

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 Δ 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

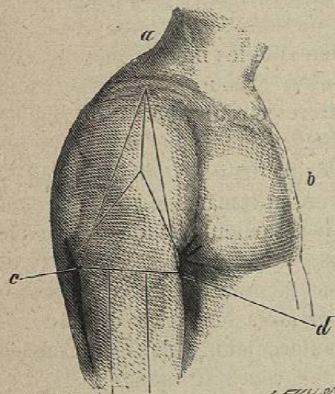


Fig. 228.

a b jusqu'à ce point. C'est l'incision en raquette ou en Δ , 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