

l'os, il faut fixer fortement le bras et laisser libre la tête de l'humérus, que l'on sépare beaucoup plus facilement.

#### VI. — RÉSECTION DE LA CLAVICULE.

1° Faites une incision longitudinale sur la partie antérieure de la clavicule, comprenant le périoste, et dépassant à ses extrémités la lésion de l'os. (Fig. 195.)

2° Détachez le périoste de l'os au-dessus et au-dessous; grattez la surface osseuse pour détacher les muscles qui s'y insèrent.

3° Passez la sonde à résection de Blandin au-dessous de l'os, et divisez-le.

4° Prenez alors avec un davier l'un des fragments; portez-le en avant pendant que le bistouri sépare les parties molles de l'os; arrivez ainsi jusqu'au delà de la lésion, et terminez en sciant l'os sur la sonde à résection, ou bien désarticulez.

5° Comportez-vous de même pour le fragment opposé.

*Remarque.* — Si la clavicule offre un volume considérable, on peut faire aux extrémités de l'incision principale une ou deux incisions verticales. Il ne faut pas oublier que les principaux obstacles à la mobilisation des fragments sont les ligaments coraco-claviculaire et costo-claviculaire. Il faut agir avec de grandes précautions, à cause du voisinage des vaisseaux et des nerfs.

#### VII. — RÉSECTION DE LA TÊTE DU FÉMUR.

*Procédé de A. Guérin.* — 1° Faites une incision courbe à conca-

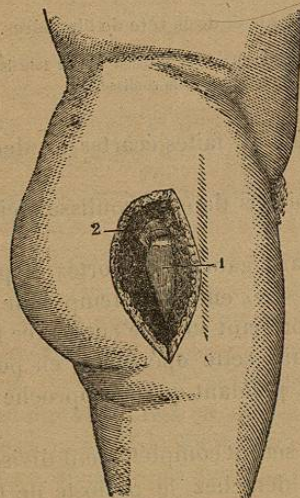


FIG. 196. — Résection de l'extrémité supérieure du fémur.

1. Grand trochanter. — 2. Section des muscles.

lité antérieure passant au-dessus et en arrière du grand trochanter, comme dans la figure 196.

2° Cette incision ayant une longueur de douze à quinze centimètres, divisez les muscles jusqu'à l'os.

3° Un aide fléchissant fortement la cuisse et la portant dans l'adduction, incisez la capsule fibreuse; la tête du fémur sortira facilement de la cavité cotyloïde, et il vous sera facile de diviser le ligament rond.

4° L'aide continuant à porter la cuisse dans la flexion et dans l'adduction, la tête du fémur tend à sortir de la plaie; continuez à détacher les adhérences fibreuses et musculaires; refoulez-les en bas avec le périoste, même jusqu'au-dessous des trochanters, si cela est nécessaire, et sciez l'os.

### ARTICLE QUATRIÈME

#### DE QUELQUES OPÉRATIONS URGENTES

#### I. — TAMPONNEMENT DES FOSSES NASALES.

1° Introduisez dans la fosse nasale, qui est le siège de l'hémorragie, une sonde de Belloc, en rasant le plancher des fosses nasales.

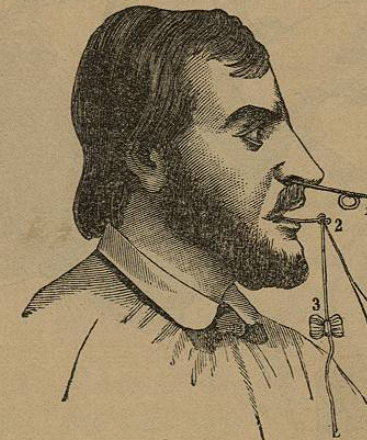


FIG. 197. — Tamponnement des fosses nasales.

1. Sonde de Belloc pénétrant par la narine. — 2. Ressort sortant par la bouche. — 3. Bourdonnet destiné à boucher l'orifice postérieur de la fosse nasale.

2° L'extrémité du ressort de cette sonde sortant par la bouche, on y fixe un fil double très-solide, au bout duquel se trouve un bourdonnet de charpie suffisant pour boucher l'orifice postérieur de la fosse nasale.

3° Pour amener le bourdonnet de charpie en ce point, faites rentrer le ressort dans la sonde, et retirez la sonde de la fosse nasale.

4° Saisissez le fil double; tirez en avant le bourdonnet de charpie, et lorsqu'une grande résistance vous indique que l'orifice postérieur est bien bouché, écartez les deux fils en dedans et en dehors, et introduisez dans la narine des petits bourdonnets de charpie, que vous presserez de manière à bien boucher l'orifice antérieur de la fosse nasale; liez alors les deux fils sur ce bouchon antérieur.

Si les deux fosses nasales saignent en même temps, on recommence l'opération du côté opposé.

On conçoit que l'hémorrhagie doit s'arrêter, puisqu'on empêche l'issue du sang par les deux ouvertures; il se fait un caillot qui remplit la fosse nasale et qui termine l'hémorrhagie. Au moment où l'on fait le tamponnement, on a soin de laisser un fil pendre au-dessous du premier bourdonnet de charpie; ce fil servira à retirer le bourdonnet par la bouche au moment où l'on voudra cesser le tamponnement, après avoir coupé les fils et enlevé les petits bourdonnets de charpie au niveau de la narine.

## II. — TRACHÉOTOMIE.

1° La tête du sujet étant étendue, fixez la trachée entre le pouce et l'index de la main gauche, et faites avec un bistouri une incision ver-



FIG. 198. — Trachéotomie. Position du sujet, du bistouri et des mains de l'opérateur.

ticale de la peau, partant de un centimètre et demi au-dessus de la fourchette du sternum, et arrivant au cartilage cricoïde, qu'il est facile de sentir avec les doigts.

2° Pour faire cette incision, on doit se placer du côté gauche du sujet. Divisez avec soin le tissu cellulaire, et écartez les veines, si vous en rencontrez; vous arrivez rapidement sur les muscles sterno-hyoïdiens.

3° On trouve au-dessous de ces muscles le plexus veineux thyroïdien, dont il faut à tout prix écarter les veines, et qu'on ne doit diviser que dans le cas de plexus inextricable.

4° La trachée est découverte. Enfoncez la pointe du bistouri dans la trachée, à la partie la plus inférieure de l'incision; il faut avoir soin de ne point faire pénétrer l'instrument au delà de quelques millimètres, et il faut le diriger avec l'index de la main gauche, pour inciser la paroi antérieure de la trachée dans une étendue de trois centimètres environ. Si l'on fait l'opération pour l'extraction d'un corps étranger, il faut la prolonger le plus possible.

5° Ecartez les lèvres de l'incision de la trachée avec un dilatateur, et introduisez la canule, qu'un aide fixe assez solidement avec deux fils en arrière du cou.

Lorsqu'on fait l'opération sur le vivant, il faut avoir soin d'opérer dans une pièce dont la température est assez élevée.

Il ne faut point être étonné de l'accès de toux qui surprend quelquefois le malade au moment où l'air pénètre par la plaie de la trachée.

Il faut, après l'opération, entourer le cou du malade d'une flanelle fine et maintenir la température de la pièce assez élevée, afin que les poumons ne soient pas lésés par l'action de l'air froid.

## III. — PARACENTÈSE DE L'ABDOMEN.

L'opération se fait généralement sur un point spécial, qui a reçu le nom de *lieu d'élection*. Lorsque, pour une raison importante, telle qu'adhérences de l'intestin ou présence d'une tumeur, on est forcé de faire l'opération sur un autre point, on appelle celui-ci le *lieu de nécessité*. Quelques chirurgiens, en Angleterre principalement, font de la ligne blanche le point d'élection; la plupart fixent ce point à gauche, sur le milieu d'une ligne horizontale étendue de l'épine iliaque antérieure et supérieure à la ligne blanche.

1° Après s'être assuré par la percussion qu'il n'existe pas d'anse intestinale en arrière de ce point, le chirurgien enfonce un trocart brusquement, et à une petite profondeur. Pour éviter de le faire pénétrer trop profondément, il suffit d'appliquer solidement la pulpe de l'index sur la canule du trocart, à trois centimètres environ de la pointe.

2° On saisit la canule de la main gauche, et pendant qu'on cherche à la faire pénétrer plus profondément, on retire le trocart.

3° Pendant que le liquide s'écoule, il faut exercer une très-légère compression sur la paroi abdominale, pour faciliter cet écoulement et empêcher l'air de pénétrer dans l'abdomen.

4° Lorsque le liquide a été évacué, on saisit la peau entre le pouce et l'index de la main gauche, au niveau de la canule, et on extrait rapidement cette canule avec la main droite. On applique sur la plaie un mor-

ceau de diachylon, et l'on exerce un certain degré de compression sur la paroi abdominale, pour s'opposer à la trop grande rapidité de la reproduction du liquide.

Lorsque le jet de liquide s'arrête pendant l'écoulement, il faut changer la canule de direction ou y enfoncer un stylet, afin de repousser quelque flocon albumino-fibrineux.

#### IV. — THORACENTÈSE.

1<sup>o</sup> Faites sur le côté un pli à la peau, en l'attirant en haut; explorez avec la pulpe de l'index droit le bord supérieur de la côte placée au-dessous du pli, et enfoncez à ce niveau le trocart tenu comme dans la figure 199.

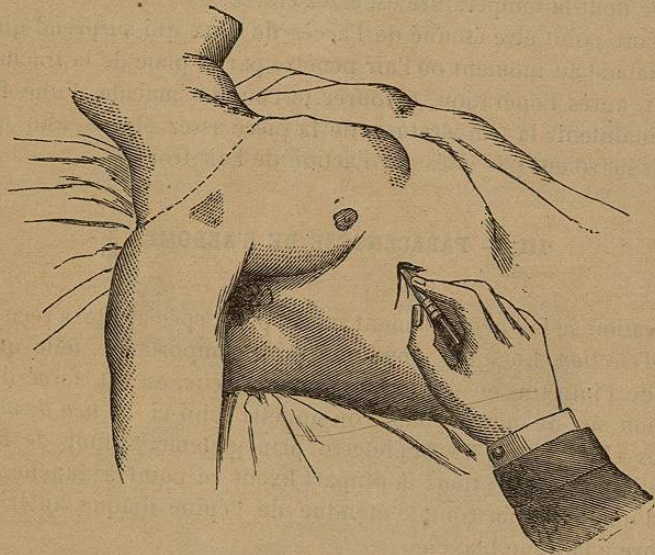


FIG. 199. — Thoracentèse, lieu d'élection.

2<sup>o</sup> Le liquide s'écoule, et, au moment où l'opération est terminée, le chirurgien retire le trocart, en prenant soin de ne pas laisser pénétrer l'air.

*Remarque.* — On est dans l'habitude aujourd'hui d'adapter à l'extrémité de la canule une sorte de chemise de baudruche qui s'applique sur l'ouverture de l'instrument, et qui empêche l'air de pénétrer au moment où l'écoulement cesse. Si l'écoulement s'arrête, cela peut tenir à la compression du poumon contre l'extrémité de la canule, ou bien à la présence d'un flocon de fibrine; il faut alors changer la direction de la canule, ce qui suffit le plus souvent, ou, à la rigueur, y faire passer un stylet mousse pour éloigner ce flocon.

Au moment où l'opération se termine, le malade est presque toujours pris d'un accès de toux, dû très-probablement au changement d'état du poumon qui se dilate.

Aujourd'hui, on se sert avec avantage de l'aspirateur de M. Dieulafoy, dont on fait pénétrer la canule dans le thorax de la même manière.

#### V. — SAIGNÉE.

1<sup>o</sup> Le sujet étant couché et à jeun, placez à quelques centimètres au-dessous du pli du coude un lien circulaire que vous serrerez avec assez de force pour empêcher la circulation du sang dans les veines sous-cutanées et amener leur gonflement. La compression, toutefois, ne doit pas être assez énergique pour supprimer les battements artériels, ce dont on s'assure en examinant le pouls du malade. (Fig. 200.)



FIG. 200. — Saignée.

1. Main droite tenant la lancette. — 2. Main gauche embrassant l'avant-bras. — 3. Lien circulaire. — 4. Veine médiane céphalique.

2<sup>o</sup> La pulpe de l'index et du pouce étant placée sur les deux faces de la lame de la lancette, à cinq ou six millimètres seulement de la pointe, piquez obliquement la veine médiane céphalique, pendant que le pouce de la main gauche fixera la peau et la veine, tout près du point que vous voudrez piquer.

3<sup>o</sup> Si l'écoulement du sang n'est pas assez rapide, faites contracter les muscles de l'avant-bras en plaçant dans la main du malade un objet quelconque que vous lui recommandez de presser; la contraction musculaire chassant le sang des veines profondes vers les veines superficielles, le sang s'élanche sous forme de jet.

4<sup>o</sup> Lorsque la quantité de sang écoulé est suffisante, enlevez le lien circulaire, ce qui arrête immédiatement l'hémorrhagie.

Lavez avec soin la peau tachée par le sang et appliquez sur la plaie un

petit linge plié en quatre et imbibé d'eau froide. Vous placerez par-dessus le bandage dit *huit du coude*, ou *de la saignée*.

Prenez une bande de deux mètres et demi, de quatre centimètres de largeur; faites à la partie inférieure du bras un circulaire horizontal 2 qui fixe un bout de bande de vingt-cinq centimètres laissé libre 1; le circulaire se terminant au niveau de l'épicondyle, descendez oblique-

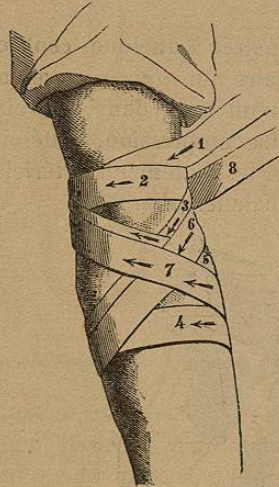


FIG. 201. — Huit du coude, bandage de la saignée.

ment, et suivez la flèche 3 vers la partie interne de l'avant-bras, en recouvrant la petite compresse qui se trouve placée sur la saignée. Embrassez avec un circulaire 4 la partie supérieure de l'avant-bras, et, passant en arrière du coude, regagnez le bord externe, pour remonter obliquement, en suivant la flèche 5 et en croisant la flèche 3. Décrivez en arrière du bras un demi-circulaire horizontal, repassez obliquement en descendant devant la saignée et suivant la flèche 6; passez en arrière de l'avant-bras, remontez obliquement par-devant en suivant la flèche 7, et venez nouer le bout de la bande 8 avec le bout 1 que vous aviez laissé pendant.

Placez le membre au repos.

#### VI. — TÉNOTOMIE.

Cette opération consiste à diviser les tendons. On l'emploie principalement dans les cas de rétraction musculaire, pour allonger les muscles.

D'une manière générale, il faut pratiquer la ténotomie en des points qui n'exposent pas à la blessure d'organes importants, tels que vaisseaux, nerfs et synoviales. Peu importe, pourvu que l'on prenne les précautions voulues, qu'on fasse passer le ténotome au-dessous ou au-dessus du muscle.

L'opération se fait ordinairement par la méthode sous-cutanée. Pre-

nons, par exemple, la section du tendon d'Achille: on fait sur l'un des côtés du tendon un pli cutané; celui-ci étant maintenu et tendu par la main gauche du chirurgien et par la main d'un aide, introduisez la pointe du ténotome à la base du pli et portez-le à plat sur la face postérieure du tendon d'Achille. Abandonnez alors la peau, faites décrire au

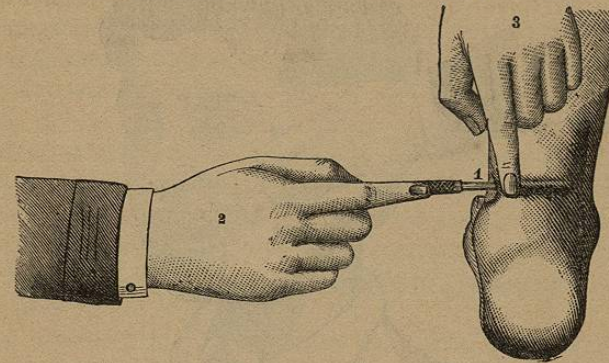


FIG. 202. — Ténotomie du tendon d'Achille.  
1. Ténotome tenu de la main droite. — 2, 3. L'index de la main gauche appuie sur la peau pour empêcher l'introduction de l'air.

ténotome un quart de rotation, de manière à placer le tranchant de l'instrument contre le tendon. Incisez le tendon par de légers mouvements de scie, en même temps que la pulpe de l'index gauche appuie légèrement sur le ténotome. Pendant l'opération, il faut avoir soin de tendre le tendon à diviser, ce qu'on obtient ordinairement au moyen d'une position déterminée et maintenue par l'aide.

Après l'opération il faut placer le membre dans l'immobilité et lui donner une position qui détermine l'écartement des deux extrémités du muscle.

Nous terminerons cet article en plaçant ici trois figures sur lesquelles il suffit de jeter les yeux, et qui ne nécessitent aucune description.

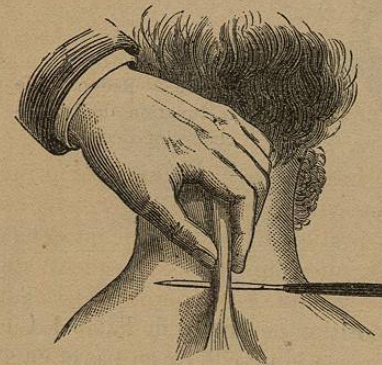


FIG. 203. — Séton.

La figure 203 indique comment il faut, en posant un séton, saisir la

peau de la nuque avec la main gauche, et de quelle manière un bistouri long et étroit fait à la base du pli cutané un conduit sous-cutané à travers lequel on passe l'aiguille enfilée d'un ruban.

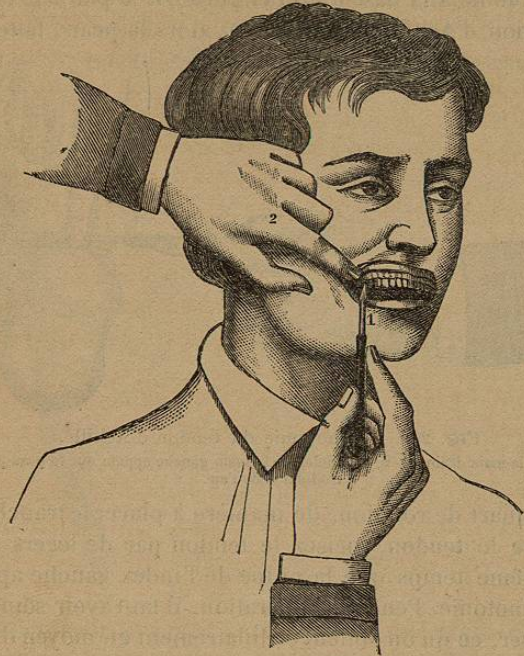


FIG. 204. — Perforation de la paroi inférieure du sinus maxillaire.

Dans la figure 204, on voit la manière d'écarter la commissure des lèvres 2, et de tenir le poinçon 1, pour la perforation du sinus maxillaire, après l'extraction de la deuxième grosse molaire, dans les cas de de dans le sinus.

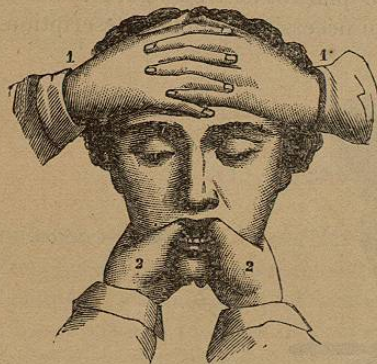


FIG. 205. — Réduction de la luxation de la mâchoire inférieure.

Enfin, la figure 205 montre la position des mains de l'aide 1, 1, et celle des mains du chirurgien 2, 2, qui porte le maxillaire en bas et en arrière, dans la réduction du maxillaire inférieur.

## CHAPITRE DEUXIÈME

### BANDAGES

Les bandages, beaucoup trop négligés aujourd'hui, sont d'une importance considérable; les élèves devraient ne point imiter les errements de quelques maîtres, dans les hôpitaux de Paris en particulier, et s'astreindre à confectionner avec soin les pansements, les bandages, les appareils. Si nous donnons ce conseil et si nous y insistons, ce n'est pas seulement parce qu'un bandage bien fait flatte l'œil, c'est surtout parce qu'une lésion guérit beaucoup mieux avec un appareil bien conditionné; les pièces de pansement d'un bandage mal fait se déplacent, se plissent, s'enroulent, les bandes se relâchent, d'où résultent de l'inflammation pour la plaie et une mobilité fâcheuse pour les parties que l'on doit maintenir immobiles.

On ne saurait trop s'élever contre l'abandon presque complet des règles à observer en petite chirurgie, et auxquelles les grands chirurgiens du commencement du siècle attachaient tant d'importance.

On conçoit que nous ne pouvons pas entrer ici dans tous les détails que comporterait un traité de bandages. Nous donnerons cependant quelques indications générales, et nous citerons les principaux bandages employés, en indiquant la manière de les faire.

#### 1° Applications des bandes.

Les figures ci-jointes montrent les éléments les plus simples de la petite chirurgie; la fig. 206 représente une *croix de Malte*, petit carré de

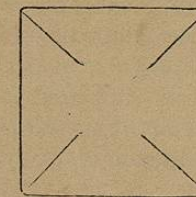


FIG. 206. — Croix de Malte.

linge ou de diachylon fendu aux quatre angles; dans la fig. 207, on voit la

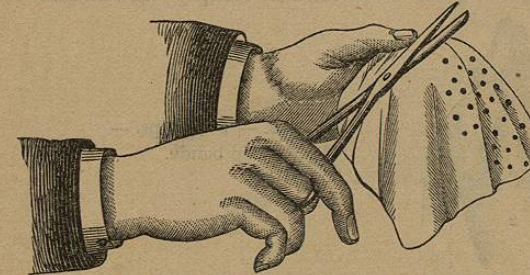


FIG. 207. — Manière de faire du linge troué pour pansements.

manière de trouer un linge pour faire du *linge cératé*, et dans les huit