

**Empyème chronique. — Opération d'Estlander
ou thoracoplastie.**

La résection d'un certain nombre de côtés et l'ouverture large d'une cavité pleurale dont la suppuration ne peut se tarir est soumise à toutes les règles générales de l'antisepsie ; nous n'avons rien de plus à en dire.

Pneumotomie.

Dans ces dernières années, on n'a pas hésité à ouvrir les cavernes pulmonaires causées par la gangrène du poumon, la fonte tuberculeuse circonscrite ; et à aller aussi ouvrir des kystes développés dans le poumon lui-même, et parfois déjà ouverts dans les bronches. L'antisepsie rigoureuse est de règle ici comme ailleurs, mais il y a une précaution qu'on ne doit pas oublier : il ne faut pas faire d'injection antiseptique dans la caverne une fois ouverte, on s'exposerait à des accidents de suffocation dangereux et parfois mortels.

On se contentera de nettoyer l'intérieur de la caverne avec des pinceaux et des éponges montées, imbibées de substances fortement antiseptiques et suffisamment exprimées. On pourra ensuite tamponner la cavité avec de la gaze iodofornée, ou y placer simplement un gros tube à drainage qu'on fera ressortir par le point le plus déclive de l'incision cutanée, dont on suturera toutes les autres parties. Par dessus, on placera un pansement antiseptique absorbant, très vaste, qu'on renouvellera assez souvent tant que l'écoulement sera abondant.

CHAPITRE X

CHIRURGIE ABDOMINALE ET DE L'APPAREIL GÉNITO-URINAIRE

§ I

Chirurgie abdominale. — Parois abdominales et tube digestif.

- SOMMAIRE. — Abdomen. — A. Plaies pénétrantes.
B. Tumeurs des parois abdominales.
C. Occlusion intestinale. — Entérotomie.
D. Chirurgie du foie. — Abscess du foie. — Kystes hydatiques du foie. — Accidents de la lithiase biliaire.
E. Hernies. — Kélotomie pour étranglement herniaire. — Cure radicale des hernies.
F. Opérations destinées à remédier aux perforations de l'intestin ou à sa destruction par gangrène. — Entérorraphie. — Entérectomie.

Dans un grand nombre d'affections chirurgicales de cette région, l'intervention du chirurgien réclame une voie préalable, une manœuvre préliminaire, la *laparotomie*. On ne peut aller extirper une vésicule biliaire, fermer une plaie de l'intestin, extirper une tumeur du mésentère si l'on n'a auparavant ouvert la paroi abdominale. Quelle que soit la circonstance pour laquelle on est amené à faire la laparotomie, cette opération a toujours des temps communs et réclame des précautions antiseptiques identiques, c'est pourquoi nous nous proposons de la traiter dans un seul et même article quand nous en arriverons à l'ovariotomie, que l'on peut prendre comme type des opérations réclamant comme manœuvre préliminaire, l'ouverture de l'abdomen.

A. — Plaies pénétrantes.

Si des matières s'écoulent au dehors, la laparotomie est formellement indiquée ; au cas contraire, les uns conseillent l'occlusion antiseptique, les autres la laparotomie exploratrice, tandis que d'autres encore (P^r Trélat) conseillent, en cas de doute, d'attendre l'apparition des premiers signes de la péritonite traumatique.

B. — Tumeur des parois abdominales.

Les connexions intimes de ces tumeurs avec le péritoine rendent bien souvent nécessaire l'ablation d'une portion de celui-ci. Aussi toutes les précautions de la laparotomie doivent-elles être prises quand on commence ces extirpations.

C. — Occlusion intestinale.

La laparotomie est surtout indiquée dans les formes aiguës avec signes d'étranglement. Dans les autres cas, l'opération de choix est l'entérotomie ou création d'un anus contre nature. Pour cette opération, quelques précautions antiseptiques sont nécessaires. Avant de suturer l'intestin à la plaie abdominale on lavera soigneusement cette plaie et l'anse intestinale. Les fils de soie ou de catgut antiseptiques seront passés dans la paroi intestinale, les parties molles de la paroi abdominale et la peau tout à la fois ; l'affrontement de la plaie intestinale avec la peau doit être parfait afin d'éviter l'infiltration des matières fécales dans la rainure d'affrontement. Le pansement ultérieur sera fait avec des substances absorbantes, coton hydrophile ou étoupe ; ou encore simplement avec des compresses humides. Des lavages antiseptiques seront faits très souvent, et pour éviter l'érythème

cutané qui ne tarde pas à se produire, il faut, après chaque lavage, bien sécher la peau et appliquer une bonne couche de vaseline phéniquée ou iodoformée.

D. — Chirurgie du foie.

Abcès du foie. — L'incision en un seul temps des gros abcès du foie, (méthode de Stromeyer-Little) semble revenir à l'ordre du jour. La paroi abdominale est soigneusement lavée, on prend un trocart stérilisé que l'on plonge dans l'abcès au point le plus saillant ; glissant ensuite un bistouri, à longue lame, bien stérilisé, le long du trocart on incise à la fois et l'abcès et la paroi abdominale. On fait ensuite un lavage à l'eau phéniquée à 1 0/0 ou au sublimé à 1/2000 (Mabboux), ou au chlorure de zinc à 2 ou 3 0/0. On place un ou deux drains et on applique un bon et large pansement antiseptique.

Kystes hydatiques du foie. — Deux méthodes sont encore actuellement en présence. Dans l'une, celle préconisée par le professeur Verneuil, on plonge un gros trocart bien stérilisé dans le kyste, on y place une grosse sonde de caoutchouc rouge, et par là on évacue le contenu et on fait ensuite des lavages antiseptiques fréquents. Un pansement antiseptique recouvre le tout. Cette méthode de traitement est très longue et donne 23 0/0 de mortalité.

Le plus souvent, aujourd'hui, on pratique l'extirpation totale ou partielle du kyste après laparotomie préalable.

Accidents de la lithiase biliaire. — La cholécystotomie et la cholécystectomie qui sont indiquées dans ces cas, nécessitent l'ouverture préalable du péritoine. Il sera toujours bon de ponctionner la vésicule biliaire, si elle est volumineuse et très distendue, de peur que dans les manœuvres faites pour

la fixer à la paroi ou pour l'extirper elle ne se rompe et que la bile ne s'épanche dans l'abdomen.

Toutes les opérations sur la *rate* se font après laparotomie préalable, sauf les ponctions qui ne réclament que l'asepsie du trocart et de la peau de l'abdomen.

E. — Hernies abdominales.

Kélotomie dans l'étranglement herniaire. — Le pronostic de cette opération s'est tellement amélioré depuis l'application de l'antiseptie que tous les praticiens la pratiquent aujourd'hui beaucoup plus volontiers et relèguent avec raison, au second plan, les tentatives longues et parfois brutales de réduction que l'on faisait autrefois. On peut dire aujourd'hui qu'une kélotomie faite antiseptiquement dans un étranglement où l'intestin n'est ni altéré par un taxis brutal, ni sphacélé, est une opération des plus bénignes.

Quelques précautions sont nécessaires. La peau de la région herniaire doit être bien rasée et bien nettoyée. L'incision des parties sera largement faite afin de bien mettre à découvert toute la surface du sac. Quand celui-ci sera ouvert, on devra laver sa cavité et tout son contenu très largement avec une solution antiseptique : eau phéniquée à 5 0/0, ou sublimé à 1 0/00.

Après le débridement, on lave de nouveau l'anse intestinale avec une solution plus faible, quoique celles que nous venons d'indiquer n'aient aucun inconvénient; et on rentre cette anse dans la cavité abdominale. Ordinairement on termine l'opération en pratiquant la résection du sac après ligature, puis on fait la suture des parties molles et on place un drain assez court et un pansement antiseptique maintenu, suivant la région, soit par un bandage en spica (hernies de l'aîne) soit par un bandage abdominal (hernies ombilicales). Le drain est enlevé dès le troisième ou quatrième jour et la guérison

totale se fait en 10 ou 12 jours. Quand on a soin de faire les sutures au catgut la guérison se fait beaucoup plus vite.

Cure radicale des hernies. — Cette opération, grâce à la méthode antiseptique est en voie de reconquérir la place dont elle est digne. Pour faire une bonne opération de cure radicale il faut que l'antiseptie soit rigoureuse, il faut qu'elle soit irréprochable afin que l'on n'ait point une seule goutte de pus. La région herniaire sera donc soigneusement préparée comme d'usage. La découverte du sac se fera selon les règles ordinaires. Son contenu sera soigneusement lavé. L'épiploon sera pédiculisé et lié en une ou plusieurs fois avec du *catgut parfaitement antiseptique*, dont les anses se croiseront en chaîne continue; puis le pédicule sectionné sera, ainsi que les fils, soigneusement lavé au sublimé ou au biiodure et rentré dans l'abdomen. L'intestin est ensuite nettoyé et réintégré à sa place. Après quoi, nouveau lavage du sac, dissection et pédiculisation de celui-ci; application d'une ou deux ligatures au catgut et section; puis abandon de ce pédicule.

Le suture du trajet herniaire à points perdus que l'on fait ensuite quelquefois doit être faite avec un catgut parfaitement aseptique qu'on a soin de plonger encore dans le sublimé immédiatement avant de l'employer. La suture des parties molles se fait avec beaucoup de soin et on place un drain debout au niveau de l'orifice herniaire. Ce drain devra être supprimé au 3^e ou 4^e jour. Le pansement se compose de gaze iodofornée et de coton antiseptique appliqué en couches serrées et épaisses. Le renouvellement du pansement se fera avec les mêmes précautions de propreté.

F. — Opérations destinées à remédier aux perforations de l'intestin ou à sa destruction par gangrène.

L'entérorrhaphie suture de l'intestin, réclame une antiseptie minutieuse, soie fine ou catgut très fin sortant du sublimé

nettoyage exact des surfaces sereuses d'affrontement et de toute l'anse intestinale qui est le siège de l'opération.

L'*entérectomie* est la résection partielle ou totale d'une portion d'intestin. Pour la faire avec sécurité, il faut que l'anse malade soit suffisamment sortie de l'abdomen pour que l'on puisse manœuvrer facilement. Elle devra alors être entourée de compresses antiseptiques tièdes, fréquemment renouvelées. La cavité intestinale une fois ouverte sera soigneusement nettoyée; quand on aura réséqué les parties malades, on pratiquera la suture selon les règles connues et on réduira l'intestin après un dernier lavage antiseptique.

G. — Opérations sur le rectum et l'anus.

Il n'y a point de méthode antiseptique spéciale pour chacune des opérations que l'on a à pratiquer sur la portion terminale du tube digestif. Dans cette région, on a à lutter contre la septicité permanente du tube digestif, réservoir des matières fécales. Aussi l'antisepsie sera-t-elle toujours relative. Avant n'importe quelle opération, fistule, hémorroïdes, fissures, extirpation de tumeurs il faut faire une désinfection énergique de l'intestin. Un purgatif sera donné la veille; le matin même on donnera un ou deux grands lavements qui évacueront les matières contenues dans l'ampoule rectale et l'S iliaque. Le pourtour de l'anus sera soigneusement rasé puis recouvert d'une compresse imbibée d'acide borique ou de sublimé. Les solutions fortes d'acide phénique ne sont pas d'un emploi facile à cause de l'irritation qu'elles produisent sur les téguments trop délicats. Pendant les opérations, mêmes soins que dans les autres régions, lavages fréquents, éponges ou tampons antiseptiques.

Les pansements se font de deux façons. Ou bien on ne met d'autre pansement qu'une couche de coton hydrophile

maintenue par un bandage en T et alors on fait dans l'intestin de fréquentes irrigations. Ou bien on fait des pansements à plat, ou en forme de mèches, secs ou humides suivant les cas et le goût du chirurgien. On ne peut en aucune façon appliquer les pansements rares, à cause du fonctionnement de l'intestin et les irrigations à l'acide borique, au chloral, au sublimé à 1/3000 ou au biiodure joueront là un rôle très-important.

§ II

SOMMAIRE. — Appareil urinaire. — Appareil génital de l'homme. — Aseptisation de l'appareil urinaire en général. — Stérilisation des instruments. — Blennorrhagie. — Opérations sur les bourses. — Hydrocèle. — Castration.

Aseptisation de l'appareil urinaire en général.

L'altération de l'urine, dans les affections subaiguës ou chroniques de l'appareil urinaire, est la cause des complications plus ou moins graves qui suivent ou bien de simples manœuvres d'explorations, ou plus souvent des actes opératoires comme la dilatation progressive, l'uréthrotomie, la lithotritie, etc. C'est pourquoi il est très important de modifier autant que possible, les caractères du liquide qui circule dans les voies urinaires, de diminuer sa septicité.

On a d'abord employé les injections antiseptiques faites dans la vessie, comme dans les cas de cystite chronique, de catarrhe vésical où elles sont indiquées. Les liquides employés à cet usage sont l'acide phénique en solution à 1 0/0, très peu antiseptique, et l'acide borique à 3 et 4 0/0. Récemment M. Lavaux a conseillé la solution sursaturée d'acide borique 8 à 10 0/0; elle n'est nullement irritante.

On a aussi essayé le sublimé à 1 pour 3 ou 4000, mais il est parfois très irritant pour la muqueuse vésicale, et on est

obligé d'y renoncer dans beaucoup de cas. Les lavages doivent être faits doucement à une température de 35 à 38°; quand on a poussé 50 à 60 grammes de liquide dans la cavité vésicale, il faut le laisser ressortir et ainsi de suite jusqu'à ce qu'il revienne très propre.

Une injection préalable d'eau boriquée sera toujours indiquée toutes les fois que l'on aura à faire une exploration de la vessie ou une séance de lithotritie; on laissera alors le liquide dans le réservoir tant que sa présence ne gênera pas les manœuvres du chirurgien.

C'est encore avec de la solution boriquée qu'il est utile d'emplir la vessie quand on pratique la taille hypogastrique ou périnéale. Dans la première surtout, où l'on a parfois observé des ruptures de la vessie, l'effusion du liquide antiseptique n'a aucun inconvénient pour le tissu cellulaire.

Mais on comprendra facilement que lorsque l'urine altérée provient du rein lui-même et descend goutte à goutte dans la vessie, les séances multipliées de désinfection de ce réservoir sont tout à fait illusoire. Il faut, s'il est possible, aseptiser l'urine dès sa source, de façon que déjà mélangée à une substance antiseptique, elle arrive dans la vessie.

M. Terrier insistait sur ce principe, l'année dernière, à la Société de chirurgie et recommandait l'usage du *biborate de soude* à l'intérieur, à la dose de 6, 8, 10 grammes par jour. Dans l'économie, cette substance dégage son acide borique qui s'élimine par les reins, baigne avec l'urine les parois vésicales et est rejeté au dehors. Il cristallise même dans le vase où l'on recueille l'urine.

Gosselin et *A. Robin* ont aussi essayé de combattre l'alcalinité des urines d'une façon analogue; ils ont prescrit, dans ce but, l'*acide benzoïque* à la dose de 2 à 4 grammes par jour dans un julep gommeux, additionné de 4 à 6 grammes de glycérine neutre.

Nous avons employé depuis une année cette méthode de

désinfection des voies urinaires; nous avons employé le *biborate de soude* seul; puis nous l'avons associé au *benzoate de soude* en les donnant à parties égales; 4 à 6 grammes de chaque dans une potion de 150 grammes contenant 50 grammes de sirop de Tolu.

Les recherches récentes qui ont été faites sur le salol semblent indiquer, dans cette substance, un très bon antiseptique des voies urinaires. Son absorption à l'intérieur rend l'urine parfaitement aseptique; et si on mélange du salol à de l'urine abandonnée à l'air, même à une température d'incubation, elle ne devient pas ammoniacale.

Il faut de plus se rappeler que le salol n'est pas toxique, il peut donc être utilisé à la dose de 2 à 4 grammes par jour dans les maladies chroniques de l'appareil urinaire.

Stérilisation des instruments.

Les instruments sont le moyen d'introduction le plus fréquent des micro-organismes infectieux dans les voies de l'urine. On insiste depuis longtemps sur les dangers du cathétérisme fait avec des instruments mal nettoyés. Il est donc très important qu'ils soient toujours soumis à une désinfection des plus sérieuses avant de servir.

Les instruments explorateurs et évacuateurs en gomme noire seront soigneusement passés à l'eau phéniquée forte, leur surface sera brossée et frottée avec soin, puis on les présentera dans un bassin allongé rempli d'eau borique tiède à 40/0, ou même de solution légère de biiodure de mercure. Pour s'en servir, on aura soin de plonger le bout de l'instrument dans de la vaseline ou de l'huile phéniquée, ou encore dans la vaseline boriquée; et après qu'on l'aura retiré des voies urinaires, il sera nettoyé à l'eau chaude, passé à l'eau phéniquée, essuyé et renfermé dans une boîte à l'abri de la poussière.