

c'est que le malade a pris trop de chloroforme, lui donner de l'air et au besoin de l'oxygène.

Quantité moyenne de chloroforme à employer : 8 à 10 grammes pour le début (un quart d'heure), 15 à 20 grammes, pour entretenir l'anesthésie pendant une heure.

Accidents.

En cas de *ralentissement de la respiration*, de cyanose de la face, enlever la compresse, propulser en avant les



Fig. 35. — Respiration artificielle. Compression du thorax.
(Ricard et Launay.)

angles du maxillaire inférieur avec les doigts placés en dedans de ces angles.

Si une inspiration profonde ne se produit pas, saisir la langue avec la pince et la tirer doucement au dehors, pendant que le tampon monté est promené dans le pharynx pour en *enlever les mucosités*.

Si la respiration est à peu près arrêtée, renverser la tête en dehors de la table d'opération et faire les *tractions rythmées de la langue*. Pour cela, saisir solidement le corps de la langue (tiers antérieur) entre le pouce et l'index, avec un linge quelconque et exercer sur lui, de 15 à 20 fois par minute, de fortes tractions

réitérées, successives, rythmées, suivies de relâchements, en imitant les mouvements rythmés de la respiration elle-même. Pendant les tractions, il importe de sentir que l'on tire bien sur la *racine* de la langue qui s'y prête par son élasticité et sa passivité. Quand on commence à sentir une certaine résistance, c'est que la vie revient.

En même temps, pratiquer la *respiration artificielle* :

1° Se placer derrière le malade qui a la tête pendante,

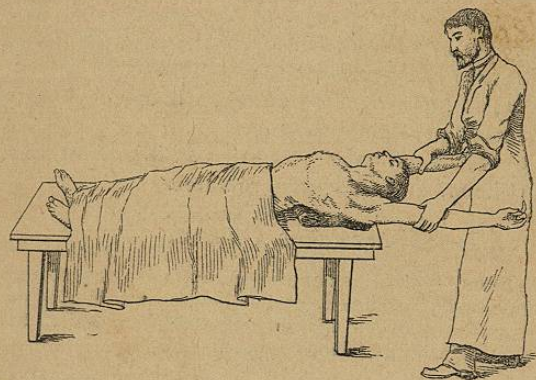


Fig. 36. — Respiration artificielle. Dilatation du thorax.
(Ricard et Launay.)

empaumer les deux avant-bras aux coudes, les rapprocher de la poitrine en comprimant cette dernière. (fig. 35). Un aide peut, placé face à l'opérateur, ajouter ses efforts pour comprimer en même temps le thorax avec ses deux mains à plat.

2° Porter les avant-bras en abduction, élévation et extension en arrière (fig. 36).

3° Rapprocher les bras de la poitrine et la comprimer. Continuer ainsi, en suivant le rythme d'une respiration normale.

Prolonger, au besoin, les tractions et la respiration

artificielle pendant un long temps (une demi-heure, une heure).

Suites.

Laisser le malade la *tête basse* pendant plusieurs heures. Aérer. — Ne pas laisser parler le patient. — Diète absolue au moins pendant huit heures, si possible jusqu'au lendemain matin.

S'il n'y a pas eu de nausée *au bout de huit à dix heures*, autoriser une cuiller à café de champagne frappé, de grog, d'eau de Vichy glacée. Si, une demi-heure après, il n'y a pas eu de nausée, permettre une cuiller à bouche des mêmes liquides de temps à autre.

Reprendre l'alimentation liquide au bout de vingt-quatre heures après l'intervention.

Si le malade est *faible*, recourir aux injections de sérum artificiel, aux injections rectales.

ANESTHÉSIE A L'ÉTHÉR

Indications. — Excellent anesthésique, moins dangereux que le chloroforme, mais le sommeil est plus long à obtenir. Sera employé surtout chez les malades affaiblis ou atteints de lésion du cœur (dangers du chloroforme, dans ces cas).

Contre-indications. — Ne pas s'en servir la nuit ou en présence du feu, ou encore si l'on doit employer le thermo-cautère (à cause de son inflammabilité) ; s'en abstenir chez les malades atteints d'affections des voies respiratoires, telles que emphysème, bronchite (il prédispose aux inflammations broncho-pulmonaires).

Technique.

Préparatifs.

Matériel.

Deux flacons d'éther pur, de 125 grammes.

Un masque spécial (de Julliard) (fig. 37) ou improvisé avec une vessie de porc assez large (au besoin, un chapeau de feutre), au fond de laquelle on a cousu par le milieu une petite compresse de gaze souple, pliée en quatre.

Une pince à langue, double griffe.

Un ouvre-bouche (de Heister).

Malade.

Sera à jeun.

Anesthésie.

Position.

Décubitus dorsal, tête horizontale, cou et ceinture libres.

Vérifier la bouche, pour enlever les pièces dentaires, s'il y a lieu.

Exécution.

Verser 10 à 15 grammes d'éther sur le tampon de l'inté-

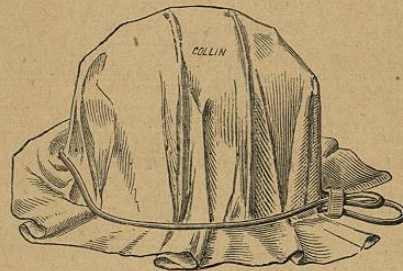


Fig. 37. — Masque pliant de Julliard, pour éthériser.

rieur du masque ; approcher doucement ce dernier du nez et de la bouche du malade, tout en lui parlant.

Au bout de quelques secondes, retirer le masque, puis le réappliquer.

Au bout de deux à trois minutes, verser une nouvelle dose d'éther. Ne pas hésiter à forcer ces doses au début. La marche de l'anesthésie n'en est que meilleure.

Au moment où l'anesthésie complète est obtenue, entretenir la narcose par des doses minimales fréquemment renouvelées. Enlever le masque de temps à autre.

Surveiller la respiration (la voir et l'entendre) et la face (craindre l'asphyxie).

Quantité à employer chez l'adulte : 100 à 150 grammes pour une heure.

Accidents.

Comme pour l'anesthésie chloroformique (p. 36).

Suites.

Id. (p. 38).

ANESTHÉSIE AU CHLORURE D'ÉTHYLE

Indications. — Interventions courtes, mais douloureuses et nécessitant la résolution musculaire complète (Végétations adénoïdes, curettage utérin, certaines manœuvres obstétricales, opérations sur les yeux, les voies urinaires...)

Contre-indications. — Très restreintes : ne pas anesthésier les cardiaques avancés, surtout quand il y a dégénérescence de la fibre musculaire.

Technique.

Préparatifs.

Matériel.

Chlorure d'éthyle pur, en tube gradué et à clapet (contenance 20 cent. cubes) (fig. 38).

Une compresse simple de toile, de 30 cent. carrés, pliée en quatre.

Malade.

De préférence à jeun. Le faire uriner avant l'anesthésie.

Anesthésie.

Position.

Décubitus dorsal ou position assise.

Vêtements desserrés à la taille et au cou.

Exécution.

La compresse tapissant l'intérieur de la main droite fortement creusée, diriger dans le fond de cette compresse le

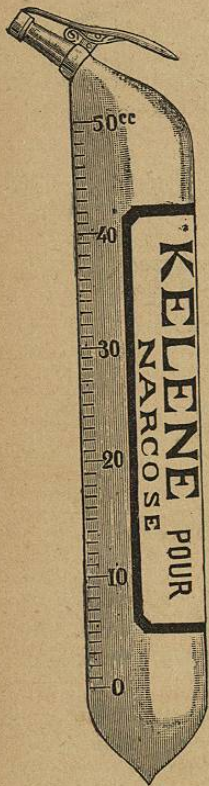


Fig. 38. — Tube de chlorure d'éthyle.

jet du tube de chlorure d'éthyle (fig. 39). La quantité doit varier suivant l'âge :

Jusqu'à 5 ans.	2	centimètres	cubes.
De 5 à 10 ans.	3	—	—
De 10 à 16 ans.	4	—	—
Au-dessus.	5	—	—

La quantité nécessaire versée, immédiatement appliquer la compresse toujours

tenue dans la main droite sur le nez et la bouche du patient, en invitant ce dernier à faire des inspirations profondes.

De la main gauche, maintenir la tête et la mâchoire inférieure.

Ne pas laisser respirer d'air libre : donc veiller à l'obturation la plus complète possible de la part de la compresse.

Si le patient s'arrête de respirer pendant quelques secondes, (apnée passagère assez fréquente), soulever légèrement la compresse pour laisser arriver un peu d'air ; la réappliquer aussitôt que s'est produite une inspiration profonde.

Au bout de vingt-cinq à quarante secondes, l'anesthésie est complète : absence de réflexe oculo-palpébral, membres inertes.

Le réveil se produit au bout de deux à quatre minutes.



Fig. 39. — Anesthésie générale au chlorure d'éthyle. Manière de verser et de recueillir le liquide sur la compresse.

Avant le réveil, on peut donner une nouvelle dose de chlorure d'éthyle, dans les mêmes conditions que la première fois. On peut ainsi, grâce à 3, 4 nouvelles doses, prolonger l'anesthésie vingt-cinq à trente minutes.

Si l'opération doit durer plus de dix à quinze minutes, il est préférable de recourir à l'anesthésie mixte : commencer au chlorure d'éthyle; puis, le malade endormi, changer la compresse de chlorure pour une autre imprégnée de chloroforme ou pour le masque à éthérisation. Le passage de l'un à l'autre anesthésique se fait sans difficulté : on évite les réflexes syncopaux du début de la chloroformisation.

Accidents.

Jamais d'accidents graves, jamais d'alertes. En cas de congestion cyanotique de la face, il suffit de soulever quelques instants la compresse.

Suites.

Le malade restera étendu quelque temps, une demi-heure à une heure. Pourtant, en cas de nécessité, il peut se lever et marcher de suite.

On note exceptionnellement des nausées ou des vomissements.

II. — OPÉRATION

A. Position du sujet.

On appelle ainsi les diverses situations qu'on peut faire prendre à un malade pour une opération. Les positions varient avec les régions à opérer. Voici les principales de ces positions; il ne s'agit, d'ailleurs que de celles qui sont citées au cours de ce volume.

DÉCUBITUS ABDOMINAL : sujet à plat ventre.

DÉCUBITUS DORSAL : sujet couché naturellement sur le dos.

DÉCUBITUS LATÉRAL : malade couché sur l'un des côtés (généralement le gauche) le bassin étant élevé; le membre inférieur reposant sur la table ou le lit est étendu,

l'autre est en double flexion de la jambe sur la cuisse, de la cuisse sur le bassin et en rotation interne complète.

POSITION DORSO-SACRÉE (position du spéculum) : tronc en décubitus dorsal, cuisses écartées et jambes très légèrement fléchies, reposant sur des supports ou soutenues par des aides ou encore maintenues par une sangle (fig. 40).

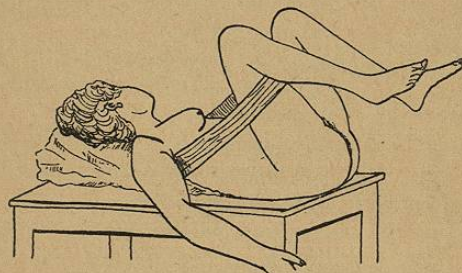


Fig. 40. — Position gynécologique improvisée avec une simple sangle ou même une longue serviette (d'après S. Bonnet et Paul Petit).

POSITION DE LA TAILLE : tronc dans le décubitus dorsal; les cuisses fléchies complètement sur le bassin sont écartées au maximum et également de chaque côté; les jambes sont fléchies sur les cuisses. Il est bon d'avoir deux aides pour soutenir les jambes, l'un à droite, l'autre à gauche; ils glissent un bras sous le pli du jarret, pendant que la main libre tient le pied.

POSITION DE TRENDLENBOURG, OU ÉLEVÉE DU BASSIN : le corps en décubitus dorsal est renversé, de sorte que la tête soit en bas et le bassin suivant une ligne formant un angle de 45° avec l'horizontale.

POSITION DE ROSE : tronc dans le décubitus dorsal, la tête en extension extrême et débordant la table.

B. Exécution.

RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES.

Aller vite, tout en faisant bien.

Au cours de l'opération, veiller à ne toucher que des objets stérilisés. *Se laver* de temps à autre les mains, dans la liqueur de Van Swieten, particulièrement avant de pénétrer dans les plans profonds et surtout, avant toute exploration au doigt.

Changer le champ opératoire, s'il est souillé, en recouvrant les premières compresses de nouvelles.

Veiller aux aides, et à ce qu'ils ne souillent pas la plaie, les instruments ou le champ opératoire.

Surveiller le patient, s'il est anesthésié.

DIVISION DES TISSUS.

L'incision se fait généralement au *bistouri*. Le bistouri le plus utilisé est à lame droite et légèrement courbe (fig. 41).

L'instrument sera tenu entre le pouce, l'index et le médius, comme une plume à écrire (fig. 42); le bord interne de l'extrémité du petit doigt repose sur le sujet et donne de la fixité à la main qui opère; la main gauche étend les téguments à sectionner.

Lorsqu'il s'agit d'incisions profondes ou de grande longueur, il est plus commode de tenir le bistouri comme un couteau de table.

Commencer par enfoncer franchement la pointe du bistouri tenu vertical (fig. 43), à l'une des extrémités de l'incision, puis continuer la section des tissus en

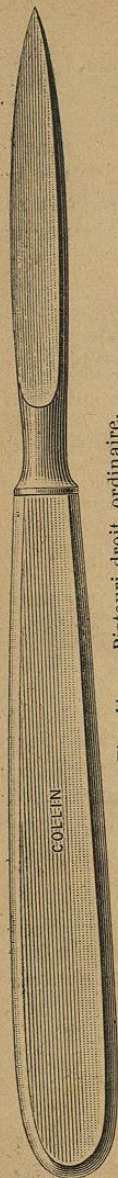


Fig. 41. — Bistouri droit, ordinaire.

abaissant le manche de l'instrument jusqu'à l'autre bout de l'incision où, avant de sortir, on relève le

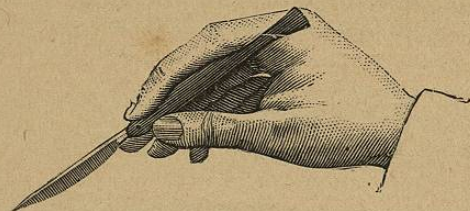


Fig. 42. — Le bistouri doit être généralement tenu comme une plume à écrire (Chavasse).

manche du bistouri pour que la section soit nette et ne se termine pas en s'effilant.

L'incision de la peau est très souvent rectiligne; dans

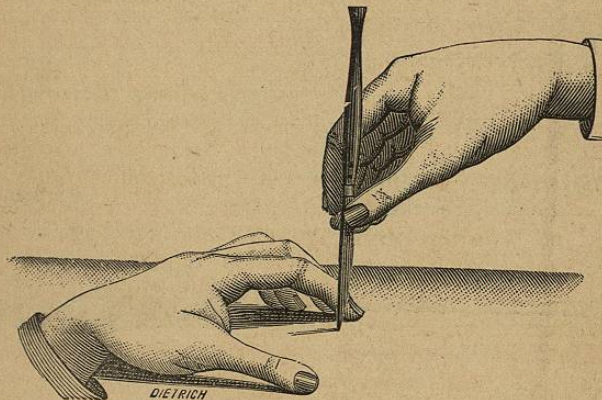


Fig. 43. — Le commencement de l'incision se fait, le bistouri étant tenu vertical (Chavasse).

tous les cas, il faut éviter de faire des reprises d'incision qui ne soient pas dans le prolongement direct de la première.

Une fois la peau et le tissu cellulaire incisés, on se sert d'habitude de la *sonde cannelée* ordinaire pour ouvrir les aponévroses: à une des extrémités de l'incision, soulever un pli de tissus et le sectionner à la pointe du bistouri; par l'ouverture, glisser la sonde cannelée en la plaçant dans la direction de la section à faire, rainure en haut. Le bistouri, son tranchant vers le haut, est glissé le long de cette rainure.



Fig. 44. — Sonde cannelée à bout mousse, de Nélaton.

Le travail de recherche dans la profondeur se fait à la sonde cannelée ordinaire, ou mieux, à la sonde à bout mousse (fig. 44), aidée des doigts.

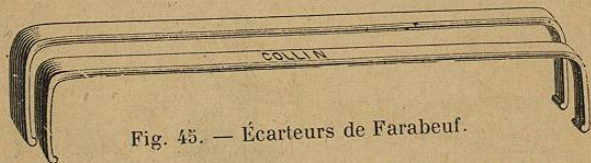


Fig. 45. — Écarteurs de Farabeuf.

Les organes gênants sont écartés à l'aide de *crochets* mousses ou d'*écarteurs* (fig. 45, 46, 47). Une bonne méthode consiste à repérer par des *pincettes* chacun des



Fig. 46. — Écarteur avec manche à crochet.

plans principaux traversés (aponévroses, séreuses...) Veiller à ne pas saisir entre le mors des pincettes les nerfs ou les vaisseaux.

Lorsqu'un organe peut être sectionné aux *ciseaux*, ceux-ci sont utilisés le pouce et l'annulaire dans les anneaux, l'index allongé sur la monture de l'instrument (fig. 48); la section doit être nette et franche, sans queue.

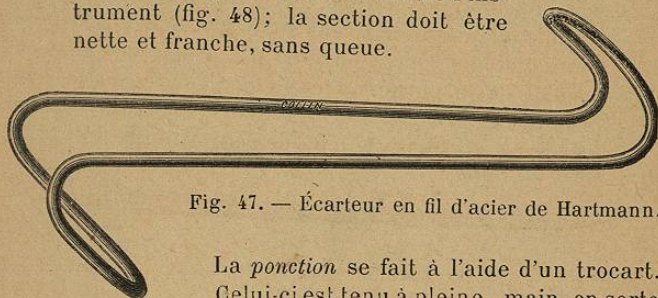


Fig. 47. — Écarteur en fil d'acier de Hartmann.

La *ponction* se fait à l'aide d'un trocart. Celui-ci est tenu à pleine main, en sorte que sa poignée repose dans la paume. L'index allongé sur le trocart indique la limite de la pénétration de l'instrument.

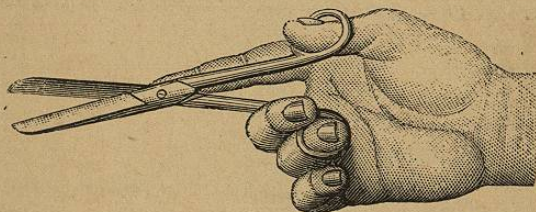


Fig. 48. — Comment l'on doit tenir les ciseaux (Chavasse).

On pousse le trocart d'un coup sec, perpendiculairement, à travers la surface enveloppant la région à ponctionner. La canule étant tenue à son extrémité entre les doigts de la main gauche, la pointe est retirée avec la main droite.

Le *thermo cautère* peut être, comme le bistouri, utilisé pour la section des tissus; dans d'autres circonstances, il sert à cautériser une surface malade.

Lorsqu'on a recours à cet instrument au cours d'une opération aseptique, ne pas oublier d'en saisir le manche avec une compresse stérilisée.
La température à laquelle il est porté peut varier,

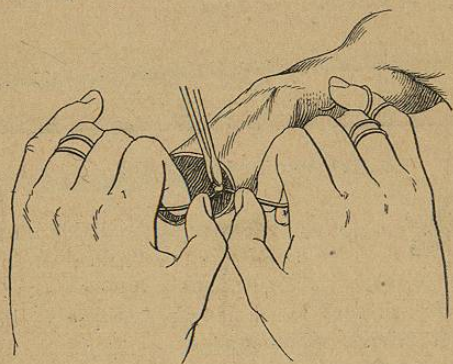


Fig. 49. — Manière de serrer le fil d'une ligature. (Ricard et Launay.)

suivant les indications, mais en général le rouge doit être peu intense, voisin du rouge sombre. Le rouge blanc est employé pour les cautérisations profondes et rapides. Il est bon de se rappeler que la dou-

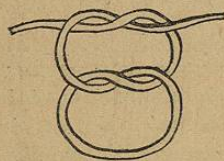


Fig. 50. — Nœud du batelier.

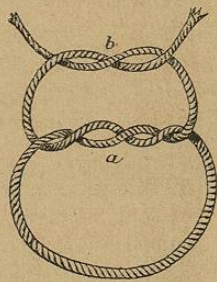


Fig. 51. — Nœud du chirurgien. (Ricard et Launay.)

leur est en raison inverse du degré de chaleur du thermo cautère.

Si un vaisseau donne, le saisir entre les mors d'une

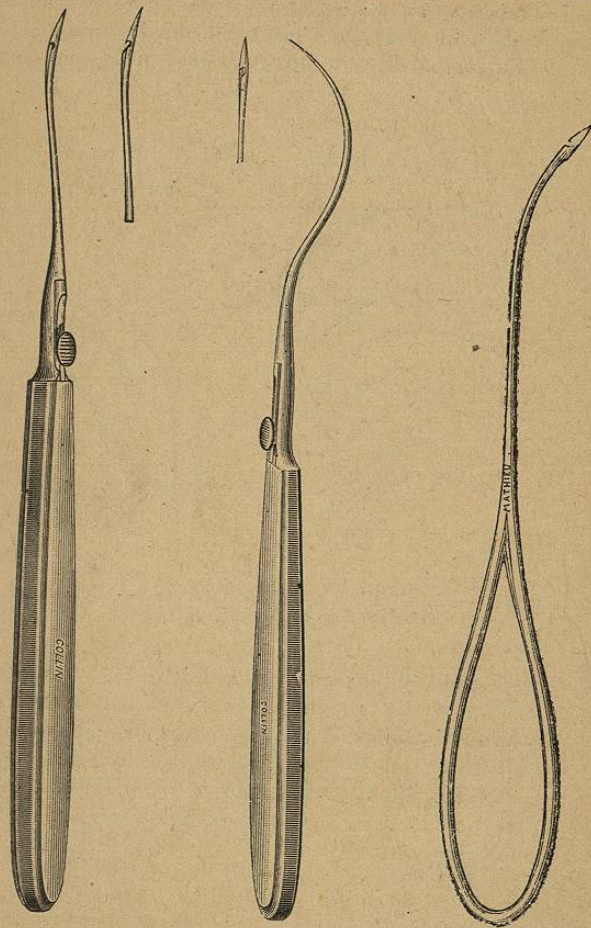


Fig. 52. — Aiguille de Reverdin droite. Fig. 53. — Aiguille de Reverdin à grande courbure. Fig. 54. — Aiguille de Mooy.

pince à forcipressure. Veiller à ne prendre que l'extré-

mité du vaisseau et non les tissus avoisinants. Les vaisseaux un peu gros seront liés au catgut, en ayant bien soin de faire glisser le nœud juste en arrière de la pince (fig. 49). On peut faire ou le nœud du batelier, ou le nœud du chirurgien, également solides tous les deux.

Nœud du batelier (fig. 50). — Le fil glissé sous le vaisseau,

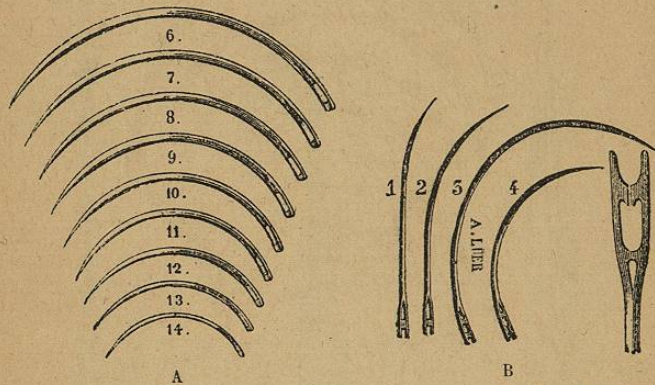


Fig. 55. — A, aiguilles à suture courbes. — B, les mêmes, avec chas à ressort.

en tenir les deux bouts parallèlement, la moitié droite et la moitié gauche dans la main correspondante. Avant de nouer, croiser les chefs, de façon que le bout du fil de la main droite soit pris par-dessous le fil gauche, dans la main gauche : les fils croisés, faire un nœud simple. Avant d'exécuter le deuxième nœud, les fils seront changés de nouveau, en sorte que le fil qui se trouve dans la main gauche vienne à être posé par-dessus le droit.

Nœud du chirurgien (fig. 51). — Après un premier nœud double (a), nouer une seule fois (b) les chefs du fil.

Les petits vaisseaux de minime calibre seront *tordus* :

la pince sera roulée entre les doigts dans le même sens, jusqu'à ce que l'extrémité du vaisseau de plus en plus effilée finisse par se rompre d'elle-même.

RÉUNION DES TISSUS.

On peut se servir de l'aiguille de Reverdin droite ou

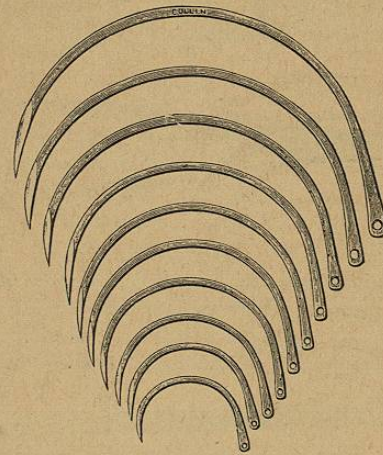


Fig. 56. — Aiguilles de Hagedorn.

courbe (fig. 52, 53), mais, plus simplement de l'aiguille de Mooy (fig. 54) ou d'une aiguille courbe ordinaire (fig. 55, 56), tenue soit à la main, soit au porte-aiguille (fig. 57), soit entre les mors d'une pince à forcipressure. Il est essentiel de veiller à ce que les bords des tissus que l'on rapproche soient exactement accolés sans recroquevillement. Pour arriver à ce but on s'aide d'une *pince à dents de souris* (fig. 58), qui soulève alternativement chacun des bords opposés.

Pour la réunion de la peau, c'est le crin de Florence qui est employé. Pour la réunion des séreuses, des tendons, des aponévroses, des nerfs, on a recours à la soie fine ou au catgut.

Lorsqu'on a le moindre doute sur la propreté aseptique de la plaie et, d'une façon générale, dans la très grande majorité des cas, mettre un drain étroit de 3 à 4 mil-

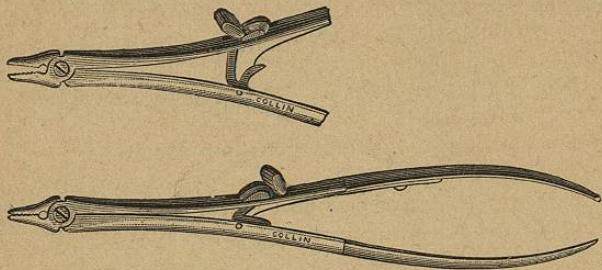


Fig. 57. — Pince porte-aiguille.

limètres de diamètre. Il n'y a jamais d'inconvénient à mettre un drain en trop; par contre, dans la pratique journalière, où les conditions d'asepsie sont si difficiles à réaliser, il peut y avoir le plus grand inconvé-



Fig. 58. — Pince à dents de souris.

nient à ne pas drainer. Du reste, s'il n'y a pas de phénomènes inflammatoires, ce drain sera enlevé au bout de quarante-huit heures.

C. Pansement.

Le pansement comprend deux parties : le pansement proprement dit et les matériaux de fixation de ce pansement ou bandages.

Pansement proprement dit.

Peut être sec ou humide.

PANSEMENT SEC.

La plaie sera recouverte successivement de compresses

de gaze stérilisée sèche, d'ouate hydrophile, d'ouate ordinaire, le tout maintenu par des bandes en crépon, faciles à enrouler ou des bandes de gaze apprêtée, mouillée au préalable (pour les pansements rares), ou par un bandage spécial.

En cas de manque de compresses ou de gaze stérilisée sèche, recourir à des compresses bouillies exprimées au maximum.

Ne pas hésiter à employer beaucoup d'ouate.

Ce pansement est d'habitude un pansement rare qui demeure en place plusieurs jours, parfois jusqu'à la cicatrisation complète.

PANSEMENT HUMIDE.

Au lieu de compresses de gaze sèche, employer des compresses de toile ou de gaze bouillies, moyennement exprimées. Faire le reste du pansement comme pour le pansement sec.

Surtout, n'employer jamais de tissu imperméable.

Le pansement humide se renouvelle tous les jours, ou même plusieurs fois par jour.

Bandages.

Principes généraux. — Placer le malade dans la position la plus commode pour lui et pour l'opérateur; disposer les aides qui soutiennent le malade ou le membre, de façon à n'avoir qu'à s'occuper de bien placer le bandage. Celui-ci sera serré ni trop, ni trop peu, d'une manière uniforme. — Il sera appliqué de bas en haut quand il s'agit des membres.

Veiller à ce que le bandage enveloppe bien le pansement de tous les côtés et à ce qu'il soit fixe. Pour la fixité, on sera forcé d'empiéter sur les régions avoisinant la région opérée et de déborder, pour les membres, l'articulation supérieure; pour la poitrine, l'abdomen, on utilisera les grands bandages de corps soutenus par des bretelles et des sous-cuisses.

DES BANDAGES EN GÉNÉRAL.

Préparatifs.

Les bandes peuvent être rigides (toile, tarlatane empesée) ou souples (gaze non apprêtée, coton, flanelle, crépon encore appelé crêpe Velpeau). Les bandes en *crépon* sont les plus utilisées : élastiques, souples, lavables, elles moulent bien les régions sur lesquelles on les applique. — Les bandes en *gaze apprêtée*, que l'on emploie après les avoir imprégnées d'eau, ont le gros avantage de durcir en se desséchant et de former une véritable coque protectrice aux pansements.

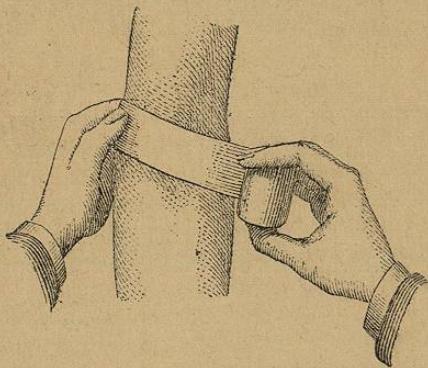


Fig. 59. — Manière de placer le chef initial des bandes (Chavasse).

La *largeur* des bandes en moyenne de 4 à 5 centimètres peut être inférieure (2 centimètres pour les doigts) ou supérieure (15 à 20 centimètres, pour les pansements de la racine des membres, du thorax). Leur *longueur* est généralement de 6 à 10 mètres.

Les bandes roulées sont à un ou deux *globes* ; dans le premier cas, un des chefs se trouve libre, l'autre est au centre du rouleau appelé globe ; dans l'autre cas, les deux chefs sont au centre des deux rouleaux, réunis par le plein de la bande.

Application des bandes.

Faire plusieurs tours circulaires, l'un recouvrant l'autre pour fixer le chef initial de la bande (fig. 59). Eviter les godets, en faisant des renversés (fig. 60), ou en croisant obliquement les tours.

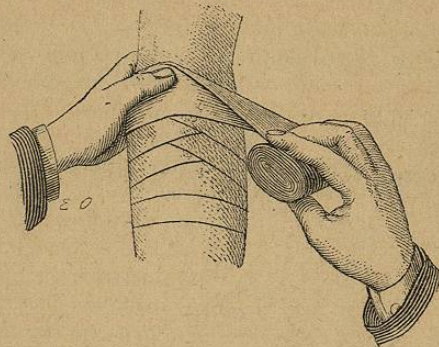


Fig. 60. — Comment l'on fait un renversé (Chavasse).

Pour arrêter la bande, choisir l'endroit convenable : si l'extrémité se trouve au niveau de la plaie ou dans une région mal exposée, comme la face postérieure des membres inférieurs, le dos, replier cette extrémité de façon à la raccourcir, pour que l'épingle puisse être mise en bonne place. — L'épingle de sûreté est la meilleure. Si l'on se sert d'une épingle ordinaire, la mettre longitudinalement, la tête du côté libre de la bande.

On peut se passer d'épingle : pour cela, couper la bande à mi-largeur sur une longueur convenable, et ayant croisé les deux chefs obtenus, lier les deux extrémités, en formant un anneau autour du pansement.

DES BANDAGES EN PARTICULIER.

Bandages typiques.

BANDAGE CIRCULAIRE (saignée, petits pansements sur le cou, le front).

Ce bandage est formé par des circonvolutions se recouvrant plus ou moins complètement.

BANDAGE SPIRAL.

Ce bandage est formé de circonvolutions disposées en spires.

1. *Spiral du doigt* (fig. 61). Bande de 2 mètres de longueur sur 2 centimètres de largeur.

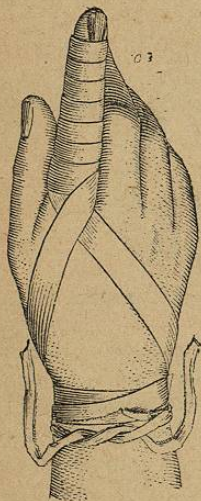


Fig. 61. — Bandage spiral d'un doigt (Chavasse).

Avec le chef initial, faire quelques circulaires autour du poignet, puis des spiraux écartés de la base au sommet du doigt. Au sommet, faire quelques circulaires, puis par des spiraux imbriqués, redescendre du sommet vers la base, conduire le globe sur le dos de la main et terminer le bandage autour du poignet.

2. *Spiral du pied* (pansement sur le cou-de-pied).

Bande de 2 mètres de longueur sur 4 centimètres de largeur.

Appliquer le chef initial sur la malléole qui se trouve à gauche de l'opérateur; la bande passe en avant de l'articulation tibio-tarsienne, va sur la malléole opposée, sous le talon, bref fait un tour

circulaire qui embrasse le talon; puis elle est conduite sur la face dorsale du pied et sous la plante, puis à la partie inférieure de la jambe, en arrière du tendon d'Achille, en laissant entre ces tours et le premier circulaire, l'intervalle d'un tour de bande. — Le talon est complètement recouvert grâce à un jet oblique sous la malléole de gauche (par rapport à l'opérateur) (fig. 62).

- Après de nouveaux tours circulaires, la bande est

menée alors obliquement jusqu'à la racine des orteils (fig. 63), puis ramenée d'arrière en avant jusqu'à la partie inférieure de la jambe.

BANDAGES CROISÉS, EN 8 DE CHIFFRE.

Leur nom indique leur constitution.

1. *Croisé d'un œil* ou *Monocle* (pansement de la région orbitaire) (fig. 64).

Bande de 4 à 5 mètres de longueur sur 4 à 5 centimètres de largeur.

Faire deux ou trois circulaires autour du front; la bande



Fig. 62. — Bandage spiral du pied. Commencement de l'enveloppement du talon (Chavasse).

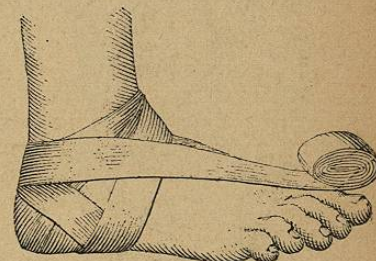


Fig. 63. — Bandage spiral du pied. Le talon est recouvert. La bande gagne l'extrémité du pied (Chavasse).

arrivée à la nuque, la faire passer obliquement sous l'oreille du côté malade, sur la joue, sur l'œil du même côté, puis sur la région pariétale du côté opposé. Arrivé à la nuque, recommencer plusieurs tours obliques. Terminer par un tour circulaire.

2. *Croisé de la mâchoire inférieure* ou *Chevestre* (pansement de la joue) (fig. 65).

Bande de 6 mètres de longueur et de 5 centimètres de largeur.