

LIVRE IV

OPÉRATIONS INTRA-PÉRITONÉALES OU LAPAROTOMIES

Nous entendons par *laparotomie*, terme qui, rigoureusement, veut dire *incision du flanc*, l'ouverture de la cavité abdominale et, implicitement, l'ensemble des opérations *intra-péritonéales* dont elle ne constitue, le plus souvent, que le premier temps.

Suivant la voie choisie, la laparotomie se divise en : laparotomie *antérieure* ou *abdominale* ; laparotomie *postérieure* ou *sacro-coecygyenne*, et laparotomie *inférieure*, comprenant la laparotomie *vaginale* et la laparotomie *périnéale*.

Les deux premières voies se distinguent nettement de la troisième par leurs principaux avantages et inconvénients : d'un côté, facilité plus grande pour l'exploration et l'arrêt des hémorragies ; de l'autre, chances plus grandes de septicémie.

Nous renvoyons au chap. I, liv. I, pour tous les détails relatifs à l'*asepsie* qui, dans la cavité abdominale, doit le plus généralement remplacer l'*antisepsie*.

CHAPITRE PREMIER

LAPAROTOMIE ANTÉRIEURE OU ABDOMINALE

I. — PRINCIPES GÉNÉRAUX DE LA LAPAROTOMIE ANTÉRIEURE

1^o Préparatifs.

A. Appareil instrumental. — Il faut simplifier autant que possible l'appareil instrumental qui, pourtant, doit pouvoir permettre de parer à toute éventualité.

PRINCIPES GÉNÉRAUX DE LA LAPAROTOMIE ANTÉRIEURE. 693

a. MATÉRIEL DE DIÉSESE. — Scalpels. — Ciseaux droits et courbes. — Sonde cannelée. — Pincés à disséquer. — Curette. — Trocart courbe de Chassaignac. — Appareil aspirateur de Potain. — Trocart à piston et à pointe cylindro-conique pour la ponction des kystes (fig. 255). — Thermo-cautère.

b. MATÉRIEL DE FORCIPRESSURE. — Une douzaine de petites pincés de Kœberlé ou de Péan. — Pincés plus longues, de même modèle, analogues aux pincés à pansement. — Quelques pincés en cœur, en T. — Une demi-douzaine de grandes pincés longues, droites et courbes, pour la forcipressure en masse. — Une douzaine de pincés languettes, droites et courbes. — Trois ou quatre pincés à kystes, dentées ou non dentées, pour les kystes à parois friables (fig. 256). — Une demi-douzaine de pincés à griffes, uni ou bi-dentées.

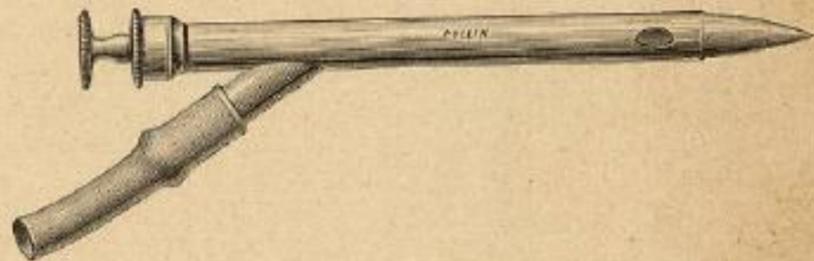


Fig. 255. — Trocart à piston et à pointe cylindro-conique pour la ponction des kystes.

Il est bon de se servir toujours du même nombre de pincés, d'un modèle donné, pour faciliter leur contrôle avant la fermeture du ventre. Cette même précaution doit être observée pour les éponges et les compresses-éponges.

c. MATÉRIEL DE LIGATURE ET DE SUTURE. — Aiguilles montées, mousses, plus ou moins courbées perpendiculairement au manche (Deschamps), ou dans le même sens que le manche (Péan). — Aiguilles de Hagedorn, ou plates, grandes et moyennes ; aiguilles rondes et fines pour la suture intestinale ; porte-aiguilles appropriés. — Aiguilles de Reverdin ou de Lemblin pour la suture de la paroi abdominale (1). — Soies grosses et soies très fines. — Catgut de moyen volume. — Crin de Florence. — Deux liens élastiques pleins, de 5 millimètres, ou mieux, deux tubes n^o 13 Charrière. — Deux broches pour hystérectomie (fig. 257).

d. INSTRUMENTS DIVERS. — Sonde de femme ; sonde d'homme pour reconnaître les déviations de la vessie ; une paire d'écarteurs ; un

(1) Voir livre I, chap. III.

réceptif de verre avec tube et canule pour le lavage abdominal ; plusieurs douzaines d'éponges ou de compresses-éponges.

c. TABLE OPÉRATOIRE. — Il existe actuellement un grand nombre de tables opératoires. Pour la position dorso-sacrée, on se servira d'une

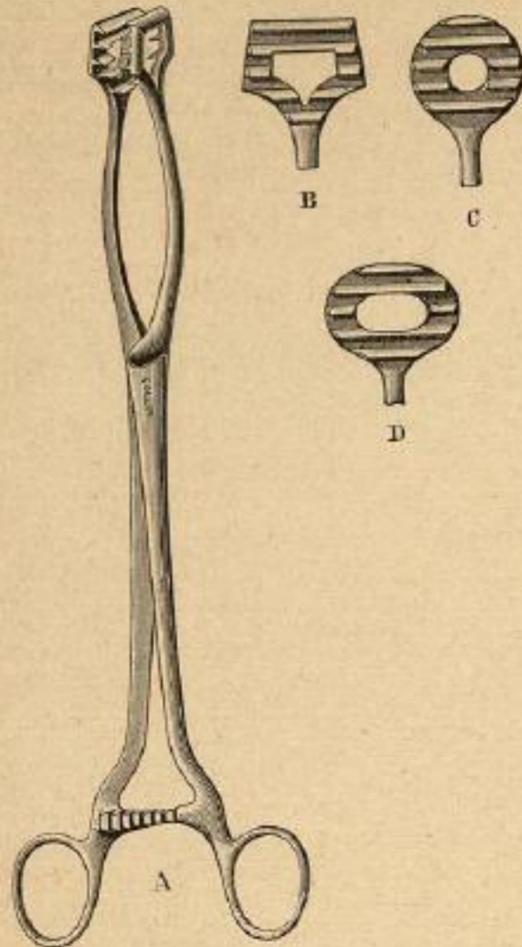


Fig. 256. — Pincés à kyste. — A, Pincés à plateau denté, fenêtré et carré (Péan). — B, C, D, Pincés à plateau cannelé, fenêtré, et de formes diverses (B, carrée, C, ronde, et D, ovale).

table quelconque, en métal, en verre et métal (fig. 258), ou simplement en bois peint, et présentant les dimensions et l'assiette voulues.

Pour la position inclinée de Trendelenburg, on donnera la préférence à la table de Delagénère (fig. 260 et 261) et, mieux encore, à l'appareil de Péraire (fig. 259) dont le mécanisme est aussi simple, qui peut se disposer sur une table quelconque et permet d'obtenir une

inclinaison plus marquée. On ne dépasse généralement pas 45°.

B. Objets de pansement. — Poudre d'iodoforme et de salol et gaze à l'iodoforme ou au salol ; ou simplement, gaze aseptique. — Ouate ou étoupe aseptique. — Bandage de corps en flanelle.

C. Aides. — L'opérateur doit faire, par lui-même, le plus possible, et restreindre le nombre de ses assistants au strict nécessaire. L'aide chargé du chloroforme et l'aide direct sont seuls indispensables. D'ordinaire, cependant, on en prépose un troisième au service des instruments et des fils, et un quatrième à la manœuvre du thermo-cautère, de l'aspirateur et aux besognes

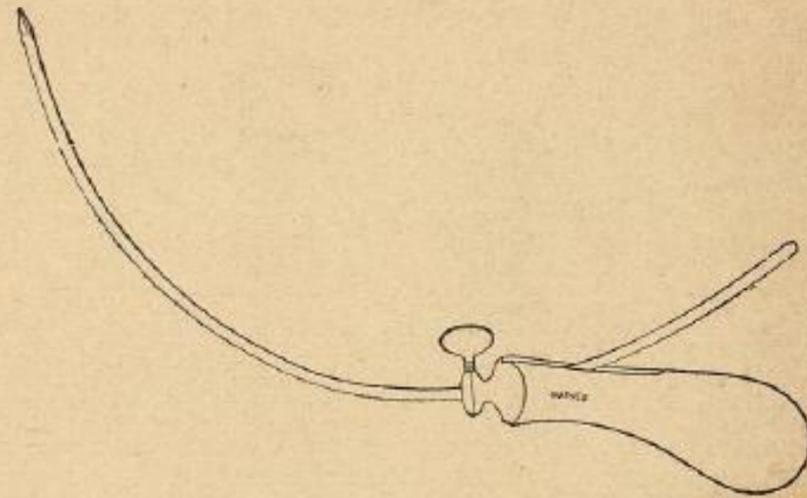


Fig. 257. — Broches pour hystérectomie abdominale.

imprévues : maintien d'une sonde dans la vessie, refoulement, par le vagin, des tumeurs enclavées, etc. Une infirmière fait le gros service.

D. Position de la malade. — La malade est placée dans la position dorso-sacrée, ou mieux, le plus généralement, dans la position inclinée de Trendelenburg (voir : 1^{re} partie, liv. I, chap. 1).

Dans la position dorso-sacrée, les anses intestinales libres tendent constamment à sortir du ventre, à s'interposer entre la tumeur à extraire et les doigts de l'opérateur ou ses instruments, gênent les manœuvres et s'exposent à être froissées ou souillées.

Dans la position de Trendelenburg, au contraire, elles sont refoulées vers le diaphragme, hors du champ opératoire, et peuvent être très suffisamment isolées et protégées, même contre l'issue de liquides

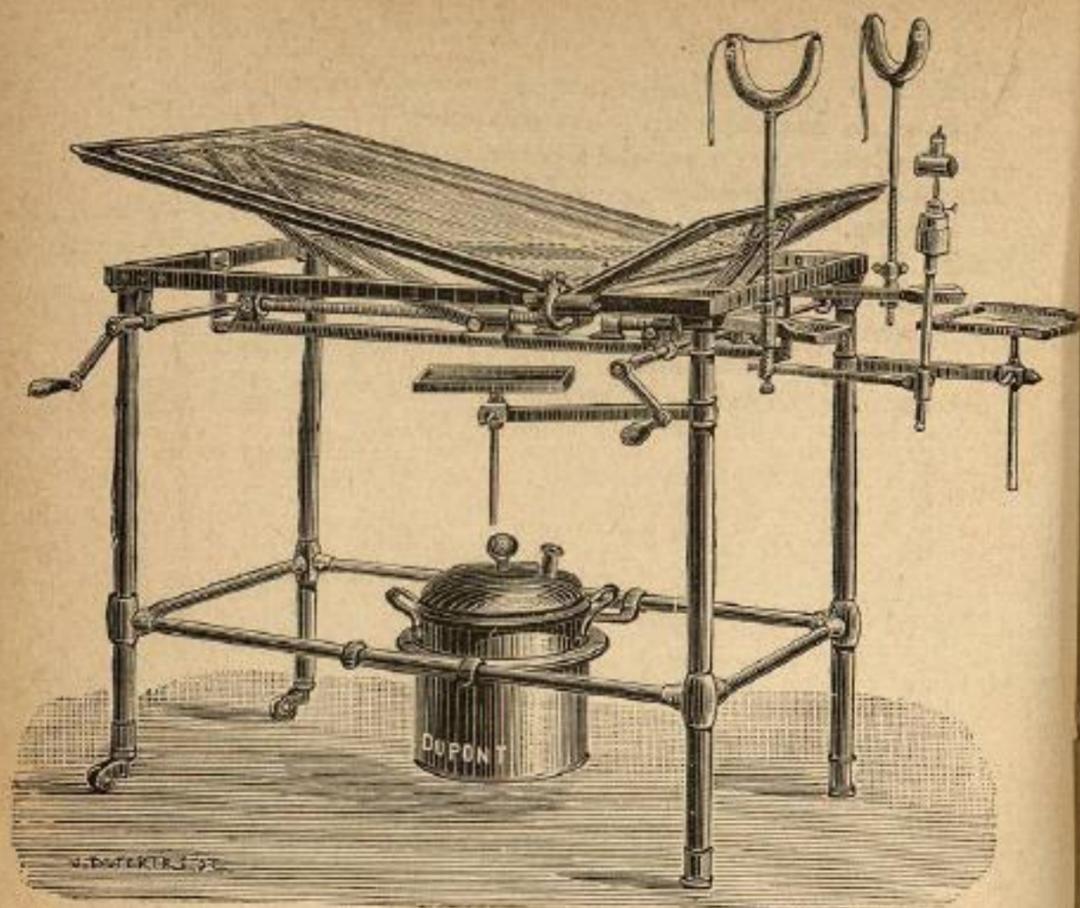


Fig. 258. — Table opératoire de Dupont, en verre et métal.

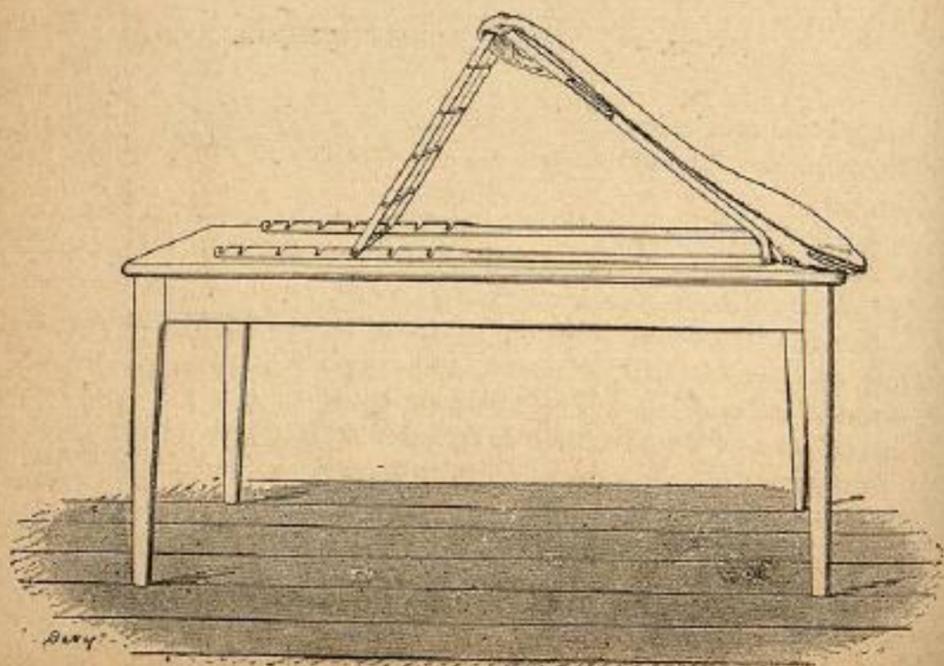


Fig. 259. — Plan incliné de Péraire.

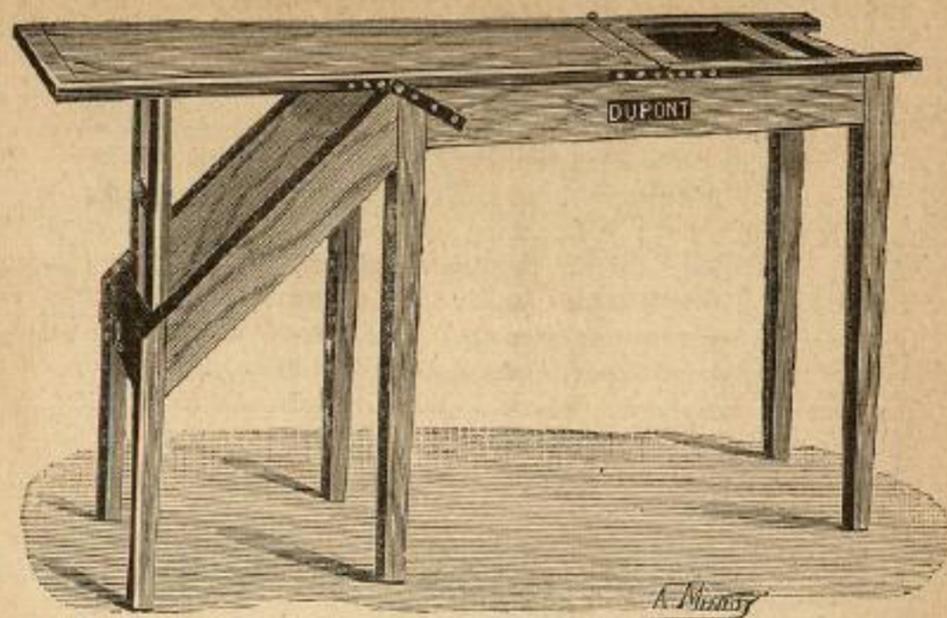


Fig. 260. — Table opératoire de Delagènière, disposée pour le décubitus dorso-sacré.

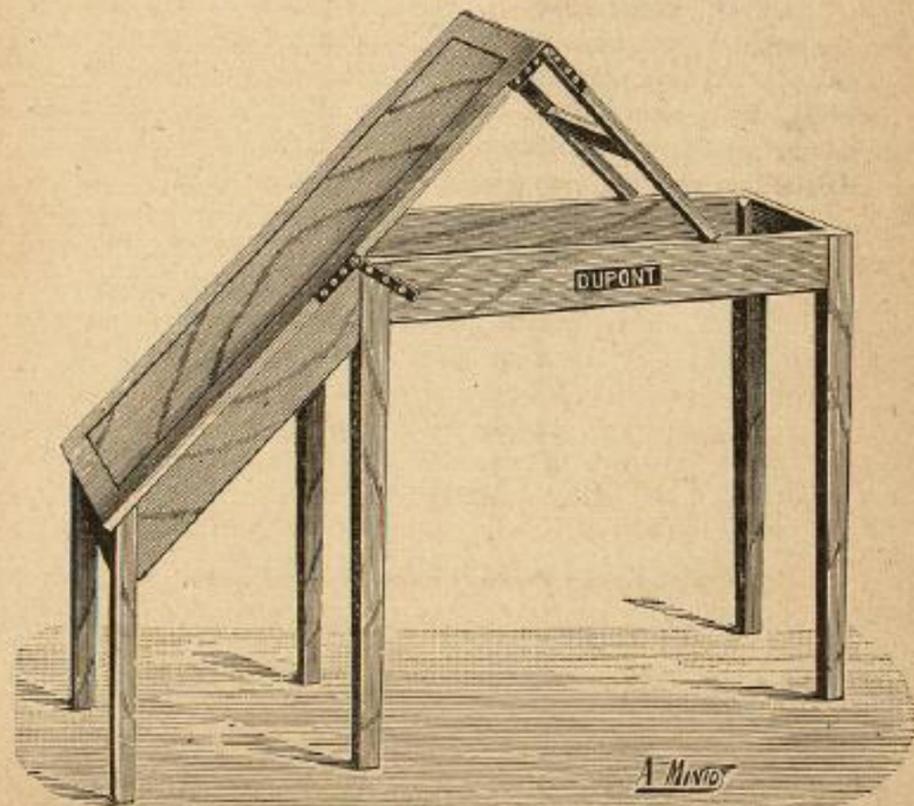


Fig. 261. — Table opératoire de Delagènière, disposée pour le décubitus incliné.

septiques, au moyen d'un lit de compresses-éponges. Quand il n'y a pas d'adhérences et que la tumeur est peu volumineuse (kystes inflammatoires des annexes, petits kystes néoplasiques du ligament large, etc.), on saisit d'un seul coup d'œil, moyennant un écartement modéré des parois, l'ensemble de la tumeur et ses rapports avec le rectum, l'utérus, la vessie, les ligaments larges et les culs-de-sac péritonéaux qui s'effacent et se laissent très bien voir jusqu'au fond. Il serait même facile, dans ces conditions, de photographier les organes dans leurs rapports. Existe-t-il des adhérences, elles se présentent, toutes tendues, à l'action du doigt ou des instruments et dans l'ordre suivant lequel elles doivent être détruites. En un mot, l'opérateur ne voit et ne touche que les organes sur lesquels il doit agir et ceux-ci se présentent dans les conditions les plus favorables. Une hémorragie vient-elle à se produire dans la profondeur du petit bassin par le fait d'une avulsion, d'une section ou du glissement d'un pédicule dans sa ligature, on aura, sous l'œil et le doigt, les vaisseaux qui donnent et toute facilité pour les lier.

Cependant si, comme Pozzi, on renonce, pour les cas ordinaires, au secours des yeux, nous comprenons qu'on préfère, sauf exceptions (hémorragie pelvienne grave, adhérences profondes et très serrées), la position dorso-sacrée, car elle semble plus favorable aux manœuvres de décortication digitale.

Mais si l'on veut toujours profiter de l'œil et du doigt, ce qui paraît plus rationnel, nous croyons, avec Delagénière, Terrier et autres, qu'il vaut mieux recourir à la position inclinée. On peut l'obtenir, au besoin, à l'aide d'un ou plusieurs coussins glissés sous une alèze, ou en faisant placer le jarret gauche de la malade sur l'épaule droite d'un aide, le jarret droit sur l'épaule gauche d'un autre aide, les deux aides tournant le dos à la table. Mais on ne peut jamais obtenir, de la sorte, qu'un résultat incomplet et il vaut beaucoup mieux employer, d'emblée, l'un des appareils spéciaux que nous avons indiqués.

2° Section de la paroi abdominale.

L'incision varie de longueur suivant le volume de la tumeur et les difficultés d'extraction. Elle doit être aussi courte que possible et ne pas approcher la symphyse de plus de deux travers de doigt.

La peau et le pannicule adipeux étant sectionnés et l'hémostase faite à mesure, on cherche l'interstice des muscles droits, vers le haut de la plaie, en s'aidant d'écarteurs et, au besoin, d'une traction

indirecte sur la ligne blanche par l'intermédiaire d'une pince fixée sur la peau, au voisinage de l'ombilic.

Les muscles droits étant écartés et les aponévroses traversées, le fascia graisseux pré-péritonéal est saisi entre deux pinces et on le sectionne en dédolant. Le péritoine, saisi et soulevé de même, est effondré avec le bistouri agissant à plat; l'index, introduit dans la brèche, sert de guide protecteur pour la prolongation de la section, en haut et en bas, avec les ciseaux.

En règle générale, on ne doit pas pénétrer dans le péritoine avant d'avoir complètement assuré l'hémostase. On aura soin de fixer des pinces sur les bords de son ouverture afin de les retrouver facilement au moment de la suture.

Pour éviter de léser la vessie, on se rendra compte, en incisant le péritoine vers le bas, de l'épaisseur de tissu qui coiffe le doigt; en cas de doute, on examinera à contre-jour ou l'on mettra une sonde dans le réservoir.

Pour s'orienter convenablement, on peut être amené, en raison de l'étendue des adhérences, du grand volume ou de la situation sous-séreuse de la tumeur, à prolonger l'incision au-dessus de l'ombilic. En ce cas, il vaut mieux contourner celui-ci que de le sectionner directement; de plus, la tumeur étant extériorisée on rétrécira l'ouverture par le haut à l'aide de pinces ou de sutures provisoires qui s'opposeront à l'issue de l'intestin.

3° Extraction de la tumeur.

Avant de pouvoir extérioriser la tumeur, il faut, le plus souvent, la libérer de ses adhérences naturelles ou artificielles, la ponctionner si elle est kystique et faire, au fur et à mesure, l'hémostase.

A. Destruction des adhérences.

a. Adhérences pariétales. — Les adhérences pariétales sont assez facilement déchirées avec la main introduite à plat. Si l'une des brèches qui en résultent du côté de la paroi offre quelque importance, il ne faut pas manquer de suturer, sans quoi elle serait ultérieurement comblée par l'intestin, d'où la possibilité d'obstruction au cours des matières.

Pour agir dans le fond du petit bassin, on se trouvera très bien de la position de Trendelenburg ou, à son défaut, du soulèvement des culs-de-sac par la main d'un aide introduite dans le vagin. Leprévost (du Havre) a conseillé l'emploi du ballon de Petersen: si l'on veut agir dans le Douglas, on place le ballon dans le rectum;

si l'on veut agir dans le cul-de-sac vésico-utérin, on place le ballon dans le vagin.

b. **Adhérences épiploïques.** — Le détachement de l'épiploon exige des ligatures soignées, simples ou en chaîne, suivant l'épaisseur des tissus, surtout en cas d'infiltration graisseuse.

Lorsque la membrane est adhérente à l'enceinte pelvienne, à la façon d'un toit jeté sur les viscères sous-jacents, mieux vaut, au lieu de passer au travers, la libérer progressivement de bas en haut. Si elle adhère à des organes qui doivent rester en place, on s'efforcera toujours de l'en détacher entièrement; si elle adhère à la tumeur à enlever, on n'hésitera pas à la réséquer à distance pour gagner du temps.

c. **Adhérences intestinales.** — D'une façon générale, en cas d'adhérences viscérales un peu étroites, il est toujours prudent de s'aider de la vue. Ainsi, avec la position dorso-sacrée, ne faut-il généralement pas s'attaquer aux adhérences intestinales avant qu'elles aient été amenées, au moins partiellement, au dehors. On les détache avec la pulpe du doigt, ou encore, avec le doigt coiffé d'une compresse-éponge, avec une pince à disséquer, en ayant toujours soin d'exercer ses efforts sur la tumeur elle-même. Quand il s'agit d'adhérences lâches, on peut les dérouler rapidement à l'aide du thermo-cautère. Au besoin, laisser une partie de la coque de la tumeur adhérente à l'intestin et en cautériser la surface, ou la fermer par une suture (Schröder), si elle est peu étendue. Si les adhérences intestinales sont trop intimes et trop larges, il faut savoir s'arrêter à temps.

Dans le cas d'ouverture de l'intestin, recourir à la suture de Lembert à la soie fine. Une déchirure qui n'intéresse que la séreuse, et même la musculuse, est assez bénigne: si elle est peu étendue, on la traite par la suture au catgut ou à la soie, à points séparés; si elle est plus large, on se contente de l'hémostase par compression, de l'attouchement avec la solution phéniquée, ou encore, de l'action du thermo-cautère à distance.

d. **Adhérences viscérales de la région supérieure de l'abdomen.** — Pour se rendre maître des adhérences d'une grosse tumeur aux organes de la partie supérieure de l'abdomen, rate, vésicule biliaire, foie, il ne faut pas craindre d'agrandir au besoin l'incision pariétale jusqu'à l'appendice xiphoïde.

e. **Adhérences vésicales.** — Pour détacher la vessie étalée sur la face antérieure d'une tumeur qui l'a entraînée dans sa marche ascendante, on aura recours avec avantage à l'action simultanée de deux pinces à disséquer, après avoir pratiqué une boutonnière

au péritoine, et l'on aura soin de se guider sur une sonde d'homme alternativement manœuvrée par l'opérateur lui-même et par un aide. Les plaies non pénétrantes de la vessie seront traitées comme celles de l'intestin. Les plaies pénétrantes, si elles ne dépassent pas 3 ou 4 centimètres, seront suturées au catgut ou à la soie fine, par points rapprochés de 1 à 2 millimètres; après quoi, l'on placera une sonde à demeure. La suture pourra même être tentée pour des plaies beaucoup plus étendues (Terrillon). Si on laisse un pédicule ovarien ou utérin en dehors de l'abdomen, préférer le surjet de catgut, sur deux étages, à la soie qui, étant plus poreuse, s'infecte plus facilement, et drainer la cavité de Retzius à la gaze iodoformée (Terrillon). Dans ces mêmes conditions de pédiculisation externe, pour éviter de comprendre la vessie dans la ligature élastique, quand le pédicule est très court et très voisin du réservoir, il est bon de passer, au-dessous du lien, une broche qui en prévient le glissement.

f. **Adhérences utérines.** — Les adhérences à l'utérus n'offrent de particulier que les difficultés d'hémostase, relevant ordinairement de la déchirure du muscle (voir plus loin).

g. **Adhérences sous-séreuses.** — Les tumeurs sous-séreuses, non pédiculées, ne peuvent être enlevées que par *décortication*. Après avoir pratiqué une boutonnière à la séreuse, on procède par décollement ou arrachement avec les doigts, en s'aidant, au besoin, des ciseaux et de la spatule, et en ne s'arrêtant à faire la forcipressure que pour les gros vaisseaux. Quand les adhérences sont très intimes, il est bon, s'il s'agit d'un kyste, de s'aider de la main introduite dans la tumeur, après avoir fixé les lèvres de l'ouverture faite dans ce but, avec une couronne de pinces. On peut encore, pour diminuer la longueur du travail, tracer au bistouri, à une certaine distance du pôle supérieur de la tumeur, une grande ellipse qui ne comprend que son enveloppe séreuse, et au-dessous de laquelle seulement on entreprend le travail de séparation (Pozzi). A un moment donné, on arrive, dans les profondeurs de la plaie, sur le pédicule vasculaire qu'il faut lier avant de le sectionner.

Si les ligaments larges sont incomplètement disséqués, on peut commencer par raser avec des ciseaux les bords latéraux de la tumeur, en faisant progressivement l'hémostase, et terminer par *décortication*.

S'il s'agit, non d'un kyste parovarien, mais d'un kyste ovarien en partie inclus, il faut d'abord le vider et l'attirer au dehors; puis on le décortique à sa base pour amincir le pédicule.

Enfin, si l'énucléation est impossible, on a recours à la *marsupialisation* (voir plus loin).

Quant à la poche ligamenteuse, plus ou moins anfractueuse, qui reste, ou bien on se contente de l'aplanir en excisant les débris flottants; ou bien, si elle est peu profonde et peu étendue, on la ferme par une suture en surjet. S'il persiste un suintement sanguin, on fait le tamponnement de Mickulicz et l'on ne tente la marsupialisation de cette poche celluleuse elle-même que si l'on craint l'issue d'un liquide plus ou moins septique à son intérieur, comme l'urine, par exemple.

Les *blessures de l'uretère* ne se produisent guère qu'au cours des opérations de ce genre ou de l'hystérectomie vaginale. Pozzi les range en trois catégories : 1° *simples déchirures latérales*; 2° *déchirures complètes avec intégrité des connexions du conduit*; 3° *ruptures complètes avec dissection de l'un des bouts*, généralement l'inférieur, qui se trouve, par suite, exposé à la mortification. S'il s'agit d'une laparotomie antérieure, Pozzi conseille, pour les cas des deux premières catégories, la suture très exacte de la plaie avec la soie fine (conformément aux règles de la suture intestinale), suivie de l'introduction dans l'uretère, par la vessie, d'une petite sonde en gomme, jusqu'au-dessus de la déchirure. En cas d'échec, ce à quoi il faut bien s'attendre, on fera la marsupialisation et le tamponnement de la poche résultant de l'énucléation de la tumeur. Pour le troisième ordre de faits, le même auteur conseille, avec une expérience heureuse à l'appui : l'établissement d'une fistule urétérale lombaire avec le bout supérieur du conduit, puis l'application d'une sonde urétérale à demeure et le tamponnement antiseptique du péritoine, comme drainage préventif de l'infiltration d'urine, au niveau du bout vésical qui est lié et fixé à l'angle inférieur de la plaie abdominale. La néphrectomie, pratiquée à la suite d'une opération importante, pouvant avoir des conséquences fatales, est remise à une époque ultérieure.

Rôle des aides. — Au cours de ces manœuvres de libération, les aides, pour bien remplir leur rôle, doivent constamment maintenir sous l'œil et le doigt de l'opérateur, au point précis, le champ de son action. Ils protégeront les anses intestinales sous un lit de compresses-éponges, veilleront à l'asepsie extérieure, étancheront le sang, pratiqueront les ligatures, atténueront la résistance des parois abdominales en les soulevant avec la main en crochet ou des écarteurs, etc.

L'opérateur n'hésitera pas, pour se donner du jour et de l'aisance, à prolonger l'incision vers le diaphragme et à pratiquer, au

besoin, l'*éviscération*, c'est-à-dire à extérioriser les intestins sous un lit de compresses humides, chaudes et aseptiques. La position de Trendelenburg rend généralement cette manœuvre inutile.

B. Ponction des tumeurs kystiques.

On se dispense de ponctionner les tumeurs de petit volume qui, à l'inverse des grosses, se libèrent mieux de leurs attaches, quand elles sont remplies de liquide; à moins toutefois que leur paroi ne soit très friable et qu'on ait lieu de croire à la septicité de leur contenu. En ce cas, si la tumeur ne peut être amenée facilement entre les lèvres de la plaie extérieure, il faut avoir soin, avant de la ponctionner, de la cerner avec une couronne de compresses-éponges montées sur pinces, et de récliner l'intestin.

La ponction est faite avec l'aiguille de Dieulafoy ou le gros trocart à pointe ronde, suivant le volume de la poche et la nature du contenu. Dès que l'instrument a traversé la paroi, on saisit celle-ci, de chaque côté de la canule, avec une pince à forcipressure qui la maintient soulevée. De plus, l'on applique, au-dessous et de bord et d'autre de l'orifice de ponction, les mors d'une pince à kystes : ces mors serrent légèrement la canule au moment où on l'extrait et se referment immédiatement derrière elle, en obturant l'ouverture. Grâce à ces manœuvres, on peut prévenir toute effusion de liquide dans le péritoine.

Il est indispensable, pour les kystes à contenu colloïde, et plus expéditif pour ceux qui renferment un liquide abondant et non septique, de remplacer la ponction par l'ouverture au bistouri. Enfin, en cas de tumeur polykystique, on est ordinairement obligé de rompre à la main les cloisons secondaires pour obtenir une évacuation suffisante.

C. Hémostase.

Les *adhérences* doivent être surtout traitées par déchirure et ne nécessitent, par suite, qu'un petit nombre de ligatures. De plus, l'usage méthodique des pinces à forcipressure permet de poursuivre ce travail sans interruption et de gagner encore, par la suite, beaucoup de temps, les pinces n'exigeant pas toutes d'être remplacées par des fils.

Le *suintement en nappe* cède généralement à la compression par les éponges ou les compresses, exercée de quelques minutes à un

quart d'heure (Tait). En cas d'insuccès, on aura recours, suivant les cas, au fer rouge, à la suture en surjet ou au tamponnement de Mickulicz (voir plus loin). Dans quelques cas, on a eu recours sans inconvénient aux liquides hémostatiques, tels que le perchlorure de fer. Enfin, comme ressource extrême, on a la forcipressure à demeure, pratiquée avec de longues pinces entourées de gaze iodoformée et laissées en place durant quarante-huit heures, à la manière de drains.

Les hémorragies provenant de *déchirures de l'utérus* sont parfois très difficiles à arrêter. Le thermo-cautère étant ordinairement impuissant, on aura recours à la suture en surjet dont on complètera au besoin l'action par le tamponnement: en cas d'insuccès, on n'a d'autre ressource que l'hystérectomie.

Pour les hémorragies *pariétales* rebelles et d'un accès difficile, on a conseillé une série de moyens plus ou moins ingénieux, qu'on a rarement l'occasion d'appliquer: fils passés à travers toute l'épaisseur de la paroi abdominale et autour de la surface qui saigne, puis noués sur un rouleau de gaze iodoformée; suture soudant la surface qui saigne à la surface symétrique, quand le suintement a lieu assez près des lèvres de l'ouverture extérieure.

Quand une hémorragie importante a lieu dans les profondeurs du petit bassin, il est indispensable de mettre tout d'abord, et autant que possible, la région en lumière. On y parvient en refoulant l'intestin avec des compresses, et mieux, en plaçant la malade dans la position inclinée; en attirant peu à peu la surface cruentée, indirectement avec une pince à griffes fixée sur l'utérus et directement avec des pinces-clamps convenablement superposées. Puis on fait, de préférence, une ligature après pincement. Si on ne peut y arriver, on passe, au-dessous des vaisseaux qui donnent, un ou plusieurs points de catgut, à l'aide de fines aiguilles qu'on enfonce peu profondément pour ménager l'uretère. Dans un cas, Rontier aurait arrêté une hémorragie de la veine iliaque par le simple tamponnement.

D. Extériorisation de la tumeur.

La tumeur étant libérée de ses attaches, on peut encore rencontrer certaines difficultés pour l'amener à l'extérieur. Ces difficultés peuvent tenir: 1° à son volume et, en ce cas, il faut la morceler ou mieux, s'efforcer de l'engager par sa plus petite circonférence, en rétractant fortement les parois abdominales, ou agrandir l'incision extérieure; 2° à son enclavement total ou partiel (lobe d'un

fibrome accroché sous le pubis, par exemple); 3° à un simple phénomène de *cohésion*, ainsi qu'il arrive pour des kystes de petit volume inclus dans le Douglas (Schwartz). Dans ce dernier cas, dès que le doigt a pu s'insinuer entre le péritoine pariétal et la tumeur, celle-ci devient tout à coup complètement mobile.

Quand il s'agit d'une tumeur très volumineuse, on aura dû l'évacuer lentement si elle est kystique, et il faut l'extraire de même afin d'atténuer les phénomènes de décompression vasculaire et de prévenir, en particulier, la syncope.

Tandis que la tumeur sort peu à peu du ventre, l'aide maintient appliquées à son contact les lèvres de la plaie abdominale, pour prévenir l'issue de l'intestin.

4° Ablation de la tumeur.

A. Ablation totale.

Quand la tumeur a pu être complètement dégagée, jusqu'à son pédicule, on sectionne celui-ci après ligature. Le pédicule est-il peu accessible, on commencera par exciser la plus grande masse de la tumeur, après l'avoir enserrée à la base avec une pince courbe ou un lien élastique. Est-il très épais et mal différencié, il faut y tracer un sillon avec une forte pince à pression ou décortiquer, s'il y a lieu, la base de la tumeur.

Le lien élastique est réservé aux pédicules résistants ou très épais; pour les autres, on emploie la soie plate et tressée de Czerny, du n° 3 au n° 6. Il faut savoir qu'au-dessus du n° 4 elle se relâche assez facilement une fois nouée. Le catgut est complètement à rejeter.

La ligature la plus usitée est la ligature en chaîne, à deux ou plusieurs anses (voir: liv. I, chap. III).

Les nœuds de Lawson Tait et de Bantock (*ibid.*) sont réservés à l'ablation des annexes saines ou enflammées; et encore, lorsqu'il s'agit d'ovaro-salpingite, peut-on avoir affaire à des pédicules très charnus pour lesquels ils n'offrent aucune sécurité.

Il est de règle d'user du thermo-cautère pour sectionner ou pour cautériser, après section, la lumière de la trompe ou de l'utérus.

La section terminée, il est bon de s'assurer, au bout de quelques instants, que le pédicule ne saigne pas, la ligature ayant pu se relâcher du fait des modifications apportées à la tension des tissus par le passage du moignon dans le petit bassin. En vue de cette vérification, on aura eu soin d'appliquer une pince languette sur le moignon, afin d'éviter toute traction fâcheuse sur les fils.

Il peut arriver que, par crainte d'une hémorrhagie secondaire ou de la septicémie, on soit obligé de renoncer à rentrer le pédicule. En ce cas, on le fixe à l'extérieur; ou bien encore, s'il s'agit d'un pédicule utérin, on l'extrait par le vagin ou par l'abdomen.

B. Ablation partielle.

S'il s'agit d'une tumeur solide, on la traite, à l'endroit choisi pour la section, comme il vient d'être dit pour le véritable pédicule.

S'il s'agit d'une tumeur liquide, on en fait la *marsupialisation*.

Marsupialisation. — Cette méthode consiste à fixer le fond de la poche dans l'angle inférieur de la plaie abdominale, et de telle sorte que sa surface interne, étant en continuité directe avec la peau, se trouve complètement isolée du péritoine.

1° En règle générale, quand le contenu du kyste est septique ou supposé tel, l'isolement, par la suture, de la portion qui doit rester dans le ventre, doit précéder l'ouverture et la résection de la portion extériorisée.

On commence donc, avant même de faire une ponction (à moins qu'elle ne soit nécessaire aux manœuvres de libération), par entourer la base de la poche d'une couronne de sutures qui la réunissent à la paroi. On peut procéder de diverses façons : la plus expéditive consiste à comprendre, dans une série elliptique de points séparés, perpendiculaires aux lèvres de la plaie abdominale, toute l'épaisseur de celle-ci, mais une partie seulement de l'épaisseur de la poche : on évite ainsi l'effusion du liquide contenu, à travers les trous des aiguilles, et l'infection de celles-ci. Après quoi, par une autre série de points séparés, on ferme le ventre au-dessus de la poche, en ayant soin de comprendre celle-ci dans l'anse du fil le plus inférieur.

Le procédé suivant offre peut-être une sécurité plus grande : A l'aide d'un surjet de catgut, on ferme le péritoine au-dessus de la poche et on l'adosse à son pourtour; puis, une fois qu'elle est ouverte et aseptisée, on passe une série de points séparés comprenant toute son épaisseur et toute celle de la paroi abdominale, et complétant, au-dessus, l'occlusion du ventre.

Quel que soit le procédé choisi, il est nécessaire, pour éviter l'éventration : 1° que les différentes couches de la paroi abdominale, peau, muscles, aponévroses, péritoine, soient comprises dans la suture, au niveau comme au-dessus de la marsupialisation; 2° que l'ouverture du kyste soit limitée aux dimensions nécessaires : si on a dû la faire assez grande, pour l'évacuation de par-

ties solides volumineuses (fœtus, par exemple), il est toujours facile de la réduire à l'aide de points séparés appliqués de haut en bas et comprenant, en même temps, les lèvres de la poche et celles de la paroi abdominale.

2° Lorsque le kyste a été préalablement ponctionné et que son contenu est franchement aseptique, on agrandit suffisamment l'ouverture dans le sens de la ligne blanche, on la fixe comme il a été indiqué plus haut, et dans toute son épaisseur, par une couronne de points séparés, puis on effectue au-dessus l'occlusion du ventre.

L'évacuation d'une poche septique doit toujours être suivie d'un nettoyage soigneux par des lavages accompagnés de frictions, voire même, par un curettage si on ne craint pas de perforer la paroi. On draine ensuite avec un gros tube de caoutchouc entouré de gaze iodoformée. Le pansement est renouvelé suivant les besoins, c'est-à-dire, dans les débuts, une ou deux fois par jour.

La guérison survient généralement entre un et trois mois. On la facilite, s'il y a lieu, par des curettages répétés du trajet.

3° Toilette du péritoine.

La tumeur étant enlevée et l'hémostase parachevée, on procède à la toilette du péritoine par *essuyage* ou *lavage*.

A. Essuyage. — On le pratique avec des compresses ou des éponges montées sur pinces que l'on porte aux points voulus et particulièrement dans la cavité de Douglas.

Quand le liquide épanché est aseptique (sang, liquide de kyste prolifère, etc.), un simple *essuyage* est suffisant.

Quand le liquide épanché est septique, mais peu abondant, et qu'il a pu être recueilli en plus grande partie sur des compresses, on se contentera encore de l'essuyage suivi de badigeonnage à la solution phéniquée forte et de drainage à la gaze iodoformée.

B. Lavage. — Le lavage, exposant par lui-même à diffuser les germes, on ne l'emploiera que si l'on suppose la diffusion déjà faite (abondance des matières épanchées au cours de l'opération, poussée récente de péritonite par rupture d'un pyosalpinx, etc.).

Théoriquement, il doit rendre également des services en cas de *shock opératoire*, agissant alors à la manière d'une transfusion (Delbet).

Il aurait, dans quelques cas, provoqué la syncope (Polaillon).

L'eau employée doit être à la température de 38° et avoir subi la double ébullition. On l'additionne ordinairement de 7/1000 de sel marin et on s'en sert à l'aide d'un appareil laveur quelconque, agissant simplement par la pression atmosphérique.

Quand il y a péritonite purulente, Delbet conseille l'usage successif des solutions suivantes : 1° durant dix minutes, lavage avec la solution salée à 7/1000 qui, outre ses effets mécaniques, diminue la puissance d'absorption du péritoine ; 2° lavage avec une solution antiseptique (solution biiodurée à 1/20000, sublimée à 1/3000) ; 3° nouveau lavage avec la solution physiologique de sel marin, pour enlever l'excès de substance toxique.

La canule doit être assez longue pour atteindre tous les recoins de la cavité abdominale. On assure, à mesure, l'évacuation du liquide, en comprimant de temps à autre les flancs, et on l'active en pratiquant le siphonage, du ventre vers une cuvette posée à terre. En général, une douzaine de litres suffisent.

6° Drainage.

Le drainage du péritoine, qui fut conseillé, au début de la laparotomie, comme méthode générale, n'est pas sans inconvénients : il entraîne la formation d'adhérences, expose à l'éventration, à la contamination du péritoine, durant les deux premiers jours, et de la cavité néoformée autour du drain durant ceux qui suivent. On ne doit donc l'employer que dans des conditions bien déterminées : ascite, suintement sanguin persistant, surfaces cruentées assez larges et non réunies, reliquat de tissus morbides, péritonite suppurée, rupture d'un foyer septique dans des conditions telles que le nettoyage, pendant et après l'opération, semble insuffisant, ouverture d'une cavité ou d'un conduit naturel.

Généralement, à l'heure actuelle, on ne draine que par l'abdomen, le drainage *abdomino-vaginal* étant réservé aux cas où une poche septique descend très bas et s'accôle au cul-de-sac de Douglas.

Chaput, en ces derniers temps, a conseillé d'en étendre l'usage : il l'emploie dans l'hystérectomie vaginale, dans les laparotomies pour salpingites suppurées et rupturées, etc. Au lieu d'arrêter le tube dans le cul-de-sac de Douglas, il lui fait traverser la paroi abdominale. Il le fixe en ce point avec une épingle de sûreté et, au milieu du vagin, avec deux pinces à forcipressure sans obturer son calibre. Le drain, ainsi placé, serait très favorable aux lavages (quatre lavages à l'eau bouillie en vingt-quatre heures et, si la température se maintient élevée, irrigation continue) (1).

A. Drainage tubulaire. — Quand on veut faire du *drainage proprement dit*, qu'on cherche à assurer l'écoulement d'un liquide,

(1) Chaput, *Soc. de gynéc.*, déc. 1892.

il ne faut pas se borner à l'emploi de la gaze, dont l'action capillaire s'épuise complètement au bout de deux ou trois jours ; le mieux est d'employer le drain de verre, sans perforation latérale, bourré de coton ou de gaze que l'on renouvelle, ou, plus simplement, le drain de caoutchouc rouge entouré ou non de gaze.

B. Drainage à la gaze. — Si l'on veut surtout réaliser un *tamponnement*, soit *hémostatique*, soit *isolateur et antiseptique*, on emploiera, soit simplement des lanières de gaze aseptique auxquelles seront fixés des fils de soie, soit le tamponnement méthodique de Mickulicz.

a. TAMPONNEMENT SIMPLE. — Au lieu de tasser les lanières en un seul faisceau, de la profondeur à la surface, il vaut mieux les disposer en deux couches : l'une profonde, l'autre superficielle et qui sera changée plus souvent.

b. TAMPONNEMENT DE MICKULICZ. — Pour faire le *tamponnement de Mickulicz*, on introduit d'abord au fond de la plaie un carré de gaze iodofornée, en le saisissant en son milieu, au bout d'une pince. Ce carré de gaze est ainsi transformé en un sac que l'on bourre de lanières de même tissu. Au fond du sac et du côté de son ouverture, et à l'extrémité des lanières, sont fixés autant de fils de soie qu'on marque de un, deux, trois nœuds, suivant l'ordre d'après lequel on devra extraire les tampons correspondants. On évite ainsi des tiraillements fâcheux.

Il est inutile de laisser le tamponnement *hémostatique* plus de quarante-huit heures en place, ce qui permet de ne pas renoncer à la réunion par première intention en vue de laquelle on aura disposé un ou deux fils d'*attente*.

S'agit-il de tamponnement *isolateur et antiseptique*, on évitera d'y toucher jusque vers le troisième jour ; les deux jours suivants, on enlèvera les bandelettes et, le cinquième jour, le sac lui-même, s'il y en a un. En raison des adhérences du sac avec la cheminée de néo-membranes qui l'entoure, son extraction est assez pénible pour la malade et demande quelques précautions.

S'il existe encore, à ce moment, un écoulement notable, on placera dans le trajet, suivant l'abondance des sécrétions, soit un drain de caoutchouc, soit une simple mèche de gaze qu'on renouvelera tous les deux jours environ.

7° Suture de la plaie abdominale.

Pour fermer la plaie abdominale, on a recours à la *suture à un seul plan*, ou mieux, à la *suture à étages* qui prévient beaucoup plus sûrement l'éventration.

A. Suture à un seul plan. — On commence par étendre une compresse-éponge au-devant de l'épiploon et de la masse intestinale, pour mettre ces organes à l'abri des aiguilles et des anses de fils. Puis l'on passe, de haut en bas, une série de *points profonds*, au crin de Florence, intéressant toute l'épaisseur de la paroi abdominale, y compris le péritoine, distants de 1 centimètre et demi les uns des autres et de 1 centimètre environ des bords de la plaie. Terrillon conseille de traverser la séreuse à quelques millimètres seulement de ses lèvres pour éviter d'amorcer des hernies dans l'intervalle des fils. Il est très important de faire passer les fils extrêmes aux angles mêmes de la section péritonéale.

Tous les fils profonds étant placés, on les noue de haut en bas, en attirant peu à peu, dans le même sens, la compresse protectrice qu'on enlève complètement avant de serrer les deux ou trois derniers fils; mais, tout d'abord, on aura eu soin de tendre fortement ces fils afin d'éviter qu'ils n'accrochent l'épiploon, et on les maintiendra tendus jusqu'à ce qu'ils soient noués. La coaptation exacte de la peau sera assurée par quelques points superficiels.

B. Sutures à étages. — La suture à étages se fait, soit à points continus, soit à points séparés.

a. Suture continue, au catgut, sur trois plans (Pozzi). — Le plan profond comprend les bords de la section péritonéale et du fascia sus-jacent. Le plan moyen rapproche les muscles droits et ferme leurs loges aponévrotiques. Le plan superficiel opère la réunion cutanée. Pozzi obtient, avec cette suture, des résultats parfaits. Nous préférons cependant la suivante qui réussit aussi bien tout en étant plus expéditive :

b. Suture à points séparés sur deux plans. — Le plan profond de *points perdus*, points ordinaires ou *points du pelletier*, fait avec de la soie de moyenne grosseur, comprend le péritoine et les aponévroses. Les plans superficiel et demi-profond de *points amovibles*, ordinaires, faits au crin de Florence, comprennent la peau et le tissu cellulaire sous-cutané.

8° Pansement.

Une fois la suture terminée, on procède rapidement au pansement qui sera composé des différentes pièces énumérées plus haut. Il faut éviter de trop serrer le bandage extérieur, dans la crainte de provoquer la formation d'adhérences (Müller), surtout si on laisse dans le ventre une grosse tumeur, comme c'est le fait dans la castration pour fibrome. Si la plaie abdominale est complètement

fermée, le pansement sera laissé en place jusqu'à l'enlèvement des fils, à moins d'élévation de la température ou d'accélération du pouls.

9° Traitement post-opératoire.

A. Traitement des suites normales.

a. Soins immédiats. — La malade étant replacée dans son lit, les cuisses relevées, on la réchauffe au moyen de bouillottes et on lui administre un lavement stimulant.

b. Alimentation. — Le second jour, on se bornera à des liquides (grog, lait coupé d'eau de Vals-Saint-Jean, etc.), à la dose de 1 litre au plus dans les vingt-quatre heures et par petites quantités à la fois. Le troisième jour, on permettra des soupes légères au lait, au bouillon avec un jaune d'œuf. Vers le cinquième jour, on passera aux viandes légères et aux œufs. On évitera, durant quelque temps encore, les légumes et surtout les farineux (Hofmeier).

c. Évacuation intestinale. — Pour prévenir les accidents septiques d'origine intestinale, au lieu de donner comme autrefois l'opium, on est actuellement d'accord pour provoquer les selles de bonne heure, soit dès le deuxième jour. C'est ainsi que Terrillon prescrit à ses opérées, vers cette époque, si elles n'ont pas d'émissions gazeuses, 60 centigrammes de calomel ou un verre d'eau de Sedlitz. Pozzi, faisant observer avec raison que les laxatifs sont le plus souvent vomis, préfère donner, dès le soir du second jour, un lavement de 6 cuillerées à bouche de vin de Bordeaux additionné de 3 cuillerées de glycérine. Le lendemain, s'il n'y a pas émission de gaz, second lavement de même composition, additionné de 1 à 2 cuillerées à bouche de miel de mercuriale, et introduction dans l'anus, à 10 centimètres de profondeur, d'une sonde en gomme n° 20. Sébilleau préfère l'emploi de la sonde œsophagienne. Le sondage sera répété deux ou trois fois par jour et même, au besoin, toutes les deux ou trois heures. Le cinquième ou sixième jour, on donne une purgation légère et, dans la suite, un lavement quotidien, si besoin est.

d. Cathétérisme. — Il est généralement nécessaire de sonder l'opérée durant un à deux jours, et à des intervalles de trois à six heures au plus. Inutile d'insister sur la nécessité absolue d'un cathétérisme aseptique.

e. Retrait des fils. — Les fils peuvent être enlevés dès le huitième jour s'il n'y a pas de tympanisme. Il vaut cependant mieux,

si l'on n'a pas fait de suture à étages, ne les enlever que le dixième jour. Si, à cette époque, il y a tympanisme, on consolidera la cicatrice à l'aide d'une suture sèche.

f. **Décubitus et durée du séjour au lit.** — En général, et si tout marche à souhait, la malade devra demeurer dans le décubitus horizontal absolu jusqu'au cinquième jour. Le dixième jour, on lui permettra de s'asseoir dans son lit et, vers le quinzième, dans un fauteuil. Elle fera ses premiers pas au bout de la troisième semaine et ne reprendra ses occupations qu'au bout d'un mois. Pendant les deux premiers mois, elle portera une ceinture appropriée.

B. Traitement des suites anormales.

A. **Accidents précoces.** — a. **DOULEURS ET AGITATION.** — On opposera aux douleurs et à l'agitation, qui sont assez accentuées à la suite de certains traumatismes opératoires, l'injection d'atropo-morphine à faible dose, répétée, s'il est besoin, à intervalles éloignés. Mais il ne faut pas donner l'opium à l'intérieur, dans la crainte de provoquer la *paralyse intestinale*.

b. **HÉMORRHAGIE INTERNE SECONDAIRE.** — Elle s'annonce par des symptômes d'anémie aiguë et un fort abaissement des replis de Douglas avec soulèvement douloureux des régions inguinales (Hofmeier); de plus, si on a placé un drain, il s'en écoule un sang franchement rouge, déterminant sur le linge une tache de couleur uniforme. En présence de ces symptômes, il ne faut pas hésiter à rouvrir le ventre pour lier les vaisseaux qui donnent; puis, si l'état de la malade est grave, on lui fera une injection intra-veineuse ou sous-cutanée de solution stérilisée de sel marin à 6/1000; on lui élèvera les bras en abaissant sa tête et en comprimant la racine de ses cuisses; on la réchauffera extérieurement; on lui donnera des lavements stimulants et plusieurs injections d'éther à dix minutes d'intervalle.

c. **SHOCK.** — Sous le nom de *shock*, on a réuni à tort des phénomènes de collapsus trop souvent suivis de mort et qui sont dus aux causes les plus diverses: *anémie aiguë post-opératoire; hémorragies secondaires méconnues; troubles profonds déterminés dans le fonctionnement du cœur, des reins, par le traumatisme opératoire* (simples phénomènes d'inhibition ou fautes opératoires, telles que la *ligature des uretères*), par l'action des *anesthésiques* ou des *antiseptiques*.

Le traitement préventif découle de l'analyse de ces causes: grande rapidité d'exécution, emploi ménagé du chloroforme, sup-

pression des antiseptiques à l'intérieur du péritoine, sauf dans des cas exceptionnels. Quant au traitement curatif, il consistera dans l'emploi des moyens indiqués plus haut et communément employés dans le collapsus: frictions chaudes, injections d'éther, etc., auxquels on ajoutera, suivant les cas, des ventouses scarifiées sur la région des reins, si l'on croit à une congestion de ce côté, des injections sous-cutanées de caféine, s'il y a dégénérescence du cœur, etc.

d. **ATONIE INTESTINALE.** — L'*atonie intestinale*, très fréquente à des degrés divers, peut n'être que la manifestation première de la péritonite, comme elle peut l'engendrer du fait de la *coprostase*.

Quand elle est *primitive*, elle relève probablement de l'hyperémie veineuse due à l'exposition prolongée des intestins à l'air, et se manifeste: par l'arrêt, plus ou moins complet, des matières et des gaz par le bas, par des éructations, des vomissements, des douleurs au niveau des fausses côtes, des coliques peu vives, de la gêne respiratoire, une grande agitation, voire une élévation subite de la température.

C'est pour la prévenir que l'on conseille l'évacuation intestinale précoce. Il n'est du reste pas de meilleur moyen curatif à conseiller que les évacuants: mise en jeu de la sonde rectale, douches ascendantes d'eau de Seltz ou de plusieurs litres d'infusion de camomille additionnés d'huile et de savon (Léopold), pilule d'huile de croton (huile de croton 1 goutte et mie de pain q. s.), lavements électriques. On y joindra avec avantage les antiseptiques intestinaux s'il n'y a pas vomissements, soit: salol et magnésie à 2 grammes par jour, en six cachets.

e. **PÉRITONITE SEPTIQUE ET OCCLUSION INTESTINALE.** — La *péritonite septique*, qui résulte d'une *hétéro-infection* (par insuffisance d'asepsie des opérateurs, des instruments ou des téguments de l'opérée) ou d'une *auto-infection* (par épanchement de liquide septique, reliquat de poches suppurées, moignon tubaire ou utérin non désinfecté, paralyse intestinale), ne présente, comme *symptôme constant*, que la *faiblesse cardiaque* due à l'intoxication par les ptomaines, et qui se traduit par l'*irrégularité*, la *petitesse* et l'*accélération du pouls*.

La continuation ou la reprise des vomissements au delà du second jour, sous forme porracée, le ballonnement du ventre, le faciès pâle et grippé, la voix cassée, le refroidissement des extrémités, le désaccord entre le nombre des pulsations et la température qui peut tomber au-dessous de la normale, aussi bien que les caractères mêmes du pouls, constituent un *syndrome commun* à la *péritonite* et à l'*occlusion intestinale*.

Dans la péritonite *sans étranglement*, il est vrai, l'absence de gaz et de matières est ordinairement moins absolue; les vomissements sont moins habituellement fécaloïdes; le ballonnement se généralise plus rapidement; il y a, au moins au début, élévation de température, et quand cette hyperthermie, survenant dans les trois premiers jours, suit une marche ascendante, elle est assez caractéristique. Il en est de même de l'hyperesthésie générale de l'abdomen quand elle coexiste avec les modifications du pouls.

Mais la brusquerie et la limitation première de la douleur est commune à l'occlusion et à la péritonite par perforation.

En somme: 1° On peut toujours, après la laparotomie, circonscrire le diagnostic entre la péritonite et l'occlusion intestinale.

2° On peut croire, avec peu de chances d'erreur, à la péritonite, quand il y a hyperthermie, hyperesthésie de l'abdomen avec faiblesse cardiaque; à l'absence d'occlusion, quand il y a hyperthermie, vomissements non fécaloïdes, émission de quelques gaz et surtout de matières liquides.

3° En dehors de ces signes, on ne peut qu'hésiter entre l'obstruction simple et l'obstruction liée à la péritonite. Cette dernière coïncidence est fréquente, la péritonite pouvant engendrer la paralysie complète de l'intestin ou son étranglement; l'occlusion, d'autre part, engendrant la péritonite adhésive ou par perforation. Le signe de Briquet et Velpeau (auscultation du cæcum, pendant qu'on pousse une injection dans le rectum), le signe de Wahl (météorisme extrême et rapide de l'anse étranglée, dans l'étranglement aigu, reconnaissable à la vue, au palper et à la percussion), et le signe de Schlange (dilatation et mouvements péristaltiques de l'intestin au-dessus de l'obstacle, dans l'occlusion chronique), ne peuvent que confirmer, quand ils existent, l'idée d'occlusion (Comte).

Le diagnostic du siège, sinon anatomique, au moins topographique, de l'occlusion est parfois possible, au début, grâce à ces mêmes signes (Comte).

À la suite de la laparotomie, on observe rarement l'occlusion lente par obstruction (soudure de l'intestin à des surfaces cruentées, accumulations fécales, etc.), différenciable au signe de Schlange et à l'intensité moindre des symptômes généraux. On a surtout affaire: 1° À l'occlusion brusque par étranglement (étranglement complet ou pincement de l'intestin par des adhérences, par un pédicule, par une ligature; *coudeure*, *torsion*, etc.), différenciable à la gravité des symptômes de collapsus et au signe de Wahl, quand il s'agit d'étranglement véritable, etc.; 2° à la paralysie intestinale, qui peut simplement relever du froissement des parois intestinales ou d'une

action réflexe, locale ou générale (hystéro-traumatisme (Henrot), mais qui, le plus souvent, annonce la péritonite.

Cette pseudo-occlusion est à craindre quand l'atonie intestinale résiste aux moyens indiqués.

Pour prévenir l'occlusion intestinale, à la suite de la laparotomie, on ménagera, autant que possible, le péritoine et l'intestin, au cours de l'opération, en les protégeant contre les instruments, en s'abstenant de les mettre au contact de l'air, de solutions irritantes, etc; on veillera, surtout dans l'hystérectomie abdominale avec pédicule interne, à ce que le pédicule des tumeurs gagne le fond du petit bassin sans saisir l'intestin au passage; on comblera, par la suture continue, les plaies anfractueuses résultant des manœuvres de décortication; on refoulera, avec une compresse-éponge convenablement étalée, l'épiploon et la masse intestinale, lorsqu'on refermera le ventre; on usera de bonne heure des laxatifs; on évitera les bandages trop serrés.

A-t-on de bonnes raisons de croire à l'existence d'une occlusion intestinale, il faut tout d'abord recourir aux lavements gazeux et aux lavements électriques, avec une insistance plus ou moins grande suivant que l'on croira avoir affaire à l'occlusion par obstruction ou paralysie, ou bien à l'étranglement. L'action chirurgicale étant décidée, peut-être vaudrait-il mieux, d'une façon générale, recourir à l'entérotomie dans le premier cas, surtout si la malade est très affaiblie, et à la gastrotomie dans le second, surtout si la malade a conservé suffisamment de forces.

S'agit-il de péritonite, c'est encore la réouverture du ventre, suivie de lavages, qui semble être la méthode la plus rationnelle, bien qu'elle n'ait encore donné qu'un petit nombre de succès. Après avoir sectionné un ou deux points de suture, on fait un lavage en plusieurs temps, suivant le procédé de Delbet (voir plus haut), à l'aide d'une canule de verre de 25 centimètres qu'on promène à droite, à gauche, en bas, en haut, jusque sous le diaphragme; après quoi, on remplace le pansement ouaté par un lit de compresses imbibées de liqueur de Van Swieten et recouvertes elles-mêmes d'une feuille de taffetas gommé surmontée d'un sac de glace.

Le lavage est renouvelé une, deux fois, le lendemain et le surlendemain, si on le juge utile. En agissant de la sorte, Jullien a réussi à sauver une malade dont l'état paraissait absolument désespéré. Nous avons revu cette malade dans le service de Pozzi qui dut lui faire la cure d'une éventration consécutive.

Chaput pense que l'on pourrait essayer du drainage abdomino-vaginal avec lavages fréquents ou irrigation continue.

f. TEMPERATURE ET POUFS EN GÉNÉRAL. — Étant données ses modifications dans le shock, la péritonite et l'étranglement interne, on comprend que le *pouls* ait une part prépondérante dans le pronostic post-opératoire de la laparotomie.

L'*hyperthermie* peut exister dans les premiers jours, du fait seul des délabrements produits ou de l'existence de la péritonite au moment de l'opération, et n'a de signification grave, même si elle est assez prononcée, que si elle s'accompagne d'accélération du pouls. Cependant, si la température s'élève au-dessus de 39° dans les trois premiers jours, et surtout si cette élévation est régulièrement progressive, il s'agit ordinairement de septicémie et, tout à fait exceptionnellement, d'inflammation circonscrite. Une élévation, du cinquième au huitième jour, doit faire craindre une suppuration tégumentaire et, plus tard, un abcès (Hofmeier).

g. PÉRITONITE LOCALISÉE. — Elle s'annonce par une tuméfaction siégeant d'habitude dans le repli de Douglas, alors que la partie supérieure de l'abdomen reste souple et insensible. Son traitement n'a, dans l'espèce, rien de particulier.

h. PHÉNOMÈNES NERVEUX. — Indépendamment des accidents graves dont nous venons de parler, on a signalé, dans les jours qui suivent la laparotomie, des troubles variés, assez rares d'ailleurs, qui, probablement, ne sont que des actions réflexes et dépendent de l'hystéro-traumatisme : crachotement (Lucas-Championnière et Richelot), vomissements ayant pour caractères de se produire sans effort (Lucas-Championnière, Martin), péritonisme, troubles cardiovasculaires, paralysies passagères.

Quant au *délire post-opératoire*, assez fréquent dans les opérations qui portent sur l'appareil génital de la femme en général (38 cas sur 68 réunis par Le Dentu), il peut être, d'après cet auteur, tout à fait indépendant de la septicémie et de l'alcoolisme, et attribuable à d'autres causes d'ordres très divers : hystérie, manie, démence sénile, brightisme, intoxications (morphine, chloroforme, iodoforme, cocaïne).

B. Accidents tardifs. — a. ACCIDENTS INFECTIEUX ET OCCLUSION INTESTINALE. — La *septicémie péritonéale* peut encore se montrer entre le dixième et le quinzième jour, du fait de la mortification des tissus au niveau des ligatures perdues. Cependant les symptômes inflammatoires qui se manifestent à cette époque se rapportent ordinairement à des inflammations circonscrites, péri-pédiculaires ou pariétales : dans le premier cas, on doit recourir à des opérations diverses, depuis l'incision simple jusqu'à l'hystérectomie ; dans le second, à la désunion partielle de la plaie suivie d'injections avec des solutions

antiseptiques faibles, de badigeonnages avec des solutions fortes et de tamponnement à la gaze iodoformée.

Parmi les phénomènes infectieux tardifs, il faut encore compter la *parotidite*, assez rare du reste.

L'*occlusion intestinale*, quand elle se produit au cours de la convalescence, est plus facile à distinguer de la péritonite septique et de la simple atonie de l'intestin que dans les premiers jours qui suivent l'opération.

Corps étrangers abandonnés dans la cavité abdominale. — Des expériences de Thompson, Hamilton, Jalaguier (1), etc., et des observations cliniques publiées tant en France qu'à l'étranger, il résulte que l'abandon d'éponges, de compresses-éponges ou d'instruments, dans la cavité péritonéale, peut avoir des conséquences diverses. Il se produit toujours des adhérences, sauf, peut-être, si le corps étranger est très petit (Thompson). La malade meurt rapidement d'obstruction ou de péritonite septique due à la désinfection incomplète de l'objet (surtout s'il s'agit d'éponge) ou à la lésion de la paroi intestinale ; ou bien, le corps étranger s'enkyste et, dans la suite, peut se résorber s'il s'agit d'éponge ou, plus souvent, s'élimine par l'intestin ou la paroi abdominale.

b. URÉMIE. — Parmi les accidents tardifs, il faut encore signaler l'*urémie*, que nous avons déjà vue se dissimuler derrière les phénomènes généraux du shock.

c. EMBOLIE. — L'*embolie* est particulièrement fréquente après l'hystérectomie abdominale.

d. DÉSUNION DE LA PLAIE. — La *désunion de la plaie*, suivie de l'issue de l'intestin au milieu des pièces du pansement, n'a pas en général les conséquences graves que l'on pourrait craindre.

e. HÉMORRHAGIES. — Les *hémorragies tardives* sont dues à des reliquats inflammatoires ou à la congestion passive provoquée par les ligatures vasculaires, et consistent en *métrorrhagies*, *hématocele* (Bouilly) ou *hématome* (Tait).

f. TROUBLES DUS À LA MÉNOPAUSE ARTIFICIELLE. — Les troubles dus à la *suppression des règles* se traduisent par des bouffées de chaleur, des vertiges, des sensations de pesanteur, des désordres psychiques, en particulier à l'époque ordinaire des règles ; ils s'atténuent peu à peu, mais parfois ne laissent pas que de tourmenter beaucoup les malades. On leur opposera l'hydrothérapie, les distractions morales, les purgatifs salins, les scarifications du col (Pozzi) ou l'application de quelques sangsues sur les bras ou les cuisses

(1) Jalaguier, *Bull. de la Soc. anatom.*, mars 1893.

(Lucas-Championnière) au moment du molimen menstruel.

g. ÉVENTRATION. — La cure radicale de l'éventration post-opératoire peut se faire suivant plusieurs procédés :

Le procédé de Simon consiste à refouler vers la cavité abdominale toute l'épaisseur des tissus et à rapprocher la peau au-dessus de l'orifice de la hernie.

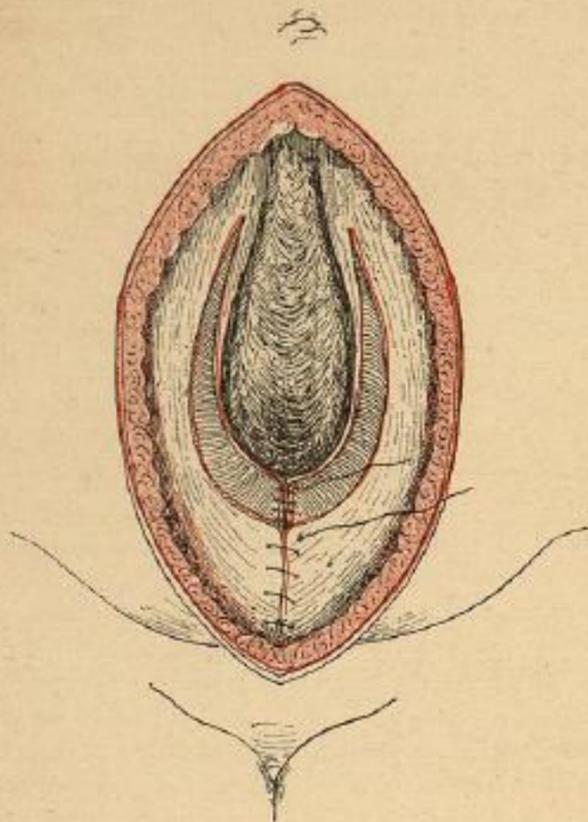


Fig. 261. — Cure radicale de l'éventration post-opératoire : procédé de Goullioud.

Magdl résèque toute l'épaisseur des tissus, y compris le sac, et fait ensuite une suture à étages.

Chrobak procède de même, sauf qu'il se contente de refouler le sac.

Le procédé de Goullioud paraît être le plus perfectionné. On commence par pratiquer une incision elliptique qui permet de retrouver, à la périphérie de la hernie et en dehors de la cicatrice, les différentes couches de la paroi. Le segment de peau et de tissus sous-cutanés, enserré par l'incision, est enlevé. Si les anfrac-

tuosités du sac ou les adhérences de l'épiploon font craindre l'étranglement, on les résèque, sinon on peut se contenter de les refouler. Cela fait, on ferme, par des surjets de catgut superposés, le péritoine s'il a été réséqué, la couche aponévrotique, la peau et les tissus sous-cutanés. Au lieu de suturer sur un seul plan l'aponévrose, Goullioud, après l'avoir fendue au-devant des muscles droits, suture séparément les deux lèvres aponévrotiques internes et les deux lèvres aponévrotiques externes, ce qui donne une cicatrice beaucoup plus résistante (fig. 262).

II. — OPÉRATIONS POUR AFFECTIONS DES ANNEXES

1° Extirpation des tumeurs des annexes.

L'extirpation des tumeurs de l'ovaire (ovariotomie), du ligament large et des tumeurs, plus rares, de la trompe, du ligament rond, etc., exige souvent une incision abdominale assez étendue.

On commencera cependant par faire une incision moyenne, également distante de l'ombilic et du pubis, et ce n'est qu'après avoir ponctionné la poche, s'il s'agit d'un kyste, et libéré en partie les adhérences, qu'on prolongera, si besoin est, la section vers le diaphragme.

Pour tout ce qui a trait à la libération des adhérences, à l'hémostase, à la section du pédicule ou à la marsupialisation des poches inextirpables, etc., nous renvoyons à l'article précédent.

2° Ovaro-salpingectomie (1).

L'ovaro-salpingectomie se pratique : 1° dans un but indirect, pour obvier aux vices de conformation, aux atrésies acquises de l'utérus, aux métrorrhagies rebelles, aux névroses graves d'origine génitale : c'est l'opération de Battey, sauf que cet opérateur n'avait en vue que l'ablation de l'ovaire, la castration ; 2° elle se pratique beaucoup plus souvent sur les annexes enflammées et adhérentes : c'est l'opération de Tail.

a. Soins préliminaires. — Il sera toujours bon, au préalable, de provoquer, autant que possible, la résorption des exsudats périmétritiques par le repos, les injections chaudes, le tamponnement glycéro-gallicé, etc. Si la métrite est encore en puissance, il vaut mieux

(1) Le terme ovaro-salpingectomie est préférable au mot castration, en ce sens qu'il implique la nécessité, proclamée par Tail, de l'extirpation simultanée de la trompe et de l'ovaire.