

MAISON
N. BUD
2^e SAN FRAN
M E

CHAPITRE V

PANSEMENT DES PLAIES EN GÉNÉRAL

§ I.

SOMMAIRE. — Plaies des parties molles en général.

A. — PLAIES EXPOSÉES

Plaies récentes non infectées, accidentelles, chirurgicales. — Opérations. — Antiseptie avant l'opération. — Antiseptie pendant l'opération et le pansement. — Pansement de Lister et ses modifications. — Antiseptie après l'opération.

Plaies infectées et suppurantes.

Plaies contuses et par écrasement.

B. — PLAIES CAVITAIRES.

Sans entrer dans la définition des plaies et sans décrire leurs diverses variétés, nous devons faire remarquer que le même mode de pansement antiseptique ne peut s'appliquer à toutes les variétés de plaies ; il est des moyens, des manœuvres diverses, applicables aux diverses complications qu'elles présentent, à leur situation, à leur forme, à l'état des tissus divisés et aussi relatives à l'état général du blessé qui les porte.

M. le professeur Verneuil et M. Nicaise ont donné des plaies une division très pratique au point de vue des indications thérapeutiques et du choix des pansements. Nous ne pouvons mieux faire que d'adopter cette classification. Les plaies sont dites *exposées* ou *cavitaires*, suivant qu'elles communiquent simplement avec l'extérieur ou qu'elles com-

muniquent en même temps avec une cavité organique : la bouche, le rectum, la plèvre, la vessie par exemple.

Les plaies *exposées* sont de plusieurs variétés et réclament des pansements particuliers. Trois cas peuvent se présenter.

1° La plaie est *récente, saignante*, susceptible de réunion immédiate.

2° La plaie *suppure*, mais elle a une tendance marquée à la réparation.

3° La plaie est *stationnaire*, elle suppure, quelquefois même elle est gangréneuse.

Nous pouvons, tout en reconnaissant la valeur de cette division, bien faire quelques modifications, et réduire les trois classes de plaies à deux : les plaies *récentes non infectées* et les plaies *suppurantes ou infectées*.

A. — Plaies exposées, récentes, non infectées.

La plaie récente ne peut trouver de meilleur type que celle produite dans les parties molles, saines, par un instrument tranchant, un coup de sabre par exemple, ou encore celle produite par le chirurgien qui vient d'extirper une tumeur et de produire une perte de substance dans des parties molles non envahies par la néoplasie ou par l'inflammation. Dans les deux exemples que nous venons de citer, il ne faut pas croire que les conditions soient identiques ; dans le cas de *plaie accidentelle*, au moment où le chirurgien est appelé près du blessé, il doit se comporter comme en présence d'une plaie contaminée c'est-à-dire septique. En effet, les tissus ont été probablement inoculés ou par l'instrument vulnérant, ou par les germes de la peau qu'il a entraînés dans la plaie ainsi que ceux qu'il a pu recueillir sur les vêtements du blessé.

Le premier soin de tout chirurgien qui se trouve en présence d'une plaie accidentelle doit donc être le nettoyage

rigoureux de toute la région qui entoure la plaie, puis le lavage de cette plaie elle-même afin de détruire tous les germes qui ont pu s'y enfermer par suite du traumatisme ou du contact avec l'air extérieur.

Si l'on a affaire à une plaie par instrument piquant, dans le cas de trajet avec deux orifices, il sera bon de purifier ces orifices et même, si l'on a des doutes sur la propreté de l'instrument vulnérant on poussera avec une sonde pourvue d'une canule molle, une injection antiseptique dans le trajet. S'il y a un seul orifice on le nettoiera scrupuleusement, et si on ne peut purifier également le trajet on le débridera de façon à pouvoir facilement y placer un drain si cela paraît nécessaire.

Étudions maintenant l'*antiseptie de la plaie chirurgicale des parties molles*, et prenons pour type la conduite du chirurgien dans une extirpation du sein par exemple. Il faut pour être complet passer en revue ce que l'on doit faire *avant, pendant, et après* l'opération.

a. — Avant l'opération. — Il faut que la région opératoire soit parfaitement aseptisée, que les instruments soient absolument purifiés, que le chirurgien et ses aides soient inaptes à transmettre par leurs mains ou leurs vêtements les germes morbides. Nous parlerons dans le chapitre de l'hygiène chirurgicale de ce qui a trait aux instruments et aux aides, occupons nous seulement de la région opératoire.

La peau de cette région et celle des régions avoisinantes dans une certaine étendue devra être nettoyée d'une façon tout à fait spéciale. Voici d'abord la pratique toute listérienne de M. Lucas-Championnière.

Le malade a pris la veille un bain alcalin et la région a été soigneusement lavée avec une décoction de *Quillaya saponaria*, vulgairement bois de Panama. Quelques instants avant l'opération la région est de nouveau lavée au savon et à l'eau phéniquée à 1/20. Les poils sont rasés, on fait ensuite

un nouveau lavage à l'eau phéniquée et on recouvre de compresses trempées dans une solution moins forte, à 1/40.

Billroth fait nettoyer la région avec le savon et la brosse, puis on la frotte avec de l'huile et ensuite avec de l'essence de térébenthine ou de l'éther afin de dégraisser soigneusement, on fait ensuite une large irrigation phéniquée et on recouvre de compresses trempées dans la solution faible.

Au service de la clinique de l'hôpital de la Charité, M. le Professeur Trélat prescrit la pratique suivante : bain alcalin la veille de l'opération, rasage soigneux des poils, lavage de la région au savon et à l'eau chaude après qu'on l'a, au préalable, soigneusement frottée avec de la glycérine ; on la recouvre ensuite d'un pansement humide phéniqué ou au biiodure de mercure. Une heure avant l'opération, un nouveau et soigneux lavage est fait avec la solution phéniquée forte ou de biiodure de mercure et on recouvre largement de compresses humides qui ne doivent être enlevées qu'au moment de l'opération.

b. — Pendant l'opération. — Nous décrivons actuellement ce qui a trait à la méthode de Lister pure ; car les chirurgiens qui ne pratiquent point le pansement adopté par Lister pourront toujours et devront suivre les minutieuses précautions que sa méthode comporte :

Le malade est placé sur la table à opérations, endormi ; le *spray* est mis en action de façon qu'un fin nuage de brouillard phéniqué vienne *entourer* le chirurgien, les aides et l'opéré.

La région opératoire est alors découverte, lavée une dernière fois à la solution antiseptique ; elle est ensuite circonscrite par des compresses ou des serviettes mouillées et exprimées, imbibées à l'avance d'une solution antiseptique phéniquée, [sublimée pour d'autres chirurgiens]. Afin que le malade ne soit pas mouillé par ces compresses on peut, suivant la pratique de Lister, placer au dessous des feuilles de

mackintosh. Cette garniture de compresses est destinée à absorber le sang qui s'écoule en bavant et à servir d'appui à la main du chirurgien on les renouvelle quand elles sont souillées.

L'opération s'exécute, le chirurgien prend *lui-même* ses instruments dans un bassin plat où ils plongent dans l'eau phéniquée, s'il ne les prend pas lui-même un *aide unique* doit les lui présenter, et ce même aide reçoit les instruments qui viennent de servir, les passe à l'eau bouillante et les replace dans la solution antiseptique.

L'aide qui doit *étancher* le sang au moyen d'éponges ou de tampons de coton hydrophile préparés à l'avance et aseptiques, doit prendre ces objets dans un vase où ils plongent dans un liquide antiseptique, ou au moins il doit les recevoir parfaitement exprimés, de la main d'un aide secondaire. Un autre aide secondaire recevra les éponges salies dans un vase et les rendra à l'infirmier chargé de les nettoyer.

Quant à la plaie, à mesure qu'elle s'étend, un aide très attentif applique les moyens d'hémostase provisoire et recouvre les régions avivées que le chirurgien n'a plus à toucher, soit avec des compresses antiseptiques soit avec de larges éponges qui lui permettent d'exercer une légère compression très efficace pour l'hémostase.

L'opération d'exérèse terminée, les ligatures sont faites avec le catgut ou la soie antiseptiques puis toute la surface de la plaie est lavée à l'eau phéniquée forte 5 0/0 par les Listériens purs, avec le sublimé à 3 ou 4 p. 1000 ou le biiodure de mercure à 0,10 pour 1000 par ceux qui emploient les solutions mercurielles. Il ne reste plus qu'à faire le pansement.

Nous croyons, à la fin de ce paragraphe absolument nécessaire d'insister sur ce fait que pour réaliser une bonne antiseptie il faut que les aides soient en nombre juste suffisant, que chacun ait sa place et sa fonction déterminées, enfin que

les instruments, éponges, compresses ne passent point de main en main comme on le voit trop souvent. Ces déplorable habitudes qui paraissent peu dangereuses sont très souvent la cause des contaminations septiques, origine d'accidents graves pour les opérés.

c. — Après l'opération. — Le pansement doit être exécuté rapidement et avec soin toujours sous le spray. L'hémostase doit être absolument parfaite après un dernier lavage avec la solution phéniquée forte ou au moins à 4 0/0, on place les drains aux endroits favorables au bon écoulement des liquides sécrétés; ces drains sont plutôt larges qu'étroits, ils ont des parois résistantes; nous n'insistons pas sur ce point. Après quoi on place les sutures profondes et les superficielles; puis on applique les diverses pièces du pansement. Une bande de *protective* coupée en dentelures est appliquée sur la ligne de suture pour la protéger contre la gaze parfois un peu irritante.

Aujourd'hui on remplace ce *protective* assez difficile à manier, à l'aide d'une bandelette de deux doubles de gaze iodoformée appliquée de chaque côté de la ligne de suture et d'une troisième plus large recouvrant le tout. Après quoi on applique un carré de gaze de Lister ayant 12 à 15 épaisseurs et contenant entre ses deux feuillets superficiels une feuille de mackintosh.

Cette gaze doit dépasser notablement la région opératoire. On entoure ensuite tout le tronc ou le membre opéré d'une bonne couche d'ouate prise à même un paquet que l'on vient d'ouvrir, et on fixe le tout au moyen d'une première couche de bandes de gaze humide imbibées de solution phéniquée; une seconde couche de bandes de toiles fixe définitivement le tout et on a soin de dépasser avec elle tous les bords du pansement, de façon à bien fermer toutes les entrées.

Tel est le type du pansement de Lister pur. Mais en pra-

tique on a deux conditions à réaliser, la compression qui favorise la réunion primitive et l'absorption des liquides. La compression s'exerce en interposant dans le pansement immédiatement au contact de la peau des paquets de gaze chiffonnée ou bien une ou plusieurs éponges volumineuses quoique plates, parfaitement aseptiques.

Par dessus le mackintosh, et le dépassant largement on mettra une couche de coton absorbant, ou d'étoffe antiseptique destinés à absorber les liquides qui suinteraient entre les bords du pansement et la peau. Enfin pour bien tarir l'écoulement du sang et favoriser la réunion on appliquera pendant 6 à 10 heures, par-dessus tout le pansement une bande de caoutchouc modérément serrée dépassant bien toutes les limites des bandes de toile qui sont au-dessous.

Beaucoup de chirurgiens ont adopté dans ces dernières années d'autres modes de pansement ; on peut les ranger sous deux classes, suivant que l'on conserve l'imperméable ou qu'on ne l'emploie pas. Les gazes et étoupes au sublimé, au biiodure de mercure, à l'acide boro-salicylique etc., etc, peuvent être employées suivant le goût de chacun avec les mêmes règles que les substances phéniquées ; une feuille de mackintosh ou de gutta-percha, ou de tout autre imperméable empêche l'évaporation des liquides qui imprègnent les couches profondes du pansement.

D'autres rejettent l'imperméable et font le pansement sec absorbant dont nous avons indiqué la théorie plus haut. Ainsi pour l'iodoforme on applique comme nous l'avons dit plus haut des bandelettes de gaze sur la ligne de suture, on garnit de la même façon les orifices de drainage avec une certaine quantité de gaze chiffonnée ; une large plaque de gaze recouvre le tout et par dessus on applique plusieurs couches superposées de coton ou d'étoffe absorbante, puis du coton ordinaire, le tout est maintenu par des bandes comme dans la première forme de pansement. On a proposé

(Kuster, Georges) de protéger la ligne de suture avec le collodion iodoformé ; de la saupoudrer avec de la poudre d'iodoforme ; ces procédés sont inutiles et la gaze employée comme nous l'avons dit suffit amplement. De plus le collodion sur une ligne de suture peut causer quelques douleurs et la poudre trop abondante forme des croûtes et des grumeaux un peu irritants à moins que la ligne de suture ne soit parfaitement serrée ; alors elle est d'un bon emploi.

Les poudres antiseptiques, la sciure de bois sublimée, la cendre, le sable préparés peuvent aussi, enfermés dans des sachets de gaze plus ou moins grands, et de formes variables former des pansements secs et absorbants, nous ne pouvons nous arrêter à les décrire ici.

Pansement antiseptique des plaies récentes non réunies ou incomplètement réunies. — Si on emploie le pansement phéniqué on recouvre la surface cruentée d'une feuille protectrice dépassant un peu ses bords puis on continue le pansement comme il est indiqué plus haut. Veut-on se servir de l'iodoforme, on tapisse exactement la plaie avec la gaze iodoformée en trois ou quatre doubles, par dessus une bonne épaisseur de gaze chiffonnée et le reste ut supra.

Renouvellement des pansements. — Cette question si importante ne saurait être facilement traitée ici. Le pansement doit être renouvelé quand les liquides provenant de la plaie l'ont traversé et filtrent à l'extérieur ; il doit l'être quand on enlève les sutures profondes ou superficielles ; il doit l'être aussi quand la température du malade indique par son ascension qu'il se produit quelque complication.

L'emploi de l'acide phénique à 5 0/0 provoque habituellement un très abondant suintement qui imprègne rapidement le pansement et qui commence à diminuer 24 à 48 heures après l'opération. Aussi est-il utile de renouveler le premier pansement de Lister 24 ou 48 heures après son application ;

on profitera de cette circonstance pour raccourcir déjà les tubes à drainage d'un tiers de leur longueur.

Après ce premier pansement on se laissera guider par l'écoulement et on ne renouvellera que tous les 4 à 6 jours. Les drains ne seront totalement enlevés que lorsque l'écoulement aura totalement disparu. Les pansements secs absorbants n'ont pas besoin d'être renouvelés aussitôt. Aussi à l'hôpital de la Charité il arrive très souvent que nous laissons 7 à 8 jours en place un pansement d'amputation de cuisse, de cure radicale de hernie. Quand on lève l'appareil la réunion est complète et on peut enlever toutes les sutures. Le pansement suivant est purement protecteur.

Il faut toujours se rappeler que le renouvellement d'un pansement peut être pour une plaie, une cause d'infection grave, aussi doit-on s'entourer des mêmes précautions antiseptiques que pour l'opération elle-même; il serait bon même que les pansements importants ne soient pas faits dans la salle commune où sont tous les opérés mais qu'on transportât ceux-ci dans l'amphithéâtre d'opération ou une pièce appropriée à cet usage. Ces exigences ne sont pas toujours compatibles avec nos services hospitaliers, mais on peut toujours à l'aide du spray créer autour de la plaie, du pansement et de ceux qui le renouvellent une atmosphère antiseptique qui protégera l'opéré contre les contagions extérieures.

B. — Plaies exposées, infectées et suppurantes.

Plusieurs cas peuvent rentrer dans cette catégorie. *a*: Et d'abord la plaie peut être assez récente pour que les granulations ne soient pas formées et que la suppuration n'ait point commencé. En effet, une plaie qui n'a subi aucun pansement régulier, ou qui a été recouverte avec des pièces de linge d'une propreté toute problématique, doit être considérée comme infectée.

Dès que le chirurgien se trouve en présence de cette plaie il doit, si elle est plate et facilement accessible, la laver soigneusement, enlever les caillots sanguins, corps étrangers et autres substances qui peuvent l'encombrer, puis il la recouvre d'un pansement approprié.

Si la plaie est anfractueuse, si elle a été exposée plus longtemps au contact de l'air, il faut faire un lavage très exact de toutes ses anfractuosités, soit à l'aide d'une solution phéniquée aqueuse forte, à 10 pour 100, ou même d'une solution phéniquée alcoolique à 20 pour 100. On a soin d'assurer l'écoulement au dehors de ces liquides très caustiques, et de les faire pénétrer sans pression dans les anfractuosités des plaies. Le lavage avec la solution de bichlorure de mercure à 3 pour 1000, donne aussi de très bons résultats.

Si la plaie suppure depuis un temps plus ou moins long, si elle ne marque point de tendance à la cicatrisation, si il se se forme des fistules, ou bien encore si elle prend un aspect mauvais, se recouvrant d'une couche pultacée, blanchâtre, il faut la modifier fortement. On devra détruire toute la couche granuleuse suppurante; en effet toutes les granulations et toutes les fongosités révèlent des germes septiques accumulés en grand nombre. Volkmann a le premier au moyen de cuillers tranchantes spéciales, pratiqué cet avivement des surfaces, ce raclage des recoins les plus cachés des plaies anfractueuses qui suppurent. Il est besoin, pour bien faire ce raclage de se servir d'instruments assez longs pour pénétrer dans les trajets fistuleux, et ne rien laisser d'inexploré. Les ciseaux courbes peuvent aussi aider à cette manœuvre. M. Lucas-Championnière raconte qu'il a, ainsi, pu peler la surface interne d'une portion assez étendue d'une manchette d'amputation de la cuisse et faire ensuite la réunion sans encombre, après avoir lavé à l'eau phéniquée forte.

Après le grattage, il faut nettoyer soigneusement les surfaces cruentées, et même on doit se proposer de détruire les