

combattre la pourriture d'hôpital<sup>1</sup>, elle aurait donné d'excellents résultats dans le traitement des plaies à M. Brulet, de Dijon<sup>2</sup>. Sous l'influence de ce pansement fort simple, peu coûteux et parfaitement supporté par les malades, les plaies se détergent, suppurent à peine et sont totalement désinfectées. Un autre avantage de ce pansement serait d'éloigner les mouches qui tourmentent si souvent les blessés pendant l'été.

On peut encore rapprocher de ces divers pansements celui qu'a expérimenté M. E. Waddy<sup>3</sup>. Ce chirurgien anglais utilise un hydrocarbure, le *térébène*, qu'on emploie pur ou dissous dans l'eau et à l'aide duquel les plaies peuvent être réunies par première intention sans utiliser les sutures. L'absence de suppuration en fait aussi un pansement rare très précieux.

*Eucalyptus globulus*. — Dans ses leçons en 1871, le professeur Gubler préconisa l'usage d'infusion ou de décoction des feuilles de cette plante dans le traitement des plaies.

Demarquay et M. Gimbert (de Cannes) utilisèrent avec quelque succès l'alcoolature et l'eau distillée d'eucalyptus.

Enfin M. Martineau conseille l'emploi d'un alcoolé d'eucalyptol, mêlé avec le chloral, comme injections antiseptiques.

Signalons encore en terminant l'usage comme antiseptique du *sulfure de carbone*<sup>4</sup>, du *pétrole* et de l'*acide benzoïque* (Kraska).

1. Hachenberg, in *Bull. de therap.*, t. LXVII, p. 42, 1864.
2. V. Blanquet, *Thèse de doctorat*. Paris, 1878, n° 285.
3. *On the use of Terebene in surgical dressings*, in *British med. Journal*, vol. 1, p. 676, 1877.
4. Guillaumet, *Thèse de Paris*, 1876, n° 88.

## SECONDE PARTIE

### DES OPÉRATIONS DE PETITE CHIRURGIE

#### CHAPITRE PREMIER

##### RÉUNION DES PLAIES PAR PREMIÈRE INTENTION. — SUTURES.

Nous n'avons pas à revenir ici sur le traitement général des plaies, ni sur les différentes modifications qu'il faut apporter à la thérapeutique des diverses espèces de solutions de continuité; mais le point sur lequel nous devons attirer l'attention est le traitement local, et surtout les petites opérations qu'il nécessite.

Le pansement des plaies doit varier suivant les indications qu'elles réclament. Ainsi, il faut quelquefois les réunir immédiatement; d'autres fois la réunion immédiate est impossible, soit qu'il y ait une trop grande perte de substance et que les bords de la solution de continuité ne puissent pas être mis en contact, soit que les lèvres de la plaie doivent être éliminées ou au moins suppurent, comme cela se présente pour les plaies contuses, pour celles qui sont produites par les projectiles lancés par la poudre, etc. Enfin, la perte de substance est tellement considérable, dans certains cas, que ce n'est qu'au moyen de l'autoplastie que l'on peut espérer prévenir des cicatrices difformes ou vicieuses, ou bien encore oblitérer des orifices qui restent fistuleux<sup>1</sup>.

1. Pour plus de détails, voyez le chapitre PLAIES dans notre *Manuel de pathologie chirurgicale*, t. I, p. 22, 3<sup>e</sup> édition, 1877, et *Malgaigne Manuel de méd. opérat.* (8<sup>e</sup> édition, par L. Le Fort) 1<sup>re</sup> partie, p. 82 et suiv., 1874.

Nous ne parlerons ici que des moyens à l'aide desquels on cherche à obtenir la réunion immédiate.

Ce sont : 1<sup>o</sup> la *situation*; 2<sup>o</sup> les *agglutinatifs*; 3<sup>o</sup> les *bandages*; 4<sup>o</sup> les *sutures*; 5<sup>o</sup> la *compression*.

1<sup>o</sup> *Situation*. — La position la plus convenable est celle qui met en contact les bords de la solution de continuité. La flexion, dans les plaies transversales, relâchant les tissus, favorise la réunion. La flexion doit être faite du côté de la lésion; et dans les cas où la flexion serait impossible du côté de la solution de continuité, il faut au moins maintenir les parties dans l'extension et empêcher la flexion du côté opposé. Dans les plaies longitudinales, on conseille de fléchir les parties dans le sens opposé à la solution de continuité, et de les étendre lorsque la flexion est impossible; mais ces préceptes sont souvent impossibles à réaliser.

En effet, la position n'est jamais suffisante pour mettre les bords des solutions de continuité en contact; et, si l'on tend fortement les plaies longitudinales, il peut arriver, ainsi que le font remarquer les auteurs du *Compendium de chirurgie*, que les tissus divisés soient exposés à des tractions douloureuses qui rendent très pénible, quelquefois impossible, l'application des autres moyens propres à maintenir les plaies éunies. Aussi conseillent-ils toujours le relâchement des parties, la réunion étant d'autant plus facile par les bandelettes et les bandages, que les tissus seront moins tendus.

La position ne peut guère être mise en usage que pour les plaies des membres et du cou; du reste, elle est toujours moins efficace pour les plaies de la tête et du tronc.

2<sup>o</sup> *Agglutinatifs*. — Ceux dont on se sert pour réunir les plaies ont la forme de bandelettes. Nous avons déjà vu comment les *bandelettes de diachylon* devaient être taillées (p. 39). Leur largeur ne doit pas dépasser un centimètre, car alors elles s'appliqueraient mal et formeraient des godets; leur longueur, si elles sont placées sur les membres, sera telle qu'elles en puissent faire une fois et demie le tour; si elles étaient appliquées sur le tronc, la longueur doit être assez considérable pour que l'on puisse prendre un point d'appui éloigné de 20 à 30 centimètres au moins des bords de la solution de continuité. Si l'emplâtre était trop dur, il serait ramolli à une douce chaleur.

Toute la partie des téguments sur laquelle les bandelettes

seront accolées devra être rasée et essuyée avec soin : car l'humidité empêche les bandelettes de se coller convenablement; les poils, se fixant dans l'emplâtre, causeront par leur arrachement des douleurs très vives aux malades, lorsqu'on voudra défaire le pansement.

Lorsqu'on a pris tous ces soins préliminaires, on procède à l'application des bandelettes; on peut le faire de deux façons :

a. On place la moitié de la bandelette sur un des côtés de la plaie; quand celle-ci est solidement fixée, on rapproche les bords de la solution de continuité; on essuie parfaitement le sang ou la sérosité, afin que l'humidité ne s'oppose pas à l'agglutination de l'emplâtre; puis on place le reste de la bandelette du côté opposé. Ce procédé est applicable à toutes les solutions de continuité: toutefois, il présente moins de solidité que celui que nous allons décrire tout à l'heure. La bandelette appliquée la première est celle qui correspond à la partie

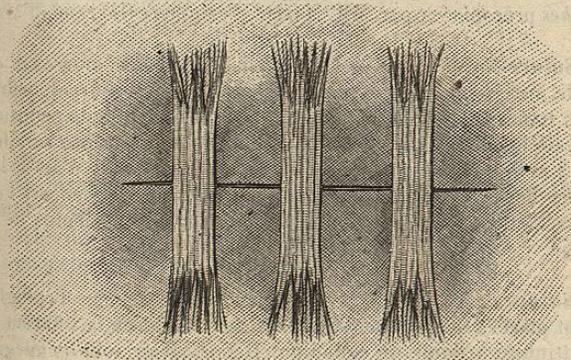


FIG. 360. — Suture sèche à bandes séparées.

moyenne de la solution de continuité; les autres doivent être placées alternativement en haut et en bas jusqu'à ce que la plaie soit ouverte en entier.

b. Ce procédé n'est applicable que lorsque les parties ne présentent pas un volume trop considérable pour que les bandelettes ne puissent en faire le tour. C'est surtout aux membres que ce procédé est employé : on place la partie moyenne de la bandelette sur la face opposée à la lésion et

l'on ramène les deux chefs l'un à droite l'autre à gauche, de manière à les entrecroiser sur la plaie; on porte ensuite les chefs sur les parties latérales de la solution de continuité jusqu'à ce qu'ils soient épuisés.

La constriction circulaire que les bandelettes exercent autour du membre augmente considérablement la solidité de l'appareil. En outre, par ce procédé, les bords de la plaie sont bien plus faciles à affronter.

Ces bandelettes doivent être appliquées d'un des angles de la plaie jusqu'à l'autre angle; on commence le plus souvent par l'angle inférieur; de plus, elles doivent s'imbriquer de telle sorte qu'il n'existe aucun intervalle entre elles.

Nous avons déjà vu (p. 42) que des *bandelettes collodionnées* pouvaient être employées pour la réunion des plaies par première intention (fig. 360); dans tous les cas, elles sont appliquées d'après les mêmes règles, aussi n'y insisterons-nous pas.

Toutefois, nous examinerons quelques variétés de *sutures sèches* préconisées par MM. Mazier, Vésigné et Goyrand (d'Aix).

*Suture de Mazier.* — Elle consiste en deux morceaux de toile ourlés sur le bord, par lequel ils doivent se correspondre. Ces bandes, dites *colligateurs*, sont fixées à l'aide de collodion parallèlement aux bords de la plaie et à une distance variable de 3 à 10 millimètres. Ceci fait, on suture à l'aide d'un fil les deux bords ourlés des colligateurs, qui, ramenés encore l'un vers l'autre, entraînent fatalement le contact des bords de la plaie.

*Suture de M. Vésigné.* — Des bandelettes armées d'épingles sont placées perpendiculairement aux bords de la solution de continuité à l'aide de collodion. Il faut avoir soin qu'elles se correspondent bien, et que les épingles qui les traversent d'un bord à l'autre soient bien parallèles à la plaie. Les bandelettes fixées, les bords de la plaie sont rapprochés, et les épingles sont réunies à l'aide de fil ciré.

*Suture de Goyrand (d'Aix).* — Deux bandelettes ayant la largeur de la plaie sont imbibées de collodion et collées parallèlement sur les deux côtés de la solution de continuité. Des rubans étroits sont ensuite collés sur ces bandelettes et perpendiculairement à elles, de sorte qu'il suffit de nouer ces rubans pour réunir la plaie (fig. 361).

Enfin M. Kœberlé s'est servi de sutures sèches collodionnées pour soutenir une réunion obtenue au moyen de sutures ordinaires. Ce sont des fils de coton qui, collés de chaque côté de la plaie, sont réunis en petits faisceaux et noués sur la ligne médiane<sup>1</sup>.

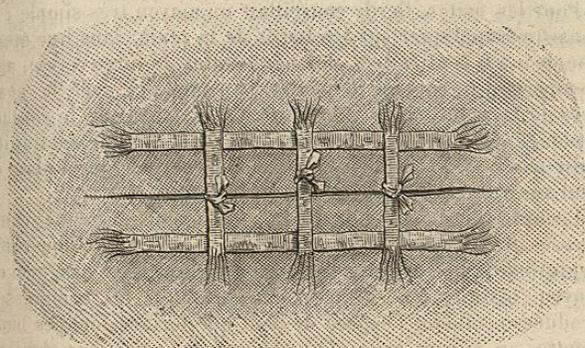


FIG. 361. — Suture sèche de Goyrand.

Les *emplâtres* sont fort rarement employés comme agglutinatifs, surtout lorsque les plaies ont une étendue un peu considérable. De plus, ils s'appliquent beaucoup plus mal que les bandelettes, ce qui a fait abandonner leur usage.

*Emplâtres jumeaux.* — Ils sont formés par deux emplâtres agglutinatifs à un bord desquels sont fixés des cordons, dont le nombre est en raison de la largeur de l'emplâtre.

Pour en faire usage, on place sur un des côtés de la plaie un des deux emplâtres, le côté qui supporte les cordons tourné vers la solution de continuité; l'autre emplâtre est appliqué de même sur l'autre côté. Lorsque ces emplâtres sont très adhérents, on les rapproche l'un de l'autre, et en même temps les bords de la plaie, puis on noue les cordons. Ces moyens de réunion présentent toujours l'inconvénient de tous les em-

1. Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie (COLLODION), t. VIII, p. 729 et 730, 1868.

plâtres, c'est-à-dire de se fixer difficilement sur les surfaces inégales. Les cordons sont loin de maintenir les lèvres de la plaie aussi bien en contact que les bandelettes agglutinatives.

Les agglutinatifs, outre l'impossibilité de pouvoir rapprocher les plaies un peu profondes, provoquent fort souvent des accidents auxquels le chirurgien doit donner toute son attention : je veux parler des érysipèles.

Pour les éviter, Gerdy conseillait un moyen très simple : il consiste à appliquer sur les bords de la plaie, dans une étendue de 5 à 6 centimètres, des bandelettes de linge cératé, afin d'empêcher le contact immédiat de l'emplâtre avec la peau près de la solution de continuité. Il est vrai que le contact prolongé du cérat avec les bords de la solution de continuité n'est pas très favorable à la réunion primitive de la plaie et peut aussi l'irriter.

Lorsque les plaies sont profondes, on peut placer des compresses graduées parallèlement à leurs bords et appliquer des agglutinatifs par-dessus. Il faudrait surtout faire usage de ce moyen lorsque les surfaces sont inégales, les compresses graduées comblant l'espace de pont que formeraient les bandelettes au niveau de la plaie; les mêmes préceptes seraient conseillés avec les emplâtres jumeaux.

3<sup>e</sup> *Bandages*. — Les bandages unissants des plaies sont ceux que nous avons déjà indiqués sous le nom de *bandages invaginés* (p. 235).

4<sup>e</sup> *Sutures*. — On doit recourir à la suture toutes les fois que les plaies intéressent une partie dans toute son épaisseur, par exemple aux paupières, aux joues, aux lèvres, et lorsque les moyens que nous venons de décrire ci-dessus sont insuffisants, tant à cause de l'étendue de la plaie que de son décollement.

Après avoir joui de la plus grande vogue, la suture a été presque entièrement proscrite par l'Académie de chirurgie; ce qui fut un tort, car il est des cas dans lesquels elle est à peu près indispensable, et ne présente pas les dangers qu'on lui a reprochés. Dans une foule de circonstances, en effet, elle est bien préférable aux agglutinatifs, et s'oppose à toute espèce de déplacement, fait très important quand on veut obtenir la réunion immédiate. Elle fixe parfaitement les plaies à lambeaux, en les empêchant de s'enrouler, elle met les parties saignantes dans un contact parfait; et si, quelquefois,

elle a pu déterminer l'étranglement par suite de l'inflammation, si les fils ou les aiguilles ont ulcéré et détruit la peau, il n'en est pas moins vrai qu'avec un peu de précaution on pourra prévenir ces accidents. C'est ainsi qu'il ne faut jamais trop rapprocher les points de suture, afin qu'ils ne s'opposent pas au gonflement de la partie enflammée; cependant, l'intervalle qui les sépare ne doit pas être trop considérable, car la plaie se réunirait mal. Lorsque l'inflammation des lèvres de la plaie est très intense, quand les sutures sont appliquées sur des parties très vasculaires, et qui peuvent être facilement coupées par la présence d'un corps étranger, elles doivent être retirées de bonne heure. Il n'y a pas d'ailleurs beaucoup d'inconvénients à passer des points de suture à travers les parties douées d'une grande vitalité; car, d'un côté, si l'on est forcé d'enlever l'appareil de bonne heure, d'un autre côté, les parties se réunissent beaucoup plus promptement.

Nous décrirons les espèces suivantes :

a. *Suture entrecoupée* (fig. 362). — Elle a pour caractère d'être formée par un ou plusieurs fils passés perpendiculaire-

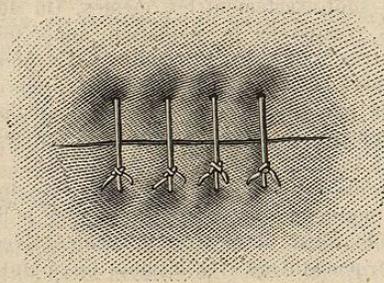


FIG. 362. — Suture entrecoupée.

ment à l'axe de la plaie, et dont les chefs sont ramenés et noués en avant. Pour faire cette suture, on se sert d'aiguilles et de fils. Les aiguilles sont le plus souvent aplaties, pointues à une des extrémités, et tranchantes sur leurs bords. Les unes sont courbes sur toute leur longueur, *aiguilles courbes* (fig. 18); les autres, courbées seulement vers la pointe, sont les *aiguilles droites*. L'autre extrémité est percée d'un large chas dans lequel on engage un fil simple, double ou triple.

Les fils de lin ou de soie sont cirés; leur volume est en rapport avec l'épaisseur des parties que l'on veut rapprocher.

On peut pratiquer la suture entrecoupée :

1° En engageant les deux extrémités du fil chacune dans une aiguille, puis on perce la peau des deux côtés de dedans en dehors.

2° Une seule extrémité du fil est engagée dans une aiguille et la peau est percée en un seul temps, d'un côté de dehors en dedans, de l'autre de dedans en dehors.

Dans ces deux variétés, on a besoin d'autant de fils qu'on doit faire de points de suture.

3° On ne se sert que d'un fil et d'une seule aiguille. Commencant la suture par un des angles de la plaie, on traverse les téguments comme dans la seconde variété, de droite à gauche, par exemple; on recommence de l'autre côté de gauche à droite, à une distance convenable du premier point de suture, en laissant dans l'intervalle des deux points de suture une longueur assez grande de fil, pour que, celui-ci étant coupé, on puisse le nouer avec le fil de l'autre côté.

Quel que soit le procédé qu'on ait employé pour faire cette espèce de suture, les règles qui doivent accompagner la ligature des fils sont exactement les mêmes. On doit, avant de nouer les fils, régulariser la coaptation, nouer les fils les uns après les autres d'une des extrémités de la plaie à l'autre, faire les nœuds à la partie la moins déclive, afin qu'ils soient moins tachés par le sang ou le pus, et qu'ils puissent être facilement aperçus lorsqu'on voudra enlever les points de suture.

Les sutures doivent être enlevées le troisième, le quatrième, et même le cinquième jour; il suffit de couper le fil au niveau du nœud, de le saisir, et de tirer doucement avec les doigts ou une pince, pendant qu'avec la main on maintient solidement les lèvres de la plaie, afin que l'ébranlement causé par les tractions ne détache pas les bords de la solution de continuité encore imparfaitement réunis.

b. *Suture à anse*. — Imaginée par Ledran pour l'entérorhaphie, cette suture est mauvaise en ce qu'elle fronce la partie sur laquelle les points de suture sont appliqués. En effet, comme dans la suture entrecoupée on passe des fils à travers les tissus; puis, au lieu de les nouer un à un, on les réunit en un gros faisceau qu'on fixe à l'extérieur. Les fils doivent être séparés et enlevés un à un quand on défait la suture.

c. *Suture continue, en surjet* (fig. 363). — Cette suture se fait avec une aiguille plutôt droite que courbe, de la même manière que la troisième variété de la suture entrecoupée; seulement les fils doivent être tirés assez fort pour affronter les bords de la plaie. En fait, cette suture décrit des tours de spire depuis une extrémité de la plaie jusqu'à l'autre; il est important de faire remarquer qu'il ne faut pas en fixer les extrémités avant qu'on se soit assuré qu'elle réunit bien les lèvres de la solution de continuité. Si la suture était trop lâche, il faudrait la serrer en tirant sur les deux extrémités

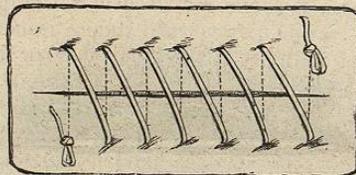


Fig. 363. — Suture en surjet.

des fils; si elle était trop serrée, et si elle faisait faire un pli aux téguments, on la relâcherait un peu. On arrête les deux extrémités en les fixant au moyen d'un nœud coulant à la spirale voisine.

d. *Suture à points passés ou en faufl* (fig. 364). — Cette espèce de suture a la plus grande analogie avec la précédente; seulement, au lieu de décrire des tours de spire, elle forme des zigzags sur les deux faces des bords de la plaie. On la commence comme la suture en surjet; mais, au lieu de décrire un tour de spire, en avant de la solution de continuité, on passe les fils de la manière suivante: on traverse les deux lèvres de la plaie, l'une de dehors en dedans, l'autre de dedans en dehors; l'aiguille est ensuite conduite au-dessous de la seconde piqûre de la peau, c'est-à-dire de celle qui est faite de dedans en dehors; de telle sorte que l'anse de fil apparent à l'extérieur soit parallèle à la solution de continuité. Puis on traverse avec l'aiguille les deux lèvres de la plaie, l'une de dehors en dedans, l'autre de dedans en dehors, mais en sens inverse des piqûres précédentes, c'est-à-dire de gauche à droite, si le premier point de suture a été fait de droite à gauche. On continue ainsi jusqu'à ce que les lèvres de la plaie soient rapprochées dans toute leur longueur. On a prétendu

qu'elle étranglait moins que la suture en surjet, qu'elle facilitait la réunion des parties sous-cutanées; mais elle soutient moins bien les lèvres de la solution de continuité.

M. le professeur Verneuil a proposé une espèce de suture en faufil qui donne exactement les mêmes résultats que celle que nous venons de décrire, mais qui offre cet avantage incontestable, à savoir, que les fils ne pénètrent pas dans l'intérieur de la plaie. Ainsi le fil pénètre dans les tissus parallèlement à l'axe de la plaie, et son trajet est donc à une certaine distance des bords de la solution de continuité, tandis que les

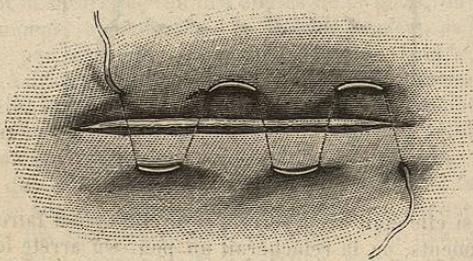


FIG. 364. — Suture à points passés.

fils obliques se trouvent à la surface. En somme, cette suture est absolument l'inverse de la suture précédente.

L'aiguille est plongée sous les tissus et, conduite parallèlement à l'axe de la plaie, elle sort à la distance voulue; le fil est ensuite conduit obliquement de l'autre côté de la solution de continuité, où l'aiguille traverse de nouveau les tissus, ainsi qu'il a été dit plus haut.

Sous le nom de *suture mixte et en faufil*, M. Bertherand décrit une espèce de suture fort ingénieuse. Il passe, de chaque côté de la plaie, et à 1 centimètre de la solution de continuité, un fil qui, traversant les tissus de part en part, forme une anse dans laquelle on peut engager un bout de sonde, un tuyau de plume, etc., qui, parallèle à l'axe de la plaie, doit servir de support. Le nombre de ces anses est proportionné à la longueur de la solution de continuité. Puis il passe, perpendiculairement à la plaie, un long fil qui part en dehors de l'un des supports et va sortir au delà de celui du côté opposé

Ceci fait, il noue les anses de fil de manière à fixer les supports; puis il noue chaque fil transversal qui, embrassant les supports en dehors, rapproche les lèvres de la solution de continuité sans exercer sur elle aucune espèce de traction qui puisse lui être préjudiciable.

e. *Suture en bourse*. — Cette espèce de suture, due à Dieffenbach, n'est employée que pour réunir les bords d'une plaie de petite étendue et avec perte de substance; elle a été surtout appliquée pour obtenir l'occlusion des fistules stercorales, urétrales, parotidiennes, etc. Elle n'est possible que dans les régions où la peau est mince et assez mobile pour pouvoir se froncer comme l'ouverture d'un sac.

Après avoir avivé les bords de la solution de continuité, on enfonce une aiguille armée d'un fil à travers les téguments à une certaine distance des bords de la plaie; l'aiguille est conduite parallèlement à ceux-ci, et sort bientôt pour former un premier point à une distance égale de celle qui sépare l'ouverture d'entrée de l'ouverture de sortie; on enfonce de nouveau l'aiguille, toujours en suivant la direction des bords de la plaie, en formant un cercle si la plaie est circulaire; on continue jusqu'à ce que le fil soit arrivé au point de départ. On saisit alors les deux chefs, on exerce sur eux des tractions comme on le ferait sur les cordons d'une bourse, la peau se fronce et les surfaces saignantes se mettent en contact.

f. *Suture entortillée* (fig. 365 et 366). — Pour faire cette suture, on prend plusieurs aiguilles métalliques, qui doivent rester à demeure dans la plaie, et un long fil ciré. On introduit une des aiguilles à une des extrémités de la plaie, en l'enfonçant d'un côté de dehors en dedans, de l'autre de dedans en dehors. Pour introduire facilement les épingles à travers les tissus, on les graisse avec un peu de cérat ou d'huile, et l'on se sert d'une pince à torsion dans les deux mors de laquelle sont creusées deux rainures qui forment, par l'adossement des mors, une gouttière maintenant solidement l'épingle. Le volume de la pince donne au chirurgien une force assez grande pour faire pénétrer les épingles dans les tissus. Cette espèce de pince a reçu le nom de *porte-épingle* (fig. 367).

Lorsque l'aiguille est introduite, on l'embrasse, en passant au-dessous des extrémités laissées libres de chaque côté des téguments, la partie moyenne d'un fil ciré, qui alors décrit une anse dont la convexité regarde la plaie; on applique la deuxième