

La facilité avec laquelle l'éther se vaporise rend nécessaire, lorsqu'on veut s'en servir, l'emploi d'un appareil.

Le malade doit être couché horizontalement, la tête très-peu élevée, la poitrine découverte, afin que l'on puisse facilement surveiller les mouvements respiratoires. Un aide doit tenir le pouls.

On a eu préalablement le soin de débarrasser le patient de tout ce qui peut entraver sa respiration.

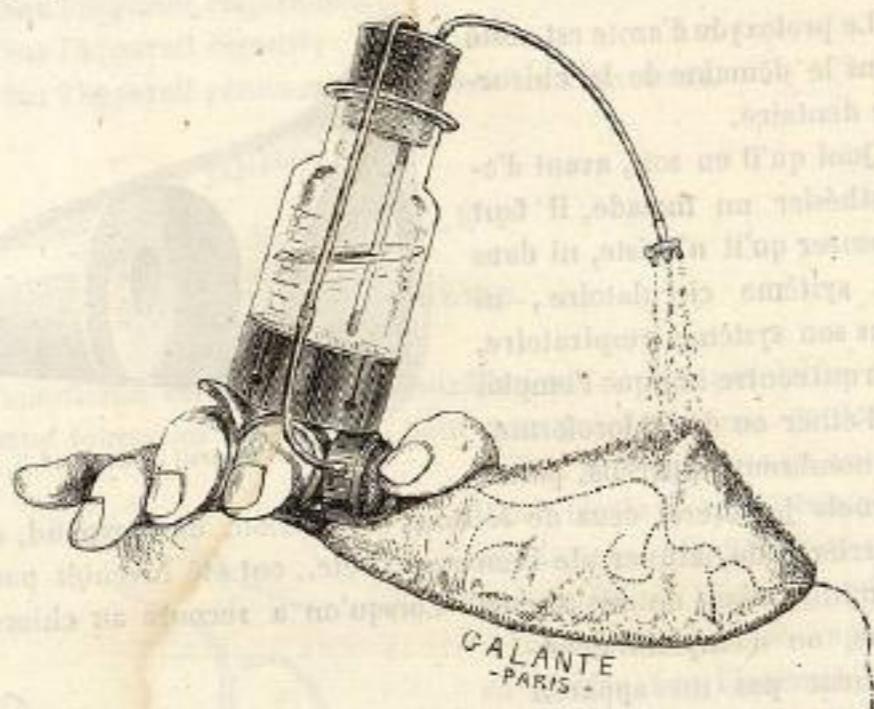
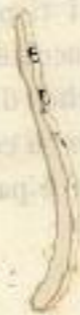


Fig. 4. — Appareil de Demarquay.

On devrait, chaque fois qu'on anesthésie un malade, avoir sous la main un appareil à faradisation, ou, mieux encore, un appareil à courant constant et continu, agents si utiles dans les cas d'asphyxie et de syncope.



CHAPITRE II

OPÉRATIONS QUI SE PRATIQUENT SUR L'APPAREIL TÉGUMENTAIRE.

ARTICLE I

DIVISION DES TISSUS.

§ 1. **Incisions.** — Les incisions de la peau constituent le premier temps de la plupart des opérations. On se sert, pour les pratiquer, du bistouri, sauf les cas où elles ne sont que le commence-

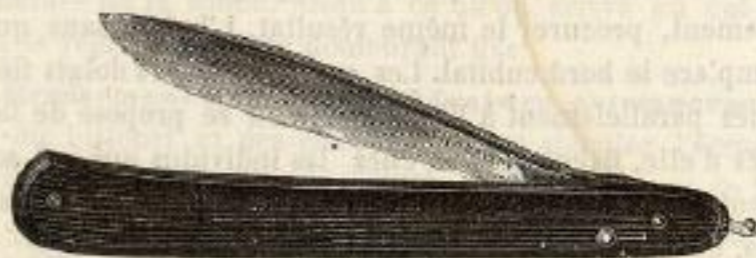


Fig. 5.

ment d'une amputation et où l'on emploie le couteau. Lorsque les téguments ont déjà subi une solution de continuité, on peut les diviser avec les ciseaux.



Fig. 6.

Le bistouri peut être à lame fixe ou bien à lame mobile, c'est-à-dire, s'ouvrir et se fermer. Laissant de côté les espèces et les va-

riétés si nombreuses du bistouri, je signalerai seulement le droit et le convexe, qui ne diffèrent l'un de l'autre que par le degré de la convexité, le tranchant du bistouri droit étant en général un peu convexe vers la pointe, et le boutoné. Les différentes manières de tenir le bistouri étaient autrefois classées et dénommées par des numéros d'ordre, mais cette dénomination numérique ne présente aucun avantage et doit être laissée de côté. Il suffit de savoir que l'on peut le tenir comme une plume à écrire, comme un couteau à découper, et que, dans ces deux positions, le tranchant de l'instrument peut être dirigé en bas ou en haut; enfin, on le prend quelquefois comme s'il s'agissait d'un archet de violon.

Avant d'inciser la peau, il faut qu'elle soit suffisamment tendue par le chirurgien ou par un aide, ou bien par les deux à la fois. Cette tension peut être obtenue de plusieurs manières. Si l'on agit sur un membre, on peut saisir à pleine main la peau du côté opposé à celui sur lequel doit porter l'incision. Le bord cubital et le pouce de la même main peuvent, appliqués à un certain degré d'écartement, procurer le même résultat. L'index, dans quelques cas, remplace le bord cubital. Les quatre derniers doigts fléchis et appliqués parallèlement à l'incision qu'on se propose de faire, et très-près d'elle, fixent la peau chez les individus qui ont sous les téguments une certaine quantité de graisse; mais chez les sujets maigres, cette manœuvre réussit assez mal.

Enfin, lorsqu'il importe beaucoup de ménager des parties placées superficiellement sous la peau, on fait à cette membrane un pli perpendiculaire à la direction que l'on veut donner à l'incision; l'uné au moins des extrémités du pli doit être confiée à un aide. Le pli peut être divisé du sommet à la base ou de la base au sommet.

On peut faire les incisions de dehors en dedans ou de dedans en dehors. Elles sont simples si on les fait en un seul temps, composées dans le cas contraire.

Les incisions simples sont droites ou courbes. Les incisions composées sont en V, en T, en +. Quand on fait la seconde branche d'une incision en +, il faut la faire en deux temps, de façon que, pour chacune des portions de la seconde branche, le bistouri se dirige des parties éloignées vers la branche initiale. Sans cette précaution, la peau n'est pas suffisamment tendue et la section est mal faite.

On recommande, lorsqu'on incise la peau, d'éviter les queues, c'est-à-dire les fins et les commencements d'incision dans lesquels la section de la peau est plus étendue superficiellement que profondément. Voici comment on doit procéder pour éviter les queues qui n'ont du reste que de bien minimes inconvénients: il faut porter le bistouri sur la peau dans une direction rapprochée de la perpendiculaire, puis l'incliner plus ou moins, et enfin le relever à angle droit, au point où la section se termine.

Les incisions de dedans en dehors se font sans conducteur ou avec conducteur.

Pour les faire sans conducteur, on introduit le bistouri le plus souvent à plat sous les parties à sectionner, puis on coupe en relevant l'instrument du talon vers le bouton, car on se sert en général dans ces cas-là du bistouri boutoné.

Lorsqu'on emploie un conducteur, et c'est presque toujours une sonde cannelée, on fait glisser le dos du bistouri (ordinaire) dans la cannelure de la sonde, jusqu'à ce qu'on arrive au cul-de-sac, puis on le relève, la pointe demeurant fixe.

§ 2. **Écrasement linéaire. — Ligature extemporanée.** — A côté du bistouri et des ciseaux, il faut signaler l'écraseur linéaire de Chassaignac, le serre-nœud et le constricteur de Maisonneuve, à l'aide desquels on pratique l'écrasement linéaire et la ligature extemporanée qui donnent des incisions sèches.

Ces instruments, qui servent à l'ablation des tumeurs naturellement ou artificiellement pédiculées, peuvent aussi être mis en usage pour la division des parties molles en général. Mais il faut alors qu'il y ait au-dessous des parties que l'on veut diviser, un trajet à travers lequel on puisse faire passer la chaîne de l'écraseur, trajet que l'on crée au besoin avec un trocart.

L'écrasement linéaire a été inventé par Chassaignac, qui le fit connaître en 1830. Ce chirurgien se sert pour le pratiquer d'un instrument appelé écraseur, dont la partie fondamentale est une chaîne plate, analogue à celle de la scie de Aitken, à cette différence près qu'elle ne porte pas de dents.

Chaque bout de la chaîne va s'attacher à l'aide d'un maillon et d'un tendon à une des extrémités d'une tige d'acier, dont l'autre

extrémité se fixe sur un double levier qui permet de mettre ces tiges en mouvement.

Sur leur côté externe, les tiges d'acier présentent des saillies et des dépressions qui les assimilent aux crémaillères. A leur côté interne, elles sont disposées de façon à glisser l'une sur l'autre. Elles sont contenues dans une canule plate, recouverte de bois du côté de l'extrémité opposée à la chaîne. De chaque côté de la canule est un cliquet qui s'engrène avec les dents de la crémaillère correspondante.

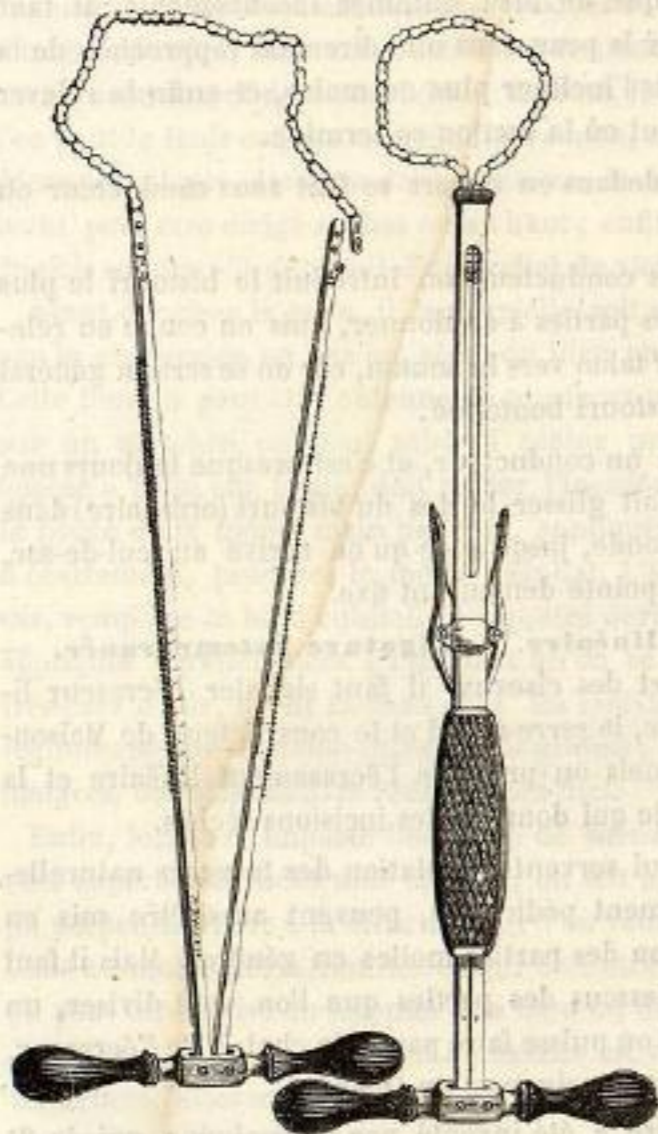


Fig. 7. — Écraseur linéaire de Chassaignac.

Pour se servir de cet instrument, lorsqu'on veut détacher une partie pédiculée, on n'a qu'à appliquer sur le pédicule la chaîne de l'écraseur, à retirer le manche, en soulevant les cliquets, jusqu'à ce qu'elle s'applique exactement sur le pédicule, puis à imprimer à ce manche des mouvements alternatifs d'élévation d'un côté et de l'autre.

Si l'on veut sectionner un pont de peau placé au-dessus d'un trajet fistuleux, on commence par détacher un des bouts de la chaîne et par passer au-dessous de la partie à diviser un trocart

courbe spécial, dont le poinçon présente près de la pointe une encoche dans laquelle on fixe l'extrémité d'une anse de fil. Lorsque le fil est ressorti du côté de la pointe, on enlève le poinçon. On attache à un des chefs du fil, dont les deux bouts font saillie au niveau des deux orifices de la canule, l'extrémité détachée de la chaîne, et, en tirant sur le chef opposé, on engage cette dernière dans la canule. On retire la canule quand les bouts de la chaîne ressortent des deux côtés de la partie à diviser; on fixe sur l'écraseur l'extrémité qui avait été détachée, et on n'a plus qu'à mettre l'instrument en mouvement.

L'écrasement linéaire a l'avantage incontestable de donner des plaies à peu près sèches, à moins qu'on ne divise de grosses artères, et d'exposer moins que l'instrument tranchant à l'infection purulente, avantages dus à ce qu'il broie les tissus et obture les orifices vasculaires.

Pour se mettre à l'abri de l'hémorrhagie, il faut laisser un intervalle d'un quart de minute, d'une demi-minute, et plus au besoin, entre chaque coup de cliquet.

L'écraseur linéaire ne permet pas la réunion immédiate.

A côté de l'écrasement se place la ligature extemporanée de Maisonneuve, qui n'en est qu'un dérivé, et se pratique à l'aide d'in-

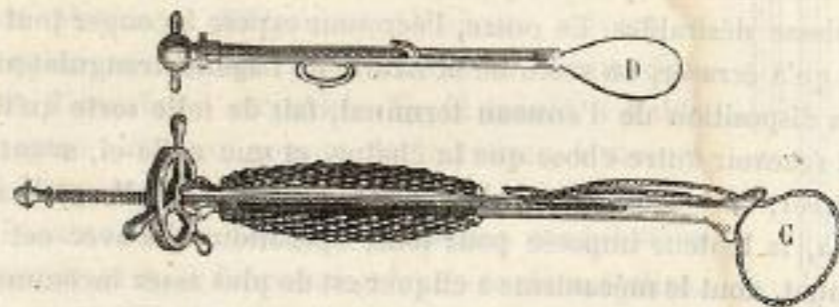


Fig. 8. — Constricteurs de Maisonneuve.

truments qui sont des modifications du serre-nœud de Grafe, formé, comme on le sait, d'un tube métallique dans lequel tourne une vis munie d'un curseur sur lequel est fixée la ligature, laquelle vis, en s'éloignant de l'anneau terminal, entraîne l'anse dans l'intérieur du tube, en écrasant contre l'anneau les tissus qu'elle embrasse. Ces instruments sont au nombre de deux, car le troisième, destiné

aux amputations des membres, n'est pas passé dans la pratique chirurgicale. Le premier, le plus petit, que l'on peut mettre dans une trousse, constricteur n° 1, D, est disposé comme le serre-nœud de Græfe, avec cette seule différence, que son anneau terminal est aplati de manière à présenter une ouverture en forme de fente, au lieu d'un orifice circulaire.

Pour lien constricteur, on peut y adapter toute espèce de fils, de soie, de chanvre, etc.; on se sert habituellement d'un fil de fer recuit et galvanisé d'un millimètre de diamètre.

Le n° 2, C, ou constricteur proprement dit, est construit sur le même principe que le précédent, mais avec des dimensions doubles. L'un des bords de l'anneau terminal est arrondi et un peu déprimé, l'autre, un peu plus saillant et plus en vive arête; enfin, pour manivelle, il est muni d'un volant à trois branches roulant librement sur la vis. On l'arme d'une forte ficelle de trois à quatre millimètres de diamètre, ou bien d'une espèce de corde en fil de fer fin et recuit.

A certains égards, les constricteurs sont préférables à l'écraseur.

La chaîne de l'écraseur est, en raison de son volume, incommode pour les opérations délicates, tandis que les ligatures appliquées sur le constricteur peuvent présenter tous les degrés de finesse et de souplesse désirables. En outre, l'écraseur expose à couper tout autant qu'à écraser, en vertu de la nature de l'agent strangulateur et de la disposition de l'anneau terminal, fait de telle sorte qu'il ne peut recevoir autre chose que la chaîne, et que celle-ci, avant d'y pénétrer, doit avoir achevé la section des tissus qu'elle embrasse. De là, la lenteur imposée pour toute opération faite avec cet instrument, dont le mécanisme à cliquet est de plus assez incommode. Dans le constricteur, l'anneau terminal est disposé de façon que c'est sur ses bords eux-mêmes que s'opère la division des tissus, et cela seulement après que ceux-ci, entraînés par le lien, ont été broyés dans l'ouverture de l'anneau. Ce mode d'action possède, dans la plupart des cas, une puissance hémostatique suffisante pour qu'on n'ait pas à se préoccuper de la rapidité de l'opération. Enfin, au point de vue de la force, le mécanisme à vis du constricteur l'emporte sur le mécanisme à cliquet de l'écraseur.

§ 3. Galvano-caustie. — On peut aussi obtenir des plaies sèches et opérer sans hémorrhagie, en se servant du couteau galvanique et de l'appareil de Middeldorpf ou de celui de Grenet dont l'emploi constitue la galvano-caustie thermique.

Pour porter le circuit métallique qui réunit les deux pôles à une température convenable pour le but qui nous occupe, une pile doit remplir les deux conditions suivantes : il faut qu'elle ait un courant intense et une forte tension. Middeldorpf se servait d'éléments de Grave, ce qui, en raison du platine qui entre dans leur composition, rend l'appareil fort cher. Aussi a-t-on substitué à cette pile celle de Grenet, qui, composée d'éléments formés de plaques de zinc et de plaques de charbon, est d'un prix beaucoup moins élevé. Elle se charge avec un mélange d'acide sulfurique et de solution de bichromate de potasse. Un tube à insufflation débouchant à la partie inférieure du récipient, et dans lequel on fait passer un courant d'air à l'aide d'un soufflet, augmente l'action de la pile et empêche sa dépoliarisation. Les réophores sont en rapport avec deux tiges de cuivre isolées qui vont par leur autre extrémité s'adapter à l'armature et sont dans leur partie moyenne renfermées dans un manche de bois ou d'ivoire qui permet de la manier. L'armature est en platine et différemment disposée, suivant le but qu'on veut remplir. Elle affecte la forme d'un fil ou d'une lame recourbée. Le fil manié à l'aide d'un serre-nœud qui permet de le retirer, à mesure qu'il divise les tissus, constitue l'anse coupante. Enroulé autour d'une boule en porcelaine dont il élève la température, il forme un galvano-cautère à olive. Enfin porté à l'aide d'une aiguille à travers une tumeur et mis ensuite en rapport avec les réophores, il forme le séton incandescent.

Quant à la lame de platine qui a trois ou quatre millimètres de largeur, elle est disposée en pointe ou bien terminée par un bord arrondi. On peut à volonté la courber sur le plat; elle constitue le galvano-cautère cultellaire, qu'on manie comme un bistouri. La facilité qu'a l'opérateur d'incur-



Fig. 9. — F, H, galvano-cautère cultellaire; G, galvano-cautère à olive.

ver à volonté sur ses faces la lame de platine est, en dehors des propriétés hémostatiques de l'appareil, un avantage précieux.

Une des tiges de cuivre destinées à mettre en rapport l'armature avec les réophores, est interrompue dans l'intérieur du manche, et un coulant permet à volonté d'ouvrir ou de fermer le circuit.

Pour éviter sûrement l'hémorrhagie, l'armature ne doit pas dépasser la température rouge sombre.

Quand on emploie l'anse coupante (Broca a modifié le manche de Middeldorpf de façon que le serre-nœud est reçu dans une rainure latérale), il peut arriver que le fil dépassant, à mesure qu'il se raccourcit, la température voulue, coupe trop rapidement les tissus et détermine des hémorrhagies; d'autre part, l'élévation de la température peut être telle qu'il se fonde. Il faut, afin de se mettre à l'abri de ces accidents, avoir soin de régler et de diminuer l'intensité du courant, ce que l'on peut obtenir en ralentissant ou suspendant l'insufflation, ou bien encore en soulevant une partie de la pile hors du liquide dans lequel elle immerge.

Trouvé a, dans ces derniers temps, fabriqué un appareil moins volumineux que celui de Grenet dont il diffère en ce que les éléments, qui sont du reste les mêmes, ont plus de surface et moins d'épaisseur.

ARTICLE II

RÉUNION.

Les moyens employés pour obtenir la réunion immédiate des plaies accidentelles ou faites par le chirurgien, comprennent la position, les bandages, les agglutinatifs, les serres-fines et la suture proprement dite ou suture sanglante.

Les serres-fines et la suture rentrent seules dans mon sujet.

§ 1. **Serres-fines.** — Les serres-fines, qui sont en somme de petites pinces à pression continue, sont constituées par un fil d'argent assez fort, dont la partie moyenne décrit deux tours de spire formant ressort, et dont les extrémités disposées en S s'entrecroisent

et se terminent par des mors aplatis et pourvus de petites dents. Il en est de différentes dimensions. Dans les unes, les branches se continuent directement, tandis que, dans les autres, elles se coudent à angle obtus.

Pour les appliquer, un aide maintenant les lèvres de la plaie exactement rapprochées, le chirurgien presse les branches de la serre-fine de façon à écarter les mors avec lesquels il embrasse les lèvres de la plaie, puis il n'a qu'à laisser agir le ressort, le rapprochement est maintenu.



Fig. 10. — Serre-fine.

On place les serres-fines à une distance les unes des autres qui varie de un à deux centimètres. Il n'est pas prudent de les laisser en place plus de vingt-quatre heures, parce qu'alors elles peuvent mortifier les parties qu'elles étouffent. On ne s'en sert généralement que pour les plaies peu profondes et dont les lèvres n'ont pas une grande tendance à s'écarter. On en emploie d'un grand modèle pour les cas de déchirure incomplète du périnée.

§ 2. **Sutures proprement dites.** — Je ne traiterai ici que des sutures qui s'appliquent sur la peau, renvoyant au chapitre des opérations qui se pratiquent sur l'appareil digestif, les sutures de l'intestin; j'ai à passer en revue la suture entrecoupée, la suture à points continus, la suture à points passés, la suture du pelletier, la suture entortillée et la suture enchevillée.

Avant de réunir une plaie par la suture, il faut la nettoyer avec le plus grand soin et arrêter aussi complètement que possible tout écoulement sanguin.

A. *Suture entrecoupée ou à points séparés.* — On la pratique, lorsque les lèvres de la plaie n'ont pas une grande tendance à l'écartement. On se sert pour la faire de fils de lin ou de soie préalablement cirés ou de fils métalliques de fer ou d'argent; ces derniers ont été vantés dans ces derniers temps comme n'irritant pas et ne coupant pas les tissus, mais ce sont là des propriétés bien douteuses. Les aiguilles employées pour cette suture sont courbes dans toute leur longueur ou seulement dans le voisinage de leur pointe. Il en est de complètement droites, mais elles sont rarement employées. Toutes sont tranchantes près de la pointe.

Voici comment on pratique la suture entrecoupée : les lèvres

de la plaie étant maintenues rapprochées, le chirurgien, muni d'une aiguille armée d'un fil, la tient soit avec les doigts, soit avec une pince à pression, et l'enfonce dans la peau sous un angle de 45° et à une distance du bord de la plaie qui ne doit jamais atteindre un centimètre ni être au-dessous de deux millimètres.

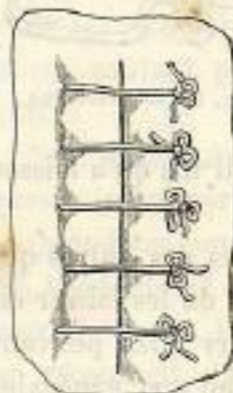


Fig. 11. — Suture entrecoupée.

Avec le pouce et l'index écartés, on tend la peau sur le trajet de l'aiguille ; lorsqu'une des lèvres est traversée, sans faire ressortir l'aiguille, on l'engage de dedans en dehors dans l'autre lèvre et on la fait ressortir à la même hauteur et à une distance du bord de la plaie égale à celle à laquelle elle est entrée. Cela fait, on peut couper le fil, l'arrêter par un double nœud et appliquer successivement d'autres points par le même procédé, de façon que la plaie ne reste pas béante dans leur intervalle. On peut aussi, quand le fil est assez long, faire successivement tous les points avec le même fil que l'on divise ensuite de façon à avoir des points de suture séparés.

On commence généralement la suture à la partie moyenne de la plaie, sauf dans quelques cas particuliers. Lorsqu'on se sert de fil métallique, on arrête chaque point en tordant l'une sur l'autre un certain nombre de fois les extrémités du fil préalablement divisé. On peut encore engager ces extrémités dans un petit tube de plomb (tube de Galli) que l'on aplatit avec des pinces et qui maintient ainsi les fils d'argent ; mais ce procédé est trop compliqué.



Fig. 12. — Suture en surjet.

B. *Suture à points continus ou en surjet.* — On procède comme pour la suture entrecoupée faite avec un seul fil et une seule aiguille, avec cette différence qu'au lieu de diriger l'aiguille perpendiculairement aux lèvres de la plaie, on la conduit dans une direction oblique ; puis, la suture terminée, on arrête chaque extrémité du fil au moyen d'une double rosette.

C. *Suture à points passés ou en zigzag.* — On commence comme pour la précédente, et, lorsque l'aiguille a traversé les deux lèvres de la plaie, on l'enfonce de nouveau du côté où elle est sortie et à cinq millimètres environ de son point d'émergence ; on lui fait traverser les deux lèvres de la plaie, et ainsi de suite. On arrête isolément chaque extrémité du fil.

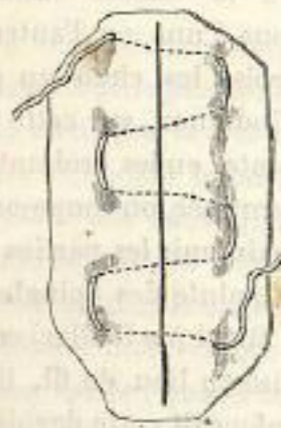


Fig. 13. — Suture en zigzag.

Dans la suture du pelletier, le fil passe d'un côté au-dessus de la lèvre de la plaie, au-dessous de l'autre côté, et alternativement.

Des sutures que je viens de décrire, la suture entrecoupée est de beaucoup la plus usitée.

D. *Suture entortillée ou à tiges.* — On a recours à celle-ci, lorsque la plaie présente une certaine profondeur et que les parties sont disposées de façon à pouvoir être traversées par une tige droite. On se sert, pour la pratiquer, d'aiguilles ou d'épingles droites, plus ou moins longues et plus ou moins solides suivant les circonstances.

Les lèvres de la plaie amenées au contact, on enfonce l'aiguille ou l'épingle tenue avec une pince à pression à travers une des lèvres de la plaie, et on fait ressortir la pointe après qu'elle a traversé la lèvre opposée.

Cela fait, sous les deux extrémités de l'épingle restées saillantes on passe une anse de fil dont un aide tient les chefs en tirant légèrement dessus ; on enfonce ainsi une série d'épingles sous chacune desquelles on passe une anse de fil. Les épingles doivent pénétrer à une telle profondeur et être placées à une distance telle les unes des autres que les lèvres de la plaie soient exactement affrontées dans toute leur étendue.

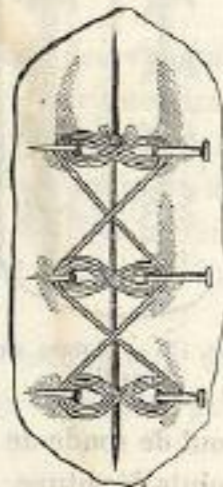


Fig. 14. — Suture entortillée.

Quand on croit les choses disposées de façon à procurer ce résultat, on prend l'anse qui se trouve au-dessous de chaque épingle, on en croise les chefs un certain nombre de fois

en les faisant ensuite passer sous les extrémités de l'épingle et on les arrête par un nœud.

On peut aussi se servir d'une seule anse pour toutes les épingles. On la choisit suffisamment longue et on applique le milieu sous l'une ou l'autre des deux épingles extrêmes; après avoir croisé les chefs un certain nombre de fois, comme je viens de l'indiquer, sur cette première épingle, on les conduit sous la suivante, en les croisant dans l'intervalle, et ainsi de suite. La suture terminée, on coupe ou l'on retire les anses provisoires placées pour maintenir les parties rapprochées. Avec des cisailles, on retranche la pointe des épingles.

Rigal (de Gaillac) employait des bandelettes de caoutchouc vulcanisé au lieu de fil. Il traversait la bandelette avec l'épingle, puis enfonçait cette dernière à travers les deux lèvres de la plaie, tirait sur la lanière élastique et la perçait de nouveau avec la pointe de l'épingle.

E. Suture enchevillée ou empennée. — Elle est employée pour réunir des plaies assez profondes et dans des points où on ne

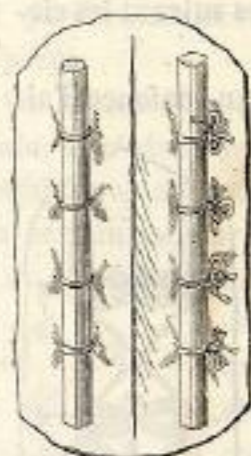


Fig. 15. — Suture enchevillée.

peut avoir recours à la suture entortillée. Voici comment on la pratique : avec une aiguille dans le chas de laquelle sont engagés les deux chefs d'une anse de fil, on traverse les deux lèvres de la plaie, en laissant l'anse libre d'un côté. On place un nombre de points suffisant, puis, dans la concavité des anses, on introduit un morceau de sonde élastique, un petit rouleau de sparadrap, etc. ; on dédouble les chefs et on engage entre eux un corps analogue; on tire jusqu'à ce que les lèvres de la plaie soient au contact et on termine en nouant les chefs au moyen d'une rosette. On peut n'employer qu'un seul bout de sonde de chaque côté ou bien en mettre autant que de points de suture.

Il est à peu près impossible de fixer l'époque à laquelle on doit enlever les sutures; c'est sur l'état de la plaie et la tolérance des tissus qu'il faut se guider pour cela.

ARTICLE III

ABCÈS.

Le traitement des abcès formés dans le tissu cellulaire sous-cutané varie suivant que ce sont des abcès chauds ou phlegmoneux, des abcès froids ou des abcès par congestion, bien que la partie fondamentale de ce traitement consiste toujours à évacuer le pus.

§ 1. **Abcès chauds.** — On se servait autrefois des caustiques pour les ouvrir. Petit (de Lyon) employait même le cautère actuel sous forme d'une aiguille à bas rougie au feu qu'il plongeait dans la collection. Sur cette petite ouverture, il appliquait une ventouse pour faire sortir le pus. Cette méthode n'est plus usitée; quand on se sert des caustiques, on a recours à la pâte de Vienne ou à la potasse qu'on laisse en place un temps suffisant pour que leur action se fasse sentir jusque sur les parois de l'abcès; ce temps est beaucoup plus court pour la pâte de Vienne que pour la potasse. On peut ensuite attendre la chute de l'eschare ou bien enfoncer le bistouri à travers cette dernière. Il semble qu'on perde ainsi les avantages de la cautérisation, mais le bistouri, ne traversant que des tissus mortifiés, n'apporte aucun élément nouveau au mode d'action de la cautérisation.

Le séton filiforme est mis en usage pour les abcès peu volumineux et dans les régions où il y a grand intérêt à éviter une cicatrice (le visage, le cou). Pour passer le séton, on se sert d'une aiguille courbe. Bell (Benjamin) employait un séton composé de plusieurs fils de soie qu'il retirait successivement. Leriche préfère un simple cordonnet. Un fil plié en double remplit très-bien l'indication.

La ponction qui peut être faite avec un trocart, une lancette, un bistouri aigu, n'est de mise que pour les très-petites collections purulentes.

L'incision est le procédé le plus usité. Si, sur le point où l'on veut pratiquer l'incision, il n'y a ni vaisseau, ni nerf à ménager, on peut du premier coup pénétrer dans la cavité, puis inciser. Dans le cas contraire, il faut diviser les tissus couche par couche. Pour les abcès profonds, quand on a sectionné la peau et l'aponévrose,

on peut laisser de côté le bistouri et déchirer les tissus avec le doigt, une sonde de femme ou une sonde cannelée suffisamment résistante. L'incision doit avoir des dimensions telles et être placée de telle façon que le pus puisse s'écouler facilement.

Quand on s'aperçoit que, malgré une première ouverture, il séjourne dans l'abcès, on a recours à une seconde incision ou contre-ouverture placée sur le point où le liquide est retenu. On peut, pour la faire, laisser la suppuration se collecter et inciser alors comme si on ouvrait l'abcès pour la première fois, ou bien passer par la première incision une sonde cannelée qui va soulever les téguments dans le point où l'on va les sectionner et sur l'extrémité de laquelle on se guide.

D'une façon générale, les incisions doivent être parallèles à l'axe des parties sur lesquelles on les pratique, mais cette règle souffre des exceptions. On doit d'autre part, autant que possible, inciser parallèlement aux vaisseaux et aux nerfs.

§ 2. **Abcès froids.** — Bien que les mêmes procédés d'ouverture soient appliqués aux abcès chauds et aux abcès froids, il est, pour ces derniers, quelques précautions à prendre, après l'ouverture. C'est ainsi que l'on peut, après avoir ponctionné l'abcès froid avec un trocart et évacué le pus, injecter à l'aide d'une seringue un liquide excitant, vin, alcool, solution de teinture d'iode étendue d'eau, etc., que l'on laisse ensuite s'écouler au bout de quelques minutes, et cela, dans le but de déterminer une certaine inflammation dans les parois de l'abcès. C'est encore spécialement aux abcès froids que s'applique le drainage que l'on peut cependant aussi mettre en usage pour les abcès phlegmoneux où l'écoulement du pus ne se fait pas bien.

Pour drainer un abcès, on se sert du trocart courbe de Chassaignac dont le poinçon est muni d'une encoche destinée à fixer le drain, trocart que l'on enfonce et que l'on fait ressortir, autant que possible, de façon à ce qu'il traverse l'abcès dans toute son étendue.

Si l'on n'a pas ce trocart à sa disposition, avec un bistouri et une sonde cannelée, on peut arriver au même résultat. On fait une première incision par laquelle on introduit une sonde cannelée; puis, sur la sonde, on fait une seconde incision au point voulu. Dans la cannelure de la sonde que l'on fait ressortir par la dernière ouverture, on glisse un stylet aiguillé muni

d'un drain passé directement dans le chas ou attaché avec un fil. La présence du drain favorise l'écoulement du pus, irrite un peu les parois de la poche et permet des lavages avec des liquides stimulants et désinfectants. Je dois signaler ici la tendance du drain, dont il faut réunir les deux extrémités à l'aide d'un fil, à couper par un travail ulcératif les tissus interposés entre ses points d'émergence. Il faut l'enlever quand on voit que commence ce travail.

§ 3. **Abcès par congestion.** — L'ouverture des abcès par congestion réclame des soins spéciaux; on doit, autant que possible, empêcher l'entrée de l'air et, pour cela, on a recours à des ponctions sous-cutanées, c'est-à-dire faites en déplaçant la peau.

On peut se servir du trocart ordinaire, mais ce qu'il y a de mieux, c'est de recourir aux instruments aspirateurs. On employait, il y a encore peu de temps, la seringue de Guérin; on a maintenant les appareils de Dieulafoy, de Potain, etc., qui sont d'un maniement bien plus commode. Je les décrirai lorsque je m'occuperai de la thoracentèse.

ARTICLE IV

ANTHRAX.

Le débridement de l'anthrax est aujourd'hui, et à juste titre, passé dans les habitudes chirurgicales. Ne fût-ce qu'en raison de la diminution considérable de la douleur qui suit le débridement, on devrait y avoir recours. Dupuytren incisait profondément et crucialement de façon à arriver au foyer du mal. Alph. Guérin débride aussi crucialement, mais par la méthode sous-cutanée. Il enfonce le bistouri au centre de la tumeur et passe au-dessous de la peau. Il évite ainsi, dit-il, l'érysipèle, l'infection purulente et les cicatrices difformes.

ARTICLE V

KYSTES.

Sans vouloir ici exposer une classification des kystes, je dirai

qu'au niveau de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, on rencontre des kystes sébacés et des kystes séreux ou collections séreuses de formation nouvelle. Après m'être occupé de leur thérapeutique, j'étudierai les opérations usitées pour la cure des collections liquides désignées sous le nom d'hygroma, de ganglion, d'hydropisie enkystée des gaines tendineuses.

§ 1. **Kystes sébacés.** — On les observe surtout sur la voûte crânienne où on les désigne sous le nom de tannes, de loupes. Bien que ces loupes puissent être guéries par l'emploi du séton, etc., les procédés les plus usités pour leur cure sont l'extirpation et la cautérisation.

Dans l'extirpation, on peut fendre la peau qui recouvre la tumeur, disséquer cette dernière et l'enlever sans l'ouvrir, ou bien partager la tumeur en deux, en même temps qu'on divise la peau, et extraire ensuite séparément chaque moitié.

La cautérisation se fait généralement avec la potasse caustique ou la pâte de Vienne. Le kyste se détache spontanément au bout de quelques jours en laissant son enveloppe cutanée qui se rétracte et s'affaisse ensuite peu à peu. On peut hâter la guérison, quand l'eschare de la peau est en partie détachée, en saisissant le kyste avec des pinces et l'arrachant.

On peut aussi se servir, pour la cautérisation, d'acide nitrique concentré.

Richet a recours au procédé suivant : avec une seringue de Pravaz, il injecte dans la tumeur quelques gouttes de la liqueur obtenue en laissant tomber en déliquescence au contact de l'air du chlorure de zinc. Creuell préconise les injections d'une solution de tartre stibié au trentième.

La cautérisation est préférable au bistouri, et c'est en somme le moyen le plus généralement employé.

§ 2. **Kystes séreux.** — Les kystes séreux (je ne parle ici que de ceux de formation nouvelle) peuvent être enlevés en totalité; on peut aussi en exciser une portion ou bien seulement ouvrir le kyste largement et le faire suppurer en bourrant sa cavité de charpie. Mais il est encore préférable de recourir à la ponction, de vider la cavité et d'injecter une solution de teinture d'iode dans l'eau distillée, au quart, au tiers, à moitié, ou bien tout autre liquide

irritant, vin, alcool etc. On détermine ainsi une inflammation qui, en raison de la nature de la membrane interne, fait adhérer les parois du kyste.

Kystes hydatiques. — On les extirpera ou bien on les fera suppurer en les ouvrant et les bourrant de charpie.

§ 3. **Hygromas.** — Le traitement le plus prudent de l'hygroma est l'injection iodée. On peut du reste recourir à l'incision et faire suppurer la poche; mais ce mode de traitement est plus dangereux que l'injection.

§ 4. **Ganglions.** — Je comprendrai sous le nom de ganglion l'hydropisie des petites bourses séreuses des tendons (telles que celles qui se trouvent au niveau de l'insertion métacarpienne des premier et deuxième radiaux externes) et les petites collections séreuses enkystées situées sur le trajet des gaines tendineuses. Je n'hésite pas à proscrire de la thérapeutique de ces tumeurs, en raison de leur danger, l'incision, l'excision, le séton, la ponction suivie d'une injection irritante. Deux méthodes seules doivent demeurer : l'écrasement à l'aide d'une pression à travers la peau recouverte au besoin d'une pièce de monnaie, pression exercée avec les doigts ou avec un maillet, et la section sous-cutanée du kyste. La ponction seule n'aurait aucune efficacité.

Pour faire la section sous-cutanée du kyste, on introduit à une certaine distance de la tumeur un bistouri aigu ou un ténotome pointu que l'on fait cheminer sous la peau.

Barthélemy recommandait de faire passer l'instrument sous la tumeur et de le retirer le tranchant en haut, de façon à la diviser en deux moitiés.

Malgaigne, après avoir embroché le kyste suivant son grand diamètre, le sectionnait successivement des deux côtés, puis en haut et en bas, en retournant le tranchant du bistouri, et l'avait ainsi partagé en quatre portions.

Je me sers généralement d'une aiguille à cataracte avec laquelle je ponctionne et je lacère le kyste.

Le liquide évacué, il est bon d'exercer pendant quarante-huit heures une compression sur le point occupé par le kyste à l'aide d'une compresse doublée et de quelques tours de bande.

§ 5. **Hydropisies enkystées des gaines tendineuses.** — Les

hydropisies enkystées des gaines tendineuses, que l'on observe surtout au poignet, doivent être traitées bien plutôt par l'emploi des moyens médicaux, vésicatoires, applications iodées, applications de compresses imbibées d'alcool rectifié, que par l'intervention chirurgicale.

En effet, en dehors des ponctions qui ne sont que purement palliatives, les opérations que la chirurgie a à opposer à ces tumeurs, telles que l'incision, l'excision, le séton, l'injection iodée, me paraissent trop dangereuses en rapport du peu de gravité de la maladie elle-même. En recourant à ces moyens, on risque trop souvent de dépasser le but et de faire naître une inflammation funeste.

Ce que je viens de dire s'applique également aux kystes renfermant des grains riziformes.

ARTICLE VI

TUMEURS SOLIDES.

Les tumeurs solides développées au-dessous de la peau ou dans son épaisseur, ganglions lymphatiques dégénérés, lipômes, sarcomes, cancroïdes, carcinômes, etc., ne comportent d'autre traitement chirurgical que l'ablation au moyen de l'instrument tranchant ou du caustique et très-rarement de la ligature et de l'écrasement.

Les ganglions, les lipômes sont généralement enlevés par l'instrument tranchant au moyen d'une incision ou d'incisions appropriées et d'une dissection consécutive. Pour les lipômes, Bonnet de Lyon avait recommandé le broiement et le morcellement sous-cutanés de la tumeur au moyen d'un ténotome, mais cette pratique n'est guère usitée. Quand le lipôme fait saillie au-dessus du niveau de la peau, on peut enfoncer à plat au-dessous de lui, d'une extrémité à l'autre, un bistouri ou un couteau, puis redresser l'instrument et diviser ainsi la tumeur en deux moitiés que l'on enlève ensuite très-facilement, surtout si le lipôme a une enveloppe de tissu cellulaire.

Lorsqu'on a affaire à une tumeur maligne, quel que soit le mode de traitement employé, on doit toujours se préoccuper d'enlever complètement, tant en surface qu'en profondeur, toutes les parties malades. Une opération dans laquelle on laisserait une portion

de tissu pathologique, si minime qu'elle soit, serait plus nuisible qu'utile.

Il faut aussi, lorsque les ganglions lymphatiques qui reçoivent les vaisseaux émanés de la région malade sont altérés, les enlever complètement.

Les cancroïdes de la peau étendus en surface et ne pénétrant pas profondément peuvent être attaqués avec les caustiques et surtout avec la pâte de Vienne, le caustique de Filhos. On peut employer la pâte de Canquoin, si l'épiderme est déjà détruit. On ne se sert guère aujourd'hui des caustiques arsenicaux, en raison des empoisonnements qui ont quelquefois suivi leur application.

Quand la tumeur pénètre à une certaine profondeur, on peut recourir à la cautérisation linéaire de Girouard, qui attaquait la peau au niveau de la base du produit morbide avec la pâte de Vienne et obtenait une eschare qu'il incisait; il formait ainsi une rainure dans laquelle il introduisait successivement des lanières de pâte de Canquoin jusqu'à ce que la tumeur fût tout à fait détachée. Mais la cautérisation en flèches de Maisonneuve, quelle que soit la part qui lui revienne dans l'invention, est bien préférable.

Voici comment procède ce chirurgien: à la périphérie de la tumeur, il enfonce un bistouri de façon que la pointe pénètre aussi profondément que le mal; le bistouri retiré, il introduit immédiatement dans le trajet une flèche de Canquoin, c'est-à-dire, un triangle de pâte de Canquoin, à angle au sommet très-aigu et préalablement séché dans une étuve.

Tout autour de la tumeur il applique des flèches, de façon à ce qu'elles la circonscrivent complètement en profondeur et en surface.

L'action caustique de chaque flèche ainsi placée rayonne à un demi-centimètre.

Pendant les quelques heures qui suivent cette application, la douleur est très-vive; l'eschare se détache vers le onzième jour. Le chlorure de zinc étant un caustique coagulant, il n'y a pas de danger d'hémorrhagie, à moins qu'on n'intéresse des vaisseaux d'un gros calibre.

La ligature est peu employée pour les tumeurs cutanées et sous-cutanées autres que les tumeurs érectiles, dont nous étudierons plus tard le traitement.

L'écrasement linéaire, la ligature extemporanée ne le sont guère

davantage. Lorsqu'on veut les appliquer, il faut pédiculiser la tumeur, si elle ne l'est pas naturellement. Il suffit pour cela de placer sous la tumeur, quand elle est peu volumineuse, deux épingles en croix au-dessous desquelles on passe l'anse du serre-nœud ou la chaîne de l'écraseur qui se trouvent ainsi maintenues. Quant au galvano-cautère coltellaire, il est parfaitement de mise dans tous les cas que je viens de signaler, et n'a d'autre inconvénient que la complication de l'appareil instrumental.

ARTICLE VII

ONGLE INCARNÉ.

On désigne sous le nom d'ongle incarné l'état pathologique dans lequel les bords latéraux de l'ongle (le plus souvent l'interne) s'enfoncent dans le repli qui les borde. L'ongle ne s'incarne en général que d'un côté; quelquefois cependant les deux côtés s'incarnent à la fois. Le repli dermique ainsi irrité devient fongueux et le siège de vives douleurs qui souvent rendent la marche impossible.

On peut ranger sous les chefs suivants les moyens employés pour la cure de l'ongle incarné :

- A. Ceux dans lesquels on cherche à redresser l'ongle sans rien retrancher ;
- B. Ceux dans lesquels on agit sur le bourrelet dans lequel l'ongle s'incarne ;
- C. Ceux dans lesquels on retranche une portion de l'ongle ;
- D. Ceux dans lesquels on enlève l'ongle en entier.

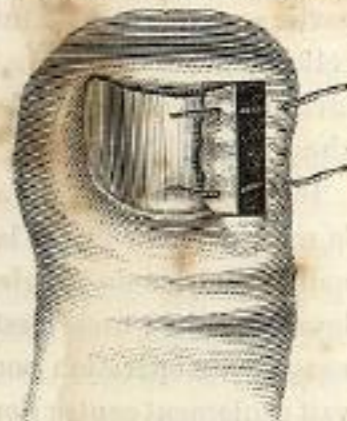
A. On s'est servi tour à tour, pour soulever le bord de l'ongle et déprimer les chairs, de charpie, d'éponge préparée (Bonnet), d'une lame de plomb (Guy de Chauliac), d'une lame de fer-blanc (Desault). Au lieu de recourir, pour maintenir la petite plaque, à une bande ordinaire, comme le faisait Desault, Labarraque y a adapté une bandelette de sparadrap.

B. On peut détruire la partie dans laquelle s'incarne l'ongle en l'enlevant avec le bistouri ou la brûlant avec des caustiques.

Lisfranc enfonçait un bistouri entre l'ongle et les chairs qu'il détachait d'abord du côté de l'extrémité libre du doigt, puis du côté opposé. Levrat-Perroton et Brachet détruisaient les chairs avec

la potasse caustique. Moses Gunn et Cotting enlèvent d'un seul coup, sur le côté de l'ongle, les tissus malades et une assez large étendue de parties saines.

Sur le bourrelet où s'incarne l'ongle, Guyon retranche une portion de derme ayant la forme d'un rectangle, la longueur de l'ongle et une largeur de deux ou trois millimètres, en ayant soin de prolonger les incisions transversales du côté de l'ongle. Il rapproche ensuite par une suture avec des fils d'argent les bords longitudinaux de la perte de substance et écarte ainsi la portion de tissus qui recouvre le bord interne de l'ongle.



C. On peut enlever la portion incarnée ou bien la portion moyenne de l'ongle.

Ablation de la portion incarnée. — Fa- Fig. 16. — Procédé de Guyon. brice d'Aquapendente, après avoir soulevé l'ongle avec de la charpie, coupait à l'aide de ciseaux la portion incarnée jusqu'au point où elle adhère au derme sous-unguéal et l'enlevait avec une pince. Il recommençait tous les jours jusqu'à parfaite guérison.

Dupuytren se servait de ciseaux aigus dont il enfonçait une branche jusqu'à la racine et vers la partie moyenne de l'ongle, divisait complètement ce dernier et arrachait avec des pinces la portion incarnée.

Anger (Théophile), avec un bistouri introduit de bas en haut, taille par transfixion et d'arrière en avant un lambeau formé par les parties saines, en dedans du point où le bord de l'ongle (bord interne) s'est incarné. Il reporte ensuite le bistouri dans l'angle postérieur de la plaie et, rasant la phalange d'arrière en avant, il retranche les fongosités et la portion incarnée de l'ongle, y compris la matrice. Il réapplique alors le lambeau et le maintient avec une bandelette de sparadrap.

Ablation de la portion moyenne. — Dionis détruisait la partie moyenne de l'ongle en la raclant avec un grattoir et rapprochait les portions restantes en mettant de la charpie entre celle qui s'incarnait et les chairs. D'autres ont cherché à rapprocher directement les bords de la perte de substance qu'ils faisaient subir à l'ongle. C'est ainsi que Faye, après avoir excisé sur le milieu de l'ongle un

lambeau en forme de V, appliquait un point de suture sur les deux bords du V; pour arriver à ce résultat, Vésigné se servait d'un petit appareil composé d'une double érigne.

D. Long arrache l'ongle à l'aide d'une spatule en acier. Voici comment il procède: avec la pointe de la spatule, il repousse la partie supérieure de la matrice vers le milieu de la racine, enfonce cette pointe sous l'ongle, et, imprimant à l'instrument un mouvement de bascule en relevant la petite extrémité, il soulève et détache l'ongle.

Divers chirurgiens à l'arrachement ont ajouté la destruction de la matrice, pour éviter la reproduction de l'ongle. Dupuytren cernait la matrice de l'ongle par une incision demi-circulaire et l'enlevait ensuite; mais c'est à tort que l'on répète qu'il mettait en usage cette opération pour la cure de l'ongle incarné; il s'en servait seulement contre l'onxis syphilitique.

Baudens appliquait le tranchant d'un bistouri tenu à pleine main derrière la matrice de l'ongle et enlevait tout d'un seul coup, comme un copeau. Larrey, après avoir enlevé la moitié de l'ongle du côté malade, excisait la matrice avec le bistouri et cautérisait au fer rouge.

Les méthodes que je viens de passer en revue sont toutes applicables à certains cas donnés. Ainsi, au début, on peut redresser l'ongle sans opération, ou seulement en excisant le bord, comme le faisait Fabrice d'Aquapendente.

A une période plus avancée, il faut un traitement plus énergique, et on peut recourir aux procédés dans lesquels on agit sur le bourrelet ou à ceux où on enlève une partie de l'ongle, et je dirai ici qu'il me paraît préférable d'exciser la portion incarnée de l'ongle plutôt que la portion moyenne.

Enfin, quand la lésion est très-prononcée, l'ablation de l'ongle entier est le moyen d'élection. Le procédé de Long réussit très-bien pour certains ongles, tandis que d'autres se cassent et ne peuvent s'enlever de cette façon. On peut aussi fendre l'ongle, comme dans le procédé de Dupuytren, et arracher ensuite les deux moitiés.

L'opération de l'ongle incarné est en quelque sorte le triomphe de l'anesthésie locale que l'on obtient, soit avec un mélange réfrigérant (glace et sel marin), soit par la vaporisation de l'éther.

ARTICLE VIII

ANAPLASTIE.

L'anaplastie (*ἀναπλαστική*, refaire) est la restauration des parties altérées.

La médecine opératoire n'en embrasse qu'une portion, car, dans certains cas, l'anaplastie est naturelle, spontanée et l'œuvre de la nature; et, dans d'autres, elle est au-dessus des ressources de l'art chirurgical, et c'est à l'aide d'appareils plus ou moins ingénieux que l'on répare ou que l'on masque la difformité. Mais, dans une certaine catégorie de faits, c'est au chirurgien qu'il appartient de restaurer les parties lésées, et cette division de l'anaplastie doit seule nous occuper. Pour donner une idée du rôle de l'anaplastie chirurgicale, je ne saurais mieux faire que d'emprunter au savant article de Verneuil (*Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*) l'exposition des lésions auxquelles elle remédie et les méthodes qu'elle emploie dans ce but.

Voici pour les difformités :

- 1° Difformités par synthèse, réunions anormales;
- 2° Difformités par diérèse, séparations anormales;
- 3° Difformités par exérèse, pertes de substance;
- 4° Difformités par prothèse ou exubérance, excès de substance;
- 5° Difformités par hétérotaxie, changement de rapport.

Voici maintenant en regard cinq classes d'anaplastie :

- 1° Anaplastie par synthèse, réunion de parties séparées;
- 2° Anaplastie par diérèse, séparation de parties réunies;
- 3° Anaplastie par exérèse, ablation de parties superflues;
- 4° Anaplastie par prothèse, apport de parties nouvelles;
- 5° Anaplastie par anataxie, remplacement en son lieu normal.

Cette simple énumération suffit pour faire entrevoir l'étendue des matières qu'embrasse l'anaplastie.

Je ne veux point les exposer ici; j'en étudierai successivement les applications, à mesure que je passerai en revue les organes auxquels s'applique spécialement telle ou telle méthode d'anaplastie.

Je vais seulement dire quelques mots de cette portion du sujet

qui a pour but de combler les pertes de substance, aux dépens d'emprunts faits au sujet lui-même et à l'aide de parties saines rapprochées ou éloignées du point altéré ; c'est ce que l'on appelle l'autoplastie (αὐτὸς πλάσσειν).

§ 1. **Autoplastie.** — En ouvrant les livres classiques à l'article Autoplastie, on rencontre invariablement la vieille division de l'autoplastie en trois méthodes :

1^o Méthode indienne, dans laquelle on taille un lambeau auprès de la perte de substance, de façon que le pédicule du lambeau soit dans le voisinage de la partie à combler. L'application du lambeau a lieu par torsion du pédicule.

2^o Méthode italienne. Ici, c'est sur une partie éloignée, généralement sur le bras, que l'on prend la peau qui doit servir à combler le vide. Le bras est maintenu, par un bandage, rapproché de la partie malade jusqu'à ce que le lambeau ait contracté, dans sa nouvelle position, des adhérences suffisantes pour pouvoir être séparé sans inconvénient de ses connexions originelles.

3^o Méthode ancienne, méthode de Celse, méthode française ou de glissement.

Le lambeau ou les lambeaux pris sur les bords de la perte de substance sont mobilisés par glissement.

Je tenais à rappeler cette ancienne classification, bien qu'elle soit aujourd'hui insuffisante pour embrasser tous les cas.

Il est quelques règles générales, relatives à l'autoplastie, que je puis signaler ici.

Le chirurgien doit aviver avec soin et régulariser la surface sur laquelle va s'adapter le lambeau.

Les lambeaux doivent être dans de bonnes conditions de vitalité, c'est-à-dire assez épais et pourvus d'un large pédicule. Le lambeau comprend la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. Dans certains cas, il est fourni par une membrane muqueuse.

On peut au besoin prendre des lambeaux formés de tissu cicatriciel, mais seulement dans les cas où la cicatrice est superficielle et doublée d'un derme épais.

Les lambeaux doivent être configurés de façon à couvrir la perte de substance et avoir une étendue d'un tiers plus grande que celle

de cette perte de substance, à cause de la rétraction inévitable qu'ils doivent subir.

Quand on emploie la méthode italienne, on coupe en général le pédicule du lambeau au bout d'un mois ou de six semaines. Dans la méthode indienne, on ne le divise que lorsqu'il constitue une difformité.

On fixe les lambeaux dans leur nouvelle position à l'aide des bandages, des agglutinatifs, quelquefois des serres-fines, mais surtout de la suture.

ARTICLE IX

CICATRICES VICIEUSES.

Je ne considère pas ici comme cicatrices vicieuses celles qui n'ont d'autres inconvénients que d'être plus ou moins difformes par leur couleur, leur saillie ou leur dépression, mais bien celles qui gênent les mouvements.

Lorsque la cicatrice vicieuse se produit sous forme de bride, on a préconisé contre elle l'incision et l'excision.

§ 1. **Incision, excision, autoplastie.** — Dans la première méthode, on pratique une ou plusieurs incisions perpendiculaires à la direction de la bride que l'on divise complètement et on maintient à l'aide de la position, de bandages ou d'appareils, et jusqu'à entière cicatrisation, les parties dans une direction opposée à celle que leur donnait la cicatrice vicieuse.

Cette manière de faire expose singulièrement aux récidives ; aussi doit-on lui préférer l'excision dans laquelle on retranche la cicatrice, généralement à l'aide de deux incisions courbes se regardant par leur concavité, et on réunit ensuite par la suture les bords de la perte de substance.

Quand on ne peut amener au contact les bords de la plaie laissée par l'excision, on a recours à l'autoplastie.

§ 2. **Greffes épidermiques, dermo-épidermiques.** — C'est ici le lieu de dire quelques mots des greffes épidermiques que Reverdin a récemment mises en honneur et qui ont pour but de hâter la cicatrisation des plaies et des ulcères.

Pour que la transplantation se fasse avec succès, il faut que la surface sur laquelle on va appliquer l'épiderme soit dans de bonnes conditions de bourgeonnement. L'épiderme peut être emprunté soit au malade lui-même, soit à une autre personne. Les lambeaux ainsi détachés ont des dimensions très-minimes, deux ou trois millimètres carrés. Ils comprennent non-seulement l'épiderme proprement dit, mais encore une portion du corps muqueux enlevé avec lui, car l'épiderme seul ne contracterait pas d'adhérence avec la partie sur laquelle on l'applique.

Reverdin taille le petit lambeau par transfixion, à l'aide d'une lancette qu'il applique d'abord perpendiculairement sur la peau, puis qu'il incline de façon à lui faire traverser le derme. Il tâche de détacher en même temps les deux côtés du lambeau pour qu'ils ne s'enroulent pas; on peut du reste le détacher avec un bistouri et des pinces à dents de souris, sauf à le dérouler ensuite.

Le lambeau est maintenu au moyen d'une bandelette de diachylon qu'il est prudent de laisser en place pendant quarante-huit heures. L'épiderme ainsi greffé devient le point de départ d'une prolifération épithéliale qui hâte la cicatrisation de la surface suppurante, si l'on a soin de multiplier les greffes.

Ollier de Lyon a eu recours à des greffes dermo-épidermiques, c'est-à-dire qu'il a transplanté de véritables lambeaux cutanés de quatre, six et huit centimètres carrés. Le but de cette méthode est non-seulement de fermer rapidement la plaie, mais encore et surtout de prévenir la formation du tissu cicatriciel rétractile et de lui substituer une véritable peau. L'application de petits lambeaux multiples dermo-épidermiques (greffe en mosaïque) a été, dit-on, mise en usage avec succès, pour prévenir ou guérir des ectropions. Pour former les lambeaux dermo-épidermiques, Ollier se sert d'un couteau à cataracte et procède par transfixion.

Les expériences de Bert, de Follet et mes propres observations prouvent que les lambeaux cutanés empruntés aux animaux et appliqués sur l'homme sont résorbés au bout d'un certain temps.

ARTICLE X

SYNDACTYLIE.

Je vais maintenant passer en revue les opérations propres à remédier aux adhérences congénitales ou accidentelles des doigts entre eux, constituant la syndactylie.

L'idée qui s'est présentée la première à l'esprit des chirurgiens, a été de diviser purement et simplement la membrane interdigitale, mais l'expérience est venue démontrer qu'après cette section les adhérences ne tardaient pas à se reproduire, en commençant par la commissure. De là sont nés une série de moyens destinés à faire cicatriser la commissure, de façon à prévenir les adhérences.

Rudtorffer plaçait, un certain temps, à demeure un fil de plomb traversant la partie de la membrane interdigitale voisine de la commissure, et n'achevait de diviser cette membrane que lorsque la partie, à travers laquelle était passé le fil de plomb, se trouvait entièrement cicatrisée.

Dupuytren cherchait à obtenir le résultat désiré, en sectionnant les adhérences et exerçant, à l'aide de bandelettes de diachylon, une compression au niveau de la commissure.

Amussat divisait, toutes les vingt-quatre heures, l'angle de réunion des plaies.

D'autres ont eu recours à la suture.

Velpeau plaçait trois fils, un au milieu et un de chaque côté, à travers la partie supérieure de la membrane interdigitale qu'il divisait ensuite, de façon que la section s'arrêtât dans le triangle limité par les fils, qui lui servaient alors à faire la suture au niveau de la commissure. Quelques chirurgiens ont obtenu des succès en plaçant de la même façon des points de suture de chaque côté de la membrane interdigitale dans toute son étendue, et en la sectionnant sur la ligne médiane.

On a aussi employé un procédé dont l'origine remonte à Delpech et dans lequel, après avoir enlevé la membrane unissante, on cherche à réunir par première intention les plaies ainsi produites. Dissenbach s'est en quelque sorte approprié ce procédé en dissé-

quant un peu les lambeaux de peau, avant de les réunir, afin d'avoir un rapprochement plus facile.

Zeller opérait de la façon suivante : il faisait sur la face dorsale des deux doigts réunis deux incisions convergentes commen-

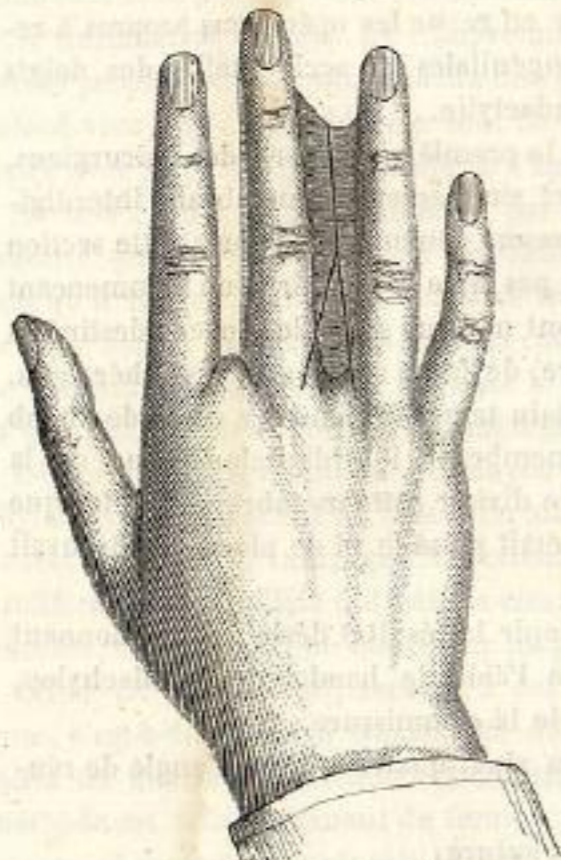


Fig. 17. — Procédé de Zeller.

çant sur le milieu de la partie supérieure de la première phalange et venant se réunir sur la membrane interdigitale à peu près à la hauteur de l'articulation phalango-phalangienne; les incisions n'intéressaient que la peau.

Il avait ainsi un lambeau triangulaire à base adhérente à la commissure; il achevait de diviser la membrane interdigitale et rabattait vers la face palmaire le lambeau qu'il fixait au moyen d'une bandelette de diachylon.

Morel-Lavallée a proposé la modification suivante : tailler deux lambeaux en V au niveau de la racine des

doigts, un dorsal et un palmaire, exciser la pointe de chaque V et réunir les deux sommets tronqués à l'aide d'un point de suture, au niveau de l'espace interdigital.

Ces derniers procédés peuvent à la rigueur être considérés comme se rattachant à l'autoplastie, ainsi que ceux de Decès et de Didot qui appartiennent sans conteste à cette catégorie d'opérations.

Procédé de Decès. — La bride interdigitale est saisie avec une pince à disséquer et divisée de chaque côté à son point d'adhérence avec le doigt. Elle devient donc libre, sauf par son sommet. Les doigts ainsi rendus mobiles sont appliqués sur une planchette digitiforme qui les maintient écartés, après qu'on les a entourés d'un

linge cératé. La membrane interdigitale se rétracte et finit par constituer la commissure.

Procédé de Didot ou de Sédillot. — Étant donnés deux doigts réunis, à l'aide de trois incisions, une longitudinale et deux transversales, on taille dans toute la hauteur de la membrane interdigitale un lambeau dorsal sur un des doigts et un lambeau palmaire sur l'autre. La membrane interdigitale se trouve ainsi dédoublée. Les lambeaux disséqués et les doigts écartés, on applique chaque lambeau sur le doigt auquel il adhère par un de ses côtés, et on le fixe à l'aide de quelques points de suture ou simplement de bandelettes de diachylon.

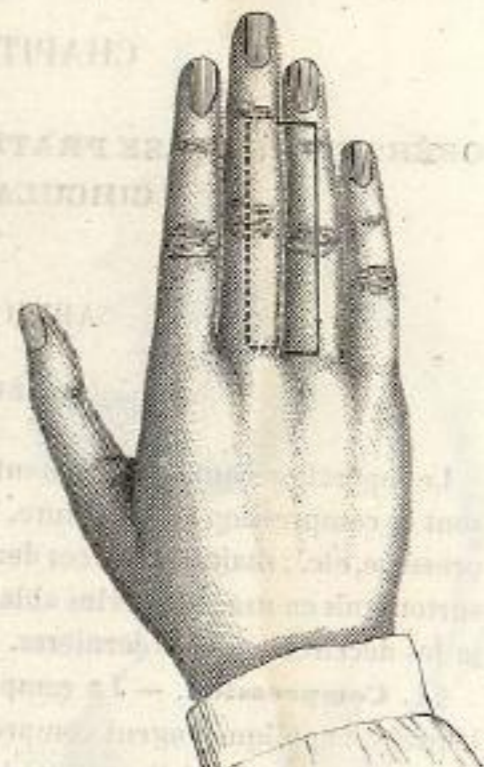


Fig. 18. — Procédé de Didot ou de Sédillot.

Maisonneuve, pour éviter la réunion, a détruit la membrane unissante par la compression exercée à l'aide de deux tiges d'argent prismatiques et triangulaires que l'on fixe avec deux vis pénétrant dans les deux tiges à leurs deux extrémités et traversant la membrane interdigitale.

Les procédés qui me paraissent offrir le plus de garantie sont ceux de Zeller, de Decès et de Didot.