

3^o *Médiates*, pendant la période inflammatoire.

4^o *Ultérieures*, passé cette époque.

M. Legouest, dans l'article *Amputation* (*Dict. encyclop. des sciences méd.*), qu'on consultera avec fruit, a admis les six classes suivantes : 1^o *Immédiate*, amputation pratiquée peu de temps après l'accident ; 2^o *primitive*, avant l'apparition des phénomènes inflammatoires ; 3^o *médiate*, pendant la période de l'inflammation ; 4^o *consécutive*, peu de temps après cette période ; 5^o *ultérieure* ou *tardive*, longtemps après cette période ; 6^o *secondaire*, quand elle succède à une autre amputation ou à une résection. Les deux premières classes doivent être réunies en une seule, en raison de l'impossibilité de diviser, d'une manière rationnelle, l'intervalle qui sépare le moment du traumatisme de celui des accidents inflammatoires. Nous en dirons autant des quatrième et cinquième classes que rien ne distingue. Nous adoptons ainsi quatre classes : 1^o *Les amputations primitives et immédiates* ; 2^o *les médiales* ; 3^o *les consécutives* ; 4^o *les secondaires* ou *répétées*, que l'on pourrait supprimer comme classe et indiquer seulement comme rares et exceptionnelles.

Résultats numériques des amputations. Statistiques. On a cru pouvoir apprécier numériquement les résultats et le danger des amputations ; mais un tel problème dépend de circonstances trop variables pour être comparées et mathématiquement appréciées. Comment espérer sauver des amputés au milieu de conditions fatales aux chirurgiens eux-mêmes et aux infirmiers ? A Paris, l'on perd dans les hôpitaux plus de la moitié des amputés (Malgaigne). Depuis vingt ans, à la clinique de Strasbourg, la mortalité est environ d'un dixième. A Newbourg, Percy avait eu 86 succès sur 92 amputations ; Larrey, 12 sur 14 ; Marlet, 11 sur 11, à Aboukir ; M. del Signore, 30 succès sur 30 amputations à la bataille de Navarin. D'après M. le docteur Chenu, on aurait, en Crimée, guéri 135 malades sur 1666 amputés de la cuisse, et 352 sur 1255 amputés de la jambe. Que signifient ces chiffres, si ce n'est que les conditions hygiéniques sont tantôt bonnes, tantôt médiocres, tantôt détestables ? Si les indications étaient convenablement saisies, les opérations bien faites et l'hygiène favorable, tous les amputés guériraient ; mais l'influence médicale, c'est-à-dire la science et l'art, s'affaiblissent et disparaissent au milieu d'une atmosphère infecte, d'une épidémie typhique, du défaut de soins et d'aliments. Il faudrait examiner séparément les résultats des amputations *immédiates*, *primitives*, *médiales* et *consécutives* ; l'influence des lésions qui les nécessitent, celle de l'âge, des climats, des sai-

sons, des conditions hygiéniques, des méthodes et des procédés suivis, des soins consécutifs, de l'habileté et de l'expérience de l'opérateur. Dans une série d'amputations médiales, indiquée par M. Salleron, la mortalité avait été de 18 sur 30 pour le bras ; 34 sur 47 pour la jambe ; 44 sur 45 pour la cuisse. Il faut donc proscrire ce genre d'amputations, le remplacer par des amputations immédiates, et ne l'accepter qu'en cas de nécessité absolue. En attendant qu'une statistique générale puisse être établie, nous classerons ainsi les causes d'insuccès : 1^o conditions hygiéniques désastreuses ; 2^o épidémies de typhus, de pourriture d'hôpital, de pyohémie, qui en sont la conséquence ; 3^o profonde débilitation par excès de privations, de fatigue et de souffrance des malades ; 4^o lésions concomitantes ou antérieures d'une grande gravité ; 5^o nécessité d'opérer pendant la période des accidents inflammatoires ; 6^o mauvais choix et exécution peu satisfaisante des méthodes et des procédés opératoires ; 7^o défaut de soins consécutifs convenables.

La statistique a confirmé ce fait établi depuis longtemps par une attentive et sagace observation, que les amputations sont d'autant plus dangereuses qu'elles sont plus rapprochées du tronc, sauf la désarticulation du genou, qui est presque aussi redoutable que l'amputation coxo-fémorale.

Nous reviendrons, au reste, sur ces questions en comparant les amputations de continuité à celles de contiguïté, et en traitant de chaque amputation en particulier.

Lieu d'élection. On distingue dans les amputations un *lieu d'élection* et un *lieu de nécessité*. Le premier est choisi par le chirurgien. Ainsi l'expérience ayant montré les avantages de couper la jambe à quatre travers de doigt au-dessous de la tubérosité tibiale, on dit des amputations pratiquées dans ce point, qu'elles sont faites *au lieu d'élection*. Si la blessure ne le permet pas et qu'on doive remonter plus haut et scier les os dans l'épaisseur des condyles du tibia, on ampute *au lieu de nécessité*.

Appareils. Appareil instrumental. L'appareil instrumental comprend (*fig. 221*) :

1^o Des couteaux dits *à amputation*, dont la lame est presque droite, peu large et terminée en pointe ; le dos assez fort pour donner une résistance suffisante à l'instrument, et le manche plus lourd que la lame, afin d'être bien en main, ce qui en rend la manœuvre facile. Ces couteaux de différente longueur peuvent servir à toutes les amputations, *d e g i* ; on emploie aussi des couteaux

interosseux *f h j* ou à double tranchant, pour exécuter plusieurs procédés opératoires d'une grande importance.

2° Des bistouris droits et courbes.

3° Des scies *a b* au nombre de deux, afin d'éviter toute interruption dans le cas où l'une d'elles serait mise hors de service.

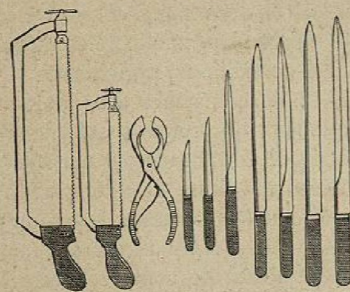


Fig. 221.

4° Une pince incisive *c*, destinée à égaliser l'extrémité de l'os que les derniers traits de scie font quelquefois éclater.

5° Des pinces à disséquer, qui servent aux ligatures et dont deux au moins sont nécessaires pour bien saisir un vaisseau; la première le prenant au milieu des chairs, et la seconde servant à l'isoler complètement et à le mieux dégager pour faciliter l'application de la ligature.

6° Des tenaculum, instruments souvent utiles pour les petits vaisseaux enfoncés dans les fibres musculaires et les aponévroses.

7° Des épingles et des aiguilles à suture: ces dernières peuvent servir à pratiquer des ligatures médiates, mais un chirurgien habile n'en a presque jamais besoin.

8° Des ciseaux courbes et droits.

Tous ces instruments seront disposés avec ordre sur une planchette ou tout autre point d'appui, et soustraits à la vue du malade, qui pourrait en être intimidé. Le chirurgien doit toujours s'assurer lui-même qu'ils sont en très-bon état; dans le cas contraire, il les ferait immédiatement remplacer.

On a proposé les caustiques, des écraseurs et la rupture des os (diaclyse, Maisonneuve.) Nous n'insistons pas sur ces excentricités universellement réprouvées.

Appareil de pansement. Sur une autre planchette on prépare :

1° Une pièce de linge dont le milieu est fendu à deux ou trois chefs, pour relever et soutenir les chairs pendant la section des os.

2° Des fils à ligature.

3° Des compresses fenêtrées enduites de cérat, de digestif ou de styrax.

4° De petites compresses carrées pour isoler et préserver de tout tiraillement les extrémités des ligatures.

5° Des bandelettes agglutinatives.

6° Des plumasseaux de charpie de diverse grandeur, secs ou

enduits de cérat, de la charpie brute et des boulettes de charpie fine.

7° Des compresses languettes.

8° Des compresses carrées ou taillées en croix de Malte, pour recouvrir le moignon, et une ou deux bandes, dont la longueur varie selon l'amputation.

9° Des épingles pour les sutures, si on y a recours.

Il faut avoir en outre des bassins remplis d'eau froide ou tiède, avec des éponges fines et molles, du feu pour chauffer les bandelettes agglutinatives, du vinaigre ou des sels à respirer, et quelque potion cordiale à faire prendre au malade après l'amputation.

Position du chirurgien et des aides. *Aides.* Le chirurgien choisira ses aides, et leur assignera le rôle qu'ils auront à remplir: c'est le seul moyen d'opérer d'une manière sûre et rapide. Cinq ou six aides sont nécessaires. L'un, *d* (fig. 222), comprime l'artère principale, et doit être vigoureux, adroit et de sang-froid. Un autre soutient la partie supérieure du membre et relève les chairs sous le tranchant de l'instrument: c'est à un des plus habiles et des plus exercés qu'il faut confier ce soin, d'une grande importance et toujours mal rempli par un homme qui ne comprend pas bien les règles d'une amputation ou qui se méfie de l'adresse de l'opérateur. Un troisième, *g*, maintient l'extrémité inférieure du membre, et le porte parfois dans différents sens pour faciliter la section des parties molles. Cet aide assure l'immobilité de l'os pendant l'action de la scie, et a deux écueils à éviter: soit de trop relever le membre et de comprimer la scie, soit de trop l'abaisser et de fracturer une portion de l'os. Un quatrième, *f*, présente les instruments, deux autres, *cc*, au moins sont nécessaires pour maintenir le malade, changer l'eau, les éponges, et satisfaire à toutes les exigences de l'opération. La personne *e*, chargée de l'anesthésie, se trouve du côté opposé à l'opérateur *b*, et rapproche ou éloigne la compresse imbibée de chloroforme, de la bouche et du nez du malade *a*, selon les indications.

Il suffit ordinairement des doigts d'un aide appliqués sur le trajet de l'artère principale pour suspendre le cours du sang (fig. 148); quelquefois on arme sa main d'un cachet à pelote (fig. 147), ou l'on se sert du garrot ou d'un tourniquet (fig. 143 et 144). Ces instruments ne sont employés qu'à défaut d'un assistant sur lequel on puisse compter, et si l'on n'a pas autour de soi quelques personnes exercées et capables d'exercer la compression, il vaut mieux recourir à l'usage du tourniquet que de s'exposer à une hémorrhagie irréparable sur des sujets affaiblis. Dans tous les cas, il est nécessaire