

cution de ce procédé, mais les indications restent les mêmes : obtenir un moignon spontanément fermé sans étranglement des tissus et sans rétention des liquides. Avec ces règles, des soins et des précautions hygiéniques convenables, les guérisons sont très-nombreuses. Nous sommes arrivé à ne perdre qu'un amputé environ sur dix, comme on pourra le constater d'après le tableau suivant, dont toutes les observations ont été publiées depuis 1848 :

	OPÉRÉS.	GUÉRIS.	MORTS.
Amputations de cuisse . . . . .	9	8	1
— de jambe . . . . .	15	13	2
— du bras dans l'article . . . . .	1	1	»
— du bras . . . . .	2	2	»
— d'avant-bras . . . . .	4	4	»
— du pied en totalité . . . . .	1	1	»
— partielles du pied . . . . .	2	1	1
— carpo-métacarpiennes et métacarpiennes . . . . .	6	6	»
— des phalanges . . . . .	7	6	1
Totaux . . . . .	47	42	5

Ces résultats sont restés à peu près les mêmes depuis 1853, et à une de nos dernières cliniques nous n'avons pas perdu de malades sur deux amputés de cuisse et cinq de la jambe. Nous avons eu recours toutefois, pour ces dernières, à notre ancien procédé d'amputation oblique et nous en dirons plus loin les raisons.

*Méthode mixte à deux lambeaux de l'auteur.* Nous avons décrit depuis longtemps, et nous avons pratiqué à la cuisse, au bras et à l'avant-bras, une méthode d'amputation qui présente les avantages réunis des deux méthodes circulaire et à lambeaux et qui nous a donné de beaux résultats. On coupe les lambeaux de dehors en dedans (voy. fig. 227), ou l'on porte un couteau à double tranchant sur le milieu du membre, que l'on traverse de part en part d'après les règles ordinaires, avec cette différence qu'au lieu de raser l'os, on s'en éloigne, afin de ne comprendre que peu de muscles dans le lambeau : effet facile à obtenir dans la plupart des cas, mais surtout chez les sujets maigres et affaiblis, en raison de la laxité des téguments que l'on tire fortement à soi. On pourrait, dans la crainte de ne pastailier des lambeaux



Fig. 227.

égaux, mesurer d'abord la circonférence du membre et marquer avec de l'encre ou de toute autre manière les points où le couteau doit péné-

trer et sortir, seul moyen d'avoir toujours des lambeaux parfaitement égaux. C'est une précaution à prendre lorsqu'on n'a pas assez d'habitude pour juger sûrement des distances et de l'épaisseur des parties. L'instrument, engagé par ponction sous le premier lambeau, le coupe d'un seul coup. On répète la même manœuvre de l'autre côté, avec le soin d'éviter de comprendre l'artère principale dans les lambeaux, qu'un aide relève. On incise ensuite au niveau des angles de la plaie les chairs profondes, comme dans la méthode circulaire, en les divisant obliquement de bas en haut, pour couper l'os plus ou moins loin de la base des lambeaux, selon le membre amputé. Quand on opère ainsi, les lambeaux sont courts, bien soutenus et assez minces. Le cône creux représenté par le moignon est profond, et la plaie offre une surface courbe, linéaire, sans plis aux angles, et est remarquable par le peu d'étendue, la régularité et la facilité de la réunion. Les résultats sur les blessés d'un embonpoint médiocre sont très-brillants.

#### MÉTHODE OVALAIRE ET MODES ÉLLIPTIQUE OU OBLIQUE ET LOSANGIQUE.

*Méthode ovale.* Certains os, tels que les métacarpiens et métatarsiens, les articulations carpo-métacarpiennes et métacarpophalangiennes etc., ne sont pas entourés circulairement de parties molles, comme au bras ou à la cuisse.

Il est manifestement impossible de couper les chairs perpendiculairement à la longueur du premier métacarpien, pris ici pour exemple, et il en est de même pour la désarticulation de cet os dans la jointure du trapèze.

Les métacarpiens, comme les métatarsiens etc., ne sont enveloppés de téguments que dans une portion assez étroite de leur circonférence, et se continuent sans interruption, dans les autres points, avec le reste du membre. Si l'on veut les amputer au moyen d'une incision circulaire, cette incision ne sera plus perpendiculaire aux os, mais répondra à une ligne fictive passant par le centre de la plaie, qui aura la forme d'un ovale plus ou moins régulier.

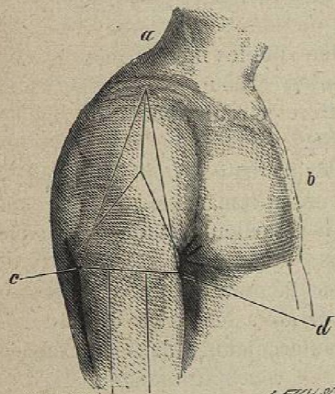
L'amputation pratiquée dans ces conditions spéciales devient forcément *ovale* ou *oblique* et donne des plaies régulières, mais ne saurait être généralisée avec avantage.

M. Scoutetten a publié en 1827 un très-bel ouvrage, avec planches, intitulé : *Méthode ovale*, dans lequel il en a figuré et décrit les procédés. Quelques-uns avaient déjà été indiqués par Lassus en 1793 ; par Charley dans une thèse soutenue au commencement de ce siècle ; par Langenbeck pour l'ablation des premier et cinquième métacarpiens et métatarsiens, et par Guthrie pour la désarticulation

du bras etc. C'est néanmoins à M. Scoutetten que revient l'honneur d'avoir réuni ces procédés épars et d'en avoir exposé, avec habileté, les modes d'exécution.

On peut pratiquer de plusieurs manières les amputations ovales : tantôt on taille un lambeau triangulaire ou en forme de  $\Delta$  renversé, dont le point de départ est situé un peu au-dessus de l'os ou de l'article à amputer, et l'on en réunit les extrémités en coupant en dernier lieu les parties intermédiaires, dans lesquelles on laisse ordinairement les principaux nerfs et vaisseaux du membre. Tantôt on commence par inciser complètement les téguments avec l'attention de ménager les vaisseaux, qui ne doivent, en règle générale, être coupés qu'à la fin de l'opération. Les résultats sont à peu près les mêmes ; mais on est cependant plus sûr de donner à la plaie la forme convenable, et de ménager toute la quantité des parties molles nécessaires, en suivant le second de ces procédés.

Une heureuse modification a été apportée à la manière de tailler les téguments. La plupart des articulations changent peu de diamètre après l'ablation de l'un des os qui les constituent. Ainsi, la désarticulation de l'humérus ne modifie pas la largeur de la voûte acromio-coracoïdienne, et il en est de même des autres jointures. Si l'on sacrifie la peau au niveau de l'article, on s'aperçoit que les lambeaux manquent d'ampleur et deviennent difficiles à réunir. De là le précepte que nous avons donné de placer l'angle de rencontre *b* des deux incisions divergentes *c* *d* (fig. 228) au-dessus de la ligne interarticulaire *a*, et de se borner à pratiquer une simple incision



*a b* jusqu'à ce point. C'est l'incision en raquette ou en  $\Delta$ , aujourd'hui généralement adoptée.

*Modes elliptique et oblique.* M. le docteur Soupart, professeur très-distingué de Liège, a donné le nom d'*elliptique* à un procédé qui consiste à tailler un lambeau, dont l'extrémité arrondie et convexe est reçue dans une plaie concave formée à la partie opposée du membre. Les téguments peuvent être ainsi divisés en un seul temps, et les muscles et les os coupés d'après les règles déjà signalées ; on obtient une plaie fort régulière de l'affrontement par réception du lambeau.

*Mode losangique.* Le même chirurgien a décrit, à la main et au pied, des procédés d'amputation dans lesquels les plaies se rapprochent par leur forme de celle d'un losange.

**Pansement des amputations.** Une grande dextérité dans le maniement instrumental ne fait pas seule le bon chirurgien ; il faut encore assurer le succès de l'opération par des soins ultérieurs. Le pansement comprend plusieurs indications d'une haute importance, et l'on ne peut voir sans regrets la foule des élèves accourus dans les amphithéâtres des hôpitaux, lorsqu'on y pratique une amputation, se retirer dès que le membre est abattu, sans s'inquiéter du mode de pansement, qui offre cependant autant d'intérêt que le mécanisme opératoire.

Lorsque la section des parties molles et de l'os est achevée, il faut suspendre, sans retour, le cours du sang dans les vaisseaux divisés.

*Hémostasie.* L'opérateur, guidé par ses connaissances anatomiques plus encore que par l'écoulement sanguin, porte la pince à ligature sur l'artère principale du membre, la saisit, l'isole, et un aide l'embrasse sur-le-champ dans une ligature. (Voy. p. 193 et suiv.) Cette opération est répétée sur chacun des vaisseaux, et le temps qu'elle exige n'est jamais trop long ; car si l'on néglige de lier quelques artères, une hémorrhagie consécutive peut survenir après le pansement, et obliger de défaire entièrement l'appareil et d'aller à la recherche du vaisseau, en irritant la plaie, et causant de vives douleurs ; le malade s'inquiète et on détruit quelquefois les premiers phénomènes de la consolidation. Si l'on ne parvient pas en outre à trouver la source de l'hémorrhagie, on est obligé d'employer la compression, qui détermine l'étranglement et l'engorgement des parties, et expose aux accidents inflammatoires les plus redoutables.

On ne peut donc trop s'appliquer à lier toutes les artères des membres, surtout en cas de réunion par première intention ; l'aide chargé de la compression la suspend par moments pour permettre au chirurgien de reconnaître si tous les vaisseaux ont été liés. Il faut enlever les caillots formés à la surface du moignon, éponger doucement les points dont le sang paraît sourdre, renverser de chaque côté les fibres charnues pour découvrir les dernières artérioles. Beaucoup de chirurgiens ont adopté l'usage d'attendre quelques heures avant de fermer définitivement la plaie. Pendant cet intervalle, le spasme se dissipe, le malade se réchauffe, et le sang recommence à couler par des vaisseaux que l'on n'apercevait pas et que l'on peut alors saisir et lier. Si, malgré ces précautions, on