

chargée de l'anesthésie, en dirige l'action, au moyen d'une compresse roulée sur laquelle le chloroforme est versé. L'opérateur *b* est placé entre les jambes du malade, de manière à pouvoir achever la section du péroné avant celle du tibia. Cet os, plus épais et plus solidement articulé, supporte mieux les derniers traits de scie, qui ébranleraient l'articulation péronéo-tibiale, et feraient

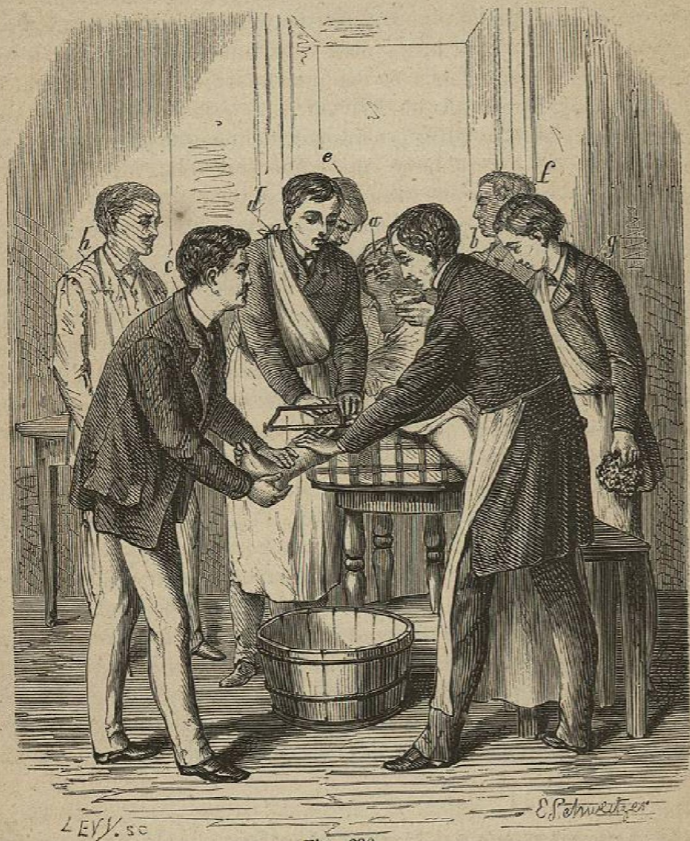


Fig. 296.

plus aisément éclater le péroné. Quelques chirurgiens, parmi lesquels nous citerons Græfe et S. Cooper, ont conseillé de se mettre en dehors de la jambe à amputer, lorsqu'on opère le membre droit, afin d'avoir la main gauche tournée du côté du tronc et de mieux saisir les téguments et les chairs.

La peau, coupée circulairement à cinq travers de doigt au-

dessous de la tubérosité fibiale, est relevée en manchette dans une étendue de 0<sup>m</sup>,05, et les muscles divisés jusqu'aux os, au niveau de la base du repli tégumentaire. Le chirurgien, armé d'un couteau à double tranchant, décrit une section en 8 de chiffre, pour atteindre les chairs interosseuses; dans ce but, il conduit d'abord l'instrument du talon vers la pointe, sur la face antérieure du tibia; arrivé sur l'espace interosseux, il y engage le couteau, puis, en le ramenant à lui, contourne le péroné en avant, en dehors et en arrière, et fait de nouveau tomber la pointe de l'instrument sur l'espace interosseux, qu'il traverse cette fois d'arrière en avant, achève la section des chairs profondes, et retire le couteau en suivant la face postérieure interne du tibia pour revenir au point de départ. Les deux os de la jambe se trouvent ainsi successivement contournés, et il ne reste plus qu'à en pratiquer la section. On engage entre eux la bandelette moyenne d'une compresse divisée en trois chefs, et l'on s'en sert pour relever les chairs et les préserver de l'action de la scie. Celle-ci est alors portée perpendiculairement sur le tibia au niveau des chairs, et, après que sa voie est tracée, on l'incline sur le péroné, que l'on divise complètement avant d'achever la section du tibia.

Lorsque la crête fibiale a été coupée perpendiculairement, elle offre en avant un angle saillant, qui soulève les téguments et en détermine assez souvent la mortification. Pour obvier à cet inconvénient, la scie peut être obliquement dirigée de haut en bas, de dedans en dehors et d'avant en arrière, sur l'angle antérieur du tibia, à 0<sup>m</sup>,012 environ au-dessus du point où les os seront ensuite définitivement divisés; on entame quelques millimètres de l'épaisseur du tibia un peu au delà de cet intervalle, et, reportant la scie perpendiculairement sur la base du fragment osseux triangulaire que l'on a formé, on l'abat en sciant ensuite les os d'après les règles signalées.

*Lambeau elliptique antérieur.* Sabatier l'attribue à Louis.

Les téguments de la moitié antérieure du membre étant divisés, on les relève fortement après avoir coupé les brides celluluses subjacentes qui les retiennent; puis on fait, au niveau du point où ils sont rétractés, une incision demi-circulaire, qui comprend la peau de la moitié postérieure de la jambe. Les autres temps de l'opération n'offrent plus rien de particulier. Le but de Louis était de conserver plus de téguments en avant, et c'était aussi le résultat que Sabatier s'était proposé.

Ce chirurgien voulait que l'on plaçât la jambe dans la flexion pour couper les téguments de la moitié antérieure du membre, et qu'on la ramenât dans l'extension pour la section de ceux de la