

XIX

LAPAROTOMIE

Toute intervention abdominale, qu'il s'agisse de redresser et de fixer l'utérus dévié, d'enlever une tumeur ou bien de pratiquer la castration des ovaires, exige un certain nombre de manœuvres communes. Toutes commencent par l'ouverture de la cavité abdominale, toutes nécessitent la rupture d'adhérences existantes, toutes enfin doivent être suivies de la toilette du péritoine et de la fermeture de la plaie. Ce qui les caractérise, ce qui les différencie les unes des autres, c'est le temps opératoire destiné à atteindre le but même de l'intervention. On le trouvera décrit dans les chapitres consacrés à l'hystéropexie, ovariectomie, etc.

Nous exposerons ici seulement les règles générales de la laparotomie, règles qui doivent guider l'opérateur dans toute intervention abdominale.

INSTRUMENTS. — Nous avons indiqué ailleurs comment on doit désinfecter les instruments et les pièces de pansement, quels soins doivent prendre l'opérateur et les aides pour rendre leurs mains parfaitement aseptiques. On trouvera dans l'*Aide-Mémoire* les instruments dont on a besoin pour chaque intervention.

Quelle que soit l'habileté de l'opérateur dans le diagnostic et quelle que soit l'attention qu'il ait apportée à l'examen

de la malade, il doit toujours prévoir les cas les plus compliqués et tout disposer en conséquence. On réunira donc dans un plateau les instruments strictement indispensables à l'opération qu'on se propose de faire et on tiendra prêts ceux qui sont destinés à parer à toute éventualité.

AIDES. — Le nombre des aides doit être aussi restreint que possible. Moins il y aura de mains en contact avec le champ opératoire, les instruments, les pièces de pansement, moins on courra les risques d'infection. Trois aides sont ordinairement suffisants : l'un est chargé de l'anesthésie, un autre passe les compresses, les tampons, les fils pour ligatures et enfile les aiguilles ; un troisième, l'aide principal, empêche la hernie des intestins, étanche le sang pour maintenir constamment libre le champ de l'opération et, en général, assiste le chirurgien dans chaque temps opératoire. Un quatrième aide peut être utile dans certaines hystérectomies abdominales faites pour fibromes volumineux afin de seconder l'aide principal. L'opérateur prendra lui-même les instruments placés à la portée de sa main (fig. 82).

La MALADE recevra matin et soir, pendant les quelques jours qui précèdent l'opération, une injection vaginale antiseptique. Si elle souffrait d'embarras gastrique, de constipation, on lui administrerait des purgatifs, des antiseptiques intestinaux : naphthol β , benzonaphthol, salicylate de magnésie. En tout cas, elle prendra, la veille, un purgatif et recevra, quelques heures avant l'intervention, un lavement. Quelques chirurgiens préfèrent, après avoir purgé la malade à deux reprises, la constiper les derniers jours par de fortes doses de sous-nitrate de bismuth pour mettre les intestins au repos et les débarrasser de gaz. La malade sera rendue aseptique par un grand bain savonneux suivi d'une lotion au sublimé dans l'après-midi du

jour qui précède l'opération, Elle sera vêtue d'un gilet de flanelle, de sa chemise et de ses bas.

Auguste Reverdin conseille de revêtir les bras et les jambes de la malade de fourreaux fermés à l'une de leurs

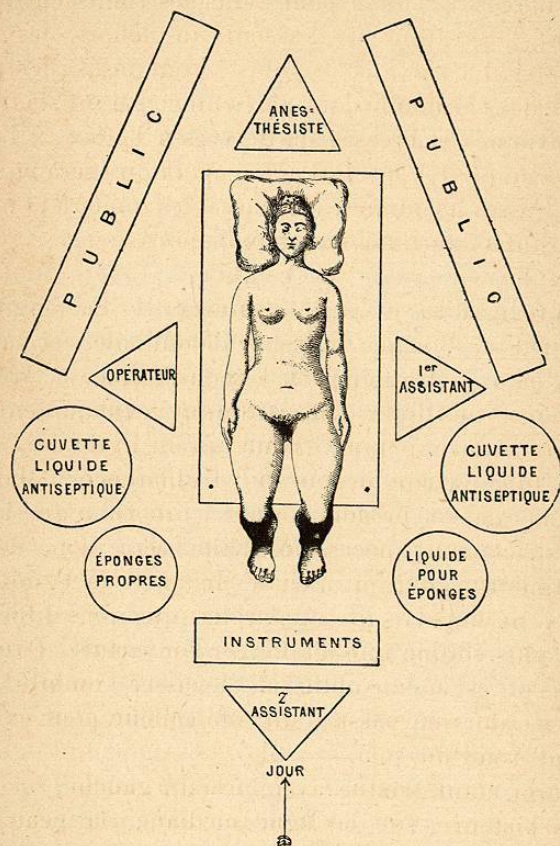


Fig. 82. — Disposition générale pour une laparotomie (Auvard).

extrémités et pourvus à l'autre d'une coulisse et d'un ruban. Ces gants et ces guêtres d'un genre particulier sont passés à l'autoclave et préservent les mains des aides du contact des bras et des jambes de la patiente. Celle-ci sera

couchée sur une table étroite, la chemise relevée. La table d'opération sera placée de façon à ce que la lumière vienne tomber à la droite de l'opérateur.

L'anesthésie au chloroforme ou à l'éther sera menée jusqu'à narcose profonde pour éviter les vomissements qui troublent l'opération et chassent au dehors les anses intestinales. La vulve et le pubis seront rasés ; les parois abdominales, le nombril en particulier, seront soigneusement savonnés et brossés, puis lavés à l'éther, à l'alcool et au sublimé à 1/1000. La région opératoire sera entourée de compresses aseptiques. Un des aides sondera la malade et se désinfectera immédiatement après.

OUVERTURE DE LA CAVITÉ ABDOMINALE. — La longueur à donner à l'incision de la paroi abdominale est variable suivant les cas. Une énorme tumeur solide, la présence d'adhérences multiples nécessiteront évidemment une ouverture beaucoup plus grande qu'un kyste de l'ovaire ou une tubo-ovarite dépourvus d'adhérences. Mais, en règle générale, on ne doit donner à l'incision que la longueur strictement nécessaire. Elle sera donc de 8 à 10 centimètres environ, à égale distance de l'ombilic et du pubis. Si dans la suite on éprouve quelques difficultés, rien de plus simple que d'allonger l'ouverture. Dans certains cas on est même obligé de dépasser l'ombilic qu'on contourne alors en passant du côté gauche pour éviter le ligament rond du foie.

La paroi étant tendue avec la main gauche, on divise avec le bistouri, sur la ligne médiane, la peau et le panicle adipeux. L'aponévrose des muscles droits apparaît et elle est incisée le long de la ligne blanche. L'interstice de ces muscles étant très étroit en bas, surtout chez les nullipares, on le trouvera plus facilement dans la partie supérieure de la plaie. Si on s'est trompé et si on incise sur le muscle, on écartera avec les doigts les

faisceaux musculaires, sur une longueur égale à la plaie cutanée, pour arriver ainsi sur la face postérieure de la gaine du muscle droit, qu'on sectionne. On tombe ensuite sur le tissu cellulaire pré-péritonéal, chargé de graisse, qu'on déchire facilement. Chez les femmes chargées d'embonpoint cette couche adipeuse peut être très épaisse, on l'enlèvera alors avec les ciseaux de manière à découvrir la séreuse. On soulève un pli de celle-ci à l'aide de deux pinces et on pratique une petite incision avec un bistouri tenu à plat. Dans l'orifice ainsi fait on introduit une sonde cannelée ou bien un doigt destinés à conduire le bistouri ou des ciseaux coudés avec lesquels on agrandit l'ouverture de haut en bas, dans toute l'étendue de la plaie abdominale. On surveillera l'épiploon et surtout les intestins qui, dans certains cas, adhèrent étroitement au péritoine pariétal. Si l'incision approche trop du bord supérieur de la symphyse, on doit redoubler de précautions pour ne pas blesser la vessie. Un cathéter introduit dans le réservoir urinaire peut rendre des services dans ce cas. Mentionnons également que si on rencontre au niveau de la ligne blanche l'ouraqué, qui n'est pas toujours oblitéré, on doit l'écarter soigneusement.

Lorsqu'on se trouve en présence d'une péritonite ou lorsque la laparotomie est faite pour une tumeur ou un kyste adhérent à la paroi abdominale, on a quelquefois de la peine à reconnaître le péritoine, épaissi et altéré. Dans ce cas on continue d'inciser les tissus pour arriver d'une façon évidente sur la tumeur, ce qui lèvera les doutes et permettra de retrouver la séreuse.

Avant d'ouvrir la cavité péritonéale on doit arrêter toute hémorragie. Dans ce but, à mesure qu'on incise les différentes couches de la paroi abdominale, on saisit provisoirement les petites artères avec des pinces hémostatiques, on les tord ou bien on les lie. Si on rencontre de grosses veines, on les évite en inclinant légèrement l'in-

cision. Si l'hémorragie en nappe ne tarit pas spontanément on l'arrête par la compression prolongée à l'aide d'une compresse-éponge. Le péritoine ouvert, on le borde avec quelques pinces hémostatiques ou bien on applique quelques points de suture provisoires destinés à unir la séreuse aux parois abdominales. Une ou deux larges compresses, retenues par des pinces, sont introduites dans

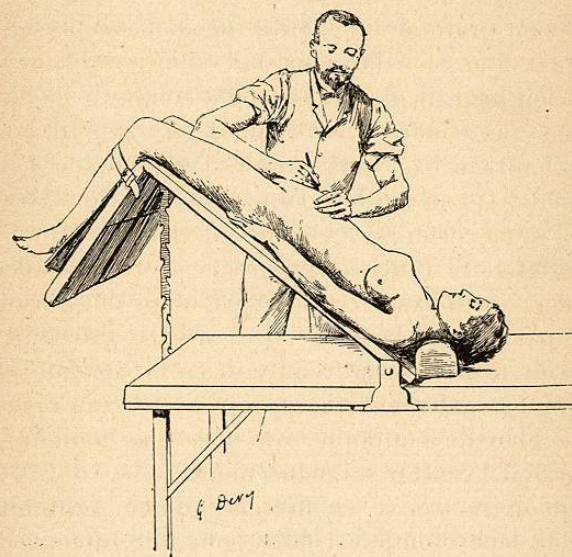


Fig. 83. — Position inclinée de Trendelenburg.

la cavité péritonéale pour éloigner les viscères. Si on éprouvait quelques difficultés à le faire, on mettrait la malade dans la position déclive de Trendelenburg (fig. 83). Afin d'être facilement reconnues, ces pinces doivent porter une marque spéciale.

On procède ensuite à l'exploration de la cavité abdominale pour se rendre compte de l'état des organes, du nombre et de la nature des adhérences. On verra alors si les lésions constatées réclament réellement une opéra-

tion radicale et si elle est possible. Tenter d'enlever une tumeur et ne pas le faire d'une manière complète est une opération incomparablement plus grave que la laparotomie purement exploratrice. Une longue expérience permet seule au chirurgien de se rendre compte du moment où il est préférable d'interrompre l'opération.

Quand elle est faite pour une oophoro-salpingite ou une petite tumeur ovarienne, on introduit dans la cavité péritonéale l'index et le médius de la main droite et on les dirige d'abord vers le détroit supérieur, puis on les incline légèrement en arrière pour atteindre le fond de l'utérus. En suivant le bord latéral de la matrice et le ligament large, on trouve l'ovaire. On évitera de le confondre avec un appendice épiploïque ou avec un cybale contenu dans une anse intestinale, ou encore avec un petit fibrome pédiculé. L'ovaire reconnu, on l'accroche ainsi que le pavillon de la trompe avec les deux doigts et on l'attire dans la plaie, où il est facile de l'examiner.

Nous avons choisi le cas le plus simple, mais quand il existe de nombreuses adhérences qui maintiennent l'ovaire dans une position plus ou moins fixe, ou quand l'utérus est en rétroversion et a contracté des adhérences dans sa situation vicieuse, ce temps opératoire peut devenir excessivement laborieux. Même en dehors de ces conditions, on peut éprouver de grandes difficultés à amener l'ovaire, quand il est étroitement lié aux ligaments larges, peu extensibles. Néanmoins, en produisant des tractions lentes de plus en plus fortes on arrive peu à peu à les soulever.

LES ADHÉRENCES lâches, minces, sont déchirées facilement avec les doigts. Il faut être plus prudent quand les brides qui vont à l'épiploon ou à l'intestin sont plus résistantes. On ne les rompra qu'à ciel ouvert, et, pour peu qu'elles paraissent volumineuses, vasculaires, on les divi-

sera entre deux ligatures préalables. On n'hésitera pas à agrandir l'ouverture abdominale, ou même à faire une entaille dans le muscle droit pour se donner du jour surtout quand on est en présence d'adhérences multiples du petit bassin, particulièrement dangereuses. Lorsque les ovaires se trouvent entièrement englobés dans une masse d'exsudats, on risque de provoquer une hémorragie interne et on se heurte quelquefois à des difficultés si grandes qu'il est préférable, si cela est encore possible, d'interrompre l'opération. Quand il est, au contraire, trop tard pour l'abandonner, on l'achève avec les plus grandes précautions. On isole la tumeur avec des instruments mousses et on assure l'hémostase avec des ligatures.

Les adhérences qu'on rencontre dans les laparotomies pour les kystes volumineux ou tumeurs solides de l'ovaire seront traitées de la même manière. Les filaments minces seront rompus avec la main glissée entre la tumeur et la paroi abdominale. Les brides plus étendues ne seront divisées qu'après la ponction du kyste quand on pourra les attirer vers l'ouverture abdominale. On liera avec un fil de soie ou de catgut chaque point saignant et on coupera les chefs des fils très courts.

Les adhérences anciennes, résistantes qui relient la tumeur aux intestins peuvent nécessiter l'abandon d'un fragment de la paroi du kyste, dont on détruit alors l'épithélium proliférant avec le thermocautère.

Le fer rouge rendra également d'excellents services contre les hémorragies en nappe, quand la simple compression ne suffit pas et on pourrait même l'appliquer sur l'utérus et l'épiploon. Du reste, ce dernier, s'il s'étale sur une grande surface de la tumeur, peut être réséqué en masse après avoir été saisi dans une ou plusieurs ligatures.

Enfin les adhérences pelviennes trop étendues et trop

résistantes, vestiges de péritonites d'ancienne date, peuvent rendre absolument impossible l'énucléation de la tumeur. L'opérateur est contraint, dans ces cas rares, d'interrompre l'opération et de fixer par des sutures le segment inférieur de la tumeur dans la plaie abdominale.

DE LA TOILETTE DU PÉRITOINE. — Les ovaires, kystes ou tumeurs une fois enlevés, les pédicules liés, cautérisés, on assèche le péritoine avec des compresses chaudes soigneusement désinfectées et bien exprimées.

Dans les cas d'ablation des annexes, la toilette est ordinairement faite très rapidement. On aura pourtant à procéder avec plus de soin, à introduire plusieurs fois les compresses, si les nombreuses adhérences étaient rompues.

Mais ce temps prend particulièrement de l'importance dans les laparotomies pour kyste ou tumeur de l'ovaire. Les compresses-éponges seront introduites à plusieurs reprises dans tous les points où peut s'accumuler le liquide, surtout si on n'a pas pu empêcher l'effusion du contenu du kyste dans la cavité péritonéale. Dans ce dernier cas, si le contenu était irritant, septique, on devrait aussi procéder au lavage de la cavité péritonéale avec une solution chaude de chlorure de sodium à 7 p. 1000, filtrée, bouillie et stérilisée. Ce moyen pourrait devenir également insuffisant quand le liquide épanché est particulièrement septique, quand on a été forcé d'abandonner un lambeau du kyste ou bien quand la vitalité de la séreuse est compromise par des manœuvres laborieuses. Le drainage ou le tamponnement de la cavité péritonéale s'impose dans ces cas. On procéderait de même s'il était impossible d'arrêter suffisamment le suintement de sang ou lorsqu'une ouverture accidentelle de la vessie, des uretères ou de l'intestin, n'a pas pu être complètement oblitérée. La pré-

sence d'une ancienne fistule réclamera également le drainage.

Le DRAINAGE prophylactique du péritoine peut être fait par la voie abdominale, par le vagin ou par les deux voies combinées.

Kœberlé le premier, en 1867, fit le drainage par la plaie abdominale avec une canule en verre. Ce tube à drainage doit avoir de 16 à 18 centimètres de longueur et de 3 à 5 centimètres de largeur.

La partie inférieure, percée de trous, est introduite derrière l'utérus, dans le cul-de-sac de Douglas; son extrémité supérieure sort par l'angle inférieur de la plaie abdominale, passe dans un orifice préparé dans le pansement et est recouverte d'une couche d'ouate antiseptique. Pour absorber les liquides accumulés dans la canule, on la remplit de gaze iodoformée, qu'on renouvelle d'abord toutes les heures et plus tard moins souvent, suivant l'abondance de la sécrétion.

Quelques chirurgiens remplacent le drain en verre ou en gomme durcie par des lanières de gaze iodoformée ou par des mèches de coton bien désinfectées.

Le drainage par le vagin seul, employé par Peaslee dès 1855, est rarement appliqué après l'ovariotomie. Nous avons indiqué comment il doit être fait après certaines hystérectomies abdominales (voir p. 138).

Le drainage par le vagin et par la plaie abdominale en même temps est, au contraire, assez répandu à l'étranger. On emploie à cet effet des tubes en caoutchouc à parois très épaisses, de 50 à 60 centimètres de longueur et d'un centimètre environ de largeur. La manière la plus simple pour passer le drain du vagin vers le péritoine ou dans le sens contraire, c'est de perforer le cul-de-sac de Douglas avec un fort trocart, dont la canule sert ensuite à faire passer le drain. L'extrémité inférieure du drain

dépasse la vulve et est entourée de coton hydrophile, ou vient plonger dans un vase rempli de liquide antiseptique; le bout supérieur est enserré par des sutures dans l'angle inférieur de la plaie abdominale. La portion du tube qui se trouve dans la cavité péritonéale est percée de plusieurs trous.

Ce drain permet non seulement l'écoulement des sécrétions, mais encore le lavage de la cavité péritonéale. Les injections sont faites avec une solution faible d'acide phénique, par le bout supérieur du drain; on les fait plus ou moins souvent, suivant la quantité et la nature du liquide sécrété. Dans certains cas graves, on peut même faire l'irrigation continue.

Pour éviter l'oblitération du drain, on pourrait de temps en temps varier le sens du courant en passant l'injection tantôt par l'extrémité vaginale, tantôt par l'extrémité abdominale. Quand le drainage est établi pour remédier à un suintement de sang ou de sérosité, on peut retirer le tube après trois ou quatre jours. Ce dernier, au contraire, sera laissé pendant des semaines, si on a abandonné dans la cavité abdominale un segment de kyste ou de tumeur. Du reste, la marche de la température, la quantité de liquide sécrété et son aspect guideront le chirurgien pour déterminer le moment où l'on peut suspendre le drainage.

Quelques chirurgiens, à l'exemple de MIKULICZ, substituent au drainage par des tubes, un tamponnement particulier du péritoine qui porte le nom de cet auteur. Pour faire un « Mikulicz », on attache au milieu d'une pièce de gaze iodoformée, un fil double de soie et on la plie de façon à lui donner la forme d'une longue bourse, au fond de laquelle se trouve le fil. Cette bourse antiseptique est introduite au fond de la cavité qu'on veut tamponner; elle est ensuite bourrée avec de longues mèches de gaze iodoformée. Ses extrémités, ainsi que le fil de soie, dé-

passent l'angle inférieur de la plaie abdominale. Le tout est couvert par le pansement qu'on change à mesure qu'il s'imbibe de sérosité (deux ou trois fois par jour). Les mèches de gaze sont renouvelées au bout de quarante-huit heures. La bourse restera en place au moins cinq jours. Pour l'enlever, on n'aura qu'à tirer sur le fil de soie.

OCCLUSION DE LA CAVITÉ ABDOMINALE. — Après la toilette du péritoine, suivie ou non du drainage de la cavité abdominale, celle-ci est fermée par une suture. Avant de faire cette suture, on étale au-devant du paquet intestinal des compresses-éponges destinées à le protéger et à absorber les liquides qui pourraient suinter dans la cavité péritonéale. Les masses graisseuses qui viennent faire saillie à travers la plaie sont excisées, ainsi que les bords du péritoine, s'ils étaient froissés ou comprimés.

Un grand nombre de chirurgiens se contentent d'appliquer des sutures profondes qui traversent toute l'épaisseur de la paroi abdominale, le péritoine compris, et des sutures superficielles servant à l'affrontement plus parfait des bords de la plaie. Les points séparés de la suture profonde faite avec le gros fil de soie sont éloignés les uns des autres de 1,5 à 2 centimètres. La même distance la séparera des bords de la plaie. Entre les points profonds on passe un ou deux points superficiels au crin de Florence tout près de ces bords. Les extrémités de chaque fils sont maintenues par des pinces hémostatiques. Avant de les nouer, on écarte ceux du milieu et on retire doucement la compresse. On ramène l'épiploon au-devant des intestins et on lie les fils, les superficiels d'abord, les profonds ensuite. On obtient ainsi un affrontement plus étroit des bords de la plaie. Pour éviter les sillons que laissent sur la peau les points profonds, on les noue sur de petits rouleaux de gaze iodoformée.