

un séton d'argent. « C'est une chaîne très lisse, terminée par un bouton à l'une de ses extrémités, et portant à l'autre une vis sur laquelle se fixe un petit tenon plat que l'on remplace ensuite par un bouton semblable à celui de l'autre extrémité, afin que la chaîne ne puisse plus repasser par les ouvertures des téguments. Il va sans dire que l'on dévisse aisément ce second bouton lorsqu'on veut retirer la chaîne et fermer le séton. On devine également que cette chaîne présente une longueur suffisante pour pouvoir changer chaque jour la portion logée dans la plaie.

» Il est des ophthalmies remarquables par leur tendance à la récurrence, qui après avoir cédé une ou plusieurs fois au séton, se produisent encore à des intervalles plus ou moins éloignés. Il serait pénible de garder alors, pendant des années, un séton suppurant, uniquement pour prévenir une rechute qui peut ne pas avoir lieu, et, d'un autre côté, quelle que soit la simplicité de l'opération, il est fâcheux d'exposer les malades à la subir aussi souvent. Le meilleur parti à prendre dans ces circonstances est de leur faire porter, après la guérison, une très petite chaîne métallique, sorte de *séton d'attente*, qui ne fait que conserver un trajet fistuleux sous-cutané prêt à recevoir, au besoin, un cordonnet ou une mèche plus active. Il se passe, dans ce cas, ce que l'on observe dans l'usage des boucles d'oreilles. La suppuration cesse complètement; il se forme une cicatrice sèche autour du corps étranger, dont la présence n'incommode nullement le malade et n'exige que quelques soins de propreté. »

Tel est le séton que l'on emploie comme exutoire. Nous avons vu en commençant qu'on s'en servait encore soit pour dilater les canaux naturels rétrécis, tels que le canal nasal, celui de Sténon dans des cas de fistules lacrymales ou salivaires, soit pour déterminer l'inflammation dans la cavité des kystes, afin de favoriser leur oblitération en les faisant suppurer. Les diverses opérations que nécessite l'application de ces sétons ne sont point du ressort de la petite chirurgie, aussi ne doivent-elles pas trouver place ici; quant à leurs pansements, ils sont très simples et se font de la même manière que pour le séton ordinaire.

Des mèches, des tubes à drainage sont introduits quelquefois dans les plaies dans le but de faciliter la sortie des corps étrangers: telles sont, par exemple, les plaies d'armes à feu compliquées de la présence de corps étrangers: projectiles,

fragments de boutons ou de vêtements, esquilles, etc. D'autres fois, c'est pour faciliter la sortie du pus qui s'accumule dans les anfractuosités de la plaie qu'on y introduit des tubes à drainage; quoi qu'il en soit, ces espèces de pansements ne sont guère autre chose que des sétons, nous en avons déjà parlé<sup>1</sup>.

## CHAPITRE XIV

### INCISIONS

On donne le nom d'*incisions* aux solutions de continuité faites par un instrument tranchant. Les incisions constituent à elles seules plus de la moitié de la médecine opératoire, car il est rare de pratiquer une opération chirurgicale sans qu'il soit besoin d'inciser les parties molles. L'ouverture des abcès, l'ablation des tumeurs, les amputations, etc., ne sont autres que des incisions plus ou moins complexes.

Les incisions peuvent être faites avec un très grand nombre d'instruments, mais les plus employés sont le bistouri et les ciseaux. Nous ne nous occuperons ici que de celles qui sont pratiquées avec ces deux instruments.

#### § 1. — Des incisions faites avec le bistouri.

A. *Bistouri*. — On donne le nom de *bistouri* à des instruments ayant à peu près la forme d'un couteau, composés d'une lame longue de 8 à 12 centimètres environ, et reçue dans un manche de même longueur. Les deux pièces du bistouri s'articulent de manière à pouvoir jouer l'une sur l'autre, afin que le tranchant et la pointe puissent être reçus entre les deux lames de corne, d'écaille ou d'ivoire qui forment le manche.

Le bistouri ne doit pas s'articuler à ressort; car lorsqu'on le ferme, la lame vient frapper trop brusquement le manche et peut s'émousser; mais un autre inconvénient, c'est que le ressort d'acier situé au dos de l'instrument forme la base d'une gouttière dont les parties latérales, constituées par les deux faces du manche, empêchent de nettoyer convenablement le

1. Voyez *Drainage chirurgical*, p. 573.



bistouri. Si au contraire les deux lames sont isolées sur le dos et sur le ventre de l'instrument, il est facile d'essuyer entièrement leur face interne, en passant une compresse entre elles deux.

Comme il est important que la lame du bistouri soit solidement fixée sur le manche, de manière qu'il ne puisse s'ouvrir ou se fermer sans la volonté du chirurgien, l'extrémité adhérente de la lame, appelée *talon*, présente deux échancrures, l'une en avant, l'autre en arrière, dans lesquelles une petite tige métallique, mobile dans une mortaise pratiquée sur le dos des deux lames du manche, vient s'engager quand on veut tenir l'instrument ouvert ou fermé.

Il y a un très grand nombre de bistouris; la différence qui existe entre eux tient à la forme de leur lame. Nous ne parlerons que des trois formes le plus souvent employées, les autres bistouris étant en usage pour des opérations compliquées dont il ne doit pas être question dans cet ouvrage. Ces bistouris sont : 1° Le *bistouri droit* (fig. 415). C'est celui dont le

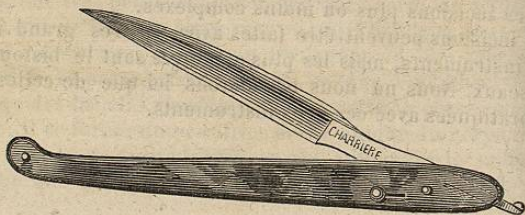


FIG. 415. — Bistouri droit.

tranchant est droit, la pointe se trouvant tout à fait au sommet du bord tranchant, ou bien celui dont le tranchant est légèrement convexe, de telle sorte que la pointe se trouve à la partie moyenne de la lame et forme le sommet de son axe. 2° Le *bistouri convexe* (fig. 416) est celui dont le tranchant est convexe et le dos droit; la pointe est en arrière au sommet du dos de l'instrument. Ce bistouri, ne devant couper qu'avec la partie convexe du tranchant, peut être mousse sur ses deux bords, dans son tiers inférieur. 3° Le *bistouri boutoné* (fig. 417) est celui dont la lame est droite, étroite, tranchante par un de ses bords, et terminée à son sommet par un bouton mousse ou en forme d'olive qui remplace la pointe.

Afin que les bistouris tiennent moins de place dans les trousses, on peut faire supporter deux lames par un même

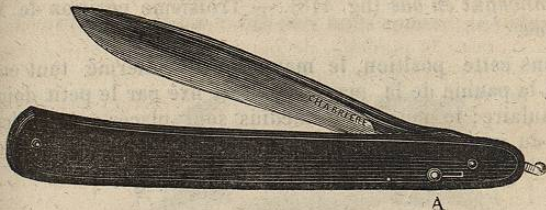


FIG. 416. — Bistouri convexe.

manche.

Les bistouris qui ne peuvent se fermer sont désignés sous

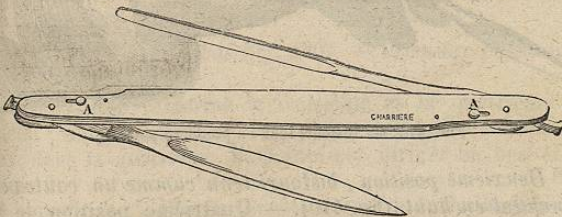


FIG. 417. — Bistouri droit et boutoné.

le nom de *couteaux* : tels sont les couteaux à amputation, à cataracte; ou bien sont appelés *scalpels*. Ces derniers sont, pour le volume et la forme, tout à fait semblables aux bistouris; leur lame est cependant un peu moins longue.

Le dos des bistouris, au lieu de se terminer, comme le dos des couteaux, par une surface plane sur les deux bords de laquelle se trouvent deux arêtes, doit présenter à sa partie moyenne une arête seulement. Ces deux bords doivent être mous; de cette manière le bistouri peut glisser facilement dans la rainure d'une sonde cannelée.

B. *Manière de tenir le bistouri.* — Il y a trois manières principales de tenir le bistouri : 1° comme un couteau de table; 2° comme une plume à écrire; 3° comme archet. Mais il



existe quelques nuances dans chacun de ces trois modes, nous allons les indiquer en leur donnant le nom de *positions*.

1° *Première position : bistouri tenu comme un couteau, le tranchant en bas* (fig. 418). — Troisième position de Malgaigne.

Dans cette position, le manche est renfermé tout entier dans la paume de la main, où il est fixé par le petit doigt et l'annulaire; le pouce et le médius sont placés sur l'articulation du manche avec la lame; l'indicateur appuie sur le dos, C'est la position la plus fréquente.

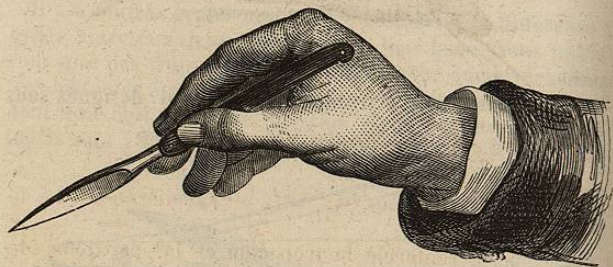


FIG. 418. — Bistouri tenu en première position.

2° *Deuxième position : bistouri tenu comme un couteau, le tranchant en haut* (fig. 419). — Quatrième position de Malgaigne.

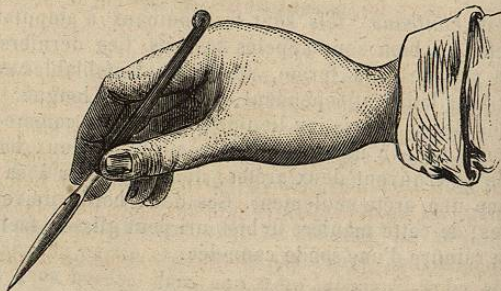


FIG. 419. — Bistouri tenu en deuxième position.

Cette position est la même que la précédente; seulement le

tranchant, au lieu d'être dirigé vers les tissus, est tourné dans le sens contraire; le doigt indicateur est placé sur le côté externe de la lame.

3° *Troisième position : bistouri tenu comme une plume à*

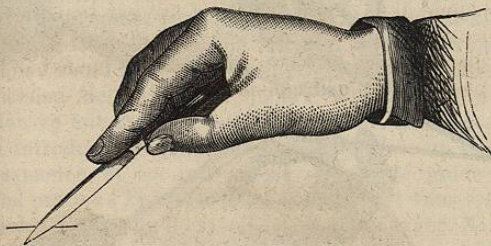


FIG. 420. — Bistouri tenu en troisième position.

*écrire, le tranchant en bas* (fig. 420). — Première position de Malgaigne.

Cette position renferme la troisième et la quatrième de Velpeau : dans la troisième, la pointe est dirigée en bas et en avant; dans la quatrième, la pointe est dirigée en bas et en arrière.

Le manche fait saillie sur le côté dorsal de la main; le pouce et l'indicateur saisissent l'instrument à l'articulation de la lame avec le manche; le médius est appliqué sur une de ses faces, les deux derniers doigts sont libres et servent à prendre un point d'appui.

4° *Quatrième position : bistouri tenu comme une plume à écrire, le tranchant en haut* (fig. 421). — Deuxième position de Malgaigne, cinquième de Velpeau. — Le tranchant est dirigé dans le sens du plan dorsal des doigts; le pouce et le médius saisissent l'instrument à l'articulation avec le manche, l'indicateur est appliqué contre une des faces de la lame.

5° *Cinquième position : bistouri tenu comme un archet* (fig. 422). — Sixième position de Velpeau.

Le bistouri est tenu sur une des faces par le pouce appliqué sur son articulation, et par les quatre autres doigts appliqués sur la face opposée; le manche de l'instrument est tout en-



tier dans la paume de la main. Le tranchant peut être dirigé :  
1° *en bas*, pour faire des scarifications, ouvrir de larges abcès

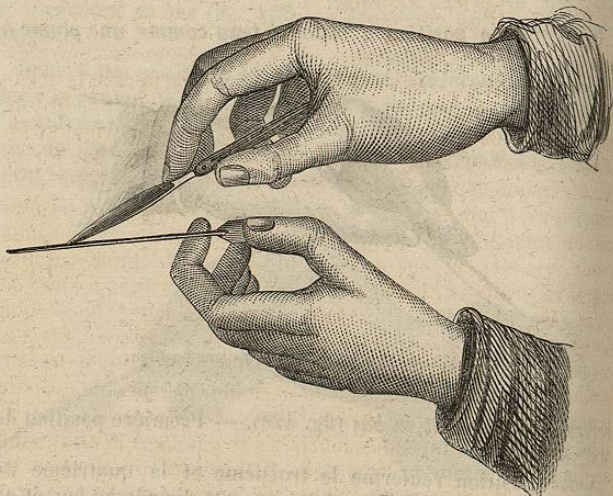


FIG. 421. — Bistouri tenu en quatrième position.

superficiels; 2° *en haut*, pour couper des brides légères, des

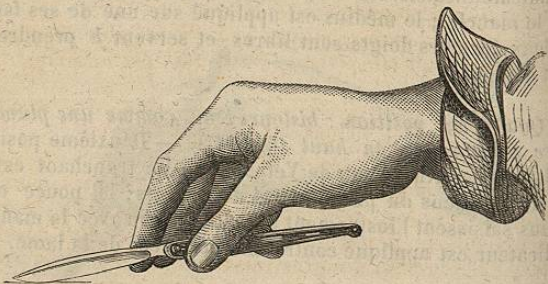


FIG. 422. — Bistouri tenu en cinquième position.

aponévroses sur la sonde cannelée; 3° à droite et à gauche : dans ce cas, le bistouri, au lieu d'être maintenu par les

faces, est soutenu par le ventre et par le dos. Il sert à couper couche par couche et horizontalement, quand on craint de blesser quelque organe sous-jacent. On appelle cette manière de couper, *couper en dédolant*.

C. *Des diverses incisions.* — Il y a plusieurs manières de faire les incisions avec le bistouri : ou bien on appuie le tranchant de l'instrument sur les parties à inciser, c'est-à-dire de dehors en dedans, ou bien on fait pénétrer l'instrument en plongeant d'abord la pointe au milieu des parties molles et l'on fait l'incision de dedans en dehors. Cette dernière espèce d'incision se fait avec ou sans conducteur. Dans le premier cas, on introduit préalablement dans la plaie un stylet, une sonde cannelée, et cet instrument servant de guide au bistouri, on pratique l'incision plus sûrement et sans crainte de blesser des parties qu'il est important de ménager. Nous nous occuperons plus loin des incisions faites sur des conducteurs.

Les incisions sont *simples* lorsqu'elles sont faites dans une même direction et qu'on peut les terminer par un seul coup de bistouri. Elles sont *complexes* dans le cas contraire.

La plupart des incisions sont faites de *gauche à droite* quand on dirige la pointe ou le manche du bistouri directement en travers, en fléchissant les doigts, le poignet ou l'avant-bras préalablement étendu; on peut les pratiquer de la même manière de *droite à gauche*, mais alors on doit tenir le bistouri de la main gauche. On dit qu'elles sont faites *contre soi*, lorsque le bistouri est ramené du point de départ vers l'opérateur; *devant soi*, dans le cas contraire.

La position du chirurgien par rapport au malade a dû nécessiter ces modifications dans la direction des incisions.

#### 1° Des incisions simples.

Les incisions simples sont le plus souvent droites, plus rarement courbes; à moins d'indications spéciales, elles doivent être parallèles au grand diamètre de la partie que l'on veut inciser, à la direction des gros vaisseaux et des gros troncs nerveux, à la direction des fibres musculaires, aux replis naturels des téguments. C'est ainsi qu'elles doivent être longitudinales sur les membres; parallèles aux fibres du muscle grand pectoral, sur la poitrine; parallèles aux filets du nerf facial, qu'il est important de ne pas blesser, à la face; dans