Avant-Propos du Traducteur

Le traité de médecine opératoire de Löbker a obtenu un très grand succès dans toutes les universités allemandes, et ce succès s'est rapidement confirmé à l'étranger, puisque dès les premiers temps de sa publication, l'ouvrage avait déjà été traduit en italien et en russe.

Nous avons pensé que la traduction que nous offrons aujourd'hui aux lecteurs français pourrait bien en recevoir également un accueil favorable. C'est qu'en effet parmi les différents traités classiques en usage chez nous, il n'en est encore aucun qui, comme celui-ci, soit uniquement basé sur les principes de chirurgie moderne, et dans lequel l'étudiant puisse apprendre à pratiquer les opérations telles qu'elles le sont de nos jours. Un certain nombre d'ouvrages français ne décrivent en outre que les opérations générales; d'autres, quoique plus complets, ne renseignent pas encore une quantité d'opérations importantes qu'on pratique communément aujourd'hui sur les reins, la vésicule biliaire, le larynx, etc. Le traité de Löbker a, lui, le mérite d'être parfaitement au courant des derniers progrès réalisés par la science chirurgicale; et, à l'exception des opérations de chirurgie oculaire et de gynécologie dont l'étude ne se fait plus guère que dans des traités spéciaux, il contient la description détaillée de tous les principaux procédés d'opérations générales et spéciales actuellement usités.

Le lecteur appréciera aussi bien que nous les autres qualités maîtresses du livre, telles que l'extrême clarté d'exposition, la grande concision du style, et surtout les conseils éminemment pratiques que l'auteur donne après chaque opération concernant l'hémostase, le drainage, la suture, et le pansement de la plaie. Nous nous sommes appliqué à rendre toujours aussi scrupuleusement que possible la pensée de l'auteur, nous abstenant avec soin de toute espèce de commentaire; les quelques rares notes que l'on trouvera dans le courant de l'ouvrage étaient nécessaires à l'intelligence du texte. Nous prions le lecteur de prendre en considération la peine que nous nous sommes donnée pour mener ce travail à bonne fin, et de nous accorder toute sa bienveillance.

Vilvorde, 8 avril 1890.

Dr Hanquet.

Table des Matières

Pages

Introduction 1

Première Partie

Division et réunion des tissus 4

Premier chapitre : Division des tissus au moyen d'instruments tranchants 4

Deuxième chapitre : Réunion des plaies par la suture 13

Deuxième Partie

Ligature des vaisseaux sanguins dans la continuité des tissus 23

Premier chapitre : Généralités sur la ligature des vaisseaux dans la continuité 23

Deuxième chapitre : Ligature des artères en particulier . . . 28

Troisième Partie

Amputations et désarticulations des membres 78

Premier chapitre : Généralités sur les amputations et désarticulations 78

Deuxième chapitre : Amputations et désarticulations du membre supérieur 102

Troisième chapitre : Amputations et désarticulations du membre inférieur 136

Quatrième Partie

Résections qu'on pratique sur les os et les articulations 202

Premier chapitre : Généralités sur les résections 202

Deuxième chapitre : Résections de la tête et du tronc 215

Troisième chapitre : Résections du membre supérieur 246

Quatrième chapitre : Résections du membre inférieur 282

Cinquième Partie

Opérations qu'on pratique sur les muscles et les tendons 314

Premier chapitre : Division des muscles et des tendons : myotomie et ténotomie 314

Deuxième chapitre : Suture des tendons, ténoraphie 319

Sixième Partie

Opérations qu'on pratique sur les nerfs 322
Premier chapitre : Suture des nerfs 322
Deuxième chapitre : Généralités sur l'élongation des nerfs, la névrotomie et la névrectomie. 324
Troisième chapitre : Recherche des troncs nerveux en vue de l'élongation et de la névrectomie. 327

Septième Partie

Opérations plastiques 349
Premier chapitre : Technique générale des opérations plastiques 349
Deuxième chapitre : Restauration du nez ou rhinoplastie . . 359
Troisième chapitre : Restauration des lèvres ou cheiloplastie. 371
Quatrième chapitre : Restauration du palais, staphylorraphie et uranoplastie 385

Huitième Partie

Opérations qui se pratiquent sur les voies respiratoires et le thorax. . . . 389
Premier chapitre : Ouverture des voies respiratoires, bronchotomie 389
Deuxième chapitre : Extirpation du larynx 402
Troisième chapitre : Amputation du sein. 408

Neuvième Partie

Opérations qui se pratiquent sur les organes digestifs 413
Premier chapitre : Extraction des dents. 413
Deuxième chapitre : Extirpation de la langue 420
Troisième chapitre : Pharyngotomie et œsophagotomie. . . 427
Quatrième chapitre : Ponction de l'abdomen et laparotomie . 433
Cinquième chapitre : Suture intestinale. 438
Sixième chapitre : Opérations sur l'estomac 443
Septième chapitre : Création d'un anus artificiel, entérostomie et colostomie. 450
Huitième chapitre : Extirpation du rectum. 454
Neuvième chapitre : Opération de la hernie étranglée, herniotomie 466
Dixième chapitre : Opérations sur la vésicule biliaire. . . . 482

Dixième Partie

Opérations qui se pratiquent sur les organes génito-urinaires de l'homme. . 485
Premier chapitre : Opérations sur les organes génitaux. . . 485
Deuxième chapitre : Opérations sur les organes urinaires . . 494

Table alphabétique 529

Introduction

La pratique des exercices opératoires sur le cadavre, constitue l'épreuve préparatoire à laquelle doivent se soumettre, non seulement l'élève novice dans l'art chirurgical, mais encore dans certaines circonstances le chirurgien consommé lui-même. Le premier s'efforce d'appliquer sur les tissus humains privés de vie les préceptes acquis aux leçons de médecine opératoire, et commence ainsi par apprendre à opérer, au sens le plus général du mot; mais le chirurgien exercé se voit parfois encore contraint de recourir à cette épreuve, et cela particulièrement lorsqu'avant d'essayer sur le vivant l'un ou l'autre procédé nouveau émanant de lui-même ou d'un autre, il veut au préalable en apprécier sur le cadavre le degré de praticabilité, ainsi que les difficultés d'exécution.

Si c'est là le but que nous assignons aux exercices opératoires, il va de soi qu'il ne pourra être entièrement atteint, que si les opérations sont exécutées sur le cadavre absolument de la même façon que sur le vivant. L'élève en chirurgie doit s'appliquer à faire de véritables opérations sur le cadavre; il ne doit donc pas seulement « déchiqueter » ce dernier. L'enseignement qu'on donne à l'amphithéâtre est bien à la vérité quelque peu « schématique » ; aussi est-ce seulement par la stricte observance des méthodes typiques, que le commençant pourra s'habituer à opérer suivant toutes les règles. S'il possède parfaitement ces méthodes dans tous leurs détails théoriques et techniques, les changements qu'il pourra avoir à y introduire dans un cas donné sur le vivant se présenteront très-facilement d'eux-mêmes.

Ce n'est pourtant pas l'exacte observation d'un mode quelconque d'incision qui constitue à elle seule la méthode à suivre pour opérer. L'élève pourra avoir exécuté le plus classiquement du monde la désarticulation d'un membre, et n'être pourtant

pas à même de prendre les dispositions nécessaires pour entreprendre la même désarticulation sur le vivant. C'est pour cette raison que la marche suivie au cours d'une opération sur le cadavre, doit imiter parfaitement celle qui serait adoptée si on opérait *in vivo*.

S'agit-il, par exemple, de pratiquer l'amputation d'un membre, il faudra préparer à l'avance tout l'appareil instrumental qu'elle nécessite, placer le cadavre dans la position la plus convenable, choisir des aides en nombre suffisant et assigner à chacun son rôle; enfin l'opérateur lui-même se placera par rapport au sujet, de la manière qui lui aura été démontrée être la plus appropriée à la facile exécution de l'opération dont il s'agit; c'est alors seulement qu'il pourra procéder à cette dernière en suivant l'un ou l'autre mode d'incisions enseigné. En agissant de la sorte on aura fait une amputation; sinon on aurait simplement coupé une jambe. L'élève fera donc bien de s'entendre avec un certain nombre de ses condisciples, pour pouvoir ainsi constituer au moment voulu, un groupe opératoire où chacun ait un rôle déterminé.

Il arrive fréquemment que des étudiants répètent avec une préférence marquée certaines opérations qui sont d'un usage plus journalier, et en négligent toute une série d'autres, sous prétexte qu'elles sont d'une application plus rare, ou qu'elles réclament trop de temps pour leur exécution. Rien n'est moins excusable pourtant que cette façon d'agir. En effet, la pratique des exercices opératoires sur le cadavre, n'a pas seulement du prix parce qu'elle nous permet d'exécuter un plus ou moins grand nombre de fois telle ou telle opération que nous pouvons être appelés à faire plus tard; leur grande utilité provient surtout de ce que c'est grâce à eux que nous apprenons à opérer, au sens le plus général du mot et dans ce but toutes les opérations conviennent au même degré, même celles auxquelles nous n'aurons jamais recours dans la suite sur le vivant.

Lorsque l'étudiant prend part pour la première fois aux exercices pratiques de médecine opératoire, il lui faut d'abord surmonter quelques difficultés provenant de son manque d'habitude à faire des « incisions chirurgicales ». Au cours de ses dissections antérieures, il ne devait en effet avancer que pas à pas à travers les diverses couches de tissus, et il s'était accoutumé à isoler les muscles, les vaisseaux et les nerfs du tissu

cellulaire et graisseux qui les recouvre, par de petits coups de scalpels ou de ciseaux.

En chirurgie ce mode de dissection anatomique ne convient plus guère; il peut bien arriver que nous y ayons encore parfois recours, comme par exemple dans le cas d'émnucléation difficile d'une tumeur; le plus souvent cependant, pour arriver sur un organe quelconque que nous devons découvrir, nous pratiquons des incisions nettes et sûres, qui nous frayent le chemin le plus court, tout en occasionnant le moins de perte de substance possible, et en ne nous mettant pas dans l'obligation de détruire inutilement les rapports des tissus et des organes entre eux.

Ces incisions franches et sûres tout à la fois, ne sont possibles que pour le chirurgien connaissant parfaitement son anatomie, et plus spécialement l'anatomie topographique chirurgicale. Cette dernière forme la base sur laquelle reposeront toutes les opérations que nous décrirons plus tard. Avant de mettre la main à l'œuvre, l'élève doit d'abord se bien représenter à l'esprit l'image anatomique de la région qu'il va explorer; ainsi, il pourra toujours dire avec assurance ce qu'à un moment donné il tient entre les mors de sa pince, ou sous le tranchant de son scalpel. Une fois l'opération terminée, il recherchera encore une fois dans le champ opératoire tous les organes importants sur lesquels son attention aura été attirée, afin de bien graver dans sa mémoire la place exacte occupée par chacun d'eux dans la plaie.