§ 4. — Pansement et soins consécutifs

A. **Pansement.** — Gaze aseptique ou antiseptique sur la plaie, en doubles réguliers ou chiffonnés. Plusieurs couches de ouate hydrophile et ordinaire. Bandage de corps bien assujetti à l'aide d'épingles doubles, avec sous-cuisses pour empêcher son déplacement.

B. **Soins consécutifs.** — Le malade est remis avec précaution dans son lit et réchauffé à l'aide de linges chauds et de bouillottes. Ces dernières doivent être surveillées, en vue de brûlures possibles sur un sujet encore endormi.

Si l'opéré est déprimé, en état de choc ou de collapsus, pratiquer sans tarder plusieurs piqûres d'éther, d'alcool ou de caféine, puis une injection sous-cutanée et même au besoin intra-veineuse de sérum artificiel. Ces piqûres et injections seront renouvelées une, deux ou trois fois par jour suivant les besoins, et continuées jusqu'à rétablissement.

S'il y a paralysie vésicale, cathétérismes aseptiques répétés deux fois par jour, ou bien sonde à demeure pendant les deux premières journées.

S'il y a des vomissements, faire inhaler de l'oxygène (Jeannel), du vinaigre fort, placer un sachet de glace sur le cou ou sur le creux épigastrique, pratiquer au besoin une piqûre de morphine, une injection sous-cutanée d'un demi-milligramme de bromhydrate d'hyoscine (Stewart), ou un lavage de l'estomac, surtout laisser le malade à la diète absolue.

Le malade ne prendra rien durant la première journée. Le soir de l'opération, s'il n'y a pas de vomissements, on pourra permettre quelques cuillerées à café de champagne glacé ou quelques fragments de glace. Le lendemain, si les vomissements ont complètement cessé, liquides par petites quantités : champagne, grog, eau minérale, limonade. Le surlendemain, lait, bouillon. Après la première selle, reprise progressive de l'alimentation.

Dès le lendemain de l'opération, administrer un lavement d'eau savonneuse, d'eau glycérinée, ou de vin vieux. Le matin du troisième jour, donner un purgatif (huile de ricin, calomel ou limonade citrique). Un grand lavement huileux ou l'application d'une canule rectale sont parfois nécessaires pour amener la première évacuation. L'efficacité de la purge est toujours d'un excellent pronostic.

Si le purgatif reste inefficace, même avec l'aide du lavement et de la sonde, administrer une entéroclyse ou redonner un second purgatif plus énergique. L'huile de ricin à très haute dose (200 grammes à la fois à l'aide du tube œsophagien. Dittel) ou l'arséniate de strychnine (pilules contenant 1 milligramme d'arséniate de strychnine, 1 milligramme d'extrait de belladone, 1 centigramme d'extrait de cannabis indica, à raison d'une pilule par heure jusqu'à concurrence de 10) arrivent ordinairement à vaincre une parésie intestinale de signification toujours inquiétante.

Si les vomissements persistent ou réapparaissent, il sera souvent indispensable de laver l'estomac (Terrier-Reynier).

Le tamponnement abdominal sera enlevé ordinairement après quarante huit heures ; le drainage au deuxième ou troisième jour (sauf indications spéciales) et les points de suture au dizième ou douzième.

Enfin le malade gardera le lit de quinze à dix-huit jours et fera bien de porter pendant quelques mois un bandage ou une ceinture abdominale de soutien.

IV. — LAPARECTOMIE

C'est l'ablation d'une partie plus ou moins étendue de la paroi abdominale, pratiquée pour extirper un néoplasme de cette paroi. Elle est distincte

de la laparoplastie qui comporte souvent aussi une excision pariétale, mais dans le but de restaurer la forme et la solidité de l'abdomen.

Elle est *complète* ou *incomplète* suivant que le péritoine est ou non compris dans l'excision.

Celle-ci, faite à bonne distance du néoplasme, affectera généralement la forme d'un losange ou d'un ovale à grand axe vertical. Mais on respectera s'ils sont intacts les téguments et le péritoine.

La réparation de la brèche se fera par sutures étagées reconstituant méthodiquement les divers plans de la paroi.

Suivant que l'un de ces plans aura été plus ou moins excisé, on recourra à des manœuvres spéciales pour le restaurer de façon suffisante.

Lorsque le péritoine fera défaut, on pourra essayer de décoller les lèvres de la séreuse de chaque côté de la brèche pour en faciliter le glissement ou bien l'on empruntera au grand épiploon une greffe séreuse, ou bien encore on suturera cet épiploon comme un rideau au-devant de la plaie.

La couche musculo-aponévrotique sera restaurée plus minutieusement encore. On essaiera s'il est possible de rapprocher par des points en faufil ou en U les faisceaux musculaires et les tissus fibreux voisins. Au cas contraire, il faudra recourir à l'hétéroplastie. Phelps, Meyer[1], Willard Bartlett[2] préconisent chaudement l'emploi de treillis ou grillages en fil d'argent fin et souple que l'on incorpore dans l'épaisseur des tissus. Bartlett a récemment rapporté six cas heureux dans lesquels il a ainsi obtenu une paroi abdominale souple et solide. Tantôt, il a placé un treillis unique entre le péritoine et la peau reconstitués, fixant le treillis aux muscles et aponévroses proches à l'aide d'une sorte de surjet circulaire. Tantôt il en a placé deux, l'un entre le péritoine et la couche fibreuse, l'autre entre celle-ci et la peau.

Ces corps étrangers seraient bien tolérés, sous condition d'une asepsie parfaite et d'une souplesse suffisante du treillis. Celui-ci est pénétré par les bourgeons charnus de la plaie et finit par faire corps avec les tissus de cicatrice.

V. — LAPAROPLASTIE

CURE DES ÉVENTRATIONS SPONTANÉES ET POST-OPÉRATOIRES

La laparoplastie est la restauration de la paroi abdominale antérieure affaiblie et relâchée par distension excessive, traumatisme ou laparotomie antérieure.

§ 1. — Cure des éventrations spontanées[3]

Elle comporte deux méthodes : intrapéritonéale, extrapéritonéale, suivant que la cavité abdominale est ouverte ou non.

[1] Meyer, *Annals of Surgery*, nov. 1902.
[2] Willard Bartlett, *Annals of Surgery*, juillet 1903, p. 47, n° 1.
[3] Cf. Cange, th. de Paris, 1898.

I. *Méthode intrapéritonéale.*

1° Procédé de Maas-Mayld. — C'est le plus simple, calqué sur la laparotomie et la laparectomie habituelles. Il consiste à exciser le fuseau exubérant de la paroi à l'aide d'une incision elliptique, puis à reconstituer les divers plans par une suture à étages : suture sur le péritoine, suture sur le feuillet postérieur de la gaine des droits, suture sur les muscles et le feuillet antérieur de la gaine; suture cutanée.

2° Procédé de Depage [1]. — Il s'applique aux cas de grande ptose abdominale et comprend une laparectomie partielle avec excision d'un grand lambeau cutané.

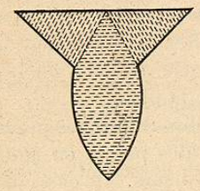

Fig. 877. — Procédé de Depage. Tracé du lambeau à enlever.

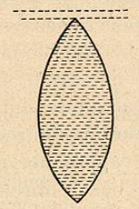

Fig. 878. — Procédé de Depage. Suture de la peau.

a. **Résection de la peau.** — Incision transversale réunissant l'extrémité inférieure des onzièmes côtes. Des deux extrémités de cette ligne, mener deux incisions obliques en bas et en dedans, mesurant chacune la moitié de la longueur de la première. Les continuer par deux incisions curvilignes à concavité externe, qui se rejoignent vers le pubis.

Disséquer et enlever ce lambeau (fig. 877).

b. **Résection de la ligne blanche et du péritoine.** — Réséquer ensuite toute la partie de la ligne blanche et du péritoine comprise entre les bords internes écartés des muscles grand droits.

c. **Réfection de la paroi.** — A l'aide de 6 plans superposés : 1° séreuse; 2° muscle et séreuse; 3° muscle seul ; 4° aponévrose et muscle ; 5° aponévrose seule ; 6° peau. La peau est suturée de sorte que les deux angles supérieurs du losange sont d'abord réunis à la partie moyenne de la lèvre supérieure de la plaie transversale, puis les bords de l'ellipse qui reste sont réunis entre eux. On obtient ainsi une cicatrice en T et les parois abdominales se trouvent rétrécies dans tous les sens (fig. 878).

3° Procédé de Sapiejko [2]. — Piccoli et Heidenhain ont proposé d'appliquer aux éventrations le procédé que Sapiejko a préconisé pour les grosses hernies ombilicales. Ce procédé consiste à dédoubler très largement la paroi abdominale surabondante, en séparant la peau du plan fibro-musculo-séreux et à superposer les deux moitiés de ce dernier à la façon des deux pans d'un gilet double croisé.

[1] Depage, *Ann. de la Soc. belge de chir.*,1893, n° 7, p. 297.
[2] Sapiejko, *Rev. de chir.*, 1900, t. XXI, p. 241.

Une incision verticale médiane est faite de longueur convenable, allant en profondeur jusqu'à l'aponévrose. Les lèvres cutanées sont libérées de

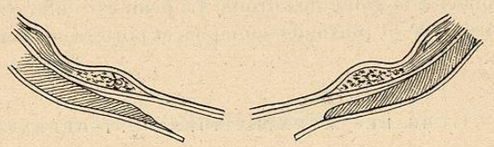

Fig. 879. — Procédé de Sapiejko. Dédoublement de la paroi.

chaque côté très largement et réclinées jusqu'au delà des bords externes des droits (fig. 879).

La ligne blanche et le péritoine sont alors ouverts sur la ligne médiane et les deux lèvres saisies avec des pinces. L'une d'elles est éversée en dehors le plus possible. L'autre est glissée sous elle aussi loin qu'on le peut et

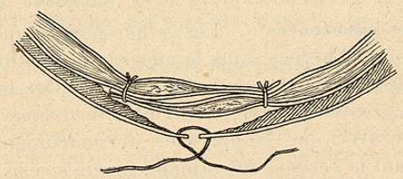

Fig. 880. — Procédé de Sapiejko. Superposition et suture des lambeaux profonds. Suture de la peau.

fixée en bonne place par un surjet ou par une série de points séparés en U. La lèvre éversée est alors rabattue sur la lèvre sous-jacente et fixée à sa surface par une suture. Ainsi les deux lambeaux séro-musculo-aponévrotiques se trouvent croisés et superposés. La peau est enfin réunie, après excision de la partie exubérante (fig. 880).

II. *Méthode extrapéritonéale.*

Procédé de Quénu [1]. — Une incision de longueur variable, respectant le péritoine permet, par libération large des lèvres cutanées, de rechercher la gaine des droits. Cette recherche est parfois délicate à cause de l'écartement des muscles, que l'on découvre à l'aide de petites incisions exploratrices. Les gaines sont ouvertes de chaque côté, parallèlement à la ligne blanche. Les lèvres internes de ces incisions sont rabattues en dedans vers la ligne médiane et suturées l'une à l'autre, à l'aide de points qui traversent en même temps pour les solidariser, le plan fibro-séreux constitué par le péritoine et le feuillet postérieur de la gaine des droits. Une deuxième suture à points séparés unit entre eux les muscles droits amenés en contact et décollés, s'il le faut, de leur gaine. Pour renforcer cette suture il est bon d'uti-

[1] Quénu, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1896, p. 179.

liser les intersections tendineuses des droits et notamment une constante à la hauteur de l'ombilic. Une troisième suture réunit les lèvres externes des incisions pratiquées à la gaine des droits. La peau est enfin réunie.

L'opérée gardera le lit plusieurs semaines et portera une ceinture pendant quelques mois.

§ 2. — Cure des éventrations post-opératoires

Elle est en général assez simple et comprend les temps suivants :

a. **Incision**. — Médiane verticale, ou mieux en forme d'ellipse allongée circonscrivant un fuseau de peau cicatricielle, amincie, qu'il faut réséquer. Disséquer avec précaution les deux lèvres de la plaie pour reconnaître et répérer au fur et à mesure les divers plans de la paroi. Ouvrir prudemment le péritoine car les adhérences avec l'intestin et l'épiploon sont assez fréquentes.

b. **Traitement des adhérences**. — Les adhérences épiploïques sont contournées avec le doigt, libérées dans la mesure du possible et sectionnées après ligature simple ou ligature en chaîne, afin d'éviter toute hémorragie.

Les adhérences intestinales réclament plus de soins. On essaie de les décoller doucement avec une compresse, un instrument mousse ou les ciseaux, en respectant la séreuse intestinale. Si elles résistent, on résèque du sac une rondelle exubérante que l'on détache avec l'intestin et dont on suture les bords inversés pour présenter extérieurement leur face séreuse. Cette précaution a pour but de péritoniser la portion d'intestin qui adhérait et d'éviter des adhérences ultérieures.

c. **Suppression du sac**. — Le sac et tous les tissus cicatriciels sont alors excisés.

d. **Restauration de la paroi**. — Elle se pratique comme dans toute laparotomie soit en un, soit mieux en plusieurs plans.

CHAPITRE X

OPÉRATIONS SUR L'ESTOMAC, L'INTESTIN ET L'ÉPIPLOON

Asepsie et antisepsie préopératoires du tube digestif.

1° **Antisepsie de l'estomac**. Deux groupes de cas se présentent : dans l'un, le cathétérisme de l'œsophage est possible ; dans l'autre (cancer de l'œsophage) il est impossible.

Le cathétérisme de l'œsophage sert non seulement à évacuer les résidus de l'estomac, mais encore à le laver. Les liquides qui s'emploient ordinairement pour le lavage sont : l'eau de Vichy ou l'eau bicarbonatée sodique à 20 p. 1 000, l'acide borique à 30 pour 1 000 ou quelquefois le permanganate de potasse à 1 p. 1 000. La quantité qu'on utilise à chaque séance varie entre 3 et 4 litres, ou plutôt on continue l'injection du liquide choisi jusqu'à ce qu'il revienne pur comme avant l'injection. Les séances ont lieu trois à quatre fois par jour pendant la semaine qui précède l'intervention ; et pendant ce même temps le malade est soumis au régime exclusif du lait stérilisé, s'il est encore vigoureux, ou bien on prescrit une nourriture tonique et réparatrice. Un nouveau lavage de l'estomac doit avoir immédiatement lieu avant l'opération.

Lorsqu'une sonde ne peut passer par l'œsophage, on est naturellement forcé d'attendre l'opération pour faire l'antisepsie directe de l'estomac : lavage par la ponction aspiratrice ; évacuation sur compresses hors de l'abdomen ou même dans l'abdomen ; essuyage de la muqueuse gastrique avec des compresses de gaze ou des tampons de coton. L'estomac est alors, d'ordinaire, plus ou moins ratatiné au-dessous du foie.

2° **Antisepsie de l'intestin grêle**. — L'intestin grêle ne peut jamais être désinfecté que d'une façon relative, comme, d'ailleurs, tout le reste du tube digestif. Cette désinfection n'en est pas moins indispensable toutes les fois qu'elle est possible, c'est-à-dire en dehors de la chirurgie d'urgence.

Nos moyens de désinfection sont : d'abord et surtout les *purgatifs salins*, puis *la diète lactée* et les *antiseptiques intestinaux*.

Les purgatifs (sulfate de magnésie ou de soude) se prennent à petites doses (10 à 15 grammes), chaque matin, pendant huit jours, parfois pendant une plus longue période. On prescrit en même temps l'usage exclusif du lait stérilisé si le malade n'est point trop faible, et une dose quotidienne de 2 à 5 grammes de naphtol β, de bétol ou de benzonaphtol en deux ou trois cachets ; on peut, si on le juge convenable, associer à l'une de ces dernières substances du salicylate de bismuth, du salol, du carbonate de chaux, du bicarbonate de soude.

A la fin de ce régime, *l'avant-veille de l'opération*, on fait prendre un grand purgatif (40 à 45 grammes) de sulfate de magnésie, ou deux grands verres de Sedlitz ou une bouteille d'Hunyadi-Janos, etc.) et le malade prend pour