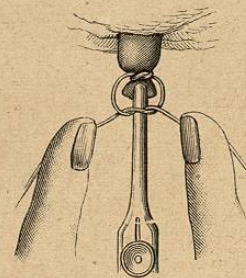


## d. Hémostase.

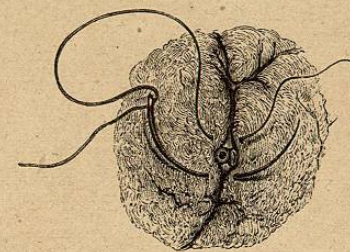
1. On saisit ensuite avec une pince à verrou (v. pl. XXIV) tous les vaisseaux béants, artères et veines, dont on s'est remis en mémoire la situation en jetant un coup d'œil sur des planches (coupes) anatomiques (v. pl. XXVI—XXX). On fixe autant de pinces qu'il y a de vaisseaux divisés; ceux-ci sont liés solidement les uns après les autres avec du catgut (cordes de boyau phéniquées). On se sert pour nouer les ligatures du *nœud de batelier* (fig. 22), et *non pas* du nœud ordinaire (fig. 23), car ce dernier se relâche facilement (fig. 322). Les extrémités des fils sont coupés à 3<sup>mm</sup> du nœud.

Fig. 322.



Ligature d'un vaisseau, la pincette à verrou restant suspendue.

Fig. 323.



Filopressure.

2. S'il arrive qu'un vaisseau, donnant du sang, ne puisse être ni convenablement isolé, ni suffisamment attiré au dehors pour être lié, on le comprimera, en passant avec une aiguille fortement recourbée un fil à travers les parties molles voisines, de manière à envelopper entièrement le siège de l'hémorrhagie; les deux bouts du fil étant noués, on étroit ainsi le vaisseau avec les tissus environnants. C'est la *filopressure* (fig. 323).

3. Lorsqu'on n'a pas sous la main un matériel antiseptique pour ligatures, les artères seront obturées par la *torsion*; c. à d. que l'artère, saisie avec une pince à verrou, est tirée un peu au dehors et tordue six à huit fois sur son axe, suivant son calibre, pendant que la



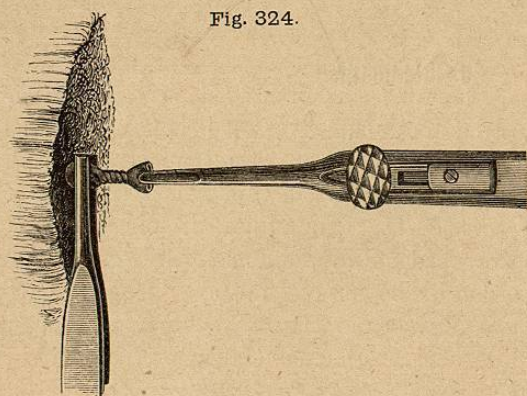


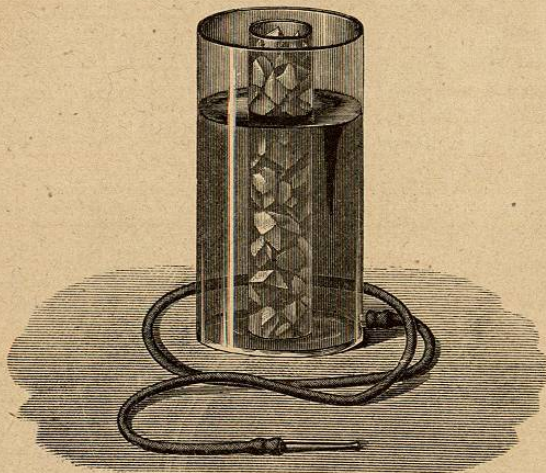
Fig. 324.

Torsion d'une artère.

4. Lorsque tous les vaisseaux visibles sont liés, on enlève l'appareil compresseur, le tube ou la bande élastique, non pas en le *relâchant graduellement*, mais d'un seul coup en entier. Tout d'abord la plaie paraît exsangue pendant quelques instants; mais le sang se met à sourdre de quelques endroits seulement, puis de toute la surface de section, comme s'il sortait d'une éponge.

5. Si alors on dirige sur la plaie une *douche glacée*, provenant d'un irrigateur contenant une solution phéniquée faible, au milieu de laquelle est plongé un vase cylindrique en fer-blanc rempli d'un mélange de glace et de sel (fig. 325), on arrive à reconnaître facilement les plus petits vaisseaux encore saignants; saisis avec des pincettes, ils sont liés de la manière indiquée.

Fig. 325.



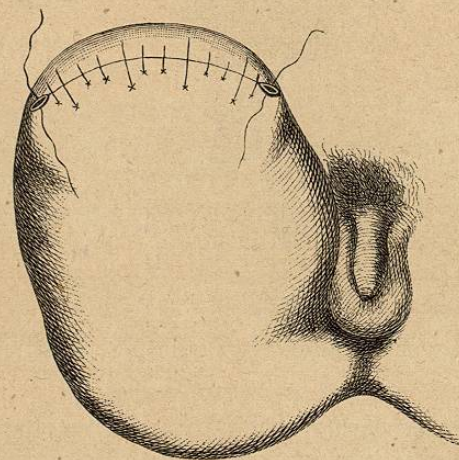
Douche glacée.

partie moyenne du bout saillant est fixé avec les doigts, ou mieux avec une autre pincette (*pincettes à baguettes* d'AMUSSAT) (fig. 324). Par ce procédé, la tunique interne de l'artère se recoquille en dedans, et ferme hermétiquement la lumière du vaisseau.

6. L'hémorrhagie en nappe continue-t-elle malgré cela? Il faut de suite l'arrêter par l'élévation de la surface de la plaie, la compression directe avec une grosse éponge, la compression digitale de l'artère principale du membre (LANGENBECK), ou par l'application d'un courant galvanique sur les chairs saignantes (RIEDINGER).

## e. Réunion de la plaie.

Fig. 326.



Réunion d'une plaie d'amputation.

Lorsque tout écoulement sanguin a cessé, il est procédé à la réunion de la plaie. Un drain, dont les extrémités dépassent les deux angles de la plaie, est placé dans le fond de celle-ci, puis ensuite les chairs, les téguments sont exactement réunis par de nombreux points de suture, (de soie phéniquée, de fil d'argent ou de catgut), alternativement profonds et superficiels (fig. 326).

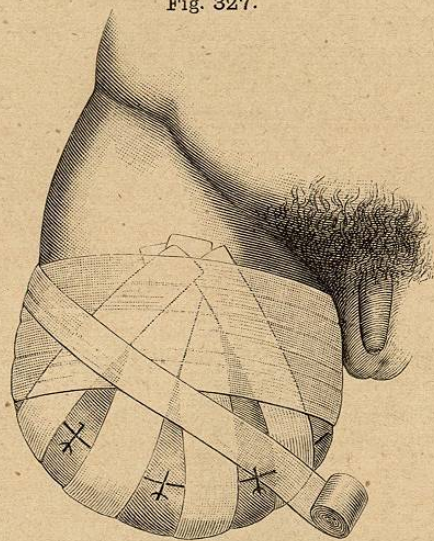
## f. Pansement du moignon.

Après avoir coupé les bouts du drain au niveau de la plaie, et après les avoir fixés avec de la soie, afin d'empêcher qu'ils ne disparaissent à l'intérieur des chairs, on recouvre la ligne de réunion d'une étroite bandelette de taffetas protecteur, recouverte elle-même d'une bande plus large de *gaze de LISTER*, imbibée d'une solution phéniquée. Avec des bandes semblables appliquées transversalement sur la plaie, dans toutes les directions, et bien maintenues par un bandage circulaire fait de même étoffe, on comprime régulièrement le moignon (fig. 327). Arrive enfin le pansement antiseptique de LISTER (v. page 14, 8),



qui doit si possible remonter au dessus des circulaires les plus élevées, et dont le bord supérieur est renforcé d'épaisses couches de coton salicylé ou de jute.

Fig. 327.



Bandage d'un moignon d'amputation avec des bandelettes et des bandes de gaze phéniquée.

#### g. Position du moignon.

L'amputé, porté dans son lit, le moignon est placé horizontalement, à plat et non point relevé. S'il survient des soubresauts, des spasmes musculaires redressant le moignon, (ce qui se voit surtout après les amputations de cuisse), on le maintient abaissé au moyen d'un drap plié agissant par son simple poids.

Un cerceau en fil-de-fer protège le moignon, qui doit du reste demeurer à découvert, afin que tout écoulement de sang puisse être aperçu à temps par le gardien.

## II. RÈGLES GÉNÉRALES POUR LES DÉARTICULATIONS.

1. Dans la plupart des cas, le chirurgien aura plus de facilité pour opérer, s'il se place de manière à avoir la figure tournée du côté du patient, et s'il saisit de la main gauche le membre à enlever.

2. Pour la section des parties molles, la méthode circulaire convient moins que la méthode à lambeaux. Comme il s'agit ici de recouvrir de grandes surfaces osseuses, il faut tailler des lambeaux d'une dimension proportionnée, soit dans la peau seulement, soit dans la peau et dans les muscles sous-jacents.

3. Ce qu'il y a souvent de le plus pratique, c'est d'avoir un grand lambeau antérieur et un petit lambeau postérieur (genou, épaule, hanche); parfois le lambeau postérieur doit être le plus grand (articulation tibio-tarsienne, articulations de CHOPART et de LISFRANC).

4. Pour de petites articulations (doigts, orteils), c'est la méthode ovale qu'il faut choisir.

5. Après la section des parties molles, on ouvre l'articulation disposée de telle sorte que les ligaments antérieurs, fortement tendus, cèdent facilement sous le couteau.

6. La séparation complète du membre se termine par la section des autres ligaments et de la capsule articulaire tout autour de la jointure; dans certains cas, on enlève avec la scie une partie des surfaces articulaires. Pour le reste, on se conduit comme dans les amputations.

## III. AMPUTATIONS ET DÉARTICULATIONS AU MEMBRE SUPÉRIEUR.

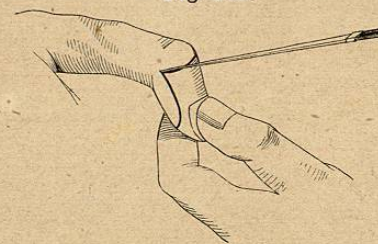
### a. Désarticulation de la troisième phalange des doigts.

(Lambeau palmaire taillé de dehors en dedans.)

1. L'opérateur, auquel la main est présentée en pronation, saisit l'extrémité du doigt à opérer, et fléchit la troisième phalange.

2. Une incision arrondie, passant transversalement sur la tête de la seconde phalange, à 2<sup>mm</sup> au dessous du point culminant de l'articulation, ouvre la jointure (fig. 328).

Fig. 328.





3. Les deux ligaments latéraux sont coupés avec la pointe du couteau; la lame, le tranchant dirigé en bas, passe derrière la face palmaire de la troisième phalange (fig. 329), et détache par des mouvements de va-et-vient un lambeau bien arrondi (fig. 330).

Fig. 329.

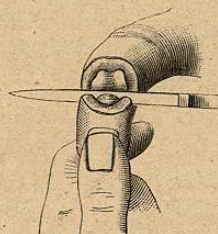


Fig. 330.



#### b. Désarticulation de la seconde phalange des doigts.

(Lambeau taillé de dedans en dehors, par transfixion.)

1. L'opérateur, auquel la main est présentée en supination, saisit l'extrémité du doigt à opérer, l'étend, enfonce un couteau étroit sous le pli articulaire, l'attire d'abord à lui, en relève ensuite le tranchant, de manière à tailler un lambeau bien arrondi (fig. 331).

Fig. 331.

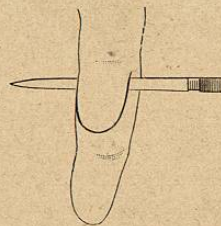
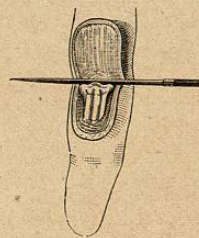


Fig. 332.



2. Le lambeau est rejeté en arrière, l'articulation mise en extension forcée, puis d'un seul coup, on divise par la plaie la capsule articulaire, les ligaments latéraux et la peau de la face dorsale de la jointure (fig. 332).

#### c. Désarticulation d'un doigt dans l'articulation métacarpo-phalangienne.

##### a. Procédé ovalaire.

1. L'opérateur placé au côté gauche du bras, tournant le dos à la figure du patient, saisit de la main gauche le doigt malade, dont un assistant écarte les deux doigts voisins, le met en extension suffisamment exagérée pour qu'il puisse voir sa face palmaire; le tranchant d'un couteau étroit passant au côté droit de la première phalange est appliqué sur le pli digito-palmaire; il le divise ainsi que la commissure interdigitale, contourne de nouveau le côté droit de la phalange, et vient s'arrêter sur la tête du premier métacarpien (où un point de repère a été marqué) (fig. 333).

Fig. 333.



2. Le couteau est reporté au côté gauche du doigt, au point de départ de la première incision; il coupe la peau jusqu'à l'os, contourne au niveau de la commissure interdigitale le côté gauche de la première



Fig. 334.

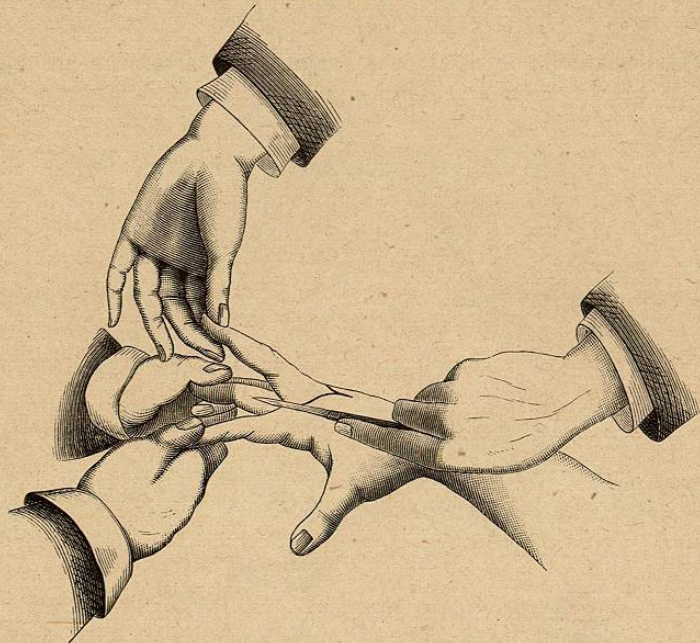


Fig. 335.



phalange, et vient rejoindre sur le dos de la main la section précédente (fig. 334).\*

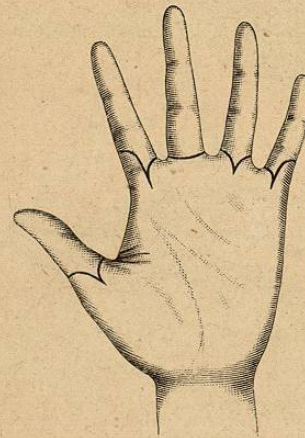
3. Suivant à nouveau le même chemin, le bistouri pénètre dans la jointure, divise les tendons, les ligaments latéraux et la capsule articulaire. La plaie a la forme d'un cœur de carte à jouer (fig. 335).

\* Il me paraît plus simple de se placer en face du patient dont l'avant-bras est en pronation, et de tenir de la main gauche le doigt à opérer en l'étendant fortement; l'opérateur passe sous sa main gauche le couteau, qui, contournant le côté droit de la phalange, vient appuyer son talon sur le point de repère de la tête du premier métacarpien; attirée en bas, puis marchant horizontalement, la lame divise la peau, la commissure interdigitale, le pli digito-palmaire, et remonte sur le côté gauche de la racine du doigt en sectionnant les téguments, jusqu'à ce qu'elle ait rejoint son point de départ. D<sup>r</sup> R.

β. Procédé à lambeaux.

1. Ce procédé convient surtout pour le premier, le second et le cinquième doigt, parcequ'ils sont accessibles par leur côté libre.

Fig. 336.



On taille un grand lambeau semi-lunaire, dont la base correspond à l'articulation, sur la face palmaire, dorsale ou latérale de la première phalange, puis il est relevé en arrière.

2. On détache du côté opposé un lambeau cutané plus petit, qui est de même rabattu en arrière.

3. En dernier lieu, on coupe les tendons au niveau de l'article, qui est ouvert par une incision circulaire (fig. 336).

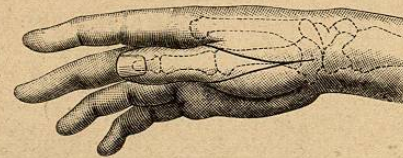
NB. Pour l'annulaire, la désarticulation est représentée faite par le procédé à deux petits lambeaux latéraux; pour le médus, on voit le tracé palmaire de l'incision ovulaire.

d. Désarticulation carpo-métacarpienne du pouce.

a. Procédé ovulaire.

1. La première incision commence au côté cubital de la première phalange, au niveau de la commissure interdigitale, passe obliquement sur l'articulation métacarpo-phalangienne et longe le bord radial du métacarpien jusqu'à la base de cet os.

Fig. 337.



2. Le seconde incision, partant du même point, contourne le côté radial du pouce et se rencontre avec la première sur le milieu du métacarpien (fig. 337).

3. L'os est isolé des muscles avec la pointe du bistouri.



4. On ouvre l'articulation par le côté cubital entre le trapèze et le métacarpien; il faut avoir soin de tenir le bistouri tout près de la base de ce dernier, afin de ne pas ouvrir la jointure du second métacarpien et du trapèze, jointure qui communique avec les autres articulations du carpe.

5. La section des ligaments du côté radial (fig. 338) termine l'opération, qui laisse une cicatrice linéaire (fig. 339).

Fig. 338.

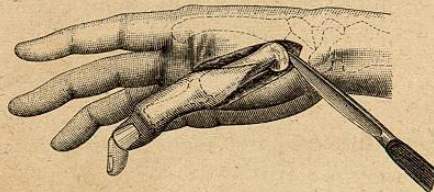
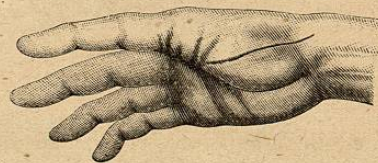


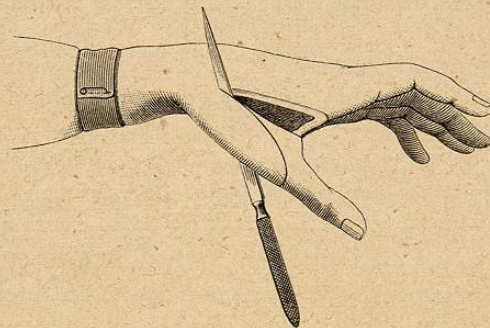
Fig. 339.



β. *Procédé à lambeau latéral de WALTHER.*

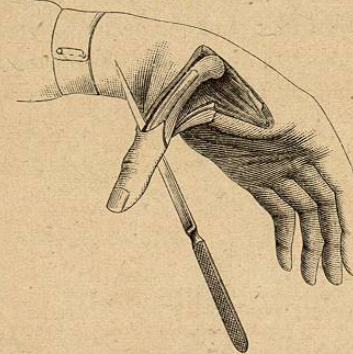
1. Le pouce en abduction, le tranchant du couteau est placé sur le milieu de la commissure interdigitale, qu'il divise par des mouvements de va-et-vient jusqu'à la base du premier métacarpien (fig. 340).

Fig. 340.



2. Pour éviter l'articulation du trapèze avec le second métacarpien, la pointe du bistouri est dirigée avec précaution sous la tête de l'os, et l'on ouvre ainsi l'article carpo-métacarpien.

Fig. 341.

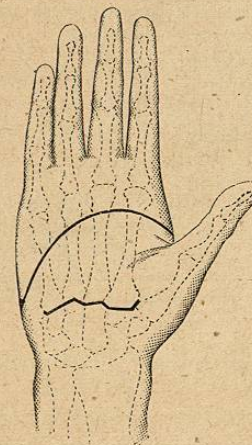


3. L'abduction du pouce exagérée, le couteau est enfoncé dans la jointure jusqu'au côté radial du métacarpien; de là on dirige l'instrument en bas de manière à tailler un lambeau radial, dont l'extrémité arrondie se termine au niveau de la commissure interdigitale (fig. 341).

e. *Désarticulation des quatre derniers métacarpiens avec conservation du pouce.*

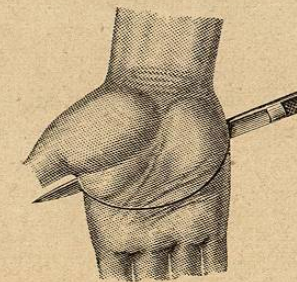
1. Dans la paume de la main, une incision curviligne oblique, commençant à la commissure du pouce et se terminant au bord cubital de la base du cinquième métacarpien, dessine la limite inférieure et palmaire d'un lambeau cutané semi-lunaire (fig. 342). On peut aussi tailler ce lambeau de dedans en dehors, par transfixion (fig. 343).

Fig. 342.



Incision palmaire.

Fig. 343.



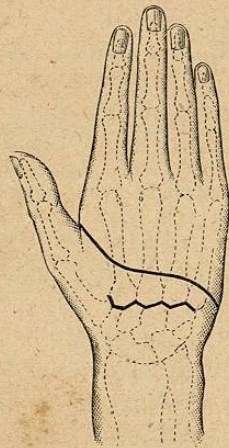
Incision palmaire par transfixion.

Désarticulation des quatre derniers métacarpiens.



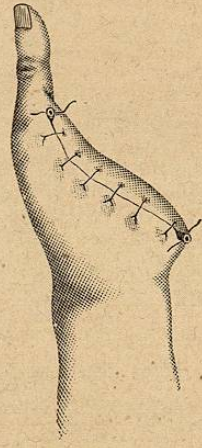
2. Sur le dos de la main, une incision, commençant obliquement à la commissure du pouce, remonte jusqu'au tiers supérieur du second métacarpien; de là elle va directement rejoindre sur le bord cubital de la main l'incision du lambeau palmaire (fig. 344).

Fig. 344.



Désarticulation des quatre derniers métacarpiens (incision dorsale).

Fig. 345.



Moignon après la désarticulation des quatre derniers métacarpiens.

3. Les deux lambeaux détachés jusque sur les articulations carpo-métacarpiennes, la partie moyenne de la main est portée en adduction forcée, et toutes les jointures sont ouvertes jusqu'à celle du second métacarpien avec le trapèze. Pour ce dernier temps il faut être très-prudent et couper en rasant, sans quitter les deux os, afin d'éviter une lésion de l'articulation du trapèze et du métacarpien du pouce.

4. La conservation du pouce est extraordinairement avantageuse (fig. 345).

## f. Désarticulation de la main.

### a. Procédé circulaire.

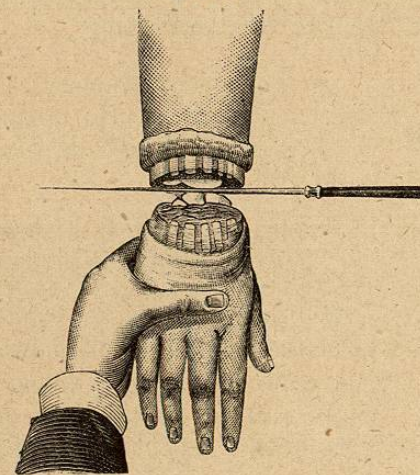
1. Incision circulaire tout autour de la main, sur le milieu du métacarpe, à 4<sup>cm</sup> au dessous des apophyses styloïdes.

2. La peau est détachée par des incisions perpendiculaires au plan des tissus, jusqu'à ce qu'elle puisse être rabattue en manchette au dessus des apophyses styloïdes.

3. La main en pronation est fortement fléchie; une incision légèrement convexe en haut, allant d'une apophyse styloïde à l'autre sur le dos de la main, divise les tendons extenseurs et ouvre l'articulation.

4. On coupe au dessous des deux apophyses styloïdes les ligaments latéraux, et en dernier lieu d'un seul trait la partie antérieure de la capsule articulaire et tous les tendons fléchisseurs (fig. 346 et 347).

Fig. 346.



Désarticulation de la main par procédé circulaire.

Fig. 347.



Moignon après désarticulation de la main par procédé circulaire.

### β. Procédé à lambeaux.

1. L'opérateur saisit la partie inférieure de la main en pronation, la fléchit et trace, de l'extrémité d'une apophyse styloïde à l'autre, une incision semi-lunaire traversant la partie moyenne du dos de la main (fig. 348).