

TECHNIQUE CHIRURGICALE

CHAPITRE VI

ABDOMEN

I. — PAROIS DE L'ABDOMEN

Ponction du péritoine. — La ponction évacuatrice de la cavité péritonéale se pratique au moyen d'un trocart de 3 à 4 millimètres de diamètre, muni d'un robinet et monté sur un tube de caoutchouc assez long pour pouvoir plonger dans un vase placé à terre ; ou avec un simple trocart à hydrocèle, muni de même d'un tube de caoutchouc que l'on peut pincer pour remplacer le robinet. Le trocart est, bien entendu, stérilisé ; et le lieu de la ponction ainsi que les mains de l'opérateur sont aseptisés.

La ponction se fait, sauf indication particulière fournie par la percussion de l'abdomen, sur le milieu d'une ligne allant de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure, à gauche de l'abdomen.

La main gauche tend la peau, l'index gauche marque le point d'entrée du trocart ; le trocart est tenu de la main droite, le manche appuyé sur la paume, l'index droit limitant la pénétra-



Fig. 448.
Ponction de l'abdomen (CHALOT).

tion, à 2 centimètres et demi environ de la pointe. Le trocart est enfoncé d'un coup sec, jusqu'au point marqué par l'index droit, on doit sentir l'extrémité libre dans l'abdomen. On retire la pointe en maintenant la canule en place.

Le liquide s'écoule dans le récipient, et lorsque l'évacuation est terminée, on retire la canule vivement, en retenant les téguments de la main gauche, et on ferme l'orifice par un léger pansement collodionné.

Laparotomie. — A. Soins préliminaires. — Quel que soit le but de la laparotomie, s'il ne s'agit pas d'une opération d'urgence, le malade aura été préparé par un grand bain savonneux la veille, par une purgation prise également la veille.

La veille de l'opération, la région à opérer aura été savonnée et lavée longuement, dégraissée à l'alcool et à l'éther, un pansement humide simplement stérilisé sera maintenu jusqu'au moment de l'opération. Un nouveau nettoyage est alors pratiqué pendant l'anesthésie, et complété par le savonnage et le dégraissage de l'ombilic, attiré et déplié par la traction d'une pince à forcipressure.

Enfin les membres inférieurs sont enveloppés d'ouate jusqu'à mi-cuisse.

Pour toute laparotomie exposant l'intestin à l'air, il est de toute importance que la température de la salle d'opération soit maintenue élevée et constante entre 20° et 25°.

L'opération sera pratiquée, pour toutes les opérations de la région sus-ombilicale, sur le lit horizontal ordinaire, l'éclairage devant être large et, s'il est possible, venant d'en haut.

Pour le plus grand nombre des opérations de la région sous-ombilicale autres que l'ouverture d'un abcès, il est commode de refouler les intestins vers le diaphragme en employant la position renversée de Trendelenburg. Cette position est indispensable pour opérer dans le petit bassin.

Le malade est placé sur un plan incliné analogue à celui de la figure 451, faisant partie du lit (fig. 450) ou ajouté à ce lit (fig. 449), les membres inférieurs sont solidement fixés, au-dessous des genoux et à la partie inférieure des jambes, après les

montants du petit côté de l'appareil. Lorsque la paroi est nettoyée, avant d'inciser, on fixe, grâce aux crans disposés à cet effet, l'élévation du siège au degré voulu; peu élevé par exemple, pour une appendicite à froid ou une hernie; très élevé au contraire pour une opération sur les organes génitaux de la femme.

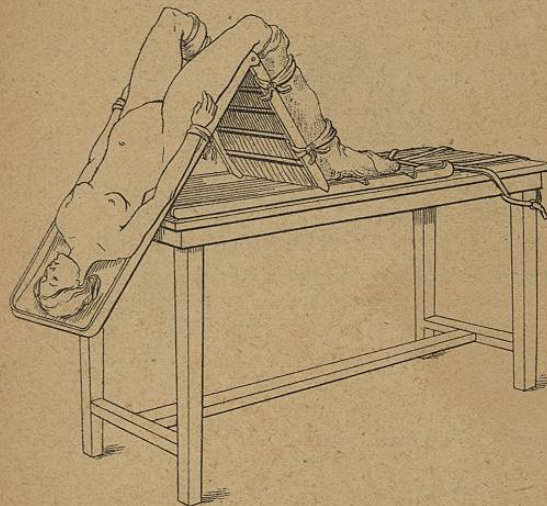


Fig. 449.

Position de la malade sur le plan incliné pour opération dans le bassin.

B. Incision de la paroi. — Le siège de cette incision varie nécessairement beaucoup avec le but de la laparotomie, et il est préférable de donner à propos de chaque opération le siège et la direction de ces incisions.

La direction de l'incision cutanée est le plus souvent *longitudinale*, soit médiane, soit latérale. Chaque fois qu'il n'est pas indiqué par une raison importante, de s'éloigner de la ligne médiane, l'ouverture péritonéale devra siéger au niveau de la ligne blanche, il est plus facile d'éviter à ce niveau l'éventration consécutive à une cicatrice musculaire affaiblie.

Médiane, l'incision est sus-ombilicale ou sous-ombilicale suivant qu'on opère sur l'estomac, le foie, la rate, l'intestin ou le petit bassin. Si l'ombilic est compris dans l'incision, il est commode de pratiquer la résection de la cicatrice ombilicale, afin de reconstituer une paroi plus solide. Ainsi fait-on, d'ailleurs, lorsqu'on opère une hernie ombilicale.

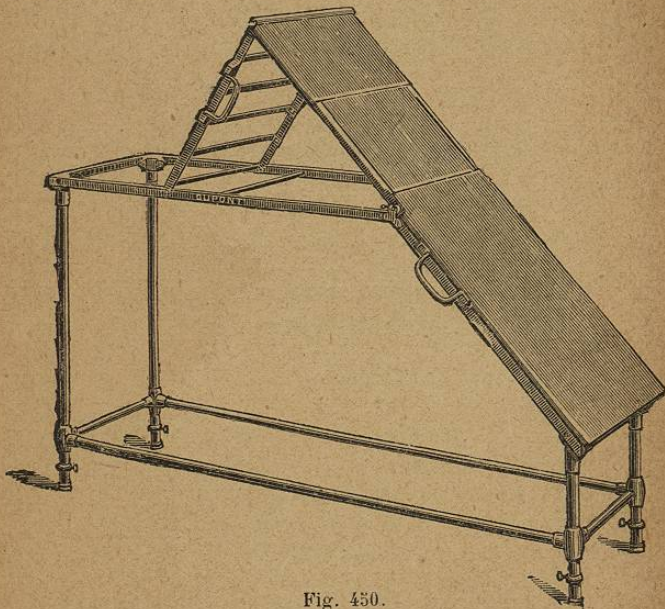


Fig. 450.

Table à plan incliné de H. Delagenière.

Latérale, l'incision longitudinale se trouve sur le bord externe d'un muscle droit, cherchant à ce niveau une sorte de ligne blanche analogue à la ligne médiane, à moins que l'espoir de constituer un sphincter à un orifice viscéral ne fasse passer entre les fibres du muscle, (gastrostomie). On peut même, comme dans le procédé de Jalaguiet pour l'appendicite, placer les incisions aponévrotiques sur le muscle droit, et celui-ci, après

reconstitution des plans de la paroi, sépare les deux cicatrices aponévrotiques.

Dans certaines opérations complexes il est nécessaire de se donner beaucoup de jour, et la seule incision longitudinale, médiane ou latérale, n'est plus suffisante. On peut ajouter à cette première incision une seconde, horizontale ou oblique,

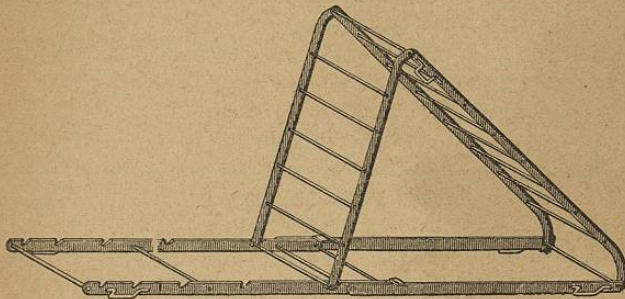


Fig. 451.

Plan incliné de Peraire.

dirigée à droite ou à gauche, et qui peut suivre le rebord thoracique, réséquant même le rebord costal comme nous le verrons pour le foie; on coupe transversalement un des muscles droits. Cette section du muscle droit augmente beaucoup les chances d'éventration, et ne doit évidemment être faite que si cela devient absolument nécessaire; il faut alors ensuite reconstituer avec le plus grand soin la paroi à ce niveau, en affrontant les deux bouts du muscle sectionné.

Les incisions *obliques* sur la paroi abdominale sont placées sur les parties latérales, au niveau des muscles obliques, dans les fosses iliaques (appendicite, anus iliaque, hernie inguinale). Leur inconvénient est de diviser les couches musculaires et d'exposer plus facilement à l'éventration. Il faut donc ou bien reconstituer soigneusement la plaie musculaire par affrontement des muscles coupés, ou, comme l'a conseillé MAC BURNET, passer entre les fibres musculaires écartées. On écarte ainsi d'abord les

fibres du muscle grand oblique perpendiculairement à leur direction, puis celles du petit oblique, dans un sens perpendiculaire au précédent. L'opération terminée on laisse revenir sur elles-mêmes les fibres écartées, les accolant par quelques points. Nous verrons les applications de ce procédé à propos de l'excision à froid de l'appendice et à propos de l'anus iliaque.

Quelle que soit la direction de l'incision, les temps principaux de la laparotomie sont les suivants :

Incision franche de la peau et de la graisse, de longueur appropriée à l'opération profonde.

Incision des plans aponévrotiques ou musculaires jusqu'au tissu cellulo-graisseux sous-péritonéal.

Enfin, incision du péritoine en soulevant un pli de la séreuse avec une pince, afin d'éviter de blesser, en incisant, un organe creux accolé au péritoine pariétal ou adhérent à lui.

L'incision péritonéale faite sur une petite étendue et repérée avec des pinces, est agrandie avec les ciseaux, sur l'index de la main gauche glissé sous le péritoine pour protéger les organes profonds. Les bords de l'incision péritonéale sont repérés avec des pinces pour rendre plus facile la suture de la séreuse après l'opération profonde.

A partir de ce moment, les manœuvres varient trop avec chaque opération pour qu'on puisse donner aucune indication générale.

C. Exploration intra-abdominale, recherche des lésions. — La laparotomie est pratiquée pour une lésion diagnostiquée et localisée à un organe, ou elle est d'abord *exploratrice*.

Dans le premier cas, le siège et les dimensions de l'incision sont déterminés par la situation de l'organe ou de la tumeur. L'abdomen ouvert, les manœuvres varient avec chacune des opérations particulières. En général, on s'efforce d'amener la région à opérer hors de l'abdomen ou, au moins, entre les lèvres de la plaie, et on isole, par une couche continue de compresses superposées, cette région du reste de la cavité péritonéale.

Ces compresses isolantes stérilisées sont faites de toile ou

de plusieurs lames de tarlatane, elles sont repérées par des pinces ou comptées, afin d'éviter l'abandon de l'une d'entre elles dans la cavité abdominale.

Si, pendant l'opération, quelques compresses ont été souillées par un liquide septique ou toxique, elles sont changées dès que tout danger de contamination nouvelle est passé, et que commence le temps de réparation. De même, les mains de l'opérateur et celles de son aide sont à nouveau nettoyées soigneusement si elles ont été contaminées, et dès que tout danger de nouvelle souillure est passé.

L'hémostase doit être absolument complète, et, avant de refermer l'abdomen, il faut enlever tous les débris, tous les caillots sanguins qui peuvent rester. Enfin, comme nous le verrons particulièrement à propos des opérations sur le petit bassin, il est utile, mais non indispensable, de recouvrir de péritoine, autant que faire se peut, toute surface dénudée par un décollement ou une dissection, et tout pédicule viscéral ou vasculaire ligaturé. Dans ce but, il est bon de ne pas constituer, par des ligatures en masse ou en chaîne, de gros pédicules comprenant les vaisseaux et les tissus qui les environnent, mais de prendre séparément, par petits pédicules isolés, les vaisseaux qui saignent ou les pédicules viscéraux (trompes, appendice) pour appliquer sur chacun d'eux une ligature particulière. Cette manière d'opérer offre d'ailleurs une sécurité beaucoup plus grande au point de vue de l'hémostase.

La *laparotomie exploratrice*, généralement médiane, et sus ou sous-ombilicale selon l'objet des recherches, peut être destinée simplement à parfaire un diagnostic difficile, à compléter une indication opératoire. Si l'opération est reconnue inutile ou impraticable, l'abdomen est simplement refermé, sinon l'opération est continuée comme précédemment.

Mais cette laparotomie exploratrice présente des difficultés particulières dans certains cas d'urgence (contusions et plaies de l'abdomen, ruptures viscérales, occlusions intestinales), qui peuvent se ranger dans les trois catégories suivantes : recherche de la source d'une hémorragie, recherche d'une plaie du tube digestif, recherche d'un obstacle au cours des matières.

Recherche de la source d'une hémorragie. Hémostase.

— Si à l'ouverture du péritoine il ne s'écoule que du sang, qu'on ne voie sortir ni gaz, ni matières intestinales, il faut immédiatement rechercher le vaisseau rompu, et cela est souvent fort difficile, à moins qu'un diagnostic préalable, tel que celui de rupture d'une grosse tumeur tubaire, ne guide les recherches. Le plus souvent, à la suite d'une plaie ou d'une contusion abdominale, les indications très vagues ne sont fournies que par le siège de la plaie cutanée ou les traces superficielles de la contusion. On peut ainsi être dirigé vers le foie, la rate, ou l'intestin et ses replis péritonéaux.

Si l'hémorragie n'est pas très abondante, on a le temps d'étaler le grand épiploon et de l'examiner; puis s'il ne présente aucune lésion, agrandissant l'incision primitive sous-ombilicale, d'examiner le mésentère et les mésos du gros intestin.

Si l'hémorragie est très abondante, il faut s'efforcer tout d'abord de voir de quel côté semble venir le sang, et là tamponner la cavité abdominale à l'aide de compresses pelotonnées sur elles-mêmes et montées sur de longues pinces. Après avoir nettoyé et débarrassé l'abdomen du sang qui reste, on enlève successivement et doucement les tampons placés, pour découvrir la région atteinte.

Selon le genre et le siège de la blessure, l'hémostase se fait de façon différente, autant que possible par des ligatures ou des sutures. On n'emploiera le tamponnement ou la forcipressure à demeure que s'il est absolument impossible de placer un fil. Nous verrons à propos de chaque organe comment se pratiquent les sutures (intestin, foie). Quelquefois même il sera nécessaire de pratiquer l'ablation d'un organe (splénectomie, néphrectomie), ou d'un segment d'intestin. Toutes ces indications ont été étudiées ailleurs¹.

En tous cas, que les ligatures soient placées sur le grand épiploon, sur le mésentère ou un repli péritonéal, il faut, comme nous l'avons dit déjà, éviter les gros pédicules embrassant en

¹ Voy. Thérapeutique chirurgicale, RICARD et LAUNAY, chez Doin, 1903, p. 495.

bloc les vaisseaux et les tissus environnants, et faits avec une seule ligature ou des ligatures en chaîne. Il faut s'efforcer de ne prendre dans une pince que peu de tissus avec le vaisseau à lier, et multiplier les ligatures séparées et isolées. L'hémostase est ainsi plus certaine, et les accidents d'obstruction intestinale post-opératoire dus aux adhérences ou aux coutures sont moins à craindre.

Recherche d'une plaie du tube digestif. — Ou bien, dès l'ouverture du ventre, l'existence de matières stercorales, d'écchymoses, de caillots sanguins montre le siège de la lésion intestinale ou gastrique, et il faut avant tout éviter de remuer les viscères, d'écarter les anses et de disséminer les matières septiques. Mieux vaut soulever doucement l'épiploon que l'on maintient au dehors enveloppé de compresses chaudes et humides, puis saisir la première anse blessée, l'attirer au dehors et l'y maintenir dans une compresse. Nettoyant ensuite avec des compresses toute la zone contaminée, on cherchera s'il existe, autour de la première, d'autres perforations, que l'on traitera de la même manière. Il est inutile, dans ce cas, de dévider tout l'intestin, les lésions sont rassemblées au point trouvé.

Si, au contraire, à l'ouverture du ventre, on ne trouve pas immédiatement la perforation, indiquée ou non, d'ailleurs, par l'existence de gaz ou de matières, il faut inspecter l'intestin grêle dans toute sa longueur, et le gros intestin si la plaie d'entrée est latérale: l'examen du colon transverse ayant été fait avec celui de l'épiploon, pour examiner l'intestin grêle non distendu par des gaz, il est préférable de dévider successivement les anses sans pratiquer l'éviscération intestinale immédiate, plus dangereuse et inutile ici. L'intestin grêle est pris, suivant le niveau auquel on se trouve, soit depuis son extrémité cæcale, soit depuis son extrémité duodénale, soit en un point quelconque que l'on repère en le plaçant dans les doigts d'un aide ou en passant, à son niveau, un fil dans un point avasculaire du mésentère.

Puis successivement, les anses intestinales sont amenées au dehors, entourées de compresses chaudes, et examinées soi-

gneusement. Lorsqu'une plaie est trouvée, on place l'anse blessée dans une compresse et on la confie à l'aide qui la garde, puis on continue l'inspection jusqu'à ce que toute l'étendue de l'intestin grêle ait été examinée.

La ou les anses blessées étant reconnues et maintenues au dehors par l'aide, tout le reste du paquet intestinal, soigneusement nettoyé, est rentré dans l'abdomen.

C'est alors que l'on pratique sur chaque perforation la suture intestinale dont nous nous occuperons plus loin.

Recherche d'un obstacle au cours des matières (*Obstruction intestinale*). — Une précaution utile, avant de pratiquer une laparotomie pour occlusion intestinale, est de faire, lorsque les vomissements sont abondants, un *lavage de l'estomac*. Evacuant le contenu gastrique, on évite ainsi les vomissements qui peuvent se produire au début de la chloroformisation et pendant le sommeil, vomissements qu'il n'est pas très rare de voir pénétrer dans les voies respiratoires, provoquant une asphyxie mortelle.

La laparotomie doit être médiane et longue, mais l'incision doit-elle aller d'emblée de l'appendice xyphoïde au pubis ? Nous croyons préférable de n'ouvrir d'abord que de l'ombilic au pubis pour explorer et se rendre compte du siège de l'obstacle ; il est facile ensuite de compléter l'incision en coupant avec des ciseaux toute l'épaisseur de la paroi à la fois, jusqu'à l'appendice xiphoidé. Il peut être inutile de le faire si, par bonheur, on rencontre l'obstacle dans la région sous-ombilicale, et on évite alors les dangers du choc provoqué par l'éviscération totale.

L'incision faite, le péritoine ouvert avec précaution sur un pli fait à l'aide d'une pince pour éviter l'intestin distendu sous-jacent, une exploration méthodique donne rapidement quelques renseignements utiles. Cette exploration est assez facile lorsque la distension des anses n'est pas très considérable, elle est fort difficile dans le cas contraire.

La main glissée dans l'abdomen, pendant qu'un aide maintient avec de larges compresses chaudes les anses qui tendent à sortir, est dirigée vers la fosse iliaque droite. Si elle rencontre

une tumeur, une masse indurée, elle l'attire au dehors, cela est rare. Son but est de s'assurer de l'état du cæcum. Le cæcum est-il dilaté, l'obstacle siège au-dessous, sur le gros intestin ; est-il affaissé, l'obstacle siège plus haut, sur l'intestin grêle. Cette constatation est fort difficile à faire au milieu des anses grêles dilatées que l'on écarte difficilement ; aussi vaut-t-il mieux voir que sentir. Dans ce but, si les anses sont trop dilatées pour être écartées par l'aide, il est bon de pratiquer une éviscération partielle, laissant sortir les anses qui gênent, et les enveloppant dans des compresses chaudes et humides.

Le cæcum est-il distendu, on examinera de même le colon iliaque, à gauche, et sa distension ou son affaissement indiqueront le siège de l'obstacle dans le bassin ou sur le cours du gros intestin.

Si l'obstacle siège bas, au niveau du colon ilio-pelvien, l'éviscération totale est inutile, l'éviscération partielle suffit pour débarrasser le petit bassin et reconnaître la nature de l'obstacle.

Si l'obstruction siège plus haut, sur l'intestin grêle ou le gros intestin, et que la distension des anses soit très grande, il faut compléter rapidement l'incision xypho-pubienne, et sortir le paquet intestinal dans de grandes compresses chaudes. La recherche de l'obstacle devient alors relativement facile, en suivant le gros intestin ou l'intestin grêle, d'après les renseignements déjà obtenus.

Les manœuvres consécutives, destinées à rétablir le cours des matières, variant avec la nature de l'obstacle, détorsion d'une anse ou du mésentère entier, désinvagination, réduction d'une hernie rétro-péritonéale, etc. Nous les étudierons avec les opérations sur l'intestin (voy. p. 120).

L'opération peut se terminer soit par un anus artificiel, soit par la levée de l'obstacle et le rétablissement du cours normal des matières. Dans la première hypothèse, la réintégration des anses est facilitée par l'évacuation possible au niveau de l'anus placé ordinairement à la partie inférieure de l'incision abdominale. Si l'obstacle est levé, il faut rentrer les anses intestinales et fermer l'abdomen.

Cette réintégration des anses peut être extrêmement pénible lorsqu'elles sont très distendues; elle est cependant facilitée par une longue incision pariétale. Le procédé classique de KÜMMEL permet souvent de rentrer les anses distendues : envelopper la masse intestinale dans une grande compresse aseptique, une serviette, glisser les bords de la compresse sous la paroi abdominale sur tout le pourtour de ces bords, de façon à ne laisser aucun hiatus dans la serviette. Les anses sont contenues dans un sac qui continue la paroi abdominale, et on peut ainsi peu à peu les refouler, par une pression lente et continue. On facilitera encore cette réduction en soulevant les lèvres de l'incision pariétale à l'aide de deux larges écarteurs ou par l'intermédiaire des mains d'un aide, ou enfin en traversant chacune de ces deux lèvres par une large anse de fil solide qui sert à la soulever (Roux).

Cependant, lorsque la distension est très grande, cette manœuvre même peut ne plus suffire, la pression sur les anses produit des fissures de la séreuse viscérale qui font craindre l'éclatement. Il devient nécessaire de vider en partie l'intestin. La ponction, même avec un gros trocart, vide mal l'intestin et n'expose pas moins qu'une courte incision au grand inconvénient de cette évacuation, l'infection du péritoine. Une courte incision pratiquée sur une anse inférieure, attirée hors du paquet et bien isolée du reste de l'intestin par les compresses, évacuera plus vite et mieux le contenu intestinal, on peut y aider par des pressions sur la masse herniée. L'incision de 2 à 3 centimètres est faite sur le bord libre de l'intestin, dans le sens transversal. L'évacuation terminée, la plaie intestinale doit être suturée suivant les règles habituelles de suture intestinale (voy. p. 116). Il faut ensuite nettoyer avec soin tout ce qui a pu être souillé, changer les compresses, et réintégrer dans le ventre le paquet intestinal.

D. Fermeture de la paroi. Drainage. — L'opération terminée, chaque incision pariétale est refermée par des sutures, complètement si l'opération a été aseptique, incomplètement dans le cas contraire.

Le **drainage** est différent suivant le degré d'infection du péritoine. Les incisions pratiquées pour une péritonite doivent être refermées le moins possible, juste assez pour contenir les anses intestinales, de nombreux et très gros drains sont placés dans différents sens et maintenus par des lames de gaze. Si l'on veut placer un drain de sûreté après une opération longue, qui laisse des surfaces dénudées, un suintement sanguin incomplètement

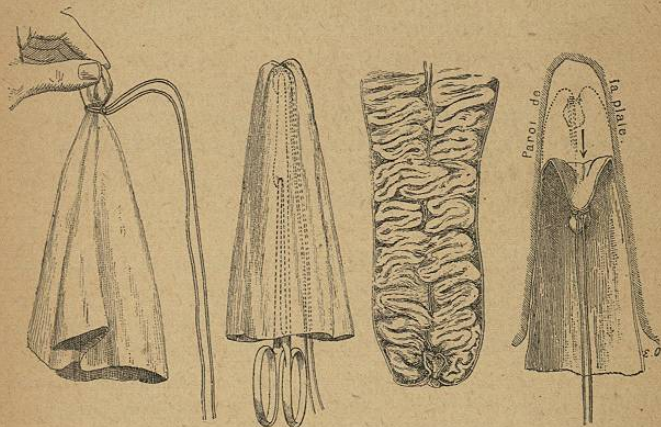


Fig. 452.

Sac-tampon de Mickulicz.

arrêté, etc., la presque totalité de l'incision est refermée, et un gros drain est placé à son extrémité inférieure. Toujours ce drainage devra être effectué à l'aide de tubes de caoutchouc épais, jamais au moyen de mèches de gaze, simples ou tassées dans un sac de gaze selon le mode de Mickulicz. Ces mèches et tampons de gaze ne drainent pas.

Il peut arriver, cela est d'ailleurs très rare, qu'on soit obligé, pour arrêter une hémorragie en nappe, de *tamponner* avec de la gaze stérilisée. Dans ce cas, une lanière de gaze ayant été étalée et tassée sur la surface saignante, on fait ressortir avec le drain l'extrémité de cette lamelle, la fixant au dehors avec le tube de caoutchouc. Mais il ne nous paraît utile dans aucun cas de pra-

tiquer le tamponnement complexe connu sous le nom de sac de Mickulicz, et dont voici ci-contre une figure suffisamment explicative (fig. 452).

Nous verrons en étudiant les opérations qui se pratiquent dans le petit bassin, qu'il existe pour cette région certains modes particuliers de drainage qu'il est inutile de décrire ici.

La **fermeture de la paroi** peut se faire en un seul plan de sutures, c'est la *suture en masse*; ou par plusieurs plans, *suture en étages*.

La *suture en masse* est très simple: à l'aide de fils solides (les fils métalliques d'argent ou de bronze d'aluminium sont résistants et faciles à stériliser), on prend successivement sur une lèvre de la plaie, puis sur l'autre, la peau, l'aponévrose superficielle, le ou les muscles, l'aponévrose profonde et le péritoine. Il importe beaucoup de n'omettre aucun plan dans le passage du fil.

Une compresse recouvrant le contenu abdominal, tous les fils sont placés successivement le long de la plaie, et maintenus non serrés, à l'aide de pinces. On tord ensuite l'un après l'autre les fils, en s'assurant bien, au fur et à mesure, du bon affrontement du péritoine et des différents plans, en retirant peu à peu la compresse protectrice, et en observant qu'aucun organe ne s'interpose entre les bords du péritoine.

Dans la *suture en étages*, la suture est faite séparément en deux ou trois plans: un pour le péritoine, puis soit un seul pour peau, aponévroses et muscles, soit un pour les aponévroses et les muscles, un pour la peau. Chacun de ces plans de suture peut être fait avec des points séparés ou des surjets, des fils résorbables ou non, cela a peu d'importance si la suture est aseptique. Cependant, même aseptiques, les fils profonds non résorbables peuvent s'éliminer tardivement, et pour cette raison le catgut nous paraît préférable lorsqu'on laisse des sutures profondes. Le surjet est plus rapidement fait et aussi solide que les points séparés.

Mais nous ne voyons aucune utilité à employer des sutures complexes, en points de machine à coudre, en U, en 8, etc., ni à chercher à faire les sutures par plans à l'aide de fils profonds

non résorbables ressortant par la peau, indépendamment des fils cutanés. Chacun, du reste, possède à ce point de vue ses habitudes particulières qu'il considère, évidemment, comme les meilleures.

E. Suites opératoires. — Voyons d'abord l'évolution normale d'une laparotomie, et les soins qu'elle nécessite suivant que le péritoine a été drainé ou non.

Nous considérerons ensuite les deux principales complications qui peuvent se produire, en dehors d'une hémorragie post-opératoire qui réclame le traitement ordinaire: la ligature aussi rapide que possible du vaisseau ouvert. Ces deux complications sont l'infection péritonéale et l'occlusion intestinale.

Suites normales. — Il n'est pas rare de voir qu'à la suite d'une laparotomie un peu longue ou pénible, la *température* s'élève le soir de l'opération, en même temps que le *pouls* s'accélère; mais cette élévation doit être de courte durée.

Il n'est pas rare non plus que l'on soit obligé de pratiquer le soir et même le lendemain un cathétérisme évacuateur de la *vessie*.

L'*intestin*, même lorsqu'il n'a subi lui-même aucun traumatisme, reste d'abord parésié, et ce n'est souvent que le deuxième ou même le troisième jour que l'opéré commence à rendre des gaz par le rectum. Il est bon du reste, si quelques coliques sont provoquées par la distension intestinale, de faciliter la sortie de ces gaz, d'abord en plaçant un tube rectal de caoutchouc résistant, puis en prescrivant à la fin du deuxième ou troisième jour un petit lavement.

Enfin, sauf contre-indication particulière venant d'une opération directe sur l'intestin, et que nous étudierons plus loin, il faut dès le troisième jour, provoquer l'évacuation intestinale par une purgation (huile de ricin, calomel).

Lorsque l'opération est importante, pour peu que le malade soit abattu, que le pouls faiblisse, il ne faut pas hésiter à injecter sous la peau 800 à 1000 grammes de *sérum artificiel*, dose que l'on peut doubler en cas de dépression inquiétante.

Quant aux soins à donner à la *plaie* elle-même, ils n'offrent rien de particulier ici. Si l'on a placé un ou plusieurs *drains*, il faut laisser le pansement en place quarante-huit heures, puis le lever. On enlève alors le tube à drainage et le supprime définitivement si le malade est apyrétique, si le pouls est normal, l'abdomen non douloureux, et si aucun écoulement ne se produit par l'orifice du drain. Sinon on se conduira comme pour toute plaie drainée, changeant, nettoyant, raccourcissant et diminuant les drains d'après les indications fournies par la température générale et par la suppuration de la cavité drainée.

Si une ou plusieurs *mèches de gaze* avaient été nécessaires pour l'hémostase (nous avons vu qu'elles ne devaient servir qu'à cet usage et qu'elles ne peuvent fournir un drainage efficace), on devra les enlever après quarante-huit heures. L'ablation des mèches au bout de ce temps est facile, et comme elles ne servent qu'à tamponner une surface saignante, il est inutile de les laisser plus longtemps. Leur emploi est, du reste, assez rarement nécessaire.

Les suites opératoires ayant été normales, les fils seront enlevés, selon les règles habituelles, du huitième au dixième jour. Une infection localisée à la paroi nécessiterait l'ablation plus précoce de quelques fils.

Le malade sera maintenu au repos complet, dans le décubitus horizontal, pendant trois semaines environ ; puis on l'autorisera peu à peu à se lever en prescrivant, pour quelques mois, le port d'une ceinture élastique.

Complications. — Infection péritonéale. — Le pronostic et le traitement de la péritonite post-opératoire ne diffèrent en rien de ceux des péritonites d'autre cause. Le pronostic est extrêmement grave, le seul traitement est l'ouverture et le large drainage de la cavité péritonéale. Mais pour que ce traitement puisse donner un espoir, si faible soit-il, de guérison, il faut qu'il soit très précoce.

Or le point difficile et important est de reconnaître à temps l'éclosion de cette péritonite, d'en déceler les premiers symptômes.

La température générale n'est ici d'aucune utilité, elle peut rester normale, alors qu'une septicémie aiguë emporte le malade en deux ou trois jours; elle peut s'élever pendant quelques jours sans que la guérison soit entravée par aucun incident grave.

Les vomissements, la distension de l'abdomen peuvent exister, sans péritonite, pendant les deux premiers jours. Ils deviennent fort inquiétants passé ce délai.

Mais le pouls est ici le principal indice. Sa rapidité, son ampleur, sa résistance doivent être étudiées avec soin. Si le pouls devient rapide, atteint et dépasse 120 le premier jour, et si cet état persiste ou s'aggrave le deuxième jour, en même temps que le faciès prend un aspect particulier facilement reconnaissable, le pronostic devient sérieux. Les injections massives de sérum artificiel sont indiquées, et si elles ne relèvent pas la force des pulsations, si le nombre de celles-ci ne diminue pas bientôt, le faciès prenant l'aspect caractéristique de la réaction péritonéale, la péritonite évolue. Il faut intervenir rapidement pour rouvrir et drainer l'abdomen, sans trop escompter d'ailleurs le succès de cette thérapeutique.

Devant la gravité de cette complication, il faut donc faire pour l'éviter tout ce que permettent une asepsie scrupuleuse et une protection attentive du champ opératoire par les compresses isolantes.

Oclusion intestinale. — Que l'obstruction soit due¹ à des adhérences et des coudures de l'intestin au niveau d'un pédicule, à des brides épiploïques, ou à la coudure de l'angle du colon transverse et du colon descendant, la thérapeutique est ici encore celle de toute obstruction aiguë, thérapeutique exposée ailleurs : la laparotomie précoce et la libération de l'anse intestinale.

Mais ici encore la difficulté est de reconnaître assez tôt l'existence de cette complication.

¹ LEGUEU. *Gazette des Hôpitaux*, 23 novembre, 1895. — GIRESSÉ. Thèse de Paris, 1896. — ADENOT. *Revue de chirurgie*, 1895 p. 16.

La persistance des vomissements, d'abord attribués à l'anesthésie, l'absence d'émission de gaz au bout de quarante-huit heures, malgré le tube rectal et l'administration d'un lavement, le ballonnement du ventre, doivent faire craindre l'obstruction. La purgation du troisième jour, aidée d'une irrigation rectale, ne produit-elle aucun résultat, après essai, si cela est possible, d'un lavement électrique, il faut intervenir au plus tôt par laparotomie ou entérotomie, selon l'état de résistance de l'opéré.

Ces obstructions véritables, qu'il ne faut pas confondre avec la parésie intestinale due à une infection péritonéale, sont bien rarement observées si l'on a soin de provoquer dès le troisième jour l'évacuation intestinale.

II. — HERNIES

A. Hernies réductibles. — Hernie inguinale. — Quel que soit l'âge du sujet opéré, les principes opératoires de la cure d'une hernie inguinale doivent être les mêmes, et il ne faut pas se contenter, chez le jeune enfant, d'une rapide dissection du sac sans ouverture du canal inguinal, et d'une suture des piliers, ce serait s'exposer tôt ou tard à une récurrence à peu près certaine.

Ces principes, dont l'application varie avec les très nombreux procédés, comportent : une incision des téguments assez large pour bien exposer toute la région inguinale, l'ouverture du canal inguinal pour permettre une dissection profonde du sac herniaire, la résection complète du sac, la restauration soignée de la paroi abdominale.

1° Incision cutanée. — L'incision de la peau doit être tout entière située sur l'abdomen, elle ne doit pas entamer le scrotum, même lorsque la hernie volumineuse descend dans les bourses. L'incision du scrotum est inutile pour l'opération et plus difficile à protéger par le pansement.

La direction générale de l'incision (fig. 453) est celle du canal inguinal, oblique de haut en bas et de dehors en dedans, se rapprochant cependant plus de la verticale que de l'horizontale,

l'extrémité inférieure se trouvant au niveau de l'orifice inguinal extérieur reconnu du bout de l'index.

La longueur de l'incision est appropriée au volume de la hernie, elle ne peut être inférieure à 7 ou 8 centimètres, chez l'adulte, pour une hernie complètement réduite.

On incise rapidement la peau et la graisse, jusqu'à ce qu'on voie bien à nu l'aponévrose blanche du grand oblique, dans toute l'étendue de la plaie. On pince les vaisseaux qui saignent sur les deux tranches.

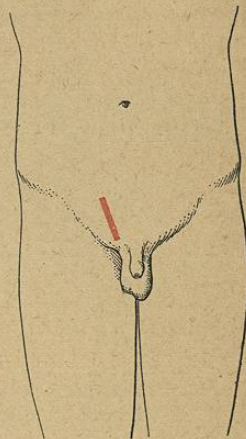


Fig. 453.
Hernie inguinale. Tracé de l'incision.

2° Ouverture du canal inguinal.

Recherche du sac. — Le tendon aponévrotique du grand oblique étant bien dénudé, on trouve facilement, en bas de la plaie, l'orifice inguinal extérieur que l'on accroche du bout de l'index gauche fléchi. Soulevant le doigt pour tendre les piliers de l'orifice et les voir, on saisit dans une pince de Kocher chacun des deux piliers. Les pinces soulevées tendant l'aponévrose (fig. 454), il est facile d'inciser la paroi antérieure du canal inguinal, pour découvrir toute la longueur du cordon et l'orifice inguinal profond.

On soulève alors avec le doigt le cordon couché dans le canal, on le dégage par quelques coups de sonde cannelée, et l'attire hors du canal. Etalant le cordon dans la main gauche, on ouvre la gaine fibreuse à l'aide du bistouri ou de la sonde cannelée, et on cherche le sac reconnaissable, s'il est vide, à son aspect blanc, tranchant sur les éléments du cordon.

Facile à trouver lorsqu'il est épais et long, le sac peut être peu visible lorsqu'il est mince, transparent et court. On le trouvera en cherchant avec soin à la partie supérieure du canal, contre l'orifice inguinal profond.