

CHAPITRE XI

PANSEMENT ET ANTISEPSIE

Parmi toutes les opérations justiciables de la méthode antiseptique, il en est peu qui seront plus intéressantes que celles de la cure radicale de la hernie. A tous les points de vue le pansement doit être fait avec toutes les ressources de l'antiseptie, d'abord pour la sécurité du patient, ensuite pour la réussite de l'opération. Or, c'est là une opération qui présente de nombreux écueils pour l'asepsie. La région, la mobilité du pansement, les efforts du malade qui tendent tous à le déplacer, sans compter la malpropreté ou plutôt la septicité habituelle de la région constituent des obstacles graves qu'il faut surmonter. On peut ajouter même à ces difficultés, ce qui paraîtra paradoxal, la facilité de guérison d'un bon nombre d'opérations de hernie étranglée. En effet, comme, après l'opération de la hernie étranglée, la plaie opératoire a peu de surface, comme l'écoulement est très médiocre, il arrive que malgré une antiseptie incomplète la réparation se fasse bien ou à peu près bien. Dès lors, le chirurgien conclut que le cortège des précautions qu'on lui recommande est inutile, il fait plus vite, plus brillamment,

guérit les trois premiers opérés, perd le quatrième et déclare que l'opération est dangereuse par elle-même, car il ne sait vraiment pourquoi le patient a péri puisque les autres avaient guéri. Ce n'est pas l'opération, c'est lui qui est dangereux par une confiance dans des procédés imparfaits contre lesquels nous avons vainement cherché à le prémunir.

Il est donc d'importance capitale d'insister sur tout ce qui peut être fait pour l'antiseptie, et je veux décrire minutieusement les procédés que j'emploie et que je conseille.

Le nettoyage de la région doit attirer l'attention tout d'abord. Ce nettoyage est difficile, aussi ne faut-il rien négliger. J'ai l'habitude de faire prendre au patient un bain alcalin. Je fais nettoyer toute la région avec l'eau de panama (décoction de *Quillaya saponaria*).

Ce nettoyage préalable étant fait, la région est lavée au savon et à l'eau phéniquée à 1/20, puis elle est rasée avec soin. Après le passage du rasoir, on lave de nouveau à l'eau phéniquée à 1/20; puis, des compresses trempées dans la solution phéniquée à 1/40 sont laissées sur place, pendant qu'on chloroforme le malade.

Pendant l'opération j'emploie la pulvérisation d'eau phéniquée à 1/20. A ce propos, j'ajoute que je n'emploie pas généralement la pulvérisation pour les opérations après lesquelles je puis laver tous les points de la plaie avec l'eau phéniquée forte. Mais, quand j'ouvre une grande sereuse, je crois cette précaution indispensable. Comme je ne pourrai atteindre les extrémités de la cavité ouverte, je veux qu'il ne puisse pénétrer qu'un air rigoureusement pur de germes.

Je dois encore à propos de cette pulvérisation faire une remarque indispensable. J'ai fait construire, il y a dix ans, par M. Collin, un pulvérisateur à vapeur (fig. 11) établi sur les principes donnés par le professeur Lister. Nous avons longuement travaillé les différents modèles pour arriver à des résultats satisfaisants. Puis l'appareil ayant paru bon il a été copié d'une façon plus ou moins exacte par bon nombre de fabricants. Mais ce qui manque à ces appareils ce sont précisément des détails qui en font la valeur. Il y en a par exemple qui sont destinés fatalement à sauter et cela est arrivé, parce qu'il faut donner aux chaudières une puissance infiniment supérieure à la pression à laquelle elles travaillent habituellement. Il est impossible de faire médiocre un appareil de cette sorte.

Mais ceci regarde surtout l'opérateur et voici qui regarde tout directement l'opéré pour la chirurgie abdominale. Tous ces appareils, sans presque d'exception, forment un nuage qui mouille. Dans ce cas ce pulvérisateur appliqué à la chirurgie abdominale mériterait les reproches qu'on adresse fort injustement selon moi à la pulvérisation.

J'ai toujours employé pour ma part le pulvérisateur dans toutes les opérations où j'ouvrais largement des séreuses. J'ai fait de ces opérations avec d'immenses surfaces étalées, sans en voir aucun inconvénient. Mais j'ai toujours employé l'appareil que j'ai fait construire par M. Collin et dont la pulvérisation est extrêmement fine.

Pendant le cours de l'opération je ne manœuvre que sur des parties environnées de compresses humides d'eau phéniquée, ayant moi-même les mains bien découvertes et toujours humides d'eau phéniquée.

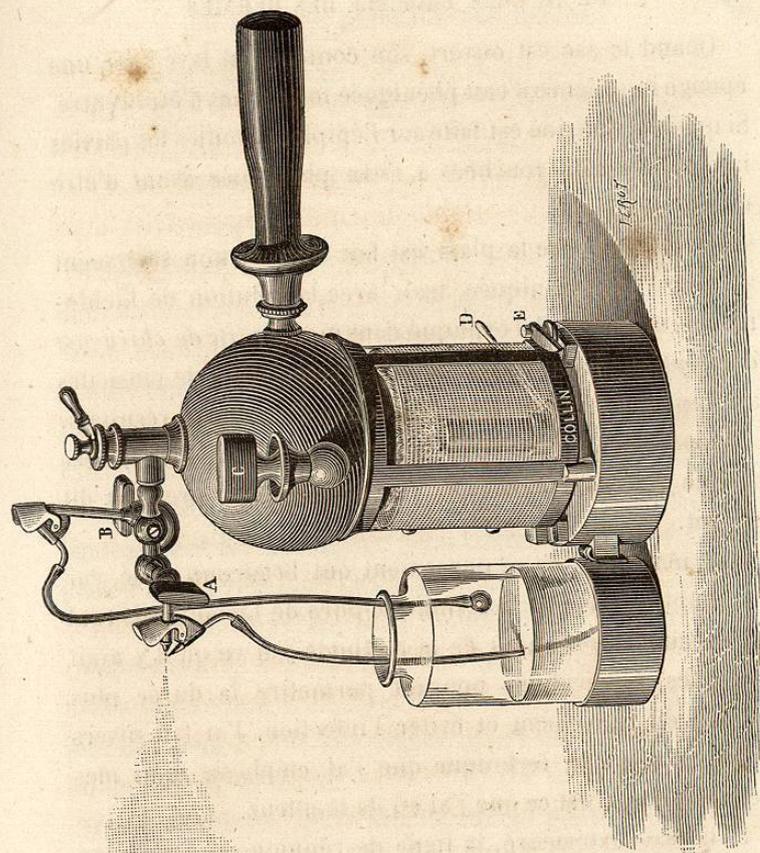


Fig. 11. — Pulvérisateur du D^r Lucas-Championnière.

Quand le sac est ouvert, son contenu est lavé avec une éponge imprégnée d'eau phéniquée forte avant d'être rentré. Si quelque excision est faite sur l'épiploon, toutes les parties intéressées sont touchées à l'eau phéniquée avant d'être rentrées.

Le nettoyage de la plaie est fait souvent non seulement avec de l'eau phéniquée, mais avec la solution de bichlorure de mercure. J'ai expliqué dans mon *Traité de chirurgie antiseptique* le but théorique de l'association de plusieurs antiseptiques. En pratique cela donne d'excellents résultats.

L'opération terminée, le drainage et les sutures placées comme je l'ai dit plus haut, le pansement proprement dit est fait.

Les matériaux de ce pansement ont beaucoup varié, car j'ai employé d'abord la technique pure de Lister; puis tout en suivant les principes de la méthode j'ai vu qu'il y avait quelques applications pouvant permettre la durée plus grande du pansement et éviter l'infection. J'ai fait divers essais et voici la technique que j'ai employée dans mes derniers cas. C'est ce que j'ai eu de meilleur.

Si la plaie extérieure, la ligne de réunion est courte, on peut négliger l'emploi du *protective*. Si elle a une certaine longueur la réunion sera toujours plus parfaite et plus régulière sous une bande étroite de *protective*. Par-dessus je mets une bande plus large faite de deux ou trois doubles de gaze iodoformée aussi chargée que possible. Au-dessus de cette gaze iodoformée quelques sachets formés d'un peu de gaze phéniquée contenant de la poudre antiseptique dont j'ai fait connaître la formule en plusieurs occasions :

Poudre d'iodoforme.....	} parties égales en poids.
Poudre de benjoin.....	
Poudre de quinquina.....	
Poudre de carbonate de magnésie saturée d'essence d'eucalyptus.....	

Par-dessus quelques tampons de gaze phéniquée contenant de la charpie de bois au sublimé, une éponge humide et un mackintosh.

Ces étages successifs du pansement me permettent de le faire moins large que ne le recommande le professeur Lister; j'en dirai ailleurs les avantages. Un spica avec une bande de gaze ordinaire humide est fait, et de la ouate placée partout où il est nécessaire pour combler les vides et empêcher les excoriations par la pression des bandes.

Le spica doit être fait avec beaucoup de soin, car il doit comprimer très exactement. Pour l'appliquer correctement il faut placer sous le sacrum un pelvi-support ou plus simplement comme je le fais tous les jours un bassin renversé ou un paquet de livres.

On pourrait employer avec avantage pour la confection du spica une bande de gaze phéniquée. Par raison d'économie et aussi parce que j'ai de la sorte un bandage bien homogène, j'emploie de la gaze ordinaire imprégnée d'eau phéniquée. L'apprêt de cette gaze fait adhérer les uns aux autres les tours de bande desséchés, et de cette sorte est constituée une véritable masse qui rend le pansement très homogène.

Que restera ce bandage? En principe il sera enlevé si ses bords venaient à être tachés; mais si l'écoulement est médiocre, ceci n'arrive pas, et j'ai pu enlever à volonté le

pansement le troisième, quatrième, sixième, huitième jour.

Je ne conseille pourtant pas de dépasser le quatrième jour toutes les fois que l'opération a été très large. J'ai été à huit jours dans l'observation numéro 8 et dans plusieurs opérations de hernie étranglée, dont une ombilicale. Cela a des avantages pour le bien-être du patient. Mais la perfection de la réunion en souffre ; il vaut mieux renouveler le pansement un peu plus vite.

Il y a là une question de tâtonnement qui ne sera bien jugée en pratique que par un chirurgien très expert en la méthode antiseptique.

Quel que soit le jour, la levée du pansement sera faite avec pulvérisation et toutes les précautions d'usage. Le drainage peut être habituellement supprimé lors de cette séance de pansement ; s'il est nécessaire de le maintenir il sera très réduit. On verra si des régions voisines de l'orifice traumatique ont été souillées par l'urine, les matières fécales, les sécrétions, afin de les désinfecter.

Si ces régions très sensibles sont le siège d'éruptions eczémateuses, on les enduira de vaseline contenant un cinquième d'acide borique pulvérisé.

Puis le pansement sera refait dans les mêmes conditions, avec les mêmes matériaux, sauf l'éponge en certains cas. J'ajoute volontiers sous les derniers doubles du spica un tampon de linge formé par des compresses superposées.

Ce nouveau pansement est laissé de quatre à huit jours et sera remplacé par un semblable ou par un pansement pratiqué avec du lint boriqué enduit de pommade borique s'il n'y a plus qu'une plaie superficielle.

Dans ce dernier cas, un spica avec des éléments compres-

seurs sera placé. J'ai mis dans le pansement pour le numéro 6 une paire de bouchons assemblés, pour d'autres un seul bouchon. Chez mes derniers opérés, mon interne, M. Lavie, avait insinué une plaque de gutta-percha moulée qui fut d'un excellent effet.

Il y a intérêt même lorsqu'il n'y a plus besoin de pansement, à proprement parler, à les maintenir et même à garder le malade au lit pour la solidité ultérieure de la cicatrice. Ensuite commence le rôle du bandage sur lequel nous allons revenir.

Faisons remarquer seulement que si nous avons décrit un pansement un peu épais, un peu compliqué, c'est un pansement fait rarement. Il y a des opérés qui n'en ont subi que deux. D'autres en ont eu davantage, mais chaque nouveau pansement est de moins en moins important.

Toutefois, que l'on n'oublie pas que le pansement est un point capital. Telle opération aura bien réussi, avec une asepsie parfaite au début ; le pansement un peu négligé à la fin laissera s'établir la suppuration, et, au lieu d'une cicatrice homogène bien solide, on aura une cicatrice toute prête pour la récurrence.

Je ne cite que pour mémoire les accidents très graves et même mortels qui peuvent suivre des pansements insuffisants faits même pour une excellente opération très bien conduite.

En terminant, enfin, j'insiste sur ce fait que le séjour au lit le plus longtemps possible est indispensable. Plus il aura été sérieusement observé et plus parfaite sera la guérison. Dans l'observation VI où j'ai eu affaire à de graves difficultés, où j'ai dû faire une deuxième opération pour enlever la

partie inférieure du sac que j'avais laissée en place, j'ai trouvé là une condition très favorable. En effet, mon patient ayant subi deux opérations successives au lieu d'une a dû séjourner longtemps au lit, et cette circonstance me paraît avoir beaucoup contribué à la perfection du résultat.

CHAPITRE XII

CARACTÈRES ANATOMIQUES DE LA CURE RADICALE. EXAMEN DES OPÉRÉS. — PREUVES ET RÉSULTATS DE LA CURE RADICALE.

On dit souvent : « J'ai revu mon opéré, il était guéri ; il n'avait plus de hernie ; on ne sentait plus d'impulsion » ; ou bien « sa hernie était reproduite ». On fait une statistique qui est plus ou moins brillante et le lecteur reste fort peu instruit.

Après cette opération, il faut voir non seulement si l'opéré n'a pas de hernie nouvelle, mais quelles sont ses conditions anatomiques actuelles et savoir par là ce qu'il promet de résistance à la récurrence. Cela est infiniment plus intéressant et plus probant que la statistique des hernies reproduites ou non. La non reproduction de la hernie peut être fortuite. Elle peut résulter de ce que les efforts n'ont pas été assez violents, de ce que la douleur empêche le patient de s'agiter, etc.

Au contraire, l'examen de nos opérés nous apprend non seulement qu'ils sont actuellement guéris, mais il nous montre en outre pourquoi ils doivent rester guéris.

Dès le début de la cure, si on observe les opérés après quelques semaines, on trouve le canal que suivait la hernie distendu par une sorte de bouchon, une sorte de paquet qui le remplit, au point qu'en certains cas on se demande s'il n'y a pas là quelque reproduction herniaire.

Cette masse diminue de volume, prend de la consistance, et quelques semaines plus tard ou bien après plusieurs mois d'intervalle on constate la présence d'un cordon fibreux qui est senti au point où était la hernie et semble se continuer avec la paroi jusque dans l'intérieur de la cavité abdominale. Si on examine un patient après plusieurs années, le caractère est encore bien plus prononcé. Le canal est réduit à une sorte de ligne dure constituée par ce retrait cicatriciel. Si l'individu est un sujet à paroi faible, on sent une impulsion au-dessus, mais point au niveau de la cicatrice.

On acquiert alors la preuve que ce qui oppose aux viscères chassés une barrière contre leur sortie de l'abdomen, ce n'est pas une faible adhérence due à un rapprochement artificiel des piliers, mais une sorte de fusion cicatricielle de tout ce qui constituait le canal et l'orifice herniaire. Si les éléments qui ont pris part à la formation de la cicatrice sont nombreux, épais, de large surface, la barrière est suffisante, puissante même. Si l'opération a été parcimonieuse, médiocrement faite, cette barrière existe à peine et l'on conçoit aisément que la récurrence de la hernie en soit plus facile. Or, sur les neuf individus opérés complètement par moi suivant les règles que j'ai tracées, ces caractères de solidité ont été absolument identiques.

Chez eux, dès les premières semaines, on voit que ce ne sont pas les piliers qui résisteront à l'effort, c'est la cica-

trice qui résistera et celle-ci n'aura de valeur que parce qu'elle a une épaisseur sérieuse, parce que des surfaces importantes ont pris part à sa constitution.

L'avenir de cette cicatrice est assuré dans de certaines conditions. Elle est solide d'abord parce qu'elle est due à une réparation sans suppuration. C'est une erreur très répandue de croire le contraire; l'expérience nous montre que les cicatrices de première intention sont de beaucoup les plus solides.

Puis cette cicatrice déjà résistante au début, au lieu de faiblir, deviendra de plus en plus puissante parce que nous la soutiendrons. C'est là un fait dont on n'a pas assez parlé. Une cicatrice jeune quelle qu'elle soit n'est jamais assez puissante pour résister à elle seule. Elle subit une sorte d'évolution secondaire de consolidation. Si elle est soutenue suffisamment dans cette période, elle devient forte et il arrive un instant où elle suffit contre tous les efforts.

On a un exemple très curieux de faits du même ordre dans la production des éventrations après l'ovariotomie. Bien des auteurs paraissent s'être trompés sur le facteur principal de cette éventration. On a discuté pour savoir si le péritoine doit être suturé ou non, si les doubles plans de suture sont nécessaires pour éviter l'éventration; tout cela nous paraît tout à fait accessoire à côté du traitement consécutif. Si vous faites lever une malade de trop bonne heure, si la cicatrice n'est pas soutenue longtemps par des pressions énergiques, les chances de l'éventration sont considérables.

Telle malade, qui avait une cicatrice irréprochable, fait des mouvements désordonnés au bout de deux ou trois

mois, et vous voyez naître une éventration; j'ai observé de très près le fait chez une malade à laquelle j'avais pratiqué avec succès l'opération césarienne (mode de Porro).

Certainement une des raisons qui rendaient bien plus communes les éventrations avec la méthode du pédicule en dehors était que longtemps l'application d'un bandage de soutien était impossible.

Il résulte de ce que nous avons dit, que le bénéfice de la cure radicale n'a guère de chance d'être assuré que si la cicatrice, tout au début, est très exactement soutenue, dès le moment même de sa formation, puis il faut encore que ce soutien soit continué pendant cette sorte d'évolution secondaire du tissu cicatriciel qui s'effectuera pendant un temps peut-être fort long.

En effet, le temps nécessaire à cette évolution n'est pas fixé; peut-être aussi est-il variable. Il en résulte qu'il est de notre devoir de consolider, de protéger longtemps la cicatrice. C'est affaire de prudence excessive quelquefois, car nous avons des preuves qu'il nous arrive d'exagérer cette durée. Il est certain que quelques opérés abandonnés à eux-mêmes jettent bien vite le bandage et malgré cela restent guéris. Cependant même après un long laps de temps si le patient devait faire des efforts violents, si surtout il devait faire des efforts de toux très répétés, il serait sage de lui placer un bandage. Rappelons en passant qu'au point de vue des accidents herniaires, la toux constitue la pire des conditions. Il est bon que l'opéré soit prévenu qu'il trouvera là une des causes les plus puissantes de récurrence.

Voici donc ce que l'on peut constater localement chez

tous nos opérés : création d'une cicatrice résistante, véritable barrière dont la puissance ira en augmentant. Partout où on présentera un opéré qui ne remplirait pas cette condition, on pourra dire qu'on n'a pas de garantie de la cure radicale. Mais partout où on la trouvera, même si l'opération est peu ancienne, cette disposition est un gage certain que la récurrence a bien peu de chance. Les cas anciens me permettent d'affirmer qu'il en est ainsi et pourquoi il en est ainsi.

Ces cas anciens permettent aussi d'affirmer que les vues que nous avons fait connaître sur l'importance des détails opératoires sont exactes. Mes dernières opérations donneront certainement encore de meilleurs résultats que les premières; dans celles-ci, en effet, nous cherchions déjà à détruire la séreuse très haut, mais nous y mettions moins de hardiesse. Nous apportions aussi moins de soins dans le traitement consécutif. Qu'en est-il arrivé? Nous n'avons pas de récurrence; notre cicatrice n'a pas été franchie par les viscères. Mais ceux-ci viennent battre une cicatrice plus courte au-dessus de laquelle on les sent. Ces patients auront besoin d'être protégés davantage par le bandage. Les derniers opérés auront un résultat plus complet, et d'emblée, on doit voir chez eux les dispositions anatomiques qui caractérisent ce résultat plus parfait.

Amélioration des fonctions. — Déjà cette modification de l'état local se traduit par une série de modifications fonctionnelles :

1° Les patients commencent par exprimer la satisfaction qu'ils éprouvent à rester debout sans malaise, sans fatigue. En effet, chez tout individu dont les anneaux sont très

larges, la station debout est pénible. Bien des hernieux nous disent combien le moment où ils peuvent s'étendre est ardemment souhaité par eux.

Pour l'effort, la modification est plus grande encore, la puissance des mouvements augmente dans une proportion variable, mais toujours très remarquable. Dans certains des cas que j'ai opérés (n° 2 surtout), le défaut de force était très marqué; il y avait incapacité pour les efforts au point de rendre tout travail impossible. L'opération faite, la possibilité des efforts est retrouvée et quelques-uns de nos opérés ont pu reprendre des travaux très durs.

La disparition des douleurs est un fait important à noter, car plusieurs de nos opérés souffraient constamment avant l'opération. Tout cela disparaît. La gêne du bandage, qui peut être notée d'abord, se dissipe bien vite. Il semblerait *a priori* qu'elle dût être plus importante à cause de la pression sur une cicatrice neuve. Mais elle passe rapidement et le bandage à large pelote ne cause plus ni gêne ni douleur, comme le bandage puissant que portaient ordinairement les sujets avant l'opération.

CHAPITRE XIII

BANDAGE

L'application d'un bandage après une cure radicale est une partie du traitement, partie fort importante et sur laquelle n'ont pas suffisamment insisté les auteurs qui ont traité de la cure radicale. On se contente de dire : l'opéré portera un bandage, puis c'est tout. Il arrive alors que le lecteur malveillant ne s'informe guère de savoir ce que fait ce bandage et conclut qu'il était bien inutile d'opérer, puisque le malade porte bandage comme s'il n'avait pas été opéré.

Tout cela ne me paraît pas suffisamment étudié. Il est aisé de concevoir que lorsque l'opération que j'ai décrite a été faite, lorsqu'un tissu cicatriciel étendu mais tendre est en voie de durcissement, de perfectionnement, il ne saurait être encore en état de soutenir l'effort sans cesse renouvelé des viscères, et il en serait de même pour tous les cas où on voudrait faire jouer un rôle de résistance à un tissu cicatriciel jeune. Il faut qu'il soit soutenu.

Faut-il alors se contenter de dire que l'opéré portera