

9<sup>o</sup> 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

entre les surfaces articulaires et en suivre exactement les contours. Aborder dès l'abord les difficultés ou ce que l'on nomme la *clef de l'articulation*; les autres manœuvres deviennent immédiatement plus simples. Ne jamais pointer au hasard l'extrémité de l'instrument dans des parties que l'on blesse et que l'on mâche inutilement. Ne pas redouter les grandes incisions, qui donnent du jour et facilitent les manœuvres. Affronter les surfaces traumatiques dont la réunion immédiate est à peu près certaine. Donner la préférence aux procédés dont les plaies sont simples, restent fermées spontanément par la position et le poids du lambeau, et offrent une libre issue à l'écoulement des liquides.

**MEMBRE SUPÉRIEUR. Amputation des phalanges.** Anatomie. Les extrémités antérieures des première et deuxième phalanges *a* (fig. 231) offrent une surface articulaire légèrement concave au centre, et renflée de chaque côté en condyle; tandis que l'extrémité postérieure de la phalange suivante *b*

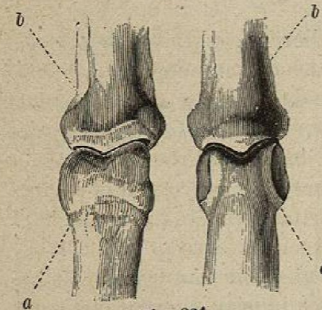


Fig. 231.

présente une saillie sur la ligne médiane, et une dépression latérale. Un véritable ginglyme résulte de l'emboîtement réciproque de ces surfaces, dont la forme générale est celle d'une ligne courbe à convexité postérieure.

Deux ligaments latéraux fort résistants affermissent ces jointures et doivent être divisés avec soin pour permettre au bistouri de traverser l'articulation. La peau de la face

palmaire des doigts est épaisse et bien disposée pour la cicatrisation; celle de la face dorsale est mince et mobile. Les tendons extenseurs et fléchisseurs constituent, avec leurs gaines, les rapports immédiats de ces articulations, dont ils augmentent beaucoup la solidité.

Plusieurs indications donnent au chirurgien la facilité de tomber directement sur les articulations phalangiennes. Les mouvements de flexion et le renflement des extrémités articulaires en révèlent déjà le siège, et les plis cutanés dorsaux et palmaires sont des points de repère encore plus certains; au milieu des premiers, qui sont nombreux et concentriques, on en distingue ordinairement un central et transverse, qui correspond à la jonction des phalanges. Les plis palmaires plus profonds et plus marqués sont des guides également sûrs; celui qui marque l'union de la première phalange

avec la seconde se trouve au niveau même de l'article, tandis que celui de la seconde avec la troisième phalange est à 0<sup>m</sup>,004 environ plus en arrière, disposition qui dépend du moindre degré de flexion de la phalange.

Les articulations des os du métacarpe *a a* (fig. 232) avec les premières phalanges *b b* sont des enarthroses assez lâches, soutenues par un ligament capsulaire. La phalange seule est mobile et roule par une surface concave sur la tête arrondie du métacarpien correspondant. Dans la flexion à angle droit, les phalanges, et particulièrement celles de l'indicateur et du petit doigt, sont portées à plus de 0<sup>m</sup>,012 au-dessous des têtes métacarpiennes, qui forment seules alors les saillies arrondies que l'on distingue sur le poing: on devra donc chercher la rencontre des surfaces articulaires à des distances différentes, selon que les doigts seront fléchis ou étendus, et cette remarque s'applique également aux articulations des phalanges entre elles.

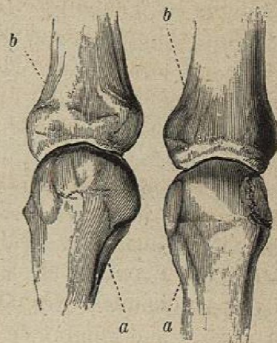


Fig. 232.

La commissure interdigitale est de 0<sup>m</sup>,03 environ en avant du métacarpe, dont la jonction avec les phalanges correspond à la première ligne transversale, située, plus en arrière, à la paume de la main. Il n'est donc pas difficile de préciser le siège de l'article; mais l'épaisseur de la tête des métacarpiens, qui maintient les doigts correspondants écartés, la disposition de la peau qui doit être conservée à la face dorsale de la main ou sur les côtés, si l'on n'ampute qu'un doigt, rendent les désarticulations partielles assez délicates. Si l'on enlève tous les doigts, la réunion s'obtient aisément au moyen des téguments de la face palmaire, qui sont doublés de tissu cellulaire épais, et se ramènent très-bien au devant des extrémités métacarpiennes. Les artères divisées sont les collatérales, et quelquefois leur tronc, qui se trouve dans les commissures interdigitales; on l'évite en n'écartant pas l'instrument des surfaces osseuses. La présence des gaines tendineuses favorise l'inflammation et rend toute compression artérielle redoutable.

*Procédés opératoires de continuité.* L'amputation des phalanges peut être pratiquée par la méthode circulaire; si l'altération des téguments s'y oppose, on forme un lambeau sur le côté du doigt où la peau est restée saine. Il m'a semblé que l'amputation circulaire ne permettrait pas de relever suffisamment la peau pour