ABDOMEN

PHLEGMONS ET TUMEURS DE LA PAROI ABDOMINALE

Si nous réunissons ces deux chapitres, si différents par leur pronostic et leur traitement, c'est que l'apparence clinique peut faire ressembler un *phlegmon*, au début, à une *tumeur*. Mais le phlegmon évolue vers la suppuration, et la tumeur persiste. La communauté des deux affections est dans leur siège, au niveau des parois.

Les phlegmons doivent être ouverts dès qu'ils sont fluctuants ou seulement rénitents. Les incisions seront faites sur la ligne blanche, quand cela est possible, ou sur les parties latérales de l'abdomen. Souvent il faut traverser une épaisse couche de parois avant d'arriver sur le pus.

Les *tumeurs de la paroi*, étudiées par Labbé et Rémy, sont des fibromes ou des fibro-sarcomes. Elles nécessitent une opération aussi large que possible. Ce qu'il y a de particulier dans ces tumeurs, c'est que l'opération peut se compliquer d'une *ouverture du péritoine*. Il faut donc avoir tout préparé, comme pour une laparotomie.

La résection de la paroi doit être faite avec minutie. L'éventration, à la suite de ces ablations, n'est que trop fréquente. Il faut donc réparer toutes les couches et, surtout, bien réunir le péritoine et les muscles.

Cependant il ne faudrait pas, par crainte de l'éventration, faire une ablation parcimonieuse de la tumeur.

LAPAROTOMIES

Préparatifs et soins consécutifs. — Si le praticien n'a pas souvent l'occasion de faire des laparotomies, il aura souvent l'occasion d'assister à l'opération, de la préparer et de soigner les opérées. C'est de lui que dépend souvent le succès.

Il m'a semblé donc intéressant de résumer en quelques mots ici : les *soins pré-opératoires*, les *précautions du milieu*, les *soins post-opératoires*, dans les laparotomies.

La malade qui sera laparotomisée devra être purgée l'avant-veille de l'opération, et, le jour même, elle prendra un lavement. Plusieurs jours d'avance, on donnera des bains savonneux. Il ne faut jamais se contenter d'un seul bain, à moins d'indication urgente. Il est démontré que l'asepsie de la peau ne s'obtient qu'à la suite de plusieurs lavages successifs.

La malade sera placée au repos quelques jours avant l'opération. On ne lui permettra pas de marcher et on évitera de palper trop l'abdomen. Dans beaucoup d'affections, les examens répétés sont nuisibles.

On fera aussi attention à l'état moral. On remplira un rôle d'humanité, en la rassurant sur les suites de l'opération, et, au besoin, on lui cachera le jour exact de l'intervention.

Plusieurs jours d'avance, on donnera des injections vaginales, quand l'opération intéressera la matrice ou les ovaires.

La veille de l'opération, le médecin de la famille doit savonner lui-même l'abdomen, raser les poils, si la malade n'est pas trop nerveuse ni trop effrayée, et appliquer, sur l'abdomen, un grand pansement humide formé de compresses trempées dans une solution très faible de sublimé (1 p. 4.000). J'insiste sur la faiblesse de la solution, parce que certaines peaux, trop sensibles, peuvent être atteintes d'eczéma.

Dans la même séance, le médecin donnera une injection vaginale chaude avec une solution faible de sublimé et fera une toilette complète du vagin en terminant par un tamponnement lâche à la gaze iodoformée ou salolée.

La veille de l'opération, la nourriture sera légère, autant que possible, du lait et des œufs. Mais il ne faut pas soumettre la malade à la diète absolue.

Dans certains cas, la malade est très faible. Il faut tout faire pour remonter l'état général avant l'opération. Les petites injections sous-cutanées de sérum artificiel sont à conseiller, 50 grammes de sérum (solution d'eau bouillie avec 7 grammes de chlorure de sodium par litre).

Avec ces injections, on ne négligera pas le traitement médical reconstituant.

C'est au médecin qu'incombe le soin de surveiller tous les préparatifs du *milieu opératoire*, quand l'opération doit avoir lieu à domicile.

La chambre qui sera choisie pour l'opération doit être totalement débarrassée de tous les meubles.

On la lavera avec une solution de sublimé et on la désinfectera au *formol*, si on possède, dans la ville, un service de désinfection.

A tous ces préparatifs concernant la chambre, il ne faut jamais mêler la malade, qui doit les ignorer.

Toutes les fois qu'il est possible, il faut ménager, à côté de la salle d'opération, une chambre où la malade sera couchée pour être chloroformée et pour être soignée après l'opération.

Dans la chambre choisie pour l'opération, on disposera le lit d'opération, qui sera souvent un lit à réclinaison; à côté, on aura deux petites tables, pour poser les instruments, et un grand lavabo.

Le médecin s'assurera *par lui-même* que l'eau qui servira à l'opération aura bouilli pendant *deux heures* au moins. Il faut faire préparer 20 litres d'eau bouillie, conservée dans trois vases clos. Un de ces vases sera réchauffé au moment de l'opération. Un pot sera bouilli séparément et servira à prendre l'eau.

Les bassins seront aussi soumis à l'ébullition, et conservés dans une serviette bouillie.

Douze serviettes de toilette seront bouillies dans un vase pendant deux heures au moins. Ces serviettes serviront à protéger le champ opératoire. Il ne faut pas permettre aux

personnes de la famille de mettre leurs mains dans cette eau ou de découvrir le vase, — qui ne doit être ouvert qu'en présence du chirurgien.

Enfin on s'assurera qu'il existe du savon et des brosses à ongles.

Les médicaments qui proviennent de la pharmacie sont les suivants :

1° Chloroforme anesthésique (une marque connue et le flacon scellé) ;

2° Ether pur, 500 grammes;

3° Alcool à 90°, 1 litre;

4° Solutions de sublimé à 1 millième faites avec de l'*eau stérilisée* ou *bouillie*, 5 ou 6 litres;

5° Solution d'eau phéniquée à 3 0/0 pour les instruments (eau bouillie ou stérilisée) ;

6° Ouate hydrophile et ouate ordinaire;

7° Gaze hydrophile et gaze médicamenteuse;

8° Matériaux de suture ;

9° De la vaseline boriquée, iodoformée ou salol en poudre ;

10° Du sérum artificiel, 2 litres, et un appareil pour l'injection.

Les objets 6°, 7°, 8° seront stérilisés dans l'*autoclave*. Ils auront passé à l'étuve humide à 120°, au moins pendant vingt minutes. Il en est de même de tous les objets de sutures (soie, catgut, drain). Tous ces objets seront disposés sur une table, bien en évidence, avec des étiquettes *lisibles*.

Une ou plusieurs sondes uréthrales, stérilisées par l'ébullition, seront conservées dans un plat spécial.

Le médecin de la famille, accompagné d'un aide, doit seul se présenter devant le malade, dans sa chambre, en costume de ville, et il doit commencer la chloroformisation après avoir enveloppé d'ouate les membres inférieurs et supérieurs de la malade. Il aura soin de se munir d'une pince à langue flambée et d'un écarteur de mâchoires. Il est inutile de s'embarrasser d'une machine électrique ; mais il faut avoir à sa disposition plusieurs longues pinces avec de l'ouate pour enlever les mucosités de la gorge.

A partir de ce moment la chloroformisation commence.

La malade ne sera transportée dans la salle d'opération que bien endormie. Elle sera de nouveau transportée dans son lit après l'opération. Elle ne doit pas voir, *une seule minute*, la salle d'opérations ni les instruments.

Il est inutile de dire, et cependant il ne faut pas cesser de le répéter, que, pendant l'opération, toute la responsabilité incombe au chirurgien, qu'il doit être, par conséquent, le seul maître de ses actes, qu'il est parfaitement déplacé d'exprimer une opinion quelconque, à moins que l'avis ne soit demandé par lui-même.

D'ailleurs, dans toute opération, il est interdit de parler, de tousser, de cracher, d'éternuer, de faire du tapage inutile. Il est surtout interdit de toucher n'importe quel objet sans être sollicité par l'opérateur.

L'opération une fois terminée et le pansement placé, on doit transporter la malade dans sa chambre.

Le chloroformisateur ne doit pas abandonner sa malade avant qu'elle soit bien réveillée. Il doit surveiller le *réchauffement* de la malade, faire placer des boules d'eau chaude, faire des injections d'éther, de caféine (qu'on aura fait préparer d'avance), des injections de sérum artificiel sous la peau.

Les *soins consécutifs* à toute laparotomie sont variables.

En général, on ne donnera, pendant les trois ou quatre premières heures, rien à boire. A partir de la quatrième heure, si les vomissements ne sont pas fréquents, et si la soif est ardente, on donnera du champagne frappé par petites cuillerées à café.

Le soir de l'opération, on essaiera de faire uriner la malade. Depuis longtemps j'ai adopté cette pratique très avantageuse et qui réussit souvent. On passe donc le bassin sous le siège et on invite la malade à uriner seule. Si cela est impossible, il faut pratiquer le cathétérisme avec une sonde molle.

Il est bon de placer dès le premier jour, par dessus le pansement, une ou deux vessies de glace sur le ventre.

Si les douleurs sont très vives, le soir, on peut faire une injection de morphine (1 centigramme). Autant que possible il faut l'éviter.

La diète est la même pendant les trois premiers jours : glace, champagne frappé et lait froid par petites quantités. Dès le troisième jour il faut purger les malades.

Je donne, en général, la purge, le matin du quatrième jour. Mais si, le soir du troisième jour, il existe des coliques, je fais donner un lavement avec du miel de mercuriale.

La meilleure purgation est l'huile de ricin, qu'on donnera par cuillerées à café toutes les demi-heures, jusqu'à effet purgatif.

Le lit ne sera pas changé avant le troisième jour. Après la purge, il faut changer les draps et les alèzes, ce qu'il est possible de faire faire par une garde-malade expérimentée sans déranger la malade.

A partir du cinquième jour, on peut commencer à alimenter la malade en allant progressivement.

Dès le soir du premier jour, on prendra la température matin et soir, et on comptera le pouls. Ces indications seront consignées sur une feuille.

En général, on enlève les points de suture vers le douzième jour et, à partir du quinzième, on permet à la malade de s'asseoir sur son lit.

Vers le dix-huitième ou vingtième jour, la malade peut se lever.

Au point de vue des *suites anormales*, on peut dire qu'avec une température de 37° environ, et un pouls ne dépassant pas 80 pulsations, on peut être tranquille.

Si cet état se prolonge jusqu'au troisième jour, on peut presque à coup sûr tranquilliser la famille.

Un pouls fréquent (100, 110, 120 pulsations) est toujours de mauvais augure.

Un pouls fréquent, avec une température basse et des vomissements, est l'indice incontestable d'une péritonite.

Un pouls fréquent, avec une température élevée proportionnellement, n'est pas toujours un très mauvais signe.

En ce qui concerne les *vomissements*, il ne faut pas s'en effrayer pendant les quarante-huit premières heures. Ils sont dus au chloroforme. A partir du troisième jour, tout vomissement est suspect.

CONTUSIONS ET PLAIES DE L'ABDOMEN

Nous examinerons cette question à deux points de vue.

Nous mettant d'abord à la place du médecin, qui ne veut ou ne peut faire de la grande chirurgie, nous indiquerons le rôle qu'il peut remplir pour ne pas *être nuisible* à son malade.

Nous examinerons ensuite la conduite chirurgicale correcte de ces traumatismes.

A. — Indications opératoires d'urgence

Les plaies de l'abdomen fournissent parfois des indications urgentes d'opérations. Mais ces opérations sont difficiles; je dirai même qu'elles constituent le chapitre le plus difficile de la technique opératoire moderne. Il serait dangereux que le praticien puisse se croire obligé d'intervenir sous prétexte d'urgence dans les cas de ce genre. Qu'il se contente de préciser les indications. Il ne sera donc, par principe, ni *abstentionniste* ni *interventionniste*.

Il fera tout ce qui est en son pouvoir de faire pour ne pas être nuisible.

Ceci nous ramène à examiner la question sous une forme spéciale :

Contusions graves. — Supposons une *contusion* grave de l'abdomen, un homme tombé sous une voiture, ou ayant reçu un violent coup de pied de cheval.

Le *choc abdominal* pourra être soigné. Ce sont les premiers soins. Déshabiller le malade, le coucher la tête basse, le réchauffer, lui faire des injections de caféine, d'éther et une injection de sérum artificiel sous la peau, surveiller le pouls. Voilà tout ce que le médecin peut faire.

Mais, si le malade ne se réchauffe pas au bout de deux ou

trois heures, si le pouls reste *petit* et *fréquent*, avec pâleur, sueurs froides et langue froide, que le médecin mette sa responsabilité à couvert, qu'il déclare hardiment qu'une *intervention abdominale* pourrait sauver le blessé, tout en ne cachant pas la gravité de la situation.

Il s'agit, en général, d'une hémorrhagie.

Si la douleur à la pression est vive, si les muscles sont contracturés, et qu'il existe de la sonorité préhépathique, c'est un signe de *rupture intestinale* et une indication opératoire urgente.

A plus forte raison, faut-il intervenir si le malade est angoissé et agité avec respiration anxieuse, s'il existe du hoquet ou des vomissements, si le pouls et la température sont discordants.

L'intervention ne pourra, d'ailleurs, se faire que dans un milieu propre, par un chirurgien rompu à la chirurgie abdominale.

Devant une *plaie* de l'abdomen, la première question à se poser est de savoir si la blessure est *pénétrante*. Pour cela, on peut recueillir des notions utiles sur les circonstances de la blessure, sur la nature de l'arme, etc. Mais ce que le médecin *ne doit pas faire*, c'est d'explorer la blessure avec une sonde, un stylet, ou le doigt. L'exploration, pour être inoffensive, doit se faire suivant certaines règles. Elle peut être le temps préliminaire d'une intervention plus complexe. Si on n'est pas disposé à aller aussi loin, il faut *s'abstenir* de toute exploration et faire transporter le blessé à un endroit où des secours chirurgicaux peuvent lui être donnés. Que la blessure soit large ou étroite, la même conduite est de rigueur.

Voici une plaie avec une procidence de l'épiploon. Ne vous demandez pas s'il est indiqué de rentrer l'épiploon ou de l'exciser. Demandez-vous seulement si vous êtes *en état* de pratiquer une *laparotomie en règle*, et, si vous n'êtes ni outillé ni secondé pour entreprendre une pareille opération, contentez-vous du simple pansement aseptique, et ne lavez la plaie que si vous avez sous la main de l'*eau bouillie*.

Comportez-vous de même devant une procidence de l'intestin. L'intestin ne court que peu de risques, s'il reste

dehors deux, trois, quatre heures. La vie du malade est en danger, si vous manipulez l'intestin sans avoir pris les précautions utiles. Le simple pansement aseptique et le transport du blessé — ou l'opération réglée et minutieuse — telle est l'alternative, alternative à laquelle aucun médecin consciencieux ne voudra déroger.

Ce que le médecin doit savoir, c'est que, dans les plaies abdominales récentes, qu'elles soient larges ou étroites avec ou sans procidence des viscères, la seule conduite raisonnable est de faire de la bonne chirurgie, de désinfecter la plaie, de la nettoyer et d'aller plus loin si le cas l'exige, de faire une laparotomie, qui n'est réglée que par les circonstances et au cours de laquelle on peut avoir à faire des réparations délicates de l'intestin, de l'épiploon, du mésentère, etc. Il n'y a pas de plaie abdominale simple.

Souvent la laparotomie est indiquée, et la bonne chirurgie est seule capable de sauver le blessé. Mais pas de demi-mesures, pas de nettoyages suspects avec de l'eau ordinaire, pas d'explorations inutiles avec les instruments de trousse ou les doigts insuffisamment désinfectés.

L'expectation sous un pansement antiseptique est bien préférable à la chirurgie incomplète ou timorée.

En cas d'extrême urgence et d'extrême dénûment, quand on se trouve loin de tout centre opératoire et devant une plaie de l'abdomen qui laisse passer les viscères ou l'épiploon, le médecin peut, par exception, tenir la conduite suivante :

Faire préparer de l'eau bouillie, faire bouillir des serviettes, et laver d'abord avec ces serviettes les alentours de la plaie à l'eau savonneuse, passer la peau au sublimé, arriver ensuite sur l'intestin, le laver avec l'eau bouillie légèrement sublimée et essayer de faire la réduction en enveloppant toute la masse sous une compresse et en pratiquant le taxis. Débrider un peu la paroi n'est pas alors d'une mauvaise pratique.

Si l'épiploon est sorti, il est bon aussi de le rentrer, surtout si l'accident est récent.

Mais cela fait, au lieu de faire des sutures, je conseillerais plutôt de tamponner la plaie avec de la *gaze bouillie*, qu'on aura soin de ne pas laisser tomber dans le ventre et de faire

un pansement compressif. Cette conduite est encore la meilleure, dans les cas d'extrême dénûment

Si on est appelé vingt-quatre ou quarante-huit heures après l'accident, deux choses peuvent se produire :

1° Ou le malade ne présente aucun signe fâcheux ; le pouls, la température, l'inspection du ventre, ne dénotent rien d'anormal. La seule chose à faire est d'attendre ;

2° Le malade présente de la fréquence du pouls, avec des signes de péritonite, l'intestin hernié commence à devenir malade, etc. Le cas est beaucoup plus grave. Dans ces deux cas, il n'y a qu'à attendre sous un pansement. Même la laparotomie bien faite est souvent alors impuissante, et l'expectation peut offrir plus de ressources.

Les **plaies par armes à feu** de l'abdomen présentent à considérer trois ordres d'éventualités cliniques : 1° *la gravité des lésions est évidente d'emblée ;* 2° *le cas est douteux ;* 3° *le cas est bénin.*

La gravité des lésions est évidente d'emblée. — La gravité des lésions peut être manifestée par les signes locaux et généraux. La *multiplicité des plaies*, le *saignement*, l'*issue de matières ou de gaz* ne laissent aucune place au doute.

L'état général mauvais, le pouls *petit et fréquent*, le *refroidissement*, le *faciès grippé*, sont des signes qui sont d'autant plus concluants qu'ils persistent depuis deux ou trois heures. Dans ces cas d'*emblée*, on peut poser le diagnostic de *plaie grave, pénétrante*, n'ayant aucune tendance à guérir. La seule planche de salut est l'opération urgente. Mais, encore une fois, l'opération est difficile, minutieuse. Elle exige une habileté opératoire, une expérience et une décision, qu'on ne peut attendre que du chirurgien rompu à la pratique des opérations abdominales. La moindre faute d'asepsie, de technique ou d'inadvertance est payée.

Le praticien, dénué de toutes ressources, se trouve dans l'alternative ou de faire une mauvaise opération, ou d'attendre.

Au bout de vingt-quatre heures, la situation se précise :

Des phénomènes plus accusés rendent l'opération indispensable, ou l'accalmie des accidents dicte l'expectation.

Attendre vingt-quatre heures n'est pas une conduite blâmable. On ne sauvera pas tous les malades; mais on aura, du moins, la satisfaction de n'avoir pas entrepris une opération, qui, mal préparée, serait pire que le mal.

Le cas est douteux. — On voit une plaie par balle de 6 millimètres dans le ventre. Aucun autre signe.

La plaie est-elle pénétrante?

C'est encore une exploration faite suivant toutes les règles qui donnera la solution. En attendant, protégez la plaie; mettez de la glace sur le ventre, et donnez de l'opium; ici plus que dans le cas précédent, l'attente de vingt-quatre heures est licite.

L'exploration méthodique serait sans doute préférable, mais à la condition de pouvoir la faire.

Cas bénins. — Attendre encore et faire de la pure expectation dans les *cas bénins*, quand la balle de 4 à 5 millimètres est petite, n'apas de force de pénétration, ou dans les charges de plomb. Dans ces cas, avec la glace et l'opium, on voit guérir les blessures.

On voit donc que, dans les cas moyens, comme dans les cas graves, une attente *est licite*, et cette attente, le médecin peut la mettre à profit pour *préparer* son opération, trouver l'assistance nécessaire, s'éclairer de conseils.

Dans ces cas, le rôle du premier médecin est encore très beau, s'il peut diagnostiquer l'importance de la blessure et s'il est convaincu de l'importance de l'action chirurgicale *bien faite*.

B. — Conduite chirurgicale correcte

Supposons maintenant le médecin bien armé pour faire de la chirurgie.

La *contusion grave* de l'abdomen est justiciable de la laparotomie aussi précoce que possible, dès qu'un signe a démontré l'existence de l'*hémorrhagie* ou de la *perforation*. La laparotomie est préparée. Donnez de l'éther, désinfectez la paroi et faites rapidement l'ouverture du péritoine. Deux

éventualités peuvent se présenter. *Dans le péritoine, il y a du sang* ou bien *des matières intestinales et des gaz.*

C'est contre l'*hémorrhagie*, contre la *perforation intestinale*, que l'opération doit être menée.

L'hémorrhagie peut provenir de l'épiploon, du mésentère des replis péritonéaux, de la rupture d'un gros vaisseau, de la rupture du foie, de la rate, du pancréas, du rein, de la rupture incomplète de l'estomac ou de l'intestin, de la combinaison de ces diverses lésions.

L'*épiploon* peut être *écrasé*, *fissuré* ou *détaché* de son insertion.

Le *mésentère* est *fissuré* ou *détaché*, et alors il commande une résection intestinale.

La *rupture d'un gros vaisseau* est justiciable de la compression, de la forcipressure, de la ligature.

Les *perforations intestinales* sont souvent multiples. Elles siègent sur l'intestin grêle, le gros intestin ou l'estomac.

C'est par la recherche directe ou le dévidement méthodique de l'intestin qu'on arrive à les découvrir et à les traiter. Plus rarement on aura recours à l'*éviscération totale*.

L'intestin blessé sera attiré au dehors, mais sur un lit de compresses et traité par la *suture intestinale*, qui sera en *bourse*, *latérale* ou même *circulaire*.

Enfin, si la rupture est totale, la résection de l'anse blessée s'impose.

Les *plaies abdominales*, qu'elles soient étroites, larges ou par armes à feu, seront traitées par la laparotomie, qui sera d'abord exploratrice et presque toujours médiane. Les lésions vasculaires ou viscérales sont analogues à celles de la contusion et seront traitées de la même façon.

Ce dont il faut se pénétrer, en un mot, c'est :

1° Que dans les plaies ou les contusions de l'abdomen, les indications opératoires sont urgentes et doivent être remplies dans les premières heures;

2° Que la laparotomie est toujours, dans ces cas, une opération très délicate.