Varicite. — Certaines phlébites variqueuses ressemblent à des abcès chauds sanguins ; un coup de pointe, de lancette ou de bistouri n'aura point de fâcheux effets, si l'on est prévenu de la méprise et si l'on a pris ses précautions antiseptiques. Lorsque la phlébite témoigne d'une infection plus ou moins légère par la formation d'une simple thrombose, comme cette thrombose pourrait être suivie d'une embolie et que, d'autre part, elle peut aboutir à la guérison naturelle des varices, — on se contentera de condamner le membre, en bonne position, à l'immobilité, aidée d'applications antiseptiques, mais cette immobilité doit être aussi parfaite que possible et longtemps prolongée.

Parfois cependant, — notamment dans la classe ouvrière et chez des fonctionnaires, — la varicite plastique étant très douloureuse et fort lente à se résoudre, il est préférable de couper court à la maladie ou à la convalescence en procédant à l'extirpation.

Ulcère. — Assez souvent, les varices s'accompagnent d'un ou plusieurs ulcères de jambe, qu'on appelle improprement alors *ulcères variqueux*, et qui n'ont avec les varices aucune relation causale. On a coutume néanmoins, et avec raison, de les traiter comme s'ils étaient isolés : curage, abrasion marginale, incision circonférentielle de Nüssbaum-Dolbeau, etc. Tous les chirurgiens ont pu constater, comme nous-même, que, loin d'être mal influencés par la ligature ou l'extirpation de la saphène, les ulcères de jambe prennent bientôt meilleur aspect et qu'ils marchent plus rapidement à la cicatrisation. Mais ce serait une grosse erreur que d'attribuer à ces opérations une valeur curative. Peut-être les récidives de l'ulcère sont-elles moins faciles et moins graves, ainsi que nous avons cru le remarquer.

INJECTION INTRA-VEINEUSE DE SÉRUM ARTIFICIEL. — LAVAGE DU SANG

L'*injection intra-veineuse* de sérum artificiel, écrivions-nous dans l'avant-dernière édition, doit *définitivement* dominer dans la pratique courante : elle est très simple, facile à improviser et à exécuter partout, complètement inoffensive ; et son efficacité est au moins équivalente à celle de la transfusion du sang.

Aujourd'hui elle a détrôné la transfusion du sang, et se partage la faveur des chirurgiens avec l'*injection sous-cutanée de sérum artificiel*, — injection dont nous nous occuperons plus loin en quelques lignes à cause de son grand intérêt pratique, bien qu'elle ne rentre pas dans le cadre des opérations vasculaires proprement dites.

On a recours, depuis vingt ans bientôt, à l'injection intra-veineuse dans le cas d'*anémie aiguë*, c'est-à-dire d'*hémorragie grave* consécutive à une opération, un accident, à un accouchement. C'est là sa première application. L'expérimentation avait, en effet, établi que la transfusion du sang agit surtout, sinon exclusivement, non pas comme restitution d'éléments figurés et de principes chimiques en quantité normale, mais *comme pur remplacement*

de liquide : à la suite de fortes hémorragies, la mort n'a pas lieu par la perte de sang en lui-même ; elle a lieu par l'insuffisance de la réplétion vasculaire, le cœur cesse de battre faute de tension. Il était naturel et plus simple de substituer au sang l'eau salée pour rétablir cette tension, ainsi que l'ont démontré sur les animaux d'abord Jolyet et Laffont [1], puis Kronecker, Sander, E. Schwarz, v. Ott, etc. Un nombre considérable d'observations cliniques prouve à son tour, aujourd'hui, l'efficacité fréquente de la transfusion salée dans l'anémie post-hémorragique.

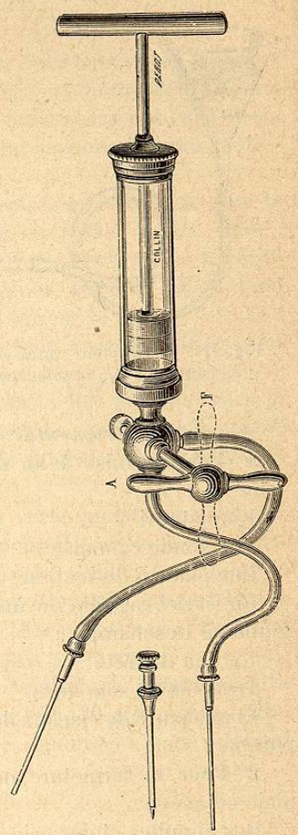

Fig. 216.
Transfuseur à double effet de Collin.

Plus récemment Lewis Pilcher, Pye Smith, Mr Burney, Dawbarn, etc., ont employé l'injection intra-veineuse, soit pour établir une provision de sang avant ou pendant une opération grave chez des anémiques et des épuisés, soit pour combattre le shock traumatique ou chirurgical [2].

Enfin, naguère, à défaut de sérum antitoxique connu ou efficace, un grand nombre de chirurgiens français (Berlin [de Nice], Lejars [3], Michaux [4], Tuffier [5], Delbet, Reynier, Jayle, Monod et Beaussenat, Gervais de Rouville, Schwartz, etc.), ont eu recours au *lavage du sang* par l'injection intra-veineuse de solutions salées, dans la septicémie péritonéale post-opératoire, dans les infections aseptiques générales, dans le tétanos, d'après les données expérimentales de Dastre et Loye [6], c'est-à-dire *en faisant passer dans le torrent circulatoire une série de grandes quantités de sérum artificiel jusqu'à* 26 *litres en cinq jours* (Lejars). L'injection intra-veineuse, à doses massives et successives, a pour effet, sinon de détruire les toxines, au moins de favoriser leur élimination par le rein en provoquant une diurèse abon-

[1] Jolyet et Laffont. *Soc. biol.*, 9 novembre 1878.

[2] Voyez aussi sur ce sujet Delangre. *Le shock opératoire et son traitement par la transfusion de sérum artificiel*, 20 p. Courtrai, 1896.

[3] Lejars. Le lavage du sang (*Presse médic.*, janv. 1896 ; *Soc. chir.*, 1896 ; opusc. chez Masson, 1897).

[4] Michaux. *Soc. chir.*, 8 janv. 1896.

[5] Tuffier. *Soc. de biologie*, 16 mai 1896). Voy. aussi thèses de Mourette, Paris, 1896 ; de Simon, Paris, 1896 ; de Vigour, Paris, 1897.

[6] Dastre et Loye. Le lavage du sang (*Arch. de physiol.*, p. 93, 1888, et p. 253, 1889).

dante ; l'intégrité au moins suffisante des reins est, par conséquent, la condition indispensable de son emploi et de son action.

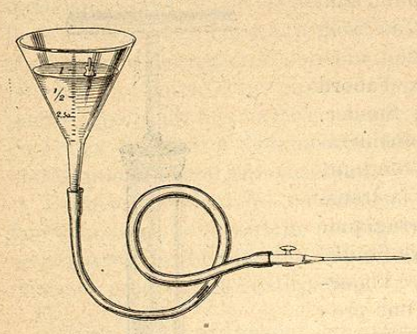

Fig. 217. — Injecteur intra-veineux de l'auteur avec canule-trocart.

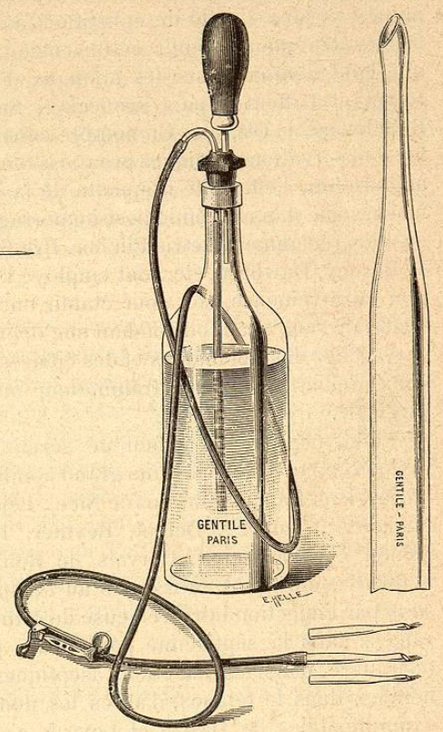

Fig. 218. — Appareil à siphon du Dr Olivier.

Appareil instrumental :

1° Pour la mise à nu de la veine :

Un bistouri ;
Une sonde cannelée ;
Une pince à dissection ;
Un stylet aiguillé ou une aiguille de Deschamps ;
Un lien d'arrêt ;
Trois fils de soie fine ;
Et une paire de ciseaux droits pointus ;

2° Pour la fermeture de la plaie cutanée :

Des aiguilles et des crins de Florence ;

3° Pour l'injection : les moyens sont très nombreux : le transfuseur à double effet de Collin (fig. 216) ; — un entonnoir en verre, un tube de caoutchouc et une canule-aiguille à robinet (fig. 217) ; — un récipient quelconque avec tube de caoutchouc et canule n° 2 de l'aspirateur Potain ou Dieulafoy ; — l'appareil siphon du Dr Olivier (fig. 218) ; — ou tout simplement une canule comme celles qui servent aux injections anatomiques, un petit tube de caoutchouc et une seringue ordinaire à hydrocèle.

Préparation du sérum. — Nous possédons également de nombreuses formules. Une des meilleures est celle du professeur Hayem :

Eau stérilisée (autoclavée ou simplement bouillie)	1000	grammes.
Chlorure de sodium pur	5	—
Sulfate de soude.	10	—

On emploie généralement la solution à 37 ou 38° C. ; cependant Lépine (de Lyon)[1] vient de démontrer que la solution à la température ordinaire des appartements est sans effet fâcheux.

Manuel opératoire. — On peut placer la canule directement par ponction si l'on emploie une aiguille tubulée. Mais le plus sûr est de mettre d'abord à nu la veine. Celle-ci est, suivant les cas, une veine du pli du coude ou la veine saphène interne au-dessus de la malléole.

Après avoir arrêté la circulation comme pour la saignée, inciser la peau au-devant de la veine ; dénuder le vaisseau sur une longueur de 2 centimètres environ ; passer sous lui deux fils à ligature ; engager dans son intérieur la canule s'il s'agit d'une canule-trocart, ou bien l'inciser auparavant en travers d'un coup de ciseaux, s'il s'agit d'une canule à extrémité mousse ; lier la veine sous la canule avec le fil périphérique ; puis fixer la canule dans la veine avec le fil central et enlever le lien d'arrêt.

Le mode d'injection varie maintenant suivant l'appareil employé (transfuseur de Collin ; entonnoir ou bock suspendu à une hauteur de 50 centimètres à 1 mètre ; siphon d'Olivier ; seringue). En tout cas, le débit doit être très lent (30 grammes environ par minute) et sans mélange

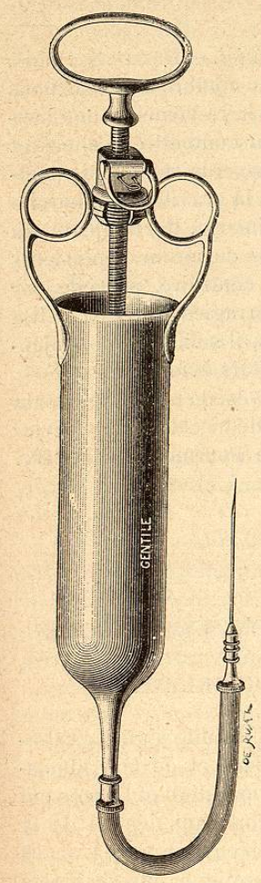

Fig. 219. — Seringue du Dr Olivier pour injections sous-cutanées de sérum artificiel.

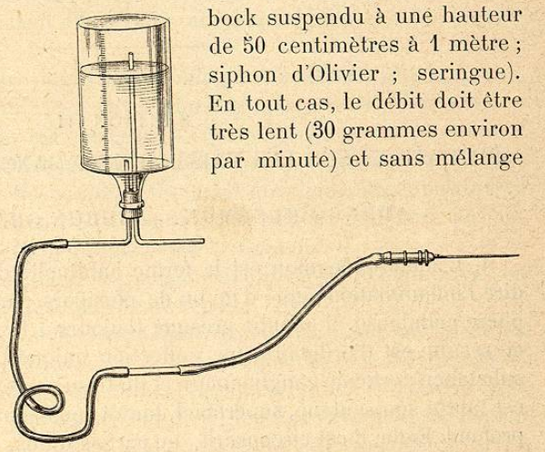

Fig. 220. — Appareil de Fourmeaux pour injections sous-cutanées massives de sérum artificiel.

d'air ; l'introduction d'une petite quantité d'air serait cependant inoffensive. On injecte dans une seule séance de 1 000 à 2 000 grammes de sérum, selon

[1] Lépine. *Soc. de médecine de Lyon*, 12 juillet 1897.

qu'on se propose de compenser une hémorragie ou de faire le lavage du sang.

Lorsque l'injection est terminée, passer un autre fil au-dessus de la canule, lier la veine, enlever la canule, et fermer la plaie par quelques points de suture. Pansement.

Pour les autres séances, on ouvre la même veine au-dessus de la précédente opération, ou l'on choisit d'autres veines.

Injections sous-cutanées massives de sérum artificiel. — Pozzi[1], Segond[2], Duret, Beurnier, et beaucoup d'autres chirurgiens, au nombre desquels nous nous rangeons, préfèrent ces injections à l'injection intra-veineuse non seulement pour réparer les grandes pertes de sang, pour combattre le shock et la dépression nerveuse, mais aussi pour tenter d'enrayer la septicémie post-opératoire et la septicémie puerpérale, à moins que la gravité et la marche rapide des accidents n'imposent l'injection intra-veineuse. Pozzi injecte, au besoin, dans les vingt-quatre heures deux à trois litres de sérum en plusieurs fois : 200 grammes à chaque séance. Segond, au contraire, procède par petites doses de 10 à 20 grammes après les hémorragies graves, et il a observé que même chez les malades très déprimés, il suffit de 4 à 5 injections, en vingt-quatre heures, pour obtenir des résultats évidents.

Pour pratiquer les injections sous-cutanées massives, on peut employer la seringue de Félizet qui contient 50 grammes de liquide ou celle du Dr Olivier (fig. 219), qui en contient 200, ou le petit appareil de Fourmeaux (fig. 220).

SECTION III

OPÉRATIONS SUR LES VAISSEAUX ET GANGLIONS LYMPHATIQUES

ADÉNO-PHLEGMON. — BUBON CHANCRELLEUX

I. L'adéno-phlegmon est la forme habituelle de l'adénite aiguë, c'est-à-dire l'inflammation aiguë d'un ou de plusieurs ganglions et de leur atmosphère celluleuse. Il aboutit presque toujours à la suppuration et l'abcès qui en résulte est d'ordinaire une collection unique, formée aux dépens de la substance corticale ganglionnaire et du tissu conjonctif environnant. L'abcès est tantôt sous-cutané, superficiel, tantôt sous-aponévrotique, plus ou moins profond. Enfin, il est circonscrit, ou parfois diffus, plus ou moins septique, déterminant au loin des infiltrations séreuses, des fusées ou nappes purulentes, des décollements purulents ou même gangréneux.

[1] Pozzi. *Soc. chir.*, 18 déc. 1895 et *Acad. de médecine*, 30 juin 1896).

[2] Segond. *Soc. chir.*, p. 809, 1895. Voy. aussi l'excellente thèse de Fourmeaux. Paris, 1897, et la revue de Delamare et Ducazals (*Gaz. des hôp.*, 12 juin 1897). Beurnier (*Bull. de thérap.*, 1897.

L'adéno-phlegmon se rencontre le plus souvent au cou, notamment dans les ganglions sous-maxillaires; puis à l'aîne et à l'aisselle.

Lorsque le chirurgien se trouve en présence d'un adéno-phlegmon, outre les indications tirées de l'état général, il a d'ordinaire deux indications spéciales à remplir : l'*incision de l'abcès et son traitement*, puis l'*antisepsie et le traitement de la lésion originelle*, car l'adéno-phlegmon est secondaire dans la plupart des cas.

L'incision doit avoir lieu *dès* qu'on a perçu les signes de la suppuration (fluctuation, empâtement, points douloureux dominants). Après avoir désinfecté la région malade, déterminé l'endroit le plus fluctuant, le plus saillant ou le plus sensible, puis anesthésié la peau sur la ligne d'incision projetée, au moyen du chloréthyle, par exemple, on n'a à pratiquer que l'incision de la peau seule, plus ou moins amincie, s'il s'agit d'un abcès superficiel ; une longueur de 1 à 2 centimètres suffit. Si l'abcès est sous-aponévrotique, on divise la peau avec le bistouri, sur la même étendue ou un peu plus, jusqu'à l'aponévrose ; puis on perfore cette dernière avec le bec d'une sonde cannelée ou les mors fermés d'une pince hémostatique et l'on agrandit l'ouverture pour l'introduction, en vrille, du bout de l'index ou du petit doigt. Dès que le pus s'est écoulé spontanément, et sous une douce pression périphérique, on installe dans la cavité de l'abcès un drain de caoutchouc ou une simple mèche de gaze iodoformée, en ayant soin de ne pas fermer entièrement l'ouverture faite ; au besoin, auparavant, on a établi une contre-ouverture dans un point déclive et l'on y a pratiqué même drainage. Aucune irrigation de la cavité quand on a affaire à un adéno-phlegmon circonscrit, de *bon aloi*.

La situation est tout autre dans l'adéno-phlegmon septique, plus ou moins diffus : non seulement on incise le foyer ganglionnaire, mais on fait à ses alentours, partout où cela est nécessaire, des débridements qui servent d'issue à la sérosité, des incisions complémentaires qui évacuent le pus, qui permettent l'extraction des tissus sphacélés ; mais on irrigue largement toutes les parties infectées au moyen de solutions antiseptiques (sublimé, formol, liqueur de Labarraque, etc.). Le drainage est de rigueur.

Dans les deux cas, on applique un pansement antiseptique humide et l'on soumet la région ou le membre malade au repos.

Ce faisant, le chirurgien n'a, d'ordinaire, accompli qu'une partie de sa tâche, la plus pressante il est vrai ; il doit s'occuper encore de la région qui a servi de porte d'entrée à l'infection ganglionnaire : ici, la bouche ou la gorge, le cuir chevelu ; là, le rein, les organes génitaux externes ; là, le pied ou la main. La lésion primordiale de tous les organes correspondants serait donc, en même temps, soumise au traitement antiseptique ; telle est la formule générale.

II. Le bubon chancrelleux est l'adéno-phlegmon de l'aine, quelquefois des deux aines, consécutif au chancre mou des organes génitaux ou de la région ano-périnéale. Il se termine, lui aussi, presque toujours par suppuration.