

intense (39° à 40°), se maintenant plusieurs jours et révélant l'infection.

Si l'odeur est *fétide*, on peut user, avec modération, de lavages à l'eau oxygénée.

La *durée* est variable; elle dépend de la nature du pus.

Dans la pleurésie *tuberculeuse*, la suppuration ne s'arrête pour ainsi dire pas; le malade finit par succomber à la dégénérescence amyloïde des viscères ou à la généralisation. Dans la pleurésie consécutive à la *pneumonie* (forme la plus ordinaire chez l'enfant) la suppuration est tarie généralement au bout de deux à trois mois.

La pleurésie à *streptocoque* ou à *staphylocoque* se termine au bout de plusieurs mois par une fistule, qu'une intervention chirurgicale assez délicate peut seule guérir définitivement.

## ABDOMEN

---

### PLAIES DE L'ABDOMEN

En présence d'une plaie de l'abdomen non pénétrante, bien désinfecter les environs de la plaie (p. 109); suturer les divers plans intéressés, muscles, aponévroses, peau; puis mettre un pansement aseptique sec (p. 52).

En cas de plaie pénétrante, l'examen systématique du contenu abdominal (laparotomie) s'impose. Cette intervention est en dehors du cadre de ce manuel.

### GASTROSTOMIE

Création d'une bouche dans la paroi de l'estomac.

**Indications.** — Surtout chez les sujets atteints de néoplasme ou de rétrécissement infranchissable de l'œsophage. C'est souvent une opération d'urgence qui exige beaucoup de rapidité dans l'exécution, car les sujets sont épuisés et même cachectiques.

**Technique.**

**Préparatifs.**

De l'opération en général (p. 13).

[I. *Instruments.*

Un bistouri.

Une pince à disséquer.

Quelques pinces de Kocher.

Quelques pinces à forcipressure.

Une sonde cannelée à bout mousse.  
 Une aiguille fine ordinaire ou de Reverdin.  
 Une aiguille de Mooy.  
 Une sonde de caoutchouc de Nélaton, n° 12 ou 13.  
 Catgut n° 0 et 1.  
 Soie n° 0 et 1.  
 Crins de Florence assortis.

*Anesthésie.*

Locale : injections de cocaïne.

*Aides.*

Un (deux, si possible).

*II. Malade.*

Anesthésie à la cocaïne (Reclus) : une trainée cocaï-

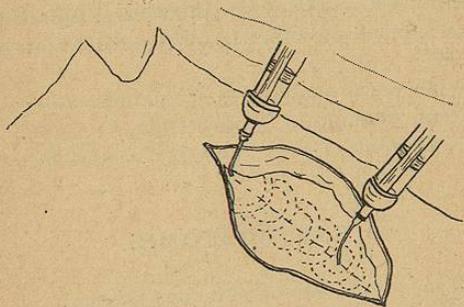


Fig. 190. — Anesthésie locale à la cocaïne des plans profonds pendant l'opération de la gastrotomie (Reclus).

nique de 8 centimètres est faite dans la peau ; elle commence au-dessous de l'appendice xiphoïde, à 2 centimètres environ en dedans du rebord gauche des fausses côtes, et se dirige vers le bas parallèlement à ce rebord. Les téguments incisés, on anesthésiera l'aponévrose et les couches musculaires superficielles ; puis une troisième trainée cocaïnique anesthésiera les plans musculaires profonds (fig. 190)].

**Opération.***Position.*

Décubitus dorsal.

*Exécution.*

*Incision de la paroi de l'abdomen.* — L'incision sera faite dans la direction de la trainée analgésique, au-dessous de l'appendice xiphoïde, à 2 centimètres en dedans du rebord des fausses côtes à gauche et dirigée parallèlement à ce rebord, sur une longueur de 7 à 8 centimètres.

Sectionner la peau, — l'aponévrose superficielle avec la première couche musculaire (grand droit), — la seconde couche de muscles (transverse).

Saisir avec la pince à disséquer le feuillet postérieur de la gaine musculaire doublé du péritoine ou feuillet fibro-séreux, l'ouvrir avec la pointe du bistouri, agrandir l'incision et repérer les bords de ce feuillet avec deux pinces de Kocher.

*Recherche de l'estomac.* — On distingue en haut le lobe gauche du foie : sous lui se trouve l'estomac, gris blanchâtre, dont la surface est parsemée de vaisseaux à direction verticale. Parfois, il est nécessaire tout en soulevant le foie, d'abaisser le côlon transverse qui masque l'estomac. — On distinguera l'estomac du côlon par les signes bien connus qui caractérisent ce dernier : bandelettes longitudinales, bosselures, appendices épiploïques assez nombreux.

Si la paroi antérieure de l'estomac se laisse bien soulever, si elle est bien mobile, saisir avec une pince de Kocher cette paroi le plus haut possible, auprès du cardia et de la petite courbure.

Si l'estomac ne vient pas facilement (adhérences, ganglions), placer la pince plus bas, sous la ligne médiane, en une région relativement mobile.

*Fixation de l'estomac à la paroi abdominale* (fig. 191). —

L'estomac saisi par la pince est attiré au dehors sous la forme d'un cône que l'on fixera aux deux lèvres de

la plaie par quatre points en U, transversaux, à la soie n° 0, points qui chargent la couche séro-musculaire de l'estomac d'une part et d'autre part, la paroi abdominale, depuis le péritoine jusqu'à l'aponévrose. Deux points de suture sont passés au-dessus et au-des-

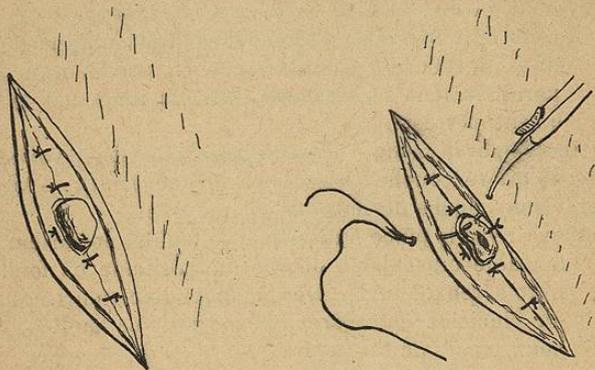


Fig. 191. — Gastrostomie. L'estomac est fixé à la paroi et va être incisé (Lejars).

Fig. 192. — Gastrostomie. L'estomac a été ouvert, la cupule muqueuse est affrontée à la peau (Lejars).

sous à travers la paroi (péritoine, muscles et aponévrose superficielle), de manière à circonscrire la partie de l'estomac fixée au dehors.

**Ouverture de l'estomac.** — A l'aide de deux pinces, on soulève un pli de la séro-musculaire de l'estomac et on en incise le sommet au bistouri dans une longueur de 5 à 6 millimètres, en allant de plus en plus profondément jusqu'à ce qu'on soit arrivé à la muqueuse, que l'on reconnaît de suite à sa coloration et à sa tendance à faire hernie.

Ponctionner cette muqueuse de la pointe du bistouri, aussi petitement que possible.

**Suture des téguments.** — On fermera l'incision cutanée avec des points au crin de Florence placés en haut

et en bas jusqu'à l'endroit de la bouche; en ce point suturer la muqueuse éversée à la peau, à l'aide de quatre points de catgut très fin (n° 0) (fig. 192).

**Pansement.**

Sec aseptique. Bandage de corps modérément serré.

**Suites.**

Au bout de deux à trois heures introduire par l'orifice la sonde de caoutchouc stérilisée. A l'aide d'une seringue, faire pénétrer doucement, lentement, la valeur de quelques cuillerées de lait tiède.

A chaque pansement, recouvrir la plaie et les environs de carbonate de magnésie (pour neutraliser l'acidité du suc gastrique).

L'alimentation sera augmentée graduellement de façon à arriver à faire prendre au malade quatre à cinq repas par jour d'environ un demi-litre chacun (lait, jaunes d'œuf, peptones...) (p. 81).

## OCCLUSION INTESTINALE

L'occlusion *vraie* est caractérisée par un obstacle mécanique s'opposant au libre cours des matières et des gaz intestinaux.

L'occlusion *fausse* ou *pseudo-occlusion* est due à la paralysie ou à la contracture réflexe d'une anse intestinale.

L'occlusion peut être *aiguë* ou *chronique*.

**Occlusion aiguë.**

**Symptômes.** — Début brusque, en pleine santé, facies tiré, pouls fréquent, petit, dépressible, irrégulier; hypothermie, refroidissements des extrémités, ventre ballonné, tendu, sonore, localement douloureux. Ni selles, ni gaz par l'anus, — vomissements bilieux, pouvant devenir fécaloïdes.

**Diagnostic.** — Différentiel : avec les fausses occlusions paralytiques, la péritonite (douleur à la pression sur l'abdomen, contracture musculaire plus marquée, ascension thermique au début), l'iléus paralytique (consécutif à la réduction des hernies étranglées, à la péritonite tuberculeuse).

Causal : invagination (enfant, boudin mobile à la palpation, sang dans les selles), — volvulus (adulte ou vieillard, douleur brusque

souvent dans la fosse iliaque gauche, sonorité au niveau d'une tumeur isolable, représentant l'anse distendue au-dessus, — bride (passé péritonitique). — Songer encore à : hernie interne dans un diverticule péritonéal, coudure, torsion, étranglement par diverticule omphalo-mésentérique, calculs biliaires. — Ne pas oublier l'examen des orifices herniaires (étranglement externe) et le toucher rectal (obstacle rectal).

#### Occlusion chronique.

**Symptômes.** — Analogues aux précédents, quoique atténués et caractérisés par leur évolution progressive : constipation croissant depuis quelques temps, arrêt stercoral plus ou moins complet, coïncidant avec émission de quelques gaz, vomissements plus rares que dans la forme aiguë, sauf à la fin où ils deviennent aussi fécaloïdes. Pouls rapide, mais bien frappé ; facies tiré, mais non grippé. Stercorémie progressive.

**Diagnostic.** — Étiologique. Il peut s'agir d'une obstruction stercorale (constipation habituelle et croissante, peu de retentissement sur l'état général), d'un néoplasme intestinal (amaigrissement, déchéance de la santé générale, antécédents), de la compression exercée sur un point de l'intestin par une tumeur du voisinage, kyste de l'ovaire, fibrome, tumeur mésentérique... (antécédents, palper, toucher vaginal, rectal), d'une invagination chronique (enfant, sang dans les selles).

#### Traitement de l'occlusion intestinale.

Dans la plupart des formes d'occlusion, si l'on est appelé dans les débuts (24 premières heures) essayer d'abord du traitement médical et en même temps prévoir les préparatifs de l'intervention chirurgicale (en cas d'échec du traitement médical).

##### Traitement médical.

S'abstenir de purgatifs, d'opium. Recourir : 1° à l'entéroclyse, 2° au lavement électrique.

##### 1° ENTÉROCLYSE.

##### Préparatifs.

Pendant les préparatifs, faire chercher les instruments nécessaires pour le lavement électrique, en cas d'échec de l'entéroclyse.

##### Instruments.

Tube ou grosse sonde de caoutchouc de 25 centimètres

à 40 centimètres de longueur, ou sonde œsophagienne, ou, au besoin, tube de Faucher (fig. 193) ou de Debove (fig. 194). Stériliser l'instrument.

Bock à injection de 2 à 4 litres, avec tube de caoutchouc et canule que l'on ajustera à la grosse extrémité de la sonde ou du tube.

#### Liquides.

Eau bouillie à 38° environ ou huile d'œillette ou d'olives

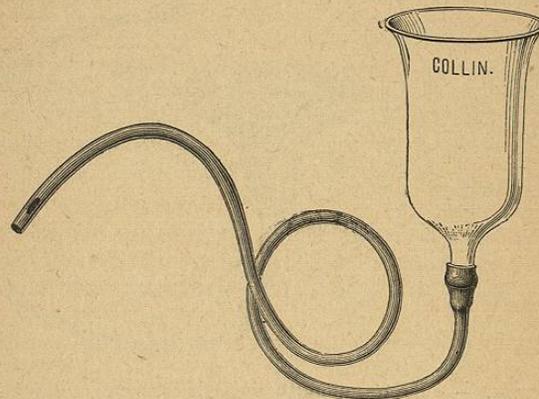


Fig. 193. — Tube de Faucher pour le lavage de l'estomac (avec entonnoir en verre).

ordinaire (2 litres de liquide pour l'enfant ; 4 à 6 litres pour l'adulte).

#### Médicaments.

Vaseline stérile ou huile ordinaire.

#### Opération.

##### Position.

Décubitus dorsal, en travers du lit, le siège sur le bord, cuisses fléchies et écartées.

##### Exécution.

Introduire la sonde enduite de vaseline stérile dans l'anus également vaseliné. La conduire d'abord sur

l'index gauche *jusque dans l'ampoule rectale*. La glisser ensuite doucement en tâtonnant, jusqu'à 25, 30 et même 40 centimètres, si possible.  
Ajuster l'extrémité libre de la sonde au tube de caoutchouc du bock.  
Elever le bock à 30, puis à 40, 50, 60, 70 centimètres au-

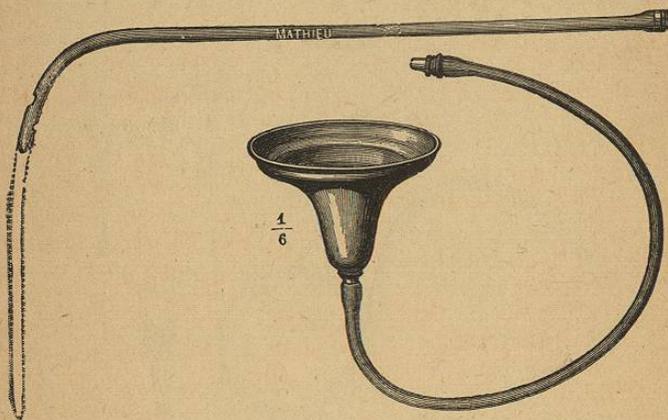


Fig. 194. — Tube œsophagien de Debove avec entonnoir en métal.

dessus du lit. Injecter le plus possible sans dépasser 2 litres chez l'enfant, 4 à 6 chez l'adulte. Au début, *comprimer avec les doigts* le pourtour de l'anus, pour éviter le reflux du liquide.

Retirer la sonde; le malade se replace dans le décubitus dorsal.

L'expulsion se fait avec coliques, *au bout de quelques minutes*.

#### Succès.

Le liquide sort accompagné de matières et de gaz. Dans ces cas, la débâcle complète peut ne se produire qu'au bout de quelques heures.

#### Insuccès.

Le liquide ressort clair. Répéter l'opération à une heure d'intervalle.

#### 2° LAVEMENT ÉLECTRIQUE.

A. Avec un appareil à courants continus (p. 101) (Procédé de choix).

#### Préparatifs.

##### Matériel.

1. Batterie à courants continus susceptible de fournir 50 milli-ampères avec 1000 ohms de résistance (une batterie de 24 éléments suffit pour cela). Vérifier qu'elle marche. Les deux fils conducteurs sont reliés l'un à une large plaque métallique de 15 sur 20 centimètres, couverte de feutre et de peau de chamois; l'autre à l'excitateur rectal (sonde en gomme avec mandrin métallique central dont un bout se termine par un orifice percé sur un des côtés de la sonde et l'autre par une borne pour l'un des fils de la pile et un embout, où s'adapte un tube de caoutchouc de 10 centimètres pour relier la sonde à la canule de l'irrigateur).
2. Bock injecteur de 2 à 4 litres (avec tube en caoutchouc et canule de verre).
3. Eau bouillie tiède salée (deux cuillerées à café de sel au litre); 2 à 3 litres de cette eau dans le bock.
4. Un bassin plat qu'on place sous le siège du malade.
5. Eau salée dans une petite soucoupe.

#### Technique.

##### Position.

Décubitus dorsal en travers du lit, les cuisses fléchies et écartées.

##### Exécution.

Introduire l'excitateur rectal bien vaseliné dans l'anus, le pousser doucement et en tâtonnant *le plus haut possible*. S'il ne peut pénétrer tout entier, ne pas s'en inquiéter.

Mettre le mandrin central en rapport avec le *fil répondant au pôle +* de la pile.

Adapter la canule du bock au tube de caoutchouc de la sonde.

Mouiller la *plaque* (électrode indifférente) dans l'eau de la soucoupe, la relier au pôle —, l'appliquer sur l'un des flancs.

Faire l'injection rectale *très lentement*, en élevant peu à peu le bock, sans dépasser 60 à 70 centimètres d'élévation. Faire passer de un demi-litre à un litre environ. *Abandonner alors le bock* sur un meuble voisin, de façon à laisser le liquide pénétrer pendant le reste de l'intervention.

Tourner la manette du graduateur, et laisser passer d'abord 10 *milliampères*. Au bout de deux à trois minutes *augmenter* jusqu'à 15, 20, 30, 40 *milliampères*, en tâtonnant suivant la sensibilité du malade. Plus on est prêt du début de l'occlusion, plus l'intensité du courant peut être forte.

Dans le cas de *cancer du rectum* ou du *gros intestin*, agir avec prudence, ne pas dépasser 30 *milliampères*. Laisser passer le courant 7 à 8 minutes, à l'intensité maximum. Puis ramener doucement la manette au zéro. Changer la plaque abdominale, toutes les quatre à cinq minutes (flancs droit, gauche, fosses iliaques, région ombilicale).

Si l'on n'a pas obtenu de résultat, recommencer en *renversant le courant* à l'aide du levier du commutateur.

**B. Avec un appareil faradique** (p. 103) (Procédé de nécessité).

Si l'on n'a à sa disposition qu'un appareil à faradisation, on peut donner le lavement électrique de la façon suivante (Régnier) :

**Technique.**

Le tampon en forme d'olive est poussé dans le rectum rempli d'eau salée et relié au pôle *néгатif* de la

bobine secondaire; au pôle *positif* est relié un tampon large qu'on laisse pendant deux à trois minutes *sur chacune des régions suivantes*: cæcum, côlons ascendant, transverse et descendant, tout en faisant passer le plus fort courant que le malade supporte. Il faut, du reste, commencer au zéro et *augmenter lentement* et progressivement l'intensité, puis *redescendre lentement* au zéro, avant de terminer.

On peut *recommencer* deux tentatives de ce genre à deux ou trois heures d'intervalle.

Ce procédé est moins actif que le précédent.

**Suites.**

**Succès.** — Expulsion pendant l'opération de l'eau salée, accompagnée de gaz, au milieu de coliques assez fortes — puis débâcle. — Cette dernière peut d'ailleurs ne se produire qu'au bout de quelques heures.

**Insuccès.** — Issuë de l'eau salée, sans gaz, ni matières au bout de quelques minutes : parfois la sonde elle-même est expulsée. Recommencer l'introduction de la sonde et de l'eau salée. Si au bout de quinze à vingt minutes rien n'est obtenu, s'arrêter. Si le malade n'est pas trop fatigué (facies satisfaisant, pouls assez bon), recommencer au bout de deux à trois heures.

Dans le cas contraire, recourir à l'*intervention chirurgicale*; — quoi qu'il en soit, ne pas s'attarder aux moyens médicaux; *s'ils n'ont pas donné de résultat dans les vingt-quatre heures*, se résoudre à l'intervention.

*Traitement chirurgical.*

*Laparotomie*, s'il n'y a pas de ballonnement, et si l'on peut compter sur un chirurgien de profession; sinon, ENTÉROSTOMIE.

L'entérostomie consiste à inciser la paroi abdominale dans la fosse iliaque droite et à saisir la première anse intestinale distendue qui s'offre.

**Préparatifs.**

De l'opération en général (p. 13).

*[Instruments.*

- Un bistouri.
- Une pince à disséquer.
- Une paire de ciseaux droits ordinaires.
- Deux écarteurs de Farabeuf.
- Six pinces à forcipressure.
- Quelques pinces de Kocher.
- Aiguille à suture fine et courbe.
- Aiguille courbe ordinaire.
- Soie fine (n° 1).
- Catgut fin (n° 0 ou 1).

*Médicaments.*

- Vaseline boriquée.
- Collodion.

*Matériel de pansement.*

- Bandage de corps.

*Anesthésique.*

- Général : chloroforme ou éther.

*Aides.*

- Deux (un pour l'anesthésie)].

*Opération.**Position.*

- Décubitus dorsal.

*Exécution.*

1. A deux doigts en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure, *incision curviligne*, de 8 à 10 centimètres dont le milieu répond à cette épine. Inciser : peau, graisse, aponévrose du grand oblique, couche musculaire. S'arrêter au feuillet fibreux profond.
2. Section aux ciseaux d'un pli du feuillet fibreux, puis, au-dessous, d'un pli bien isolé du péritoine. Glisser l'index et, sur lui, *couper aux ciseaux le péritoine* en haut et en bas. Pincer les deux lèvres du péritoine.
3. *Recherche du cæcum* (reconnaisable à son gros volume, ses bandelettes). S'il est dilaté, le pincer pour l'ouvrir ; si flasque, prendre la première anse grêle dilatée, ren-

trer soigneusement tout le reste avec des compresses montées sur pinces.

4. Passage des *anses fixatrices* à la soie fine ; le fil est mené à travers l'aponévrose, les muscles, le péritoine, chemine en long dans la tunique musculaire de l'intestin sur un centimètre (partie moyenne de l'anse), puis traverse péritoine, muscles, aponévrose, sur laquelle les deux chefs du fil sont noués.

Huit à dix points analogues sont passés : deux à quatre à droite, autant à gauche, deux transversaux (fig. 193).

5. *Réunir* en haut et en bas les *plans profonds de l'incision* par des points séparés à la soie. — Réduire également la plaie cutanée par des points à ses extrémités.

6. Plaçant des compresses autour de l'anse herniée, l'ouvrir d'un coup de ciseaux.

7. *Suturer les deux lèvres* de la fente intestinale *aux rebords cutanés*, par quatre à six points séparés.

8. Laisser s'écouler le *contenu intestinal* ; presser modérément l'abdomen.

*Pansement.*

Mettre de la gaze collodionnée sur les deux moitiés de la plaie pour la protéger. Recouvrir cette dernière d'un paquet de gaze enduite de vaseline boriquée ; ouate par-dessus et bandage de corps avec sous-cuisses.

*Suites.*

*Résultat immédiat.* — La débâcle se produit de suite ou

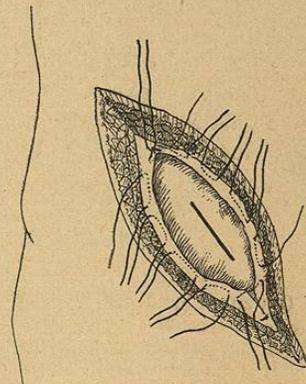


Fig. 195. — Entérostomie (iléostomie ou cæcostomie). Sutures (Ricard et Launay).

dans les heures qui suivent, quelquefois le lendemain. *Résultat non immédiat.* — *Evolution simple* : les selles repa-  
raissent au bout de quelques jours; l'orifice d'entéro-  
stomie se ferme de plus en plus, rarement complète-  
ment; pour achever cette fermeture une opération est  
nécessaire.

*Evolution moins favorable* : il existe un obstacle que l'on  
peut enlever par une opération secondaire. L'entéro-  
stomie a paré au besoin le plus urgent.

*Evolution défavorable* : entérostomie définitive (mal  
incurable faisant obstacle).

### ANUS CONTRE NATURE

Ouverture artificielle de l'intestin à l'extérieur, sur l'un des points  
de son parcours.  
On étudiera ici l'anus contre nature avec éperon définitif. Pour  
l'anus temporaire, voir : entérostomie (p. 281).

**Indications.** — Surtout en cas d'obstruction néoplasique des  
dernières portions de l'intestin (rectum, S iliaque). Prévenir la  
famille qu'il ne s'agit là que d'une opération palliative, qui n'em-  
pêchera pas la mort du malade.

#### Lieu d'élection :

S iliaque, dans la fosse iliaque gauche.

#### Manuel opératoire.

##### Préparatifs.

De l'opération en général (p. 13).

##### [Instruments.

Un bistouri.

Une sonde cannelée ordinaire.

Quatre écarteurs de Farabeuf.

Une paire de ciseaux droits.

Douze pinces à forcipressure.

Quelques pinces de Köcher.

Une pince à griffes.

Une aiguille à suture fine et courbe.

Une aiguille à suture ordinaire.

Catgut n° 1.

Crins de Florence.

Sonde en gomme n° 18 ou 20.

#### Médicaments.

Vaseline stérile.

#### Anesthésique.

Chloroforme ou  
éther.

#### Aides.

Trois (dont un pour  
l'anesthésie)].

#### Opération.

##### Position.

Décubitus dorsal.

##### Exécution.

Incision de la peau  
dans la fosse ilia-  
que gauche —  
longue de 10 cen-  
timètres, *curvili-  
gne*, à deux doigts  
en dedans de l'é-  
pine iliaque anté-  
ro-supérieure.

A la sonde canne-  
lée, ouvrir l'un

des interstices du grand oblique, mettre un écarteur  
sur chacune des lèvres; ouvrir de même un inter-  
stice du petit oblique, dont on récline les lèvres par  
deux autres écarteurs transversaux; dissocier les  
fibres du transverse. Ouvrir le péritoine.

Chercher l'S iliaque *en dedans, vers la symphyse sacro-  
iliaque*. Elle est reconnaissable à son volume, ses bos-  
lures, ses bandelettes longitudinales. Une fois saisie,  
l'attirer doucement au dehors.

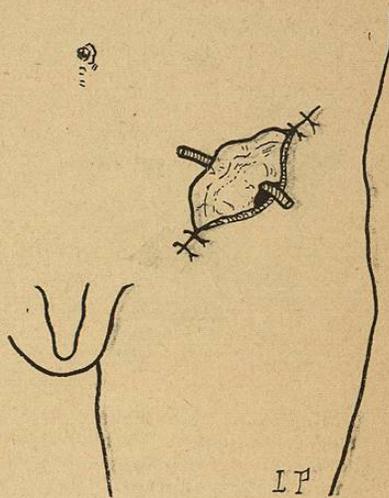


Fig. 196. — Anus contre nature.  
Procédé non rapide.

1<sup>er</sup> temps : une sonde est passée sous l'anse  
intestinale qu'elle maintient au dehors.