

doivent se remplacer, et que, loin d'être opposées l'une à l'autre, elles offrent aux chirurgiens des ressources également précieuses. Nous rappellerons sommairement les avantages et les inconvénients de l'un et de l'autre de ces modes d'amputation.

EXAMEN COMPARATIF DES AVANTAGES ET DES INCONVÉNIENTS DES AMPUTATIONS DANS LA CONTINUITÉ ET DANS LA CONTIGUITÉ DES MEMBRES.

Les avantages des amputations de continuité sont les suivants :

- 1° La section des parties molles et de l'os ne présente jamais de difficultés ni d'obstacles.
- 2° La plaie est égale et régulière.
- 3° L'étendue en est relative au volume du membre, et l'on a le choix des procédés opératoires.
- 4° L'hémostasie est généralement facile.
- 5° La peau, soutenue par les chairs, n'est pas isolée dans une grande étendue, et risque peu d'être enflammée ou ulcérée par le contact et la pression des os.
- 6° On ampute à toutes les hauteurs du membre.
- 7° Si les lésions osseuses sont plus élevées qu'on ne l'avait supposé, on peut le plus ordinairement scier l'os plus haut, sans être obligé de recourir à une nouvelle amputation.
- 8° La possibilité de choisir le point du membre le plus favorable au succès de l'amputation permet de ne laisser dans la plaie aucune lésion capable d'entraîner des accidents exigeant plus tard une seconde amputation.

Voici les inconvénients :

- 1° La section des os rend l'amputation plus longue; l'action de la scie peut être une source d'accidents.
- 2° L'extrémité osseuse, dont les bords sont durs et tranchants, irrite les parties en contact.
- 3° Le défaut habituel de réunion de la plaie dans le point correspondant à l'os retarde la consolidation, et expose à des abcès, à des foyers purulents profonds et à l'inflammation du tissu médullaire.
- 4° La rétraction des chairs est possible, même à la suite d'une opération bien faite, et la saillie de l'os en exige la résection, ou force à attendre la chute de la partie nécrosée.
- 5° La surface divisée de l'os est susceptible d'hémorrhagie.
- 6° Le tissu osseux aréolaire semble prédisposer aux infections purulentes et putrides.

7° La phlébite des parties molles et de l'os est assez fréquente. *Les avantages des amputations de contiguité sont :*

- 1° La possibilité d'amputer plus haut qu'on ne pourrait le faire dans la continuité (désarticulation du bras et de la cuisse).
- 2° La simplicité et le petit nombre des instruments nécessaires à l'opération.
- 3° La grande rapidité de la manœuvre rend les souffrances moins vives, en les abrégeant, et diminue la perte du sang très-redoutable chez les personnes affaiblies.
- 4° La plaie, formée principalement par les téguments, se réunit avec plus de facilité.
- 5° Le tissu osseux est ménagé et offre des surfaces moins irritantes.
- 6° L'hémorrhagie, par l'extrémité de l'os, n'est pas à craindre.
- 7° On est moins exposé à l'ostéo-myélite.
- 8° Les téguments, isolés dans une plus grande étendue, ne sont pas aussi souvent entraînés par les muscles, et la saillie de l'os est plus rare.

On compte parmi les inconvénients :

- 1° L'étendue quelquefois énorme de la surface traumatique. La difficulté de tailler les lambeaux d'une assez grande longueur, et dans certains procédés, de les renverser sur les extrémités osseuses, et de les y maintenir.
- 2° La peau, parfois isolée et appliquée sur les extrémités osseuses, peut s'ulcérer et retarder la guérison.
- 3° Les téguments, s'ils ne sont pas fixés, reviennent sur eux-mêmes, s'épaississent, perdent toute extensibilité et ne peuvent plus recouvrir les surfaces osseuses.
- 4° Les limites de la lésion ne sont pas toujours faciles à apprécier et l'on est exposé, en ne dépassant pas l'article, à conserver des os malades, qui occasionneront des accidents, des récidives, et exigeront une nouvelle amputation, si le blessé peut encore la supporter.
- 5° Les ligaments et les tendons restés dans la plaie peuvent être frappés de mortification et entretenir des fistules et des suppurations interminables.
- 6° Les cartilages diarthrodiaux, susceptibles de se détacher des surfaces osseuses, empêchent parfois la réunion et jouent le rôle de corps étrangers.
- 7° Les surfaces synoviales articulaires forment des culs-de-sac au fond de la plaie, et disposent aux infections.
- 8° Les gaines synoviales qui entourent les articles et facilitent le jeu des tendons, s'enflamment, déterminent des suppurations profondes et des accidents.

9^o La plaie est inégale, excavée par places et susceptible de devenir le siège d'abcès, de phlébites, de septi-pyohémie et de carie.

Tels sont les principaux avantages et inconvénients des amputations dans la continuité et la contiguité des membres; nous les étudierons encore dans chaque amputation en particulier, mais nous devons répéter qu'ils ne sont pas de nature à faire préférer l'une ou l'autre de ces deux grandes méthodes, et que toutes deux ont leurs indications et leurs applications spéciales.

S'il fallait néanmoins énoncer un jugement absolu sur le danger comparatif de ces deux sortes d'amputations, nous dirions que, malgré l'opinion généralement adoptée, nous croyons les amputations de contiguité plus graves. Notre opinion se fonde sur les complications provoquées par la présence des membranes synoviales, dont le rôle, dans les cas de suppuration, n'est pas encore bien connu. Si la plaie est verticale et largement ouverte à sa partie la plus déclive, comme à l'épaule, la guérison se fait facilement; mais dans toutes les jointures, où le pus tend à séjourner, soit par les dispositions de la plaie, soit par les anfractuosités de la cavité articulaire, les accidents d'angioleucite, de phlébite et de pyohémie sont fréquents et très-redoutables.

Parallèle des divers procédés et méthodes d'amputation. Nous avons exposé notre opinion sur les indications à remplir pour assurer le succès des amputations. Nous n'avons plus ici qu'à en faire l'application.

L'amputation à lambeau antérieur unique nous paraît mériter la préférence. Si la forme du membre ne permet pas d'y recourir, les procédés à un seul lambeau antéro-latéral donnent de bons résultats. La méthode ovalaire, la méthode mixte à lambeaux verticaux sont très-favorables. En évitant la rétention du pus et l'étranglement, l'on sera étonné de la facilité et du nombre des guérisons.

Échelle de gravité des amputations. M. Legouest est arrivé, par la comparaison de tous les cas d'amputation qu'il a réunis, à formuler le tableau suivant :

OPÉRATIONS.	MORTALITÉ P. 100.
Amputations et désarticulations des doigts et des métacarpiens	13,0
Idem des orteils	18,9
Désarticulations fibio-tarsiennes	29,2
Idem du poignet	35,0
Ablations des métatarsiens et amputations partielles du pied	38,0
Amputations de l'avant-bras	41,1
Idem du bras	47,7
Désarticulations du coude	48,0
Amputations de la jambe	49,9
Désarticulations de l'épaule	59,5
Amputations de la cuisse	74,0
Désarticulations du genou	87,0
Idem coxo-fémorales	87,7

Ces effrayantes mortalités nous paraissent imputables aux misères de la guerre et au méphitisme des grands établissements hospitaliers, et nous ne les adoptons pas, mais elles expriment assez bien le rapport du danger des amputations entre elles, et elles imposent aux hommes de l'art le devoir incessant de demander, en faveur de leurs opérés, les conditions hygiéniques les plus simples, mais les plus difficiles à obtenir : de l'air pur, des aliments sains, des températures modérées.

DES AMPUTATIONS DES MEMBRES EN PARTICULIER.

La plupart des auteurs ont décrit séparément les amputations de continuité et de contiguité. Nous croyons plus rationnel de les réunir, comme s'appliquant à des lésions de même nature, dont le siège, l'étendue et la gravité constituent les indications.

Le précepte de sacrifier le moins possible de parties saines nous montre l'ordre à suivre dans les descriptions.

Règles générales. Nous rappellerons, en raison de leur extrême importance, les principales règles des amputations :

Avoir sous la main des instruments de choix et en bon état. Faire raser la peau. Placer le malade au grand jour, et donner un point d'appui au membre, si des ligaments doivent être tendus et des os désarticulés. Faire reposer, par exemple, le talon sur le bord libre d'une table pour les amputations tarso-tarsienne et tarso-métatarsienne.

Assigner à chaque aide son rôle pour éviter tout retard et toute confusion. Ramener chaque opération à plusieurs temps distincts, comme nous le faisons dans nos cours de médecine opératoire; la manœuvre devient ainsi plus régulière et plus rapide; à l'épaule, certaines désarticulations à lambeau s'opèrent en deux temps; premier temps : former le lambeau en traversant l'article; deuxième temps : enlever l'os en le contournant avec le couteau et en coupant les chairs du côté opposé; avec un peu d'habitude le membre est désarticulé pendant qu'on a prononcé ces mots : *une, deux*.

Nous ne sommes pas entré dans ces détails en décrivant chaque amputation, mais il est facile d'y suppléer. Si l'on n'est pas très-familiarisé avec les exercices opératoires, il est bon de marquer les points de la peau sur lesquels portera le couteau, afin d'avoir des lambeaux réguliers et d'une étendue convenable; l'excès de longueur peut être corrigé, tandis que le défaut contraire est irrémédiable. Ne jamais agir aveuglément en se fiant à ses connaissances générales, et ne négliger aucun renseignement pour tomber juste