

Afin de supprimer l'empreinte des fils superficiels et d'obtenir des cicatrices presque invisibles, Kendal Franks a préconisé la suture intra-dermique. Pozzi, qui a adopté la technique de Franks, mais l'a notablement modifiée, expose ainsi la sienne :

« Kendal Franks emploie exclusivement le catgut. Je crois plus sûr de se servir de la soie. Je recommande de se servir d'un fil très fin, enfilé à des aiguilles de Hagedorn, petites et courbes.

« L'angle supérieur de la plaie doit être maintenu fixe et chacune des lèvres est à tour de rôle tendue et un peu renversée à l'aide de deux pinces à disséquer, dont l'une est tenue par le chirurgien et l'autre par son aide.

« L'aiguille pénètre d'abord à 1 centimètre au-dessus de l'angle de la plaie, traverse toute la peau, ressort dans la plaie, entraînant après elle le fil jusqu'au niveau d'un nœud qui y est fait, pour pénétrer dans l'épaisseur d'une des lèvres, où elle suit un trajet intra-dermique de 3 à 4 millimètres. Elle ressort et elle est portée du côté opposé. On pique l'épaisseur de cette seconde lèvre à un niveau qui correspond exactement au point de sortie du fil sur l'autre lèvre. On continue ainsi à traverser alternativement l'épaisseur du derme à droite et à gauche, jusqu'à la partie inférieure de la plaie. Le trajet du fil dessine un zigzag qui rappelle celui d'un lacet de corset, les œillets étant ici représentés par les trajets intra-dermiques. Quand on est arrivé à la partie inférieure de la plaie, on fait ressortir l'aiguille à 1 centimètre au-dessous de cet angle, en traversant l'épaisseur de la peau (fig. 84).

« Il ne reste plus qu'à resserrer de haut en bas la suture, en tirant successivement avec un crochet sur chacune des anses du surjet, à moins qu'on n'ait préféré serrer chaque point à mesure qu'il était placé. Lorsqu'on a achevé cette manœuvre, la plaie est réduite à la ligne d'incision, et le fil est complètement caché, sauf aux deux

extrémités. Il n'est généralement pas utile de placer des points séparés complètement intra ou extra-dermiques, pour éviter la béance ultérieure de la suture. Mais si on le croyait nécessaire, on y aurait recours. On peut faire un nœud sur chacun des chefs du fil au niveau de la peau pour l'empêcher de glisser et de se relâcher.

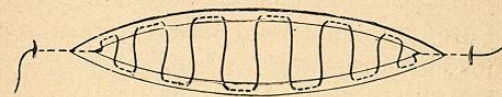


Fig. 84. — Suture intra-dermique.

« Pour enlever le fil de la suture intra-dermique, on attire un peu le chef supérieur de manière à amener à l'extérieur une partie cachée du fil, on sectionne à ce niveau, et on n'a plus qu'à tirer sur le chef inférieur pour enlever facilement la totalité du fil.

« Pendant les huit jours qui suivent, je place parfois une suture sèche avec une bandelette de diachylon, pour soutenir la cicatrice contre tout tiraillement. »

L'occlusion de la plaie abdominale peut encore être pratiquée d'une autre manière, très répandue aujourd'hui. Au lieu de passer des points de suture profonds qui embrassent tous les tissus, le péritoine compris, on fait une suture à étages. On réunit d'abord le péritoine avec une suture continue au catgut (fig. 85 et 86), puis les aponévroses par un second étage de sutures, et ensuite on place une suture profonde à points séparés qui embrasse la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. Enfin, une suture superficielle affronte les bords de la plaie.

Si le pédicule est fixé en dehors du péritoine, on place les sutures comme nous l'avons déjà indiqué (voir p. 130).

Le PANSEMENT est fait avec de la gaze iodoformée qu'on

recouvre d'une épaisse couche de coton hydrophile. Un bandage retient le tout et immobilise l'abdomen. Lorsque, malgré l'hémostase incomplète, on n'a pas fait de drainage, ou bien lorsqu'on craint un suintement de sérosité dans la cavité péritonéale, on fait une compression pro-

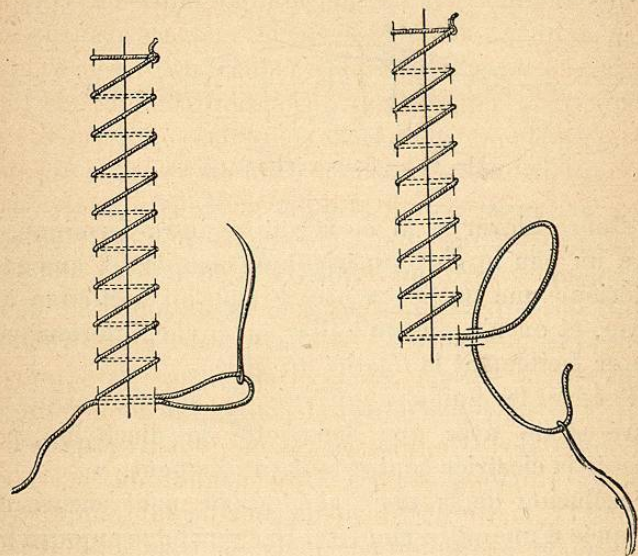


Fig. 85 et 86. — Surget simple. Manières d'arrêter le fil.

longée, ce qui nous a souvent rendu, dans ce dernier cas, de grands services.

SOINS CONSÉCUTIFS. — Le traitement des complications qui peuvent survenir après l'ovariotomie, après l'ablation des annexes, sera étudié plus loin.

Nous n'indiquerons ici que quelques règles générales.

Après l'opération, la malade est transportée dans son lit et on la réchauffe à l'aide de bouteilles remplies d'eau chaude. Elle sera étendue sur le dos, la tête basse, les jambes pliées et soutenues par un traversin au niveau des genoux.

Les soins consécutifs seront purement symptomatiques. Le refroidissement des extrémités, le collapsus, seront combattus par des injections d'éther ou bien par des lavements de vin. Les douleurs seront calmées par de petits lavements additionnés de quelques gouttes de laudanum ou par une injection de morphine. Contre les coliques venteuses qu'éprouvent souvent les malades avant la première garde-robe, on se trouvera bien d'une vessie de glace appliquée sur le ventre. L'abstention complète de toute boisson est le meilleur remède contre les vomissements. On pourrait faire respirer à la malade du vinaigre répandu sur un morceau de toile. Ce moyen nous a réussi dans quelques cas. Le premier jour elle ne prendra rien si ce n'est quelques petits morceaux de glace; le second jour, on lui permettra, toutes les heures ou toutes les demi-heures, une gorgée de champagne, de grog froid ou de lait, si ces boissons ne provoquent pas des vomissements. Les jours suivants, on pourra lui donner du jus de viande, du café au lait, des jaunes d'œufs et plus tard quelques aliments solides : du poulet, de la viande hachée. Le matin du troisième jour on lui administrera un lavement additionné de deux ou trois cuillerées de glycérine.

S'il n'y a pas eu de drainage, on changera le pansement huit jours après l'opération. Les fils seront alors enlevés, l'abdomen lavé au sublimé, et un nouveau pansement semblable sera appliqué. Au bout de quinze jours environ, la malade quittera le lit pour le fauteuil, et quelques jours après elle fera les premiers pas.