence d'infection ou d'autres complications. Nous pouvons même, d'après notre expérience actuelle, indiquer le temps nécessaire à la guérison. En règle générale, les opérés sont guéris au bout de 4 à 6 semaines environ. Comme nous l'avons déjà fait remarquer, les exceptions à cette règle se rapportent, soit aux amputations pratiquées chez des individus présentant déjà des symptômes d'infection septique, soit à celles qui sont suivies d'une nécrose plus ou moins étendue des lambeaux, conséquence du traumatisme qui a nécessité l'opération, ou de l'ischémie trop prolongée du membre ayant compromis la nutrition des téguments du moignon. Le pronostic des amputations