

interosseux *f h j* ou à double tranchant, pour exécuter plusieurs procédés opératoires d'une grande importance.

2° Des bistouris droits et courbes.

3° Des scies *a b* au nombre de deux, afin d'éviter toute interruption dans le cas où l'une d'elles serait mise hors de service.

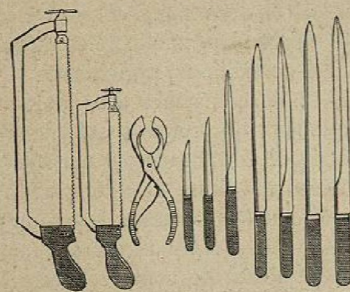


Fig. 221.

4° Une pince incisive *c*, destinée à égaliser l'extrémité de l'os que les derniers traits de scie font quelquefois éclater.

5° Des pinces à disséquer, qui servent aux ligatures et dont deux au moins sont nécessaires pour bien saisir un vaisseau; la première le prenant au milieu des chairs, et la seconde servant à l'isoler complètement et à le mieux dégager pour faciliter l'application de la ligature.

6° Des tenaculum, instruments souvent utiles pour les petits vaisseaux enfoncés dans les fibres musculaires et les aponévroses.

7° Des épingles et des aiguilles à suture: ces dernières peuvent servir à pratiquer des ligatures médiates, mais un chirurgien habile n'en a presque jamais besoin.

8° Des ciseaux courbes et droits.

Tous ces instruments seront disposés avec ordre sur une planchette ou tout autre point d'appui, et soustraits à la vue du malade, qui pourrait en être intimidé. Le chirurgien doit toujours s'assurer lui-même qu'ils sont en très-bon état; dans le cas contraire, il les ferait immédiatement remplacer.

On a proposé les caustiques, des écraseurs et la rupture des os (diaclyse, Maisonneuve.) Nous n'insistons pas sur ces excentricités universellement réprouvées.

Appareil de pansement. Sur une autre planchette on prépare :

1° Une pièce de linge dont le milieu est fendu à deux ou trois chefs, pour relever et soutenir les chairs pendant la section des os.

2° Des fils à ligature.

3° Des compresses fenêtrées enduites de cérat, de digestif ou de styrax.

4° De petites compresses carrées pour isoler et préserver de tout tiraillement les extrémités des ligatures.

5° Des bandelettes agglutinatives.

6° Des plumasseaux de charpie de diverse grandeur, secs ou

enduits de cérat, de la charpie brute et des boulettes de charpie fine.

7° Des compresses languettes.

8° Des compresses carrées ou taillées en croix de Malte, pour recouvrir le moignon, et une ou deux bandes, dont la longueur varie selon l'amputation.

9° Des épingles pour les sutures, si on y a recours.

Il faut avoir en outre des bassins remplis d'eau froide ou tiède, avec des éponges fines et molles, du feu pour chauffer les bandelettes agglutinatives, du vinaigre ou des sels à respirer, et quelque potion cordiale à faire prendre au malade après l'amputation.

Position du chirurgien et des aides. *Aides.* Le chirurgien choisira ses aides, et leur assignera le rôle qu'ils auront à remplir: c'est le seul moyen d'opérer d'une manière sûre et rapide. Cinq ou six aides sont nécessaires. L'un, *d* (fig. 222), comprime l'artère principale, et doit être vigoureux, adroit et de sang-froid. Un autre soutient la partie supérieure du membre et relève les chairs sous le tranchant de l'instrument: c'est à un des plus habiles et des plus exercés qu'il faut confier ce soin, d'une grande importance et toujours mal rempli par un homme qui ne comprend pas bien les règles d'une amputation ou qui se méfie de l'adresse de l'opérateur. Un troisième, *g*, maintient l'extrémité inférieure du membre, et le porte parfois dans différents sens pour faciliter la section des parties molles. Cet aide assure l'immobilité de l'os pendant l'action de la scie, et a deux écueils à éviter: soit de trop relever le membre et de comprimer la scie, soit de trop l'abaisser et de fracturer une portion de l'os. Un quatrième, *f*, présente les instruments, deux autres, *cc*, au moins sont nécessaires pour maintenir le malade, changer l'eau, les éponges, et satisfaire à toutes les exigences de l'opération. La personne *e*, chargée de l'anesthésie, se trouve du côté opposé à l'opérateur *b*, et rapproche ou éloigne la compresse imbibée de chloroforme, de la bouche et du nez du malade *a*, selon les indications.

Il suffit ordinairement des doigts d'un aide appliqués sur le trajet de l'artère principale pour suspendre le cours du sang (fig. 148); quelquefois on arme sa main d'un cachet à pelote (fig. 147), ou l'on se sert du garrot ou d'un tourniquet (fig. 143 et 144). Ces instruments ne sont employés qu'à défaut d'un assistant sur lequel on puisse compter, et si l'on n'a pas autour de soi quelques personnes exercées et capables d'exercer la compression, il vaut mieux recourir à l'usage du tourniquet que de s'exposer à une hémorrhagie irréparable sur des sujets affaiblis. Dans tous les cas, il est nécessaire

que l'aide chargé de soutenir la partie supérieure du membre sache appliquer les doigts ou de petites pinces compressives sur l'embouchure des vaisseaux, artères ou veines; on parvient ainsi à ne



Fig. 222.

perdre que quelques gouttes de sang chez des blessés qu'une hémorragie même légère pourrait faire succomber.

La position du malade, *a*, varie selon l'état dans lequel il se trouve et selon les circonstances où l'on opère; mais il y a des

positions spéciales applicables à chaque amputation. Pour les membres inférieurs, le blessé est généralement assis ou étendu sur le bord d'un lit ou d'une table faite exprès, pareille à celle de nos hôpitaux et formée de trois parties mobiles. Le tronc et la tête sont soutenus sur un matelas ployé en double et quelques oreillers. Nous indiquerons les situations les plus convenables pour chaque amputation en particulier.

Le chirurgien, *b*, se place en dehors du membre pour la cuisse et le bras; en dedans pour la jambe et l'avant-bras, en avant pour le pied et la main. La main gauche tournée vers la partie supérieure du membre donne plus de facilité pour disséquer la peau et relever les chairs; dirigée en bas, elle soutient la lame de la scie, maintient l'os immobile et en facilite la section. Ces deux positions ont donc chacune des avantages.

Méthodes opératoires applicables aux amputations pratiquées dans la continuité des membres.

Les deux principales méthodes sont: 1^o la *circulaire*; 2^o et celle à *lambeaux*; on admet encore 3^o une *méthode mixte* résultant de la combinaison des méthodes à lambeaux et circulaire, 4^o et une méthode *ovale* et des modes *oblique*, *elliptique*, *losangique*. Comme un assez grand nombre de remarques collectives s'appliquent à ces méthodes et à ces différents procédés, nous les exposerons en traitant de l'amputation circulaire. Nous comparerons ensuite les diverses méthodes, en précisant les préceptes qui nous paraissent en motiver l'adoption et en assurer le succès. M. le professeur Michel rattache, dans ses cours de médecine opératoire, toutes les amputations à deux méthodes générales, fondées sur la position de la cicatrice du moignon après la guérison. Dans l'une, qu'il nomme *centrale*, la réunion se rapproche, en partie au moins, du centre du membre. Les amputations *circulaire*, *ovale* et à *deux lambeaux* en sont des exemples. Dans l'autre, appelée *excentrique*, la réunion est à la circonférence, comme on le voit dans les amputations à un seul lambeau.

Méthode circulaire. La méthode circulaire consiste à couper la peau et les muscles perpendiculairement à l'axe de l'os, ce dernier beaucoup plus haut que les parties molles, afin d'en être recouvert. De là des difficultés dont on a cherché à triompher par différents procédés.

Celse, fidèle interprète de l'état de la chirurgie de son temps, ne négligeait pas cette règle capitale, et recommandait de couper d'un premier coup les parties molles jusqu'à l'os; de les faire ensuite relever en forme de cône et de les inciser une seconde fois sur un