

de cuisse est tout particulièrement favorable, chez les tuberculeux, soit qu'il s'agisse d'une tuberculose du genou chez des individus âgés, soit que l'on ait affaire à un genou qui, ayant été réséqué pour une affection tuberculeuse, n'offre aucune tendance à la guérison. Grâce à la méthode d'hémostase d'Esmarch et à l'antisepsie, nous n'hésitons pas à pratiquer l'amputation même chez des personnes âgées, arrivées déjà à une période avancée de la phthisie, et à les délivrer des souffrances inhérentes à une affection tuberculeuse du genou.

Presque toujours le malade reprend des forces à la suite de l'opération, et assez souvent même, l'affection pulmonaire paraît s'améliorer aussitôt après l'ablation du membre. Le malade finit, il est vrai, par succomber à la phthisie, mais l'opération lui a été néanmoins d'un réel avantage.

L'amputation de la cuisse peut être pratiquée en haut jusqu'au niveau du petit trochanter, et en bas jusque dans la région des condyles; nous décrirons brièvement l'amputation intra-condylienne à propos des opérations qui se pratiquent sur le genou. Dans la description que nous allons donner, nous supposerons que l'ablation du membre a lieu au niveau de l'extrémité inférieure du tiers moyen de la cuisse.

Après avoir nettoyé le membre à l'aide de la brosse et du savon et l'avoir lavé avec une solution de sublimé ou d'acide phénique, on applique une bande élastique fortement serrée autour du membre, depuis le pied jusqu'au-dessus de la région de l'amputation, puis immédiatement au-dessus du dernier tour de bande, on opère la constriction de la cuisse au moyen d'un tube en caoutchouc, en ayant soin d'exercer pour chaque tour la même force de traction.

Pour le cas où le membre à amputer serait le siège d'un phlegmon, on ne commencerait qu'au-dessus de ce dernier l'application de la bande élastique, afin de ne pas refouler du côté central les substances infectieuses dans les interstices du tissu conjonctif. Si le phlegmon s'étend jusque dans le voisinage du lieu de l'amputation, on renonce à l'enveloppement avec la bande élastique, et l'on se contente de placer le membre un moment dans une position verticale en le soulevant par le pied, et après l'avoir ainsi anémié autant que possible, on applique le tube de caoutchouc. Lorsque ce dernier doit être placé très haut, on le croise du côté externe du membre et l'on conduit autour du bassin les deux chefs que l'on noue du côté opposé; on empêche ainsi que le tube ne glisse vers la périphérie.

Lorsque, pour un motif quelconque, on est obligé de renoncer à l'application du tube d'Esmarch, le mieux est de charger un aide de comprimer l'artère fémorale dans le pli de l'aîne.

L'antisepsie avant l'opération est tout particulièrement importante lorsque la lésion qui a nécessité l'amputation, offre des signes d'infection. On procède alors tout d'abord à un nettoyage tout à fait complet de la cavité infectée, que l'on lave ensuite avec une solution de sublimé; puis on la saupoudre d'iodoforme et l'on entoure tout le segment de membre à enlever d'un pansement que l'on recouvre d'une feuille de gutta-percha. Ce pansement doit être surtout bien occlusif en haut, près de l'endroit où doit être pratiquée l'incision des té-

guments. Enfin on soumet encore une fois à une désinfection énergique la partie du membre restée à découvert, ainsi que l'enveloppe de gutta-percha.

Après avoir assuré l'hémostase et chloroformé le malade, on procède à l'opération. Dans les amputations au niveau du tiers moyen de la cuisse, comme dans la plupart des opérations de ce genre, nous donnons la préférence à la méthode consistant à tailler un lambeau antérieur et un petit lambeau postérieur; cependant nous ne lui attribuons pas d'autre avantage que celui de faciliter la réunion et d'assurer un libre écoulement au liquide sécrété par la plaie. On donnera au lambeau antérieur une largeur suffisante à sa base et à son extrémité libre pour qu'il ne prenne pas trop la forme d'une languette. (Il doit avoir en largeur au moins la moitié de la circonférence du membre.) On en tracera les limites latérales au moyen de deux incisions qui, commençant à peu près au point où l'os sera sectionné, s'étendront en bas assez loin pour que le lambeau ait une longueur égale au diamètre antéro-postérieur du membre.

Les incisions latérales sont réunies par une incision transversale décrivant une légère courbe à convexité dirigée en bas. On dissèque ensuite le lambeau ainsi délimité, en laissant avec la peau le tissu sous-cutané. Je ne suis pas d'avis de comprendre dans le lambeau l'aponévrose d'enveloppe des muscles, car elle est volontiers éliminée ensuite par nécrose. Pour bien disséquer le tissu sous-cutané on dirigera le tranchant du bistouri contre l'aponévrose musculaire plutôt que du côté de la peau elle-même. Une fois le lambeau détaché jusqu'à sa base, on fait à la face postérieure du membre, à environ deux travers de doigt au-dessous du commencement des incisions latérales, une dernière incision des téguments de forme circulaire, et l'on dissèque également le petit lambeau ainsi délimité jusqu'à la base du lambeau antérieur. Ce petit lambeau postérieur a sa raison d'être à cause de la forte rétraction que subissent, une fois incisés, les téguments de la face postérieure de la cuisse. Dans ces derniers temps divers auteurs ont de nouveau conseillé de tailler des lambeaux musculo-cutanés (CRAMER à la clinique d'Erlangen), et nous accordons que cette recommandation est jusqu'à un certain point justifiée; en effet, les chirurgiens qui se sont servis de ce procédé, affirment que l'on observe beaucoup plus rarement des sphacèles circonscrits de la peau lorsque le lambeau est doublé d'une couche musculaire; ces sphacèles, on le sait, sont assez fréquents avec la méthode d'hémostase d'Esmarch.

Jusqu'ici l'opération a été faite avec le bistouri, mais il est préférable de se servir ensuite d'un long couteau à amputation, car elle permet de diviser les parties molles d'une façon plus régulière; c'est avec cet instrument que l'on pratiquera l'incision des muscles circulairement, à environ deux centimètres au-dessous de la base du lambeau cutané.

On fera bien de sectionner ensuite le périoste circulairement à environ

un centimètre au-dessous de la section des muscles, puis de le détacher du fémur, soit avec une rugine, soit avec les ongles, de façon à lui conserver autant que possible ses rapports intimes avec l'entonnoir musculaire ; on poussera ce décollement du périoste jusqu'au niveau de la base du lambeau cutané. En avant le périoste se détache toujours facilement, mais il n'en est pas de même en arrière à cause de la ligne âpre. A l'aide d'une compresse phéniquée à deux chefs, on fait rétracter les parties molles et surtout l'entonnoir musculo-périosté, et l'on scie l'os, si possible encore, un peu plus haut que la base du lambeau cutané.

Vient ensuite la ligature des vaisseaux. On ne se contentera pas de lier ceux qui ont un gros calibre, mais on cherchera avec le plus grand soin les vaisseaux situés dans les interstices musculaires, et on les liera avec des fils de catgut, que l'on coupera près du nœud. On devient de plus en plus habile dans la recherche de ces petits vaisseaux, qui habituellement siègent dans les interstices des muscles, là où s'entrecroisent deux ou plusieurs plans de tissu conjonctif reconnaissables à leur coloration blanchâtre. C'est précisément au niveau de cet entrecroisement que se trouve l'artère. Après avoir lié tous les vaisseaux que l'on a pu découvrir, on fait tenir le moignon verticalement par un aide, de façon à ce que la surface de la plaie regarde directement en haut, puis on enlève le tube élastique. Lorsqu'on a mis beaucoup de soin à lier les vaisseaux, il ne s'écoule pas de sang une fois le tube enlevé, ou l'on a tout au plus à lier quelques artérioles que l'on saisit rapidement avec des pinces, ce qui arrive surtout lorsque l'amputation a été pratiquée pour cause de traumatisme, et que les muscles sont fortement développés. On établit ensuite les orifices de drainage au nombre de un à trois à la face postérieure du moignon. Dans ce but on plonge un bistouri à travers la peau, de façon à ce que les drains puissent être poussés directement du côté de l'os ; à travers les orifices ainsi pratiqués, on introduit aussitôt de gros tubes à drainage munis d'épingles de sûreté. Dans ces derniers temps, avant de faire la suture, nous avons saupoudré d'iodoforme toute la surface de la plaie. Il suffit d'une très petite quantité de cette poudre que l'on répand sur la plaie à l'aide d'une petite cuiller. Cette substance a pour effet de limiter considérablement la sécrétion des plaies, à tel point que depuis que nous nous en servons, nous voyons la guérison du moignon s'opérer sous un ou deux pansements, bien que nous n'ayons rien changé aux dimensions de ces derniers. L'iodoforme permet ainsi de restreindre le nombre des drains à introduire, et actuellement nous nous contentons d'habitude d'un seul tube, que nous faisons sortir par un orifice établi à la face postérieure de la cuisse. On fait ensuite avec soin la suture, pour laquelle nous nous servons de soie aseptique, et suivant les circonstances, on introduit encore dans les angles de la plaie de petits bouts de drains, que l'on saupoudre également d'iodoforme. Veut-on appliquer le pansement de Lister, on recouvre d'abord la ligne de suture, ainsi que les faces antérieure, supé-

rieure et inférieure du moignon, d'une certaine quantité de gaze chiffonnée que l'on fixe au moyen d'une bande phéniquée, de façon à exercer une compression douce et régulière. Nous avons l'habitude d'assurer en haut l'occlusion de cette couche de gaze en roulant autour du membre, à un bon travers de main au-dessus de la plaie d'amputation, une bande de coton de la largeur de deux doigts. Cette bande empêche les liquides de la plaie de remonter rapidement sous le pansement et les force d'imbiber en premier lieu la gaze chiffonnée. Sur cette première couche on applique le pansement de Lister proprement dit qui se compose de huit carrés de gaze superposés avec une feuille imperméable (gutta-percha laminé) entre les deux couches les plus superficielles. Lorsque le moignon est court, le pansement de Lister doit s'étendre jusqu'au bassin inclusivement, où on le fixe par des tours de bandes ; sans cette précaution il se relâche et glisse facilement. Ce n'est que dans le cas où l'amputation a été pratiquée à la partie inférieure de la cuisse, que l'on peut se contenter d'un pansement remontant jusqu'à la racine du membre.

Lorsque la lésion qui a nécessité l'amputation, est le siège d'un processus septique, nous conseillons de renoncer à la suture, de bourrer la plaie avec de la gaze iodoformée et de changer le pansement dès les premiers jours, s'il survient de la fièvre.

Pour prévenir les hémorragies on aura soin de laisser le moignon pendant les premières 24 heures dans la position verticale qui lui avait été donnée après l'ablation du tube d'Esmarch. Il n'est peut-être pas nécessaire de faire garder aussi longtemps cette position gênante, mais on est plus sûr d'éviter ainsi tout accident. Au bout de ce temps on placera simplement un coussin peu épais sous le moignon, et l'on recouvrira ce dernier d'un gros drap replié pour le cas où il deviendrait le siège de contractions spasmodiques. Enfin le moignon sera protégé au moyen d'un arceau.

Si le pansement est imbibé de sang, on le changera le jour même ou le lendemain. Si l'on ne constate aucun signe de décomposition, aucun symptôme fébrile, et s'il ne survient pas de fièvre non plus dans la suite, on laissera en place le second pansement jusqu'à ce qu'il soit traversé par les liquides de la plaie. En présence de symptômes fébriles nous conseillons, par contre, de changer le pansement afin de pouvoir faire les lavages nécessaires pour le cas où la sécrétion de la plaie offrirait des signes de putréfaction, déboucher un drain qui ne fonctionnerait plus, etc. Mais, en règle générale, une fois que l'on a changé le premier pansement, il ne devient nécessaire de le renouveler qu'au bout de 15 jours pour l'ablation des drains et des fils de suture.