

crois que cette dernière fonction est superflue, et que deux fils de soie la remplissent facilement et sûrement, sans qu'il soit besoin

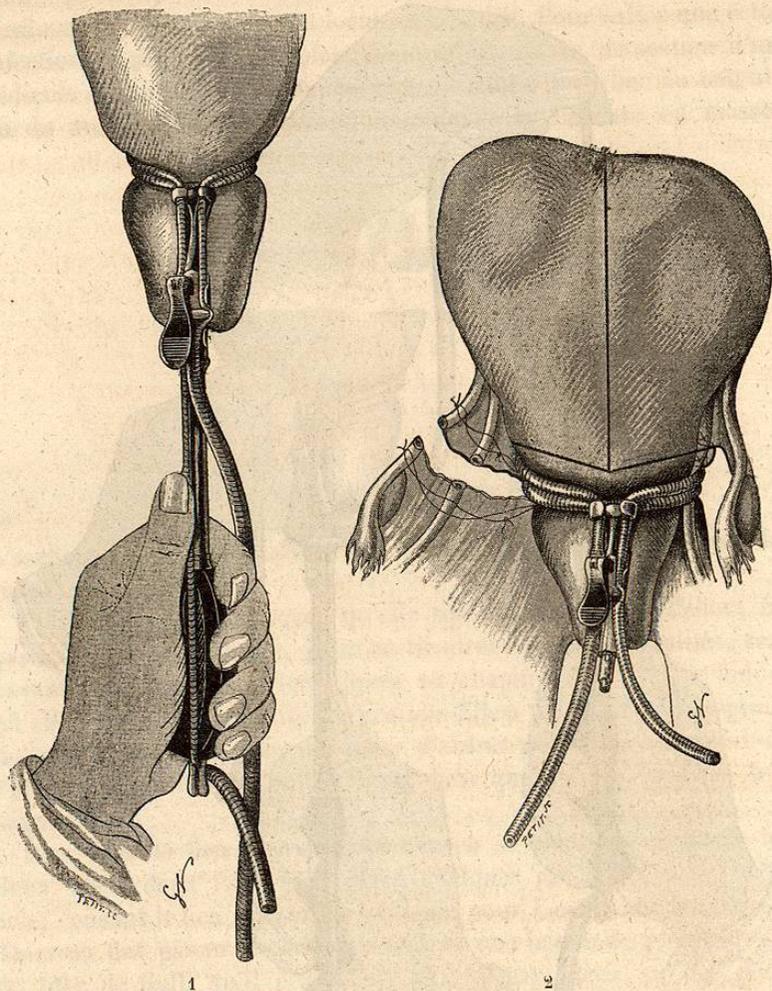


Fig. 40. — Application du ligateur élastique de Pozzi.

1. Troisième temps. Le lien élastique tiré sous la pédale y est fixé par l'abaissement de cette dernière. — 2. Quatrième temps. — Le bout inférieur est dégagé de la fourche; on démonte l'instrument en dévissant la tige inférieure au niveau de la fourche; la tête de l'instrument reste seule en place, provisoirement. (On a indiqué très sommairement à gauche la suture en chaîne du ligament large.)

d'un instrument. Mon ligateur (fig. 39, 40, 42, 5-4-5), dont j'ai présenté à la Société de Chirurgie, en 1883, le premier modèle, et que j'ai montré perfectionné au Congrès en 1885<sup>1</sup>, a *uniquement* pour

<sup>1</sup> *Compte rendu du premier Congrès franç. de chir.*, 1885, p. 557.

but de rendre plus facile le placement d'un lien élastique dans un espace étroit, cavité pelvienne ou vaginale. Son maniement est très simple, et, toutes ses pièces se démontant, son nettoyage est parfait. Le ligateur de Collin (fig. 41, 1), qui est une simplification du mien, a l'inconvénient de se prêter moins facilement au resserrement de l'anse élastique une fois fixée. Les ligateurs de Terrillon et de Segond<sup>1</sup> (fig. 42, 1, 2) sont excellents pour le *maintien* de la ligature, but principal qu'ils paraissent s'être proposé; mais ils ne facilitent que fort peu le *placement* de la ligature, quand celle-ci est laborieuse, ce qui me paraît devoir être le but véritable d'un *ligateur*. Pour la ligature provisoire, ils ne sont pas très supérieurs à la pince de Hegar (fig. 56) ou à l'agrafe de Walcher<sup>2</sup> (fig. 41, 2), et pour la ligature définitive, j'ai dit que deux fils de soie valaient mieux.

**Forcippessure.** — C'est à l'exemple de Kœberlé d'abord, de Péan ensuite, puis à la grande autorité du professeur Verneuil<sup>3</sup>, que la

Forcippessure.

<sup>1</sup> *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1886, p. 198 et 201.

<sup>2</sup> G. WALCHER. *Klammer zur Erleichterung der Anlegung der elastischen Ligatur* (*Centr. für Gynäk.*, 1884, n° 52, p. 825).

<sup>3</sup> Le procédé qui consiste à obtenir l'hémostase par l'application temporaire ou durable d'une pince est très ancien, et le professeur Verneuil en a présenté le savant historique, auquel je renvoie ceux qui voudront approfondir cette question. Toutefois, on n'a peut-être pas assez insisté sur ce fait que depuis longtemps les chirurgiens avaient été, pour ainsi dire, invités à l'emploi de la forcippessure par l'éminent fabricant d'instruments de chirurgie, CHARRIÈRE. Dans son *Catalogue*, publié le 15 avril 1851 (imprimerie Thunot, rue Racine), p. 41, fig. 55, il représente une petite pince presque identique aux pinces à forcippessure Kœberlé-Péan. Elle est ainsi indiquée dans le texte : « Pinces à anneaux et à branches croisées et décroisées, modèle Charrière, destinées à saisir des insectes ou des reptiles dans les cavités étroites. Ces mêmes pinces peuvent être faites avec notre crémaillère brisée, qui les maintient fermées à volonté. » — En 1859, dans une autre édition de son *Catalogue* (typographie Plon), p. 6, Charrière écrit un paragraphe sur les *moyens de fixité donnés 1° aux deux branches des pinces à anneaux à polypes, œsophagiennes, aux pinces-érignes; 2° aux pinces à artères*. Il décrit l'addition du clou rivé sur une branche s'engageant dans un trou fixé sur la branche opposée, et il ajoute : « Ce système qui transforme une pince à anneaux, une pince à pansement (comme on la désignait encore il y a peu de temps) en une pince à pression continue, permet d'aller porter dans les cavités très profondes les aiguilles.... D'ÉTREINDRE LES VAISSEAUX AFIN DE SUSPENDRE LES HÉMORRHAGIES PENDANT LES OPÉRATIONS. » Charrière ne songeait à la vérité qu'à une hémostase temporaire, car il ajoute : « la conicité de ses mors permet de porter profondément les ligatures sur les vaisseaux ». Toutefois il avait parfaitement compris l'immense service que les pinces peuvent rendre pour l'hémostase provisoire, car il ne manque pas d'y insister encore dans le *Catalogue commercial Ménier*, 5<sup>e</sup> édition, 1860 (typographie Plon). Il y figure, page 276, fig. 18, sa pince à anneaux et à pression continue, et fait ces remarques (note 7) : « 1° Cet instrument sert de pince à pansement ordinaire. 2° L'élasticité de ses branches permet de saisir très solidement.... LES ARTÈRES DANS LES HÉMORRHAGIES, etc. »

J'ai cru devoir insister sur ces documents bibliographiques inconnus de la plupart de ceux qui ont traité les questions de priorité dans ce débat. Il en ressort ce fait indéniable, que l'instrument dont la chirurgie devait, quelques années plus tard, faire un si grand usage, avait été fabriqué en 1851 par Charrière dans un autre but, puis désigné par lui, en 1859, comme pouvant s'appliquer à la forcippessure.

Il n'en est pas moins vrai que cette pratique avait toujours été exceptionnelle, jusqu'au moment où, presque en même temps, elle fut employée d'une manière courante, pour

chirurgie et la gynécologie sont redevables de la vulgarisation de ce précieux moyen d'hémostase, inauguré avec des instruments défectueux par Sédillot. En Angleterre, Spencer Wells s'en est fait le défenseur convaincu, et la pratique en est actuellement généralisée<sup>1</sup> en chirurgie comme en gynécologie.

Le pincement des vaisseaux, effectué au fur et à mesure des opérations, rend l'immense service d'arrêter immédiatement l'écoulement de sang, par une hémostase provisoire qui devient presque toujours définitive. On peut ainsi, au cours d'une laparotomie, n'être distrait par aucune ligature, avant la fin de l'opération.

Dans les opérations plastiques il ne faut pas abuser de ce moyen,

économiser le temps, dans les grandes opérations abdominales, par Kœberlé et Péan. Lequel des deux a précédé l'autre dans cette voie? Une polémique acerbe engagée à ce sujet n'a donné que des documents difficiles à apprécier.

Kœberlé (*De l'hémostase définitive par compression excessive*, Paris, 1877) fit fabriquer en 1865 par Elser, fabricant d'instruments de chirurgie à Strasbourg, des pinces assez analogues aux pinces à pansement de Charrière, munies d'un encliquetage destiné à permettre de comprimer à volonté les tissus plus ou moins épais. Il fait mention de l'usage de ces pinces pour la forcipressure prolongée dans une observation publiée à Strasbourg en 1866 (*Opération césarienne pratiquée avec succès dans un cas de grossesse dans un utérus bicorne, 21 mois après la mort du fœtus au 7<sup>e</sup> mois*). Depuis 1867, il s'en servit couramment pour la forcipressure rapide, et ne recourait que très exceptionnellement à la ligature. Cela résulte de la publication faite par Revillout, dans la *Gazette des Hôpitaux* (1868, n<sup>o</sup> 75, p. 297), du procédé opératoire qu'il avait vu employer par le chirurgien de Strasbourg, et de celle faite par Kœberlé lui-même, peu après dans le même journal (*Gazette des Hôpitaux*, 1868, p. 419). Il appliqua bientôt ses pinces à toutes les opérations.

Péan (*Du pincement des vaisseaux comme moyen d'hémostase, leçons extraites du tome II des Cliniques chirurgicales*, Paris, 1877), qui, comme Kœberlé du reste, avait d'abord commencé par se servir de grosses serres-fines de Sédillot, connues sous le nom de serres-fortes (*Ovariectomie et splénotomie*, Paris, 1869, p. 51), fit construire, en 1868, par Guérin, des pinces à forcipressure d'un modèle commode et de formes variées qui figurent, dès cette époque, au catalogue de ce fabricant. Le point aigu du débat, et celui qu'on ne saurait trancher, est de savoir si, comme le prétend Kœberlé, il y a là adoption avec ou sans perfectionnement de sa pratique vulgarisée à ce moment-là par Revillout, ou si, comme l'affirme Péan, ce dernier a inventé, de son côté et sous l'influence des mêmes nécessités opératoires, une pratique analogue à celle de son collègue de Strasbourg. Il n'y aurait assurément rien là que de très naturel. Quoi qu'il en soit, il est certain qu'inventeur primitif ou concomitant, Péan, par sa position dans les hôpitaux de Paris et sa très grande pratique, a servi plus que personne à la vulgarisation de la forcipressure. Le professeur Verneuil, dans un remarquable mémoire où il a tracé magistralement l'histoire et les indications du pincement des vaisseaux, a contribué d'une manière puissante à en généraliser et à en régulariser l'emploi. (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, 1875, p. 17, 108, etc.)

Sur les questions d'histoire et de priorité, on consultera, outre les mémoires déjà cités : Kœberlé. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 1876, p. 767. — Épilogue. Paris, 1877. — Gross. *Les pinces hémostatiques des docteurs Kœberlé et Péan et la forcipressure*. (*Revue méd. de l'Est*, 1876, t. V, p. 182, 190.) — Desy et Exchaquet. *De la forcipressure ou de l'application des pinces à l'hémostase chirurgicale*. Paris, 1875. — Péan. *Comptes rendus, Mémoires et Discussions du premier Congrès français de chirurgie*, 1886, p. 588.

<sup>1</sup> SPENCER WELLS. *Remarks on forcipressure and the use of pressure-forceps in surgery*. (*Brit. med. Journ.*, 1879, vol. I, p. 926, et vol. II, p. 5.)

car les petites portions de tissu qui ont été excessivement comprimées entre les mors des pinces sont un obstacle à la réunion immédiate.

Comme dans la ligature, on pourrait distinguer dans la forcipressure celle qui porte isolément sur les vaisseaux seuls, et celle qu'on

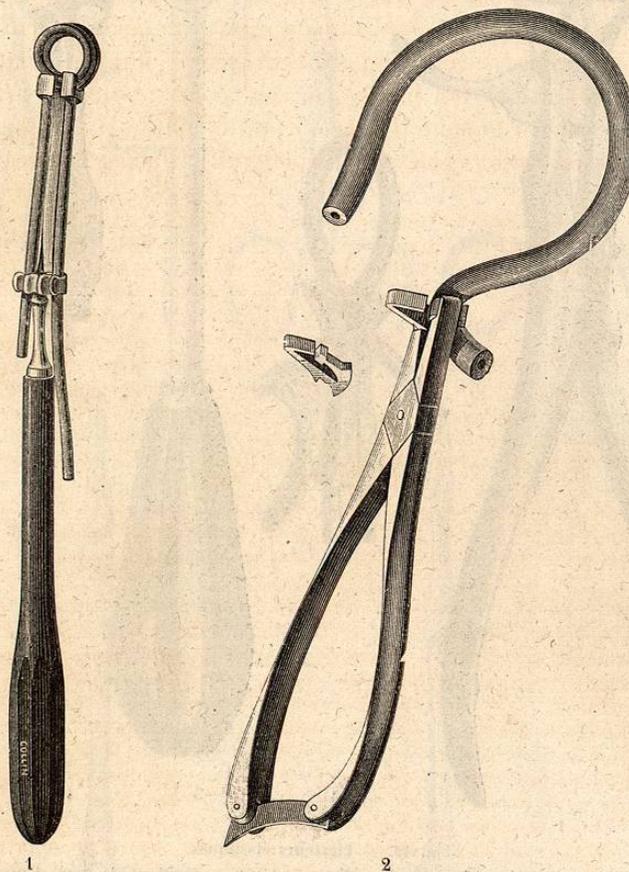


Fig. 41. — 1. Ligateur élastique de Collin.

2. Agrafe de Walcher pour fixer la ligature élastique.

opère sur eux, en prenant en masse une grande épaisseur de tissu. Cette constriction préalable est un adjuvant très grand pour l'hémostase définitive.

Il est donc bon d'avoir à sa disposition des pinces de divers modèles, depuis l'énorme pince de Billroth, propre à comprimer les gros pédicules charnus, jusqu'aux modèles si variés qui ont été imaginés ou modifiés par Kœberlé, Péan, Terrier, Spencer, Wells, Tait, Thornton, etc.

Le plus souvent la forcipressure n'est employée que pour l'hémostase provisoire. Toutefois dans les cas de nécessité, on l'a utilisée pour l'hémostase définitive. Péan a pu ainsi, depuis longtemps, laisser des pinces dans la cavité péritonéale après l'hystérectomie

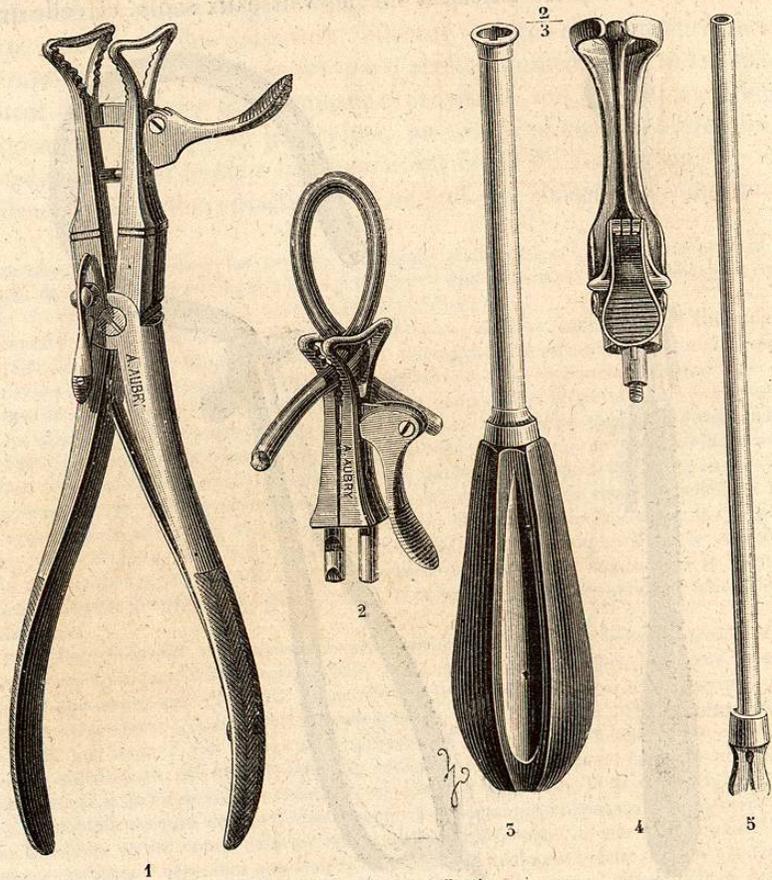


Fig. 42. — Ligateurs élastiques.

1.2. Ligateur élastique de Segond. — 3. 4. 5. Ligateur élastique de Pozzi démonté.

abdominale, en réunissant le faisceau dans l'angle inférieur de la plaie; ce procédé est évidemment inférieur à la ligature élastique perdue.

La forcipressure, déjà employée par beaucoup de chirurgiens comme procédé de nécessité dans l'hystérectomie vaginale (Péan, Buffet, J. Boeckel, Ch. Jennings), a été proposée comme procédé de choix par Spencer Wells<sup>1</sup> et Jennings<sup>2</sup>, puis systématiquement

<sup>1</sup> SPENCER WELLS. *Ovarian and uterine tumours*, 1882, p. 526.  
<sup>2</sup> CHAS. E. JENNINGS. *The Lancet*, 1886, vol. I, p. 682 et 825.

employée comme telle par Richelot, qui la préfère, même dans les

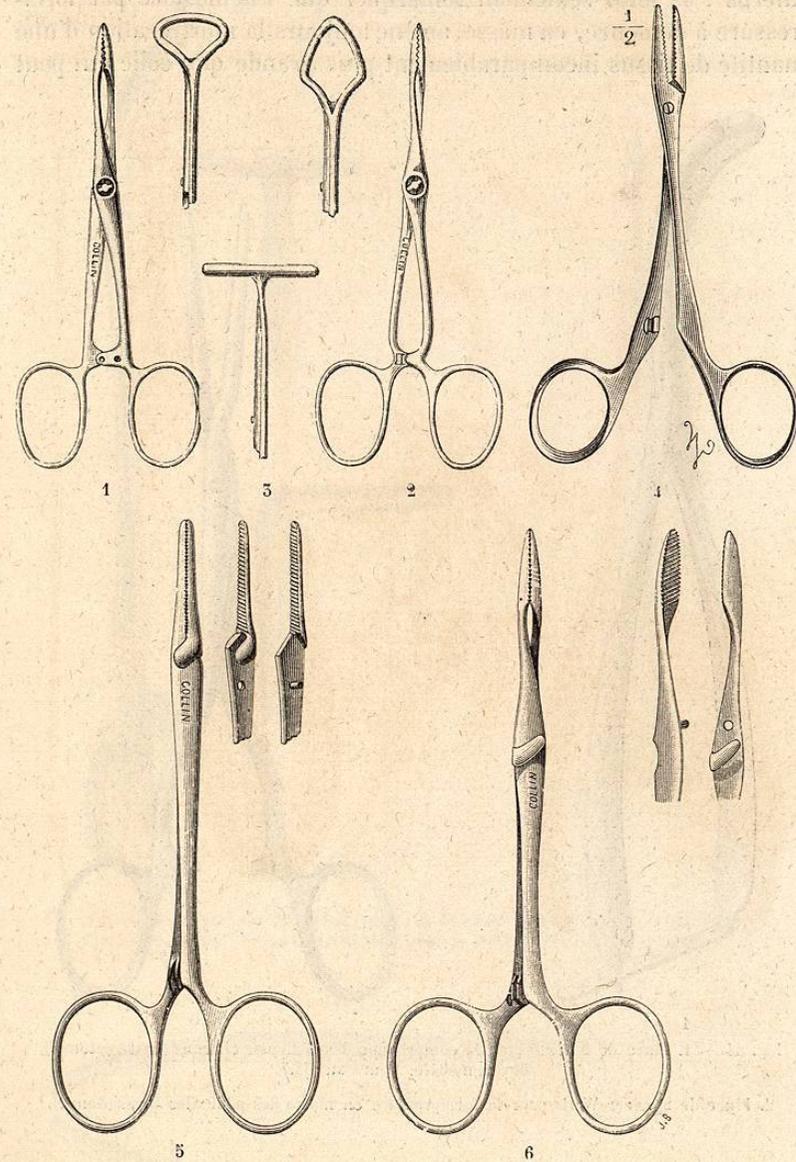


Fig. 43. — Pincés-hémostatiques.

1. Pince hémostatique de Koberlé à encliquetage permettant une pression graduée. — 2. Pince hémostatique de Péan (ancien modèle) pour la compression excessive des vaisseaux. — 3. Formes diverses de mors pour pincés à forcipressure (Péan). — 4. Pince à forcipressure de Lawson Tait. — 5. Pincés hémostatiques, nouveau modèle de Collin. — 6. Pincés hémostatiques de Péan avec l'articulation Collin.

cas où la ligature est facile. De nombreux chirurgiens suivent cette

pratique sur laquelle je reviendrai dans le chapitre du cancer de l'utérus<sup>1</sup>. Je ferai seulement remarquer que l'hémostase par forcipressure à demeure, en masse, amène toujours la mortification d'une quantité de tissus incomparablement plus grande que celle qui peut

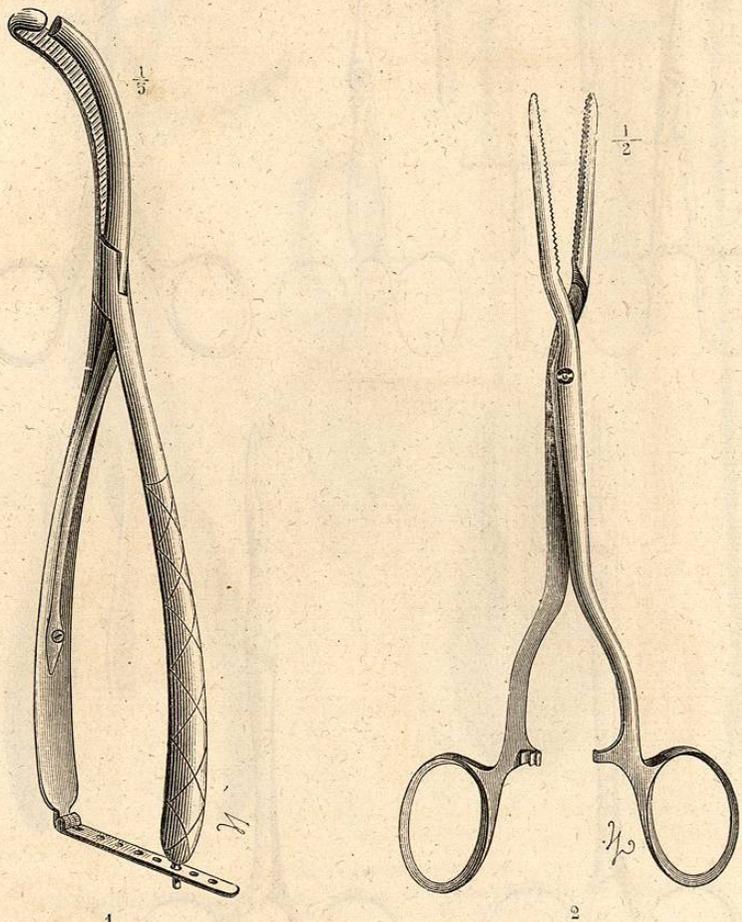


Fig. 44. — 1. Pince de Billroth pour la compression des pédicules charnus (hystérectomie). (Moyen modèle, figuré au 1/5.)

2. Pince de Spencer Wells pour la forcipressure en masse des pédicules (ovariotomie).

succéder à la ligature isolée; elle est donc inférieure à la ligature au point de vue antiseptique.

Drainage. Drainage. — Je n'ai pas à discuter ici les indications du drainage,

<sup>1</sup> Voir, sur ce point, à propos de l'histoire et des indications de la forcipressure définitive dans l'hystérectomie vaginale, S. Pozzi, *Annal. de Gyn.*, août 1883, t. XXX, p. 81.

soit des plaies réunies, soit de la cavité péritonéale. Je me conten-

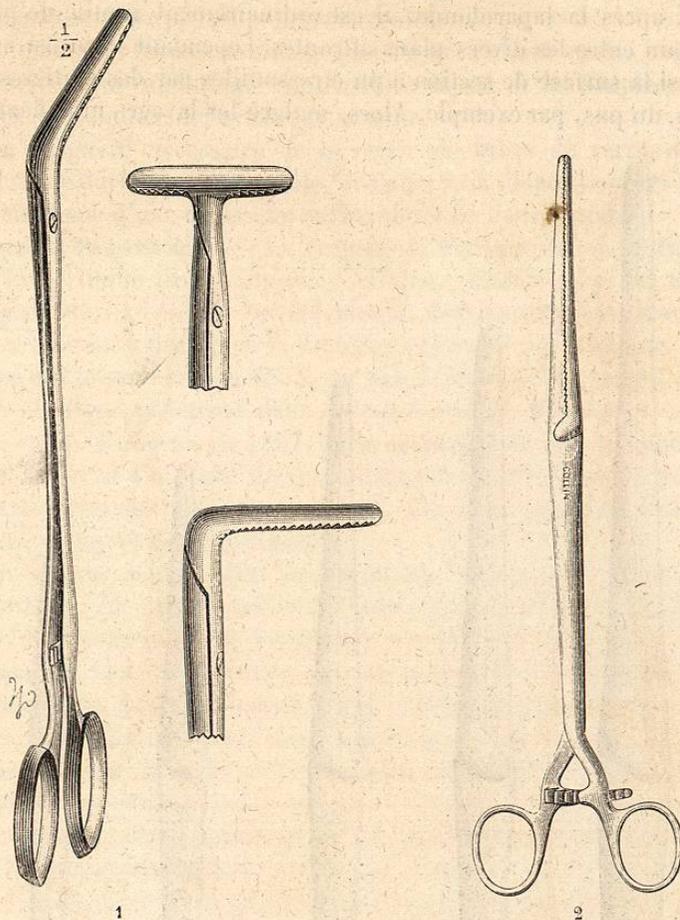


Fig. 45. — 1. Pincettes de Thornton pour la forcipressure en masse (ovariotomie). 2. Pincettes du modèle Péan-Terrier-Collin pour la forcipressure en masse (adhérences).

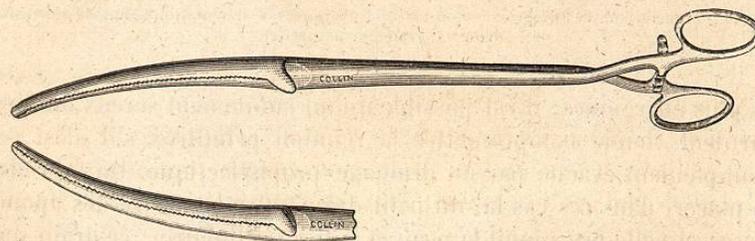


Fig. 46. — Pincettes pour la forcipressure en masse, coudées sur le côté pour l'hystérectomie vaginale (Péan et Richelot).

terai d'établir quelques préceptes généraux et d'indiquer les moyens pratiques de les remplir.

Drainage  
des plaies.

**Drainage des plaies.** — Dans la suture abdominale à plans superposés, après la laparotomie, il est ordinairement inutile de placer un drain entre les divers plans affrontés. Cependant il en est autrement si la surface de section a pu être souillée par des matières septiques, du pus, par exemple. Alors, malgré les lavages modificateurs

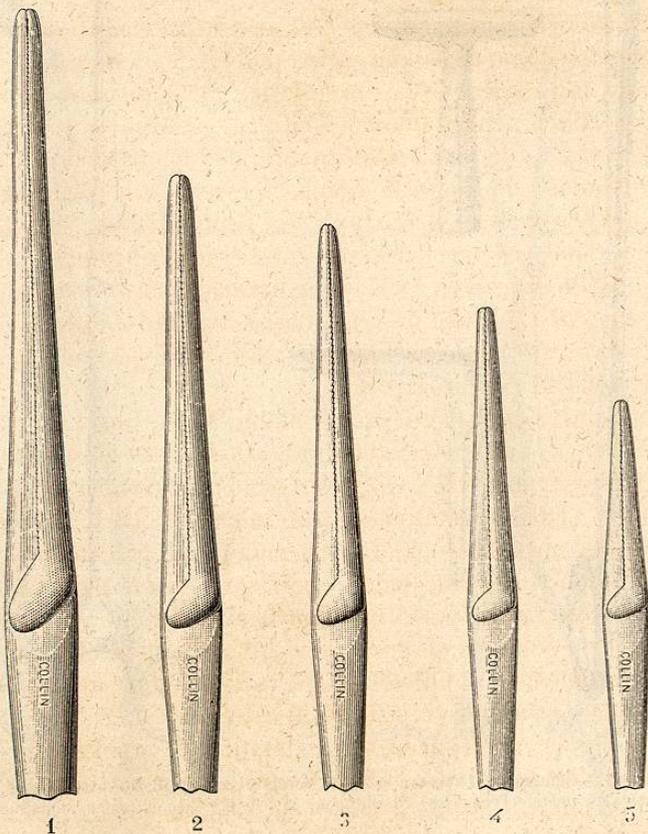


Fig. 47. — Pincés pour la forcipressure en masse (adhérences) à articulation Collin, de dimensions diverses (grandeur naturelle).

les plus énergiques, il est possible qu'un suintement séreux ou séropurulent vienne compromettre la réunion primitive, s'il n'est pas promptement évacué par un drainage prophylactique. On fera bien de placer, dans ces cas-là, un petit drain entre la suture des aponévroses et celle qui réunit la peau et le tissu cellulaire : ce drain sera généralement divisé en deux ou trois segments, et une *épingle de nourrice* transfixant l'extrémité les empêchera de s'enfoncer dans la plaie et de s'y perdre.

J'ai vu employer par Farkas, à Pesth, dans le même but, une

petite plaque de caoutchouc durci qu'on fixe très facilement au bout du tube avec deux petites pointes latérales.

Les meilleurs tubes à drainage sont en caoutchouc épais, joignant l'élasticité, qui maintient leur calibre béant, à la souplesse qui permet de les infléchir, selon les besoins.

Il n'est guère nécessaire de se servir de tubes de verre ou de caoutchouc durci incompressible, si l'on a à sa disposition des tubes de caoutchouc d'une épaisseur suffisante et de bonne qualité.

**Drainage du péritoine.** — La crainte de l'accumulation de liquide dans le péritoine (sang, liquide ascitique, sérosité plus ou moins septique, etc.) a conduit les opérateurs, dès les premiers temps de la laparotomie, à pratiquer le drainage préventif du péritoine. C'est Peaslee qui le premier, en 1855, en fixa l'emploi; il se servait d'une sonde élastique pénétrant dans le cul-de-sac de Douglas et sortant par le vagin. Koerberlé, en 1867, fit le drainage par la plaie abdominale et se servit d'un tube de verre terminé en cul-de-sac et perforé de petits trous sur toute sa longueur. Les deux voies du drainage péritonéal étaient dès lors tracées.

Mais ce qui n'était point encore établi, et ce qui l'est à peine aujourd'hui, ce sont les véritables indications de ce drainage. Sims, en 1872, recommanda de l'employer systématiquement après toute ovariectomie. Cette exagération eut, du moins, le mérite de montrer l'innocuité du drainage quand il est entouré de précautions convenables. En effet, il faut bien savoir qu'au bout d'un très petit nombre d'heures le drain se trouve, pour ainsi dire, séquestré par la formation de pseudo-membranes qui l'entourent et l'isolent. Ce n'est que si un suintement continu se fait dans le ventre qu'une cavité où le liquide s'accumule persiste à son extrémité.

Un nouvel élément est encore venu simplifier le problème : c'est la connaissance du grand pouvoir de résorption du péritoine<sup>1</sup>, quand il n'est pas entravé soit par des grands délabrements ou des déchirures étendues, soit par une longue exposition à l'air ou la paralysie de l'intestin. Il résulte de ce fait qu'à la suite d'une laparotomie simple, c'est-à-dire non compliquée par les incidents que je viens d'énumérer, une quantité très grande de liquide (sang ou sérosité), peut être rapidement résorbée, sans aucun inconvénient pour le malade. Chénieux<sup>2</sup> affirme que cette résorption est préférable à

<sup>1</sup> WEGENER (*Arch. für klin. Chir.*, 1876, Bd. XX, p. 51), concluant d'après les expériences faites sur des chiens et des lapins, estime que le pouvoir absorbant du péritoine chez l'homme est de deux et demi à six litres par heure; les injections toxiques ont alors un effet aussi rapide que si on les introduisait directement dans les vaisseaux.

Voir, sur la transfusion intra-péritonéale chez l'homme, EDLER. *Die traumat. Verletz. der parench. Unterleibs Organe* (*Arch. f. klin. Chir.*, 1886, Bd. XXXII, p. 498).

<sup>2</sup> CHÉNIEUX. *Comptes rendus du 2<sup>e</sup> Congrès français de chirurgie*, 1886, p. 480.

Drainage  
du péritoine.

l'évacuation, et on ne saurait lui donner tort. La difficulté est de juger dans quelles conditions elle a lieu, car, si elle manque, la septicémie a les plus grandes chances de survenir. J'ai dit, dans un précédent chapitre (p. 25), que le lavage du péritoine paralyse momentanément le pouvoir résorbant de la séreuse.

La toilette du péritoine étant supposée bien faite, après toute laparotomie, avec des compresses-éponges promenées dans toutes les parties déclives à l'aide du doigt ou de longues pinces, on n'a pas à se préoccuper, au point de vue du drainage, de ce qui *reste* dans l'abdomen, mais seulement de ce qui peut s'y former ou s'y déposer et y séjourner. Les moyens d'appréciation sont tellement multiples qu'il est difficile de poser des règles absolues; l'opérateur jugera dans chaque cas déterminé. On peut toutefois formuler les indications principales du drainage de la façon suivante :

1<sup>o</sup> Suintement abondant de sang ou de sérosité redouté après l'occlusion des parois abdominales, par suite des conditions anatomiques ou cliniques spéciales, le pouvoir résorbant du péritoine n'étant pas intact. (Le drainage n'est pas seulement alors évacuateur, mais, selon la remarque de L. Tait, puissamment hémostatique.)

2<sup>o</sup> Existence dans la cavité péritonéale d'une surface septique (lambeau de kyste, suppuration) susceptible de fournir les liquides dont la résorption serait funeste; présence de lésions de péritonite.

3<sup>o</sup> Large déchirure du péritoine agissant comme double facteur : a) source de suintement persistant; b) entrave au pouvoir normal de résorption.

4<sup>o</sup> Longue durée de l'opération et manœuvres laborieuses ayant compromis la tonicité de l'intestin et la vitalité de la séreuse qui le recouvre.

Drainage  
par le vagin.

**Drainage par le vagin.** — Le cul-de-sac de Douglas étant le point le plus déclive de la cavité pelvienne, il paraît naturel de le prendre pour l'issue des liquides. En outre, on a ainsi l'avantage de ne pas affaiblir la paroi abdominale et favoriser une hernie ultérieure, en retardant la réunion primitive. La seule objection qui puisse être soulevée à propos de la voie vaginale, c'est la richesse du canal génital en micro-organismes et la très grande difficulté d'une rigoureuse antisepsie.

Je négligerai, de parti pris, les procédés de drainage insuffisants ou compliqués<sup>1</sup> et me bornerai à la description de celui qui me paraît préférable. C'est l'introduction d'un tube en croix formé de deux

<sup>1</sup> Parmi les drainages insuffisants se place celui qu'on pratique avec un tube simple; le mode de drainage inventé par BARDENHEUER (*Zur Frage der Drainirung der Peritonealhöhle*. Stuttgart, 1885), est, par contre, trop compliqué.

tubes de caoutchouc soudés ensemble (on peut confectionner cette croix avec des sutures de soie, mais celles-ci sont sujettes à s'infecter secondairement). Après une laparotomie on peut introduire ce tube

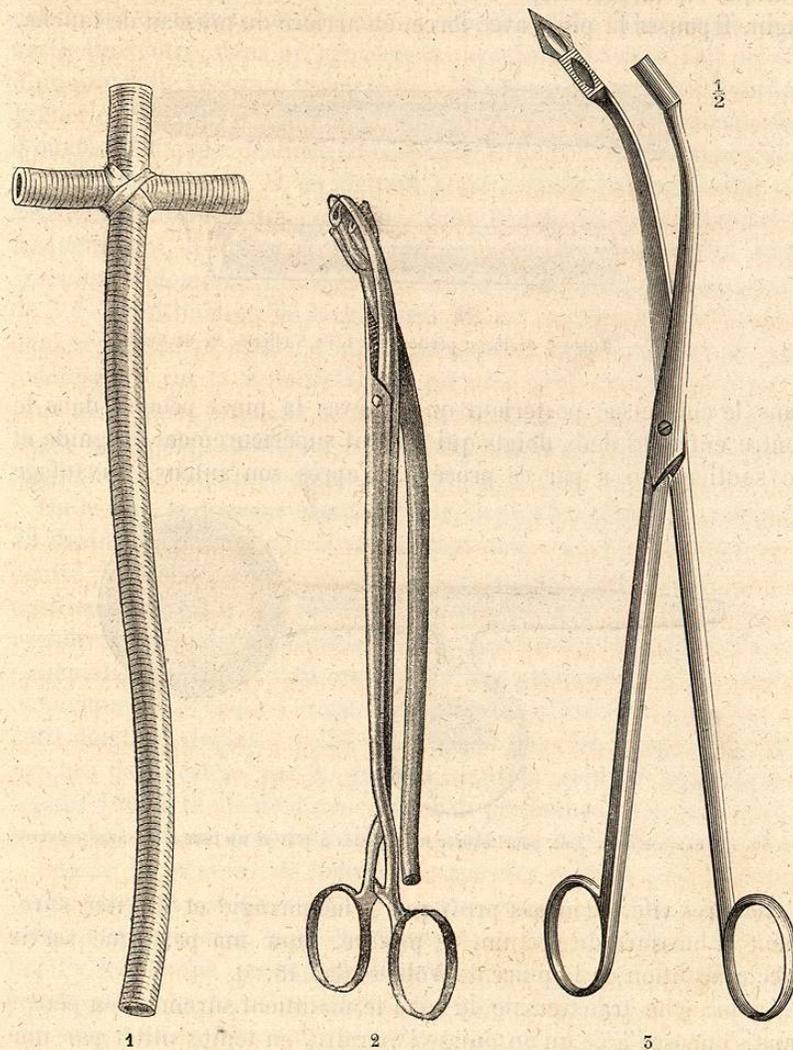


Fig. 48. — 1. Tube de caoutchouc en croix pour le drainage des cavités.  
2. Manière de saisir un tube en croix dans une pince, pour l'introduire dans une cavité.  
3. Pince de Wölfler pour passer les tubes à drainage par transfixion.

par une incision du cul-de-sac postérieur, ou directement, par ponction avec un gros trocart, ou, mieux, avec la pince de Wölfler. Enfin, je l'ai vu introduire par effraction et sans ponction par A. Martin;

les branches transversales du tube étant maintenues repliées dans les mors d'une pince, ce chirurgien place deux doigts dans le cul-de-sac de Douglas, et tandis que le col est fixé par un aide qui pratique en même temps une injection antiseptique légère dans le vagin, il pousse la pince avec force, en arrière du museau de tanche,

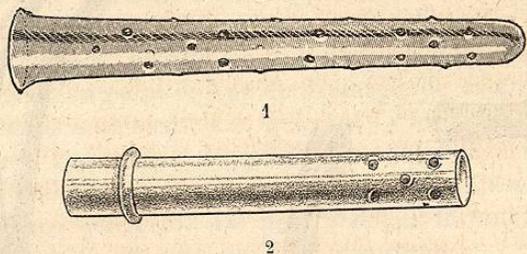


Fig. 49. — Tubes à drainage péritonéal : 1. de Kœberlé; 2. de Keith.

dans le cul-de-sac postérieur qu'il crève; la pince pénètre dans le ventre entre les deux doigts qui servent supérieurement de guide et de soutien. On a par ce procédé, d'après son auteur, l'avantage

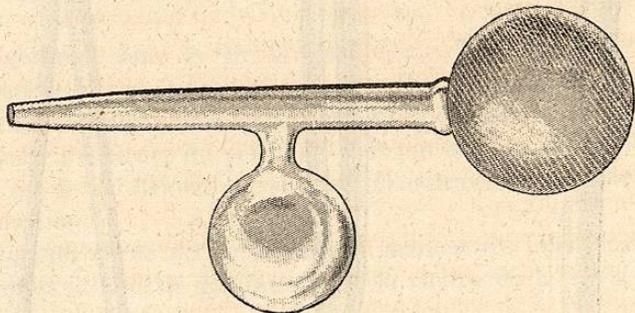


Fig. 50. — Ventouse de L. Tait, pour aspirer les liquides à travers un tube à drainage en verre.

d'aller très vite, de ne pas provoquer d'hémorragie et d'éviter sûrement la blessure du rectum. Je préfère, pour ma part, me servir avec précaution de la pince de Wölfler (fig. 48, 3).

La branche transversale du tube le maintient sûrement en place, sans s'opposer à ce qu'on puisse l'extraire, en temps utile, par une forte traction.

L'extrémité inférieure devra toujours être enveloppée de gaze iodoformée. On laissera le drain en place huit ou dix jours au plus, à moins d'indication spéciale. Une sensation désagréable, un malaise du côté du bas-ventre, avertit généralement qu'il n'est plus bien toléré. Il sera prudent de ne faire aucune injection, non seulement dans le tube, mais encore dans le vagin; on se contentera d'absorber

les liquides avec de la gaze iodoformée, doucement tassée dans le vagin<sup>1</sup>.

Le drainage par la plaie abdominale a surtout été fait avec des tubes en verre. Il est préférable qu'ils ne soient percés de trous que dans leur partie inférieure (Keith, fig. 49, 2). On introduit celle-ci dans le cul-de-sac de Douglas et l'extrémité supérieure du tube plonge, à sa sortie du ventre, dans un pansement absorbant. Lawson Tait se sert d'une sorte de ventouse spéciale (fig. 50) pour pomper les liquides. Kœberlé, dès 1867<sup>2</sup>, remplissait une canule en verre de bourdonnets d'ouate phéniquée, destinée à les absorber. Hegar<sup>3</sup> adopta ce procédé, en le perfectionnant, et en mettant ainsi à profit la capillarité des substances absorbantes contenues dans la canule, qu'il renouvelait fréquemment. Il finit par transformer cette dernière en un large *speculum abdominal* (*Bauchspeculum*) en verre ou en gomme durcie, de 5 à 5 centimètres de largeur sur 18 de longueur, qu'il remplit, dans ses premiers essais, d'ouate phéniquée, puis plus tard, de gaze iodoformée. On la renouvelait le premier jour toutes les heures, plus tard toutes les deux heures, et enfin toutes les quatre heures. Hegar a depuis abandonné ce procédé, pour s'en tenir au drainage capillaire par la gaze seule.

On le voit, le drainage capillaire a été, depuis longtemps, l'auxiliaire du drainage tubulaire par la voie abdominale, car il permet de lutter contre l'influence contraire de la pesanteur, bien mieux que la position déclive sur le côté ou sur le ventre, que Nüssbaum faisait prendre à ses malades. C'est à Kehrer<sup>4</sup> que revient le mérite d'avoir systématisé ce qui n'était encore qu'une pratique plus ou moins empirique. Il proposa l'usage de mèches de coton de la grosseur du petit doigt, analogues à celles qui servent pour les lampes à alcool, mèches désinfectées par la cuisson dans la solution phéniquée à 5 pour 100; actuellement, on emploie de préférence, pour désinfecter la mèche, l'immersion dans l'éther iodoformé suivie de dessiccation.

Depuis le mémoire de Kehrer, l'usage des mèches antiseptiques, phéniquées ou iodoformées, s'est beaucoup répandu en Allemagne, soit en gynécologie, soit en chirurgie générale. Breisky s'en est depuis longtemps servi pour faire le drainage, après l'extirpation totale par le vagin, d'un utérus cancéreux. Billroth, après les avoir longtemps employées à divers usages, paraît maintenant les aban-

<sup>1</sup> MARTIN. *Path. und Ther. der Frauenkr.*, 2<sup>e</sup> édit., 1887, p. 574. — *Samml. klin. Vorträge*, n<sup>o</sup> 219. — *Berlin. klin. Woch.*, 1885, n<sup>o</sup> 3, p. 39.

<sup>2</sup> VOIR VAUTRIN. *Du traitement chirurgical des myômes utérins*. Paris, 1886, p. 196.

<sup>3</sup> HEGAR et KALTENBACH. *Loc. cit.*, 1<sup>re</sup> édit. allem., p. 264 et 265. — HEGAR. *Centr. f. Gyn.* 1882, n<sup>o</sup> 7. — WIEDOW. *Die Drainage der Bauchhöhle und das Bauchspeculum*. (*Berlin. klin. Woch.*, 1884, n<sup>o</sup> 39, p. 617.) — SÄNGER, *Ueber Drainage der Bauchhöhle bei Laparotomien*. (*Ber. über die Verhandl. des X<sup>ten</sup> internat. Congr. zu Berlin, in Centr. f. Gyn.*, 1890, p. 158.)

<sup>4</sup> F.-A. KEHRER. *Kapillardrainage der Bauchhöhle*. (*Centr. f. Gynäk.*, 1882, n<sup>o</sup> 5.)

Drainage par la plaie abdominale.

Drainage capillaire.