Cet appareil est excessivement simple et maintient la sonde très solidement. On attache au pavillon de la sonde par une de leurs extrémités deux longs rubans de coton ; l'un embrasse d'avant en arrière la cuisse du côté droit, l'autre la cuisse gauche, et les deux autres extrémités sont ramenées sur le pavillon de la sonde. On peut attacher la partie moyenne des rubans au pavillon de la sonde, et porter un des chefs en avant, l'autre en arrière, et les nouer ensemble sur le côté externe de l'une et de l'autre cuisse.

Quoi qu'il en soit, les rubans de coton sont fixés par deux bandes de toile qui les embrassent par leur partie moyenne, et qui sont réunies sur le milieu d'une ceinture qui passe au-dessus des hanches. Pour que l'appareil soit fixé d'une manière tout à fait complète, les liens contentifs des fils de coton seront maintenus en avant et en arrière (fig. 182).

CHAPITRE XI.

Tamponnement des fosses nasales.

Lorsque l'écoulement du sang par le nez est assez considérable par sa durée, son abondance, pour le rendre inquiétant, il faut, au moyen du tamponnement, arrêter cette hémorrhagie.

Ce n'est pas ici le lieu de dire quelles sont les causes qui peuvent déterminer les hémorrhagies nasales : je ne veux m'occuper que de son traitement par le tamponnement. Je ferai remarquer que l'on doit y avoir recours d'autant plus vite que le malade aura perdu une grande quantité de sang, et qu'il se trouvera dans des conditions telles qu'une perte de sang, même peu considérable, pourra lui être plus funeste.

Avant de passer à la description du tamponnement des fosses, je signalerai un moyen hémostatique très simple indiqué par M. Négrier (1). Il fait élever brusquement le bras correspondant à la narine d'où coule le sang, et *presque toujours* l'hémorrhagie est suspendue. J'ai vu, dit-il, deux ou trois fois *seulement* l'hémorrhagie se renouveler ; mais le sang s'arrêtait de nouveau aussitôt que le bras était de nouveau relevé. M. Négrier rapporte plusieurs observations d'hémorrhagie extrêmement rebelles arrêtées par ce procédé.

Il cite même un fait dans lequel l'élévation des deux bras a

(1) *Archives générales de médecine*, 3e série, t. XIV, 1842, p. 168.

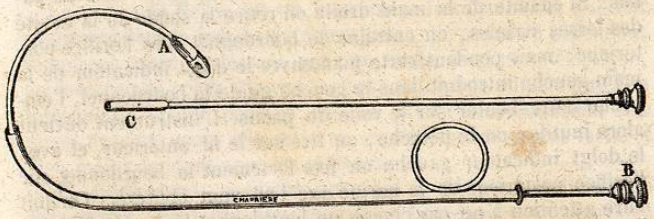
arrêté tout à coup une hémorrhagie résultant d'une légère incision à la lèvre supérieure. « Depuis ce fait, ajoute-t-il, j'ai remarqué que si la coupure n'intéresse que des ramifications » tout à fait capillaires, la suspension de l'écoulement du sang » n'a pas lieu ; il faut que la plaie entraîne quelques ramifications » artérielles d'un plus gros calibre. »

Quelle que soit l'explication que l'on puisse donner de ce phénomène, toujours est-il qu'il est fort singulier, et que le remède est tellement simple qu'il faut toujours l'appliquer, sauf à recourir promptement à un autre moyen ; car, je le répète, l'écoulement du sang doit être arrêté instantanément, et quelques secondes ne pourront apporter de préjudice au malade. D'ailleurs pourquoi ne pas faire élever les bras pendant que l'on prépare l'instrument et les pièces d'appareil nécessaires pour tamponner les fosses nasales ?

Le tamponnement des fosses nasales se pratique avec un instrument désigné sous le nom de *sonde de Belloc* (fig. 183). Il se compose :

1° D'une sonde de la longueur et du volume d'une sonde de femme, mais d'une courbure beaucoup plus grande ; près de son pavillon se trouve un large anneau destiné à maintenir l'instrument. Cet anneau, qui sert encore de point de repère, est fixé du côté de sa concavité ; le bec de la sonde est percé à son extrémité ; il n'a pas d'yeux ni de cul-de-sac.

Fig. 183.



2° Dans la cavité de la sonde s'engage un ressort d'acier ou d'argent, terminé du côté du bec de la sonde par un bouton A qui s'adapte parfaitement au volume de l'instrument, et percé transversalement. A l'autre extrémité du ressort on trouve un pas de vis au moyen duquel se trouve fixé un stylet assez long C, qui pourrait faire corps commun avec le ressort. Mais afin de rendre l'instrument plus portatif, on dévisse le stylet lorsque le ressort est engagé dans la cavité de la sonde. Alors un petit écrou B s'en-

gage de l'extrémité du ressort, afin d'empêcher ce dernier de sortir de la sonde dans laquelle il se trouve fixé d'un côté par le bouton, de l'autre par l'écrou.

Lorsqu'on veut faire usage de l'instrument, on visse le stylet sur l'extrémité du ressort, et l'écrou qui a été déplacé est vissé à l'extrémité libre de cette tige; on l'engage dans la cavité de l'instrument, on fait facilement sortir le ressort.

3° Deux bourdonnets de charpie assez fortement serrés doivent être préparés à l'avance; l'un d'entre eux est placé à l'orifice antérieur des fosses nasales, l'autre à l'orifice postérieur. A la partie moyenne de ce dernier sont noués deux fils cirés assez forts et doubles; un de ces fils est dirigé en avant, l'autre en arrière.

Lorsque l'appareil est préparé, on glisse la sonde de Belloc dans la narine malade. Lorsque le bec de l'instrument est arrivé sur la face supérieure du voile du palais, ce dont on s'aperçoit par les mouvements de déglutition que fait le malade, on engage le stylet dans la sonde; le ressort se trouve dégagé, et passe, en raison de son élasticité et de sa courbure, dans la cavité buccale en contournant le bord libre du voile du palais; la sonde est maintenue en place; le doigt indicateur de la main gauche ramène le bouton qui termine le ressort aussi en avant que possible. On passe alors les deux extrémités du fil double antérieur du bourdonnet dans la perforation du bouton, puis le stylet est retiré; avec lui le ressort s'engage dans la sonde, le fil se trouve tendu, et son extrémité arrive au niveau du bord libre du voile du palais. Si ensuite de la main droite on retire la sonde de la cavité des fosses nasales, on entraîne le bourdonnet vers l'orifice postérieur; mais pendant cette manœuvre le doigt indicateur de la main gauche introduit dans la bouche guide le bourdonnet, l'empêche d'arc-bouter sur le voile du palais. L'instrument devient alors inutile; on le détache, on tire sur le fil antérieur, et avec le doigt indicateur gauche on fixe fortement le bourdonnet sur l'orifice postérieur de la narine que l'on veut oblitérer. On doit faire attention à ne pas choisir un bourdonnet trop volumineux, car il ne pourrait pas passer ou ne passerait que difficilement entre le bord libre du voile du palais et la paroi postérieure du pharynx; il ne sera pas trop petit, car en tirant sur le fil on l'entraînerait en avant, ou bien, appliqué sur l'orifice de la narine, il ne l'oblitérerait qu'incomplétement.

Lorsque l'orifice postérieur est parfaitement fermé, on écarte le fil double antérieur, on en place les deux chefs de chaque côté de la narine, on engage alors entre eux l'autre bourdonnet; les

fils sont portés en avant de celui-ci et noués solidement; l'autre fil du bourdonnet postérieur, et ramené dans la bouche, est fixé sur la joue.

Il est facile de comprendre que le sang ne peut s'échapper en arrière et en avant, arrêté par les bourdonnets; que ceux-ci ne peuvent se déplacer, le postérieur étant fixé par l'antérieur, et réciproquement. Quant à l'autre fil, il sert à ramener le bourdonnet postérieur lorsqu'on enlève l'appareil; en effet, le doigt ne peut pénétrer que difficilement jusqu'à l'orifice postérieur de la narine, et cette manœuvre cause beaucoup de gêne au malade; de plus, les mouvements de déglutition étant très entendus lorsque quelques corps étrangers viennent à toucher le voile du palais, il serait à craindre que le bourdonnet ne fût avalé; en le soutenant au contraire avec le fil, on peut facilement l'enlever.

L'appareil doit être retiré quand on suppose que l'hémorrhagie s'est arrêtée, au bout de trente-six à quarante-huit heures; il suffit alors de détacher le fil antérieur, d'enlever le bourdonnet du même côté, de tirer sur le fil postérieur, pour entraîner le bourdonnet auquel il est fixé. On trouve alors dans la narine un caillot épais, résistant, ayant absolument la forme de la fosse nasale.

Ce moyen d'arrêter les hémorrhagies appartient à la compression; mais il faut remarquer que celle-ci n'est pas directe, qu'elle a lieu au moyen du sang qui, comprimant tous les points de la membrane muqueuse, s'oppose à l'écoulement d'une nouvelle quantité de liquide.

La sonde de Belloc est un instrument fort commode, qui doit se trouver dans la trousse du chirurgien; elle peut être cependant remplacée assez facilement par une sonde de gomme élastique, un morceau de corde à boyau, ou tout autre tige flexible que l'on introduirait jusque dans la bouche par l'orifice antérieur des fosses nasales; mais elle est d'un emploi beaucoup plus facile et bien moins fatigant pour les malades.

M. Bertherand, médecin principal à l'hôpital militaire de Strasbourg, conseille pour placer un bourdonnet de charpie à l'orifice postérieur des fosses nasales un procédé fort ingénieux. Je pris, dit-il, une sonde creuse emplastique, n° 5, de la filière Charrière, la plus mince qui se trouvât sous ma main, et d'un coup de ciseaux j'abattis le bourrelet de cire rouge adapté au pavillon.

Après y avoir poussé le mandrin courbé comme pour le cathétérisme urétral, je fixai, à l'extrémité terminale de l'appareil, un double fil de 50 centimètres environ de longueur, au

moyen de deux nœuds coulants pris tout simplement dans la plicature du même lien ; les deux chefs libres furent ramenés parallèlement à la tige de l'instrument et saisis avec lui entre les trois premiers doigts de la main droite.

Puis dirigeant la sonde, la concavité tournée en bas, d'avant en arrière, dans le méat inférieur, du côté d'où provenait l'écoulement, je la portai directement dans le pharynx : là, un mouvement de bascule l'appuya sur la base de la langue, et je retirai vers la partie du mandrin, de manière à rendre flexible l'extrémité profondément engagée de mon cathéter. J'invitai alors le malade à expirer fortement et à expectorer même : ce mouvement avait pour but de rapprocher la sonde du voile du palais et de l'isthme du gosier ; il me devint, en effet, très facile d'en saisir avec la main gauche une partie et de l'amener à moi tout entière, ainsi que son fil, par la bouche, tandis que le mandrin, qu'elle abandonnait graduellement dans les fosses nasales, restait entre ma main droite avec les chefs libres du double lien.

La sonde une fois sortie, je n'eus qu'à refouler les deux nœuds coulants au delà du cul-de-sac de l'instrument, pour les défaire sans section et sans rupture de fil : on comprend tout de suite comment la plicature restée intacte fut constituée de nouveau en nœud coulant pour recevoir un tampon et comment l'opération s'acheva d'ailleurs de la même manière que par la sonde de Belloc.

La section du bourrelet de cire rouge permet au corps de la sonde de glisser sans obstacle dans la narine, le gosier et la bouche.

La finesse de la sonde rend sa présence dans le pharynx moins incommode et sa propulsion vers la bouche plus aisée.

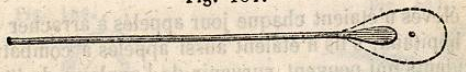
M. Martin Saint-Ange a imaginé un instrument fort ingénieux, à l'aide duquel il oblitère l'orifice postérieur de la narine sans exercer de manœuvres autour du voile du palais.

Cet instrument se compose d'une canule à l'extrémité de laquelle se trouve un petit sac de baudruche qui s'ouvre dans sa cavité ; un robinet vers l'extrémité antérieure permet de l'ouvrir et de le fermer à volonté. On l'introduit dans la narine, et lorsqu'il est arrivé à son orifice postérieur, on souffle dans la canule de manière à distendre le sac ; l'eau peut être injectée dans la canule et distendre le sac de la même manière. L'instrument est tiré sur l'orifice postérieur de la narine, qui est hermétiquement fermé ; l'orifice antérieur est oblitéré en avant par un bourdonnet de charpie.

La *pelote à tamponnement* de M. le docteur Gariel est bien pré

férable à l'instrument de M. Martin Saint-Ange ; elle peut même remplacer avec avantage la sonde de Belloc. Cet instrument se compose d'une sonde de caoutchouc terminée à son extrémité fermée par un renflement olivaire ou piriforme à peine sensible

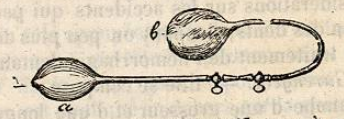
Fig. 184.



dans l'état de vacuité ; ce renflement peut par l'insufflation prendre un développement considérable (fig. 184). Comme la sonde est molle et flexible, elle ne peut être introduite dans les fosses nasales sans un mandrin droit ou bien presque droit, car la sonde ne doit pas arriver jusqu'au voile du palais, mais bien s'arrêter à l'orifice postérieur des fosses nasales. D'un autre côté, comme la tige métallique pouvait traverser et entamer le caoutchouc, M. Gariel, au lieu de placer le renflement à l'extrémité de la sonde, le place à un centimètre de son extrémité. Cette disposition permet de placer à l'extrémité de la sonde un petit dé de métal qui reçoit le mandrin.

Pour se servir de cet instrument, on introduit, par l'orifice antérieur de la fosse nasale, la pelote vide d'air et armée de son mandrin, dont le calibre est calculé de telle sorte qu'il puisse passer par l'œil du robinet lorsque la sonde est arrivée dans la partie supérieure du pharynx, et l'on insuffle (fig. 185 *a*) soit

Fig. 185.



avec la bouche, ou mieux avec l'insufflateur à main dont nous avons déjà parlé (fig. 185 *b*). De cette manière la pelote dilatée ferme l'orifice postérieur de la narine, et il suffit, pour empêcher l'air de sortir, de tourner le robinet qui se trouve à l'extrémité de la sonde ; un bourdonnet de charpie placé à l'orifice antérieur de la fosse nasale complète l'appareil.

M. Diday a fait remarquer qu'il ne fallait pas donner à la pelote une trop grande dimension, car il a observé des accidents qu'il attribue à la compression des nerfs pneumo-gastriques.

CHAPITRE XII.

Extraction des dents.

Si les élèves n'étaient chaque jour appelés à arracher les dents dans les hôpitaux, s'ils n'étaient aussi appelés à combattre quelques accidents qui peuvent survenir de l'avulsion de l'un de ces organes, il n'aurait pas ici été question de cette opération, qui est presque toujours pratiquée et doit être pratiquée par les dentistes.

Le premier conseil que l'on puisse donner aux commençants est de ne pas arracher des dents qu'ils craignent de ne pouvoir enlever sans qu'il en résulte d'accidents. Ainsi ils s'abstiendront, quand la dent n'offrira pas assez de prise pour pouvoir être arrachée avec la pince ou la clef de Garengeot ; car les autres instruments doivent être maniés par ceux qui ont l'habitude de s'en servir ; le *pied-de-biche*, la *langue-de-carpe*, sont dans ce cas. Ils s'abstiendront aussi le plus souvent, lorsqu'il est besoin d'enlever une dernière molaire à la mâchoire supérieure, car ils doivent toujours prendre leur point d'appui sur le bord alvéolaire externe, surtout en haut, dans la crainte de causer quelques délabrements considérables.

Je décrirai succinctement la manière d'extraire les dents au moyen de la clef de Garengeot et des pinces, et je terminerai par quelques considérations sur les accidents qui peuvent accompagner l'avulsion des dents, donnant un peu plus de soin à la description et au traitement de l'hémorrhagie dentaire.

A. *Clef de Garengeot.* — Elle se compose :

1° D'un manche d'une grosseur et d'une longueur suffisantes pour être tenu dans la main ; ce manche est le plus souvent divisé en deux parties égales, maintenues par un pas de vis ; une de ces parties est creuse et reçoit un petit tourne-vis destiné à enlever la vis qui maintient le crochet, lequel doit être porté à droite ou à gauche, suivant la position de la dent que l'on veut enlever.

2° D'une tige droite, terminée d'un côté par un anneau qui s'engage à frottement entre les deux compartiments qui forment le manche, à l'autre par une partie élargie qui a reçu le nom de *panneton ;* celui-ci présente à son bord supérieur une échancrure dans laquelle s'engage le crochet. Les deux saillies qui la limitent en haut et en bas sont percées d'un trou permettant d'introduire

une vis qui, s'engageant dans un trou analogue percé dans le talon du crochet, le fixe solidement sur le panneton.

3° D'un crochet courbé en demi-cercle et d'une grandeur proportionnée au volume de la dent que l'on veut extraire.

Fig. 186.

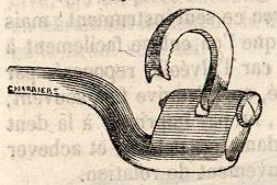
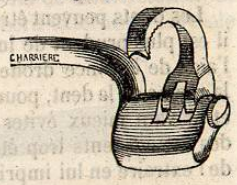


Fig. 187.



La clef de Garengeot a été modifiée de diverses façons ; nous ne nous occuperons pas de ces perfectionnements.

Pour extraire les dents au moyen de cet instrument, après avoir constaté quelle est celle que l'on veut enlever, après avoir déterminé le lieu où l'on veut prendre point d'appui, on dispose le crochet comme il convient, c'est-à-dire tourné à gauche ou à droite, selon que la dent malade siége à la mâchoire supérieure ou inférieure, au côté droit ou au côté gauche ; on enveloppe le panneton d'un petit morceau de linge, afin que la pression exercée sur la gencive par cette partie de l'instrument ne détermine pas une contusion trop violente. On aura soin de disposer ce linge de telle façon qu'il ne gêne pas les mouvements du crochet sur le panneton.

Le malade a la tête appuyée sur le dossier d'un fauteuil, et tient la bouche suffisamment ouverte ; l'opérateur alors y introduit le doigt indicateur de la main gauche pour servir de guide à la clef. Le panneton est appliqué en dehors sur la gencive, beaucoup plus rarement il est placé en dedans, et ce n'est que dans des cas exceptionnels que le point d'appui doit être pris de cette manière ; puis on saisit la dent de manière que la couronne se trouve logée dans la courbure du crochet et que le panneton réponde de l'autre côté à peu près à l'extrémité de la racine ; par ce moyen la résistance a lieu sur la couronne de la dent, le point d'appui sur le côté opposé de l'alvéole, et la puissance se trouve placée au manche ; on a ainsi un levier du premier genre. On fait alors exécuter un mouvement de rotation à la clef ; la couronne de la dent se trouve entraînée en dehors.

On a voulu remplacer la clef de Garengeot par d'autres instruments qui sont loin d'être aussi commodes. « Un des plus » grands griefs qu'on ait soulevés contre cet instrument, c'est la

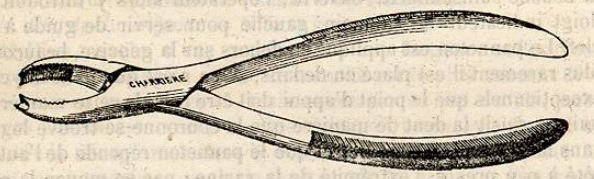
» difficulté de le placer, par rapport à la pression qu'opère sur » lui la face interne des deux joues. Rien de plus simple que de » faire cesser cet obstacle : il suffit, pour cela, de recommander » au malade de tenir sa bouche à demi fermée ; les deux joues » se trouvent dans un relâchement complet, le panneton de l'in- » strument n'éprouvant plus aucune gêne de leur part (1). »

Les dents peuvent être extraites avec ce seul instrument ; mais il est plus prudent de luxer la dent, que l'on enlève facilement à l'aide de la pince droite ou courbe ; car l'alvéole, repoussée par la racine de la dent, pourrait être brisé, ce qui arrive fort souvent, et il vaut mieux éviter cet accident, ne pas imprimer à la dent des mouvements trop étendus de dedans en dehors, et achever de l'extraire en lui imprimant un mouvement de rotation.

Les mouvements de l'opérateur ne doivent pas être trop brusques ou trop violents, car il pourrait arriver que la dent ou l'alvéole fussent brisés.

B. La *pince droite* (fig. 188) et *courbe* (fig. 189) sert quelquefois à extraire les dents incisives et les dents canines ; elle est souvent confondue avec le *davier*, dont elle diffère par les mors qui sont cintrés dans le sens de leur articulation, et dont la branche supérieure dépasse un peu l'inférieure de manière à donner à l'extrémité de l'instrument à peu près la forme d'un bec de perroquet. La pince est un instrument formé par deux branches qui s'articulent ensemble ; la portion de la branche située au-dessus de l'articulation a reçu le nom de *mâchoire à mors ;* les mors ont une longueur de 20 à 25 millimètres environ, leur face interne est den-

Fig. 188.

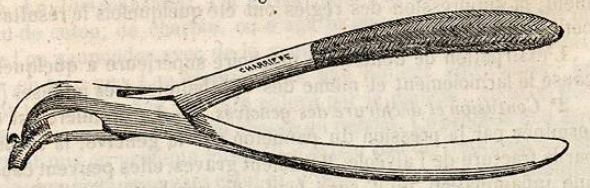


telée ; vers le sommet elles sont creusées et évidées sur leur longueur, afin que la dent que l'on extrait puisse s'y placer facilement. L'autre extrémité, qui porte le nom de *branche*, a une longueur de 18 à 20 centimètres ; elles sont quadrillées afin que l'instrument soit plus solidement maintenu dans la main.

(1) Lefoulon, *Nouveau traité théorique et pratique de l'art du dentiste*, 1841, p. 311.

Le malade est placé comme il a été dit plus haut ; on soulève alors la lèvre avec le doigt indicateur de la main gauche dont on place le pouce sur le bord des dents ; dirigeant ensuite avec la main droite l'instrument vers la dent que l'on veut extraire, on la saisit le plus haut possible vers son collet au-dessous de la gencive, on fait alors exécuter des mouvements de demi-rotation, et en ébranlant la dent on la dirige vers le bord externe de l'alvéole en la tirant vers soi.

Fig. 189.



Lorsqu'une incisive ou une canine est très gâtée et que l'on craint de la fracturer en cherchant à l'extraire, M. Paul Gresset conseille, si l'on n'est pas obligé de faire immédiatement l'opération, de lier la dent avec un cordonnet de soie, afin de déterminer une petite inflammation qui l'ébranle et facilite beaucoup son extraction (1).

Si, au moyen d'une pince, on voulait enlever une grosse molaire déjà luxée par la clef de Garengeot, on choisirait pour les grosses molaires une pince courbe ; la dent serait saisie ainsi que nous venons de le dire pour l'extraction des incisives et des canines, et elle serait extraite de même par un mouvement de demi-rotation.

Précautions à prendre après l'extraction des dents. — Avant de faire rincer la bouche au malade, il est bon de laisser le sang couler pendant quelques instants, et même de faciliter cet écoulement par des lotions d'eau tiède.

Si l'on suppose que pendant l'opération les gencives auront été fortement écartées, on les rapprochera en les pressant entre les doigts ; les débris d'alvéoles trop peu ou non adhérents, seront enlevés avec les doigts ou avec des pinces.

On engagera le malade en rentrant chez lui à se couvrir la bouche, afin d'empêcher l'accès de l'air froid sur les dents ; on lui recommandera de ne pas exercer la succion de ses gencives,

(1) Maury, *Traité complet de l'art du dentiste*, 1841, 1 vol. in-8, avec fig. Note de Paul Gresset, p. 243.

pour ne pas déterminer un nouvel écoulement de sang, qui pourrait devenir assez considérable pour être inquiétant.

Il est rare qu'avec des moyens aussi simples on ait lieu de redouter des accidents.

Des accidents qui peuvent résulter de l'extraction des dents. — Ils sont fort nombreux ; nous signalerons les plus importants.

1° La *douleur* que produit l'extraction des dents est très vive, le plus souvent elle est de très courte durée ; mais quelquefois elle persiste assez longtemps pour causer des convulsions ; l'avortement, la suppression des règles ont été quelquefois le résultat de cette opération.

L'extirpation de dents à la mâchoire supérieure a quelquefois causé le larmoiement et même des ophthalmies très intenses (1).

2° *Contusion et déchirure des gencives.* — La première est déterminée par la pression du panneton sur la gencive, la seconde par la fracture de l'alvéole. Rarement graves, elles peuvent causer une inflammation qu'il sera facile de combattre à l'aide des émollients.

3° *Fracture de l'alvéole.* — Cet accident, qui souvent n'est pas dangereux, présente une gravité proportionnée au volume de la portion d'os brisé. Nous avons déjà dit comment on devait extraire les esquilles ; s'il survenait de l'inflammation, des émollients la feraient disparaître.

4° On a signalé des *fractures de mâchoire inférieure*, du *sinus maxillaire*, des *luxations de la mâchoire* : Duval (1) doute que, dans un cas où il a été chargé de faire à l'Académie de chirurgie le rapport d'une observation de fracture de la mâchoire inférieure, cet accident ait réellement existé. Nous ne nous en occuperons pas ici.

5° *Hémorrhagie.* — Lorsqu'une dent vient d'être extraite, le sang coule en assez grande abondance, mais le plus souvent il s'arrête de lui-même. Cette hémorrhagie peut être assez considérable pour que des accidents graves et même la mort en soient le résultat (3).

Les hémorrhagies dentaires ne se manifestent pas toujours immédiatement après l'opération ; quelquefois sans cause connue, au bout de plusieurs heures et même de plusieurs jours, l'écoulement du sang a lieu : est-ce, dans ce cas, parce qu'un caillot renfermé dans l'alvéole s'opposait à la sortie du sang? D'autres

(1) Duval, *Des accidents de l'extraction des dents*, in-8, 1802, p. 73.
(2) Duval, *loc. cit.*, p. 43.
(3) *Ibid.*, p. 49.

fois ce sont des excès, ainsi que Duval en rapporte des exemples chez des individus qui s'étaient pris de vin ou bien l'habitude qu'ont les malades de sucer leurs gencives, qui peuvent être la cause de cet accident.

Plusieurs moyens ont été conseillés pour arrêter l'hémorrhagie dentaire ; ce sont :

a. Les *gargarismes astringents acidulés* ou *alcooliques*. Ils ne peuvent servir que pour combattre des hémorrhagies peu considérables.

b. Le *tamponnement*. On glisse dans l'alvéole un petit morceau de coton, de charpie, ou d'agaric que l'on emploie seul ou que l'on saupoudre avec de la gomme arabique finement pulvérisée, ou bien que l'on trempe dans une liqueur spiritueuse. Le petit tampon ne doit pas être enlevé par le malade ; celui-ci doit attendre que la nature l'ait chassé au dehors. Ce procédé doit être surtout mis en pratique lorsqu'il n'existe pas de fractures de l'alvéole ; car en tamponnant celui-ci, il peut arriver que les esquilles, venant à presser sur les vaisseaux, ne les déchirent, et que l'écoulement du sang soit par cela même augmenté. Un morceau de tartre engagé dans l'alvéole peut être cause des mêmes accidents.

On obtient un résultat très avantageux au moyen d'un bouchon de cire ramolli, que l'on introduit dans l'alvéole. C'est à Belloc que l'on doit ce procédé, qui a réussi à arrêter des hémorrhagies dont le tamponnement tel que nous l'avons indiqué d'abord n'avait pu se rendre maître.

Anel a ajouté la compression au tamponnement en plaçant par-dessus des bourdonnets de charpie une gouttière de plomb qui les maintenait solidement appliqués sur l'alvéole.

c. La *cautérisation* avec le cautère actuel ou potentiel est aussi employée ; mais outre que ce procédé est très douloureux, il est souvent infidèle ; le tamponnement lui est préférable.

Je crois devoir mentionner quelques hémorrhagies dentaires qui ne sont pas causées par l'extraction des dents.

Les unes sont dues à des fongosités des gencives ; ces fongosités ne sont pas une contre-indication à l'arrachement des dents ; si quelquefois l'hémorrhagie persiste après qu'on les a enlevées, il arrive aussi que lorsqu'elles sont dues à une maladie de la dent, l'avulsion de cet organe est le meilleur remède à leur apporter.

Enfin les hémorrhagies dentaires des scorbutiques présentent un caractère tout particulier ; elles ne doivent pas nous arrêter ici.

4° *Ebranlement des dents voisines.* — L'ébranlement survient

à la suite de mouvements inconsidérés du malade, quelquefois parce que les instruments ne sont pas bien faits ; enfin, ces accidents peuvent résulter de la maladresse de l'opérateur. On les évitera en faisant tenir les malades indociles par un aide; en choisissant des instruments convenables et en disposant son crochet de telle manière qu'il ne puisse glisser : si cet accident survenait, la dent serait redressée et maintenue en place.

CHAPITRE XIII.

Agents anesthésiques.

De tout temps la plupart des chirurgiens ont été vivement préoccupés de l'idée de supprimer ou du moins de diminuer la douleur dans les opérations chirurgicales; des efforts plus ou moins heureux ont été tentés dans ce sens, mais nul moyen n'a atteint aussi complétement le but que l'*éther* et le *chloroforme*. Nous ne ferons que mentionner les agents employés autrefois, nous insisterons surtout sur les deux dernières substances.

Les moyens employés par nos devanciers pour diminuer la douleur dans les opérations chirurgicales étaient des moyens locaux et généraux.

Parmi les moyens locaux nous citerons :

1° La *narcotisation locale*. Ce procédé, qui consiste à mettre des narcotiques en contact avec les tissus sur lesquels doit porter l'instrument, peut rendre quelques services ; mais les avantages qui peuvent en résulter sont généralement bornés ; toutefois on peut le mettre en pratique, quand il s'agit de dilater, de cautériser, ou de scarifier le canal de l'urètre. M. Bouisson (1) professe que les onctions d'un corps gras, dans lequel se trouve incorporée de la belladone, diminuent très notablement les douleurs dans l'opération de la fissure de l'anus. Cet habile chirurgien a réussi à faire passer presque inaperçue une opération d'arrachement partiel de l'ongle chez un sujet auquel il avait prescrit l'application préalable d'un emplâtre d'opium.

2° Les *réfrigérants*. Personne n'ignore que l'action du froid diminue la sensibilité. Cette propriété a été mise en pratique dans les opérations chirurgicales, mais malheureusement on ne peut

(1) *Traité théorique et pratique de la méthode anesthésique appliquée à la chirurgie*. Paris, 1850, 1 vol. in-8.

prolonger trop longtemps l'action de cet agent, qui pourrait complétement mortifier les tissus. Il est encore une autre cause qui s'oppose à ce que les réfrigérants puissent être appliqués à toutes les opérations. En effet, ils n'agissent qu'à la surface; aussi, dès que la peau a été divisée, la couche organique sous-jacente, qui n'a pas subi l'action du froid, se trouve divisée par l'instrument tranchant sans avoir perdu sa sensibilité. Aussi les réfrigérants, et en particulier le mélange en parties égales de glace et de sel marin, ne pourront agir comme anesthésique que quand on voudra pratiquer une cautérisation peu profonde. M. le professeur Nélaton a mis plusieurs fois ce moyen en pratique ; il en a obtenu de bons résultats.

3° La *compression*. Les chirurgiens ont également à employer la compression comme moyen préventif de la douleur. Tantôt cette compression est toute locale; c'est ainsi que l'on froisse entre les doigts la partie sur laquelle doit porter l'instrument. Les bijoutiers mettent ce moyen en pratique quand ils veulent percer le lobule de l'oreille pour y passer un anneau. A cette espèce se rattache la compression circulaire sur toute la totalité d'un membre. D'autres fois la compression est appliquée sur le tronc nerveux qui envoie les filets à la partie dont on veut prévenir la douleur. Jacques Moore imagina, pour arriver à ce but, un compresseur analogue à celui à l'aide duquel Dupuytren arrêtait les hémorrhagies artérielles. Son compresseur sur la cuisse comprimait en même temps le nerf crural et le nerf sciatique. Ce procédé n'a pas été adopté par la généralité des praticiens, car le compresseur agissait également sur les vaisseaux, et la compression des filets nerveux n'est pas elle-même exempte de douleur. Enfin, on a préconisé la compression circulaire ; ce dernier moyen peut encore diminuer la douleur quand l'instrument doit agir superficiellement.

Parmi les moyens généraux nous ne ferons que mentionner :

1° Le *sommeil*, qui ne convient que pour des opérations très courtes et très peu importantes.

2° L'*ivresse alcoolique*. A la vérité on a pu remédier à des déplacements articulaires avec la plus grande facilité, pratiquer même des opérations sans que les malades s'en soient aperçus. Mais l'ivresse, même revêtue de l'idée thérapeutique, n'a pu entrer dans les habitudes dignes et rationnelles de l'art vraiment chirurgical. La dégradation, dont elle est le type, l'infidélité de son action, l'état variable d'imbécillité dans lequel elle plonge, les réactions auxquelles elle expose après le réveil de l'économie, les irritations que peut provoquer sur le tube digestif l'ingestion