

TRAVAUX ORIGINAUX

LA LAPAROTOMIE EN GYNÉCOLOGIE¹

SOINS PRÉ-OPÉRATOIRES

DÉTAILS DE TECHNIQUE OPÉRATOIRE

Par L. DARTIGUES

CHEF DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE DE LA FACULTÉ DE PARIS

Il m'a été donné dans le service de gynécologie du Professeur Pozzi à l'hôpital Broca d'assister, depuis que je suis son élève, à un millier de laparotomies et, grâce à l'initiative laissée par mon excellent maître, d'en exécuter moi-même un nombre déjà appréciable. J'ai vu pratiquer là par le Professeur Pozzi et pratiqué auprès de lui les interventions abdominales les plus diverses, depuis la laparotomie pour énormes kystes végétants de l'ovaire qui sont, à l'heure actuelle, une véritable rareté, ou pour considérables fibromes à complexité variable, ou pour annexites vraiment inextricables, jusqu'à la délicate, simple et presque exsangue laparotomie pour résection partielle des annexes ou pour sustension d'utérus rétrofléchis. C'est le résultat de mon observation sur ce vaste terrain clinique et de l'enseignement reçu ou suggéré, quant aux préparatifs, aux soins consécutifs et surtout aux détails de technique de laparotomie, que je viens exposer.

Ce qu'il y a d'intéressant dans une opération pour celui qui évidemment a reçu la première initiation élémentaire, ce n'est pas le schéma d'exposition livresque qui ne peut donner que les grandes lignes chirurgicales à suivre et n'énoncer ainsi qu'une sorte de dogme abstrait et sans vie, ce sont les intimes détails multiples qui correspondent vraiment à la réalité des faits et par lesquels cette intervention s'exécute et se déroule; ce qui est intéressant, ce n'est pas la for-

1. Cet article, ainsi que tous ceux qui constituent ce numéro et le numéro précédent (p. 387 à 512) font partie du Livre d'Or offert à M. le Professeur S. Pozzi, par ses élèves et ses collègues, le 8 Juillet 1906, en souvenir de vingt années d'enseignement à l'Hôpital Broca.

mule synthétique de l'opération, c'est l'analyse qui nous fait voir pour ainsi dire l'opération en marche.

Je ne veux pas décrire ici les diverses techniques opératoires connues applicables aux cas principaux de la gynécologie : tel n'est pas mon but ; il existe des livres ou des travaux supérieurement pensés et écrits qui les donnent : ceux des professeurs Pozzi, Terrier, Segond, de Legueu, Richelot, Faure, Monod, Forgue, Lejars, pour ne citer que ceux-là ; et évidemment je ne fais pas allusion à ces autres livres qu'on est convenu d'appeler « médecines opératoires », où le futur opérateur apprend surtout à évoluer avec grâce autour d'une cuisse ou d'un bras hypothétiquement pathologiques.

Le but que se propose avant tout le chirurgien digne de ce nom, est le maximum de sécurité à garantir à son opéré et toute la certitude approchable de guérison : cette sécurité, il ne peut la donner que par une grande habitude opératoire, par une habileté consciente et sans défaillance, par les soins aseptiques scrupuleux dont il s'entoure avec une sorte de recherche idéale et par le temps économisé sur tout ce qui est inutile, fioriture, hésitation ou lenteur intempestive.

Certes, il est utile pour acquérir cette habitude et, ce qui est une nuance, cette habileté opératoire, d'opérer très souvent, mais à mon sens pas tant qu'on a bien voulu le dire : il n'est pas nécessaire de s'être livré fréquemment à l'ivresse des orgies sanglantes dans de longs défilés d'interventions. J'estime, à l'exemple de mon maître le Professeur Pozzi, qu'une opération doit être pour ainsi dire un peu isolée, non précédée, non suivie de beaucoup d'autres (ce qui, d'ailleurs, est une garantie de plus parfaite asepsie), et qu'elle doit être préméditée, réfléchie et pensée à l'avance comme un acte unique d'où doit résulter le désastre ou le succès. Il n'est pas nécessaire, pour être très habile, d'opérer infiniment ; arrivé à un certain degré, on a atteint l'apogée dont on est susceptible comme en toutes choses, et il est facile de voir qu'il n'y a pas une proportion mathématique entre le nombre des opérations pratiquées et l'habileté acquise. Il faut tenir compte des aptitudes individuelles et en tout cas, pendant une longue période, c'est vis-à-vis de soi-même qu'on peut progresser, d'autant qu'on n'épuise pas vite la diversité des faits cliniques que le hasard présente.

Avant de beaucoup opérer il faut surtout avoir beaucoup vu, beaucoup aidé, beaucoup assisté. La réalité est faite de détails précieux et indispensables qu'il faut avoir eu le temps d'observer et de s'assimiler si l'on ne veut pas, que l'expression me soit permise car elle est vraie,

gâcher inutilement de la chair humaine, dans une inexpérience tâtonnante. C'est là une chose qu'il faut répéter sans cesse aux élèves qui voudraient, sans suffisante expérience visuelle, se livrer tout de suite à des opérations nombreuses et importantes qui ne manqueraient pas de leur valoir de cruels déboires et de plus cruels ou de plus définitifs encore aux malades. Aider beaucoup, longtemps, est la première phase d'éducation chirurgicale : on peut même dire que l'aide lui-même, au cours d'une intervention, a parfois l'avantage sur l'opérateur, d'une calme sérénité observatrice parce qu'il est moins agissant.

N'oublions pas que, pour la chirurgie abdominale, c'est à la salle de laparotomie et non à l'amphithéâtre de dissection qu'est le véritable champ d'études et que des répétitions multipliées d'opérations cadavériques ne donneraient pas grand avantage au futur chirurgien ; n'oublions pas que toute la chirurgie nouvelle, la plus importante et la plus périlleuse, s'est faite sur la biopsie et non la nécropsie, et que les grands chirurgiens actuels, nos maîtres, pour tenter de belles et difficiles interventions, se sont mis aux prises directement avec la vie et non avec le cadavre : ce sont donc les tableaux de nature vivante et non de nature morte qu'il faut contempler pour s'instruire véritablement.

Une opération semble d'autant plus facile qu'elle est faite avec simplicité, méthode et rapidité, et il semble, à cause de cette limpidité d'action, qu'on l'imiterait aisément, mais précisément quand un chirurgien est arrivé à cette maîtrise, à cette aisance et à cette clarté, c'est qu'il est en possession de ses moyens et, donner cette impression et cette illusion d'imitation facile, c'est là tout l'art.

Il est tellement vrai qu'en matière chirurgicale l'infini détail a souvent une importance primordiale, que lorsque nous allons voir des maîtres opérer, c'est la particularité personnelle que nous guettons dans le procédé général de nous connu. On ne saurait trop recommander aux chirurgiens de s'aller voir « travailler » de temps en temps ; s'ils le faisaient il y aurait, j'en suis persuadé, une hausse générale immédiate dans le progrès d'ensemble et l'on ne verrait pas des écarts individuels aussi marqués ; ils se racontent leurs prouesses véridiques en des communications intéressantes, ils ne se les voient pas exécuter, ce qui serait mieux.

Et, puisque je parle de cette importance des détails, je dirai que c'est en grande partie par leur observation, leur étude, leur mise au point qui font reconnaître leur degré d'utilité ou leur nullité, qu'on arrive à ce résultat que doit poursuivre tout opérateur vraiment habile,

je veux parler de la rapidité opératoire. La rapidité, malgré toutes les récriminations et les objections, est un élément de premier ordre indéniable, car il permet certainement une somme de succès qu'on n'obtiendrait pas autrement : par la rapidité nous économisons du sang aux malades, nous obvions à l'intoxication chloroformique prolongée, nous réduisons au strict les chances d'infection, nous maintenons moins longtemps les malades en position anormale comme la position déclive, nous pouvons tenter des opérations chez des cardiaques et des rénaux inopérables sans cela. Nous ne demandons pas, quand nous parlons vitesse opératoire, qu'on tire le bistouri comme on mettrait flamberge au vent et qu'on fasse le matamore chirurgical sur le champ abdominal : la chirurgie a passé son époque héroïque et nous sommes loin de la génération des chirurgiens qui poussaient des hurlements comme des Gaulois allant à la bataille ; nous sommes même arrivés à l'extrême opposé, à un véritable mutisme sybillin au cours des opérations et cet hermétisme buccal n'est pas pour nous déplaire. Donc, rapidité n'est pas violence, entendons-nous bien, et s'il en est qui vantent la lenteur opératoire, c'est qu'ils ne peuvent pas faire autrement. Il y a là, en fait de rapidité, une question de subtilité manuelle et de réflexes infinis inconnus à beaucoup. Qui peut le plus peut le moins : le chirurgien vraiment adroit est celui qui peut aller avec une rapidité foudroyante et sûre d'elle-même, aussi bien qu'agir avec une délicatesse, une prudence et une lenteur admirables, qui enlèvera un fibrome en quelques secondes ou quelques minutes ou qui disséquera et dissociera des adhérences annexielles, véritables incrustations.

Le chirurgien doit donc s'exercer à la sûreté du coup d'œil et à la perfection du doigté ; il cherchera à atteindre la rapidité opératoire à laquelle il parviendra autant et plus par une longue et méticuleuse observation des détails que par l'exécution grossière d'un acte souvent et sommairement répété ; il devra, avant d'entreprendre une intervention importante, y penser et la mûrir dans ses moindres particularités, et, par cette sorte de méditation préalable, il aura ainsi prévu presque tous les obstacles et ne se laissera pas déconcerter par l'imprévu auquel il faut immédiatement faire face ; il sera comme l'orateur qui, dans son travail mental, a pensé à l'avance à toutes les objections possibles, et il lui restera, comme à ce dernier, une part de réelle improvisation où la finesse, l'adresse, le bon sens, l'intuition et l'ingéniosité créatrice auront toujours l'occasion de se manifester et de s'utiliser.

Sans avoir la prétention outrée de faire ici une étude complète,

impossible d'ailleurs, des détails techniques qui constituent la laparotomie, je vais noter les réflexions qu'il m'a été donné de faire sur la pratique de quelques-uns de mes maîtres, principalement du Professeur Pozzi, et ce qui m'a été suggéré par mon observation personnelle.

Bien qu'il s'agisse ici de technique opératoire, je ferai quelques remarques concernant la préparation des malades, celle du chirurgien et de ses aides, le matériel instrumental et les soins consécutifs à certaines opérations abdominales.

I. — LA PRÉPARATION DE LA MALADE

On ne devra pas se résoudre à une intervention abdominale importante sans avoir au préalable fait examiner et doser sérieusement les *urines* et cherché à constater en particulier la présence ou l'absence du sucre ou de l'albumine. Néanmoins, il faut savoir que ces substances ne sont pas toujours une contre-indication ; il est des cas où l'élimination de l'albumine ou du sucre est provoquée par l'affection même que l'on a à combattre, et où on les voit, après l'opération, disparaître en totalité ou en partie. J'ai eu l'occasion d'observer assez récemment une malade qui, le matin même de son opération, présentait 40 grammes de sucre ; j'opérai pourtant, et trois ou quatre jours après elle n'en présentait plus que des traces insignifiantes. J'ai vu également, dans le service du Professeur Pozzi, un de mes maîtres, J.-L. Faure, opérer une malade qui avait un fibrome volumineux en même temps qu'une grande quantité d'albumine dans les urines et dont l'opération fut suivie d'un plein succès.

En tout cas, l'examen des urines et l'*auscultation du cœur* peuvent donner un avertissement, et, s'ils n'arrêtent pas le chirurgien, le préviennent du moins du terrain clinique sur lequel il va évoluer et l'inciteront à abréger la durée de l'opération, c'est-à-dire, en même temps, l'anesthésie et ses conséquences sur le filtre rénal et sur le cœur.

Il est de pratique dans le service de notre maître le Professeur Pozzi, et dans bien d'autres aussi, de procéder la veille ou l'avant-veille de l'opération à un lavage savonneux général et de donner un grand bain à la malade. Mais il est des cas d'urgence ou des cas où la malade est très affaiblie, dans lesquels on ne pourra pas donner ce bain : on pourra lui substituer alors des frictions ou des lavages partiels faits au lit. Il faut savoir que le grand bain peut donner lieu quelquefois, chez certaines malades, à une élévation de température qui pourrait faire hésiter à entreprendre l'opération, et le praticien devra démêler ce qui revient à l'influence du bain dans cette élévation.

Quant au lavage local, c'est-à-dire de la région opératoire proprement dite, il devra, autant que possible, être pratiqué deux fois : une première la veille de l'intervention, une deuxième au moment d'opérer. La veille, le pubis sera rasé ou épilé avec une pâte épilatoire, le vagin savonné à la compresse et injecté, le ventre savonné, brossé et recouvert ensuite d'un pansement humide.

Immédiatement avant l'opération, ce nettoyage sera fait très méticuleusement une deuxième fois en tâchant de ne pas trop vigoureusement râcler la peau, ce qui pourrait être douloureux par la suite ; mais l'aide affecté à cette besogne devra, cela va de soi, commencer toujours par le ventre et finir par le nettoyage du vagin plus septique, et dont il rincera avec un soin tout particulier les culs-de-sac avec une solution sublimée et alcoolisée.

Il est des cas où l'asepsie du vagin et du col utérin nécessitera des soins plus spéciaux encore, je veux parler de ceux où l'on opère pour un cancer du col de l'utérus. Le Professeur Pozzi, dans ces cas-là, a l'habitude, que je ne saurais trop recommander, de pratiquer immédiatement avant la laparotomie un curage soigné avec grande cautérisation ignée, ce qui permet à l'hystérectomie abdominale totale consécutive de ne pas retirer un utérus septique de la cavité pelvienne où il peut donner lieu à des contacts infectants : cette précaution présente, en outre, l'avantage d'éviter l'application des pinces en L posées sur le vagin, et qui ne sont pas sans danger parfois pour l'uretère.

Avant d'abandonner cette question du lavage pré-opératoire de la région, je signalerai que le Professeur Pozzi conseille avec juste raison de procéder en grande partie à ce nettoyage avant de commencer l'anesthésie, car il n'est pas sans intérêt véritable de réduire celle-ci à son strict minimum de durée.

Que l'on emploie ou non les appareils nouveaux de Roth-Dräger, de Ricard, etc., il sera nécessaire de faire inhaler le moins de chloroforme possible : c'est pourquoi je répéterai à ce sujet que la vitesse opératoire n'est point à dédaigner et qu'il n'est pas à dédaigner, par suite, d'intoxiquer une malade vingt minutes, une demi-heure, trois quarts d'heure, au lieu d'une heure et demie, de deux heures, surtout s'il s'agit de malades ayant un cœur ou des reins en mauvais état, un système circulatoire anémié par des pertes hémorragiques comme dans le cas de cancer, ou de fibrome, ou de grossesse extra-utérine rupturée, en somme de malades déjà profondément épuisées avant l'opération. Il est des ivresses légères et douces et des ivresses mortelles : l'anesthésie

est une sorte d'ivresse toxique, et je ne vois pas pourquoi on la pousserait sans nécessité à son extrême limite.

Il n'est pas inutile que je parle ici de l'évacuation intestinale et vésicale. Tout le monde sait que l'on donne une purge et que l'on administre un lavement la veille de l'opération. Mais il est des cas où ce souci de détersion du tube intestinal devra être négligé (pour ce qui est, du moins, de la purgation), et il m'est arrivé dans un certain nombre de cas relativement urgents de me passer de la purgation et de faire administrer un lavement ou un lavage rectal au doigt. Je conseillerai, chez les malades ayant tendance à faire malgré tout du météorisme abdominal, à faire garder une sonde rectale à demeure pendant la nuit ou de faire prendre quelques cachets de charbon végétal la veille, ce qui permettra d'évacuer les gaz intestinaux et d'avoir, au moment de l'intervention, ce qui n'est pas négligeable, un intestin aussi réduit et aussi peu encombrant que possible. Malgré tout, on ne pourra pas toujours obvier au météorisme nerveux que présentent certaines malades et qui est, si je puis ainsi dire, un météorisme d'appréhension.

Il ne faudra jamais oublier de vider, par le sondage, la vessie immédiatement avant l'opération : si l'on néglige cette précaution, à l'ouverture abdominale, la vessie distendue peut masquer la disposition des organes, être prise même pour un kyste ainsi que je l'ai vu faire, être ouverte indiscrètement s'il s'agit par exemple d'une laparotomie itérative, en tout cas gêner fortement l'opérateur. J'ai dit qu'il fallait évacuer par le sondage : il ne faut pas se contenter de faire uriner les malades avant l'anesthésie, d'abord parce qu'elles ne vident pas toujours complètement leur vessie, et puis aussi parce que les urines peuvent se produire, chez certaines nerveuses et émotives, avec une grande facilité; chez une hystérique que j'opérai il y a un an pour kyste ovarique, je fus obligé de faire resonder la malade au cours de la laparotomie.

Je terminerai ces détails concernant la préparation de la malade en rappelant que l'on devra, ainsi que le fait presque toujours notre maître le Professeur Pozzi, profiter de l'anesthésie pour pratiquer le toucher ou l'examen physique afin de parfaire le diagnostic, ce qui n'est point inutile pour l'opération que l'on va entreprendre et que l'on guidera, avec ces notions préétablies, avec plus de sécurité peut-être. Point n'est besoin, comme le font quelques chirurgiens avec une sorte d'excès, de faire systématiquement dans ce but une anesthésie spéciale quelques jours avant l'opération.

II. — LA PRÉPARATION DU CHIRURGIEN ET DES AIDES

Le chirurgien et ses aides doivent s'astreindre à une asepsie des plus rigoureuses : il est inutile d'y insister. Néanmoins, je rappellerai que certaines conditions de milieu obligent plus ou moins à la recherche de l'idéalité aseptique. L'on sait, à ce sujet, qu'il existe une grande différence entre la ville et la campagne, où des opérations réussissent fort bien malgré une asepsie tout à fait précaire ; nous connaissons des cas où des malades, à la suite de traumatismes abdominaux terribles, ont vu leurs viscères trainer dans la boue et les immondices et ont pu cependant guérir après un lavage sommaire de leurs organes splanchniques réduits ensuite dans la cavité péritonéale.

Dans les formidables agglomérations des villes modernes, il n'en va pas de même et le manque d'asepsie est suivi des pires désastres presque toujours. C'est qu'il ne faut pas oublier qu'il y a là une accumulation de vie animale intense, que des millions d'hommes vivent dans une promiscuité incessamment mélangée, ainsi que des centaines de mille animaux, qu'un immense déchet de la vie physiologique s'y disperse quotidiennement, que depuis des siècles le pavé et la poussière y sont toulés d'une façon continue, que la maladie humaine polymorphe y développe ses miasmes et ses germes comme dans un immense champ de culture, qu'on y fait des bouleversements du sol par des travaux constants, que la fumée de milliers de toits raréfie une atmosphère déjà stagnante, et que le soleil et l'air, ces grands agents de stérilisation et d'antisepsie, ne pénètrent que fort peu dans les rues profondes et dans les appartements obscurs. Il n'est point étonnant dès lors que de ce grouillement de matière vivante se dégage une fermentation inouïe que la campagne ne connaît pas et que, de plus, les organismes soient affaiblis dans leur vitalité histologique par suite d'une vie cellulaire beaucoup moindre.

L'on comprend que, dans ces grands centres, on ait eu tendance à pousser au plus haut point une asepsie indispensable. Mais, à mon sens, ce souci m'a paru absorber trop exclusivement l'attention d'un certain nombre de chirurgiens que l'on voit attacher plus d'importance aux soins que j'appellerai extérieurs et qui font une asepsie incroyable avant de pénétrer dans un ventre, quittes à crever dans celui-ci une poche de pus ou à trop négliger la protection des organes intestinaux

voisins des lésions; dans bien des cas, je crois que le danger est plus intérieur qu'extérieur, c'est-à-dire vient plus de la malade elle-même que de ce qui l'entoure; c'est ce qui nous explique le succès de chirurgiens de la période pré-aseptique et qui le trouvaient grâce à leur habileté abrégée de durée opératoire et réductrice de contacts multipliés.

Ne nous privons pas cependant de tout ce qui peut nous donner une sécurité de plus. C'est ainsi que nous nous sommes mis résolument aux gants de caoutchouc. Certes, ils ne sont pas indispensables: l'on a fait des milliers de laparotomies brillantes et suivies de guérison sans eux et l'on ne voit pas pourquoi on ne saurait plus opérer maintenant sans eux. Pourtant ils sont utiles au chirurgien qu'ils ne dispensent pas toutefois du lavage manuel soigné, mais dont ils épargnent l'épiderme trop fortement râclé ou altéré par l'usage répété des antiseptiques, et dont ils ménagent les plis de flexion digitale dans le serrage des fils d'ailleurs plus facile par eux; une main excoriée ou rugueuse est plus difficile à rendre aseptique, et n'oublions pas qu'il y a des mains diaphoriques dangereuses. Les gants sont aussi préservateurs quand on opère certaines maladies syphilitiques ou certaines suppurations virulentes. Ils permettent également, au cours des opérations, quand on a touché du pus, une fois que l'élançhété en est accomplie, de les quitter et de les remplacer par d'autres et ainsi de continuer d'une manière aussi aseptique que possible le restant de l'opération; on évite de souiller les anses intestinales qui ne seraient pas suffisamment protégées, ou le péritoine pariétal voisin, ou les bords étagés de la plaie abdominale.

On peut dire que le chirurgien actuel, grâce aux gants, peut arriver par leur usage constant, soit dans ses examens cliniques, soit dans ses interventions les plus diverses et les plus septiques, à ignorer désormais le contact du pus et à demeurer vierge manuellement de tout contact impur. Et puis, logiquement, une main, pour si nettoyée soit-elle, ne vaudra jamais comme état aseptique réalisé un gant nettoyé, brossé, savonné, bouilli et maintenu longtemps dans une solution légèrement antiseptique.

Pour nous, les gants les meilleurs ne sont point les plus fins ni ceux qui se moulent d'une façon parfaitement adéquate sur les doigts. Les mains gantées de trop près sont moins habiles et une légère parésie résulte de l'adhésion élastique des gants; le gant, ici, ne doit être que la limite d'un espace libre et malléable dans lequel la main nue évolue et par l'interposition flaccide duquel elle palpe les organes à manipuler.

Les gants de Chaput sont excellents ; mais comme les crispins ne peuvent recouvrir tout l'avant-bras, il ne serait pas mauvais que les blouses stérilisées eussent des manches longues qui s'insinueraient sous les poignets des gants, de sorte que les membres supérieurs du chirurgien seraient protégés de toutes parts et ne présenteraient aucune surface nue.

Avec un peu d'habitude on pourra, avec les gants, réaliser les opérations les plus délicates ; pour ma part, je ne fais plus aucun toucher vaginal sans gants, et il m'est arrivé de faire avec eux les sutures intestinales les plus fines, ce qui n'est pas au-dessus d'une moyenne habileté, et, ce qui est mieux, de cliver les adhérences intestinales les plus intimes ou encore les plans périnéaux dans la périnéorrhaphie sans m'aider pour cela du doigt introduit dans le rectum, car on peut pénétrer entre le vagin et le rectum méthodiquement comme si on écartait les feuillets d'un livre qu'une humidité récente maintiendrait coaptés.

Dans le service du Professeur Pozzi, nous faisons usage du masque facial en gaze ; il est trop facile de le ridiculiser par la comparaison avec une cagoule monacale ou un burnous de Touareg, mais c'est un bon protecteur contre la projection de particules salivaires si l'on vient à ne pas modérer son réflexe verbal, et contre les barbes fluviales.

III. — LA PRÉPARATION DU MATÉRIEL INSTRUMENTAL

La préparation du matériel instrumental est un des points les plus importants pour mener à bien une opération un peu grave, et je veux y insister, car l'on ne saurait croire le temps gagné à bien choisir et à bien préparer par avance ses instruments comme ses matériaux de suture. C'est par la vision nette de la place où la main ira saisir au moment voulu l'instrument méthodiquement placé, que l'on s'épargnera des recherches inutiles et que l'on abrégera d'autant l'acte opératoire ; en chirurgie, aucun mouvement de la main ou du corps même ne doit être superflu.

Tout d'abord, le chirurgien doit prendre ses instruments lui-même préalablement placés par lui-même sur la table instrumentale. L'aide doit être réduit à un rôle minimum et, pour ma part, je pense qu'il doit être confiné dans des limites auxiliaires purement mécaniques ; il doit être un levier anti-brachial et digital que l'opérateur a à sa disposition devant lui et qui fait les suppléances ou les compléments

nécessaires ; une opération est un morceau technique à deux mains, jamais à quatre mains ; il reste à l'aide le rôle intellectuel du contemplateur et du veilleur qui peut, à la rigueur, esquisser un avertissement utile.

Je vais même jusqu'à prétendre que le chirurgien, dans beaucoup de cas, doit se suffire entièrement à lui-même et se passer entièrement d'aides. A un moment la chirurgie a été un peu théâtrale dans son action : l'opérateur exigeait, par nécessité, l'accompagnement d'un chœur actif et multiplié ; aujourd'hui elle s'est presque réduite à une sorte de duo ; dans l'avenir proche elle sera en grande partie un acte solitaire et le chirurgien en viendra à travailler sur un malade comme un ouvrier à son établi et ce sera l'idéal. Pour ma part je compte à mon actif un certain nombre de laparotomies (pour hémorragies, occlusion intestinale, hystéropexie, annexectomie) que j'ai pratiquées sans aide et sans avoir mis pour cela beaucoup plus de temps ; j'ai fait dans un cas une laparotomie d'urgence la nuit pour hémorragie en six minutes avec succès, et une fois une hystéropexie en un quart d'heure. C'est pour cette raison que je suis très partisan des instruments autostatiques que l'on tend à multiplier aujourd'hui, ce qui prouve la véracité de ma remarque, et c'est pour cela aussi que j'ai pensé à l'utilisation de plateaux porte-instruments mobiles et articulés à la manière de ceux des dentistes et que l'on placerait en face ou à côté de soi.

Quelques instants avant l'opération, sur une simple table soutenant un grand plateau émaillé que l'on aura très largement flambé à l'alcool et sur lequel on aura mis, par surcroît de précautions, une serviette aseptique sortant de l'autoclave, on disposera les instruments, les matériaux de suture, les compresses pour essuyer le sang et les champs opératoires intra-abdominaux. Le tout devra être mis à la droite et à la portée de l'opérateur, de façon à ce qu'il n'ait pas à exécuter des mouvements d'évolution inutiles et des effets de torse ici déplacés, et de manière à ce que la main aille pour ainsi dire saisir d'instinct l'instrument sans que le regard abandonne jamais le champ opératoire.

Sur la table instrumentale, les instruments seront mis par ordre : instruments de section, d'hémostase, de suture, et surtout dans l'ordre successif, approximativement prévu où ils doivent servir. Je conseille de rejeter au fur et à mesure, dans un plateau à part, les instruments dont on n'aura plus définitivement à se servir ainsi que ceux, comme on l'oublie trop souvent, qui ont touché une surface septique (ciseaux ou bistouri qui ont servi, par exemple, à la section du col dans l'hysté-

rectomie intra-cervicale, à la section du corps dans l'hémisection médiane, et qui ont été en contact avec des masses annexielles suppurrées), de telle sorte qu'au fur et à mesure que l'opération progresse, la table instrumentale se dégarnit et se simplifie, absolument comme un champ de manœuvres éclairci progressivement par les éliminations successives de troupes s'éloignant après leur travail effectué. Sans vouloir pousser l'outrance jusqu'à faire presque table rase, on peut prétendre à une simplicité extrême et une laparotomie même très compliquée peut être menée à bien avec une douzaine d'instruments en tout. Nous sommes loin, comme on le voit, de l'étalage miroitant et étincelant où l'œil ébloui se perd et où la main s'égare apportant le désordre.

Pour ce qui est des matériaux de suture, les fils doivent être tout préparés, quant à leur longueur, pour leur usage immédiat, et nous n'admettons plus ces fils que l'aide déroule de la bobine et qui gardent une tonicité hélicoïdale gênante et retardataire pour lier et surjetter. A ce sujet, je rappellerai que j'ai essayé avec succès plusieurs hystérectomies abdominales pratiquées entièrement avec les sutures métalliques perdues de Michel, procédé d'avenir par la rapidité qu'il peut réaliser, mais qui nécessite un plus grand perfectionnement et la trouvaille d'un métal résorbable.

Avant de terminer ce petit chapitre concernant la préparation des instruments, je signalerai trois instruments laparotomiques utiles que j'ai fait construire par Collin et qui peuvent rendre des services précisément au point de vue de la question de la réduction des aides.

L'écarteur autostatique abdominal est devenu d'un usage courant; seul, il permet l'isolement, le cerclage si précieux de la région opératoire et cette immuabilité temporaire si indispensable pour bien agir avec sûreté et méthode. Les écarteurs de Ricard, de Leguen, de Jayle, tous basés sur le mécanisme de l'écarteur premier de Houzel, sont excellents; la valve de Doyen est parfaite et présente un mérite tout à fait original; le nouvel écarteur à branches parallèles, léger et souple, de Gosset (dont le principe originel est réalisé par l'écarteur de Vacher) est des meilleurs. La valve de Doyen que nous utilisons souvent nécessite une fourche fixatrice et l'écarteur de Gosset ne soulève pas l'angle pubien de la section abdominale: j'ai pensé que l'association de ces deux instruments était vraiment commode; aussi, après les avoir utilisés simultanément, j'ai cru qu'on pouvait les combiner en un unique instrument qui possède en plus l'avantage de ne pas exiger de fourche fixatrice interfémorale; comme on le

voit par la figure ici représentée, un système d'articulation très simple et démontable permet l'écartement de la section abdominale dans les trois sens, dans un mouvement d'ensemble et à des degrés réciproquement proportionnels. Les valves ansiformes de l'écarteur de Gosset ont, de la manière dont je dispose les champs opératoires intra-abdominaux, l'immense avantage de contenir ces derniers et de les consolider en une sorte de muraille circulaire de calfeutrage.

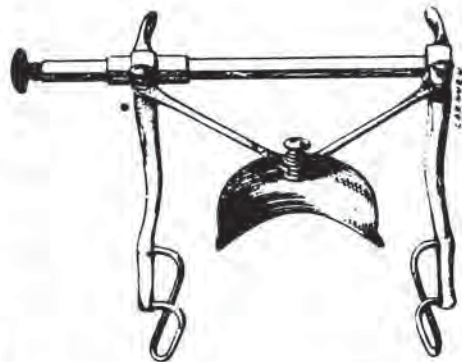


Figure 1. — Écarteur abdominal autostatique (Dartigues).

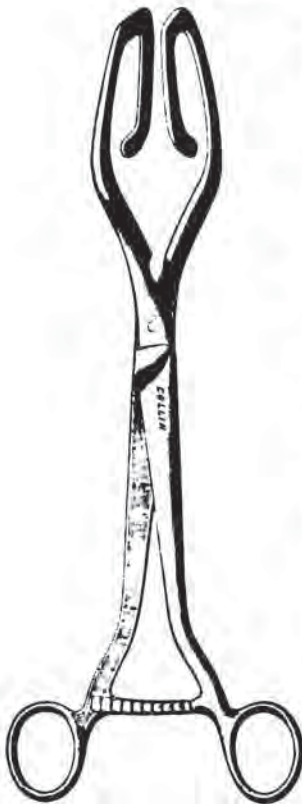


Figure 2. — Pince à préhension de l'utérus : hystérolabe (Dartigues).

Je représente ici un instrument que j'ai appelé *hystérolabe* et qui sert à saisir l'utérus dans les cas où l'on ne veut pas le sacrifier et, par conséquent, le dilacérer et le meurtrir par des pinces à traction, par exemple lorsqu'il y a grossesse extra-utérine : l'on sait qu'alors l'utérus saigne à la moindre piqûre, et j'ai vu des cas où il a fallu, pour assurer l'hémostase, pratiquer l'hystérectomie subtotale, tandis qu'on aurait pu fort bien, sans cette difficulté, se contenter d'enlever la poche ectopique. Cet instrument, construit sur mes indications par mon ami Henri Collin, se présente sous l'aspect d'un petit forceps très léger, dont chaque branche est une sorte de cuillère fenêtrée dont les courbes sont calculées de manière à épouser les contours de l'utérus et à répartir les forces d'application sur tout l'ensemble de l'organe. Chaque branche présente une encoche qui permet de la revêtir au besoin d'une gaine de caoutchouc qui réduit au minimum l'action meurtrissante de la pince, absolument à la façon des pinces intestinales pour entérectomie. On pourrait critiquer que l'extrémité de la cuillère peut blesser l'utérus ; il n'en est absolument rien : les faits sont là qui

le prouvent incontestablement, et cet instrument a une légèreté et des courbures mousses qui le rendent, me semble-t-il, beaucoup plus élégant et beaucoup plus efficace comme préhension que la pince un peu barbare et médiévale de Cullen, qui d'ailleurs dérape trop facilement. Il est vrai que nos instruments n'ont pas toujours les qualités qu'on leur reconnaît aisément lorsqu'ils nous arrivent ayant franchi les océans ou la frontière. Cet hystérolabe m'a servi plusieurs fois, en particulier dans

le service de mon excellent maître le Professeur Pozzi, qui m'a laissé l'initiative de l'appliquer au cours de quelques laparotomies qui ont pu être partiellement conservatrices.

Le mot *hystérophore*, par lequel on désigne les instruments analogues déjà existants, est mauvais; étymologiquement, il est inexact; d'ailleurs on l'utilise aussi pour nommer les instruments, bien différents comme destination, par lesquels on maintient les prolapsus génitaux incoercibles; c'est ainsi que les hystérophores de Cullen, de Legueu, de Borgnet n'ont pas du tout la même application.

Le troisième instrument, dont la figure est ci-contre, est un porte-aiguille à levier qui est extrêmement commode pour saisir les aiguilles les plus fines comme les plus grosses et les manier à de grandes profondeurs, en particulier dans les péritonisations délicates du petit bassin. Par ce porte-aiguille j'ai cherché à réaliser le mouvement naturel d'opposition du pouce et de l'index porté à une certaine distance; il suffit, ayant cet instrument bien en main, de donner un petit coup de pouce pour produire le déclic qui entre-bâille pour ainsi dire les pulpes métalliques de préhension ou pour, au contraire, les serrer fortement sur l'aiguille tour à tour saisie, lâchée et reprise. Grâce à ce porte-aiguille on peut



Figure 3.
Porte-aiguille à levier (Dartigues).

faire les surjets soi-même en tirant fortement sur le fil amarré à l'aiguille, absolument comme le cordonnier tire son alêne; de plus, on ne « tripotera pas » le catgut ou le fil et on n'aura pas cette difficulté qu'on a parfois à accrocher le fil sur les aiguilles à chas mobile et à pédale lorsqu'on opère dans des cavités anfractueuses, ce qui cause souvent une perte de temps si l'aide n'est pas suffisamment expérimenté. Je me souviendrai toujours d'un cas où je pratiquai l'exérèse d'un fibrome, pourtant compliqué, en quatre minutes seulement, et où il me fallut une heure ensuite pour pratiquer les sutures et les surjets qu'un aide ne facilitait guère par son manque

d'habitude. Dans ce maniement des fils, vingt minutes, une demi-heure sont facilement perdues, ce qui est énorme dans une intervention; il n'est pas indifférent de faire inhaler du chloroforme par les poumons d'un opéré pendant une demi-heure de plus et de l'exposer pendant ce même laps de temps à plus de chances d'infection.

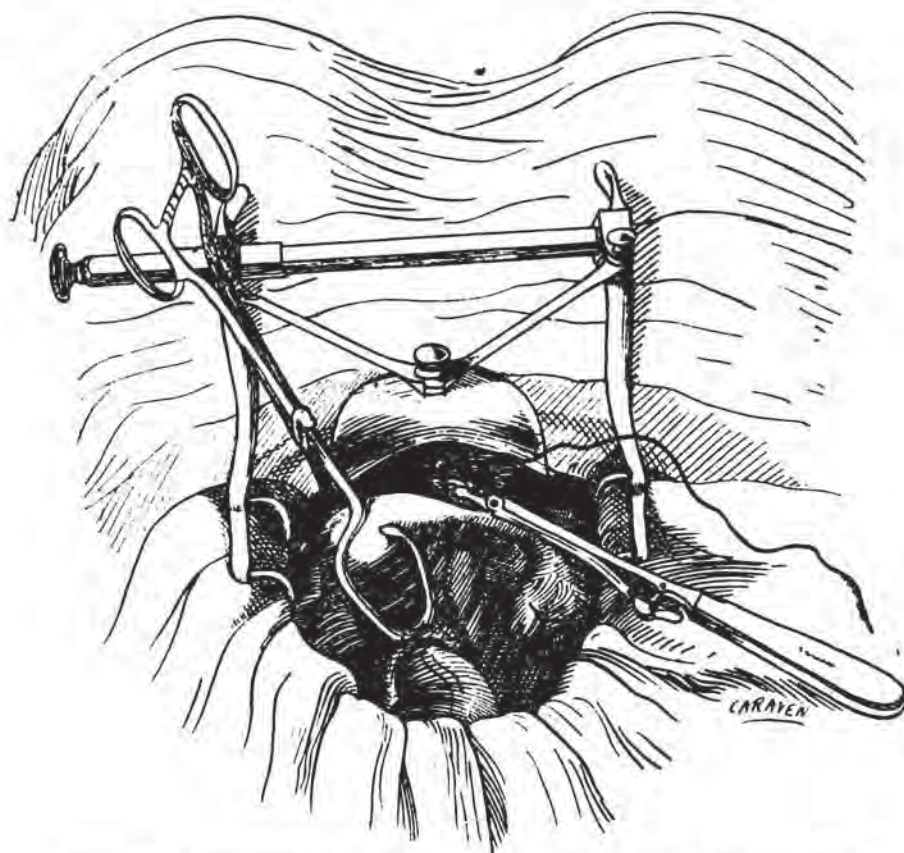


Figure 4. — Instruments précédents en place et en action sur une cavité abdominale ouverte.

IV. — DÉTAILS DE TECHNIQUE OPÉRATOIRE PROPREMENT DITE AU COURS DES LAPAROTOMIES POUR AFFECTIONS GYNÉCOLOGIQUES

1° *Ouverture de la paroi abdominale. — Section de la peau.* — Pour un opérateur adroit, une paroi abdominale, à moins de cas particuliers, doit être ouverte en quelques secondes, mais pour cela certaines précautions sont utiles car c'est par elles plutôt que par des gestes brusques que se réalise cette rapidité de section.

D'abord, il faut essayer de pratiquer cette section autant que pos-

sible sans effusion sanguine aucune. Pour cela, avant de prendre le bistouri je fais mettre la malade en position déclive, mais sans brusquerie ni secousses, progressivement, car il n'est pas sans importance en particulier chez des vieillards, des artério-scléreux, des cardiaques et des pulmonaires, de ne pas pour ainsi dire culbuter violemment, comme le fait l'acrobate, le système circulatoire mis ainsi à l'envers, le cœur en bas, les fourches vasculaires des vaisseaux iliaques en l'air : mis, bien portant, dans cette situation anormale sans transition, l'on verrait mille phosphènes et l'on serait tout étourdi.

On prend alors la peau et son pannicule adipeux d'abord sur la ligne médiane, puis sur les côtés (trajet des sous-cutanées abdominales et des épigastriques), comme si on allait la masser ou la pétrir, et on la soulève assez fortement en l'exprimant, ce qui est des plus faciles. Grâce à cette petite manœuvre préalable en position déclive on anémie la paroi abdominale dans une certaine mesure : le sang veineux des veines sous-cutanées abdominales et plus profondément des épigastriques, des veines iliaques externes et hypogastriques avec leurs multiples origines (ligament large, etc.), se vident en partie, le sang courant et descendant dans la direction du cœur droit; tandis que tout le système artériel correspondant étant dans la position déclive obligé de lutter contre l'action de la pesanteur arrive à ses territoires d'irrigation avec moins de facilité.

Ce temps pré-opératoire anémie donc la paroi abdominale et même en partie la cavité pelvienne et, de plus, fait une espèce de vide dans la cavité abdominale, de telle sorte que les anses intestinales abandonnent le pelvis qu'elles dégagent et descendent vers le diaphragme : elles passent, qu'on me permette la comparaison, de la coupe pelvienne dans la coupe diaphragmatique à la façon du sable qui passe alternativement dans chaque globe du sablier retourné.

Si vous pratiquez ainsi, vous avez toutes les chances de pouvoir vous passer absolument de pinces hémostatiques sur la paroi et de placer, une fois le ventre ouvert, votre écarteur et vos champs opératoires intra-abdominaux avec une grande aisance.

J'ai été séduit au début par l'application que mettent certains chirurgiens pour lesquels je professe une grande admiration indépendante, à mettre un nombre assez considérable de pinces hémostatiques cutanées sur lesquelles on dispose au fur et à mesure des stratifications de compresses protectrices; je pense maintenant qu'on peut facilement s'en dispenser et qu'il vaut mieux aller toujours de l'avant dès

qu'on a pris le bistouri sans s'attarder à des actes minuscules. En procédant comme je viens de le dire, sur une centaine de laparotomies pratiquées en quatorze mois je n'ai pas eu à appliquer une seule pince; en admettant une moyenne d'une demi-douzaine de pinces hémostatiques par laparotomie, ce qui n'est pas trop pour la plupart des opérations, j'aurai évité sur le total que je viens de dire 600 applications instrumentales inutiles.



Figure 5. — Section du pannicule adipeux aux ciseaux : incision perpendiculaire et à pic sur un pli transversal cutané artificiel.

On peut donc arriver aisément à réaliser une ouverture du ventre sans ces flaques de sang écarlate que l'on voyait il y a quelques années autour de la plaie opératoire et à donner cette impression si séduisante d'une opération qui n'offre pas le spectacle d'une boucherie terrifiante, mais d'une symphonie de blanc où le chirurgien semble accomplir des rites précis, méthodiques et propres.

Il est cependant des cas rares où la section de la paroi abdominale

demande une hémostase des plus soignées et où, à cause de la présence de veines cutanées considérables, on est même obligé de faire des ligatures, afin de ne pas accumuler trop de pinces avant de continuer l'opération. C'est ce que j'ai eu l'occasion de constater récemment dans une laparotomie pratiquée par le Professeur Pozzi pour ascite tuberculeuse où les veines sous-cutanées étaient énormes même sur la ligne médiane, et bien qu'elles fussent dissimulées dans le pannicule adipeux; il y aura utilité dans des cas analogues à poser des pinces sur les veines transversales aperçues et à couper ces veines entre deux pinces.

Cette éventualité d'hémostase toute particulière se présente chez les hémophiliques et chez des malades qui ont eu antérieurement une phlébite qui a été suivie de suppléance veineuse.

Cette section de la peau peut être faite du premier coup, en un seul mouvement, en une seule seconde, jusqu'à l'aponévrose nacrée de la ligne blanche, avec un peu d'accoutumance, sans dépasser le plan cutané-adipeux. On peut la faire aussi, aux ciseaux comme nous l'avons fait maintes fois, avec une netteté, une rectilignité aussi

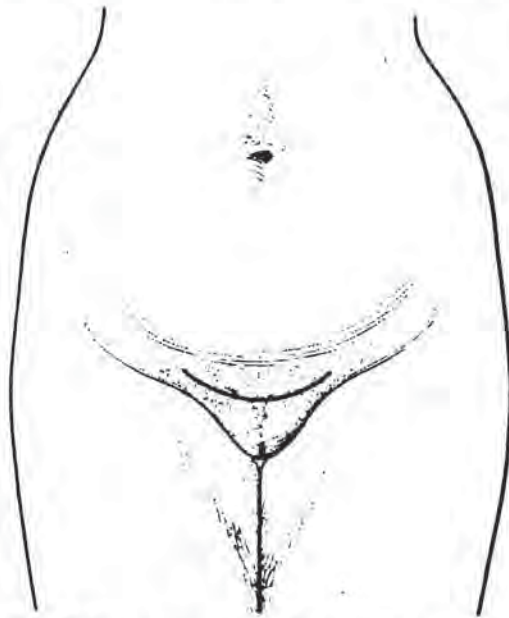


Figure 6. — Ouverture de la paroi abdominale par incision cruciale (1^{er} temps).

grandes qu'avec le bistouri : d'ailleurs, dans une laparotomie, on peut se passer de bistouri ou inversement de ciseaux et, avec un peu d'adresse, ce n'est qu'un jeu qu'on peut tenter sans risques.

Après Küstner, Rapin, Segond, etc., nous avons fait parfois l'incision transversale de la peau à travers le pubis : cette incision de la paroi abdominale qui est cruciale puisque les plans profonds sont sectionnés longitudinalement, est une incision esthétique, cachée qu'elle est par les poils¹, qui ne peut convenir qu'à quelques cas particuliers de lésions peu volumineuses de l'utérus ou des annexes et, d'ailleurs,

1. L. DARTIGUES. — « De l'incision cruciale et de la suture transversale sus-puïenne »

elle est beaucoup plus hémorragique que la section médiane longitudinale habituelle.

Section des aponévroses et des muscles. — La peau et son pannicule sectionnés à fond, le pouce et l'index de la main gauche écartés à la manière des barbiers, maintiennent la béance des deux versants de la plaie dont ils étayent pour ainsi dire les deux remblais. Le bistouri peut alors nettement le plan musculo-aponévrotique mis à nu: le Professeur Pozzi fait maintenir par un aide muni de petits écarteurs de Farabeuf cet écartement; on pourra agir ainsi surtout chez des femmes grasses.

Le temps de l'ouverture de la gaine des muscles droits est parfois un peu délicat, et il n'est pas rare de voir des chirurgiens extrêmement habitués tâtonner pour trouver l'interstice musculaire. Je conseille, de râcler fortement dans le sens longitudinal, avec une compresse, l'aponévrose superficielle des muscles que l'on dénude ainsi; il est bien rare alors que le relief des muscles grands droits ne s'aperçoive pas: le bistouri incise en lieu sûr l'aponévrose et l'interstice jaunâtre apparaît aussitôt.

Le Professeur Pozzi a l'habitude, avant de pénétrer dans le péritoine, d'ouvrir chaque gaine des muscles droits afin qu'au terme de l'opé-

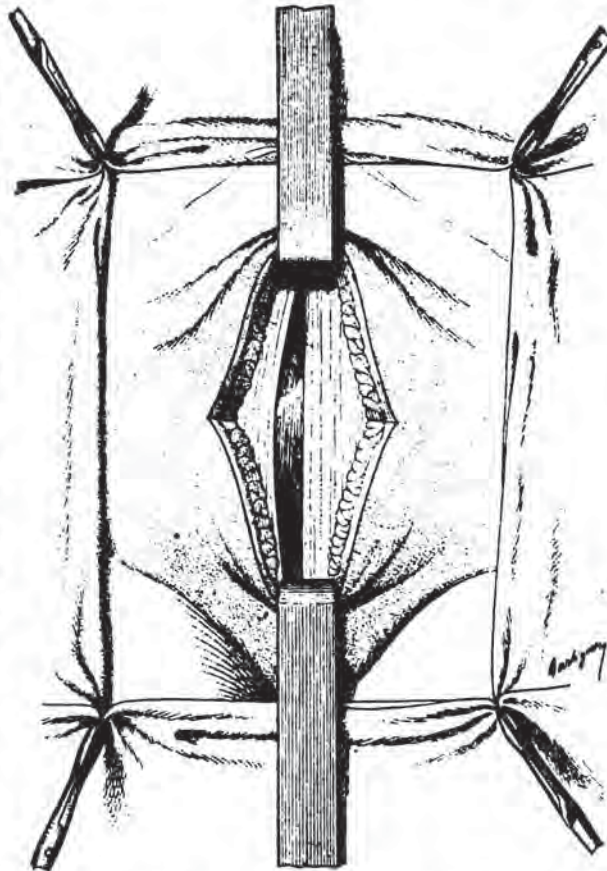


Figure 7. — Ouverture de la paroi abdominale par incision cruceale (2^e temps).

cachée par les poils dans la laparotomie médiane ». *La Presse Médicale*, 1899, 4 Octobre.

ration on puisse facilement retrouver ces muscles et les coapter par leur bord interne d'une façon intime.

Cette section du plan musculo-aponévrotique peut être, de même que celle de la peau, aussi facilement faite aux ciseaux qu'au bistouri : à travers une petite encoche pratiquée aux ciseaux sur l'aponévrose vers la partie supérieure de la plaie, on insinue très aisément une

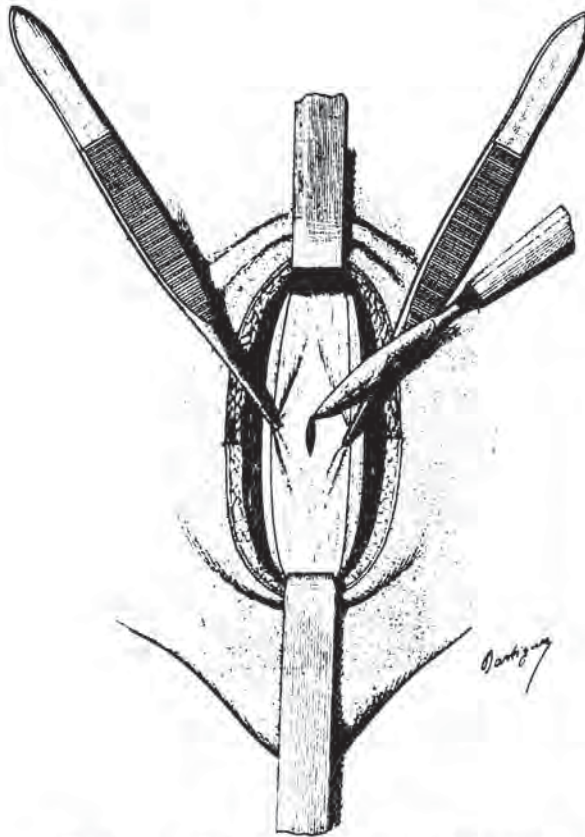


Figure 8. — Ouverture de la paroi abdominale par incision cruciale (3^e temps).

J'ai vu souvent mon maître J.-L. Faure ouvrir ce péritoine sans le saisir avec des pinces et j'ai imité plusieurs fois sa manière : il suffit pour cela, avec les doigts de la main gauche, de soulever vers soi tous les plans de la lèvre gauche de la plaie ; le péritoine entraîné et soulevé alors se tend : rien de plus facile que de le trouser sans danger.

Les lèvres de la plaie péritonéale seront facilement retrouvables et repérables à la fin de l'opération et au moment de la suture.

Comme on le voit, grâce à ces petits détails auxquels on ne porte

de l'instrument qui sectionne tout à fait nettement dans le sens longitudinal.

Section du tissu cellulaire pré-péritonéal et du péritoine. — L'interstice inter-musculaire cellulo-graisseux immédiatement trouvé, les deux index s'y insinuent en crochet et se dirigent longitudinalement en sens contraire, l'un vers le pubis, l'autre vers l'ombilic, le péritoine est ainsi dénudé et isolé complètement d'un coup ; il est aisé alors de l'ouvrir en le soulevant avec une petite pince à disséquer et en faisant attention à ne pas entrer trop profondément de crainte de couper une anse intestinale rampant immédiatement au-dessous.

pas ordinairement attention, on arrive à pouvoir sans aide aucun et sans instrument autre qu'un bistouri ou des ciseaux ouvrir une paroi abdominale.

Il faut cependant prendre garde dans cette dilacération digitale du tissu cellulaire pré-péritonéal et dans le décollement du péritoine lui-même, à ne pas les pousser trop loin dans le sens latéral, sinon l'on risque de pénétrer trop en dehors, comme je l'ai vu faire, et de mettre à nu les vaisseaux épigastriques, de les blesser même sans s'en apercevoir et de provoquer par ce fait une hémorragie interne grave d'origine pariétale. Il faut aussi veiller à ménager l'ouraqué, qui fait souvent une forte saillie et à côté duquel il vaut mieux faire porter l'incision péritonéale, car il est quelquefois perméable et en communication avec la vessie qui y possède un diverticule dangereux : blesser ce canal de persistance anormale sans s'en douter, serait aussi périlleux que de faire une solution de continuité à la vessie.

Toutes ces précautions seront plus méticuleuses encore si l'on pratique une laparotomie itérative, les divers plans sont fusionnés et fibreux, le péritoine peu ou pas isolable, et, si l'on n'y prend garde, on peut blesser une anse intestinale sous-jacente, adhérente ou agglutinée. Une fois même, dans un cas de laparotomie itérative, j'ouvris le sommet de la vessie adhérente remontant fort haut; je m'en aperçus seulement à la fin de l'opération, je suturai avec soin et la malade guérit parfaitement.

Plus récemment, dans une laparotomie d'urgence pour occlusion intestinale par coudures multiples et abcès péri-appendiculaire concomi-

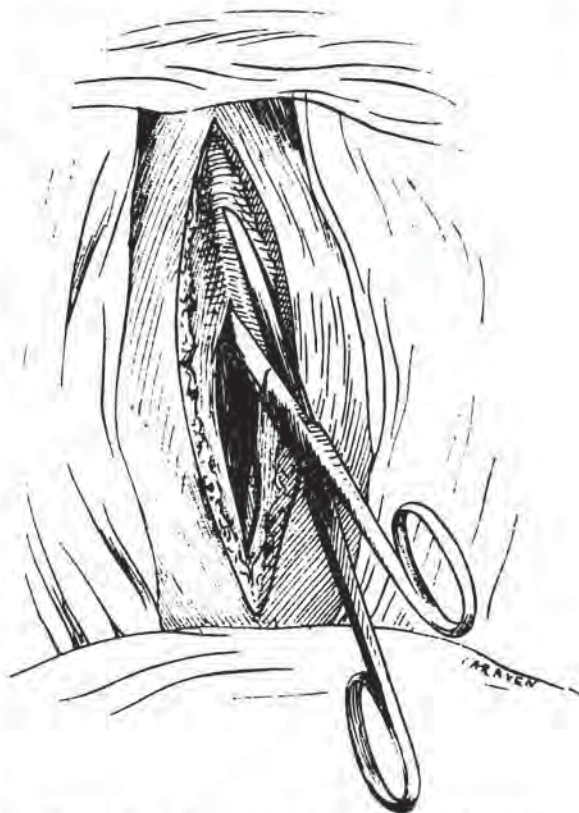


Figure 9. — Ouverture de la paroi abdominale aux ciseaux. (Section de l'aponévrose.)

tant chez une malade qui avait été antérieurement laparotomisée, j'eus toutes les peines du monde à pénétrer dans l'abdomen, car des anses intestinales faisaient corps avec la paroi abdominale ; si je n'avais agi avec des précautions infinies, j'ouvrais d'emblée trois ou quatre anses grêles.

Dans la péritonite tuberculeuse, la paroi abdominale est parfois extrêmement difficile à ouvrir. Quand on arrive sur un péritoine lardacé, congestionné, parcouru par une circulation veineuse abondante,



Figure 10. — Ouverture de la paroi abdominale sans aide. (Ouverture du péritoine.)

semée parfois de granulations grises, il faut se méfier : les anses intestinales glutineuses sont immédiatement sous-jacentes. Quelquefois même on ne s'y reconnaît pas du tout, et j'ai vu ouvrir l'intestin avant qu'on crût être en cavité péritonéale.

Lorsque, les divers plans pariétaux sectionnés et le péritoine isolé, vous ne voyez pas ce dernier blanchâtre comme à l'habitude, mais au contraire d'une transparence bleu-noirâtre, c'est qu'il y a du sang épanché dans le péritoine : par exemple une grossesse extra-utérine rompue ou bien une ascite hémattique symptomatique d'un cancer viscéral.

S'il s'agit d'une ascite ordinaire et abondante, le péritoine se laisse facilement décoller : il a un aspect pelliculaire et l'on peut alors y pratiquer un petit orifice en faisant attention à ne pas piquer les anses intestinales nageantes ; la pression intra-abdominale suffira à évacuer en jet le liquide ascitique sans que l'on ait besoin de trocart, et l'on fera en sorte que l'évacuation se fasse assez lentement afin d'éviter les accidents de décompression brusque graves chez des cyanosés et des cardiaques et qui se produiraient si l'on ouvrait trop largement d'emblée le péritoine.

semée parfois de granulations grises, il faut se méfier : les anses intestinales glutineuses sont immédiatement sous-jacentes. Quelquefois même on ne s'y reconnaît pas du tout, et j'ai vu ouvrir l'intestin avant qu'on crût être en cavité péritonéale.

Lorsque, les divers plans pariétaux sectionnés et le péritoine isolé, vous ne voyez pas ce dernier blanchâtre comme à l'habitude, mais au contraire d'une transparence bleu-noirâtre, c'est qu'il y a du sang épanché dans le péritoine : par exemple une grossesse extra-utérine rompue ou bien une ascite hémattique symptomatique d'un cancer viscéral.

S'il s'agit d'une ascite ordinaire et abondante, le

J'ai remarqué maintes fois que certaines malades, à l'ouverture de la cavité abdominale, présentaient une odeur spéciale, fécaloïde : il faut alors soupçonner le pus et cela dans ces lésions à diagnostic douteux que le Professeur Pozzi a appelées pseudo-néoplasiques. L'on sait que le pus, dans les lésions suppurées très voisines de l'intestin, a une fétidité extrême.

2° Délimitation du champ opératoire : blocus et circonvallation des lésions utéro-annexielles. — Jusqu'ici nous avons passé en revue les détails de la phase extra-péritonéale de l'opération : maintenant, nous sommes à la deuxième phase, la principale : la phase intra-péritonéale où le ventre est ouvert, en rapport avec l'air extérieur et aux prises avec les manipulations d'exérèse.

J'attribue au temps de la délimitation du champ opératoire abdomino-pelvien la plus haute importance, car si elle est bien exécutée, le chirurgien se prépare une opération beaucoup plus nette, beaucoup plus facile, beaucoup plus scientifique. Le chirurgien doit travailler en champ clos, protégé de toutes parts, et avant tout, il faut qu'il trace le cirque où il va descendre comme jadis le gladiateur dans l'arène.

Placement de l'écarteur autostatique ou des écarteurs. — Pour ce temps de délimitation on doit placer un écarteur abdominal, autostatique autant que possible, peu nous importe le modèle ; j'ai dit qu'il y en avait d'excellents. Mais certaines précautions sont à prendre pour le placement de la valve sus-pubienne de l'écarteur, en particulier de la valve de Doyen : il faut soulever le péritoine pariétal au niveau de la commissure inférieure ou pubienne de la plaie laparotomique, afin d'être bien au-dessous de lui et de ne pas se perdre dans les plans pariétaux qu'on dissocierait, afin de ne pas trancher, comme je l'ai vu faire, le tissu cellulaire sous-péritonéal quelquefois surchargé de graisse au niveau de la partie supérieure de la cavité de Retzius, afin de bien soutenir les gros bourrelets adipeux intra-pelviens de certaines obèses et qui tendent à déborder la valve, à rétrécir le champ opératoire et à gêner fortement l'opérateur.

L'écarteur placé, il sera très commode d'introduire les champs opératoires intra-abdominaux protecteurs. Mais il faut compter avec certains cas complexes de kystes adhérents, de lésions annexielles énormes avec fusion et soudure à l'intestin, à l'épiploon, au péritoine pariétal, où l'on ne peut pénétrer librement et d'emblée dans la cavité abdominale et où l'on ne peut mettre en place, tout de suite, l'écarteur. On ne doit pas alors insister, mais procéder avec une prudence

extrême, se frayer un chemin à travers cette brousse pathologique, lier et sectionner des franges épiploïques tendues comme le bord inférieur périphérique d'une tente à ses piquets, décoller des adhérences intestino ou même salpingo-pariétales, et, en général, procéder méticuleusement à la pénétration dans le ventre de haut en bas, c'est-à-dire de l'ombilic vers le pubis. A un moment donné, on aura ainsi délimité une zone libre où la main pourra enfin agir plus efficacement et où l'on pourra peut-être même utiliser l'écarteur. Dans ces cas inextricables, les petits écarteurs de Farabeuf et surtout les écarteurs en fil d'acier de Terrier rendront de grands services par leur maniabilité et les positions variées qu'on peut leur faire prendre suivant l'état topographique en voie de dégagement.

Position déclive complète; refoulement intestinal; mise en place des champs opératoires. — L'écarteur autostatique abdominal mis en place, la position déclive existant déjà depuis quelques instants et ayant fait refluer en grande partie les anses intestinales vers le diaphragme, on place les champs opératoires de mousseline pour isoler ces dernières et faire en sorte qu'elles ne retombent pas de nouveau du pourtour innominé des fosses iliaques et du niveau du promontoire, en une espèce de cataracte, dans le creux pelvien complètement dégagé.

Pour bien procéder à cette exclusion et à cette contention intestinales, il faut au moins trois champs : l'un pour la fosse iliaque droite, l'autre pour la fosse iliaque gauche, le dernier pour l'angle promontarien.

Les champs doivent être en mousseline et assez spacieux pour faire des sortes de grosses éponges d'étoffe se moulant bien dans les creux où ils seront placés temporairement. Le Professeur Pozzi, depuis de longues années, dans l'idée absolument louable de ne pas altérer l'épithélium péritonéal, pariétal et surtout intestinal, afin de ne pas le dépouiller par le contact prolongé avec la sécheresse un peu rude et râpeuse de la gaze, même fine, conseille de tremper préalablement les champs dans une solution de sérum artificiel chaud et que l'on exprime avant de les placer : je ne saurais trop vous recommander cette façon de faire, à moins de vous trouver dans le cas où, de crainte de trop multiplier les contacts et de n'avoir pas de solution parfaitement stérilisée, vous préféreriez vous servir de ces champs immédiatement au sortir de la boîte où ils auront été autoclavés. Je recommande de plus ceci, pour éviter de perdre du temps et de rester le ventre ouvert pen-

dant quelques instants, de préparer à l'avance vos champs dépliés et tout prêts à introduire dans le ventre; vous n'aurez pas l'aspect, en face d'un abdomen ouvert, de la blanchisseuse qui déplie et étale du linge pour le sécher.

L'incision abdominale, l'introduction de l'écarteur et le placement méthodique des champs doivent se faire le plus souvent en quelques secondes.

Pour placer le champ, avec les doigts de la main gauche en crochet vous soulevez légèrement et délicatement la paroi du côté gauche, tandis que la main droite gantée pour ainsi dire du champ, saisit les anses intestinales encore prolabées dans le pelvis et les ramène dans la fosse iliaque correspondante où l'on tasse le champ qui devient désormais barrière, mais que cependant on éverse sur les bords de la plaie qu'il protège et cache, en même temps qu'on ne le perd pas ainsi de vue. Pour le côté droit on procède de même. Après ces deux champs latéraux iliaques, on place le champ médian angulaire ou promontarien, en soulevant l'angle supérieur ou ombilical de la plaie avec l'index droit en crochet et en ramenant l'intestin en arrière du promontoire.

L'intestin se trouve désormais refoulé de toutes parts, on ne l'aperçoit plus, on n'a plus à s'en préoccuper (à moins qu'il y ait eu des adhérences qu'il a fallu décortiquer et que les tuniques aient été entamées): on aperçoit alors tout l'amphithéâtre pelvien admirablement bordé, on voit toute la cimaise circulaire des vaisseaux iliaques au niveau des bords innominés de l'enceinte pelvienne, on distingue nettement tous les pédicules vasculaires convergeant vers les organes sexuels internes. Sur le côté gauche du promontoire et en avant du sacrum, on voit la terminaison du côlon pelvien et du rectum, aplatis et peu gênants. Si l'on veut éviter tout contact intestinal, rien de plus aisé que de glisser au-devant de ce segment intestinal un quatrième petit champ que l'on descend jusqu'au fond du Douglas accessible à la manière de ces tapis que dans les jours de fête on mettait pendre aux balcons.

Pour ma part, à la valve sus-pubienne de Doyen j'ajoute l'action de l'écarteur latéral si maniable et si peu encombrant de Gosset, qui a l'avantage de donner encore plus de jour dans le sens transversal, dans le sens des ligaments larges, dans le sens le plus utile en somme au point de vue opératoire, et de maintenir les champs opératoires latéraux qui deviennent de ce fait inamovibles (voir fig. 4).

Toutes ces précautions prises, l'opération proprement dite sur l'utérus et les annexes se fait au grand jour, à la grande lumière; aucun

détail anatomo-pathologique et topographique n'échappe au chirurgien et, avec la blancheur des champs et des compresses, le reflet des valves d'acier, on a un éclairage parfait où toute chose a son relief et où l'on ne procède jamais en aveugle. Par cette manière de faire, on a donné à la position déclive tout le rendement avantageux qu'elle peut fournir ; la cavité pelvienne est en façade au jour, elle est inclinée comme ces tonneaux ou ces cuves qui déversent leur contenu et laissent apercevoir leur fond quand on les fait tourner sur leur axe.

De plus, par cet isolement soigné de l'intestin au moyen des champs opératoires pelviens, on peut transformer la position déclive en position horizontale et même proclive sans que rien ne bouge, et cela peut être utile à certains instants de l'opération chez quelques malades trop cyanosées ou s'il y a du pus qui s'écoule en abondance, etc. La position déclive aura réalisé ce qui est indispensable : l'arrangement du champ pelvien, et, la bascule, qu'on a combattue à tort ces derniers temps, pourra être réduite à une durée de quelques instants dans les cas où elle pourrait être pernicieuse.

Je ne saurais terminer ces considérations sans rappeler que c'est à notre maître le Professeur Pozzi¹ que revient l'honneur d'avoir utilisé le premier en France cette méthode de renversement par la position déclive extemporanée, dite de Trendelenburg, pour la recherche plus facile des annexes et le refoulement intestinal.

En somme, par cette façon de procéder, on pourra utiliser selon les phases de l'opération ou suivant les cas pathologiques, et successivement et alternativement la *position déclive* (refoulement intestinal), *proclive* (élimination d'ascite, de tumeur kystique, de suppuration abondante), *latéroclive* (tumeurs latérales, ascite, etc.) au moyen des diverses tables (Mathieu, Doyen, Colin, Gosset, Jayle, Guillot, etc.).

3° Détails de technique opératoire dans les différents cas d'affections utérines et annexielles. — Je ne veux pas décrire la technique de toutes les opérations gynécologiques qui se font dans la cavité intrapelvienne, cela m'entraînerait trop loin, et on peut et doit lire leurs

1. SAMUEL POZZI. — « Une modification de la position dorso-sacrée consiste à élever le bassin notablement au-dessus du reste du tronc ; elle devient alors ce qu'on peut appeler la *position dorso-sacrée déclive*..... Cette position est parfois d'un grand secours à l'opérateur pour dégager le petit bassin dans les recherches chirurgicales, notamment pour les petites tumeurs des annexes de l'utérus ». *Traité de gynécologie*, 1^{re} édition (Juillet 1890), p. 91. — *Bulletin de la Société de chirurgie*, 3 Décembre 1890, p. 779. — S. Pozzi et BAUDRON, *Revue de chirurgie* 1891, p. 641.

belles descriptions dans les excellents traités de Pozzi, de Legueu de Richelot, de J.-L. Faure, etc.

Néanmoins, pour la clarté de certains points de détails techniques, je vais tracer un classement général de ces diverses opérations; on verra qu'il est simple si nous rejetons les procédés archaïques pour ne garder que ceux qu'emploie l'heure actuelle de la chirurgie, car l'on doit bien se pénétrer de ce principe qu'il ne faut pas surcharger sa mémoire de méthodes devenues historiques, que le revêtement de la pensée doit constamment se renouveler et non se constituer de loques de mémoire, qu'il faut savoir reléguer ce qui n'a plus d'utilité pratique et ne pas trop garder en chirurgie la mélancolie des traditions périmées sur lesquelles nous en bâtissons de plus neuves destinées à être remplacées à leur tour.

Le chirurgien, au moment où il opère, doit avoir en main quelques procédés simples et clairs qui suffiront, et son cerveau ne doit pas avoir à chercher, dans l'inquiétude, celui auquel il va se décider entre beaucoup qui sollicitent son action; il ne doit pas être, par le défaut du fatras scientifique, dans la situation de l'âne de Buridan qui ne sait de quel côté pencher son désir et ses naseaux.

D'une façon générale, les opérations pratiquées sur l'appareil sexuel interne sont : 1° des opérations purement plastiques sans résection organique aucune; 2° des opérations extirpatrices ou d'exérèse.

A) PROCÉDÉS PLASTIQUES SANS EXÉRÈSE. — Parmi les opérations plastiques sans exérèse, je ne citerai que celles qui s'adressent à la fixation de l'utérus rétrofléchi, au moyen du raccourcissement intra-péritonéal des ligaments ronds par exemple, et, à ce sujet, on peut voir ces figures suffisamment explicatrices d'un procédé nouveau que j'ai publié récemment avec Caraven et où je pratique un raccourcissement ligamentaire rétro-utérin et sous-tubo-ovarien en faisant

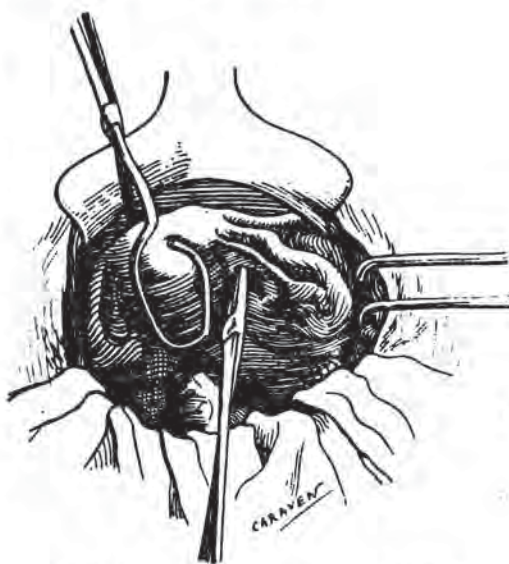


Figure 11. — Raccourcissement intra-péritonéal des ligaments ronds par la ligamentopexie rétro-utérine. (Traversée du ligament large.) (Dartigues.)

passer les ligaments ronds à travers les ligaments larges dans une zone

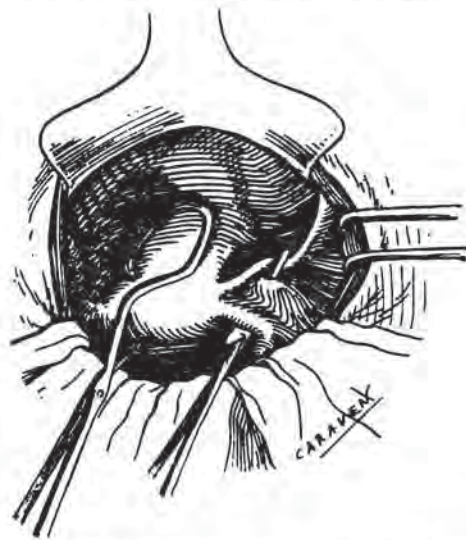


Figure 12. — Raccourcissement intra-péritonéal des ligaments ronds par la ligamentopexie rétro-utérine. (Pincement du ligament rond.)

avasculaire facilement trouvable : comme on le voit, l'utérus est adossé sur une sangle qui le repousse en avant en position normale, de telle sorte qu'il paraît, comme je l'ai dit ailleurs humoristiquement dans un but de mnémotechnie, appuyé sur le dossier d'un siège romain dans une attitude familière de causerie.

Je cite encore pour mémoire les opérations plastiques sans exérèse qui s'adressent à la fixation de trompes ou d'ovaires trop prolapsés, ainsi que les font quelques chirurgiens.

B) PROCÉDÉS D'EXTIRPATION OU D'EXÉRÈSE. — Les opérations extirpatrices ou d'exérèse constituent la plus grande part de notre pratique journalière. Je vais passer en revue ces opérations : 1° dans les cas ordinaires; 2° dans des cas particuliers.

1° PROCÉDÉS D'EXTIRPATION OU D'EXÉRÈSE DANS LES CAS ORDINAIRES. — Nous distinguons : a) l'hystérotomie simple; b) l'annexectomie simple uni ou bilatérale; c) l'hystérectomie abdominale totale ou subtotal.

a) *L'hystérotomie simple*, longitudinale, transversale, oblique, suivant les cas, pour énucléation abdominale des tumeurs fibreuses peu volumineuses, permettant la conservation de l'utérus, comme l'a depuis

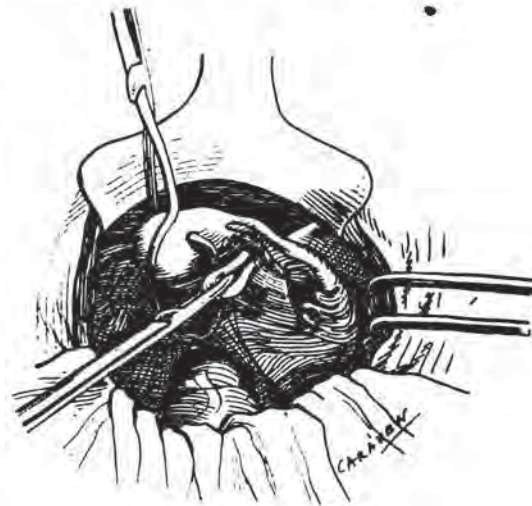


Figure 13. — Raccourcissement intra-péritonéal des ligaments ronds par la ligamentopexie rétro-utérine. (Formation de l'anse ligamentaire.)

longtemps pratiquée le Professeur Pozzi et, plus tard, Témoin, Tuffier, Ricard, etc. (voir Thèse de Dartigues : *Chirurgie conservatrice de l'utérus et des annexes dans le traitement des fibromes*, 1901, et surtout Thèse de Loubet, 1902);

b) *L'annexectomie simple*, uni ou bilatérale, pour kystes ovariens ou tumeurs solides de l'ovaire, grossesse ectopique, ovarite scléro-kystique avec ou sans varicocèle tubo-ovarien, et quelquefois salpingo-ovarite rarement unilatérale. L'annexectomie simple bilatérale s'adresse à quelques cas de salpingite double où l'on tient, par exception, à garder l'utérus, ce qui est considéré à l'heure actuelle comme le plus souvent inutile.

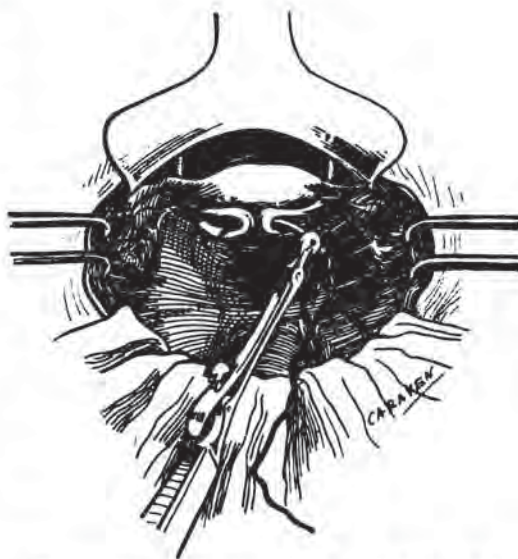


Figure 14. — Raccourcissement intra-péritonéal des ligaments ronds par la ligamentopexie rétro-utérine. (Suture rétro-utérine des ligaments ronds.)

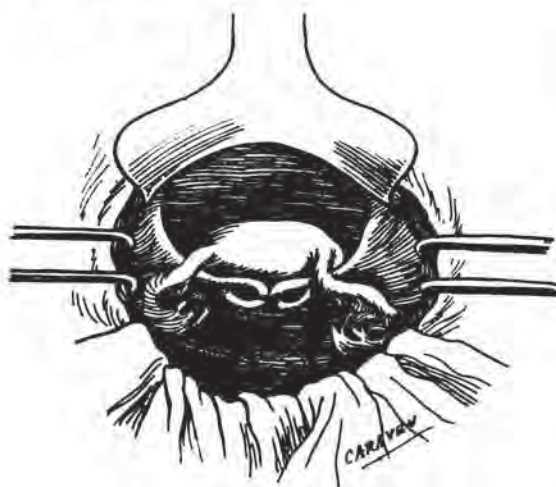


Figure 15. — Raccourcissement intra-péritonéal des ligaments ronds par la ligamentopexie rétro-utérine. (Résultat du procédé.)

pratique du Professeur Pozzi. Dans certains cas il vaudra mieux, si le

Ce qu'il y a d'intéressant à signaler en passant, au sujet de l'annexectomie simple, c'est la ligature que l'on doit le plus souvent faire unique en constituant un petit moignon de tout le ligament large ramassé au-dessous des annexes enlevées, et cela au moyen d'un fil croisé avec une aiguille de Deschamps, lié à droite et à gauche, et auquel on ajoute un fil circulaire global de sûreté selon la

moignon menace d'être trop épais, lier séparément le pédicule utéro-ovarien en dehors et le ligament utéro-ovarien avec la partie initiale de la trompe en dedans;

c) *L'hystérectomie abdominale*, qui peut se borner à l'extirpation seule de l'utérus dans quelques cas rares où l'on veut conserver la fonction ovarienne par le respect d'ovaires considérés comme suffisamment sains chez une femme encore jeune mais qui, le plus souvent, entraîne le sacrifice simultané des annexes, dans lequel cas il s'agit d'une véritable génitectomie interne totale.

L'hystérectomie abdominale totale s'adresse aux cas de cancer épithélial du corps et du col de l'utérus, aux sarcomes, à la tuberculose utéro-annexielle, à certains fibromes et certaines suppurations annexielles où l'on veut et doit pratiquer le drainage par le vagin, opération qui correspond dans ce dernier cas à « l'enlèvement de la bonde » de Péan dans l'hystérectomie vaginale, mais par en haut. Et l'on peut choisir entre le procédé de Terrier, qui enlève préalablement l'utérus et secondairement les annexes, le procédé américain de Kelly, très élégant et très simple, par lequel les organes sont enlevés par la section successive de tous les pédicules (utéro-ovarien, du ligament rond, utérin), en allant d'un bord pelvien à l'autre en une sorte de courbe d'exérèse en croissant.

L'hystérectomie abdominale intra-cervicale ou subtotale s'adresse principalement aux fibromes utérins, aux pyosalpinx extirpables sans crevaison, à quelques grossesses ectopiques où l'hémostase serait trop laborieuse et trop incertaine si l'on se bornait à une annexectomie simple.

Elle se ramène à quatre procédés : 1° celui de Terrier et de Pozzi, à peu près analogue au précédent de même nom; 2° celui de Kelly ou américain, semblable à celui que j'ai déjà mentionné, mais dans lequel on passe à travers le col et non le vagin; 3° celui de la section médiane de J.-L. Faure; 4° celui de la décollation ou section transversale intercervico-corporéale de Kelly et J.-L. Faure.

Ces divers procédés sont excellents et répondent à des indications diverses suivant l'état topographique des lésions anatomo-pathologiques : c'est ainsi que, dans certains cas, le procédé de l'hémisection médiane de l'utérus de J.-L. Faure permet l'extirpation d'annexites fort compliquées inenlevables sans ce subterfuge; nous l'avons plusieurs fois utilisé avec le plus grand profit.

Si l'on est réduit à pratiquer *l'hystérectomie par hémisection*

médiane de l'utérus, il faut avoir bien soin de cautériser vigoureusement chaque moitié de la cavité utérine ouverte comme une figue et de rejeter la grosse paire de ciseaux qui a servi pour cette large section infectante, et de ne pas s'en servir surtout pour couper les chefs des ligatures si l'on ne veut pas égrener dans le pelvis des centres d'infection.

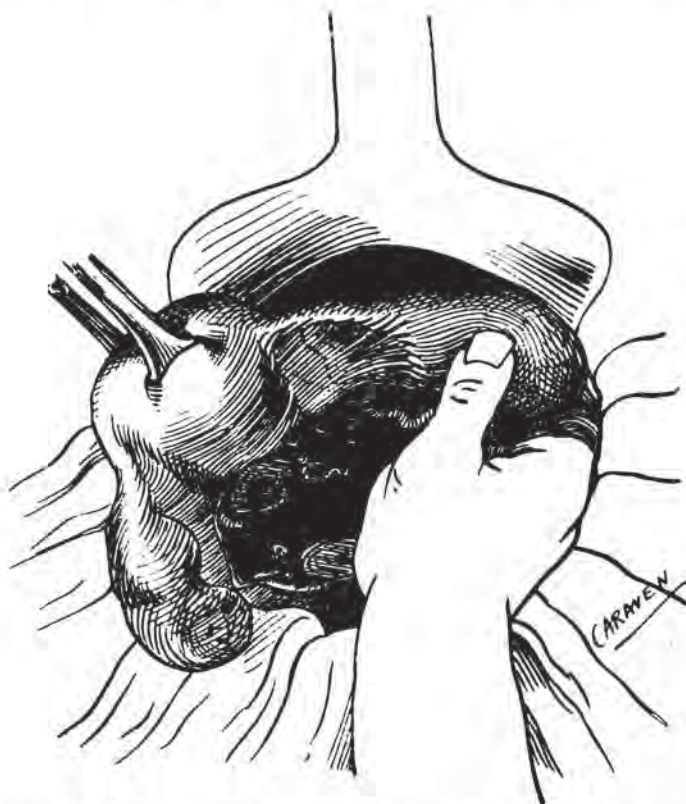


Figure 16. — Hystérectomie abdominale intra-cervicale par décollation.
(J.-L. Faure.)

Le schéma montre l'arrachement des collatérales de l'utérine qui donnent peu de sang.

Si l'on fait le *procédé de la décollation de J.-L. Faure*, si brillant et si aisé, mais qu'il ne faut appliquer qu'à des cas simples où l'utérus est malléable et se laisse facilement attirer, comme une sorte de piston utérin glissant de son cylindre pelvien, il faut avoir bien soin de rabattre l'utérus en avant vers le pubis afin que l'utérus se courbe et présente la face postérieure de la région isthmique bien tendue que les ciseaux trancheront d'un seul coup jusqu'à l'espace cellulaire vésico-utérin, absolument comme le bourreau autrefois tirait la tête de sa victime pour lui infléchir la nuque qu'il allait trancher : aussitôt la décollation faite, le

corps utérin est devenu presque flottant et attirable autant que possible, de telle sorte que le doigt se glisse en crochet au-dessus du col séparé et d'un mouvement de latéralité à droite et à gauche décolle le péritoine vésico-utérin et ligamentaire qu'il effondre aisément : retenons que dans ce procédé on aura beaucoup d'étoffe pour la péritonisation et que les artères utérines sont séparées par arrachement des bords correspondants de l'utérus : étant ainsi élongées, elles ne saignent pour ainsi dire pas, ce qui facilite l'opération, mais ce qui n'empêche pas une hémostase soignée. Je le répète encore : rejetons ici également les ciseaux qui ont servi à la décollation et qui ont été souillés au niveau de la muqueuse tranchée, et cautérisons fortement la cavité cervicale.

A propos de l'*hystérectomie abdominale intra-cervicale ou subtotale par le procédé américain*, qui est un des procédés les plus méthodiques, j'insisterai sur quelques détails particuliers.

Exérèse immédiate. — Tout d'abord, en règle générale, je conseille de pratiquer l'exérèse immédiate, c'est-à-dire la partie vraiment intellectuelle et importante de l'opération, sans ligature préalable des pédicules, par l'application de pinces, de manière à se faire le champ libre par l'extirpation première des lésions. Dans certains cas cependant, il sera plus commode au contraire de lier les pédicules tout d'abord et puis de sectionner ; mais je recommande alors de couper les chefs des fils tout de suite pour que les nœuds ne dérapent pas par suite de tractions intempestives dans les manœuvres suivantes.

Section méthodique des pédicules. — Je n'insiste pas sur le pincement et la section méthodique, en allant de haut en bas, des pédicules utéro-ovarien, du ligament rond et utérin d'un côté, puis de chacun des pédicules du côté opposé, mais en sens inverse, c'est-à-dire de bas en haut. Je dirai seulement qu'il faut bien mettre en saillie ces pédicules et bien les voir avant de les sectionner. Dans quelques cas on pourra abrégé en liant et coupant ensemble les pédicules réunis du ligament utéro-ovarien et du ligament rond d'un côté. C'est ce qui me permit une fois de faire une hystérectomie abdominale pour gros fibrome en vingt-deux minutes au moyen de 8 fils en tout (2 de chaque côté pour les pédicules, un 5° pour la fermeture du col, un 6° pour la péritonisation ligamentaire, un 7° pour la suture du péritoine et des muscles abdominaux en un double surjet, un 8° pour la peau).

Ligatures pédiculaires. — A propos de la ligature des pédicules dans cette opération, je ne saurais trop dire qu'il la faut faire d'une façon absolument soigneuse, si l'on veut éviter des hémorragies post-

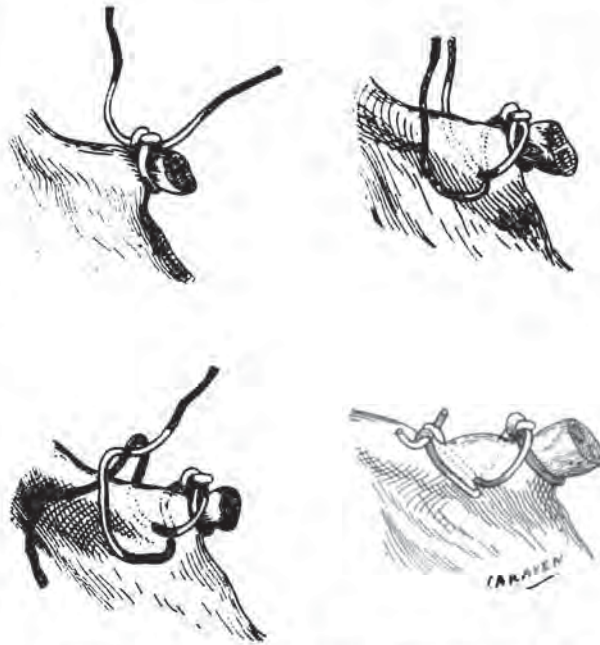
opératoires graves. Je possède six observations de laparotomie itératives d'urgence ; je fus assez heureux de sauver les malades, sauf dans un cas où la malade, trop affaiblie et trop exsangue, succomba sur la table d'opération, le ventre venant d'être refermé.

Pour éviter la possibilité de ces hémorragies pédiculaires, le professeur Pozzi a soin, sur les pédicules utéro-ovariens, de passer le fil en transperçant le bord péritonéal du ligament de manière à ce qu'il ne dérape pas, et à mettre encore par-dessus un fil global de sûreté. J'ai moi-même, dans ce but d'hémostase certaine, présenté l'an dernier à la Société de l'Internat, un nouveau nœud double, dont voici les figures, qui noue par deux fois le pédicule et de plus le sangle obliquement.

En ce qui concerne encore les ligatures pédiculaires des faisceaux vasculaires utéro-ovariens, j'ajouterai qu'il ne faut pas lier les vaisseaux trop près des veines iliaques dans la mesure du possible, d'abord parce que ces dernières peuvent être éraillées, ensuite parce que les pédicules se rétractent souvent fortement en haut et en dehors en faisant desserrer et glisser le fil.

D'une façon générale, pour finir ce qui a trait à l'hémostase, je dirai qu'il ne faut pas trop manipuler les veines afin d'éviter l'infection, la phlébite et l'embolie consécutive. C'est ainsi que j'opérai l'été dernier avec mon ami Proust un fibrome pesant 5 kilogrammes qui avait le volume d'une grossesse de huit mois et dont les veines utérines étaient grosses comme le pouce : grâce à ces précautions nous pûmes éviter ces complications.

Section et fermeture du col. — Le Professeur Pozzi, comme le



Figures 17, 18, 19, 20. — Nouveau nœud double avec sangle intermédiaire au moyen d'un seul fil pour la ligature des pédicules vasculaires. (Dartigues.)

montrent ces figures (fig. 21, 22, 23), taille au bistouri le col en biseau de manière à mieux le fermer par un surjet passé avec une aiguille de Hagedorn et à ramener plus facilement le péritoine par-dessus, comme deux paupières se fermant sur le globe oculaire : c'est une excellente pratique. M. Pozzi ne cautérise pas la muqueuse cervicale « afin de ne pas réduire la vitalité du muscle, qui se cicatriserait moins vite ». Je me permets de penser que dans bien des cas il vaudrait peut-être

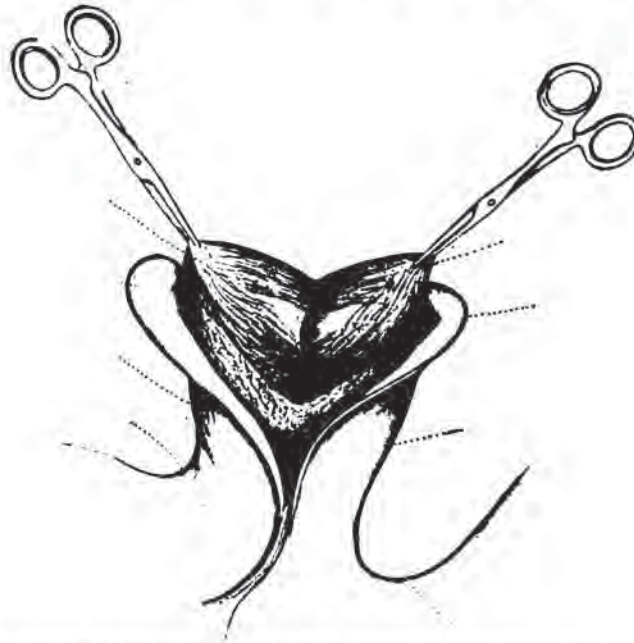


Figure 21. — Section conique du col utérin dans l'hystérectomie subtotale. (Pozzi.)
Section conique et en biseau du col.

mieux réduire et anéantir la vitalité de la muqueuse cervicale restante, d'ailleurs toujours septique, et ainsi, par la large destruction ignée des glandes, tarir les sécrétions cervicales qui persistent parfois après l'hystérectomie subtotale.

Dans certains cas d'urgence où il faut aller vite (cas de grossesse extra-utérine rompue avec hémato-cèle par exemple), je me dispense du biseautage cervical et je fais après cautérisation profonde du col un point unique en U, ainsi que le montre les figures (fig. 24, 25, 26), qui enserre le restant du col comme un garrot réalisant l'hémostase parfaite : les deux chefs réunis et noués sur la face postérieure du col peuvent même servir à amarrer, à ramener et fixer le péritoine vésico-utérin sur la branche de section cervicale.

Péritonisation cervico-ligamentaire. — A part les cas très compliqués où la dénudation est trop grande et où il n'y a pas possibilité de ramener une couverture péritonéale, la péritonisation du col et du bord des ligaments larges sectionnés doit se faire avec soin. On peut la réaliser en allant de droite à gauche, du pédicule utéro-ovarien d'un côté, vers le pédicule utéro-ovarien de l'autre côté, au moyen d'un unique surjet ; mais il sera bon alors de faire des points passés en cas de désunion. Pour faire ce surjet il faut se servir d'une longue pince à disséquer qui saisit les bords péritonéaux et d'une aiguille de Hagedorn

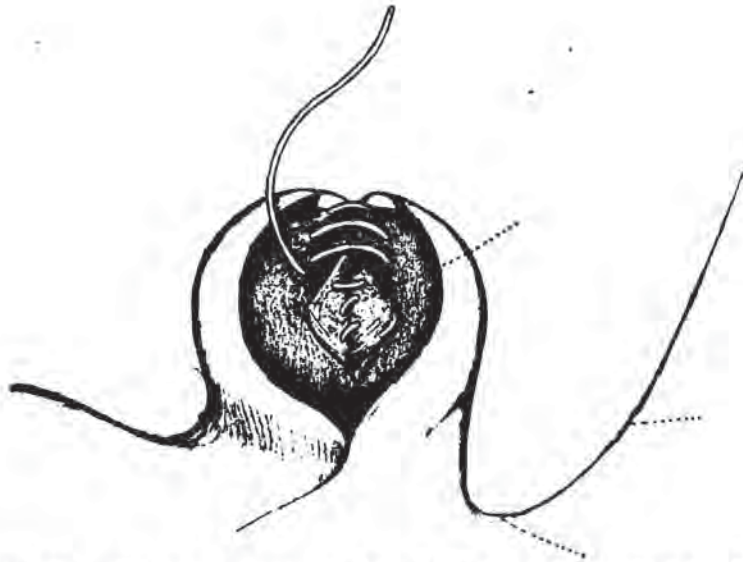


Figure 22. — Section conique du col dans l'hystérectomie subtotale. (Pozzi.)
Affrontement au catgut des lambeaux du moignon cervical. (Tissu musculaire.)

avec le porte-aiguille de Pozzi, ou bien de l'aiguille courbe à pédale d'A. Reverdin modifiée par J.-L. Faure. Pour ma part, je me sers du porte-aiguille à levier dont j'ai parlé plus haut et qui me permet de faire des surjets à de grandes profondeurs et sans avoir besoin de l'aide qui accroche le fil avec plus ou moins de difficulté. De crainte de disjonction du surjet, s'il est unique, il vaut mieux dans quelques cas faire des surjets séparés : un de péritonisation cervicale, un autre de péritonisation du ligament large droit, un troisième de péritonisation du ligament large gauche.

Pour finir ce qui a trait à l'hystérectomie abdominale intra-cervicale, je dirai que ce procédé, dans les cas où le drainage par la voie vaginale ne s'impose pas, est préférable à l'hystérectomie totale, car il

permet la conservation des ligaments utéro-vésicaux et utéro-sacrés et l'intégrité plus complète du plancher pelvien dont les traverses ligamentaires ont été si bien mises en lumière par les travaux de Farabeuf et Delbet.

2° PROCÉDÉS D'EXTIRPATION OU D'EXÉRÈSE DANS QUELQUES CAS PARTICULIERS. — Je signalerai, selon l'ordre, les détails de technique concernant différents cas cliniques.

TUMEURS UTÉRINES. — A) *Fibromes*. — a) *Application du tire-bouchon*. — Dans certains fibromes volumineux le tire-bouchon (de Segond, de Doyen, de Delagénère) rend de grands services pour l'extraction de

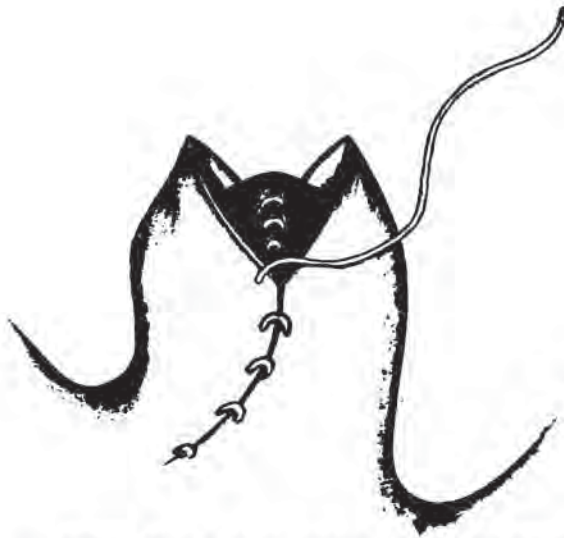


Figure 23. — Section conique du col dans l'hystérectomie subtotal. (Pozzi.) — Affrontement, par un surjet au catgut fin, du péritoine au niveau de la section des ligaments larges, se continuant sur le moignon utérin.

la tumeur hors du ventre. Mais dans l'application de cet instrument il y aura lieu de s'assurer tout d'abord que la tumeur est bien solide, fibreuse, par une palpation préalable : faute de s'en assurer j'ai vu des méprises graves et des kystes purulents qui avaient tout l'aspect extérieur du fibrome être crevés par le tire-bouchon, d'où issue abondante de pus et infection consécutive.

Il faut aussi appliquer le tire-bouchon aussi près que possible du pôle supérieur de la tumeur, sinon l'utérus ne se laisse pas attirer parfois ni défléchir, surtout si le fibrome est postérieur, et la tumeur ne se dégage pas sans peine de la cavité pelvienne où elle était en partie enclavée (fig. 27.)

b) *Cerclage progressif de la tumeur*. — Dans les énormes tumeurs fibro-kystiques où il y a des adhérences partout, il faut attaquer la masse par sa partie la plus libre et la plus accessible, lier ou pincer tous les points adhérents dans une sorte de mouvement de circumduction et isoler au fur et à mesure l'intestin et l'épiploon : il faut autour de la tumeur « resserrer le cercle de fer » comme les tacticiens disaient de la

ville assiégée ; c'est ainsi qu'on arrivera aux vaisseaux principaux plus aisés à lier.

c) *Enucléation préalable de masses fibreuses.* — Il est des cas où un utérus bourré de fibromes ne se laisse pas attirer et où il est impossible de le dégager pour avoir accès sur les pédicules vasculaires, en particulier utérins, par suite d'un ou plusieurs noyaux fibreux, inclus en partie dans le ligament large et faisant une large base surmonté par le corps utérin. La masse fibreuse est pour ainsi dire pyramidale à base cervicale ; il semble qu'on soit en présence d'un socle à moellons fibreux bien difficile à attaquer : l'enucléation préalable de quelques-uns de ces noyaux fibreux rend alors de grands services, car l'utérus s'éloigne de ce fait, le col utérin se pédiculise pour ainsi dire et les pédicules vasculaires qui s'y rendent plus aisés à pincer et lier. Un petit fibrome que j'appellerai basal est souvent bien plus difficile à enlever qu'un énorme fibrome du sommet.

B) *Cancer.* — Qu'il s'agisse d'épithéliomas du col ou du corps, ou de sarcomes, il faut naturellement pratiquer l'hystérectomie totale. Je signalerai l'utilité qu'il y a, pour plus facilement attirer l'utérus parfois rétracté à sa base ligamentaire, de sectionner préalablement, ainsi que l'a décrit Jayle, les ligaments utéro-sacrés ; on voit alors toute la masse utéro-annexielle libre comme un battant de cloche et la partie supérieure du vagin bien isolée. Cette section utéro-sacrée préalable réalise, par l'abdomen, la mobilisation qu'obtient Segond par son procédé de section de la base des ligaments larges dans l'hystérectomie vaginale (fig. 28, 29).



Figures 24, 25, 26. — Nouveau point en U pour la fermeture globale et la péritonisation rapides du col dans l'hystérectomie abdominale intra-cervicale. (Dartigues.)

TUMEURS OVARIENNES ET INTRA-LIGAMENTAIRES — Dans le cas de grosses tumeurs ovariennes, surtout les kystes végétants et les tumeurs colloïdes, on aura quelque avantage, surtout si la tumeur est en partie adhérente à sa périphérie, de la fendre largement et d'en vider le contenu avec la main, de procéder à une véritable éviscération de la masse qui, diminuée de volume, est plus facile à suivre dans ses contours et plus aisée à extirper; c'est ainsi qu'avec mon ami Proust nous extirpâmes avec succès, l'an dernier, une tumeur colloïde des plus fixées, grâce à cet artifice.

Dans les cas de tumeurs intra-ligamentaires, principalement les

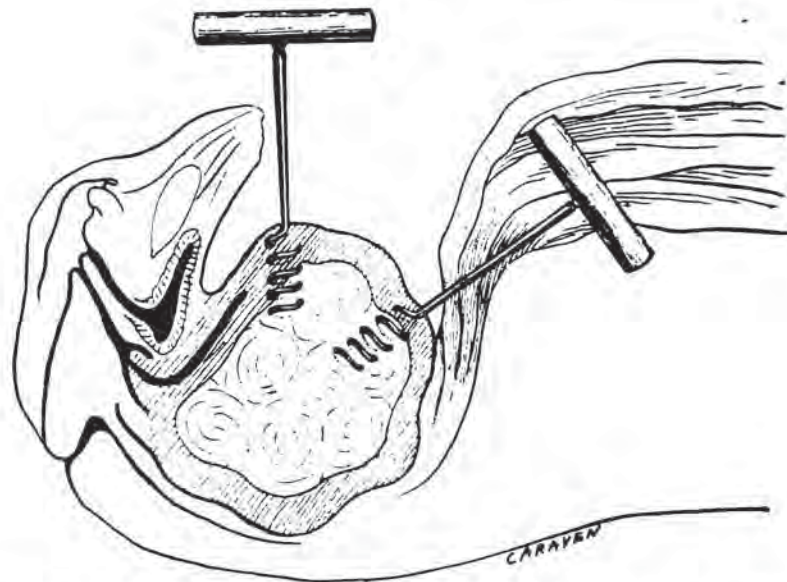


Figure 27. — Prise mauvaise (trop en avant) et prise bonne (assez en arrière) par le tire-bouchon de Segond dans le cas d'hystérectomie abdominale pour fibrome. (Coupe sagittale. (Dartigues)

gros kystes, j'ai remarqué que l'uretère est le plus souvent accolé à la face interne du feuillet postérieur du ligament large dédoublé: c'est là qu'il faut s'attendre à le trouver étalé et, pour éviter sa blessure, on fera surtout attention à ce niveau quand on pratiquera le clivage du ligament, et on se tiendra, dans le décollement, au ras de la tumeur.

SUPPURATIONS ANNEXIELLES. — Dans les grosses collections suppurées, les volumineux pyosalpinx, la ponction avec aspiration faite avec d'infinies précautions peut rendre de grands services en diminuant leur volume et facilitant par suite leur extirpation.

Mais, d'une manière générale, il vaut mieux, si possible, enlever

d'un bloc la poche suppurée, et si l'on est assez heureux pour y réussir on aura réalisé une opération aseptique. J'ai enlevé des pyosalpinx doubles énormes et adhérents de partout, sans verser une goutte de pus. Ces collections étant pleines, tendues, sont, à mon sens, souvent plus facilement clivables que rendues flaccides par la ponction aspiratrice préalable.

Du reste, si avec un soin extrême on protège avec des compresses les parties avoisinantes de la masse annexielle, l'effusion de pus ne sera pas absolument grave. J'ai eu des plateaux thermiques admirables à 37° après effusion de pus dans ces conditions. Un saignement en nappe au niveau d'une surface cruentée dans le pelvis est plus grave souvent dans ses conséquences septiques que du pus soigneusement étanché, et je me trouve autorisé à dire que dans une laparotomie je crains davantage le sang que le pus.

S'il y a écoulement purulent dans les manœuvres de décortication, à moins d'une quantité débordante, il ne faut pas laisser sourdre la coulée impure en l'épongeant lentement au fur et à mesure : il vaut mieux boucher la solution de continuité, l'orifice accidentel, avec un tampon, une compresse ; il faut, pour ainsi dire, calfater la fissure dangereuse et avec les doigts libres achever complètement la décortication et l'extraction hors du ventre de la masse annexielle infectante.

Une bonne précaution, c'est de recouvrir celle-ci d'une compresse « emmaillotante » à mesure qu'elle se dégage, afin que les doigts se souillent le moins possible à son contact. Du reste, après ces manipulations, on pourra changer de gants pour continuer l'opération d'une manière tout à fait aseptique.

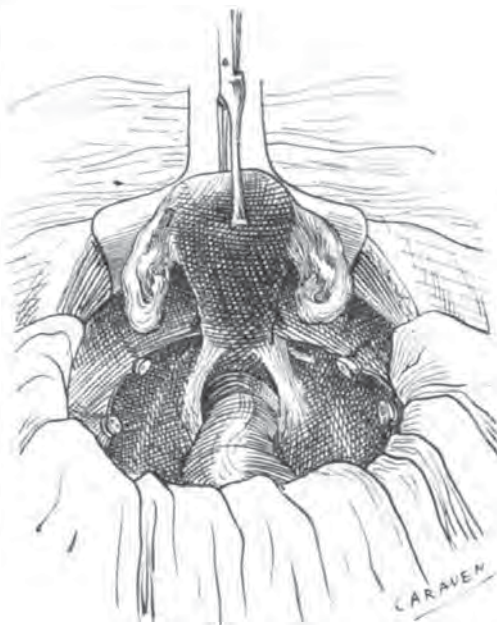


Figure 28. — De l'importance des ligaments utéro-sacrés dans l'hystérectomie abdominale totale. (Technique de Jayle.) — L'utérus détaché sur ses côtés du ligament large et de ses divers pédicules reste retenu en arrière par les ligaments utéro-sacrés solides et très tendus.

Pour parachever l'asepsie de la région, on peut passer, sur les surfaces dénudées et cruentées de la décortication, une compresse imbibée d'alcool à 90° ou mieux, rapidement, la lame du thermocautère.

Si, dans les manœuvres de décortication, l'intestin était dépouillé ou éraillé, il n'y aurait qu'à pratiquer quelques sutures fines soigneusement faites, car les tissus sont parfois d'une extrême friabilité. Si les anses intestinales ne semblaient point séparables des annexes sans risque d'être effondrées, mieux serait de laisser, comme le fait le Pro-

fesseur Pozzi, une partie de la poche adhérente à l'intestin en en cautérisant la surface.

Dans ces derniers temps on a utilisé pour une plus parfaite et plus complète péritonisation du fond pelvien, la suture du côlon pelvien à la ligne de faite de péritonisation ligamentaire, dans le cas de vaste dénudation résultant de l'ablation d'annexes adhérentes et septiques, formant ainsi une sorte de tente péritonéale, de diaphragme séreux isolant le restant de la cavité abdominale. Ce procédé peut rendre parfois service, à la condition de drainer par en dessous, c'est-à-dire par le vagin ; sinon c'est pour ainsi dire constituer une cavité close et enfermer le loup

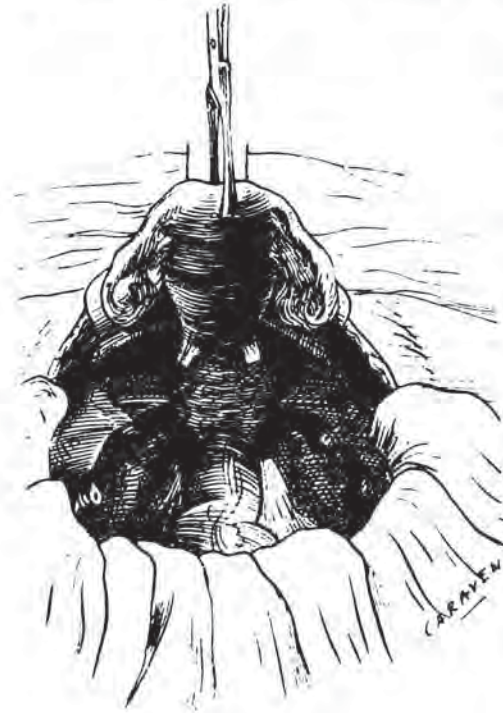


Figure 29. — De l'importance des ligaments utéro-sacrés dans l'hystérectomie abdominale totale. (Technique de Jayle.) (Les ligaments utéro-sacrés sont sectionnés : on voit combien, par cette section, l'utérus et le vagin sont devenus mobilisables et attirables en haut.)

dans la bergerie. Mieux vaut souvent, à la manière du Professeur Pozzi, faire un bon et large drainage à la Mickulicz ; l'on ne perdra pas ainsi son temps à des sutures délicates, on abrégera une opération généralement déjà longue, et l'on évitera certainement des risques d'occlusion par suite de coudures résultant parfois de la trop grande tension méso-intestinale nécessaire souvent pour réaliser le diaphragme séreux.

HÉMORRAGIES PELVIENNES. — Les hémorragies dues à une rupture

de grossesse ectopique, principalement tubaire interne ou interstitielle, en dehors de leur gravité ordinaire le sont encore davantage à cause de la difficulté parfois bien grande de l'hémostase. Tous les tissus sont congestionnés, friables; l'utérus est mou, saigne à la moindre piqure, et le pédicule utéro-salpingo-ovarien est difficile à constituer. Au lieu de s'obstiner à multiplier les ligatures ou les points de suture, sous prétexte de conservation à outrance, il vaudra mieux faire, dans quelques cas, l'hystéro-annexectomie d'emblée dont l'hémostase méthodique est rapide et complète, ce qui n'est pas à négliger chez des femmes déjà épuisées par une inondation sanguine péritonéale. Je connais des faits où il a fallu, pour cause d'hémorragie consécutive à une annexectomie unilatérale pour gravidité ectopique, faire d'urgence une hystérectomie subtotale d'hémostase.

A propos des hémorragies post-opératoires, je signalerai ce fait concernant une hémorragie consécutive à une hystérectomie abdominale totale. Je fus appelé d'urgence, une nuit, à Broca, en 1904 : à l'ouverture de l'abdomen, après détersion rapide des caillots, inspection des pédicules, je me trouvai en présence d'une hémorragie en nappe, continue et forte, provenant de la collerette vaginale sur laquelle il était impossible, vu sa profondeur, la graisse sous-péritonéale débordante et les anses intestinales dilatées, de poser des sutures. J'appliquai des pinces à demeure longues et des mèches faisant tampon, ressortant par la plaie abdominale, et, comme un suintement sanguin persistait et s'échappait par le vagin, je mis la malade immédiatement en position dorso-sacrée et lui fis un tamponnement vaginal. Ce dernier, joint au tamponnement abdominal auquel il s'opposait, permit de comprimer, à la façon du bouton de Murphy (fig. 30), le pour-

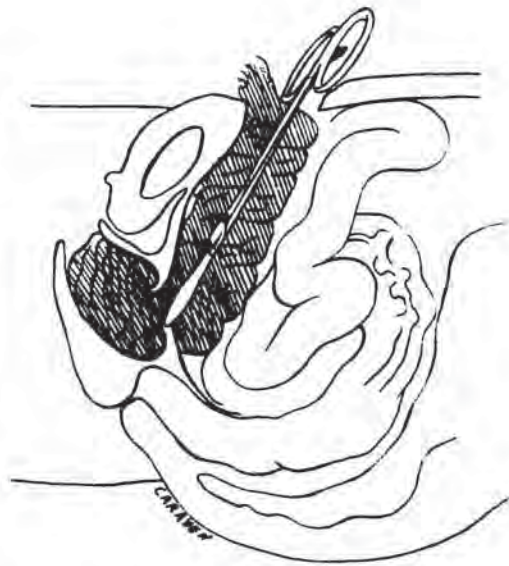


Figure 30. — Double tamponnement abdomino-vaginal dans quelques cas d'hémorragie secondaire incoercible au niveau de la collerette vaginale qui est prise entre les deux mèches comme l'intestin par un bouton de Murphy. (Dartigues.)

tour de la collerette vaginale saignante. L'hémorragie cessa; la malade guérit.

ASCITES SYMPTOMATIQUES D'AFFECTIONS UTERO-ANNEXIELLES. — Lorsqu'une ascite abondante accompagne une affection de l'utérus ou des annexes, on peut s'aider, pour l'évacuer, de la mise en position proclive de la malade. Mais le liquide ascitique imbibe les champs opératoires abdominaux, que l'on est obligé de remplacer si l'on ne veut pas que la malade soit enveloppée pour ainsi dire dans un drap mouillé pendant le restant de l'opération. Je conseillerai donc, le péritoine étant mis à nu par la section abdominale, de faire une ponction aspiratrice à travers la séreuse et de se servir, à la façon des dentistes et des spécialistes des voies urinaires (méthode de Luys, récemment), d'un appareil siphon qui videra le ventre de son liquide jusqu'à siccité complète. Si on n'a pas d'appareil à sa disposition, au lieu de lentement éponger les résidus de l'ascite accumulés dans les parties déclives avec de petites compresses, ce qui exige du reste une grande consommation de ces dernières, et ce qui expose à des manipulations répétées des anses intestinales, je recommande de prendre un grand champ opératoire que l'on enfouit jusque dans le fond de la cavité pelvienne et que l'on retire tout imprégné d'une grande quantité de liquide qu'il est facile de rapidement exprimer, de telle sorte qu'on arrive à un étanchement complet en quelques secondes.

En Décembre 1905, je procédai ainsi dans une laparotomie d'urgence, faite en quelques minutes chez une malade qui était en état d'asphyxie imminente.

MÉTÉORISME ABDOMINAL CONSÉCUTIF A UNE OCCLUSION INTESTINALE D'ORIGINE PELVIENNE OU TRADUISANT DES PHÉNOMÈNES PELVI-PÉRITONITIQUES. — Par suite d'un météorisme considérable dû, par exemple, à une occlusion intestinale post-opératoire ou à des phénomènes péritonitiques accompagnant des inflammations annexielles, une torsion de kyste de l'ovaire, etc., il est difficile de rentrer les anses intestinales ou de les maintenir dans la cavité abdominale. On enveloppera alors le paquet intestinal d'un grand champ opératoire, d'une serviette stérilisée qui enfouira la masse sous les parois de l'abdomen, comme une sorte de linceul intestinal; on jalonnera temporairement de pinces tire-balles les deux bords de la section laparotomique de manière à les maintenir rapprochés, tandis qu'on pourra procéder ainsi plus aisément à la fermeture de l'abdomen; la serviette contentive de l'intestin et les pinces tire-balle sont retirées au fur et à mesure qu'avance la suture.

4° Drainage abdominal et vaginal. — Quand faut-il drainer après une laparotomie? La réponse peut être formelle : dans tous les cas où l'on a eu affaire à des lésions complexes qui ont exigé des manœuvres laborieuses, où il y a eu une surface cruentée, suintante et que l'on n'a pu recouvrir de séreuse, où il y a eu du pus. Le drainage est alors une sécurité puisqu'il exporte de la cavité abdominale des produits qu'il vaut mieux voir dehors que de supposer retenus dans la profondeur.

Suivant les cas et le procédé opératoire suivi, le drainage se fait : par la voie abdominale, par la voie vaginale, quelquefois simultanément par ces deux voies. On utilise pour le pratiquer tantôt des drains, tantôt des mèches, tantôt le sac de Mikulicz.

Drainage par la voie abdominale. — Dans les cas simples on mettra

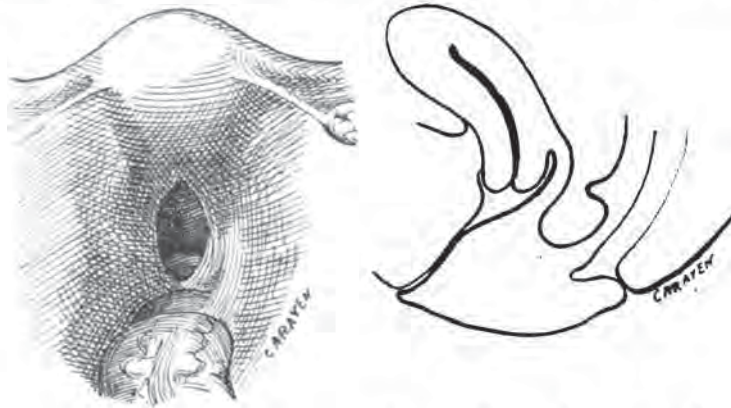


Figure 31. — Douglas en oubliette. (Dartigues.) (Vue de face et vue de profil.)

un drain d'un volume plus ou moins considérable, variant du calibre d'une sonde de Nélaton à celui de l'index. Le drain sera percé de trous latéralement ou, au contraire, sans solution de continuité. D'une manière générale le drain a l'avantage sur la mèche, de glisser et d'être moins douloureux à ôter et de permettre l'aspiration des liquides retenus au fond de la cavité pelvienne. Pour éviter qu'il ne s'échappe, on place d'ordinaire sur son extrémité qui ressort par la plaie abdominale une épingle de nourrice ou bien on le fixe par un point de suture. Mon maître Mauclair a l'habitude à la fin de l'intervention de passer un fil à travers la paroi abdominale tout à côté du drain : au troisième ou quatrième jour, quand on retire ce dernier, on serre et noue ce fil obturant ainsi l'orifice de passage du drain, parfois assez large et évitant dans une certaine mesure un point faible de la paroi qui pourrait être un appel à une éventration future.

Quand on place un drain ou une mèche, il faut avoir soin de les faire arriver tout à fait au fond du Douglas si l'on veut que le drainage soit bien assuré. J'attire l'attention sur ce fait qu'il existe des culs-de-sac de Douglas très profonds, en oubliette, pour ainsi dire, et auxquels les ligaments utéro-sacrés constituent une margelle fort étroite au-dessous de laquelle existe une cavité où s'accumulent les liquides : cette disposition que j'ai eu l'occasion de relever et de diagnostiquer dans des cas d'hématocèle, par exemple, peut donner lieu à des erreurs de diagnostic. En tout cas, dans le drainage, il ne faudra pas oublier de faire pénétrer le drain dans la partie tout à fait déclive.



Figure 32. — Drainage par la voie abdominale. — Les liquides refoulés par la masse intestinale montent autant à la périphérie qui sert de colonne montante directrice que dans sa lumière.

Si l'on se sert d'un drain uni, c'est-à-dire sans trous sur son parcours, il faut avoir soin de ménager une encoche à l'extrémité inférieure ou un orifice ; sans cela le drain risquerait de ne rien drainer du tout s'il fait ventouse au fond du Douglas. Il faut que le drain soit disposé à la manière du griffon d'une source captée.

Du reste, il faut savoir que le drain ne draine pas toujours par sa seule lumière mais par sa surface extérieure ; les anses intestinales refluent le liquide autour du drain autant que dans le drain ; ce dernier lui sert de colonne montante directrice.

Le drain permet l'aspiration de liquides retenus dans la cavité pelvienne. Cette aspiration, combattue par un certain nombre de chirurgiens, rend parfois des services très grands ; je ne vois pas pourquoi, du moment qu'on cathétérise, par exemple, une vessie rétentionniste, on se priverait de l'évacuation plus rapide et plus complète, par ce procédé de l'aspiration, de liquides dangereux.

Le drainage par les mèches de gaze est excellent en ce sens qu'il agit surtout par la capillarité et qu'il met plus facilement à sec les surfaces drainées, à la condition que l'on n'étrangle pas la mèche à son passage à travers la plaie abdominale.

On peut aussi associer, ce qui est une bonne chose, le drain de caoutchouc et la mèche de gaze accotés.

Dernièrement on a utilisé les mèches de lampe enroulées en partie soit dans une lame de gutta-perca, soit d'aluminium, ou encore contenues dans un drain de caoutchouc fenêtré.

Dans des cas complexes, on utilisera le drainage à la Mikulicz préconisé en France par le Professeur Pozzi. Ce mode de drainage que j'ai entendu décrier parfois est excellent en ce sens qu'il réalise à la fois un tamponnement d'hémostase et le drainage. Il m'a rendu, pour ma part, de grands services, en particulier dans le cas de vaste loge résultant de l'extirpation de kyste intra-ligamentaire, loge qu'il n'était pas toujours possible de réduire complètement par le capitonnage et où existait un suintement sanguin difficile à maîtriser. On a reproché au Mikulicz d'entraîner ou d'érailler l'intestin au moment de son ablation : c'est qu'on retirait le sac trop tôt ou trop tard et qu'on ne savait pas procéder à son extraction avec la délicatesse nécessaire.

Drainage par la voie vaginale. — On le pratique dans le cas d'hystérectomie abdominale totale ; il a le grand avantage de s'effectuer par les parties déclives, les liquides suivant les lois de la pesanteur.

Le Professeur Pozzi procède ainsi : il met une mèche axiale qui part du Douglas, traverse la collerette vaginale et va dans le vagin ; l'extrémité vaginale de cette mèche est reconnue grâce à un fil que l'on noue autour d'elle. Au-dessous de cette mèche, c'est-à-dire entre elle et la paroi vaginale postérieure, on glisse une deuxième mèche uniquement vaginale qui s'imbibera des liquides éliminés et que l'on remplacera tous les jours. La mèche axiale est retirée au cinquième jour ordinairement.

Il m'est arrivé plusieurs fois, dans des cas particuliers, de pratiquer



Figure 33. — Coupe sagittale schématique du vagin pour montrer le mode de drainage, selon Pozzi, dans l'hystérectomie abdominale totale. (On voit en clair une mèche axiale vagino-péritonéale, marquée d'un fil à son extrémité vulvaire. Au-dessous d'elle, en sombre, on voit une mèche d'absorption uniquement vaginale.)

le drainage vaginal même dans l'hystérectomie abdominale subtotale. Voici comment j'ai procédé : j'ai dilaté avec un dilateur utérin (dilateur d'Ellinger) l'orifice du col préalablement cautérisé au thermocautère et à travers le col élargi j'ai fait passer un drain.

D'autres fois, à la fin d'une hystérectomie subtotale où je voyais un avantage à drainer par en bas largement, j'ai fendu le col à sa face postérieure ainsi que le cul-de-sac de Douglas dans le sens sagittal. Ce sont là mesures d'exception mais utiles parfois.

En somme, ce drainage vaginal peut se faire : soit par la collerette vaginale de l'hystérectomie totale, soit par l'orifice dilaté du col dans

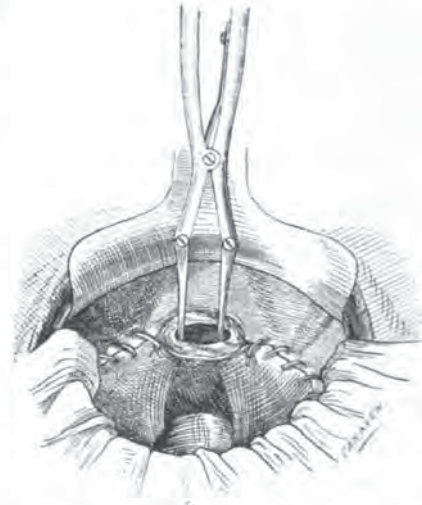


Figure 34. — Drainage cervico-vaginal. (Dartigues.) (Le dilateur d'Ellinger dilate le col où l'on pourra passer un drain.)

la subtotale, soit enfin par la fente sagittale du col et du Douglas également dans la subtotale.

Drainage mixte abdomino-vaginal. — Dans des cas de vastes suppurations, de péritonite, il y aura avantage à pratiquer le drainage par ces deux voies. Récemment, dans un cas de péritonite, je mis une mèche et un drain passant à travers le vagin, un Mikulicz avec des mèches sortant par l'abdomen et de gros drains dans chacune des fosses iliaques.

En résumé, le drainage, par quelque voie qu'il s'effectue,

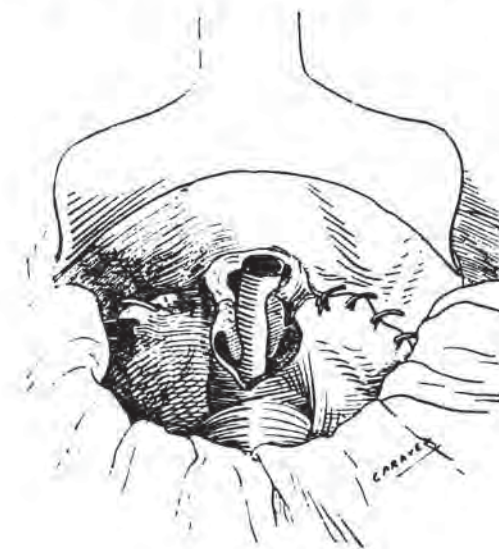


Figure 35. — Drainage vaginal par le col et le Douglas dans quelques cas d'exception. (Dartigues.) (Section sagittale de la paroi postérieure du col et du cul-de-sac de Douglas.)

est utile chaque fois que l'opération a été compliquée, qu'il y a

large surface dénudée, qu'il y a infection et chez des femmes très grasses. J'ai souvent remarqué chez ces dernières un écoulement véritablement huileux par le drain, provenant de l'émulsion de la séreuse pelvienne surchargée de graisse autant que du pannicule adipeux de la paroi.

Le drainage a de plus l'avantage, quand il est pratiqué, de dénoncer plus rapidement la production d'une hémorragie interne, et, le sang rouge qui imprègne le pansement indique, d'une façon plus pressante que les autres signes, qu'il faut rouvrir l'abdomen.

5° **Fermeture de la paroi abdominale.** — Avant de refermer le ventre il faut s'assurer 1° que l'hémostase est parfaite et définitive; 2° qu'il n'y a pas de compresses ou de champs égarés.

On doit s'assurer que rien ne saigne, inspecter les pédicules et les surjets, et, pour cela, remettre la malade en position horizontale : la circulation redevenant alors normale, on voit plus facilement sourdre le sang s'il existe quelques points à hémostase douteuse.

On ne doit jamais abandonner le ventre, sans examiner avec un écarteur de Terrier par exemple, alternativement à droite, à gauche et en haut, si l'on n'a pas laissé échapper une compresse ou un champ. De même que l'accoucheur doit après la délivrance et avant de quitter sa malade, donner « une poignée de main à l'utérus » ou s'assurer du « globe de sûreté » (Pinard), de même le gynécologue clairvoyant doit jeter un regard d'adieu suprême à la cavité abdominale qu'il va fermer et pour ainsi dire sceller.

En remettant la malade en position horizontale à la fin de l'opération et avant de commencer la suture du ventre, on chasse l'air de la cavité abdominale ainsi que le fait observer le Professeur Pozzi.

Il faut aussi avoir soin, avant de fermer le péritoine, de rabattre au-devant de l'intestin le tablier épiploïque, auquel les physiologistes et les histologistes ont attribué un rôle phagocytaire important (Ranvier).

A propos de la fermeture du péritoine je signalerai un cas intéressant concernant la cavité de Retzius. Il arrive que cette dernière, surtout quand il s'agit de fibrome où la vessie remontait fort haut sur la face antérieure de l'utérus, est largement ouverte et dénudée. Bien des opérateurs, au moment de clore l'abdomen s'embrouillent et ne distinguent pas assez la cavité intra-péritonéale séreuse et la cavité de Retzius extra-séreuse qu'ils confondent en une seule, alors qu'il faut bien les isoler par des surjets distincts et les drainer chacune de leur côté.

Pour ce qui est de la fermeture de la paroi abdominale, je ne

décrierai pas les divers modes de suture décrits fort bien d'ailleurs dans les livres. Je me bornerai à dire que sauf les cas d'urgence où, pour abréger d'autant la durée de l'opération, on a raison de faire la suture en masse à points séparés au fil d'argent ou aux crins, il vaut mieux faire une suture en trois étages au catgut, à la façon de notre maître le Professeur Pozzi; et l'on pourra ainsi, sans conteste, réaliser des cicatrices bien supérieures au point de vue esthétique, soit par un surjet d'accolement cutané au catgut 00, soit par une suture intra-dermique

en particulier chez les femmes à la peau jeune, ferme et non vergetturée.

Dans le cas où l'on aura à drainer par la voie abdominale il sera bon d'imiter le Professeur Pozzi, qui passe à travers toute la paroi, immédiatement au-dessus du drainage, un fil global, crin de Florence, de manière à ce que l'extrémité inférieure des surjets au catgut imbibés par les liquides en voie d'élimination ne se dissolvent pas et n'entraînent la dislocation de ces surjets.

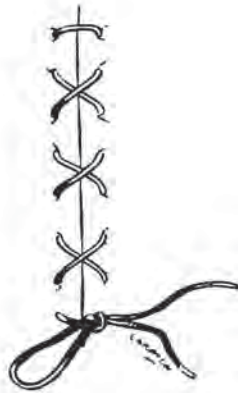


Figure 36.
Suture de Roggers
en lacet, serrée et nouée
vers le pubis.



Figure 37.
Suture de Roggers
desserrée.

Je rappelle qu'on pourra aussi, pour la peau, se servir d'agrafes de Michel, si rapidement posées et qui donnent aussi un joli résultat cicatriciel. Il m'est arrivé plusieurs fois, pour ne pas changer de fil et aller plus vite, de me servir d'un surjet sur le péritoine, qui va de l'ombilic vers le pubis suivi d'un surjet rétrograde avec le même fil sur les muscles et aponévroses qui va du pubis vers l'ombilic.

Je signalerai en passant la suture en lacet de cordonnier de Roggers (de New-York), modifiée par Watson et Lawson-Tait. Elle peut présenter un avantage si elle est totale, c'est-à-dire prend les trois plans de la paroi.

Les deux chefs du fil noués au-dessus du pubis donnent une coaptation des plus fortes et peuvent, dans quelques cas de laparotomie itérative d'urgence, être dénoués et délacés comme un corset : les anses sont refoulées vers l'ombilic et, l'opération terminée, on n'a plus qu'à

tirer sur les deux chefs du fil, comme on serrerait une bourse; on peut ainsi éviter le passage de nouveaux fils.

Quel que soit le mode de suture, il faut avoir soin, à mesure que celle-ci avance, de comprimer la paroi avec une compresse pour ne pas laisser de sang dans les interstices, et protéger en même temps avec une autre compresse la partie cruentée non encore fermée; de telle sorte qu'il n'y ait que le tout petit espace où l'on suture qui soit découvert.

Ce qui concerne les pansements, le lavement, la purgation, et divers petits soins post-laparotomiques, est signalé dans la plupart des traités et je n'en veux rien dire sinon un mot sur le renouvellement du pansement abdominal. A mon sens, s'il n'y a pas de drainage, il faut toucher au pansement le moins possible; si, au contraire, on a drainé, il vaut mieux le changer, mettre de nouvelles compresses et d'autre ouate qui auront un nouveau pouvoir d'absorption, plutôt que de laisser un véritable cataplasme séro-sanguin ou séro-purulent sous prétexte d'immobilisation.

Je terminerai sur une remarque qui a une grosse importance. Dans les cas où l'on croit devoir administrer du sérum artificiel en injection, soit dans les veines, soit sous-cutanée, je conseille de ne pas le faire dans les quelques heures qui suivent la laparotomie. J'ai remarqué il y a déjà quelques années que, lorsqu'on introduisait une certaine masse de sérum dans l'organisme après une laparotomie laborieuse et hémorragique, le suintement par le drainage était plus abondant et qu'il y avait une tendance à la production d'hémorragie consécutive. Il est facile de comprendre qu'en augmentant trop rapidement la masse sanguine on élève la tension ou plutôt la réplétion vasculaire, et que celle-ci force avec quelque danger au niveau des points ligaturés ou suturés. Il faut donc se mettre en garde contre une hémorragie possible en ne faisant pas d'injection trop hâtive de sérum artificiel.
