

III

OPÉRATIONS SUR LE THORAX ET LE BASSIN

THORACENTÈSE. — THORACOTOMIE.

On doit ouvrir la cavité thoracique par piqûre ou incision, quand des collections liquides dans la cavité pleurale donnent lieu, par leur quantité ou leur caractère, à des symptômes inquiétants. En règle générale, on peut dire qu'on doit évacuer par *ponction* les collections *séreuses* ou *hémorragiques*; par *incision*, au contraire, les exsudats de *nature purulente*.

L'opération doit donc toujours être précédée d'une ponction exploratrice à la seringue de Pravaz.

La **thoracenthèse** consiste à enfoncer le trocart dans la cavité pleurale, à travers un espace intercostal, et à laisser s'écouler le liquide ou à l'évacuer par aspiration.

Si le trocart est construit de manière à éviter l'aspiration d'air pendant qu'on retire la pointe, la première méthode répond à tous les desiderata. Le trocart de Billroth porte latéralement une canule évacuatrice que l'on peut fermer par un robinet. A cette canule s'adapte un tube de caoutchouc; de même, la canule dans laquelle se trouve le stylet peut, quand on retire celui-ci, être fermée par un robinet. Le malade est assis, le tronc fléchi en avant.

A moins qu'il ne s'agisse de collections enkystées, on enfonce le trocart immédiatement au-dessus du bord supérieur de la côte correspondante dans le 4^e, ou le 5^e, ou le 6^e espace intercostal. L'opérateur marque avec l'index gauche exactement le point où il enfoncera l'instrument: le robinet de la canule évacuatrice est fermé. De la main droite, on enfonce directement le trocart au

lieu d'élection, jusqu'à ce que la sensation de moindre résistance indique qu'on a perforé la paroi thoracique et pénétré dans la cavité pleurale. Saisissant alors l'instrument de la main gauche, l'opérateur retire le stylet de la main droite, et laisse le liquide s'écouler par la canule évacuatrice, dont il aura ouvert au préalable le robinet, et dont le tube de caoutchouc plonge dans un récipient. L'écoulement doit être lent et continu. En opérant ainsi, on pourra avec certitude éviter l'entrée de l'air.

Si l'écoulement cesse tout à coup, par occlusion de la lumière de la canule par le poumon, il suffit de changer la canule de place pour voir l'écoulement se rétablir. Si cette canule est bouchée par des caillots, il n'y a qu'à y passer une sonde boutonnée.

On régularise beaucoup plus facilement l'écoulement en ajoutant à la ponction l'*aspiration* de l'exsudat pleural.

Au lieu du trocart on emploie une aiguille creuse communiquant avec l'embouchure d'une seringue fermant hermétiquement (*aspirateur de Dieulafoy*). En élevant le piston on raréfie l'air que contient le cylindre de verre et on aspire ainsi le liquide. En opérant de cette manière on peut évacuer du liquide, même quand il n'y a plus d'hypertension dans la cavité pleurale.

La **thoracotomie**, ouverture de la plèvre par incision, est indiquée quand les collections sont de nature purulente.

Quand on n'a pas affaire à un exsudat circonscrit, enkysté, on incise au niveau du *cinquième* ou *sixième* *espace intercostal*, au point de convexité maxima de la côte, enfonçant le bistouri exactement sur le bord supérieur de la côte sous-jacente pour éviter la blessure des vaisseaux intercostaux. On divise la double couche des muscles intercostaux, le fascia endothoracique et la plèvre sur toute l'étendue de l'incision cutanée, et l'on draine la cavité pleurale en laissant à demeure dans la plaie un tube de caoutchouc.

Pour obtenir un accès plus facile et un drainage plus

étendu, il est bon de *réséquer* la côte sur une longueur de 3 à 4 centimètres. En ce cas on incise la peau exactement sur la côte, dont on fend le périoste dans l'étendue de la plaie sur une longueur de 5 à 6 centimètres. Avec la rugine on détache le périoste d'abord de la face externe, puis avec beaucoup de précautions de la face interne de la côte. Avec les cisailles on résèque alors la portion de côte ainsi dénudée sur la longueur voulue.

Puis incisant la plèvre restée jusque-là intacte, on laisse s'écouler le liquide purulent qu'elle contient et l'on draine.

Si l'empyème ne guérit pas et s'il reste une fistule pleurale, vu la rigidité de la paroi thoracique, il est bon de réséquer plusieurs côtes, pour rendre la paroi thoracique plus flexible, plus mobile. Les feuilletts viscéral et pariétal de la plèvre auront ainsi le pouvoir de s'accoler, et la guérison sera notablement facilitée. Par une longue incision verticale on met à nu les côtes, et l'on résèque chacune sur une étendue de 3 à 10 centimètres, après l'avoir dénudée de son périoste.

[D'une façon générale, les **thoracoplasties** ne sont indiquées que si on a épuisé pendant plusieurs mois tous les soins à donner à l'ouverture pleurale (déclivité, facilité d'évacuation, etc.), que si l'empyème chronique menace l'état général. En dehors des lésions cardiaques surtout chez le vieillard, et des lésions de tuberculose pulmonaire avancée, il n'existe point de contre-indications à un traitement chirurgical de l'empyème chronique.

Nous pouvons classer ainsi les procédés opératoires d'après Cestan, qui vient de consacrer à ce sujet une étude très documentée (1).

1° THORACECTOMIES OU RÉSECTIONS PROPREMENT DITES comprenant :

A. *Réséctions costales.* — *Opération d'Estlander.*

Réséction de plusieurs côtes par des incisions simples multiples (Estlander) ou par une incision transversale

(1) E. Cestan, *Les empyèmes chroniques* (Arch. gén. de méd., nov. 1897 et suiv.).

unique ou par des incisions à lambeau de forme variée. Cette réséction est suivie ou non d'un curettage de la plèvre (Bœckel, Reverdin, Bouilly). C'est le procédé qui s'applique de préférence aux cavités petites et latérales.

B. *Réséctions thoraciques vraies* (opérations de Schede-Tillmanns).

Réséctions étendues des côtes, des muscles intercostaux et de la plèvre, toujours graves et pas toujours efficaces.

2° THORACOPLASTIES PROPREMENT DITES OU RÉSECTIONS MODELANTES.

Saubottin-Quénu. — Formation d'un plastron thoracique mobile au moyen d'une double excision costale en série portant sur les limites antérieure et postérieure de la cavité suppurante. Procédé applicable aux cavités moyennes et un peu postérieures.

Jaboulay. — « Désternalisation costale » par réséction des cartilages costaux; procédé applicable seulement aux cavités latérales très larges et très plates.

Boiffin. — « Dévertébralisation costale »; réséction du segment postérieur des côtes, applicable surtout aux cavités postérieures.

Delagenière. — Un Estlander très bas: réséction des 6^e, 7^e, 8^e et 9^e côtes pour effacer le sinus costo-diaphragmatique, recommandable surtout dans les cavités inférieures.

3° DÉCORTICATION PULMONAIRE DE DELORME

après formation d'un large volet thoracique à base postéro-supérieure que l'on peut rabattre ensuite et suturer. Bien qu'on ne puisse encore porter sur la valeur de cette méthode de conclusion ferme, il semble qu'on soit autorisé à y recourir dans les empyèmes à vaste cavité, après une large ouverture exploratrice du thorax, si les interventions ordinaires ont échoué et si l'état général du malade est encore satisfaisant.

Depuis ces dernières années, la chirurgie pulmonaire a pris une extension importante: *pneumotomie* pour kystes hydatiques du poumon suppurés ou non, pour abcès du poumon, dilatation bronchique, gangrène du poumon, cavernes tuber-

culeuses, corps étrangers, hernies traumatiques; *pneumectomie* ou résection partielle du poumon pour tumeurs malignes, noyaux tuberculeux limités, etc. (1).

Thoracotomie préliminaire avec résection costale plus ou moins étendue. S'il n'y a pas d'adhérences pleurales, éviter d'ouvrir la plèvre, créer immédiatement des adhérences par la suture des deux feuillets pleuraux, puis pénétrer dans le poumon au centre de la surface ainsi isolée après une ponction exploratrice s'il existe des doutes sur le siège de la lésion.]

LIGATURE DE LA MAMMAIRE INTERNE

Incision horizontale du 3^e ou 4^e espace intercostal depuis le bord sternal sur une étendue de 4 à 5 centimètres; on sectionne la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, les muscles grand pectoral et intercostal interne. On tombe alors sur la mammaire interne, située au-devant de la plèvre; elle apparaît dans l'angle entre la côte et le sternum, descendant suivant l'axe du corps, flanquée de deux veines, et il est facile de l'isoler du tissu cellulaire lâche qui l'entoure.

Esmarch fait une incision parasternale longitudinale et agrandit le champ opératoire en réséquant un cartilage costal.

AMPUTATION DE LA MAMELLE

On pratique l'ablation totale de la mamelle quand la glande est le siège d'une néoplasie maligne. En même temps que la glande on enlève aussi les cordons lymphatiques qui en partent, ainsi que le paquet des ganglions axillaires et le tissu cellulo-graisseux qui les entoure. La malade est couchée sur le dos, le tronc surélevé; le bras du côté malade a été placé en abduction un peu au-dessus de l'horizontale. Deux incisions, délimitant un ovale à grand axe dirigé de haut en bas et de dehors en dedans, depuis le bord libre du grand pectoral, jusqu'au

(1) Voir le rapport de Tuffier, *Congrès de Moscou*, août 1897.

niveau de l'appendice xiphoïde, circonscrivent le territoire mammaire (fig. 188).

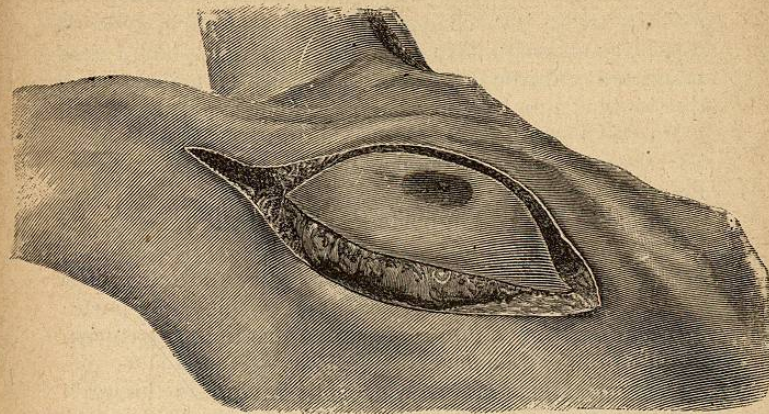


Fig. 188. — Amputation de la mamelle, incision cutanée.

On sépare la peau du tissu sous-jacent, et quand on a atteint le bord de la glande, on enlève celle-ci avec les couches superficielles du grand pectoral, ou en même temps que tout le muscle. On pratique cette ablation dans toute l'étendue de la glande, à l'exception du pôle tourné du côté de l'aisselle. On extirpe alors la graisse du creux axillaire avec le paquet de ganglions lymphatiques qu'elle contient, en ayant soin de ne pas séparer de la mamelle ce paquet de lymphatiques.

Puis, du côté de l'extrémité supérieure de l'ovale, tournée vers l'aisselle, on incise l'aponévrose sur le bord libre du muscle grand pectoral, on récline en bas le bord inférieur de la plaie et avec des crochets mousses on écarte le muscle. Avec des pinces on détache avec soin le tissu cellulo-graisseux du paquet vasculo-nerveux de l'aisselle, en commençant au niveau du grand pectoral; c'est surtout au niveau de la grosse veine axillaire, le plus superficiellement située, qu'il faudra soigneusement procéder à cette séparation. Parfois il faudra sectionner entre deux

ligatures des troncs artériels ou veineux allant du paquet glandulaire aux gros vaisseaux. Quand on a séparé les lymphatiques des gros vaisseaux, il reste à sectionner au bistouri les adhérences qu'ils peuvent offrir avec les muscles sous-scapulaire et grand dorsal. On pourra ainsi facilement enlever la glande mammaire en même temps que tout le paquet graisseux et lymphatique de l'aisselle.

Parfois il faudra lier l'artère et la veine sous-scapulaires, les vaisseaux circonflexes postérieurs, ou les thoraciques longs.

Küster a montré l'importance qu'il y a à ne pas léser le nerf thoracique long.

Si l'on ne peut réussir à séparer la tumeur de la veine axillaire, il ne faudra pas hésiter à sacrifier une partie de ce vaisseau, que l'on réséquera entre deux ligatures, et qu'on enlèvera avec les ganglions.

Des opérations adjuvantes sont indiquées lorsqu'il s'agit d'extirper les ganglions infiltrés des régions sus- ou sous-claviculaires. Pour aborder la région sous-claviculaire, il suffira de diviser les muscles grand et petit pectoral; pour pénétrer dans la fosse sus-claviculaire, on incisera comme pour la ligature de l'artère sous-clavière au-dessus de la clavicule, ou on pratiquera la résection temporaire de la clavicule à l'union du tiers externe avec le tiers moyen.

PONCTION DE L'ABDOMEN

On nomme ainsi l'ouverture artificielle par piqûre de la cavité abdominale pour évacuer les collections liquides qui la remplissent, qu'il s'agisse de l'évacuation de collections libres dans la cavité péritonéale, de collections enkystées ou de kystes intraabdominaux.

Dans le premier cas, on enfonce le trocart au point de *Monro*, c'est-à-dire au milieu de la ligne joignant l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure gauche. *Trzebizky* a montré qu'en opérant ainsi on peut parfois, quoique rarement, blesser l'artère épigastrique ou l'une de ses branches, fait que l'on évite en enfonçant le trocart

dans la moitié externe de la ligne précitée. Il n'est pas d'une importance capitale de pratiquer la ponction du côté gauche. Dans le cas d'un foie hypertrophié, on ponctionnera à gauche; à droite, au contraire, quand il s'agira d'une tumeur assez étendue de la rate. On peut aussi avec succès enfoncer le trocart sur la ligne blanche entre l'ombilic et la symphyse pubienne.

Le choix du point de la ponction dans les cas de kystes ou de collections enkystées dépendra du point où s'est amassé le liquide.

Pour faire la ponction, nous employons le trocart droit avec canule latérale d'évacuation. Le malade est couché légèrement sur le côté, ou encore le tronc surélevé. Avant d'enfoncer le trocart, il faudra rechercher avec soin par la percussion si en ce point l'intestin n'adhère pas à la paroi abdominale.

Avec l'index gauche on marque le lieu d'élection de la ponction; de la main droite, on enfonce verticalement le trocart en se guidant sur le doigt indicateur; puis saisissant le trocart de la main gauche, on retire la pointe avec la droite. Le liquide s'écoulera lentement par le tube de caoutchouc adapté à la canule d'évacuation. Si la pression intraabdominale cesse, on cherche à favoriser l'écoulement du liquide en comprimant l'abdomen à main plate ou en serrant l'abdomen avec un linge étalé dont on l'aura entouré.

Une vieille règle veut qu'on ne doive jamais évacuer complètement le liquide abdominal; on enlèvera donc le trocart alors qu'il restera encore un peu de liquide, et l'on recouvrira la plaie d'un pansement.

LAPAROTOMIE

On désigne sous ce nom l'ouverture artificielle de la cavité abdominale par l'incision de sa paroi. C'est une opération préliminaire pour des interventions intra-péritonéales de toute espèce.

Les incisions pariétales sont tantôt longitudinales, tantôt plus ou moins obliques, tantôt même transversales.

On fait les incisions longitudinales sur la ligne blanche ou sur le bord externe du grand droit. A l'épigastre et à l'hypogastre on emploie aussi bien des incisions obliques, parallèles au rebord costal ou à l'arcade crurale, que des incisions longitudinales et des incisions transversales. L'incision sur la ligne blanche est indiquée pour les volumineuses tumeurs emplissant la cavité abdominale, on fait au contraire une incision sous-ombilicale quand on doit intervenir sur des organes du bassin. Pour aborder l'estomac, le foie, la vésicule biliaire on se fraie une voie à travers l'épigastre; c'est au contraire l'hypogastre que l'on incisera quand on voudra intervenir à droite sur le cæcum et l'appendice vermiforme, à gauche sur le côlon descendant, l'S iliaque (fig. 190). Pour les interventions intrapéritonéales, le malade est couché soit horizontalement, soit sur un plan incliné, le bassin se trouvant sur le point le plus élevé, la tête au point le plus déclive du plan (Méthode d'élévation du bassin de Trendelenburg) (fig. 189).

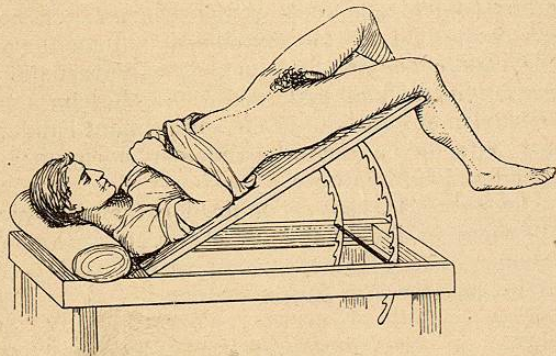


Fig. 189. — Élévation du bassin par le plan incliné.

Cette position permet, après ouverture de la paroi, un aperçu net de la situation des organes pelviens, par ce fait que les intestins retombent vers l'épigastre dans la concavité du diaphragme. Cette façon de faire

permet donc de s'orienter exactement et empêche l'issue des anses intestinales pendant l'opération.

Manuel opératoire pour les incisions de la paroi abdominale. — Sur la ligne blanche, comme sur les autres points de la paroi abdominale, on procédera toujours à la dissection couche par couche avec le scalpel. On divise la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et l'on tombe sur la gaine fibreuse très résistante des muscles droits ou dans leur interstice. La plupart du temps on voit dans la plaie les bords internes des muscles grands droits. Quand on aura traversé le feuillet postérieur de la gaine du droit, on tombera sur une couche de tissu cellulaire lâche, et chez les sujets gras sur une couche adipeuse parfois très épaisse qui recouvre immédiatement le péritoine. Tout ce travail se fait avec deux pinces; puis l'on soulève le péritoine en formant un pli, on l'incise en un point et avec les ciseaux ou le bistouri boutonné ou agrandit l'incision en haut en bas, dans l'étendue de la plaie.

Les incisions, longitudinales ou transversales, de l'épigastre traversent successivement les mêmes feuillets musculaires abdominaux jusqu'à la couche adipeuse sous-péritonéale et au péritoine que l'on incise comme précédemment.

La suture de la paroi doit primitivement être très résistante et la cicatrice ne doit en aucun cas présenter une tendance à l'ectasie, à la formation d'éventrations. La suture se fait à la soie ou avec des fils résorbables, par étages.

Sur la ligne blanche, le plan le plus profond de suture ne comprend que la séreuse; en tout cas il faudra veiller à ce que des surfaces séreuses lisses se trouvent affrontées.

Le deuxième plan comprend les muscles droits et le feuillet antérieur de leur gaine. Quelques points de suture profonds assurent la juxtaposition des muscles; d'autres, plus superficiels, ne traversant que le feuillet antérieur de la gaine du droit, accolent exactement les aponévroses.

Le plan tout superficiel réunit la peau comme d'habitude.

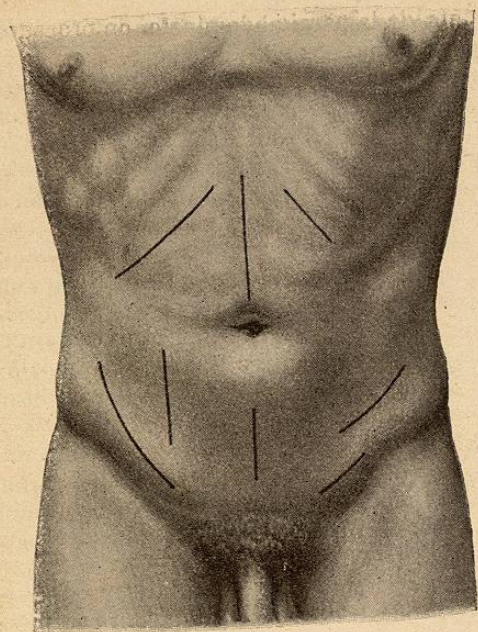


Fig. 190. — Incisions de la paroi abdominale.

a, incision longitudinale pour opérations sur l'estomac; *b*, incision pour gastrostomie; *c*, incision pour opérations sur la vésicule biliaire; *d*, incision pour épicystotomie; *e*, incision pour ligature de l'artère iliaque externe; *f*, incision pour colotomie; *g*, incision pour la mise à nu du cæcum et de l'appendice vermiculaire.

C'est d'une façon analogue qu'on réunit les plaies en d'autres régions de la paroi abdominale, en faisant trois plans. Le plan profond comprend la séreuse; le moyen, les muscles et les aponévroses; le superficiel, la peau.

OPÉRATIONS SUR L'INTESTIN ET L'ESTOMAC.

Création de fistules sur le tube intestinal. — On procède en général de telle façon qu'à travers la plaie de laparotomie on puisse attirer le segment intestinal sur lequel on doit intervenir; puis par des points séparés ou par une suture à points continus, on fixe le péritoine du segment intestinal au péritoine de la circonférence de la plaie abdominale. Là-dessus on ouvre l'intestin soit immédiatement, alors on unit la muqueuse intestinale à la peau, soit après plusieurs jours seulement, alors que les adhérences ont eu le temps de s'établir au niveau de la plaie. Sur certaines parties de l'intestin, la méthode a subi quelques modifications.

Création d'une fistule gastrique. — Gastrostomie. — Elle est indiquée dans les cas de rétrécissements infranchissables de l'œsophage, soit consécutifs à des néoplasmes, soit cicatriciels, qu'il s'agisse d'établir une bouche stomacale ou de dilater par la plaie des rétrécissements bas situés.

On aborde l'estomac en divisant la paroi abdominale au niveau de l'épigastre. L'incision est soit parallèle au rebord costal gauche (1), soit verticale et traversant le grand droit près de son bord externe (2). Dans le premier cas elle part à un travers de pouce à gauche de la pointe de l'appendice xiphoïde et se dirige en bas et en dehors, à 2 centimètres à peu près du rebord costal, sur une longueur de 6 à 8 centimètres. On ouvre le péritoine dans l'étendue de la plaie, et l'on attire au travers de celle-ci une petite portion de l'estomac.

On reconnaît l'estomac aux vaisseaux qui se détachent d'une façon caractéristique de la grande et la petite courbure. Il a des parois plus épaisses que l'intestin grêle, et se différencie du gros intestin par le manque de bosselures. La meilleure manière d'arriver à l'estomac consiste à saisir une

(1) [Labbé, Tillaux, Terrier.]

(2) [Doyen.]