

au chasse-fil une modification importante, qui consiste à articuler l'aiguille à sa base, de façon à ce qu'à l'aide d'un levier latéral mis en mouvement par un coup de pouce, l'aiguille puisse prendre à volonté deux positions distantes l'une de l'autre de 90 degrés : 1° une position renversée, la base de l'aiguille se trouvant perpendiculaire à la tige de support ; 2° une position droite ordinaire. La base de l'aiguille est forte afin de ne pas casser sous la pression de l'opérateur, et le fil est chassé à son intérieur à l'aide d'une double molette.

Lit de Bozeman. — Ce lit spécial tient la femme à genoux, les cuisses verticales et le tronc horizontal. Un double coussin soutient la poitrine, le cou et la tête. Les jambes, les genoux et les cuisses sont immobilisés. Une sangle maintient le tronc en passant sur la région lombaire. La pression de la cage thoracique sur le lit gêne sans doute quelque peu le mouvement des côtes, mais l'abdomen est libre et les contractions du diaphragme suffisent pour assurer le fonctionnement de la respiration ; néanmoins il faut surveiller avec soin l'administration de l'anesthésique qui est très difficile dans ces cas.

Cette position permet d'avoir sous les yeux la paroi antérieure du vagin qui se présente dans la position horizontale ; elle évite aussi la hernie de la muqueuse vésicale à travers l'orifice de la fistule à cause de l'absence de pression des intestins qui ne viennent pas refouler la vessie.

Pour dilater méthodiquement le vagin avant d'entreprendre les opérations de fistule vésico-vaginale, Bozeman emploie des séries de *dilatateurs* olivaires ou sphériques avec cannelure correspondant au canal de l'urètre, qui sont légers et peuvent être laissés en place pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures. Ce sont les Beniqués du vagin.

La sonde en S que Sims avait imaginée pour laisser à demeure après l'opération de la fistule vésico-vaginale a été modifiée par son auteur. Elle est très courte ne dépasse guère l'urètre. A son extrémité externe est fixé un tube de caoutchouc faisant office de syphon.

FISTULE RECTO-VAGINALE.

Pour l'opération de la fistule recto-vaginale M. Tillaux a fait construire une pince analogue à celle qui est connue sous le nom de *pince de Desmarres*. Elle est terminée d'un côté par une plaque que l'on introduit dans le rectum et de l'autre par un large anneau qui, placé dans le vagin, comprime les bords de la fistule contre

la plaque précédente. Cet instrument a pour but de faciliter l'avivement du trajet de la fistule et de ses abords, d'empêcher l'infiltration des gaz dans les parois de la plaie, infiltration qui serait une cause d'insuccès dans les opérations de fistules recto-vaginales et principalement de fistules recto-vulvaires. C'est pourquoi M. Tillaux laisse cette pince en place quelque temps après l'opération.

Chirurgie abdominale.

L'appareil instrumental de la chirurgie abdominale a été considérablement modifié depuis dix ans.

Sans entrer dans de grands détails sur les pinces à kystes de formes diverses ou sur les nombreuses pinces en T, en L, en cœur qu'il faut avoir à sa disposition et sans décrire les instruments communs dont on peut avoir besoin, nous indiquerons les plus importants, qui sont journellement usités en France.

Toutes les opérations auxquelles nous avons assisté ont été faites sur le lit de Péan (fig. 410).

Ce lit se compose d'une charpente de table de 0^m,70 centimètres de hauteur sur laquelle s'adaptent comme un couvercle deux tablettes rembourrées sur lesquelles repose la malade. Les poignées dont elles sont munies de chaque côté permettent de les soulever pour transporter la malade dans son lit à la fin de l'opération ; cela fait, on n'aura plus qu'à les séparer l'une de l'autre à l'aide d'un mécanisme très simple. Chacune sera retirée du côté correspondant pour que la malade se trouve déposée sans secousse au milieu de son lit.

A ces premières pièces s'en adapte une autre qui supporte les membres inférieurs et, au moment où l'anesthésie est suffisante, est remplacée par deux gouttières pouvant être fixées par une cheville au degré d'écartement voulu.

Cette disposition permet d'opérer assis entre les jambes de la malade et de disposer de deux aides assis à ses côtés.

Spencer Wells reproche à cette position de l'opérateur de ne permettre que difficilement d'atteindre le fond du bassin et de lier les vaisseaux, inconvénient bien faible par rapport aux avantages, surtout si on pense combien il est aisé pour l'opérateur de se lever un peu pour manœuvrer plus à son aise au fond du bassin.

PONCTION DES KYSTES.

Pour la ponction des kystes il y a grand avan-

tage à se servir d'un trocart de gros calibre et à faire usage de l'aspirateur. On évite ainsi l'épanchement du liquide dans la cavité abdomi-

nale en lui fournissant une voie d'écoulement en quelque sorte forcée.

On fait usage en général d'un grand aspira-

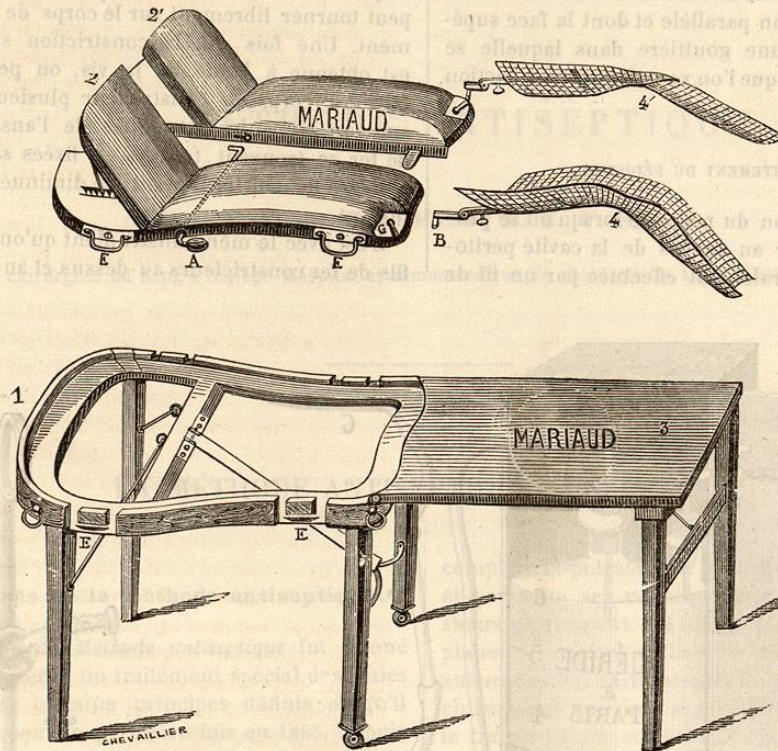


Fig. 410. — Lit de M. Péan pour la gastrotomie.

teur (fig. 411) contenant 6 litres au moins afin de n'avoir pas à interrompre trop souvent l'aspiration si on vide un grand kyste. Le tube évacuateur du caoutchouc porte un indicateur en verre pour que le chirurgien puisse surveiller l'écoulement.

Le trocart ordinairement de 1 centimètre de diamètre est léger. Sa canule porte un ajutage latéral auquel on fixe le tuyau aspirateur. Le poinçon est mobile et fait piston dans la canule.

M. Mariaud a construit, pour les cas où la paroi du kyste, difficile à fixer et à saisir, est peu mobile, peu souple et pourrait échapper, un trocart porteur de quatre érignes qui peuvent à la volonté de l'opérateur être découvertes si on enlève une chemise mobile sur le trocart, elles s'écartent alors, s'abaissent et accrochent la paroi du kyste du dedans au dehors. Une pince à mors circulaires permet alors de saisir la paroi du kyste soulevée au-dessous des érignes ; ce qui donne une prise solide.

HÉMOSTASE.

Pour arrêter les hémorragies en nappe que donnent souvent les adhérences de la face profonde de la paroi abdominale déchirées pendant l'opération de l'ovariotomie, on a construit une pince à pression continue à grand écartement. Ses mors sont formés par deux larges plateaux articulés qui peuvent se rapprocher et s'écarter en restant toujours parallèles entre eux et que l'on place l'un sur la face péritonéale saignante, l'autre sur la peau. Ces plateaux exercent une compression qui arrête l'écoulement sanguin et pendant qu'ils restent en place on peut continuer l'opération.

Pour arrêter un écoulement sanguin provenant soit du pédicule de l'ovaire kystique sectionné, soit d'adhérences rompues, il est souvent utile de cautériser la surface saignante. Afin de saisir et de bien présenter à l'action du caustique le point que l'on veut atteindre et

d'arrêter l'écoulement sanguin pendant la cauterisation ainsi que dans le but de protéger les parties voisines, on peut faire usage d'un clamp formé de deux branches articulées exerçant une pression parallèle et dont la face supérieure forme une gouttière dans laquelle se trouve la partie que l'on veut soumettre à l'action du caustique.

TRAITEMENT DU PÉDICULE.

La constriction du pédicule lorsqu'on se propose de le fixer au dehors de la cavité péritonéale est généralement effectuée par un fil de

fer que l'on serre et tord à l'aide de l'instrument connu sous le nom de *ligateur serre-nœud* de Cintrat, qui n'est autre qu'un constricteur de Mayor dont l'extrémité appliquée sur la tumeur peut tourner librement sur le corps de l'instrument. Une fois que la constriction suffisante est obtenue à l'aide de la vis, on peut faire faire au corps du constricteur plusieurs tours sur son axe et les extrémités de l'anse de fil de fer se trouvent tordues et fixées sans que le degré de constriction ait été diminué un seul instant.

C'est avec le même instrument qu'on fixe les fils de fer constricteurs au-dessus et au-dessous

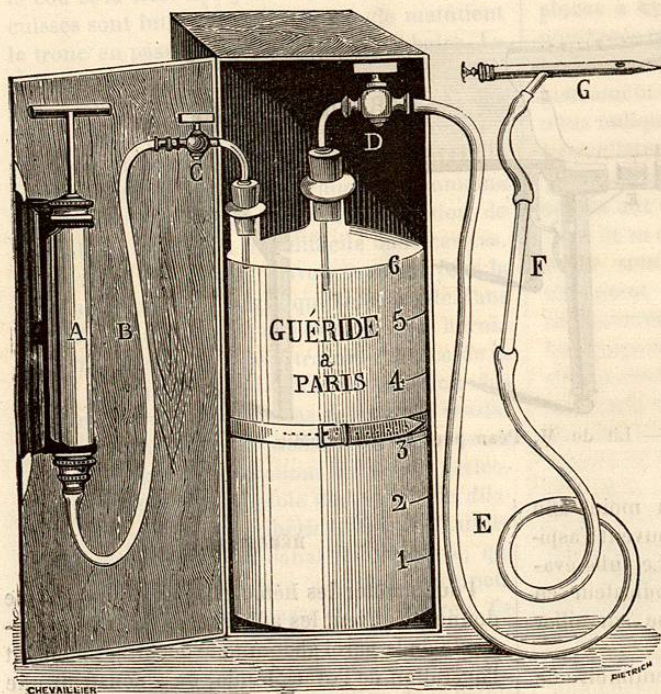


Fig. 411. — Grand aspirateur pour l'ovariotomie.

des broches que l'on passe à travers le pédicule des utérus fibreux dans les cas d'hystérectomie.

Il est rare qu'on ait recours au clamp pour serrer le pédicule d'un ovaire ou d'un utérus extirpé; on emploie la ligature et comme souvent les pédicules des kystes ovariens sont volumineux ou étalés, il est nécessaire de les lier en plusieurs masses. Pour exécuter ce temps avec rapidité et précision, M. Terrier se sert :

1° De *pinces longues en arc à crémaillère* qui retiennent le pédicule étalé en formant *clamp*

provisoire. Ces pinces peuvent aussi servir pour arrêter certaines hémorragies en nappe et saisir soit des brides vasculaires, soit de l'épiploon. Elles remplacent alors les pinces en T;

2° D'une *aiguille à manche et à pointe mousse*, dont le chas est situé près de la pointe. Elle sert à traverser le pédicule dans les points où on veut faire passer les cordonnets de soie qui doivent l'étreindre. En retirant l'aiguille on entraîne un fil double de soie avec lequel on fait les ligatures partielles du pédicule.

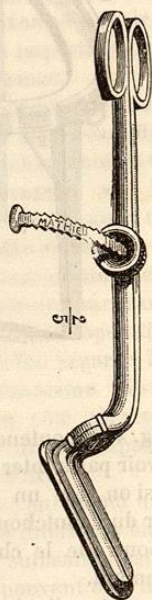


Fig. 412. — Clamp à cauterisation.

LA MÉTHODE ANTISEPTIQUE

PAR W. WATSON CHEYNE, M. B., F. R. C. S.

Assistant chirurgien au King's College Hospital et démonstrateur de chirurgie au King's College, Londres (1).

LA MÉTHODE ANTISEPTIQUE EN GÉNÉRAL

Origines de la méthode antiseptique.

Le nom de *Méthode antiseptique* fut donné par M. Lister à un traitement spécial des plaies fondé sur certains principes définis et qu'il employa pour la première fois en 1865. Depuis plusieurs années déjà il avait été vivement impressionné par les résultats funestes qu'entraîne la putréfaction des liquides qui s'écoulent des plaies; bien qu'il ait déjà essayé de diminuer les chances de cette putréfaction de différentes façons, il n'y arriva cependant d'une façon complète et rigoureuse qu'après avoir étudié les recherches de Pasteur sur la génération spontanée et sur la cause des fermentations. Avant cette époque, les savants, surtout en Angleterre, se divisèrent en deux camps au sujet des origines de la fermentation; pour les uns elle serait le résultat du contact de l'air et surtout de l'oxygène sur les produits de sécrétion, tandis que les autres prétendent que la fermentation est une modification spontanée, survenant dans les liquides organiques après qu'ils ont quitté les tissus ou les vaisseaux, et qu'elle est une conséquence nécessaire de la nécrobiose.

Tant que ces opinions restaient accréditées, il y avait peu d'espoir d'enrayer d'une façon

complète la putréfaction à la surface des plaies et par suite ses conséquences funestes. Plusieurs chirurgiens ont essayé de soustraire les plaies au contact de l'air et ne sont arrivés à aucun résultat satisfaisant. Le plus illustre des chirurgiens qui aient essayé ce qu'on a appelé le *traitement par occlusion*, dans le but d'empêcher la putréfaction des produits de sécrétion des plaies en les soustrayant à l'action du gaz atmosphérique fut Jules Guérin, de Paris (1). Frappé des bons résultats que donnaient les opérations sous-cutanées, il les attribua à ce qu'il ne se formait pas de pus dans le foyer de la plaie, ou autrement à ce qu'elles étaient à l'abri de l'air. Il entreprit donc une série d'expériences ingénieuses dans le but de soustraire les plaies à l'action des gaz de l'air, mais sans obtenir de bons résultats. Il les fermait avec différentes substances, et particulièrement des peaux de batteurs d'or, mais il déterminait ainsi de la tension, de l'inflammation de la plaie, au lieu d'éviter la fermentation et d'obtenir la guérison comme dans les plaies sous-cutanées. Dans ces dernières années, il essaya d'autres moyens,

(1) Guérin (Jules), *Occlusion pneumatique* (Gaz. méd., 1844, p. 730). — *Mémoire sur le traitement des plaies exposées par l'occlusion pneumatique*. (Bull. de l'Acad. de méd., 6 févr. 1866, t. XXXI, p. 396; 12 juin 1866, t. XXXI, p. 763). — *Nouvelle note sur le traitement des plaies par l'occlusion pneumatique* (Bull. de l'Acad. de méd., 9 août 1870, t. XXXV, p. 699).

(1) Traduit par le Dr A. Colson; revu et corrigé par l'Auteur.