

la direction des plis naturels de la peau, à la plante du pied et à la main.

Il serait trop long d'énumérer la direction que doivent avoir les incisions sur les diverses parties du corps; ce que nous venons d'en dire doit suffire, surtout quand on possède des connaissances anatomiques assez précises, pour que jamais il n'y ait d'erreur grave et que l'on n'ait à déplorer un accident. Toutefois, à cause du siège qu'occupe la maladie, des parties importantes peuvent être lésées dans les incisions simples; c'est alors qu'il faut user de précautions très grandes, telles que de couper sur des conducteurs, d'inciser en dédolant, ou bien couche par couche, de dehors en dedans, en promenant très légèrement l'instrument sur la partie que l'on veut sectionner.

Pour pratiquer des incisions, on doit tendre la peau; ce qui peut se faire de plusieurs manières :

1<sup>o</sup> Avec le bord cubital de la main gauche, le pouce du même côté tirant en sens inverse. Cette méthode est un peu gênante pour le chirurgien, mais elle est plus sûre; car de cette manière il peut tendre également la peau sur toute la partie qu'il veut inciser, et les lèvres de la solution cutanée sont toujours parallèles à celles des parties profondes.

2<sup>o</sup> Une autre méthode tout aussi sûre, mais loin d'être applicable à tous les cas, consiste à saisir à pleine main les parties situées au-dessous du point qu'on veut inciser. Elle ne peut être mise en usage que pour le testicule ou pour les membres : encore faut-il que ceux-ci soient peu volumineux.

3<sup>o</sup> On applique la pulpe des quatre doigts sur la même ligne et dans le sens que doit parcourir le bistouri. La peau est, par cette méthode, solidement fixée; les ongles mêmes offrent un point d'appui à l'instrument. Mais ce procédé ne pourrait servir si l'on devait inciser sur des téguments mous, car la tension n'est possible que d'un seul côté. On pourrait, il est vrai, faire tendre l'autre côté par un aide : mais on n'est jamais aussi sûr d'un aide qu'on le serait de soi-même; il vaudrait donc mieux, si cela était possible, employer le premier procédé. Toutefois, si l'on avait à enlever une tumeur volumineuse ou à faire une incision trop étendue, cette méthode serait préférable à toutes les autres.

4<sup>o</sup> Quant à celle qui consiste à faire tendre les téguments par un ou plusieurs aides, elle ne peut être employée que dans les cas exceptionnels dont nous venons de parler, et lorsque l'opération doit être assez compliquée pour que le

chirurgien ait besoin de l'entière liberté de ses mains.

5<sup>o</sup> Enfin, on peut inciser sur un pli de la peau. Nous avons vu, en décrivant le séton, comment on faisait ce pli et comment on en faisait tenir l'une des extrémités; le procédé est exactement le même pour l'incision. On peut l'exécuter de deux manières : soit en coupant du talon du bistouri vers la pointe, l'instrument étant tenu en cinquième position, le tranchant en bas; soit en faisant une ponction comme pour le séton, et le tranchant de l'instrument étant dirigé en haut; on coupe des parties profondes vers la superficie, de la pointe vers le talon. Il va sans dire que les incisions faites de cette manière sont perpendiculaires au pli des téguments et que la grandeur de l'incision est toujours double de la hauteur du pli.

a. *Incisions de dehors en dedans.* — Dans cette espèce d'incision, nous distinguerons quatre temps : 1<sup>o</sup> ponction, 2<sup>o</sup> abaissement de la lame, 3<sup>o</sup> la section, 4<sup>o</sup> l'élévation. Ces différents temps de l'incision sont à peine séparés les uns des autres. Ainsi, le bistouri étant tenu en troisième position et sa pointe étant plongée dans les tissus, on fait subir à l'instrument un léger mouvement d'abaissement, et l'on termine l'incision par un mouvement d'élévation, mais en sens inverse; on évite de cette manière des queues, qui, à la vérité, ne présentent pas grand inconvénient, mais qui prolongent inutilement la solution de continuité.

On peut faire les incisions de dehors en dedans avec un bistouri convexe ou avec un bistouri droit. Le premier coupe mieux, fait éprouver peut-être moins de douleur au malade; mais le bistouri droit a sur lui l'avantage de pouvoir couper plus longtemps lorsqu'il y a de longues dissections à faire; car, dans ces cas, la pointe de l'instrument doit surtout servir, tandis que c'est principalement le ventre qui agit dans le bistouri convexe.

L'instrument peut être tenu en première, en troisième ou en cinquième position.

Dans le premier cas, l'incision peut être faite d'une manière plus égale; il n'y a presque pas de crainte de faire des queues, le bistouri agit surtout de la pointe; dans le second, l'instrument agit également de la pointe, mais l'opérateur se sert de son petit doigt comme de point d'appui; il expose moins à blesser les parties sous-jacentes; enfin, dans le troisième, il coupe par le ventre comme un rasoir, il pénètre moins bien et moins vite.

b. *Incisions de dedans en dehors.* — Elles peuvent être faites avec ou sans conducteur.

1° *Sans conducteur*, les incisions peuvent être faites *devant soi* ou *contre soi*. Si on les fait *devant soi*, on engage le bistouri à travers les téguments par une ponction; l'instrument étant tenu en deuxième ou en quatrième position, on lui imprime un mouvement d'élévation et l'on coupe du talon vers la pointe, ou bien on peut traverser la peau une seconde fois et terminer l'incision en dirigeant l'instrument *contre soi*, c'est-à-dire de la pointe vers le talon.

Si l'on veut faire l'incision *contre soi*, on plonge l'instrument par ponction comme dans le cas précédent, le bistouri tenu en quatrième position, la pointe dirigée en arrière, c'est-à-dire vers l'opérateur; lorsqu'il a suffisamment pénétré dans les tissus, on le ramène rapidement à la perpendiculaire; on dégage ainsi la pointe, qui, lorsque l'incision est terminée, est dirigée en avant et le tranchant en bas.

S'il existait une ouverture préalable, quelle que soit celle des deux espèces d'incisions à laquelle le chirurgien ait donné la préférence, il faudrait autant que possible engager la pointe de l'instrument dans cette ouverture.

2° *Avec conducteur.* A moins que l'opération ne soit très facile, lorsqu'il existe une ouverture, on glisse un conducteur dans la solution de continuité. Si le trajet était assez grand, on pourrait y introduire le doigt indicateur; dans le cas contraire, il faudrait glisser ou une sonde cannelée ou un stylet cannelé. La sonde étant engagée jusqu'au fond du trajet fistuleux, on appuie fortement le pouce de la main gauche sur la plaque, de manière à en faire saillir la pointe. Si la sonde est munie d'un cul-de-sac, il faut, lorsque la pointe du bistouri est arrivée à l'extrémité, renverser le bistouri et couper du talon vers la pointe; ou bien encore faire une incision transversale sur le bec de la sonde, la dégager par cette incision, et conduire le bistouri sur toute la longueur de la cannelure de la pointe vers le talon, l'instrument étant maintenu pendant toute l'opération en deuxième, en troisième ou en cinquième position, le tranchant tourné en haut.

S'il n'existait pas de cul-de-sac, on pourrait agir comme précédemment; mais il vaudrait mieux conduire le bistouri au delà de l'extrémité de la sonde, de manière à traverser les téguments, et inciser ou devant soi, du talon vers la pointe, ou contre soi, de la pointe vers le talon.

Quand on fait des incisions sur des conducteurs, il faut toujours se servir de bistouris droits; car les bistouris convexes, ayant leur pointe très fortement renversée en arrière, ne pourraient pas traverser aussi facilement les téguments.

## 2° Incisions composées.

Les incisions composées, n'étant formées que par la réunion de plusieurs incisions simples, sont soumises aux mêmes règles: ainsi elles peuvent être faites devant soi ou contre soi, de droite à gauche, de gauche à droite, de dehors en dedans ou de dedans en dehors, avec ou sans conducteurs. Nous allons en examiner quelques-unes.

1° Les *incisions en V* résultent de deux incisions droites, qui viennent se réunir à angle aigu vers la partie la plus déclive. L'*incision en L* est celle dont les incisions se réunissent à angle droit. On la pratique quand on a besoin de dénuder des os, ou des parties molles sur lesquelles on veut opérer; elles n'intéressent en général que la peau.

Pour une incision en V, on fait une première incision droite, comme nous l'avons dit plus haut; la seconde doit commencer par la base du V. En effet, si l'on commençait par la pointe du V, le bistouri enroulerait la peau, nécessairement mal soutenue, et l'incision se ferait difficilement ou mal; au contraire, dans le sens inverse, l'instrument tranchant tend la peau au fur et à mesure qu'il s'avance vers l'extrémité de l'incision. Il faut avoir soin, dans cette espèce d'incision, de couper entièrement la peau vers le point où les deux branches du V viennent se rencontrer: cela est indispensable lorsque l'on veut déséquer le lambeau; on doit encore éviter de faire des queues, qui font souffrir le malade sans nécessité.

2° L'*incision cruciale* ou *en croix* est formée par deux incisions simples qui se coupent à angle droit. L'*incision en X* est absolument la même que l'incision cruciale; elle n'en diffère qu'en ce que les deux incisions se coupent à angle aigu.

On les pratique dans les mêmes circonstances que les précédentes, et surtout quand on a besoin de mettre à découvert une tumeur peu volumineuse que l'on veut enlever, ou bien quand il faut ouvrir largement un foyer purulent ou un anthrax.

Pour une incision cruciale, on fait une première incision

droite comme nous l'avons vu précédemment, puis une deuxième perpendiculaire à la première, dirigée vers elle, enfin une troisième, dirigée toujours vers la première incision et venant la rencontrer au même point que la deuxième. Le même inconvénient que nous avons signalé pour l'incision en V se rencontrerait si l'on faisait les deuxième et troisième incisions des parties déjà coupées vers celles qui ne le seraient pas. L'incision cruciale doit donc se faire en trois temps; cependant lorsque la peau est indurée et ne recule pas devant le bistouri, on peut faire en une seule fois l'incision perpendiculaire à la première.

3° L'incision en T ressemble beaucoup à la précédente; elle se fait dans les mêmes circonstances et de la même manière, c'est-à-dire en dirigeant la seconde incision perpendiculairement à la première, de la circonférence vers la solution de continuité; elle se fait donc en deux temps.

4° L'incision elliptique, ainsi nommée à cause de sa forme en ellipse, est souvent pratiquée lorsqu'on veut enlever une partie des téguments malades ou sains recouvrant une tumeur très volumineuse; elle est formée par la réunion de deux incisions courbes.

L'incision inférieure doit être faite la première; un aide soutient la tumeur, le chirurgien tend la peau à la partie inférieure: l'incision supérieure doit être faite ensuite. Le chirurgien tend alors la peau en pressant sur la tumeur, tandis que l'aide tend la partie supérieure. Quand cette incision doit être d'une certaine longueur, l'aide doit faire attention à suivre le bistouri de l'opérateur et tendre la peau au fur et à mesure qu'il en est besoin.

Quelques praticiens ont conseillé de commencer cette espèce d'incision par la partie supérieure; ils évitent par ce moyen de couper deux fois des filets nerveux, et épargnent de cette manière une douleur assez grande au malade. Ce précepte est bon; mais il faut remarquer que le sang qui s'écoule de l'incision supérieure gagne les parties déclives et empêche le chirurgien de voir convenablement. D'ailleurs la douleur, souvent supprimée par l'anesthésie, n'est pas tellement considérable qu'il faille lui sacrifier un procédé qui a l'avantage incontestable de rendre l'opération plus facile et plus sûre, en permettant au chirurgien d'apercevoir parfaitement les points sur lesquels il porte l'instrument tranchant.

Il arrive quelquefois que l'on marque avec de l'encre la ligne que doit suivre le bistouri. Cette précaution est complètement inutile, à moins que l'on ne fasse l'opération dans des régions où la lésion de quelque organe important pourrait causer des accidents graves; d'ailleurs la ligne d'encre ne sert pas à grand'chose même dans ces circonstances.

5° L'incision ovulaire, ou mieux en raquette, dont on fait un si fréquent usage dans les amputations, n'est autre chose qu'une incision en V, dont les deux branches sont réunies par une incision courbe.

6° Quant aux incisions en croissant, elles sont moins souvent pratiquées que les précédentes; nous ne nous y arrêtons pas; il est d'ailleurs facile de comprendre comment elles doivent être faites en se conformant aux préceptes que nous avons donnés tout à l'heure.

### 3° Résumé des règles à suivre dans les incisions.

1° Le bistouri doit être bien tranchant, bien propre; sa pointe doit être très acérée, afin que la section des parties cause le moins de douleur possible, et qu'il ne reste pas dans la plaie de corps étrangers qui pourraient en augmenter l'irritation. On a conseillé de graisser l'instrument afin qu'il coule mieux dans les parties; cette pratique est à peu près inutile; une main habile fait glisser le bistouri très rapidement sans qu'il soit besoin de l'oindre d'un corps gras. On a encore conseillé de tremper la lame du bistouri dans l'eau chaude: je ne sais jusqu'à quel point cela est nécessaire. Il est bon cependant d'élever sa température: en effet, s'il ne coupe pas mieux, du moins il cause moins de douleur; car, outre la douleur résultant de l'action de l'instrument tranchant, le malade n'éprouve point celle produite par le contact d'un corps froid avec ses tissus.

2° Les parties sur lesquelles seront faites les incisions doivent être convenablement tendues.

3° Les incisions doivent être dirigées de telle sorte que l'instrument tranchant ne blesse que le moins possible de vaisseaux ou de filets nerveux, que les cicatrices soient aussi peu difformes que possible, et qu'elles ne puissent être tiraillées par la contraction des muscles ou par les mouvements du malade.

4° Le bistouri sera conduit en sciant, car il coupe plus facilement que si l'on se contentait de presser sur les téguments, et les incisions sont moins douloureuses.

5° Les incisions doivent être faites aussi rapidement qu'il est possible, sans compromettre la sûreté de l'opération, afin d'abréger la douleur qu'éprouvent les malades.

6° Du premier coup on donnera aux incisions toute la longueur qu'elles doivent avoir : quant à leur profondeur, cela est souvent impossible, quand on opère en avant de parties dont la blessure ferait courir des dangers au malade. D'ailleurs les incisions au-dessous de la peau sont bien moins douloureuses que celles qui sont faites aux téguments. Les incisions trop longues causent au malade des douleurs inutiles ; celles qui sont trop courtes n'atteignent pas ou atteignent mal le but que l'on se propose en les pratiquant.

7° Les incisions seront commencées sans queues et terminées de même ; car celles-ci sont douloureuses et complètement inutiles.

8° La lame du bistouri doit toujours couper la peau perpendiculairement à sa surface ; les incisions en biseau sont inutiles, plus douloureuses et guérissent moins vite.

9° Le bistouri sera dirigé de telle manière qu'il ne pénètre pas plus profondément que la maladie ne l'exige, et il ne faut jamais faire d'*échappées*, par lesquelles l'opérateur, ses aides et le malade lui-même pourraient être blessés.

10° Quand deux incisions doivent se toucher par un point commun, la seconde doit toujours se terminer sur la première.

11° Quand deux incisions seront faites l'une au-dessous de l'autre, l'inférieure doit être pratiquée la première.

12° Lorsque l'on veut faire plusieurs incisions qui doivent se rencontrer, on commencera par la plus longue ; les autres qui doivent rencontrer la première, devant être faites en plusieurs temps, seront par cela même considérablement raccourcies.

13° Les incisions qui sont pratiquées dans le voisinage d'organes importants doivent être faites lentement, couche par couche. S'il existait préalablement une ouverture, elles seraient faites sur un conducteur. Si enfin on était trop près d'un organe à ménager, il faudrait soulever les parties molles avec des pinces et couper en *dédolant*.

## § 2. — Incisions avec les ciseaux.

Les ciseaux qui servent à faire des incisions sont exactement les mêmes que ceux dont nous avons parlé au commencement de cet ouvrage<sup>1</sup>.

Les ciseaux doivent être tenus de la main droite ; il est fort rare de rencontrer un opérateur qui puisse s'en servir des deux mains, car il faut que les deux lames de cet instrument tombent perpendiculairement l'une sur l'autre, et le défaut d'habitude les fait facilement dévier ; alors elles ne peuvent plus couper les parties molles, surtout celles qui ne sont pas tendues.

Le pouce doit être passé dans un des anneaux, le médius et mieux l'annulaire dans l'autre ; le doigt indicateur placé au-dessous ou sur les parties latérales du point d'entre-croisement des deux lames augmente considérablement la force de l'opérateur (fig. 423). Il ne faut jamais, comme le font les couturières, placer le doigt indicateur dans l'anneau inférieur, l'instrument est bien moins solide.

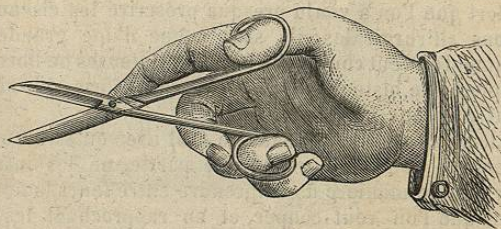


FIG. 423. — Position des ciseaux.

Les ciseaux coupent d'autant mieux que la partie des branches située au delà du point d'appui l'emporte sur la partie tranchante.

Pour pratiquer les opérations, on se sert d'une multitude de ciseaux de toutes les formes, de toutes les dimensions ; nous ne les décrirons pas ici, car les opérations qui nécessitent l'usage de ces instruments ne sont point du ressort de la petite chirurgie ; nous ne signalerons que les ciseaux droits et les ciseaux courbes sur le plat. Les premiers coupent perpendi-

1. Page 2.

culairement aux tissus; les seconds, conduits parallèlement à la surface des plaies, sont principalement employés pour exciser les bourgeons charnus, les tumeurs peu volumineuses, etc.

Nous avons vu tout à l'heure que le bistouri agissait en sciant, mais un peu en pressant, car c'est surtout par la pression que l'on peut obtenir une section parfaitement nette. Or, on a rejeté les incisions faites avec les ciseaux, parce que, disait-on, ceux-ci ne coupent qu'en pressant, et déterminent une contusion en serrant les tissus; parce que l'incision n'est jamais bien nette. Il est facile de démontrer que les lames n'agissent pas en pressant seulement, puisque, lorsque l'on est obligé de les faire reculer, quand on veut couper une partie trop résistante, elles agissent un peu en sciant; la contusion, que l'on a mise en avant pour proscrire les ciseaux, est à peu près chimérique, ou tellement faible, qu'il est inutile d'en parler. En effet, le bec-de-lièvre ne s'opère-t-il pas avec des ciseaux, et cependant les bords de la solution de continuité ne sont pas contus, puisque la plaie se réunit par première intention. Quant à la section, il est facile de voir qu'elle est aussi nette que celle que l'on fait avec le bistouri. Ainsi donc c'est à tort que l'on a voulu presque proscrire les ciseaux des opérations chirurgicales; ils sont même d'une grande ressource quand on veut couper des brides celluleuses ou fibreuses, sur lesquelles le bistouri ne pourrait presque pas agir si elles n'étaient pas convenablement tendues.

Les incisions avec les ciseaux se font avec ou sans conducteur. Lorsque l'on veut couper une partie, on les introduit entr'ouverts, de manière à comprendre entre leurs lames tous les tissus que l'on veut couper, et en rapprochant les deux lames on incise facilement tout ce que l'on veut couper. Si l'on craignait de blesser les parties importantes en glissant la lame inférieure à travers les tissus, on pourrait la conduire sur l'indicateur de la main gauche, ou sur une sonde cannelée placée préalablement dans la plaie.

La section de la peau avec les ciseaux est plus douloureuse que celle faite avec le bistouri; on doit donc, autant que possible, éviter de s'en servir, quand on veut couper un lambeau cutané.

## CHAPITRE XV

## DISSECTIONS

Les *dissections*, en médecine opératoire, ne sont autre chose que des incisions du tissu cellulaire; elles sont souvent le complément des incisions complexes, des incisions en V, cruciales, etc.; lorsqu'on veut détacher un lambeau de peau.

Je ne m'arrêterai pas à décrire longuement ces incisions, qui appartiennent plutôt à la médecine opératoire qu'à la petite chirurgie. Je ferai remarquer seulement que l'on doit conserver le plus possible de tissu cellulaire adhérent aux lambeaux, la peau étant d'autant moins disposée à la gangrène qu'il reste un plus grand nombre de vaisseaux propres à la nourrir.

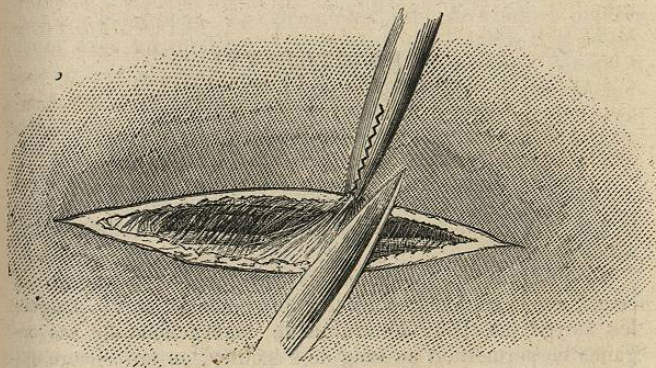


FIG. 424. — Dissection en détolant.

Les dissections doivent être faites autant que possible d'un seul coup, c'est-à-dire d'un bord du lambeau à l'autre; lorsque la peau se trouve unie aux parties sous-jacentes par du tissu cellulaire lâche, le doigt est souvent suffisant par la séparer. Dans le voisinage des vaisseaux, il ne faut pas faire de dissections avec le bistouri, mais bien rompre les bri-