

tendue. Il y a de la rougeur et de la douleur au niveau du sillon qui longe le bord unguéal; il se fait une ulcération qui suinte, et du fond de laquelle s'élèvent des bourgeons charnus, augmentant insensiblement et végétant par-dessus la face dorsale de l'ongle (fig. 135). La douleur empêche le malade de marcher convenablement, même de se chauffer.

Traitement. — 1° Avec un peu de patience, on peut guérir l'ongle incarné sans opération. Pour cela, on condamne le malade au repos, et l'on soulève, matin et soir, le bord interne de l'ongle avec une petite mèche de charpie qui l'isole des parties fongueuses.

2° La guérison peut suivre l'ablation des parties fongueuses et la cautérisation de la surface saignante.

3° Quelques chirurgiens emploient le procédé de Dupuytren : on passe au-dessous de l'ongle, sur la ligne médiane, la pointe des ciseaux, que l'on enfonce jusqu'au tiers de sa longueur avant d'en faire la section; puis, avec une forte pince, on saisit la moitié correspondant au côté malade, et on l'arrache, en la tordant sur elle-même, de l'incision vers le bord interne.

4° D'autres préfèrent le procédé de Fabrice d'Aquapendente : on coupe tous les jours la partie profonde du bord incarné, on l'arrache et l'on place un peu de charpie au fond de la plaie.

5° Larrey employait le procédé de Dupuytren, auquel il ajoutait l'ablation de la partie correspondante du derme et la cautérisation du fond de la plaie avec le fer rouge.

6° Il y a des chirurgiens qui enlèvent d'un coup de bistouri le derme et l'ongle en même temps.

Les procédés dans lesquels on fait l'abrasion des chairs après l'avulsion de l'ongle ont été imaginés pour éviter les récidives; ils ont pour but de détruire la portion correspondante de la matrice de l'ongle.

APPENDICE

MANUEL

DE

MÉDECINE OPÉRATOIRE

DE BANDAGES ET D'EMBAUMENT

CHAPITRE PREMIER

OPÉRATIONS CHIRURGICALES

Cet ouvrage touchant à tous les points de la chirurgie, nous n'hésitons pas à consacrer quelques pages au manuel opératoire, en ce qui concerne les opérations usuelles que pratiquent journellement les chirurgiens. — Ces pages peuvent être considérées comme un manuel de médecine opératoire. — En raison de sa concision, ce chapitre important demande à être traité d'une manière toute spéciale : aussi, à propos de chaque opération, nous n'énumérerons pas les diverses méthodes, les nombreux procédés en usage pour chaque cas particulier; nous choisirons la méthode, le procédé généralement adopté, et nous les décrirons complètement. Dans toute l'étendue de ce chapitre, nous ne nous écarterons pas de cette règle; aussi, le lecteur pourra-t-il considérer le procédé décrit comme le plus généralement suivi; il pourra être certain qu'il est reconnu le meilleur par la majorité des chirurgiens. Cependant, lorsque deux procédés seront également employés pour une opération, nous aurons soin de les décrire tous les deux.

Nous diviserons ce chapitre en trois parties : 1° ligatures; 2° amputations et résections; 3° opérations spéciales à certaines régions.

Position du bistouri et du couteau.

Avant de procéder à une opération quelconque, le chirurgien doit savoir saisir et diriger l'instrument tranchant. Selon le degré de force que l'on veut employer, selon la nature des tissus à diviser, on prend un couteau ou un bistouri, et on le tient comme une plume, comme un

archet, comme un couteau à découper, etc. Ces manières variées de tenir le bistouri sont nombreuses, et les chirurgiens leur ont donné des noms particuliers. Ils attachaient, autrefois, assez d'importance à la position de l'instrument dans la main de l'opérateur pour avoir décrit ces diverses positions sous les noms de 1^{re}, 2^e, 3^e, 4^e et 5^e positions.

1^{re} Position. — Le bistouri est tenu en première position lorsqu'il est placé entre les doigts comme une plume à écrire, le tranchant dirigé vers les tissus que l'on veut diviser. Aujourd'hui, on dit plus simplement : *bistouri tenu comme une plume à écrire, le tranchant en bas* (fig. 136).



FIG. 136. — Bistouri tenu en première position.

2^e Position. — Le bistouri en deuxième position est placé comme le précédent; mais le tranchant regarde en haut. On dit aujourd'hui : *bistouri tenu comme une plume à écrire, le tranchant en haut* (fig. 137).

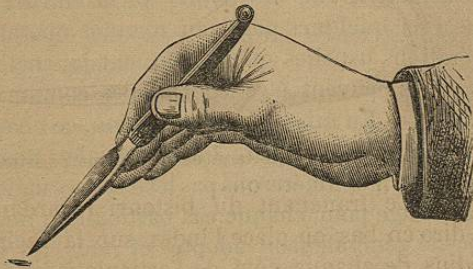


FIG. 137. — Bistouri tenu en deuxième position.

La figure 138 montre la position désignée par les mots *comme une plume à écrire, la pointe en arrière*.

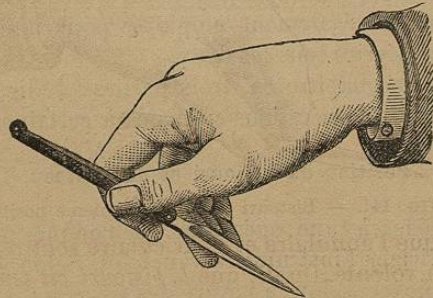


FIG. 138. — Bistouri tenu comme une plume à écrire, la pointe en arrière.

3^e Position. — Dans cette position, le manche du bistouri est dans la paume de la main, l'index appuyé sur le dos de l'instrument, dont le tranchant regarde les tissus qu'il va diviser. On tient le couteau comme on le fait lorsqu'on veut découper à table. On exprime la troisième position par ces mots : *bistouri, ou couteau, tenu comme un couteau à découper, le tranchant en bas* (fig. 139).

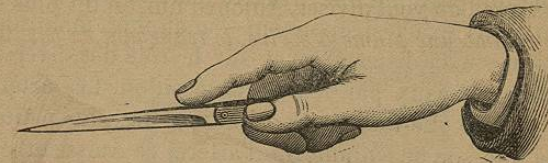


FIG. 139. — Bistouri tenu en troisième position.

4^e Position. — Dans cette position, le couteau a la même direction; seulement le tranchant regarde en haut. Ordinairement l'index est appliqué sur la face externe de la lame à sa racine, au lieu d'être placé sur le dos. On dit plus simplement : *bistouri ou couteau tenu comme un couteau à découper, le tranchant en haut* (fig. 140).

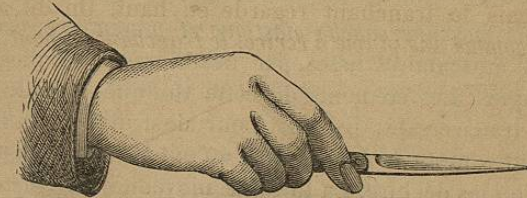


FIG. 140. — Bistouri tenu en quatrième position.

5^e Position. — Le tranchant du bistouri regardant les parties à inciser, c'est-à-dire en bas, on place l'index sur la racine de la lame, le pouce et le médius de chaque côté de l'articulation de la lame avec le

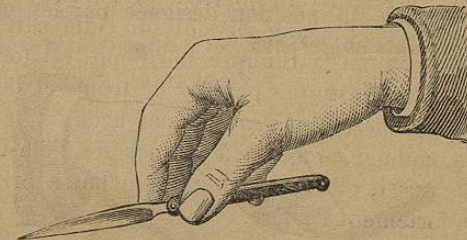


FIG. 141. — Bistouri tenu en cinquième position.

manche, tandis que l'annulaire et l'auriculaire sont relevés ou appliqués sur le manche, à volonté. On dit que *le bistouri est tenu comme un archet* (fig. 141).

ARTICLE PREMIER

LIGATURES D'ARTÈRES

Le chirurgien qui pratique une ligature d'artère doit avoir présentes à l'esprit des notions exactes, sinon sur l'anatomie microscopique des artères, du moins sur la disposition et sur le rôle des diverses tuniques qui forment ces vaisseaux par leur superposition. Les artères les plus volumineuses, l'aorte elle-même, de même que les plus petites, peuvent être liées. Quel que soit le volume de l'artère, ce vaisseau est toujours formé de trois tuniques superposées :

1^o *La tunique externe, ou couche adventice*, est formée de tissu conjonctif condensé. Cette couche résiste à la plus forte constriction d'un fil à ligature ; elle n'est point élastique comme les deux autres, et semble destinée à protéger, en vertu de sa résistance, les couches profondes élastiques. Elle se laisse distendre, et forme ordinairement le *sac* des anévrysmes.

2^o *La tunique moyenne, couche élastique et musculaire*, est constituée par des fibres musculaires lisses, par des fibres élastiques et par des lamelles élastiques. Les éléments de cette tunique offrent, en général, une direction transversale ; ils sont, pour ainsi dire, annulaires. Cette disposition rend compte de la tendance qu'ont les artères à se diviser en travers lorsqu'on les déchire. La tunique moyenne est élastique et contractile : elle donne donc aux artères leur élasticité et leur contractilité. Cette couche est très-friable et se brise sous la constriction du fil à ligature.

3^o *La tunique interne, couche séreuse*, résulte de l'adossement de deux feuillets, l'un interne, épithélial ; l'autre externe, élastique. Du côté de la surface épithéliale, c'est-à-dire à l'intérieur de l'artère, cette couche est lisse et polie ; les globules du sang glissent sur cette surface. La couche profonde, élastique comme la tunique moyenne, est formée principalement de ces lamelles élastiques percées de trous, et décrites en anatomie sous le nom de *membrane fenêtrée* des artères. De même que la tunique moyenne, celle-ci concourt à donner de l'élasticité aux vaisseaux ; comme elle aussi, elle est friable, et se laisse briser par le fil à ligature qui serre fortement l'artère.

§ 1. — Manuel opératoire des ligatures en général.

Ces notions anatomiques étant posées, nous allons procéder au manuel opératoire.

La ligature d'une artère se compose de plusieurs temps : 1^o découvrir l'artère ; 2^o dénuder l'artère ; 3^o passer un fil sous l'artère ; 4^o serrer le fil.

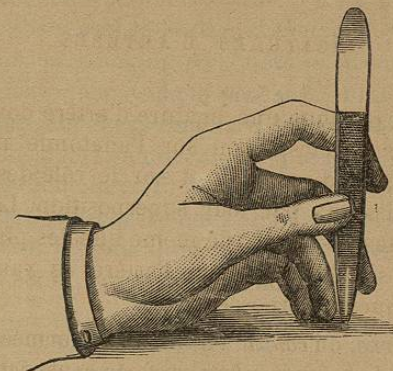


FIG. 142. — Manière de tenir la pince dans la dissection et dans les divers temps de la ligature.

1^{er} Temps. **Découvrir l'artère.** — Le premier temps est assurément le plus difficile. On peut dire que, sans guide, sans règles, sans méthode, un opérateur n'arrive jamais que par hasard sur le vaisseau à lier ; mais, s'il se conforme aux *règles générales*, qui sont conseillées pour arriver à la recherche des artères, *il est certain que l'opération est des plus faciles*. Quelles sont ces règles ?

1^o Tirer une ligne entre deux points du squelette, ou entre deux régions faciles à déterminer sur la peau ;

2^o Inciser la peau, préalablement tendue, le long de cette ligne ;

3^o Chercher les points de repère ou points de ralliement.

Comme on le voit, dans ces préceptes il n'est nullement question de l'artère. C'est parce que rien n'est aussi difficile à trouver qu'une artère, si l'on n'est pas guidé par les rapports qu'elle affecte avec les organes voisins. Cette difficulté est très-grande sur le cadavre ; elle est presque insurmontable sur le vivant, lorsque le fond de la plaie est baigné de sang. Nous ne saurions donc trop répéter ce que disait Malgaigne dans ses cours de médecine opératoire : *Le chirurgien qui veut pratiquer une ligature d'artère ne doit pas se préoccuper de trouver le vaisseau ; il doit songer uniquement à trouver le premier point de repère ou de ralliement, puis le second, puis le troisième, s'il y en a plusieurs : il arrive ainsi presque certainement sur l'artère.*

Quels sont ces *points de ralliement* ? Ils varient selon les régions. Ce sont toujours des organes faciles à trouver, et affectant avec l'artère des rapports constants. C'est ainsi que le bord interne du muscle biceps est un point de ralliement pour trouver l'artère humérale, le bord interne du long supinateur pour la radiale, le nerf grand hypoglosse pour la lin-