IV. — ANTHRAX FIBREUX ÉTENDUS AVEC PHÉNOMÈNES GÉNÉRAUX GRAVES.

1° Débridements larges multiples et profonds au bistouri.

2° Exciser les parties malades aux ciseaux et à la curette tranchante.

3° Pansement humide ou pulvérisation.

Pour le traitement général : Voir *Furoncle*.

ANTISEPSIE. ASEPSIE

Antisepsie : C'est combattre les germes, empêcher leur développement et neutraliser l'effet de leurs toxines.

Asepsie : C'est prévenir l'infection d'une plaie par la suppression préalable des germes propres à la contaminer.

L'asepsie doit être le but du chirurgien ; mais en pratique journalière, en clientèle de ville et surtout de campagne, on sera éclectique et l'on usera des deux méthodes.

Lorsqu'on est appelé à pratiquer une opération quelconque, on devra :

1° Stériliser les instruments et objets de pansement ;

2° Se stériliser les mains ;

3° Stériliser le champ opératoire.

I. — STÉRILISATION DES INSTRUMENTS ET OBJETS DE PANSEMENT.

1° Faire bouillir pendant une demi-heure les instruments dans une solution de carbonate de soude (cristaux des cuisinières) dans un récipient quelconque, mais propre (une poignée de cristaux par litre d'eau). Avoir une grande pince dont les mors tremperont dans la solution bouillante et dont les anneaux sortiront du récipient ; elle servira à pêcher les objets stérilisés. N'y plonger les instruments que quand l'eau est bouillante, pour éviter un séjour trop prolongé qui les rouille ; les désarticuler avant.

Rouler dans la ouate la pointe des bistouris, aiguilles de Reverdin et autres instruments sujets à s'émousser.

Faute de carbonate de soude, se servir de sel de cuisine (une poignée par litre) ou de cendres à lessive ou bien encore, procédé plus rapide, verser de l'alcool (faute d'alcool se servir d'eau-de-vie, de rhum, etc.), dans une cuvette, y

placer les instruments et allumer l'alcool avec une allumette, comme si l'on faisait un punch. Ne pas placer dans le punch les bistouris, aiguilles, etc. ; mais les flamber en les passant, tenus entre les mors d'une pince, dans la flamme d'une lampe à alcool.

Ce dernier moyen (flambage à la lampe à alcool), sera utile lorsqu'on veut stériliser peu d'instruments : aiguilles de la seringue de Pravaz, instruments nécessaires pour un pansement, stylet avant une exploration.

2° Dans un second récipient, dans la solution de carbonate de soude ou de sel, mettre à bouillir ensemble pendant une demi-heure six serviettes ou mouchoirs, quantité suffisante de petites compresses-éponges en tarlatane ou tampons de ouate hydrophile, une ou deux brosses à mains en soie de porc et à dos de bois, qui serviront pour le nettoyage final du chirurgien et du malade, les objets qui serviront aux sutures (soie, crins, etc.) et un drain s'il y a lieu.

Les catguts ne supportent pas l'ébullition ; on les vend d'ailleurs prêts à être utilisés.

Les fils d'argent pourront être flambés.

3° Dans deux bouilloires à bec, d'une contenance de 2 à 3 litres, avoir : dans la première, de l'eau simple ayant bouilli à gros bouillons pendant une heure et refroidie ; dans la seconde, de l'eau en pleine ébullition sur le feu. L'eau de ces bouilloires servira aux lavages du chirurgien et du champ opératoire, ainsi qu'à la préparation des solutions antiseptiques.

4° Verser un peu d'alcool dans trois ou quatre cuvettes et y mettre le feu. Pendant que le punch brûle, prendre les cuvettes *avec les deux mains par l'extérieur, sans mettre les pouces en dedans* et incliner chaque cuvette alternativement à droite, à gauche, en avant et en arrière, de façon que la flamme lèche toutes les parois. Il faut quatre cuvettes : n° 1 pour les instruments ; n°s 2 et 3 pour le lavage des mains du chirurgien et du champ opératoire avant l'opération ; n° 4 pour le lavage des mains pendant l'opération.

II. — PREMIER LAVAGE DE L'OPÉRATEUR ET DU MALADE.

L'opérateur, en bras de chemise, les manches retroussées au-dessus des coudes, les reins ceints d'un tablier sortant de la lessive, se lave d'abord les mains au savon (savon de Marseille ordinaire ou mieux encore savon noir) avec une brosse non bouillie. Ce lavage se fera dans une cuvette non flambée et, mieux encore, sous un filet d'eau, versé avec une cruche, un pot à eau ou de préférence sous le robinet.

Cela fait, l'opérateur trempe ses mains dans la cuvette n° 2 remplie aux trois quarts d'eau bouillie chaude, et dans laquelle on aura fait dissoudre un des paquets suivants :

Sublimé	1 gramme.
Acide tartrique	4 grammes.
Carmin d'indigo	5 mill. pour colorer.

ou

Cyanure de mercure	1 gramme.
Borate de soude	2 grammes.
Chromate de potasse	Q. s. pour colorer.

Cette dernière solution a l'avantage de ne pas détériorer les instruments nickelés et de pouvoir s'employer aussi pour les immerger pendant l'opération.

En cas d'urgence absolue et d'isolement complet, se servir comme antiseptique de la solution de sel ou de carbonate bouillie.

Faire ensuite la première *toilette du champ opératoire* :

Laver au savon et à la brosse bien au delà de la zone à opérer ; raser la région s'il y a des poils.

Terminer ce premier lavage en enlevant le savon et les poils provenant du rasage (frotter sous un filet de liquide antiseptique — solution de sublimé ou de cyanure — avec une compresse bouillie, qu'on aura pêchée avec la grande pince du récipient où ont bouilli les objets de pansement).

Placer sur la région nettoyée une serviette ou un mouchoir bouilli, bien étendu, pour l'empêcher d'être de nouveau souillée.

III. — SECOND LAVAGE DE L'OPÉRATEUR ET DU MALADE.

Avec une brosse bouillie,dans une des cuvettes flambées (n° 2) aux trois quarts pleine d'eau bouillie,dans laquelle on aura fait dissoudre un paquet de sublimé ou de cyanure, nouveau brossage des mains de l'opérateur au savon ou mieux à la solution de savon dans l'alcool (à saturation).

Ce second savonnage sera fait avec le plus grand soin ; il devra durer environ un quart d'heure, pendant qu'on endort le malade. Commencer par brosser et savonner les avant-bras jusqu'au delà du coude, puis le dos de la main ; savonner et brosser chaque doigt, l'un après l'autre, en insistant sur les points suivants : plis dorsaux et plis palmaires, contours des ongles, espaces interdigitaux et surtout dessous des ongles. Brosser assez énergiquement pour que la peau rougisse.

Un aide verse sur les mains et les avant-bras, avec la bouilloire, un filet d'eau bouillie pour enlever le savon, puis un filet d'alcool pour dégraisser la peau et permettre au sublimé d'agir et l'opérateur baigne ses mains pendant quelques minutes dans la cuvette n° 3 contenant encore de la solution de sublimé ou de cyanure préparée comme il a été dit précédemment.

Procéder ensuite au second lavage du malade : 1° avec du savon ou mieux solution alcoolique de savon (se servir de la seconde brosse bouillie) ; 2° rinçage à l'alcool ; 3° à la solution de sublimé (cuvette n° 3).

Filet d'eau bouillie sur les mains de l'opérateur, qui baigne de nouveau ses mains pendant quelques minutes dans la cuvette n° 4 (solution chaude de sublimé ou de cyanure).

IV. — DERNIERS PRÉPARATIFS DE L'OPÉRATION.

Quatre serviettes ou mouchoirs bouillis sont placés autour du champ opératoire laissé libre à leur centre. Ces mouchoirs ou serviettes sont retenus et fixés les uns aux autres par quatre pinces à forcipressure, bouillies.

Les instruments sont laissés dans le récipient où ils ont bouilli ou bien placés dans un plateau flambé et recouverts d'une compresse bouillie, pour les mettre à l'abri des poussières.

On peut encore les immerger dans une solution de cyanure de mercure ou de carbonate de soude bouillie.

Tant que durera l'opération, veiller à ne toucher que des objets stérilisés et se tremper de temps en temps les mains dans la cuvette n° 4, dont la solution n'a pas été souillée. La faire renouveler, si c'est nécessaire, mais alors veiller à ce que l'aide qui la vide la prenne en dehors, *sans mettre ses pouces en dedans*. Si elle vient à être souillée, la flamber de nouveau avant de faire la solution.

V. — AIDES.

S'ils ne sont pas habitués aux opérations, *s'en servir le moins possible*.

Leur faire voir avant de commencer : comment on tient une cuvette avec les mains, les doigts en dehors; comment on ouvre un paquet de ouate ou de gaze.

Leur recommander *de ne pas faire de zèle* et *de ne faire que ce qu'on leur commande et comme on leur commande*. S'il est indispensable d'y avoir recours, ils devront se laver les mains comme l'opérateur, mais seront l'objet *d'une surveillance incessante*.

VI. — PANSEMENT.

On utilise surtout le pansement sec : gaze stérilisée, iodoformée, salolée.

Si l'on doute de la stérilisation du pansement à mettre au contact de la plaie opératoire, se servir d'une compresse bouillie.

Les pansements ultérieurs nécessitent les mêmes soins que l'opération elle-même.

Les instruments seront stérilisés. Enlever, pendant ce temps, le pansement jusqu'à la compresse ou à la gaze qui est au contact de la plaie, en ne touchant pas à la partie centrale du pansement. Puis, les mains du praticien seront savonnées, brossées, passées à l'alcool et au sublimé.

La dernière couche du pansement est alors enlevée avec une pince stérilisée (et non avec les doigts), surtout si la plaie suppure. Dans ce dernier cas, laver la plaie avec une compresse trempée dans l'eau salée ou bicarbonatée ou dans la solution de sublimé ou de cyanure.

Si la plaie va bien, changer le pansement sans faire de lavages.

VII. — ANTISEPSIE SPÉCIALE A CERTAINES RÉGIONS.

1° Œil.

Ne pas employer les solutions irritantes. Faire d'abord un lavage du bord ciliaire et des paupières à la solution de carbonate de soude, puis lavage de l'œil avec la solution suivant tiède :

Biiodure de mercure.....	0,05 centig.
Eau bouillie.....	1 litre.

L'eau boriquée n'est qu'un moyen d'avoir de l'eau bouillie ; mais la solution est peu antiseptique.

2° Oreille.

Remplir l'oreille de glycérine pour dissoudre le cérumen ; puis grand lavage à l'eau boriquée chaude ; mettre ensuite dans l'oreille 4 à 5 gouttes d'alcool à 90° saturé d'acide borique ou de la glycérine phéniquée :

Glycérine.....	10 grammes.
Acide phénique.....	1 gramme.

3° Bouche et pharynx.

Désinfection complète impossible.

Prescrire solution avec :

Acide thymique.....	1 gramme.
Eau.....	1 litre.

Le malade se gargarisera et se lavera la bouche avec cette solution. Il se brossera les dents, les gencives, le palais, la langue, le plancher de la bouche et la face interne des joues avec une brosse à dents bouillie et trempée dans la solution d'acide thymique.

Renouveler les lavages chaque fois que le malade aura mangé ou bu.

4° Nez.

Irrigations nasales avec le siphon de Weber rempli d'une solution boriquée ou d'eau salée bouillie ; mais s'abstenir si les fosses nasales sont rétrécies ou offrent un obstacle.

Dans ce cas, faire appliquer matin et soir dans le nez, gros comme un pois de vaseline boriquée et maintenir pendant dix minutes le malade couché, regardant le plafond.

5° Rectum.

Purger le malade la veille ; le matin de l'opération, prescrire un lavement à la glycérine suivi d'un second lavement à l'eau boriquée.

Au moment de l'opération, raser et brosser avec soin l'anus, puis nouveau lavage de rectum à l'eau boriquée.

Il vaut mieux raser l'anus dès la veille si c'est possible.

Pendant la semaine qui précède l'opération, faire prendre au malade, chaque jour, un cachet avec 50 centigrammes de naphtol β.

Pendant les deux jours qui précèdent l'opération, régime lacté absolu.

Après l'opération, tamponner le rectum avec un gros drain entouré de gaze iodoformée. Continuer le naphtol et le lait. Constiper le malade pendant les six ou huit jours qui suivent l'intervention avec 1 à 5 pilules de 2 centigrammes d'extrait thébaïque.

6° Vagin et utérus.

Purger la malade la veille ; lavement avec deux cuillerées de glycérine le matin de l'opération.

Dès la veille, raser la vulve; savonnage du vagin ; injection au sublimé (25 centigrammes par litre); tamponnement vaginal à la gaze iodoformée.

Au moment de l'opération, lavage et brossage de la vulve et du vagin ; comme pour une opération ordinaire.

7° Voies urinaires.

Voir *Rétention d'urine.*

APPENDICITE (COMMUNE)

Éléments étiologiques : Toxi-infection (bactérium coli, staphylocoque, streptocoque, pneumocoque...). — *Causes locales :* Calculs (autochtones), coudures (transformation en cavité close et exaltation de la virulence des microorganismes). — *Causes générales* : (Grippe, fièvre typhoïde...). État défectueux du tube digestif (atonie intestinale, entérocolite). Hérédité. Appendicites familiales. Enfance et adolescence (surtout).

Signes cliniques : 1° *Appendicite aiguë :* Douleur (en coup de pistolet) dans la fosse iliaque droite, vomissements, fièvre plus ou moins vive, pouls rapide et fort, facies légèrement grippé, langue saburrale, constipation ; douleur exquise à égale distance de l'épine iliaque et de l'ombilic (point de Mac Burney), hyperesthésie et contracture musculaire localisées à la fosse iliaque droite. Guérison (24 ou 48 heures) ou péritonite septique diffuse ou, plus souvent :

Péritonite localisée périappendiculaire : Atténuation des phénomènes réflexes (altération des traits, contracture musculaire, etc...), persistance de la fièvre, apparition du *plastron iliaque*, douloureux à la pression, submat à la percussion superficielle, sonore à la percussion profonde. Guérison par résolution (du 5e au 10e jour), ou bien :

Abcès périappendiculaire : Persistance de la fièvre, dissociation fréquente du pouls et de la température, traits tirés, plastron très douloureux à la pression (fluctuation !) : péritonite généralisée (rupture de la poche) ou abcès multiples péritonéaux enkystés, ou bien ouverture cutanée, viscérale (intestin, vessie, etc...).

2° *Appendicite à rechute :* Crises aiguës, d'intensité et de gravité extrêmement variables, se succédant à intervalles indéterminés et séparées par des périodes de calme caractérisées par la disparition absolue ou la simple atténuation des phénomènes locaux (induration persistante dans la fosse iliaque), fonctionnels (le malade sent son ventre).

Recommandations très importantes : Dès que le diagnostic d'appendicite est posé, ou mieux, dès qu'il est soupçonné, s'assurer le concours d'un chirurgien.

Nécessité d'une surveillance de tous les instants, afin d'être en mesure de saisir, dès leur apparition, les moindres modifications de l'état local ou général, susceptibles d'imposer une intervention d'urgence.

En cas de doute sur l'opportunité de l'intervention, opérer : Ne jamais recourir aux purgatifs ou aux lavements.

I. — APPENDICITE AIGUE.

A. — L'appendicite vient de se déclarer.

a. *Douleur au point de Mac Burney, contracture musculaire et hyperesthésie de la fosse iliaque, vomissements, fièvre (38°-39°), pouls rapide, régulier, bien frappé, facies satisfaisant.*

Instituer rigoureusement le *traitement médical :* « *Glace* en permanence sur le ventre ; *diète* absolue (pas même de lait) ; deux ou trois cuillerées d'eau de Vichy toutes les deux heures, si la soif est trop vive ; *immobilisation absolue de l'intestin* par l'opium en pilules de 1 centigramme (5 centigrammes par vingt-quatre heures pour un enfant de quatre à cinq ans ; 10 centigrammes pour un enfant de dix à quinze ans ; 15 centigrammes pour un jeune homme ou un adulte. Surveiller toujours les malades au point de vue des accidents d'intoxication possibles) » (Jalaguier).

Surveiller attentivement le malade. Que devient-il ?

b. *Amélioration progressive : chute de la fièvre et abaissement parallèle du nombre des pulsations ; peu ou pas de vomissements ; douleur très atténuée ; bon facies.*

« Continuer dans toute sa rigueur le traitement médical. »

c. *Amélioration* (b) *aboutit à la guérison, au bout de quelques jours : apyrexie, pouls normal, plus de douleur, gaz par l'anus, facies excellent.*

« Cesser l'administration de l'opium. Régime lacté et repos absolu pendant les dix jours qui suivent la disparition des phénomènes morbides. Agir ensuite progressivement pour la reprise de la vie ordinaire et de l'alimentation normale. »

d. *Après début comme pour* a : *chute de la fièvre et pouls de plus en plus rapide et faible : facies grippé (2e ou 3e jour de la maladie).*

Intervention chirurgicale immédiate (Péritonite septique diffuse).

e. *Après début comme pour* a : *pas d'amélioration progressive ; mais, au contraire, fièvre croissante, pouls de plus en plus rapide, respiration accélérée, vomissements persistants, facies péritonéal ; pas de plastron iliaque (localisation de la péritonite).*

Laparotomie d'urgence (péritonite diffuse).

f. *Après début comme pour* a : *Sensation nette de plastron iliaque, fièvre persistante, pouls rapide et bien frappé ; douleur vive par la pression au niveau de l'empâtement iliaque progressivement croissant.*

Continuer dans toute sa rigueur le traitement médical comme pour *a* et surveiller toujours attentivement le malade.

Que devient-il ?

1° Atténuation progressive des phénomènes ; fin de la crise (apyrexie, pouls parallèle) arrivant du 6e au 10e jour.

« Après vingt-quatre heures d'apyrexie complète, mais alors seulement, donner la première tasse de lait. N'administrer (s'il y a lieu) un simple laxatif (huile de ricin ou calomel) que vingt-quatre ou trente-six heures après la fin de la crise. Régime lacté exclusif et glace sur le ventre jusque vers le 15e jour après la crise. Régulariser les évacuations intestinales par des suppositoires ou des lavements glycérinés et un laxatif (huile de ricin) donné tous les trois ou quatre jours. Laisser le malade au lit jusqu'à la disparition de tout phénomène local. »

2° Pas d'atténuation des phénomènes ou, après atténuation fugace, reprise aiguë (5e ou 6e jour), fièvre croissante, pouls rapide ou dissociation du pouls et de la température ; plastron de plus en plus douloureux spontanément et à la pression.

Intervenir, sans tarder : *Incision large.*

Technique : Antisepsie de la région iliaque droite, des mains, des instruments. Anesthésie générale.

1° Incision cutanée (au siège de l'abcès). Le plus souvent : incision oblique de 10 à 15 centimètres, à 1 centimètre en avant de l'épine iliaque antérieure et supérieure, mi-partie au-dessus, mi-partie au-dessous de cette épine (ouvrir la partie la plus basse de la fosse iliaque). Hémostase.

2° Inciser l'aponévrose du grand oblique ; en repérer les lèvres avec des pinces hémostatiques.

3° Inciser le petit oblique et le transverse.

4° Inciser au bistouri ou aux ciseaux le tissu cellulaire sous-péritonéal (fascia transversalis), infiltré, jaunâtre.

5° Abandonner le bistouri et user de la sonde cannelée pour érailler le péritoine (intestin adhérent au-dessous).

6° Chercher avec le doigt un point dépressible, au milieu des adhérences péritonéales et l'effondrer pour donner issue au pus.

7° Elargir (à la sonde cannelée, aux ciseaux conduits sur l'index) l'orifice ainsi produit.

8° Déterger la cavité (prudemment explorée avec l'index) avec des tampons montés aseptiques.

9° Drainer avec un ou deux gros drains, si possible, entourés de gaze et portés avec une pince jusqu'au fond de la cavité ; drainer très exactement les prolongements (reconnus à l'exploration digitale) supérieur, rétrocolique et inférieur, pelvien ; fixer les drains à la peau par un point de suture.

10° Ne pas suturer la plaie abdominale ; la recouvrir de gaze iodoformée et par-dessus appliquer un bon pansement ouaté fixé par un bandage de flanelle.

En cas d'absence d'adhérences, si le péritoine libre est interposé entre l'abcès et la paroi abdominale, protéger exactement le péritoine avec des compresses aseptiques, avant d'aller à la recherche de l'abcès et de l'ouvrir ; *ou mieux* (en cas d'éducation chirurgicale insuffisante) *tamponner la plaie*, tout autour de la région cæcale avec de la gaze iodoformée (drainage d'appel : ouverture spontanée de la poche au bout de quelques jours).

Ne jamais chercher à enlever l'appendice, s'il ne se présente pas de lui-même.

Ablation de l'appendice.

Technique : 1° Étaler le méso-appendice en tirant prudemment sur l'appendice.

2° Saisir la base du méso entre les mors d'une pince de

BIBLIOTECA
FAC. DE MED. U.A.N.L.

Kocher et sectionner aux ciseaux ce méso entre la pince et l'appendice.

3° Bien isoler l'appendice jusqu'à son point cæcal d'implantation et appliquer à sa base une ligature au catgut (3 nœuds).

4° Sectionner au thermocautère l'appendice au-dessous du fil et détruire au thermo la muqueuse du moignon ainsi produit ; réunir, si possible, séreuse à séreuse, les lèvres du moignon, avec un fin surjet de catgut.

5° Enfouir, dans un pli de la paroi cæcale, le moignon appendiculaire, à l'aide de quelques points de Lembert au catgut ou à la soie.

6° Appliquer sur le méso une bonne ligature à la soie ou au catgut.

Suites opératoires : La guérison est la règle.

En cas de récidive : (Fièvre, douleur, etc.), penser à un abcès à distance, à une péritonite à foyers enkystés multiples ; rechercher ces différents foyers et les ouvrir, si possible.

B. — L'appendicite évolue depuis un temps plus ou moins long.

S'informer exactement de la marche des accidents depuis le début.

Diagnostiquer l'état actuel et agir, suivant les circonstances, comme pour A (appendicite légère, avec péritonite localisée plastique, suppurée. (Importance du pouls, de la température, leur dissociation, facies).

a. *Douleurs vives à maximum dans les fosses iliaques, vomissements bilieux, fécaloïdes ; météorisme, pouls rapide, petit, fuyant ; température (38°-39°) ; pas de plastron iliaque ; facies grippé (péritonite généralisée) :*

Intervenir d'emblée : Laparotomie médiane ; drainage par les fosses iliaques ; lavage du péritoine (eau bouillie).

b. *Péritonite généralisée à la période ultime : agonie (plus de pouls, refroidissement des extrémités) :*

Rejeter toute idée d'intervention.

BIBLIOTECA
FAC. DE MED. U.A.N.L.

c. *Douleurs abdominales peu vives ; peu ou pas de météorisme ; diarrhée, fièvre nulle* (37°) ; *pouls très rapide, faible, irrégulier ; facies grippé ; teint plombé, terreux ; subictère* (*péritonite septique diffuse*) :

S'abstenir de toute intervention.

II. — APPENDICITE A RECHUTES.

« Exposer au malade et à sa famille la situation telle qu'elle est, avec tous ses périls, et conseiller énergiquement l'extirpation à froid de l'appendice, après la première crise. »

BARTHOLINITE

Éléments étiologiques : Vaginite (surtout gonococcique), inflammation d'un kyste de la glande (plus rare).

Signes cliniques : Tuméfaction et œdème de la partie postérieure de la grande lèvre ; douleur, rougeur, chaleur, fluctuation. Si l'ouverture est spontanée, il persiste des fistules. Rechutes fréquentes (excès de coït, blennorragie, règles, etc.). Inflammation chronique : glande tuméfiée et hypersécrétion purulente contagieuse (blennorragie).

1° Abcès aigu.

Incision très large, parallèle à la grande lèvre (après soins antiseptiques ordinaires), à l'union de la muqueuse et de la peau.

Lavage à la solution phéniquée forte et tamponnement à la gaze iodoformée. Repos au lit.

2° Bartholinite à répétition.

Extirper la glande totalement, de préférence à froid, avec les ciseaux courbes ; mettre un drain et réunir ; pansement sec.

Enlever le drain après quarante-huit heures.

3° Bartholinite chronique avec fistule persistante.

Traitement comme pour 2°.