

VICTOR PAUCHET

Fascicule VI

La
Pratique Chirurgicale
Illustrée

Gastroptose. — Estomac biloculaire. — Enervation de l'estomac. — Opération de Latarjet (R. DE BUTLER D'ORMONT). — Rétrécissements duodénaux ou sous-pyloriques. — Fistules de dérivation sur le grêle. — Anus cæcal. — Traitement des tumeurs du côlon gauche. — Sigmoidectomie simplifiée. — Stase intestinale chronique. — Fistules de l'anus. — Cure radicale de la hernie crurale par voie inguinale (ROBINEAU). — Calculs de l'uretère pelvien. — Traitement des prolapsus génitaux avec cystocèle prédominante (ABADIE, d'Oran). — Cancer du col utérin (Hystérectomie vaginale élargie. Procédé de Schauta).

200 Dessins d'après nature par S. DUPRET



LIBRAIRIE OCTAVE DOIN

GASTON DOIN, ÉDITEUR

8, PLACE DE L'ODÉON — PARIS

1925

Tous droits réservés.

83

LA
PRATIQUE CHIRURGICALE
ILLUSTRÉE

VI

PARUS PRÉCEDEMMENT :

Fascicule I (2^e ÉDITION) : Généralités. — Hernies crurales et inguinales. — Hydrocèle vaginale. — Appendicite gangréneuse. — Adénome du sein. — Hémorroïdes. — Cure de l'éventration. — Laparotomie transversale sus-pubienne. — Fistules vésico-vaginales. — Papillome de la vessie. — Cancer du rectum (*Extirpation abdomino-périnéale*). — Colectomie totale (*Maladie de Lane*). — Traitement de l'ulcus gastrique et duodénal. — Ulcus jéjunaux post-opératoires. — Ulcus gastrique (*brûlage*) et maladie de Lane (*court-circuit*).

Un volume in-8 Jésus de 300 pages avec 217 figures dessinées d'après nature, par S. Dupret 25 francs.

Fascicule II : Craniectomie (TH. DE MARTEL). — Hystérectomie pour cancer du col utérin (J.-L. FAURE). — Curiethérapie des cancers de l'utérus (RUBENS-DUVAL). — Traitement radiumthérapique et radiothérapique des fibromes utérins (JEUNET, PETIT-DUTAILLIS). — Hystérectomie pour fibrome et grossesse à terme. — Néphrectomie. — Hypertrophie de la prostate. — Cancer de l'estomac. — Ulcus gastrique et duodénal. — Dilatation du cæcum. — Méga-côlon congénital. — Cancer du rectum (*suite*).

Un volume in-8 Jésus de 242 pages avec 199 figures dessinées d'après nature, par S. Dupret 25 francs.

Fascicule III : Indications de la Radicotomie (J.-A. SIGARD). — Technique de la Radicotomie postérieure (M. ROBINEAU). — Le traitement opératoire des fractures récentes (CH. DUJARIER). — Cancer de la langue. — Traitement des goîtres. — Chirurgie gastrique. — Gastro-pylorotomie pour ulcus pré-pylorique. — Tumeurs du gros intestin. — Adénome prostatique.

Un volume in-8 Jésus de 242 pages avec 308 figures dessinées d'après nature, par S. Dupret 25 francs.

Fascicule IV : Luxation récidivante de l'épaule. — Tumeurs du sein. — Ulcus duodénal. — Chirurgie des voies biliaires. — Appendicectomie. — Cancer du cæcum. — Anus iliaque. — Colites graves. — Rétrécissement cicatriciel du rectum. — Fistules recto-vaginales. — Traitement de la rétroversion (L. DARTIGUES). — Hystérectomie périnéale pour cancer du col utérin. — Tumeurs annexielles aseptiques.

Un volume in-8 Jésus de 250 pages avec 307 figures dessinées d'après nature, par S. Dupret 25 francs.

Fascicule V : La névralgie du trijumeau, son traitement (TH. DE MARTEL). — Tumeur du plancher de la bouche. — Diverticule de l'œsophage. — Chirurgie biliaire, restauration du cholédoque, traitement des fistules biliaires. — Chirurgie gastro-duodénale. — Chirurgie gastro-intestinale, la meilleure suture continue, quelques types de gastro-entérostomie, après gastrectomie. — Chirurgie du gros intestin, différents points de technique, traitement de l'occlusion intestinale par cancer du côlon. — Colectomie segmentaire en deux temps. — Les grosses hernies scrotales. — Hystérectomie abdominale totale pour annexite suppurée. — Hystérectomie fundique. — Traitement du prolapsus génital des vieilles femmes, par le cloisonnement vaginal.

Un volume in-8 Jésus de 252 pages avec 279 figures dessinées d'après nature, par S. Dupret 25 francs.

VICTOR PAUCHET

LA

PRATIQUE CHIRURGICALE ILLUSTRÉE

FASCICULE VI

Gastroptose. — Estomac biloculaire. — Énervation de l'estomac. — Opération de Latarjet (R. DE BUTLER D'ORMONT). — Rétrécissements duodénaux ou sous-pyloriques. — Fistule de dérivation sur le grêle. — Anus cæcal. — Traitement des tumeurs du côlon gauche. — Sigmoïdectomie simplifiée. — Stase intestinale chronique. — Fistules de l'anus. — Cure radicale de la hernie crurale par voie inguinale (ROBINEAU). — Calculs de l'uretère pelvien. — Traitement des prolapsus génitaux avec cystocèle prédominante (ABADIE, d'Oran). — Cancer du col utérin (Hystérectomie vaginale élargie, Procédé de Schauta).

200 figures dessinées d'après nature par S. DUPRET

PARIS

LIBRAIRIE OCTAVE DOIN

GASTON DOIN, ÉDITEUR

8, PLACE DE L'ODÉON, 8

1925

LA
PRATIQUE CHIRURGICALE ILLUSTRÉE

FASCICULE VI

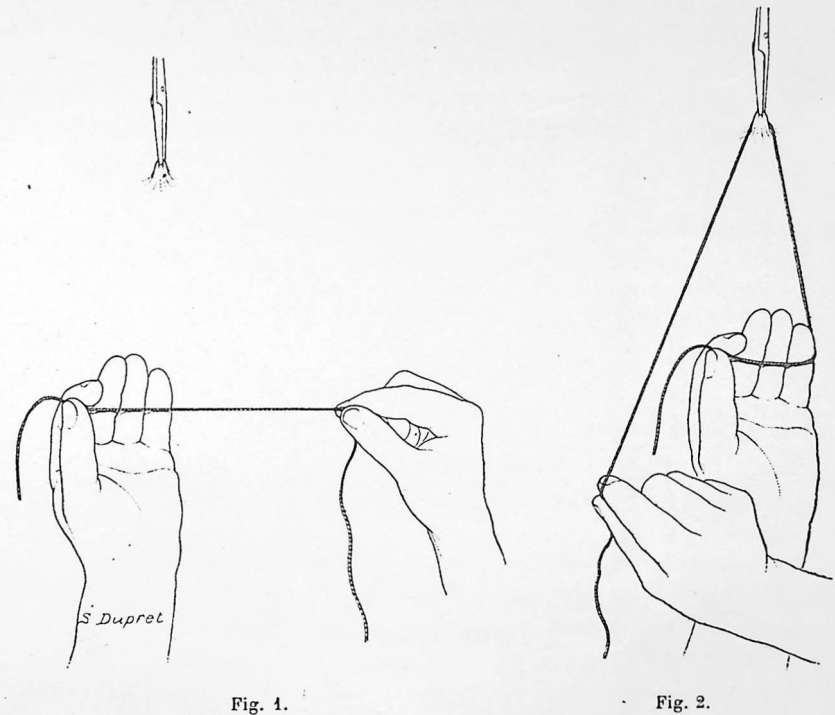
A LA MÊME LIBRAIRIE

L'Anesthésie régionale, par VICTOR PAUCHET, Professeur à l'Ecole de Médecine d'Amiens, Chirurgien de l'Hôpital Saint-Michel de Paris, et les Docteurs P. SOURDAT, Chirurgien des Hôpitaux d'Amiens, et G. LABAT, Lauréat de la Faculté des Sciences de Montpellier. Troisième édition entièrement refondue. 1 vol. grand in-8 jésus de 360 p., avec 308 fig. dans le texte . . . 30 francs.

La Transfusion du Sang, par VICTOR PAUCHET et AUGUSTE BÉCART 1 vol. in-8 raisin de 192 p., avec 52 fig. dans le texte 18 francs.

Deux leçons sur l'Ulçère gastrique et duodénal, par Sir BERKELEY MOYNIHAN (de Leeds). Traduction par VICTOR PAUCHET. 1 volume in-8 raisin de 80 pages, avec 16 figures dans le texte. 8 francs.

Tous droits réservés.
Copyright by GASTON DOIX, 1924



EXÉCUTION DU NŒUD DE LA MAIN GAUCHE

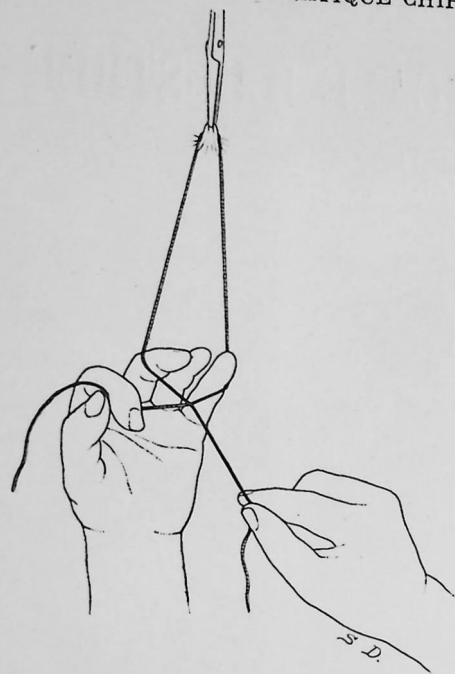


Fig. 3.

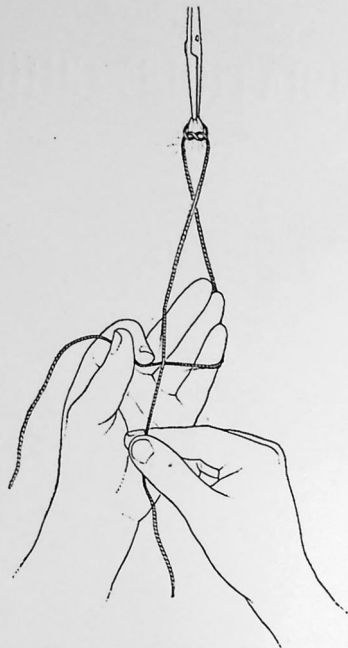


Fig. 4.

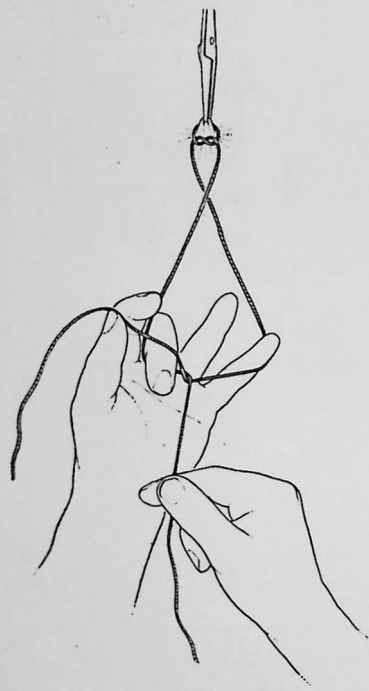


Fig. 5.

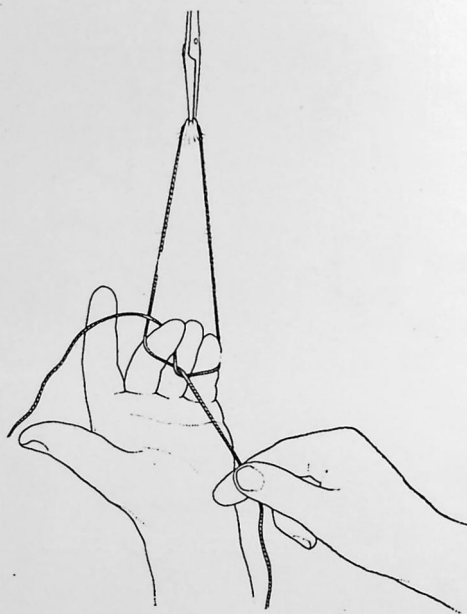


Fig. 6.

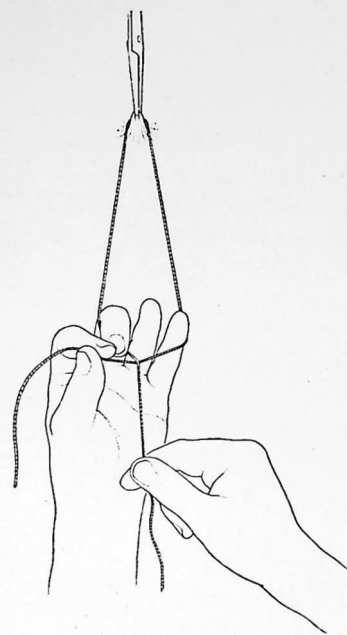


Fig. 7.

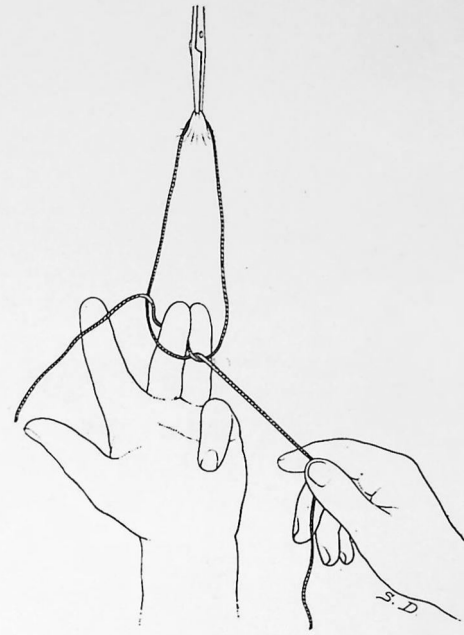


Fig. 8.

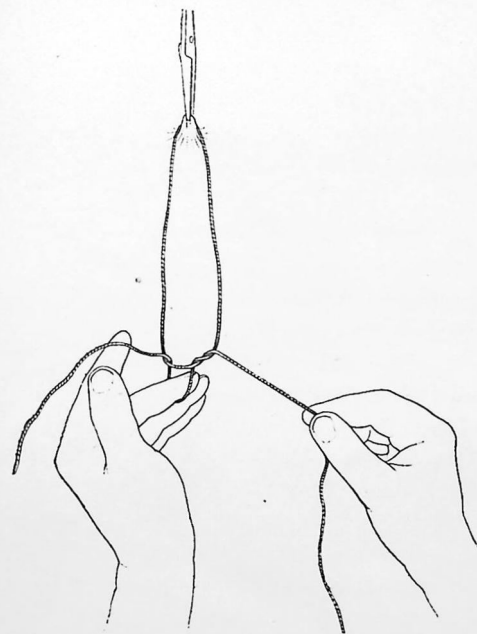


Fig. 9.

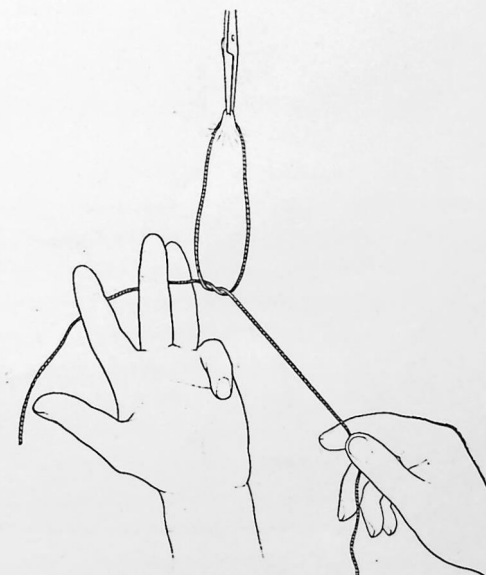


Fig. 10.

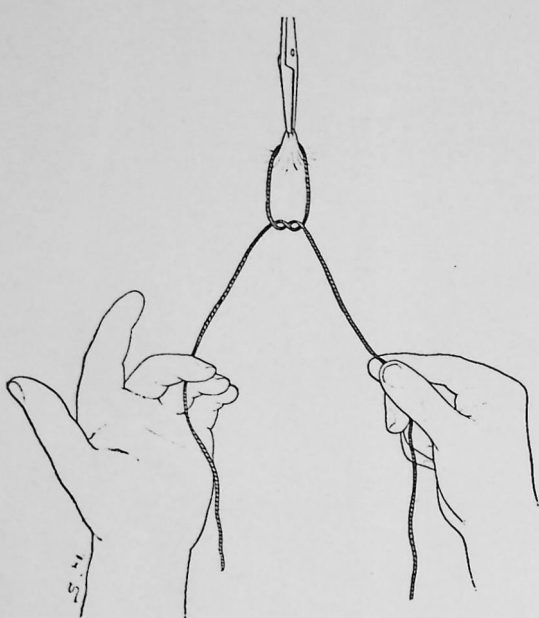


Fig. 11.

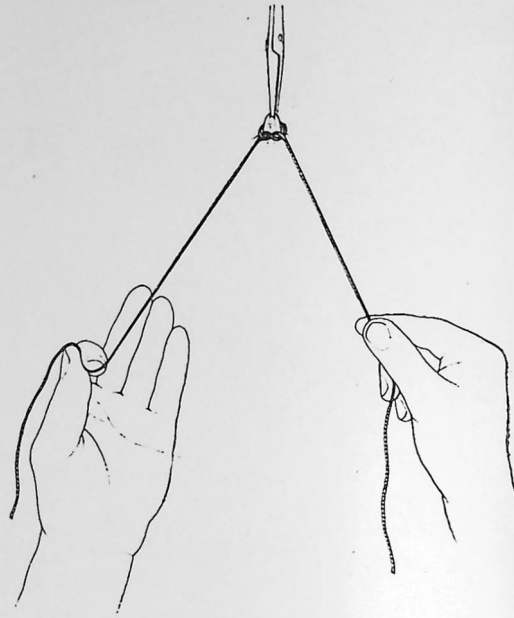


Fig. 12.

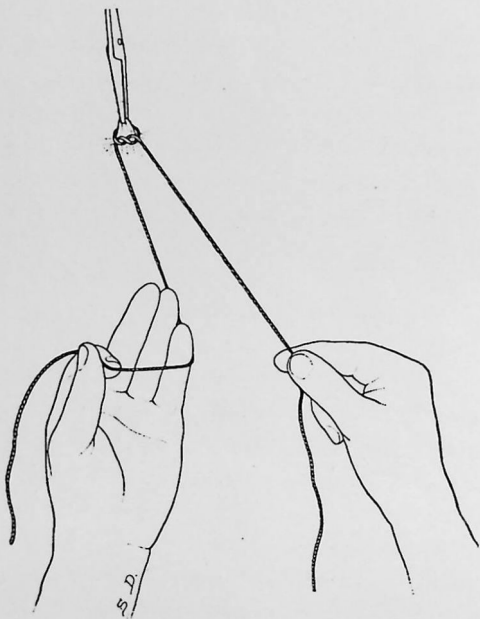


Fig. 13.

I

GASTROPTOSE

Traitement.

Le terme de « gastroptose » est aussi impropre que celui de « dilatation d'estomac ». Le terme qui convient à cet état morbide est celui d'« allongement ou relâchement gastrique ». L'estomac n'est pas abaissé, puisque le cardia n'a pas changé de niveau et que le pylore est à peu près à sa place ; l'estomac est étiré, allongé, atone ; son bord inférieur seul est abaissé et atteint le voisinage du pubis.

La gastroptose n'est pas une maladie isolée ; c'est un état qui fait partie de la ptose généralisée de l'abdomen ; elle s'accompagne généralement de l'abaissement du foie, du rein, du côlon, etc., c'est ce qui rend son traitement si complexe.

Pourquoi la gastroptose provoque-t-elle des troubles et des malaises dyspeptiques ? Parce que l'abaissement du pylore produit une *coudure du duodénum* qui gêne l'évacuation de l'estomac ; parce que l'allongement gastrique provoque un *tiraillement sur le plexus solaire*.

Que vaut le traitement chirurgical dans la gastroptose ?

Nombre de collègues le déconseillent comme *infidèle*. Ils ont à la fois raison et tort. Ils ont raison en ce sens que sur trois gastropexiés, deux souffrent comme par le passé. Ils ont tort quand ils refusent de considérer les raisons pour lesquelles les deux tiers des gastropexiés n'éprouvent aucun soulagement. Cet échec de la gastropexie est aussi facile à comprendre que l'échec de la néphropexie. Sur dix malades qui se plaignent de gastroptose, trois éprouvent des troubles dus exclusivement à cette dernière. Les deux autres tiers souffrent de lésions diverses. Si vous fixez le rein d'un sujet atteint de calcul de l'uretère ou d'uronephrose par coudure urétérale due à une artère polaire anormale, le sujet n'en retire aucun soulagement. Vous avez beau fixer un utérus flanqué

de deux ovaires sclérokystiques, vous n'obtiendrez guère d'amélioration. Vous appliquez un traitement à faux ; il est logique que le patient n'en tire aucun bénéfice.

Parmi les gastropexiés qui souffrent encore, il en est dont les troubles fonctionnels antérieurs n'étaient pas dus à la gastroptose, mais à des affections méconnues : calculose biliaire, ulcère gastrique, coudure de Lane, etc... Les autres souffrent encore parce qu'ils n'ont pas suivi parallèlement un traitement médical.

En effet, *la gastroptose n'est qu'une des manifestations de la viscéroptose*. Les gastropexiés restent des ptosiques abdominaux complexes, des insuffisants rénaux, ovariens, respiratoires, hépatiques, endocriniens, etc... Si on se contente de fixer l'estomac, même avec une indication nette, il y a les plus grandes chances pour que le soulagement obtenu ne soit ni suffisant ni permanent. Si, au contraire on associe à ce traitement le massage, la gymnastique et le traitement médical les résultats sont bons.

De plus, si les gastroptosiques ont du relâchement gastrique, ils ont aussi *du relâchement psychique*. Ce sont des psychasthéniques, chez qui la fermeté, l'esprit de continuité fait défaut. Ils acceptent bien une intervention ou des drogues, mais, *abouliques* par nature, ils refusent de s'imposer une gymnastique quotidienne d'une heure en deux ou trois séances. Or, elle est indispensable.

Le chirurgien qui veut pratiquer la gastropexie devra donc se poser les questions suivantes :

a) Ce malade présente-t-il des troubles essentiellement dus à la gastroptose ? Nombre de gastroptosiques ne souffrent pas de cette déformation.

b) N'y a-t-il point des lésions concomitantes susceptibles de maintenir la persistance des troubles après une fixation ?

c) Le sujet a-t-il assez d'énergie pour s'astreindre à un régime alimentaire et à la culture physique qui complètent la cure ?

Si ces questions ne sont point résolues par l'affirmative, il est mieux de ne pas opérer. Personnellement, nous avons eu, comme tous les chirurgiens, nombre d'échecs et des succès merveilleux. Or, si tous nos malades avaient voulu se plier aux prescriptions indiquées ci-dessus, nous n'aurions pas eu d'échecs.

Quels sont les troubles produits par la gastroptose ?

Le ptosique se plaint de douleurs gastriques, qui s'accroissent surtout dans la position debout et quand l'estomac est plein. Le relèvement de l'estomac par la main, le corset, le décubitus dorsal les soulage. Les

explorations cliniques indiquées par Leven sont des plus utiles pour poser l'indication.

Le ptosique se plaint de *constipation*, de malaises dans la partie supérieure de l'abdomen, dans la fosse iliaque droite ou gauche, de flatulence due à l'*aérocolie*, de troubles toxi-infectieux dus à la *stase intestinale chronique* : dépression mentale, céphalée, insomnie, anorexie, état saburral, arthralgies, susceptibilités au froid, amaigrissement, etc... Ces symptômes ne sont pas dus à la gastroptose, mais à la stase intestinale chronique qui l'accompagne généralement.

TRAITEMENT. — Le traitement préventif est le régime, la gymnastique et l'hygiène imposés dès l'enfance. Dans le régime alimentaire, il y aura prédominance de fruits, de légumes verts et de céréales ; l'éducation de l'intestin sera surveillée dès l'enfance pour obtenir les selles régulières.

Traitement médical curatif.

Il s'est produit un cercle vicieux ; l'absence de tonus intestinal a provoqué l'allongement gastrique, la chute du côlon, et la stase intestinale chronique ; celle-ci produit la toxémie, l'anémie, la sous-nutrition et une diminution du tonus général et viscéral qui exagère l'atonie musculaire et la stase intestinale. Ce cercle vicieux peut être brisé si on combat la S. I. C. ; Il faut donc prescrire :

a) Un régime contre la constipation, qui comprendra une alimentation riche en déchets, de l'huile de paraffine, de la bile de bœuf, des fucus, etc. ;

b) Massage du ventre, la *spondylothérapie* (Lebon) ;

c) Reptation ; Sir Arbuthnot Lane considère la « danse du ventre » comme la seule permise aux jeunes filles constipées ;

d) Repos au lit, après les repas, ou repos prolongé mais à condition de faire de la gymnastique au lit. De cette façon les muscles continuent à se développer malgré le repos horizontal. Faire comprendre au malade que décubitus horizontal n'équivaut pas à l'inaction qui atrophie mais au contraire à un déploiement d'activité sous une forme différente et efficace (gymnastique au lit).

e) Gymnastique respiratoire avec l'appareil de Pescher.

Ce traitement sera appliqué dans tous les cas, même dans ceux qui doivent être ou ont été opérés.

Traitement chirurgical. — Le chirurgien doit se rappeler :

A) *Que le relâchement gastrique est une modification locale faisant partie d'un processus morbide général.*

L'opération ne s'attaque qu'à une manifestation localisée du processus, corrige une déformation ; cette opération fait simplement partie d'une thérapeutique complète et multiple ; le chirurgien doit donc savoir qu'il ne constitue qu'une unité dans l'équipe des thérapeutes chargés de remettre sur pied un sujet atteint de gastropiose ;

B) Le relâchement gastrique se complique souvent de calculose vésiculaire, d'ulcus duodénal ou gastrique, de stase intestinale chronique ; ces différents états pathologiques comportent, à eux seuls, une thérapeutique active et chirurgicale. Cette thérapeutique doit être employée avant de s'adresser à la gastropiose qui constitue peut-être un facteur morbide accessoire. En tout cas, c'est seulement quand la thérapeutique se sera adressée à l'une ou l'autre de ces différentes lésions, et que le résultat insuffisant aura été constaté, qu'on pourra s'adresser à la gastropexie. Inutile de vouloir combiner la gastropexie à d'autres opérations complémentaires, car les gastroposiques sont des sujets peu résistants, qui ne supportent pas d'interventions multiples dans une seule séance ;

C) Les gastroposiques sont des insuffisants respiratoires ; leur thorax est généralement étroit ; ils respirent mal ou insuffisamment, ils sont mal hématosés ; il est indispensable de leur faire subir, avant tout traitement, la rééducation respiratoire. La spirosophie, suivant la technique de Pescher, est la meilleure méthode ;

D) Les sujets gastroposiques sont atteints d'insuffisance musculaire. Une culture physique rationnelle et spéciale leur convient et doit être appliquée concurremment à tous les autres traitements, sinon tous les autres traitements échoueront. Parmi les exercices de rééducation musculaire, le meilleur pour eux est la reptation ;

F) Les gastroposiques sont des psychiques, des geignards, et des insuffisants glandulaires, qui ont l'habitude d'être fatigués, de se plaindre constamment de leurs différents troubles. Ce sont des déprimés, des asthéniques. Il est indispensable de leur donner confiance en eux-mêmes, de les rééduquer psychiquement. Concurremment au traitement psychique et comme adjuvant, il faut les stimuler par le traitement thyroïdien, surrénal, les injections d'oxygène, d'hémostyl, de façon à ce que, concurremment à l'influence psychique, on leur donne confiance en eux-mêmes par des stimulants physiques ;

G) L'opérateur doit relever les détails fournis par l'examen radioscopique. Si une ceinture abdominale simple maintient convenablement l'estomac et supprime les différents troubles, il est vraisemblable que la fixation produira le même résultat. Si l'opérateur constate que le péristaltisme de l'estomac est bien conservé, le résultat sera également favorable. Si, au contraire, l'estomac est très hypotonique, il y a peu de chances de

succès définitif à espérer. Enfin, l'opérateur fixera bien la position de l'estomac ; il n'espérera pas toujours voir ce dernier remonter à une hauteur convenable, mais cet abaissement persistant ne l'inquiètera pas ; il ne suffit pas que l'estomac soit correctement relevé pour obtenir un résultat thérapeutique, il suffit qu'il soit fixé, que les mouvements du sujet, les passages de la station couchée à la station debout, ne provoquent pas l'élongation de l'estomac et les tiraillements du plexus solaire. La fixité de l'estomac est plus importante que son relèvement.

L'opération la plus rationnelle, est celle de Perthes, c'est-à-dire la suspension de l'estomac, par l'intermédiaire du ligament falciforme du foie. Cette opération consiste à détacher le ligament suspenseur du foie, au niveau de l'ombilic, à le libérer sur toute sa longueur jusqu'au bord inférieur du foie, où il prend son insertion anatomique normale ; de là à le fixer le long de la petite courbure de l'estomac, depuis le pylore jusque vers le cardia, puis à lui faire traverser la paroi abdominale gauche et le fixer à une côte. La longueur de ce ligament varie de 9 à 16 centimètres ; en moyenne : 12 centimètres. Si cette dimension ne suffit pas, l'opérateur a recours à la mobilisation de l'aponévrose abdominale qui recouvre le grand droit, attire ce lambeau aponévrotique d'avant en arrière, à travers une boutonnière musculaire, l'amène dans la cavité abdominale et le raccorde avec l'extrémité libre du ligament falciforme du foie. Ce nouveau ligament artificiel complète le précédent.

Voici comment se pratique l'opération : laparotomie médiane, à gauche, — de façon à ne pas couper le ligament falciforme. — Celui-ci est mobilisé en conservant le plus de tissu séro-graisseux possible, pour rester vascularisé ; puis il est fixé à la face gastrique antérieure, la fixation est placée à 1 centimètre au-dessous de la petite courbure.

L'extrémité épaisse initiale du ligament falciforme est traversée par un fil de soie, dont les deux extrémités sont nouées une deuxième fois autour de l'extrémité libre de la portion amincie, de telle sorte que la portion terminale du ligament se trouve renforcée par un double fil de soie, à trajet parallèle à lui. Ligaments et fil sont passés, avec une aiguille mousse, dans l'épaisseur de la paroi gastrique, creusant ainsi un tunnel intra-musculaire. Un passe-fil pénètre dans l'épaisseur de la paroi gastrique et ressort quelques centimètres plus loin. La pénétration commence à 2 centimètres environ du pylore et se poursuit le plus loin possible vers la région du cardia. C'est une sorte de faufilé que l'opérateur passe dans l'épaisseur de la paroi stomacale ; le ligament est renforcé dans toute son étendue par le fil de soie. Il faut 5 ou 6 points parallèles à la petite courbure. Le dernier point du faufilé est passé dans la paroi stomacale à 7 ou 8 centimètres du cardia, immédiatement au-des-

sous de la ligne où le lobe hépatique gauche s'appuie sur l'estomac, c'est-à-dire à l'endroit où, normalement, il est en contact avec la paroi abdominale antérieure. Le ligament falciforme intra-pariétal cheminera dans la tunique musculaire de l'estomac, sous les vaisseaux gastriques.

Dans la région de l'antra pylorique, la séro-muscleuse ne peut être aussi facilement soulevée que dans les autres parties de l'estomac et l'instrument chemine près des couches superficielles de la séro-muscleuse.

Le néo-ligament de soutien gastrique est ensuite fixé au rebord costal gauche de la manière suivante : au niveau de l'apophyse xyphoïde, au bord supérieur de l'incision, à trois travers de doigt à gauche, dans l'aponévrose du grand droit, la ligature est attirée dans la cavité abdominale.

Voici comment est passée l'extrémité terminale ; l'opérateur, de dehors en dedans, introduit son passe-fil dans un espace intercostal : il le fait ressortir du côté de la cavité abdominale. Il charge le fil et l'extrémité antérieure du ligament et l'attire ; de cette façon, l'extrémité terminale du fil est fixée à l'aponévrose du muscle grand droit, après avoir traversé ce muscle. Ainsi l'estomac se trouve suspendu et remonté. L'opération n'est pas terminée. Il faut fixer le ligament dans son canal intra-stomacal par quelques points séro-séreux. Chaque point de suture comprend à la fois le ligament et la séro-muscleuse.

On pourrait objecter que ces points séreux raccourcissent la paroi antérieure de l'estomac ; cela n'a aucune importance, puisque dans les cas de gastropse, ou relâchement gastrique, l'estomac est plutôt dilaté. D'ailleurs, personnellement, dans nos premières opérations, nous pratiquions concurremment à la fixation antérieure, la plicature de la paroi postérieure de l'estomac.

Il peut se faire que le ligament falciforme du foie soit trop court ; alors, lui mettre une « rallonge » ; pour cela, voici ce que Perthes, conseille : décoller la peau, à gauche, prélever un lambeau aponévrotique sur la gaine antérieure du grand droit ; il faut qu'il soit large de 3 centimètres et long de 8 centimètres, qu'il conserve son pédicule en haut. Ce néo-ligament est utilisé comme rallonge du ligament falciforme ; une pince le pousse à travers une boutonnière musculaire, jusque dans la cavité abdominale ; la traction lui donne la forme d'un cordon ; il est uni, suturé à l'extrémité du ligament falciforme, après avoir passé, si c'est nécessaire, dans le tunnel intra-stomacal.

La ptose du foie accompagne souvent la ptose gastrique. Il ne faut pas s'en occuper en principe ; cette ptose provoque peu de troubles et ne détermine pas la coudure du duodénum, comme la gastropse. Le foie,

d'ailleurs, subit, grâce à la fixation du ligament falciforme à l'arc costal gauche, une certaine immobilité. Toutefois, si on tient à suspendre le foie, il faut tailler un lambeau sur la gaine du grand droit, le faire passer dans l'abdomen par une boutonnière musculaire et le fixer au ligament falciforme, à la face supérieure du foie ; celui-ci se trouve ainsi soutenu par l'intermédiaire du ligament. La fixation se fait au point où le ligament falciforme émerge du foie ; cet organe se trouve fixé à l'arc costal droit.

Résultats immédiats. — La forme de l'estomac, à la fin de l'opération, se rapproche de la normale ; le pylore est soulevé de telle manière que la coudure du duodénum n'existe plus ; la petite courbure est oblique, plus rectiligne, ou du moins légèrement incurvée du côté du pylore.

La radioscopie confirme la situation élevée du pylore et de la petite courbure.

Résultats éloignés. — Dans les suites éloignées, 3 sur 4 sont guéris. C'est ce qu'obtient Perthes et ce que nous avons obtenu nous-mêmes avec l'opération de Perthes.

Donc, 3 sur 4 donnent de très bons résultats.

Cette statistique est meilleure que celle obtenue par le procédé de Rovsing, c'est-à-dire par la fixation de l'estomac par fils, à la paroi abdominale. Personnellement, 1/3 de nos malades sont guéris, ou très améliorés ; 1/3 légèrement améliorés et 1/3 n'ont aucun résultat persistant.

Sur 163 cas Rovsing constate :

Guérison	92	58,6	p. 100
Amélioration considérable	24	20,5	—
Amélioration	10	11	—
Amélioration médiocre ou nulle	21	12,8	—
Morts	8	4,9	—

Cette mortalité de 5 p. 100 me paraît excessive.

Pourquoi les avis sont-ils partagés, en ce qui concerne les résultats éloignés thérapeutiques de la gastropexie ?

Pourquoi, d'après les uns, sont-ils si mauvais ou nuls ; pourquoi, d'après les autres, sont-ils très bons ?

Parce que les travaux sont probablement faits de différentes façons : si un auteur veut se rendre compte des résultats obtenus et s'il se contente de collationner les résultats puisés de droite et de gauche, par des chirurgiens dispersés, les résultats seront certainement mauvais. Au contraire, s'il étudie simplement les résultats des chirurgiens qui font

cette opération en série, les résultats sont bien meilleurs. Pourquoi? Pour la raison suivante : un chirurgien qui pratique, souvent, une opération, a de bons résultats, tandis que le voisin qui ne la pratique qu'exceptionnellement, en a de mauvais. Les premiers ont une bonne technique, les seconds en ont une défectueuse ; les premiers arrivent à sélectionner leurs cas, à bien étudier les indications ; les autres, au contraire, opèrent un peu au hasard et se laissent décourager par les premiers succès. Voilà la cause de la divergence initiale des opinions. UNE OPÉRATION, en général, NE VAUT QUE PAR L'OPÉRATEUR.

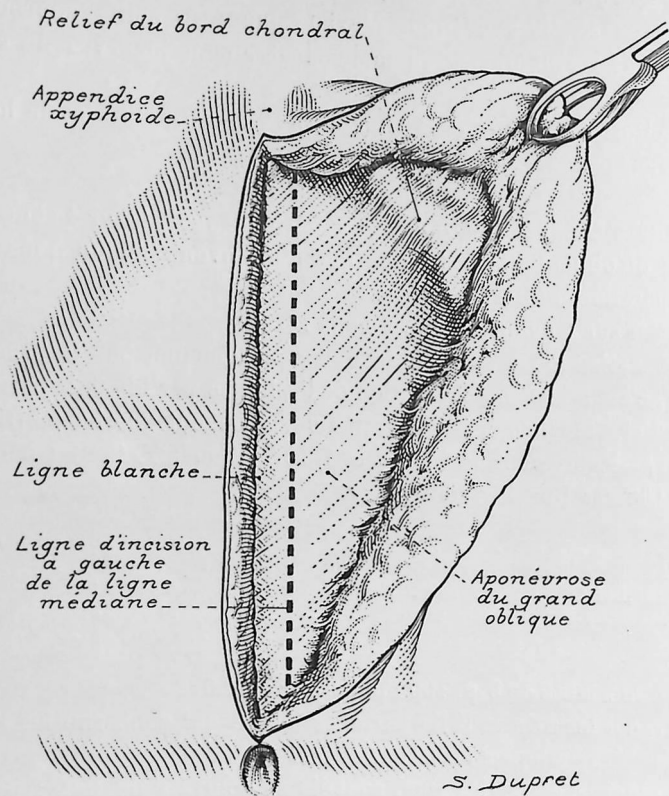


Fig. 14. — RELACHEMENT GASTRIQUE. GASTROPEXIE.

La peau a été sectionnée sur la ligne médiane. L'aponévrose de la gaine antérieure du grand droit est incisée un peu à gauche de cette ligne médiane. Le tissu sous-cutané est décollé de façon à découvrir les premiers espaces intercostaux au niveau du rebord chondral : ceci dans le but de rendre accessible un des espaces interchondraux, par où le ligament suspenseur du foie, devenu ligament suspenseur de l'estomac, passera, pour être fixé à la paroi abdominale. Il faut dès maintenant faire l'hémostase la plus soignée.

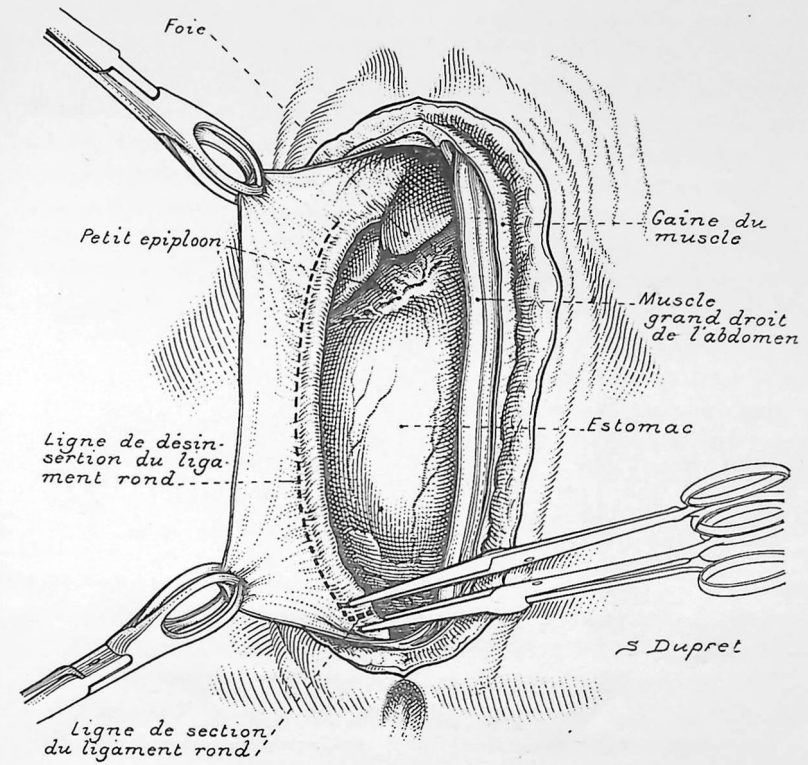


Fig. 15. — RELACHEMENT GASTRIQUE. GASTROPEXIE.

Le péritoine a été ouvert un peu à gauche de la ligne médiane. L'opérateur aperçoit ainsi en totalité le ligament falciforme du foie. Il va sectionner ce ligament au ras de l'ombilic ; il le libérera jusqu'au point où il pénètre dans le foie. C'est donc par l'intermédiaire du foie d'une part, et d'autre part par l'intermédiaire de l'espace intercostal où passera ce ligament, que l'estomac va se trouver suspendu.

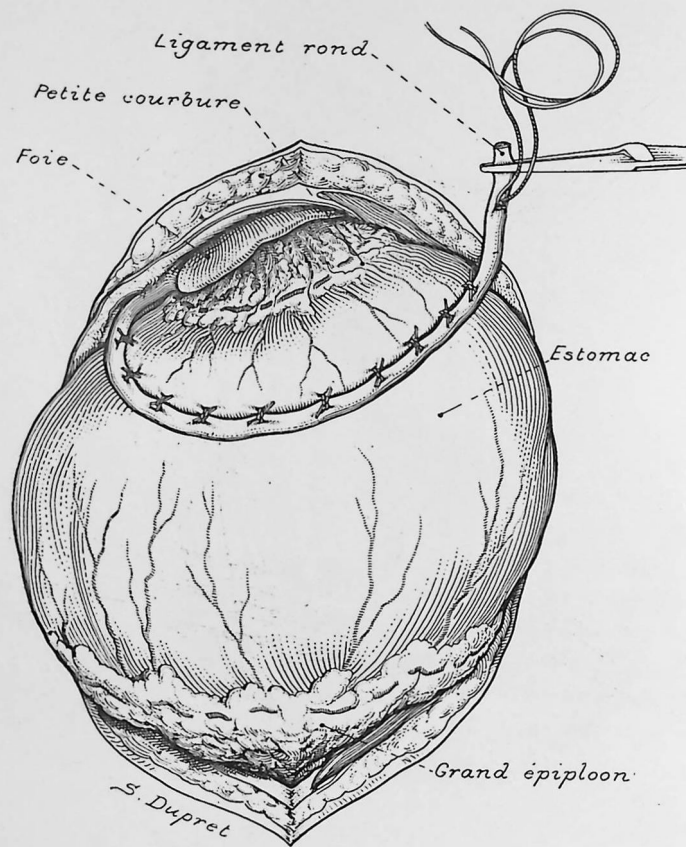


Fig. 16. — RELACHEMENT GASTRIQUE. GASTROPEXIE.

Comment on fixe le ligament rond à la face antérieure de l'estomac ; cette fixation se fait à un travers de pouce environ de la petite courbure. Une série de points séparés au catgut lent fixe le bord supérieur de ce ligament à la tunique séreuse de l'estomac. Remarquer que l'extrémité de ce ligament est traversée par un fil de lin destiné à le prolonger ; c'est ce fil qui fixera le ligament à l'espace interchondral.

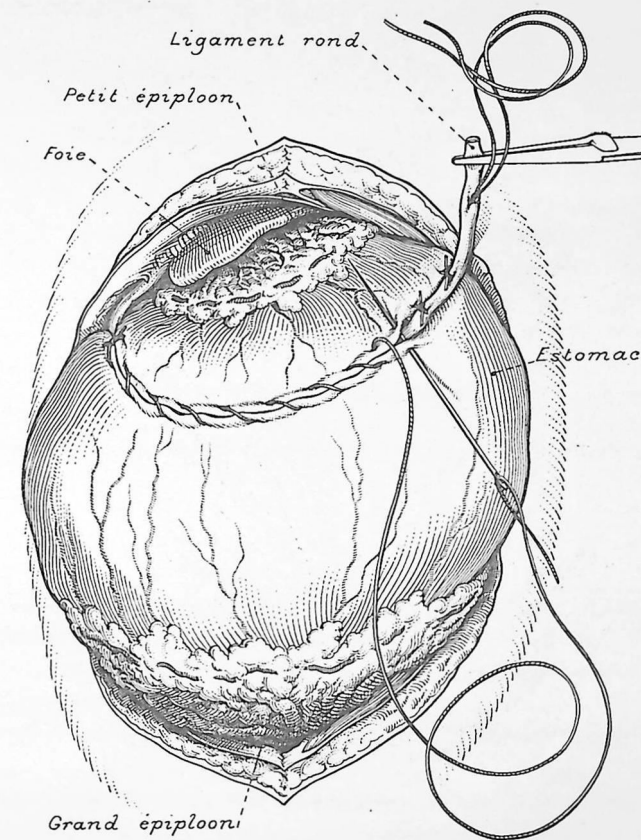


Fig. 17. — RELACHEMENT GASTRIQUE. GASTROPEXIE.

Le ligament rond est fixé par une série de points séparés ; un surjet au catgut lent enfouit le ligament dans toute sa longueur.

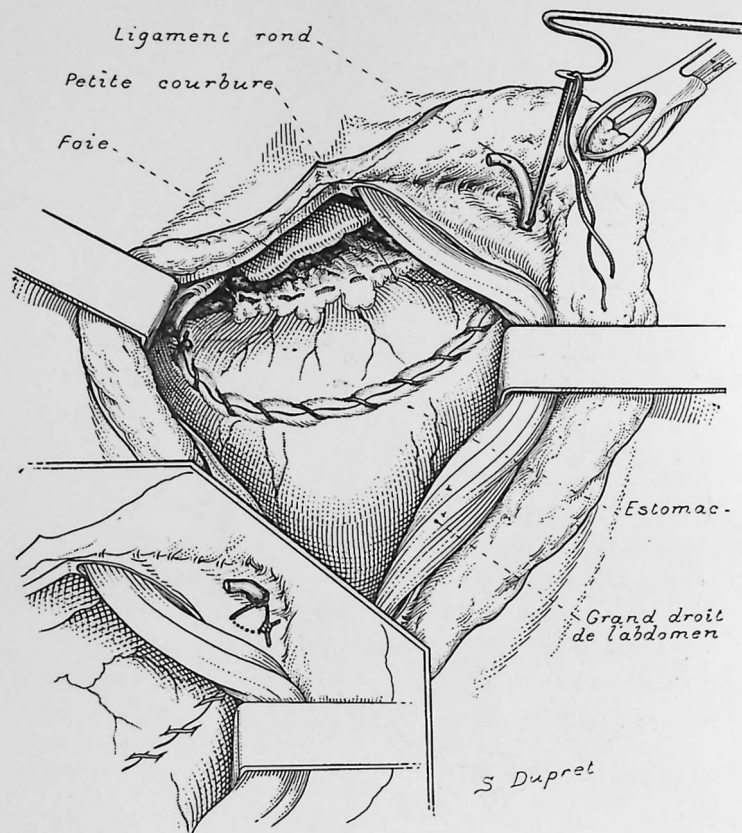


Fig. 18. — RELACHEMENT GASTRIQUE. GASTROPTOSIE.

Le ligament rond est fixé à un espace intercostal, à l'aide d'une aiguille de Deschamps. A gauche et en bas, remarquer la façon dont le fil de lin est fixé à la gaine du grand droit.

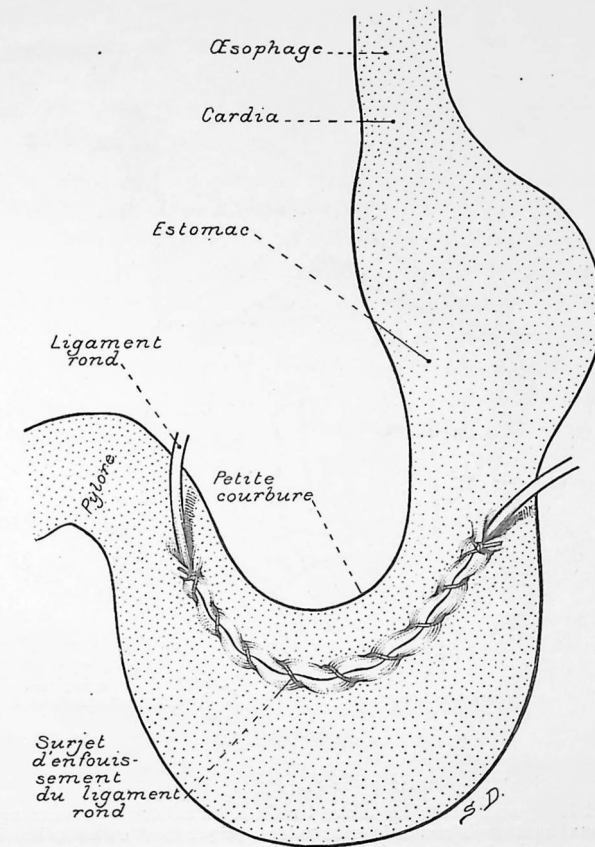


Fig. 19. — RELACHEMENT GASTRIQUE. GASTROPTOSIE.

Voici aspect que présente l'estomac quand le ligament rond a été enfoui sous sa paroi séreuse. Il importe, en effet, de ne fixer que la petite tubérosité; la grande tubérosité ne bouge pas; le mot « gastroptose » est un mot impropre, on devrait plutôt dire « relâchement gastrique ». Il suffit donc de soutenir la petite tubérosité de l'estomac.

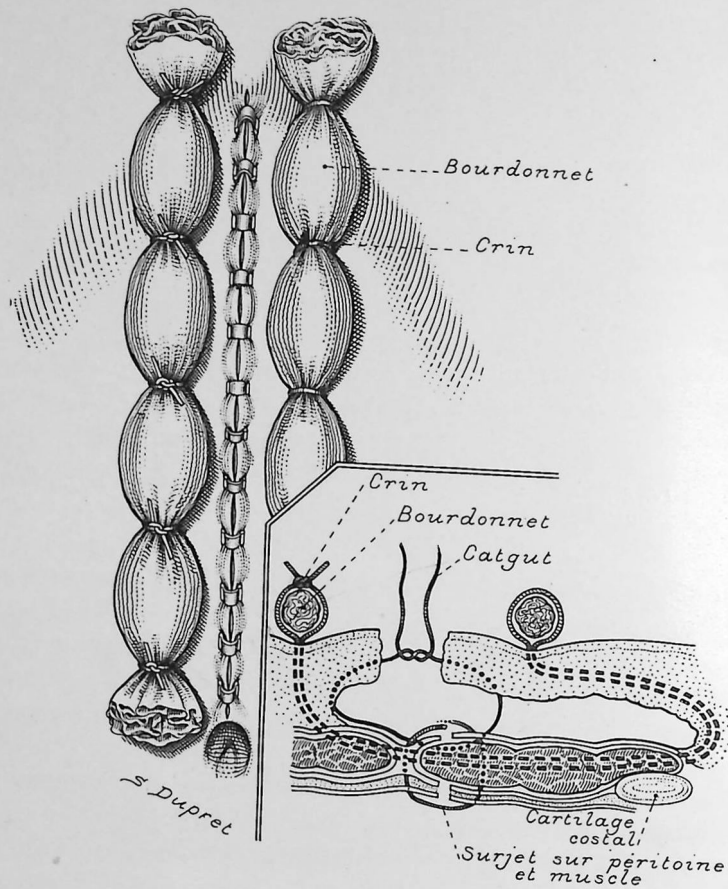


Fig. 20. — RELACHEMENT GASTRIQUE. GASTROPEXIE.

A gauche, aspect de la paroi, une fois la suture terminée. Au milieu, suture aux agrafes et sur le côté, deux bourdonnets munis de crins solides, qui prennent en masse les différents points de la paroi abdominale. A droite, détail de la suture, au niveau de l'espace intercostal : ceci pour montrer qu'il faut supprimer tout espace vide, de façon à éviter les hématomes ; le fait de lier deux bourdonnets, à l'aide d'un crin qui fait le tour de l'espace sous-cutané décollé, montre l'impossibilité de la production de l'hématome. Remarquer les différents détails de la suture sur le péritoine, les muscles et le tissu cellulaire sous-cutané.

II

ESTOMAC BILOCULAIRE

L'estomac biloculaire est caractérisé par un rétrécissement médio-gastrique, qui donne à l'organe la forme d'un sablier. Celui-ci est divisé en deux poches : une supérieure, ou cardiaque ; une inférieure, ou pylorique. Les deux poches communiquent ensemble par un canal, ou une zone rétrécie.

ÉTIOLOGIE. — La biloculation peut être due à une des trois causes suivantes :

a) *A un spasme* ; une contraction de la couche circulaire du muscle gastrique, au niveau de l'ulcus. Une dépression en coup de hache se forme sur la grande courbure, au point exactement opposé à l'ulcus de la petite courbure ;

b) *A l'induration des parois gastriques*, par un ulcère calleux. Cet ulcère s'accompagne parfois de péri-gastrite, s'entoure d'adhérences. La sous-muqueuse et la sous-séreuse s'épaississent, immobilisant la portion centrale de l'organe, entre deux poches gastriques, encore souples et contractiles ;

c) *A la cicatrisation d'un ulcère guéri et à la rétraction fibreuse de la cicatrice*. La rétraction comprend la sous-muqueuse et la musculaire.

Nous avons opéré 40 cas de sténose médio-gastrique, non cancéreuse. Dans 7 cas seulement, nous avons noté, au cours de l'opération, un rétrécissement par ulcus cicatrisé, guéri ; anneau fibreux placé entre les deux poches gastriques. Les 33 autres montraient un ulcus encore en voie d'évolution et chez ces derniers, dans la moitié des cas environ, l'ulcus était térébrant, il avait détruit la paroi gastrique et pénétré dans les organes voisins, foie, pancréas, paroi abdominale.

On peut donc dire que l'estomac biloculaire se présente au chirurgien sous deux aspects totalement différents : tantôt c'est un estomac en sablier, constitué par deux poches gastriques souples, réunies par un

canal fibreux, avec ulcus guéri depuis longtemps; tantôt c'est un ulcus térébrant, ou non, en pleine évolution. La portion rétrécie est constituée par un ulcère à bords calleux. L'indication opératoire doit être différente dans les deux cas.

Personnellement, nous appliquons le même traitement aux deux cas, mais en principe, il est mieux de fixer des indications techniques différentes.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Rétrécissement médio-gastrique. — Son siège varie avec celui de l'ulcère qui l'a provoqué. Tantôt il est haut placé, la poche supérieure est petite; tantôt bas placé, près du pylore, la poche inférieure est réduite; la poche supérieure est ainsi très grande.

Le rétrécissement a la forme d'un anneau incomplet. Le cercle est brisé du côté de la grande courbure. Le rétrécissement est généralement excentrique, près de la petite courbure. Du côté du péritoine, on observe une cicatrice fibreuse, nacréée, blanche, plus ou moins cachée par des lésions péri-gastriques. Dans nombre de cas, nous avons trouvé, au niveau de la zone rétrécie, un ulcère perforant pénétrant dans le pancréas, le foie, la paroi abdominale antérieure, parfois même dans les deux ou trois organes à la fois.

L'estomac biloculaire, vu à l'opération, ne correspond pas toujours à la forme en sablier constatée aux rayons X. Le véritable estomac en sablier est celui dont le rétrécissement est constitué par un petit canal cicatriciel au niveau d'un ulcère guéri; or la majeure partie de ces images radioscopiques correspondent à des ulcus encore en pleine évolution. Dans les formes térébrantes, on trouve une tache correspondant au diverticule, tache fixe intermédiaire aux deux plages sombres qui représentent les deux poches.

Poche cardiaque. — Elle est généralement volumineuse; et cela pour deux raisons: la première, parce que l'ulcère est placé plus près du pylore que du cardia; la deuxième parce que le poids des aliments a distendu la poche supérieure.

Dans 6 cas, la poche cardiaque était petite et après la résection gastrique, nous avons eu les plus grandes difficultés à implanter cette extrémité gastrique dans le jéjunum ou la poche inférieure.

Poche pylorique. — Elle est souvent plus petite que la poche cardiaque, mais l'inverse se rencontre.

VARIÉTÉS. — A part la forme commune, nous avons observé les variétés suivantes:

a) Sténose médio-gastrique coïncidant avec une sténose duodénale;

b) Sténose accompagnée d'un ulcus perforant qui pénètre dans la paroi abdominale, le foie et le pancréas;

c) Dégénérescence cancéreuse d'un ulcus, médio-gastrique sténosant;

d) Abscess péri-gastrique autour d'un ulcus sténosant;

e) Fistule gastro-colique au niveau de la portion rétrécie et ulcérée.

SYMPTÔMES. — Antécédents d'ulcère gastrique. — Le syndrome de l'ulcère gastrique, vomissements, douleur, hémorragies, est exceptionnel. Ce que le malade révèle le plus souvent, ce sont: a) des signes d'*hyperchlorhydrie* (régurgitations acides); b) *périodes transitoires de dyspepsie* et de douleur alternant avec des périodes de *calme* absolu qui font croire à la guérison de l'ulcère, cette dyspepsie acide intermittente contraint le malade, depuis de longues années, à consommer de l'eau de Vichy ou des poudres inertes, par période.

Troubles fonctionnels. — Les troubles fonctionnels ne sont pas dus à la sténose médio-gastrique, mais plutôt à l'ulcère chronique, qui a produit la sténose. Si l'ulcère est térébrant, le malade accuse des douleurs. Douleur continue, débutant au moment des repas. Douleur vive à l'épigastre, avec irradiations vers le dos « en broche ».

Vomissements. — Ils sont la règle, fréquents, répétés; ils sont dus à la sténose ou à l'ulcère. S'ils sont dus à la sténose, ils correspondent à l'évacuation de la poche cardiaque distendue. Le premier vomissement est muqueux, l'autre contient de la nourriture. Ce trouble ne diffère guère de celui de la sténose pylorique.

État général. — L'asthénie, l'anémie, sont dues à la cachexie famélique, par suite de la sténose, qu'elle soit pylorique ou médio-gastrique.

Signes cliniques. — Inspection et palpation ne fournissent guère que les mêmes renseignements que ceux donnés par la sténose pylorique. Distension, dilatation de l'estomac, contractions péristaltiques, peuvent apparaître au moment de la douleur; si la lésion n'est pas loin du pylore. Perception d'une masse au palper, s'il y a un ulcère calleux avec péri-gastrite.

Tubage et lavage. — A jeun, douze heures après le repas, le tubage peut évacuer des résidus de nourriture, comme dans la sténose pylorique.

Le lavage peut faire constater le phénomène suivant:

L'estomac est lavé et vidé par la sonde; la percussion permet d'entendre du clapotement dans la poche pylorique; puis l'eau du lavage, claire d'abord, brusquement se trouble de parcelles alimentaires refluentes de la poche pylorique.

RADIOSCOPIE. — Elle donne des résultats probants. Les autres signes

ne comptent pour ainsi dire pas. On la pratiquera douze heures après un repas bismuthé. L'estomac normal présente la forme d'un J. S'il est biloculaire, il montre deux ombres réunies par une zone claire. C'est plutôt une ombre en deux parties, disposées sur un axe presque vertical, ou oblique en bas et à droite. Quelquefois, les deux ombres sont distinctes l'une en haut, à gauche, ayant la forme d'un cône sous-jacent à une chambre à air et l'autre en bas et à droite, séparée de la première par une tache (en cas d'ulcère térébrant). Cette seconde poche forme un segment de cercle avec la convexité en bas. Elle ne contient pas de chambre à air. A la pression du doigt, les deux poches gastriques sont mobiles, l'une par rapport à l'autre. Il est impossible de vider la poche cardiaque dans la poche pylorique, ou de faire refluer le contenu de la poche pylorique dans la poche cardiaque.

Le véritable estomac biloculaire ne sera pas confondu avec l'image biloculaire d'un estomac ptosé. Le palper sous l'écran montre l'homogénéité de l'organe et la souplesse de ses tuniques. L'estomac ptosique se remplit comme un sac inerte, il s'allonge sous le poids du liquide, s'étrangle en son centre et ressemble alors à un estomac biloculaire. En cas de sténose médio-gastrique, il y a une image biloculaire qui ne varie jamais, malgré le palper, les examens répétés ou l'atropine.

TRAITEMENT CHIRURGICAL. — Le chirurgien ne peut dire à l'avance l'opération qu'il pratiquera. Il faut qu'il sache de *visu* si la sténose est constituée par un ulcus encore en évolution ou si cette sténose est le résultat d'un ulcus complètement guéri. De plus, il doit savoir s'il y a hyperchlorhydrie ou non. Ce dernier renseignement n'a qu'une valeur relative, pour la raison que si l'étranglement est assez haut, le segment cardiaque est trop exigu pour fournir une importante sécrétion acide. Mais, en principe, s'il y a hyperchlorhydrie, même très légère, il faut faire une large résection d'estomac. Si, au contraire, l'hyperchlorhydrie est faible, normale, on peut recourir à une opération palliative. Je dis palliative (gastro-gastrostomie, gastroplastie), mais pas moins grave, car, personnellement, dans tous les cas, quelle que soit la cause d'un estomac biloculaire, je pratique la résection médio-gastrique, ou l'hémi-gastrectomie. J'anastomose la poche cardiaque avec le duodénum (gastro-duodénostomie) ou je fais une gastro-jéjunostomie, si l'intervalle qui sépare la poche duodénale est trop étendu.

La *gastro-gastrostomie* consiste à anastomoser la poche supérieure avec la poche inférieure.

La *gastroplastie* consiste à exciser le rétrécissement suivant l'axe de l'estomac et à transformer la plaie longitudinale en une suture verticale,

de sorte que chaque poche communique avec la poche voisine, par une très large ouverture. S'il n'y a point hyperchlorhydrie, les deux procédés palliatifs sont acceptables; s'il y a hyperchlorhydrie, je déconseille ces opérations palliatives car il y a des chances sérieuses pour qu'un ulcère secondaire se greffe sur la suture. Il est mieux de faire une hémi-gastrectomie.

Personnellement, nous pratiquons toujours la *gastrectomie*, que l'ulcère soit en activité ou non. Nous supprimons la poche inférieure et la zone malade, ulcérée, ou fibreuse. Nous conservons le moins possible de la poche supérieure. Cette dernière, suivant le cas, est anastomosée avec le duodénum, ou par implantation avec le jéjunum. Dans tous les cas qui s'accompagnent de sténose pylorique et duodénale, il est nécessaire de pratiquer la résection de la poche pylorique et de terminer par l'implantation de la poche cardiaque dans le jéjunum.

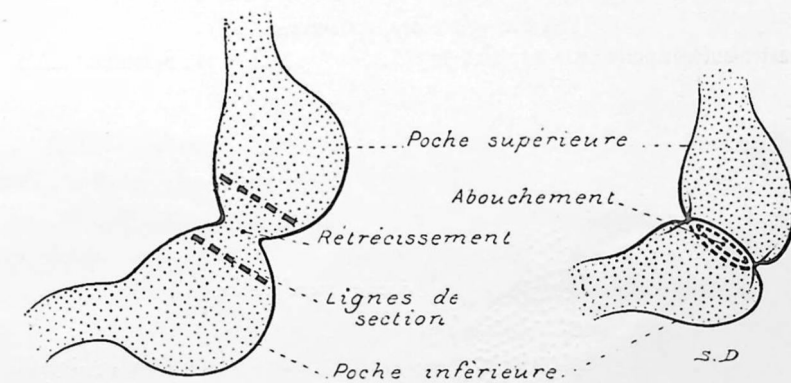


Fig. 21. — STÉNOSE MÉDIO-GASTRIQUE.

Gastro-gastrostomie. La poche supérieure communique avec la poche inférieure par anastomose stomaco-stomacale. (Opération peu recommandable.)

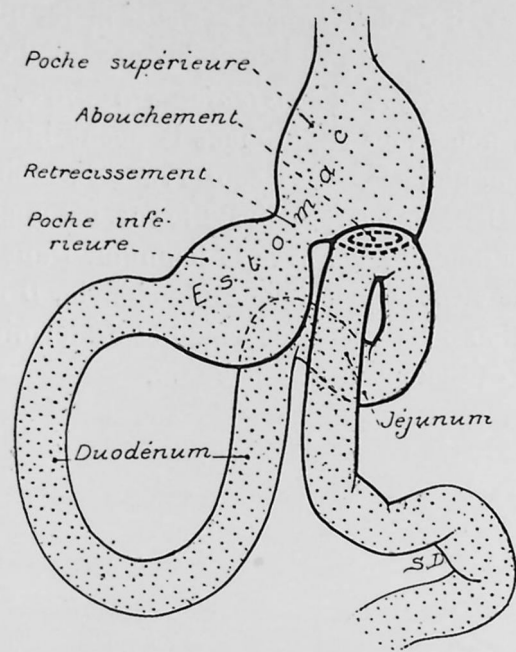


Fig. 22. — STÉNOSE MÉDIO-GASTRIQUE.
Gastro-entérostomie avec la poche supérieure. (Opération peu recommandable.)

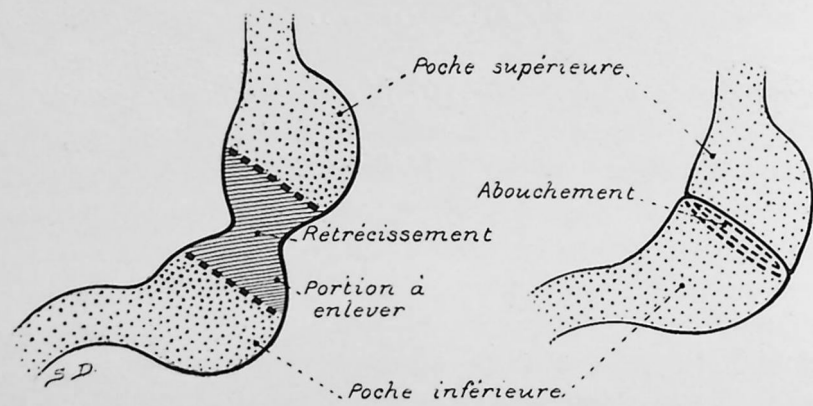


Fig. 23. — STÉNOSE MÉDIO-GASTRIQUE.
Résection médio-gastrique suivie de gastro-gastrostomie bout à bout. (Bonne opération.)

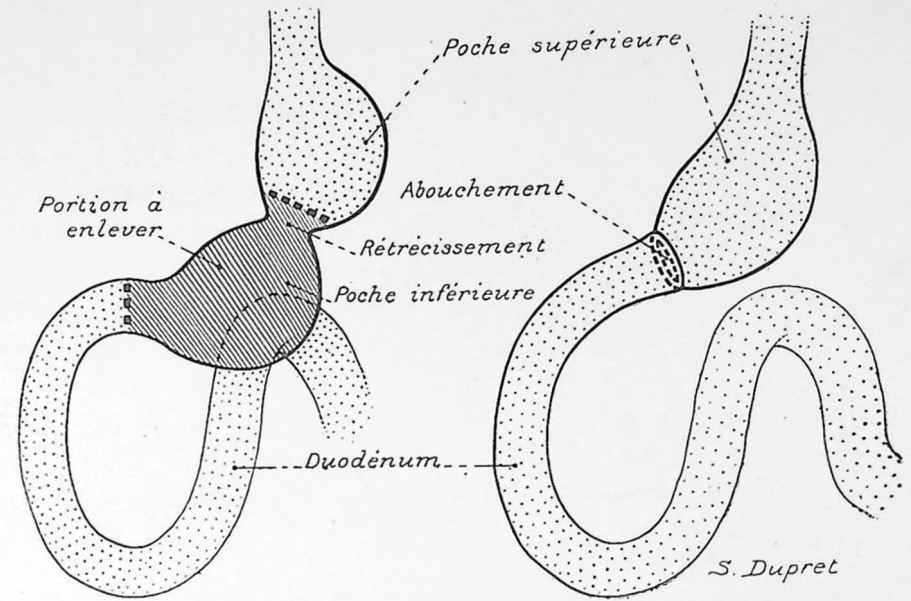


Fig. 24. — STÉNOSE MÉDIO-GASTRIQUE.
Gastro-pyloréctomie suivie d'anastomose gastro-duodénale (PÉAN). (La meilleure opération.)

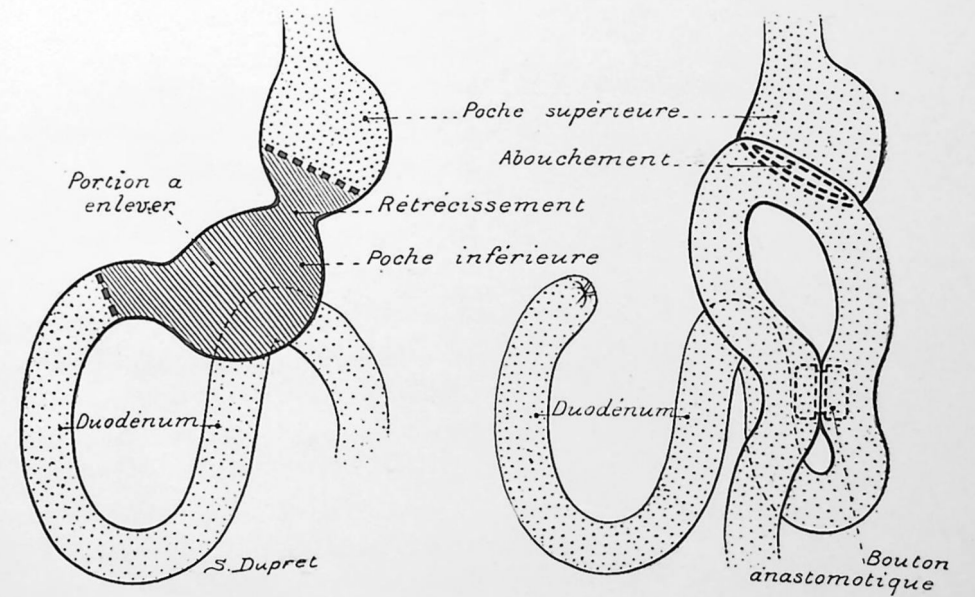


Fig. 25. — STÉNOSE MÉDIO-GASTRIQUE.
Gastro-pyloréctomie suivie d'implantation gastro-jéjunale. (Très bonne opération.)

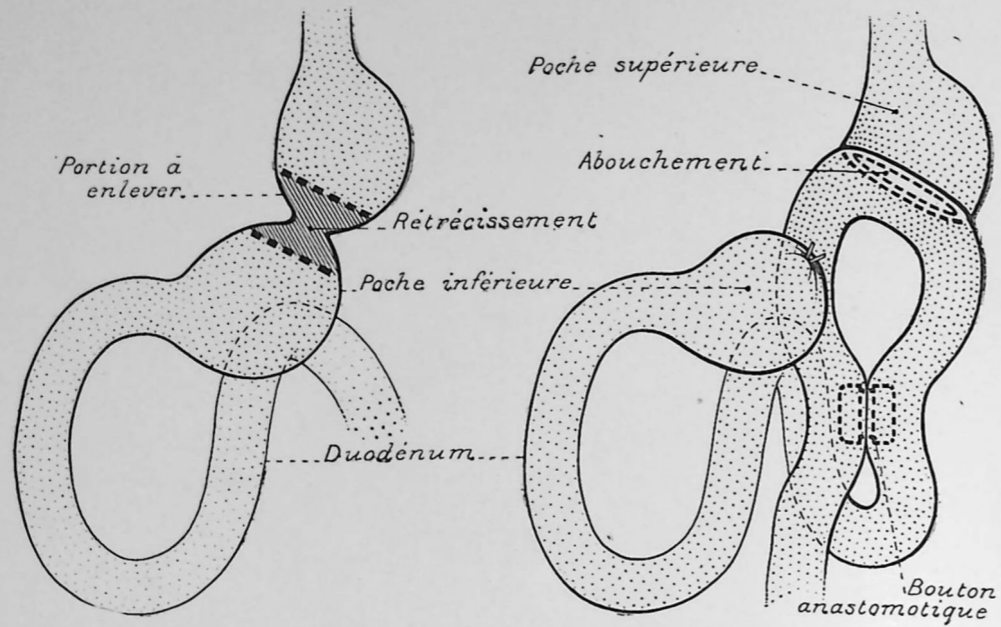


Fig. 26. — STÉNOSE MÉDIO-GASTRIQUE.

Résection médio-gastrique suivie de gastro-jéjunostomie par implantation, sans suppression de la poche inférieure. (Bonne opération.)

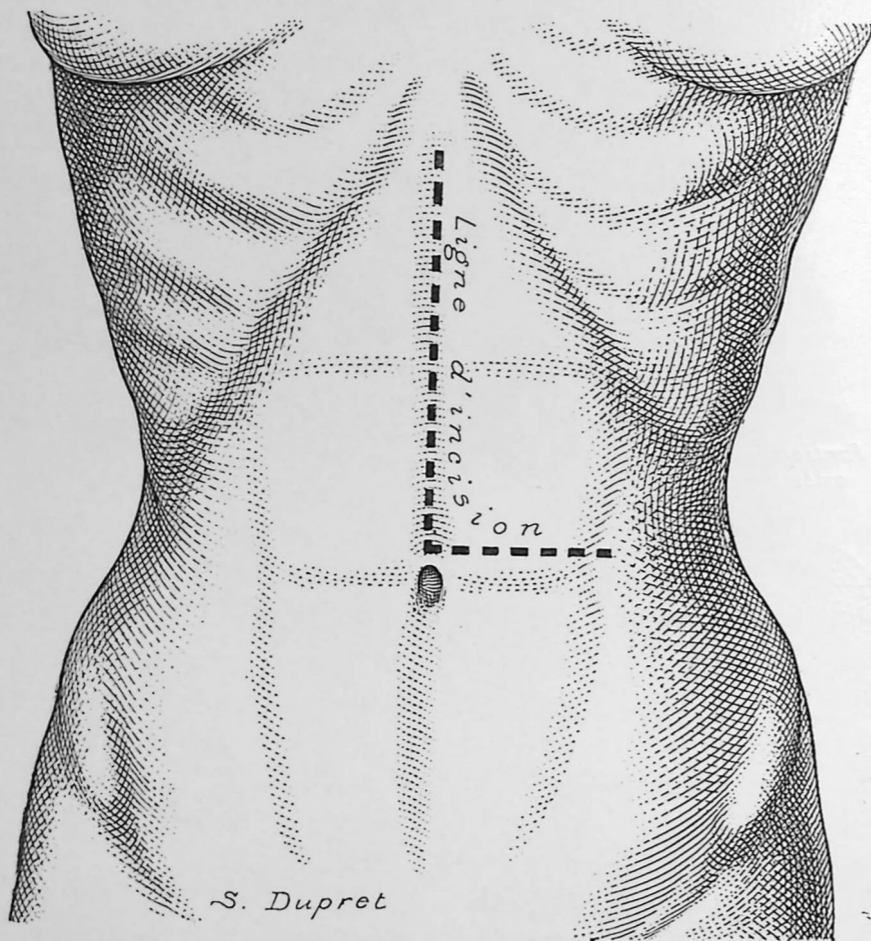


Fig. 27. — STÉNOSE MÉDIO-GASTRIQUE HAUT SITUÉE.

Incision de la paroi. L'opérateur a d'abord pratiqué une incision ombilico-xyphoïdienne. Le jour insuffisant a nécessité une incision transversale en L.

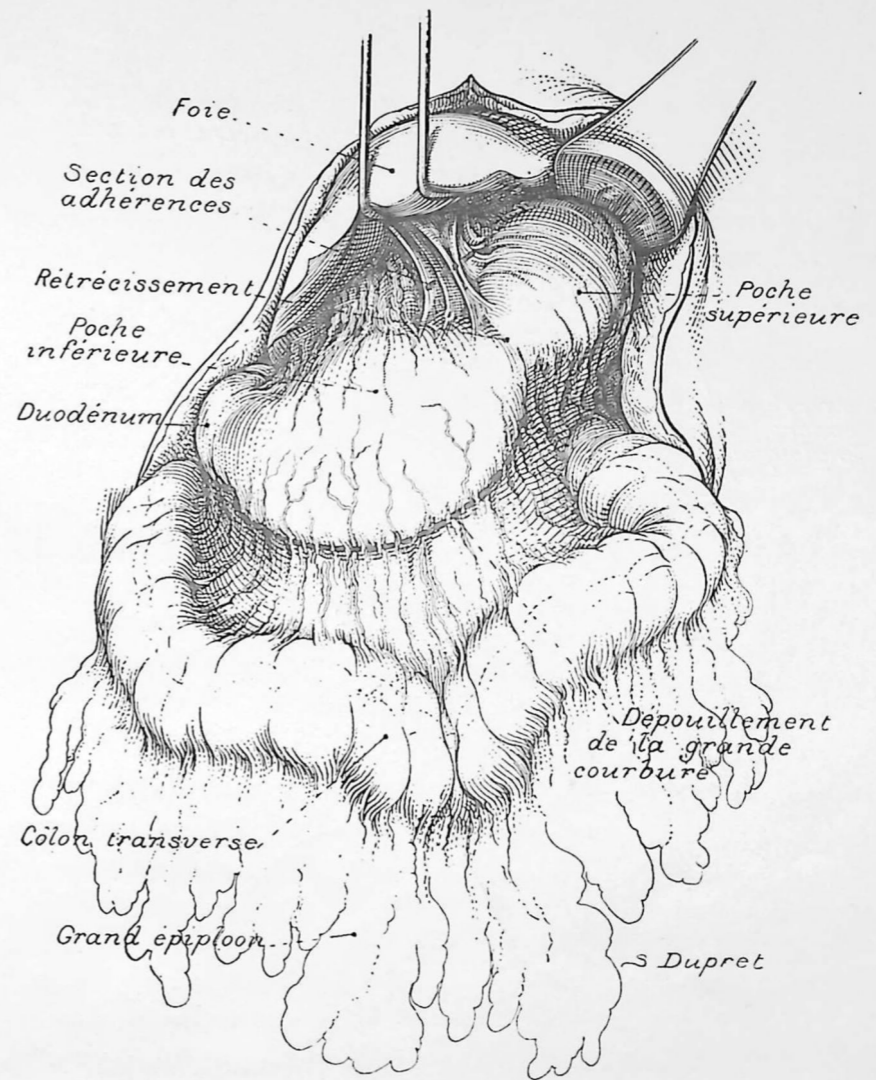


Fig. 28. — STÉNOSE MÉDIO-GASTRIQUE HAUT SITUÉE.

Aspect de la lésion : la poche gastrique inférieure est volumineuse ; la poche gastrique supérieure est étroite, rétractée. Les adhérences provenant de l'ulcère cicatrisé unissent le foie à la poche supérieure. Le pointillé montre le dépouillement de la grande courbure qui sera fait à la compresse (TÉMOIN). En haut, au-dessous du foie, les adhérences qu'il sera nécessaire de libérer.

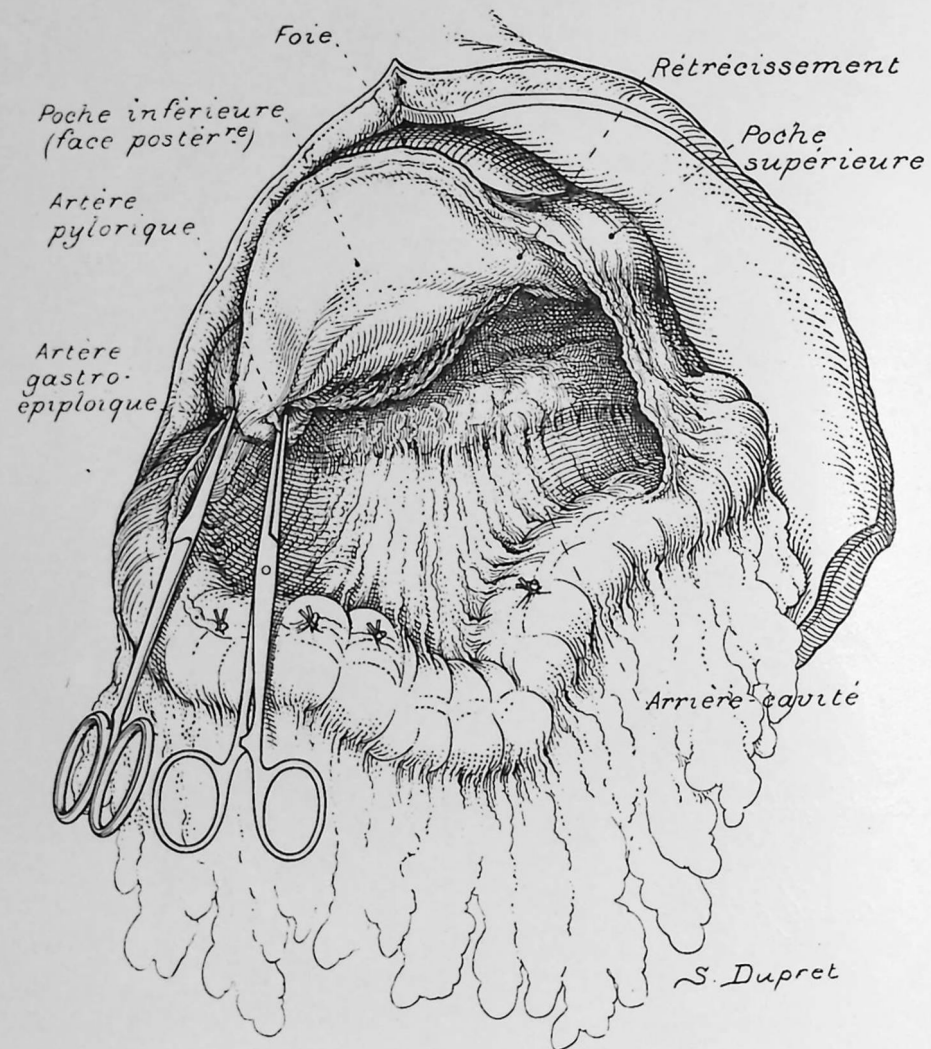


Fig. 29. — STÉNOSE MÉDIO-GASTRIQUE HAUT SITUÉE.

Après le dépouillement de la grande courbure, portant sur la poche inférieure, l'estomac est relevé. L'artère gastro-épiploïque droite et l'artère pylorique sont liées et sectionnées.



Fig. 30. — STÉNOSE MÉDIO-GASTRIQUE HAUT SITUÉE.

Deux pinces bec de canard sont placées sur le duodénum. Section entre les deux.

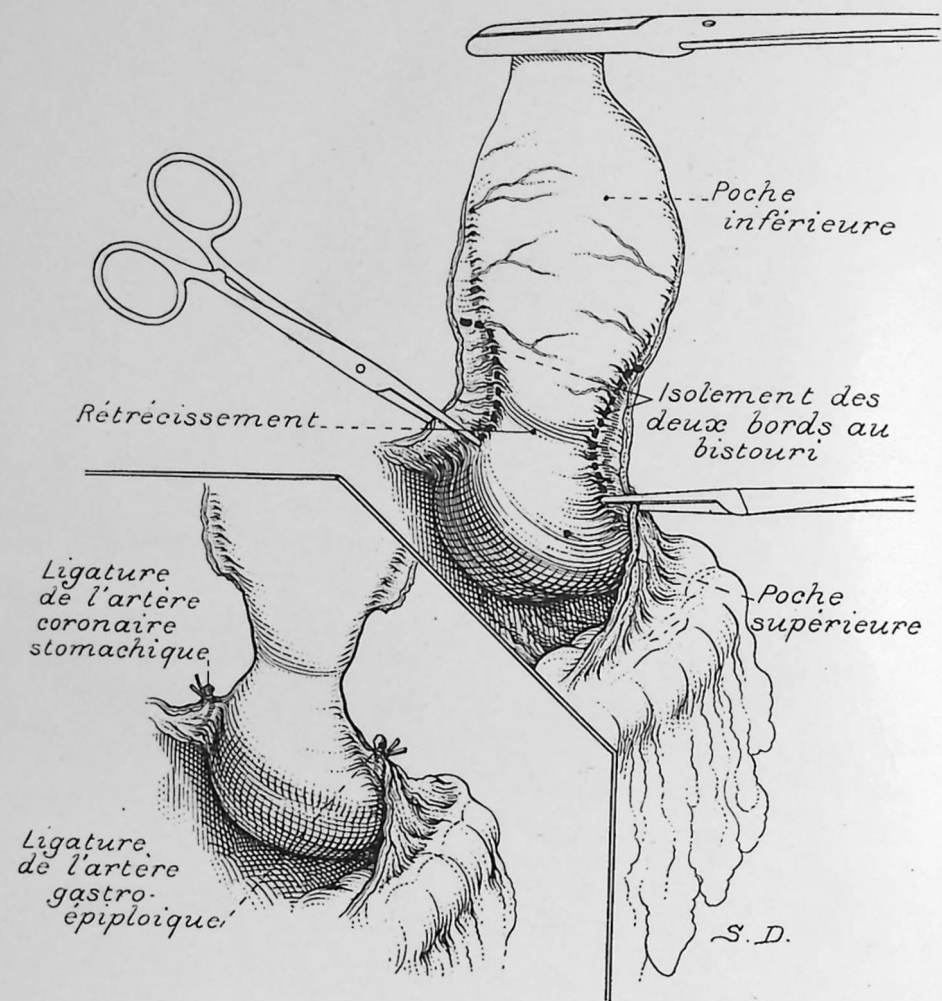


Fig. 31. — STÉNOSE MÉDIO-GASTRIQUE HAUT SITUÉE.
 Désinsertion du petit épiploon et du grand épiploon, au niveau de la sténose.
 Cette section se fait au bistouri.

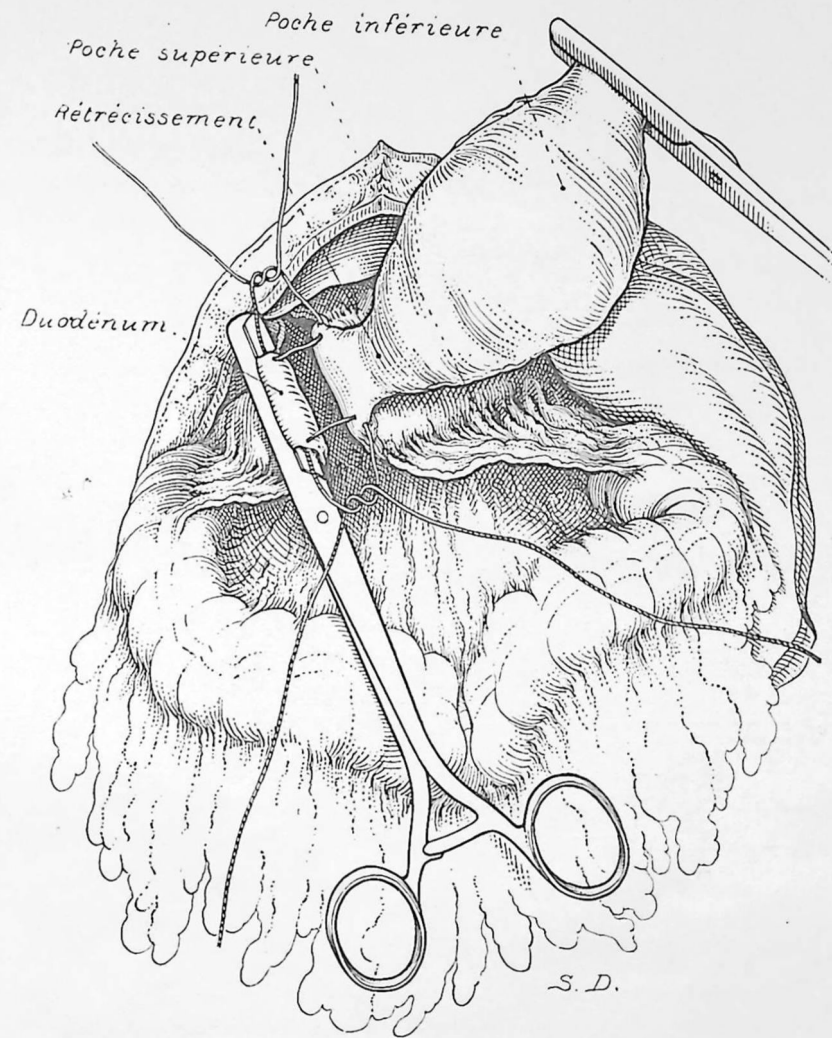


Fig. 32. — STÉNOSE MÉDIO-GASTRIQUE HAUT SITUÉE.

L'opérateur décide d'anastomoser directement la poche supérieure avec le duodénum, car le cas s'y prête. La poche supérieure est très étroite, le duodénum est long, le thorax de la malade est resserré, conditions favorables pour le bout à bout. Deux points au catgut chromé sont placés entre les bords supérieur et inférieur du duodénum et les bords correspondants de la petite poche gastrique, le calibre de cette dernière correspondant à peu près exactement au calibre du duodénum.

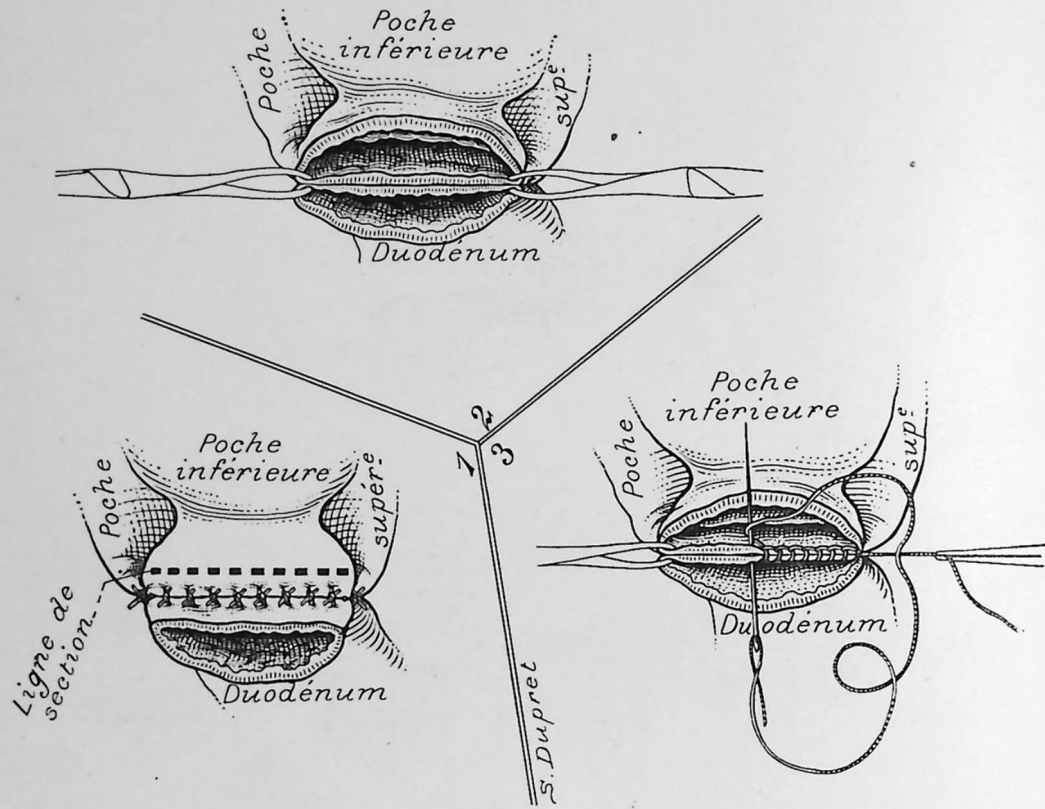


Fig. 33. — STÉNOSE MÉDIO-GASTRIQUE HAUT SITUÉE.

Suture séro-séreuse postérieure à points séparés et section de la poche supérieure immédiatement au-dessous du rétrécissement. Suture totale au point de boutonnière sur la tranche postérieure gastro-duodénale.

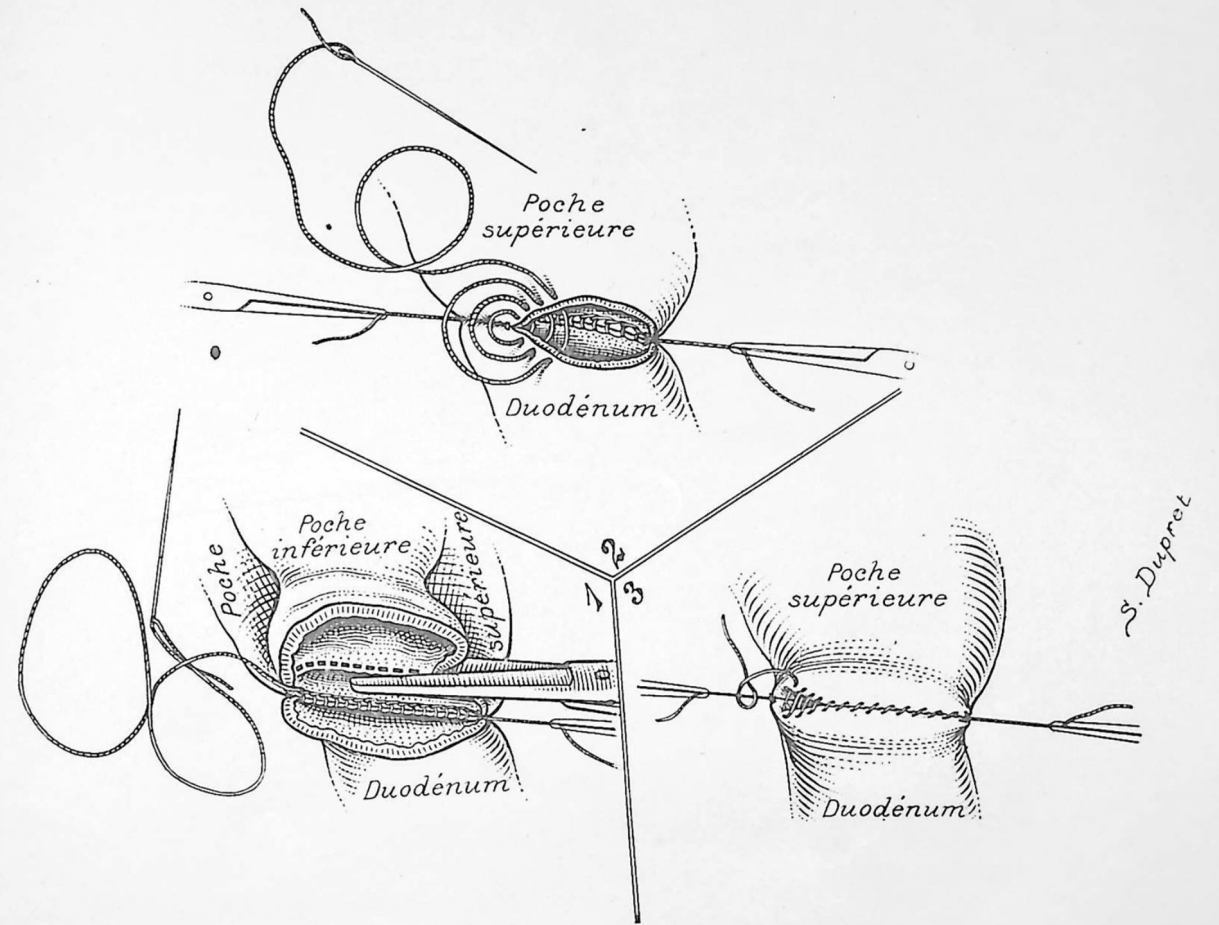


Fig. 34. — STÉNOSE MÉDIO-GASTRIQUE HAUT SITUÉE

1° Section de la poche gastrique supérieure à 1 centimètre au-dessus du rétrécissement.
 2° Comment on pratique un surjet enfouissant, pour que la muqueuse fasse saillie du côté de la cavité gastro-duodénale. 3° Surjet séro-séreux antérieur.

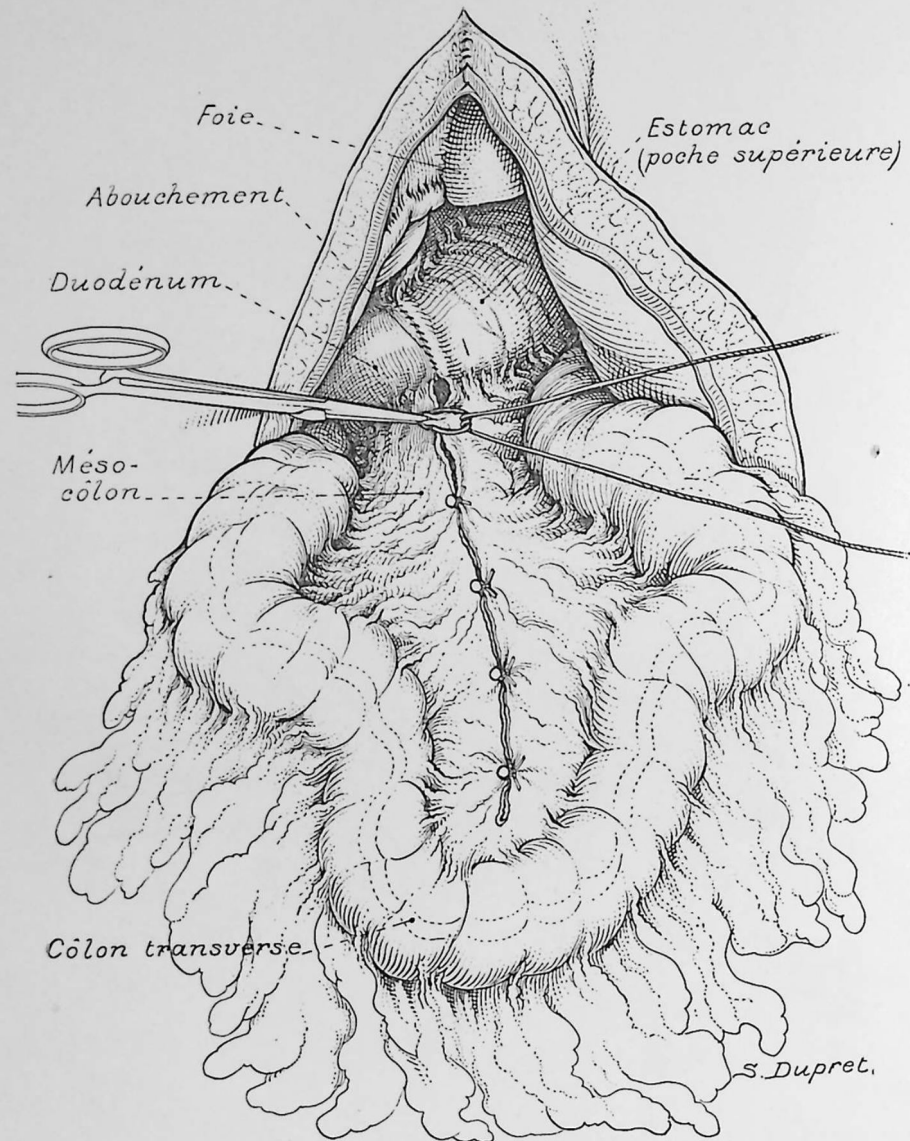


Fig. 35. — STÉNOSE MÉDIO-GASTRIQUE HAUT SITUÉE.
Aspect de l'anastomose gastro-duodénale terminée. Fermeture de la brèche résultant
du dépouillement épiploïque au niveau de la grande courbure.

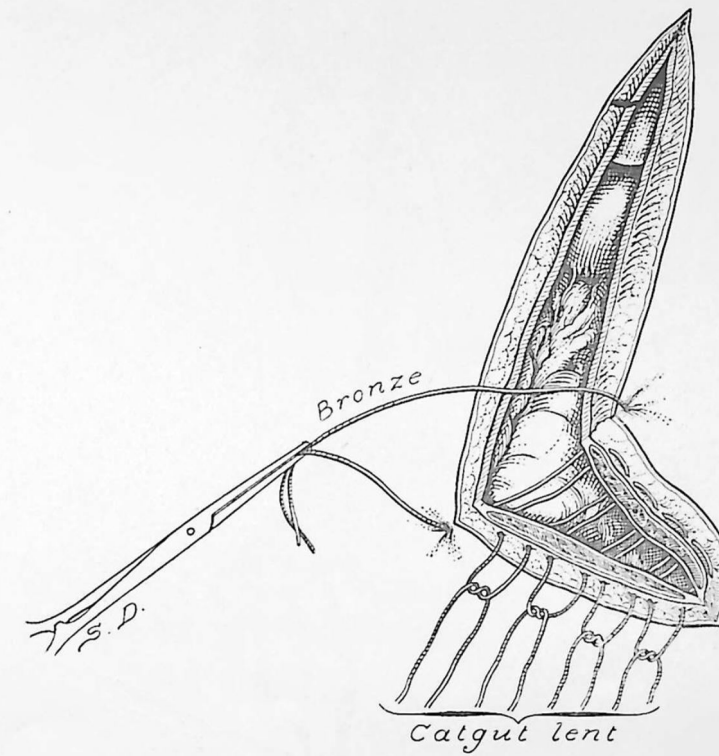


Fig. 36. — STÉNOSE MÉDIO-GASTRIQUE HAUT SITUÉE.
Fermeture de l'incision transversale de l'abdomen. Un point au fil métallique sur l'angle.
Quatre points en U au catgut lent.

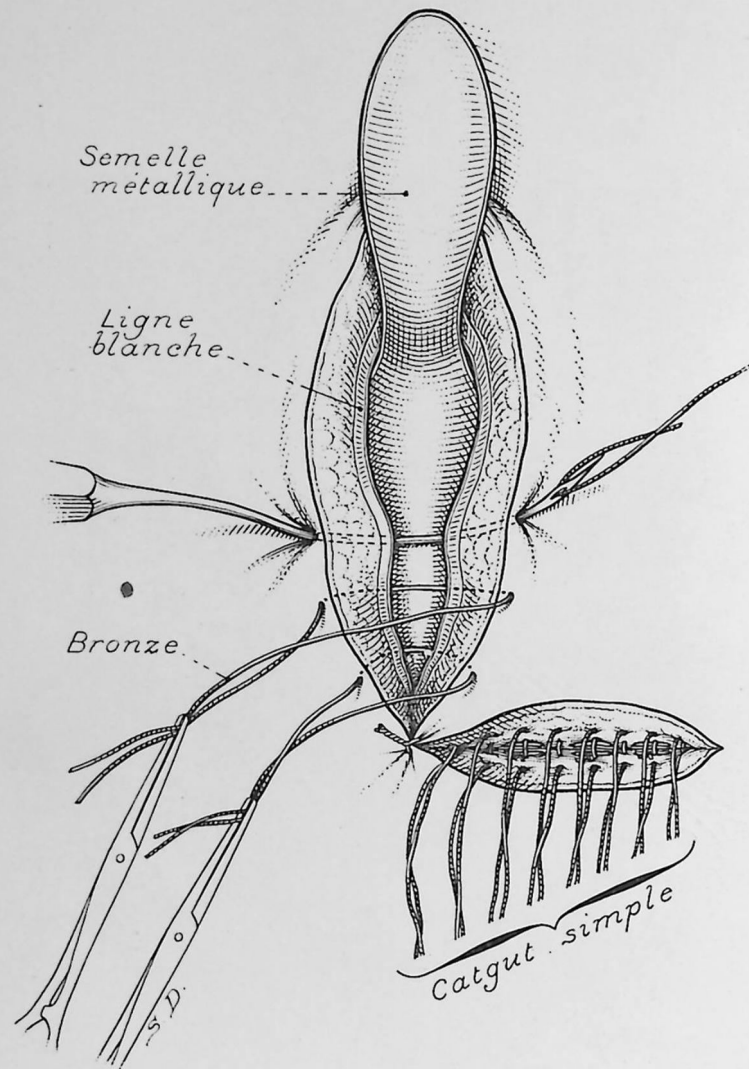


Fig. 37. — STÉNOSE MÉDIO-GASTRIQUE HAUT SITUÉE.
Fermeture en un plan de la ligne médiane. Remarquer le rôle de la « Truelle »
Suture de l'aponévrose sur l'incision transversale.

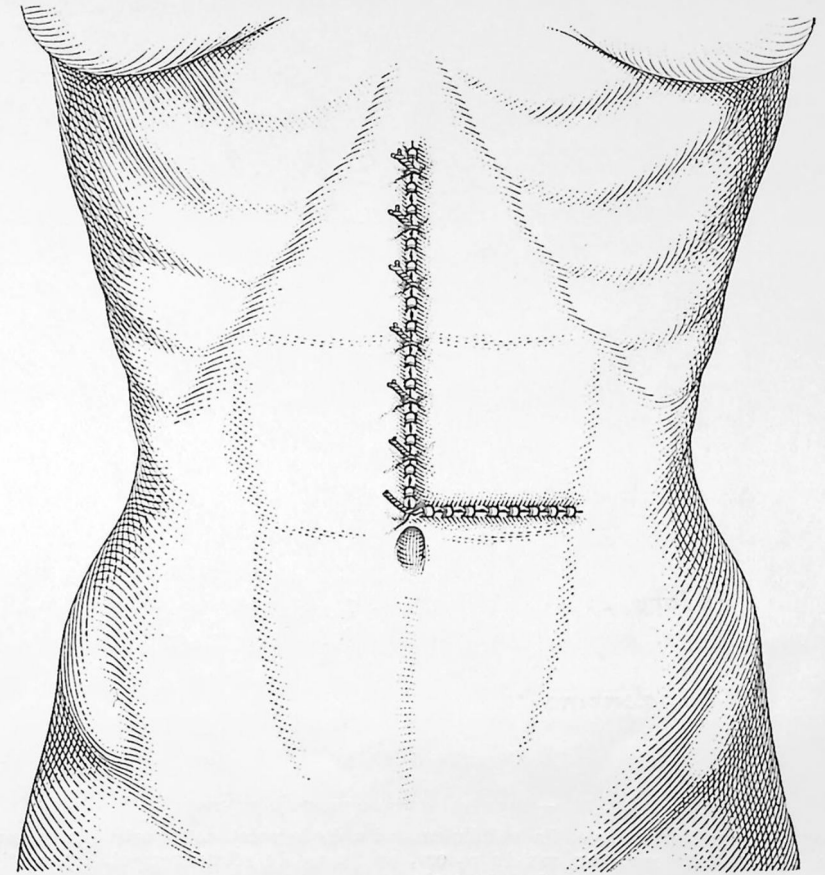


Fig. 38. — STÉNOSE MÉDIO-GASTRIQUE HAUT SITUÉE.
Suture de la peau.

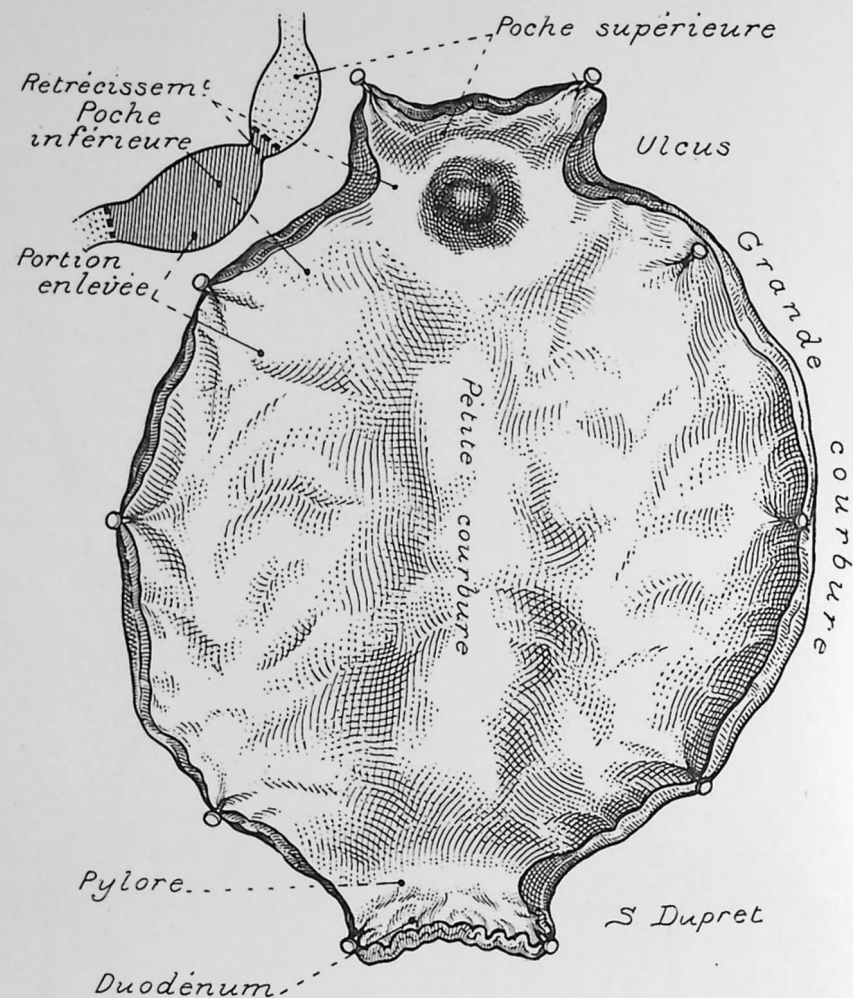


Fig. 39. — STÉNOSE MÉDIO-GASTRIQUE HAUT SITUÉE.

Aspect de la portion enlevée. On voit l'ulcus qui a été le point de départ de la sténose. Le duodénum a été coupé au ras du pylore, au-dessus du rétrécissement, à 1 centimètre environ de la muqueuse gastrique normale.

III

ÉNERVATION DE L'ESTOMAC

OPÉRATION DE LATARJET

Par R. DE BUTLER D'ORMOND

Chirurgien des hôpitaux d'Amiens.

Parfois, au cours d'une laparotomie pour ulcus gastrique ou duodénal, le chirurgien ne trouve aucune lésion. Cet incident se produit même chez les malades examinés complètement par une équipe médicale experte et chez ceux qui subissent une exploration chirurgicale étendue, aidée du décollement colo-épiploïque. Ne trouvant rien à l'estomac, le chirurgien explore alors tout l'abdomen, vésicule, appendice, côlons, fin de l'iléon. Et si la vésicule est saine (bleuâtre), si les côlons ne sont ni ptosés, ni coudés par des brides de Lane, rien n'explique les troubles dont se plaint le malade ; c'est alors que la notion de troubles dus à la vagotonie ou à la sympathiconie, doit entrer en jeu.

Déjà, Katsch et Westphal ont décrit une forme névrosique de l'ulcus duodénal. Bircher, plus tard, constata un syndrome de même nature au niveau de l'estomac. Il se caractérise par des troubles traduisant l'hypertonie et l'hypermobilité, constatables à la radiographie et décelables cliniquement par des vomissements, des pseudo-signes de sténose pylorique, même les hématuries (peu abondantes). L'acidité gastrique est augmentée.

Ce syndrome en impose pour un ulcère qui reproduit les manifestations principales du *vagotonisme gastrique*. Ces sujets traités par gastro-entérostomie ne bénéficient pas de l'intervention et présentent plus de troubles qu'auparavant.

Desjardins était arrivé à cette conclusion que, peut-être, l'ulcère représente le type d'un syndrome caractérisé par l'augmentation de la contractilité gastrique, le spasme pylorique et l'hyperacidité. De là à

conclure le rôle important des branches terminales des pneumo-gastriques, il n'y avait qu'un pas.

Quoi qu'il en soit, il est un autre fait indéniable, c'est que même chez certains malades, où l'on trouve une lésion caractéristique, bien que celle-ci soit traitée par gastro-entérostomie, ou mieux par résection gastrique, le malade continue à présenter des troubles dyspeptiques hypertoniques douloureux; c'est donc qu'à la lésion anatomique, s'ajoute une lésion du système nerveux gastrique vague ou sympathique. Il est difficile de préciser le rôle exact de chacun des éléments nerveux dans le syndrome douloureux dépendant de l'estomac. C'est ce qui a conduit Latarjet à agir directement, opératoirement, sur les nerfs de l'estomac, par section des branches qui l'innervent.

LES NERFS DE L'ESTOMAC. — Les branches nerveuses qui se rendent à l'estomac viennent des deux pneumogastriques et du système sympathique par le plexus cœliaque.

On peut les diviser en trois pédicules : pédicule de la petite courbure, pédicule pylorique, pédicule de la gastro-épiplœique droite.

Il vient, en outre, quelques filets sympathiques suivant l'artère splénique, mais ils sont inconstants et en tout cas, très faibles.

Les sections nerveuses totales ou partielles de ces nerfs ont permis de montrer l'existence de centres viscéraux propres qui peuvent provoquer la motricité de l'estomac, tout comme les ganglions propres du cœur. Elles ont montré le rôle important des nerfs pyloriques dans le jeu de ce canal.

Les données classiques de l'anatomie indiquent que l'innervation gastrique se partage en deux systèmes : celui du pneumogastrique droit et gauche, et celui du sympathique. Les descriptions précisent la distribution de ces diverses branches. En réalité, il n'y a pas deux systèmes commandant chacun un territoire indépendant, les éléments nerveux sont fusionnés intimement dans leur distribution au contact de l'organe et même dans la texture tronculaire. Il existe, en effet, des anastomoses entre les deux systèmes. L'on peut dire que chaque portion de l'estomac est innervée à la fois par le sympathique et le pneumogastrique. Les nerfs de l'estomac émanent des deux pneumogastriques et du plexus cœliaque directement, ou par l'intermédiaire des nerfs du foie, comme l'a montré Latarjet.

Les branches qui viennent des vagues, assurent l'innervation du territoire gastrique défini, naissent en avant, à la hauteur du cardia, où le pneumogastrique gauche, devenu antérieur, s'élargit. Il se divise en

5 ou 6 branches, suivant le bord antérieur de la petite courbure pré-artérielle et au-dessous du feuillet péritonéal.

Le pneumogastrique postérieur et droit est symétrique, rétro-artériel et sous-séreux à l'origine. Ces nerfs descendent sur la petite courbure et sur les faces s'arrêtant aux limites du canal pylorique. Les recherches que j'ai pratiquées l'hiver dernier, à l'amphithéâtre d'Amiens, avec le concours de MM. Caron et Frank, interne de l'hôpital, recherches faites moins dans le but de préciser l'anatomie de l'intervention, que pour étudier l'abord facile de ces nerfs, dans un but opératoire, m'a permis de constater que sur le bord antérieur de la petite courbure, il n'existe que 3 ou 4 gros troncs, dont un principal, suit la petite courbure et donne, chemin faisant, des branches se portant rapidement au voisinage de la petite courbure; de sorte que si l'on soulève le tronc principal, l'aspect est celui d'une arête de brochet. La plupart du temps, on voit un ou deux filets plus longs, qui descendent sur la face antérieure de l'estomac. J'ai été étonné de ne pas en trouver plus. Ces filets sont fort importants pour la découverte du nerf comme nous le verrons, en étudiant la technique de l'énerivation.

En résumé, sur le bord antérieur de la petite courbure, 3 ou 4 branches principales, cheminant tout le long de cette petite courbure, d'où partent des filets accessoires, rapidement épuisés dans les tuniques du bord gastrique supérieur. Les branches postérieures trouvées en réclinant l'estomac sont moins nombreuses et ont une disposition analogue.

« Le pylore est innervé par des branches issues essentiellement des « nerfs hépatiques » (Latarjet). Ils tombent perpendiculairement « en pluie » sur le canal pylorique et le bulbe duodénal. Ils sont au nombre de 3 ou 4. Je les ai toujours trouvés très frêles et souvent difficiles à percevoir. C'est en ouvrant le feuillet antérieur de l'épiploon gastro-hépatique qu'on les trouve. L'artère coronaire stomachique droite est entourée de filets nerveux qui l'accompagnent et viennent se distribuer à la grande courbure empiétant sur les faces. Ces filets sont encore plus difficiles à percevoir.

En résumé, les nerfs de l'estomac forment 3 pédicules, dont le plus important est celui de la petite courbure, formant 2 plans, séparés par le plan vasculaire. Le second est le pédicule pylorique, et le troisième, tout à fait accessoire, est celui de l'artère gastro-épiplœique droite. Il existe, comme nous le voyons, une anastomose importante entre les nerfs hépatiques et le pneumogastrique antérieur.

L'innervation est ainsi segmentaire, et nous voyons de la sorte le canal pylorique, une des plus importantes parties de l'estomac, présenter une innervation bien systématisée.

PHYSIOLOGIE DE L'INNERVATION. — Les recherches expérimentales sont bien souvent contradictoires et il n'y a pas encore de règles fixes à ce sujet. Lesbre et Maignon admettent que les phénomènes moteurs sont dus au pneumogastrique dont les propriétés motrices sont empruntées au spinal. Pour les uns, la vagotonie ralentit et affaiblit les mouvements gastriques ; pour d'autres, elle n'apporte aucun trouble ; pour d'autres encore, les résultats sont opposés.

Enfin, Morat et Doyon admettent la présence de deux sortes de fibres excitatrices et inhibitrices ; ces différentes actions peuvent s'expliquer en admettant que l'action des vagues n'est pas simple, mais varie avec l'état de repos, ou de fonctionnement de l'organe. Pour ce qui a trait au sympathique, la même incertitude règne ; les uns admettent une action inhibitrice ou d'arrêt ; pour d'autres, l'excitation produirait la motricité ; en fait, l'action du sympathique n'est pas toujours semblable à elle-même. Inhibitrice pour les fibres longitudinales, pour les fibres circulaires, pour l'organe entier, quand celui-ci est en contraction. Le sympathique pourrait même fournir à la fois des filets moteurs et des filets inhibiteurs au niveau de certaines régions telles que le cardia et le pylore.

Pour ce dernier, en particulier, l'accord est loin d'être établi, car pour les uns, la mise en jeu de sphincter relève du pneumogastrique et pour les autres, les nerfs moteurs et inhibiteurs, appartiendraient au sympathique. Le sympathique, en effet, du côté des appareils digestifs et urinaires, agit surtout sur le sphincter. Des changements dans l'évacuation gastrique n'ont pas été observés par Aldenhoff et von Mering après double vagotonie, extirpation du plexus cœliaque et établissement d'une fistule duodénale. Les influences vaso-motrices ne sont pas mieux établies ; après extirpation du plexus cœliaque, on admet généralement qu'il se produit de l'hyperémie des parois gastriques.

Les nerfs sensitifs appartiennent au sympathique, mais dans une certaine mesure, le vague est un nerf sensitif.

Les nerfs de la vie végétative ont une action beaucoup plus générale. Ils sont le siège des sensations organiques profondes, réunies sous le nom de cœnesthésie, qui donne l'impression de bien-être, ou au contraire, celle de malaise, d'angoisse et de lipothymie. Ils influent aussi sur le caractère.

Les troubles de l'innervation végétative sont fréquents ; ils se traduisent par des douleurs, le collapsus et l'état cholériforme ; on les constate en particulier dans la péritonite, l'hémorragie du pancréas et dans les névrites du plexus solaire à la suite d'ulcère ou de cancer.

La colite muco-membraneuse serait la conséquence d'un trouble ner-

veux végétatif. Enfin, le groupe des névroses gastro-intestinales, seraient les troubles de cette innervation.

Les tentatives thérapeutiques faites à propos des crises gastriques du tabès ont apporté quelques précisions sur ce point. Nous avons fait, Cambecédès et moi, dans le service du professeur Carnot, à l'hôpital Beaujon, en 1920, des anesthésies splanchniques pour enrayer les crises gastriques du tabès. La technique a été celle décrite dans le livre d'anesthésie locale de Victor Pauchet et Sourdat, avec la modification que nous avons rapportée dans notre thèse, à la suite des travaux de Billet, Jallier, Laborde. Dans tous les cas, les crises ont cessé immédiatement.

Il serait difficile, et peut-être encore téméraire, de vouloir établir le rôle des actions nerveuses vis-à-vis de la formation de l'ulcère, car les expériences faites à ce sujet sont incertaines.

En présence de tous ces faits contradictoires, il est difficile d'avoir une conception exacte de la physiologie nerveuse de l'estomac, mais il est un fait important à noter : c'est que la double vagotonie, jointe à l'extirpation du plexus cœliaque, laisse subsister la motricité gastrique. Ceci fait admettre à quelques auteurs, l'existence d'un système nerveux propre du type automatique, de nature ganglionnaire, suffisant à l'accomplissement des fonctions locales organiques.

RÉSULTATS EXPÉRIMENTAUX DE L'ÉNERVATION. — Ces diverses notions ont servi de base aux expériences de Latarjet¹, dont voici le résumé.

L'énervation totale ou partielle de l'estomac est dépourvue de tout danger.

On peut diviser l'estomac, au point de vue moteurs, en deux segments distincts, un segment correspondant à la partie verticale, jouant le rôle de réservoir, sur lequel les nerfs de la petite courbure font varier le tonus de ces parois. La section des nerfs diminuant ce tonus.

Un segment moteur « cône éjecteur », comprenant le vestibule et le canal pylorique. Dans ce segment, l'influence des nerfs pyloriques est importante. La section des nerfs de la petite courbure et du pylore n'entraîne pas la suppression du mouvement gastrique, l'organe est mis au repos par diminution de la fréquence des ondes péristaltiques. L'évacuation se ralentit au prix d'un certain degré de dilatation, acquis aux dépens du réservoir ; les nerfs de la petite courbure possèdent aussi une action vaso-constrictive, se manifestant au niveau des parois. Après les énervements, l'acidité serait diminuée, mais sur ce point des recherches sont encore à faire.

1. LATARJET et WERTHEIMER. *Journal de Médecine de Lyon*, 5 novembre 1921.

Dans ces dernières années, on note une tendance à élargir la participation du système nerveux dans les divers syndromes pathologiques, affectant l'estomac, en particulier à propos de la physiologie gastrique en général, de l'ulcère et des crises gastriques du tabès. On a classé les sujets en vagotoniques, et en sympathotoniques; c'est une classification peut-être un peu schématique et artificielle. On met sur le compte de l'irritation du vague, l'hyperchlorhydrie, l'hypersécrétion et le spasme pylorique. Selon Bergman, les ulcéreux seraient des vagotoniques et son argumentation est basée sur ce fait qu'il y a souvent coïncidence d'ulcère avec spasme local; or les vagotoniques sont des spasmophiles. Ce spasme pourrait intervenir dans la pathogénie d'ulcère, par ischémie locale, produisant une zone de nécrose au niveau de laquelle la muqueuse serait digérée par le suc gastrique. On pourrait tout aussi bien admettre une hypotonie du sympathique. Sterlin, après extirpation de plexus cœliaque chez l'animal, observe que la muqueuse était rouge, hyperémie et pouvait présenter des érosions, mais il n'a pas vu d'ulcères vrais. Il constata aussi que l'estomac, réduit à l'innervation des vagues, présente de fortes contractions et s'évacue en deux heures, tandis qu'après double vagotonie, il est mis au repos et se vide en six heures. Il pense ainsi que l'estomac possède, en lui-même, des éléments, pour assurer sa motricité et sa sécrétion.

Quoi qu'il en soit, comme nous l'avons dit au début, un certain nombre de malades, pour lesquels le diagnostic d'ulcus paraissait évident, ne présente à l'intervention aucune lésion organique; il faut admettre chez ces derniers, l'influence du système vago-spinal, pour expliquer le syndrome. Les crises gastriques douloureuses, sont attribuées tantôt au sympathique, tantôt au vague. Le tabès en est une preuve; il semble, pour ce dernier, que le système sympathique intervient le plus souvent, comme en témoigne l'association fréquente des petits signes accessoires, comme l'hyperesthésie superficielle, le zona, la contracture abdominale.

INDICATIONS DE L'ÉNERVATION. — Se basant sur ces données, Latarjet a pratiqué des énérvations totales et partielles de l'estomac, pour supprimer, dans un territoire déterminé, ou dans l'organe tout entier, l'action exercée par le système nerveux intrinsèque.

Il n'est pas possible, encore, à l'heure actuelle, de donner des indications opératoires nettes et précises.

Schématiquement le professeur Latarjet formule les indications de l'énérvation comme ceci :

L'énérvation gastrique est indiquée dans tous les cas d'estomac

hyperkinétique, sans lésions macroscopiques visibles, s'accompagnant de phénomènes douloureux intenses, survenant par crises, espacées ou rapprochées, avec ou sans hypersécrétion, mais le plus souvent avec hyperchlorhydrie. Aux rayons X ces estomacs sont petits, contracturés.

De tels malades ont souvent subi une gastro-entérostomie sans aucun bénéfice. Nous connaissons l'observation d'une malade présentant des troubles depuis quatre ans et qui, estomac en main, ne présentait aucune lésion anatomique; elle fut soulagée immédiatement par la section nerveuse.

La douleur est donc nettement apaisée par l'énérvation. C'est un fait commun à d'autres organes, témoin l'énérvation du rein en cas de petite hydronéphrose.

Lorsqu'on rencontre un ulcère, y a-t-il lieu d'associer l'énérvation gastrique? Lorsque le malade a des crises douloureuses très marquées avec une hypertonicité considérable, l'énérvation totale assurant la mise au repos de l'organe exercera une influence heureuse sur la guérison. En supprimant les symptômes de vagotonie et de sympathotonie, l'énérvation doit se considérer comme un adjuvant des procédés chirurgicaux classiques et de l'éradication en particulier. Évidemment, il n'est pas démontré que les sections nerveuses aient sur l'apparition et la disparition d'un ulcère, une certaine influence. Bircher et Stierlin ont prétendu que les sections nerveuses pratiquées au cours des interventions gastriques, résection en particulier, assuraient, dans une certaine mesure, la supériorité des interventions radicales sur la gastro-entérostomie. Vouloir établir la supériorité de l'éradication en raison des sections nerveuses, paraît pour le moins exagéré.

Mon maître, le professeur Pierre Duval, assurait qu'une des supériorités de l'anastomose bout à bout gastro-duodénale résidait dans ce fait que l'on pratiquait moins de sections nerveuses et que la motricité était mieux respectée. Victor Pauchet, qui pratiqua cette anastomose chaque fois qu'elle est possible, c'est-à-dire chaque fois qu'il y a un segment duodénal assez large, assez long, pour suturer sans provoquer de traction, estime que la supériorité de ce procédé réside surtout dans ce fait qu'il y a restitution le plus possible anatomique et comme il pratique des résections larges de l'antra pylorique, il a donc, par le fait même, déterminé des sections nerveuses très hautes.

Enfin, le procédé est applicable aux crises gastriques du tabès. Que cette dernière soit du type pneumogastrique ou sympathique, le procédé s'applique aux deux. Latarjet en rapporte deux beaux cas.

TECHNIQUE DE L'ÉNERVATION. — a) *Position du malade.* — En décubitus

dorsal ; un coussin placé à la base du thorax ; avoir soin de ne pas le placer trop bas, sinon au lieu de propulser l'estomac en avant, il favorise au contraire sa chute en arrière.

b) *Aides*. — Deux assistants sont nécessaires ; l'un placé à droite de l'opérateur, opérera une traction de l'estomac, vers les pieds, en étalant la face antérieure. Cette traction et cet étalement sont indispensables ; l'aide empaumera, avec les mains, la grande courbure. Le second aide, en face de l'opérateur, avec une de ses mains continue la traction et complète l'étalement en plaçant la main le plus haut possible vers le cardia ; de sa main libre, il pourra aider l'opérateur ou récliner le bord costal gauche.

c) *Instrumentation*. — Comme instrument spécial à cette opération, mais qui n'est pas indispensable, nous préconisons une sorte de crochet, analogue au crochet à strabisme qu'emploient les ophtalmologistes pour agripper les tendons de l'œil.

d) *Anesthésie*. — L'anesthésie régionale est suffisante ; ce sera celle utilisée pour les interventions sur l'estomac¹ ; elle varie avec chaque opérateur : rachi-anesthésie dorso-lombaire, injection paravertébrale, infiltration des splanchniques par voie postérieure (Boussiel).

e) *Incision*. — Médiante, partant de l'appendice xyphoïde et descendant jusqu'à l'ombilic.

f) *Section des nerfs antérieurs*. — L'estomac bien extériorisé et les aides étalant la face antérieure, tout en opérant une traction continue et assez forte, l'opérateur recherche les nerfs antérieurs de la petite courbure. Ce n'est pas haut, vers le cardia, qu'il faut les chercher, comme on pourrait le croire, pour deux raisons : 1° parce que dans bien des cas, en raison du thorax étroit, le cardia est difficilement abordable et 2° parce qu'on risquerait, par la dissection, de léser une veine coronaire, ce qui obscurcirait la visibilité du champ opératoire. Il est des cas où les nerfs s'aperçoivent immédiatement. Mais dans la majorité des cas, on ne voit rien à première vue. L'opérateur fixe un instant la face antérieure et il aperçoit, par transparence, sous la séreuse, un mince filet descendant perpendiculairement à la petite courbure ; c'est le nerf principal antérieur de la petite courbure. C'est ce filet sur lequel nous avons précédemment attiré l'attention. Il servira de jalon. L'opérateur le découvre et passant son crochet, il opère une traction sur ce dernier. Il remontera ainsi vers le cardia, en suivant la petite courbure. Chemin faisant, il découvre 3 ou 4 branches principales, cheminant le long de la petite courbure, mais toujours une est plus importante et donne des collatérales

généralement courtes, qui s'épuisent rapidement dans l'estomac, à l'exception d'une ou deux branches, descendant sur la face antérieure, dont l'une précisément vient de nous servir de jalon. Grâce au crochet, l'opérateur soulève le tronc principal d'où se détachent les branches collatérales. L'image ressemble assez exactement à une « arête de brochet ». Les nerfs ne sont pas sectionnés. Avec une pince sans griffes, on saisit un à un les filets, tout au voisinage de la paroi gastrique et l'on opère une traction brusque qui produit à la fois une élongation et un arrachement du filet. Les branches principales qui remontent vers le cardia sont déchirées de la même façon, par traction, à peu près au niveau de la 1^{re} collatérale visible, sans vouloir chercher à remonter très haut vers le cardia.

g) *Section des nerfs postérieurs*. — L'opérateur pratique le décollement colo-épiploïque et récline l'estomac vers le haut, maintenu et étalé par les deux aides. Il recherche d'une façon analogue les nerfs postérieurs. Il faut noter qu'ils sont généralement moins nombreux. On trouve ordinairement une branche avec quelques filets collatéraux.

h) *Nerfs hépato-pyloriques*. — Les nerfs qui vont au pylore viennent du foie en traversant l'épiploon gastro-hépatique. Tandis que les nerfs de la petite courbure sont importants et facilement repérables, ces petits nerfs sont beaucoup plus difficiles à voir. L'opérateur fixe la région pylorique et généralement aperçoit 3 ou 4 petits filets sous-séreux, descendant perpendiculairement au canal pylorique. S'il n'aperçoit rien, avec une sonde cannelée, il effondre le feuillet antérieur du petit épiploon en produisant une sorte de grattement juste sur le bord supérieur du pylore. Cette manœuvre fera découvrir les filets nerveux et même, si on ne les a pas vus, la sonde cannelée aura produit leur élongation et leur arrachement.

i) *Nerfs gastro-épiploïques droits*. — Ils sont encore beaucoup plus difficiles à trouver ; généralement, je les recherche avant la découverte des nerfs postérieurs de la petite courbure, avant de pratiquer le décollement colo-épiploïque, car dans cette dernière manœuvre, il peut arriver qu'on effondre plus ou moins le feuillet péritonéal gênant ainsi la recherche de ce nerf. Dans un tiers des cas, on voit un filet généralement unique, cheminant parallèlement à l'artère. Le plus souvent on ne voit rien. Il suffit alors de faire une section de l'artère entre deux ligatures, juste au niveau où celle-ci aborde la grande courbure. On est sûr ainsi d'avoir sectionné les filets sympathiques.

1. Anesthésie régionale par PARCHET et SOURDAT, 3^e édition, Doin, Paris, 1920.

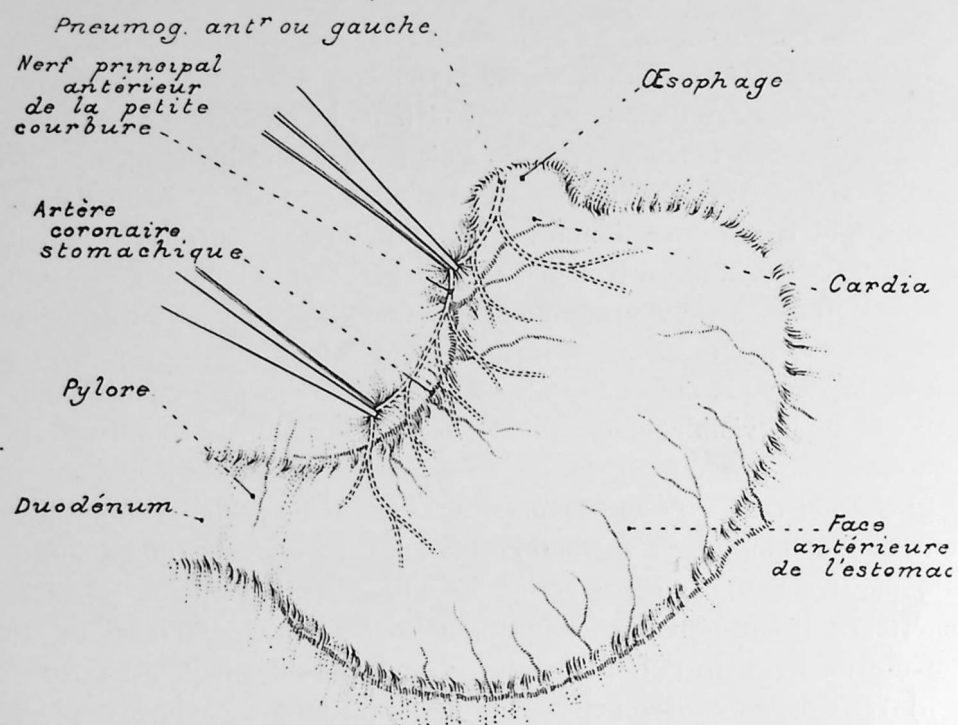


Fig. 40. — ÉNERVATION GASTRIQUE (Opération de LATARJET).
Découverte du nerf gastrique antérieur.

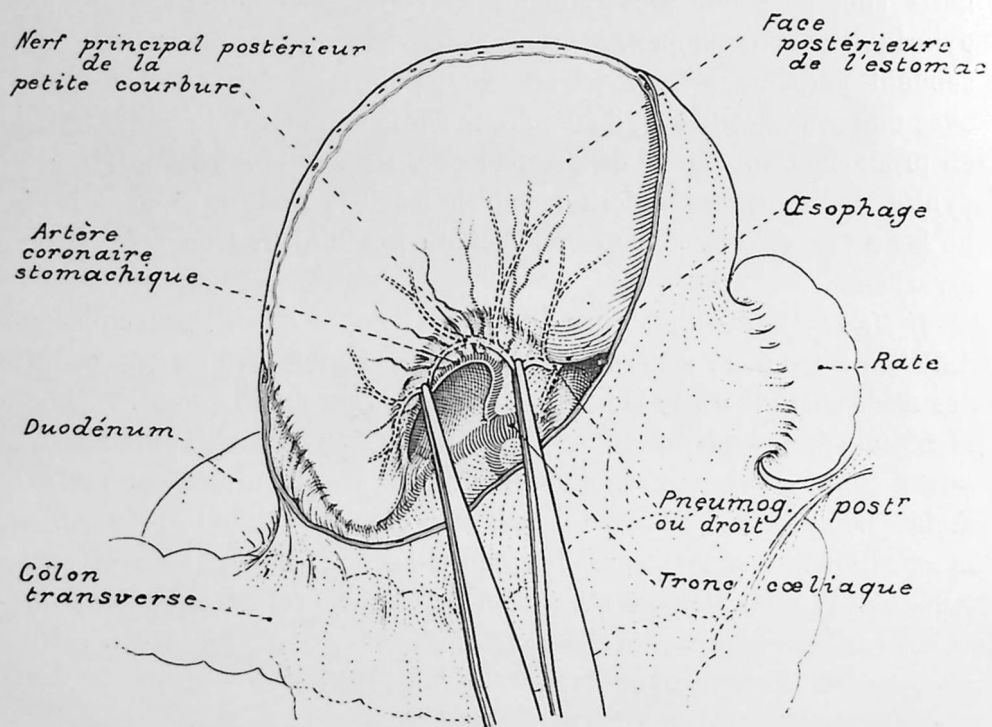


Fig. 41. — ÉNERVATION GASTRIQUE (Opération de LATARJET).
Résection du nerf gastrique postérieur.

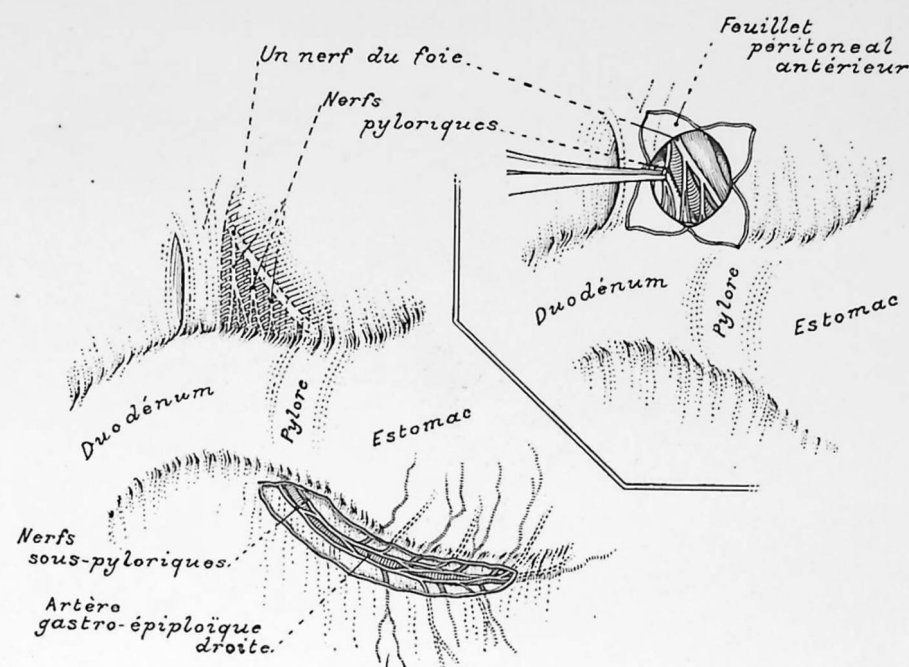


Fig. 42. — ÉNERVATION GASTRIQUE (Opération de LATARJET).
Découverte et résection des nerfs sus et sous-pyloriques. Remarquer que ces nerfs se dirigent perpendiculairement au pylore et au duodénum. On voit bien la terminaison en arête de brochet. Les nerfs pyloriques sont difficilement accessibles; il est nécessaire de réséquer, en même temps l'artère pylorique sur une longueur de quelques centimètres, pour être sûr de prendre les nerfs sus-pyloriques avec les vaisseaux.

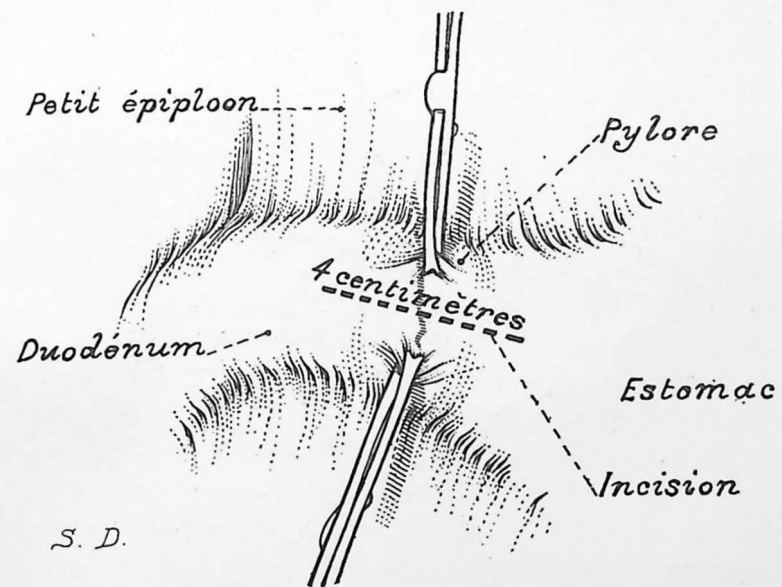


Fig. 43. — PYLOROPLASTIE.
Cette opération consiste à sectionner le pylore; l'incision porte sur 1 centimètre d'estomac et 1 centimètre du duodénum environ. Cette intervention est indiquée, soit en cas de sténose pylorique par ulcus duodénal, soit pour un simple spasme du pylore, alors qu'une lésion n'est point découverte. Cette opération est supérieure dans ce cas à la gastro-entérostomie.

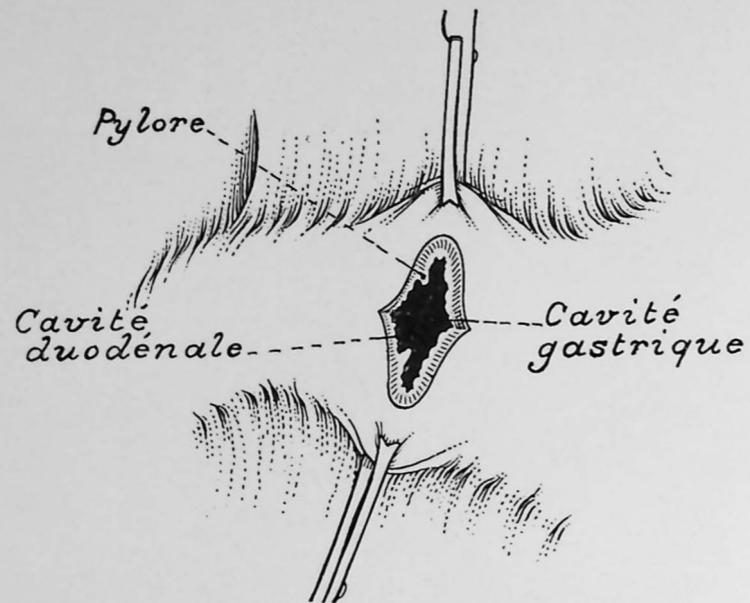


Fig. 44. — PYLOROPLASTIE.

La section des parois duodénales est faite. Remarquer l'aspect du pylore. Les sutures des lèvres transforment la section longitudinale en une section verticale.

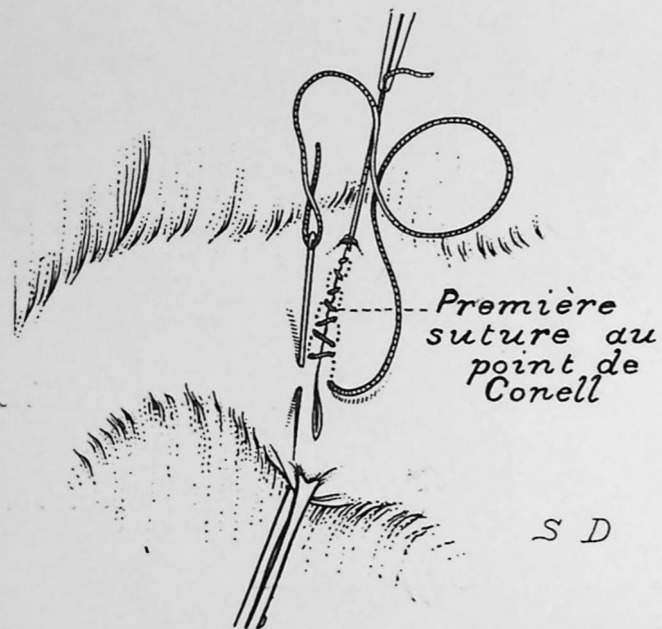


Fig. 45. — PYLOROPLASTIE.

Après hémostase soignée, l'opérateur pratiquera un premier plan de suture totale qui envagine la tranche gastrique vers la profondeur.

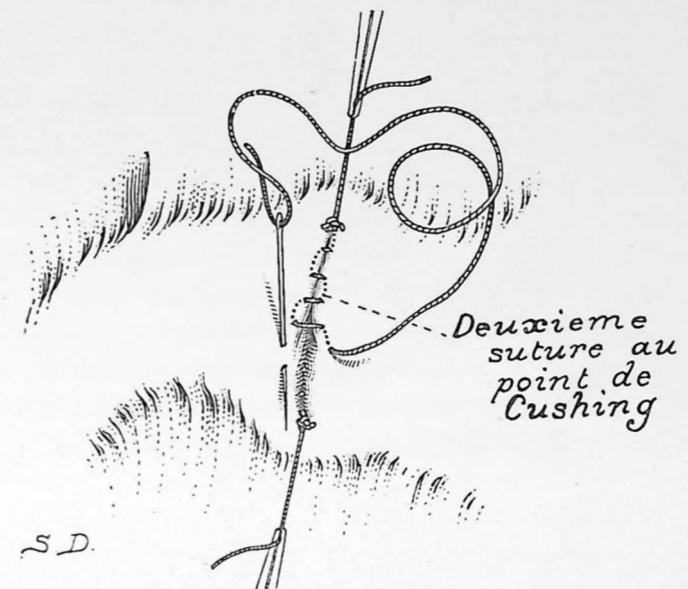


Fig. 46. — PYLOROPLASTIE.

Cette suture précédente pourrait suffire. Pour plus de sûreté, on pratique un point de suture supérieur, purement séro-séreux. Le lecteur remarquera que l'incision longitudinale transformée en une ligne verticale augmente d'autant les dimensions du pylore et facilite passage du contenu gastrique dans le duodénum.

RÉTRÉCISSEMENTS DUODÉNAUX OU SOUS-PYLORIQUES

Anatomiquement, le rétrécissement du pylore n'existe guère. Toute sténose dite pylorique provient soit du duodénum, soit de l'estomac. Nous ne pensons pas l'avoir jamais rencontré à titre de lésion primitive sur les centaines d'estomacs et duodénums que nous avons réséqués. Le rétrécissement dit pylorique est la conséquence soit d'un ulcère gastrique simple, calleux ou cancéreux, qui provoque le rétrécissement.

Les rétrécissements dits juxta-pyloriques sont tous, soit sus-pyloriques ou gastriques, soit sous-pyloriques, c'est-à-dire duodénaux.

Nous rappelons que l'ulcus duodéal est plus fréquent que l'ulcus gastrique, surtout chez l'homme. Sur quatre ulcus masculins, il y a trois ulcus duodénaux.

Quel traitement appliquer ?

La réponse dépend de plusieurs conditions :

a) *Comment se présente l'opération ?* — L'opérateur a-t-il un accès facile sur le duodénum ? Celui-ci est-il large ou mobilisable ? La grande courbure de l'estomac peut-elle être facilement amenée au contact du duodénum ? Celui-ci est-il large ou mobile, ce qui rend l'opération facile ? Il n'y a pas d'hésitation possible, il faut faire une *gastro-duodénostomie*. Le meilleur procédé consiste à fendre, dans leur longueur, le pylore, le duodénum, l'estomac, puis à transformer en une suture verticale, cette incision longitudinale qui commence sur l'antra pylorique et se continue sur le duodénum après avoir traversé le pylore, il faut transformer cette fente longitudinale en une ou plutôt deux sutures verticales parallèles, pour faire communiquer largement la première et la seconde portion du duodénum, avec la petite tubérosité de l'estomac. C'est la gastro-duodénostomie de Finney.

b) Le rétrécissement duodéal est guéri, souple, fibreux. Le processus

est éteint, il y a sténose, mais l'ulcère n'est plus en activité. Si l'ulcère est encore floride, l'opération idéale consiste dans *la résection du duodénum*. Cette résection sera surtout indiquée si en même temps il y a des hémorragies, des douleurs, parce qu'il y a présence ou risques de perforation. Mais alors l'opération est délicate; elle nécessite un certain entraînement chirurgical. Cette résection portera plus ou moins loin sur l'estomac suivant que le sujet est peu, ou pas, ou très hyperchlorhydrique.

Si le sujet est très peu hyperchlorhydrique, la résection n'aura pas besoin d'être étendue, on pourra même s'en dispenser et faire une gastro-entérostomie. Mais s'il y a forte hyperchlorhydrie, il faudra non seulement réséquer le duodénum mais une *grande partie d'estomac*, le plus d'estomac possible. Alors, comment terminera-t-on l'opération? Si le duodénum présente assez d'étoffe on pourra faire un bout à bout (Péan); si au contraire l'étoffe n'est pas suffisante, on fermera le duodénum en cul-de-sac et on fera une implantation gastro-jéjunale.

Dans tous les autres cas, on pratiquera la gastro-entérostomie; pure et simple et parmi ces gastro-entérostomies, celle qui est de beaucoup la meilleure reste toujours la gastro-entérostomie à anse courte. On la fera ou oblique, ou transversale, ou verticale (procédé de Ricard), cela n'a pas d'importance. L'essentiel est de prendre une anse courte; c'est celle qui videra le mieux le ventricule et donnera le moins de troubles. Si pour des raisons quelconques on doit faire une gastro-entérostomie antérieure (mésocolon gras), si on doit prendre une anse longue pour des raisons de difficultés, il faudra toujours la compléter par une jéjuno-jéjunostomie à l'aide du bouton de Villar, de façon qu'il n'y ait pas de cercle vicieux et que la bile s'écoule directement dans l'intestin. Ne jamais faire une gastro-entérostomie à anse longue sans faire en même temps une jéjuno-jéjunostomie.

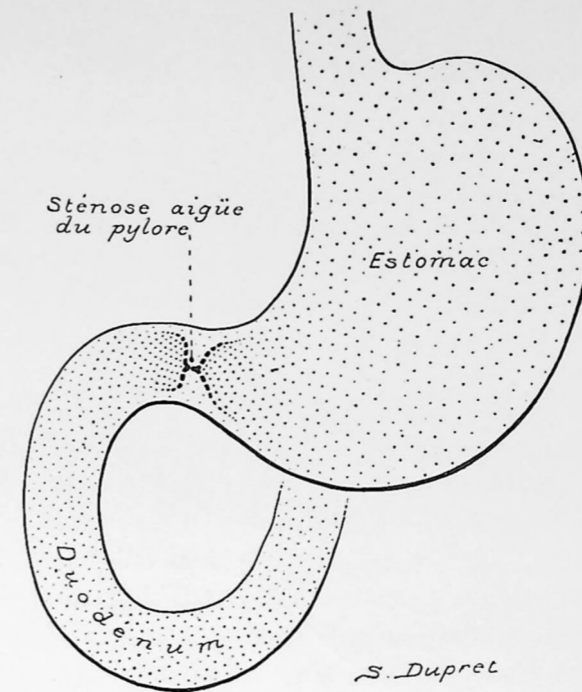


Fig. 47. — RÉTRÉCISSEMENT DE LA PREMIÈRE PORTION DUODÉNALE CONSÉCUTIF A UN ULCÈRE CICATRISÉ.

C'est la cause habituelle de la sténose serrée du pylore.

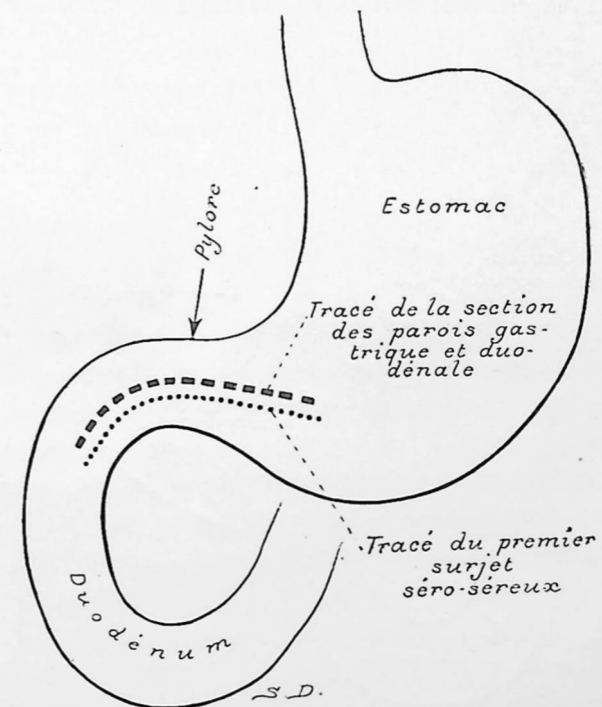


Fig. 48. — RÉTRÉCISSEMENT DE LA PREMIÈRE PORTION DUODÉNALE CONSÉCUTIF A UN ULCÈRE CICATRISÉ.

Ici l'opération la plus simple. L'opérateur commencera par faire un surjet unissant la première portion du duodénum et une partie de la seconde, avec la face antérieure de l'estomac, le plus près possible de la grande courbure. Le pointillé le plus fin indique la place du premier surjet (voir fig. 49). Le pointillé plus gros correspond à la section des parois gastrique ou duodénale.

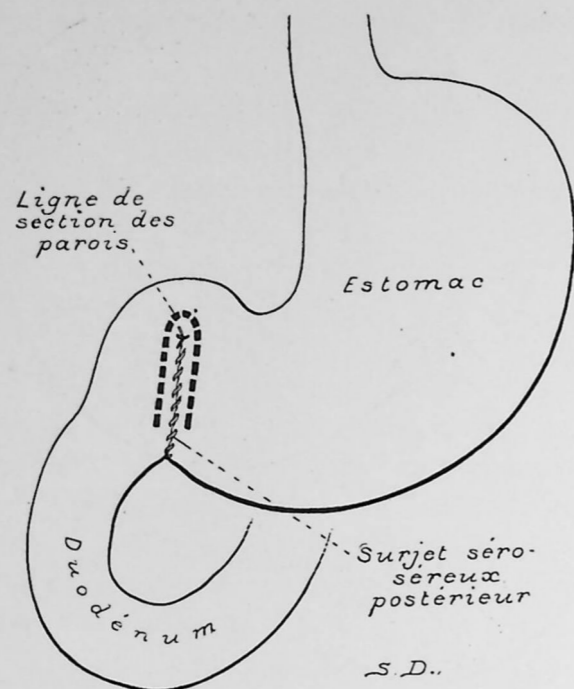


Fig. 49. — RÉTRÉCISSEMENT DE LA PREMIÈRE PORTION DUODÉNALE CONSÉCUTIF A UN ULCÈRE CICATRISÉ.

Surjet séro-séreux unissant la grande courbure de l'estomac et la paroi duodénale (première portion et une partie de la seconde); le pointillé indique la section du rétrécissement des parois saines de l'estomac et du duodénum. Cette section sera menée à 2 ou 3 millimètres de la suture.

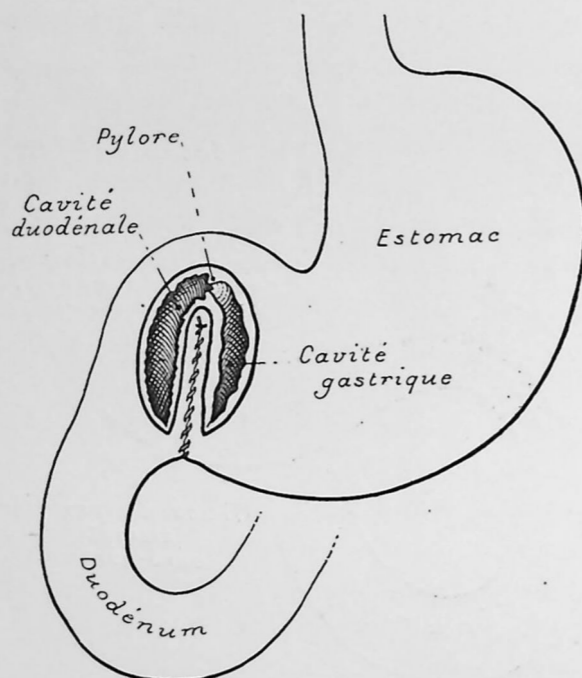


Fig. 50. — RÉTRÉCISSEMENT DE LA PREMIÈRE PORTION DUODÉNALE CONSÉCUTIF A UN ULCÈRE CICATRISÉ.

Aspect des organes après que la section a été faite sur le duodénum, l'estomac et le rétrécissement.

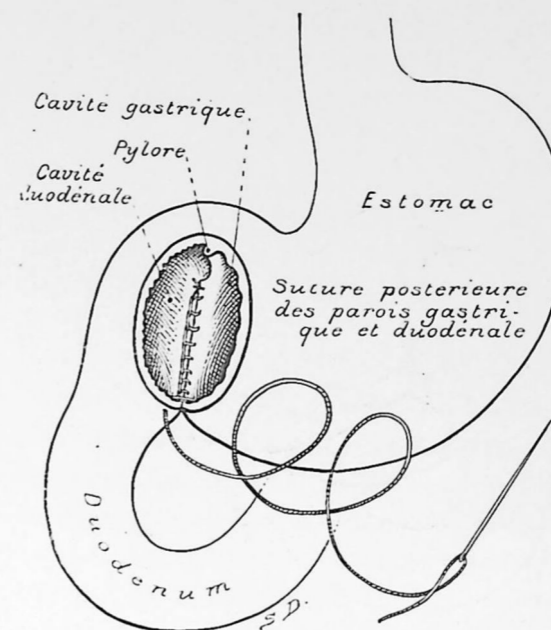


Fig. 51. — RÉTRÉCISSEMENT DE LA PREMIÈRE PORTION DUODÉNALE CONSÉCUTIF A UN ULCÈRE CICATRISÉ.

Suture de la tranche postérieure de la gastro-entérostomie.

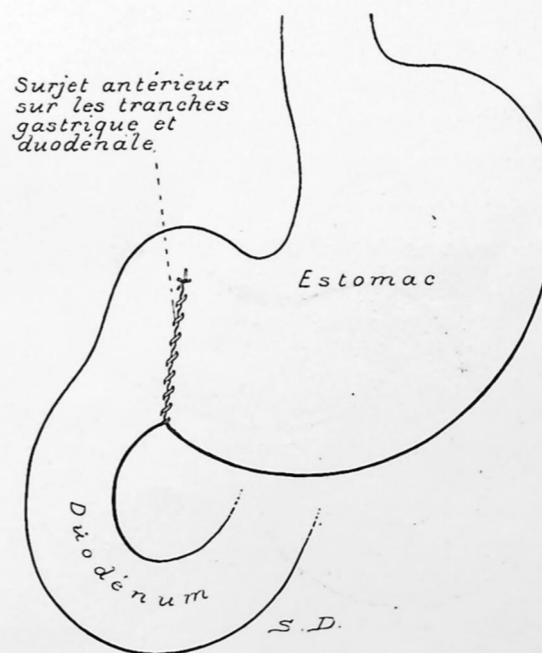


Fig. 52. — RÉTRÉCISSEMENT DE LA PREMIÈRE PORTION DUODÉNALE CONSÉCUTIF A UN ULCÈRE CICATRISÉ.

Aspect du surjet total antérieur, réunissant les tranches gastrique et duodénale.

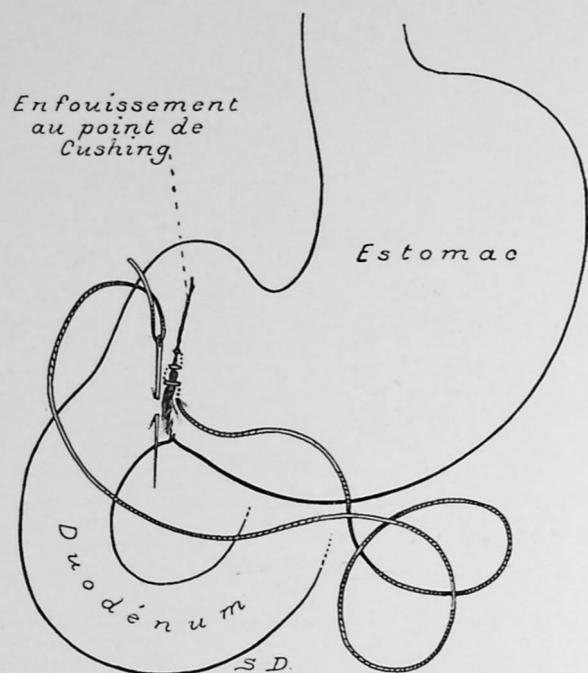


Fig. 53. — RETRÉCISSEMENT DE LA PREMIÈRE PORTION DUODÉNALE CONSÉCUTIF A UN ULCÈRE CICATRISÉ.

Enfouissement du surjet précédent au point de Cushing. La suture est invisible.

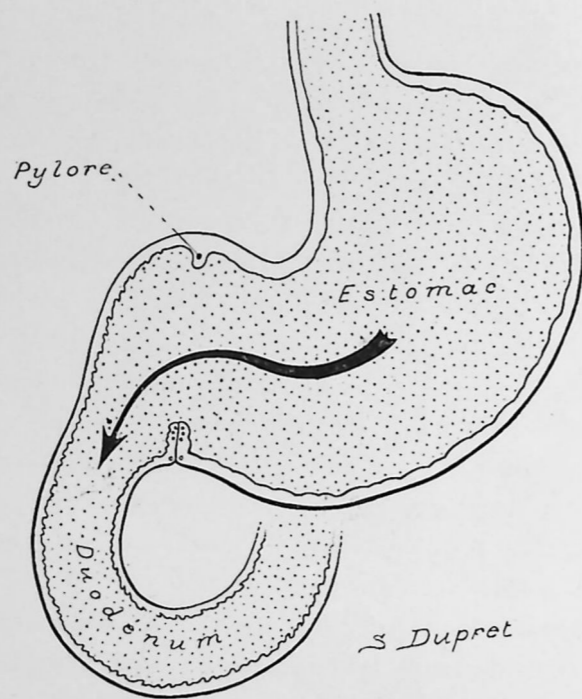


Fig. 54. — RETRÉCISSEMENT DE LA PREMIÈRE PORTION DUODÉNALE CONSÉCUTIF A UN ULCÈRE CICATRISÉ.

Aspect des organes après la gastro-duodénostomie. C'est la façon la plus logique de traiter le rétrécissement de la paroi duodénale.

V

FISTULE DE DÉRIVATION SUR LE GRÊLE

La fistulisation temporaire de l'intestin grêle est réalisée par l'introduction d'un tube de caoutchouc étroit (n° 25) dans l'intestin grêle et par la fixation de l'anse perforée à la paroi abdominale. Elle est à deux fins différentes : tantôt pour drainer l'intestin, tantôt pour nourrir le malade.

Par cette fistule, on peut, soit introduire de l'eau sucrée, goutte à goutte, pour remonter l'état général du malade, ou le nourrir, soit évacuer les gaz en cas d'occlusion, soit préserver une suture rapprochant une anastomose en aval, soit prévenir l'occlusion si une anastomose risque de fonctionner imparfaitement.

Deux objections seront faites à cette pratique :

a) *La suture de l'anse grêle à la paroi abdominale peut prédisposer à une coudure ultérieure et à une occlusion intestinale.*

b) *Il peut persister une fistule grêle définitive.*

Les deux objections sont justes ; elles tombent devant ce fait que rien n'est plus facile que de supprimer la fistule et l'adhérence de l'intestin, si une indication de le faire se présente.

En général, l'adhérence intestinale à la paroi disparaît seule. Nous avons eu l'occasion de réopérer, à une date éloignée, des malades chez lesquels une fistule semblable avait été faite ; l'intestin s'était complètement détaché de la paroi abdominale. Nous avons eu également l'occasion fréquente de fermer ces fistules, pour obtenir une guérison plus rapide. Quatre ou cinq jours après la fixation, les adhérences étaient molles et la fermeture de l'intestin facile.

Ces deux objections n'ont donc aucune valeur en regard de la sécurité apportée dans certaines conditions par ce complément opératoire.

INDICATIONS. — *Jéjunostomie.* — Si un ulcus gastrique est inopérable, autrement dit, si l'intervention paraît trop grave et s'il faut, en attendant une cure radicale, soutenir et remonter l'état général du malade, il est

parfois indiqué de pratiquer une jéjunostomie préalable, suivie de la fixation de l'anse convexe à la paroi. Par la sonde, on pourra nourrir le sujet par le goutte à goutte, par des repas successifs, jusqu'au jour où il sera assez résistant pour supporter une cure radicale. La fistule sera alors facile à supprimer.

La jéjunostomie est encore indiquée chez un sujet *in extremis*, qui a subi une gastro-entérostomie et chez lequel on ne peut compter sur la résorption immédiate des liquides ingurgités. Concurrément à la gastro-entérostomie, il faut faire une jéjunostomie et commencer l'instillation goutte à goutte immédiatement. Au bout de huit jours, — ou plus tard — on supprime la sonde, la fistule se ferme spontanément.

Après une occlusion intestinale. — En cas de volvulus du grêle, l'opérateur réduit la torsion, mais l'état général est précaire, le péristaltisme intestinal ralenti; le malade meurt de stercorémie, malgré que l'obstacle soit supprimé. Dans ces conditions, si on pratique une fistule sur le grêle, l'écoulement des liquides, des gaz, est immédiatement assuré. De plus, l'infirmière peut introduire du liquide goutte à goutte pour hydrater le malade. Dès que le cours des matières paraît rétabli, on supprime la sonde. La fistule se ferme spontanément, ou chirurgicalement. Il peut être nécessaire de suturer rapidement l'intestin car les sucs digestifs risqueraient de se perdre dans le pansement; cette déperdition jointe à l'auto-digestion de la peau affaiblirait le patient.

Le moindre écoulement doit être de suite tari. Dans ce but le chirurgien fait sauter quelques points de suture, extériorise l'anse grêle et la ferme. Tous les cas opérés ainsi par nous ont guéri.

Après les opérations pour la stase intestinale chronique. — La stase intestinale chronique est un état pathologique d'une extrême fréquence. C'est la source principale de l'auto-intoxication par stercorémie. Cet état provoque les migraines, la fatigue générale, la dépression, l'amaigrissement, donne naissance à de nombreux troubles (ulcus gastrique ou duodénal, appendicite chronique), prépare la bactériurie, l'éclampsie, l'épilepsie, certaines psychoses, le rhumatisme chronique, la tuberculose et le cancer.

Cette maladie est une des plus répandues. Elle est l'origine d'un très grand nombre de maux et doit être traitée chirurgicalement dans un grand nombre de cas. Les opérations consistent en la libération des adhérences qui gênent le péristaltisme de l'intestin, en la suppression des coutures qui gênent le transit normal des matières, ou bien en l'application d'une iléo-sigmoïdostomie, d'une cæco-sigmoïdostomie ou d'une colectomie. Après la colectomie, la cæco-sigmoïdostomie, l'iléo-sigmoïdostomie, le cours des matières se rétablit généralement de suite

par l'anastomose, *mais pour des raisons que nous ignorons*, des signes d'occlusion peuvent se montrer pendant les jours qui suivent l'intervention, quelle que soit la technique employée. Quand on prévoit des cas semblables et peut-être même dans tous les cas systématiquement, on fera bien de créer une fistule temporaire sur l'iléon. La dernière anse grêle est fixée à la paroi, une sonde Nélaton ou un tube de caoutchouc est introduit dans sa cavité; au bout de cinq ou six jours, alors que le cours des matières est redevenu normal, on supprime la sonde et la guérison s'effectue sans incident.

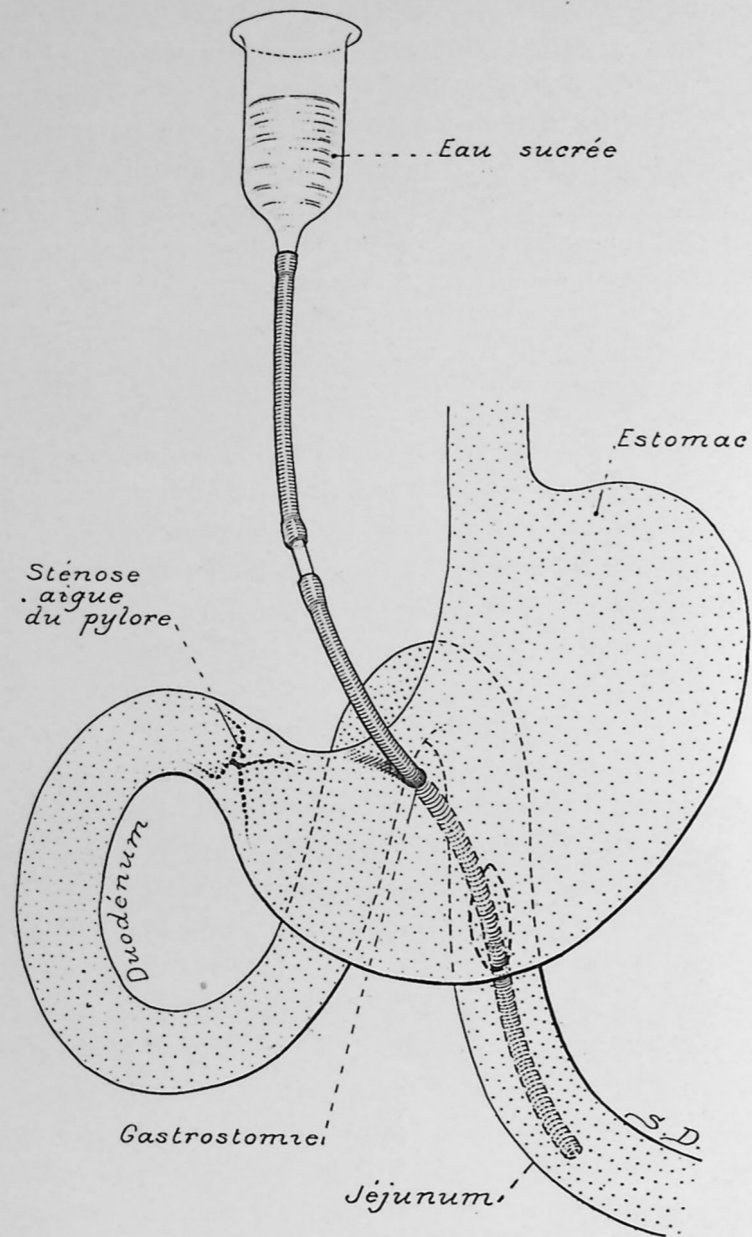


Fig. 55. — CHIRURGIE GASTRIQUE CHEZ LES CACHECTIQUES DÉSHYDRATÉS.
Gastro-entérostomie, par le procédé de Ricard (suspension verticale) suivie d'une gastrotomie.
La sonde Nélaton introduite dans l'estomac et filant dans le jéjunum par la bouche anastomotique, permet, par un goutte à goutte immédiat, de réhydrater le malade. Cette introduction de liquide est plus efficace qu'une injection de sérum ou le goutte à goutte rectal. Très rapidement d'ailleurs, on peut remplacer l'eau sucrée par du lait ou des liquides nourrissants, rapidement absorbés par l'intestin. Certains malades trop affaiblis n'ont plus assez de vitalité pour s'alimenter, immédiatement après l'opération. Dès que le malade prend, par la bouche, une quantité d'aliments suffisants, la sonde est supprimée. La fermeture est immédiate.

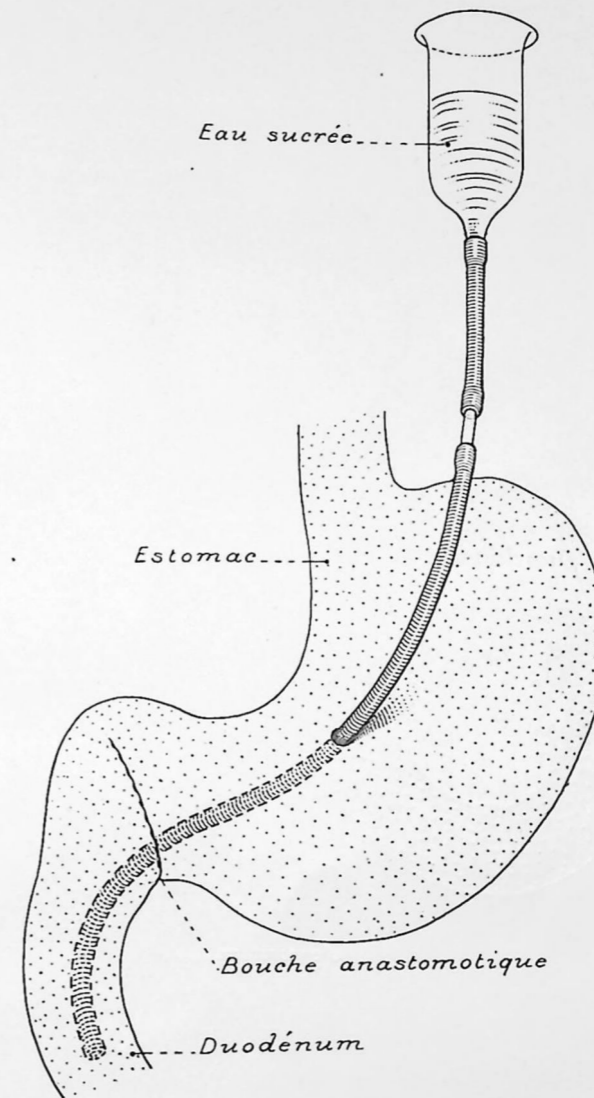


Fig. 56. — CHIRURGIE GASTRIQUE CHEZ LES CACHECTIQUES DÉSHYDRATÉS.
Instillation gastrique post-opératoire immédiate après gastro-duodénostomie.
La gastro-duodénostomie est supérieure à la gastro-entérostomie. Elle ne peut, comme la précédente, produire des ulcés jéjunaux.

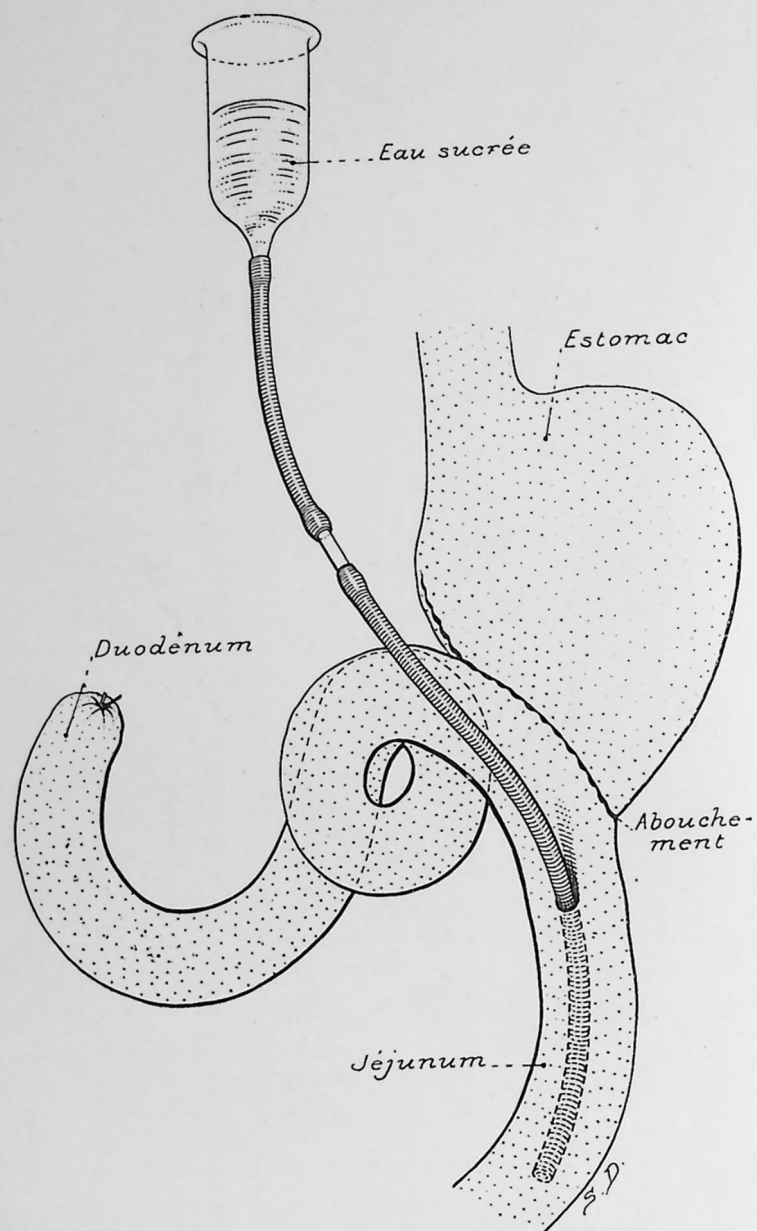


Fig. 57. — CHIRURGIE GASTRIQUE CHEZ LES CACHECTIQUES DÉSHYDRATÉS.
Instillation jéjunale post-opératoire, après gastrectomie.

La sonde a été introduite directement dans le jéjunum, car l'estomac est trop rétracté pour permettre une gastrostomie. Le jéjunum est en contact direct de la ligne médiane opératoire; c'est par là qu'on va introduire la sonde après gastrectomie large.

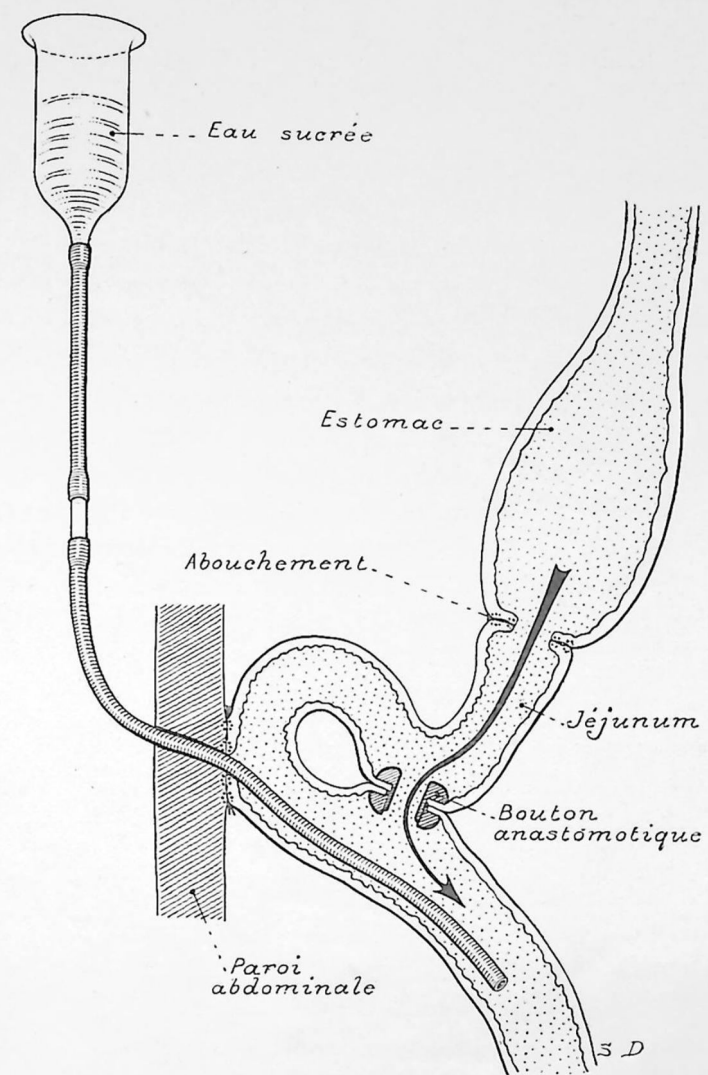


Fig. 58. — CHIRURGIE GASTRIQUE CHEZ LES CACHECTIQUES DÉSHYDRATÉS.
Jéjunostomie temporaire après gastrectomie, suivie de jéjuno-jéjunostomie.
La rétraction de l'estomac est trop grande pour permettre la gastrostomie.
L'anastomose au bouton empêche la bile de refluer par la sonde et par l'orifice.

L'ANUS CÆCAL

Ses indications sont multiples :

- a.* Occlusion intestinale aiguë ou chronique, par tumeur du gros intestin.
- b.* Infection du gros intestin : colite ulcéreuse, recto-colite. Cette dérivation des matières arrête l'irritation des parois intestinales. Par l'anus, des injections modificatrices peuvent être introduites.
- c.* Dérivation pré-opératoire des matières avant une colectomie. Elle assure la désinfection préalable de ce dernier, et prévient l'infection post-opératoire.
- d.* Dérivation post-opératoire, après une colectomie ou une amputation du rectum ; à la suite de l'extirpation totale du rectum, même si on a fait un anus terminal gauche, une cæcostomie est très utile car elle permet l'échappement des gaz pendant quelques jours.

Il faut distinguer, de l'anus cæcal :

- a.* L'*appendicostomie* qui ne dérive aucune matière et sert simplement à faire des lavages du gros intestin en cas de colite ou de recto-colite grave.
- b.* La *fistule cæcale de dérivation* ; cæcostomie étroite, par laquelle un tube de caoutchouc dérive partiellement les matières et tous les gaz, pour préserver la suture du côlon, après une colectomie segmentaire. Le tube de caoutchouc, gros comme un doigt, traverse à frottement la paroi cæcale ; quand on le retire, la fistule se ferme seule.
- c.* L'*anus cæcal proprement dit* est une bouche très large qui dérive le plus possible de la totalité des matières ; il constitue un état extrêmement désagréable pour le malade et son entourage, mais offre le grand avantage de réaliser une dérivation complète. C'est le procédé le meilleur quand on veut pratiquer secondairement une colectomie, de façon à désinfecter le bout intestinal qui va être supprimé. C'est également une bonne pratique en cas d'occlusion intestinale grave, alors qu'il y a intérêt à ce que le drainage se fasse abondamment et immédiatement.

Un anus cæcal, quel qu'il soit, sera toujours temporaire, mais encore faut-il que sa fermeture soit aussi simple que possible, et que sa présence soit aussi tolérable que possible.

Ces différentes façons de faire l'anus ont une grosse importance au point de vue du traitement ultérieur. En effet, si on fait une *appendicostomie* simple, il suffit de supprimer la sonde intra-appendiculaire pour que la fistule se ferme d'elle-même. Si on pratique une simple fistulisation du cæcum (cæcostomie étroite), la suppression pure et simple de la sonde suffit aussi pour que la fermeture spontanée s'opère. Mais si on fait une large cæcostomie, — un anus cæcal — il faut refermer ce dernier. Certes, cette opération n'est ni délicate, ni risquée pourvu qu'on la pratique convenablement. A ce sujet, je rappelle que, pour la fermeture de l'anus cæcal, il faut extérioriser complètement le cæcum; la suture se fera hors du ventre, l'intestin sera ensuite réintégré dans l'abdomen en péritoine libre. Cette opération est absolument sans danger si elle est bien faite. L'anesthésie locale suffit.

Pour comprendre les différents temps de l'anus cæcal large, il suffit de regarder les figures ci-jointes.

Dès que l'anus sera ouvert, avoir soin de protéger la peau avec du dermatol ou une pommade quelconque; l'essentiel est de renouveler souvent cette pommade. Le malade devra faire lui-même ses pansements. Si le sujet est couché, ce n'est pas un bandage qui sera appliqué sur le ventre, mais un cerceau qui tient le drap éloigné. Quand le sujet se lèvera et vaquera à ses occupations, il portera un appareil (toujours insuffisant et incontinent). Heureusement, l'anus cæcal n'est jamais définitif; il ne peut être que provisoire.

Donc, quand l'anus cæcal aura été nécessaire, il faudra le supprimer dès que l'opération complémentaire sera possible et le remplacer par une iléo-sigmoïdostomie ou le fermer sans autre opération suivant le cas. S'il s'agit d'une lésion inopérable du gros intestin (sigmoïde), on remplacera l'anus cæcal par un anus iliaque. *On ne laissera jamais à demeure un anus cæcal*, infirmité pénible. Les autres anus sont supportables, surtout s'ils sont continents. L'anus cæcal n'est jamais continent; c'est une infirmité répugnante, par suite de l'écoulement constant de matières liquides, en dépit des meilleurs appareils. Au contraire, l'anus iliaque est une infirmité acceptable; la rééducation de l'anus artificiel permet au sujet de vaquer à ses occupations, sans gêne. La plupart des opérés ne portent pas d'appareil. Certaines opérations plastiques (Lambret, Cunéo) assurent la continence d'une façon constante et complète.

Quand l'anus cæcal précède l'hémi-colectomie droite (cancer ou tuberculose du cæcum ou du côlon ascendant) il sera supprimé avec le segment cæco-colique à réséquer.

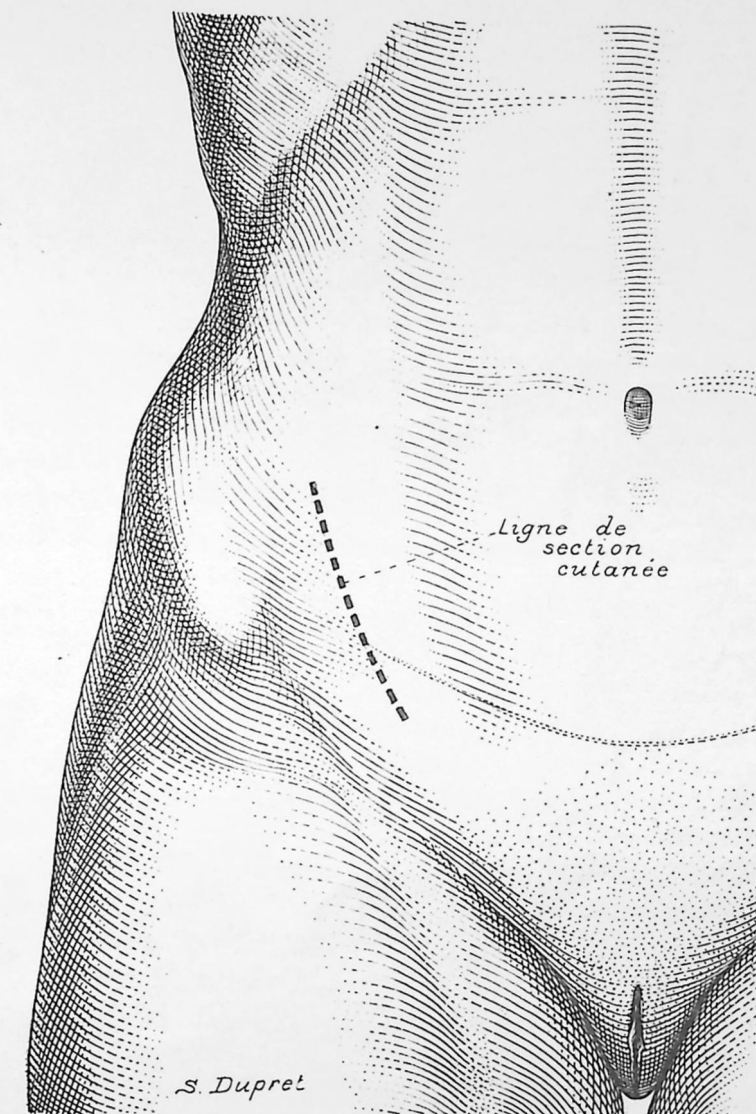


Fig. 59. — ANUS CÆCAL. — INCISION.

Cette incision de la peau est la même que pour l'appendicectomie.

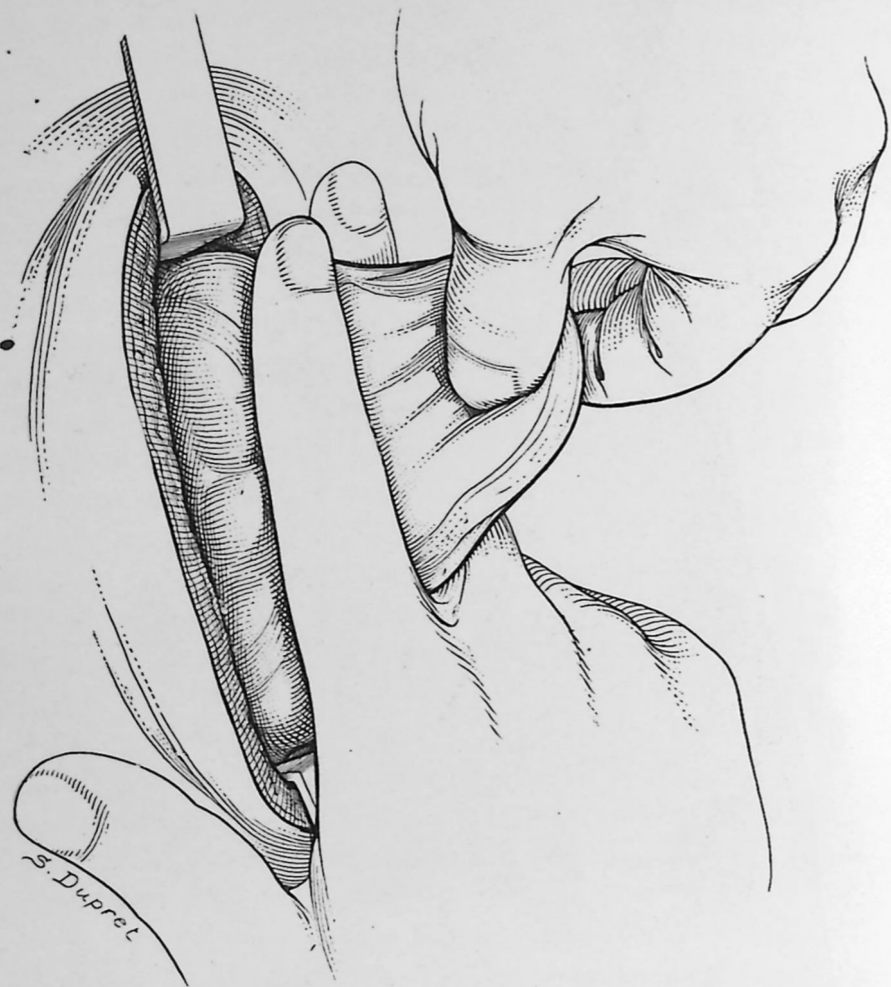


Fig. 60. — ANUS CÆCAL.

L'aponévrose a été sectionnée dans toute sa longueur. Les muscles ont été également sectionnés dans le sens de l'incision, contrairement à ce que l'on fait pour l'anūs iliaque. L'opérateur cherche à rendre l'anūs cæcal le plus incontinent possible, de façon à opérer une dérivation complète; au lieu de faire la dissociation musculaire, il sectionne les muscles. Cette section d'ailleurs est sans importance, puisque l'anūs cæcal est toujours temporaire et puisque, lors de la fermeture, le chirurgien pratiquera la libération intégrale de la paroi. Les doigts expriment les matières contenues dans le cæcum.

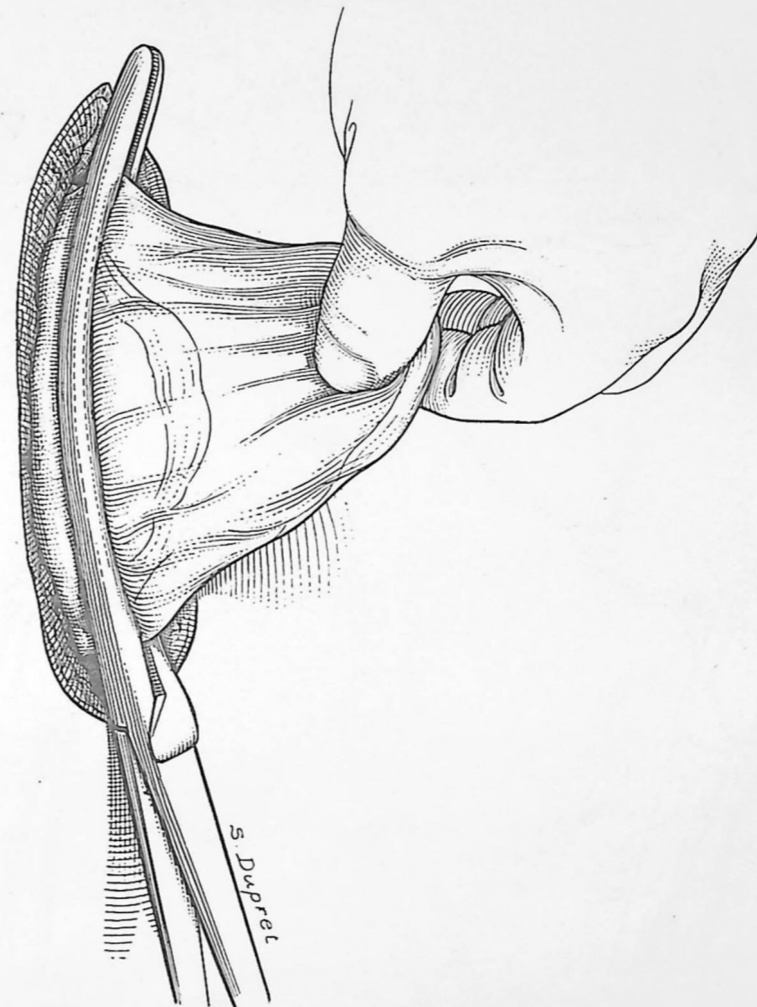


Fig. 61. — ANUS CÆCAL.

Le cæcum bien vidé de son contenu par expression, est comprimé par un clamp intestinal; remarquer que la compression s'exerce de façon à ménager les deux extrémités de l'instrument qui doivent déborder la plaie.

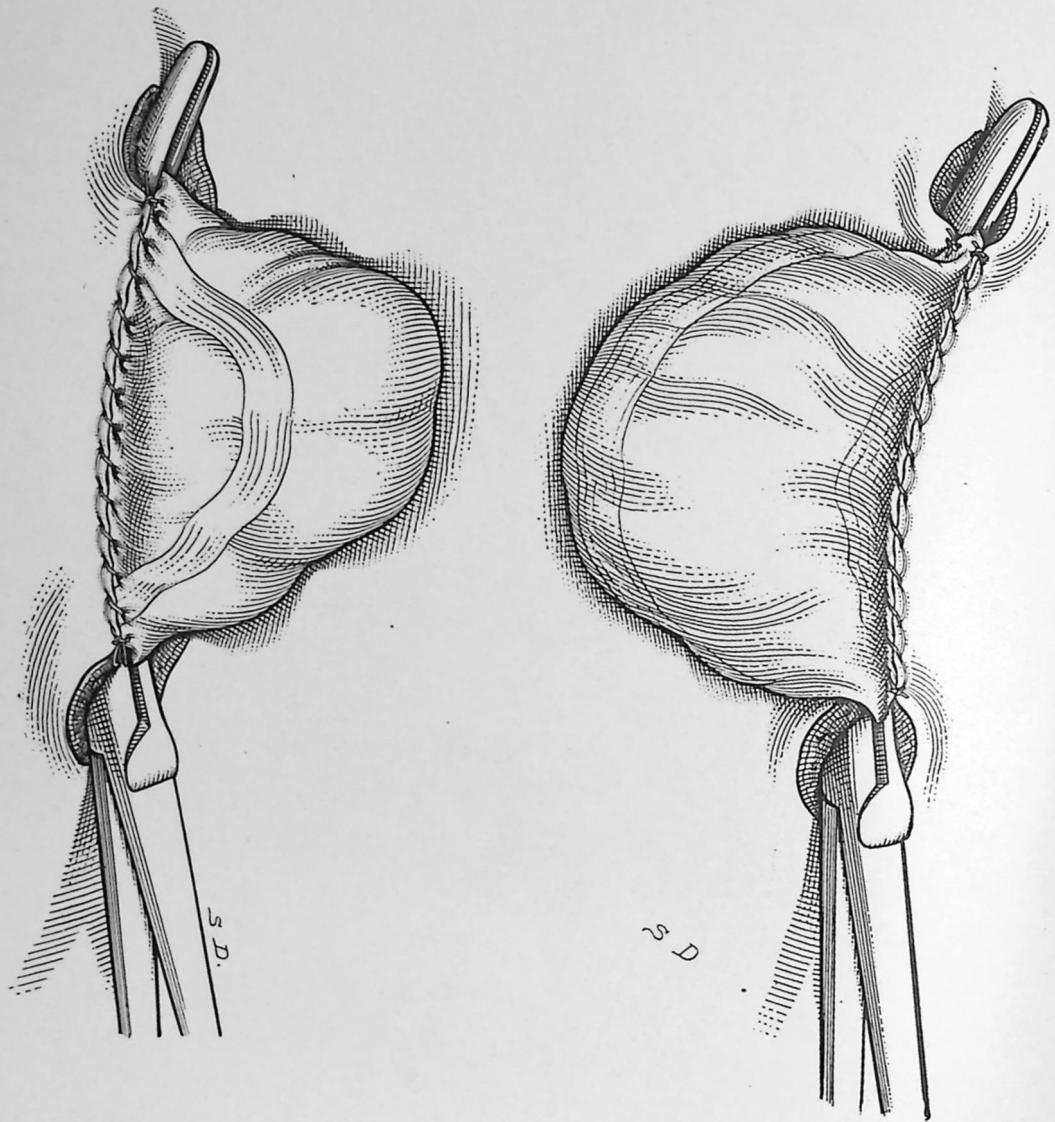


Fig. 62. — ANUS CÆCAL.
Deux surjets au catgut fin sont menés sur cha-
cune des faces du cæcum qui est uni à la
peau, rien qu'à la peau; le clamp reste en
place

Fig. 63. — ANUS CÆCAL.
Surjet au catgut sur la face gauche:
le clamp reste en place.

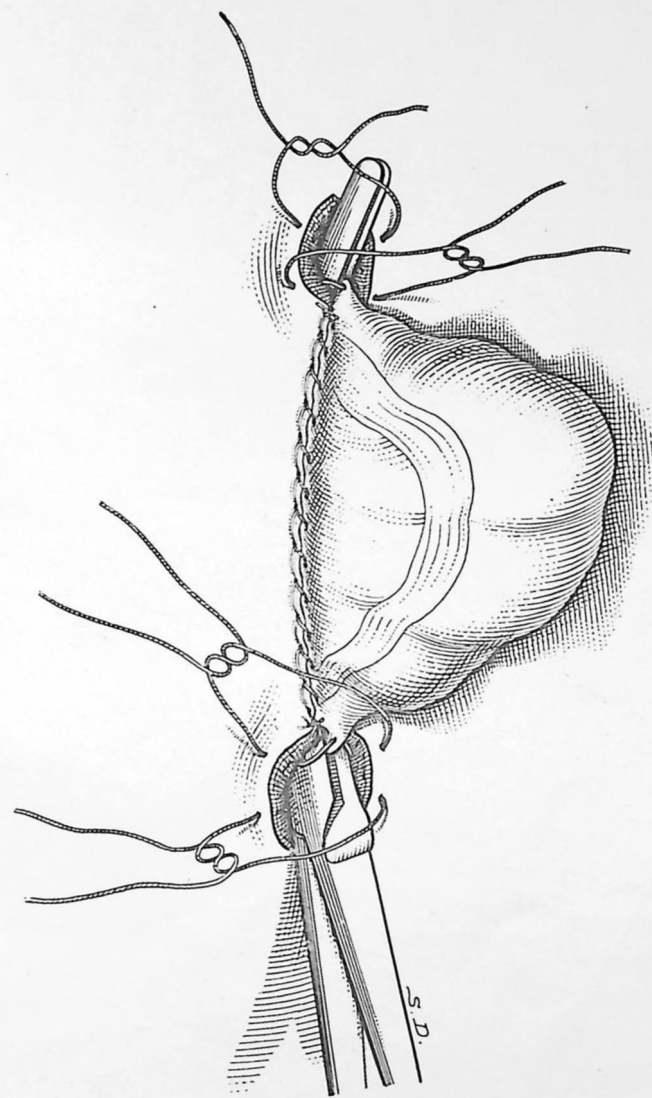


Fig. 64. — ANUS CÆCAL.
Avant de retirer le clamp, l'opérateur passe aux deux extrémités, quatre points séparés qui
ne sont pas serrés; le point ne prend que la peau et la graisse près du cæcum; la paroi
de l'organe est traversée également.

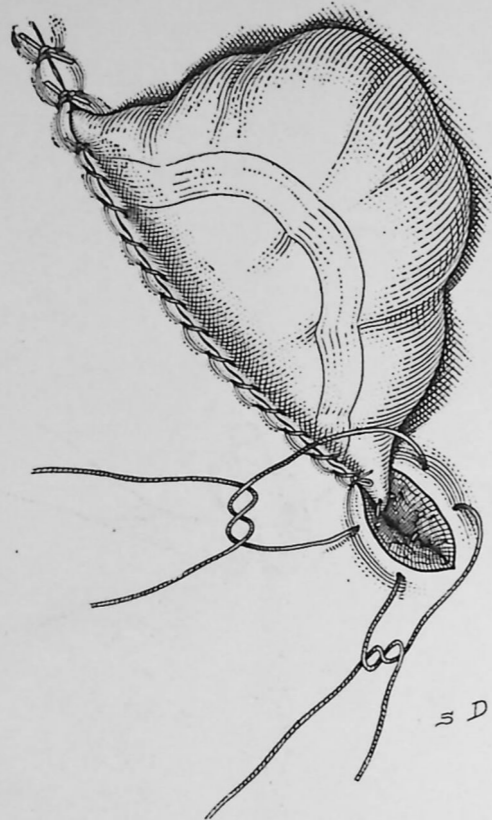


Fig. 65. — ANUS CÆCAL.

Le clamp est retiré; les deux points séparés du haut sont serrés: ceux du bas vont être serrés également.

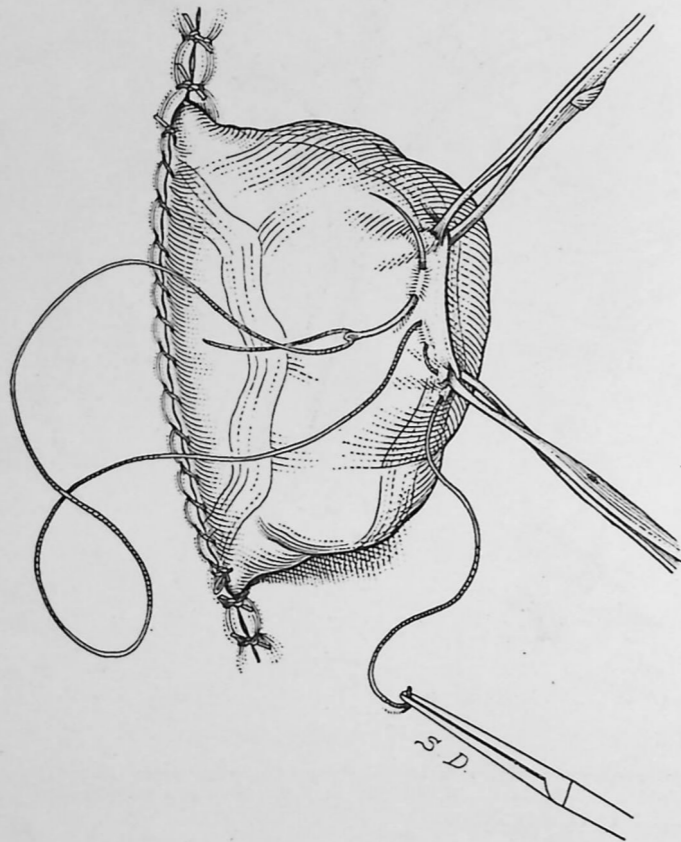


Fig. 66. — ANUS CÆCAL.

Une suture en bourse séro-séreuse est menée au sommet du cæcum. Remarquer que ce dernier sort largement hors du ventre.

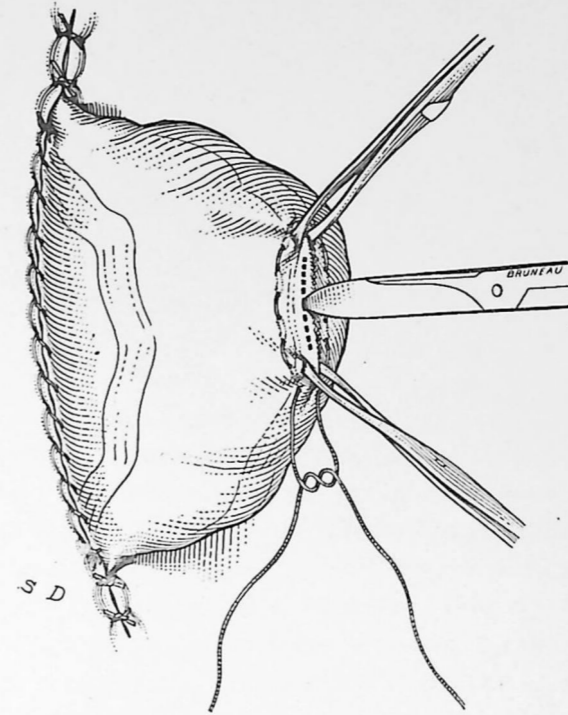


Fig. 67. — ANUS CÆCAL.

Ouverture du cæcum, au centre de la suture en bourse.

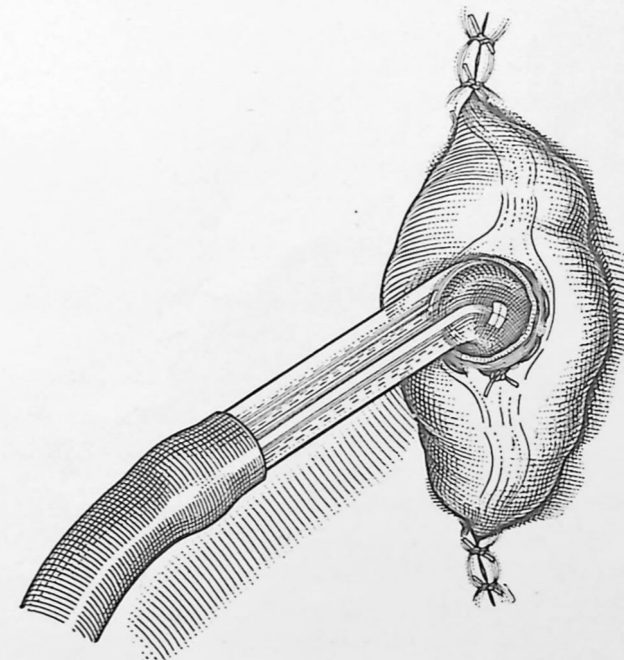


Fig. 68. — ANUS CÆCAL.

Un tube de verre est serré dans la ligature en bourse pour dériver les matières dans un seau près du lit.

TRAITEMENT DES TUMEURS DU COLON GAUCHE

Faut-il réséquer, ou anastomoser un gros intestin atteint d'occlusion intestinale? — Non, se contenter de pratiquer un anus cæcal et c'est seulement quand le drainage parfait est obtenu, après que l'intestin aura été décongestionné, que la cure radicale pourra être tentée. En cas d'occlusion aiguë par cancer, il ne faut pas pratiquer de laparotomie exploratrice. C'est seulement quelques semaines après la cæcostomie, quand le sujet sera désintoxiqué et réalimenté, qu'on pourra penser à l'exérèse chirurgicale.

Avant d'« opérer un côlon », il est nécessaire de *préparer* le malade. Administrer de l'huile de ricin, associée à la belladone et à l'opium pour supprimer le spasme intestinal et rendre le laxatif plus efficace. En même temps que l'huile de ricin, il faudra administrer une pilule de bleu de méthylène ou une cuillerée à soupe de charbon végétal, puis surveiller l'apparition de la substance colorante dans les selles. Le charbon doit apparaître dans les vingt-quatre ou trente-six heures après, sinon c'est que l'intestin n'a pas été évacué et il faut recommencer (Lockhart-Mummery). En même temps, administrer des antiseptiques intestinaux, ou des ferments lactiques. Administrer parallèlement de l'huile de paraffine, pour amollir les matières. Pendant cette période préparatoire, le sujet pourra être nourri d'une façon normale. Laisser trois jours de repos entre les purgatifs et l'opération. Se garder de purger la veille de l'intervention. La perte d'une semaine pour préparer le malade réalise un gain pour la convalescence post-opératoire.

POSITION ET INCISION. — Incliner légèrement le patient sur son côté droit et le caler dans cette position avec des sacs de sable.

Pour les tumeurs du côlon gauche (les plus fréquentes), faire une incision oblique, partant de la ligne médiane, à 4 centimètres environ au-dessus du pubis et se terminant à l'angle inférieur de la 12^e côte,

comme si on voulait découvrir l'uretère. Couper la peau, l'aponévrose abdominale, — ne pas couper le muscle grand droit qui est simplement récliné vers la droite.

Les avantages de cette incision¹ sont les suivants :

- a. Exposition large du côlon et de la fosse lombaire ;
- b. Chute de l'intestin grêle vers le côté droit, de telle sorte qu'il ne gêne pas l'opérateur ;
- c. Section d'une épaisse paroi musculaire qui se cicatrisera rapidement ;
- d. Absence de section nerveuse ;
- e. Facilité de libérer l'angle splénique ;

Pour faire cette incision, il faut être sûr du diagnostic, sinon il est mieux de pratiquer l'incision médiane.

Procédés d'anastomoses pour la réparation du côlon après colectomie.

— *Faut-il employer le bouton?* — Le bouton est parfait pour l'iléo-sigmoïdostomie. En principe, il ne vaut rien pour la colectomie ; parce que :

- a. Le bouton n'est pas toujours éliminé ; il faut alors une opération secondaire pour l'enlever.
- b. L'orifice qu'il laisse est petit.

Le bouton qui peut avoir ses indications pour l'iléon n'est donc pas à recommander pour le gros intestin. Ici, recourir à l'anastomose par sutures.

Faut-il faire une anastomose latéro-latérale ou bout à bout, termino-terminale? — L'anastomose latéro-latérale est plus populaire parce qu'elle est plus facile. Pour un chirurgien entraîné qui ne se dérobe pas aux difficultés, elle est à déconseiller, parce que :

- a. Elle nécessite une plus grande longueur d'intestin, donc une excision moins complète, l'opérateur ménage de « l'étoffe » pour faire l'anastomose ;
- b. L'opération est plus longue que les anastomoses bout à bout ;
- c. Cette suture n'est pas anatomique ;
- d. Les deux extrémités fermées en cul-de-sac peuvent amener des troubles à la suite de leur allongement secondaire.

Sans doute, la termino-terminale est plus délicate. Les cas de désunion post-opératoire qui ne se produisent jamais sur l'iléon, sont fréquents sur le gros intestin. On conclut que cette désunion est due à ce que les matières sont septiques et dures² ; c'est faux. *La raison de la*

1. LOCKHART-MUMMERY. Chirurgie du côlon et du rectum, 1923. Baillière, éditeur, Londres.

2. Toutes ces raisons sont très bien exposées dans le remarquable livre de LOCKHART-MUMMERY (de Londres). Chirurgie du côlon et du rectum, éditeur Baillière, Londres.

désunion colique tient à l'état de vascularisation plus pauvre de ses parois ; sur l'intestin grêle, en effet, il y a une anastomose très large entre tous les vaisseaux qui nourrissent sa paroi ; sur le côlon, la vascularisation est plus faible et *si on coupe le côlon perpendiculairement à son axe, la portion de la suture qui correspond au bord libre se nourrit mal et parfois se désunit.* L'insuccès de l'opération colique tient à un défaut de nutrition du côlon suturé. *Ne jamais couper un côlon perpendiculairement, mais obliquement, aux dépens du bord libre ;* la section fera un angle de 45° avec l'axe du côlon. Si on se donne la peine de faire l'autopsie des colectomisés décédés, on constate que la mort est toujours due à la désunion du bord libre, c'est-à-dire du bord opposé au mésentère. Cela ne tient pas certainement à une faute de suture, mais à un manque de vascularisation. N'accusons pas la technique, mais l'anatomie du côlon.

En pratiquant l'anastomose latéro-latérale, ce risque n'existe pas car il n'y a pas de danger de modifier la circulation de l'intestin ; néanmoins, l'opérateur préférera l'anastomose axiale, car elle est la meilleure ; elle-même est aussi sûre si l'intestin est coupé suivant un angle de 45° à partir de l'insertion mésentérique, une grande partie de l'intestin doit être enlevée sur le bord libre du côlon. Cette section « en sifflet » assure une bonne circulation au niveau du bord suturé et, de plus, conserve à l'intestin, un bon calibre. Cette section compense le rétrécissement qui résultera du retournement de la paroi suturée vers la cavité intestinale.

Anastomose en canon de fusil. — Cette méthode de Mickulicz et Hartmann offre l'avantage d'une extrême bénignité. Après que le cancer du côlon a été réséqué, les deux extrémités sont fixées à la peau. Il en résulte un anus contre-nature, terminal. Le malade guérit bien de sa résection, mais la restauration de la continuité est difficile, cette difficulté de l'opération secondaire est due à la rétraction du bout inférieur et à son atrophie. J'y ai recours assez rarement aujourd'hui.

Anastomose termino-terminale. — L'opérateur prendra soin de protéger les bords de la plaie, autant que le péritoine, à l'aide de compresses trempées dans l'eau salée et de champs opératoires chauds. Il changera les gants aussitôt qu'il aura touché les matières fécales, avant de passer à un autre temps opératoire et surtout avant de fermer la plaie abdominale.

Le côlon qui doit être réséqué est repéré hors de la plaie, le mésentère est coupé le plus loin possible vers l'origine des vaisseaux ; les troncs mésentériques sont liés ; deux clamps coprostatiques sont appliqués au-

dessus et au-dessous du segment qui va être réséqué. L'intestin est alors sectionné en biseau, c'est-à-dire de façon à ce que la plaie fasse un angle de 45° avec l'axe colique (Lockhart-Mummery). Ouvrir les clamps légèrement de façon à voir si le bord libre de l'intestin est bien nourri, bien vascularisé, si toute la tranche intestinale saigne normalement, surtout sur le bord opposé à l'insertion mésentérique, surtout sur le bout anal de l'intestin, et principalement chez les personnes obèses. Les deux extrémités de l'intestin sont alors amenées en contact et maintenues soit avec deux pinces de Chaput, soit à l'aide de deux points de suture qui servent de jalons. Les deux pinces sont appliquées non pas sur les bords libres et mésentériques, mais sur le milieu des faces latérales, de façon que les deux bords mésentériques se correspondent au milieu de la ligne de suture. Si la muqueuse paraît excessive, il faut l'exciser. L'ouvrage étant ainsi préparé, *bâti*, faire un surjet total au catgut fin (000) d'un côté et de l'autre de la tranche intestinale. Cette suture qui prend la totalité des tuniques et est arrêtée tous les 4 ou 5 points, doit être suffisamment serrée pour empêcher le saignement. De temps en temps, ouvrir les clamps pour être sûr que l'hémostase est bonne. Quand cette ligne postérieure du surjet total a été appliquée sur les bords postérieurs des tranches intestinales, l'opérateur peut passer au surjet total antérieur. Le reste du surjet devra inverser la muqueuse vers la cavité intestinale. L'aiguille pique d'abord la muqueuse, sort par la séreuse, puis pique la séreuse du côté opposé pour sortir par la muqueuse. De cette façon, le bord de la tranche se dirige vers la cavité colique. La suture étant terminée, les clamps sont enlevés, les compresses souillées sont remplacées, les gants changés et l'intestin est lavé à l'eau salée ou à l'éther. Une suture au catgut rapproche les bords mésentériques. De nouveau, surveiller l'hémostase ; la tranche mésentérique suturée ne doit pas saigner. La suture en deux plans étant terminée, il est bon de compléter par une épiplooplastie.

Cet engainement péritonéal supplémentaire empêche les sutures de contracter des adhérences avec l'intestin grêle et la paroi abdominale. D'autre part, elle consolide la suture intestinale. Si l'épiploon peut être amené sans trop de traction, il peut être fixé sans être séparé de ses attaches gastro-coliques, mais si la traction peut faire craindre une couture ultérieure de l'intestin, il est mieux de couper l'épiploon et de faire une greffe libre ; la lame d'épiploon libérée de ses attaches « prend » très bien, il faut tenter cette greffe chaque fois que c'est nécessaire.

La colo-colostomie étant terminée, il faut maintenant en amont de la suture pratiquer une fistule de dérivation (colostomie). La bouche se fait à droite sur le cæcum, l'incision est la même que pour une appendicite.

L'opérateur attire le cæcum, passe une suture séro-séreuse en bourse, puis fait une ponction sur le cæcum avec un bistouri. Par ce trou, il introduit dans la cavité intestinale un tube de caoutchouc long de 20 à 25 centimètres et du calibre d'un doigt. Le tube est fixé, d'abord par le serrage de la suture en bourse, puis par un point séro-séreux complémentaire qui traverse en même temps le tube en deux points ; il est ainsi fixé au cæcum. Cet intestin est suturé au péritoine pariétal par deux points. Ce tube laisse passer les matières et les gaz ; aucune tension ne s'exerce sur l'anastomose. La plaie abdominale est protégée par le tube et huit jours après, le tube tombe de lui-même ; il n'est pas nécessaire de fermer la fistule qui s'oblitére seule.

Le traitement post-opératoire ne comporte rien de particulier. Donner une légère dose d'huile de ricin quand on veut. Dès que l'huile a été administrée et digérée, dès que les matières ont été éliminées par l'anus ou la fistule, on peut nourrir le malade progressivement.

Anastomose latéro-latérale. — Les anastomoses latéro-latérales ont l'avantage de ne faire courir aucun risque pour la nutrition du canal colique. Toutefois, les deux culs-de-sac coliques peuvent provoquer des troubles ultérieurs parce qu'ils peuvent se désunir ou s'allonger.

Anastomose termino-latérale. — S'il y a sub-occlusion chronique, la partie de l'intestin placée en amont de la tumeur est, par suite de la distension, d'un calibre beaucoup plus large que celui du colon en aval de la tumeur. S'il n'y avait qu'une différence de 1/3 ou même de 2/3, l'anastomose bout à bout serait encore possible, mais s'il y a disproportion trop grande entre les deux colons, il faut avoir recours à l'implantation termino-latérale. Ce procédé présente de multiples avantages :

- a. Il assure le drainage immédiat et facile du bout supérieur du colon grâce à la présence d'un anus contre-nature terminal ;
- b. Il ne menace pas la ligne de suture, car celle-ci ne subit aucune tension et ne risque pas de se désunir ;
- c. La cure de cet anus est facile ; il suffit de fermer le segment terminal en cul-de-sac, au ras de l'anastomose ; opération bénigne.

Anastomose sur la partie basse de la sigmoïde. — La résection d'une tumeur développée au niveau de la jonction recto-sigmoïdienne doit être exécutée sur le plan déclive. Alors procéder ainsi pour la restauration :

- a. Fermer l'extrémité supérieure du rectum, l'abandonner ; amener le moignon de la sigmoïde en dehors de l'abdomen et réséquer le seg-

ment malade, créer un anus permanent. Ce procédé est sûr et facile, mais prive le sujet du fonctionnement de son anus naturel (V. Fasc. III et IV) ;

b. Supprimer le rectum, à l'aide de l'opération abdomino-périnéale et abaisser le moignon de la sigmoïde dans l'anus normal. Ce procédé est excellent, mais fait courir 50 p. 100 de risques de mort ;

c. Recourir au procédé de Mayo (V. Fasc. III). Celui-ci s'applique aux résections de la sigmoïde terminale, là où ce serait difficile de suturer les deux segments coliques au fond de la cavité pelvienne. La résection est faite. Un aide introduit un clamp courbe dans l'anus ; la pointe du clamp sort dans le ventre par l'orifice du côlon et se montre au chirurgien. Celui-ci prend un tube de caoutchouc dont l'extrémité supérieure est percée d'un œil latéral. Ce tube est long de 25 centimètres et large comme un doigt. Son extrémité supérieure (avec son œil latéral) est introduite dans le bout supérieur du côlon qui est nouée sur lui, en bourse, fixée ensuite par un point perforant. L'extrémité inférieure est confiée aux mors du clamp ouvert qui l'attire vers l'anus ; dès que les deux bouts coliques sont au contact, 5 ou 6 points séro-séreux les unissent, puis le tube est de nouveau tiré vers l'anus. Il en résulte une invagination sur laquelle l'opérateur place quelques nouveaux points séro-séreux. Le tube tombe de lui-même au bout de huit à dix jours.

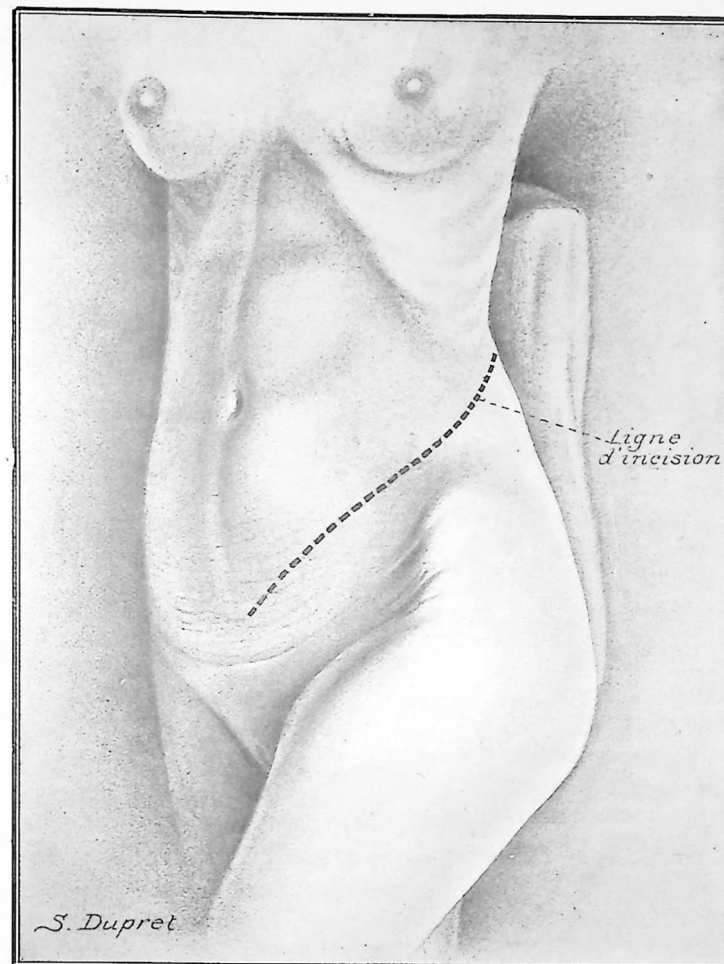


Fig. 69. — CANCER DU COLON GAUCHE. COLECTOMIE.

Incision oblique ; elle part de l'angle inférieur de la dernière côte et atteint la ligne médiane à 4 centimètres au-dessus du pubis ; c'est la même incision que pour la dénudation de l'uretère iléo-pelvien. Le patient est couché sur le dos, incliné latéralement (en partie sur le dos, en partie sur le côté droit), soulevé par un coussin.

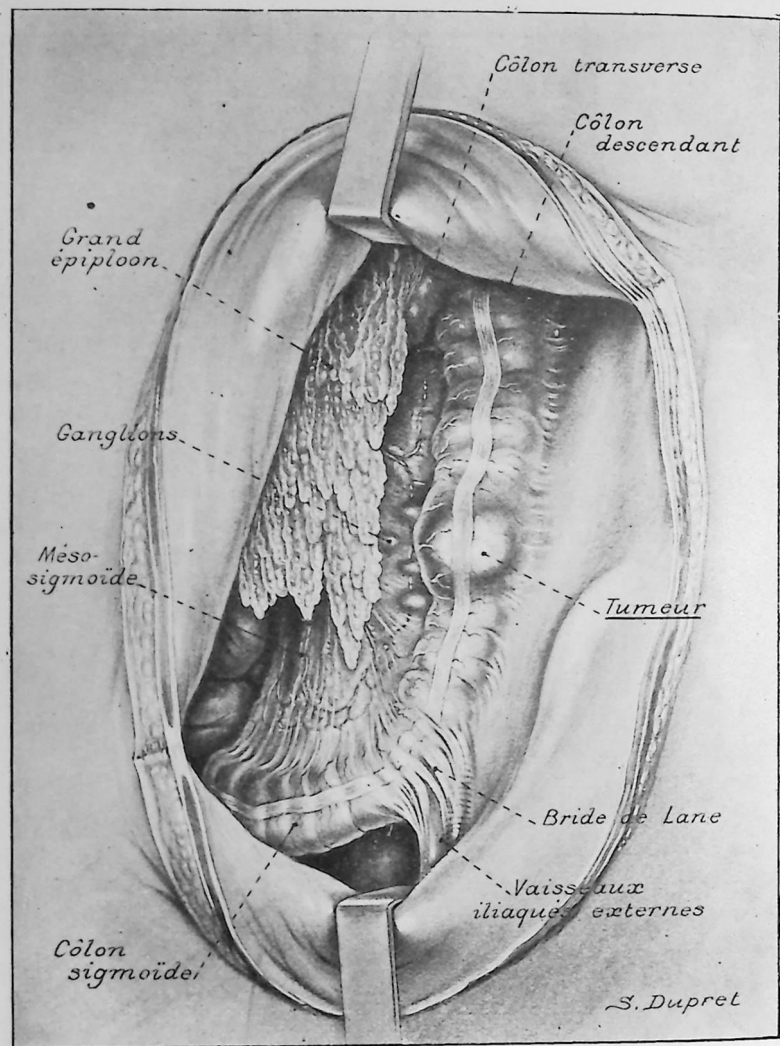


Fig. 70. — CANCER DU CÔLON GAUCHE. COLECTOMIE.

Le lecteur se rend compte du jour considérable donné par l'incision précédente. Remarquer la fameuse bride de Lane que l'on trouve non seulement dans tous les cas de cancers de l'intestin, mais dans un très grand nombre de cas pathologiques en général. « Cette boîte de Pandore d'où nous viennent tant de maux. » (ARBUTHNOT LANE).

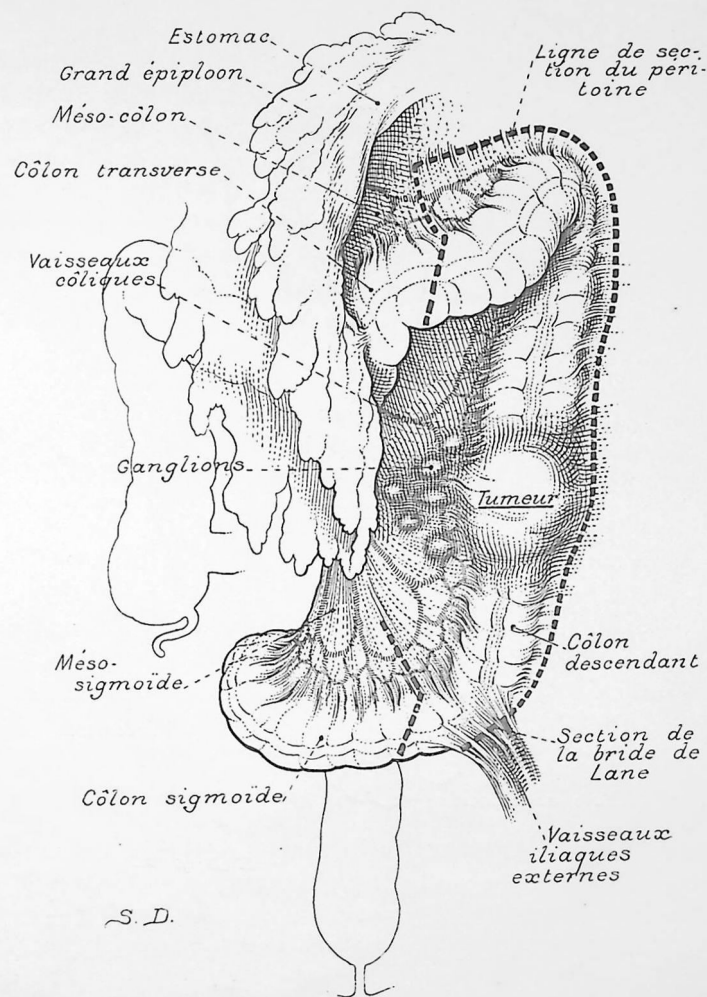


Fig. 71. — CANCER DU CÔLON GAUCHE. COLECTOMIE.

Le pointillé montre les limites de l'exérèse.

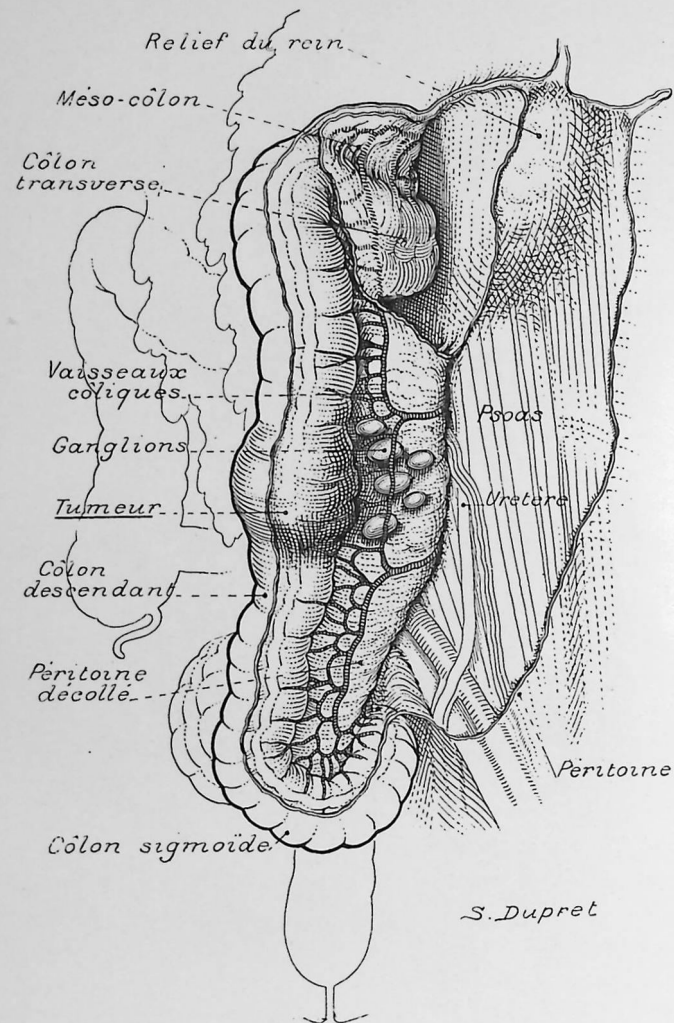


Fig. 72. — CANCER DU COLON GAUCHE. COLECTOMIE.
Aspect des organes après la libération du côlon descendant, du quart externe du côlon transverse et de l'angle splénique.

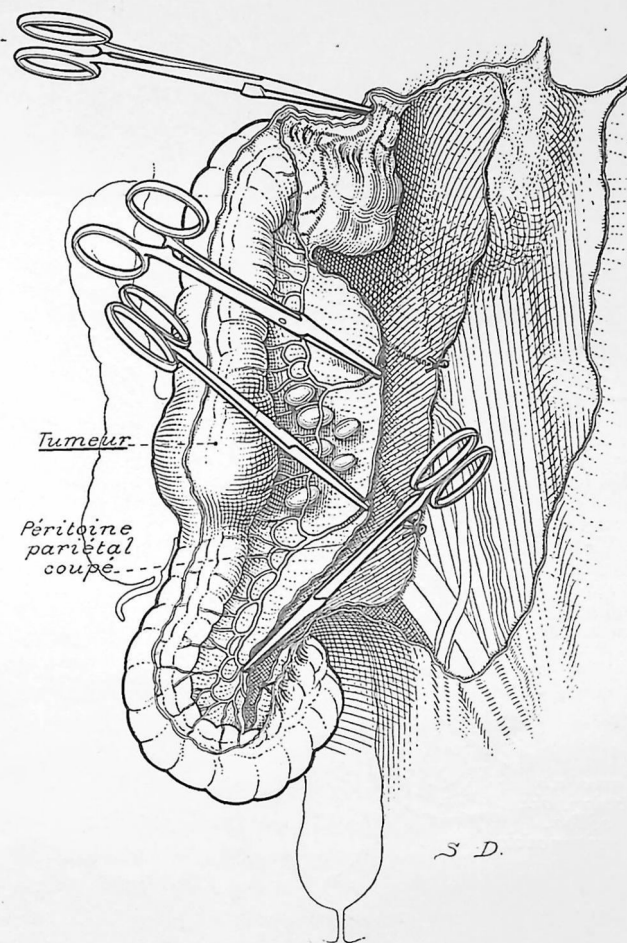


Fig. 73. — CANCER DU COLON GAUCHE. COLECTOMIE.
Aspect du côlon gauche et de son méso après la section des vaisseaux méso-coliques.

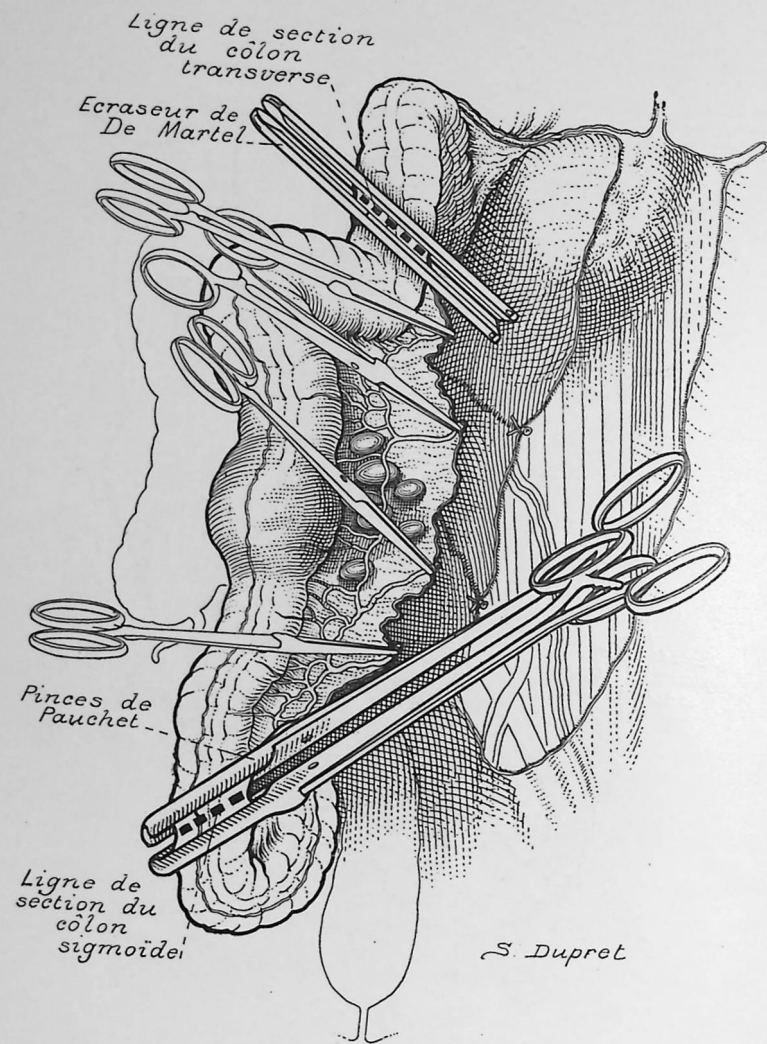


Fig. 74. — CANCER DU CÔLON GAUCHE. COLECTOMIE.
Ecrasement des deux extrémités du colon. En bas, la section porte sur la limite de la sigmoïde et du colon descendant; en haut, sur le quart externe du colon transverse. Remarquer que la section portera obliquement. En haut, l'écraseur de Th. de Martel, et en bas, deux pincés duodénales.

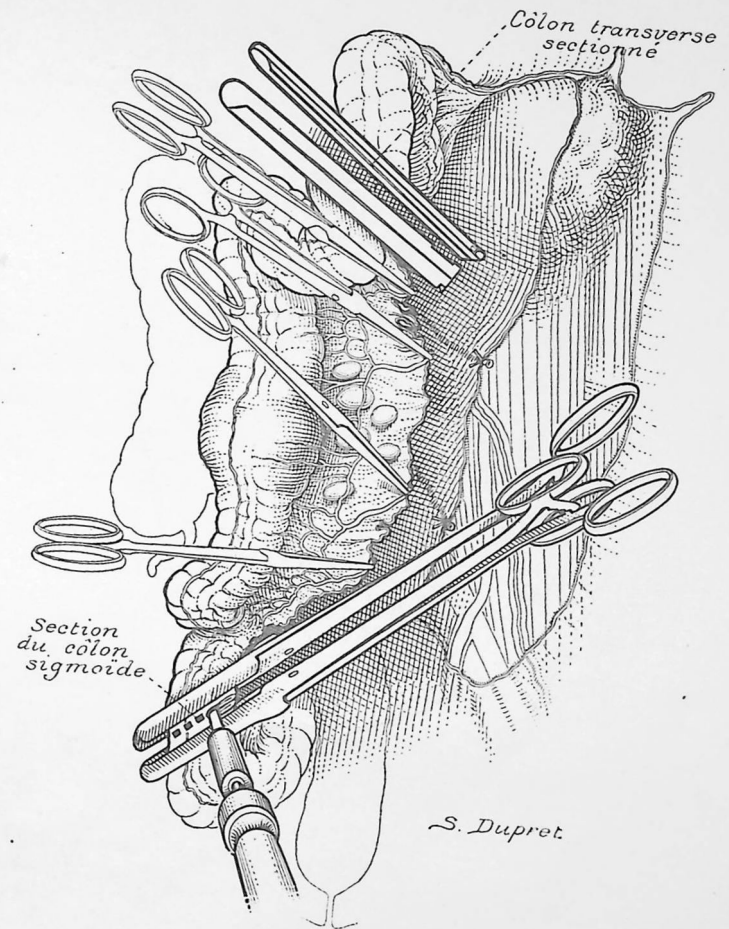


Fig. 75. — CANCER DU CÔLON GAUCHE. COLECTOMIE.
Section du colon au thermo.

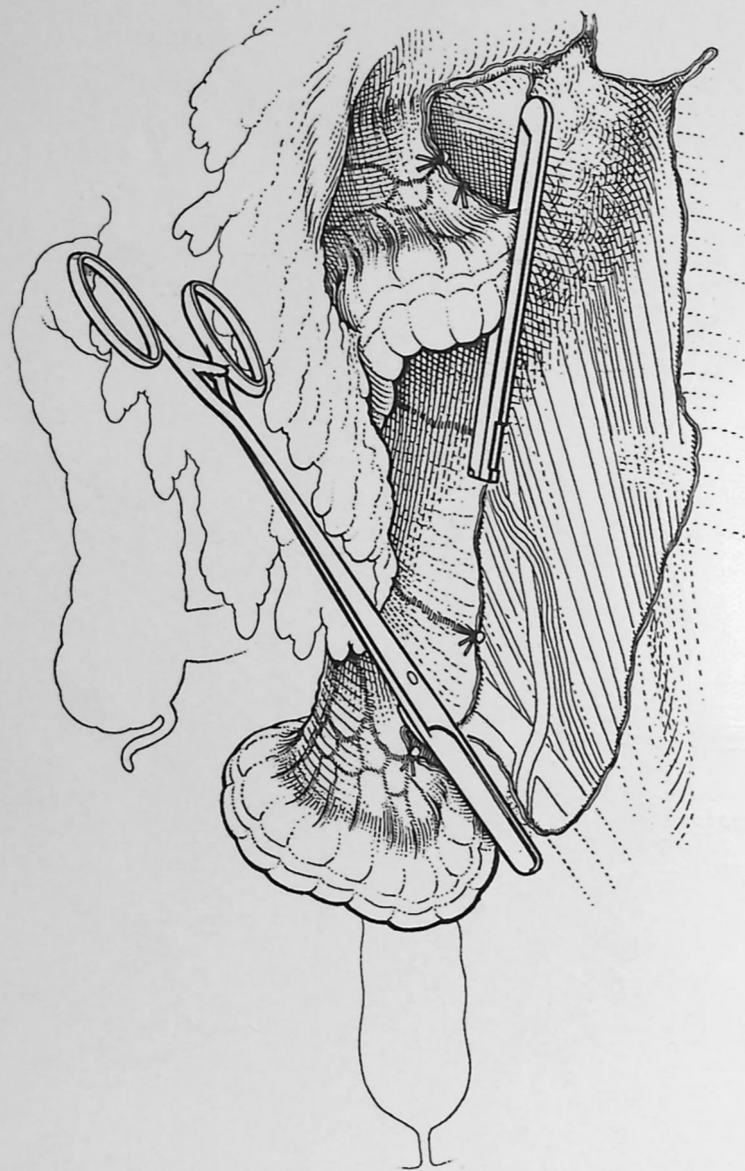


Fig. 76. — CANCER DU CÔLON GAUCHE. COLECTOMIE.
La résection est terminée.

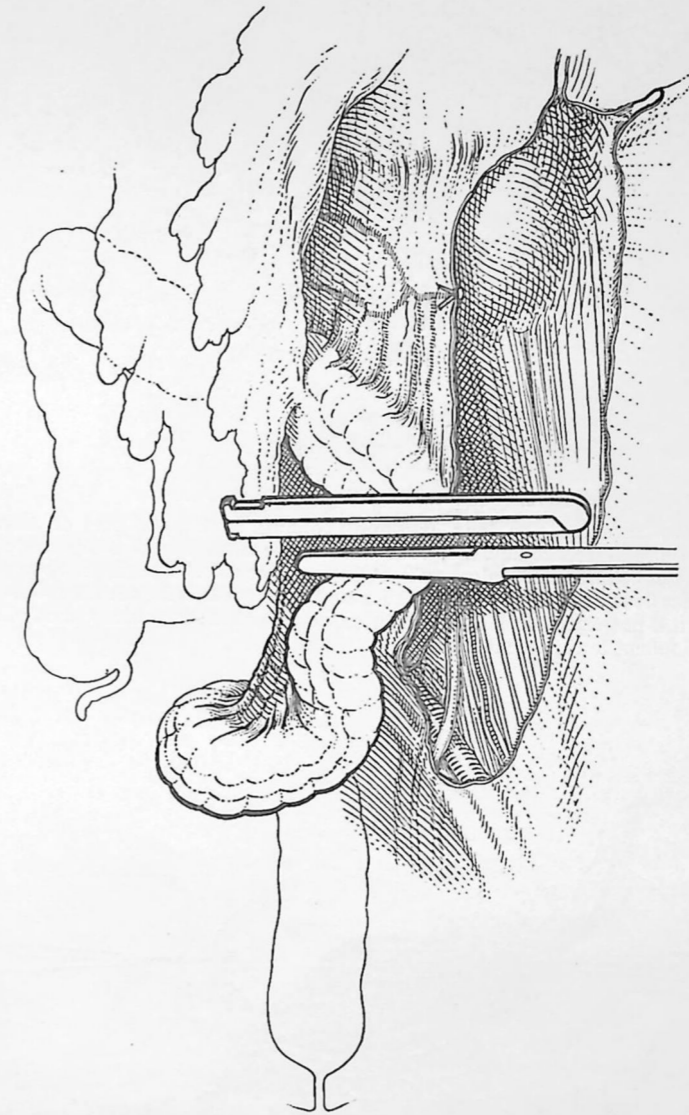


Fig. 77. — CANCER DU CÔLON GAUCHE. COLECTOMIE.

La sigmoïde est amenée au contact du transverse. La libération est suffisante pour que l'anastomose termino-terminale soit possible et il faudra se garder de la pratiquer quand il y aura une disproportion trop importante entre le calibre du côlon transverse et celui du côlon sigmoïde. Sur cette figure, la disproportion n'est point assez prononcée. Le sujet qui a servi de modèle à ces gravures avait le côlon transverse distendu par l'occlusion chronique; le côlon sigmoïde était normal.

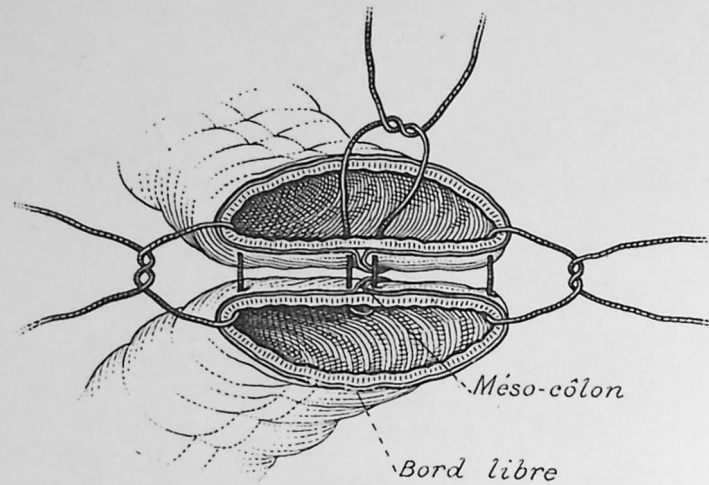


Fig. 78. — CANCER DU COLON GAUCHE. COLECTOMIE.

Suture termino-terminale. Les deux extrémités coliques sont à peu près de même calibre. Même avec une différence de 2 à 3, cette anastomose bout à bout est à conseiller. Cette proportion des calibres existe alors qu'il n'y a pas d'occlusion chronique. Pour commencer la suture, les deux insertions méso-coliques sont appliquées l'une sur l'autre et fixées par un point en U passé près de la branche intestinale. Aux deux commissures, deux points simples jalonnent le rapprochement.

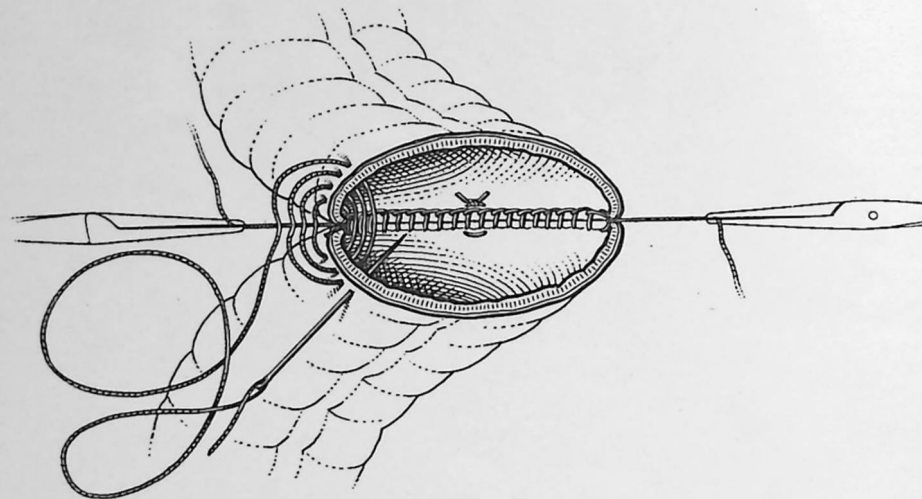


Fig. 79. — CANCER DU COLON GAUCHE. COLECTOMIE.

Suture totale postérieure au point de feston. Le plan antérieur se fera par surjet inversant. On se rend compte de la direction suivie par l'aiguille qui pénètre d'abord par la muqueuse, de dedans en dehors, puis dans la cavité intestinale, de dehors en dedans. De cette façon, la tranche suturée fait saillie du côté de la cavité intestinale et non à l'extérieur.

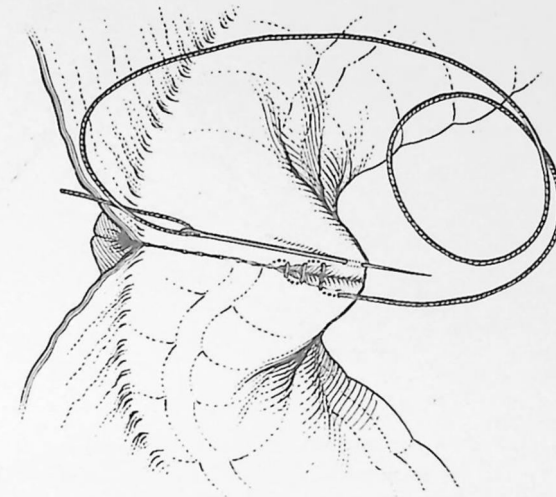


Fig. 80. — CANCER DU COLON GAUCHE. COLECTOMIE.

Surjet séro-séreux, au point de Cushing : quand la suture est terminée, il est invisible. Le même plan de suture se continue derrière.

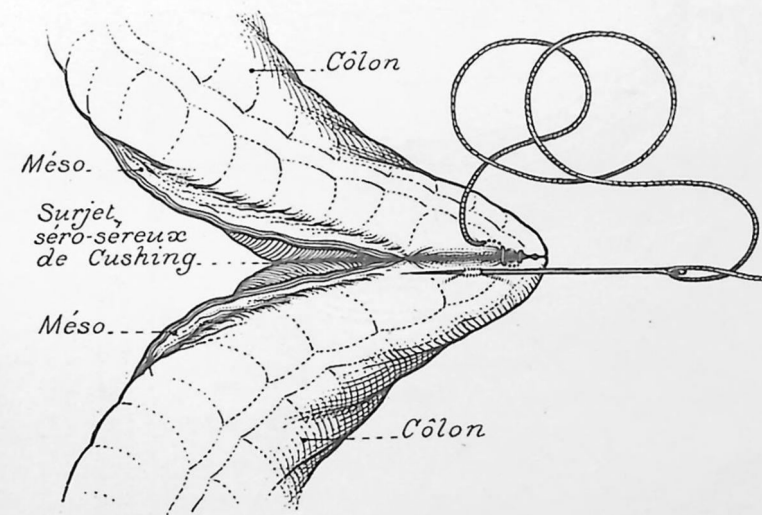


Fig. 81. — CANCER DU COLON GAUCHE. COLECTOMIE.

Comment on tord l'intestin pour exécuter en arrière la même suture que devant.

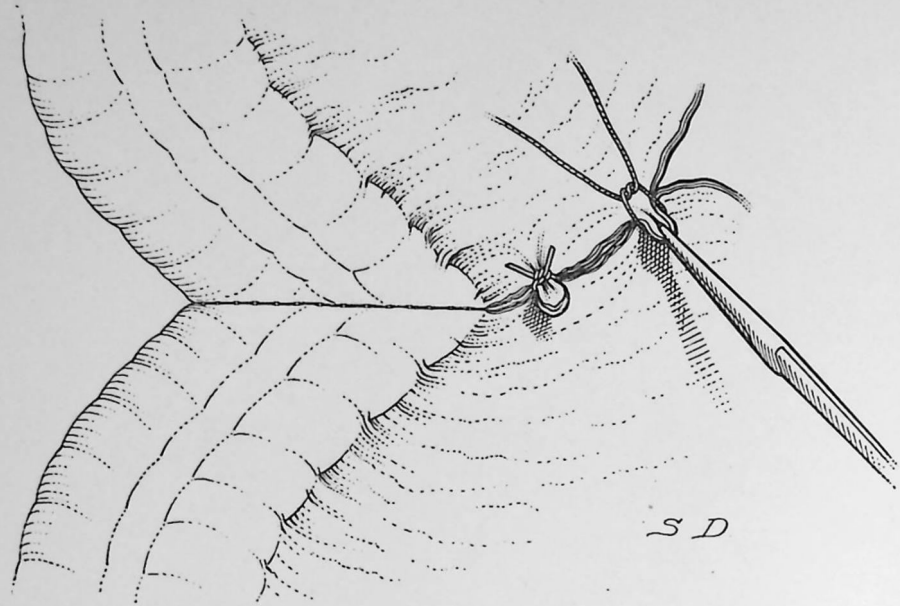


Fig. 82. — CANCER DU COLON GAUCHE. COLECTOMIE.

Quand la suture séro-séreuse est terminée (suture invisible de Cushing), il est nécessaire de fermer le méso-côlon. La façon que nous indiquons est mieux que celle qui utilise l'aiguille; elle évite de perforer un vaisseau, surtout si le mésentère est gras. Remarquer la section oblique des deux intestins amenés au contact. Toute suture du côlon se fera ainsi.

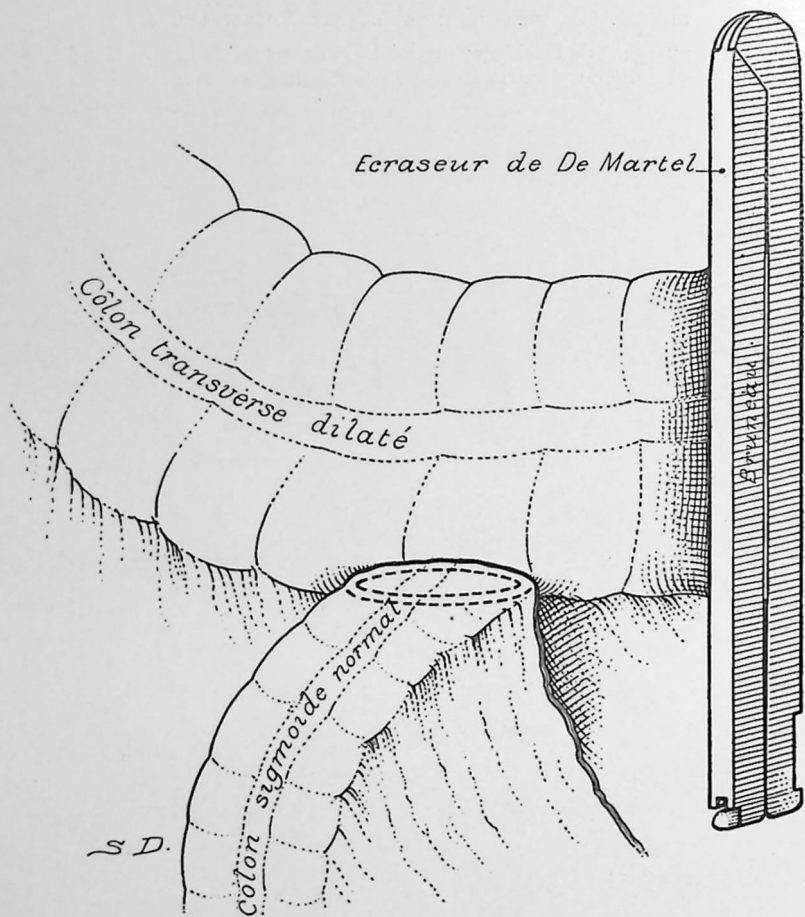


Fig. 83. — CANCER DU COLON GAUCHE. COLECTOMIE.

Implantation de la sigmoïde dans le colon transverse dilaté. Par suite de l'occlusion chronique, le transverse a un diamètre à peu près trois fois égal à un côlon normal. La suture bout à bout était impossible et dangereuse. L'implantation fut faite à 7 ou 8 centimètres du point écrasé.

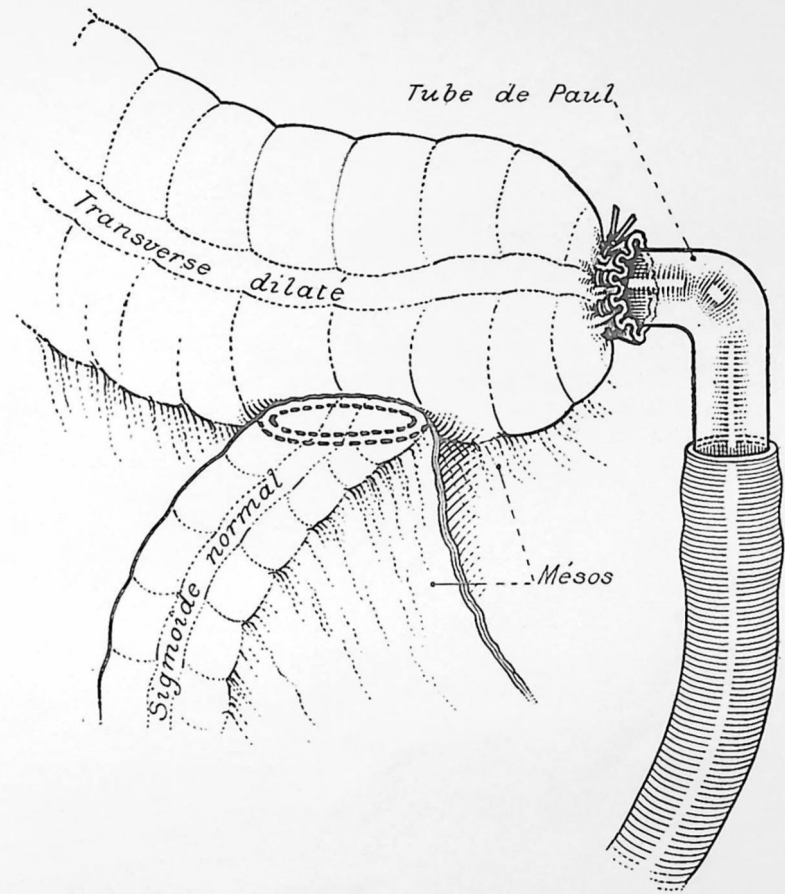


Fig. 84. — CANCER DU COLON GAUCHE. COLECTOMIE.

Implantation de la sigmoïde dans le transverse. Remarquer la section oblique du côlon.

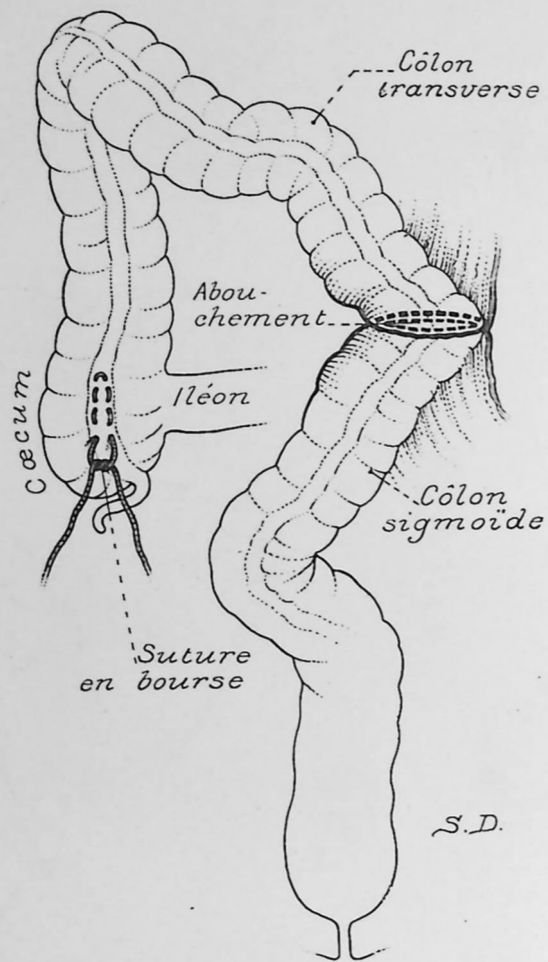


Fig. 85. — CANCER DU CÔLON GAUCHE. COLECTOMIE.
Suture bout à bout terminée. La cœcostomie est préparée. Ne pas faire une colectomie suivie d'anastomose termino-terminale sans pratiquer en même temps la dérivation au niveau du cæcum. La meilleure suture sur le gros intestin n'offre jamais une sécurité absolue.

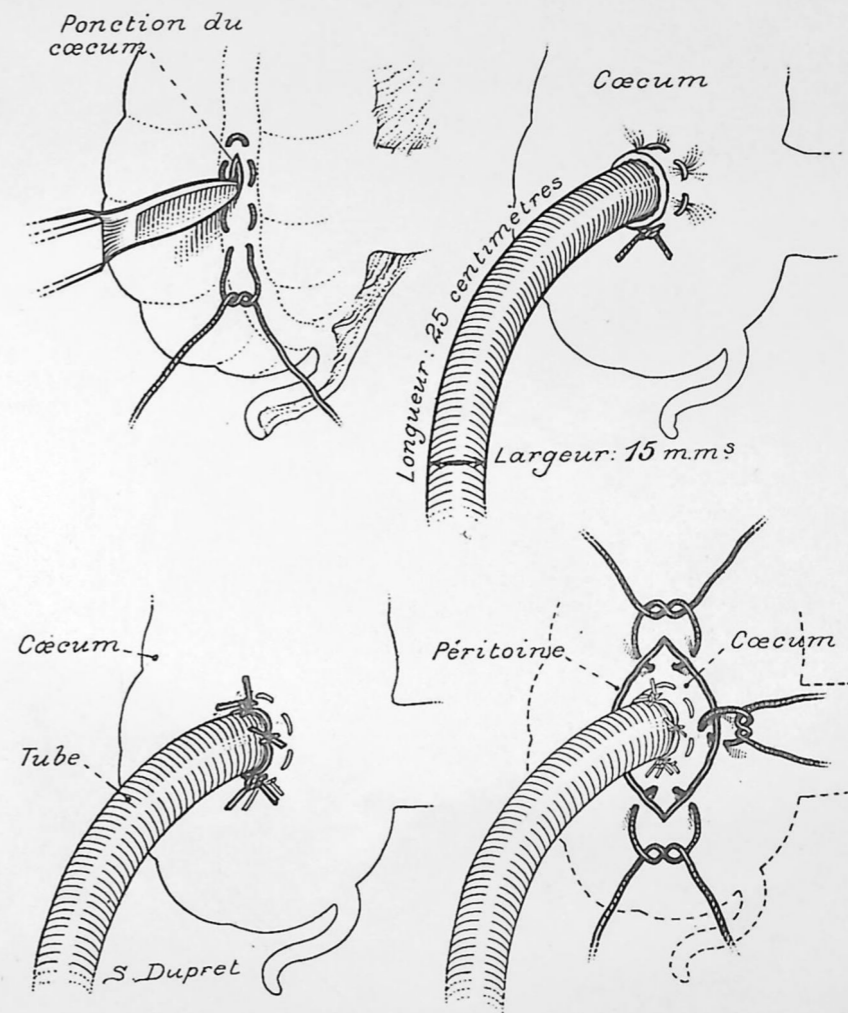


Fig. 86. — CANCER DU CÔLON GAUCHE. COLECTOMIE.
Cœcostomie de dérivation, conseillée après toute colectomie surtout transverse.
PRAT. CHIR. ILLUSTRÉE, VI.

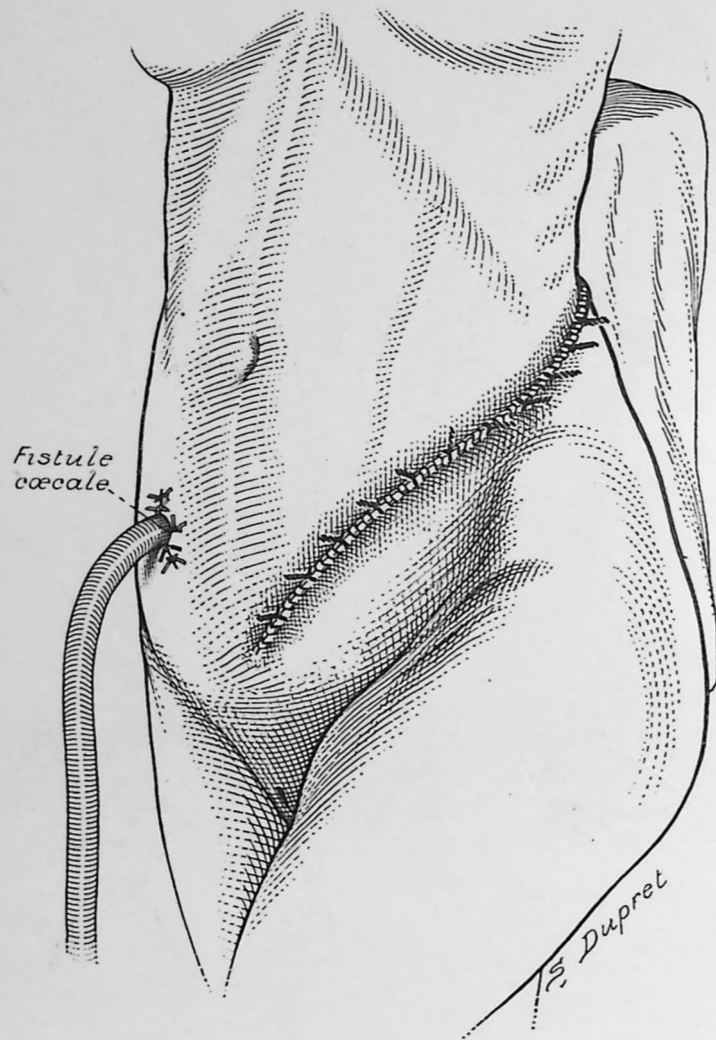


Fig. 87. — CANCER DU CÔLON GAUCHE. COLECTOMIE.
Aspect de l'opération terminée, après anastomose termino-terminale.

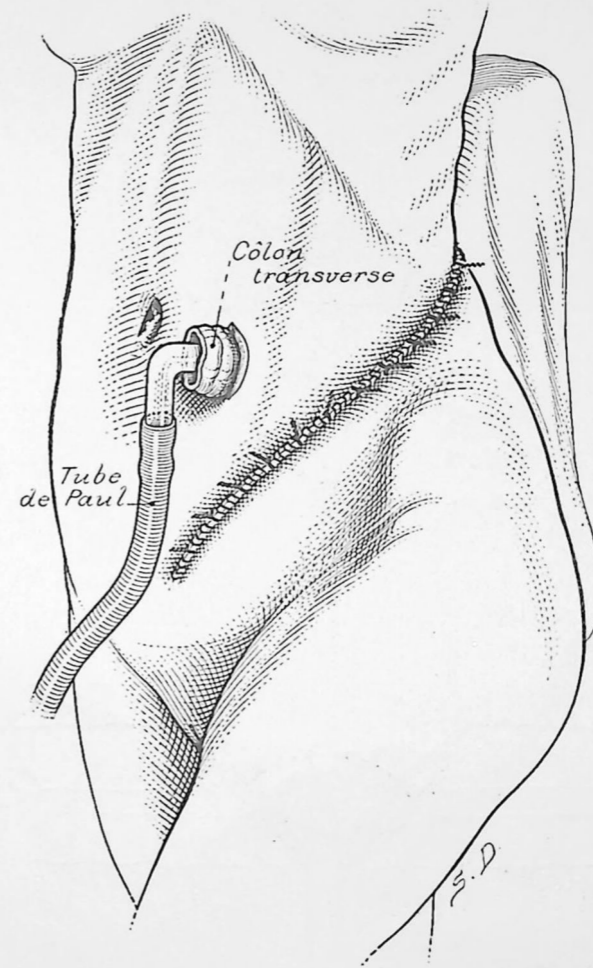


Fig. 88. — CANCER DU CÔLON GAUCHE. COLECTOMIE.
Opération terminée après implantation sigmoïdo-transverse.

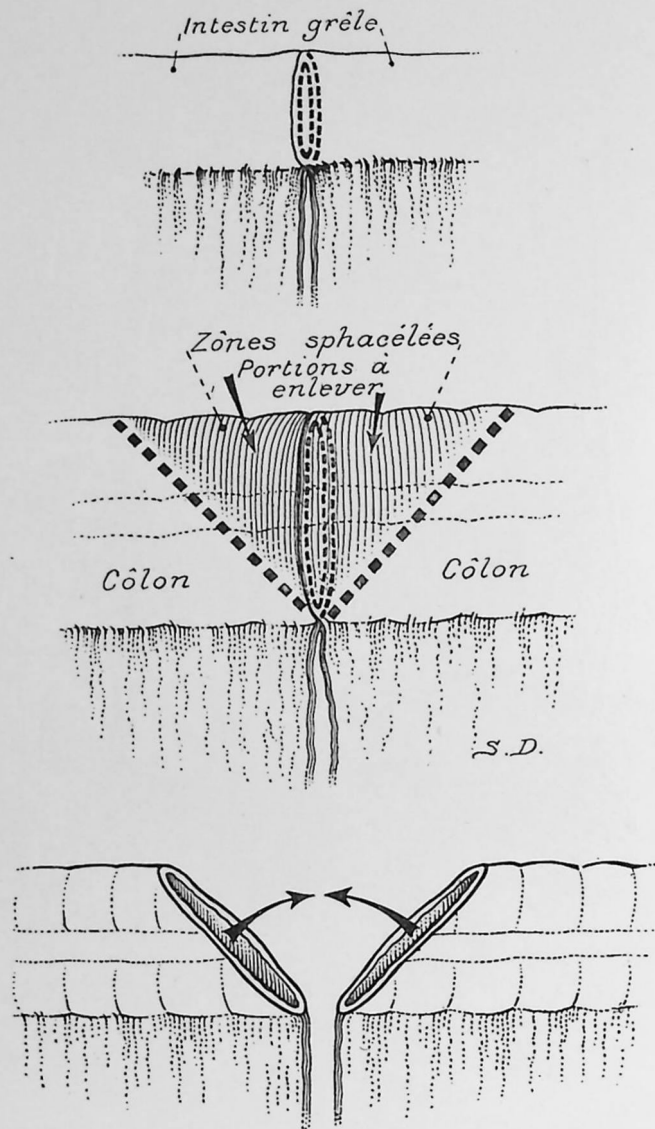


Fig. 89. — CANCER DU CÔLON GAUCHE. COLECTOMIE (procédé de LOCKHART-MUMMERY).
Aspect comparé des sutures bout à bout du grêle et du côlon. L'intestin grêle est bien nourri et ne risque pas de se désunir. Pour le côlon, il est nécessaire de pratiquer les sections obliquement, en sifflet, car le bord libre est moins bien nourri que le bord mésentérique. La plupart des accidents à la suite de colorrhaphie sont dus au sphacèle de la paroi.

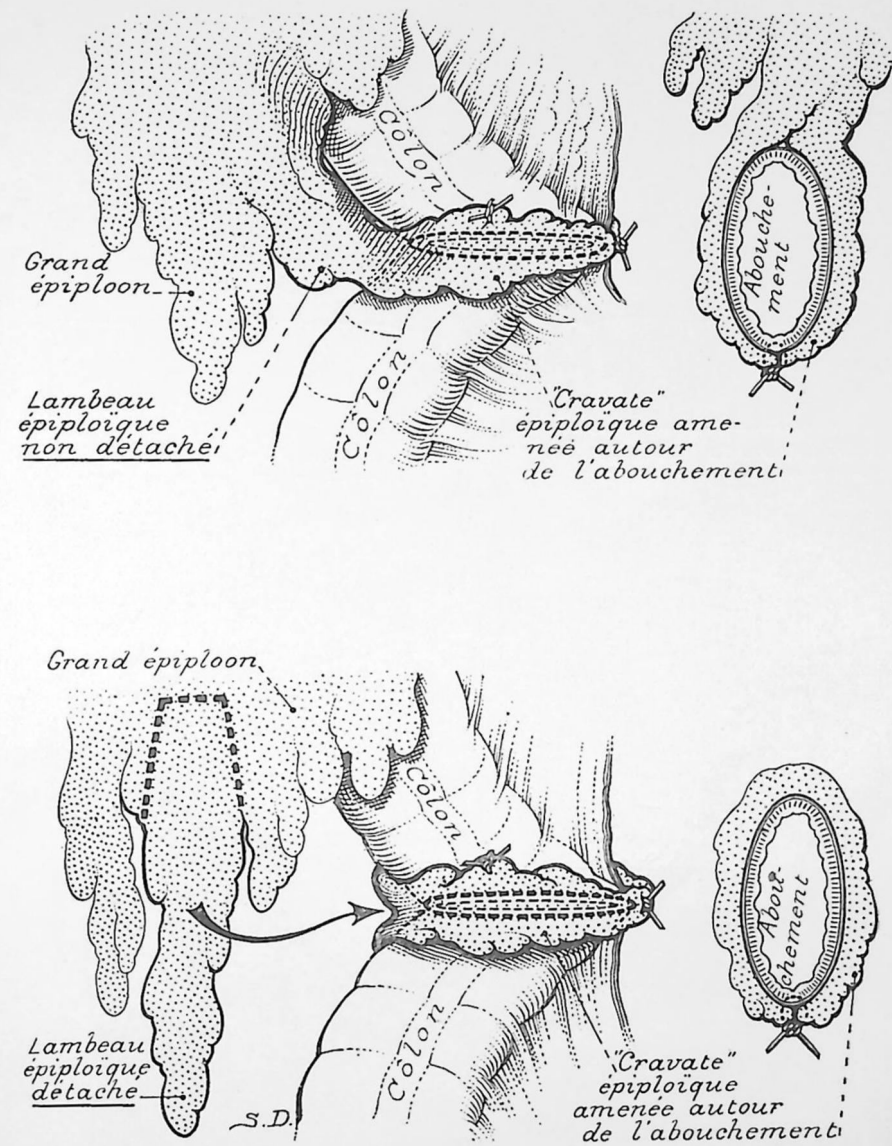


Fig. 90. — CANCER DU CÔLON GAUCHE. COLECTOMIE.
Malgré la suture oblique, malgré les sutures soignées en deux plans, malgré l'anus de dérivation par la colectomie, chaque fois que l'opérateur le pourra, il appliquera une greffe épiploïque. La meilleure suture du côlon n'offre jamais une sécurité absolue, c'est pourquoi ces détails techniques sont, sinon indispensables, du moins utiles.

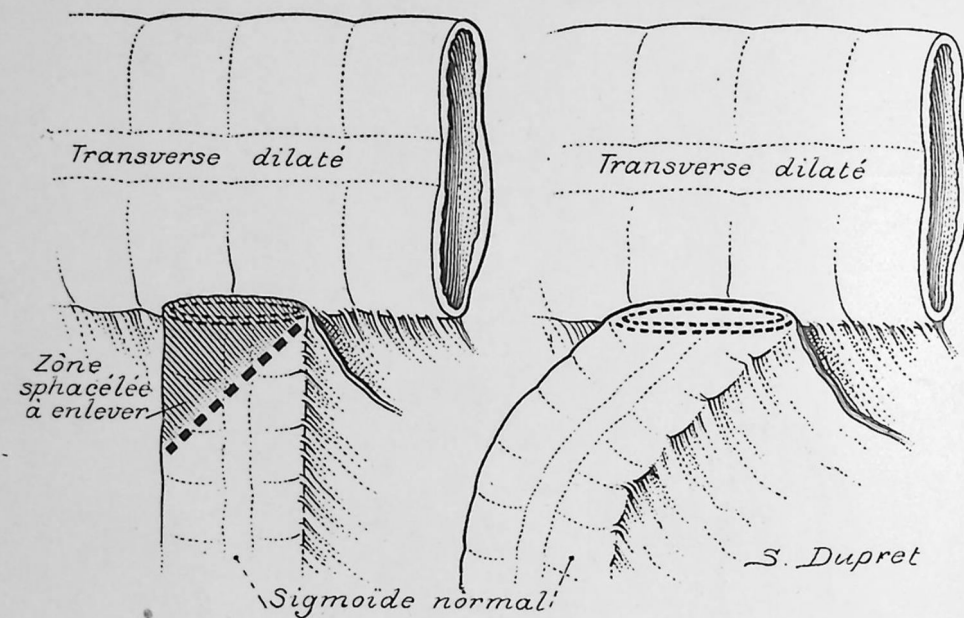


Fig. 91. — CANCER DU CÔLON GAUCHE. COLECTOMIE.
Comment il faut sectionner en sifflet le côlon avant de faire une anastomose bout à bout et même par implantation (procédé de LARDENNOIS).

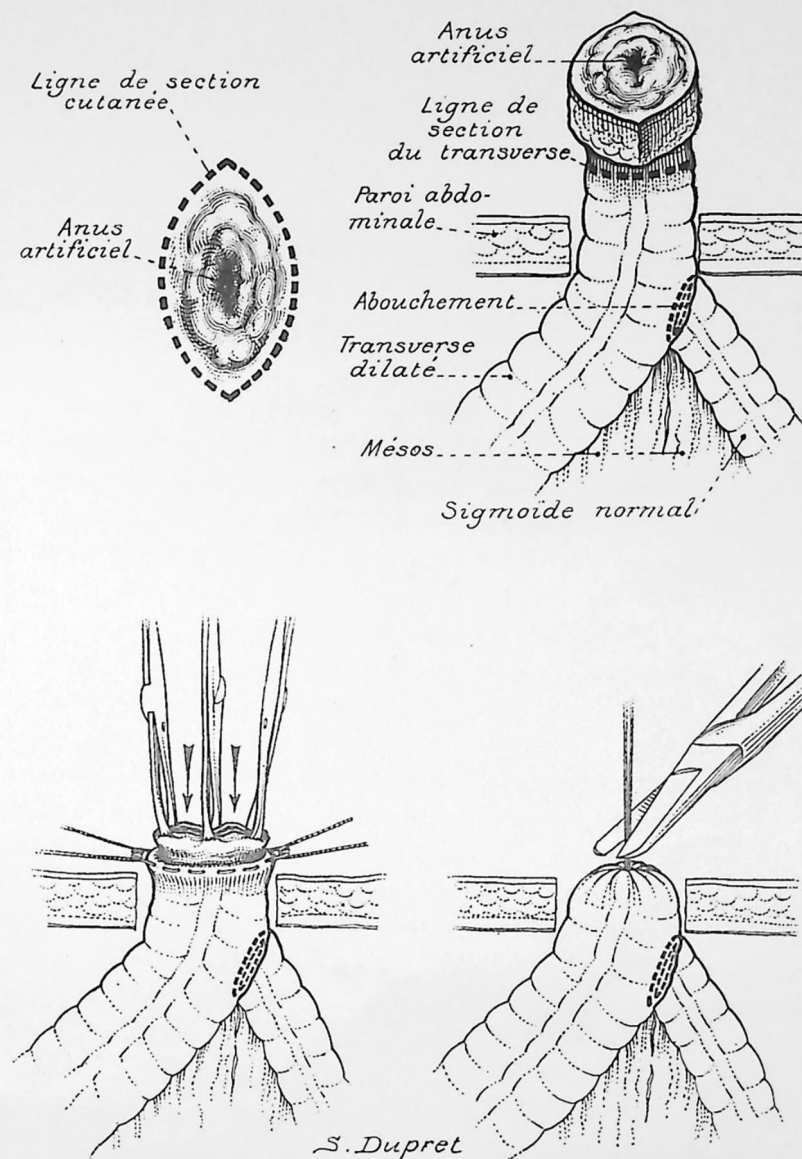


Fig. 92. — CANCER DU CÔLON GAUCHE. COLECTOMIE (cure de l'anus transverse).
Les différents temps de la cure de l'anus transverse. Six semaines après l'opération, l'opérateur excise l'anus et l'enfouit. Opération qui se fait sans anesthésie locale et ne fait courir aucun risque au malade ; tandis que l'opération dans laquelle les deux extrémités intestinales sont accolées, est extrêmement difficile à réparer.

LA SIGMOIDECTOMIE AVEC ANUS DÉFINITIF

La résection de la sigmoïde devrait, normalement, se terminer par l'anastomose bout à bout des deux extrémités coliques. La technique en est facile quand la sigmoïde est longue et quand la résection porte sur sa partie supérieure. Mais quand la lésion siège à sa partie moyenne, ou inférieure, il faut, pour rétablir la continuité du tube digestif, abaisser l'extrémité du côlon descendant dans le rectum, sur un drain de caoutchouc ou le fixer au pourtour de l'anus. Dans le premier cas, on conserve le rectum ; dans le deuxième cas, on le supprime préalablement, en ménageant le sphincter anal (V. Fasc. III).

De ces deux opérations, la dernière est grave, la première l'est peu ; or il est un procédé bénin, inoffensif, qui consiste à aboucher l'extrémité supérieure du côlon à la paroi iliaque et faire un anus terminal comme après une extirpation abdomino-périnéale du rectum (Hartmann). Mais, alors, que faire du bout recto-sigmoïdien ?

Ou le fermer en cul-de-sac (Hartmann-Lockhart-Mummery), comme un vagin après hystérectomie, ou le laisser ouvert ; désinfecter alors sa cavité, avec de l'éther et de l'iode, puis introduire un drain et une mèche, comme s'ils s'agissait d'un vagin après hystérectomie totale (V. Pouchet). C'est ce que nous avons fait à trois reprises.

Les figures suivantes correspondent à cette opération. Il s'agit d'une sigmoïdite tuberculeuse que nous avons prise pour un cancer. Nous avons pratiqué l'extirpation des annexes, de l'utérus et de la sigmoïde. Le vagin est resté ouvert ainsi que le rectum. La guérison s'est faite en quatre semaines. Des mèches de gaze introduites dans le bassin ont été enlevées par le vagin. Une lame d'épiploon a été étalée au-dessus de l'orifice pelvien ; deux tubes de Carrel ont été fixés au-dessus du pubis. Par l'intermédiaire de ces tubes, on a injecté une solution antiseptique, quatre ou cinq jours après l'opération pour faciliter le décollement des mèches. La guérison complète demande un mois.

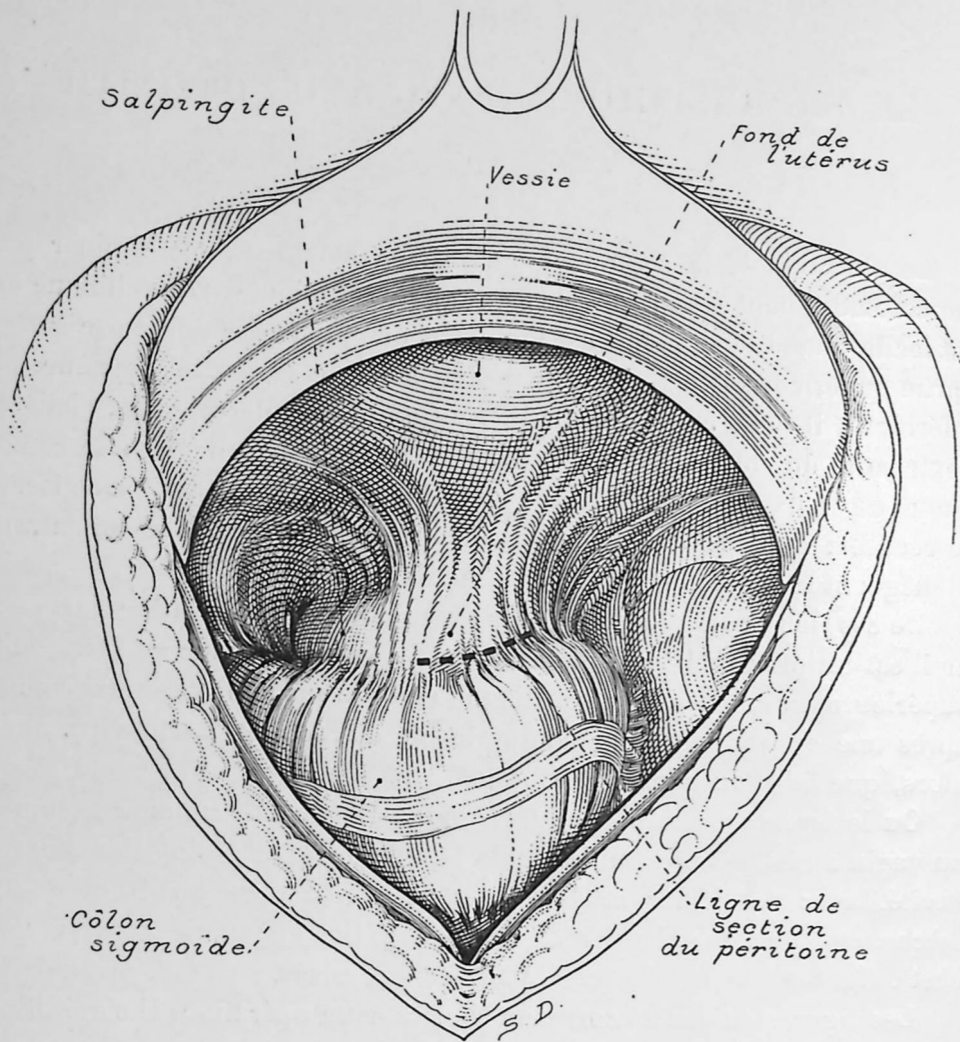


Fig. 93. — TUBERCULOSE DE LA SIGMOÏDE CONSÉCUTIVE A UNE SALPINGITE TUBERCULEUSE.
Laparotomie médiane. L'opérateur aperçoit la sigmoïde étalée sur la poche salpingienne et derrière la vessie; la saillie est constituée par la poche salpingienne, ici très dure. L'utérus est invisible.

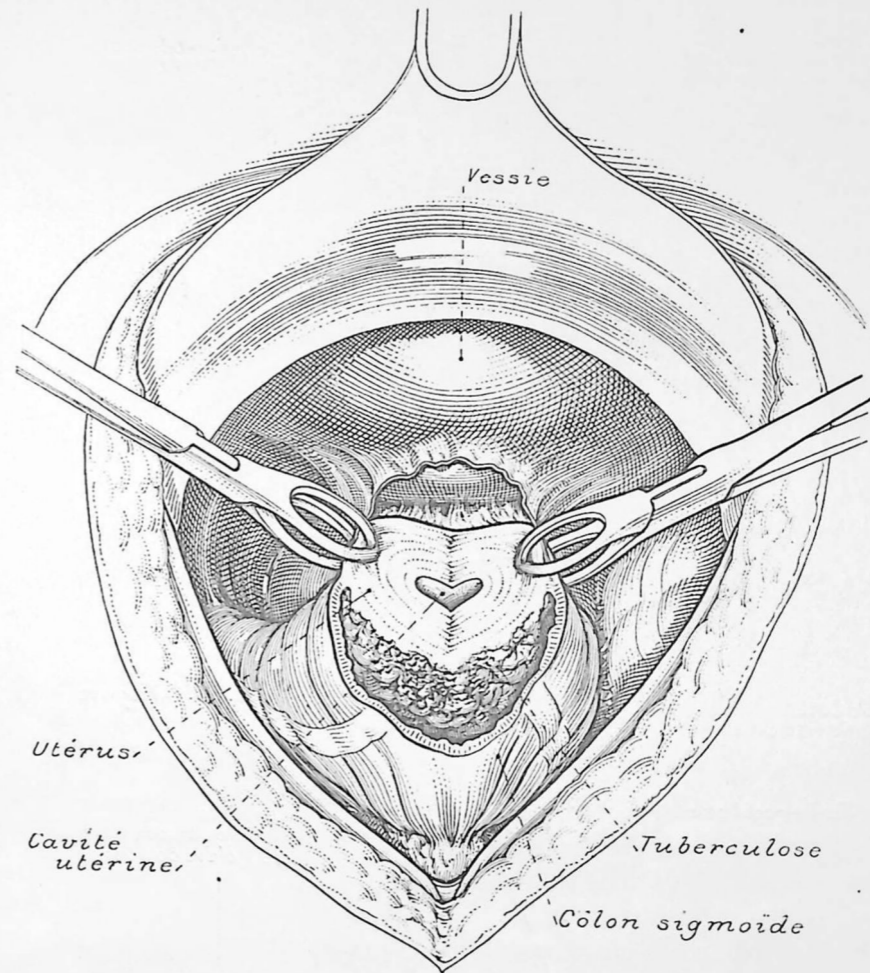


Fig. 94. — TUBERCULOSE DE LA SIGMOÏDE CONSÉCUTIVE A UNE SALPINGITE TUBERCULEUSE.
Pour aborder l'utérus, l'opérateur pratique l'hémi-section de J.-L. Faure; en pratiquant cette hémi-section, il se rend compte que la paroi postérieure de l'utérus remplace la paroi antérieure de la sigmoïde; celle-ci est détruite. L'intestin communique avec la trompe (pyosalpinx tuberculeux). C'est une tuberculose massive de la sigmoïde qui fait croire à l'opérateur à un cancer. Le microscope a permis de faire le diagnostic exact.

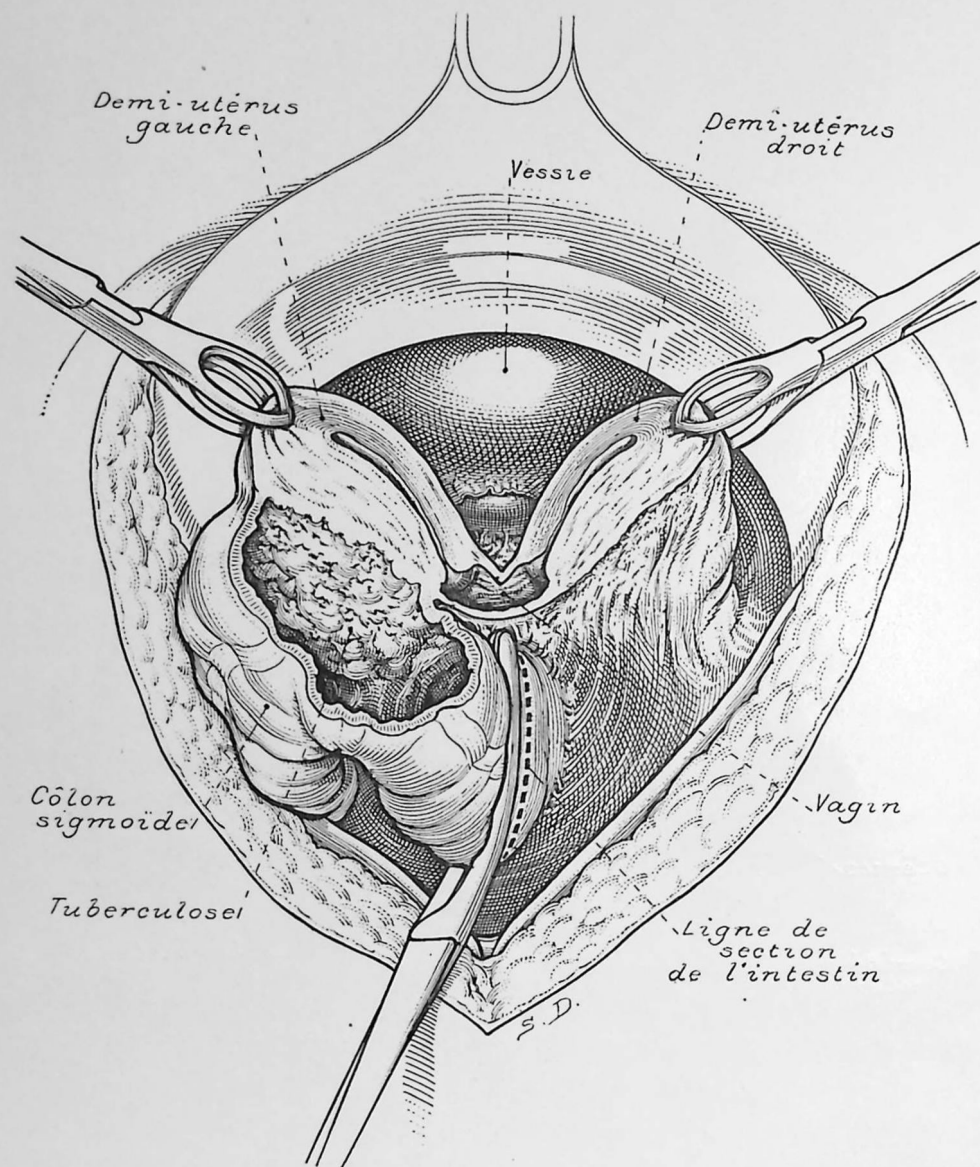


Fig. 95. — TUBERCULOSE DE LA SIGMOÏDE CONSÉCUTIVE A UNE SALPINGITE TUBERCULEUSE.
L'utérus est sectionné; l'opérateur aperçoit la cavité intestinale qui communique avec la cavité salpingienne et fait croire à des lésions néoplasiques. Le sacrifice de l'intestin est décidé. On résèque d'un bloc l'utérus, les trompes et l'intestin.

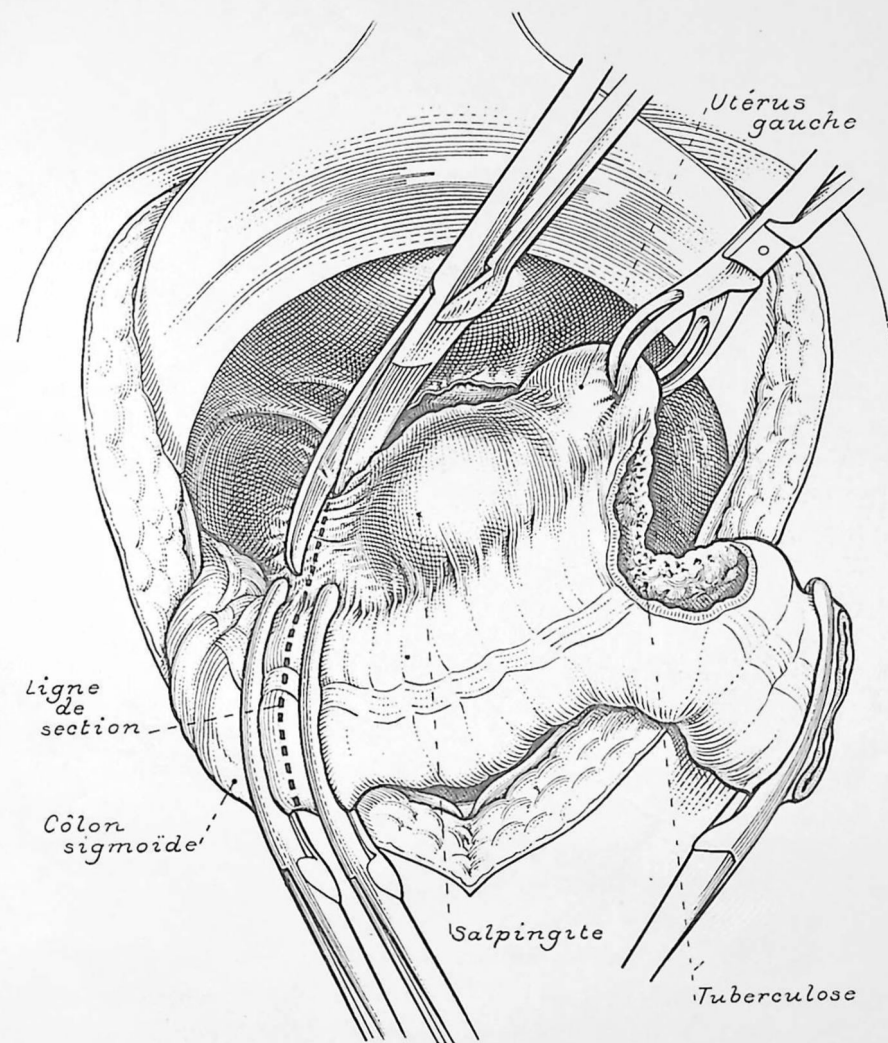


Fig. 96. — TUBERCULOSE DE LA SIGMOÏDE CONSÉCUTIVE A UNE SALPINGITE TUBERCULEUSE.
Extirpation des annexes et section de la partie supérieure de la sigmoïde.

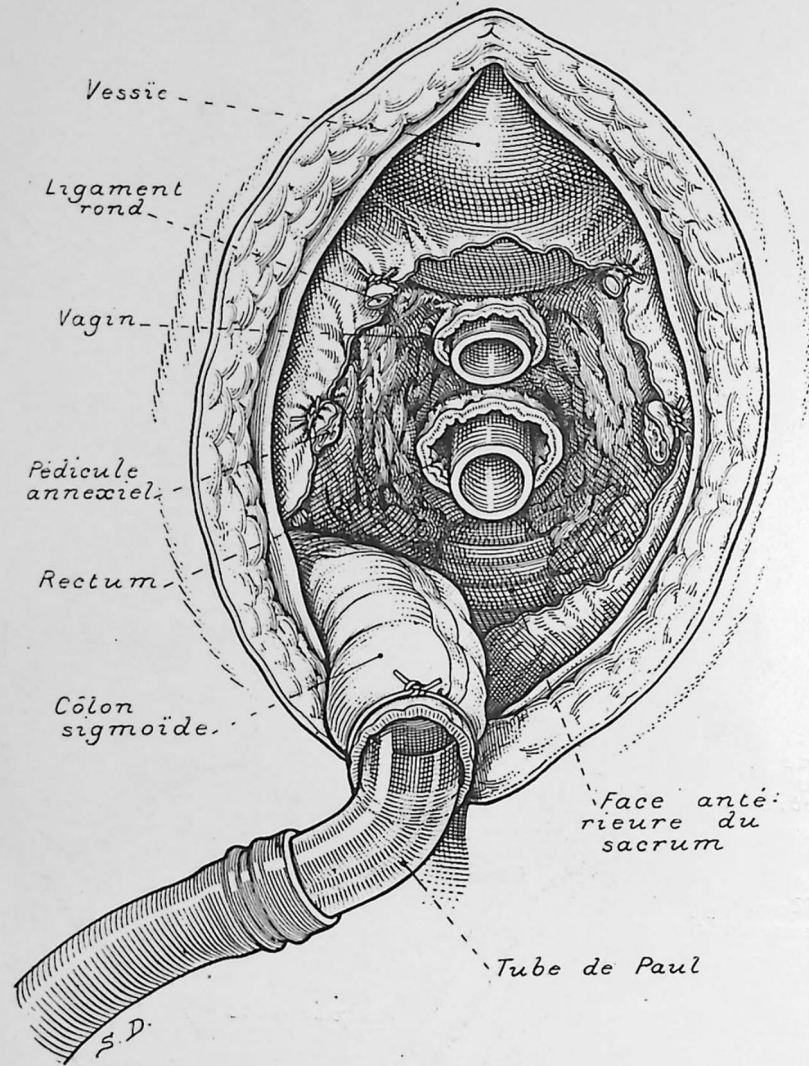


Fig. 97. — TUBERCULOSE DE LA SIGMOÏDE CONSÉCUTIVE A UNE SALPINGITE TUBERCULEUSE.
L'état général de la malade, l'existence d'une surface cruentée très étendue, empêchent de penser au rétablissement de la continuité intestinale; on fait un anus contre nature provisoire. Il faudra, par la suite, rétablir la communication entre le rectum et l'intestin, soit par abaissement du côlon ou par interposition d'une anse grêle exclue.

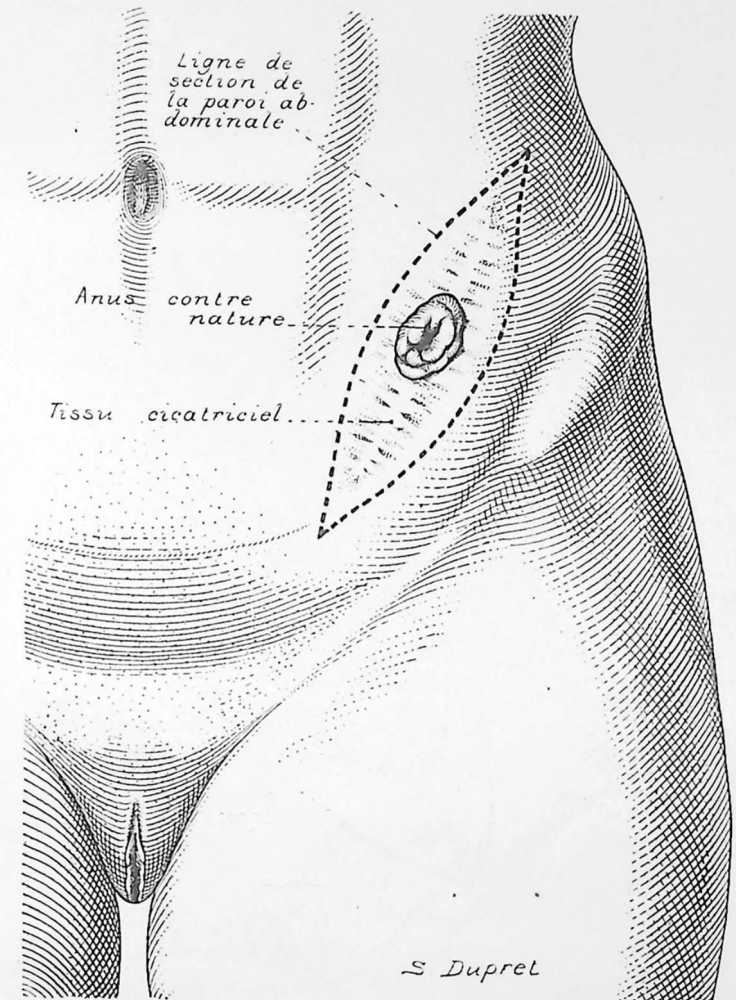


Fig. 98. — SIGMOÏDECTOMIE EN DEUX TEMPS (deuxième temps).
La résection de la sigmoïde a été faite trois mois avant. Abaissement du côlon descendant jusqu'à l'anus. Rétablissement de la continuité colo-rectale.

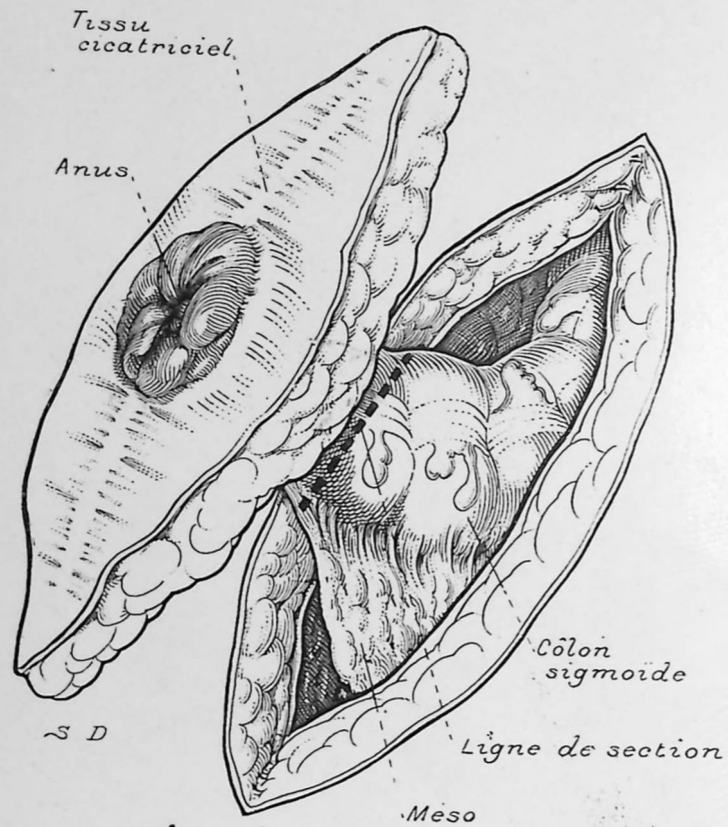


Fig. 99. — SIGMOÏDECTOMIE EN DEUX TEMPS (deuxième temps).
Excision d'un losange cutané et de l'ancienne cicatrice qui entoure l'anus colique terminal.
Le pointillé sur le côlon descendant montre la partie qui va être fixée au périnée.

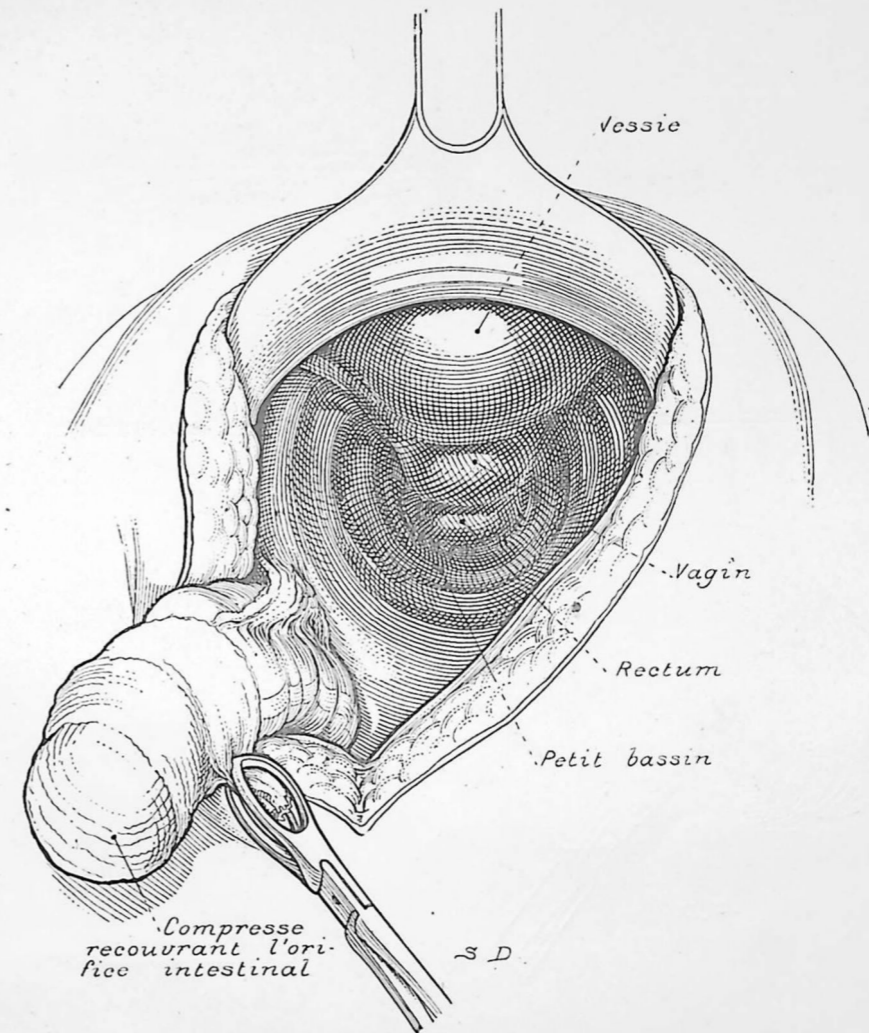


Fig. 100. — SIGMOÏDECTOMIE EN DEUX TEMPS (deuxième temps).
Par l'incision médiane, l'extrémité du côlon coiffé d'un manchon de gaze a été amenée.
Remarquer en arrière de la vessie le cul-de-sac supérieur du vagin et le cul-de-sac supérieur ano-rectal.

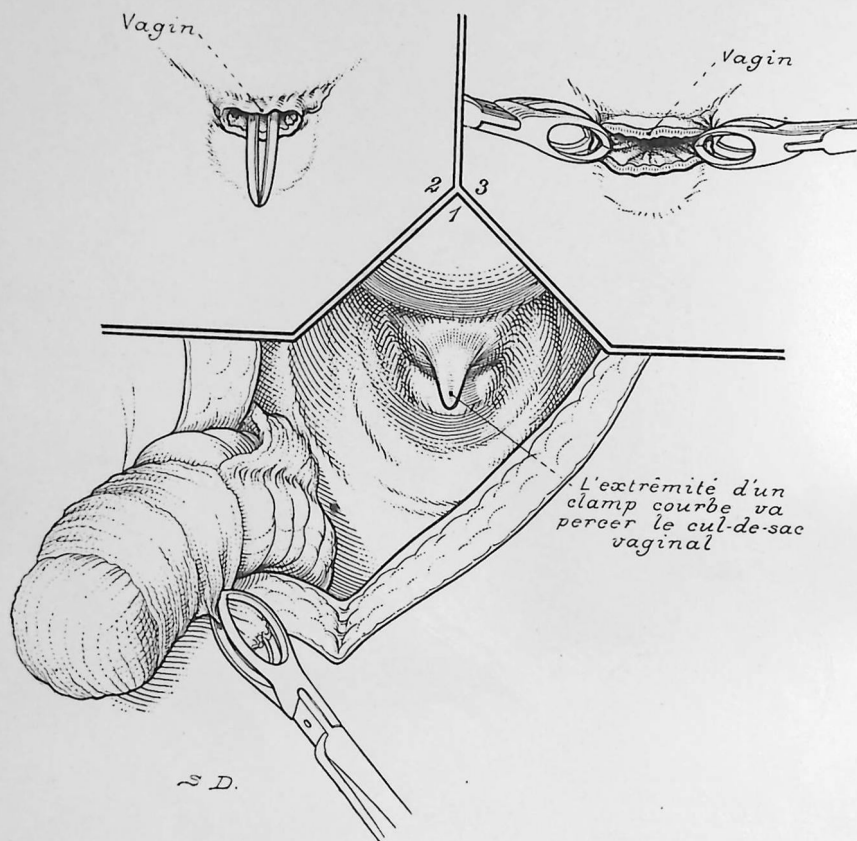


Fig. 101. — SIGMOÏDECTOMIE EN DEUX TEMPS (deuxième temps).

Un aide introduit un clamp dans le vagin, qui fait saillie. Un coup de bistouri ouvre le vagin; la pince pénètre dans l'abdomen. Le vagin est ouvert et maintenu béant par deux tenailles.

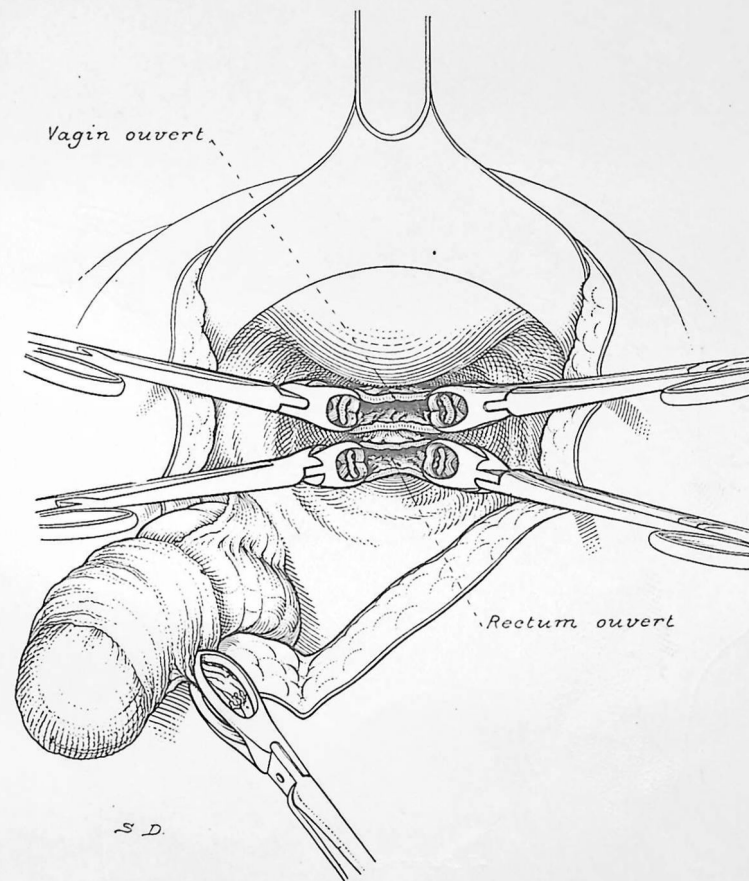


Fig. 102. — SIGMOÏDECTOMIE EN DEUX TEMPS (deuxième temps).

Le vagin et le rectum ouverts par le même procédé sont maintenus béants par des tenailles.

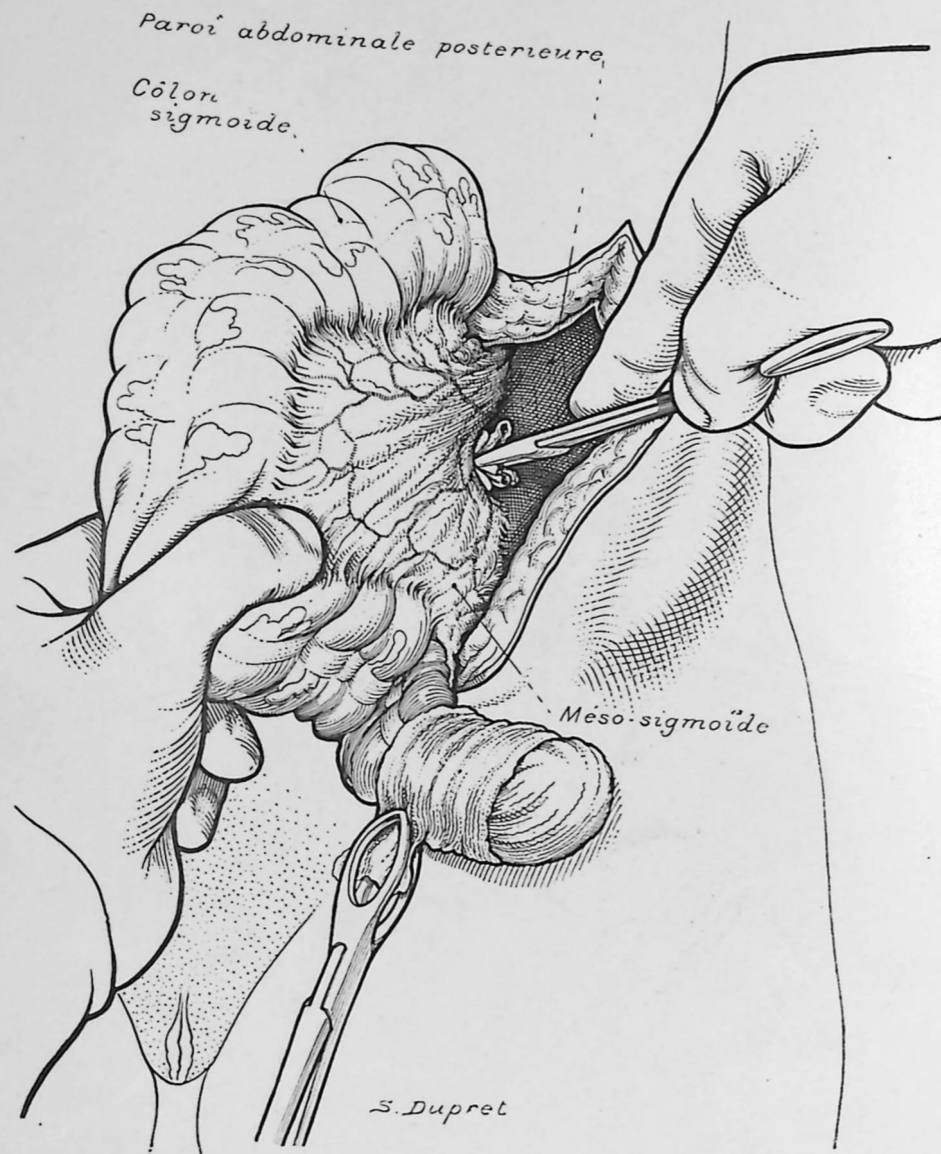


Fig. 103. — SIGMOÏDECTOMIE EN DEUX TEMPS (deuxième temps).
Abaissement du côlon descendant; cet abaissement se fait par la manœuvre du décollement colo-pariétal. La branche sigmoïdienne inférieure gêne l'abaissement et devra être sectionnée. L'opérateur ménagera l'artère marginale pour la nutrition du segment terminal.

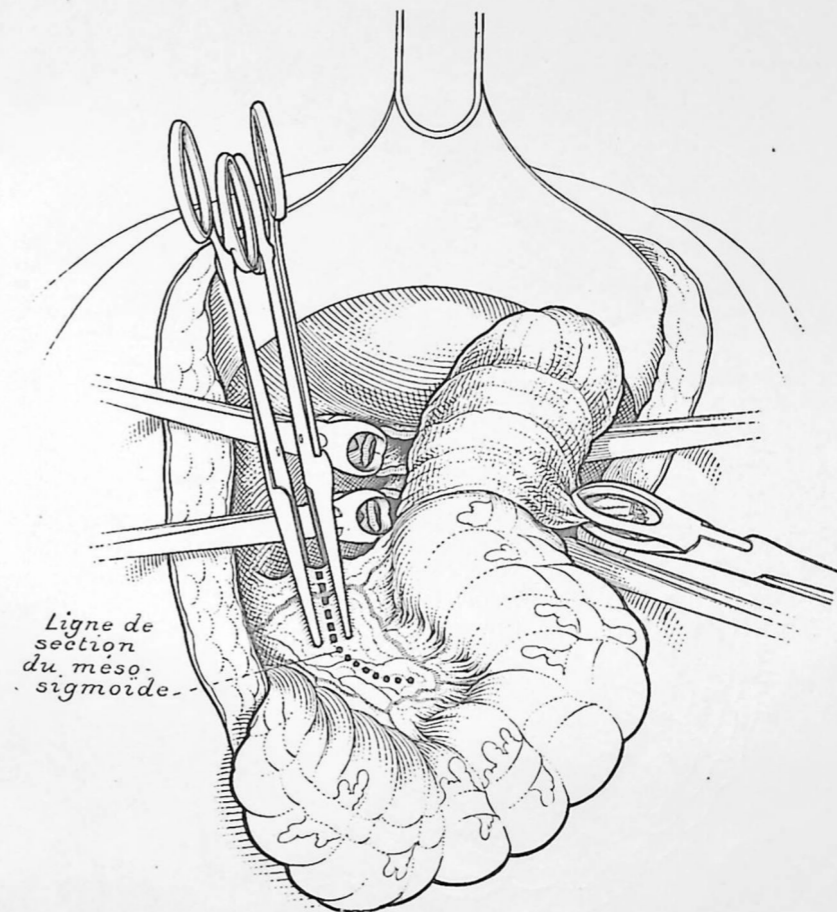


Fig. 104. — SIGMOÏDECTOMIE EN DEUX TEMPS (deuxième temps).
Section d'une artère sigmoïde qui permettra l'abaissement du segment colique.

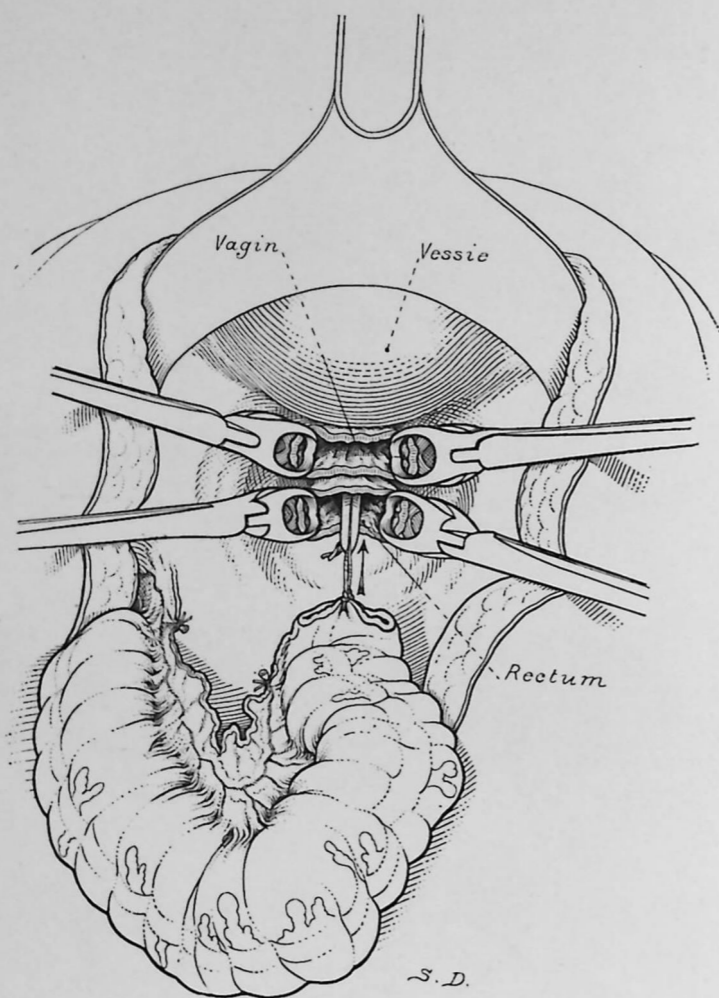


Fig. 105. — SIGMOÏDECTOMIE EN DEUX TEMPS (deuxième temps).
La section du méso assure la mobilité du segment colique sans modifier sa nutrition. L'opérateur doit vérifier la vascularisation de la tranche terminale pour être assuré de la nutrition du bout intestinal. Un clamp introduit par l'anus ramène dans la terminaison du rectum l'extrémité du colon.

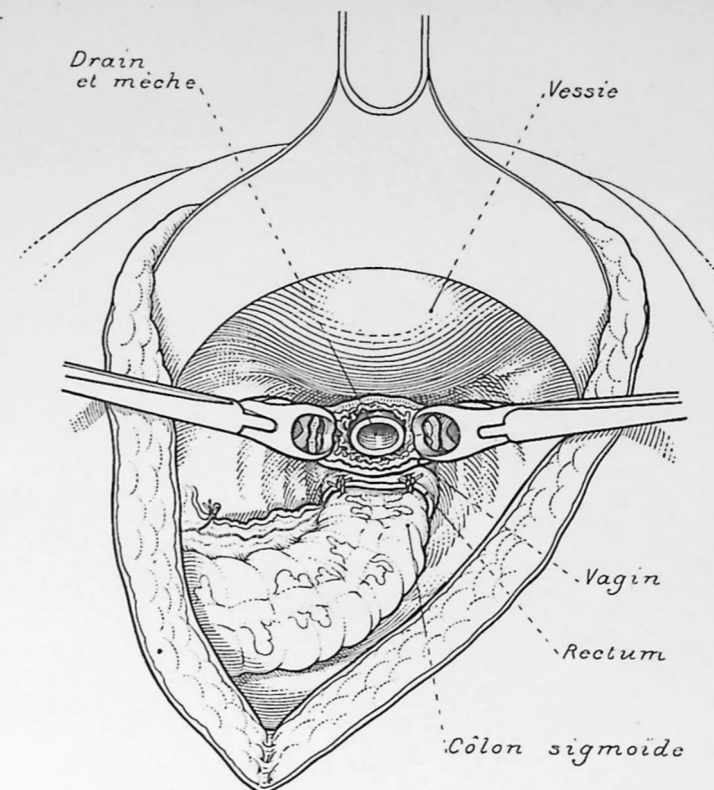


Fig. 106. — SIGMOÏDECTOMIE EN DEUX TEMPS (deuxième temps).
Le colon a été introduit dans la terminaison du rectum et fixé par quelques points de suture ; le bassin a été frotté à l'éther. Le vagin sert au drainage.

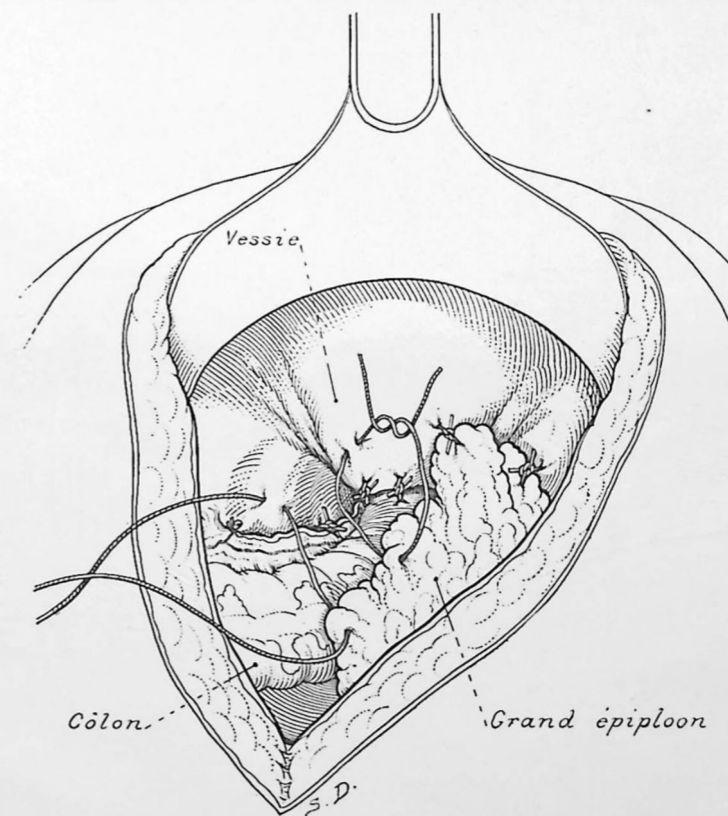


Fig. 107. — SIGMOÏDECTOMIE EN DEUX TEMPS (deuxième temps).
Pour assurer l'étanchéité de la suture recto-colique, l'opérateur fixe à la vessie le grand épiploon.

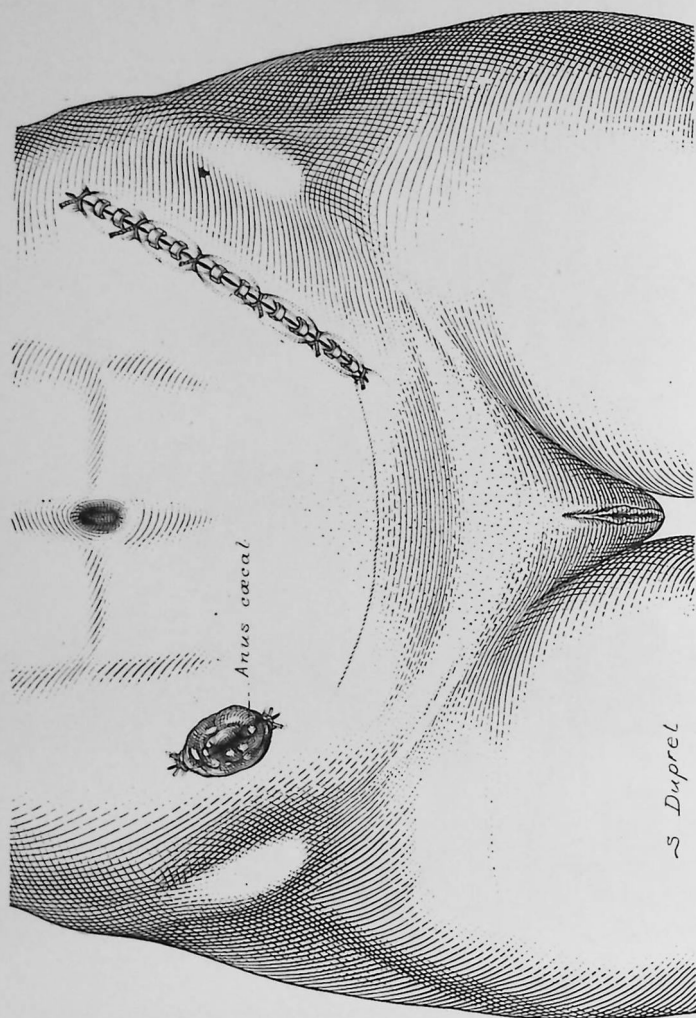


Fig. 108. — SIGMOÏDECTOMIE EN DEUX TEMPS (deuxième temps).
L'opération est terminée. L'opérateur pratique un anus caecal pour assurer la dérivation pendant quelques semaines.

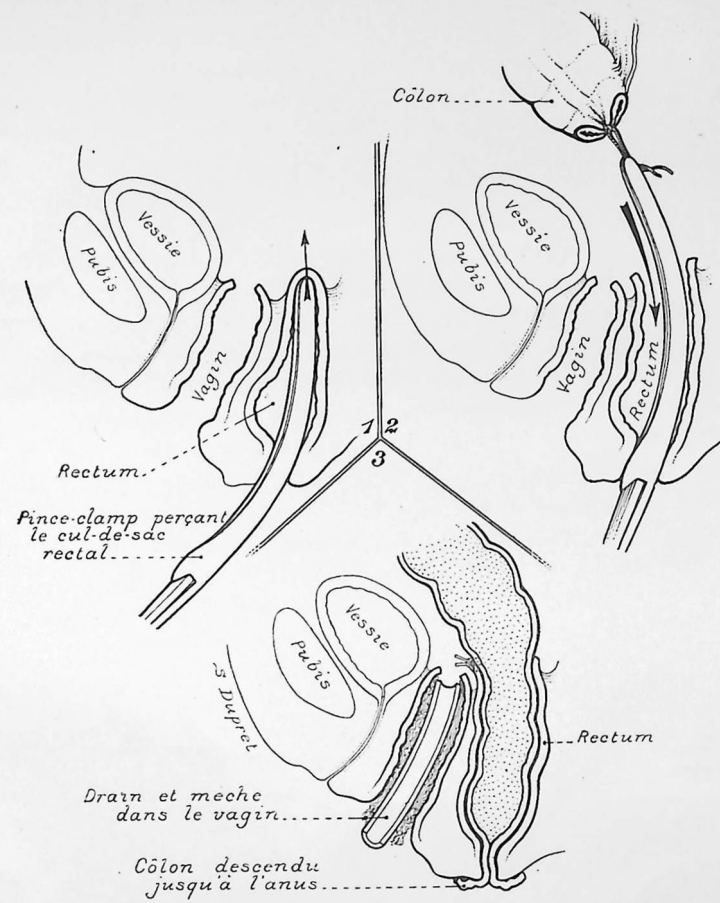


Fig. 109. — SIGMOÏDECTOMIE EN DEUX TEMPS (deuxième temps).
Schéma montrant quelques détails de l'opération précédente.

STASE INTESTINALE CHRONIQUE

LES DIVERS TRAITEMENTS CHIRURGICAUX

Nous ne parlerons pas de la pathogénie de l'affection, qui est décrite (Fasc. I, 2^e édition); d'ailleurs l'étiologie nous intéresse peu actuellement; ce qui importe, c'est d'asseoir notre opinion sur les notions pratiques déjà acquises sans nous perdre inutilement dans les hypothèses.

Ce que nous savons sur la stase intestinale chronique, c'est :

a. Son extrême fréquence ;

b. Son influence pathogénique sur un grand nombre de maladies chroniques ;

c. Le moyen de la reconnaître ;

d. Le moyen de la guérir.

Il faudrait appeler la stase intestinale chronique, la *Grande Maladie*, car l'auto-intoxication d'origine intestinale est certainement, avec la syphilis, la cause la plus fréquente de nos affections chroniques.

Qu'est-ce que l'arthritisme, sinon la conséquence de la stase intestinale chronique? A quoi sont dus les migraines, la dépression générale, la dyspepsie atonique, la plupart des affections cutanées, le rhumatisme chronique, l'artério-sclérose? A la stase intestinale chronique. A quoi est due l'épilepsie essentielle? Très souvent à la stase intestinale chronique. A quoi sont dues nombre de psychoses *sine materia*? A la stase intestinale chronique.

Les récents travaux de Cotton, chirurgien américain, démontrent l'influence de la stase intestinale chronique sur les troubles mentaux.

Nous avons revu Sir Arbuthnot Lane, à Londres, en décembre 1923, avec quelques-uns de ses collaborateurs, en particulier Robertson qui a étudié la stase intestinale chronique chez nombre d'épileptiques dont l'intestin a été opéré. Après l'intervention, les crises ont disparu dans la presque totalité des cas.

A quoi sont dus l'éclampsie puerpérale, la pyélite gravidique, la coli-

bacillurie, un grand nombre de cas de diabète et de maux de Bright, le goitre exophtalmique ou endémique? habituellement à la stase intestinale chronique. A quoi sont dus les mammites chroniques, les ovaires scléro-kystiques, la plupart des appendicites chroniques, la pancréatite, sinon à la stase intestinale chronique? Quelle est la cause primitive de la plupart des cas de tuberculose et de cancer? A la stase intestinale chronique.

La plupart des tuberculeux sont des stasiques intestinaux; la plupart des cancéreux sont des stasiques intestinaux et parmi ces cas de cancer, nous insistons sur les rapports étroits qui unissent la stercorémie avec le cancer du sein, de l'ovaire, de l'intestin, de l'estomac, du pancréas et des voies biliaires. La stase intestinale chronique, ne paraît pas avoir d'influence sur le cancer des lèvres, de la langue, de la bouche, qui sont la conséquence d'irritation locale, comme le tabac, la syphilis; le cancer utérin succède souvent aux métrites ou aux déchirures du col au cours de l'accouchement. On peut donc dire que la syphilis et la stase intestinale chronique sont la base de la plupart des maladies chroniques.

Comment reconnaître la stase intestinale chronique? — Par les rayons X. Cela paraît très simple et pourtant rien n'est plus difficile à obtenir de la part des radiologues que des calques utilisables; nos confrères nous donnent une ou deux radiographies et c'est tout; ce qu'il faut au chirurgien, c'est une série de 4, 5, 6 *radioscopies* qui montrent le transit intestinal toutes les douze heures. Il est important de savoir combien de temps le mélange opaque reste dans l'iléon, dans le cæcum, le colon ascendant et la totalité du gros intestin.

Les trois quarts des radioscopies qui nous sont montrées sont inutilisables. Nous en sommes arrivé à dire à la plupart des confrères qui n'ont pas un radiologue entraîné sous la main: « Si vous voulez être renseignés sur la marche du transit intestinal de vos malades, employez ce moyen simple: faites avaler trois cuillerées à soupe de charbon et notez le moment où il apparaît dans les selles. Normalement, il doit se montrer au bout de vingt-quatre heures; si ce délai est dépassé, cela prouve qu'il y a du retard. C'est un procédé empirique, moins scientifique, moins précis certes que de bonnes radioscopies, mais c'est mieux que les radioscopies, mal faites, qui nous sont souvent présentées.

Il est encore mieux de s'en rapporter à un bon radiologue quand la chose est possible.

Quel traitement appliquer aux stasiques? — Longtemps, nos collègues ont considéré que le seul traitement proposé par Sir Arbuthnot Lane et par moi-même, pour la stase intestinale chronique était la *colec-*

tomie totale. Aussi le traitement opératoire a-t-il été discrédité auprès de nombreux médecins, dont la plupart en sont encore à ne rien conseiller à ces malades chirurgicaux, plutôt que de les soumettre à un opérateur.

C'est regrettable, car s'il y a un chapitre de pathologie où la chirurgie a triomphé, c'est bien celui de la stase intestinale chronique. Il n'y a pas de question relative à la pathologie où la chirurgie puisse empiéter davantage sur le domaine médical, ou du moins où elle puisse mieux prêter son concours, car dans le traitement de la stase intestinale chronique, il faut réaliser l'accord parfait du médecin et du chirurgien.

Le traitement médical est très important; il doit être employé dans tous les cas, même quand la thérapeutique chirurgicale est indiquée.

Ce traitement médical est simple et efficace: huile de paraffine, essence d'ail, kaolin, ferments lactiques, gymnastique respiratoire, gymnastique abdominale, reptation. Sir Arbuthnot Lane nous disait récemment: « *La danse du ventre est la seule danse qui devrait être imposée aux jeunes filles ptosiques, on devrait l'appeler le traitement kinétique de la constipation.* » Le régime végétarien et en particulier celui qui se compose de légumes verts, de fruits crus et mûrs, etc., donne des vitamines, des déchets et stimule les tuniques intestinales.

En quoi consiste le traitement chirurgical? — Il est triple et chaque procédé a ses indications:

a. La *cololyse*, ou libération pure et simple du côlon. La plupart des stasiques ont des coudures intestinales, notamment les coudures iliaque gauche, splénique, hépatique, et iléale.

b. Le *court-circuit*, qui consiste à anastomoser, par bouton ou suture, l'iléon ou le cæcum, avec la sigmoïde; le transit intestinal n'est pas, de ce fait, accéléré, mais les toxines microbiennes sont éliminées rapidement. L'état général s'améliore car la stercorémie disparaît;

c. La *colectomie* partielle ou totale, qui ne convient qu'aux cas où il y a des *déformations d'intestin* (allongement, doli-chocolon, méga-cæcum, méga-côlon), dans les cas où il y a colite concomitante et enfin dans les cas où les opérations plus simples, comme le court-circuit et la libération d'adhérences, ont échoué;

La cololyse ou suppression des coudures ramène le côlon à l'état embryonnaire, car ses angles disparaissent; les obstacles au transit des matières sont ainsi soulevés et la circulation normale des forces est rétablie, les accidents stercorémiques disparaissent. Pourquoi donc ce traitement si simple théoriquement, et qui était préconisé dès le début, a-t-il conservé une place si étroite dans la pratique des chirurgiens? Parce qu'il était mal fait. Actuellement, nous avons pratiqué plusieurs centaines d'opéra-

tions importantes pour stase intestinale chronique (court-circuit ou colectomie), eh bien, de toutes ces opérations, la cololyse ou libération des adhérences, est la plus difficile, la plus délicate et... la plus ingrate.

Quand nous disons « ingrate », nous nous adressons au chirurgien seul, car elle ne l'est point pour le malade, étant donnés ses bons résultats. Ce travail est ingrat parce qu'il est pénible pour le chirurgien et ses aides. La libération des coudures et surtout la péritonisation requièrent une grande patience, surtout si le sujet a une forte tension abdominale, ou s'il est obèse (rare).

La libération des adhérences comporte deux temps : la section des brides ; la péritonisation.

La section des brides n'est rien, mais la réparation est tout. La péritonisation qui suit la libération du méso-côlon exige beaucoup de patience et de soin.

Le risque opératoire est pratiquement nul, puisqu'on n'ouvre pas l'intestin. Le seul inconvénient est constitué par les douleurs post-opératoires et la nécessité d'exiger un traitement médical et physique prolongé.

En résumé :

- 1° Le nombre des stases intestinales chroniques est formidable ;
- 2° Les conséquences de cette maladie sont désastreuses pour la santé ;
- 3° Le remède chirurgical est puissant et bénin ;
- 4° Avant de penser au court-circuit, ou à la colectomie, il faut généralement choisir la cololyse, opération bénigne et très souvent efficace ;
- 5° Le traitement physique, médical, psychique, s'impose dans tous les cas, avant et après l'opération dans les cas opérables et ceux qui ne le sont pas.

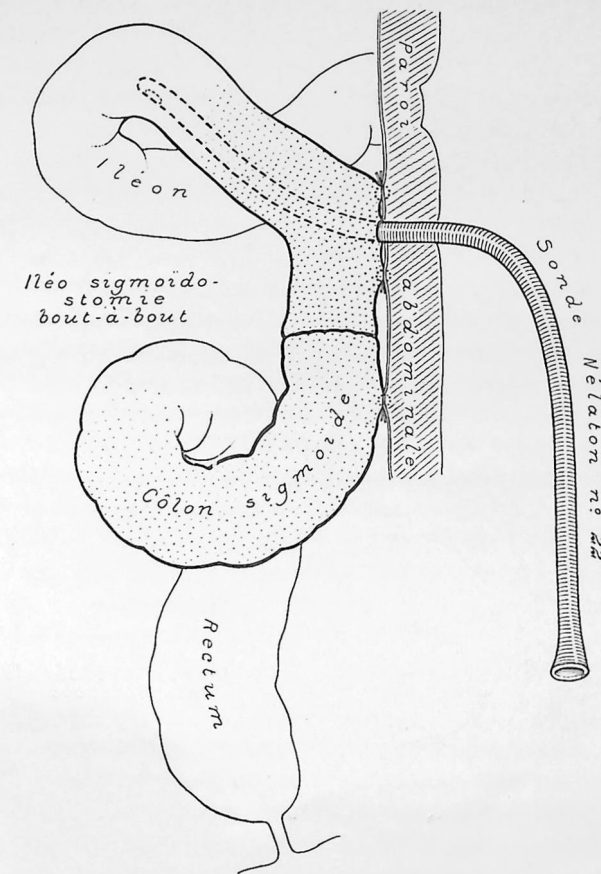


Fig. 110. — COLECTOMIE TOTALE EN UN TEMPS POUR STASE INTESTINALE CHRONIQUE.
Dérivation.

Après la colectomie totale, il peut se produire, soit l'occlusion au niveau de l'anastomose, soit la désunion partielle de cette suture. La meilleure technique ne peut mettre sûrement à l'abri de cet accident. Pour y parer, voici les deux points qui nous ont toujours paru efficaces ; d'une part, la fixation de l'anse à la paroi abdominale par quelques points de suture, et d'autre part, la dérivation pratiquée en amont de l'anastomose. Cette dérivation persiste huit jours. La suppression de la sonde Nélaton ne détermine pas de fistule. L'oblitération se fait spontanément. Les points de suture qui fixent l'anastomose à la paroi abdominale, empêchent la désunion, et, si elle se produisait, la rendraient sans danger. Si, pour des raisons quelconques, dans l'avenir, on craignait la production d'une coudure de l'anse, au niveau de l'anastomose, il serait facile de la séparer de la paroi, au bistour et sous anesthésie locale.

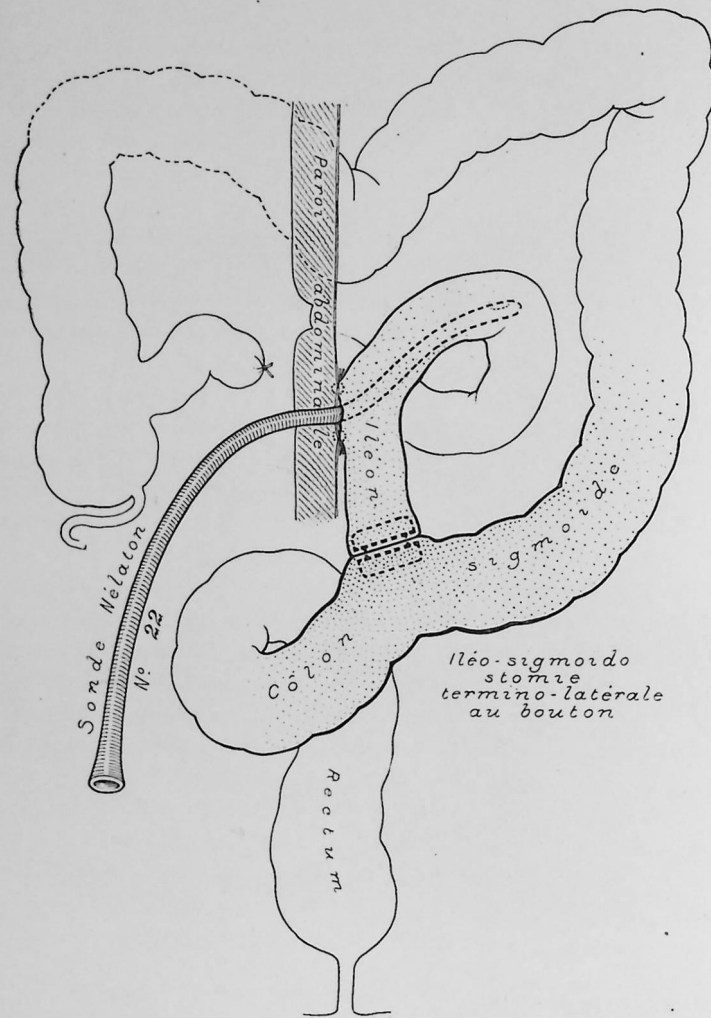


Fig. 111. — ILEO-SIGMOÏDOSTOMIE (COURT-CIRCUIT) POUR STASE INTESTINALE CHRONIQUE.
Dérivation.

L'opération étant terminée et faite ici au bouton, l'opérateur ponctionne l'intestin et introduit une sonde Nélaton; l'anse est fixée par deux points de suture à la paroi. La sonde reste en place huit jours; elle sera supprimée et ne laissera aucune fistule. Le bouton tombera au bout de dix jours environ. Cette dérivation met à l'abri de l'occlusion intestinale, toujours possible.

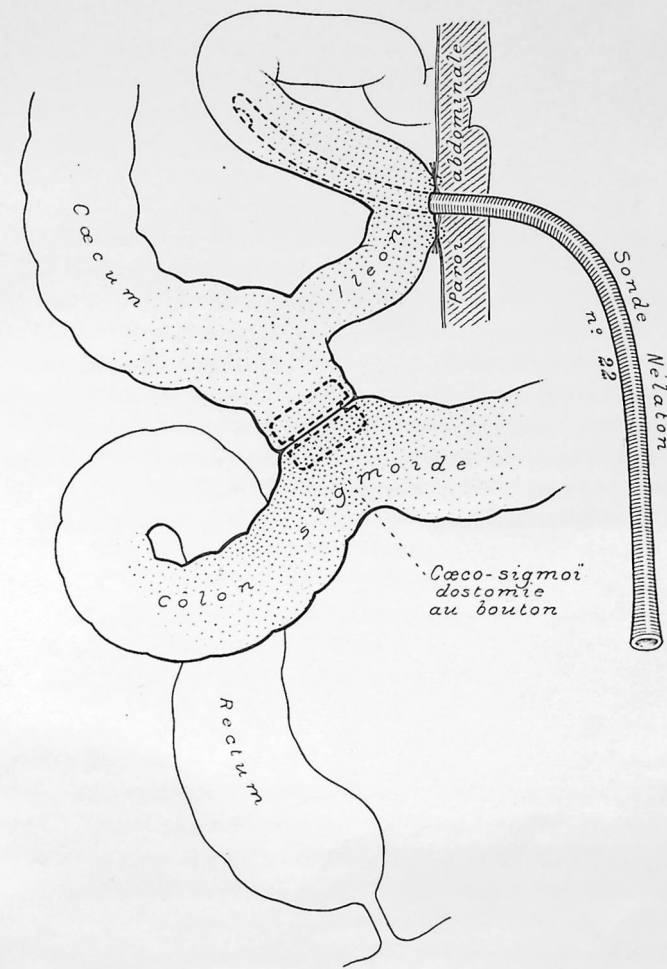


Fig. 112. — CÆCO-SIGMOÏDOSTOMIE (COURT-CIRCUIT) POUR STASE INTESTINALE CHRONIQUE.
Dérivation.

La cæco-sigmoïdostomie a été faite au bouton. Il est parfois utile de placer une sonde de dérivation, comme pour l'ileo-sigmoïdostomie. Les risques d'occlusion intestinale aiguë après cæco-sigmoïdostomie sont moindres qu'après ileo-sigmoïdostomie. Ils existent néanmoins dans certaines conditions.

FISTULES A L'ANUS

Comme nombre de mes collègues, je négligeais jadis ce chapitre de pratique chirurgicale. Il me paraissait sans intérêt : introduire une sonde dans le trajet fistuleux, couper les tissus sur la cannelure de la sonde, exciser le canal, puis suturer la plaie ou la laisser granuler, suivant que les risques d'infection existaient ou n'existaient pas : telle était la doctrine simpliste dont je m'inspirais. Pourtant, quelques cas fâcheux me firent réfléchir ; certains malades guérissaient mal ; plusieurs opérations étaient nécessaires ; quelques anus suppuraient pendant des mois, des années ; des anus déformés, fonctionnaient mal ; quelques-uns étaient incontinents partiellement ou totalement ; je notai deux cas de tuberculose pulmonaire, quelques mois après une simple section de fistule ; enfin, je remarquai de fréquents cas de psychasthénie, de neurasthénie, chez des opérés obsédés par leur anus, en dépit des opérations, des soins et des consolations.

Au cours d'un voyage à Londres, je vis Lockhart-Mummery pratiquer une série d'opérations pour fistules. St-Mark's Hospital est le centre où on opère le plus de fistules anales, le tiers des malades hospitalisés correspondent à cette maladie. Je me rendis compte que la plupart des « neurasthéniques » avaient raison de se plaindre ; ils ne présentaient pas des anus « enviabls », les résultats étaient imparfaits, par suite d'une intervention mal exécutée, ou de soins mal donnés. Lockhart-Mummery me fit part de sa longue expérience, exécuta devant moi plusieurs opérations sur l'anus et édifia ma religion sur le traitement des fistules anales. C'est le résumé des observations et des connaissances acquises près de lui que j'expose ici. Notre distingué collègue londonien est le chirurgien le plus expérimenté en cette matière.

La cure des fistules à l'anus nécessite une technique opératoire souvent délicate et spéciale. — La fistule peut être *complète* ; elle s'étend

alors d'un orifice externe cutané, à un orifice interne, intra-rectal. Elle est *incomplète* quand elle se termine en cul-de-sac, soit vers la peau (fistule borgne interne), soit vers le rectum (fistule borgne externe).

Quand le trajet passe au-dessus du sphincter, elle est dite *sus-sphinctérienne* et la question de la section sphinctérienne (très importante) se pose. Si, au contraire, elle passe au-dessous du muscle, la question de la section du sphincter ne se pose pas. Cette forme *sous-sphinctérienne* est la plus fréquente.

Le siège sus ou sous-sphinctérien n'est pas toujours facile à reconnaître. Le chirurgien s'imagine que sa sonde cannelée introduite dans le trajet charge le sphincter externe. Il n'en est rien le plus souvent; les tissus enflammés font illusion au doigt. La masse sous-cutanée est épaissie, et formée de tissu inflammatoire; le sphincter n'est pas compris dans la masse chargée. Si l'opérateur hésite d'ailleurs, il devra couper lentement les divers plans, sur la sonde. Il arrivera ainsi sur le sphincter externe visible, et le coupera ou le respectera suivant l'indication.

Les fistules sont dites *compliquées* quand elles ont plusieurs trajets, qui se branchent les uns sur les autres. Elles sont dites *simples*, quand il y a un orifice d'entrée et un de sortie. Le plus souvent, l'orifice interne siège dans le plan sagittal du corps, en avant ou en arrière de l'anus, à 6 heures ou à 12 heures.

Le trajet d'une fistule ancienne donne l'impression d'un tube résistant, dur, fibreux. La quantité de tissu fibreux est proportionnelle à l'ancienneté de la fistule.

Généralement, une fistule est plus étendue qu'on ne le croit à première vue. L'orifice interne est souvent situé à 2 centimètres environ de la peau anale; mais le canal peut se prolonger au-dessus de l'orifice interne et finir en cul-de-sac.

Une fistule est précédée d'un abcès de la marge de l'anus. — C'est parce que cet abcès a été opéré mal et tard puis mal soigné que la fistule survient. Le meilleur traitement de l'abcès de l'anus est celui qui est indiqué par Lockhart-Mummery. Il consiste *non pas à inciser* l'abcès, mais à *exciser* toute la portion du périnée qui le recouvre. Il faut *transformer en entonnoir* le foyer suppurant. Le sommet de l'entonnoir est en haut et la base en bas, à la peau, ainsi, on peut traiter, en pansant à plat, cet abcès qui se ferme rapidement et sans fistule.

Une fistule abandonnée à elle-même a tendance à envoyer des prolongements, des diverticules. — Elle dure alors indéfiniment. Si tous les abcès étaient bien opérés, il n'y aurait pas de fistule à l'anus. Si les

fistules étaient bien examinées, bien sondées, bien opérées, bien pansées, elles guériraient généralement d'emblée et sans incontinence.

Les fistules à l'anus sont-elles parfois d'origine tuberculeuse?

Oui, mais rarement, une fois sur dix.

Dans la fistule tuberculeuse, il y a peu de tissu fibreux, elle est simplement tapissée de granulations bacillaires. Le trajet d'une fistule banale est tapissé de bourgeons charnus.

FISTULES SIMPLES. — La fistule simple est celle qui se compose d'un trajet direct et de deux orifices: un orifice interne, intra-anal et un orifice externe, cutané, derrière ou devant l'anus, dans le plan sagittal le plus souvent. La fistule est généralement superficielle et ne passe pas au-dessus du sphincter externe, de sorte que la section du trajet fistuleux, au bistouri, ne sacrifie pas le muscle.

FISTULES A PLUSIEURS ORIFICES. — Les orifices multiples peuvent se rencontrer surtout dans les fistules anciennes; il est exceptionnel de trouver plus d'un orifice interne.

En général, l'orifice rétro-anal correspond à un orifice interne au centre postérieur de l'anus. De même, les orifices cutanés, en avant de l'anus, à 12 heures, correspondent à un orifice interne antérieur.

FISTULES EN FER A CHEVAL. — Le trajet dessine un demi-cercle devant ou derrière l'anus.

Cette forme est fréquente; l'orifice interne siège souvent à 6 heures ou à 12 heures. Le trajet cutané se divise de chaque côté de l'anus, et aboutit à deux orifices cutanés latéraux. Il faut repérer exactement la situation du trajet et des deux orifices, avec la sonde cannelée, ou le palper. La fistule antérieure en fer à cheval est rarement compliquée et toujours facile à traiter.

Faut-il opérer les fistules simples chez les tuberculeux?

Un tuberculeux peut avoir une fistule non tuberculeuse et un sujet sain peut avoir une fistule tuberculeuse.

Les bords d'une fistule tuberculeuse sont minces, la peau voisine est violacée et amincie.

Si le patient présente une tuberculose avancée, ne pas opérer; agrandir l'orifice et le drainer. Si la tuberculose revêt une forme très lente, ou en progrès, il n'y a aucun intérêt à laisser le patient suppurer et s'infecter davantage. Il sera mieux de pratiquer ici la section simple

au thermo. On traitera de même toute fistule tuberculeuse chez un sujet sain. Elle sera débridée au thermo et cautérisée. Trois fois, des sujets sains en apparence, chez qui nous opérions une fistule simple présentèrent une tuberculose pulmonaire quelques mois plus tard. Ils guérirent finalement de la fistule et de la lésion pulmonaire.

Faut-il opérer un diabétique ?

Même réponse que pour le tuberculeux. Si la fistule le gêne, si la quantité de sucre est faible, il faut opérer.

Faut-il faire des injections modificatrices dans les fistules ?

L'injection d'une pâte bismuthée permet de suivre le trajet de la fistule aux rayons X. L'injection de bleu de méthylène a non seulement pour résultat de désinfecter légèrement le trajet avant l'opération, mais aussi de faciliter sa recherche. Elle est souvent à conseiller en cas de trajets compliqués.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE RELATIVE AUX FISTULES PÉRI-ANALES. — Il n'est qu'exceptionnellement nécessaire de couper le sphincter externe. Le plus souvent, le sphincter n'est pas compris dans les tissus voués à la section. Si d'ailleurs le sphincter doit être coupé, cette section comporte des précautions qu'il est utile de respecter. « *L'incontinence définitive de l'anus est pire qu'une fistule non opérée. Nombre de fistules ne guérissent pas, même si elles sont opérées, parce qu'elles sont mal opérées et mal soignées* (Lockhart-Mummary)¹. » Il faut, pour les guérir, fendre et étaler le canal du trajet, le drainer, le désinfecter et le bien panser, jusqu'à ce que les tissus profonds soient cicatrisés d'abord. La plaie rectale guérit moins vite que la plaie cutanée. C'est le fait de méconnaître ces détails importants qui cause l'insuccès. La plaie sera maintenue béante de façon que la partie rectale se ferme avant la partie cutanée. Les insuccès après opération pour fistule, sont dus à ce que l'opérateur n'a pas assuré un drainage suffisant et qu'il n'a pas maintenu le drainage pendant toute la période de cicatrisation. Quand la cicatrisation est d'abord rapide, puis quand la fistule paraît presque guérie si la réparation s'arrête, conclure que le drainage n'a pas été suffisant. Quand une fistule est sus-sphinctérienne et à trajet compliqué, il faut fendre la partie externe d'abord, assurer un bon drainage sur toute l'étendue du trajet, sans couper le sphincter ; « *il est mieux de faire une opération insuffisante sans incontinence qu'une incision large*

1. LOCKHART-MUMMERY. Chirurgie du colon et du rectum. Baillière, éditeur. Londres.

avec incontinence définitive d'emblée. Il vaut mieux opérer en deux fois pour fendre un trajet fistuleux et éviter l'incontinence, que d'opérer une seconde fois pour supprimer l'incontinence qu'une première opération a créée (Lockhart-Mummary)¹.

Faut-il exciser ou inciser une fistule ? Faut-il la laisser se réparer seule ou la suturer ?

Ces procédés ont chacun leur indication. En principe, il faut exciser la fistule et la laisser se réparer seule ; quelques exceptions sont faites à cette règle. Ainsi, les fistules latérales sus-sphinctériennes, celles qui sont à 3 heures, par exemple, doivent être suturées après l'excision, quand on a la certitude que tous les trajets sont enlevés. Quand elles ne sont pas suturées d'une façon immédiate, il est prudent de les exciser en deux temps : inciser d'abord la partie externe, sous-cutanée, puis dans un second temps, fendre le sphincter pour drainer l'orifice interne.

En principe, il ne faut pas conseiller la suture immédiate totale. Pendant la cicatrisation, il peut se former de nouveaux diverticules qui s'opposent à la guérison des plaies et qui, souvent, nécessitent un nouveau débridement qui allonge la convalescence. Somme toute la cicatrisation à ciel ouvert est plus sûre que si les tissus ont été suturés. Néanmoins, dans les fistules à trajets compliqués, on peut, avec avantage, après l'excision de tous les trajets, suturer partiellement les plaies cutanées, pour diminuer le tissu cicatriciel, et empêcher les déformations de l'anus.

PRÉPARATION DU MALADE. — Elle joue un rôle très important. Le sujet sera purgé, laissé à jeun pendant quarante-huit heures, puis lavementé. Au moment de l'opération, il faudra laver soigneusement l'ampoule rectale avec de l'eau savonneuse et de l'éther. Le lavage durera quatre ou cinq minutes. Lockhart-Mummary déclare que : « le lavage qui précède les opérations pour fistules à l'anus doit être aussi long que l'opération elle-même. »

TRAITEMENT DES FISTULES SIMPLES. — La fistule simple est celle qui comprend un trajet rectiligne entre deux orifices, l'un cutané, l'autre ano-rectal. Commencer par un examen minutieux, en se rendant compte s'il y a, ou non, un ou des diverticules. Au moment de l'opération, réexplorer pour confirmer le diagnostic des lésions.

L'injection de bleu de méthylène, quelques jours auparavant, sera très utile pour repérer les diverticules.

1. LOCKHART-MUMMERY. *Loc. cit.*

L'opérateur explorera avec une sonde cannelée à extrémité mousse ; si l'instrument était pointu, cette pointe ferait fausse route, traverserait la paroi du trajet fistuleux ; les renseignements anatomiques seraient ainsi erronés. La sonde cannelée est en place, les tissus superficiels qui la recouvrent seront coupés au bistouri, sur la cannelure de la sonde. Puis, une tenaille écartera chaque bord de la plaie, qui sera ainsi étalée. Le tissu granuleux du trajet est cureté, puis examiné, en bonne lumière, pour rechercher s'il ne se branche pas sur lui un diverticule. L'ouverture de ces diverticules apparaît sous forme de points foncés. S'il y a du tissu fibreux dense, il faut l'exciser, ainsi que les bords de la plaie. Le trajet bien ouvert présente une surface saignante, étalée en entonnoir. Les bords ne surplomberont pas la plaie pendant la cicatrisation. Dès que l'excision du trajet complet est faite, les vaisseaux seront oblitérés par torsion, par ligature au fil. Si cela saigne, il faut tamponner avec des compresses trempées dans l'eau salée. Si l'ouverture du trajet a nécessité une section de la muqueuse rectale, celle-ci saigne davantage ; il faut alors placer dans le rectum un gros drain, entouré de gaze, qui fait compression. Le tube est fixé par une épingle de sûreté entourée de coton.

TECHNIQUE APPLICABLE AUX FISTULES COMPLIQUÉES. — Quand il y a plusieurs trajets communiquant avec le même orifice interne, chacun d'eux sera ouvert, et l'orifice interne sera divisé en dernier lieu, *suivant le rayon de l'anus*.

S'il faut couper le sphincter, l'incision se fera de préférence suivant des directions antéro-postérieures, dans le plan sagittal du corps. En cas de fistule, avec orifice interne latéral, celui-ci sera coupé dans *le sens du rayon de l'anus* ; il sera parfois préférable de faire l'opération en deux temps et de réserver pour une date ultérieure la section sphinctérienne.

L'incision oblique du sphincter sera rigoureusement proscrite, car elle produit l'incontinence ou constitue un anus déformé.

Ne jamais couper le sphincter en deux points différents de sa circonférence.

Dans quelques cas de fistules latérales assez basses, l'opérateur peut trouver mieux de sectionner d'emblée le trajet et le sphincter, exciser les tissus fibreux et suturer immédiatement les deux bouts de l'anneau musculaire. Mais, en cas de fistule latérale, très haute, il faut opérer en deux fois, exciser le trajet, et surtout une rondelle cutanée large, et bien drainer la totalité du trajet débridé, inciser le tissu fibreux et ne pas fendre le sphincter ni l'intestin. Cette deuxième section sera remise à une date ultérieure.

Les fistules anales, avec orifices latéraux internes, haut placés, sont si délicates à opérer et à soigner, que Lockhart-Mummery les déclare « susceptibles d'être confiées uniquement à un spécialiste de la chirurgie rectale¹. Le nombre d'opérés restés incontinents, après avoir été opérés « pour ce genre de fistule, est considérable ».

TRAITEMENT DES FISTULES EN FER A CHEVAL. — Le ou les trajets qui forment la fistule sont fendus sur une sonde cannelée introduite par un des orifices externes. La section ne comprend pas l'intestin. Chaque trajet externe est fendu l'un après l'autre, jusqu'à ce que subsiste seul le trajet fistuleux qui se dirige en avant, vers l'orifice interne ou rectal. Alors, le trajet, chargé d'arrière en avant, ou d'avant en arrière, est divisé sur une sonde cannelée, dans le plan sagittal du corps.

Il est plus facile de commencer par pénétrer dans l'orifice interne. Il est souvent nécessaire, pour le voir, de dilater le sphincter et de placer un spéculum. Une sonde cannelée est donc introduite par le rectum dans l'orifice interne, et dirigée vers l'orifice externe. La peau est alors coupée *sur la pointe* de la sonde cannelée qui sort par cet orifice artificiel ; les tissus chargés par la sonde sont fendus, les autres trajets sont divisés de la même façon, en passant la sonde cannelée dans la partie postérieure de la première incision. Les diverticules, ou trajets supplémentaires, sont recherchés et coupés de la même façon, en passant la sonde cannelée dans la partie postérieure de la première incision. Si la fistule est longue, il faut faire l'opération en deux temps (section en T) ; le trajet externe est fendu à la première opération (branche verticale du T). Quand le trajet est presque guéri, le trajet postérieur (branche verticale du T) communiquant avec l'intestin est fendu dans une seconde opération.

Si l'opérateur fait l'incision en T, en un temps, la cicatrisation des trajets transversaux déforme l'axe de cicatrisation de la branche verticale ; il se produit des déformations de l'anus, ce qui donne des risques d'incontinence. Quand, au contraire, le sphincter est secondairement coupé, il est déjà noyé dans du tissu embryonnaire qui maintient les deux extrémités musculaires dans une direction favorable à la coaptation régulière. « *L'opération en deux temps doit être faite par un spécialiste de la chirurgie rectale qui saura seul éviter les risques d'incontinence* » (Lockhart-Mummery).

Dans la chirurgie des fistules à l'anus, il faut craindre constamment deux complications : a) *la non-cicatrisation* ; b) *et surtout l'incontinence*.

FISTULES A TRAJET INTRA-PARIÉTAL. — Un chirurgien ouvre le trajet

1. LOCKHART-MUMMERY. Chirurgie du côlon et du rectum, chez Baillière, éditeur, Londres.

d'une fistule entre ses deux orifices interne et cutané; il explore la gouttière résultant de cette fente et remarque que le trajet ne se termine pas au niveau de l'orifice interne fendu, mais qu'il remonte le long du rectum, parallèlement à ses parois. Faut-il fendre ce trajet, ce diverticule, ce cul-de-sac élevé? C'est plus simple, mais Lockhart-Mummery trouve qu'il vaut mieux ne pas le fendre, et simplement le drainer. Il faut le dilater, puis y placer un drain fixé par une épingle de sûreté. S'il y a deux diverticules semblables, chacun sera séparément drainé de la même façon. Les tubes seront raccourcis au fur et à mesure que le trajet guérira. S'il est difficile de garder les tubes, on les remplacera par une petite mèche de gaze. Si les trajets sont lents à guérir, les stimuler avec le nitrate d'argent, puis une mèche de gaze sera poussée jusqu'à l'extrémité en cul-de-sac. C'est le meilleur traitement si les trajets sont dans l'épaisseur du rectum et en dehors des tuniques musculaires; si pourtant ces trajets sont sous-muqueux, ils peuvent être ouverts, fendus du côté de l'intestin avec les ciseaux. Alors, le rectum sera irrigué deux fois par jour et la plaie sera gardée bien propre. Elle guérira facilement et rapidement.

Quand les trajets sous-muqueux s'étendent très haut, la section peut provoquer une hémorragie; tamponner le rectum, avec de la ouate, autour d'un tube et surveiller l'opéré pendant quarante-huit heures.

FISTULE AVEC ORIFICE INTERNE LATÉRAL. — Elles sont rares, mais réclament un traitement délicat, pour éviter l'incontinence post-opératoire. S'il est nécessaire de diviser le sphincter, grand soin doit être pris pour le couper à *angle droit* et laisser une plaie rectiligne qui guérira de telle façon que les extrémités du sphincter viendront exactement se mettre en contact après guérison. Le traitement idéal de telles fistules serait l'excision suivie de la suture. Néanmoins de bons résultats sont obtenus par l'incision pure et simple, pourvu qu'on prenne soin de ne jamais couper le sphincter obliquement. En cas de large fistule, avec orifice latéral, l'opération sera faite de préférence en deux temps. La première section ménagera le sphincter qui sera coupé quinze jours plus tard, dans un deuxième temps.

FISTULE BORGNE INTERNE. — Le sphincter sera dilaté avec le spéculum. Une sonde cannelée sera introduite dans la fistule par l'orifice interne du rectum; sa pointe fera saillie sous la peau, qui sera coupée sur la saillie. Le tissu qui recouvre la sonde cannelée sera fendu. Le reste de l'opération est la même que pour une fistule complète.

FISTULE BORGNE EXTERNE. — Il peut y avoir deux ou trois orifices externes

n'ayant aucune communication avec l'intestin. Les trajets seront ouverts par incision cruciale de la peau, et le tissu sera excisé, de façon à produire une plaie en entonnoir. La partie de la plaie superficielle est plus large que la partie profonde. Si aucune communication n'existe avec l'intestin, il est inutile de fendre le rectum; l'incision cutanée sera grande, large, béante.

FISTULE AVEC DEUX ORIFICES INTERNES. — Ils ne seront pas divisés à la première opération, à moins qu'ils ne s'étagent l'un au-dessus de l'autre, de telle sorte qu'une incision puisse les comprendre. Le meilleur plan est alors de fendre l'un et de traiter l'autre lorsque le premier est guéri.

EXCISION DES FISTULES SUIVIE DE SUTURE. — Cette pratique ne peut convenir qu'aux cas simples (rares), ou aux cas de fistules à orifices latéraux. Il est essentiel de mener l'opération sous la plus stricte asepsie, car la plaie doit se réunir par première intention. Le trajet fistuleux sera stérilisé par une injection de bleu de méthylène qui colore les trajets. Le trajet sera coupé sur la sonde et excisé. Si tout le trajet a été enlevé, la plaie sera nettoyée à l'éther; la suture faite au crin de Florence comme pour une périnéorrhaphie. Serrer les points modérément.

TRAITEMENT CONSÉCUTIF AUX OPÉRATIONS POUR FISTULES. — Le chirurgien ne doit s'en rapporter à personne pour le traitement consécutif, il doit s'en occuper lui-même; cette inobservation explique un grand nombre d'échecs. La fistule doit guérir en moins d'un mois.

La plaie sera gardée aussi propre que possible; éviter la suppuration; changer le pansement très souvent, 2, 3, 4 fois par jour. Au début, on fera des pansements chauds, humides, des vaporisations chaudes par-dessus le coton qui recouvre la plaie. Ce coton restera en place pendant plusieurs jours et ne sera changé que lorsqu'il sera souillé. Les intestins pourront être vidés le troisième ou le quatrième jour par un laxatif et un lavement huileux. Après cette première selle, le patient pourra s'asseoir dans un bain antiseptique, matin et soir. Le coton sera décollé dans le bain et une nouvelle couche de ouate sera replacée. La plaie est pansée avec des petites lames de ouate maniée par une sonde cannelée qui la poussera dans les moindres coins. Lorsque des granulations apparaissent, les protéger contre les frottements, par de la vaseline. A cette époque, il ne faudra plus d'antiseptique, simplement de l'eau salée ou oxygénée. De temps en temps, il faut cautériser au nitrate d'argent, pour activer la cicatrisation. Surveiller constamment le malade, jusqu'à la fin. Celui-ci gardera le lit jusqu'à la guérison complète. Il ne

devra pas se lever, ni marcher avant que la plaie soit solide; s'il se lève plus tôt, il perdra du temps, car la convalescence sera retardée.

Causes des lenteurs de cicatrisation d'une fistule anale. — a) Opération mal faite; b) Drainage insuffisant; c) Formation d'un pont cicatriciel au-dessus du fond de la plaie.

Habituellement, l'opérateur omet d'exciser un coin du trajet, un cul-de-sac invisible pour lui, d'où retard à guérir. Il faut recommencer.

Fréquemment, c'est l'orifice rectal qui a été méconnu au cours de l'opération; si une fistule ne guérit pas rapidement, c'est que l'orifice interne de la fistule n'a pas été ouvert. Il faut réopérer. On dit au patient que la raison pour laquelle la fistule ne guérit pas, c'est son mauvais état général, c'est que sa fistule est tuberculeuse; c'est faux; la vraie cause de l'insuccès est l'opération mal faite.

Lockhart-Mummery signale qu'à St-Mark's Hospital, ils reçoivent de nombreuses fistules dont un tiers ont été opérées par d'autres chirurgiens; or celles-ci ne guérissent pas parce qu'un trajet a été méconnu. Dans d'autres cas, la cicatrisation lente est due à un drainage insuffisant, à ce que l'excision externe de la plaie n'a pas été faite assez largement, la plaie externe guérit avant la plaie profonde, celle du rectum. Un pont de tissu cicatriciel se forme sur la plaie et l'empêche de guérir. Ceci montre que la plaie n'a pas été bien pansée. Le pont de peau doit être alors coupé sur une sonde cannelée.

Les retards de guérison par faiblesse générale sont très rares. Quand une fistule refuse de guérir, on envoie le malade au bord de mer, à la campagne, mais dans la grande majorité des cas, s'il ne guérit pas, c'est qu'il est mal opéré, ou mal pansé. En tout cas, s'il s'agit d'un tuberculeux, d'un diabétique ou d'un syphilitique, le chirurgien aurait dû commencer par le soigner avant de l'opérer.

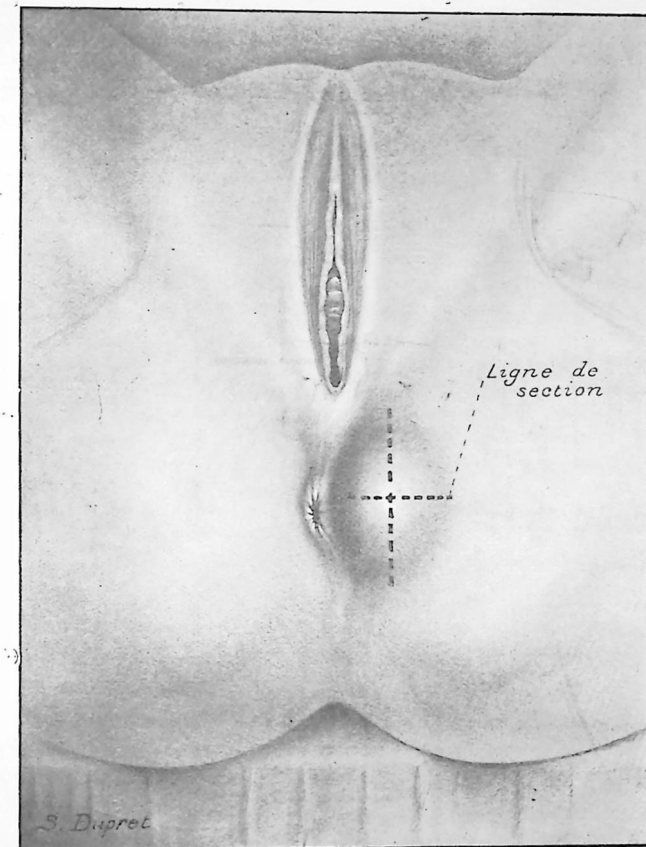


Fig. 113. — Abscess de la marge de l'anus.

Point de départ des fistules. Comment il faut les ouvrir pour éviter celles-ci. Incision cruciforme, très large.

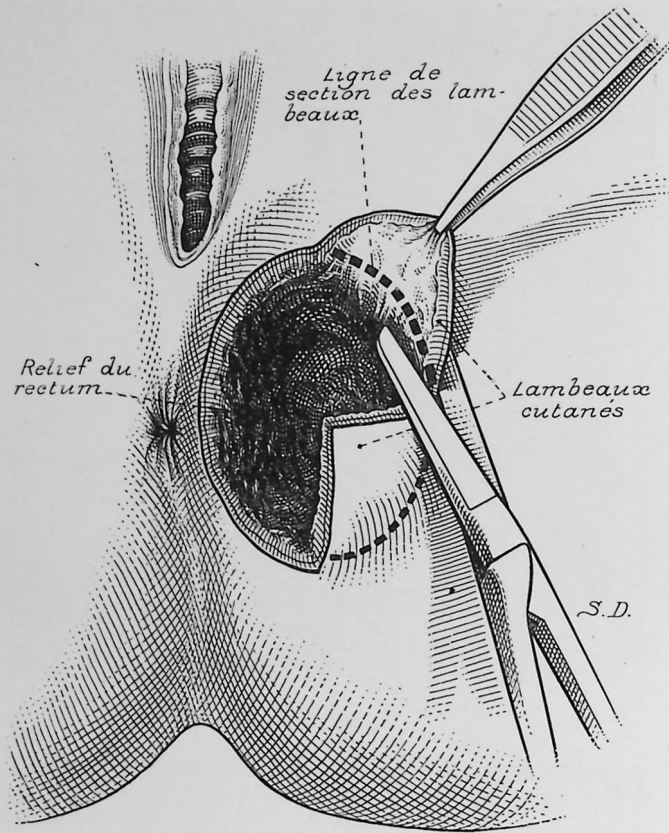


Fig. 114. — ABCÈS DE LA MARGE DE L'ANUS.
 Comment on évite les fistules sans couper le sphincter. Exciser la surface cutanée pour transformer le foyer en entonnoir. Pansement à plat.

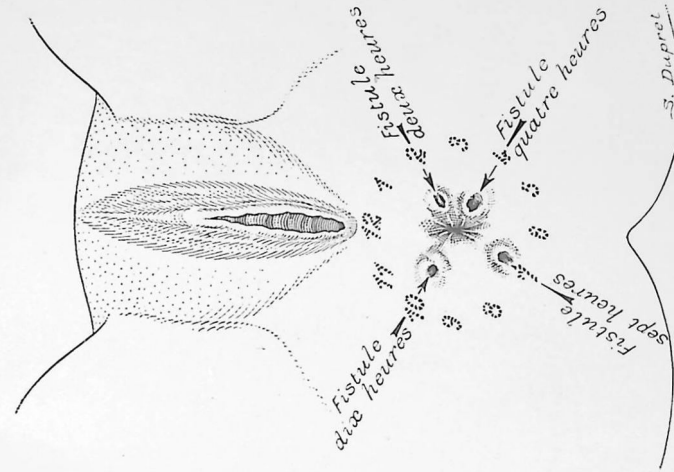


Fig. 116.
 Sièges des orifices externes de fistules complètes, avec leur désignation assimilable aux heures d'un cadran.

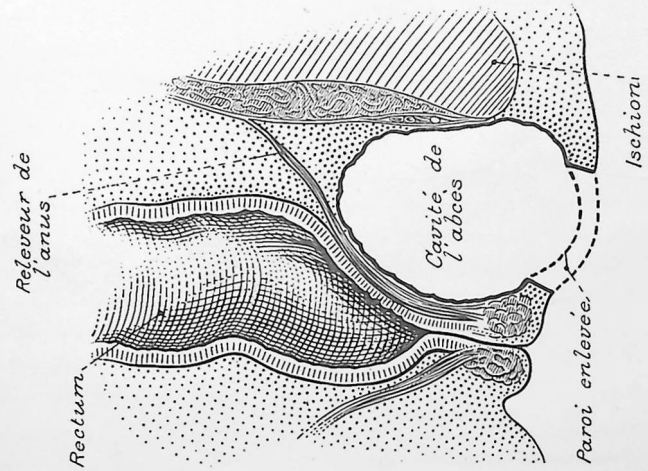


Fig. 115. — ABCÈS DE LA MARGE DE L'ANUS.
 Coupe correspondant à la figure précédente. L'abcès se comble de haut en bas, sous le pansement à plat. Inutile de sectionner le sphincter.

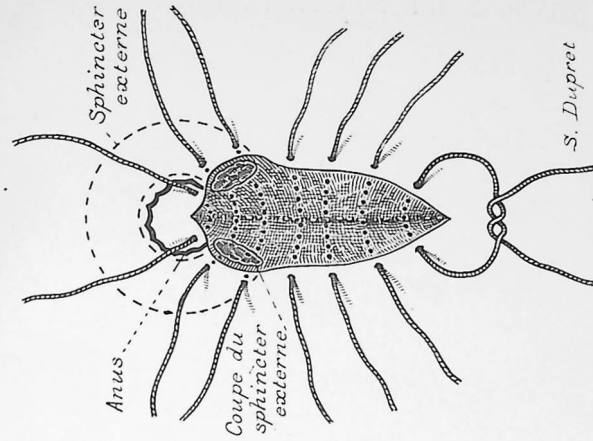
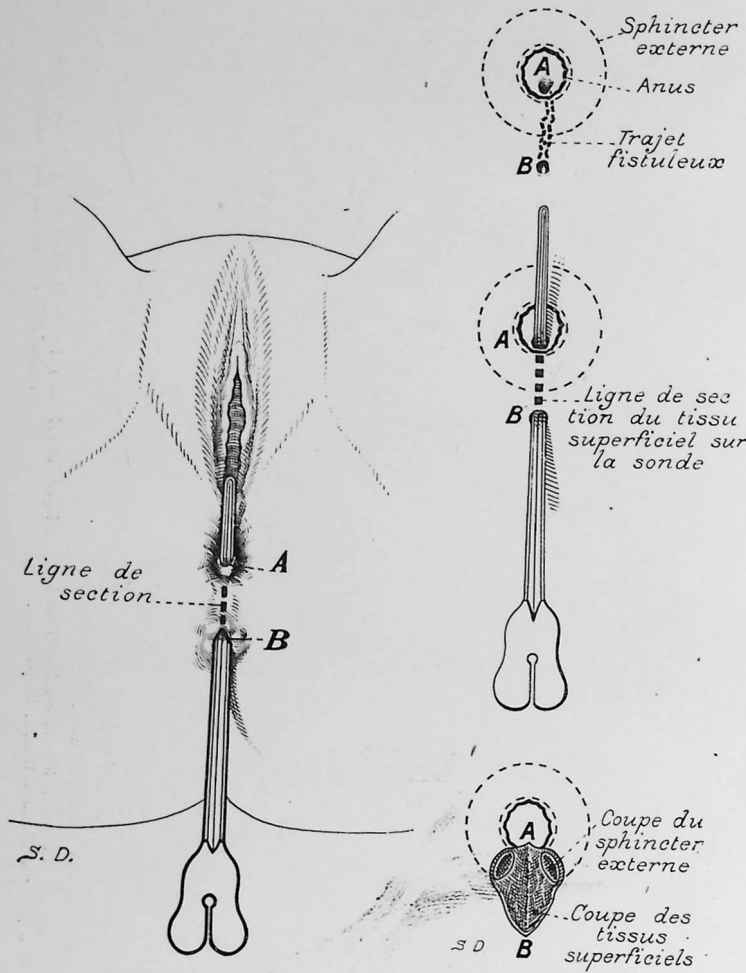


Fig. 121. — EXCISION COMPLÈTE D'UNE FISTULE SUS-SPHINCTÉRIENNE AVEC RÉPARATION IMMÉDIATE. Cette opération est surtout à conseiller pour une fistule latérale à 3 heures ou à 9 heures. En cas de fistule sagittale, même sans suture, le sphincter se réunit sans incontinence.

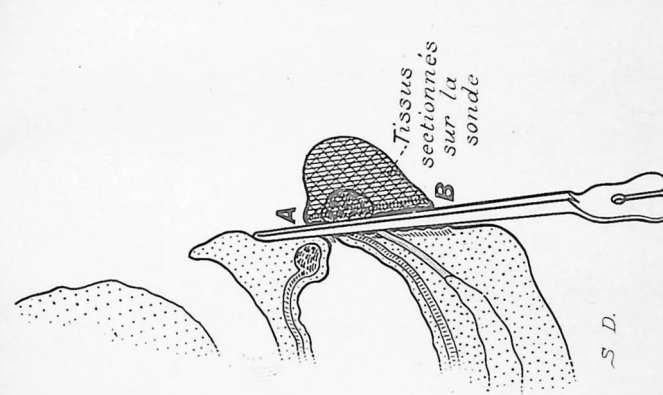


Fig. 120. — TRAJET DE FISTULE A 6 HEURES, SUS-SPHINCTÉRIENNE RECOVERTE D'UNE GRANDE ÉPAISSEUR DE TISSU INFLAMMATOIRE.

L'opérateur doit voir le sphincter, pour le ménager ou le couper. Le bistouri avancera plan par plan. Parfois, l'opération sera faite en deux temps. Le sphincter sera coupé quelques semaines plus tard et se réunira avec une meilleure coaptation. La section immédiate du sphincter est sans conséquence pour les fistules du plan sagittal. L'opération en deux temps est à recommander pour les fistules de 3 et 9 heures par exemple.

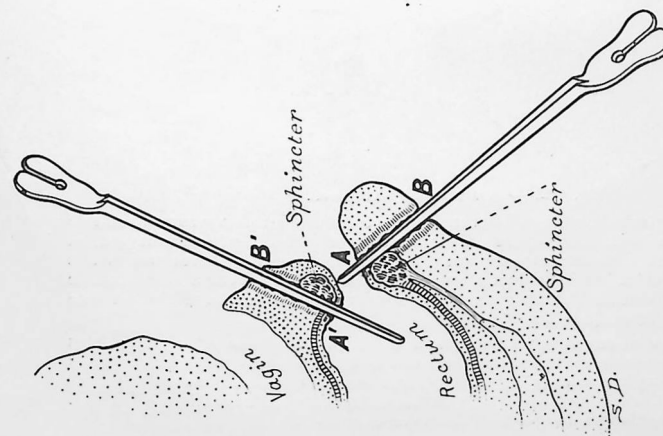


Fig. 149. — FISTULES SAGITTALES A 12 HEURES ET A 6 HEURES.

Le trajet AB paraît sus-sphinctérien, car les tissus chroniquement enflammés sont épais. L'opérateur pense qu'il va couper le sphincter; il n'en est rien. Celui-ci est ménagé; c'est préférable. Par contre le trajet A'B' est au-dessus du sphincter, qui sera coupé; nécessité qui a peu d'importance, puisque la fistule est dans le plan sagittal du corps.

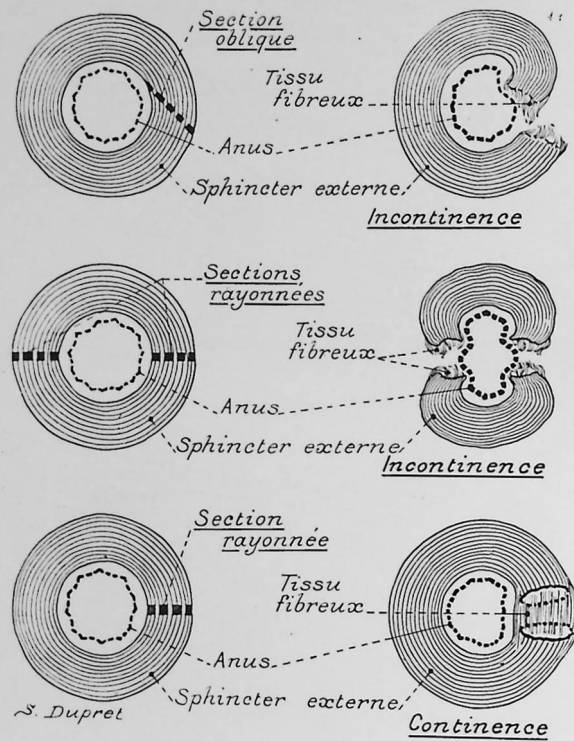


Fig. 122. — LES FISTULES LATÉRALES.

Aspect du sphincter suivant la section. Le pronostic de ces fistules est plus grave au point de vue fonctionnel. En haut, nous voyons un sphincter coupé obliquement (mauvais), ce qui provoque l'incontinence, car la cicatrisation ne se fait pas dans le sens des fibres musculaires (LOCKHART-MUMMERY). Plus bas, le sphincter coupé en deux points est voué à l'incontinence par contraction individuelle des deux demi-cercles (mauvais). En bas, la section est faite suivant le rayon de l'anus (très bon).

La figure de droite montre ce qui se produit quand la section est faite en deux temps. Dans un premier temps, excision du trajet en dehors et au-dessus du sphincter, sans couper ce dernier. Un tissu cicatriciel se développe autour du sphincter respecté. Dans un deuxième temps, le muscle est coupé. La coaptation se fait alors très bien, grâce au tissu fibreux qui étaye les tronçons sectionnés du sphincter (LOCKHART-MUMMERY).

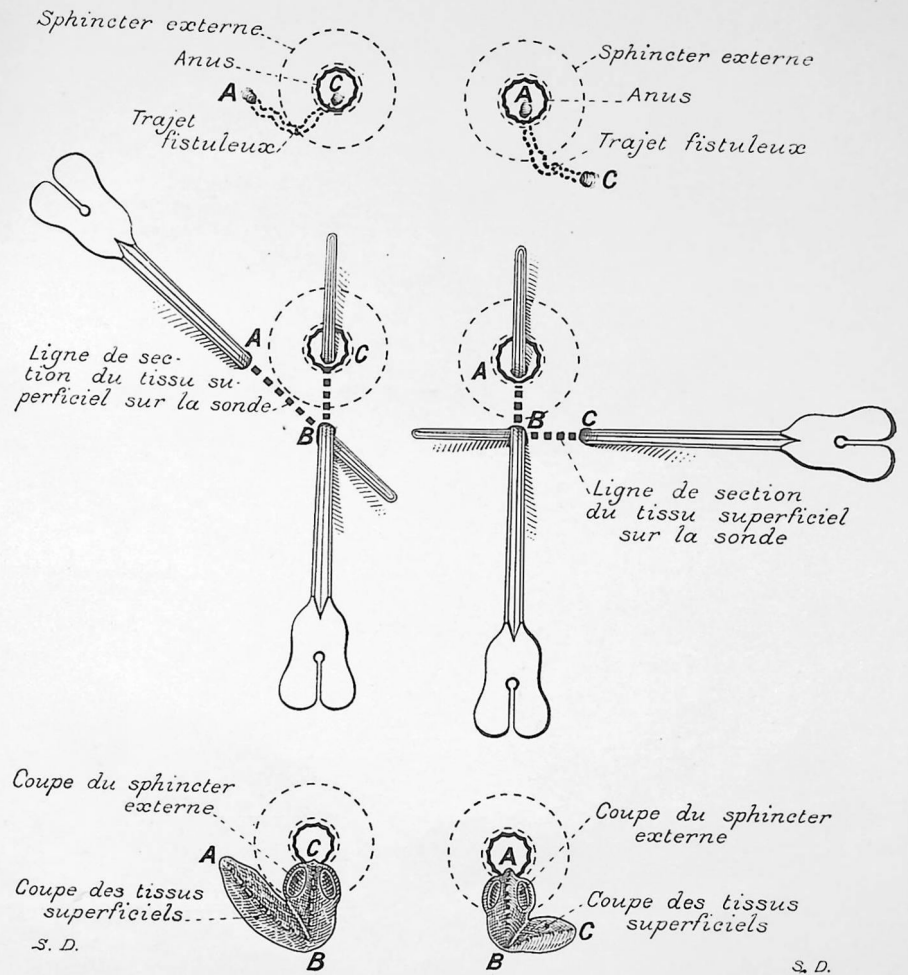


Fig. 123. — FISTULE A TRAJET IRRÉGULIER.

La fistule AC a un trajet courbe; elle débouche dans le rectum à 6 heures et à la peau à 8 heures. Il faut sectionner en deux fois. La sonde se dirige d'abord de 8 heures à 6 heures, traverse la peau; le trajet est coupé. Les deux trajets sont excisés. La figure inférieure de la page montre l'aspect des lésions une fois l'excision faite.

Fig. 124. — TRAJET OBLIQUE D'UNE FISTULE DONT L'ORIFICE EXTERNE EST A 5 HEURES ET L'ORIFICE INTERNE A 6 HEURES.

Les figures sous-jacentes montrent quel sera le trajet de la sonde et de l'incision.

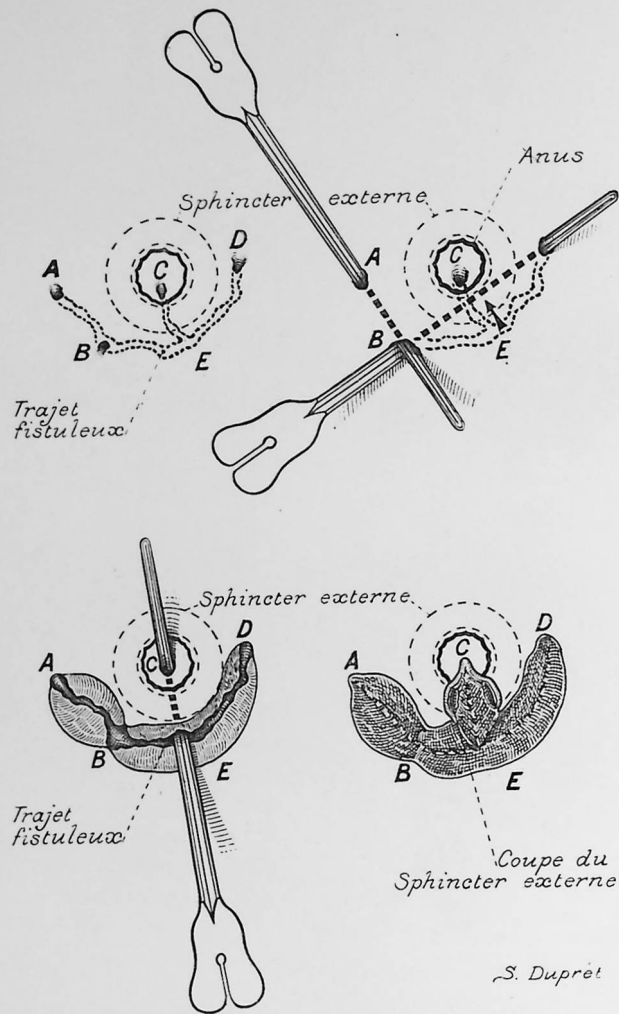


Fig. 125. — FISTULE A ORIFICES MULTIPLES ET A TRAJETS COMPLIQUÉS.

La fistule présente sera opérée en deux temps. Les deux schémas supérieurs correspondent au premier temps où s'ouvrent les trajets sous-cutanés. Les sections correspondant aux schémas inférieurs font partie du second temps. Ce dernier pratiqué alors que les points AB, DE, seront déjà couverts de tissu embryonnaire.

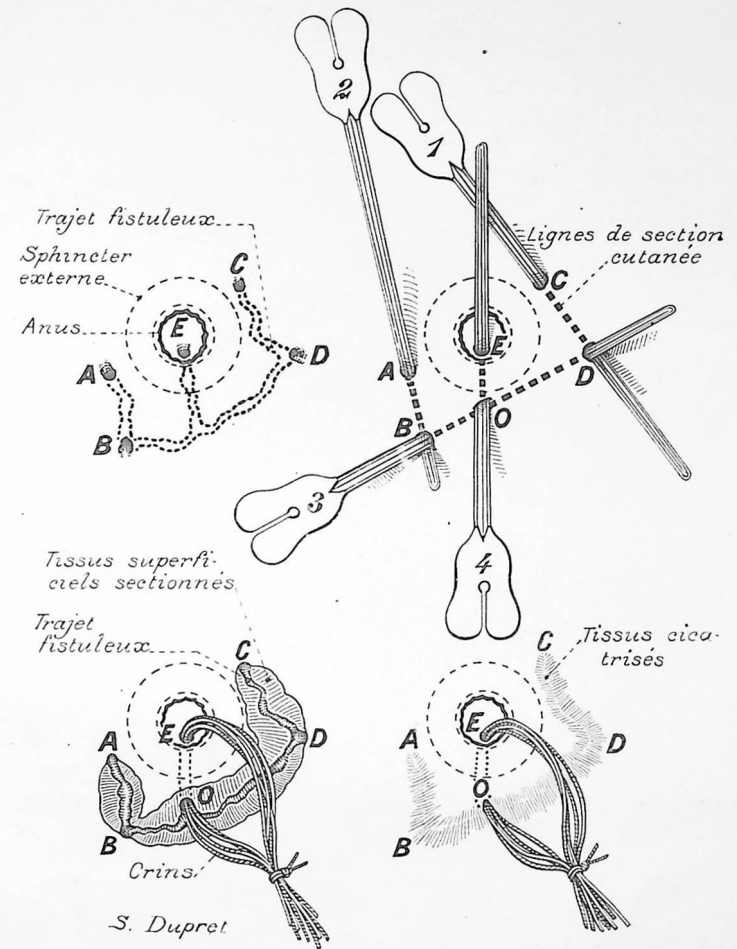


Fig. 126. — FISTULE COMPLIQUÉE AVEC UN ORIFICE INTERNE ET QUATRE ORIFICES EXTERNES.

La sonde 1 fend le trajet CD; la sonde 3 fend le trajet BD; la sonde 2 fend le trajet AB; la sonde 4 repère le trajet EO. L'orifice O n'a été découvert qu'après que la sonde 3 a fendu le trajet BD.

En bas et à gauche de la planche, aspect du champ opératoire après la fente des tissus par les sondes 1, 2, 3.

La sonde 4 est remplacée par un faisceau de crins, dans le trajet sus-sphinctérien. Les tissus sous-cutanés se cicatrisent et l'opérateur fait sauter le trajet EO. Les difformités de l'anus qui pourraient gêner le fonctionnement du sphincter sont ainsi évitées (opération en deux temps).

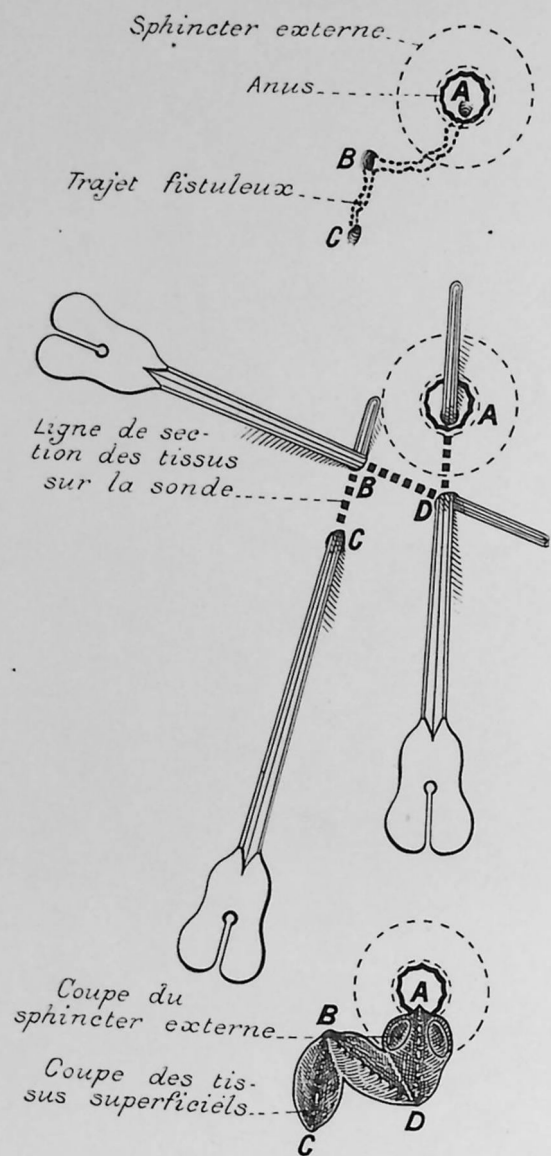


Fig. 127. — FISTULE COMPLIQUÉE AVEC DEUX ORIFICES EXTERNES ET UN ORIFICE INTERNE.
Opération en un temps. Sur une sonde, le chirurgien fend le trajet BC; la sonde perce la peau en D. Le nouvel orifice externe se trouve donc placé exactement en face de la fistule interne, à 6 heures.
En bas de la page, résultat de l'excision des tissus.
Dans un cas semblable, il y a intérêt à exciser profondément le trajet en BC et BD, et à suturer la plaie en CB et en BD, de façon à laisser subsister seulement AD, qui se réunira secondairement.

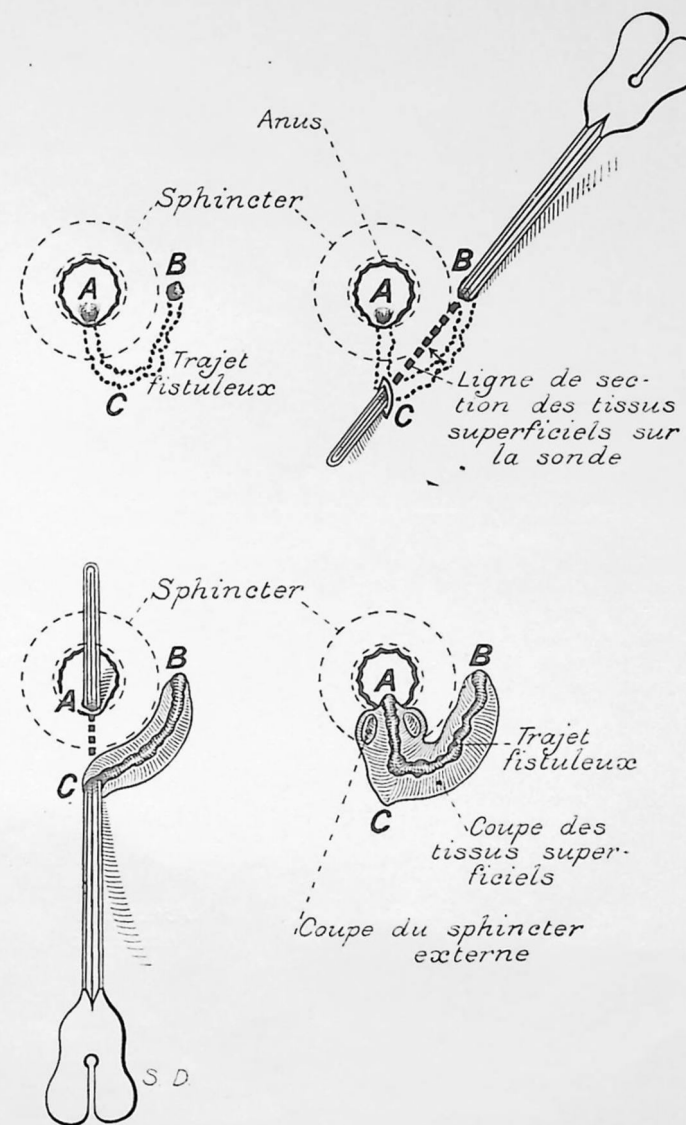


Fig. 128. — FISTULE COMPLIQUÉE AVEC ORIFICE INTERNE A 6 HEURES ET ORIFICE EXTERNE A 3 HEURES.

Il ne faut pas couper le sphincter *obliquement*. Il serait très facile, avec la sonde cannelée, de suivre tout le trajet, d'entrer en B et de ressortir en A. Dans ces conditions, il faudrait couper obliquement le sphincter, mais cela pourrait produire l'incontinence. Il faut fendre le trajet courbe, suivant deux directions.

A droite, d'abord la sonde traverse BC, perce la peau; le trajet est fendu et excisé. Puis la sonde se dirige d'arrière en avant, directement vers l'orifice A et alors seulement le trajet est fendu. Dans un cas semblable, il y a intérêt à exciser complètement le trajet et à suturer la partie BC.

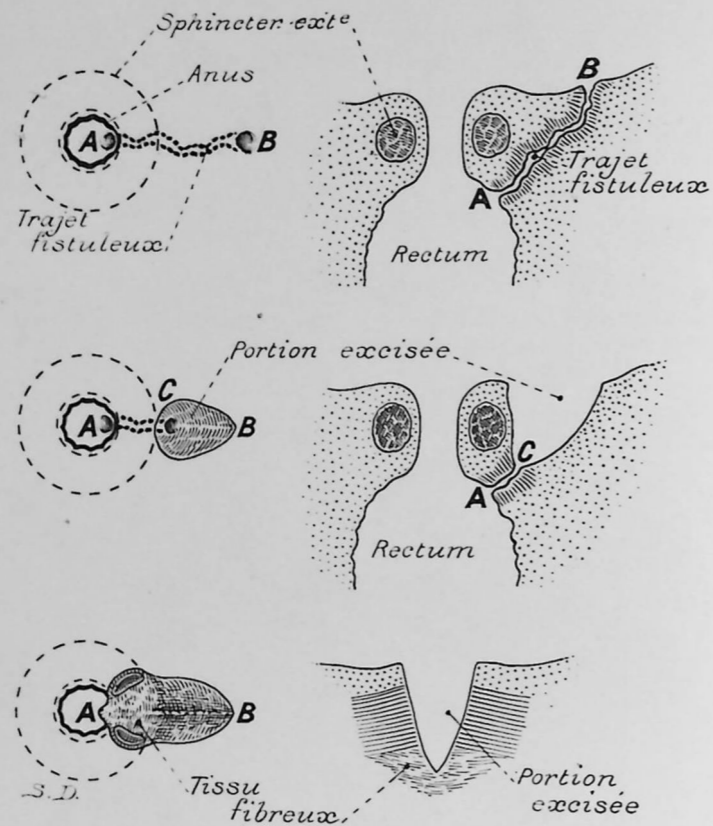


Fig. 129. — FISTULE LATÉRALE SUS-SPHINCTÉRIENNE.

Traitement plus délicat pour obtenir un anus fonctionnellement normal. En AB, le trajet de la fistule, vu du côté du périnée et à côté sur une coupe. Plus bas, l'opérateur a fendu, en entonnoir, toute la partie externe du trajet, jusqu'au-dessus du sphincter. La dernière figure montre le trajet fendu et excisé dans sa partie externe; l'excision creuse les tissus en entonnoir et respecte le sphincter. Le trajet AC, sus-sphinctérien, persiste. La plaie externe se couvre de bourgeons charnus. Le tissu de cicatrice encadre le sphincter; on peut alors le fendre, puisqu'il est étayé par le tissu de réparation, qui maintient en présence les deux extrémités du muscle.

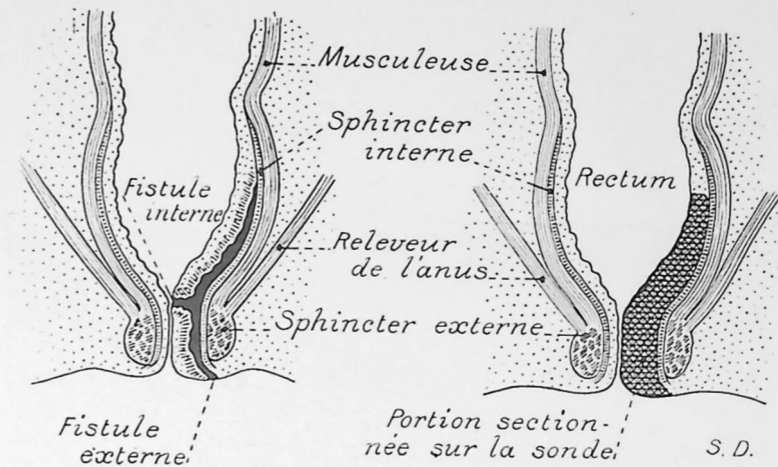


Fig. 130.

Quand la sonde cannelée pénètre par l'orifice externe et ressort par l'orifice interne, le trajet apparent ne correspond pas toujours au trajet réel. Il existe souvent un cul-de-sac plus haut; ici, il est sous-muqueux. Après que ce trajet aura été fendu, sur la sonde, entre les deux orifices, celle-ci explorera le cul-de-sac et le fendra. Veiller à l'hémostase, car les fistules semblables saignent souvent. Il est alors nécessaire de pratiquer le tamponnement sur un tube de caoutchouc qui restera en place pendant quarante-huit heures.

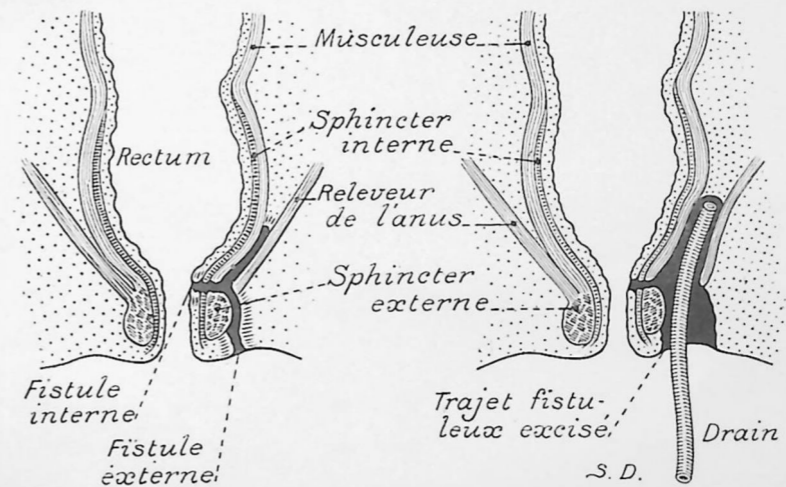


Fig. 131.

Comme sur la figure précédente, le trajet de la fistule (sous-sphinctérienne) se continue en cul-de-sac; celui-ci non pas sous-muqueux, mais entre la musculature rectale et le releveur. Il est possible de fendre à la fois le sphincter et la paroi rectale; hémorragies et coaptation imparfaites; il est préférable d'agir comme sur la figure droite: fendre les tissus péri-anaux, comme sur la figure 126, exciser les tissus qui recouvrent le trajet sans s'occuper de l'orifice interne, puis drainer le cul-de-sac. Celui-ci se fermera peu à peu de haut en bas, car l'orifice externe est notablement plus large que l'orifice interne. Les pansements doivent être faits de façon que l'orifice se ferme de haut en bas. Quand le cul-de-sac est totalement cicatrisé, la fistule sera devenue complète, sus-sphinctérienne, dans les mêmes conditions que sur la figure 126, en bas.

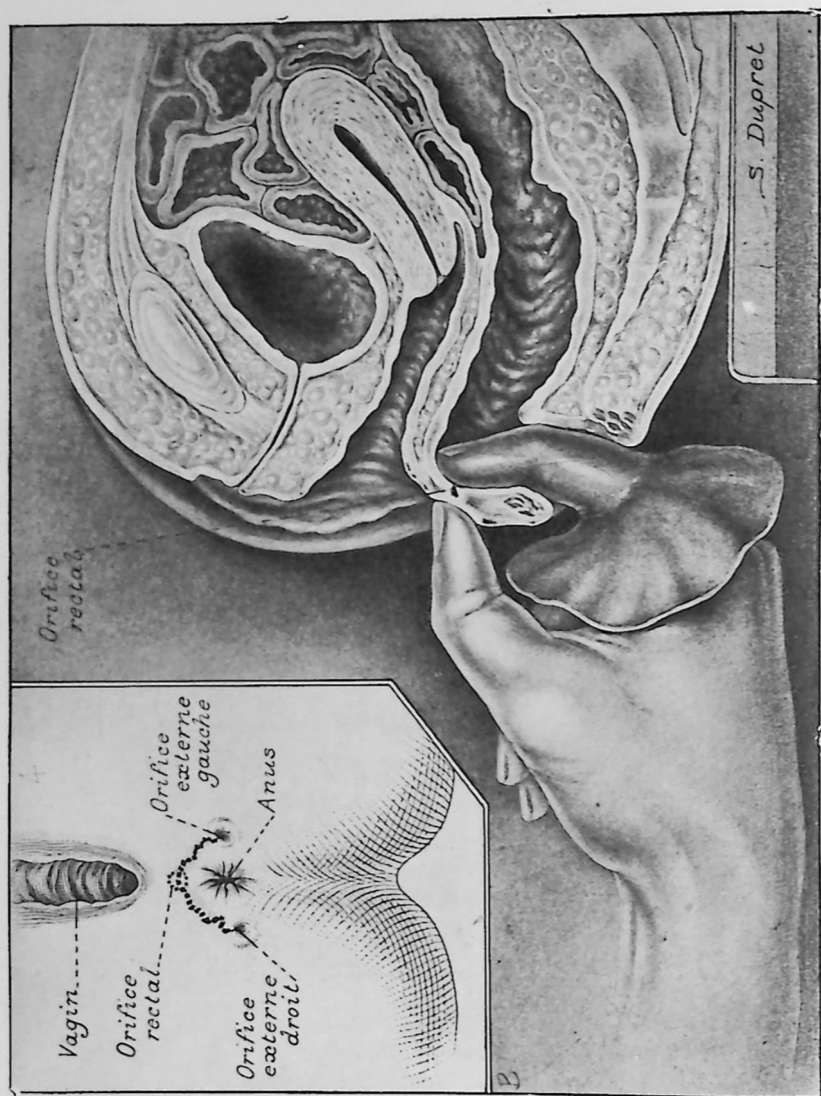


Fig. 132. — FISTULE EN FER A CHEVAL AVEC ORIFICE RECTAL A MIDI ET DEUX ORIFICES CUTANÉS.

Le doigt introduit dans le rectum repère le trajet.

(Cette figure et les trois suivantes furent dessinées d'après une opération de LOCKHART-MUMFERY à Londres en 1923.)

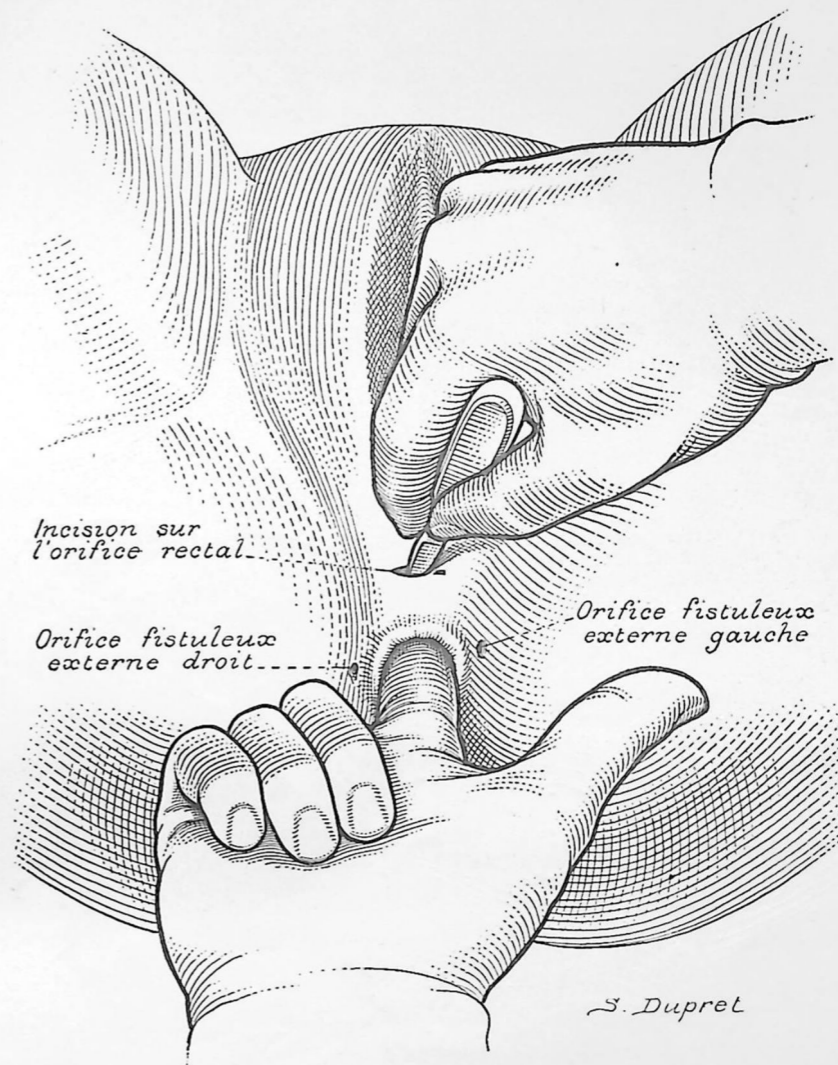


Fig. 133. — FISTULE EN FER A CHEVAL.

L'index gauche de l'opérateur dans l'anus (par erreur c'est la main droite qui a été dessinée). L'opérateur ponctionne la peau pour découvrir le trajet. Le bistouri ouvre la cavité du trajet par laquelle la sonde cannelée va être introduite.

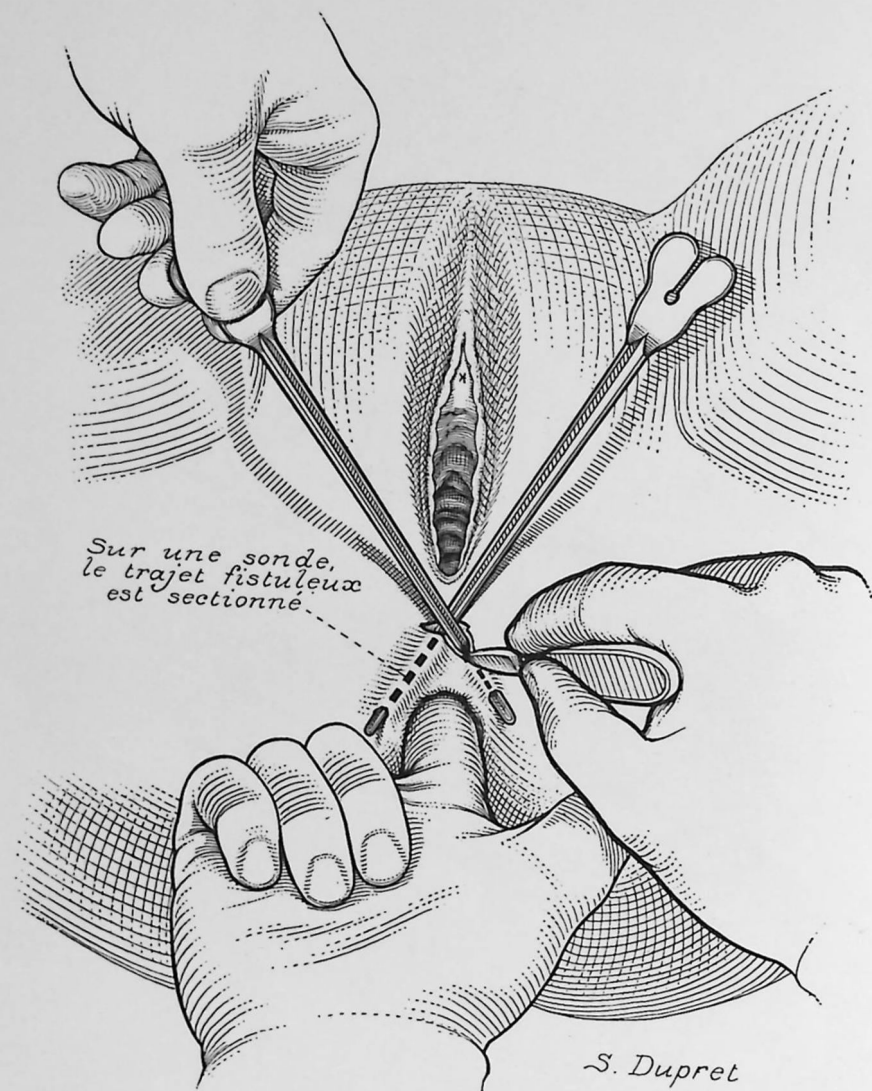


Fig. 134. — FISTULE EN FER A CHEVAL.
La sonde cannelée est introduite par l'orifice cutané artificiel et sort par un des orifices cutanés. La section du trajet est faite d'un côté à la fois.

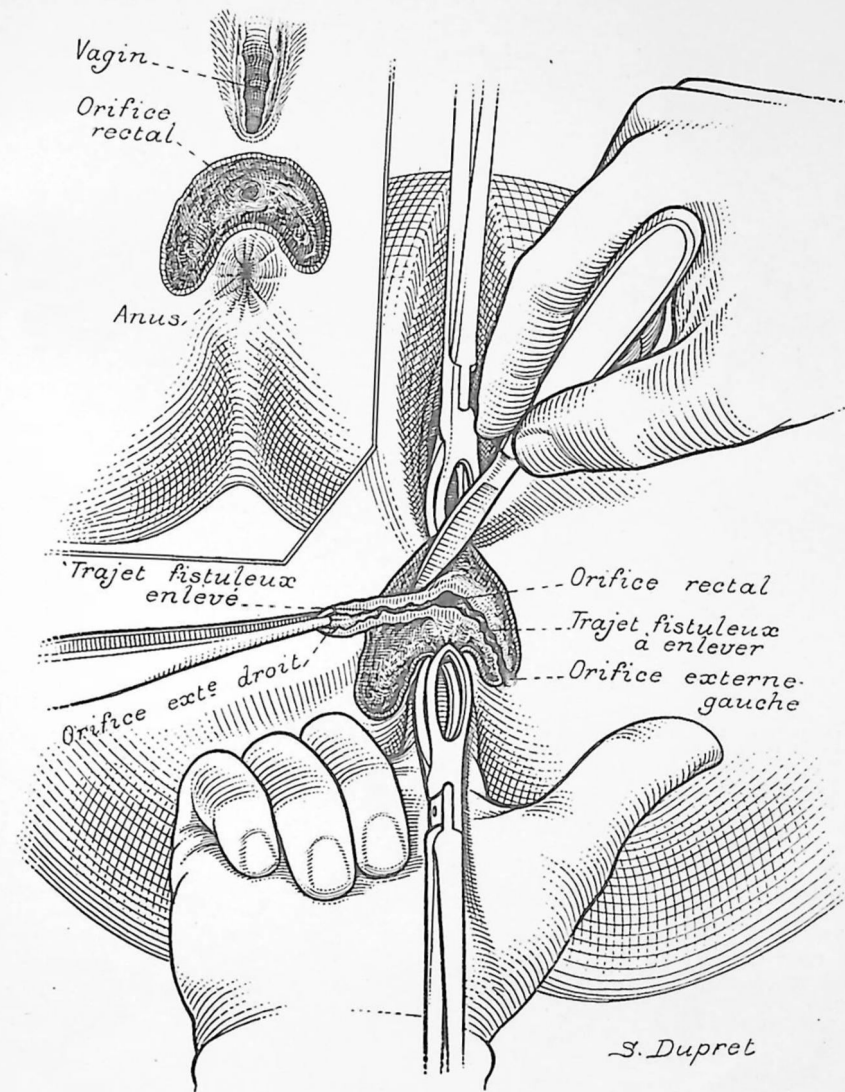


Fig. 135. — FISTULE EN FER A CHEVAL.
Excision du trajet. La fistule est sus-sphinctérienne. L'orifice rectal a les plus grandes chances de se fermer spontanément, étant données les grandes dimensions de la plaie cutanée.

CURE RADICALE DE LA HERNIE CRURALE
PAR VOIE INGUINALE

Par M. ROBINEAU

Les procédés de cure de la hernie crurale sont innombrables ; je n'en ferai pas l'étude critique. La préférence doit être donnée à la voie inguinale pour les raisons suivantes, d'ordre anatomique :

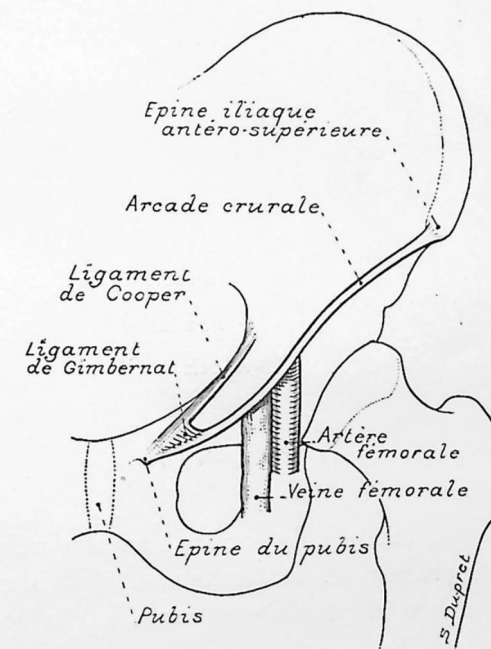


Fig. 136. — ANATOMIE DE LA RÉGION.
L'arcade crurale, vue de face.

Sur la coupe antéro-postérieure représentée figure 137, l'orifice herniaire est bordé en avant par l'arcade crurale, en arrière par le pectiné ;

au-dessus de lui, donc au-dessus de son collet, le sac se prolonge par un entonnoir long de 2 centimètres au moins, véritable pédicule invisible du côté crural, difficilement accessible par des manœuvres exécutées sous l'arcade de Fallope. Abordé au-dessus de l'arcade (voie inguinale), le pédicule herniaire, amorce des récives, peut être réséqué entièrement.

La figure 136, schématique, montre l'arcade crurale, légèrement concave en bas dans son segment externe (psoas-iliaque), légèrement convexe en bas dans son segment interne (vaisseaux et hernie). Presque

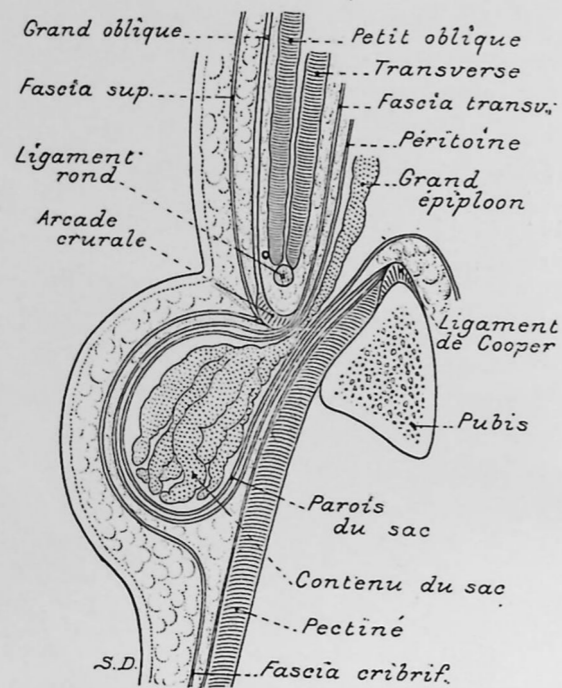


Fig. 137. — ANATOMIE DE LA RÉGION HERNIAIRE.
Coupe schématique longitudinale passant par la hernie.

tous les procédés de fermeture de l'orifice herniaire utilisent ce puissant ligament; par voie crurale, les sutures tendent à abaisser l'arcade vers le pectiné et tirent sans effet possible en exagérant la convexité du ligament; par voie inguinale, les sutures tentent à remonter l'arcade, ce que permet parfaitement sa courbure concave en haut.

Où attacher l'arcade pour obturer l'orifice herniaire? Le ligament de Cooper, épaissement du périoste de la crête pectinéale, est à la limite supérieure du pédicule de la hernie (fig. 137) et se prête admirablement à une suture solide. On peut l'atteindre par voie crurale, mais seulement

dans sa partie voisine de l'épine du pubis; ou bien il faut couper l'arcade ou le ligament de Gimbernat, ou entailler le pubis. Par voie inguinale le ligament de Cooper est accessible dans toute son étendue, sans destruction d'aucun organe important. Mais il ne suffit pas de suturer ces bandelettes fibreuses; pour être solide, l'obturation d'un orifice herniaire exige du tissu musculaire; par voie crurale, il faudra faire une myoplastie (E. Schwartz); la voie inguinale met à la disposition de l'opérateur les muscles de la paroi abdominale.

La supériorité de la voie inguinale est indéniable. Le procédé que je vais décrire m'a été enseigné par Tuffier il y a vingt ans; il a, je crois, été importé d'Italie où Ruggi l'avait pratiqué. Je l'ai appliqué à toutes les hernies crurales, grosses et petites, pour lesquelles la cure radicale était indiquée, sans jamais observer une récive.

Opération de hernie crurale gauche chez une femme.

1^{er} TEMPS : Préparation de la voie inguinale. — L'incision doit être inguinale, c'est-à-dire au-dessus de l'arcade, mais pas exagérément, afin de laisser facile l'accès de la région crurale. On peut se contenter de couper la peau, puis attaquer d'emblée la hernie; j'ai figuré ici la préparation complète du canal inguinal jusqu'au fascia transversalis.

2^e TEMPS : Temps crural. — Il consiste à mettre à nu le sac herniaire, à l'isoler, l'ouvrir, réduire l'intestin s'il y en a, libérer l'épiploon et le réséquer s'il est trop volumineux.

3^e TEMPS : Transposition inguinale de la hernie. — Il faut faire remonter le sac et ce qui reste du contenu, à travers l'orifice crural, dans la région inguinale préparée à cet effet.

4^e TEMPS : Cure radicale. — Pour bien obturer l'orifice herniaire, il faut amarrer un fil solide dans la partie externe du ligament de Cooper, à une très grande profondeur. Ce n'est pas facile; quelques précautions sont utiles: On peut embrocher la veine iliaque externe, si on n'a pas pris le soin de la récliner; une aiguille pointue peut faire une échappée vers l'intestin; on peut enfin saisir seulement la surface du ligament de Cooper, et la suture manquera de solidité. L'épaisseur de ce ligament est toujours considérable; il ne peut céder si l'anse de fil l'embrasse en totalité, jusqu'à l'os.

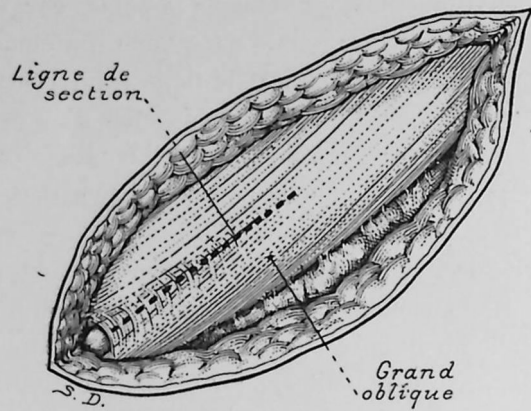


Fig. 138. — PREMIER TEMPS.

Les téguments incisés au niveau du canal inguinal, le grand oblique et l'orifice inguinal extérieur sont mis à nu. Ligne de section du grand oblique. Dans cette figure et les suivantes, l'incision cutanée a été exagérément agrandie du côté externe.

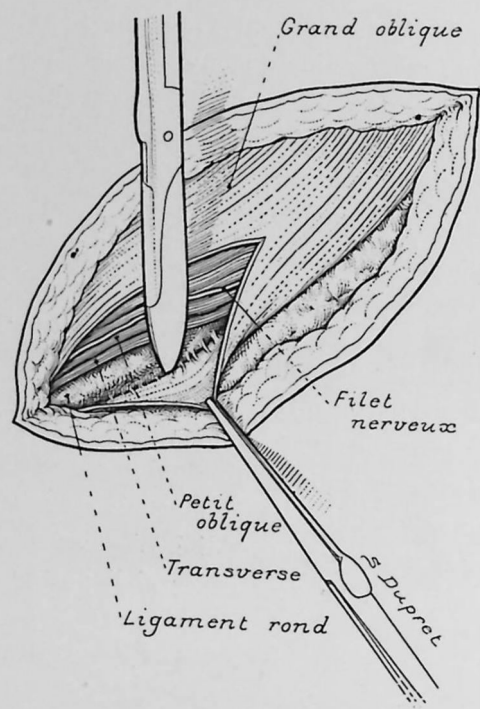


Fig. 139. — PREMIER TEMPS.

Sous la lèvre supérieure du grand oblique, les muscles de la paroi abdominale sont exposés; on voit le nerf grand abdomino-génital. La lèvre inférieure du grand oblique est disséquée par sa face profonde jusqu'à l'arcade crurale.

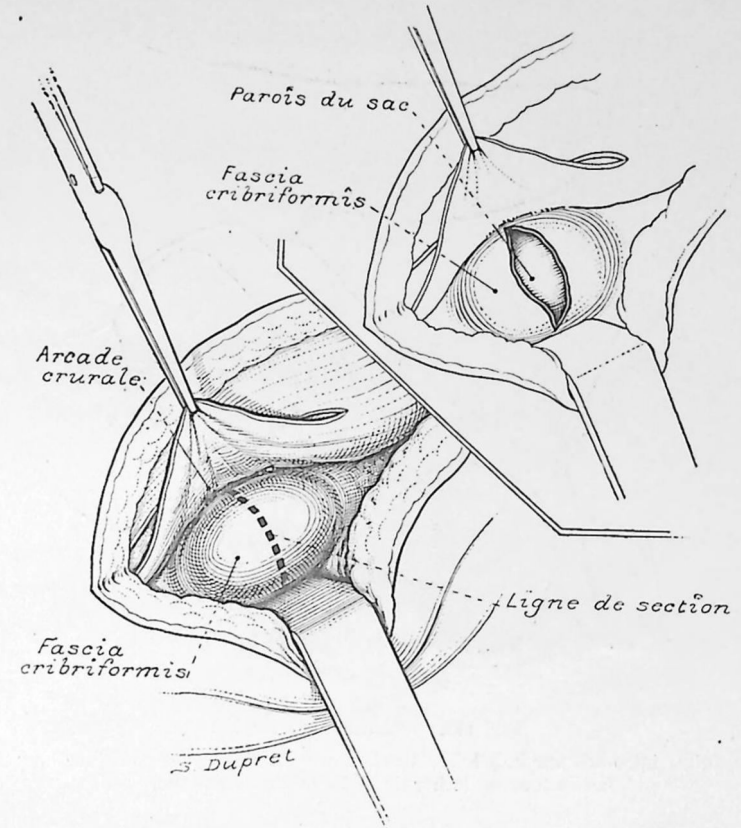


Fig. 140. — DEUXIÈME TEMPS.

La lèvre inférieure du grand oblique est tirée en haut; sa face superficielle est dégagée jusqu'à l'arcade, d'où on détache le fascia superficialis. L'écarteur peut alors récliner la peau vers la cuisse et mettre en évidence la hernie couverte par le fascia cribriformis. Incision de ce fascia.

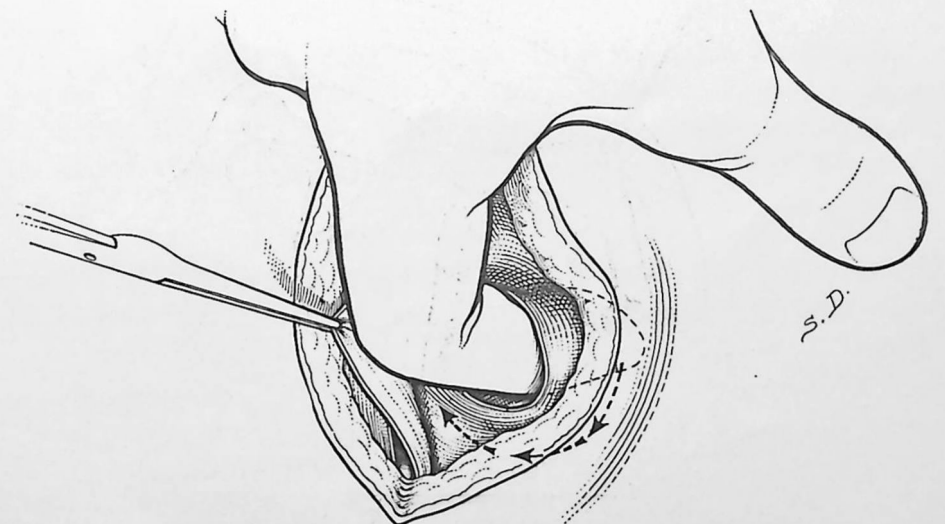


Fig. 141. — DEUXIÈME TEMPS.

Le doigt, introduit par la brèche dans l'espace cellulaire sous-aponévrotique, fait le tour de la hernie.

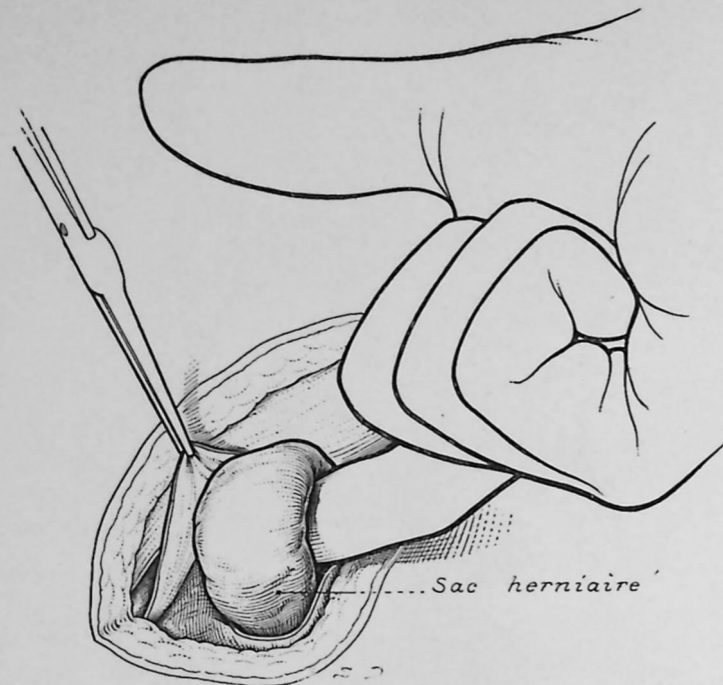


Fig. 142. — DEUXIÈME TEMPS.

Le doigt, introduit par la brèche dans l'espace celluleux sous-aponévrotique, fait le tour de la hernie et l'énucleée de sa loge.

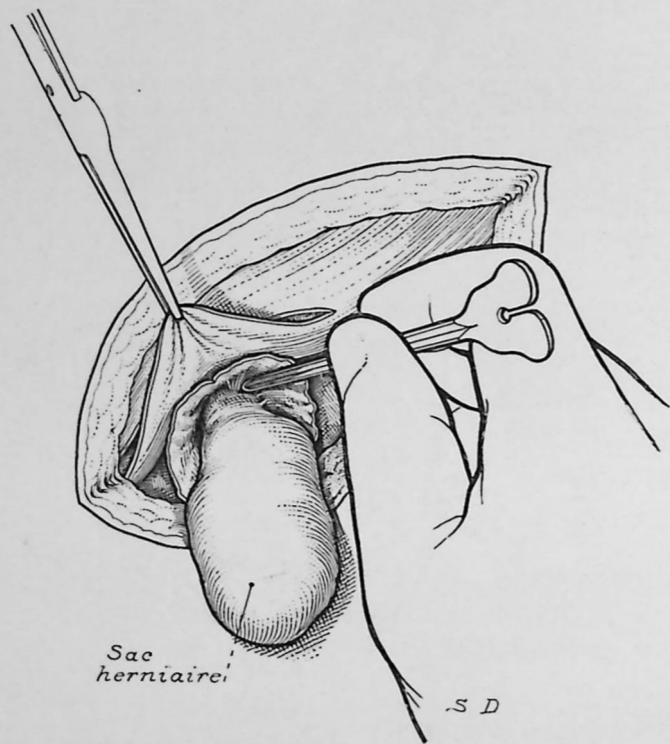


Fig. 143. — DEUXIÈME TEMPS.

Le sac a été dépouillé de tous les tractus cellulo-adipeux ; il faut isoler avec soin son pédicule et le disséquer très haut, jusque sous l'arcade crurale. Du côté externe, ménager la veine fémorale.

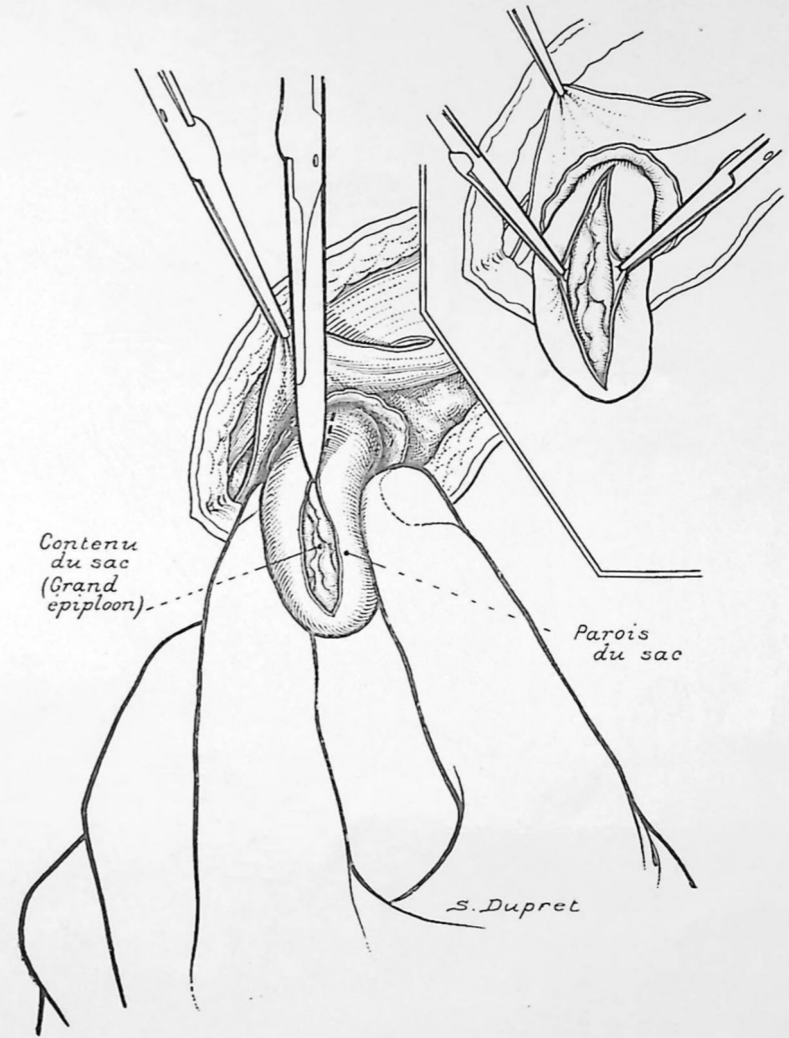


Fig. 144. — DEUXIÈME TEMPS.

Incision de la paroi antérieure du sac pour vérifier le contenu ; incision prudente si l'on soupçonne la présence de l'intestin. Repérer avec des pinces les lèvres de l'incision.

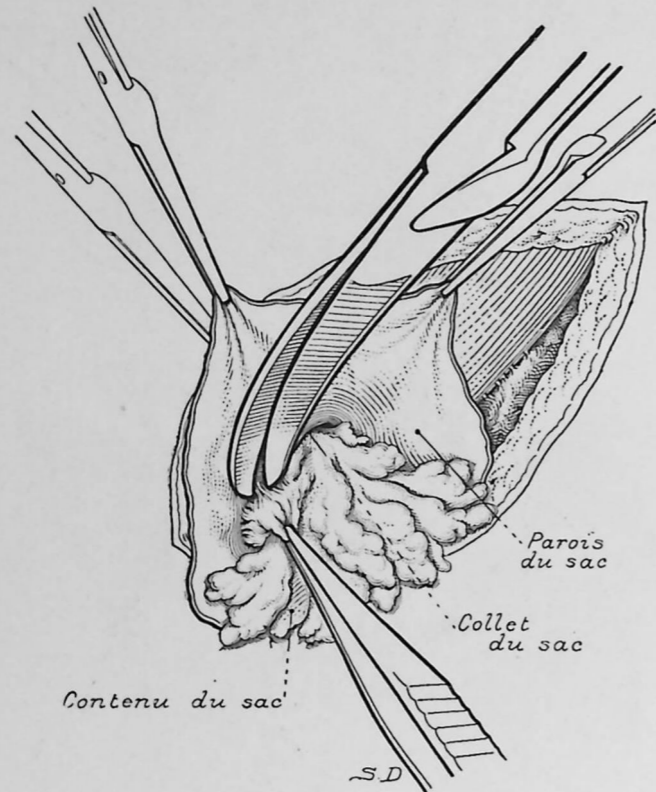


Fig. 145. — DEUXIÈME TEMPS.
L'épiploon hernié adhérent est grossièrement libéré jusqu'au collet.

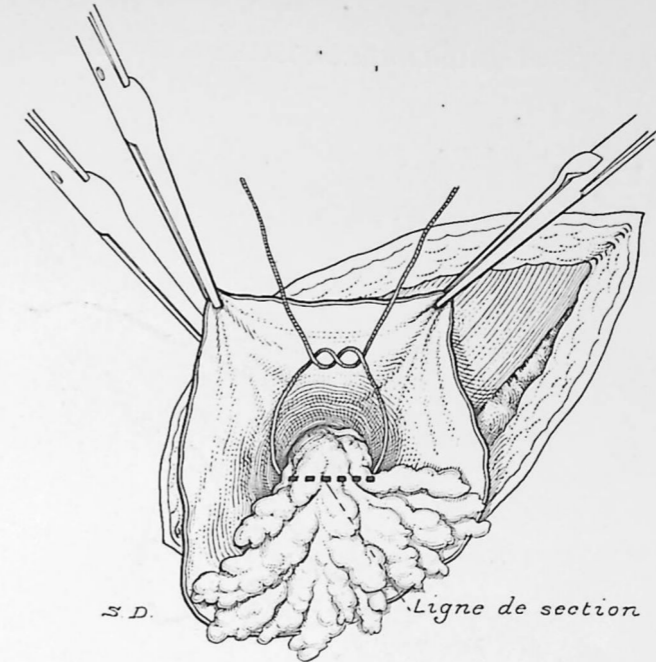


Fig. 146. — DEUXIÈME TEMPS.
Une ligature provisoire est jetée sur le pédicule épiploïque, si la masse herniée est un peu volumineuse, et celle-ci est réséquée. De même un gros sac surchargé de graisse doit être partiellement réséqué pour faciliter les manœuvres ultérieures.

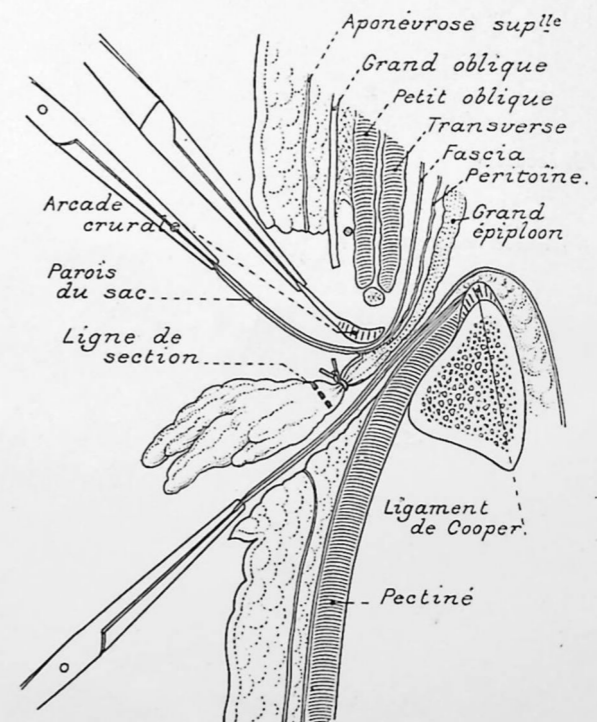


Fig. 147. — DEUXIÈME TEMPS.
Coupe schématique figurant ce moment de l'opération. Le sac herniaire est tendu par les pinces au-dessous de l'arcade crurale; l'épiploon lié va être réséqué; au-dessus de la ligature, il persiste des adhérences inaccessibles par voie crurale.

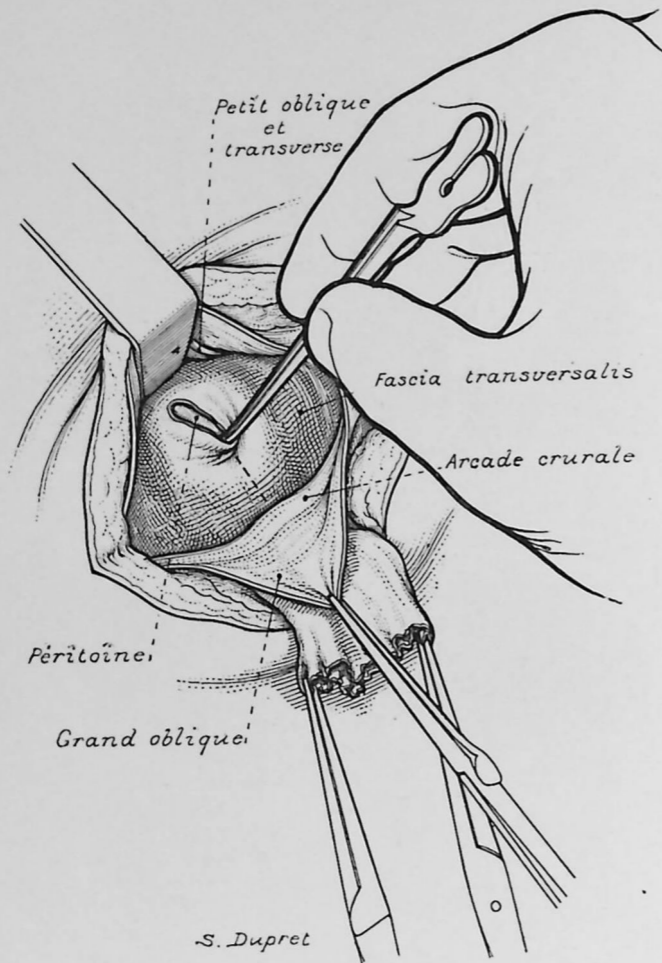


Fig. 148. — TROISIÈME TEMPS.

Le sac herniaire est momentanément abandonné; la lèvre inférieure du grand oblique est rabattue vers la cuisse; un écarteur refoule en haut les muscles de la paroi abdominale. Le fascia transversalis apparaît dans le fond de la plaie; il est effondré à la sonde cannelée en regard du pédicule de la hernie, à 2 centimètres au-dessus de l'arcade crurale.

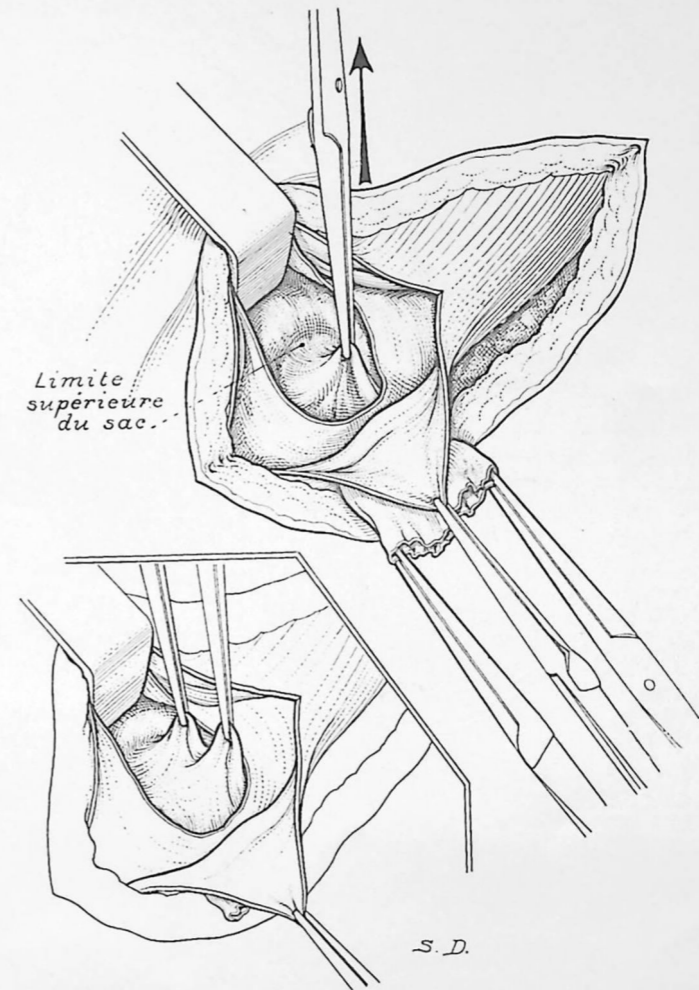


Fig. 149. — TROISIÈME TEMPS.

Le fascia transversalis a été largement déchiré; dans la graisse sous-péritonéale molle, une pince harponne le pédicule du sac et commence à l'attirer en haut; une deuxième pince aide à faire cette traction de proche en proche. Peu à peu le sac remonte à travers l'orifice crural. Si la manœuvre est laborieuse, on la facilite en poussant en même temps sur le sac, pour le réduire vers l'abdomen.

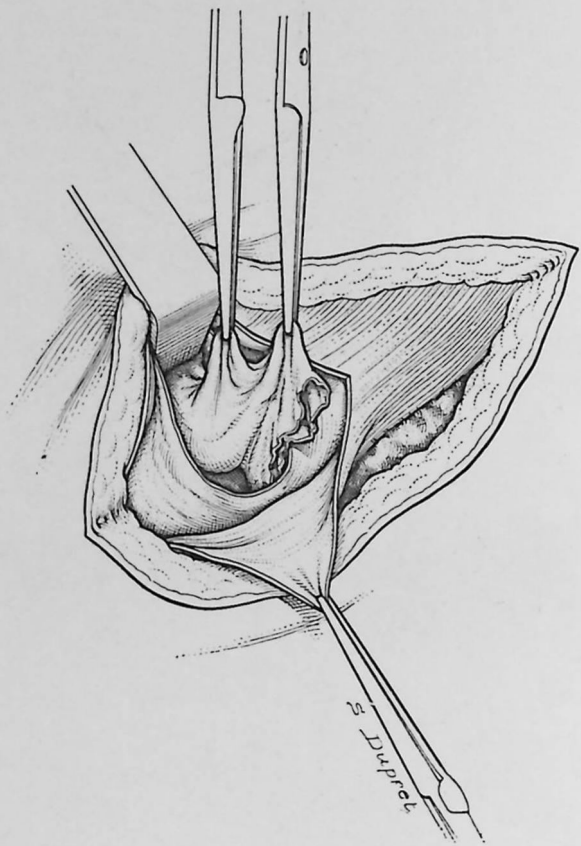


Fig. 150. — TROISIÈME TEMPS.
Le sac a été transposé en totalité dans la région inguinale.

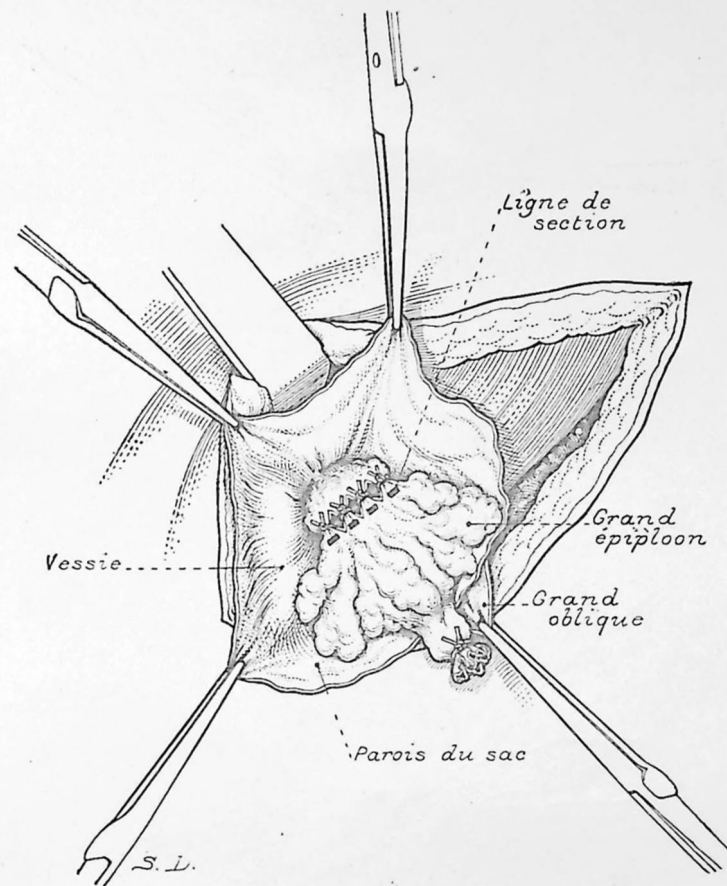


Fig. 151. — QUATRIÈME TEMPS.
Le sac est largement étalé, en complétant au besoin l'incision de sa paroi antérieure. Les adhérences de l'épiploon au pédicule ou au péritoine pariétal ont été libérées avec soin, aussi haut que nécessaire. Les ligatures définitives de l'épiploon sont mises en bonne place; l'épiploon est réséqué. Remarquer la distance qui sépare les ligatures définitives de l'épiploon de la ligature provisoire au-dessous de l'étranglement produit par le collet du sac.

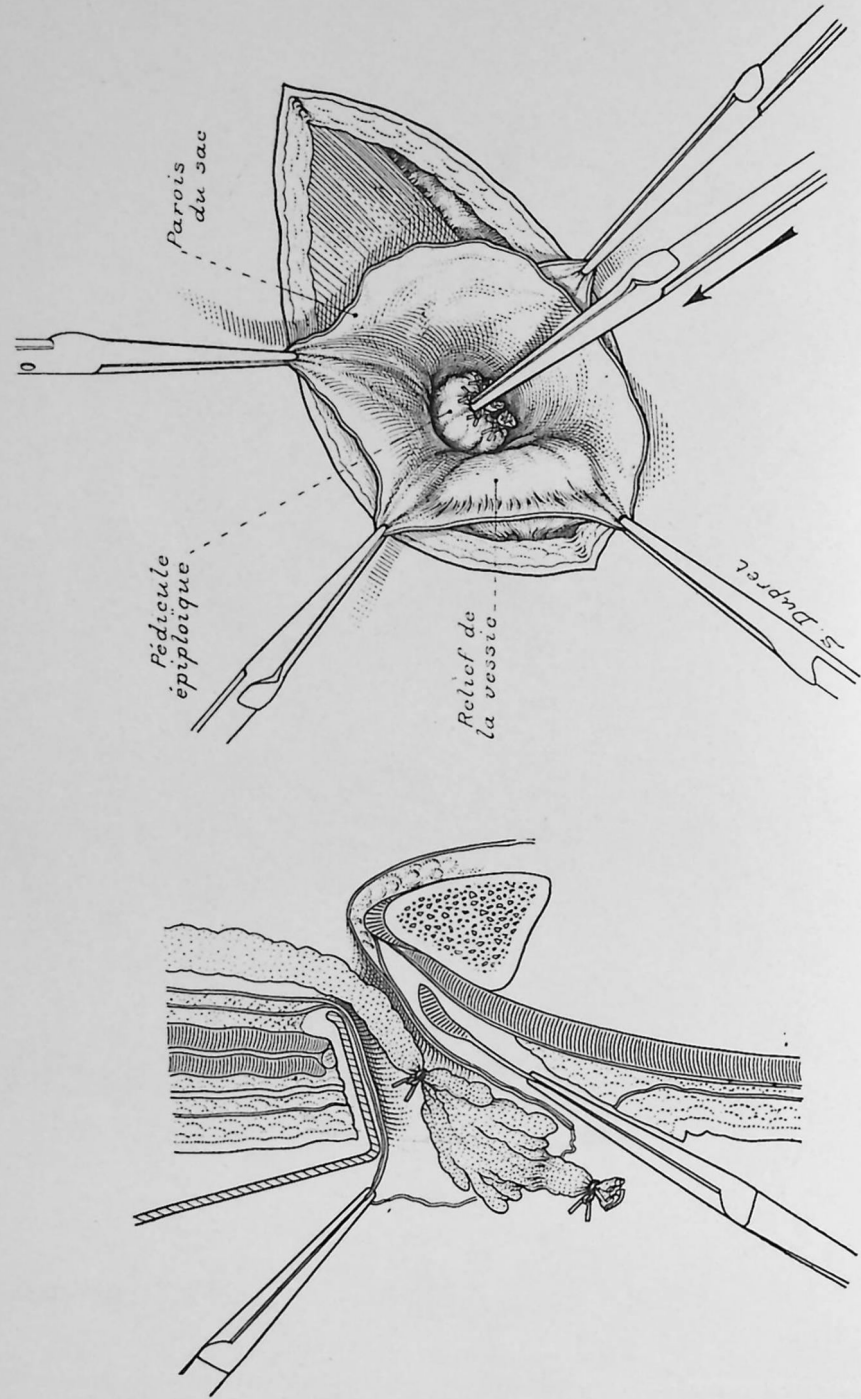


Fig. 152. — QUATRIÈME TEMPS.

Coupe par la hernie à ce temps de l'opération. Le sac est au-dessus de l'arcade crurale. L'épiploon n'est plus adhérent et pourrait être attiré beaucoup plus hors du ventre s'il était nécessaire.

Fig. 153. — QUATRIÈME TEMPS.

S'il ne rentre de lui-même, le pédicule épiploïque est refoulé dans l'abdomen. Le sac est fortement attiré par les pinces; le relief de la vessie est presque toujours apparent sur son versant interne.

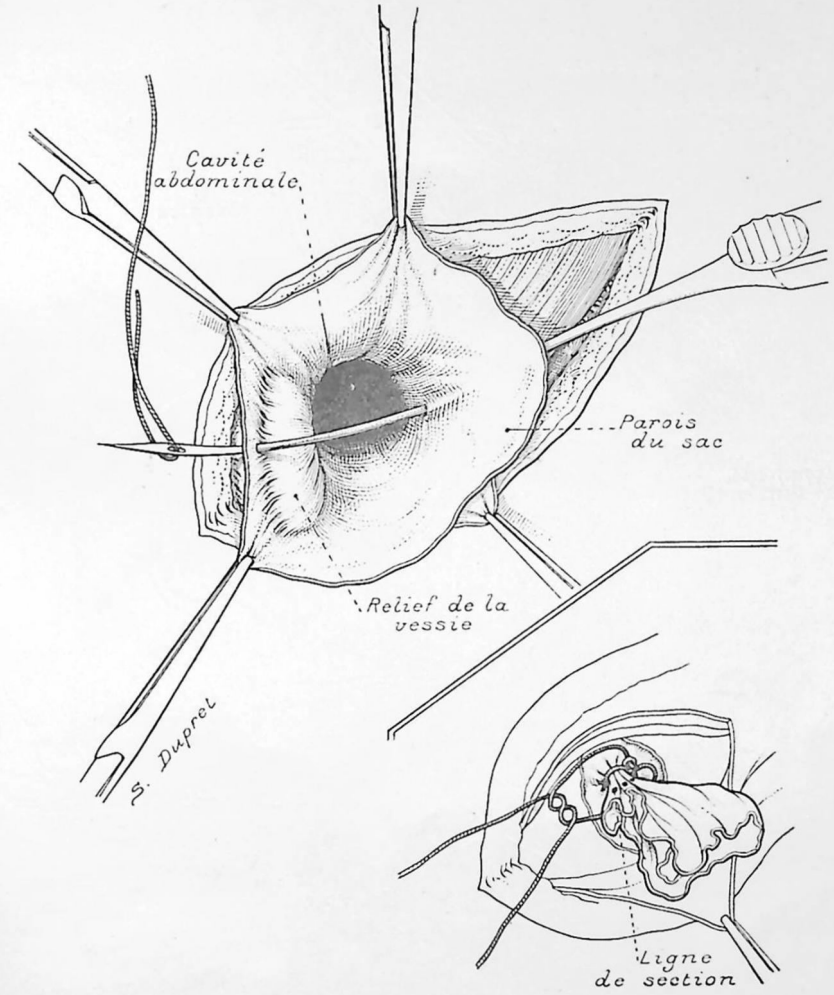


Fig. 154. — QUATRIÈME TEMPS.

Le pédicule du sac étant correctement isolé sur sa face externe, une aiguille l'embroche aussi haut que possible, tout en ménageant la vessie; un fil est passé et noué autour du pédicule. Le sac est réséqué.

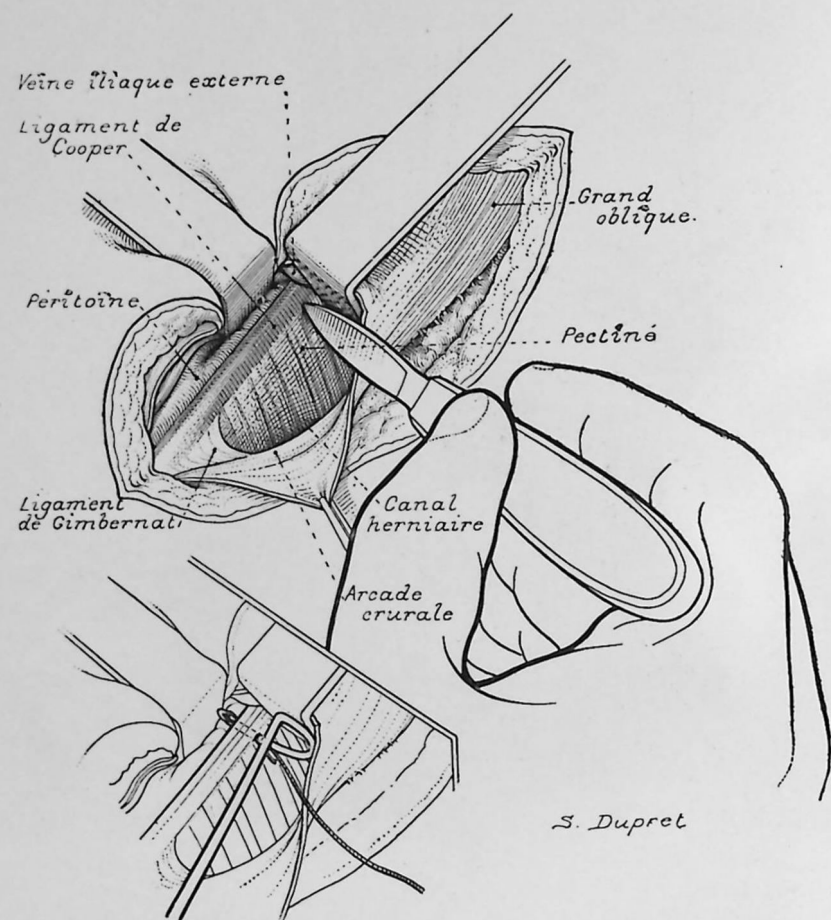


Fig. 155. — QUATRIÈME TEMPS.

Un écarteur supérieur, refoulant paroi abdominale et péritoine, plonge jusque dans le petit bassin ; il découvre ainsi le ligament de Cooper, bien visible dans toute son étendue dès qu'une compresse l'a débarrassé de sa graisse. Il est prudent de placer en dehors un second écarteur qui récline un peu la veine iliaque externe.

Piquer dans le ligament de Cooper avec une aiguille pointue, c'est risquer une échappée dans les viscères ; mieux vaut ponctionner au bistouri le ligament au ras de l'os, puis passer dans le trou de ponction une aiguille mousse chargée du fil. Le premier fil est passé très profondément, en regard du bord externe de l'orifice herniaire.

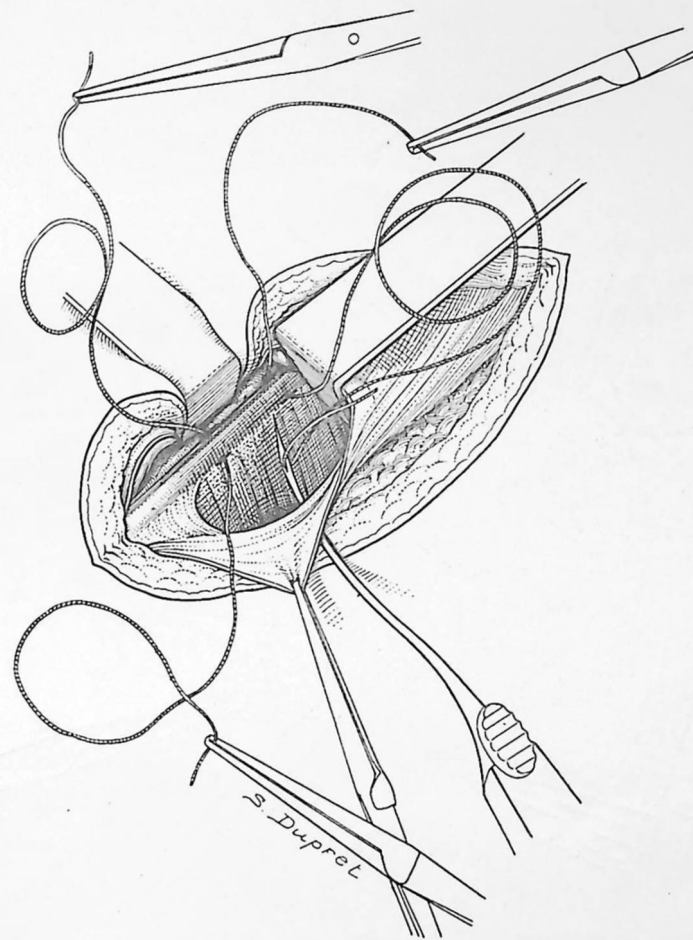


Fig. 156. — QUATRIÈME TEMPS.

Le deuxième fil est passé plus superficiellement, en regard du bord interne de l'orifice herniaire.

Il faut attaquer en premier lieu le ligament de Cooper, parce que c'est le moment un peu délicat de l'opération. Le chef inférieur de chaque fil est ensuite passé à travers l'arcade crurale, au niveau de chacun des bords de l'orifice herniaire, de manière à embrasser toute la lèvre inférieure du grand oblique.

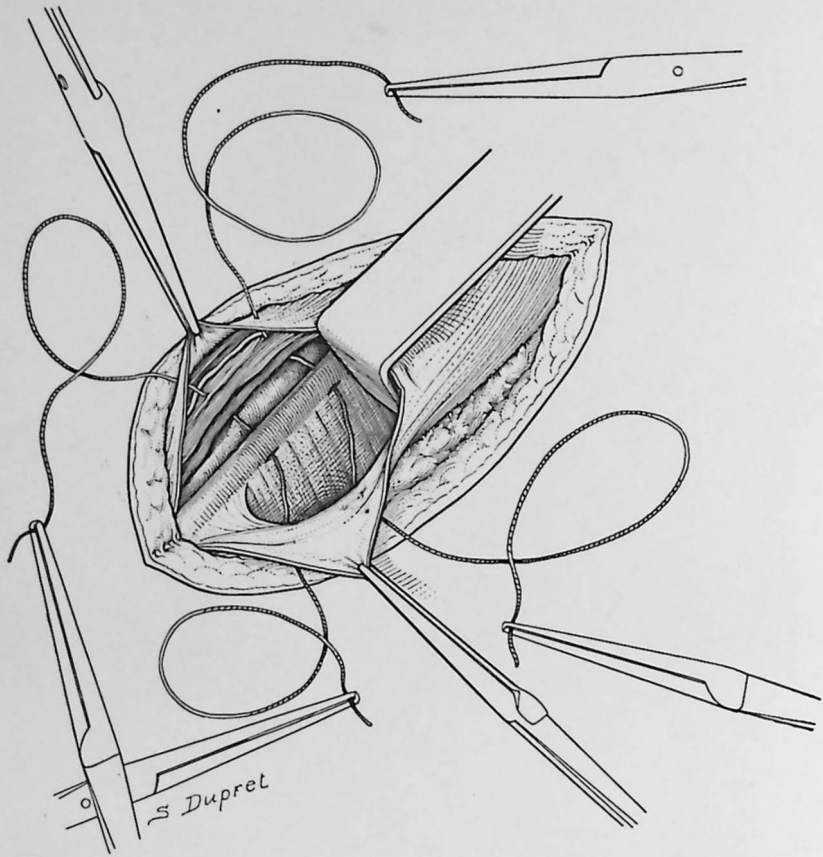


Fig. 157. — QUATRIÈME TEMPS.

Les chefs supérieurs des deux fils sont ensuite passés à travers toute la paroi musculo-aponevrotique de l'abdomen, embrassant le ligament rond, mais laissant en dehors de la boucle le nerf grand abdomino-génital. L'écarteur supérieur a été naturellement enlevé.

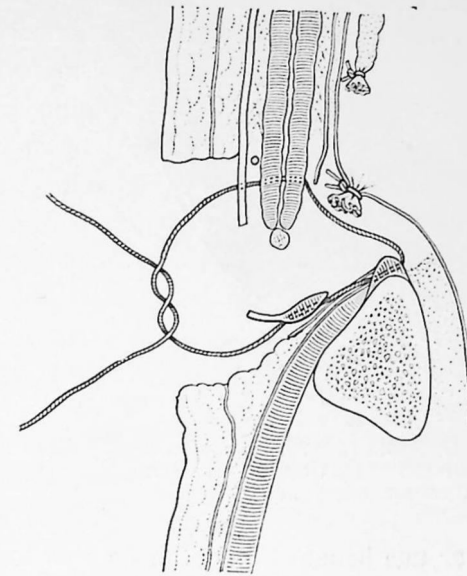
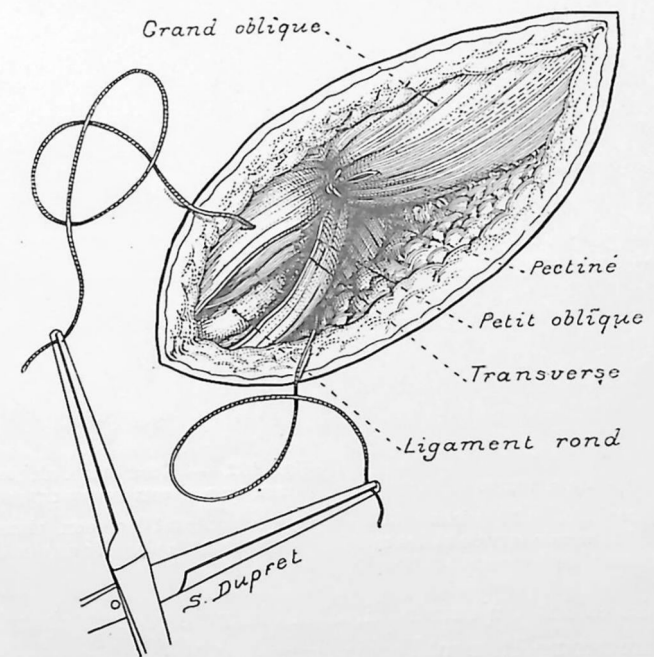
Fig. 158. — QUATRIÈME TEMPS.
Coupe montrant la disposition de l'anse de fil.

Fig. 159. — QUATRIÈME TEMPS.

Serrer d'abord le fil externe; s'il casse, c'est le plus difficile à remettre en place. Au moment de la striction, la paroi abdominale se déprime très fortement pour s'accoler au ligament de Cooper.

Opération de hernie crurale chez l'homme. — Tous les temps de l'opération sont les mêmes ; mais au moment de la cure radicale, il faut

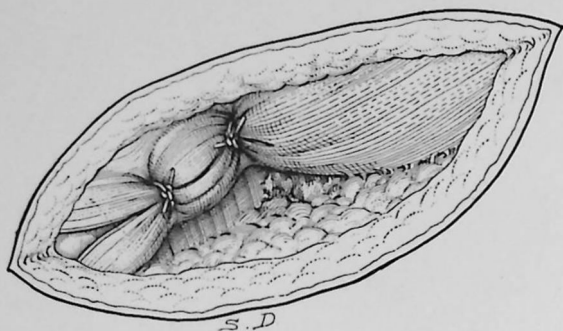


Fig. 160. — QUATRIÈME TEMPS.

Le fil interne est serré. La paroi se déprime moins. En explorant au doigt, on ne trouve plus trace de l'orifice crural ; le canal inguinal est également oblitéré.

conservé un canal inguinal pour le passage du cordon. Les fils seront donc passés à la manière de Bassini, mais avec la modification suivante : les fils profonds, au-dessous du cordon comprendront non seulement l'arcade crurale et les muscles petit oblique et transverse, mais aussi le ligament de Cooper ; deux fils se montrent suffisants pour une bonne oblitération du plan profond. Au-devant du cordon, des fils superficiels unissent les deux lèvres du grand oblique.

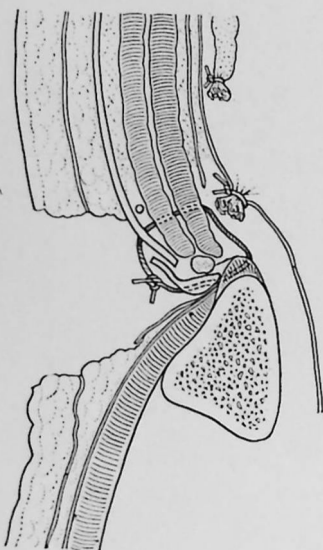


Fig. 161.
QUATRIÈME TEMPS.

Coupe montrant l'effet de la striction du fil :accolement de l'arcade crurale et des muscles abdominaux au ligament de Cooper.

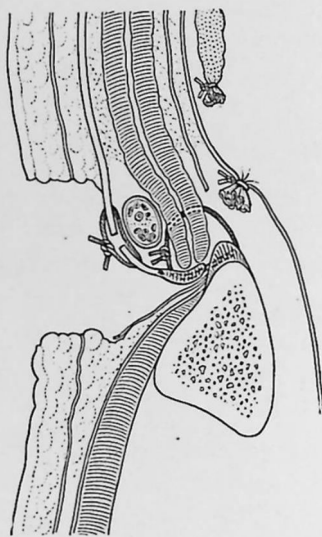


Fig. 162. — CURE RADICALE DE LA HERNIE CRURALE PAR VOIE INGUINALE CHEZ L'HOMME.

Coupe montrant les deux plans de suture, ménageant la place du cordon dans le canal inguinal.

Deux fils m'ont toujours suffi, chez l'homme comme chez la femme, pour oblitérer complètement l'orifice crural et le canal inguinal à la fois ; j'ai employé indifféremment le catgut, le fil de lin, le crin de Florence, la soie.

XII

CALCULS DE L'URETÈRE PELVIEN

« La calculose urétérale pelvienne est une maladie chirurgicale autonome, qu'il faut étudier indépendamment de la calculose rénale ou urétérale supérieure. Ses causes, ses symptômes, son évolution, son aspect radiologique, son pronostic, son traitement, lui confèrent les caractères d'une maladie spéciale¹. »

ÉTILOGIE. — La calculose urétérale pelvienne est une affection fréquente à laquelle il faut penser chez tout patient qui accuse des douleurs persistantes dans la fosse iliaque. Il faut y penser chez les appendiciteux chroniques, surtout chez ceux opérés qui souffrent encore après l'intervention.

La calculose urétérale correspond au tiers des cas de calculose vésico-urétérale. Plus de la moitié des calculs de l'uretère siègent dans sa portion pelvienne entre le point normalement rétréci où l'uretère croise l'artère iliaque externe et l'entrée de la vessie.

Il est vraisemblable qu'il existe une prédisposition anatomique congénitale ; l'étranglement du méat vésico-urétéral la favorise.

SYMPTÔMES. — a. *Douleur spontanée.* — Elle est persistante, trouble le malade dans ses occupations ; elle diminue son rendement, son activité physique. On ne constate pas de crises aiguës, mais des douleurs profondes, sourdes, exaspérantes, qui peuvent apparaître et cesser sans cause ; elles surviennent, le malade étant assis, debout, plus rarement couché. Le repos au lit, exerce une action sédative, surtout, dans la position en chien de fusil.

b. *Douleur provoquée.* — Elle survient à la suite d'un exercice ou d'une course en voiture, en auto légère, etc... Parfois, si le malade s'assied ou se relève d'une chaise ou d'un fauteuil, il est obligé de prendre

¹ CATHELIN. *Travaux annuels de l'Hôpital d'Urologie et de Chirurgie urinaire*, 4^e série, chez Baillière, Paris, 1922.

un point d'appui sur les montants ou les rebords du siège, afin de modérer le mouvement et de faciliter le lever. Le fait de se baisser brusquement, pour ramasser quelque chose, réveille la douleur. Le massage de la fosse iliaque la calme très souvent.

c. *Pulsations de l'uretère.* — Le malade éprouve, dans la portion inférieure de l'uretère, des battements profonds et non douloureux, qui se renouvellent plusieurs fois de suite.

d. *Signe du « causeur »* (Cathelin). — On peut le reproduire à volonté. La crise douloureuse dans la fosse iliaque se produit dans la position assise en croisant les jambes. Il est probable que dans ce cas le calcul est coincé entre la jambe et la partie du psoas qui couvre le petit bassin.

e. *Hématurie.* — Elle est rare, même après une fatigue.

f. *Pyurie.* — Rare également, car ce sont des pierres curatiques ou oxaliques, de sorte que les urines restent aseptiques. Il peut toutefois y avoir de l'infection coli-bacillaire secondaire, qui trouble les urines.

g. *Réaction rénale.* — Au début, le rein n'est pas touché, les tensions successives que provoquent le calcul peuvent réaliser un véritable syndrome rénal.

h. *Fréquence des mictions.* — C'est un phénomène habituel et qui se produit avec une distension moyenne de la vessie.

i. *Importance de la position.* — Le fait de se mettre au lit et de s'étendre du côté opposé au côté malade, détermine, souvent, des douleurs sourdes.

j. *Cathétérisme urétéral.* — Cette recherche n'est pas infaillible ; la sonde peut passer à côté du calcul.

Le diagnostic différentiel doit être fait avec l'*appendicite* et la *salpingite* ; il faut toujours y penser, en cas d'*appendicite* chronique et réclamer une radiographie. En présence d'un syndrome douloureux de la fosse iliaque droite ou gauche, il faudra toujours penser à une pierre de l'uretère pelvien.

DIAGNOSTIC RADIOGRAPHIQUE. — a. *Etude de la tache.* — Elle se trouve placée symétriquement de chaque côté de la ligne médiane, sur la partie moyenne du détroit supérieur, sur l'interligne clair de l'articulation sacro-iliaque. Quand les pierres sont multiples, elles sont échelonnées en chapelet.

Le volume du calcul varie généralement d'un grain de mil à une noisette, mais plus souvent du volume d'un pois à celui d'un haricot.

b. *Erreurs d'interprétation.* — Ce sont les ossifications des ligaments sacro-sciatiques, la calcification des ganglions lymphatiques ou iléo-cæcaux.

ÉVOLUTION. — Elle est lente, peut durer des années, avec une douleur constante qui rend la vie pénible. Il peut y avoir bi-latéralité des lésions ; tandis que le malade ne souffre que d'un seul côté. Le séjour au lit est la position qui calme le plus la douleur. Le fait de fléchir la jambe sur le bassin amène souvent une certaine accalmie.

PRONOSTIC. — Il est grave par suite des douleurs, des menaces d'anurie et de l'irritation permanente du rein qui doit aboutir finalement à la sclérose.

Ces pierres ne s'accroissent que lentement ; un calcul de la grosseur d'un pois peut mettre, si l'urine n'est pas infectée, dix ans à se manifester (Cathelin).

Contrairement aux petites pierres rénales, le calcul de l'uretère pelvien a peu de tendances à s'éliminer et à franchir la barrière resserrée qui correspond au méat et à sa portion vésicale.

TRAITEMENT. — Le seul traitement est chirurgical. La mobilisation des pierres par le cathétérisme, la cure thermique, ne peuvent avoir qu'une action transitoire et infidèle. Il est préférable de recourir à l'intervention le plus tôt possible avant que le rein ne s'infecte ou s'atrophie. Plusieurs voies d'accès s'offrent :

A. Voie lombo-iliaque sous-péritonéale.

Rachi-anesthésie.

Vider la vessie.

PREMIER TEMPS. — Le malade est en position inclinée, suivant deux plans (latéral et déclive), pour explorer l'abdomen et le côté du tronc. L'incision part de l'angle de la douzième côte et aboutit près de la ligne médiane à 4 centimètres au-dessus du pubis.

DEUXIÈME TEMPS. — Section des plans musculoux et des aponévroses, ainsi que du fascia transversalis. Cette section n'attaquera pas le muscle grand droit qui sera respecté.

TROISIÈME TEMPS. — Refoulement du péritoine, avec une compresse montée sur une pince. Appliquer la valve abdominale large de Doyen qui découvre la région lombaire profonde.

QUATRIÈME TEMPS. — Section des vaisseaux épigastriques en bas, en évitant chez l'homme le canal déférent qui est dans la crosse des vaisseaux. La cavité pelvienne est bien exposée.

CINQUIÈME TEMPS. — Recherche de l'uretère, généralement facile à voir, parce que distendu comme le montrent les figures ci-jointes. S'il n'est pas visible, chercher la bifurcation de l'artère iliaque primitive; l'uretère est à 1 centimètre en dehors. On le dégage en incisant sa gaine. Au voisinage de la vessie, ce canal se perd dans les vaisseaux latéro-vésicaux, qu'il faut ménager.

SIXIÈME TEMPS. — Recherche des calculs. L'opérateur repérera leur siège; s'il est bas, près de la vessie, il s'efforcera de faire comme sur les figures ci-jointes, il le refoulera de bas en haut, ce qui pourra parfois être laborieux. Ce calcul atteindra la portion lombaire du canal; l'uretère sera bien protégé par des compresses, puis incisé et suturé. Cette suture n'est point indispensable.

B. Voie médiane trans-péritonéale. — PREMIER TEMPS. — Rachi-anesthésie. Le malade est dans la position déclive; incision ombilico-pubienne. Protection du péritoine, comme dans une laparotomie gynécologique.

DEUXIÈME TEMPS. — Découverte de l'uretère. A gauche, incision du méso-côlon iliaque; le côlon est ensuite refoulé en dedans; on découvre l'uretère, au niveau du promontoire et de la bifurcation de l'artère iliaque primitive. L'uretère passe à 1 centimètre en dehors de cette bifurcation. A droite, l'uretère se trouve aussi facilement; parfois il faut pratiquer le décollement pariétal du cæcum. Chez la femme, pour le dénuder, il est souvent nécessaire de couper le ligament utéro-ovarien entre deux ligatures. L'artère utérine est à 2 centimètres du croisement de l'uretère, avec la bifurcation artérielle.

C. Voie transvésicale. — A appliquer aux cas de calcul unique, petit, enclavé, immédiatement au-dessus du méat. Il faut faire une ouverture très large de la vessie et débrider le méat directement sur le calcul. Cette voie n'est guère à recommander.

D. Voie endovésicale. — Elle s'adresse aux cas où le calcul petit est enclavé dans le méat. Avec la cystoscopie, l'opérateur électro cautérise le méat de façon à provoquer le sphacèle de l'extrémité urétérale; le calcul s'élimine dans la vessie. Opération peu recommandable car elle peut provoquer la sténose secondaire de l'uretère, par élimination du calcul.

E. Voie vaginale. — S'applique aux cas analogues aux deux précé-

dents, là où le calcul est enclavé dans l'orifice de l'uretère. Faire l'abaissement du col utérin tenu par une tenaille. L'incision antéro-latérale du cul-de-sac vaginal découvre le cul-de-sac péritonéal qui est respecté.

Recherche de l'uretère au niveau de la vessie. Isolement du conduit avec un instrument mousse. Incision.

F. Voie périnéale (homme). — Employer l'incision de Wœlcker comme pour la prostatectomie périnéale latérale. Incision verticale, parallèle à la ligne médiane, en dehors de l'anus et de l'urètre. Découverte du releveur de l'anus qui est incisé; recherche de la vessie et de la prostate. Section de l'uretère.

En résumé, en cas de calcul pelvien, l'opérateur essaiera d'élever les calculs vers la partie lombaire de l'uretère par refoulement, après avoir pratiqué une incision soit lombo-iliaque (la meilleure), soit médiane. Dans le cas où il serait impossible de refouler les calculs et de les énucléer par la partie supérieure de la plaie, il faudra avoir recours à l'une des méthodes suivantes :

La voie médiane, voie endovésicale, voie transvésicale, voie périnéale, voie vaginale, qui sont des voies d'exception.



Fig. 163. — CALCULS DE L'URETÈRE PELVIEN. TAILLE DE L'URETÈRE.

Aspect des calculs. (Radiographie de MAINGOT.) La teinte des calculs a été renforcée. MAINGOT, dans la rédaction de l'observation, déclare ceci : Deux taches se projettent dans le petit bassin, entre l'épine ischiatique et le bas de l'articulation sacro-iliaque gauche. La plus petite de ces taches est la plus bas située; elle est ovale et mesure environ 1 centimètre de long et 7 à 8 millimètres de large. La plus volumineuse est adjacente à celle-ci et située immédiatement au-dessus; elle a la forme d'une datte; elle mesure environ 4 centimètres de long et 1^{cm},5 de large. Cette tache est formée d'un noyau central foncé entouré d'une couche claire, elle-même doublée par une épaisse couche plus foncée. (Les figures qui suivent indiquent l'opération faite.)

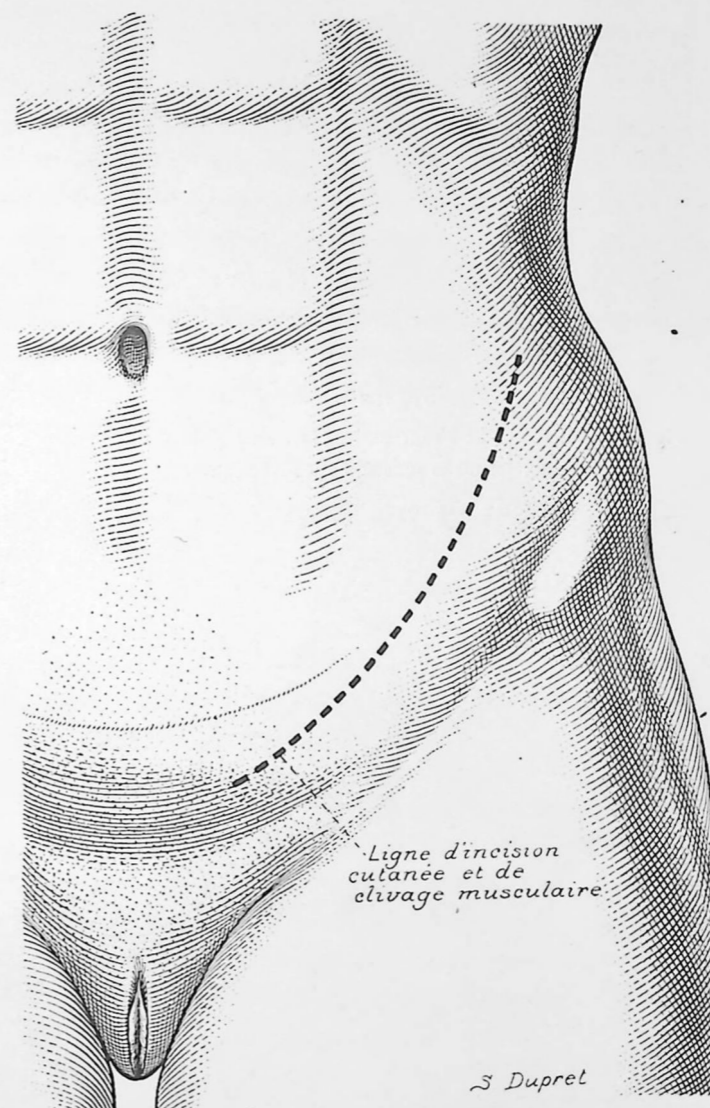


Fig. 164. — CALCULS DE L'URETÈRE PELVIEN. TAILLE DE L'URETÈRE.
Incision cutanée.

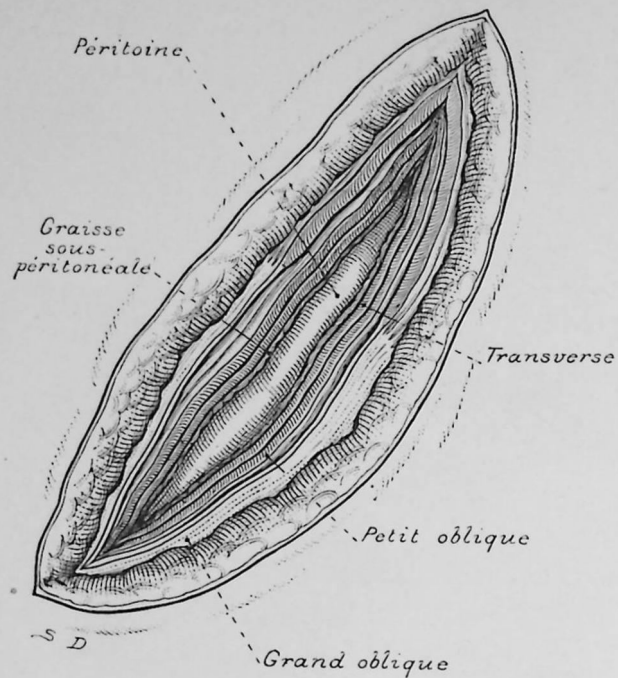


Fig. 165. — CALCULS DE L'URETÈRE PELVIEN. TAILLE DE L'URETÈRE.
Section des plans musculo-aponévrotiques.

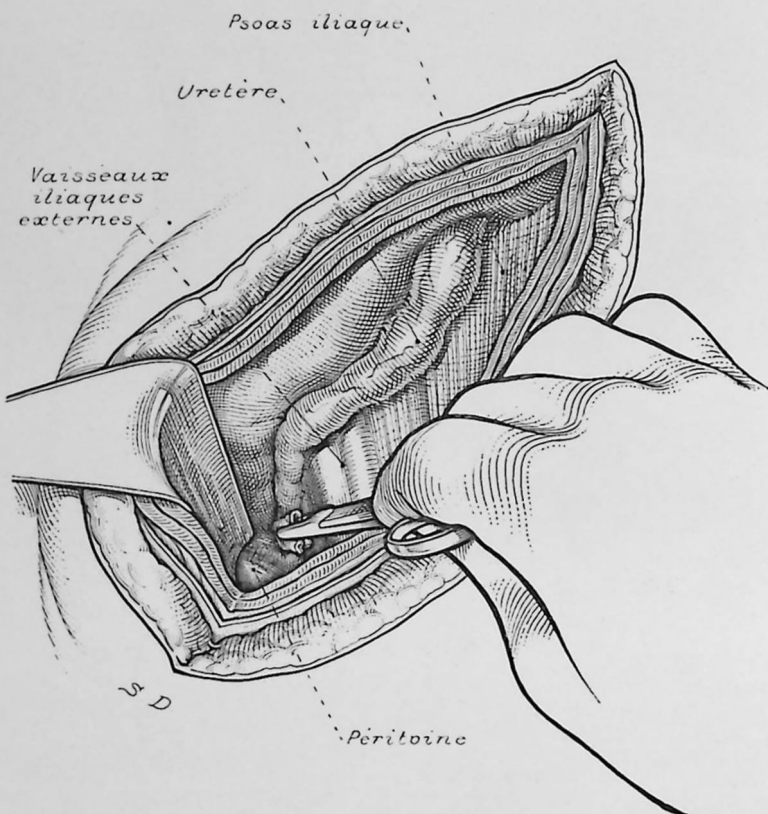


Fig. 166. — CALCULS DE L'URETÈRE PELVIEN. TAILLE DE L'URETÈRE.
Découverte de l'uretère qui est distendu comme une anse d'intestin grêle. Le décollement se fait à l'aide d'un tampon monté sur une pince. La valve vaginale permet de découvrir la portion inférieure de l'uretère. On voit l'uretère dilaté, mais on ne sent pas encore les calculs, même à bout de doigt.

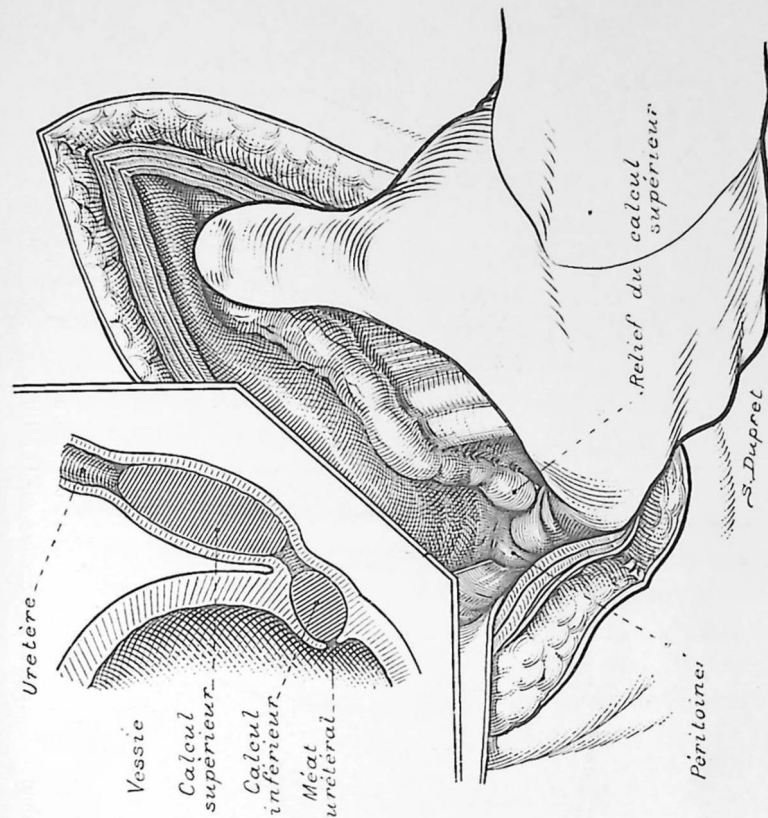


Fig. 168. — CALCULS DE L'URETÈRE PELVIEN. TAILLE DE L'URETÈRE.
L'opérateur commence par refouler le calcul supérieur, ce qui est très facile. Le schéma en haut et à gauche montre la situation des deux calculs. Le plus élevé s'exclut avec une très grande facilité; l'inférieur, au contraire, a dû être énucléé comme un noyau de cerise, entre les doigts.

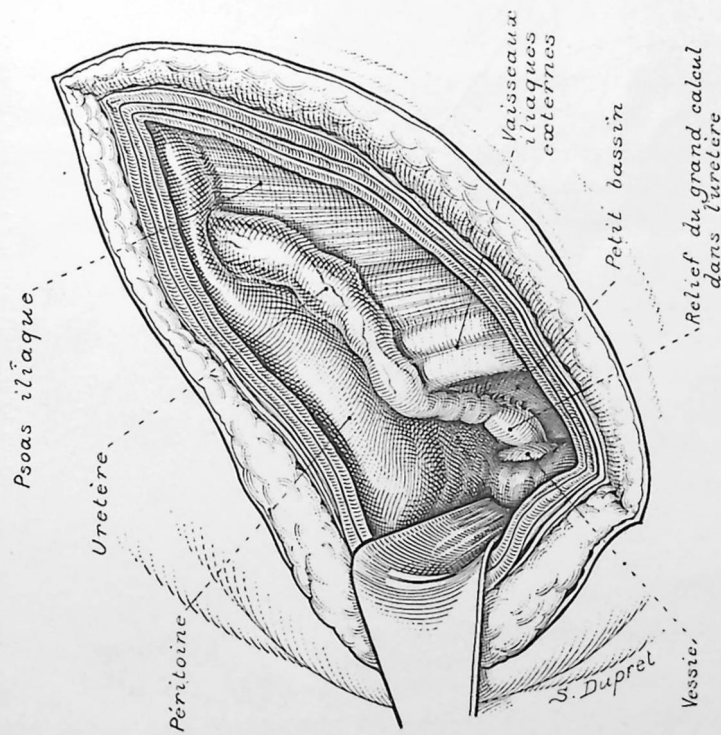


Fig. 167. — CALCULS DE L'URETÈRE PELVIEN. TAILLE DE L'URETÈRE.
Un des deux calculs est repéré à la partie inférieure de la plaie. Il faut se servir de deux doigts et accoucher pour ainsi dire le calcul au niveau de la portion juxta-vésicale de l'uretère.

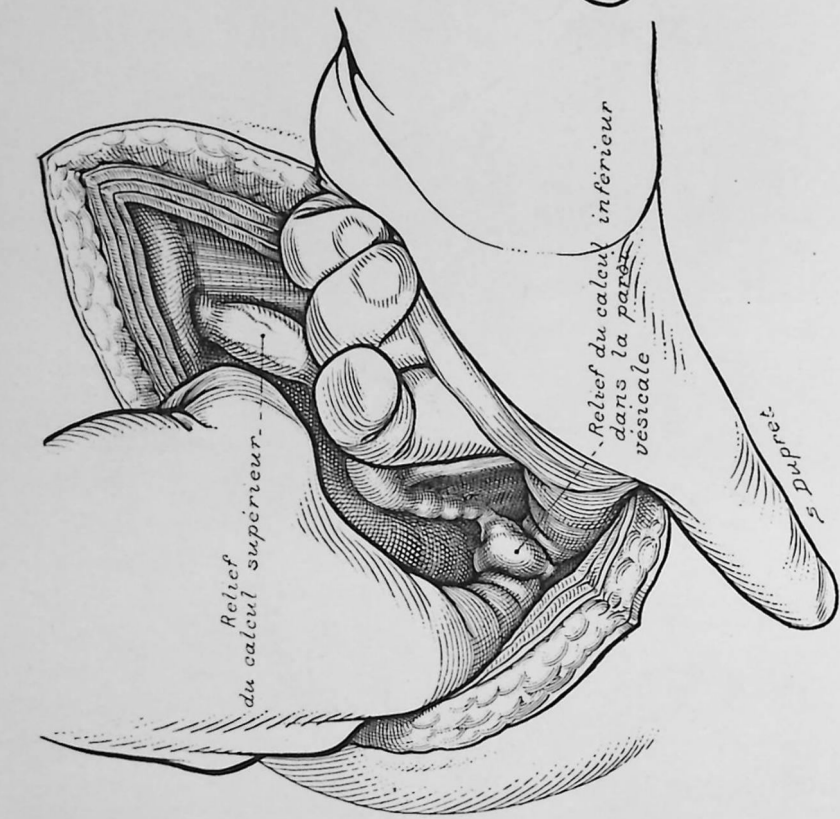


FIG. 169. — CALCULS DE L'URÈTÈRE PELVIEN. TAILLE DE L'URÈTÈRE. L'opérateur reconnaît le calcul inférieur, immédiatement au-dessous du calcul supérieur. Ce dernier est juxta-vésical.

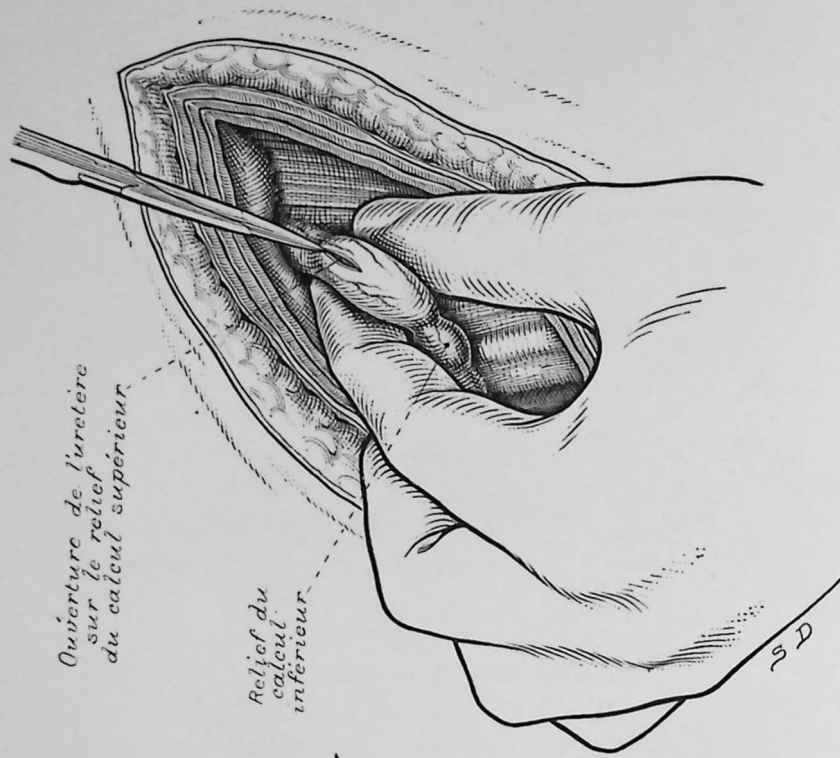


FIG. 170. — CALCULS DE L'URÈTÈRE PELVIEN. TAILLE DE L'URÈTÈRE. Incision de l'uretère sur la saillie du gros calcul. Le petit suivra le même chemin avec la plus grande facilité.

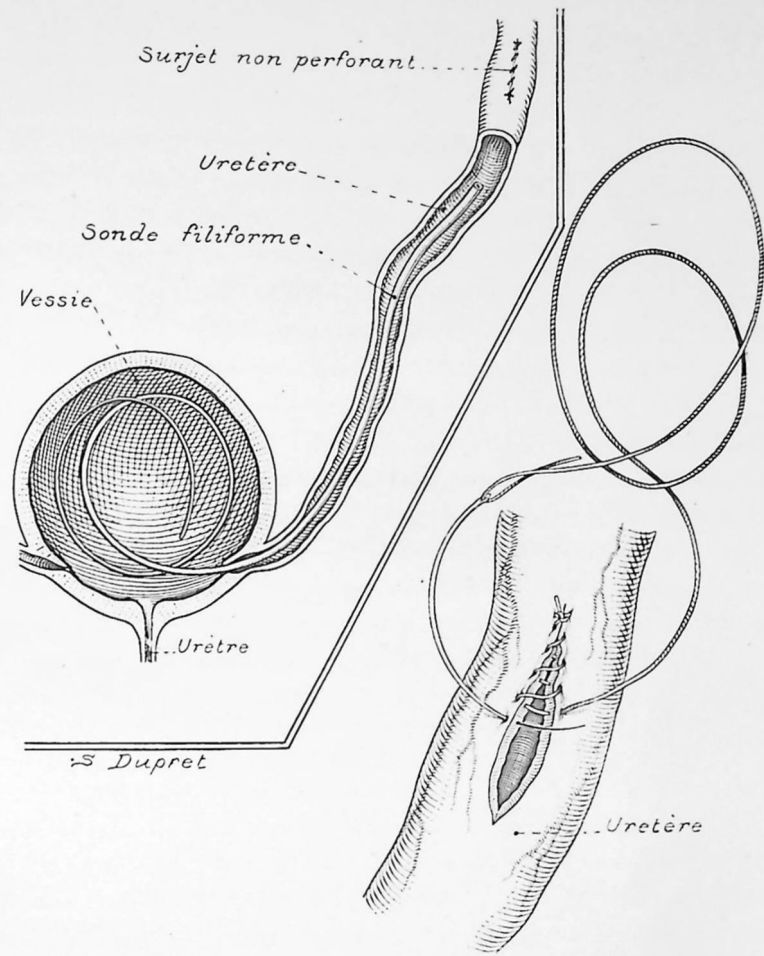


FIG. 171. — CALCULS DE L'URÈTÈRE PELVIEN. TAILLE DE L'URÈTÈRE. Suture de l'uretère avec du catgut 00 ralenti, aux points non perforants. Ici on n'a pas mis de sonde urétérale à demeure. La réunion immédiate a été obtenue.



FIG. 172. — CALCULS DE L'URÈTÈRE PELVIEN. TAILLE DE L'URÈTÈRE. Aspect des deux calculs enlevés. Grosseur naturelle.

TRAITEMENT DES PROLAPSUS GÉNITAUX GRAVES
AVEC CYSTOCÈLE PRÉDOMINANTE

(BASCULE ANTÉRIEURE DE L'UTÉRUS AVEC SUTURE DES LIGAMENTS RONDS
AUX RELEVEURS DE L'ANUS)

Par J. ABADIE (d'Oran).

Principes. — La réfection du périnée postérieur, par reconstitution d'un solide éperon entre vagin et rectum, est le temps essentiel de toute cure chirurgicale de prolapsus génital. C'est la clef de voûte.

A elle seule, elle est suffisante dans les prolapsus par déchirure traumatique du périnée, ou par faiblesse et relâchement progressif des différents soutiens de l'utérus et du vagin; mais à une condition: c'est qu'il n'y ait pas carence du périnée antérieur.

Lorsque celui-ci devient déficient, lorsqu'il y a cystocèle, la colporaphie antérieure est évidemment illusoire; on ne fait rien de durable avec une paroi élastique qui ne manquera point de se laisser à nouveau rapidement distendre. Diminuer la paroi vaginale antérieure élargie, c'est ne corriger que l'effet sans s'adresser à la cause.

Interposer entre vessie et vagin un plan périnéal résistant susceptible, de contenir la poussée abdominale, telle est l'idée qui a guidé Delanglade, Groves, Chaput lorsqu'ils ont préconisé la « suture antérieure des releveurs de l'anus ». Malheureusement elle est trop souvent impossible ou inefficace: c'est que les releveurs sont trop distants pour être rapprochés ou trop faibles pour tenir: les fils ne rapprochent que des lambeaux éraillés et des fibres déchirées, même si l'on a soin, comme l'a proposé Soubeiran, de charger avec le muscle l'aponévrose qui en double la paroi supérieure.

Dans ces cas — et ils sont nombreux — que faire? Réaliser l'oblitération du vagin (Le Fort, Müller)? C'est se résoudre un peu vite, dans nombre de cas, à une solution extrême.

Recourir à l'utilisation plastique de l'utérus, en basculant ce dernier sous la vessie ?

Schauta, Le Dentu, Pichevin placent l'utérus hors du vagin entre sa paroi antérieure et la vessie ; Wertheim, dans sa technique initiale, laissait entièrement à découvert le corps utérin en plein vagin, accolé à ce dernier par sa face antérieure, tête en bas. Tous ces auteurs passent par la colpotomie antérieure ; Freund utilise tout aussi bien la colpotomie postérieure, fait la bascule de l'utérus qu'il suture aux parois vaginales non seulement en avant mais encore en arrière.

A ces techniques un reproche commun peut être adressé : le corps utérin n'est utilisé que pour son volume, en manière de bouchon plus ou moins volumineux, qu'il soit à nu dans le vagin tel un pessaire fixé, ou qu'il s'abrite derrière l'appui illusoire de la paroi vaginale antérieure, trop prompte à se laisser distendre.

Mais rien n'est tenté pour reconstituer un plan périnéal antérieur.

Voilà pourquoi, à la fois pour remonter la vessie, et pour refaire sur toute sa largeur un périnée antérieur épais et solide, nous avons proposé la *bascule antérieure de l'utérus avec suture des ligaments ronds aux releveurs de l'anus*¹.

Tel qu'un coltineur étayé des épaules ou des bras sur deux appuis résistants se penche en avant pour recevoir sur le dos la charge qu'il devra soutenir en se redressant, tel l'utérus basculé et soudé par ses angles aux bords antérieurs des releveurs maintient sur son dos la vessie qu'il remonte.

Répétons encore que la réfection du périnée postérieur devra toujours être associée à la reconstitution du périnée antérieur.

Indications. — L'indication typique est la suivante : prolapsus génital avec cystocèle seule ou prédominante, chez une femme atteignant ou ayant dépassé la ménopause.

La gravité du prolapsus, la saillie permanente de l'utérus totalement accouché au dehors, la coexistence d'une rectocèle même accentuée sont-elles des contre-indications ? Nullement, et là encore, avec des prolapsus totaux et en lesquels certains chirurgiens auraient pu trouver l'indication d'une hystérectomie (à notre avis le plus souvent inefficace...), nous avons obtenu des résultats bons et durables.

A l'opposé, comment reconnaître les cas où l'on pourra se contenter de l'opération de Delanglade-Groves-Chaput ? Tendez les releveurs en tirant en arrière avec une valve le périnée postérieur, dites à la malade de

1. Archives mensuelles d'obstétrique et gynécologie, décembre 1912. — Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie, 1912, p. 1316. — 26^e Congrès Français de Chirurgie, 1913, p. 341.

faire un effort de contraction ; si l'index introduit dans le vagin n'accroche qu'une mince bandelette musculaire à peine distincte de la branche ischio-pubienne ; si, se portant de l'une à l'autre bandelette, le doigt constate entre elles un écartement excessif, inutile de compter sur la suture antérieure des releveurs : les fils ne tiendront pas ou ne tiendront rien.

Le jeune âge est-il une contre-indication ? non, si la gravité du prolapsus rend de toutes manières et avec n'importe quelle opération une grossesse impossible ou redoutable. Question d'espèce et de bon sens. Dans ces cas, que l'on soit loin ou au voisinage de la ménopause, il est simple au cours de l'intervention, lorsque l'utérus a été basculé en avant et que l'on a accès sur les cornes utérines, de placer une ou deux ligatures définitives sur les origines des trompes.

La coexistence de lésions annexielles non inflammatoires telles que tumeurs solides peu volumineuses ou kystiques de volume variable ne doit pas faire repousser l'opération que nous décrivons : avec une valve éclairante de de Ott (ou même sans) on peut vérifier exactement aspect et rapports de ces tumeurs et les accrocher par l'ouverture péritonéale déjà faite pour basculer l'utérus en avant. Nous avons eu l'occasion de procéder ainsi (voir fig. 182).

Soins préparatoires. — Souvent le col utérin est hypertrophié, béant, infecté, ulcéré. Ces ulcérations peuvent s'étendre, ou d'autres coexister, sur les parois vaginales.

Les ulcérations doivent être désinfectées. Pour assouplir les tissus voisins nous nous sommes bien trouvés des applications permanentes durant quelques jours de compresses vaselinées stériles.

Le col hypertrophié devra être préalablement amputé, ou modifié par le néofilhos. Parfois la cavité utérine aura été curettée. De préférence ces soins auront été donnés auparavant : les sérosités qui s'écouleraient de l'utérus ou des sections cervicales peuvent facilement infecter les lignes de suture, surtout celles qu'aura nécessitées la réfection éventuelle du périnée postérieur.

En tout cas, si l'on fait simultanément l'amputation du col et la bascule antérieure de l'utérus, il sera plus prudent de remettre à plus tard la colpopérinéorrhaphie postérieure, ou s'abstenir, en la faisant, de toute colpectomie qui laisserait une ligne de suture sur la paroi postérieure du vagin.

Il est évidemment préférable de se débarrasser d'abord de l'amputation du col qu'on peut faire à l'analgésie locale, puis de réaliser dans une seconde séance à la fois réfection du périnée antérieur et réfection du périnée postérieur.

Technique. — **ANESTHÉSIE.** — Nous restons fidèle à la rachianalgésie par 0^{gr},04 de stovaïne, précédée d'une injection sous-cutanée de caféine au moins trois heures avant¹.

Si l'analgésie se montrait insuffisante comme durée (car cette opération peut parfois durer plus de trois quarts d'heure dans des cas compliqués) le retour de la sensibilité ne se produit guère qu'au cours de la réfection du périnée postérieur et il suffit alors de donner un peu d'éther ou de kélène.

Position. — Gynécologique ou de taille, périnée bien étalé par flexion accentuée des cuisses sur le bassin, haut du corps en déclivité légère.

Temps opératoires. — Se reporter aux figures 176 à 186 dont les légendes remplaceront un texte qui ne ferait ici que double emploi.

Réfection du périnée postérieur. — Souvent, en cas de prolapsus grave, avec colprocèle postérieure, il est nécessaire d'associer une colpectomie, parfois étendue, à la reconstitution de l'éperon périnéal postérieur.

Et dans certains cas, l'on sera obligé d'enchevêtrer en quelque sorte les temps opératoires de la réfection antérieure et ceux de la colpopérinéorrhaphie postérieure. Voici par exemple ce qu'il nous a fallu faire dans une de nos observations : « Avant de refouler en arrière le col utérin, nous devons passer à la seconde partie de l'opération, colpopérinéorrhaphie postérieure par colpectomie très large, puis accolement étendu des releveurs par des catguts chromés soutenus par des fils d'argent rassemblant tous les tissus entre vagin et rectum. Avant de tordre ces fils, on suture les incisions de la colpectomie antérieure dans la moitié de sa longueur, celles de la colpectomie postérieure dans sa totalité, reconstituant ainsi à mesure le vagin et refoulant le col utérin. On achève alors la bascule antérieure en suturant les ligaments ronds au releveur et fermant les plaies vaginales. Puis on lie les fils d'argent postérieurs » (Obs. VII, n° 2643).

Une remarque : quelque satisfaction d'élégance anatomique que donne pour la réfection du périnée postérieur l'isolement et l'accolement des releveurs, puis la fermeture de la peau (en ayant soin d'allonger le périnée entre fourchette et anus) il nous a paru plus solide de comprendre systématiquement dans des fils totaux (fils d'argent ou crins) à la fois tous les plans constitutifs du périnée en ayant soin de charger dans la profondeur mi-épaisseur de la paroi vaginale postérieure afin d'éviter tout espace mort.

Pansement. — Sonde à demeure, mèches vaginales, pansement vulvaire.

1. Bull. et Mém. de la Société de chirurgie, 1922, p. 810 et Presse Médicale, 13 sept. 1922.

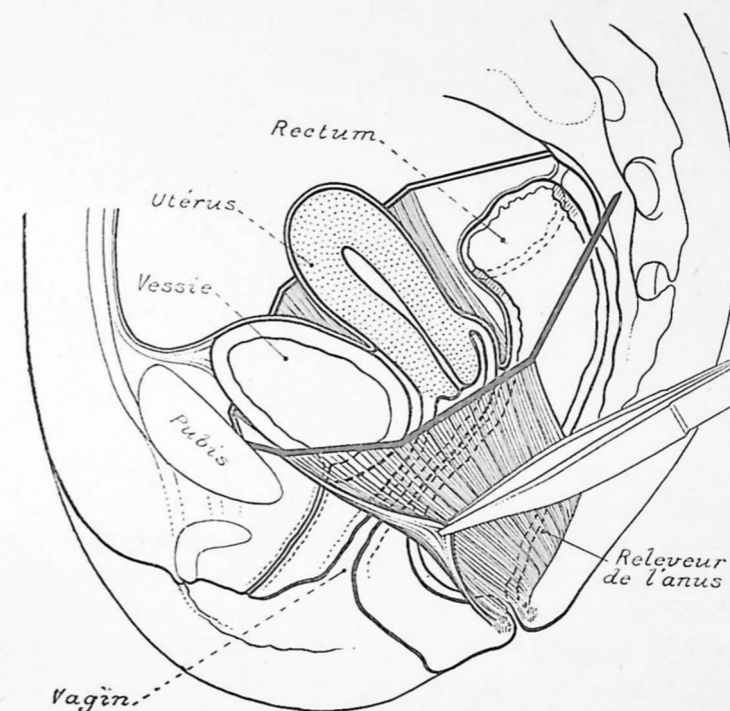


Fig. 173.

Disposition normale des organes pelviens, au centre du diaphragme discontinu que constituent les releveurs. Leur ligne d'insertion supérieure est schématisée en perspective; la direction des fibres indiquée; une pince retourne, pour la mieux montrer, la bandelette antérieure.

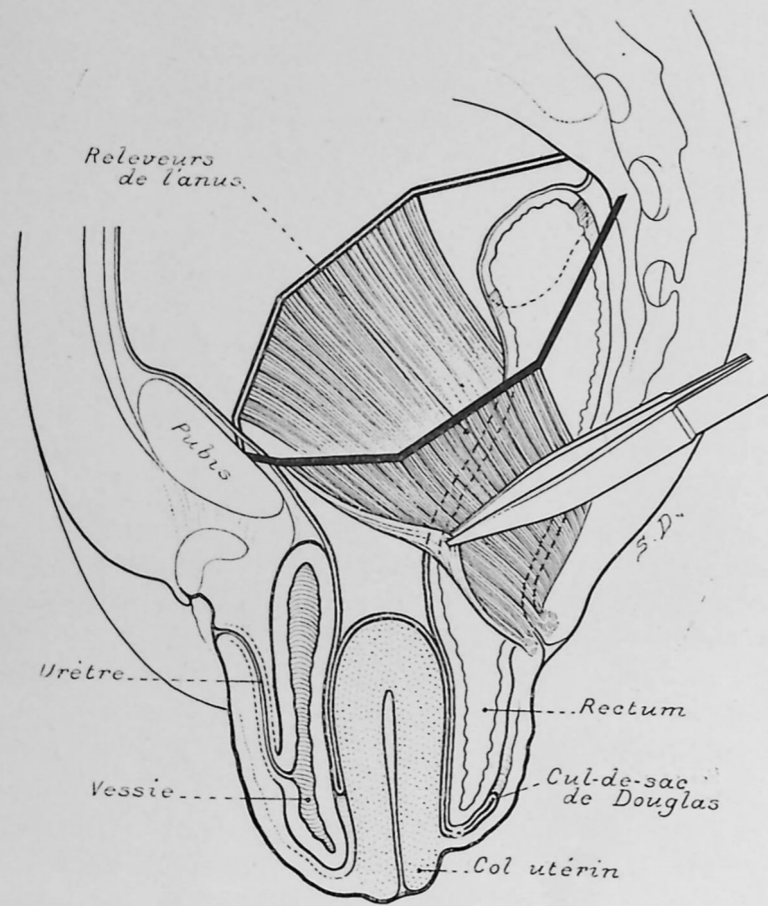


Fig. 174. — PROLAPSUS GÉNITAL TOTAL.

La masse vésico-utérine fait issue et tombe entre les bandelettes antérieures du releveur amincies et écartées.

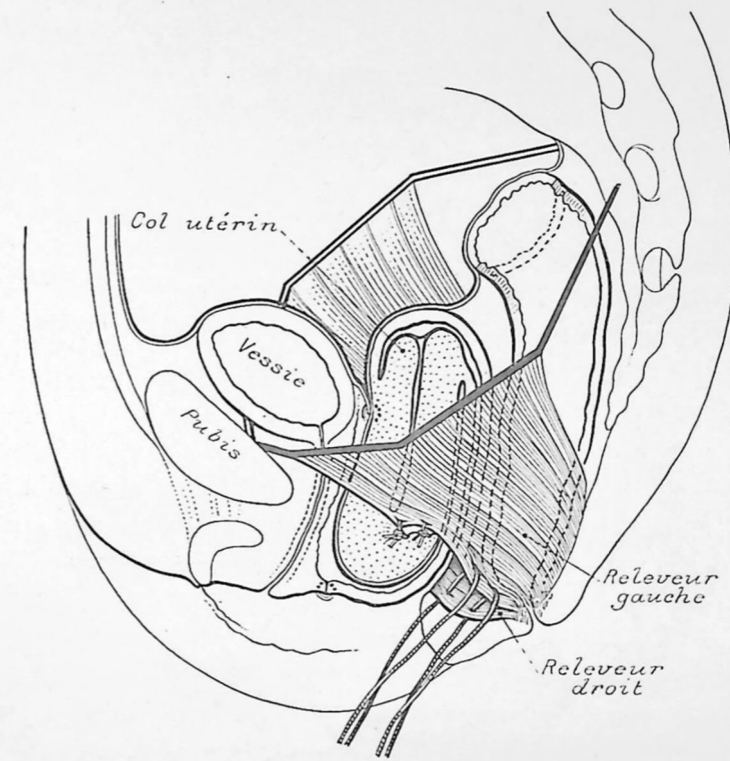


Fig. 175. — TRAITEMENT DES PROLAPSUS GÉNITAUX.

Résultat de la bascule antérieure de l'utérus maintenu par l'accrochement de l'origine des ligaments ronds à la partie supérieure des bandelettes antérieures des releveurs. La réflexion du périnée postérieur est en action, les fils chargent la paroi postérieure des releveurs qu'ils vont adosser entre rectum et vagin attiré en avant. Noter la suture du péritoine sus-vésical au péritoine de la face postérieure de l'utérus basculé.

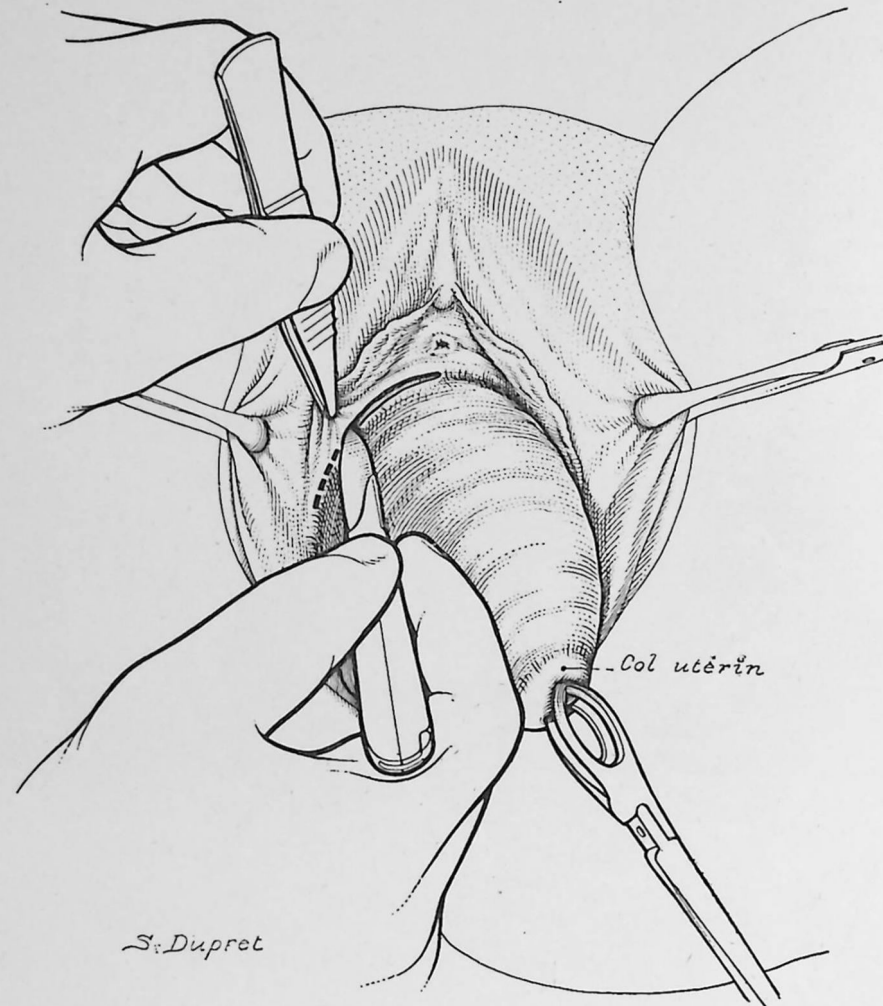


Fig. 176. — TRAITEMENT DES PROLAPSUS GÉNITAUX.

Les deux grandes lèvres étant écartées par deux pinces, une pince à abaissement attire l'utérus au dehors et l'abaisse le plus possible vers la gauche afin de bien étaler la paroi vaginale antérieure dans son angle de réflexion droit. A 4 centimètre environ en dedans de la branche ischio-pubienne sentie au doigt, incision de 4 à 5 centimètres.

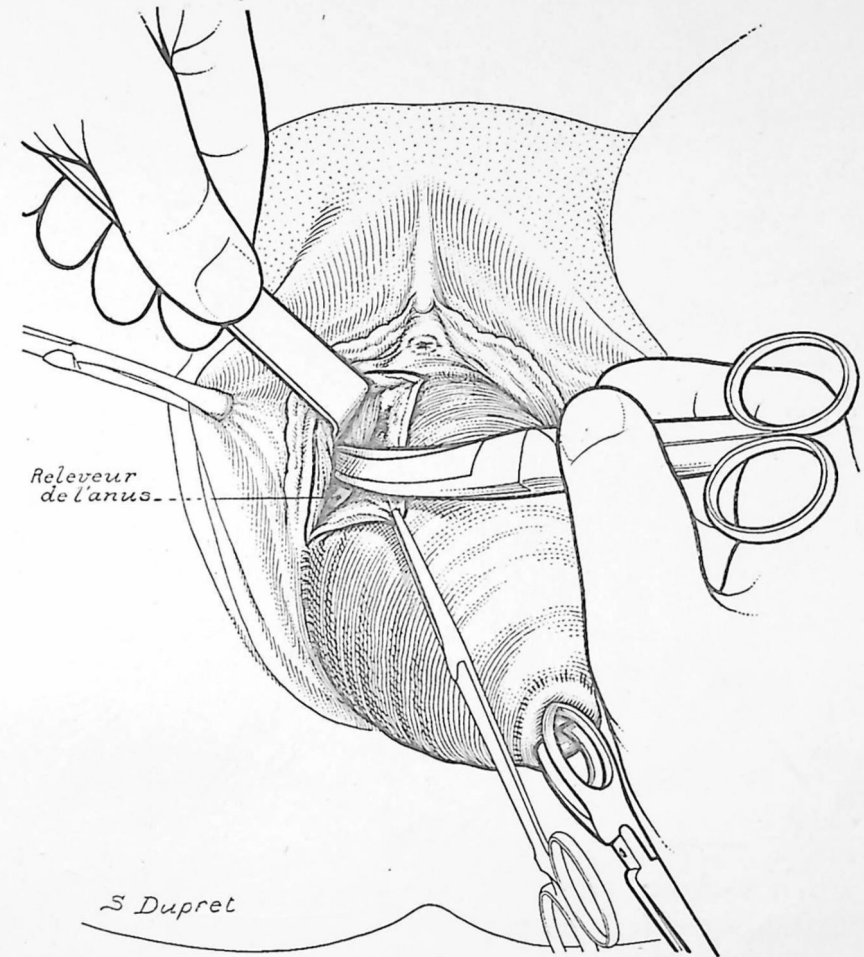


Fig. 177. — TRAITEMENT DES PROLAPSUS GÉNITAUX.

De l'extrémité mousse des ciseaux courbes rasant le flanc de la masse utérine, on repère et dégage la face profonde, interne du releveur. Un second va-et-vient identique des ciseaux dégage à face externe.

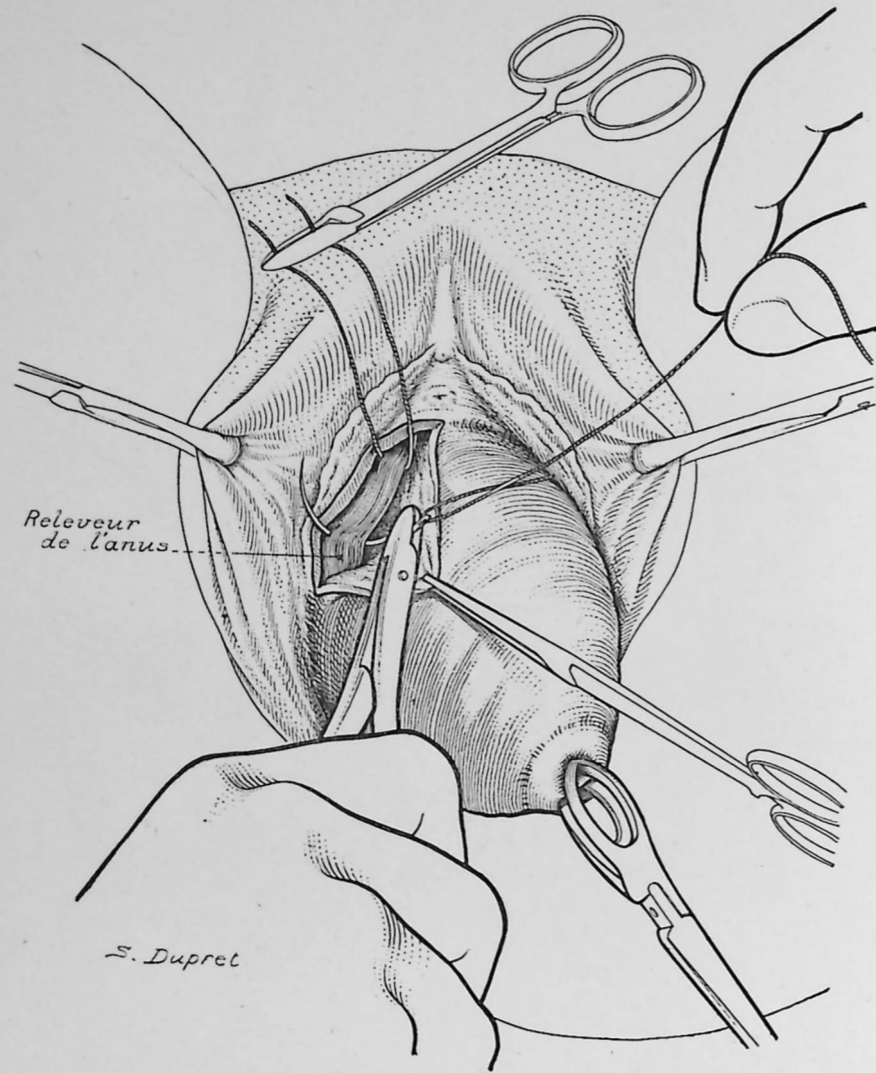


Fig. 178. — TRAITEMENT DES PROLAPSUS GÉNITAUX.

On peut alors aisément charger le ruban musculaire sur l'aiguille et passer successivement deux fils. Il est prudent de repérer chaque fil sur une pince et, pour ne pas confondre ultérieurement les chefs, les pincer de telle sorte par exemple que le chef interne soit le plus près de l'articulation de la pince. Rejeter la pince sur le pubis ou l'accrocher du bec au champ opératoire assez loin pour qu'elle ne gêne plus. Nous employons des crins. (Les lacs veineux saignent parfois un peu. Inutile de s'en inquiéter. Le dégagement du releveur et le passage des fils sont d'autant plus aisés que l'on va vite avant que le suintement sanguin puisse gêner.)

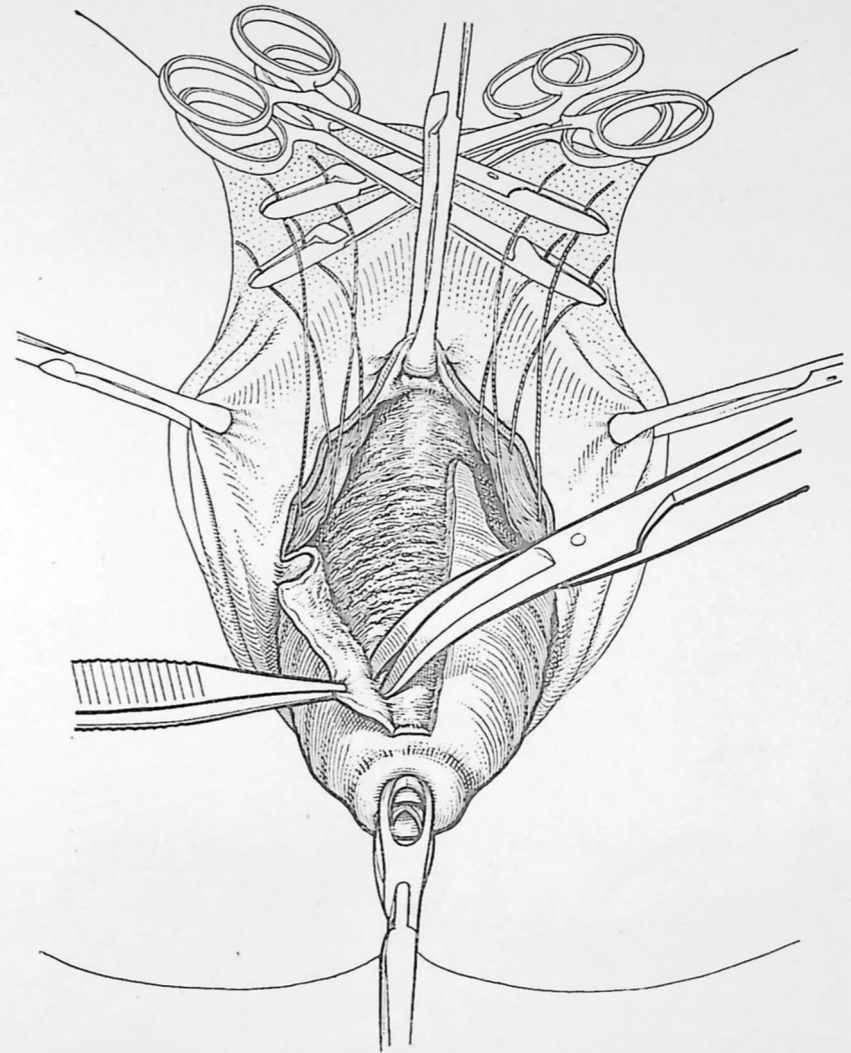


Fig. 179. — TRAITEMENT DES PROLAPSUS GÉNITAUX.

La même manœuvre ayant été effectuée à gauche et les deux incisions réunies suivant une ligne qui passe un peu en arrière du méat; le moment est venu de tracer sur la paroi antérieure du vagin la bande que l'on disséquera derrière l'urètre, puis la vessie prudemment respectée. Il n'est pas sage de faire d'emblée une colpectomie généreuse; il faut au contraire garder assez d'étoffe pour être sûr de pouvoir recouvrir l'utérus basculé (v. fig. 186). Sur ce dessin, la colpectomie effectuée, on dissèque les lèvres latérales afin de rendre plus aisée, tout à l'heure, la séparation de la vessie et de l'utérus, et afin de laisser sur les côtés la place suffisante pour l'utérus basculé.

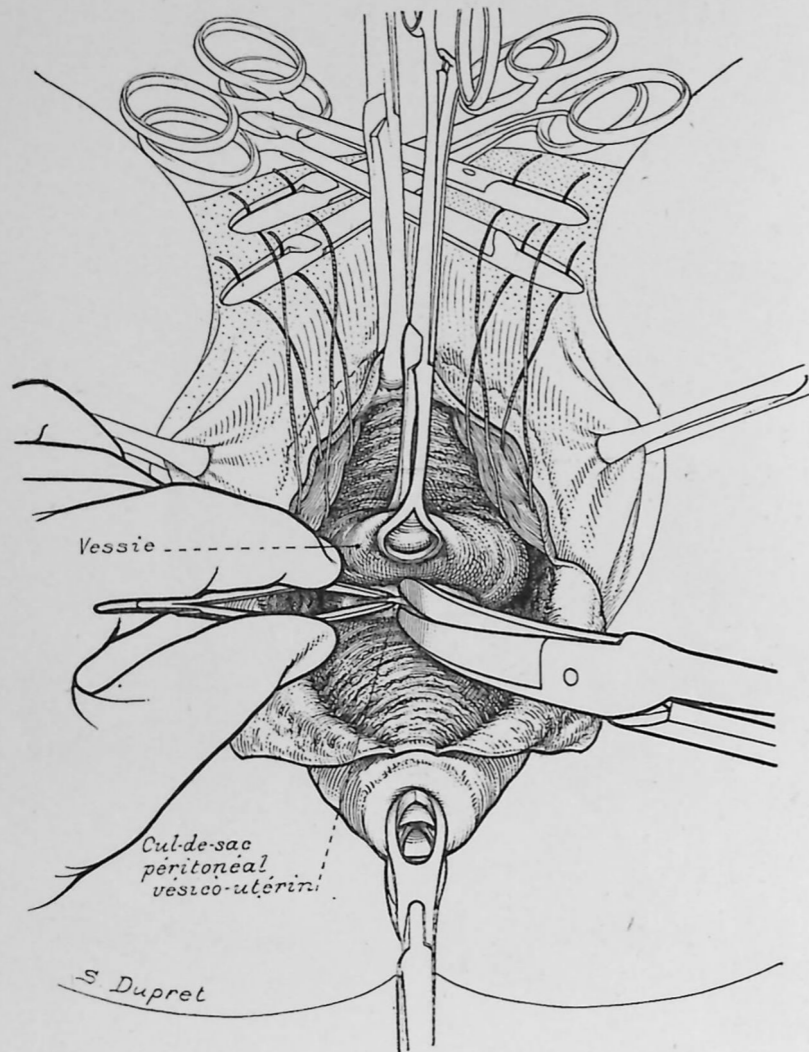


Fig. 180. — TRAITEMENT DES PROLAPSUS GÉNITAUX.

Contournant la vessie en clivant entre elle et l'utérus (seul temps vraiment délicat), on relève son fond pour atteindre le cul-de-sac péritonéal. Il est ici repéré, saisi et prêt à être ouvert d'un coup de ciseaux.

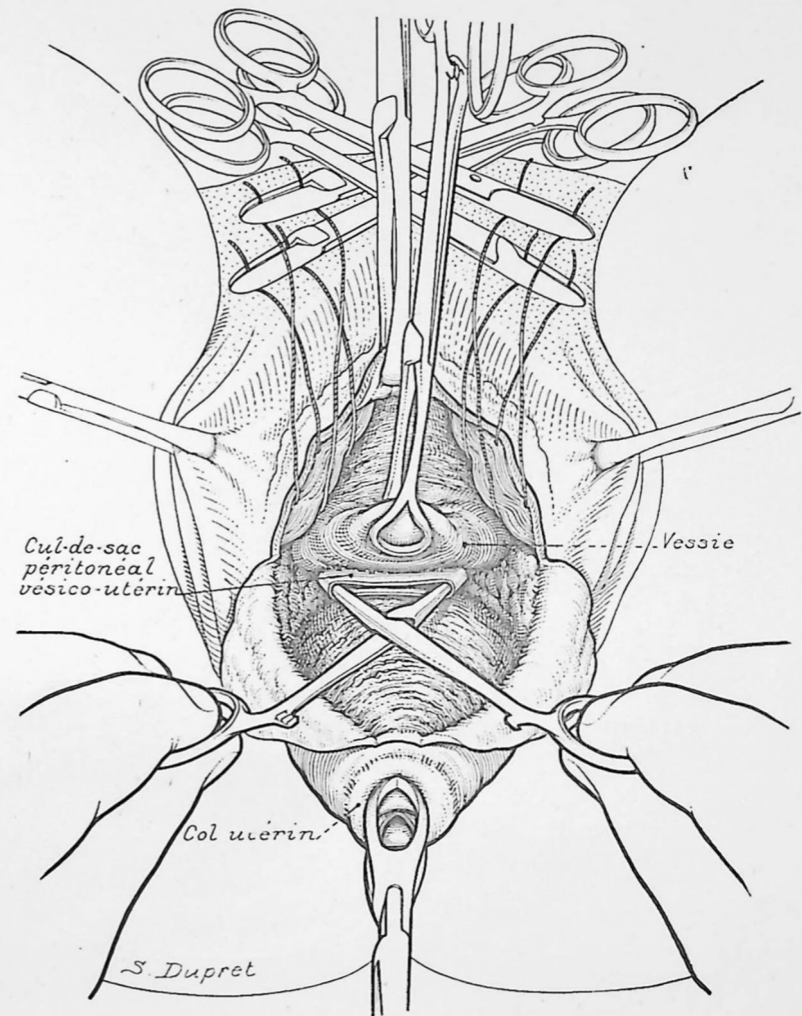


Fig. 181. — TRAITEMENT DES PROLAPSUS GÉNITAUX.

Le cul-de-sac péritonéal ayant été ouvert d'un coup de ciseaux, l'ouverture est agrandie, à l'aide d'une pince retirée ouverte. La lèvre supérieure sera repérée.

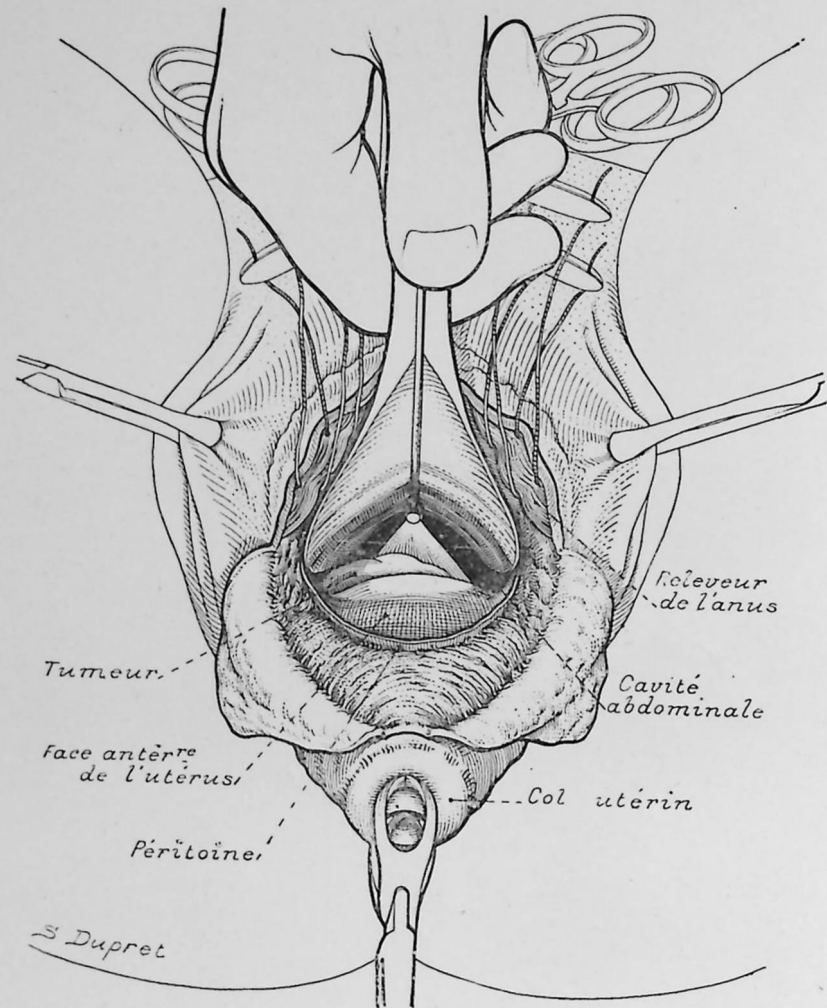


Fig. 182. — TRAITEMENT DES PROLAPSUS GÉNITAUX.

Exploration de l'utérus et des annexes. En général, deux doigts introduits dans l'ouverture péritonéale suffisent. Dans certains cas, on a intérêt à rendre cette exploration plus claire encore en introduisant la valve éclairante de de Ott (dans ce cas, basculer davantage la malade en déclive pour vider le pelvis des anses intestinales).

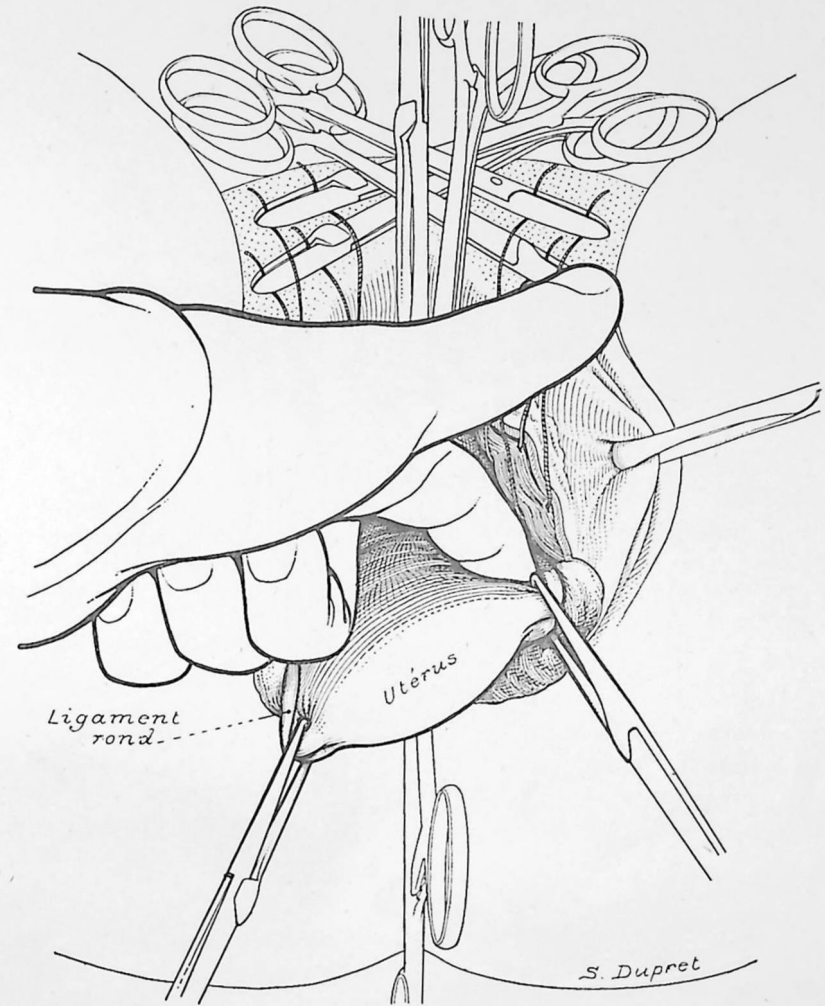


Fig. 183. — TRAITEMENT DES PROLAPSUS GÉNITAUX.

Basculer de l'utérus au dehors. Rien de plus aisé s'il est petit. S'il est volumineux, s'attaquer plus particulièrement à l'un des angles : l'index va accrocher une corne utérine, l'amène en avant et une pince la saisit aussitôt; puis même manœuvre sur l'autre corne. Dans certains cas (doigt trop court pour dépasser la corne même en tirant bien sur l'utérus), on est obligé de saisir pas à pas la face antérieure de l'utérus, du col au fond, par des prises successives à la pince à plateaux de Faure. Dès que le fond utérin est accroché, il faut repousser le col utérin (dans le fond du vagin).

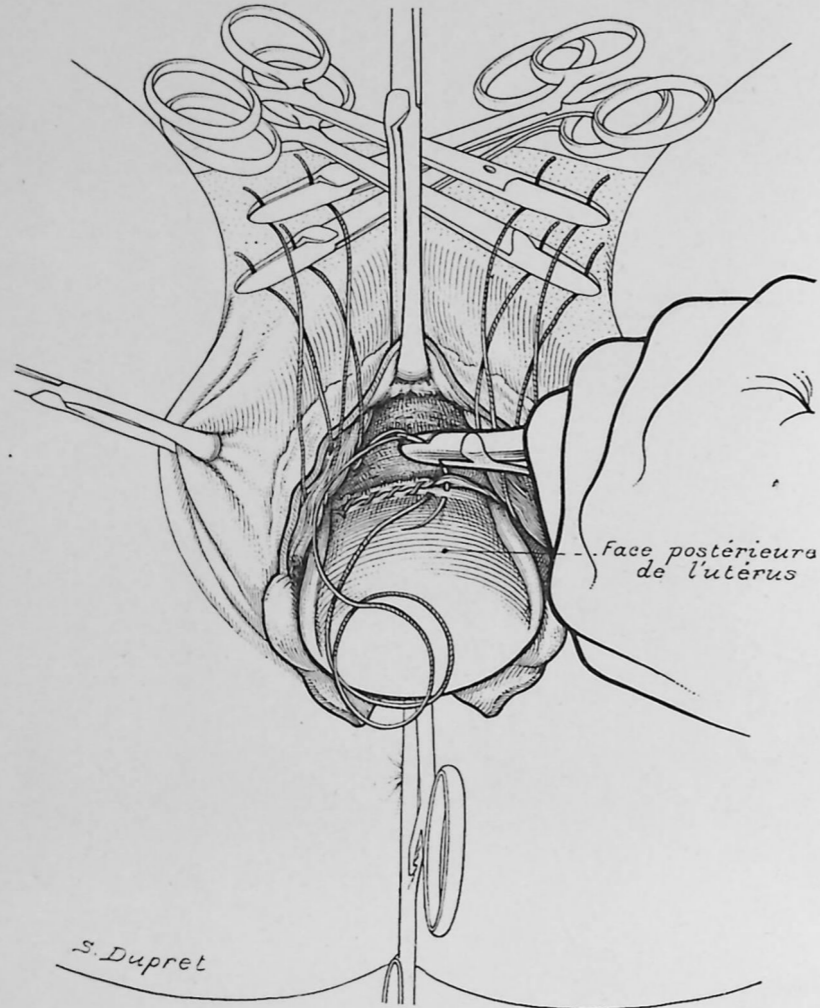


Fig. 184. — TRAITEMENT DES PROLAPSUS GÉNITAUX.

La bascule antérieure de l'utérus est obtenue. On suture à sa face postérieure la lèvre supérieure du péritoine. Ainsi la cavité abdominale se trouvera fermée.
 N.-B. — C'est avant cette suture qu'il y a lieu de traiter les lésions annexielles si l'on en a constaté : ponction d'un kyste de l'ovaire, accouchement au dehors, ablation, refoulement du moignon, ligature, etc... C'est après la fermeture du péritoine que, chez une malade non ménopausée, il y a lieu d'étrangler chaque trompe près de son origine par une ligature non résorbable.

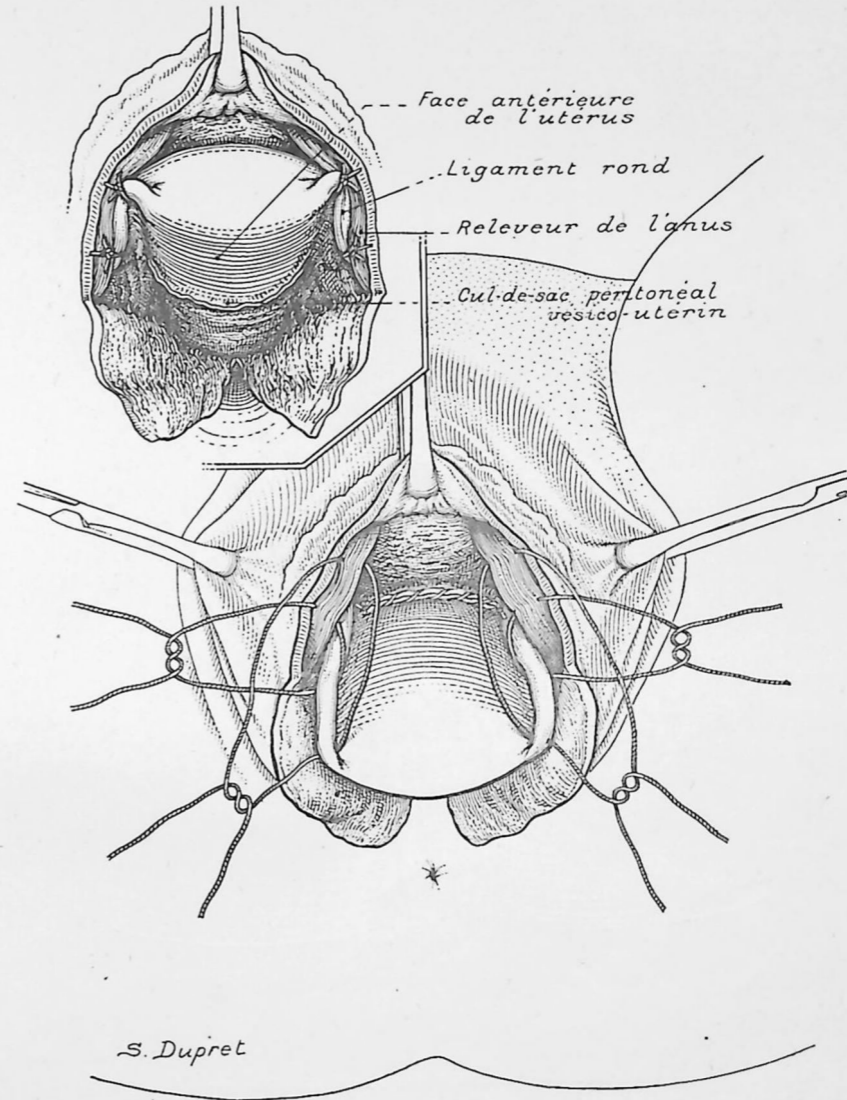


Fig. 185. — TRAITEMENT DES PROLAPSUS GÉNITAUX.

Reprenant un à un les fils chargés dès le début sur les releveurs et repérés comme il a été dit, on passe les chefs internes sous les ligaments ronds correspondants, méthodiquement, de telle sorte que le plus voisin de la symphyse soit le plus voisin de la corne utérine.

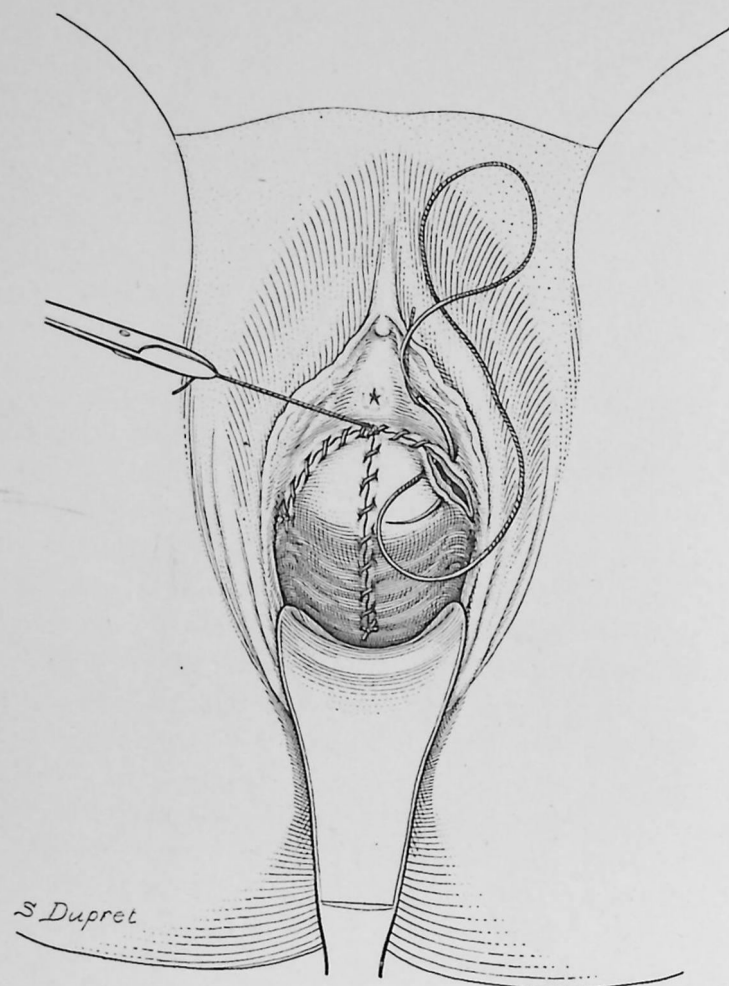


Fig. 186. — TRAITEMENT DES PROLAPSUS GÉNITAUX.

Les fils étant noués, les ligaments ronds se trouvent fixés aux releveurs, le corps utérin remonte un peu dans la profondeur. Suture de la paroi vaginale en augmentant à ce moment l'étendue de la colpectomie s'il y a lieu, de façon à ne conserver que le nécessaire pour recouvrir l'utérus et obtenir une suture exacte.

XIV

CANCER DU COL UTÉRIN

HYSTÉRECTOMIE VAGINALE ÉLARGIE
PROCÉDÉ DE SCHAUTA.

Tout cancer du col utérin opérable, par suite du peu d'extension des lésions¹ et de l'état général de la malade, sera extirpé le plus largement et le plus tôt possible.

Si la femme est maigre ou d'embonpoint moyen, si elle ne paraît pas trop âgée, on aura recours à l'opération de Wertheim (hystérectomie abdominale), telle qu'elle a été décrite dans notre fascicule II, par J.-L. Faure.

Si la femme est obèse, âgée, affaiblie ou tarée, si pour des raisons quelconques on craint l'hystérectomie abdominale et surtout l'action néfaste du plan incliné sur le cœur, on aura recours à l'hystérectomie vaginale qui peut être exécutée sur un plan horizontal et se montre toujours bénigne.

Quand le vagin est large, il n'est pas nécessaire d'agrandir le vagin par un débridement. S'il manque de largeur comme c'est la règle, on aura recours soit au procédé d'hystérectomie périnéale de Cunéo, décrite dans le fascicule V, soit à l'opération de Schauta que les dessins ci-joints feront comprendre, surtout si le lecteur parcourt des yeux le chapitre de L'HYSTÉRECTOMIE PÉRINÉALE (Fasc. V) et celui qui traite de la cure des FISTULES VÉSICO-VAGINALES (Fasc. I).

Chez toute malade affaiblie, les indications que nous avons fournies à propos de l'hystérectomie périnéale existent aussi bien pour l'hystérectomie vaginale de Schauta, avec cette différence que celle-ci est praticable à travers des vagins plus étroits. Le jour qu'elle donne est encore plus étendu que celui qu'on obtient par la fente périnéale. Cette dernière est, par contre, d'une réparation plus facile et plus rapide. Chacun de ces procédés a donc ses indications.

Voici comment on procédera :

1. Voir Schémas du fascicule II, *Traitement du cancer du col utérin.*

PRÉPARATION (comme pour l'hystérectomie périnéale). — Le col aura été désinfecté par curettage, brûlage ou radium.

ANESTHÉSIE. — Rachidienne ou trans-sacrée.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE. — a. *Débridement vulvo-vaginal*. — Il se fera à droite ou à gauche, plutôt à droite de l'opérateur, en dehors de la ligne médiane. Il attaquera le vagin, la vulve et la peau de la fosse ischio-rectale; le releveur de l'anus sera coupé. Ce débridement ira plus ou moins profondément, suivant le jour dont l'opérateur aura besoin; il pourra d'ailleurs être pratiqué des deux côtés à la fois, ce qui est presque toujours inutile. Nous n'avons jamais pratiqué un débridement double.

La section du vagin porte sur la moitié inférieure de ce canal; l'orifice vulvaire est coupé tout près de la fourchette.

b. *Incision circulaire au vagin*; au milieu de sa hauteur environ. Cela dépend de l'infiltration de ce vagin. Il faudra que la section porte à 3 centimètres environ au-dessous de la partie infiltrée par le néo, de façon à sectionner le vagin en tissu sain.

c. *Décollement vaginal*. — Le vagin est séparé du rectum et de la vessie, disséqué sur toute sa hauteur jusqu'à l'isthme de l'utérus.

d. *Fermeture du vagin*; une compresse imbibée d'éther ou d'iode est introduite dans le cul-de-sac vaginal; celui-ci est suturé, au-dessous de la compresse.

e. *Ligature de l'artère utérine* qui sera bien isolée.

f. *Ouverture des culs-de-sac péritonéaux*, antérieur et postérieur.

g. *Section des ligaments larges*. — Elle portera en deçà des annexes s'il y a quelques difficultés à pédiculiser ces dernières, on sectionnera les ligaments larges entre l'utérus et les annexes.

h. *Les annexes puissamment pincées, seront ligaturées* fortement avec un catgut lent et solide, ou un fil de soie.

i. *Fermeture du péritoine*. — Elle sera incomplète; aux extrémités droite et gauche, de chaque côté de la suture transversale, émergeront les moignons des ligaments larges.

j. *Les moignons des ligaments larges seront liés ensemble*, de sorte qu'ils soulèveront la suture péritonéale qui occupe le fond du vagin.

k. *Fermeture du fond du vagin* (fente transversale) par quelques points séparés.

l. *Suture de la paroi verticale du vagin, du releveur de l'anus, du tissu graisseux et de la peau*.

Comme pansement : pommade au collargol à 15 p, 100.

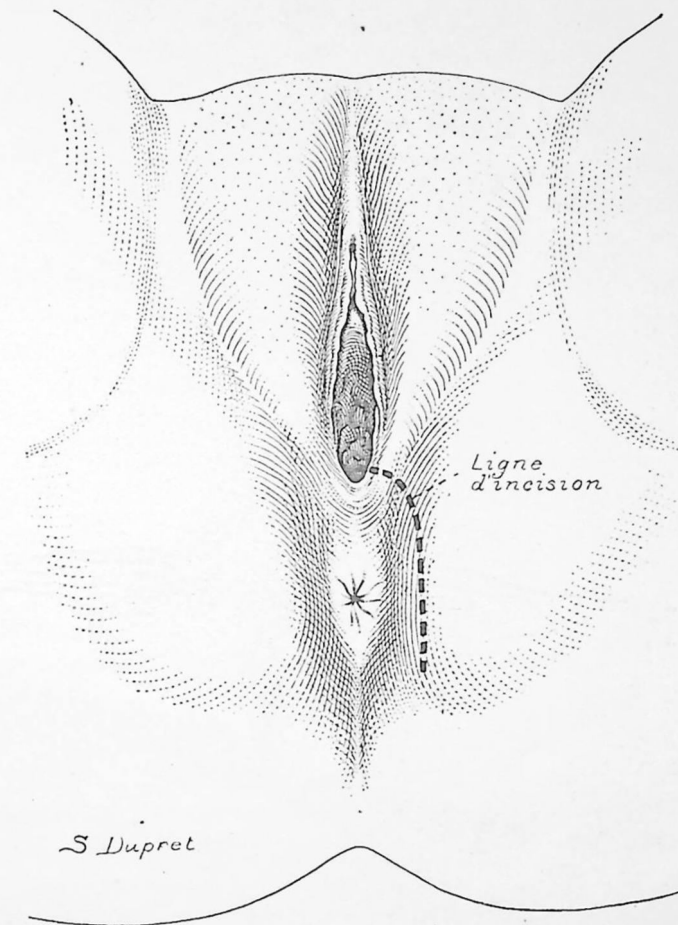


Fig. 187. — HYSTÉRECTOMIE VAGINALE ÉLARGIE POUR CANCER DU COL.

Ligne d'incision cutanéomuqueuse. Celle-ci fend la vulve, à droite de la fourchette, la moitié inférieure du vagin, et entame la peau parallèlement à la ligne médiane jusqu'à un niveau souvent plus bas que l'anus. La longueur de la section cutanée sera proportionnelle à l'embonpoint du sujet et à la nécessité d'agrandir plus ou moins le vagin.

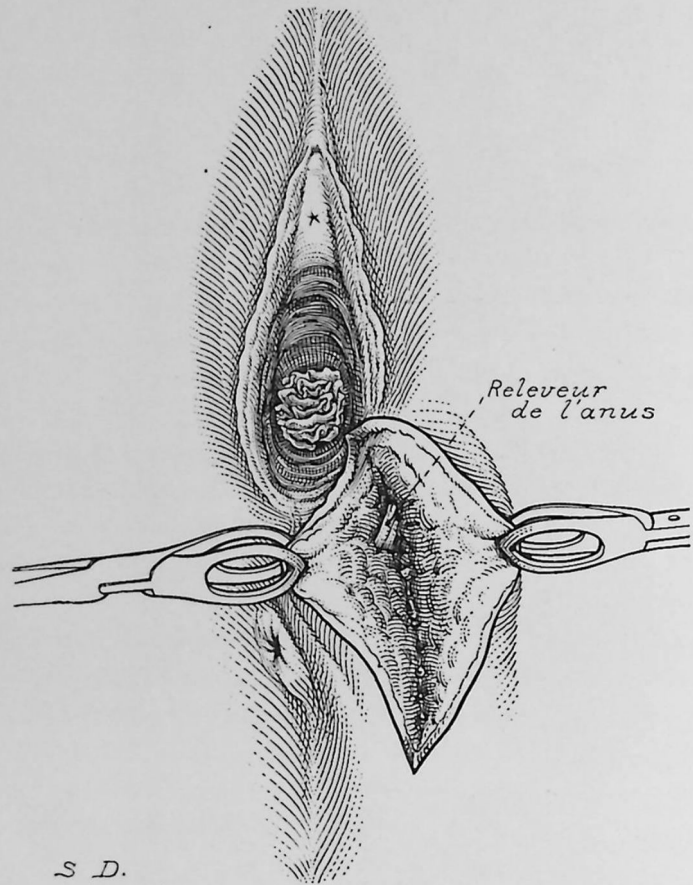


Fig. 188. — HYSTÉRECTOMIE VAGINALE ÉLARGIE POUR CANCER DU COL. Incision vulvo-vaginale. Le releveur de l'anus sera sectionné

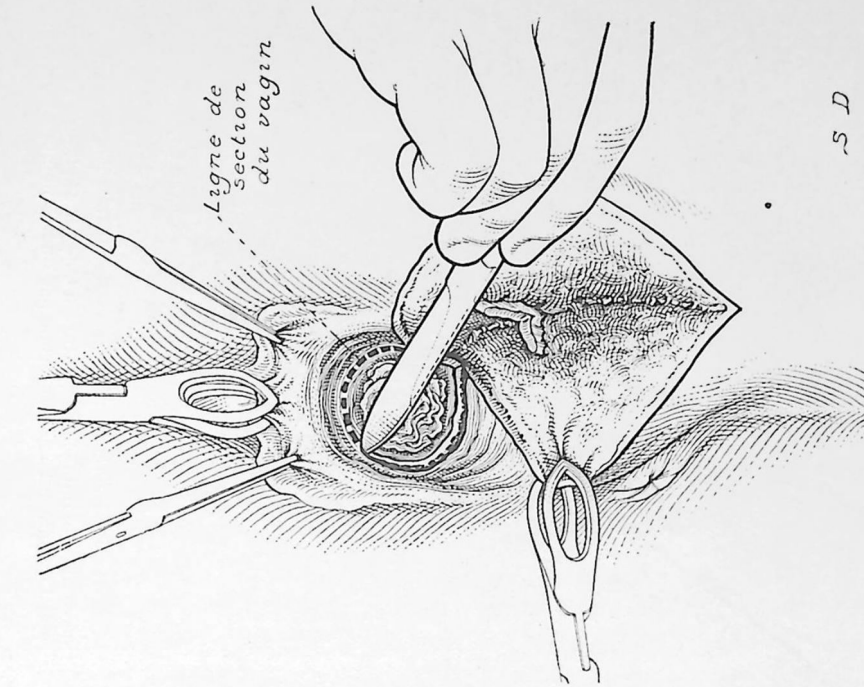


Fig. 190. — HYSTÉRECTOMIE VAGINALE ÉLARGIE POUR CANCER DU COL. Incision circulaire du vagin à 3 centimètres au-dessous des lésions, à la limite de la section verticale de ce canal; cette section comprend toute la paroi vaginale, et évite le rectum et la vessie.

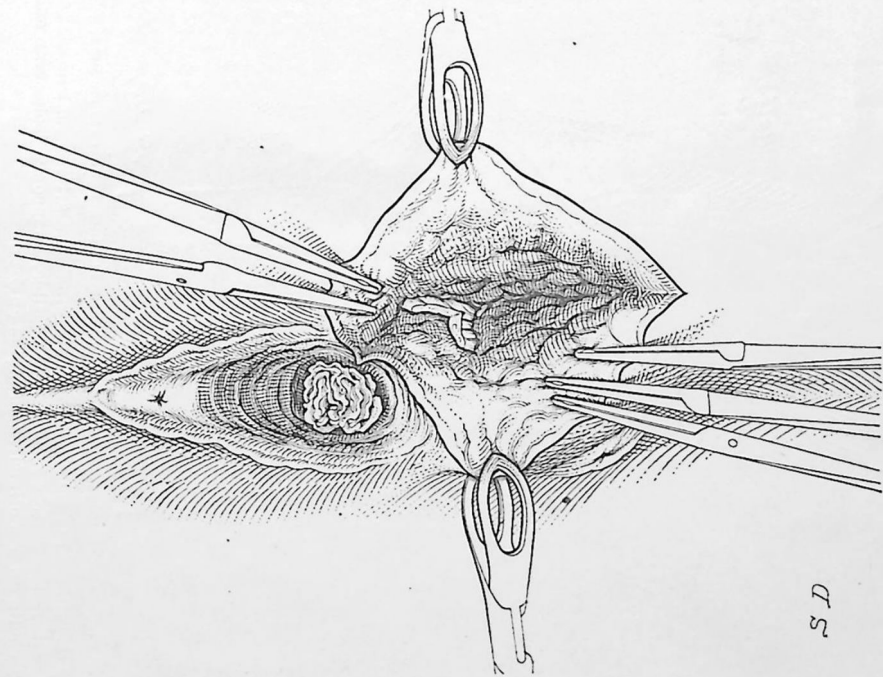


Fig. 189. — HYSTÉRECTOMIE VAGINALE ÉLARGIE POUR CANCER DU COL. Le muscle releveur de l'anus a été sectionné et l'hémostase du tissu graisseux est faite.

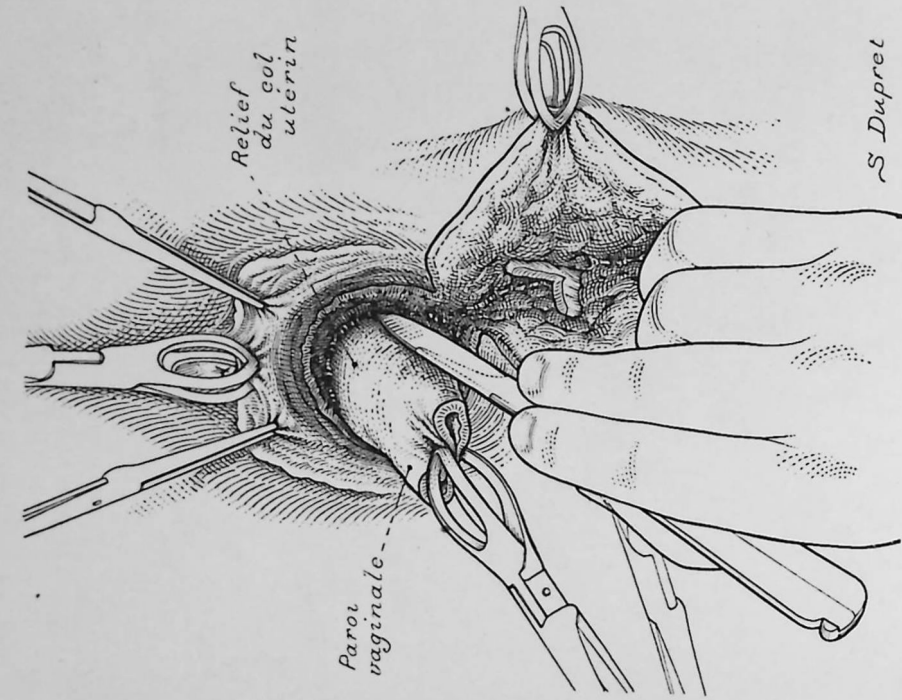


Fig. 191. — HYSTÉRECTOMIE VAGINALE ÉLARGIE POUR CANCER DU COL. Libération de la collette vaginale; quelques artères sont nouées; la libération portera le plus haut possible, de façon à isoler une manchette de 3 centimètres au moins environ.

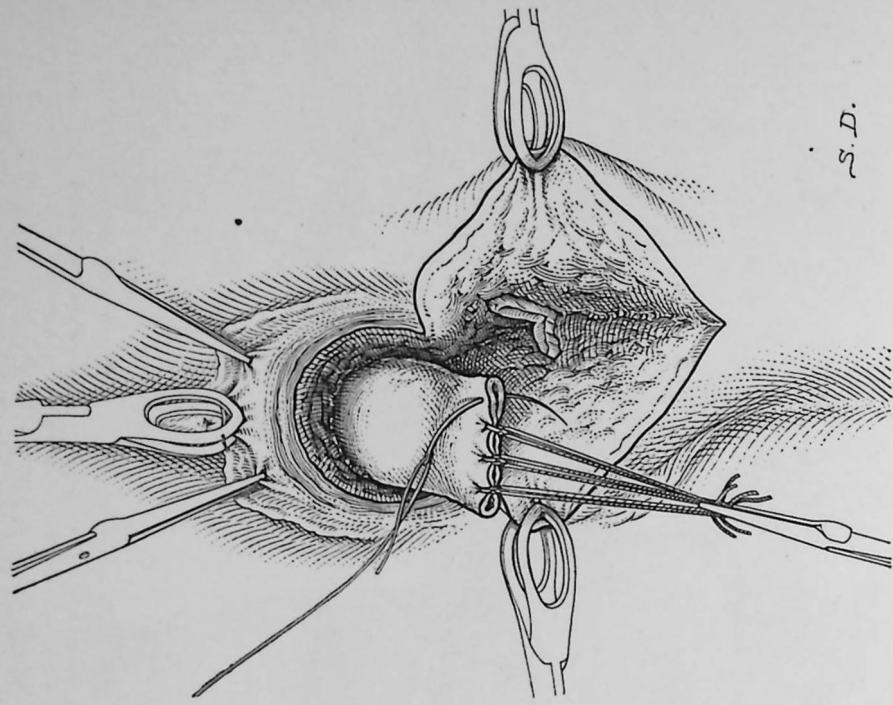


Fig. 192. — HYSTÉRECTOMIE VAGINALE ÉLARGIE POUR CANCER DU COL. Une compresse imbibée de teinture d'iode est appliquée au contact du col. Le vagin est ensuite fermé par quatre points séparés au fil.

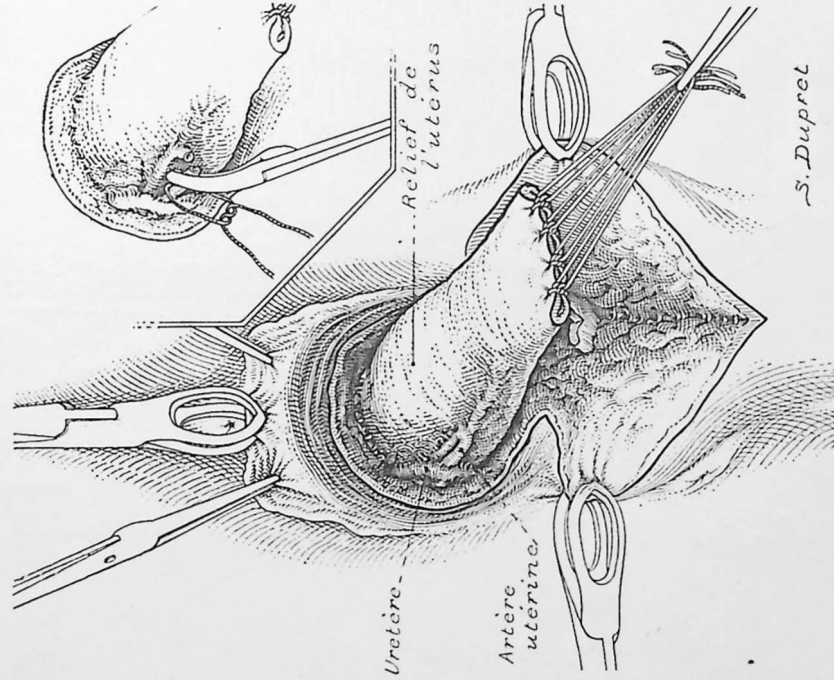


Fig. 193. — HYSTÉRECTOMIE VAGINALE ÉLARGIE POUR CANCER DU COL. Ligation de l'artère utérine. L'uretère est isolé et écarté.

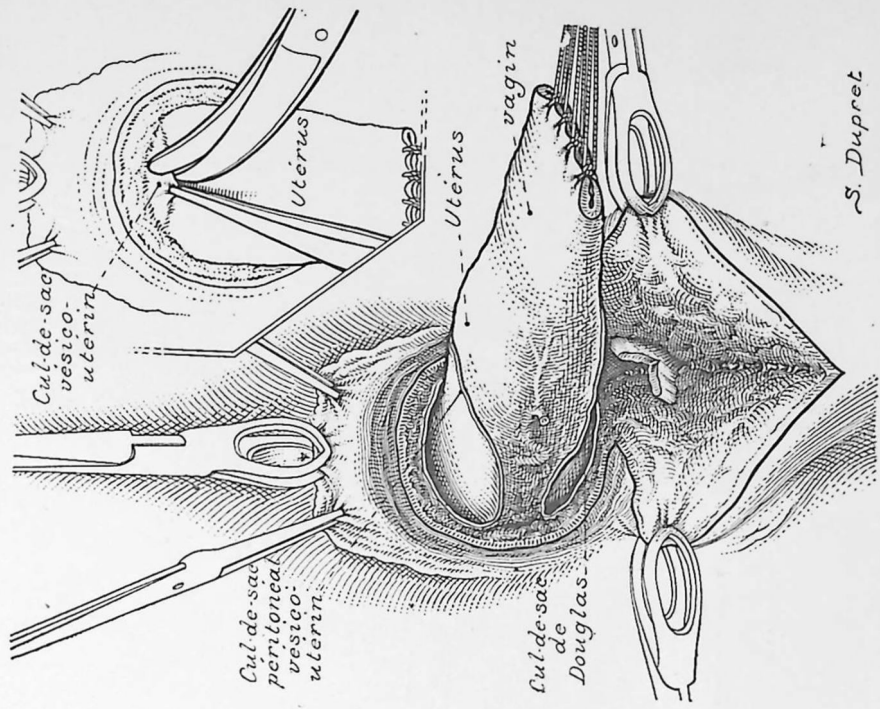
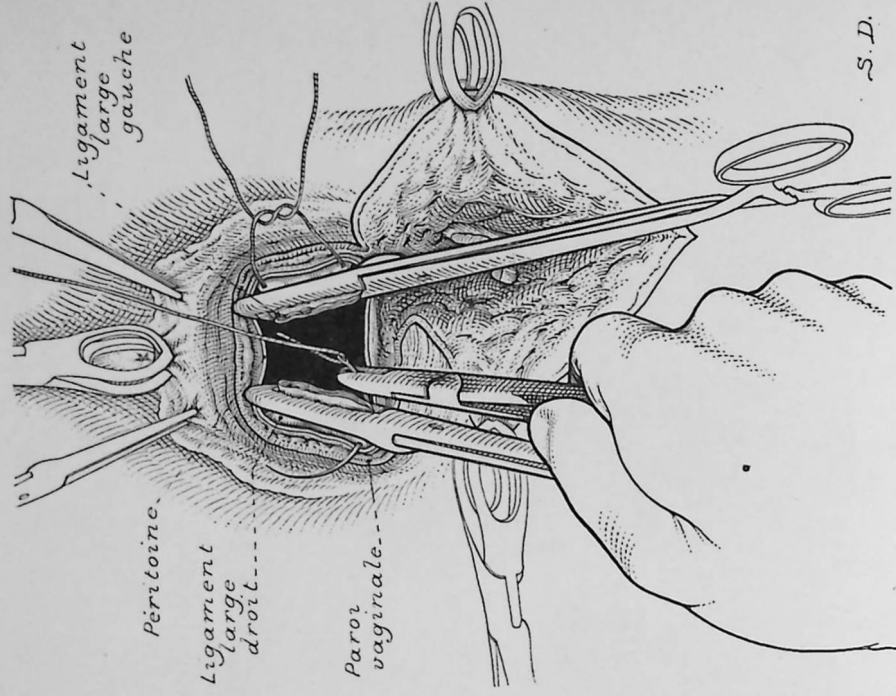
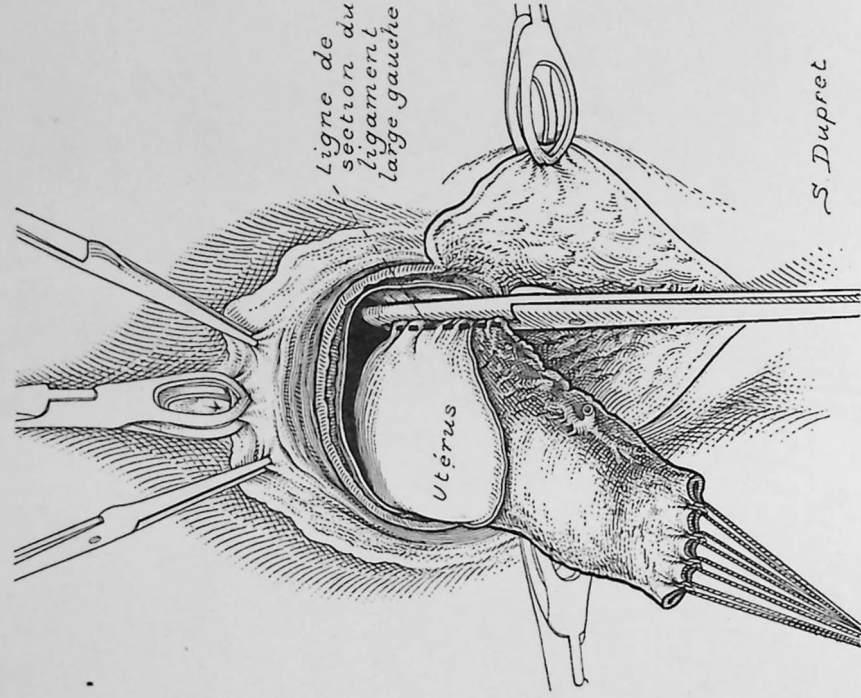


Fig. 194. — HYSTÉRECTOMIE VAGINALE ÉLARGIE POUR CANCER DU COL. Ouverture des deux culs-de-sac péritonéaux antérieur et postérieur. L'utérus s'abaisse.



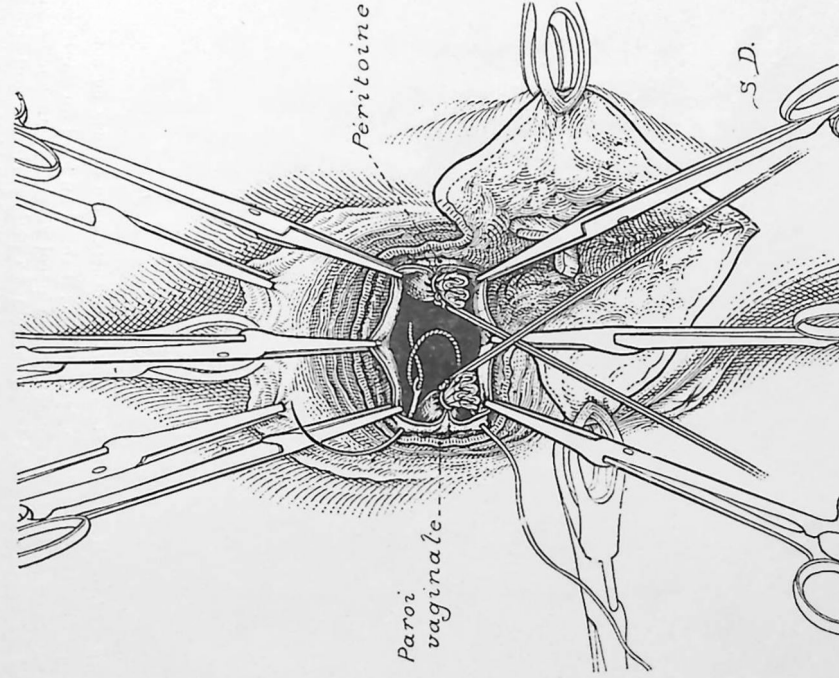
S.D.

Fig. 196. — HYSTÉRECTOMIE VAGINALE ÉLARGIE POUR CANCER DU COL.
Comment on pratique la ligature des ligaments larges.
La pince est retirée.



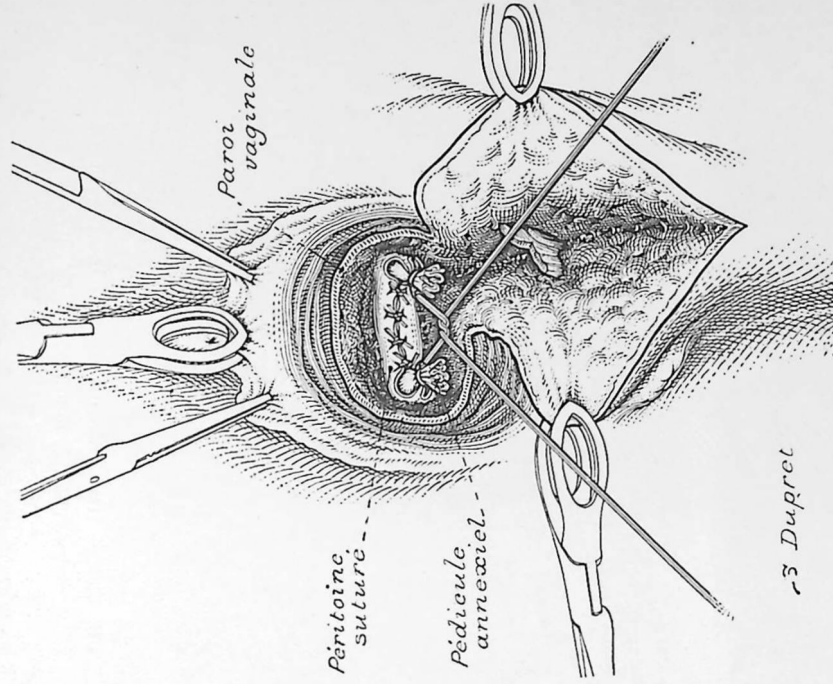
S. Dupret

Fig. 195. — HYSTÉRECTOMIE VAGINALE ÉLARGIE POUR CANCER DU COL.
Section du ligament large. Celle-ci portera de préférence au delà des annexes, mais si elles sont difficilement pédiculisables — comme c'était le cas sur le sujet qui a servi de modèle à cette opération — la section portera entre l'utérus et les annexes. Remarquer le rôle de la pince duodénale puissante et écrasante qui ne dérape jamais.



S.D.

Fig. 197. — HYSTÉRECTOMIE VAGINALE ÉLARGIE POUR CANCER DU COL.
Fermeture du cul-de-sac péritonéal. L'opérateur laissera au niveau des deux commissures de la plaie transversale, un espace pour laisser passer les deux moignons.



S. Dupret

Fig. 198. — HYSTÉRECTOMIE VAGINALE ÉLARGIE POUR CANCER DU COL.
Les deux moignons du ligament large seront noués ensemble, en dehors de la suture péritonéale.

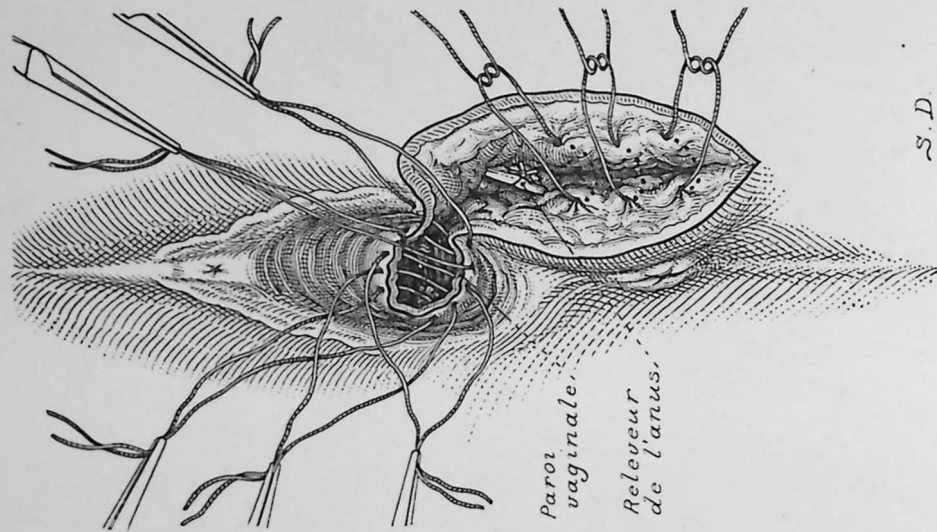


Fig. 199. — HYSTÉRECTOMIE VAGINALE ÉLARGIE POUR CANCER DU COL.

La section du vagin a été faite en deux points : d'abord au fond du vagin — partie transversale — puis latéralement sur la paroi verticale gauche. La suture du fond du vagin n'est point indispensable. La plaie périnéale doit être suturée avec soin; elle est fermée en plusieurs plans; un plan pour les releveurs de l'anus, un autre plan pour le tissu graisseux; un troisième pour la peau.

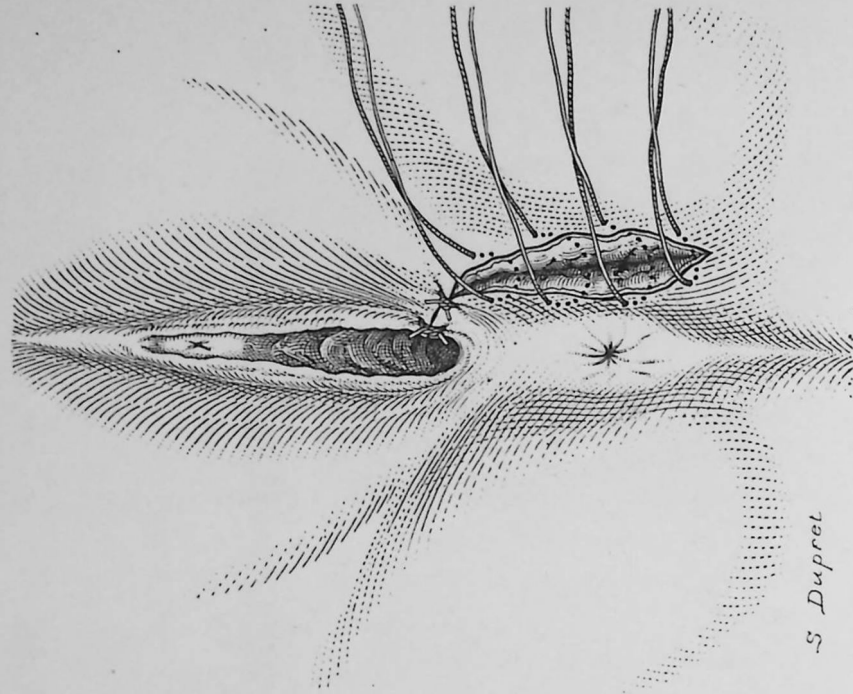


Fig. 200. — HYSTÉRECTOMIE VAGINALE ÉLARGIE POUR CANCER DU COL.

Suture cutanéomuqueuse de la vulve et du périnée.

TABLE DES MATIÈRES

Exécution du nœud de la main gauche.	1
I. — Gastropiose	5
II. — Estomac biloculaire.	19
III. — Énervation de l'estomac. <i>Opération de Latarjet</i> (R. DE BUTLER D'ORMOND).	39
IV. — Rétrécissements duodénaux ou sous-pyloriques	53
V. — Fistule de dérivation sur le grêle	59
VI. — L'anus cæcal.	67
VII. — Traitement des tumeurs du côlon gauche.	77
VIII. — La sigmoïdectomie avec anus définitif.	105
IX. — Stase intestinale chronique. <i>Les divers traitements chirurgicaux.</i>	123
X. — Fistules à l'anus.	131
XI. — Cure radicale de la hernie crurale par voie inguinale (M. ROBINEAU)	159
XII. — Calculs de l'uretère pelvien	179
XIII. — Traitement des prolapsus génitaux graves avec cystocèle prédominante	
<i>Bascule antérieure de l'utérus avec suture des ligaments ronds aux releveurs de l'anus</i> (J. ABADIE, d'Oran).	191
XIV. — Cancer du col utérin. <i>Hystérectomie vaginale élargie. Procédé de Schauta.</i>	209



IMPRIMERIE
CH. HÉRISSEY
:: ÉVREUX ::

G. DOIN et C^{ie}
ÉDITEURS
35 FR. NET
(sans aucune majoration)