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

toute alimentation 2 litres de lait et un peu de bouillon ; *la veille de l'opération*, même prescription, seulement la dose du purgatif est moitié moindre, et le malade ne prend qu'un litre de lait. Enfin, le matin même de l'opération, la diète est absolue et l'on fait administrer un grand lavement d'eau bouillie avant d'opérer.

3° **Antisepsie du gros intestin**. — On commence par vider toute la longueur du tube intestinal au moyen d'un ou mieux de deux grands purgatifs salins. Puis, après avoir institué le régime lacté de préférence exclusif, et l'usage régulier des antiseptiques intestinaux (bétol, etc.), on procède à l'antisepsie directe du rectum et du gros intestin soit par des lavements, soit par le lavage ou entéroclyse. Lavement et lavage se font deux ou trois fois par jour, au moins pendant les huit jours qui précèdent l'opération, avec de l'eau bouillie savonneuse, de l'eau autoclavée, de l'eau boriquée à 3 p. 100, parfois une solution d'acide salicylique à 3 p. 1 000, de permanganate de potasse à 1 p. 1 000; ces liquides sont employés à une température plutôt chaude (36-38°) que tiède. Pour les lavements, on se sert par exemple, de l'irrigateur Éguisier préalablement stérilisé et muni d'une longue canule en gomme flexible. Pour le lavage le meilleur moyen est un entéroclyseur de Cantani ou de Dujardin-Beaumetz (ou le modèle de Dauriac, fig. 881), c'est-à-dire, en somme, un récipient de verre qu'on tient à la main et qui est analogue à celui du siphon stomacal de Faucher, un tube de caoutchouc adapté au fond de ce récipient et une longue canule en gomme flexible qui termine ce tube et qu'on introduit, le plus haut possible, dans le rectum et l'S iliaque. Le lavage se fait sur le malade préalablement couché tête basse, bassin élevé sur des coussins, et avec une grande lenteur, c'est-à-dire sous une faible pression, telle qu'on l'obtient en élevant le récipient seulement à une hauteur de 30 centimètres ; la quantité de liquide nécessaire au lavage varie entre 4 à 5 litres.

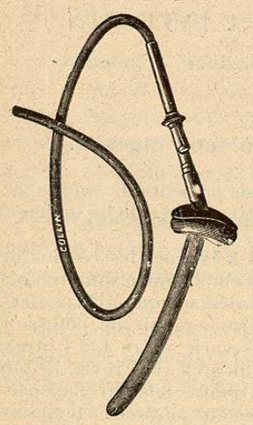

Fig. 881.
Entéroclyseur de Dauriac.

Le lavage du gros intestin et du rectum s'opère d'une façon très complète, ainsi que nous avons pu le vérifier plusieurs fois, lorsqu'on a établi un anus cæcal, qu'on a placé une canule par cet anus vers le côlon ascendant et qu'on en a mis une autre par l'anus normal : le liquide passe à volonté de bas en haut et de haut en bas.

I

TECHNIQUE GÉNÉRALE DES OPÉRATIONS PRATIQUÉES SUR L'ESTOMAC ET L'INTESTIN

I

Diérèse, exérèse, synthèse, prothèse, ces quatre éléments essentiels de la médecine opératoire classique s'appliquent à la chirurgie gastro-intestinale. Nous allons les passer en revue.

§ 1. — Diérèse

(Incisions et sections.)

Sauf contre-indication particulière toute diérèse comprendra trois temps : l'isolement du viscère à sectionner, la coprostase, l'incision ou la section.

1° **Isolement**. — Le malade sera, s'il y a lieu, mis en position déclive ou proclive. L'estomac ou l'anse intestinale à inciser seront attirés le plus possible hors du ventre tandis que des compresses isolantes, soigneusement disposées au-dessous ou autour, fermeront la cavité péritonéale, limiteront le foyer opératoire et protégeront tant le péritoine que les viscères voisins contre l'infection et le refroidissement.

2° **Coprostase**. — C'est la compression exercée en amont et en aval de la future diérèse pour assurer la vacuité de l'organe incisé et prévenir l'issue des matières ou des liquides septiques.

En dehors de la compression directe par les mains d'un aide, nous citerons seulement parmi les très nombreux moyens proposés :

a. Les pinces coprostatiques de Doyen et d'Hartmann (fig. 855 et 856), applicables tant à l'estomac qu'à l'intestin. Ces pinces spéciales peuvent être remplacées aisément par des pince-clamps ordinaires munies d'une crémaillère longue et douce qui permet de les serrer assez doucement pour ne pas contusionner les parois de l'organe saisi.

b. On peut encore, non pour l'estomac mais pour l'intestin, recourir soit à l'épingle anglaise longue ou l'épingle à friser (Roux) dont la pointe transfixe le méso et dont les branches enserrent le viscère ; soit encore à la ligature lâche, en amont et en aval, pratiquée à l'aide d'une forte soie, d'une mèche mince de gaze ou d'un petit tube de caoutchouc, traversant le ou les mésos correspondants, convenablement serrés et fixés soit par un nœud, soit par une pince hémostatique. Mais ce procédé a l'inconvénient d'être plus long et moins sûr que celui des pinces. De plus, il amène le froncement de l'organe et sera surtout employé lorsqu'on voudra clore préventivement le viscère à réséquer (voir *Exérèse*).

Pour pratiquer la coprostase, le segment de l'estomac ou de l'intestin, sur lequel portera l'intervention, sera préalablement par pressions douces et répétées, vidé de son contenu, puis coprostasié en amont et en aval, mais toujours à distance assez grande (2 à 3 centimètres au moins) des extrémités de la future section, pour ne pas gêner les manœuvres (incision, exploration, suture, etc.)

3° **Diérèse**. —L'incision ou section sera pratiquée soit au thermo, soit à l'instrument tranchant.

Le thermo, pour être hémostatique, devra rester au rouge sombre. Il est très recommandé par certains.

Le bistouri et les ciseaux devront faire une section nette, intéressant également toutes les couches de la paroi. Comme sur l'estomac en particulier, la muqueuse très lâchement unie à la musculeuse, tend à se décoller, à fuir et à échapper à l'instrument, il faudra ponctionner ou inciser franchement. Mieux encore, avec deux pinces à griffes on saisira un pli de la paroi; on le sectionnera à fond et l'orifice ainsi obtenu sera agrandi dans les limites voulues.

La section ou l'incision devront être disposées de telle sorte que leur suture ultérieure rétrécisse au minimum la lumière de l'organe.

Dans la diérèse simple, elles seront ordinairement parallèles au grand axe de l'estomac ou de l'intestin et, pour ce dernier, siégeront sur le bord libre.

§ 2. — Exérèse

(Résections.)

1° Isolement. — L'isolement de l'organe sera fait comme plus haut.

2° Coprostase. — Elle sera double en amont et en aval, afin que chaque trait de résection passe entre deux rangs de pinces ou d'agents coprostatiques.

3° Résection viscérale. — Lorsque l'exérèse devra se terminer par la suture des deux tranches ou par une anastomose bout à bout, les sections

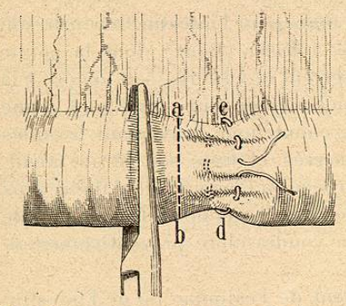

Fig. 882. — Section d'une anse entre une pince coprostatique et une ligature en bourse.

ab, ligne de section. — *cd*, ligature.

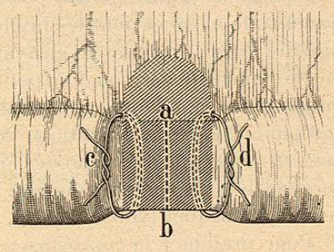

Fig. 883. — Section d'une anse après écrasement et constriction par deux ligatures.

ab, ligne de section. — *cd*, ligature.

seront faites à l'instrument tranchant et autant que possible, perpendiculaires à l'insertion mésentérique.

Lorsque les tranches de section devront être individuellement fermées, sans servir à une anastomose, on pourra, pour plus de sécurité, les clore d'emblée en aval et en amont de la future exérèse.

Si l'on ne dispose pas de pince écrasante, on faufilera autour de l'organe

un solide fil de soie ou de catgut, en cordon de bourse. On serrera cette ligature à fond. L'organe sera sectionné, la tranche touchée soigneusement au thermo et enfouie sous une suture séro-séreuse (fig. 882).

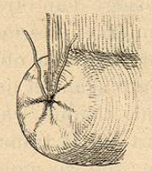

Fig. 884. — Fermeture de la tranche sectionnée par un fil en bourse.

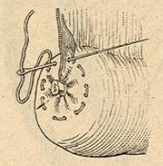

Fig. 885. — Enfouissement du premier fil sous une seconde suture en bourse.

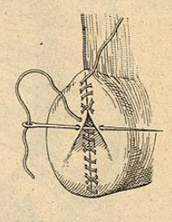

Fig. 886. — Enfouissement d'un premier surjet sous un second surjet séro-séreux, accolant deux plis séreux.

Si l'on possède une pince-écrasante, mieux faudra récliner l'occlusion préventive par écrasement (Doyen) (fig. 883).

Au niveau des futures sections, la pince sera appliquée et serrée lentement à fond. La séreuse seule résiste. Muqueuse et musculeuse sont broyées; leur accollement oblitère la lumière de l'organe et la paroi, réduite à une mince lame, peut être coupée entre deux ligatures, en toute sécurité pour l'asepsie.

4° Sections mésentériques. — Le mésentère ou les épiploons seront à leur tour désinsérés ou sectionnés.

Pour l'estomac, les grand et petit épiploon seront incisés parallèlement aux courbures correspondantes.

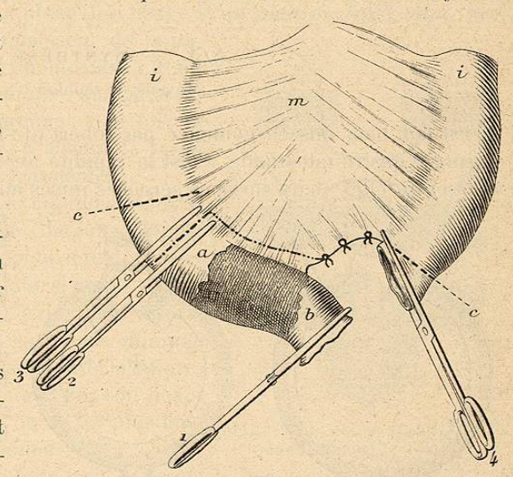

Fig. 887. — Désinsertion parallèle du mésentère.

Pour l'intestin, le mésentère sera ou bien désinséré parallèlement et au ras de son bord adhérent (fig. 887), ou bien excisé en forme de coin (fig. 888).

Deux précautions essentielles devront être prises :

1° Limiter bien exactement l'excision ou la désinsertion mésentérique à la partie de l'organe que l'on veut réséquer, car toute portion dépourvue de mésentère est fatalement vouée au sphacèle.

2° Pratiquer très soigneusement l'hémostase puis la suture des lèvres mésentériques pour éviter une hémorragie et aussi un orifice anormal qui pourrait devenir le siège d'un étranglement interne ultérieur.

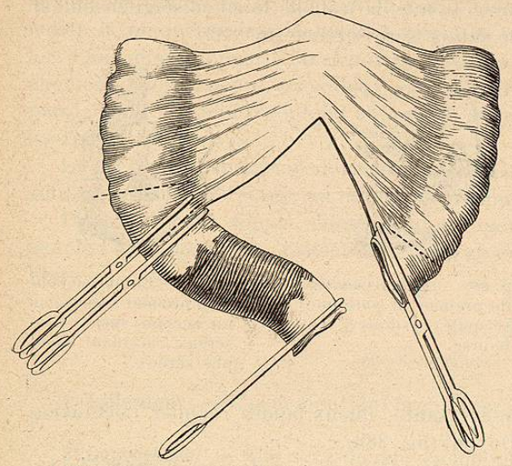

Fig. 888. — Excision angulaire du mésentère (Ricard et Launay).

L'hémostase sera obtenue soit en pinçant et liant séparément chaque vaisseau ouvert sur la tranche de section, soit au moyen d'une ligature en chaîne (fig. 60) soit en divisant l'épiploon ou le méso en une série de petits faisceaux isolés, par dissociation des espaces avasculaires et en liant ou écrasant individuellement chacun de ces pédicules.

§ 3. — Synthèse

(Moyens de réunion.)

Un fait bien mis en évidence par Jobert (de Lamballe) domine toute la chirurgie gastro-intestinale. C'est la rapidité avec laquelle adhèrent solidement entre elles deux surfaces séreuses mises au contact. Tout procédé de réunion devra donc réaliser l'accollement large et parfait des surfaces péritonéales.

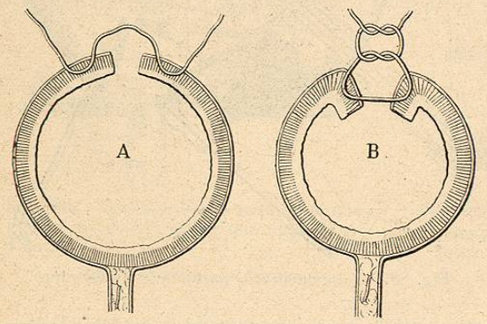

Fig 889. — Suture de Lembert.
A, fil passé. — B, fil serré.

Nous nous bornerons à décrire les deux moyens les plus simples et les plus employés : la suture, les boutons anastomotiques.

1° *Suture.*

Toute suture gastrique ou intestinale doit réaliser : l'occlusion hermétique de l'organe, l'accollement intime et large des surfaces séreuses, l'hémostase des tranches suturées.

Les anciens types classiques de suture remplissaient incomplètement

ces trois conditions. Aussi nous contenterons-nous de donner le schéma des plus connus d'entre eux et particulièrement du célèbre *point de Lembert*, le père de tous les autres (fig. 889, 890, 891).

Nous décrirons seulement en détail le procédé, généralement adopté

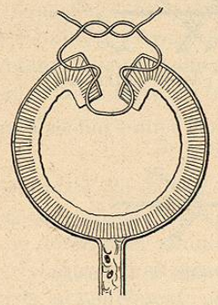

Fig. 890. — Suture de Gussenbauer.

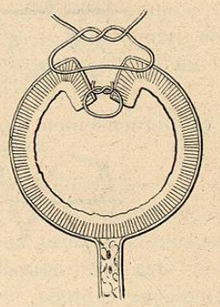

Fig. 891. — Suture de Czerny.

aujourd'hui, qui réalise au mieux toutes les conditions de sécurité, de rapidité et d'hémostase : c'est la suture de Hartmann, nommé par quelques-uns suture d'Albert-Hartmann.

Elle se compose de deux plans (fig. 892) : 1° un *plan profond total*, perforant, intéressant toute l'épaisseur de la paroi, réalisant l'occlusion et l'hémostase ; 2° un *plan superficiel séro-musculaire*, analogue au point de Lembert, mais prenant à la fois la séreuse et la musculeuse, réalisant le large adossement des surfaces péritonéales.

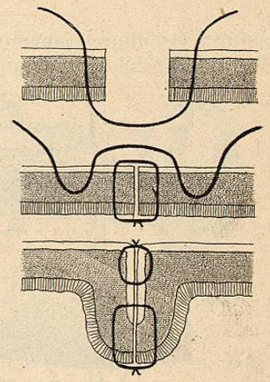

Fig. 892. — Suture d'Albert-Hartmann (Ricard et Launay).
En haut, premier fil total passé. — Au milieu, fil total serré, fil séro-musculaire passé. En bas, les 2 fils serrés.

On se servira soit des aiguilles fines à manche de Reverdin ou de Chaput soit plus simplement d'aiguilles de couturière droites et rondes, à chas fendu et latéralement évidé, dites aiguilles de Kirby. L'évidement latéral du chas permet au fil de s'y loger, diminue le volume total de l'aiguille et facilite la suture.

On emploiera soit le catgut fin, soit beaucoup mieux les fils de soie ou de lin plus fins, plus résistants et plus durables.

La suture pourra être faite soit à points séparés (Albert), soit en surjet continu (Hartmann). Le surjet sera préféré comme plus rapide, plus hémostatique, plus hermétique et laissant moins de nœuds dans les tissus. Mais il devra pour toute sécurité, être constamment tendu et arrêté en repassant le fil dans l'anse du point précédent, soit à chaque point (Duchamp, Reverdin), soit chaque trois ou quatre points (Doyen, Hartmann) (fig. 893, 894, 895).