

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.

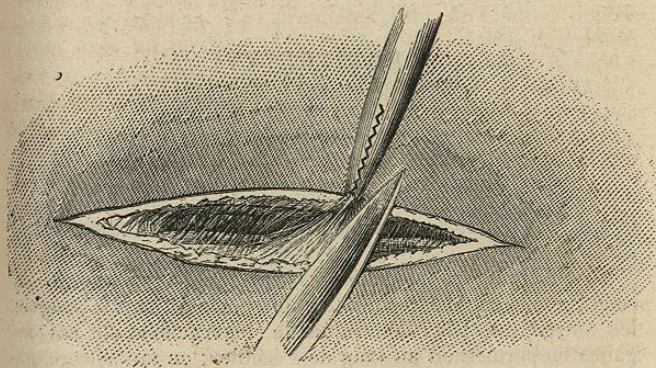


FIG. 424. — Dissection en décolant.

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-

des celluluses en pressant avec l'extrémité d'une sonde cannelée, ou en tirant en sens inverse avec deux pinces tenues de chaque main : c'est ainsi que Gerdy isolait les artères dont il voulait faire la ligature. Enfin dans le voisinage des tumeurs que l'on ne veut pas ouvrir ou dont la blessure serait dangereuse, il ne faut disséquer qu'en dédolant, ou couper les brides celluluses sur la sonde cannelée (fig. 424).

Lorsque l'on veut enlever une tumeur, il faut disséquer sur ses limites et faire attention à ne pas la couper. Dans ce cas, en effet, le liquide qu'elle pourrait contenir s'écoulerait au dehors, et la dissection serait beaucoup plus pénible; ou bien, si la tumeur était solide et de mauvaise nature, il serait à craindre d'en laisser une partie et de la voir plus tard repulluler. Ajoutons qu'il est toujours bien préférable, lorsqu'on le peut, d'énucléer la tumeur, c'est-à-dire de briser avec les doigts les brides qui la fixent aux parties environnantes, et de ne couper avec les ciseaux que les adhérences qui sont trop résistantes pour être déchirées.

CHAPITRE XVI

MOUCHETURES

Les *mouchetures* sont de petites incisions faites aux téguments dans le but de favoriser l'évacuation d'un liquide infiltré ou épanché.

On pratique les mouchetures sur toutes les régions du corps, sur la conjonctive affectée de chémosis, sur la langue, les amygdales, pour déterminer le dégorgeement de ces organes en permettant au sang de s'écouler; on fait encore des mouchetures sur le scrotum infiltré, afin de faire évacuer la sérosité accumulée dans les mailles du tissu cellulaire.

Pour cette petite opération, il suffit d'une aiguille en fer de lance ou d'une lancette que l'on plonge dans les tissus malades perpendiculairement à la surface des téguments, et que l'on retire sans élargir la plaie; on peut se servir encore d'un bistouri à pointe très acéré. Cette petite opération est très facile à exécuter, ne cause aucune douleur, et doit être pratiquée très rapidement.

Les accidents qui peuvent en résulter tiennent non pas à l'opération elle-même, mais bien à l'état des tissus et du malade. En effet, elle est souvent suivie d'*érésipèle* qui se termine quelquefois par la gangrène de la peau; or cela résulte de ce que celle-ci est distendue, amincie, ne reçoit plus de vaisseaux comme à l'état normal; c'est pour cette raison que les mouchetures des surfaces œdématisées devront être éloignées autant que possible les unes des autres, afin de couper le plus petit nombre de vaisseaux, déjà beaucoup trop rares.

CHAPITRE XVII

SCARIFICATIONS

Les *scarifications* présentent une très grande analogie avec les mouchetures; je les place cependant dans un chapitre distinct, car il est important de ne pas confondre ces deux espèces d'opérations. Les premières sont de simples piqûres faites avec un instrument tranchant, de manière à produire une très petite incision; les secondes, au contraire, pénètrent dans les tissus à des profondeurs qui varient avec les lésions; auxquelles on veut porter remède, et ont une longueur qui est très différente et toujours proportionnée à l'étendue de la maladie.

On fait des scarifications sur toutes les parties du corps et même sur les membranes muqueuses engorgées, en particulier la conjonctive. Dans les érysipèles phlegmoneux, on pratique de larges incisions pour faire évacuer une certaine quantité de sang et provoquer l'avortement de l'inflammation; on fait encore des scarifications pour faire évacuer des liquides infects accumulés dans l'épaisseur des parties sphacélées; on les pratique sur la langue, pour en diminuer l'engorgement inflammatoire. Toutes ces scarifications doivent être faites avec le bistouri tenu en cinquième position. Nous décrirons plus loin les scarifications résultant de l'action d'un appareil spécial dit *scarificateur* (voyez *Ventouses scarifiées*).

CHAPITRE XVIII

DES SECTIONS MOUSSES

Si l'on étroit fortement une partie avec un fil métallique, on peut ou la faire tomber en gangrène, ou la couper immédiatement.

Il semble par là que la ligature ait deux manières d'agir : dans l'une, la constriction ne fait qu'intercepter la circulation dans les tissus embrassés par le lien, et ce n'est qu'après y avoir déterminé la gangrène qu'elle provoque leur chute; dans l'autre, les parties sont divisées comme elles le seraient par un instrument mousse (*section mousse*) et qui n'agirait qu'en pressant. Le premier mode est désigné sous le nom de *section lente*, le second sous celui de *section instantanée*.

a. *Section lente*. — Cette méthode d'ablation par la ligature était à peu près la seule conseillée jusque dans ces derniers temps. L'instrument, on le conçoit, n'agit qu'avec une extrême lenteur, il laisse adhérents les tissus morbides, qui ne tardent pas à tomber en gangrène et incommode le malade et ceux qui l'approchent par une odeur extrêmement fétide, parfois présentant des dangers. De plus on est souvent obligé de laisser en place l'instrument constricteur, le serre-nœud dont on s'est servi pour faire l'opération. Aussi cette méthode n'est-elle appliquée que dans des cas tout à fait exceptionnels, alors que l'on veut détruire une tumeur située profondément, dans les fosses nasales, à la partie supérieure du pharynx, dans la cavité utérine, ou dans le pédicule de laquelle on soupçonne la présence de vaisseaux volumineux, susceptibles de fournir un écoulement de sang considérable dont on ne peut tarir la source qu'avec de grandes difficultés. On la conseille encore lorsqu'il s'agit d'enlever une tumeur chez des sujets anémiques et auxquels la moindre perte de sang serait préjudiciable; de plus, certains sujets pusillanimes préfèrent la ligature à l'incision. Enfin, quelques chirurgiens ont pensé que cette méthode pourrait être favorable en permettant à la cicatrisation de se faire de la manière suivante. Chaque jour le fil, en pressant sur les tissus, les détruit, de sorte que l'anse devient d'abord moins large, puis moins serrée. Les tissus

ainsi sectionnés n'étant plus en contact avec le corps étranger, se cicatrisent; il en résulte qu'au moment où la ligature vient à tomber, la cicatrisation qui s'est faite graduellement est complète. C'est en partant de ce principe que l'on a conseillé d'opérer les fistules à l'anus par la méthode de la ligature, que l'on a cherché à détruire les brides qui tiennent les doigts réunis. Des insuccès nombreux ont forcé de renoncer à cette méthode, qui est aujourd'hui à peu près abandonnée et à laquelle on a substitué la section instantanée dont il n'était question autrefois que pour des tumeurs molles et d'un très-petit volume.

Cette ligature était pratiquée avec des fils de grosseur variée, de soie ou de chanvre, avec des cordes à boyau, enfin avec des fils métalliques d'argent, de platine, de fer ou de plomb. Quelquefois le fil était placé directement sur la base de la tumeur, mais le plus souvent il était conduit à l'aide d'un instrument désigné sous le nom de *porte-fil*, *porte-ligature*, et serré au moyen d'un *serre-nœud*; le plus employé était le serre-nœud de de Græfe (fig. 425).

Lorsque la tumeur était volumineuse, on introduisait à sa base un fil double, on dirigeait chacun des bouts vers les points opposés de la tumeur, de manière à étroitement le pédicule entre deux anses. Quelquefois les anses étaient plus nombreuses et la tumeur était isolée à l'aide de deux ou trois ligatures.

A. Richard a proposé de nouveau l'emploi de la ligature, pour opérer la section lente des tumeurs présentant un pédicule plus ou moins considérable. Seulement aux fils usités jadis il a substitué les fils de caoutchouc.

Cette *ligature élastique*, dont l'idée première appartient à Trousseau, agit en comprimant d'une manière continue et incessante : l'anse du fil élastique revient toujours sur elle-même, jusqu'à ce qu'elle tombe faute d'avoir des tissus à étroitement. Cette section complète présente un grand avantage et doit toujours faire employer les fils élastiques de préférence aux fils ordinaires.

En effet, dans les ligatures faites avec ces derniers, l'anse du fil, d'abord très serrée, ne tarde pas à devenir plus lâche à mesure que le sillon de section se creuse, et il arrive un moment où le pédicule de la tumeur n'est plus qu'embrassé par l'anse de la ligature, celle-ci ne revenant jamais complètement sur elle-même. Tous ces inconvénients disparaissent avec la ligature élastique, la constriction est continue et la section com-

BIBLIOTECA
 FAC. DE MED. U.A.N.L.
 BIBLIOTECA
 FAC. DE MED. U.A.N.L.

plète, aussi la réparation des tissus est-elle presque faite lors de la chute de la tumeur.

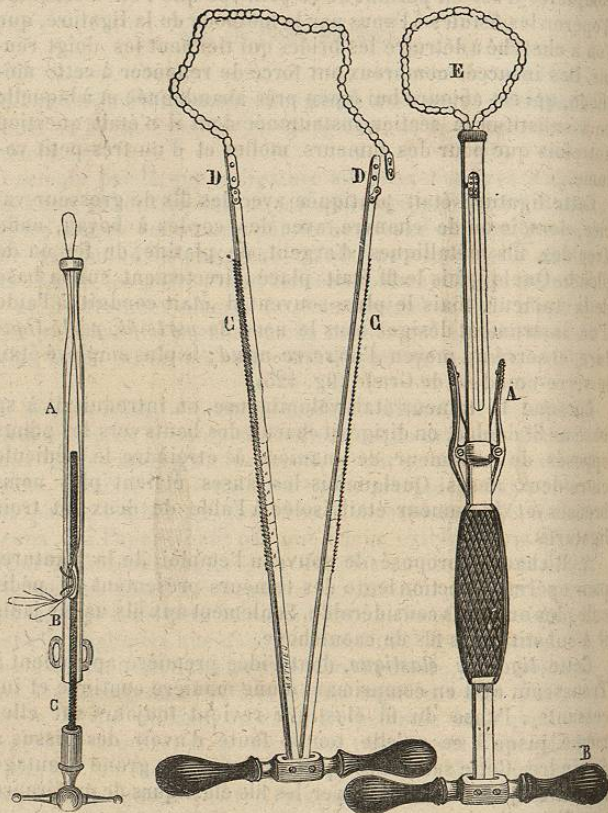


Fig. 425. — Serre-nœud de de Græfe.

Fig. 426. — Écraseur linéaire de M. Chassaignac.

Pour appliquer cette ligature, le chirurgien embrasse le pédicule de la tumeur à enlever, par un fil de volume variable, auquel on peut faire décrire un certain nombre de tours, selon l'épaisseur des tissus à sectionner.

b. *Section instantanée.* — Ainsi que nous l'avons dit, cette méthode est moderne et il était réservé à M. Chassaignac de la généraliser sous le nom d'*écrasement linéaire*.

M. Chassaignac pratique cette opération à l'aide d'un instru-

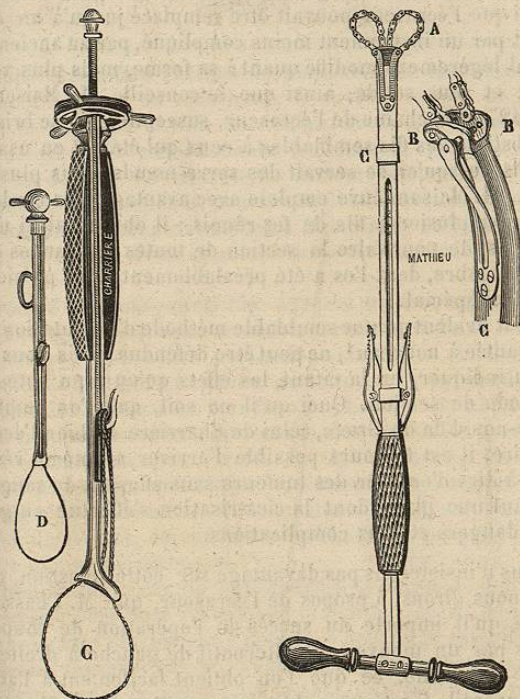


Fig. 427. — Serre-nœuds de M. Maisonneuve.

Fig. 428. — Écraseur à double chaîne de M. le professeur Verneuil.

ment spécial, facile à manœuvrer à la vérité, mais compliqué dans son mécanisme, et qu'il a désigné sous le nom d'*écraseur linéaire* (fig. 426). A l'aide de cet instrument, on peut enlever sans effusion de sang des tumeurs hémorroïdales volumineuses, des tumeurs de la langue; on a pu pratiquer l'amputation de la langue, celle du testicule, extirper des polypes utérins, etc.¹. Entre les mains de M. Chassaignac la

1. Chassaignac, *Traité de l'écrasement linéaire*, in-18, figures, Paris, 1856.

section instantanée des tissus est devenue une méthode toute nouvelle, aussi n'a-t-elle pas tardé à avoir des détracteurs et des adhérents plus ardents peut-être que l'inventeur lui-même.

Bientôt, on s'est aperçu qu'il était difficile de couper une grande étendue et une grande épaisseur de téguments; on a vu aussi que l'écraseur pouvait être remplacé jusqu'à un certain point par un instrument moins compliqué, par un ancien serre-nœud légèrement modifié quant à sa forme, mais plus volumineux et plus solide, ainsi que le conseille M. Maisonneuve (fig. 427). A la chaîne de l'écraseur, susceptible de se briser, on a substitué des fils semblables à ceux qui étaient en usage autrefois, lorsqu'on se servait des serre-nœuds, mais plus résistants. M. Maisonneuve emploie avec avantage des cordes formées par plusieurs fils de fer réunis : il obtient ainsi un lien assez solide pour faire la section de toutes les parties molles d'un membre, dont l'os a été préalablement brisé à l'aide d'un appareil spécial.

Il est évident qu'une semblable méthode d'amputation, quoique vantée à nouveau¹, ne peut être défendue, mais nous avons voulu indiquer, en la citant, les effets qu'on a pu obtenir par ce mode de section. Quoi qu'il en soit, que l'on emploie le serre-nœud de de Græfe, celui de Charrière ou bien l'écraseur linéaire, il est toujours possible d'arriver au même résultat, c'est-à-dire d'enlever des tumeurs sans effusion de sang et en laissant une plaie dont la cicatrisation s'effectue en général sans dangers et sans complications.

Nous n'insisterons pas davantage sur cette question, cependant nous dirons, à propos de l'écraseur, que M. Chassaignac pense qu'il importe au succès de l'opération de couper les tissus par un mouvement alternatif de gauche à droite et de droite à gauche, ce que l'on obtient facilement à l'aide de son appareil. C'est pour obtenir ces effets que Charrière a construit un serre-nœud double, qui opère la constriction alternativement de chaque côté à l'aide de deux vis de rappel qui tirent chacune sur les extrémités du lien.

Plus récemment enfin, M. le professeur Verneuil a fait faire par Mathieu un écraseur à double chaîne (fig. 428), ce qui permet de sectionner simultanément les deux parties latérales d'une tumeur.

¹ G. Gaujot, *Étude sur l'ablation des membres, etc.*, in Arch. gén. de méd., août, septembre, octobre, 1878.

CHAPITRE XIX

PONCTIONS

On appelle *ponction* l'action de plonger dans les tissus un instrument piquant ou tranchant. Il en résulte que le plus souvent la ponction se fait de dehors en dedans; toutefois, dans quelques cas exceptionnels, on peut la pratiquer de dedans en dehors. La lancette, le bistouri, instruments à la fois piquants et tranchants, peuvent être utilisés pour faire les ponctions, mais il est plus ordinaire d'employer un instrument piquant, enveloppé d'une canule, c'est-à-dire un trocart.

Le *trocart* ou *trois-quarts* (fig. 429) est un instrument composé d'une tige métallique arrondie, terminée à l'une de ses extrémités par une petite pyramide triangulaire, taillée sur l'extrémité de la tige. La pointe de cette petite pyramide est très aiguë, les arêtes sont tranchantes. La tige est implantée dans un manche assez fort, présentant une extrémité arrondie et plus volumineuse que le reste. La tige du trocart est renfermée dans un étui métallique ordinairement d'argent, ouvert à ses deux extrémités. Cette canule s'étend sur toute la longueur du trocart, depuis la base de la petite pyramide, qui doit être toujours à découvert.

L'extrémité de la canule qui répond à la pyramide doit être assez rétrécie pour faire ressort sur la tige du trocart, de façon que s'appliquant exactement à la surface de la tige métallique, les tissus ne viennent pas arc-bouter sur la saillie de la canule et empêcher par cela même l'instrument de glisser et de pénétrer profondément.

L'autre extrémité de la canule présente une surface élargie, qui s'ajuste sur le manche et se termine par un bec de cuiller destiné à faciliter l'écoulement des liquides : c'est le *pavillon de la canule*.

Tel est le *trocart* ordinaire droit, ou *trocart de J.-L. Petit*; mais ces instruments ont subi de nombreuses modifications, au point de vue du volume, de la forme, de la disposition de la canule, et de l'agencement du manche avec la tige métallique de l'instrument.