

enhardi, et, sous l'influence de la confiance qu'inspirent à tous ou à presque tous les chirurgiens la mise en œuvre de la méthode antiseptique, on s'est attaqué à presque tous les organes renfermés dans la cavité abdominale. On a réséqué l'estomac, établi des fistules sur cet organe et sur l'intestin, enlevé les kystes du foie, enlevé la rate et le rein, l'utérus et ses annexes.

Nous aurons successivement à étudier les opérations, sur l'estomac, les intestins, la rate, les ovaires, reportant aux chapitres concernant la vessie, l'utérus et ses annexes, celles qui, dans certains cas, se pratiquent par la voie abdominale.

ARTICLE PREMIER

LAPAROTOMIE

On donne le nom de laparotomie à l'incision de la paroi abdominale dans le but de mettre à découvert dans une étendue plus ou moins grande les viscères contenus dans l'abdomen. La laparotomie n'est le plus souvent que le premier temps d'une autre opération, telle qu'extirpation des ovaires, d'un kyste ovarique, de la rate, du rein; elle est faite quelquefois à titre d'opération explorative pour s'assurer de l'exactitude d'un diagnostic qui doit conduire à une opération plus complète; elle est pratiquée pour permettre d'agir directement sur l'intestin dans l'iléus, l'étranglement interne, les plaies de l'estomac, de l'intestin, etc. Comme elle ne saurait être décrite pour chaque opération en particulier, nous indiquerons ici quelles précautions doivent être prises quand il s'agit de la pratiquer.

Nous prendrons comme type la laparotomie pratiquée sur la ligne médiane au niveau de la ligne blanche; c'est le lieu d'élection pour presque toutes les opérations, sauf pour celles qui, comme la gastrotomie, la gastrostomie, certains kystes hépatiques, etc., réclament une incision faite en des points déterminés.

Autant que possible, les opérations sur l'abdomen sont faites sur un lit spécial, très étroit, très bas, très court et ne dépassant pas le niveau du bassin; deux prolongements, susceptibles de s'écarter latéralement, reçoivent les membres inférieurs. Cette disposition permet au chirurgien de pratiquer assis des opérations délicates et d'une durée quelquefois assez longue; elle lui permet en même temps de s'asseoir entre les jambes écartées de la malade. Ce lit spécial n'est pas indispensable, je fais le plus souvent à l'hôpital l'ovariotomie sur la table à opérations ordinaire, mais on est

beaucoup plus à l'aise quand on a à sa disposition le lit spécial aux opérations abdominales.

Le chirurgien doit avoir sous la main du linge chaud en quantité suffisante, des éponges purifiées par un séjour de vingt-quatre heures au moins dans une solution phéniquée et ensuite

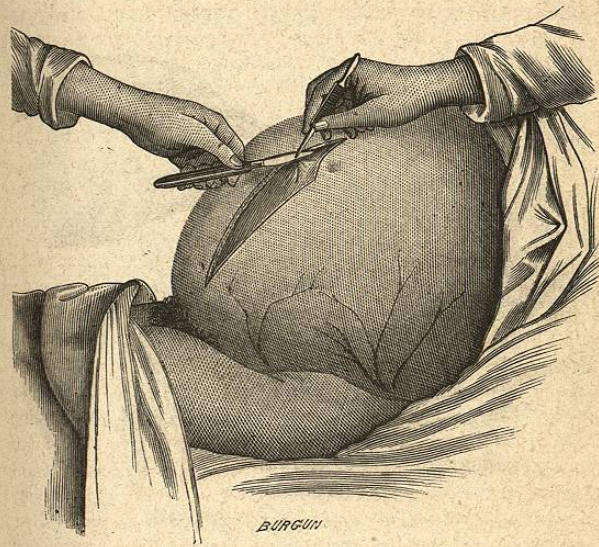


FIG. 573.

LAPAROTOMIE. — Incision du péritoine (d'après l'atlas de Krassowski).

soigneusement exprimées et lavées à l'eau pure additionnée d'un peu d'alcool camphré.

Les idées singulières qui hantent depuis quelques années l'esprit de quelques chirurgiens exigeraient bien d'autres précautions : atmosphère purifiée par le spray, ligatures spéciales, eau préalablement chauffée à 140° pour en détruire les germes (les fanatiques pour être logiques doivent regretter que le chirurgien ne puisse, sans se brûler, se laver les mains dans de l'eau à 140°), éponges ayant subi de minutieuses préparations, etc. Ce que j'ai dit dans mon introduction m'exempte de revenir sur ce point. Une précaution qu'on ne saurait trop recommander,

c'est d'avoir un nombre d'éponges bien déterminé (dix suffisent à presque toutes les opérations), car il est trop souvent arrivé que, après avoir pratiqué le lavage du péritoine, on a oublié une éponge dans l'abdomen.

Le ventre ayant été soigneusement lavé avec de l'eau et du

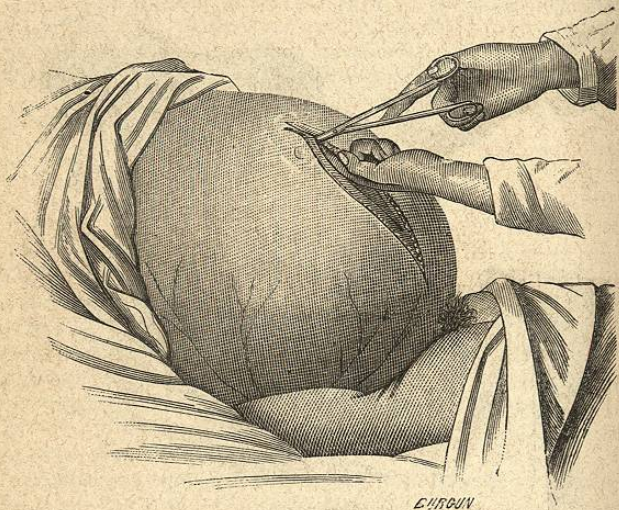


FIG. 574.

LAPAROTOMIE. — Agrandissement avec les ciseaux de l'incision abdominale (d'après Krassowski).

savon (j'ai dit pourquoi je regarde comme procédant d'une théorie fautive le lavage préalable avec une solution antiseptique), on fait sur la ligne médiane une incision intéressant la peau et l'aponévrose superficielle. Cette incision commence au-dessous de l'ombilic et se prolonge en bas jusqu'au mont de Vénus préalablement rasé. Il faut toujours commencer par une incision modérée, quitte, si elle est insuffisante pour l'opération qu'on doit pratiquer, à l'agrandir ultérieurement. Si on tombe sur le bord interne d'un des muscles droits on l'isole et on le repousse. A ce moment, si quelques petits vaisseaux donnent du sang, on les saisit avec des pinces hémostatiques, et s'ils sont un peu volumineux, ce qui

est rare, on en fait la ligature. Ce n'est qu'après que tout écoulement de sang a cessé qu'on ouvre le péritoine.

Pour pratiquer cette ouverture, on saisit avec une pince à griffe l'aponévrose profonde, on la soulève et on l'incise longitudinalement.

Aussitôt que le péritoine est ouvert, il s'échappe le plus ordinairement une certaine quantité de liquide. On introduit par l'ouverture faite l'index de la main gauche et l'on conduit sur la

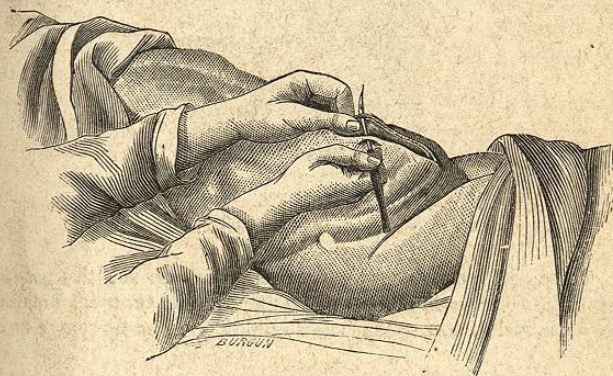


FIG. 575.

LAPAROTOMIE. — Suture de la paroi abdominale.

pulpe du doigt la branche des ciseaux avec lesquels on incise l'aponévrose et le péritoine dans toute l'étendue de l'incision déjà faite à la peau.

On peut alors constater si l'ouverture a chance d'être suffisante pour permettre l'opération qu'on veut pratiquer : extraction d'une tumeur fibreuse, d'un kyste, d'un sarcome ovarique, etc. Si l'ouverture faite paraît trop petite, on introduit l'index et le médius de la main gauche afin de mieux protéger contre la rencontre de l'intestin ou de l'épiploon et l'on agrandit l'incision en contournant, du côté gauche et à une distance suffisante, l'ombilic qu'il faut toujours ménager.

L'opération dont la laparotomie est le premier temps étant terminée, il faut refermer le ventre. On applique en général deux plans de sutures faites avec des fils d'argent, les unes profondes allant jusqu'au péritoine, les autres superficielles ne comprenant

que les parties musculaires et cutanées. Je place tout d'abord tous les fils des sutures profondes, mais je ne les serre que lorsque j'ai placé les sutures superficielles.

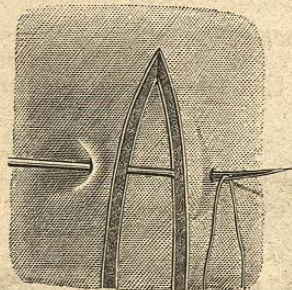


FIG. 576.

Suture de la plaie abdominale.

On se sert pour placer les sutures profondes soit des grandes aiguilles courbes de Boinet, soit d'une aiguille tubulée, à manche qu'on introduit non chargée de son fil et que l'on ne charge qu'en

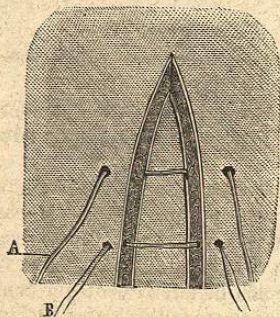


FIG. 577.

A, suture profonde péritonéale. — B, suture superficielle pariétale.

la retirant, après qu'elle a traversé les deux lèvres de la plaie. Les sutures profondes ne doivent pas pénétrer dans la cavité péritonéale. Je conduis l'aiguille de manière à ce que, pénétrant à

travers la peau et le muscle, elle vienne sortir juste sur le point où le péritoine a été sectionné et ne traverse que l'extrême bord de la plaie péritonéale, on pourrait dire la face externe seulement du péritoine. Je la fais rentrer de même et au même niveau sur l'autre lèvre de la plaie péritonéale de telle sorte, qu'une fois la suture serrée, l'accolement des deux lèvres de la séreuse laisse en quelque sorte le fil en dehors de la cavité péritonéale.

Il y a quelques années, dans mes premières opérations, j'engageais les extrémités des fils profonds au travers d'une sonde de gomme élastique percée de trous et je les arrêtais par un plomb perforé ou un tube de Galli évasé. J'ai renoncé à cette manière de faire qui est une complication inutile, on peut tout simplement serrer les fils d'argent en anse et les fixer en les tordant.

Les points de sutures superficiels sont un peu plus nombreux et plus rapprochés que les profonds, leur placement n'a rien de particulier. On serre d'abord le fil profond placé dans l'angle supérieur de la plaie, puis les fils supérieurs voisins; on serre ensuite le second fil profond, puis un ou plusieurs fils superficiels et l'on continue ainsi jusqu'à la partie inférieure de la plaie.

Le pansement que j'emploie est des plus simples. Je recouvre la plaie d'une petite languette de taffetas gommé, de manière à ce qu'elle dépasse latéralement les points de suture, j'applique au-dessus une bonne couche de ouate que maintient un bandage de corps.

Après quatre ou cinq jours, on peut retirer les points de suture superficiels; les fils profonds restent en place un ou deux jours de plus. En général, je les enlève en deux fois, à vingt-quatre heures de distance. Lorsque les fils profonds ont été enlevés, il est bon, de crainte d'accidents en cas d'accès de toux, de vomissements, etc., de soutenir le ventre et la cicatrice par une large suture sèche, faite avec de la tarlatane et du collodion, en prenant la précaution de bien sécher par un lavage à l'alcool les parties du ventre sur lesquelles s'appliquera le collodion. Il faut avoir soin de ne pas mettre de collodion au niveau même de la plaie.

On voit que je ne complique pas l'opération de toutes les cérémonies du rite antiseptique, je me borne à prendre les précautions de la propreté la plus minutieuse, à purifier au préalable les mains du chirurgien et des aides, les instruments, les éponges, de la souillure possible d'un germe contagieux. Je fais à l'hôpital mes opérations à l'amphithéâtre ou dans la salle, je laisse les opérés dans les salles communes, ce qui ne m'empêche pas d'avoir une statistique opératoire toute aussi satisfaisante que celle des chirurgiens les plus fanatiques des théories régnantes.