

leur augmentation de volume ou de poids à la suite des inflammations ou des dégénérescences, fatiguent le malade en exerçant des tiraillements extrêmement pénibles. La suspension sert encore à soutenir des hernies trop volumineuses, qui ne peuvent être réduites, etc.

La suspension se fait au moyen de bandages suspensifs, de bandage croisés, etc; mais surtout au moyen de petites bourses que nous avons déjà désignées sous le nom de *suspensoirs*. Lorsqu'il existe des déplacements trop considérables, dans les éventrations par exemple, lorsque le poids de l'utérus est trop fatigant pour une femme enceinte, une serviette ou une ceinture lacée sont les moyens suspensifs qui doivent être employés; des corsets bien faits et peu serrés sont souvent mis en usage pour soutenir les seins engorgés. Enfin, on se sert des pessaires pour soutenir la matrice qui tombe par son propre poids, ou pour la maintenir en place dans les antéversions et les rétroversions de cet organe.

En étudiant les appareils de fracture, nous avons indiqué avec détails les hamaes, les appareils à suspension de Mayor, ceux du docteur Smith, etc., nous n'y reviendrons donc pas ici.

### CHAPITRE XIII

#### DES PANSEMENTS EN GÉNÉRAL <sup>1</sup>

Les pansements sont excessivement variés; il est cependant des règles générales qui peuvent se rapporter à toute espèce de pansement, et ce sont ces règles que nous allons exposer ici.

Le chirurgien qui fait un pansement, doit avoir soin de placer le malade de telle sorte que celui-ci puisse garder la même position sans être gêné pendant toute la durée du pansement, et que lui-même ait les mouvements bien libres. Il doit faire attention à ce que tous les objets dont il peut avoir besoin soient à sa portée : instruments, pièces d'appareils, topiques, eau chaude, eau froide, éponges, vase vide pour recevoir les pièces de pansement qu'il retire, lumière; tout doit être prêt; à cet égard, on ne saurait avoir trop de précautions. Aussi, si ce n'est pas le chirurgien qui prépare tout ce qui lui est néces-

1. Supplément au *Dictionnaire des dictionnaires de médecine*, art. PANSEMENT, p. 575.

saire, il doit toujours vérifier s'il ne lui manque rien. Pour que cette vérification soit plus facile, tous les objets doivent être disposés dans l'ordre où ils doivent servir, sur une table, ou mieux sur un plateau de bois transportable. Enfin, le nombre des aides doit être suffisant : il vaut mieux qu'ils soient trop nombreux, afin de n'avoir pas à compter sur des personnes étrangères.

« La sensibilité des personnes étrangères à l'art, inaccoutumées à considérer un semblable spectacle (les plaies avec de grands délabrements), leur cause des émotions si vives, qu'au lieu d'un auxiliaire pour un pansement vous pourriez avoir une personne en défaillance, c'est-à-dire une malade de plus qui vous empêcherait de terminer un pansement commencé. Surtout dans les campagnes, et même à la ville, on est accablé d'importuns et de bavards, attirés plutôt par la curiosité que par le besoin d'être utiles : il faut les obliger à se retirer! »

Enfin, le chirurgien doit indiquer à chacun des aides la place qu'il doit occuper et ce qu'il a à faire pendant la durée du pansement.

Lorsque tout sera disposé, une alèze, un drap plié en plusieurs doubles devra être placé au-dessous de la plaie, afin de garantir le lit, et l'on procédera au pansement.

Les pansements doivent être faits avec une certaine rapidité, sans toutefois que cette rapidité soit préjudiciable au malade; le chirurgien doit être prêt à s'arrêter dès que ses manœuvres deviennent douloureuses; il doit en rechercher la cause afin d'y remédier, si cela est possible. La plaie sera le moins longtemps possible exposée au contact de l'air; enfin, on aura soin de fermer les portes, les fenêtres, pour éviter les courants d'air directs.

C'est avec la plus grande douceur que le chirurgien devra enlever l'appareil qui recouvre la plaie. Il détache la bande ou le bandage sans causer aucune secousse à la plaie affectée; il imbibe avec de l'eau tiède toutes les parties collées par du sang ou du pus desséché, puis il enlève, en usant des mêmes précautions, les compresses pièce à pièce jusqu'à la charpie. Enfin, il enlève cette dernière avec les doigts et les pinces à pansement. Si quelques brins étaient adhérents aux bords de la plaie, il faudrait les couper et les retirer brin à brin aussitôt que l'appareil est entièrement défait.

1. Gerdy, *Traité des bandages*, 2<sup>e</sup> édition, 1839, t. II, p. 62.

Les plaies doivent être nettoyées avec soin : il faut enlever, à l'aide de boulettes de charpie le pus qui séjourne dans les anfractuosités; il faut nettoyer chaque jour le pourtour des plaies et ne pas y laisser s'accumuler ces croûtes composées de cérat et de pus qu'on rencontre si souvent autour d'elles. Il est très-facile de les enlever chaque jour avec le bord de la spatule; au contraire il devient très-difficile de les détacher lorsqu'on les a laissées augmenter de volume. L'action de ces croûtes n'est certainement pas sans influence sur la cicatrisation des plaies, car elles irritent la peau et déterminent au-dessous d'elles des ulcérations qu'avec un peu de propreté on aurait pu prévenir<sup>1</sup>.

Si les soins de propreté sont nécessaires pour mener une plaie à bonne fin, une propreté excessive peut être nuisible. Aussi, s'il faut arroser les plaies avec un peu d'eau tiède pour faciliter la sortie du pus accumulé dans les clapiers, s'il faut même quelquefois faire des injections lorsque les clapiers sont profonds, s'il faut enfin enlever avec des boulettes de charpie le pus dont la présence pourrait déterminer une irritation plus grande et empêcher le recollement des tissus; on doit bien se garder, lorsque la suppuration coule facilement au dehors, lorsque le pus n'est pas sécrété en grande quantité, de laver les plaies à chaque pansement, car les lotions trop répétées rendent le fond des plaies blafard, fongueux, et retardent la cicatrisation. On doit éviter aussi d'enlever avec la charpie la moindre parcelle de pus : on s'exposerait souvent à détacher la pellicule qui recouvre les bords de la plaie, on irriterait la surface des bourgeons charnus, manœuvres qui retardent la cicatrisation au lieu de l'accélérer<sup>2</sup>.

Quand la plaie a été convenablement nettoyée, il faut procéder à l'application du nouvel appareil. Personne n'ignore que la nature de la lésion ou de la maladie fait nécessairement varier le pansement. Ces modifications peuvent encore tenir aux accidents, ou aux complications qui peuvent survenir pendant le traitement. Quant aux pansements nécessités par les diverses espèces de maladie, nous ne pouvons les décrire dans cet arti-

1. Nous avons déjà dit que l'emploi de la glycérine ou l'usage des pansements à l'alcool empêche en partie la formation de ces croûtes et par suite leur action nuisible sur les bords de la plaie.

2. Le fréquent lavage des plaies n'offre pas les inconvénients signalés ici, lorsqu'on emploie des liquides excitants, comme les alcooliques et en même temps les antiseptiques, par exemple les solutions alcooliques et phéniquées, dont nous parlerons plus loin.

cle; nous renvoyons au traitement de ces affections. Nous ne parlerons ici que du pansement le plus souvent employé, du pansement à plat, en insistant sur les pansements que l'on fait à la suite des opérations chirurgicales.

Dans un *pansement simple*, la plaie sera couverte d'un linge fenêtré enduit de cérat au-dessus duquel on met de la charpie. Le cérat est destiné toujours à prévenir l'adhérence de la charpie à la plaie : aussi quand on applique un plumasseau sur la plaie, doit-on également l'enduire de cérat; ou bien, si l'on juge convenable de faire usage de la charpie sèche, il est indispensable de couvrir tout le pourtour de la plaie d'une bandelette découpée et cératée.

Nous avons vu que les chirurgiens modernes ont substitué au linge cératé le linge imbibé de glycérine, ou bien qu'ils l'ont tout à fait supprimé en appliquant directement sur la plaie la charpie imbibée de liquide (alcool ou eau simple, etc.). Dans ce cas il est absolument indispensable de recouvrir le tout d'une couche imperméable, de taffetas gommé par exemple, afin d'éviter la dessiccation de l'appareil.

La quantité de charpie que l'on placera sur une plaie en suppuration variera avec la quantité du pus sécrété dans l'intervalle de chaque pansement. Après la charpie, on appliquera des compresses en nombre suffisant, et l'on maintiendra l'appareil à l'aide d'un bandage contentif, une bande roulée, un bandage de corps, etc.

La charpie, les compresses, les bandes doivent être appliquées mollement; cependant l'appareil doit être assez serré pour que les mouvements du malade ne le dérangent pas. D'un autre côté, il est important de ne pas exercer une constriction trop forte, la douleur, la gangrène, pouvant être la conséquence de l'oubli de ce précepte. Nous ajouterons toutefois que, dans certains cas, il est nécessaire d'exercer une constriction assez grande, soit sur un membre tout entier, comme dans le pansement des fractures, ou quand on veut obtenir la résolution d'une inflammation; soit sur une partie du membre, quand on veut arrêter une hémorrhagie, chasser le pus qui séjourne dans les anfractuosités des plaies et obtenir le recollement des tissus; mais cette compression doit être surveillée et de courte durée.

Le pansement que nous venons de décrire est le plus simple de tous. Dans un grand nombre de circonstances, une main exercée doit diriger la cicatrisation et apporter à ce pansement des modifications importantes, nécessitées par la marche de la

maladie : ainsi il est souvent utile d'introduire des mèches dans les clapiers, de cautériser les bourgeons charnus trop saillants, d'activer la suppuration à l'aide de topiques excitants, ou simplement avec de la charpie sèche. Nous n'entrerons pas dans de plus grands détails à ce sujet; nous voulons seulement faire remarquer que l'habileté d'un chirurgien ne consiste pas seulement dans sa dextérité, mais qu'il doit posséder des connaissances en pathologie et en thérapeutique chirurgicales, afin de pouvoir faire les changements, les substitutions et les innovations que les divers états des maladies peuvent exiger.

Nous venons de dire qu'il était quelquefois utile d'introduire des mèches dans les foyers purulents : le chirurgien se propose, lorsque le foyer est récemment ouvert, d'empêcher la réunion immédiate des deux bords de l'incision, cette mèche doit être enduite d'un corps gras, d'huile par exemple, elle doit être assez mince pour ne pas mettre obstacle à l'écoulement du pus. Avec un peu de précaution, on peut toujours éviter l'occlusion du foyer purulent; cependant, lorsque l'ouverture est trop étroite, peut-être est-il avantageux, d'après le précepte formulé par M. Nonat, de promener un crayon de nitrate d'argent sur les deux lèvres de la plaie, on n'a point ainsi à craindre la réunion.

D'autres fois, la mèche a pour but de conduire au dehors le pus qui séjourne dans le fond des clapiers et dans les anfractuosités du foyer purulent; mais, comme le fait parfaitement remarquer M. Chassaignac, « cette pratique est loin de remplir le but qu'on se propose; le plus souvent, au contraire, elle a un résultat tout opposé, elle empêche le pus de s'écouler librement au dehors. Que se passe-t-il, en effet, chaque fois qu'on retire la mèche? On voit immédiatement un flot de pus s'échapper et témoigner par là de l'inutilité ou du moins de l'insuffisance du moyen employé comme agent évacuateur. Il ne saurait en être autrement; en effet, ou la mèche est assez volumineuse pour fermer complètement l'ouverture pratiquée, ou bien son volume moindre permet au pus de s'écouler entre elle et les bords de l'orifice. Dans le premier cas, la mèche fait l'office d'un véritable bouchon qui empêche, il est vrai, l'ouverture de se fermer, mais qui s'oppose en même temps à l'issue du pus, non pas complètement sans doute, car il s'en écoule un peu par suite de l'imbibition, mais cette quantité est si minime, que la plus grande partie du liquide purulent demeure emprisonnée. Dans le second cas, lorsque la mèche est moins volumineuse, l'inconvénient paraît au premier abord moins

grand; en effet, l'ouverture n'étant pas entièrement obstruée, le pus peut s'écouler moins difficilement au dehors; mais même dans ce cas le tissu de la mèche, se gonflant par imbibition, apporte toujours quelque obstacle à la sortie du pus<sup>1</sup>. »

Ce que nous venons de dire des mèches est parfaitement applicable au séton, et c'est pour remédier à ces inconvénients que M. Chassaignac a imaginé la méthode connue sous le nom de *drainage chirurgical*.

#### § 1. — Drainage chirurgical.

« Le principe du drainage chirurgical est d'établir un écoulement continu du liquide au dehors, en d'autres termes, d'opérer une sorte de dessèchement des foyers purulents; il conduit à se servir de tubes de caoutchouc vulcanisé de diamètre variable, mais qui est moyennement celui d'une plume de corbeau, percés de distance en distance de petits trous semblables aux yeux d'une sonde. Ces tubes sont placés en travers des abcès, des foyers ou dépôts purulents, de manière que les liquides pénétrant par les trous pratiqués le long de leurs parois en parcourent aisément toute la longueur et viennent sourdre continuellement au dehors par les deux orifices, ou celui de ces orifices qui est placé dans la position la plus déclive<sup>2</sup>. »

Voici le procédé que conseille M. Chassaignac pour l'application des tubes à drainage :

Il prend un trocart long de 22 centimètres au moins; il a habituellement deux de ces instruments susceptibles d'être retournés bout pour bout, de manière à présenter, soit leur pointe, soit une extrémité mousse, afin de rechercher avec cette dernière le point par lequel devra s'effectuer la sortie. Le foyer purulent est traversé de part en part avec cet instrument; dans le cas où il prévoit que la peau offre une trop grande résistance, il l'incise avec une lancette; on peut cependant introduire les tubes dans les abcès qui ont été traversés de part en part avec le bistouri.

Lorsqu'on se sert du trocart, le tube à drainage est introduit dans la canule de l'instrument aussitôt qu'on en a retiré le poinçon; il est bon dans ces cas d'avoir à sa disposition des

1. *Gazette des hôpitaux*, 29 septembre 1835.

2. Chassaignac, *Traité pratique de la suppuration et du drainage chirurgical*, in-8. Paris, 1859, t. I, p. 121.

bougies uréthrales assez fines pour glisser facilement dans la canule; le tube est noué à l'extrémité de cette bougie et est entraîné facilement. Quand la ponction et la contre-ponction ont été faites avec le bistouri, on introduit une sonde cannelée et dans sa cannelure on glisse un stylet aiguillé armé d'un fil qui entraîne le drain.

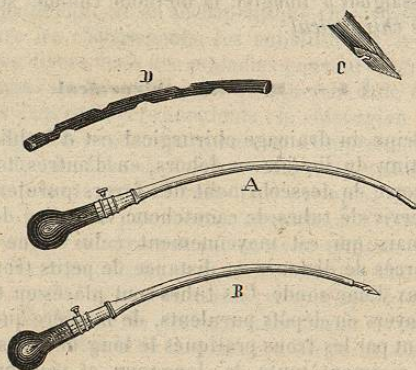


FIG. 353. — A, trocart à drainage, la pointe dans le manche. — B, le même armé pour la ponction. — C, pointe échancrée pour recevoir le fil. — D, tube à drainage.

Dans ces dernières années, M. Chassaignac a un peu modifié le *modus faciendi* de sa méthode, en ce sens que la pointe de son trocart droit ou courbe est munie d'une encoche qui permet d'y accrocher le bout du tube à drainage et de le faire passer dans la canule à mesure qu'on retire le trocart. On conçoit facilement qu'en retirant la canule et maintenant le tube par son extrémité libre, celui-ci reste en place et forme un véritable séton.

Lorsqu'il n'existe qu'une seule ouverture au foyer, on attache un fil à l'extrémité d'un tube en Y, on met ce tube à cheval sur la fourche d'un porte-mèche, sur lequel le tube est tendu comme sur une poulie de réflexion. On introduit le tout aussi profondément que possible, puis on lâche brusquement l'extrémité tirillée par le fil et elle pénètre dans la profondeur de la cavité.

M. Chassaignac traverse habituellement les cavités purulentes de deux anses qui se croisent en forme d'X; il s'est assuré

que, quelle que soit l'étendue de la poche, les quatre ouvertures constamment béantes suffisaient pour l'élimination du contenu de la poche.

Lorsque l'opération est terminée, on recouvre la partie malade d'un cataplasme placé entre deux linges et recouvert d'un morceau de taffetas gommé afin de conserver l'humidité<sup>1</sup>.

Très-fréquemment, M. Chassaignac associe l'usage des injections antiseptiques et surtout des injections iodées à l'emploi des tubes à drainage; ce qui est très-facile, puisqu'il suffit d'introduire le siphon de la seringue dans un des orifices dont est percé le drain élastique.

#### § 2. — Position.

Les travaux de Gerdy, de Nélaton, de MM. Piorry, A. Guérin, etc., ont démontré combien était grande l'influence que la position exerce sur les phénomènes de la nutrition, tant dans l'état de santé que dans l'état de maladie.

Dans un excellent travail, Nélaton a fait ressortir les avantages que l'on pouvait attendre de la position dans un très-grand nombre d'affections. Il a démontré que la position, suffisait pour faire avorter les phlegmasies légères, que la douleur et la tuméfaction disparaissaient ou diminuaient considérablement dans les phlegmasies plus intenses: aussi conseille-t-il de tenir la main très-élevée dans le panaris, de soulever fortement le testicule dans les cas d'inflammation de cet organe: Il ajoute: « Quel que soit l'organe enflammé, il faut, autant que cela sera praticable, lui donner une position telle, que la circulation en retour, sur laquelle la pesanteur exerce principalement son action, trouve dans cette puissance un auxiliaire et non un obstacle<sup>2</sup>. »

L'observation clinique a mis en relief les avantages que l'on pouvait tirer de la position pour combattre les phlegmasies, elle a fait remarquer que c'était surtout au début des inflammations qu'elle agissait avec toute sa puissance.

Il ne faut pas croire que l'influence de la position se fasse seulement sentir dans les affections à marche aiguë. Le déve-

1. Chassaignac, *Traité pratique de la suppuration et du drainage chirurgical*, t. I, p. 144 et suiv.

2. *Thèse de concours pour la chaire de clinique chirurgicale*, Paris, 1851, p. 28.

loppement, la marche, la terminaison des ulcères, se trouvent singulièrement modifiés par la position donnée au membre <sup>1</sup>.

La position que l'on doit donner n'est pas moins importante lorsqu'il existe un abcès. Après l'ouverture d'un foyer purulent, il faut que le pus s'écoule librement au dehors ; dans le cas contraire, surtout si l'ouverture de l'abcès est trop élevée, le liquide s'amasse dans les parties les plus déclives et donne lieu à des accidents qui nécessitent l'emploi de la compression et même des contre-ouvertures. Souvent il suffit de la position pour prévenir le croupissement du pus ; aussi doit-on, à moins de contre-indication, donner au malade une position telle, que l'ouverture de l'abcès soit dirigée en bas, tandis que le reste de la cavité se trouve plus ou moins élevé. Le même précepte devra également être suivi lorsqu'il sera nécessaire de faire dans le foyer des injections détersives ou antiseptiques ; le malade doit être placé de telle façon que le liquide puisse sortir par son propre poids ; dans le cas contraire, on pourrait craindre des accidents qui résulteraient du séjour du liquide dans une partie du foyer.

Dans le traitement des plaies, la position exerce une influence qui de tout temps a fixé l'attention du chirurgien ; ainsi la position la plus convenable est celle qui met en contact les lèvres de la solution de continuité. Il faut encore, pour que la réunion puisse se faire, que les lèvres de la plaie soient relâchées. Ce précepte, indiqué par tous les chirurgiens, ne soulève aucune espèce de contestation en ce qui concerne les plaies transversales ; mais, pour les plaies longitudinales, Boyer a donné le conseil de les tenir dans un certain état de tension. Cependant les auteurs du *Compendium*, ainsi que Nélaton, ne partagent pas l'opinion de Boyer, et, tout en donnant au membre une position telle, que les lèvres de la plaie soient le plus rapprochées possible, ils veulent qu'en même temps celles-ci soient mises dans le relâchement, les tissus étant ainsi moins exposés à des tractions douloureuses et à l'inflammation.

Si plusieurs couches de muscles ont été coupées, si surtout leurs fibres ont des directions différentes, comme il est impossible de relâcher un muscle sans en tendre un autre, on placera encore les parties dans une position telle qu'elles soient dans le plus grand relâchement possible.

<sup>1</sup>. Pour plus de détails, consultez les articles des Traités classiques sur les *Ulcères*, et Nélaton, thèse citée, p. 26.

S'il faut rapprocher les tissus pour prévenir des difformités, au contraire, il est quelquefois nécessaire de les écarter lorsque des opérations ont été pratiquées pour rendre aux parties leur forme normale. C'est ainsi que les membres doivent être placés de telle sorte que les bouts de tendons s'écartent l'un de l'autre lorsqu'on a pratiqué la ténotomie pour remédier à des difformités congénitales ou acquises : après la section du tendon d'Achille, par exemple, le pied sera étendu sur la jambe et la jambe fléchie sur la cuisse.

A la suite des amputations, des accidents peuvent survenir par la mauvaise position que l'on aura donnée au moignon. Par exemple, dans les « amputations partielles du pied avec lambeau plantaire, si celui-ci n'est pas suffisamment fixé au moyen d'un pansement bien fait, si, en même temps, le pied, placé sur le côté externe, est mal soutenu à cause de l'inégalité du plan qui le supporte, le lambeau pourra glisser de manière à abandonner plus ou moins complètement la surface traumatique qu'il est destiné à recouvrir.

« Dans les amputations circulaires elles-mêmes, lorsqu'elles sont faites sur des individus à chair flasque ou sur des sujets musclés, chez qui les suites de l'opération ont déterminé un amaigrissement rapide, si surtout on a conservé beaucoup de parties molles, si les pansements ne sont pas faits avec tout le soin désirable, les chairs du moignon sont entraînées du côté le plus déclive par la pesanteur.

» Heureusement la position qui contribue à produire le mal peut servir à le prévenir ou à le réparer. En même temps qu'on s'oppose aux contractions spasmodiques et au déplacement de l'os qui en est la conséquence, on doit soutenir les chairs à l'aide d'une plaque concave..., et surtout placer le membre dans une position telle, que les parties molles qui entourent l'os le suivent dans son mouvement d'élévation, ou du moins l'abandonnent le moins possible. S'il s'agit d'une amputation à lambeau, on devra, dans les pansements consécutifs, avoir égard au sens suivant lequel le lambeau a été taillé, et disposer le malade de façon que la base du lambeau soit élevée et que celui-ci retombe par son propre poids sur la place à laquelle il doit se réappliquer <sup>1</sup>. »

Les brûlures qui ont intéressé toute l'épaisseur de la peau, les plaies contuses qui ont amené la destruction de toute l'épaisseur des téguments, les plaies avec perte de substance,

<sup>1</sup>. Nélaton, *loc. cit.*, p. 102.

ne guérissent que par la formation d'un tissu cicatriciel dont la rétractilité tend à rapprocher les parties, qui bientôt s'immobilisent dans une situation vicieuse. C'est ainsi que l'on voit des doigts infléchis dans la paume de la main et y rester fixés, l'avant-bras fléchi sur le bras et ayant perdu tous ses mouvements d'extension. Il est important, dans ces diverses circonstances, de prévenir par une position convenable les conséquences d'une cicatrisation qui entraîne avec elle des infirmités graves souvent incurables. Or, comme les déviations produites sont d'autant plus difficiles à combattre que le travail est plus avancé, il importe de donner de bonne heure au membre une situation convenable. Si la perte de substance existe dans le sens de l'extension, le membre sera tenu dans la flexion; si la solution de continuité occupe le sens de la flexion, la partie sera tenue dans l'extension.

« Lorsque le tissu cicatriciel n'existe pas encore, et lorsqu'il est déjà en voie de développement, la conduite du chirurgien doit se borner à favoriser sa formation en même temps qu'il neutralise ses effets par une position attentivement surveillée; lorsque la cicatrice est complète, alors même qu'il est parvenu à conserver aux parties leur situation normale et l'intégrité de leur fonction, son rôle n'est pas terminé; les cicatrices conservent très longtemps après leur première formation la force rétractile qui leur est propre. Ce n'est donc pas assez d'avoir soustrait la partie malade à l'influence de cette rétractilité pendant la durée de la maladie, il importe de la protéger contre ses fâcheux effets jusqu'au moment très indéterminé où elle ne sera plus à craindre <sup>1</sup>. »

Nous ne pensons pas qu'il soit nécessaire de décrire longuement la manière de placer les parties dans la position qui doit être la plus convenable, et nous nous contenterons de donner quelques indications. Pour tenir un membre élevé, si c'est le membre inférieur, un coussin de balle d'avoine plus rempli à une de ses extrémités suffit lorsque l'élévation ne doit pas être considérable. Une chaise renversée et placée au pied du lit, de manière que la barre supérieure du dossier et la barre antérieure au siège portent sur le matelas, chaise qu'on recouvre d'un coussin, fournit encore un excellent moyen d'élévation. Si c'est le membre supérieur qui est lésé, et si le malade est debout, le bras peut être tenu en écharpe,

1. Nélaton, *loc. cit.*, p. 120. — Voy. aussi P. Panas, *Des cicatrices vicieuses*, thèse d'agrégation en chirurgie. Paris, 1860.

la main plus élevée que le coude; si le malade est couché, on peut soulever le bras et l'avant-bras, à l'aide de coussins. Nous avons vu Gerdy obtenir d'excellents résultats dans le traitement des inflammations de la main et de l'avant-bras, en tenant ce dernier élevé perpendiculairement et en le maintenant à l'aide d'un lien à la corde au moyen de laquelle les malades des hôpitaux se soulèvent et se tiennent assis sur leur lit.

Enfin, journellement, M. Cusco fait usage avec succès de son mode de suspension déjà décrit (p. 355), non seulement pour les fractures, mais encore pour toutes les affections chirurgicales de nature inflammatoire. On conçoit que l'usage du hamac-fanon doit être préféré au procédé de Gerdy décrit plus haut.

Pour faciliter l'évacuation d'un foyer, il faut quelquefois tenir les parties pendantes: c'est ainsi que M. Cloquet a obtenu la guérison d'un abcès de l'avant-bras dont le fond remontait vers l'articulation du coude, et dont l'ouverture était placée près du poignet, en faisant tenir la main et l'avant-bras pendants hors du lit.

Pour favoriser le rapprochement des plaies, l'écartement des tissus divisés par la ténotomie, pour combattre la rétractilité du tissu cicatriciel, on fera usage de bandages, d'attelles de carton, de bois, etc., d'appareils mécaniques, suivant les cas et suivant la puissance qu'il faudra employer pour combattre l'effort qui pourrait amener des malformations.

Il n'est pas toujours possible de donner au membre la position qui pourrait lui convenir le mieux. Ce que nous disons ici se rapporte principalement aux membres abdominaux, qui sont les parties auxquelles on a le plus souvent occasion de donner une position élevée; c'est ainsi que les malades ressentent dans la partie élevée une sensation très pénible de picotement, d'engourdissement, analogue à celle que produit la ligature ou la compression d'un gros vaisseau. Aussi n'est-ce que graduellement et avec beaucoup de ménagements que l'on peut arriver à placer le membre dans une position convenable.

L'élévation peut encore amener des effets généraux sur lesquels nous croyons devoir nous arrêter. En entravant le cours du sang dans une partie considérable du corps, un membre abdominal par exemple, l'élévation produit une sorte de pléthore artificielle. « Cette pléthore, dans certaines conditions, peut donner naissance à des accidents qu'il est bon de prévoir et de rapporter à leur véritable origine: c'est ainsi que, chez des sujets, d'ailleurs prédisposés, on a pu observer des con-

gestions céphaliques et pulmonaires, des hémoptysies, des épistaxis, etc., accidents qui disparaissent promptement dès que l'on rend au membre la position normale <sup>1</sup>. » Nous croyons cependant que la fréquence de ces accidents a été bien exagérée.

Si la position élevée produit des accidents lorsqu'on veut la mettre en pratique, ce n'est pas non plus sans inconvénients qu'on la cesse tout à coup. Tous les chirurgiens ont été frappés de l'infiltration des membres inférieurs, lorsque les malades, guéris d'une fracture de cuisse ou de jambe, marchaient pour la première fois : aussi conseillons-nous de modifier graduellement la position du membre, de le faire passer d'abord de la position élevée à la position horizontale, et de ne le mettre qu'avec beaucoup de précautions dans la position décline. Nous recommandons d'appliquer autour du membre un bandage spiral médiocrement serré à l'effet de prévenir l'infiltration, et de ne permettre au malade de se servir de son membre que lorsque celui-ci aura, pour ainsi dire, repris ses habitudes physiologiques.

### § 3. — Pansement provisoire.

A la suite des amputations, des plaies d'une grande étendue, on procède à la ligature des artères ; mais dans la plupart des cas la constriction ne peut être portée que sur les plus gros vaisseaux, parce que l'écoulement du sang s'arrête spontanément dans les petites artères, qui se rétractent par le seul fait du contact de l'air froid. Au bout de quelque temps, la circulation se ranime et il peut survenir des hémorragies, sinon toujours inquiétantes, souvent assez considérables pour nécessiter la levée de l'appareil. On est alors obligé de détruire tout ce qui a été fait, d'enlever les caillots, et de rechercher des petits vaisseaux qu'on a beaucoup de peine à trouver. Des chirurgiens ont donc cherché à éviter tous ces inconvénients au moyen d'un pansement provisoire.

Dans ce but, on s'est borné à recouvrir la plaie d'un linge cératé et d'un peu de charpie pour absorber le sang s'il venait à s'en écouler, et à maintenir le tout fixé, soit avec une petite bande, soit avec une compresse languette médiocrement serrée. Au bout de quelques heures, on enlève cet appareil et

1. Nélaton, *loc. cit.*

l'on nettoie la plaie beaucoup plus commodément et beaucoup mieux qu'immédiatement après l'opération ; puis on applique alors le premier appareil suivant l'indication. C'est surtout lorsqu'on veut obtenir la réunion immédiate des plaies qu'on a conseillé le pansement provisoire.

Ce n'est pas seulement dans le but de retirer de la plaie un véritable corps étranger pouvant empêcher la réunion immédiate que nous conseillons d'enlever les caillots. A la suite d'une plaie, pendant une opération, le sang s'échappe non seulement par les gros vaisseaux, mais encore par des artérioles trop petites pour qu'elles aient besoin d'être liées ; souvent le doigt de l'aide appliqué sur leur orifice suffit pour arrêter l'écoulement du sang, souvent même le caillot qui résulte de l'écoulement du sang est suffisant pour arrêter l'hémorrhagie. « Tant que le patient est sous l'influence de l'opération, surtout s'il y a une syncope, le moindre caillot suffit pour empêcher le sang de s'écouler ; il est donc très important de l'enlever, si l'on a l'intention de réunir immédiatement : autrement, dès que le spasme sera dissipé, le sang, circulant avec plus de force, chasserait le caillot et donnerait lieu à une hémorrhagie. Les lotions doivent donc être faites à grande eau, avec une eau tiède à un degré variable, selon la température atmosphérique ; si l'eau était froide, elle crispierait l'extrémité des petits vaisseaux et empêcherait le sang de couler ; si elle était chaude, elle aurait le même effet... Par l'emploi des précautions que j'indique, on parvient à prévenir deux accidents, l'hémorrhagie consécutive aux grandes opérations qui oblige de lever l'appareil pour faire un nouveau pansement, et l'exposition de la plaie au contact de l'air pendant un temps plus ou moins long pour s'assurer si le sang n'en coule pas <sup>1</sup>. »

En faisant usage du procédé de Ph. Boyer, il est évident qu'on peut se passer d'un pansement provisoire, qui a toujours, il faut bien le dire, de graves inconvénients, surtout dans la pratique hospitalière,

D'ailleurs, exprimons-nous d'ajouter, l'utilité de ce pansement, incontestable à l'époque où les plaies étaient enfermées dans des appareils compliqués, est bien moindre aujourd'hui qu'on s'efforce de simplifier autant que possible le pansement définitif. Lorsque, par exemple, un moignon re-

1. Ph. Boyer, *Du pansement des plaies*, thèse de concours, 1824, p. 41.

pose sur du taffetas ciré et est simplement recouvert d'un ou de plusieurs plumasseaux imbibés d'eau alcoolisée, ou bien de morceaux de flanelle ou de *lint* (procédé anglais) trempés dans le même liquide, de quelle nécessité serait un pansement provisoire? Dans d'autres cas, le pansement doit recouvrir la plaie aussi complètement que possible, et doit être laissé en place pendant fort longtemps : ici encore pas de pansement appliqué provisoirement.

#### § 1. — Application du premier appareil.

Les solutions de continuité peuvent être réunies par première ou par seconde intention : dans le premier cas, on cherche à obtenir la cicatrisation immédiate sans suppuration; dans le second, la sécrétion du pus doit intervenir dans la cicatrisation.

A la suite des amputations, les chirurgiens réunissent, les uns immédiatement, les autres par seconde intention; nous ne voulons pas discuter la valeur de ces deux méthodes, nous constatons un fait, et nous allons exposer le mode de pansement qui convient, selon que l'on met l'une ou l'autre méthode en pratique.

Avant d'aller plus loin, nous devons dire qu'il est une certaine catégorie d'opérations chirurgicales, à la suite desquelles on doit empêcher la réunion des lèvres des plaies; nous voulons parler des abcès, des fistules à l'anus, etc. Dans ces circonstances il est nécessaire d'introduire, pendant les deux ou trois premiers jours au moins, une petite bandelette effilée ou une mèche de charpie, à l'effet d'empêcher le contact immédiat des bords de la solution de continuité, et par conséquent la cicatrisation.

Quelle que soit la méthode que l'on ait choisie pour le pansement d'une solution de continuité, les artères ayant été liées avec un fil de soie ou de lin ciré, toutes ces ligatures seront réunies en un faisceau que l'on place vers l'angle le plus déclive de la plaie. Si ce faisceau est trop volumineux, on le divise en deux ou trois plus petits, et on les dispose le plus convenablement possible en fixant les fils sur la peau, au voisinage des artères liées. On ne doit conserver qu'un des chefs du fil qui a servi à faire la ligature; non qu'il y ait de l'inconvénient à les laisser tous deux, mais les faisceaux seraient plus volumineux, ce qui est inutile et fort souvent incommode.

On aura soin, lorsqu'il existera une ou plusieurs ligatures sur un ou plusieurs gros vaisseaux, et si en même temps il en existe d'autres sur des vaisseaux plus petits, d'indiquer par une marque la ligature faite sur les gros vaisseaux, soit en faisant des nœuds, soit en laissant un peu plus longs certains fils à ligature. Souvent les ligatures des petites artérioles sont coupées au ras du nœud, et l'on ne conserve que les fils des ligatures d'artères plus considérables.

Tous les fils à ligature seront maintenus dans une petite compresse, dite *compresse à ligature*, et fixés à la peau au moyen d'une bandelette de diachylon. Si ces précautions sont presque toutes indispensables lorsqu'on veut obtenir la réunion immédiate, il en est quelques-unes qui ne sont pas nécessaires lorsqu'on veut laisser suppurer la plaie. Ainsi, dans ce dernier cas, il suffit de fixer à la peau les ligatures des plus gros vaisseaux; celles des plus petits seront coupées à 3 ou 4 millimètres de la plaie, et, lorsque les fils se détachent, ils sont facilement rejetés au dehors par la suppuration.

Dans certains cas, surtout à la suite des amputations, on peut craindre que la rétraction des tissus, la contraction des muscles, ne viennent diminuer la longueur des lambeaux; ce phénomène pourrait raccourcir le lambeau et ne lui permettrait plus de recouvrir entièrement la plaie. D'un autre côté, les tiraillements qui en seraient le résultat inévitable pourraient s'opposer à la réunion immédiate et même détruire un commencement de réunion. Il faut donc appliquer autour du moignon une bande médiocrement serrée qui puisse s'opposer à ces accidents.

a. *Réunion immédiate.* — Lorsqu'on veut obtenir la réunion par première intention, après avoir pris toutes les précautions que nous avons indiquées plus haut, c'est-à-dire après avoir débarrassé la plaie des corps étrangers, des caillots, dont la présence entraverait nécessairement la cicatrisation, après avoir fixé les ligatures, les bords de la plaie seront exactement affrontés, de telle sorte que les tissus semblables se correspondent; la peau sera mise en contact avec la peau, les muscles avec les muscles, etc. Les parties seront ensuite maintenues en place, soit par des bandages unissants, soit par des bandelettes agglutinatives, soit enfin par des points de suture, et, si la plaie offre peu de profondeur, avec des serres-fines.

Les bandelettes de diachylon seront appliquées quand les