

rars, vu l'étendue considérable du muscle. De même que le fémur, le tibia est relativement souvent le siège de **tumeurs osseuses**. Elles se rattachent d'autant plus aux tumeurs déjà décrites du fémur que, comme ces dernières, elles se développent de préférence dans les régions épiphysaires, et surtout dans la région épiphysaire supérieure. Ici encore, on observe assez souvent des **exostoses typiques**. Elles occupent la face antéro-interne du tibia, c'est-à-dire la région comprise entre la tubérosité antérieure et le plateau interne, et elles s'accroissent de haut en bas, parallèlement à la diaphyse. Elles peuvent naître également de la face postérieure de l'os et se développer de haut en bas sous les muscles du mollet. J'ai enlevé avec le ciseau plusieurs exostoses de ce genre, qui causaient au malade de vives souffrances. A l'extrémité inférieure du tibia les exostoses siègent au-dessus de la malléole interne et s'accroissent dans une direction opposée à celle des exostoses de l'épiphysaire supérieure. Dans la forme multiple de ce néoplasme, on observe aussi des exostoses sur le péroné, surtout à l'extrémité inférieure de cet os.

L'ablation de ces tumeurs peut être pratiquée actuellement sur une plus large échelle qu'autrefois. Il est vrai que l'on n'a aucun motif d'intervenir, dans les cas où l'exostose n'incommode pas le malade. Mais si la tumeur augmente de volume et est une cause de souffrances, on l'enlève avec un large ciseau, après avoir mis à nu sa base d'insertion. Les exostoses de l'extrémité inférieure du tibia, lorsqu'elles s'accroissent fortement et empêchent le malade de se chauffer convenablement, sont justiciables de l'opération que nous avons décrite à propos des tumeurs de la cuisse (§ 80). J'ai dû enlever de la face postérieure du tibia, au-dessus de l'articulation tibio-tarsienne, une exostose de ce genre développée au-dessous de l'extrémité inférieure du gastrocnémien, chez une jeune personne qui ne pouvait marcher sans éprouver de vives douleurs.

Enfin on observe aussi aux épiphyses des **sarcomes myéloïdes** et des **sarcomes à cellules fusiformes**; ils sont plus fréquents à l'extrémité supérieure du tibia qu'à l'épiphysaire inférieure de cet os. Le pronostic est relativement bon à la suite de l'amputation, bien que l'on ait vu se produire des récidives et des métastases (WILKS). La diaphyse du tibia et celle du péroné sont aussi parfois le siège de sarcomes endostaux et périostaux. Encore ici, la tumeur occupe plus souvent la partie supérieure que la partie inférieure de ces os.

#### D. OPÉRATIONS QUI SE PRATIQUENT SUR LA JAMBE

##### 1. Amputation de la jambe.

§ 128. — Nous avons déjà signalé les indications de l'amputation de la jambe, dans notre description des ulcères et des néoplasmes de cette partie du membre inférieur. De même, nous avons dit que des lésions

traumatiques graves de la jambe peuvent exiger l'amputation. Enfin, on peut être obligé d'avoir recours à cette opération, dans certains cas de blessures et de maladies du pied, qui ne permettent pas de pratiquer une désarticulation suivant l'un des procédés que nous décrirons plus tard.

A la jambe le pronostic de l'amputation basse est naturellement meilleur que celui de l'amputation élevée, et cela dans la même proportion qu'au membre supérieur. Lorsque l'opération est pratiquée directement au-dessus de l'articulation tibio-tarsienne, et que la cicatrice est favorablement située, l'amputé est encore en état de marcher à l'aide d'une bottine un peu rehaussée, que deux attelles latérales et une courroie sont chargées de fixer au-dessous de l'articulation du genou; par contre, lorsque l'amputation a été pratiquée plus haut, le moignon doit être fixé dans le manchon d'une jambe artificielle qui prend son point d'appui latéralement sur les condyles de l'articulation du genou; si ce point d'appui ne suffit pas, on adapte à l'appareil, au niveau du genou, une articulation à charnière, et on le prolonge suffisamment pour faire porter une partie du poids du corps sur la tubérosité de l'ischion. Les pilons s'appliquent de la même manière, mais pour qu'ils aient une grande solidité, il faut que le genou s'appuie sur l'appareil dans l'attitude fléchie. Comme, dans ce dernier cas, une forte saillie du moignon en arrière ne peut être que gênante, on s'est adressé autrefois de préférence aux amputations élevées, que l'on a désignées pour ce motif sous le nom d'**amputation au lieu d'élection**. Bien que, de nos jours, on ait réalisé des progrès considérables dans la construction des membres artificiels, il faut reconnaître néanmoins que, dans certaines circonstances, il est encore préférable de pratiquer l'amputation à un niveau élevé, à cause de la simplicité et de la facilité de réparation de l'appareil de prothèse (pilon). En général, les ouvriers pauvres qui habitent loin d'un fabricant d'appareils prothétiques, ont certainement tout avantage à porter un pilon, dont la construction et la réparation n'exigent que le concours d'un menuisier et d'un sellier ou d'un cordonnier, de préférence à la jambe artificielle la mieux conçue, mais difficile ou même impossible à renouveler ou à réparer.

Les amputations de jambe pratiquées sans précautions antiseptiques, donnent un chiffre moyen de mortalité d'environ 40 0/0. Ce chiffre est à peu près le même en temps de paix que dans la chirurgie de guerre, mais il est un peu moins élevé pour les amputations dont l'indication a été fournie par un processus pathologique de la jambe ou du pied.

Ici encore, le pronostic est bien meilleur lorsque l'opération a été pratiquée suivant les règles de la méthode antiseptique, et nous renvoyons, pour ce qui concerne cette dernière, à la description que nous en avons donnée à propos de l'amputation de la cuisse.

Le point le plus élevé où l'on puisse pratiquer la section des os, est si-