

Revue Illustrée de Polytechnique Médicale

ET DE

Chirurgie Orthopédique

TOME II — 1889

d'un *diagnostic précoce et précis*. N'est-ce point là l'avenir de tout traitement, en matière de néoplasmes surtout? Autre avantage : la cystoscopie doit être pratiquée après toute *litholapaxie*. Cette vérification est la seule absolument certaine ; la seule, par conséquent, qui permette de trancher définitivement les problèmes que soulève l'étude des récidives,

Enfin la cystoscopie semble appelée à jouer le même rôle que la laryngoscopie, et à créer une méthode chirurgicale nouvelle : l'*extirpation des tumeurs de la vessie par les voies naturelles*. Elle régularise des tentatives faites jusqu'à présent, de temps à autre, au hasard. On voit bien où et comment s'implante une tumeur petite et pédiculisée. En ce point précis on va la saisir et l'arracher avec un instrument approprié. Puis, grâce au cystoscope, on peut vérifier si la besogne est bien faite. Certes, ce procédé ne revendique que les petites tumeurs polypeuses ; il laisse les autres à la taille hypogastrique, mais il prétend détrôner les ablations par la voie périnéale, déjà condamnée comme voie d'exploration.

A. BROCA.

CHIRURGIE

Ouvre-bouche pour l'Anesthésie, par le professeur *Auguste Reverdin*, de Genève.

Au cours des anesthésies, il arrive souvent de voir la respiration s'embarasser. Le sujet devient livide, il écume, son pouls fléchit ; bref, à son calme relatif succède tout à coup une série de symptômes plus ou moins effrayants. On dit alors volontiers que le malade *avale sa langue*.

L'expression n'est pas exacte, il ne s'agit pas d'un phénomène de déglutition, mais simplement de la chute de l'organe sous l'influence de son poids.

En l'état de veille, la tonicité des muscles qui fixent la mâchoire inférieure à sa place contre-balance l'influence de la pesanteur et maintient la langue dans une situation convenable. Lorsque la narcose a paralysé l'appareil musculaire, la pesanteur reprenant ses droits, mâchoire et langue tombent alors en arrière. La base de l'organe refoulant l'épiglotte gêne l'entrée de l'air, et l'asphyxie menace.

Deux procédés sont mis en usage pour lutter contre cet accident.

L'un s'adresse directement à la langue, qu'il va repêcher à l'aide des pinces de divers modèles, l'autre s'attaque à la mâchoire inférieure ; c'est ce dernier que je préfère.

Voyons les raisons de cette préférence. Pour saisir la langue avec une pince, il faut d'abord entr'ouvrir les mâchoires, ce qui n'est pas toujours aisé.

Procède-t-on doucement, on perd un temps précieux.

Agit-on avec précipitation, c'est parfois une ou plusieurs dents qui vont payer de leur solidité la brusquerie de l'intervention.

Une fois la bouche ouverte, on saisit la langue et on l'attire en avant jusqu'à ce que la respiration reprenne son rythme normal.

Fort bien ! mais au réveil il arrive trop souvent que le malade manifeste une certaine surprise en sentant sa langue meurtrie.

Et, d'ailleurs, cette manière de procéder n'est pas sans danger. Selon M. Tillaux, à l'état normal la base de la langue surplombe l'orifice supérieur du larynx, qui se trouve ainsi caché, et nous savons que c'est là un des obstacles au passage des aliments dans les voies respiratoires.

Or lorsqu'on porte fortement la langue en avant, qu'on la sort de la bouche, cette disposition n'existe plus et les liquides qui suivent le plancher de la bouche peuvent tomber directement dans le larynx; le sang qui coule en abondance, s'engouffre alors dans la trachée, dans les bronches et détermine une asphyxie immédiate comme Demarquay en a rapporté un exemple. Par la traction de la langue hors de la bouche, on évite l'asphyxie par obstruction de la glotte, mais on favorise l'introduction du sang dans les voies aériennes, ce qui ne vaut guère mieux.

Je préfère à toute autre manœuvre celle qui consiste à porter la mâchoire inférieure en bas et en avant sans agir directement sur la langue.

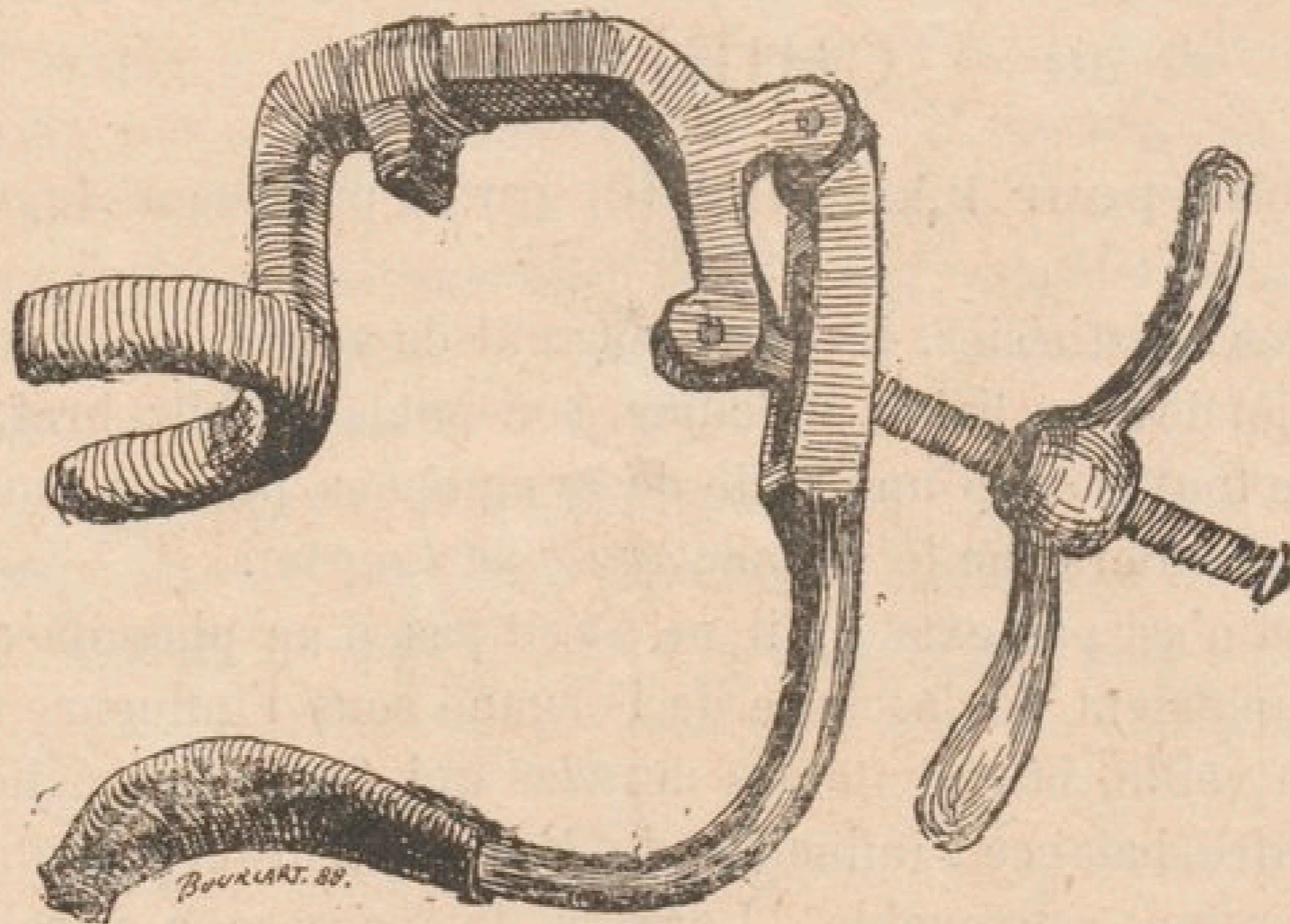


Fig. 1.

L'aide chargé de l'anesthésie se place derrière le sujet et exerce avec les pouces une certaine pression sur la partie la plus inférieure de la branche montante du maxillaire inférieur, tandis qu'au moyen d'un ou de plusieurs doigts placés au-devant du menton il fait basculer celui-ci. La mâchoire sollicitée par les deux forces en jeu est portée par conséquent en avant et en bas. Or la langue, que les genio-glosses rendent solidaire de la mâchoire, se trouve forcément entraînée en avant, tandis que les arcades dentaires s'écartent l'une de l'autre.

L'accès de l'air se trouvant dès lors assuré, la respiration rentre dans l'ordre.

Eh bien! cette manœuvre, pourtant si simple, exige une certaine dextérité, et peu d'aides l'exécutent correctement.

Le plus souvent ils appuient, non sur l'origine de la branche montante, mais sur l'angle ou même sur la branche horizontale de la mâchoire. Cette

fausse application des forces a pour effet d'occlure la bouche, par conséquent d'agir absolument à l'inverse des indications.

C'est la fréquente constatation de ces faits qui m'a conduit à imaginer l'instrument que je vais décrire.

Il se compose de deux pièces d'acier; l'une se place derrière les incisives inférieures, elle a la forme d'un croissant; l'autre s'applique exactement sous le menton entre les branches horizontales de la mâchoire inférieure.

Ces deux pièces sont réunies par une charnière actionnée par une vis sur laquelle marche un écrou. Cet écrou est pourvu de deux ailettes destinées à recevoir les doigts de l'opérateur lorsqu'il veut attirer la mâchoire en avant.

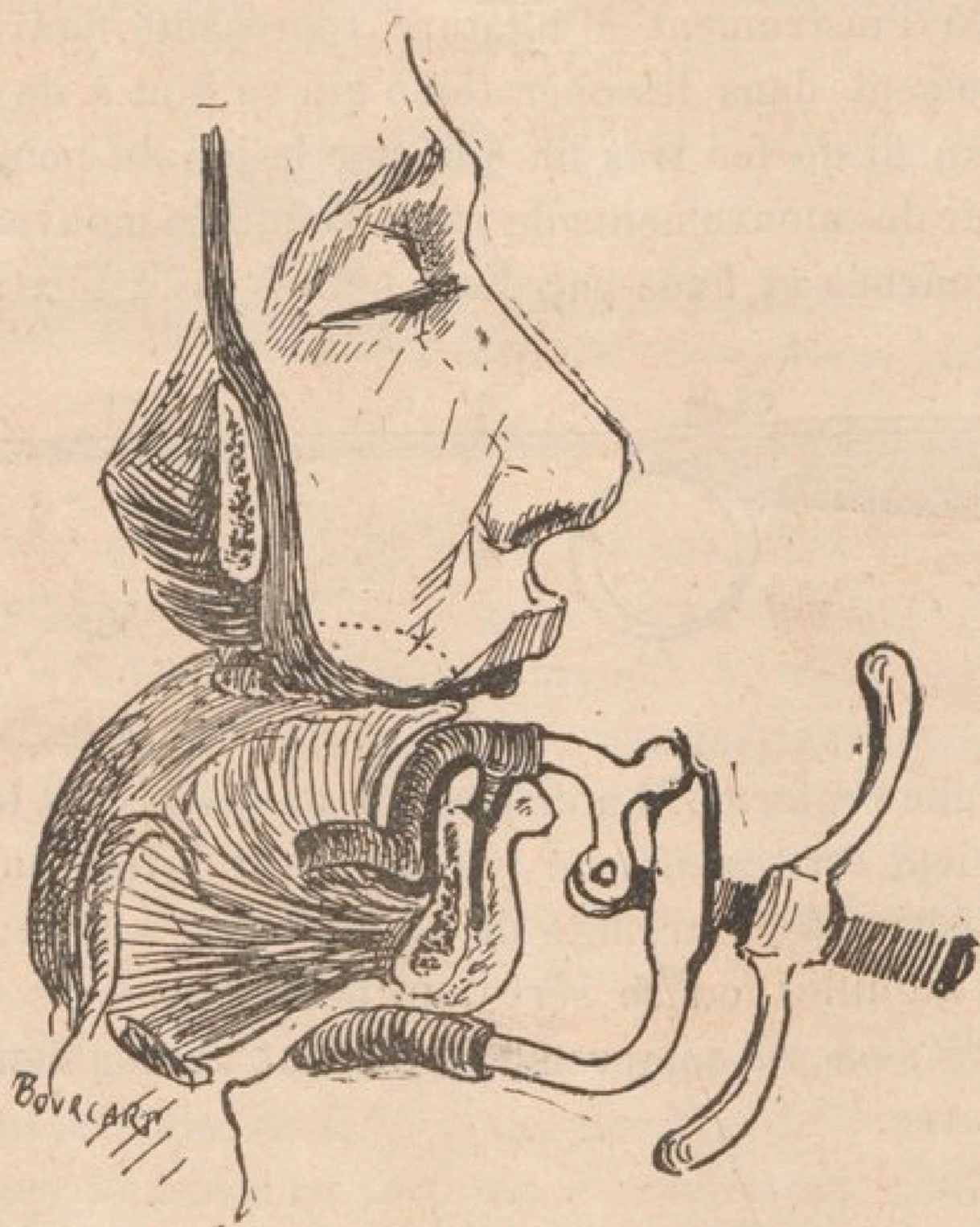


Fig. 2.

On place l'instrument avant de commencer l'anesthésie; on serre juste assez pour qu'il tienne sans blesser. Le malade s'endort donc la bouche entr'ouverte. Survient-il une forte salivation ou même des vomissements; ces produits s'écoulent au fur et à mesure de leur production par l'un des angles de la bouche.

Les mouvements de déglutition sont à peine gênés, puisque la langue et les joues restent libres.

L'instrument ainsi placé, l'opérateur est à même d'exercer immédiatement à la première menace d'asphyxie, l'efficace manœuvre dont je parlais tout à l'heure. Il lui suffit de tirer sur l'appareil, la mâchoire suit et la respiration reprend.

Depuis que je me sers de cet instrument, j'ai des narcoses plus calmes, les

malades respirent plus librement et n'ont pas de ces grincements de dents si pénibles lorsque la bile leur arrive en bouche.

L'idée qui m'a dirigé est sans doute venue à d'autres, et aujourd'hui même on me montrait un instrument fait d'un gros fil de métal et évidemment conçu sur un principe analogue. Je regrette de n'avoir pu connaître le nom du fabricant d'instruments ou du confrère qui a travaillé dans le même sens que moi pour lui rendre justice en le nommant.

Nouveaux Instruments pour ligature et suture,
par *Stille*, membre de la Société médicale de Stockholm.

(*Illustrirte Monatsschrift der Arztlichen Polytechnik.*)

Dans la tige de l'instrument à ligature représenté figure 1 A, destiné à servir particulièrement dans les opérations qui se font à de grandes profondeurs, se trouve un fil de fer très fin qui, par le jeu du pouce introduit dans l'anneau, peut subir des mouvements de va-et-vient. Ce mouvement se transmet à une aiguille recourbée et fixée par deux petites vis à l'extrémité de la tige

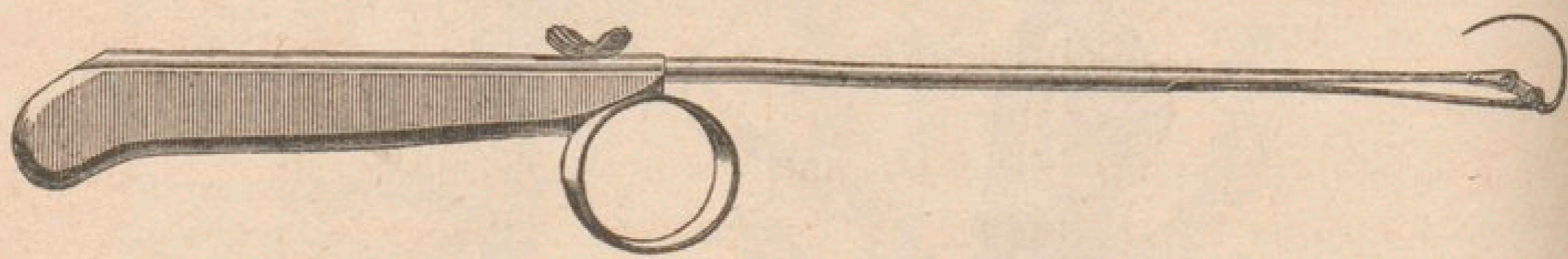


Fig. 1 A.

et du fil de fer qu'elle renferme. La disposition de ces vis est telle que le mouvement de va-et-vient est transformé par un petit levier en mouvement de rotation qui fait décrire à l'extrémité de l'aiguille un arc de cercle.

Pour placer les aiguilles, on se sert d'un petit tourne-vis tel que celui représenté figure 1 B; on en comprend facilement le maniement à la seule inspection des figures.

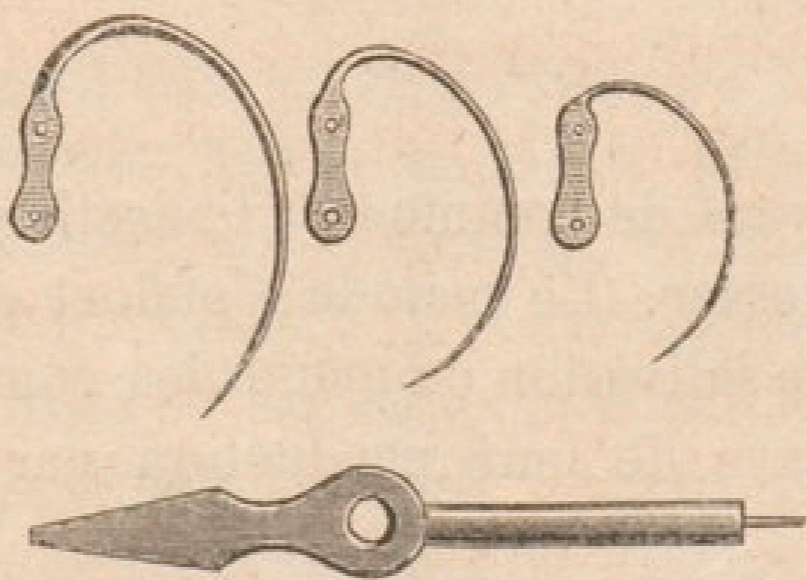


Fig. 1 B.

Le porte-aiguilles (*fig. 1 A*) est réduit de moitié; les aiguilles, vis et tourne-vis, sont de grandeur naturelle. Le chas de l'aiguille se trouve naturellement à l'extrémité opposée à la pointe.