

ou trois lignes du premier point qu'il a fait, de manière à passer chaque fois le fil par-dessus les bords de la plaie, en imitant l'espèce de couture appelée *surjet*; il continue jusqu'à ce qu'il soit arrivé à l'angle de la plaie opposé à celui près duquel il a commencé, et il en laisse un bout de la même longueur que celui qu'il a laissé en commençant; il termine en réunissant ensemble les deux bouts du fil, et en les fixant au dehors de la plaie. Lorsque la réunion est opérée, on coupe l'un des bouts du fil tout près de l'intestin, et on le retire doucement par l'autre bout, en soutenant les parties avec les deux premiers doigts de la main gauche.

Sabatier a proposé pour les mêmes cas une autre sorte de suture, qu'on a nommée *suture à points passés*; elle ne diffère de la suture du pelletier, qu'en ce que l'aiguille, après avoir percé les lèvres de la plaie, est replongée du côté par où elle est sortie, en sorte que le fil ne passe point par-dessus les bords de la solution de continuité. De cette manière, il ne décrit pas une spirale comme dans le cas précédent, les lèvres de la plaie ne courent pas le risque d'être coupées par lui, et il est plus facile à retirer. Callisen a ajouté à ce procédé un nouveau perfectionnement. Il consiste à passer avec l'aiguille deux fils de couleur différente. Après la réunion, on retire ces fils en sens inverse; de cette manière ils se servent mutuellement d'appui, et le froncement des lèvres de la peau est peu à craindre.

La *suture enchevillée*, *empennée* ou *emplumée*, est spécialement affectée à la réunion des plaies pénétrantes de l'abdomen. Pour la pratiquer, on prépare autant d'aiguilles courbes qu'on se propose de faire de points de suture; et ceux-ci doivent être placés à un pouce de distance les uns des autres, en partant d'un pouce des extrémités de la plaie. Dans chacune de ces aiguilles sont passées les deux extrémités d'un fort fil ciré, plié en deux. Lorsqu'on veut pratiquer la suture, la lèvre

la plus déclive de la plaie est saisie entre les deux premiers doigts de la main gauche portés au-dessous, et le pouce placé au dessus, et les tissus qui la composent sont ramenés au même niveau; on la perce de dehors en dedans dans toute son épaisseur; la lèvre opposée est alors saisie et traversée de dedans en dehors; on dispose de la même manière les autres fils, et lorsqu'ils sont tous en place, on passe dans la série des anses formées par celles de leurs extrémités qui correspondent au côté déclive de la plaie, une plume, une sonde de gomme élastique ou tout autre corps long et cylindrique; on écarte ensuite les deux chefs de chacun des fils qui correspond à la lèvre opposée, et l'on place dans leur écartement un cylindre semblable au premier, et sur lequel on les noue au moyen d'un nœud et d'une rosette. Les cylindres, en se rapprochant, compriment fortement les lèvres de la plaie, qu'ils font saillir au dehors, et ferment hermétiquement la cavité abdominale. Lorsqu'on veut ôter cette suture, on coupe les anses de fil qui correspondent au cylindre le plus inférieur, et l'on détache celui-ci; après quoi, saisissant entre deux doigts de la main gauche les lèvres de la plaie pour les maintenir rapprochées, on enlève l'autre cylindre qui entraîne avec lui les rosettes et les fils.

La *suture entortillée* n'est usitée que pour réunir les plaies de la face, et principalement celles qui divisent le bord libre des lèvres. Pour la pratiquer, on se sert d'aiguilles particulières, qui sont droites, cylindriques, et terminées à l'une de leurs extrémités par un fer de lance aigu. On affronte les lèvres de la plaie, et on les traverse successivement avec les aiguilles qu'on laisse en place dans l'épaisseur des chairs, mais de manière à ce que leur partie moyenne seule s'y trouve engagée, tandis que leurs deux extrémités restent libres. On jette une anse de fil sur les extrémités de l'aiguille correspon-

dante à l'angle inférieur de la plaie; on en croise les deux chefs au devant de la solution de continuité, et on revient embrasser les extrémités de l'aiguille, de manière à former avec le fil des huit de chiffres, dont les jets se croisent en X au devant de la division, et dont les anneaux embrassent les extrémités libres de l'aiguille correspondante en passant entre elles et la peau. Quand on a jeté un nombre suffisant de tours sur une aiguille, on passe à l'aiguille la plus voisine, et ainsi de suite jusqu'à ce que toutes soient solidement fixées. Quelques personnes, au lieu de croiser les fils, se bornent à les tourner circulairement d'une extrémité à l'autre de l'aiguille, toujours en passant entre elle et la peau. Au bout de quatre ou cinq jours, la réunion est opérée. Pour enlever la suture, on maintient les lèvres de la plaie rapprochées entre le pouce et l'indicateur de la main gauche, et après avoir nettoyé et graissé les aiguilles, on les retire en les saisissant par la pointe avec des pinces à anneaux. On laisse ensuite les fils tomber d'eux-mêmes.

*Des ligatures.* On appelle *ligature* l'opération par laquelle on lie l'extrémité béante d'un vaisseau pour s'opposer à l'issue du sang ou de la lymphe; celle par laquelle on l'étreint à l'aide d'un ou de plusieurs fils dans un point quelconque de son étendue, pour y interrompre le cours du premier de ces liquides; celle à l'aide de laquelle on étrangle à sa base une tumeur pédiculée, ou qui est située trop profondément pour pouvoir être atteinte par l'instrument tranchant, dans le but d'en provoquer la mort, et par suite la chute; enfin, celle qui consiste à comprimer circulairement les membres aux approches des accès d'une irritation intermittente. On donne également le nom de *ligature* aux fils qui servent à la pratiquer. Cette opération se fait par des procédés divers suivant les cas qui la réclament; son histoire sera donc mieux placée dans le

traitement des plaies des artères et des veines, des dilatations ou anévrysmes de ces vaisseaux, et dans celui des productions morbides. Quant à la ligature des membres avant les accès des irritations intermittentes, elle est trop simple pour exiger une description particulière.

*Incisions et débridemens.* On donne le nom d'*incision* à toute division méthodique des parties molles faite à l'aide d'un instrument tranchant; elle prend le nom de *débridement* lorsqu'on la pratique sur des parties qui en compriment ou en étranglent d'autres. Des bistouris et des ciseaux de diverses formes, des sondes cannelées, tels sont les instrumens à l'aide desquels on pratique ces opérations.

Il existe plusieurs espèces de bistouris ayant leurs usages particuliers; ainsi il y a des bistouris droits, c'est-à-dire dont la lame est droite et le tranchant droit ou convexe; des bistouris courbes, dont la lame est courbée sur ses bords, et dont la tranchant est concave et convexe, suivant le bord sur lequel il se trouve placé; les uns et les autres peuvent être *boutonnés*, c'est-à-dire que leur pointe peut être remplacée par un renflement olivaire; dans ce cas, la lame est ordinairement fort étroite. Les bistouris droits, proprement dits, sont d'usage toutes les fois qu'on veut agir à la fois de la pointe et du tranchant, comme dans l'ouverture de certains abcès ou dans celle de certains kystes; les bistouris à tranchant convexe sont principalement utiles quand on veut diviser les tissus à grands traits, comme on le fait dans la dissection de certaines tumeurs, parce qu'ils présentent en même temps une plus grande étendue de tranchant aux parties; enfin les bistouris boutonnés, à tranchant concave ou convexe, sont spécialement destinés à opérer des divisions peu étendues sur des parties profondément situées au milieu d'autres parties qu'il est important de ménager, comme cela a lieu en général dans les

débridemens de plaies ou de hernies, et dans certaines résections. Quelle que soit la forme du bistouri, il peut être fixé sur son manche à la manière des couteaux de table, ou articulé avec lui comme le sont les couteaux de poche, et suivant le même mécanisme. La manière de tenir cet instrument varie, comme sa forme, suivant le genre d'incision qu'on veut pratiquer; nous l'indiquerons donc en parlant de chaque incision en particulier.

L'instrument tranchant agit de deux manières principales sur les tissus; dans la première, il les divise de dehors en dedans, ou en pressant sur eux; dans la seconde, il les soulève avant de les diviser, en pratiquant, comme on le dit, l'incision de dedans en dehors. La direction qu'on lui donne varie aussi; c'est ainsi qu'il peut être dirigé de gauche à droite, de droite à gauche, vers l'opérateur, en s'éloignant de lui, etc. Il en est de même de l'incision qu'on pratique, qui peut être simple, droite ou courbe, composée d'incisions droites, comme l'incision cruciale, l'incision en V, ou l'incision en T; ou composée d'incisions courbes, comme l'incision elliptique. Mais quels que soient la manière dont on tient l'instrument, son mode d'action sur les parties, la direction suivant laquelle on le fait agir, et la forme qu'on donne à l'incision, il est un certain nombre de règles dont il ne faut jamais s'écarter, qui doivent être exposées ici. Ces règles sont: 1° de faire choix d'un instrument bien acéré, bien affilé, et parfaitement propre; 2° de tendre en tous sens, et principalement en sens inverse à la direction suivant laquelle on fait mouvoir le bistouri, les parties sur lesquelles son tranchant doit agir; 3° de diriger autant que possible l'incision parallèlement à l'axe du corps ou à celui de la partie, afin d'éviter de couper en travers les nerfs et les vaisseaux principaux, ainsi que les fibres musculaires qui suivent ordinairement cette direction; 4° de faire courir le tranchant

sur les parties qu'il doit diviser, de manière à le faire agir en sciant plutôt qu'en pressant; 5° de le conduire aussi rapidement que cela se peut sans nuire à la sûreté de l'opération; 6° de tenir cependant tellement le bistouri sous la dépendance de la main qui le conduit et de la volonté qui le dirige, que jamais il ne varie ni ne fasse d'*échappées*, dans lesquelles le malade, l'opérateur ou les aides puissent être blessés; 7° de commencer nettement et de finir de même l'incision, en lui donnant partout la même profondeur; 8° enfin, lorsque l'opération comporte plusieurs incisions, d'en ménager le nombre, en donnant à chacune d'elles, du premier coup, la profondeur et l'étendue qu'elle doit avoir.

Lorsqu'on veut pratiquer de dehors en dedans une incision droite et simple, étendue de gauche à droite, les tégumens doivent être tendus à l'aide de la main gauche, dont le bord cubital appliqué sur eux les tire de droite à gauche, tandis que le pouce et l'indicateur, écartés l'un de l'autre, les tendent en travers. Le bistouri est alors saisi de la main droite, de manière à ce que le pouce et le médius correspondent au milieu de sa longueur, tandis que les deux derniers doigts sont recourbés sur l'extrémité du manche, et que l'indicateur est allongé sur le dos de la lame. La pointe, présentée aux parties dans une direction perpendiculaire à leur surface, les pénètre jusqu'à la profondeur voulue; le tranchant est alors couché le plus possible, et lorsque l'instrument tiré de gauche à droite a produit une division d'une étendue suffisante, on le ramène à la direction perpendiculaire, afin de finir nettement l'incision, et de lui donner, en la terminant, une profondeur égale à celle qu'elle a à son origine et dans tout le reste de son étendue.

Veut-on faire de dehors en dedans une incision droite, dirigée de droite à gauche? On peut tout simplement, si l'on est

ambidextre, changer le rôle respectif des deux mains, sinon la main gauche est appliquée à plat sur les parties pour les tendre en les tirant de gauche à droite, la main droite tient le bistouri entre le pouce, appuyé sur la partie moyenne d'une de ses faces, et les quatre doigts appliqués sur la face opposée, le tranchant regardant à gauche; alors l'opérateur, croisant de cette main celle qui tient les tégumens, présente la pointe de l'instrument perpendiculairement aux parties, fait la ponction, incline le tranchant, divise les tissus de droite à gauche, et termine en ramenant l'instrument à la direction perpendiculaire, comme dans le cas précédent.

Pour inciser vers soi, la main gauche tend les tégumens comme lorsqu'il s'agit d'inciser de gauche à droite, seulement le coude est relevé et porté en avant, et la paume de cette main regarde l'opérateur; le bistouri est aussi tenu et mu de la même manière. Quelquefois, cependant, lorsqu'on veut donner une grande précision à l'incision, on tient l'instrument plus ou moins près de la pointe, comme une plume à écrire; dans ce dernier cas, les deux derniers doigts servent de point d'appui à la main gauche, et la ponction se fait par l'extension des doigts qui tiennent la lame; le poignet est ensuite abaissé, puis relevé pour ramener l'instrument à la perpendiculaire quand l'incision est opérée. Quand on veut pratiquer une incision droite en s'éloignant de soi, ou, comme on le dit, *devant soi*, la main gauche appliquée à plat tire les tégumens vers l'opérateur, la main droite saisit le bistouri comme une plume à écrire, le dos de l'instrument regardant l'intervalle du pouce avec l'indicateur; la main est tournée en pronation, les doigts et le poignet sont alors fortement fléchis, la pointe de l'instrument regarde le chirurgien; c'est dans cette position qu'il fait la ponction et l'incision, qu'il termine par un mouvement d'extension du poignet et des doigts.

Ces incisions simples, combinées entre elles, donnent plusieurs espèces d'incisions : 1° celle en V, qui résulte de la rencontre à angle plus ou moins ouvert de deux incisions droites par une de leurs extrémités; 2° l'incision en T, qui résulte de deux incisions droites, dont l'une s'abaisse perpendiculairement de la partie moyenne de l'autre; 3° l'incision cruciale, qui résulte de la rencontre à angle droit de deux incisions droites qui se croisent à leur partie moyenne. Toutes ces incisions ont pour but de faire selon le besoin, un, deux ou quatre lambeaux, qu'on relève ensuite afin de mettre à découvert des parties sur lesquelles on veut ultérieurement agir plus amplement qu'on ne le pourrait faire à l'aide d'une incision unique. La manière de les pratiquer est si simple, après ce que nous venons de dire, qu'il nous paraît inutile de la décrire ici.

L'incision courbe se pratique en suivant les préceptes qui ont été établis plus haut. La seule différence qu'il y ait entre la manière de la faire et la manière de pratiquer l'incision droite, c'est que, dans l'incision courbe, il faut beaucoup moins coucher le bistouri, parce que cet instrument, dont il faut toujours avoir soin de présenter le tranchant perpendiculairement aux parties qu'il doit diviser, étant disposé suivant une ligne droite, plisserait la peau dans son trajet curviligne, et la diviserait obliquement à son épaisseur, ou produirait une solution de continuité dont les lèvres seraient mâchées; d'où résulterait, outre l'imperfection dans l'exécution, des douleurs beaucoup plus vives que quand l'incision est nette.

De la rencontre à angle aigu et à leurs deux extrémités de deux incisions courbes qui se regardent par leur concavité, résulte l'incision composée, qu'on appelle incision elliptique. On la pratique suivant les mêmes règles; seulement lorsque sa direction générale est transversale, il faut toujours

commencer par l'incision semi-elliptique inférieure, parce que, si l'on agissait autrement, le sang masquerait le lieu sur lequel on doit pratiquer cette seconde incision, et gênerait l'opérateur.

Dans les incisions qui viennent d'être décrites, la ponction faite, la pointe de l'instrument suit en général le tranchant, et celui-ci appuie sur les tissus qu'il divise; dans les incisions de dedans en dehors, au contraire, la pointe de l'instrument continue en général de marcher en avant de la lame, et le tranchant soulève les parties avant de les diviser.

Dans quelque sens qu'on dirige ces incisions, la main gauche tend les parties exactement de la même manière que lorsqu'il s'agit d'inciser de dehors en dedans; la tenue du bistouri est seule changée.

Quand on veut pratiquer de *dedans en dehors* une incision dirigée de droite à gauche, le bistouri est saisi entre le pouce et le doigt médium près de la partie moyenne de sa longueur, l'indicateur est allongé sur le côté de la lame, les deux derniers doigts recourbés fixent le manche dans la paume de la main, et le tranchant de l'instrument est tourné en haut; le poignet, fortement élevé et porté en pronation, présente la pointe aux parties tout près du bord cubital de la main gauche, et l'y fait pénétrer jusqu'à la profondeur requise; le manche de l'instrument est alors abaissé, le bistouri poussé de droite à gauche, la pointe la première, et lorsqu'on juge que celle-ci est parvenue au point où l'on veut que l'incision se termine, on relève de nouveau le manche par l'élévation du poignet, et on le ramène à la direction perpendiculaire.

C'est encore de la même manière qu'on tient l'instrument lorsqu'on veut inciser directement devant soi; la direction qu'on lui imprime est seule changée; les temps de l'incision sont les mêmes. Quand on veut inciser de gauche à droite,

on peut prendre le bistouri à pleine main, le pouce placé sur un des côtés, à une distance plus ou moins considérable de la pointe, l'indicateur correspondant à la face opposée, les autres doigts recourbés sous le dos de la lame et sous le bord correspondant du manche, le tranchant étant dirigé vers l'intervalle du pouce et de l'indicateur; portant alors la main en supination, on présente la pointe aux parties, et le tranchant se trouve dirigé à droite. On prend encore le bistouri d'une autre manière: le pouce placé sur le point d'union de la lame et du manche, l'indicateur sur la face opposée, les autres doigts successivement appliqués sur le côté de la lame qui correspond à l'indicateur; la pointe de l'instrument, tournée à droite, correspond au petit doigt, qui reste ordinairement libre, et son tranchant se trouve dirigé du côté de la paume de la main. Celle-ci étant portée en demi-pronation, présente la pointe perpendiculairement aux tissus pour faire la ponction; le manche est ensuite incliné de droite à gauche, l'instrument poussé de gauche à droite, et le poignet, ramené en demi-pronation, peut replacer le bistouri dans la direction perpendiculaire quand l'incision est achevée. Quand on veut inciser vers soi, on tient l'instrument et on s'en sert de la même manière, seulement sa pointe est tournée directement vers l'opérateur.

Quelquefois aussi, au lieu de placer les doigts sur ses faces, on les place sur ses bords. Ainsi le pouce est placé sur le bord du talon de la lame, l'indicateur sous le bord opposé du manche, les deux doigts suivans sous le dos de la lame, le petit doigt reste libre.

Lorsque les tégumens se détachent facilement des parties sous-jacentes, et qu'on a intérêt à ménager celles-ci, on commence par faire à la peau un pli plus ou moins élevé, dans une direction perpendiculaire à celle qu'on veut donner à l'incision; on confie l'une des extrémités de ce pli à un aide, et

tandis que soi-même on en fixe l'autre extrémité de la main gauche, on l'incise, soit de dehors en dedans, c'est-à-dire de son sommet vers sa base, soit de dedans en dehors : dans ce dernier cas, on traverse la base du pli avec le bistouri, et on l'incise de l'intérieur à l'extérieur.

Enfin, lorsqu'on veut inciser *en dédolant*, afin de ménager certaines parties qu'on veut découvrir, on peut, ou saisir avec des pinces à disséquer de petites portions de tissu cellulaire, qu'on enlève lame par lame avec un bistouri tenu à plat, et dont on relève le tranchant aussitôt qu'il a divisé la lame saisie, en faisant tourner l'instrument entre les doigts en même temps qu'on le tire pour le faire couper, ou bien, lorsque la disposition des parties permet d'inciser à grands traits, en tenant le bistouri, soit comme pour inciser de dehors en dedans et de gauche à droite, soit comme pour inciser de dehors en dedans et devant soi, et en portant la main alternativement en pronation et en supination, pour le présenter toujours à plat aux parties qu'on veut diviser.

Dans quelques cas, le bistouri a besoin d'être guidé dans sa marche d'une manière plus sûre que ne le peut faire la main qui le tient : le conducteur le plus sûr qu'on puisse lui donner est l'indicateur de la main gauche, toutes les fois qu'il existe une ouverture capable de le recevoir. Ce doigt étant bien graissé et introduit jusqu'à ce qu'on sente distinctement le lieu sur lequel doit porter l'incision, comme par exemple, la bride formée par les aponévroses qu'il s'agit de diviser dans les plaies compliquées ou menacées d'étranglement, on introduit à plat, le long de sa face palmaire, un bistouri boutonné, droit ou courbe, et lorsque son extrémité est engagée au-dessous de la bride qu'on veut diviser, on relève le tranchant, et le tournant vers elle, on le fait agir, soit en appuyant sur le dos de l'instrument et sur son bouton, à l'aide du doigt qui a servi de

conducteur, soit en prenant un point d'appui sur cet organe, qui reste alors immobile, pour relever le manche du bistouri, et lui faire faire avec lui un angle plus ou moins ouvert, dont le sommet réponde au lieu où le bouton de l'instrument appuie sur sa pulpe.

Lorsque le doigt ne peut servir, il faut faire usage d'une sonde cannelée; c'est une tige d'acier ou d'argent, terminée d'un côté par une plaque, mousse à l'extrémité opposée, et creusée dans toute sa longueur par une rainure profonde, fermée ou non par un cul-de-sac. Pour s'en servir, on la saisit par sa plaque entre le pouce et l'indicateur de la main droite, et tandis que la gauche fixe les parties, on l'introduit jusqu'à la profondeur nécessaire; alors la main gauche tournée en supination est placée en travers sous l'instrument, et tandis que le doigt indicateur correspondant à la plaie sert de point d'appui, le pouce appuie sur la plaque, et transforme la sonde cannelée en un levier du premier genre, sur lequel les parties qu'on veut diviser sont fortement tendues. On s'assure qu'aucun vaisseau ou nerf considérable n'est placé sur la cannelure de la sonde, et l'on fait glisser sur elle un bistouri tenu comme pour inciser de dedans en dehors. Lorsque le tranchant est suffisamment engagé au-dessous des parties qu'on veut couper, on relève le manche en appuyant la pointe de la lame sur la cannelure de la sonde, et l'on retire en même temps les deux instrumens. Le doigt est alors introduit dans la plaie, pour s'assurer si le débridement a une étendue suffisante. En général, il est bien fait, si le trajet de la plaie n'est plus traversé par aucune production fibreuse, et lorsqu'il a la forme d'un cône, dont la base correspond à l'extérieur. Quand il s'agit d'une plaie d'arme à feu qui a traversé de part en part une partie charnue et bridée par de fortes aponévroses, il faut débrider des deux côtés, et donner à la plaie la

forme de deux cônes adossés par leur sommet, et à la réunion desquels les deux doigts indicateurs introduits de chaque côté se rencontrent avec facilité. Quelquefois on fait usage de la sonde cannelée pour soulever l'une après l'autre les diverses couches de tissu cellulaire qui recouvrent une artère ou quelque autre partie importante qu'on veut ménager; dans ce cas, il est nécessaire que l'extrémité de cet instrument soit un peu aiguë, et il est inutile qu'elle présente un cul-de-sac; on pique la lame de tissu cellulaire, on fait courir au-dessous d'elle la sonde cannelée, on la traverse de nouveau à la distance où l'on veut arrêter la division, et on l'incise en faisant courir rapidement dans la cannelure de la sonde un bistouri tenu comme il vient d'être dit, ou, si l'on veut, comme pour inciser de dehors en dedans. D'autres fois, on veut mettre à découvert tout le trajet d'une plaie qui a deux ouvertures. Il faut alors introduire la sonde cannelée par l'une d'elles, la pousser jusqu'à ce que son extrémité vienne sortir par l'autre, et inciser toute l'épaisseur des parties qu'elle embrasse. D'autres fois enfin on a pour but de faire une contre-ouverture; nous avons dit, en parlant des abcès, comment on devait faire cette opération.

Quand il s'agit d'inciser une partie mince, mobile, difficile à tendre et à fixer, on doit se servir des ciseaux préférablement au bistouri. Les chirurgiens ont singulièrement varié la forme de ces instrumens. Les uns sont droits, d'autres sont courbes ou coudés sur leurs faces ou sur leurs bords; leur grandeur est également très-variable. Mais quelles que soient leurs dimensions et leurs formes, qu'on les fasse agir seuls, ou qu'on les guide avec le doigt ou au moyen d'une sonde cannelée, la manière de s'en servir est toujours la même, et elle est si connue, qu'il nous paraît superflu de la décrire ici.

*Excision.* L'excision est une opération si simple, qu'il est

inutile de la décrire. On la pratique, soit à l'aide d'un bistouri, soit à l'aide de ciseaux, et toujours d'un seul coup.

*Amputations.* L'amputation est, avons-nous dit, l'opération par laquelle on retranche une partie ou la totalité d'un membre. On la pratique dans la continuité des membres ou dans leur contiguïté.

*Amputation des membres dans leur continuité.* Il fut un temps où, dans l'intention d'arrêter l'écoulement du sang à mesure que les vaisseaux étaient divisés, on se servait, pour exécuter cette opération, de couteaux rougis au feu. On imagina aussi de couper d'abord les chairs et l'os, soit à l'aide du couteau et de la scie, soit, lorsque le membre était d'un petit volume, avec une tenaille incisive qui le tronquait d'un seul coup, soit en plaçant la partie que l'on voulait retrancher sur un billot, et en l'abattant à l'aide d'un fort ciseau sur lequel on frappait avec un maillet, ou à l'aide d'une espèce de hache chargée d'un poids que l'on faisait tomber d'une certaine hauteur, et l'on arrêtait ensuite l'hémorrhagie par le moyen du cautère actuel, ou par l'application de substances astringentes. Depuis Ambroise Paré, on oppose la ligature des vaisseaux aux hémorrhagies. Vers le milieu du siècle dernier on ne se servait plus des tenailles ni des ciseaux, mais on coupait encore d'un seul coup les parties molles jusqu'à l'os, et l'on opérant la section de celui-ci au niveau de l'incision extérieure, ou à peu près, bien que Celse eût déjà donné le conseil de détacher les chairs adhérentes à l'os, et de le scier le plus haut possible.

Ces différentes manières d'amputer, en opérant à la même hauteur la section des muscles à fibres longues et celle des muscles à fibres courtes, avaient pour résultat commun un moignon d'une forme conique, peu propre à la formation d'une bonne cicatrice. En effet, les muscles superficiels dont les