

## **LEPRE ET AMPUTATIONS \***

LINNEU M. SILVEIRA

Chirurgien stagiaire à l'A. C. "Santo Angelo"

São Paulo - Brésil

Notre stage assez prolongé au service chirurgical de l'Asyle-Coionie "Santo Angelo", nous a permis évaluer l'importance de la chirurgie comme thérapeutique auxiliaire de la lèpre. Nous pouvons même assurer qu'avec l'avent de la tnoderne chirurgie physiologique et avec les nouvelles acquisitions en rapport au systhème nerveux sympatique et au systhème réticulo-endothélial, un rôle important est réservé au chirurgien de léprosaire.

Il est hors de doute que le mal perforant plantaire et ses complications constituent des problèmes les plus sérieux por le chirurgien. En ce terrain nous sommes encore dans la phase des interventions palléatives, généralement très mutuanes. Les amputations s'impo-sent dans un grand nombre de cas, comme thérapeutique unique pour ce mal.

Il n'est pas aussi simple, comme il semblerait à première vue, d'indiquer un type d'amputation pour ces lésions. C'est seulement par une longue période d'observation avec contrôle radiographique constant et par l'observation soigneuse des cas en évolution que nous sommes permis d'établir une conduite à suivre et que nous indiquerons en résumé.

Radiographiquement il nous a été possible de constater qu'aux ulcérations plantaires se suivent toujours des lésions osseuses, depuis les raréfactions discrètes jusqu'aux nécroses et fractures, qui s'accompagnent de l'élimination de sequestres.

Il nous a encore été possible d'observer que dans les ulcérations des orteils il y a cicatrisation à condition que l'élimination des phalanges se processe. Probablement le même fait se passerait au tarse et au metatarsé si cette région n'etat dotée d'os plus volumineux, et d'élimination naturellement plus difficile. Par l'observation de ces faits nous pouvons conclure, qu'au moins dans une seconde pha-

---

\* Présenté au Congrès International de Lèprologie, Cairo, 1938.

se, les ulcérations perforantes peuvent être comparées à de vraies fistules osseuses. Il faudrait encore démontrer si les altérations osseuses sont primitives ou secondaires, par rapport aux ulcérations.

KLINGMÜLLER, a observé le fait et assure qu'après l'élimination de morceaux d'os en nécrose, les bords des ulcérations s'appliquent l'un à l'autre, et l'ouverture se transforme en une fente étroite; une cicatrice plus ou moins plane ou rétractée se forme ensuite comme résidu.

La constatation de ce phénomène nous a fait choisir les lésions osseuses comme indicatrices du niveau d'amputation. Nous dirons en passant, que l'aspect externe du pied ne donne pas souvent une idée de la gravité des lésions osseuses existantes et le contrôle radio-graphique, pour cette raison se rend indispensable.

Nous envisageons toujours la plus grande radicalité de l'intervention en enlevant tous les tissus qui puissent se rendre cause de récurrence prochaine du mal, et obtenir un bon moignon, en envisageant toujours la capacité fonctionnelle du membre amputé.

Le problème des amputations dans la lèpre se pose presque exclusivement pour les membres inférieures. Dans les membres supérieures, par le fait qu'ils sont plus protégés contre les traumatismes, le problème se présente sous un autre aspect, qui ne nous intéresse point en ce travail.

\* \* \*

Les doigts du pied sont très fréquemment siège d'ulcérations perforantes.

Le grand orteil, principalement, nous oblige à de fréquentes désarticulations presque toujours atypiques, étant donné les localisations des ulcères qui nous empêchent d'obtenir un lambeau idéal plantaire externe. Les autres orteils sont atteints aussi avec une certaine fréquence par le processus ulcéreux. Leurs ulcérations peuvent se guérir spontanément par l'élimination des phalanges, dès qu'il n'existe pas une infection secondaire de caractère sérieux. Nous préférons pourtant intervenir qu'attendre la cure spontanée qui est lente.

Au métatarsien, zone d'élection des ulcères perforants, le problème est plus intéressant et notre façon d'agir varie selon l'état des métatarsiens.

L'opération que nous avons la plus pratiquée est sans doute la désarticulation tarso-métatarsienne de Lisfranc. Elle produit d'excellents résultats fonctionnels et elle est indiquée dans les cas de lésions sérieuses de plusieurs métatarsiens. (Fig. 1).

Le malade a une marche assurée avec le moignon de Lisfranc grâce à sa grande base et l'emploi de souliers prothétiques est dispensable. (Fig. 2).

L'existence de grandes ulcérations plantaires, constitue naturellement, plusieurs fois une contre-indication pour ce genre d'intervention, par le fait qu'elle exige un grand lambeau plantaire. Dans certains de ces cas, nous avons élargi nos indications pour profiter un plus grand lambeau dorsal, qui doit être disséqué, pour qu'on puisse atteindre l'interlinge tarso-métatarsienne de Lisfranc. Les résultats ont été bons.

Quand les lésions osseuses plus accentuées atteignent un ou deux métatarsiens extrêmes (Fig. 3), nous pratiquons des désarticulations partielles du métatarse avec de bons résultats fonctionnels (Fig. 4). Les malades marchent bien et acceptent mieux cette intervention qu'une autre plus radicale comme celle de Lisfranc. (Fig. 5).

La désarticulation médio-tarsique de Chopart, nous la condamnons formellement.

Les résultats fonctionnels sont mauvais, car il y a un changement dans le pied, dans la distribution des lignes de force correspondantes au poids du corps, ce que a comme conséquence le basculement du calcané. (Fig. 6).

Le point d'appui du moignon n'est plus la face inférieure de cet os, car il s'est déplacé vers la grande apophyse calcanéenne, ou vers la tête de l'astragale. Si cela constitue une contre-indication pour l'opération de Chopart en chirurgie générale, dans la chirurgie de la lèpre ou les tissus du membre qu'on va amputer oat un trophisme défficient, la contre indication se rend plus formale. Plusieurs opérations ont été proposées pour corriger cet équinisme du moignon de Chopart, mais leurs résultats sont nuls. Le mieux, en suivant la, conclusion de tous les auteurs, est de renoncer à l'opération de Chopart.

Le docteur ANTONIO PRUDENTE, en un récent et intéressant travail présenté à l'Associação Paulista de Medicina, sous le titre "L'Amputation du pied au niveau du tarse et l'opération de Ricard", conseille cette amputation, dans les cas où l'on veut profiter les os du tarse. L'opération de Ricard consiste d'une désarticulation médio-tarsique (Chopart), suivie de résection de l'astragale et emboutissement du calcané dans la surface tibio-péronéenne. Le docteur An-tonio Prudente résume les avantages de l'opération de Ricard par les itens suivants:

- 1 — Elle n'a besoin que d'un lambeau plantaire moindre;
- 2 — Il n'y a pas de raccourcissement du membre;
- 3 — Le moignon obtenu est très bon, le patient s'appuyant sur la peau du calcané;
- 4 — Elle s'adapte facilement à une prothèse.

Les cas que nous avons opérés par cette technique ont produit d'excellents résultats (Fig. 7).

L'opération de Syme, qui consiste en la désarticulation totale du pied avec sciage des extrémités malléolaires quelques millimètres au dessus de l'articulation, produit aussi de bons résultats fonctionnels, malgré le fait de produire un raccourcissement du membre. Nous n'avons pas eu l'occasion de l'indiquer souvent, car généralement, quand nous avons été obligés à l'extirpation totale du pied, il existait de larges procès gangréneux et nécrotiques, avec exposition des os de l'articulation tibio-tarsique et presque toujours compromettant les tissus du tiers inférieur de la jambe et du talon. Ces cas n'ont pu être résolus qu'avec des amputations plus hautes, que nous avons fait en employant plusieurs techniques.

Nous acceptons comme niveau idéal d'amputation de la jambe, celui placé à l'union du tiers inférieurs, où l'on obtiendra un excellent levier avec un bon coussin de revêtement.

Parmi les différents techniques que nous avons employé, l'opération tendinoplastique de Orr, a démontré être la plus satisfaisante. Elle consiste en profiter le tendon d'Achilles pour le revêtement de la surface de section osseuse. En outre, l'incision est tracée de façon à obtenir un grand lambeau antérieur et un plus petit postérieur, ce qui donne comme résultat la localisation postérieure de la cicatrice.

C'est un excellent procédé qui exige un levier tibial d'au moins 20 cms. de longueur. Le coussinet de parties molles est efficace et les ulcérations du moignon sont moins fréquentes. (Fig. 8) La situation postérieure de la cicatrice la protège contre le frottement de l'appareil prothétique ce qui présente de grands avantages.

Les amputations faites en niveau plus haut sont assez rares en chirurgie de lèpre et ne posent pas un problème qui nécessite de considérations spéciales, car elles suivent presque toujours l'orientation de la chirurgie commune.

Quant au traitement des os dans les amputations de la jambe, nous avons presque toujours employé la méthode périostale de Bunge, qui évite la formation d'ostéophytes. La déperiostisation ne doit pas être

très élargie, ainsi que l'enlèvement de moëlle osseuse qui doit être éconotnique, pour qu'on puisse éviter les sequèstres en couronne.

Le docteur ANTONIO PRUDENTE emploie la méthode de Kirschner, c'est à dire l'enchevillement du canal de la moëlle du tibia d'un morceau de péroné, adapté. Dans ces cas l'on ne doit pas faire la despériostisation. Les résultats sont bons et la cheville osseuse finit par s'incorporer à la structure du tibia prenant corps avec celui-ci. L'on obtient ainsi l'idéal en matière d'extrémité osseuse en moignon d'amputation.

Nous prétendons avoir ainsi exposé de façon synthétique notre pont de vue en rapport au problème d'amputation en lèpre.



Fig. 1

Lésion graves de plusieurs métatarsiens, imposant la désarticulation totale du métatarse bilatéralement.



Fig. 2

Moignon résultant de la désarticulation tarso métatarsienne de Lisfranc.

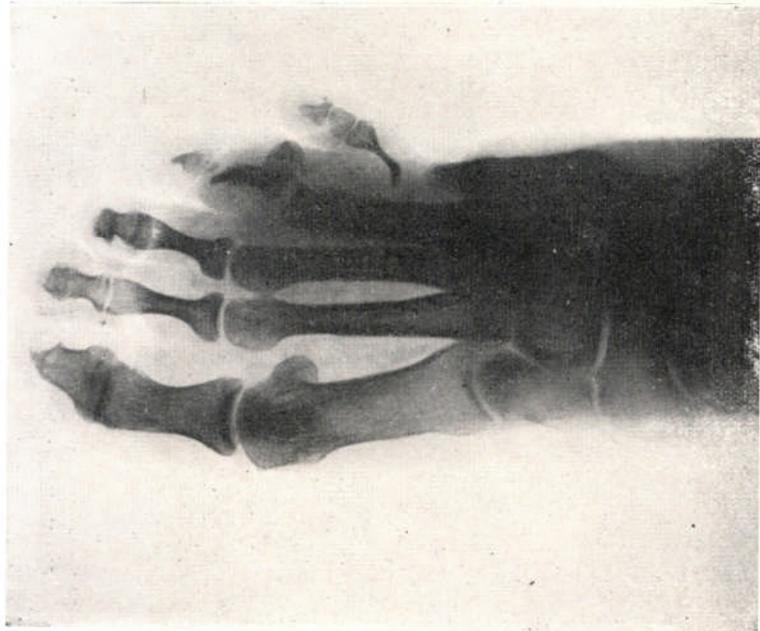


Fig. 3

Deux métatarsiens externes seulement présentent de lésions sérieuses. Il y a donc indication pour une intervention moins radicale, c'est à dire seulement la désarticulation des métatarsiens atteints.

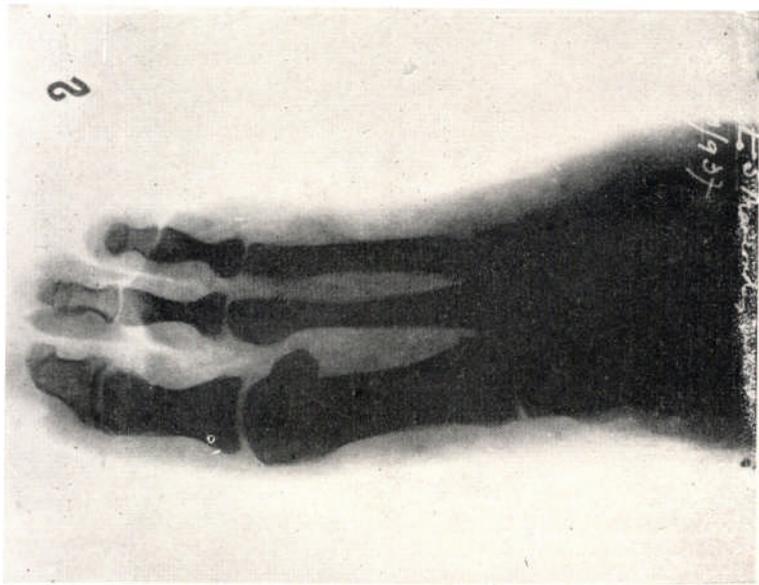


Fig. 4

Image radiographique du pied partiellement amputé.

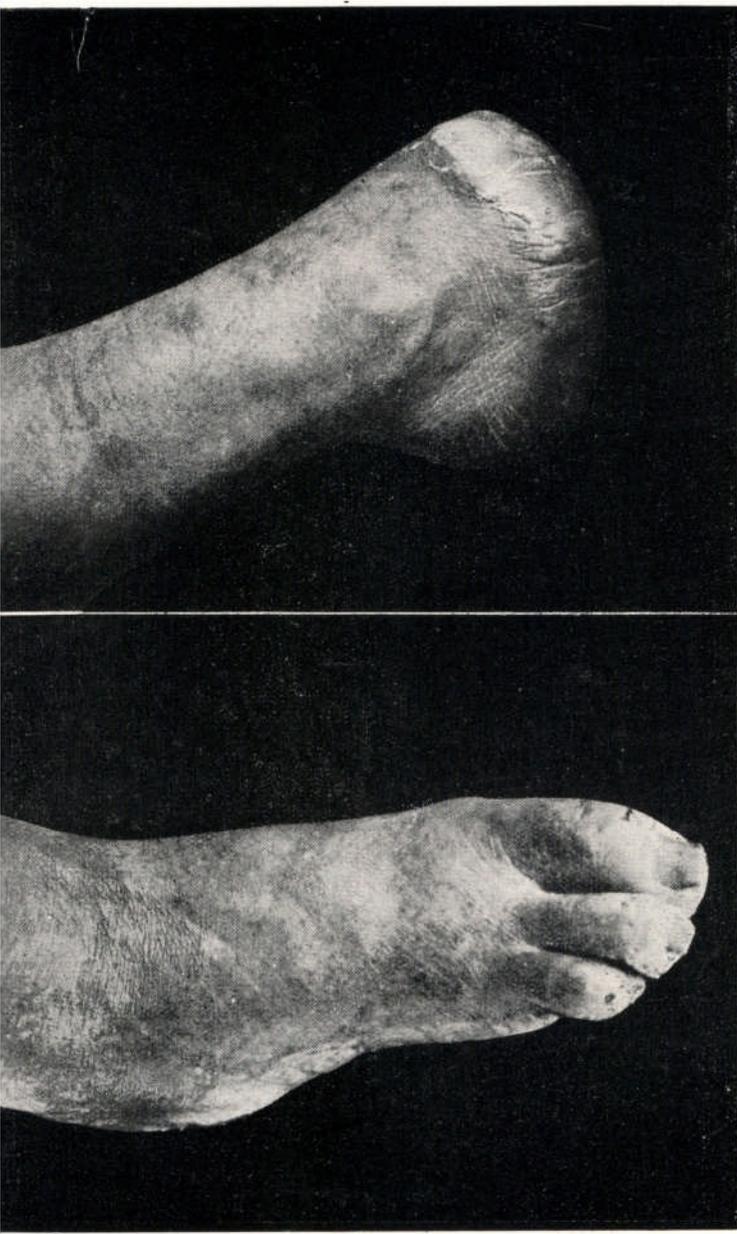


Fig. 5

Résultat final de la désarticulation partielle de métatarsiens.

Fig. 6

Moignon de Chopart. On aperçoit nettement le récul du calcané.

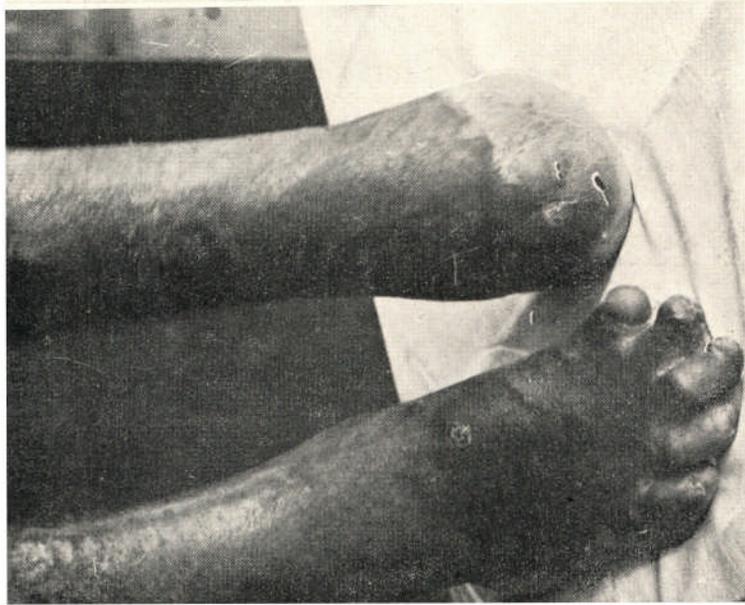


Fig 7

Moignon de Ricard. (Prudente). Il offre l'avantage de ne pas produire un raccourcissement du membre opéré.

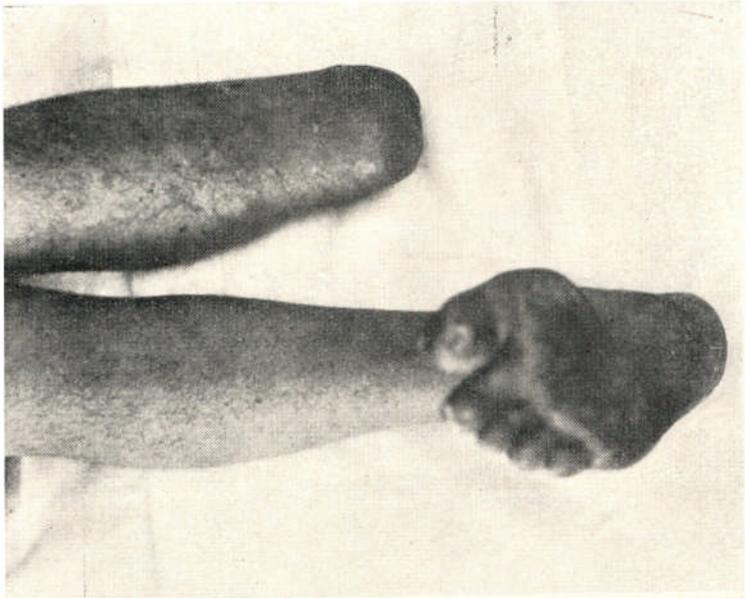


Fig. 8

Moignon obtenu par la technique d'Orr. Remarquer que la cicatrice a un emplacement postérieur; le rebords antérieur du moignon constitué de peau normale qui supporte mieux le frottement de l'appareil prothétique.