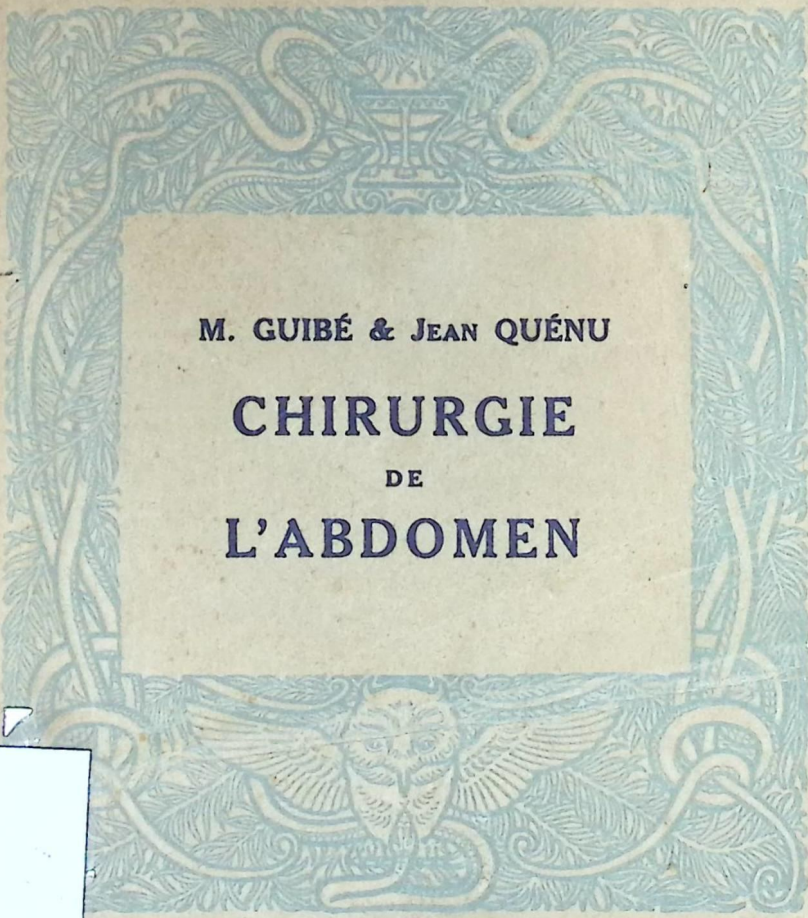


PRÉCIS DE TECHNIQUE OPÉRATOIRE

Par les Prosecteurs
de la Faculté de Paris
(Nouvelle série)

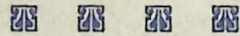
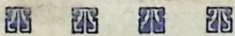


M. GUIBÉ & JEAN QUÉNU

CHIRURGIE
DE
L'ABDOMEN



ASSON & C^{IE} ÉDITEURS



25 JANVIER 1927

PRIX BANS ' JORATION

MASSC

\$10.

Collection de Précis Médicaux

Cette collection s'adresse aux étudiants pour la préparation aux examens, et à tous les praticiens qui, à côté des grands traités, ont besoin d'ouvrages concis, mais vraiment scientifiques, qui les tiennent au courant. D'un format maniable, brochés ou cartonnés en toile anglaise souple, ces livres sont très abondamment illustrés.

Volumes en vente au 1^{er} Juin 1926 :

Introduction à l'étude de la Médecine, par G.-H. ROGER, professeur à la Faculté de Paris. 8^e édition (1926). *En vente.*

Précis d'Anatomie et Dissection, par H. ROUVIÈRE, professeur agrégé à la Faculté de Paris. Tome I : *Tête, Cou, Membre supérieur*. 432 pages, 197 figures presque toutes en couleurs. 4^e édition (1925).

Tome II et dernier : *Thorax. Abdomen. Bassin. Membre inférieur* (259 fig.). 4^e édit. (1925). *Ces deux volumes en vente.*

Précis de Dissection, par P. POIRIER, professeur et A. BAUMGARTNER, ancien prosecteur à la Faculté de Paris, chirurgien des hôpitaux. 4^e édit. (1919). xxiv-360 pages, 214 figures. *En vente.*

Précis de Médecine opératoire, par A. BROCA, professeur à la Faculté de Paris. 2^e édit. (1920). 300 pages, 510 figures. *En vente.*

Précis de Physique biologique, par G. WEISS, professeur à la Faculté de Paris. 5^e édition (1923). 376 pages, 284 fig. *En vente.*

Précis de Physiologie, par MAURICE ARTHUS, professeur à l'Université de Lausanne. 6^e édition (1920). 978 pages, 326 fig. *En vente.*

Précis de Physiologie microbienne, par MAURICE ARTHUS, professeur à l'Université de Lausanne (1921). 408 pages. *En vente.*

Précis de Chimie physiologique, par MAURICE ARTHUS, professeur de Physiologie à l'Univ. de Lausanne, 10^e édition (1924). 480 pages, 115 figures, 5 planches en coul. *En vente.*

Précis de Biochimie, par E. LAMBLING, professeur à la Faculté de Médecine de Lille. 3^e édition (1921). Second tirage revu et corrigé par E. Gley, professeur au collège de France. 1 vol. de 744 pages. *En vente.*

Précis de Microbiologie clinique, par F. BEZANÇON, professeur de Bactériologie à la Faculté de Médecine de Paris. 3^e édition (1920). 894 pages, 200 figures, 7 planches en couleurs. *En vente.*

Précis de Microscopie, par M. LANGERON, chef de Laboratoire à la Faculté de Médecine de Paris. 4^e édition (1925). 4034 pages avec 415 figures. *En vente.*

Précis d'Examens de Laboratoire employés en clinique, par L. BARD, professeur de Clinique médicale à l'Université de Strasbourg. 4^e édition (1921). 848 pages avec 162 figures. *En vente.*

Précis de Thérapeutique et Pharmacologie, par A. RICHAUD, professeur à la Faculté de Paris. 6^e édition (1924). 1042 pages, 14 fig. *En vente.*

Précis d'Hygiène, par MM. PAUL COURMONT, professeur d'Hygiène à la Faculté de Lyon et A. ROCHAIX, professeur agrégé à la Faculté de Lyon. 3^e édition (1925). 902 pages, 231 figures. *En vente.*

Précis de Déontologie et Médecine professionnelle, par Et. MARTIN, professeur à la Faculté de Médecine de Lyon. 2^e édition (1923). 344 pages. *En vente.*

Précis de Médecine légale, par A. LACASSAGNE, professeur honoraire à la Faculté de Médecine de Lyon, et ÉTIENNE MARTIN, professeur à la Faculté de Médecine de Lyon. 3^e édition (1921). 752 pages avec 115 figures. *En vente.*

Précis clinique et opératoire de Chirurgie infantile, par L. OMBREDANNE, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, (1923). 1140 pages, 584 figures. *En vente.*

Précis de Médecine des enfants, par P. NOBÉCOURT, professeur à la Faculté de Paris. 5^e édition (1926). *Sous Presse.*

Précis d'Ophtalmologie, par V. MORAX, ophtalmologiste de l'hôpital Lariboisière. 3^e édition (1921). 870 pages, 450 figures et 4 planches hors texte en couleurs. *En vente.*

Précis de Dermatologie, par J. DARIER, médecin honoraire de l'Hôpital Saint-Louis. 5^e édition (1926). 996 pages, 211 figures. *En préparation.*

Précis de Parasitologie, par E. BRUMPT, professeur de Parasitologie à la Faculté de Médecine de Paris. 4^e édition (1926). 1216 pages, 736 figures et 2 planches. *En préparation.*

PRÉCIS DE PATHOLOGIE CHIRURGICALE

PAR

MM. BÉGOVIN, BOURGEOIS, PIERRE DUVAL, GOSSET, JEANBRAU, LECÈNE, LENORMANT, R. PROUST, TIXIER. 4^e édition (1924). 4 volumes formant ensemble 4537 pages, avec 1478 fig. *Les quatre volumes en vente.*

Tome I. — Pathologie chirurgicale générale. Maladies générales des tissus, Crâne et Rachis. 1173 pages, 387 figures.

Tome II. — Tête, Cou, Thorax. 1128 pages, 320 figures.

Tome III. — Glandes mammaires, Abdomen, Appareil génital de l'Homme. 933 pages, 387 figures.

Tome IV. — Appareil urinaire. Gynécologie. Fractures et luxations, affections des membres. 1256 pages, 386 figures.

« PRÉCIS DE PATHOLOGIE MÉDICALE »

PAR

FERNAND BEZANÇON, MARCEL LABBÉ, LÉON BERNARD, J.-A. SICARD, CLERC, P.-É. WEILL, PHILIBERT, S.-I. DE JONG, A. SÉZARY, Ch. FOIX, PASTEUR VALLERY-RADOT, VITRY, M. BLOCH, J. PARAF et THIERS. Complet en 7 volumes, avec une importante illustration.

En raison du succès de l'ouvrage dont les tomes publiés (II, IV, V) se sont trouvés épuisés avant les publications des derniers volumes (tomes I, III, VI) le plan général du Précis de Pathologie médicale a été remanié pour permettre de donner aux matières exposées dans l'ouvrage toute l'étendue nécessaire à un enseignement complet de la Pathologie médicale. L'ouvrage paraîtra désormais en 7 volumes au lieu de 6. La Division des Précis est la suivante :

TOME I. — Maladies infectieuses, par MM. FERNAND BEZANÇON et PHILIBERT (1926) 540 pages avec 75 figures. *En vente.*

TOME II. — Maladies infectieuses. 2^e partie, par F. BEZANÇON et A. PHILIBERT. Intoxications, par LÉON BERNARD et J. PARAF. 646 pages, 91 figures. Broché 28 fr. Cartonné. *En vente.*

TOME III. — Maladies de l'Appareil respiratoire, par MM. FERNAND BEZANÇON. 2^e édition. *Sous presse.*

TOME IV. — Maladies du cœur et des vaisseaux, par M. A. CLERC. *En préparation.*

TOME V. — Maladies du Sang et des Organes hématopoïétiques, par MM. P.-EMILE WEILL et MARCEL BLOCH. Maladies des Reins, par M. PASTEUR VALLERY-RADOT. 2^e éd. *Paraîtra en 1926.*

TOME VI. — Maladies de l'Appareil digestif et de la Nutrition, par MM. MARCEL LABBÉ et G. VITRY. 2^e édition. *Paraîtra en 1926.*

TOME VII. — Maladies du système nerveux, par M. SICARD et Ch. FOIX. — Pathologie des glandes endocrines, par A. SÉZARY. *En préparation.*

Précis de Technique opératoire

PAR LES PROSECTEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

NOUVELLE SÉRIE COMPLÈTE

Chaque volume actuellement en vente est illustré de plus de 200 figures.

Abdomen, par MM. GUIBÉ et J. QUÉNU, 6^e éd. (1926).

Pratique courante et chirurgie d'urgence, par V. VEAU et D'ALLAINE, 7^e éd. (1924).

Thorax et membre supérieur, par A. SCHWARTZ et MÉTIVET, 5^e éd.

Appareil urinaire et appareil génital de l'homme, par P. Du-

VAL et GATELIER, 6^e éd. (1924).

Appareil génital de la femme, par R. PROUST et CHARRIER, 5^e édition (1922).

Membre inférieur, par G. LABEY et J. LEVEUF, 5^e éd. (1923).

Tête et cou, par CH. LENORMANT et P. BRÔCQ, 6^e édition (1923).

A la même librairie

Anatomie Humaine descriptive et topographique, par H. ROUVIÈRE. *Traité complet en deux volumes ne se vendant pas séparément et comprenant 1668 pages, 988 figures en noir et en couleurs.*

En vente.

Anatomie des Membres, par CHARLES DUJARIER. 2^e édition, conforme au 1^{er} tirage. 1 volume de 422 pages avec 58 planches hors texte et 19 figures

En vente.

Travaux pratiques d'Anatomie pathologique, en quatorze séances, par G. ROUSSY et J. BERTRAND, 3^e édit. (1924). 1 vol. de 264 pages, avec 124 figures

En vente.

Abrégé d'Histologie, *Vingt leçons avec notions de technique*, par H. BULLIARD et CH. CHAMPY, 3^e édit. (1923). 355 pages, 207 fig.

En vente.

Fr. n° 303.

Feisling

PRÉCIS DE TECHNIQUE OPÉRATOIRE
PAR LES PROSECTEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
(NOUVELLE SÉRIE)

CHIRURGIE DE L'ABDOMEN

Stgo Feisling
1937

Le *Précis de Technique opératoire* est divisé en 7 volumes, vendus chacun séparément :

NOUVELLE SÉRIE ENTIÈREMENT REFONDUE

Appareil génital de la femme, par ROBERT PROUST et J. CHARRIER (5^e édition entièrement refondue). 1 vol. de 300 pages, avec 288 figures.

Membre inférieur, par GEORGES LABEY et JACQUES LEVEUF (5^e édition entièrement refondue). 1 vol. de 248 pages, avec 280 figures.

Tête et cou, par CH. LENORMANT et BROCC (6^e édition entièrement refondue). 1 vol. de 338 pages, avec 245 figures.

Thorax et membre supérieur, par A. SCHWARTZ et G. MÉTIVET (5^e édition entièrement refondue). 1 vol. de 248 pages, avec 279 figures.

Abdomen, par GUIBÉ et JEAN QUÉNU (6^e édition entièrement refondue). 1 vol. de 388 pages, avec 366 figures.

Appareil urinaire et appareil génital de l'homme, par PIERRE DUVAL et J. GATELLIER (6^e édition entièrement refondue). 1 vol. de 284 pages, avec 310 figures.

Pratique courante et Chirurgie d'urgence, par VICTOR VEAU et F. d'ALLAINES (6^e édition entièrement refondue). 1 vol. de 300 pages, avec 319 figures.

Chaque volume, très abondamment illustré de figures originales, est vendu séparément broché ou cartonné toile.

PRÉCIS DE TECHNIQUE OPÉRATOIRE
PAR LES PROSECTEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
(NOUVELLE SÉRIE)

CHIRURGIE
DE L'ABDOMEN

PAR

M. GUIBÉ ET JEAN QUÉNU

SIXIÈME ÉDITION ENTIÈREMENT REFONDUE

MASSON ET C^{ie}, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS, VI^e

1926

Tous droits de reproduction, de traduction et d'adaptation
réservés pour tous pays.

Copyright 1926 by Masson et C^{ie}.

PRÉFACE DE LA NOUVELLE SÉRIE

DANS sa préface de la première édition (1904), PAUL BERGER écrivait : « Le Précis de technique opératoire est né de l'École pratique de la Faculté de médecine de Paris, il est le produit et en quelque sorte l'expression de son enseignement. »

C'est dans cette idée que les auteurs, fidèles à une décision prise dès le premier jour, s'associent comme collaborateurs actuels et successeurs prochains, les prosecteurs qui dirigent aujourd'hui l'enseignement de la médecine opératoire.

C'est à nos jeunes collègues, qu'il appartiendra désormais de tenir le PRÉCIS au courant des progrès incessants de la technique chirurgicale. Ils le feront dans le même esprit que leurs aînés l'ont fait pendant 18 ans. Ainsi l'idée des premiers prosecteurs qui ont composé le livre sera réalisée, le PRÉCIS restera l'expression de l'enseignement de la technique opératoire à l'École pratique ; il continuera à mériter le nom qu'il porte parmi les Etudiants ; nom qui est garant de son succès, et qui constitue son titre de gloire :

« LE LIVRE DES PROSECTEURS ».

Stgo Reiser Pino
1937

PRÉFACE DE LA PREMIÈRE ÉDITION

Ce *Précis de Technique opératoire* est la publication simple des cours de médecine opératoire, que la Faculté nous confie pendant le semestre d'été. La haute direction de cet enseignement appartient au Professeur P. BERGER, qui nous fait l'honneur d'inscrire son nom en tête de cet ouvrage ; nous lui en sommes profondément reconnaissants.

Ces cours, qui comprennent toute la chirurgie opératoire des viscères et des membres, ont été créés par M. le Professeur TERRIER. M. HARTMANN, sous-directeur des travaux de médecine opératoire, s'est dévoué à l'organisation de cet enseignement spécial à notre École pratique ; il l'a fait sien. C'est à lui qu'il faut attribuer le succès croissant que ces cours remportent auprès des docteurs français et étrangers à qui ils sont réservés.

Ce succès, comme aussi l'absence d'un précis de technique opératoire, nous engage à publier nos cours tels que nous les professons.

C'est œuvre solidaire de tous les prosecteurs de la Faculté : chacun de nous traite la partie qu'il enseigne.

Ces livres ne peuvent donc être que de la technique opératoire. Il n'y est décrit que les opérations typiques, sans que nous puissions envisager les multiples modifications de détail que la variabilité de l'état pathologique peut imprimer à une intervention.

Ce précis s'adresse aux étudiants, qui y trouveront l'enseignement de la chirurgie opératoire dont ils ont besoin pour leurs études et qui, aujourd'hui, fait véritablement partie de l'éducation médicale.

Il s'adresse aussi aux docteurs, qui doivent tous connaître la technique opératoire, car la pratique chirurgicale n'est plus, comme autrefois, réservée à une élite peu nombreuse. Il est des opérations que tout docteur doit savoir exécuter.

Le but de ces livres est de donner un procédé choisi pour chaque intervention, et, par une description très détaillée et très figurée, la compréhension complète de l'acte opératoire et la possibilité de l'exécuter immédiatement.

Pour chaque opération, un seul procédé est donné, celui que notre expérience de prosecteurs et la pratique chirurgicale de nos maîtres ont choisi.

Ce procédé, le plus souvent, combine les techniques de différents chirurgiens ; il emprunte aux uns et aux autres les manœuvres qui nous ont semblé bonnes ; il est donc impersonnel. La bibliographie serait donc ici inutile, nous l'avons complètement laissée de côté.

Nous avons cru utile de réunir dans un livre spécial de « Pratique courante et chirurgie d'urgence » toutes les interventions qui constituent pour le praticien la chirurgie journalière, et la chirurgie d'exception à laquelle il ne saurait se refuser. Fait dans un but immédiatement pratique et urgent, il est le seul de nos livres qui donne des indications opératoires et envisage les soins généraux et particuliers ; les autres ne contiennent que de la technique pure.

Nous avons pris soin de faire des descriptions très détaillées, ne négligeant aucun détail sur les positions de l'opéré, du chirurgien, de son aide, sur le maniement des différents instruments.

A cette description, nous avons adjoint un nombre considérable de figures : chaque position, chaque temps opératoire sont représentés ; les détails anatomiques essentiels sont à tout moment figurés.

La combinaison d'une description très précise et d'une illustration très détaillée nous a semblé indispensable pour obtenir la netteté et la clarté dans l'exposition.

Nos éditeurs, MM. Masson et C^{ie}, nous ont laissé pour l'illustration de ces livres une liberté entière. Le nombre considérable de figures nouvelles qu'ils nous ont accordé montre quel vif intérêt ils prennent aux méthodes d'enseignement ; nous ne saurions trop les en remercier.

Janvier 1904.

CHIRURGIE DE L'ABDOMEN

PREMIÈRE PARTIE

OPÉRATIONS QUI SE PRATIQUENT SUR LA PAROI ABDOMINALE

CHAPITRE PREMIER

CURE OPÉRATOIRE DES HERNIES INGUINALES

Notions anatomiques (fig. 1). — Suivant le siège du collet, on distingue trois variétés :

1^o *Hernie oblique externe*, tantôt congénitale, tantôt acquise, dans la fossette inguinale externe, en dehors de l'artère épigastrique. Le sac est dans la fibreuse commune du cordon, généralement en avant des éléments du cordon.

2^o *Hernie directe*, plus rare, toujours acquise, dans la fossette inguinale moyenne, en dedans de l'artère épigastrique, entre celle-ci et le cordon fibreux de l'artère ombilicale. Le sac est indépendant du cordon.

3^o *hernies oblique interne*, exceptionnelle, entre le cordon fibreux de l'artère ombilicale et l'ouraque.

Parmi les hernies obliques externes, certaines ont un sac dont le fond est situé à un niveau variable sur le trajet du cordon : hernies dites à *canal fermé* ; d'autres n'ont pour ainsi dire pas de fond, leur cavité communique, quelquefois à plein canal, avec la cavité vaginale du testicule : ce sont les hernies dites à *canal ouvert*.

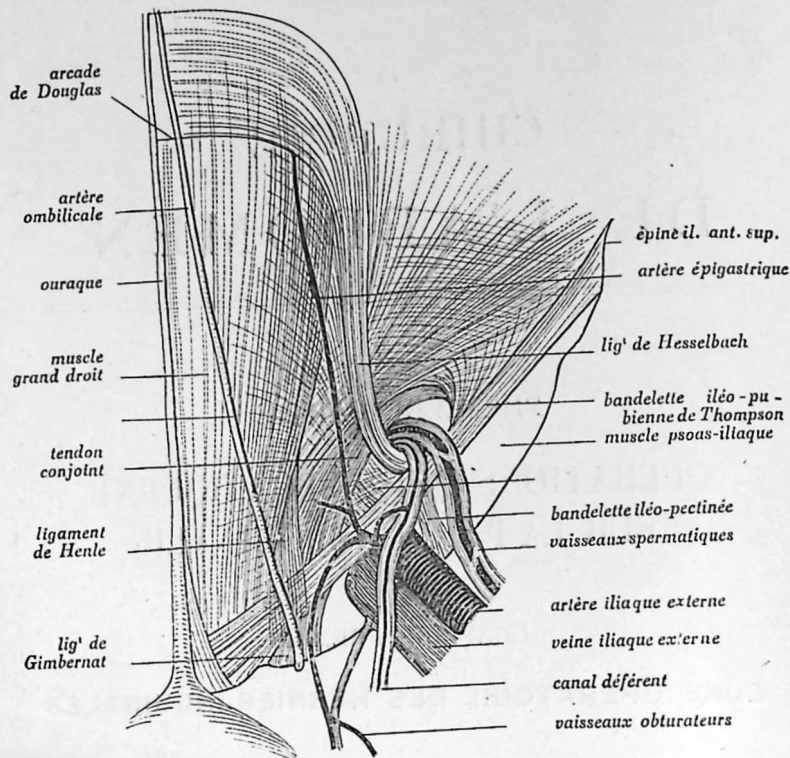


Fig. 1. — Région inguinale vue par sa face profonde, péritonéale. Le péritoine a été enlevé (1/2 schématique).

Le pédicule de la hernie est en rapport en bas avec l'arcade de Fallope, qui le sépare des vaisseaux fémoraux (fig. 2).

Principes de la cure opératoire. — Il faut ouvrir largement le trajet inguinal en fendant l'aponévrose du grand oblique, disséquer le sac jusqu'à son pédicule abdominal, l'exciser après ligature et reconstituer la paroi. Ce dernier temps a donné lieu à de nombreuses variantes de technique.

La plus classique est celle de *Bassini* ; elle consiste, après avoir récliné le cordon, à suturer le tendon conjoint au bord postérieur de l'arcade crurale ; puis, le cordon étant revenu en place devant ce plan profond, à reconstituer en avant de lui le plan superficiel en suturant l'une à l'autre les deux lèvres du grand oblique incisé.

Beaucoup de chirurgiens sont restés fidèles à ce procédé, et le consi-

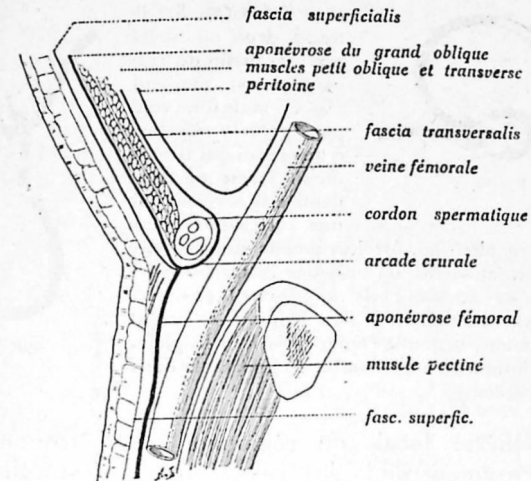


Fig. 2. — Coupe antéro-postérieure du pli de l'aîne, passant par le canal inguinal et la veine fémorale. En partie d'après le dessin schématique de Swijasheninow. (D'après Poirier.)

dèrent notamment comme le meilleur pour la cure des grosses hernies et des hernies directes.

Nous décrivons un procédé dit *préfuniculaire*, très employé à Paris, qui consiste à reconstituer les deux plans musculo-aponévrotiques devant le cordon. Ce procédé a pour avantages : 1° d'être très simple ; 2° de ne point nécessiter la réclinaison du cordon ; 3° de consolider efficacement la partie haute, externe du trajet, en regard de l'orifice profond du canal inguinal.

Ce procédé suffit, en pratique, pour l'immense majorité des hernies inguinales même volumineuses avec trajet inguinal très élargi. Aussi ne croyons-nous pas utile de décrire dans ce manuel les différents procédés autoplastiques qui empruntent aux parties anatomiques voisines les éléments de reconstitution de la paroi inguinale déficiente : lambeaux aponévrotiques (feuillet antérieur de la gaine du droit), musculaire (pectiné), périostique ou même ostéopériostique ; leur indication est tout à fait exceptionnelle.

Quels fils faut-il employer pour la reconstitution de la paroi ?

À cette question on a attaché peut-être trop d'importance : les fils non résorbables : crin, soie, lin conservent leurs adeptes, quoique la majorité des chirurgiens soit venue au catgut, catgut ordinaire ou catgut chromé, ce dernier ayant l'avantage d'être résorbé plus lentement. L'essentiel, en matière de sutures, est de faire de bons nœuds ; le plus mauvais nœud est formé de deux ou trois demi-clés superposées : il cède à la moindre traction, glisse, se desserre



Fig. 3.



Fig. 4.

et se défait (fig. 3); le nœud droit ou nœud plat, ou nœud du chirurgien est meilleur (fig. 4); mais il ne vaut pas, pour la réfection d'une paroi qui tire, le nœud formé de deux demi-clés arrêtées par une troisième faite

avec l'autre chef (fig. 5). Les nœuds doivent être bien serrés, et serrés de près par la traction des deux pouces adossés; ils ne doivent pas être coupés trop ras, surtout si l'on emploie le catgut qui est glissant, et gonfle rapidement dans la plaie. Détails minimes, mais combien importants dans leurs conséquences ¹ !

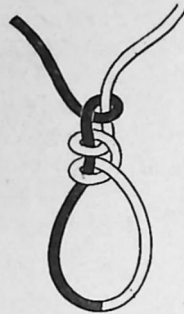


Fig. 5.

L'anesthésie locale ou régionale peut être employée avantageusement dans les cas simples, c'est-à-dire pour les hernies de petit volume et habituellement réductibles.

Le malade est couché à plat sur le dos, l'opérateur se place du côté de la hernie, l'aide en face.

MANUEL OPÉRATOIRE : TYPE HERNIE OBLIQUE EXTERNE NON COMPLIQUÉE CHEZ L'HOMME

1° **Inciser les téguments** (fig. 6). — L'incision commence ou finit à égale distance de l'épine et de la symphyse pubienne; elle est oblique en haut et en dehors, suivant la bissectrice que forme l'arcade crurale avec le bord externe du muscle grand droit. — Longueur: 10 centimètres environ. Inciser franchement la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, jusqu'à l'aponévrose du grand oblique qui, dépouillée de la mince couche celluleuse qui la recouvre, apparaît nacréée et resplendissante, surtout dans la partie supéro-externe de la plaie. En coupant la graisse, on devra généralement mettre 2 ou 4 pinces sur des vaisseaux tégumentaux abdominaux, pinces qu'on remplacera immédiatement par des ligatures. Dans l'angle inférieur de la plaie, on

1. Voir à ce sujet l'excellent article de R. Toupet, *Journal des Praticiens* 23 avril 1921, auquel nous empruntons ces trois schémas démonstratifs.

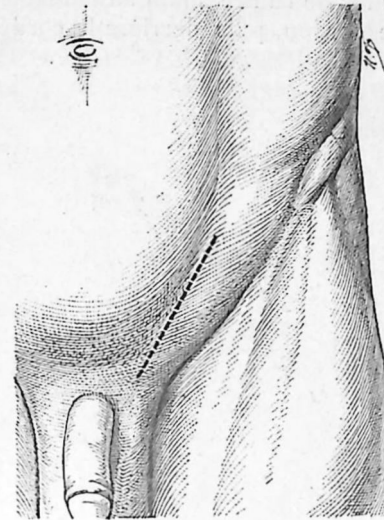


Fig. 6. — Cure opératoire de la hernie inguinale. Tracé de l'incision.

aperçoit l'orifice inguinal superficiel, par où s'échappe le cordon spermatique.

2° **Inciser l'aponévrose du grand oblique** (fig. 7) de la pointe du bistouri, avec légèreté, de l'orifice inguinal à l'angle externe de la plaie. Mettre une pince sur chaque lèvre aponévrotique; tirer la lèvre supérieure en haut en décollant légèrement sa face profonde; tirer la lèvre inférieure en bas en décollant de même sa face profonde; le canal inguinal est largement ouvert: on aperçoit en haut sa paroi supérieure: muscle petit oblique, en bas sa paroi inférieure: concavité de l'arcade crurale, au milieu son contenu, le cordon qu'accompagne le sac (fig. 8).

3° **Chercher le sac.** — Pour le trouver, il faut le chercher dans le cordon. Un opérateur inexpérimenté fera bien de commencer par isoler complètement le cordon des parois du canal: pour cela une main tirant sur la pince qui récline la lèvre inférieure du grand oblique, insinuer

doucement l'index de l'autre main au contact de l'arcade, d'abord sous le cordon, puis derrière le cordon ; en disso-

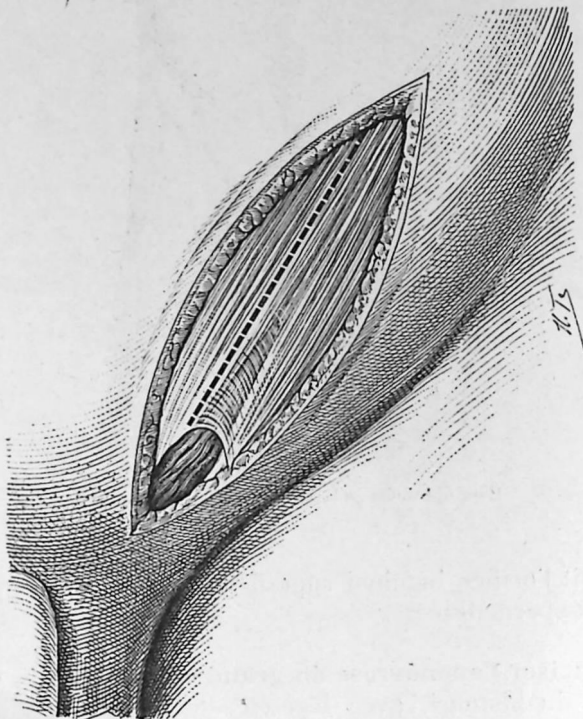


Fig. 7. — Incision de l'aponévrose du grand oblique

ciant doucement quelques tractus celluloux, on sort facilement le bout du doigt au-dessus du cordon ; on a alors le cordon, et avec lui le sac, sur le doigt (*fig. 9*) ; on peut le palper entre le pouce et l'index, sentir le canal déférent dur comme une corde à fouet, dans la partie postérieure du cordon. Cette manœuvre d'isolement du cordon, nécessaire dans le procédé de Bassini, est facultative si l'on suit la technique que nous décrivons : un opérateur exercé s'en dispensera facilement ; il fera d'emblée une incision légère suivant la face antérieure du cordon, en long, en évitant les veines quelquefois volumineuses qui rampent à sa sur-

face ; cette incision divise la tunique fibreuse commune. Le sac, on le trouve sous forme d'une membrane blanchâtre, en général assez mince ; s'il s'agit d'une pointe de hernie, il faut chercher le sac très haut, dans la partie externe de

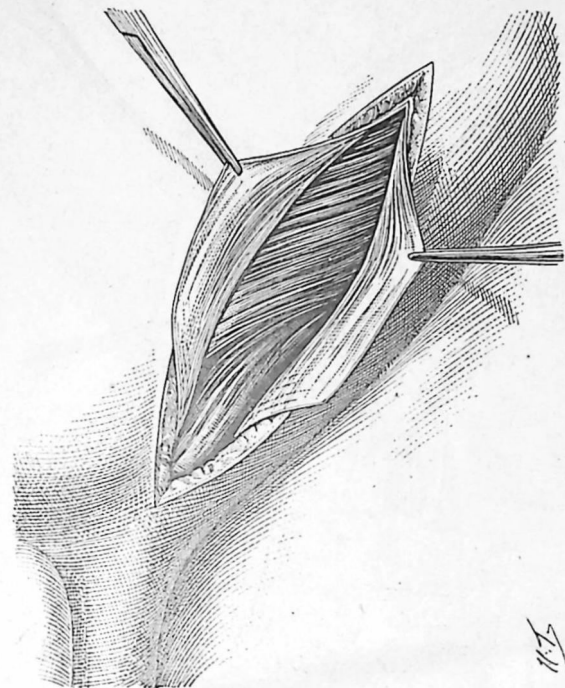


Fig. 8. — L'aponévrose du grand oblique est incisée, ses deux lèvres sont repérées ; dans leur écartement on aperçoit en haut le plan musculaire profond (petit oblique), en bas le cordon spermatique.

l'incision, au voisinage de l'orifice inguinal profond. Quand on voit le sac, ou qu'on croit le voir, on le soulève délicatement par deux pinces qui prennent du bout de leur bec chacun de ses bords, déterminant la formation d'un petit pli transversal ; de la pointe du bistouri inciser perpendiculairement le pli, c'est-à-dire longitudinalement le sac (*fig. 10*) : une cavité s'ouvre, dont la surface interne lisse, séreuse, est bien reconnaissable. Si on n'a pas cette béance,

cet aspect séreux, si on hésite, c'est qu'on n'est pas dans le sac, et il faut le chercher plus profondément, et plus

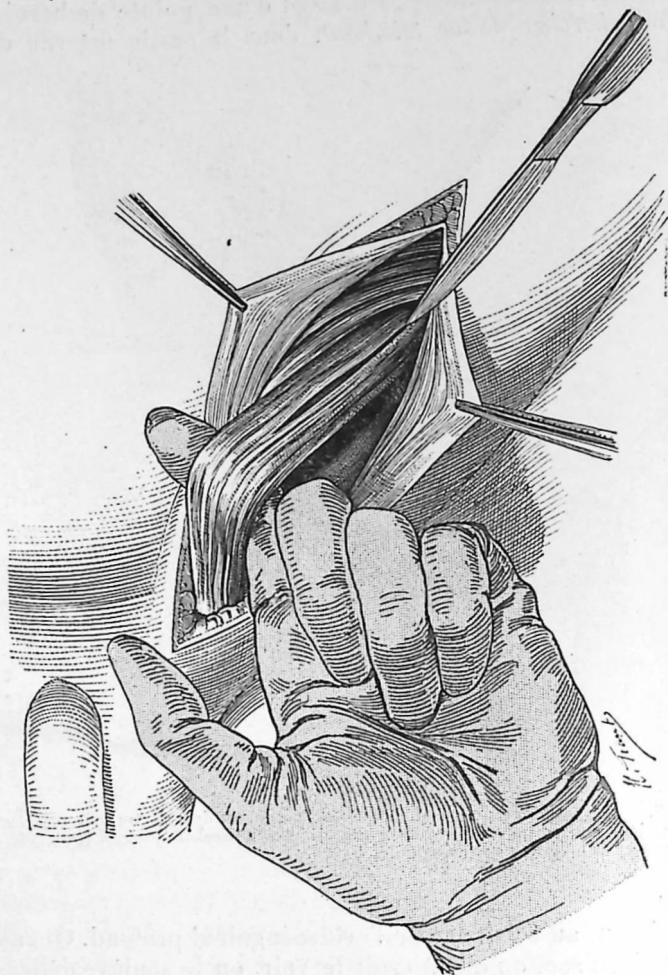


Fig. 9. — Recherche du sac : le cordon tout entier est chargé sur l'index ; le bistouri incise la fibreuse commune.

haut, en plaçant au besoin un écarteur sur le bord inférieur du petit oblique.

Il est arrivé à des opérateurs novices d'ouvrir la vessie qu'ils ont prise

pour le sac ; l'erreur est pardonnable dans certaines grosses hernies. Pour éviter cette faute, il faut se souvenir : 1° que la vessie est recouverte d'une couche abondante de tissu graisseux ; qu'il faut donc se méfier chaque fois qu'en disséquant un collet de sac on trouve de la

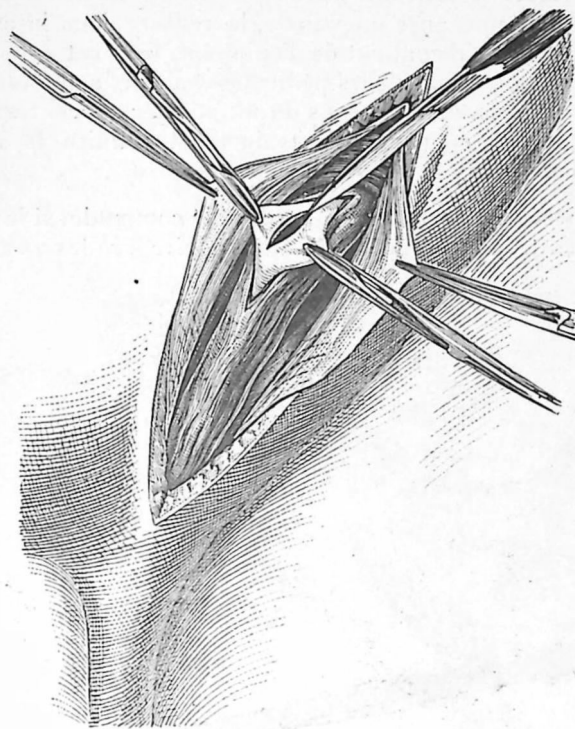


Fig. 10. — Incision du sac soulevé par deux pinces.

graisse en abondance ; 2° que la vessie a une couleur rosée, tandis que le sac est blanc ; 3° que la paroi de la vessie est plus épaisse que ne l'est ordinairement celle d'un sac ; 4° que la vessie saigne quand on l'incise, alors qu'une paroi de sac est peu vasculaire.

Si la faute est faite, il faut s'en apercevoir :

1° La surface interne d'un sac est lisse, séreuse ; celle d'une vessie est veloutée, rosée ; 2° de l'urine peut s'écouler immédiatement par l'incision ; 3° s'il persiste quelque doute, le doigt introduit dans l'incision les lève.

Si la faute est reconnue, elle est facilement réparable : suturer la vessie en deux plans ; quand l'opération est terminée, placer une sonde urétrale à demeure pendant quelques jours.

4° **Ouvrir le sac**, c'est fait, agrandir un peu l'ouverture, pas trop pour le moment, repérer par quatre pinces les bords de cette ouverture.

5° **Traiter le contenu du sac**. — Souvent il est vide ; s'il contient une anse intestinale, la réduire dans la cavité abdominale ; s'il contient de l'épiploon, lier cet épiploon en un seul ou en plusieurs pédicules suivant son volume, couper l'épiploon au-dessous du fil, vérifier que la tranche ne saigne pas, couper les bouts du fil et réduire le moignon dans la cavité abdominale.

6° **Disséquer le sac**. — Un procédé commode, si le sac n'est pas trop mince, consiste à introduire l'index gauche,

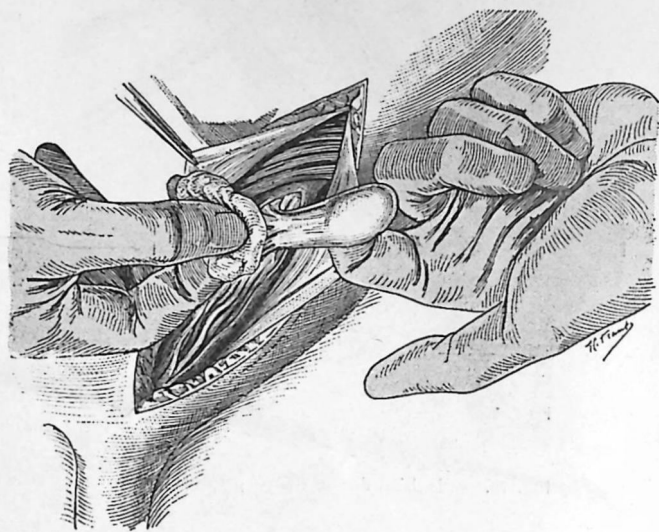


Fig. 11. — Dissection du sac à la compresse, sur l'index gauche recourbé.

par l'ouverture, jusqu'au fond du sac (fig. 11) ; le bout de l'index recourbé en crochet fait saillir le fond de ce sac que la main droite, armée d'une compresse, commence à dépouiller sur le doigt, à isoler des éléments du cordon en s'aidant au besoin des ciseaux quand se tendent des tractus trop résistants ; ainsi menée au contact même du sac, cette dénudation se fait rapidement sans difficulté et sans dégât ;

elle doit naturellement ménager le canal déférent, et les vaisseaux du cordon, les veines surtout, dont la rupture pourrait être la source de suffusions sanguines gênantes pendant l'opération, d'hématomes fâcheux dans les heures qui suivent. Poursuivre cette libération du sac aussi haut

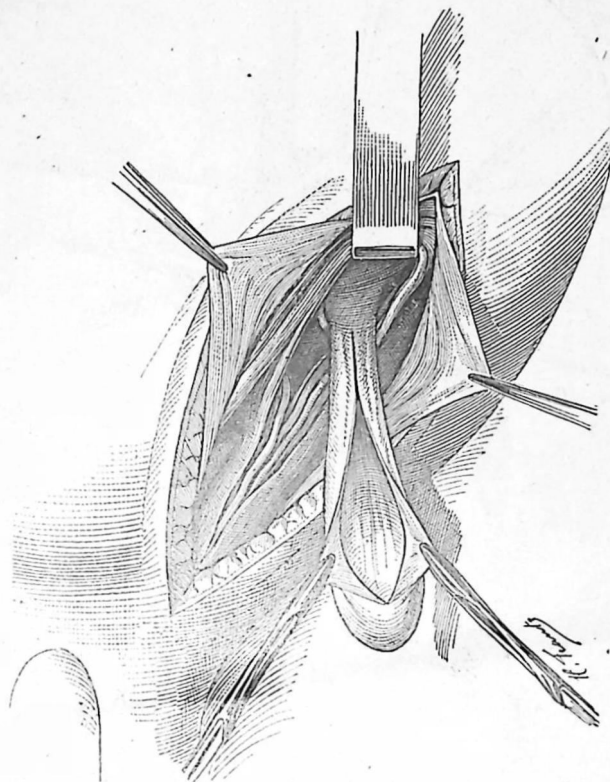


Fig. 12. — Incision du sac prolongée en haut jusqu'à l'orifice inguinal profond. (Remarquer l'artère épigastrique immédiatement en dedans du collet).

que possible, c'est-à-dire jusqu'au collet, jusqu'à l'orifice profond du canal inguinal. Il est bon, à ce moment, de prolonger l'incision du sac jusque vers cet orifice, sans l'atteindre, mais suffisamment haut pour le bien voir (fig. 12) ; à cet effet disposer autour de lui, sur les lèvres du sac, trois ou quatre pinces qui seront tenues écartées par l'aide.

7° Lier et réséquer le sac (fig. 13). — A ce moment, l'œil fixé sur l'orifice béant du collet, on peut en toute sécurité transfixer le collet avec une aiguille de Reverdin qui ramè-

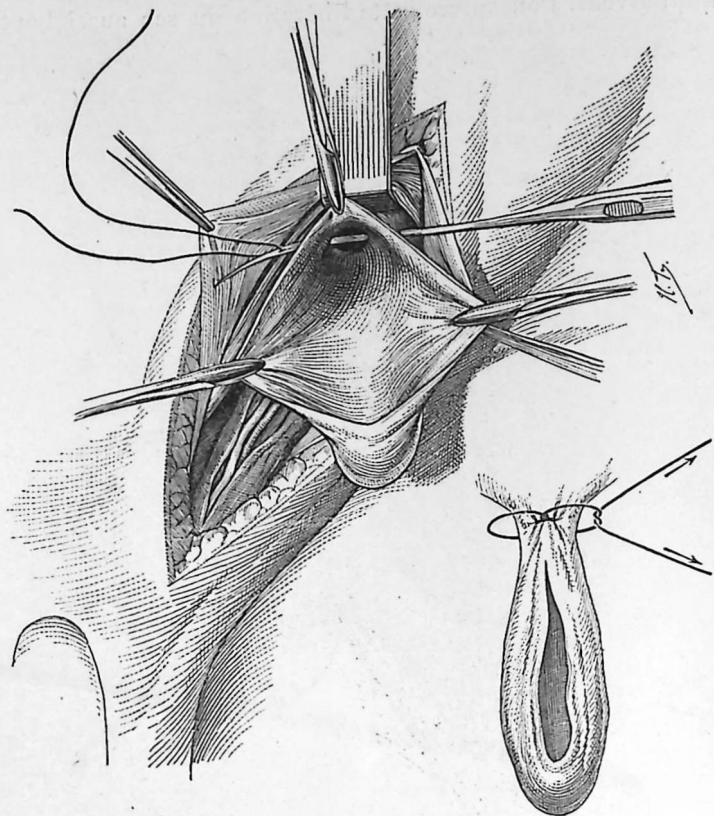


Fig. 13. — Ligature du sac. En haut : l'aiguille passée « à vue » à travers le collet.
En bas : la ligature.

nera un fil ; ce fil, l'opérateur le nouera de part et d'autre du sac, de manière à étreindre successivement ses deux moitiés. On coupe le sac au-dessous de la ligature, pas trop ras ; on s'assure que la ligature n'a pas de tendance à « déraiper » ; on coupe les bouts du fil : le moignon remonte et disparaît.

Dans les cas où le moignon du sac n'a pas tendance à rentrer spontanément (hernies particulièrement volumineuses ou paroi abdominale très mauvaise), on garde les deux extrémités du fil qui a lié le sac, on les passe séparément d'arrière en avant à travers les muscles transverse

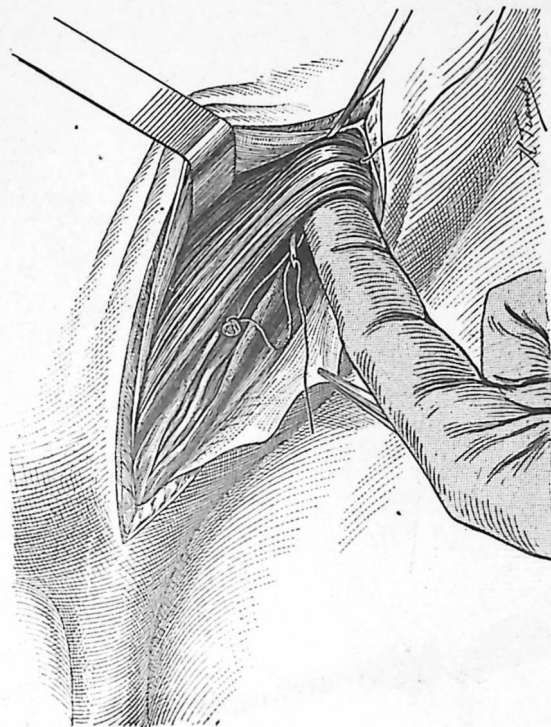


Fig. 14. — Manœuvre de Barker. (D'après Marion.)

et petit oblique, et on les noue l'un à l'autre à la surface de ce dernier muscle. Ainsi le sac se trouve attiré en haut et en dehors, fixé à la face profonde de la paroi, ce qui met dans une certaine mesure à l'abri des récurrences. C'est ce qu'on appelle la manœuvre de Barker (fig. 14).

8° Refaire la paroi.

1° Plan profond (fig. 15) : reconnaître en bas, en suivant la face profonde du grand oblique incisé, le bord postérieur de l'arcade crurale, brillant et net, individualisé en anatomie sous le nom de bandelette iléo-pubienne ; une prise

légère des mors d'une pince de Kocher y fait facilement un pli mince mais solide, c'est dans ce pli qu'il faudra passer les fils tout à l'heure, pour éviter à coup sûr la grosse veine iliaque sous-jacente. Reconnaître en haut les

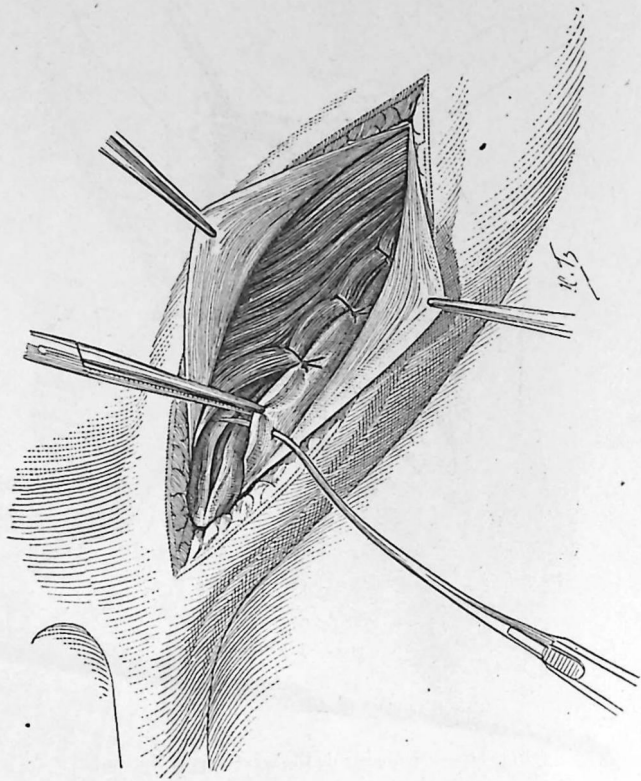


Fig. 15. — Réfection du plan profond : suture du tendon conjoint au bord postérieur de l'arcade crurale.

fibres du petit oblique et du transverse ; musculaires en dehors, elles deviennent tendineuses à la partie interne, formant le tendon conjoint qui va s'insérer sur le pubis ; il importe de bien isoler le bord inféro-externe de ces muscles ; on peut les saisir également avec une pince à condition de la placer sur la portion tendineuse et non sur la portion musculaire qu'elle broierait. La réfection du

plan profond va consister à suturer l'une à l'autre ces deux formations : bord postérieur de l'arcade, tendon conjoint, devant le cordon resté couché dans le fond de la plaie. 3 ou 4 fils passés à l'aiguille de Reverdin y suffisent ; le

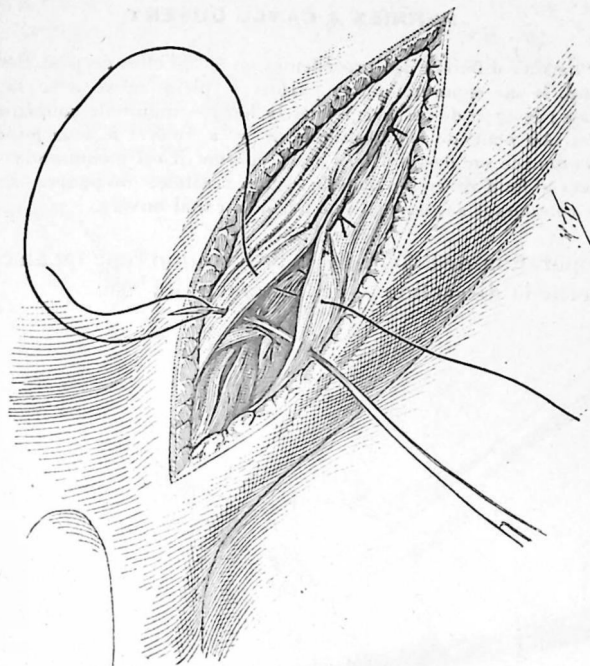


Fig. 16. — Réfection du plan superficiel : suture du grand oblique.

plus interne ira jusqu'à l'insertion pubienne du tendon conjoint. Il est commode de passer d'abord tous les fils en tendant les pinces repères de la main gauche, d'enlever ensuite ces pinces et de serrer en dernier lieu tous les fils.

2° *Plan superficiel* (fig. 16) : la main gauche soulevant les pinces qui tiennent les deux lèvres d'incision du grand oblique, passer avec l'aiguille de Reverdin 4 ou 5 points séparés, ou 3 points en U, plus ou moins près du bord libre, suivant qu'il apparaît utile de froncer plus ou moins une aponévrose plus ou moins lâche et plus ou moins ré-

sistante. Le point interne doit être placé de manière à ne laisser qu'un tout petit orifice juste suffisant pour le passage du cordon.

Suturer la peau sans drainage.

HERNIES A CANAL OUVERT

Ces hernies diffèrent des précédentes en ce qu'elles ne possèdent pas de fond, le sac communiquant, parfois à plein canal, avec la cavité vaginale : le type de ces hernies est la hernie inguinale congénitale de l'enfant. Au point de vue pratique, il y a intérêt à leur joindre les hernies dont le sac descend très bas ; comme il est incommode d'aller chercher le fond de ce sac dans la région scrotale, on pourra se comporter comme s'il s'agissait d'une hernie à canal ouvert.

L'opération ne diffère de la description type qu'en ce qui concerne la dissection et le traitement du sac.

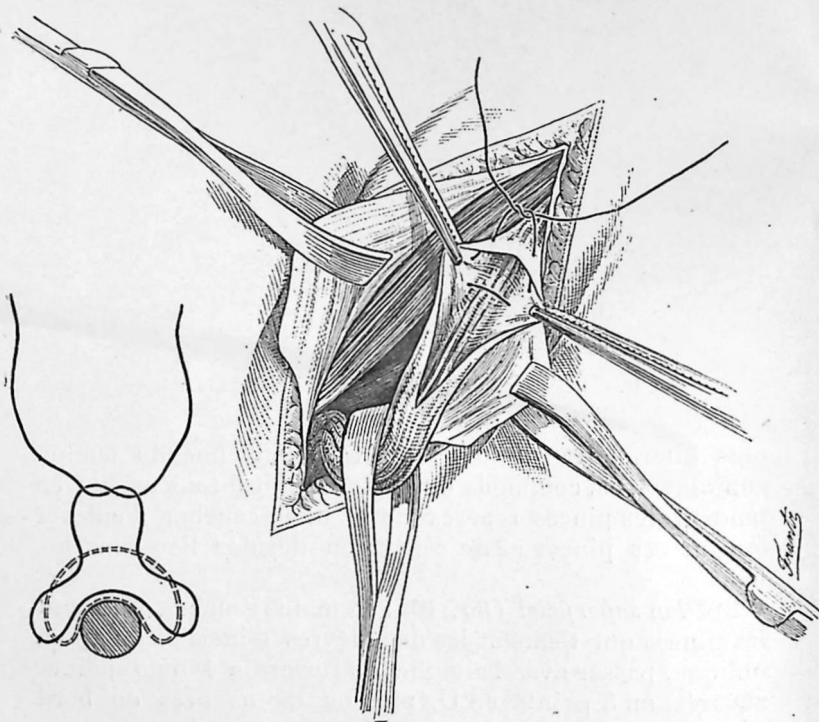


Fig. 17. — Hernie testiculaire à sac mince : 1° Fermeture en bourse du collet du sac. (D'après Ombredanne.)

HERNIES INGUINALES

Une fois le sac ouvert, quand on s'est bien assuré qu'il se prolonge loin dans les bourses, deux conduites sont possibles :

1^{re} Manière, réglée par Ombredanne chez les petits enfants dans les hernies testiculaires résultant d'une persistance intégrale du conduit péritonéo-vaginal, mais applicable à tous les cas de hernie à sac mince, difficilement dissécable.

Le sac (ou le conduit péritonéo-vaginal) étant fendu dans

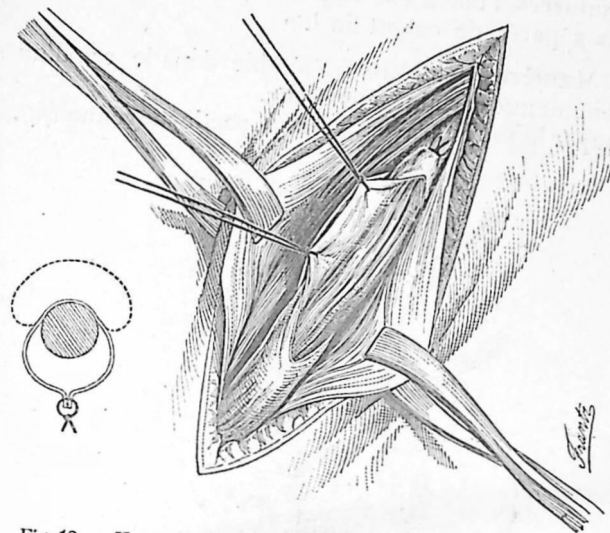


Fig. 18. — Hernie testiculaire à sac mince : 2° Retournement du canal péritonéo-vaginal. (D'après Ombredanne.)

presque toute sa longueur, sauf sur les derniers millimètres accessibles en haut, on se contente d'oblitérer son extrémité supérieure, et de retourner le segment sous-jacent autour du cordon (voir fig. 17 et 18).

« Sur chacune des lèvres du sac, on placera une pince de Kocher qui l'ouvrira complètement. Alors, avec l'aiguille de Reverdin courbe, on place un catgut en bourse sur l'origine du sac. Ce catgut n° 0 est fafilé, et on a grand soin de piquer seulement à droite et à gauche du canal déférent, de manière que celui-ci se trouve en dehors de l'extrémité

du fil qui va fermer le canal péritonéo-vaginal. Les deux chefs sortent à l'extérieur du canal, bien entendu. Ils sont serrés, noués et coupés. Pour rendre impossible toute accumulation séreuse dans la portion inférieure du canal péritonéo-vaginal ainsi fermé à son entrée abdominale, on fait alors passer sous le cordon une des lèvres séreuses de ce canal ; on exécute ainsi un véritable retournement analogue à celui que chacun connaît pour la cure radicale de l'hydrocèle vaginale. Les deux lèvres séreuses ainsi retournées sont suturées l'une à l'autre par un, au besoin par deux points séparés de catgut fin¹. »

2^e Manière, peut-être préférable dans le cas d'un sac présentant une certaine épaisseur.
Couper le sac en travers vers sa partie moyenne (fig. 19),

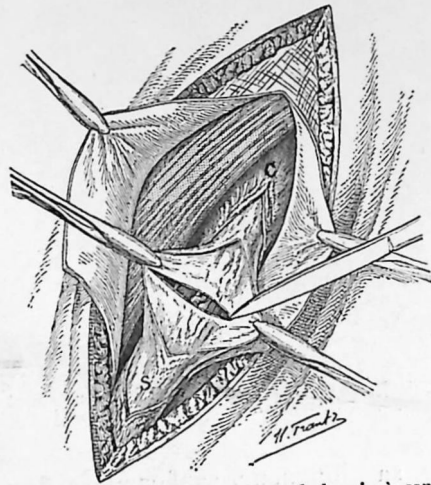


Fig. 19. — Manière d'inciser le sac dans les cas de hernie à canal ouvert. Le sac S, largement ouvert, est vu par sa face interne : avec le bistouri, on incise la séreuse de dedans en dehors en n'intéressant qu'elle.

et se comporter avec sa moitié supérieure comme s'il s'agissait d'une hernie à canal fermé : le sac ouvert est transversalement tendu et on l'incise de sa face interne vers sa face externe, d'un de ses bords à l'autre, avec le bistouri,

1. Ombredanne, *Technique chirurgicale infantile*, Masson, 1912, p. 139.

mais très délicatement ; puis, dès que le feuillet séreux est incisé, on le saisit avec une pince et on le dissèque en remontant vers l'orifice inguinal profond.

Alors on le lie et on le résèque.

Quant à la partie inférieure du sac, si son extirpation semble devoir être difficile, le plus simple est de l'abandonner.

CURE DE LA HERNIE INGUINALE DROITE AVEC ABLATION DE L'APPENDICE¹.

Dans les cas où la cure radicale est pratiquée du côté droit, il est avantageux de profiter de l'incision pour enlever en même temps l'appendice.

Les premiers temps de l'intervention ne diffèrent en rien de la cure radicale classique : c'est seulement après la dis-

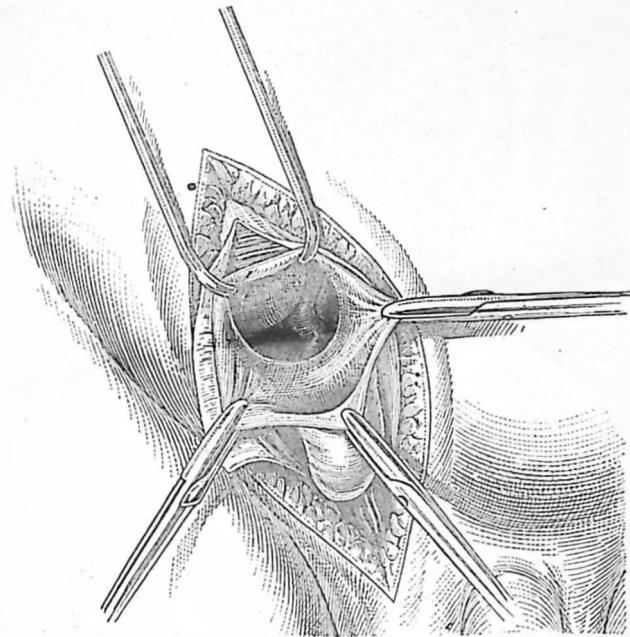


Fig. 20. — Appendicectomie à travers le sac. (Gosset.)

1. Gosset, *Journal de Chirurgie*, 1910, t. V, p. 1.

section et l'ouverture du sac qu'il convient de s'occuper de l'appendice.

Le sac ayant été isolé très haut et largement incisé, on introduit dans son collet un écarteur avec lequel on fait tirer la paroi en haut, en la soulevant fortement. On regarde, et bien souvent on aperçoit tout de suite le cæcum. Si des anses grêles gênaient cette manœuvre, il suffirait pour s'en débarrasser de mettre l'opéré en position légèrement déclive. Avec une pince non traumatisante, on saisit le cæcum et on cherche à l'abaisser. Si le cæcum « vient », on fait de la manière la plus simple l'appendicectomie à travers le sac (fig. 20).

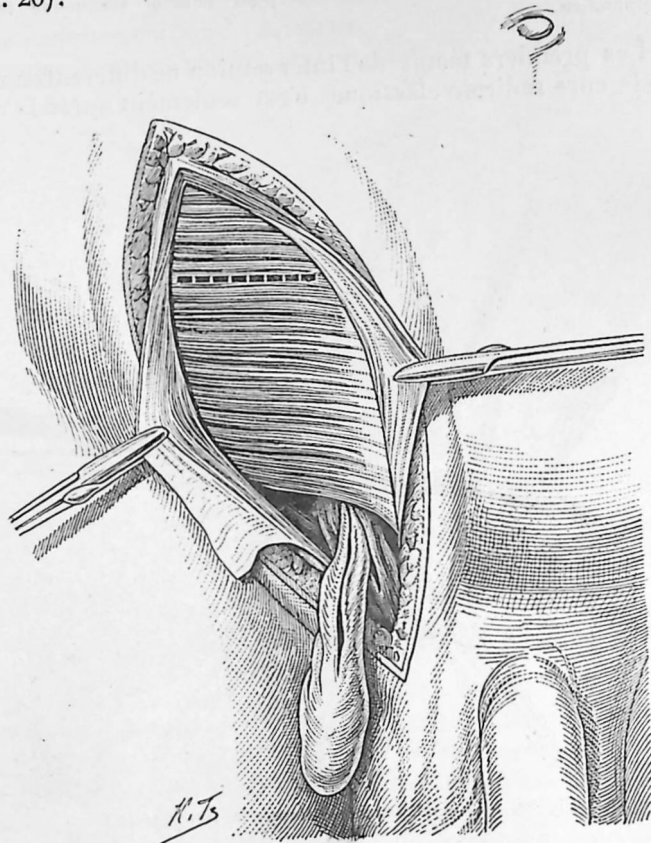


Fig. 21. — Appendicectomie par dissociation, 1^{er} temps. (Gosset.)

Si on ne voit pas le cæcum, ou si le cæcum « ne vient pas », si on ne peut pas l'extérioriser convenablement pour faire l'appendicectomie dans de bonnes conditions, alors il ne faut pas s'entêter; il faut recourir à une autre technique: l'appendicectomie par dissociation.

On prolonge de 2 ou 3 centimètres en haut l'incision de la peau et du grand oblique, dont on décolle les lèvres; le plus haut possible. on dissocie les muscles petit oblique et transverse (fig. 21), puis comme dans le procédé de Mac Burney, on incise le fascia transversalis et le péritoine; on sort le

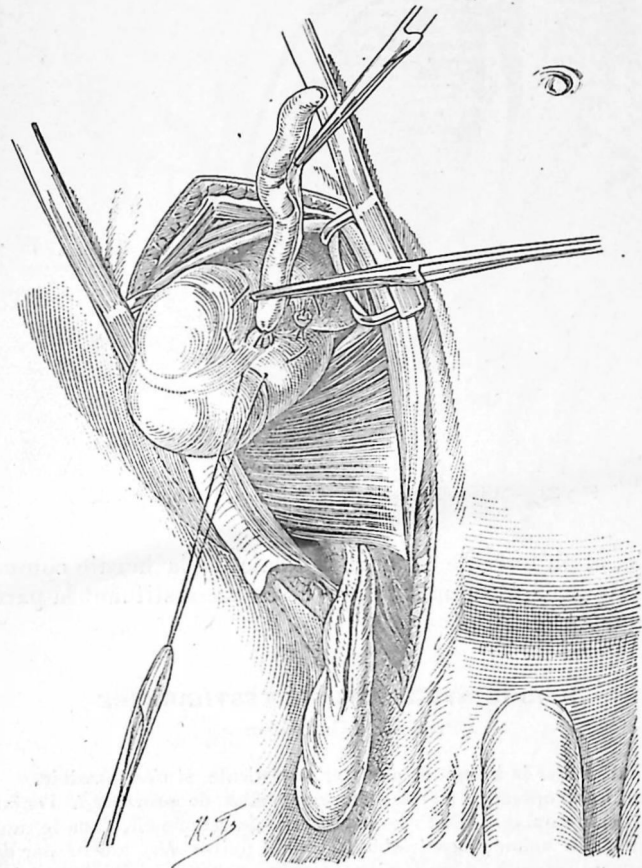


fig. 22. — Appendicectomie par dissociation, 2^e temps. (Gosset.)

fond du cæcum et on enlève l'appendice suivant les règles (fig. 22). Après quoi, on suture cette incision d'appendicec-

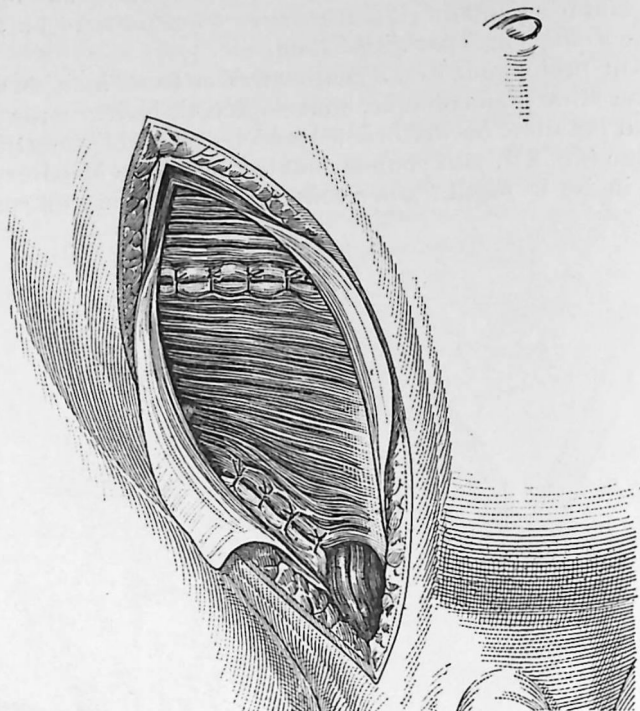


Fig. 23. — Appendicectomie par dissociation, 3^e temps. (Gosset.)

tomie, et on termine la cure radicale de la hernie comme d'habitude en réséquant le sac et en reconstituant la paroi inguinale (fig. 23).

HERNIE AVEC ECTOPIE TESTICULAIRE

(Procédé d'Ombredanne.)

Il faut traiter la hernie et abaisser le testicule, si c'est possible.

Pour que l'opération ait des chances réelles de procurer à l'enfant un testicule valable, il faut : 1^o que le testicule ectopie ait, dans le canal inguinal, un volume appréciable ; 2^o qu'il puisse être amené par des manœuvres externes d'expression jusqu'au niveau du bord supérieur du pubis. (Ombredanne.)

L'opérateur se place à droite du malade, quel que soit le côté à opérer.

Inciser la peau, le grand oblique, comme pour une hernie ordinaire.

Libérer le testicule de ses connexions scrotales (débris du gubernaculum testis), le soulever pour libérer le cordon.

Ouvrir le canal péritonéo-vaginal, le fendre en travers,

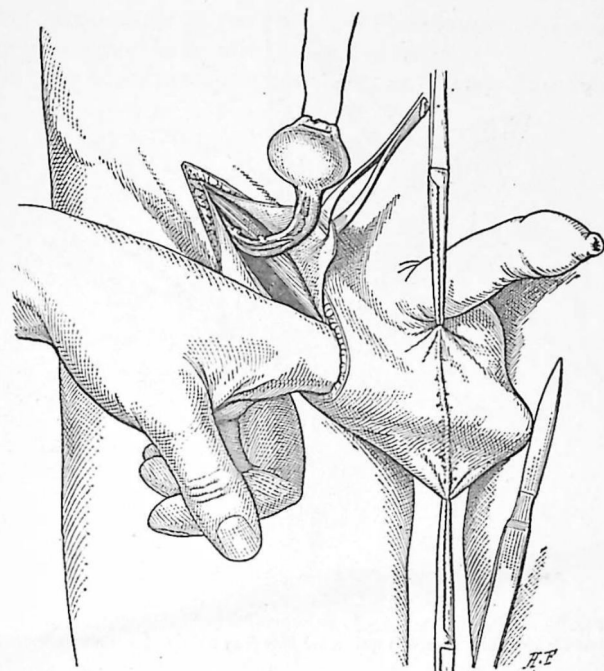


Fig. 24. — Incision du scrotum et de la cloison des bourses sur l'index qui les refoule. (D'après Ombredanne.)

ce qui permet de gagner un peu de longueur ; fermer en bourse la partie supérieure au niveau de l'orifice inguinal profond. Passer une anse de catgut dans les débris de la vaginale testiculaire : elle servira de tracteur. Deux pinces de Kocher saisissent le raphé médian des bourses, une sous la verge, l'autre à la partie inférieure, et le tendent.

Engager l'index gauche par l'angle inférieur de la plaie

dans le scrotum, d'abord verticalement, puis transversalement, refoulant la cloison des bourses vers le côté opposé (*fig. 24*) ; sur la face latérale du scrotum que le doigt soulève, faire une incision de 3 centimètres ; la cloison des bourses apparaît. Décoller un peu les lèvres de la plaie cutanée : ce sera le logement du testicule. Repérer en haut et en bas, avec deux pinces de Kocher, la cloison saillante, l'inciser entre

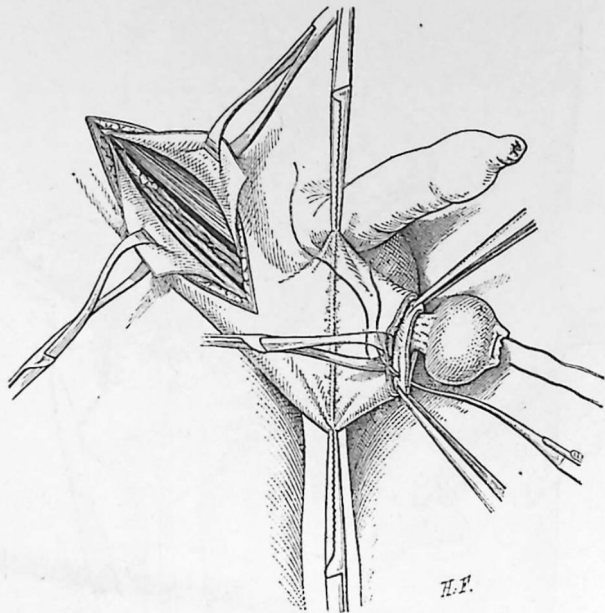


Fig. 25. — Passage du testicule ectopié à travers la cloison des bourses ; on commence à rétrécir l'incision qui a été faite à la cloison. (D'après Ombredanne.)

les deux pinces : l'index gauche sort par la plaie. Une pince maintenue au contact du doigt qui se retire est passée par le tunnel creusé et va ramener les deux chefs du catgut, attirant le testicule dans sa nouvelle logette. On l'y fixe indirectement en se contentant de rétrécir la brèche de la cloison par 2 ou 3 points laissant un orifice juste suffisant pour le passage du cordon (*fig. 25*). Défiler le catgut tracteur, suturer l'incision scrotale.

Enfin refaire la paroi inguinale par le procédé que nous avons indiqué (voir page 13).

En cas d'ectopie bilatérale, on pratiquera la même opération des deux côtés. Il en résultera que le testicule gauche se trouvera logé dans la bourse droite et le testicule droit dans la bourse gauche, les deux cordons s'entrecroisant à travers la cloison des bourses.

HERNIE INGUINALE DIRECTE

Même incision de la peau et de l'aponévrose du grand oblique que pour la hernie oblique externe.

Il faut chercher le sac en dedans et au-dessus du cordon ;

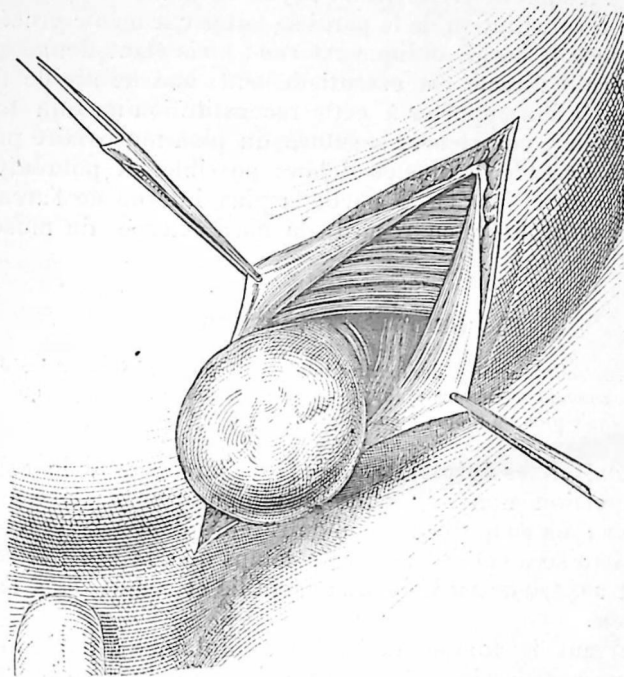


Fig. 26. — Hernie inguinale directe. Remarquer la forme globuleuse de la hernie, sa situation en dedans de l'artère épigastrique, son indépendance vis-à-vis du cordon. (D'après Marion.)

c'est le plus souvent une saillie globuleuse, dont le pédicule assez large est bordé en dehors par les vaisseaux épigastriques (*fig. 26*).

La dissection du sac est généralement plus facile que dans la hernie oblique externe, à cause de l'absence de connexions avec le cordon. Par contre, il faut se méfier du voisinage de la vessie, qui est souvent toute proche et qu'il faut se garder de prendre pour le sac.

Le pédicule du sac étant quelquefois très large, sa fermeture par simple ligature peut être insuffisante ; il faut alors le fermer par un surjet ou par une bourse.

Parfois même, il n'y a pas de sac à proprement parler, mais une simple saillie hémisphérique large et non pédiculée : point n'est alors besoin de l'ouvrir ni de la réséquer : il suffit de reconstituer la paroi devant.

La reconstitution de la paroi se fait par le même procédé que pour la hernie oblique externe ; mais étant donné que la hernie directe est essentiellement une hernie de faiblesse, il faut apporter à cette reconstitution un soin tout particulier, commencer la suture du plan musculaire profond à l'arcade le plus en dehors possible, et poursuivre cette suture jusqu'à la partie la plus interne de l'arcade qu'on vient fixer en regard du bord externe du muscle droit.

HERNIES ADHÉRENTES

Ce sont cliniquement des hernies totalement ou partiellement irréductibles, souvent anciennes et longtemps traitées par un bandage qui les maintenait plus ou moins bien.

Adhérences épiploïques. — On cherche vers le collet une portion non adhérente d'épiploon ; on y place deux pinces ; on coupe l'épiploon entre elles deux ; le segment inférieur sera extirpé en même temps que le sac ; le segment supérieur est immédiatement lié et réduit dans l'abdomen.

Suivant le volume du lambeau épiploïque à sectionner, on fera soit la simple ligature, soit la ligature en chaîne, soit la ligature par petits pédicules, au besoin après écrasement, si l'épiploon est surchargé de graisse.

Adhérences intestinales. — S'il y a des adhérences épiploïques et intestinales, on commence par traiter les premières. Les adhérences intestinales sont détachées len-

tement et soigneusement avec les ciseaux courbes. Si elles sont trop solides, mieux vaut réséquer un fragment du sac qu'on laissera adhérent à l'intestin plutôt que de risquer une plaie de l'intestin. Mais il faut, autant que possible, éviter de réduire dans l'abdomen une anse intestinale à surface même partiellement dépéritonisée ; alors on peut recourir au procédé suivant : la rondelle de sac détachée est laissée exubérante, c'est-à-dire dépasse les limites de la zone adhérente ; on suture ses bords entre eux de manière que la face séreuse soit seule visible. L'intestin entièrement libéré est réduit.

En présence d'adhérences très étendues, non libérables, ou laissant après libération une large surface cruentée, il faudrait avoir recours à la résection intestinale suivie d'entérorraphie circulaire. C'est d'ailleurs une éventualité très rare.

HERNIES DU GROS INTESTIN

Elles ne sont pas très rares ; on trouve le gros intestin dans 6 % des hernies inguinales de l'adulte (Hartmann), 3 % des hernies inguinales de l'enfant (Broca), cæcum à droite, côlon iléo-pelvien à gauche.

Cliniquement, ce sont des hernies volumineuses et irréductibles, qui s'engouent assez souvent. Si on y pense, on peut les diagnostiquer par la radioscopie après lavement baryté.

Il est bon de les connaître, car elles méritent une technique particulière ; sinon on risque, en voulant ouvrir le sac, d'ouvrir du premier coup l'intestin ; en voulant libérer l'anse herniée, de blesser ses vaisseaux nourriciers.

Ce sont presque toujours des hernies adhérentes. On a longtemps cru qu'elles n'avaient pas de sac. Lardennois et Okinczyc, dans une lumineuse monographie¹, ont montré : 1° que les hernies sans sac n'existent pas, que le sac des hernies du gros intestin, à droite comme à gauche, est toujours un sac complet, constitué par le

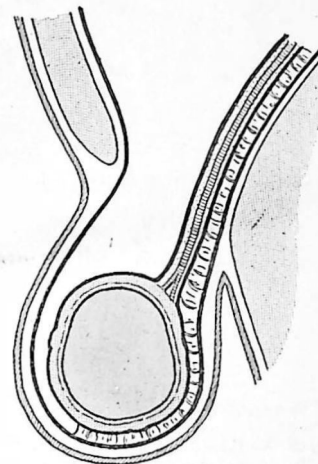


Fig. 27. — Hernie du cæcum partiellement adhérente. (Schéma.)

1. Lardennois et Okinczyc, *Etude sur les hernies du gros intestin*, Masson, 1910.

péritoine pariétal libre ou adhérent, mais absolument continu dans toutes ses parties ; 2° que les théories pathogéniques de la ptose, de la descente, de la bascule, du glissement, de la migration sous-péritonéale sont les unes inadmissibles, les autres insuffisantes pour expliquer les faits observés ; que le mécanisme des hernies du gros intestin, à droite comme à gauche, ne peut s'expliquer que par une mobilité préalable de ce gros intestin ; 3° que l'« adhérence charnue » des anciens auteurs n'est en réalité qu'un fascia d'accolement qui se fait dans le sac au lieu de se faire dans l'abdomen, que sa formation est toujours secondaire à la production de la hernie.

Il y a des hernies non adhérentes, dont le traitement est semblable à celles de l'intestin grêle.

Il y a des hernies partiellement adhérentes (fig. 27), dans lesquelles les adhérences existent sur la demi-circonférence postérieure (accolement).

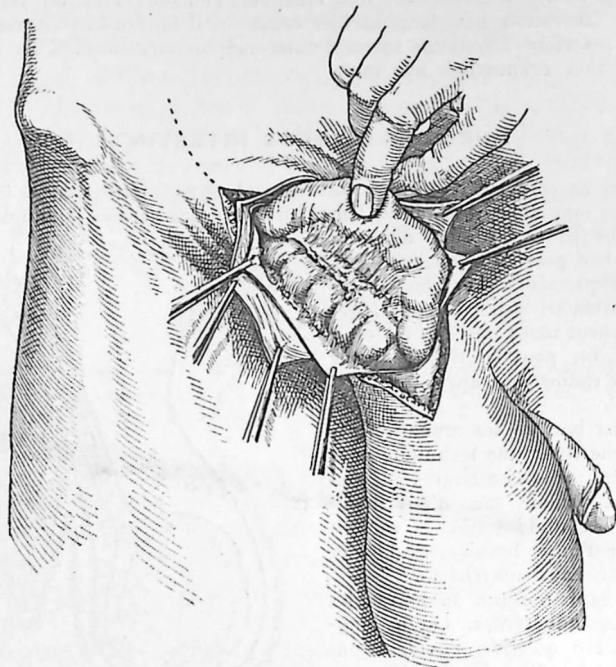


Fig. 28. — Cure d'une hernie adhérente de l'anse iléo-colique. 1° Ouverture du péritoine du sac par hernio-laparotomie qui pourra être prolongée suivant la ligne pointillée. Côlon et cæcum adhérent au sac. (Lardennois et Okinczyc.)

Enfin il y a des hernies totalement adhérentes, la demi-circonférence antérieure de l'intestin étant fixée au sac par des adhérences pathologiques, inflammatoires.

En tout cas, que la hernie soit totalement ou partiellement adhérente,

les vaisseaux nourriciers de l'anse herniée cheminent dans leur méso accolé, auquel on peut rendre facilement sa mobilité, à condition de passer de dehors en dedans derrière l'anse.

Ces considérations pathogéniques et anatomiques éclairent singulièrement la technique opératoire.

Si le diagnostic de hernie adhérente du gros intestin est fait avant l'opération, il faut faire d'emblée une *hernio-laparotomie* (fig. 28). Si le diagnostic n'est pas fait, il faut

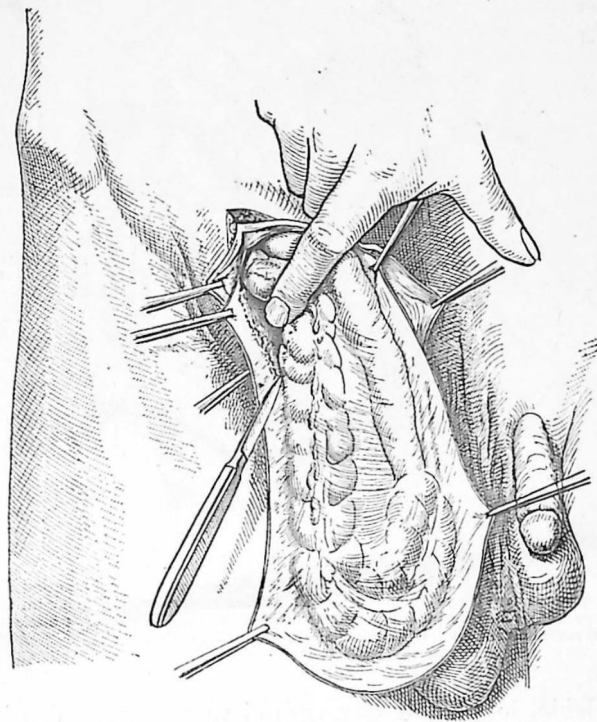


Fig. 29. — Cure d'une hernie adhérente de l'anse iléo-colique. 2° Libération de l'anse adhérente de haut en bas de l'abdomen vers le sac. Ce décollement se fait en dehors et en arrière de l'intestin dans le plan de clivage naturel avasculaire formé par le fascia d'accolement. (Lardennois et Okinczyc.)

chercher la portion libre du sac très haut dans le trajet, et avec une grande prudence, pour éviter de tomber immédiatement dans la cavité intestinale.

Le sac étant ouvert, c'est juste en dehors de l'intestin,

dans le sinus externe, qu'il faut érailler de la pointe du bistouri la limite externe de la zone de coalescence : on ouvre ainsi, sous une simple pression des doigts, le bon espace

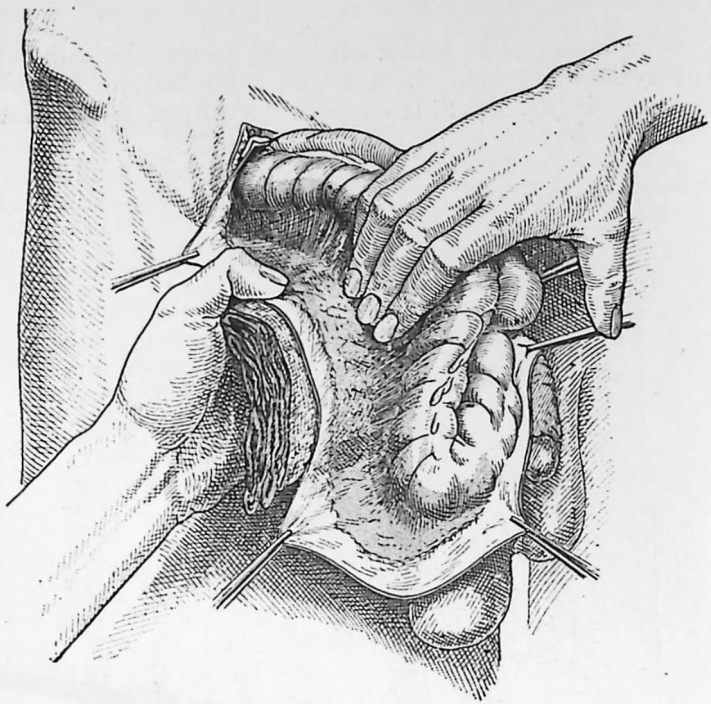


Fig. 30. — Cure d'une hernie adhérente de l'anse iléo-colique. 3° La libération de l'anse est poursuivie dans toute l'étendue du sac, soulevé en arrière et fixé par un tampon. La zone teintée en gris indique la surface d'adhérence où se trouve le fascia d'accolement actuellement en voie de clivage. (Lardennois et Okinczye.)

décollable, le plan de clivage qui va permettre de libérer l'intestin et son méso porte-vaisseaux (fig. 29 et 30).

Ce n'est difficile que dans le cas de hernie totalement adhérente (péritonite herniaire) ; mais alors il faut recourir à la hernio-laparotomie, pour chercher le plan de clivage dans l'abdomen.

La hernio-laparotomie étant faite, et l'anse libérée réduite, il est bon de fixer cette anse à la fosse iliaque (fig. 31). Puis on isole et on résèque le sac et on suture la

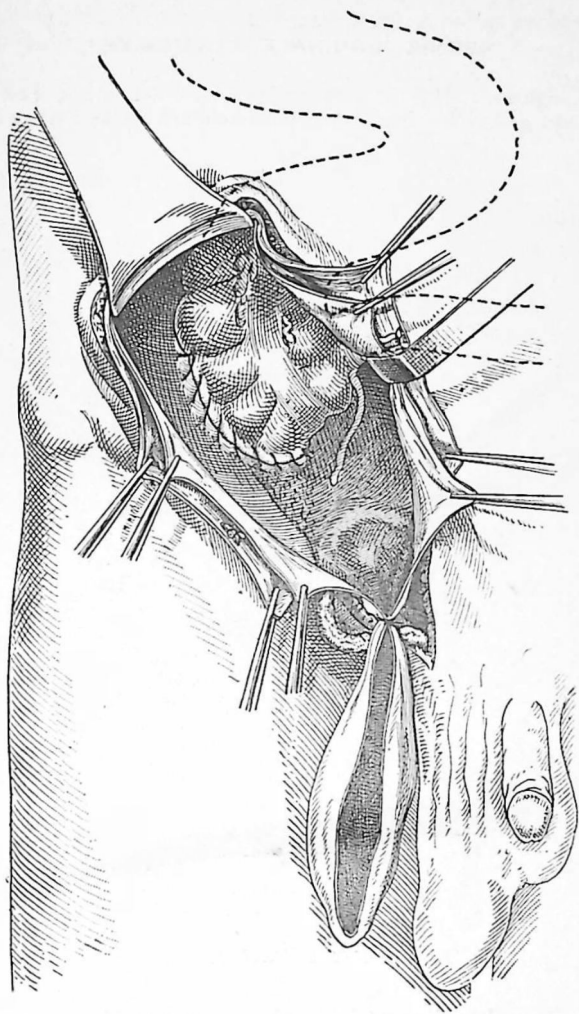


Fig. 31. — Cure d'une hernie adhérente de l'anse iléo-cæco-colique 4° L'anse libérée par clivage du fascia d'accolement a été refoulée dans l'abdomen par translation sur le péritoine pariétal de la fosse iliaque. Le cæcum est fixé en position haute, loin de l'orifice herniaire. L'excès en longueur de l'anse est reporté très haut vers la région lombaire. En bas, le sac est lié, prêt à être réséqué. (Lardennois et Okinczye)

brèche pariétale en reconstituant la région inguinale suivant les règles habituelles.

HERNIE INGUINALE ÉTRANGLÉE¹

L'étranglement siège presque toujours au collet du sac, c'est-à-dire au niveau de l'orifice inguinal profond, en dehors de l'artère épigas-

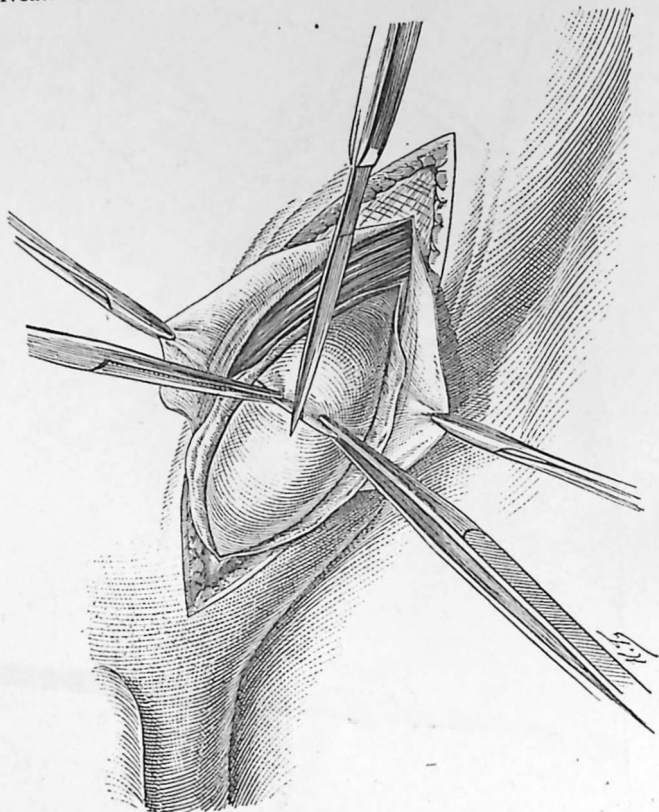


Fig. 32. — Hernie étranglée. Manière d'ouvrir le sac.

trique, exceptionnellement à l'intérieur du sac (brides, coudures, diaphragme de Ramonède).

1° **Inciser** sur la tumeur, suivant son axe, en remontant

1. Pour la rédaction de ces chapitres sur les hernies étranglées, sur la gangrène herniaire, nous avons largement puisé dans le beau livre de Lejars, *Chirurgie d'urgence*. Masson, 1913.

plus haut que dans une cure radicale, la peau, puis l'aponévrose du grand oblique.

2° **Chercher le sac et l'ouvrir.** — La recherche du sac, plus ou moins distendu par son contenu, se fait suivant les règles précédemment énoncées, et on le trouve en général plus facilement que dans une hernie non étranglée. Mais son incision exige des précautions minutieuses, car l'anse étranglée est souvent « à plein » dans la cavité sacculaire et en contact intime avec la gaine séreuse (Lejars); il faut l'inciser prudemment, sur un pli transversal soulevé par deux pinces (fig. 32). Il sort un petit jet de sérosité souvent

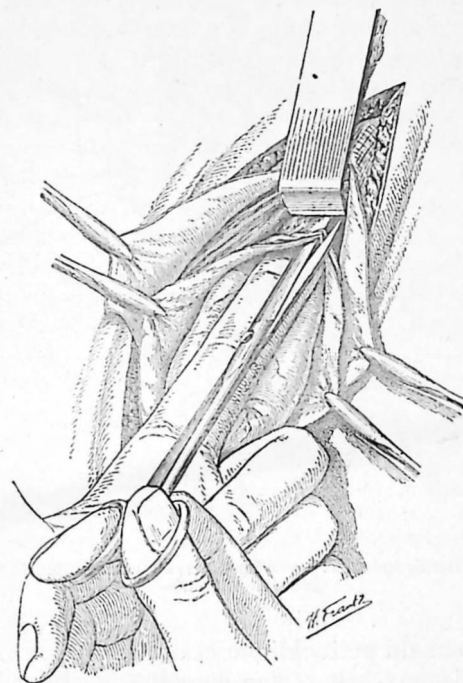


Fig. 33. — Hernie étranglée. Manière de débrider.

rougeâtre; agrandir l'ouverture, placer deux pinces repères sur ses lèvres, regarder la face interne lisse, séreuse, rougeâtre, il n'y a pas de doute, on est bien dans le sac. Déter-

ger son contenu, arroser doucement avec du sérum chaud épiploon, intestin.

Quelquefois on croit avoir ouvert le sac, on a ouvert une cavité pleine de liquide, mais ne contenant aucun organe, et dans laquelle on ne trouve aucun orifice : il s'agit d'une sorte d'hygroma, d'une bourse séreuse présacculaire, ou d'un sac diverticulaire ancien, déshabité et définitivement isolé.

3° Débrider (fig. 33). — Récliner avec un écarteur le

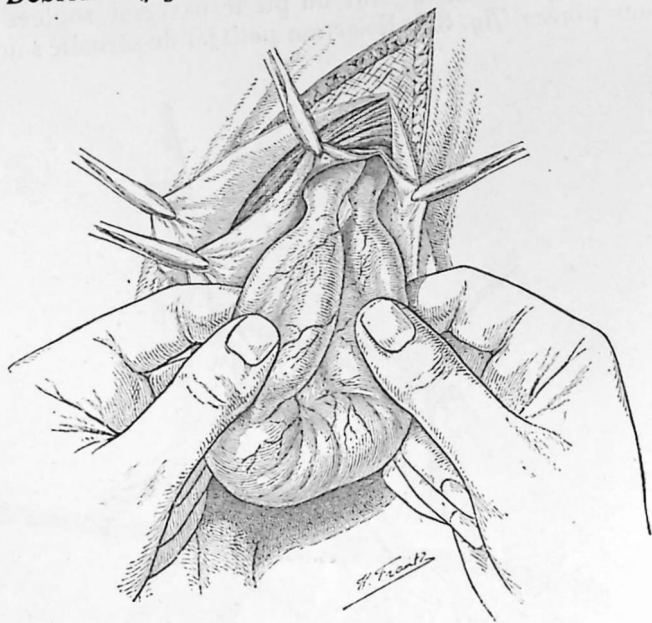


Fig. 34. — Hernie étranglée. L'anse intestinale étranglée est attirée au dehors pour être examinée.

bord inférieur du petit oblique et du transverse mis à nu, pour bien découvrir la région du collet. — Introduire l'index de la main gauche devant l'anse intestinale dans le sac jusqu'au point serré ; des ciseaux ouverts tenus de la droite, glisser une branche sur le doigt guide et protecteur, et couper à petits coups, progressivement, de bas en haut, toujours à vue. A un moment donné, on sent que l'obstacle

a cédé : l'index gauche peut entrer dans le ventre, les viscéres herniés peuvent être librement attirés au dehors : n'incisez pas plus haut, car il faut garder de quoi faire un pédicule.

4° Examen et réduction du contenu. — Attirez au dehors l'intestin et l'épiploon, assez loin pour pouvoir inspecter la zone qui a été serrée : c'est essentiel (fig. 34).

Si c'est une anse intestinale, elle porte généralement une encoche circulaire, un sillon circonférentiel pâle, livide, contrastant avec la coloration rouge lie de vin de l'anse sous-jacente ; arrosez l'anse avec du sérum chaud : elle va reprendre une coloration normale ; quelques mouvements péristaltiques se dessinent, le sillon s'atténue et tend à disparaître : cette anse peut être réduite. Regardez-la de plus près : s'il existe quelque petite entamure de la séreuse à la surface de l'intestin, enfouissez-la par une petite bourse ou un fin surjet ; si le mésentère est éraillé ou saignote, mettez-y une ligature ou une suture, et réduisez l'intestin avec douceur, méthodiquement.

Si le contenu est un paquet d'épiploon, est-il absolument sain ? réduisez-le. Mais s'il est tant soit peu altéré, infiltré de sang, il faut le lier en portion saine, c'est-à-dire au-dessus de la zone de striction. Si le paquet est gros, une ligature simple fait bague, et risque de glisser ; il faut en mettre plusieurs, enchaînées de préférence. Sectionner au-dessous et réduire le moignon.

S'il existait des adhérences, il faudrait naturellement les avoir libérées (voir plus haut hernies adhérentes). Dans des cas exceptionnels d'état général très précaire, Lejars conseille, si la libération apparaît comme trop laborieuse, d'y renoncer, et de débrider purement et simplement sans réduire.

Le contenu étant réduit, avant d'aller plus loin, il faut toujours introduire un doigt dans l'orifice interne, dans la cavité péritonéale, pour explorer le voisinage du collet et s'assurer qu'il n'y a rien d'anormal de ce côté (hernies congénitales à plusieurs collets), qu'il n'y a pas un deuxième sac pro-péritonéal avec un collet d'étranglement profond ; dans ce dernier cas, il serait nécessaire d'agrandir l'incision, et de transformer la kélotomie en hernio-laparotomie.

5° Disséquer, lier et exciser le sac.

6° Reconstituer la paroi.

HERNIE GANGRENÉE

Nous n'avons précédemment envisagé que le cas où l'anse intestinale ne présentait pas de lésion, ou des lésions insignifiantes. C'est le cas le plus fréquent à l'heure actuelle, parce que le chirurgien reçoit et opère de bonne heure les hernies étranglées. Cependant, soit qu'il y ait eu retard au recours chirurgical, soit qu'il s'agisse d'une striction particulièrement serrée, on peut se trouver en présence d'une anse présentant des lésions importantes.

Répétons que pour bien juger de l'état de l'intestin, il faut attirer l'anse au dehors et l'examiner minutieusement, sur toute sa longueur et sur toute sa circonférence, sous des affusions de sérum chaud.

1^{er} cas : l'anse est simplement suspecte.

Si quelques points seulement restent ternes et bleuâtres, il faut les enfouir sous de petits surjets, et réduire.

Si l'anse tout entière reste grise ou brune, immobile, avec des taches jaunâtres sur fond violacé, des fausses membranes, des sillons d'étranglement amincis, flétris, il ne faut pas la réduire. Deux conduites sont possibles : si le malade n'est pas en trop mauvais état, le mieux est de faire une résection de l'anse, immédiatement suivie d'entérorraphie termino-terminale ; sinon, après avoir débridé, laisser l'anse dehors, sur un lit de compresses, en passant au besoin une sonde en gomme à travers son méso, si elle a tendance à rentrer dans le ventre, et attendre ; au bout de quelques jours, si les choses semblent s'arranger, si l'anse reprend un aspect normal, enlever la sonde, l'anse se réduira d'elle-même. Au contraire, si les lésions se confirment et évoluent, il se constituera au bout de quelques jours une fistule stercorale ou un anus contre nature, qu'il faudra traiter ultérieurement.

2^e cas : Anse gangrenée et non perforée.

S'il n'existe qu'une ou deux petites plaques de sphacèle, et que le reste de l'anse est sain, il suffit de les invaginer, de les enfouir par un surjet prenant la séreuse et un peu de

muscleuse, qui recouvre la zone sphacélée ; ce surjet sera autant que possible mené dans une direction perpendiculaire au conduit intestinal (fig. 35).

Une conduite plus sûre encore consiste à pratiquer l'excision losangique suivie de suture transversale.

Mais si les plaques de sphacèle sont multiples, larges et disséminées, ou si à plus forte raison, l'anse entière est verte, bronzée, couleur feuille morte, il faut faire la résection intestinale suivie d'entérorraphie circulaire.

L'anus contre nature n'est qu'un procédé de pis aller auquel on ne se résoudra que si le malade est en état de stercorémie avancée ; on le réalisera de la manière suivante : si l'anse est courte, on se contentera de l'inciser sur son bord libre, en plein sphacèle, et de rattacher par quelques points aux débris du sac et à la peau les bords de l'ouverture (fig. 36) ; si l'anse est longue, il vaut mieux réséquer toute la portion gangrenée et fixer à la peau les deux bouts adossés de l'intestin.

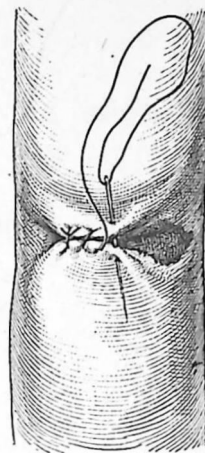


Fig. 35. — Enfouissement d'une plaque limitée de sphacèle sous un surjet séro-séreux.

3^e cas : Anse gangrenée et putride.

On trouve un sac plein de matières fécales.

Il est bien rare que les perforations soient petites et suturables. Le seul parti à prendre, c'est l'anus contre nature. Il faut ouvrir largement le sac, introduire un gros tube dans le bout supérieur de l'intestin, ne rien suturer, laisser la plaie béante recouverte de compresses.

Il existe, en dehors de la gangrène, une indication, rare, il est vrai, de la résection intestinale dans les hernies étranglées, c'est la déchirure ou la désinsertion mésentérique que l'on observe parfois, notamment à la suite du taxis. Si les déchirures de faible étendue (2 à 3 cm.) peuvent être traitées simplement par l'hémostase et la suture du mésentère, les déchirures plus longues, siégeant au ras de l'intestin, sont une menace de sphacèle et doivent être traitées par la résection intestinale suivie d'entéro-anastomose.

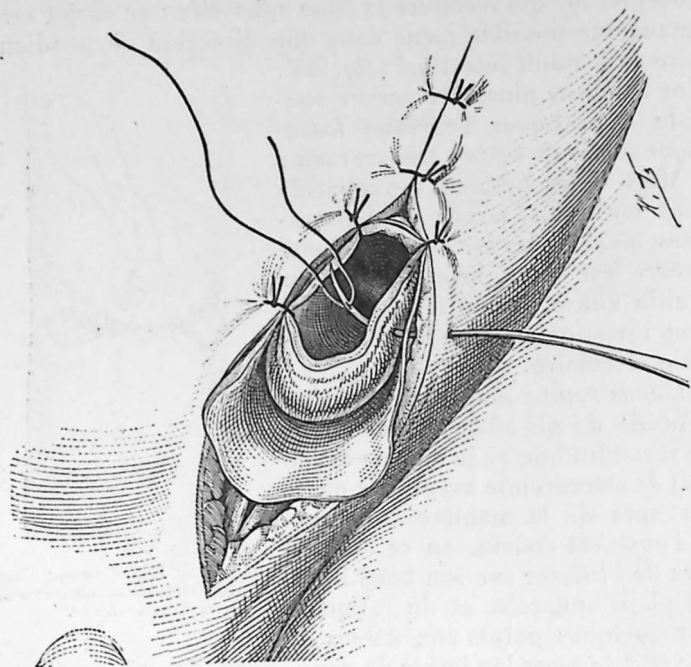


Fig. 36. — Ouverture et fixation à la peau, en anus contre nature, d'une anse gangrenée.

HERNIE INGUINALE CHEZ LA FEMME

L'opération est la même que chez l'homme.

Au lieu du cordon spermatique, on a chez la femme le ligament rond, qui présente avec le sac les mêmes rapports.

Si la dissection du sac présente la moindre difficulté, il ne faut pas hésiter à réséquer à la fois sac et ligament rond.

Alors on fermera hermétiquement la paroi en deux plans, sans avoir aucun orifice à ménager.

CHAPITRE II

CURE OPÉRATOIRE DES HERNIES CRURALES

Notions anatomiques (fig. 37 et 38). — La hernie crurale sort de l'abdomen par l'anneau crural, orifice triangulaire, que limitent en dehors la grosse veine fémorale (rapport essentiel que l'opérateur doit

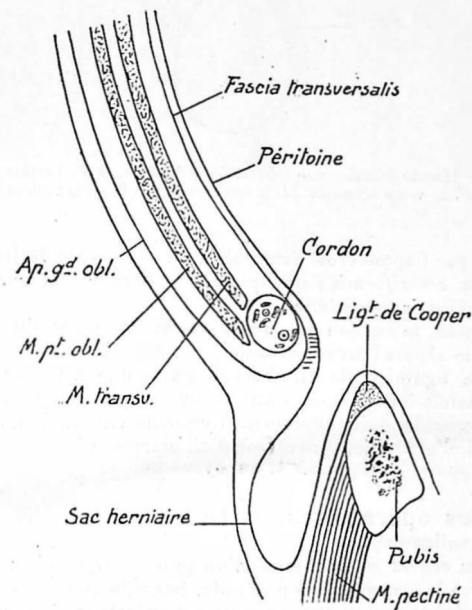


Fig. 37. — Hernie crurale, coupe schématique dans le plan sagittal. (D'après Cadenat.)

avoir sans cesse présent à l'esprit), en avant l'arcade crurale, en arrière le pubis tapissé par le muscle pectiné recouvert de son aponévrose ou *fascia pectinea* qui remonte jusqu'à l'insertion supérieure, crête pectinéale. Cette crête pectinéale est tapissée par un ligament très épais, fusionné avec le périoste, le *ligament de Cooper*, extrêmement solide. L'angle interne de

l'anneau est occupé par le ligament de Gimbernat, dont le bord interne concave et tranchant est l'agent habituel de l'étranglement des hernies crurales.

La hernie est recouverte par la peau, un tissu cellulaire généralement

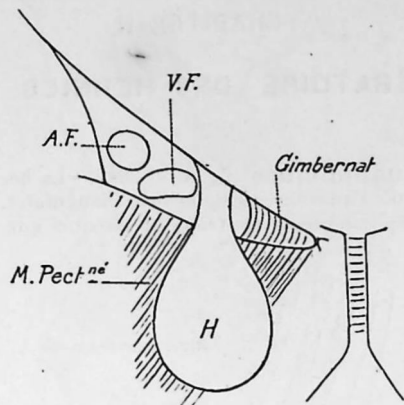


Fig. 38. — Hernie crurale, vue schématique de face. A.F. l'artère fémorale. V.F. la veine fémorale. H. le sac herniaire. (D'après Cadenat.)

abondant, et par l'aponévrose fémorale mince et percée de trous en cette région, *fascia crebriformis* ; quelquefois la hernie sort par un de ces orifices et devient superficielle.

Chez l'homme, le cordon est au-dessus et en avant du collet de la hernie, dont le sépare l'arcade crurale.

Derrière le ligament de Gimbernat passe une artériole anastomotique, quelquefois importante, entre l'épigastrique et l'obturatrice.

La hernie crurale, particulièrement fréquente chez la femme, est généralement petite, arrondie, du volume d'un marron d'Inde, souvent recouverte d'un lipome, quelquefois d'un hygroma.

Principes opératoires. — Le sac doit être lié haut et la paroi refaite solidement.

Or l'anneau crural est au fond d'un puits, surtout chez les femmes grasses ; l'arcade crurale, déjà profonde, barre la route vers le collet du sac, et la profondeur de l'anneau expose l'opérateur à prendre comme point d'appui inférieur, au lieu du puissant ligament de Cooper, la *fascia pectinea*, médiocrement résistant. En présence de ces difficultés, d'innombrables procédés ont pris jour. Nous n'en retiendrons que deux, qui diffèrent par la voie d'accès, mais qui l'un et l'autre unissent solidement au ligament de Cooper les deux plans musculo-aponévrotiques de la paroi.

L'intervention peut être menée à bien sous anesthésie locale.

Malade sur le dos, à plat ; opérateur du côté de la hernie, aide en face.

OPÉRATION PAR VOIE CRURALE¹

1^o Incision cutanée. — Incision verticale, sur la saillie de la hernie, ou à son défaut à un bon travers de doigt en dehors de l'épine du pubis (fig. 39).

Suivant cette ligne, on incise la peau, le tissu cellulaire sous-cutané ; dans la partie supérieure de la plaie, on découvre l'aponévrose du grand oblique, qu'on met bien à nu, et dont on isole soigneusement le bord inférieur, libre, c'est-à-dire l'arcade crurale.

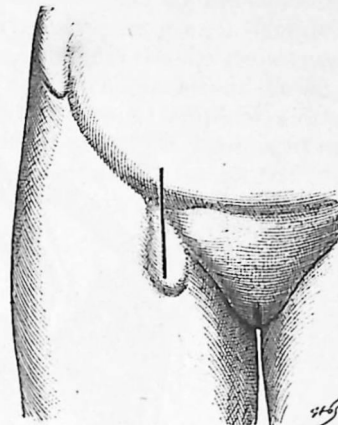


Fig. 39. — Hernie crurale. Opération par voie crurale : 1^o Incision verticale, sur la saillie de la hernie.

2^o Recherche et dissection du sac. — Dans

la partie inférieure de la plaie, il est parfois nécessaire d'inciser au bistouri l'aponévrose fémorale crébriforme, généralement réduite à un mince feuillet graisseux. On tombe alors habituellement sur une masse graisseuse lobulée, qui est soit un lipome préherniaire, soit le sac herniaire lui-même toujours doublé de graisse. Aussitôt le sac découvert, on le contourne avec l'index, on le décolle complètement de tous les tissus voisins et on l'isole jusqu'au pédicule, c'est-à-dire jusqu'à l'arcade crurale. Il est inutile de disséquer le sac d'après près qu'un sac de hernie inguinale ; au contraire, il est bon d'extirper avec lui le lipome herniaire et la couche graisseuse qui l'entourent.

3^o Section de l'aponévrose du grand oblique. — « L'aponévrose est sectionnée verticalement à la hauteur de la

1. La technique que nous décrivons est, à quelques détails près, celle qu'a publiée Cadenat (*Revue de Chirurgie*, 1920, p. 105) ; les passages entre guillemets sont reproduits textuellement.

veine fémorale. Cette incision verticale mesure 2 centimètres et s'arrête en bas au niveau du bord inférieur réfléchi de l'arcade crurale. Une pince à disséquer saisit la lèvre interne de cette aponévrose au niveau de l'arcade et la

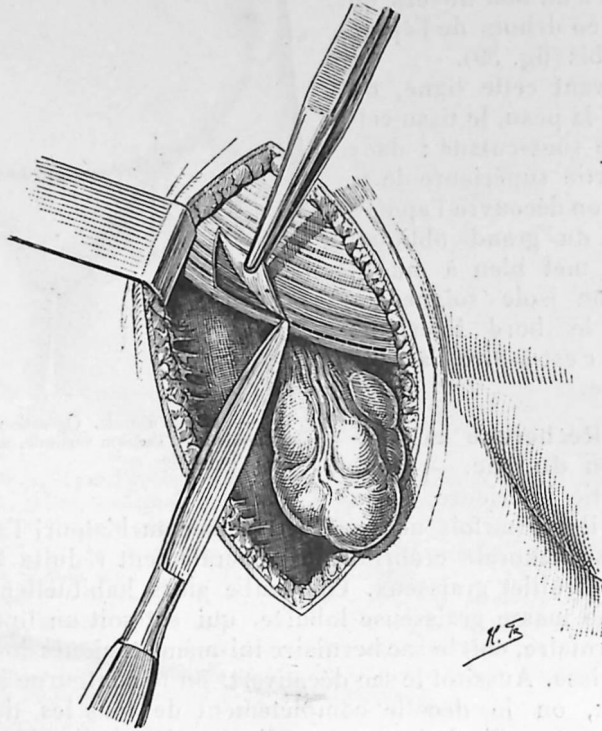


Fig. 40. — 2° Section de l'aponévrose du grand oblique. (D'après Cadenat.)

soulève pour permettre d'inciser longitudinalement cette arcade le plus en arrière possible, en dédoublant pour ainsi dire dans sa longueur, la gouttière qu'elle constitue ; le bistouri presque à plat sur la cuisse incise sous le contrôle de la vue au fur et à mesure que la pince soulève (fig. 40). Ainsi est constitué un petit lambellule triangulaire qu'une pince écarte vers le haut pour dégager le plan des muscles petit oblique et transverse dans lequel s'engage le collet du sac.

Le bord postérieur de l'arcade, encore en place, peut gêner, on l'effondre d'un coup de bistouri. »¹

4° **Libération du collet ; incision, ligature et excision du sac.** — Reprenant le sac, on isole maintenant son collet aussi haut qu'on veut avec la plus grande facilité. Avant de le lier, on incise délicatement la couche graisseuse qui l'entoure et on l'ouvre : il est indispensable de s'assurer, avant de le lier, qu'il n'y a ni viscère, ni épiploon adhérent dans le sac et pouvant être pincé par la ligature. On traverse alors le collet du sac avec un fil, et on fait un nœud de meunier pour fermer le sac ; on sectionne à quel-

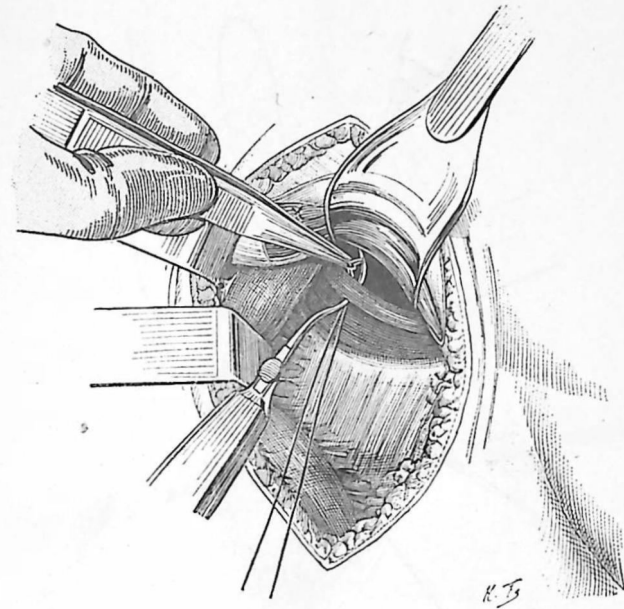


Fig. 41. — 3° Une aiguille courbe munie d'un double catgut charge le ligament de Cooper. (D'après Cadenat.)

ques millimètres au-dessous du nœud, et on s'assure que l'hémostase est complète.

On pratique alors, si l'on veut, la manœuvre de Barker ;

1. Cadenat, *Revue de Chirurgie*, 1920, p. 105.

isolant la face postérieure du petit oblique et du transverse, on glisse en arrière d'eux une aiguille munie d'un des chefs de la ligature du sac, on suture les deux couches musculaires; on répète la même manœuvre pour le deuxième chef, et on noue les deux chefs sur le petit oblique. Le moignon se trouve ainsi récliné à distance de l'anneau crural.

5° **Reconstitution de la paroi :** a) *Découverte du ligament de Cooper, passage des fils.* — C'est le temps préliminaire et capital de la réfection de la paroi. Un écarteur de Farabeuf récline fortement en haut la paroi et chez l'homme

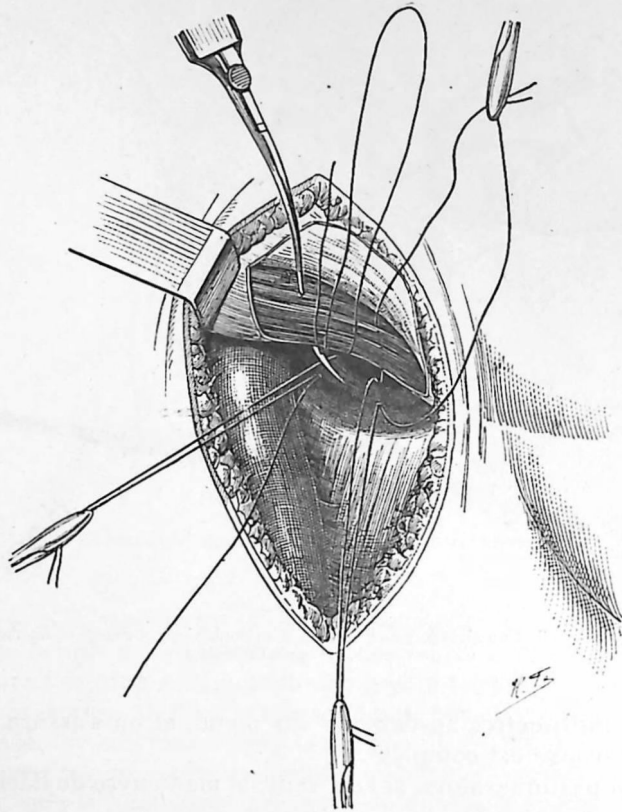


Fig. 42. — 4° Le rideau musculaire profond (petit oblique et transverse) est abaissé au contact du ligament de Cooper. (D'après Cadenat.)

le cordon; chez la femme grasse, une petite valve vaut mieux. On a alors sous les yeux, profondément, la surface blanche et nacrée du ligament de Cooper; il tapisse la crête pectinéale qu'on apprécie bien de la pulpe du doigt.

Une aiguille de Reverdin courbe étant enfilée d'avance d'un catgut chromé n° 3 passé par le milieu, on charge avec cette aiguille d'arrière en avant toute l'épaisseur (2 ou 3 millimètres) du ligament, au ras de l'os (fig. 41); en cou-

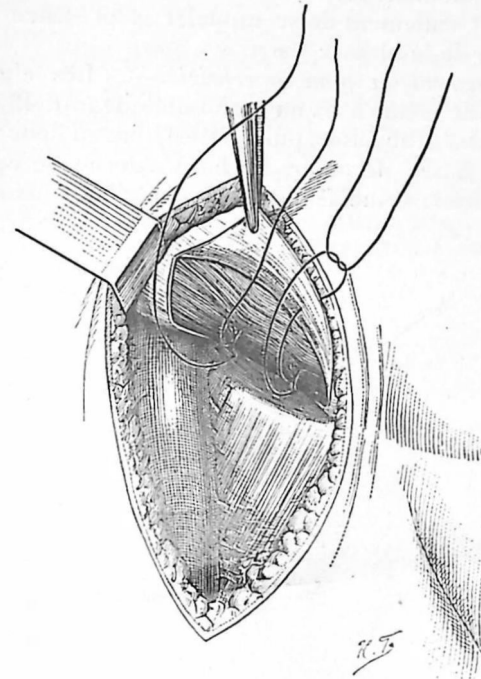


Fig. 43 — 5° Le rideau superficiel (aponévrose du grand oblique) est également abaissé au contact du ligament de Cooper. (D'après Cadenat.)

pant le fil près de l'aiguille, on a ainsi deux fils passés au même endroit; il faut de la même manière charger le ligament de Cooper en 2 ou 3 endroits suivant la largeur de l'anneau; on a ainsi 4 ou 6 catguts solidement fixés. Pour mettre le fil externe, l'opérateur aura soin de récliner lui-même en dehors de l'index gauche la veine fémorale, pour

la mettre à l'abri, et pour placer le fil à l'aplomb normal du bord externe de cette veine.

b) *Abaissement du rideau profond.* — « Les chefs profonds du premier groupe de catguts sont alors passés dans les muscles petit oblique et transverse, un peu au-dessus de leur bord inférieur pour que ce dernier, une fois les nœuds serrés, oblitère plus complètement l'anneau (fig. 42). Le cordon spermatique est en général hors d'atteinte et n'est vu à aucun moment ; il reste en arrière des muscles abaissés. Il suffit seulement de se rappeler sa présence pour ne pas risquer de le blesser ¹. »

c) *Abaissement du plan superficiel.* — « Les chefs profonds sont de même fixés au grand oblique (fig. 43), qui se laisse facilement abaisser, puisqu'il est libre en dehors et que l'arcade se laisse dérouler. Le bord externe de ce rideau glisse contre la veine fémorale et contribue à masquer la

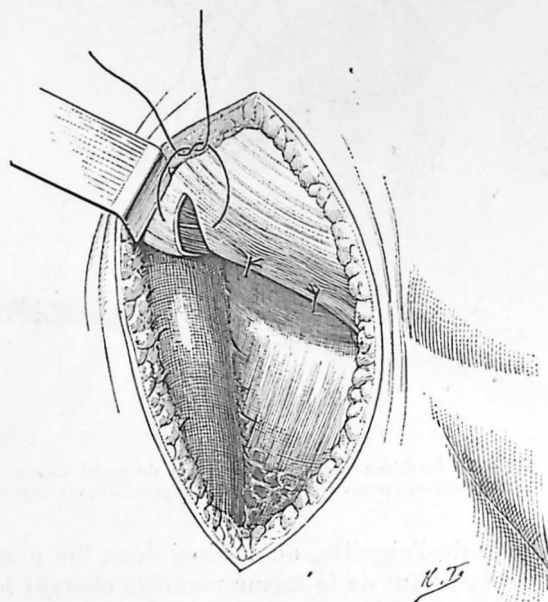


Fig. 44. — 6° Un point spécial ferme, pour terminer, le débridement vertical sur l'aponévrose du grand oblique. (D'après Cadenat.)

1. Cadenat, *loc. cit.*

partie externe de l'anneau, là justement où se font les récidives. On obtient ainsi un bloc en deux plans, solidement amarré au ligament de Cooper, c'est-à-dire très en arrière. On peut ensuite réunir d'un catgut les lèvres du petit hiatus que détermine l'incision verticale du grand oblique (fig. 44), mais ce temps est à peine nécessaire puisque le plan profond renforce la paroi et que cette fente se trouve en dehors de l'anneau crural, en un endroit non dangereux ¹. » Suturez la peau sans drainage.

OPÉRATION PAR VOIE INGUINALE

Cette voie, que beaucoup de chirurgiens considèrent actuellement comme la voie de choix pour la cure de toutes les hernies crurales, mérite en tout cas d'être décrite car elle reconnaît au moins une indication indiscutable : c'est le cas, assez fréquent chez l'homme, où il existe, concurremment avec une hernie crurale, sinon une hernie inguinale du moins une distension de l'aîne. Il y a là une double saillie inguinale et crurale que sépare une dépression due au ligament de Fallope. Si l'on veut guérir le malade, il faut pratiquer la cure radicale à la fois de la hernie inguinale et de la hernie crurale.

En dehors de ce cas, la voie inguinale peut être employée, concurremment avec la voie crurale, pour les hernies récentes, facilement réductibles ; mais pour les cas compliqués, c'est-à-dire pour les hernies volumineuses, ou irréductibles, ou étranglées, la voie inguinale est préférable à la voie crurale.

Nous décrivons ici la technique de Dujarier ².

1° **Incision de la peau, de l'aponévrose du grand oblique exactement comme s'il s'agissait d'une hernie inguinale (fig. 45).**

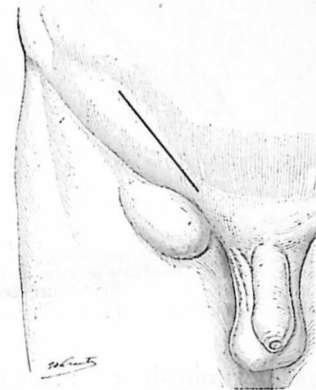


Fig. 45. — Cure de la hernie crurale par voie inguinale : 1° Tracé de l'incision cutanée. (Dujarier.)

2° **Traversée du canal inguinal et découverte du péritoine.** — On libère et on récline en haut sous un écarteur

1. Cadenat, *loc. cit.*

2. Dujarier. Cure de la hernie crurale par voie inguinale. *Journal de Chirurgie*, 1912, t. VIII, n° 2, p. 113.

le cordon (ou le ligament rond) et les muscles profonds ; on repère le bord postérieur de l'arcade et parallèlement à ce bord on incise le *fascia transversalis* en ayant soin de ménager les vaisseaux épigastriques qu'on peut apercevoir dans l'angle externe de la plaie, et un petit affluent de la veine, parallèle à l'arcade (fig. 46). On effondre la graisse

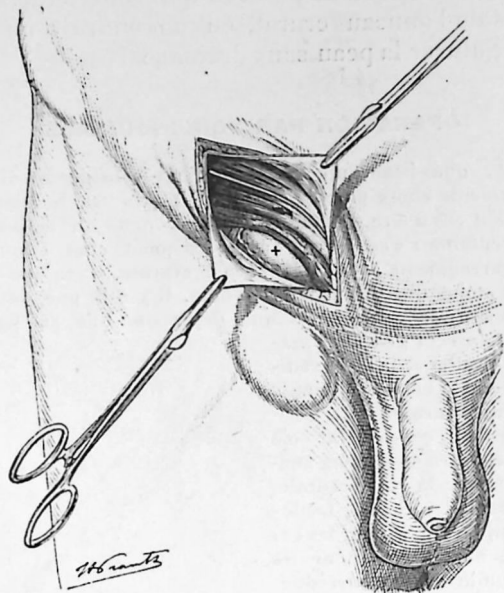


Fig. 46. — 2° L'aponévrose du grand oblique est incisée jusqu'à l'orifice inguinal externe. La croix indique le point où l'on ouvrira le péritoine, après avoir effondré le *fascia transversalis*. Remarquer les vaisseaux épigastriques, et la petite veine affluente qui suit le bord postérieur de l'arcade crurale. (Dujarier.)

sous-péritonéale au niveau du collet de la hernie ; un deuxième écarteur récline en dehors cette graisse, la veine fémorale et les vaisseaux épigastriques ; le péritoine apparaît ; on y fait entre deux pinces une étroite boutonnière (fig. 47).

3° Traitement du sac. — C'est le temps vraiment spécial à la méthode.

Après avoir réduit le contenu du sac dans l'abdomen, s'il y a lieu, il faut attirer le sac dans la plaie inguinale, de bas

en haut. Dans les hernies récentes et non enflammées, il suffit généralement de tirer sur les pinces qui repèrent l'ouverture péritonéale pour voir le collet, puis le sac glisser

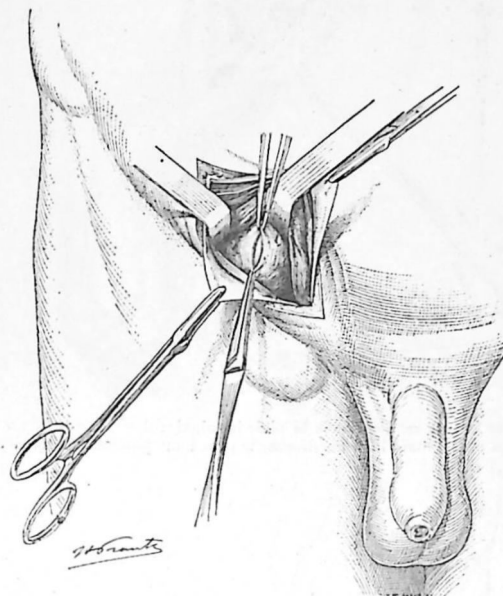


Fig. 47. — 3° Ouverture du péritoine au-dessus du collet du sac, au niveau de l'infundibulum. Un écarteur récline le cordon et le plan musculaire profond ; un autre écarteur protège la veine fémorale et les vaisseaux épigastriques dans la partie externe de l'incision. (D'après Dujarier.)

peu à peu, puis s'énucléer, se luxer. Mais il est des cas plus difficiles où, pour amener le sac, on est obligé de débrider l'anneau crural en fendant le ligament de Gimbernat ; il est des cas où le sac adhérent ne se laisse pas amener, et alors on est obligé de le sectionner et d'abandonner le fond. Le sac est donc lié et réséqué (fig. 48).

4° Reconstitution de la paroi. — Un écarteur protège la veine en dehors. Une petite valve récline en haut toute la paroi abdominale, y compris le péritoine, et éclaire le ligament de Cooper.

Il faut passer 2 ou 3 fils dans ce ligament (fig. 49). Ces fils présentent 2 chefs. « Le chef supérieur sera passé dans

le bord inférieur du petit oblique et du transverse; il est peut-être préférable de le passer dans la face antérieure des mêmes muscles à un centimètre environ au-dessus du

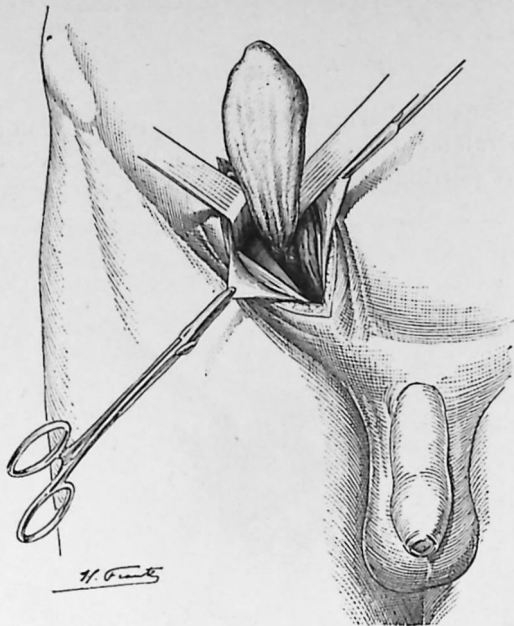


Fig. 48. — 4° Le sac est luxé dans la plaie inguinale; il est lié non pas au niveau de son collet, mais bien au-dessus, le plus haut possible. (Dujarier.)

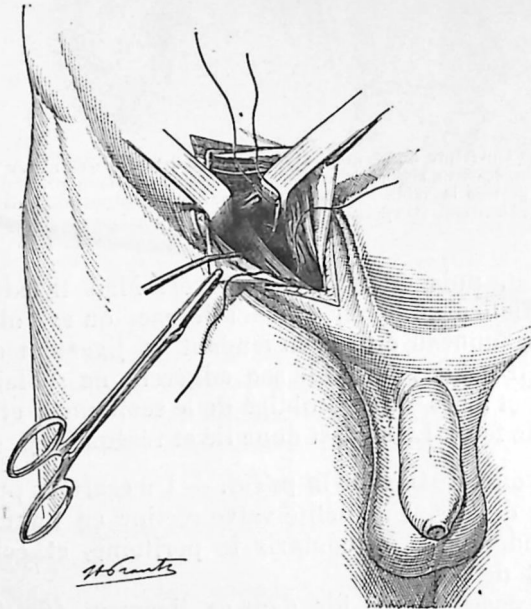


Fig. 49. — 5° Passage des fils dans le ligament de Cooper. Remarquer l'écarteur supérieur qui récline non seulement le cordon et le plan musculaire profond, mais encore le péritoine décollé. (Dujarier.)

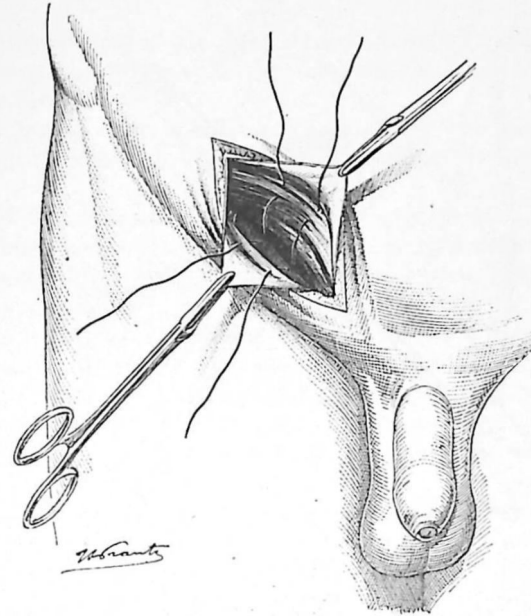


Fig. 50. — 6° Passage des mêmes fils d'une part dans l'arcade crurale, d'autre part dans le plan musculaire profond (petit oblique et transverse). (Dujarier.)

bord inférieur; quand on serrera le fil, le bord inférieur des muscles viendra former un solide bourrelet en arrière du ligament de Cooper. Le chef inférieur des fils est passé dans le bord postérieur de l'arcade crurale (fig. 50). Il est facile de comprendre qu'en serrant les fils, on viendra appliquer sur le ligament de Cooper, d'une part le bord inférieur des petit oblique et transverse, d'autre part le bord postérieur de l'arcade crurale. On voit très bien, au moment où l'on serre le nœud, les parties précédentes s'enfoncer dans la profondeur pour venir s'appliquer sur la branche horizontale du pubis (fig. 51). »¹

1. Dujarier, *loc. cit.*

Le cordon, ou le ligament rond, doivent être laissés en arrière du plan ainsi constitué.

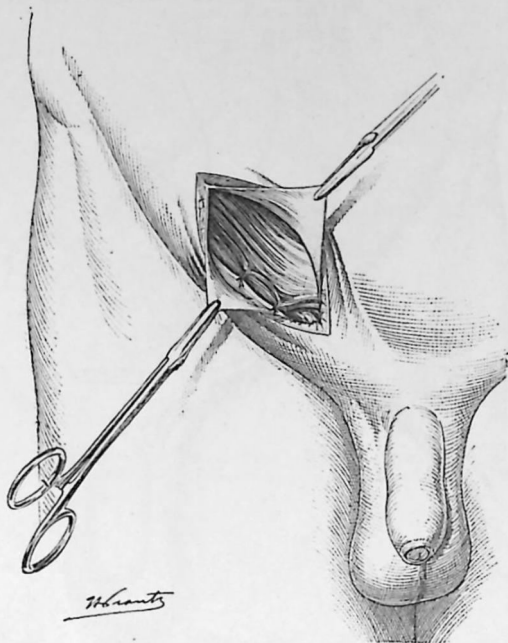


Fig. 51. — 7° Serrage des fils profonds précédemment passés. Il ne reste plus qu'à suturer le grand oblique et la peau. (Dujarier.)

Enfin, pour terminer, suture du grand oblique et de la peau, sans drainage.

CURE RADICALE DE LA HERNIE CRURALE DROITE PAR VOIE INGUINALE AVEC ABLATION DE L'APPENDICE¹

Pour les hernies crurales du côté droit, la voie inguinale présente cet avantage de permettre l'ablation de l'appendice, soit par le sac, soit par dissociation musculaire, comme il a été dit à propos de la hernie inguinale (voir p. 19 à 22).

1. Desmarest, *Presse médicale*, 23 nov. 1912, p. 984.

HERNIE ÉTRANGLÉE

Il est bon de rappeler qu'il s'agit d'un étranglement serré, amenant rapidement le sphacèle, que tout taxis est formellement contre-indiqué, et que l'intervention s'impose d'urgence.

Le procédé type que nous avons donné (Cadenat) nous semble particulièrement recommandable dans le cas de hernie étranglée.

Les temps sont absolument les mêmes que ceux d'une cure radicale simple : recherche, libération et incision du sac.

Pour débrider, appuyer de l'index gauche sur la hernie pour bien découvrir le bord inférieur de l'arcade, et inciser cette arcade au bistouri d'avant en arrière, jusqu'à son bord postérieur, jusqu'à ce que la striction se relâche. Une précaution : veiller que le contenu de la hernie ne se réduise pas spontanément au moment même du débridement ; faire tenir par un aide l'anse intestinale ou le paquet épiploïque, faute de quoi on risquerait de les voir disparaître, et on pourrait avoir beaucoup de peine à la retrouver pour l'examiner. Or cet examen est absolument nécessaire, car c'est dans ces petites hernies crurales très serrées qu'apparaissent le plus tôt des plaques de sphacèle au niveau du sillon d'étranglement.

Le traitement du contenu, intestinal ou épiploïque, ne diffère pas de celui d'une hernie inguinale étranglée (voir plus haut).

Le contenu réduit, on lie et on excise le sac, et on reconstitue la paroi par le procédé décrit.

CHAPITRE III

CURE OPÉRATOIRE DES HERNIES OMBILICALES

Au point de vue thérapeutique, si on laisse de côté la grosse hernie du nouveau-né par aplasie de la région ombilicale, il faut envisager deux variétés de hernies ombilicales :

- 1° La *petite hernie* de l'enfant et de l'adulte.
- 2° La *grosse hernie* de l'adulte, femme le plus souvent.

PETITES HERNIES

Fréquentes chez l'enfant, elles ne s'étranglent pour ainsi dire jamais.

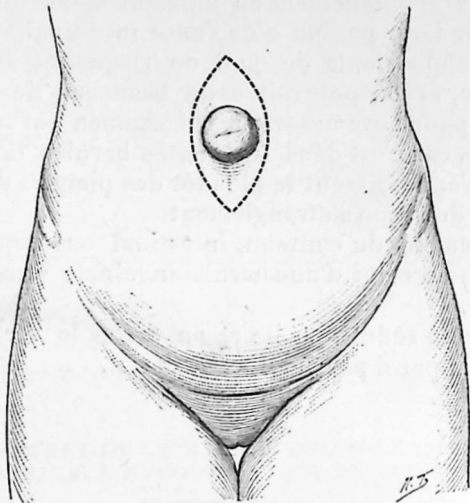


Fig. 52. — Petite hernie ombilicale : 1° L'incision.

Cependant, après l'âge de 6 ans, elles méritent une cure opératoire, car les chances de guérison spontanée sont minimes.

L'anesthésie locale peut être employée, surtout chez l'adulte ; il suffit d'entourer l'ombilic d'une trainée circulaire de novocaïne dans le tissu cellulaire et dans la paroi musculaire.

1° **Incision cutanée** : elliptique à grand axe vertical ; peau et tissu cellulaire jusqu'à l'aponévrose (*fig. 52*).

2° **Dissection du sac**. — Une pince à traction étant placée sur la cicatrice ombilicale qu'on tire directement en haut, on dissèque de la périphérie vers le centre la collerette cutanéograsseuse, jusqu'à ce qu'on voie l'orifice qui livre passage au pédicule du sac.

3° **Ouverture, ligature et résection du sac**.

Ouvrir le sac pour s'assurer qu'il est bien vide, c'est le

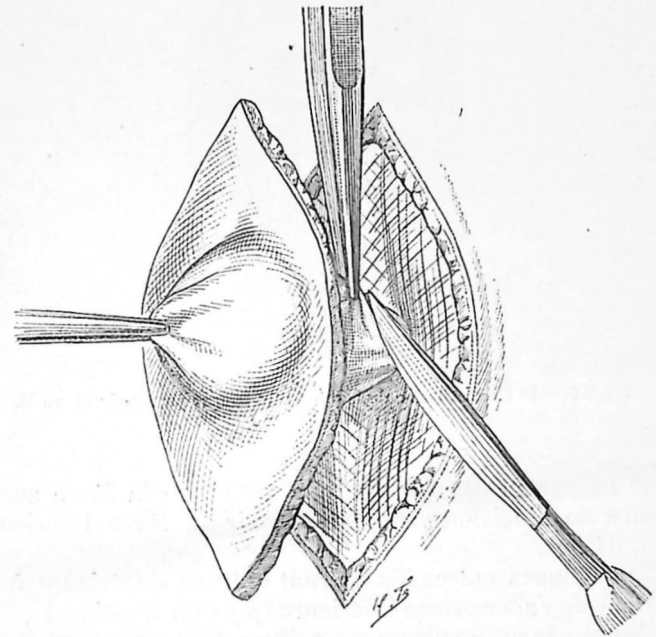


Fig. 53. — 2° La collerette cutanéograsseuse a été disséquée, le sac reconnu, on l'incise.

cas habituel (*fig. 53*) ; passer à travers son pédicule un catgut qu'on noue de part et d'autre (nœud du meunier) ; couper au-dessus de la ligature le sac qu'on enlève ainsi en bloc avec le petit cercle cutanéoadipeux auquel il est resté adhérent par sa base.

4° Reconstitution de la paroi. — Aviver les bords de l'orifice aponévrotique dans le sens transversal.

Réunir transversalement de la manière suivante :

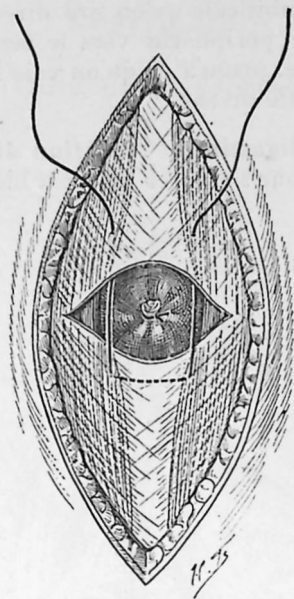


Fig. 54. — 3° Reconstitution de la paroi : 1^{er} temps ; passage du fil en U. (D'après Marion.)

1° Passer un fil en U de telle sorte que la lèvre supérieure de l'incision vienne recouvrir la lèvre inférieure (fig. 54).

2° Quelques autres fils fixeront la lèvre supérieure à la surface de l'aponévrose inférieure (fig. 55). (Marion.)

Suturer la peau suivant une ligne verticale sans drainage.

Il est possible de reconstituer, en terminant l'opération, une dépression cutanée rappelant l'aspect de l'ombilic : il suffit d'opposer sur le bord des tranches cutanées deux surfaces taillées convexes l'une vers l'autre (Ombredanne) ; cela dans un but purement esthétique.

Plus simplement encore, on peut conserver l'ombilic, au lieu de le réséquer : pour ce faire, on fait une incision courbe, verticale ou horizontale, dont la concavité est dirigée vers l'ombilic, on dissèque le petit

lambeau ainsi tracé ; en le disséquant on ouvre presque fatalement le sac, qui adhère à la cicatrice ombilicale. Après extirpation du sac et réfection de la paroi aponévrotique par le procédé que nous avons indiqué, on

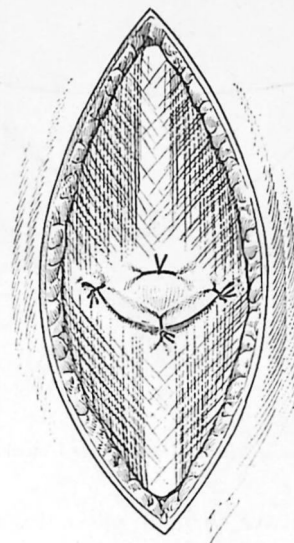


Fig. 55. — 4° Reconstitution de la paroi ; 2° temps : la lèvre supérieure qui recouvre la lèvre inférieure est fixée dans cette position par trois points. (D'après Marion.)

rabat le lambeau cutané et on le suture : l'ombilic se retrouve à sa place (Berger). Il est peut-être bon, dans ce cas, pour éviter l'hématome, de laisser sous ce petit lambeau un minuscule drainage filiforme, que l'on supprime au bout de 24 heures.

GROSSES HERNIES

Ces grosses hernies se voient surtout chez les femmes obèses, à ventre tombant, à paroi déficiente ; elles peuvent acquérir un volume considérable. Leur enveloppe est formée par la peau amincie et par un sac qui lui adhère sur une assez grande surface.

Elles contiennent de l'intestin (grêle et colon transverse) et de l'épiploon ; souvent des adhérences cloisonnent le sac, unissent les viscères les uns aux autres, et au sac.

L'anesthésie locale est bien difficile à réaliser ; l'anesthésie rachidienne est souvent préférable à l'anesthésie générale, chez ces femmes grasses qui ont parfois un cœur et des reins déficients, des poumons exposés aux complications post-anesthésiques.

Incision cutanée. — On circonscrit la hernie, à distance, par deux incisions : une incision transversale, horizontale

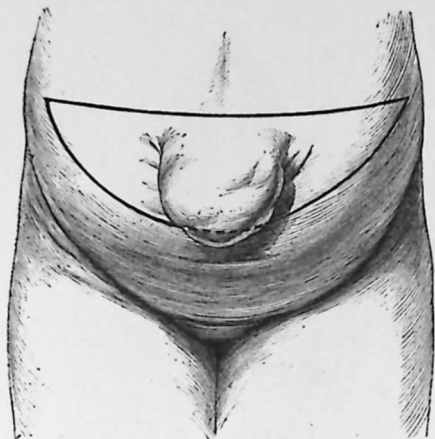


Fig. 56. — Grosse hernie ombilicale : 1° L'incision cutanée.

ou légèrement concave en haut, passant à un ou deux travers de doigt au-dessus de la masse herniaire et dépassant largement à droite et à gauche les limites de cette masse ; une incision franchement courbe, à concavité supérieure, réunit les deux extrémités de la précédente (fig. 56).

Dans les grands prolapsus graisseux pariétaux, ces incisions doivent être énormes : commencer jusque dans la région lombaire, faire passer l'inférieure au voisinage du pubis dans le sillon sus-pubien, la supérieure au-dessus de l'ombilic, laissant entre elles un écartement qui, sur la ligne médiane, atteindra 20 à 35 centimètres. (Morestin.)

On incise franchement la peau, et le pannicule adipeux généralement très épais, jusqu'à ce qu'on sente et qu'on voie sous la pointe du bistouri le plan résistant et brillant aponévrotique. Puis, au ras de l'aponévrose, on détache la graisse en se dirigeant vers le collet herniaire.

On fait immédiatement l'hémostase des petits vaisseaux cutanés que cette incision et cette dissection ont intéressés.

Incision de l'aponévrose et du péritoine. — Quand on

à fait le tour du collet herniaire, on incise l'aponévrose au-dessus du collet, suivant une ligne courbe entourant la moitié supérieure de ce collet. Au même endroit, on ouvre

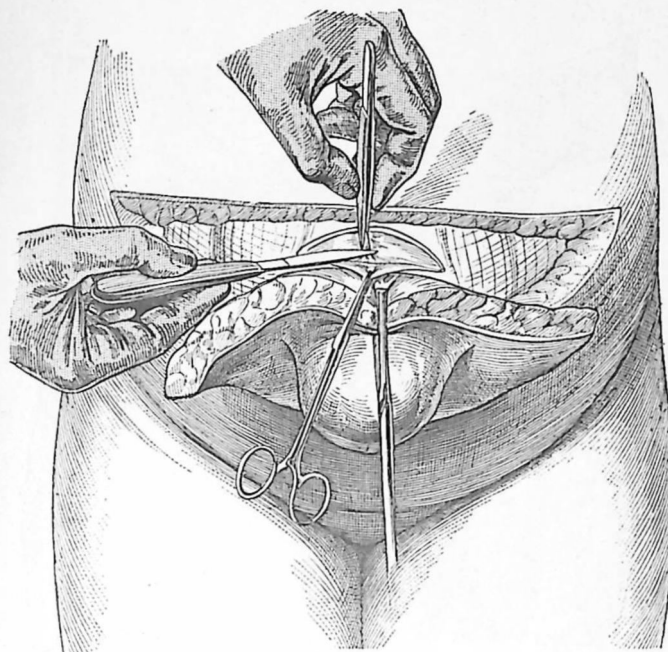


Fig. 57. — 2° L'aponévrose a été mise à nu sur toute la surface de la plaie, et incisée transversalement au-dessus de la hernie ; incision du péritoine à distance du collet.

le péritoine, avec les précautions ordinaires, sur la ligne médiane (fig. 57) ; on agrandit cette incision à droite et à gauche, à vue, jusqu'aux limites de l'incision aponévrotique, mais en se tenant toujours à distance du collet. On repère avec une pince la lèvre supérieure de cette incision péritonéale, de cette véritable laparotomie extra-herniaire.

Traitement du contenu. — Presque toujours le contenu est adhérent au sac ; en basculant la hernie vers le bas, on voit par la brèche péritonéale des anses intestinales mêlées à de l'épiploon qui pénètrent dans le sac, et y sont fixées.

Il faut alors ouvrir le sac ou tout au moins débrider son collet ; c'est facile, on l'a sous les yeux ; sur l'index gauche, insinué de bas en haut, on incise le collet de proche en

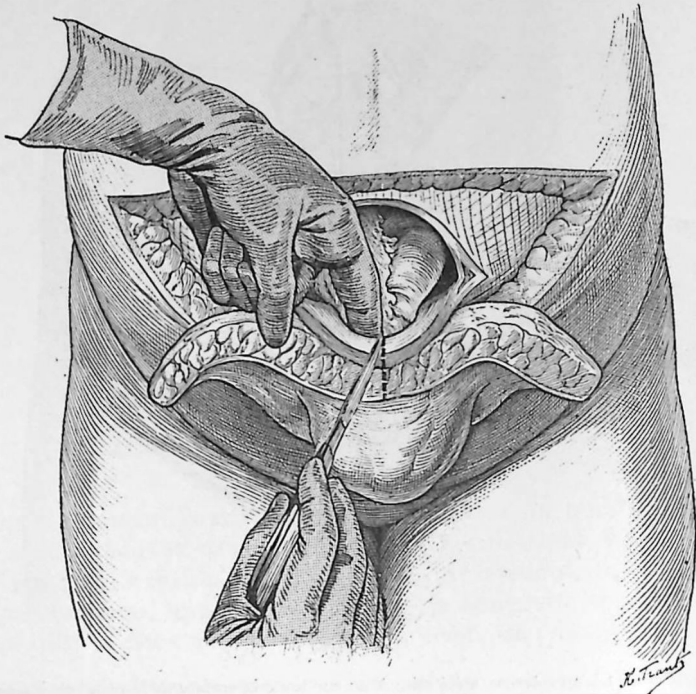


Fig. 58. — 3° Incision du collet sur le doigt.

proche (fig. 58) ; c'est un bourrelet saillant, épais, quelquefois dur à couper comme du cartilage sur les vieilles hernies. Souvent, quand le collet est ainsi incisé, on peut, de la main gauche appuyant doucement sur la surface cutanée de la hernie, retourner la poche herniaire : la face séreuse se trouve ainsi exposée, rendue convexe, ce qui facilite énormément la libération des organes (fig. 59). Cette libération, on la fait patiemment, du bec des ciseaux courbes, incisant les adhérences qui se tendent sous la pulsion de la main gauche, réséquant entre deux pinces les tractus épiploïques ; on arrive ainsi à libérer l'anse ou les anses

herniées. On inspecte ces anses, enfouissant au besoin par quelques petits surjets les surfaces dépéritonisées ; on

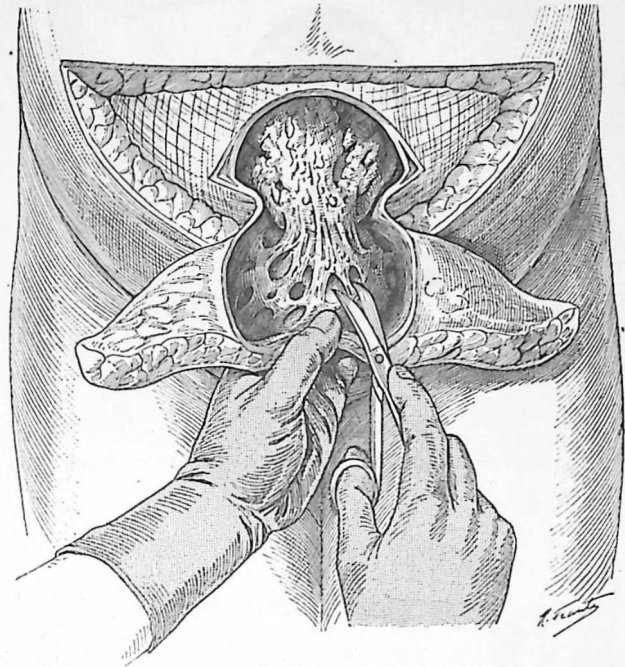


Fig. 59. — 4° Libération du contenu : remarquer la main gauche qui expose le sac en le retournant.

remplace sur les lambeaux épiploïques les pinces hémostatiques par de bonnes ligatures, et on réduit dans la cavité péritonéale intestin et moignons d'épiploon.

Réséction du sac. — On fait avec le doigt le tour du collet pour s'assurer que « rien ne tient plus » et on achève la section de l'aponévrose et du péritoine sur la demi-circonférence inférieure encore intacte (fig. 60). On enlève ainsi d'un seul bloc toutes les enveloppes de la hernie : la peau, la graisse, le sac et l'anneau fibreux, et les lambeaux d'épiploon qu'on y a laissés adhérents.

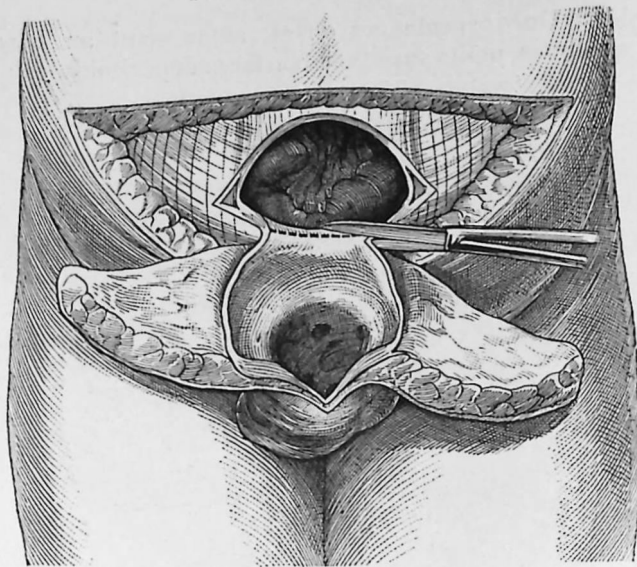


Fig. 60. — 5° Résection du sac vide en bloc, avec ses enveloppes.

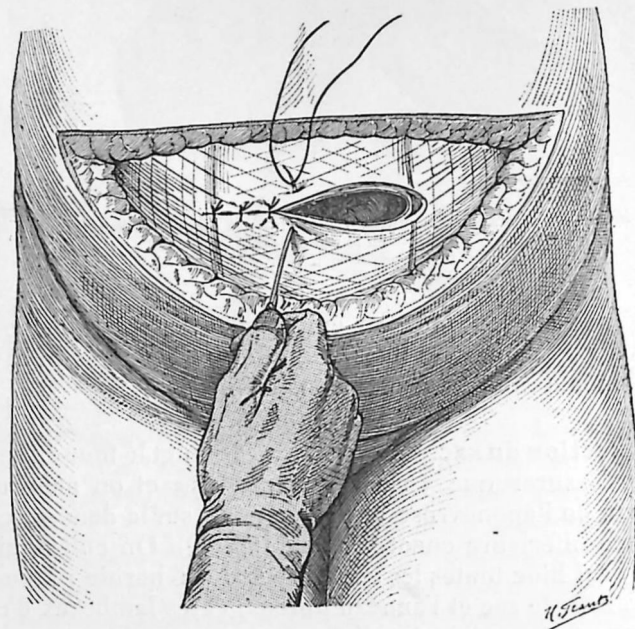


Fig. 61. — 6° Réunion transversale par des points séparés.

Réfection de la paroi. — De gauche à droite, on suture par un surjet transversal les lèvres de l'incision péritonéale.

Aux deux extrémités du diamètre horizontal de l'incision aponévrotique, on place deux pinces de Museux qu'on fait

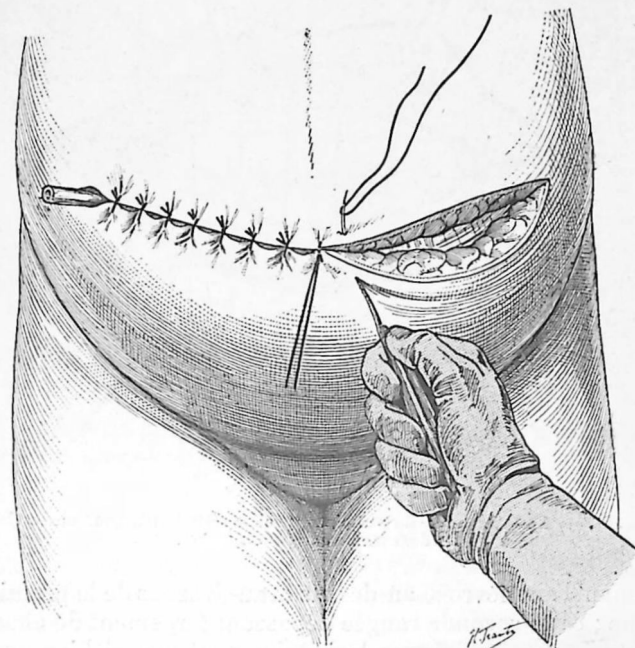


Fig. 62. — 7° Suture des téguments, avec un petit drain aux deux extrémités de la ligne.

tendre, et on se prépare à réunir transversalement cette incision. On peut employer deux procédés également bons.

Ou bien, à la manière de Mayo, passer des fils en U qui font croiser le lambeau supérieur par-dessus le lambeau inférieur (*fig. 63 et 64*).

Ou bien, comme l'ont recommandé Dujarier¹ et Morestin², suturer simplement les deux lèvres supérieures et inférieures bord à bord par des points séparés (*fig. 61*),

1. Dujarier, Rapport de Demoulin dans les *Bull. et Mém. Soc. Chir.*, 1912, p. 708.
2. Morestin, *Ibid.*, p. 720.

puis, si la paroi abdominale est flasque et peut tendue, enfouir cette rangée de sutures sous une deuxième rangée de points

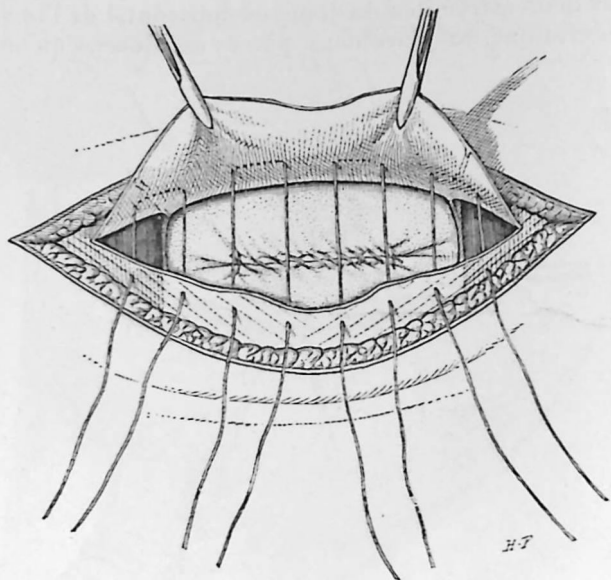


Fig. 63. — Après fermeture du péritoine, première série de fils pour entrecroiser les deux lambeaux aponévrotiques.

prenant l'aponévrose au-dessus et au-dessous de la première ligne ; cette seconde rangée dépassant largement de chaque côté la suture qui ferme la brèche centrale, si bien qu'au niveau de cette dernière il ne s'exerce aucune traction.

Dans le cas de grands prolapsus graisseux pariétaux, il convient encore de profiter du jour immense que donne la résection de la peau et du pannicule adipeux, pour joindre à la cure de la hernie une véritable restauration de la paroi tout entière, en fronçant les aponévroses et la ligne blanche par des séries de surjets qui déterminent la formation d'épaisses bandes fibreuses, verticales, transversales ou obliques, selon les indications de chaque cas en particulier : *columnisation* des aponévroses, de Morestin.

Surtout il ne faut jamais réséquer d'aponévrose.

Puis on suture transversalement la peau ; comme l'incision inférieure est notablement plus longue que l'incision supérieure, on aura soin, pour obtenir un affrontement correct, de repérer le milieu de chaque incision et de

laisser entre les points un intervalle un peu plus grand sur la lèvre inférieure que sur la lèvre supérieure.

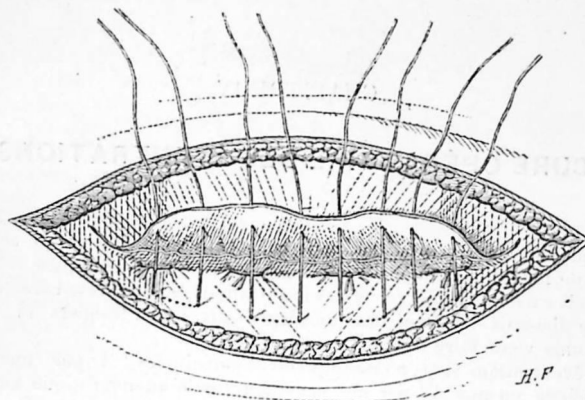


Fig. 64. — La première série de fils est nouée, passage d'une deuxième série pour achever l'entrecroisement.

Il est bon de placer un petit drain à chaque extrémité de l'incision, pour éviter tout risque d'hématome (fig. 62).

HERNIE ÉTRANGLÉE

Comme technique, on suivra exactement celle que nous avons décrite pour la cure radicale des grosses hernies ombilicales.

On se rappellera que l'obstacle n'est pas à l'anneau, qu'il est le plus souvent dans le sac sous forme d'adhérences, de brides ; il n'en faut pas moins fendre l'anneau pour se donner du jour sur l'intérieur du sac.

S'il existe des lésions de l'intestin, on les traitera comme il est dit à propos des hernies inguinales.

Un temps présente parfois dans cette variété de hernie étranglée une difficulté particulière, c'est le temps de la réduction : le contenu est volumineux ; les anses grêles, le côlon transverse sont dilatés ; si l'anesthésie est imparfaite, la paroi se rétracte sous l'effort du malade qui souffre et « pousse ». Dans ces cas-là, on pourra avantageusement fermer la paroi en un plan au fil de bronze (voir page 83).

CURE OPÉRATOIRE DES ÉVENTRATIONS

La plupart des éventrations sont consécutives à des plaies accidentelles de l'abdomen, ou à des plaies opératoires ayant suppuré.

Mais il existe aussi de véritables éventrations spontanées, caractérisées par un diastasis anormal des muscles droits, entre lesquels la masse intestinale vient faire saillie dans les efforts.

Ces éventrations sont anatomiquement constituées : 1° par une peau cicatricielle ou non ; 2° par une couche musculo-aponévrotique amincie, distendue, adhérente à la peau ; cette couche peut manquer au niveau même de l'éventration, s'arrêtant à sa périphérie sous forme d'un anneau ; l'éventration ressemble alors absolument à une hernie ombilicale ; 3° par le péritoine formant un véritable sac, parfois libre, mais le plus souvent adhérent à la cicatrice fibro-cutanée.

Il faut réséquer tout le tissu cicatriciel et le sac, et refaire une paroi solide avec des tissus sains, plan par plan.

Manuel opératoire. — Tout à fait comparable à celui de la cure des grosses hernies ombilicales ; nous ne ferons qu'en indiquer rapidement les différents temps :

1° Incision en peau saine, elliptique, circonscrivant la cicatrice. Dissection des deux lèvres cutanées jusqu'au sac.

2° Incision de l'aponévrose, et des muscles s'il y a lieu, à peu de distance de la base du sac, et du péritoine au même niveau, sur un des côtés de la plaie.

3° Examen du contenu de l'éventration. S'il est totalement réductible, supprimer le sac et fermer la paroi.

S'il est partiellement irréductible, commencer par libérer les parties adhérentes : traitement des adhérences épiphiques, traitement des adhérences intestinales (voir plus haut : hernies adhérentes).

4° On complète l'incision de la paroi musculo-aponévrotique et du péritoine en incisant ces plans de l'autre côté de la plaie, toujours en dehors de la zone cicatricielle. La

peau, le sac, tous les tissus cicatriciels se trouvent ainsi réséqués en bloc.

5° Réfection de la paroi. S'assurer en faisant avec le doigt le tour de la plaie qu'il n'existe pas d'adhérences autour de l'orifice péritonéal, puis réunir plan par plan : un fin surjet sur le péritoine, des points séparés sur les muscles (s'il s'agit d'une éventration latérale, à la suite d'incision de Mac Burney par exemple), des points séparés sur l'aponévrose, des fils sur la peau.

Telle est la technique classique. La technique des frères Mayo, publiée par Judd en 1912, en diffère par deux points :

1° Ils ne réséquent pas le tissu cicatriciel, sauf au niveau de la peau.

2° Ils font glisser une des lèvres de la brèche pariétale devant l'autre pour doubler la paroi en masse, sans disséquer les plans anatomiques.

C'est-à-dire qu'ils prennent un des lambeaux pariétaux, formé du péritoine, des muscles et des aponévroses englobés dans du tissu de cicatrice ; ils le rabattent sur l'autre lambeau pariétal en le faisant largement chevaucher, au moyen de fils en U ; puis ils suturent la face péritonéale du lambeau recouvrant l'aponévrose par un surjet très serré ; enfin ils suturent le bord libre du lambeau couvercle pour doubler l'autre.

Cette technique, plusieurs centaines de fois employée, leur a donné de bons résultats.

TECHNIQUE DES LAPAROTOMIES

La laparotomie ¹ est l'opération qui consiste à ouvrir la cavité abdominale ².

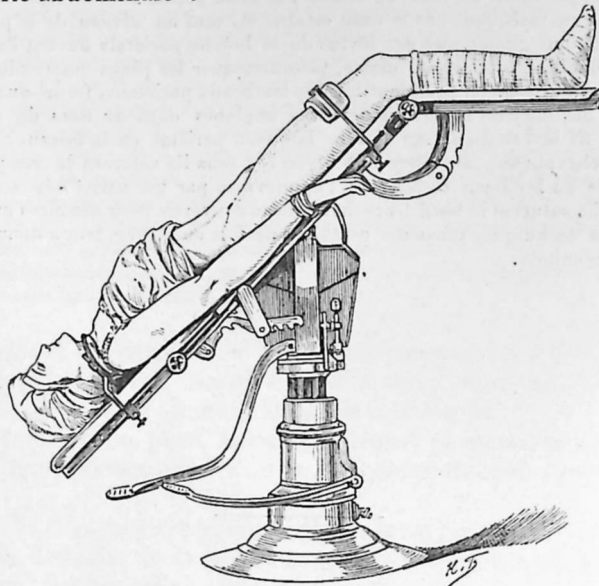


Fig. 65. — Position opératoire pour les interventions sur les régions basses de l'abdomen.

1. Mot consacré par l'usage, mauvais quand il s'agit d'une incision médiane (*λαπαρη*, flanc) : cœliotomie serait plus correct.

2. Le cadre étroit de ce volume nous interdit d'aborder les questions, si importantes en chirurgie abdominale, des soins pré-opératoires, de l'anesthésie, des soins post-opératoires. Nous conformant à l'esprit de cet ouvrage, qui n'est pas un traité de thérapeutique chirurgicale, nous n'avons envisagé que l'acte opératoire, la technique proprement dite, telle qu'elle peut être répétée sur le cadavre.

Parmi les opérations que nous décrivons, nous avons cependant noté au passage celles qu'il est possible de mener à bien sous anesthésie locale. Il est sous-entendu que les autres nécessitent soit l'anesthésie générale, soit la rachianesthésie.

Dispositif opératoire. — Le malade est couché sur la table. La position déclive (tête en bas), plus ou moins accentuée, est avantageuse chaque fois qu'on opère sur les régions inférieures de l'abdomen : fosses iliaques et pelvis (fig. 65) ; la position inverse est recommandable pour les

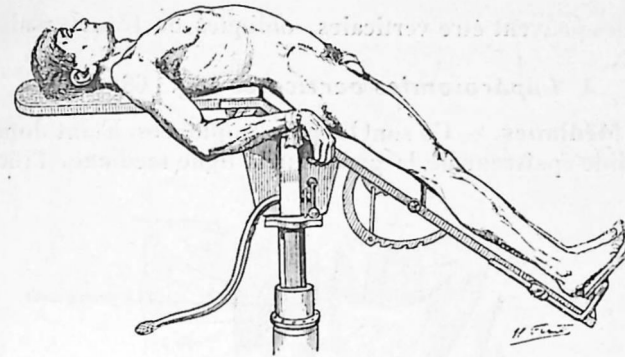


Fig. 66. — Position du malade pour les interventions sur les régions hautes de l'abdomen. (De Martel.)

opérations sur les régions supérieures : épigastre et hypochondres (fig. 66). Les tables opératoires usuelles réalisent facilement ces deux positions.

En règle générale, pour les opérations sur l'étage supérieur de l'abdomen, le chirurgien se place à droite, s'il est droitier ; même s'il doit opérer sur l'hypochondre gauche il sera ainsi mieux « à main » ; pour la même raison il se place à gauche pour les opérations pelviennes. Pour les opérations sur la partie moyenne de l'abdomen, il se place du côté de l'organe sur lequel il doit opérer.

L'aide se place en face du chirurgien. Pour un certain nombre d'interventions abdominales complexes, il est bon d'avoir un deuxième aide, qui se place en général à gauche de l'opérateur.

Le matériel opératoire : champs, compresses abdominales, tampons, instruments, seront disposés à portée de la main droite de l'opérateur, ces derniers dans un ordre constant sur un plateau assez vaste et non entassés dans une boîte étroite.

Comme *éclairage*, toute lumière, solaire ou artificielle,

peut suffire, à condition qu'elle soit diffuse et qu'elle vienne d'en haut. Les opérateurs habitués à l'éclairage frontal s'en passent difficilement.

I. LES INCISIONS

Elles peuvent être verticales, obliques ou transversales.

A. Laparotomies verticales (fig. 68. A.)

a) Médianes. — Ce sont les plus employées. Etant donné la faible épaisseur de la paroi sur la ligne médiane, l'inci-

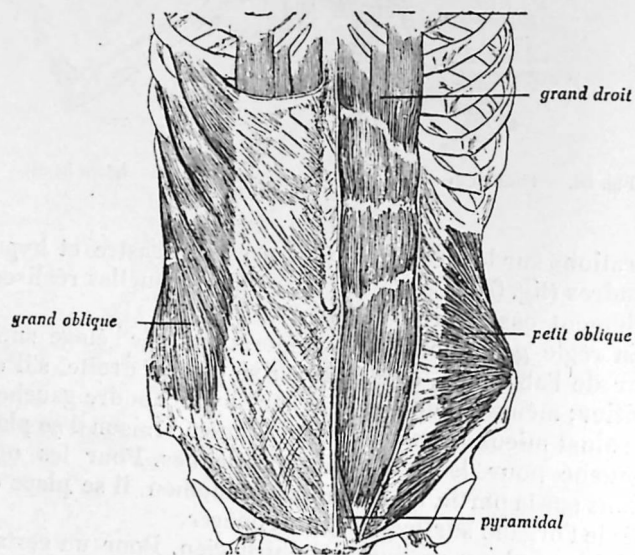


Fig. 67. — Muscles et aponévroses des parois antéro-latérales de l'abdomen. (Poirier.)

sion est rapide et facile; de plus, n'intéressant aucun vaisseau important, elle ne nécessite aucune ligature; enfin la suture en est aisée. La laparotomie médiane est le type de la laparotomie exploratrice: si on lui donne des dimensions suffisantes, elle permet l'inventaire de tous les organes abdominaux.

Il est rare qu'on fasse la laparotomie médiane totale

xipho-pubienne: on la limite ordinairement au tiers ou à la moitié de la hauteur de l'abdomen, et on la fait à des niveaux différents, suivant les organes sur lesquels on se propose d'intervenir.

1^o Laparotomie médiane sus-ombilicale (fig. 68 A. 1). —

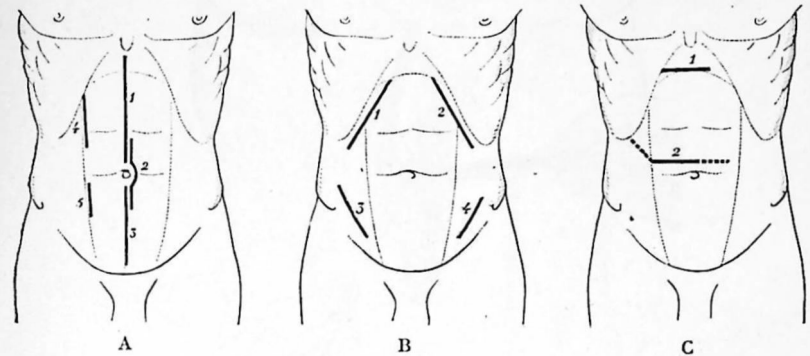


Fig. 68. — Quelques types de laparotomies.

A. Laparotomies verticales.

1. Médiane sus-ombilicale. 2. Médiane sus et sous-ombilicale. 3. Médiane sous-ombilicale. 4. Latérale haute sur le bord externe du droit. 5. Latérale basse sur le bord externe du droit.

B. Laparotomies obliques.

1 et 2 Parallèles au rebord costal. 3 et 4. Iliques.

C. Laparotomies transversales haute (1) et basse (2) de Spengler.

Indiquée dans les opérations sur l'étage supérieur de l'abdomen: estomac, foie, rate.

Incision de la peau. — Verticale, médiane, plus ou moins longue, entre l'appendice xiphoïde et l'ombilic; la peau est tendue et doublée d'une couche de graisse peu importante en général.

Incision de l'aponévrose. — Prudente car elle n'est séparée du péritoine que par une mince couche de graisse. On ne voit pas les muscles droits, dont les bords internes restent assez loin de la ligne médiane à ce niveau.

Incision du péritoine. — La graisse sous-péritonéale étant divisée, on incise prudemment le péritoine au bistouri (fig. 69); alors apparaît un petit orifice béant dans la cavité abdominale; on l'agrandit, on y introduit deux doigts de la main gauche (l'index et le médium); on les glisse sous la paroi qu'ils soulèvent fortement de la pulpe; ainsi

on peut, sans crainte de blesser les viscères, avec les ciseaux tenus de la main droite, agrandir l'incision du

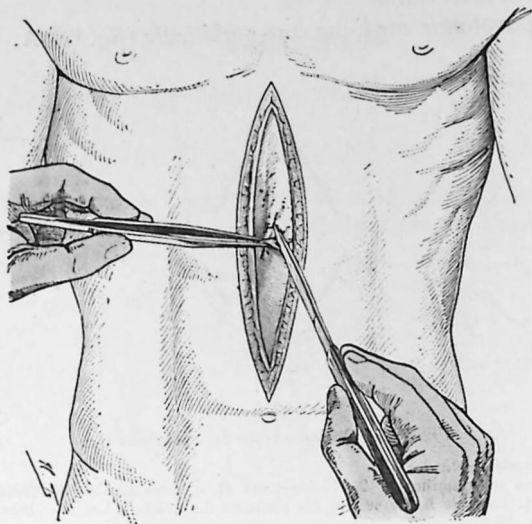


Fig. 69. — Laparotomie médiane sus-ombilicale : ouverture du péritoine.

péritoine jusqu'aux limites de la plaie cutanée (fig. 70).

2° *Laparotomie médiane ombilicale* (fig. 68 A. 2). — L'ombilic aura dû être nettoyé et désinfecté avec un soin tout particulier.

L'incision cutanée passera à gauche de l'ombilic, pour éviter la faux de la veine ombilicale. L'incision sera donc médiane au-dessus de l'ombilic, puis se déviera pour passer à gauche et reviendra plus bas sur la ligne médiane. On incise l'aponévrose sur la ligne médiane, en passant au niveau de l'ombilic, juste à gauche de l'anneau; le péritoine suivant la même ligne.

3° *Laparotomie médiane sous-ombilicale* (fig. 68 A. 3). — La vessie aura dû être évacuée par miction ou par sondage.

L'incision cutanée part en bas exactement au bord supérieur de la symphyse; sous la peau, une couche grasseuse assez épaisse, surtout en bas.

Incision de l'aponévrose. — L'intersection des aponévroses étant vraiment linéaire (ligne blanche), on entre presque fatalement dans la gaine d'un des muscles droits; arrivé sur les fibres charnues, on contourne leur bord interne.

Incision du péritoine. — On incise d'abord un feuillet

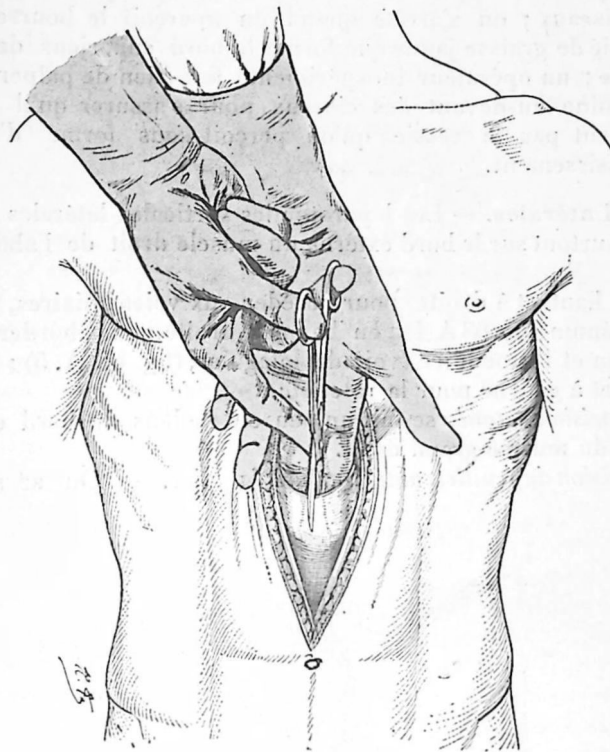


Fig. 70. — Laparotomie médiane sus-ombilicale : manière d'agrandir l'incision du péritoine.

fibreux assez mince : feuillet profond de la gaine des droits, ou *fascia transversalis*, puis on tombe sur une couche, assez épaisse parfois, de graisse sous-péritonéale qu'on incise, puis sur le péritoine qu'on pince et qu'on sectionne. On agrandit l'ouverture péritonéale avec les deux

doigts de la main gauche introduits dans le ventre, qui soulèvent la paroi, l'écartent des anses et guident les ciseaux; en haut il n'y a pas de danger; en bas, il faut éviter de blesser la vessie; pour ce faire, commencer par sectionner franchement la symphyse la paroi aponévrotique en glissant la branche inférieure des ciseaux dans le tissu cellulaire sous-péritonéal; puis inciser le péritoine par petits coups de ciseaux; on s'arrête quand on aperçoit le bourrelet doublé de graisse jaune que forme le bord supérieur de la vessie; un opérateur inexpérimenté fera bien de palper le péritoine au-devant des ciseaux pour s'assurer qu'il ne contient pas la vessie qu'on perçoit sous forme d'un épaissement.

b) **Latérales.** — Les laparotomies verticales latérales se font surtout sur le bord externe du muscle droit de l'abdomen.

En haut et à droite, pour accéder aux voies biliaires, au duodénum (fig. 68 A 4); en bas et à droite pour aborder le cæcum et l'appendice (voie de Jalaguier, (fig. 68 A. 5)); en haut et à gauche pour la rate, etc.

L'incision cutanée se fait un peu en dedans du bord externe du muscle grand droit.

Incision du feuillet antérieur de la gaine. — On se re-

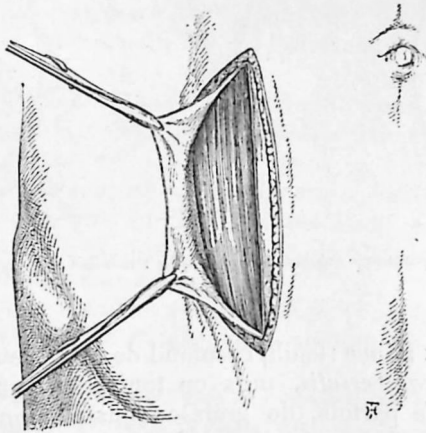


Fig. 71. — Laparotomie verticale latérale sous-ombilicale.
1° Incision du feuillet antérieur de la gaine du grand droit

porte un peu en dedans pour être sûr de tomber dans la gaine; et on incise franchement l'aponévrose de bout en bout (fig. 71); on libère le bord externe du muscle en dédolant au bistouri ou du plat des ciseaux, puis on le met sous un écarteur qui le récline en dedans.

Incision du feuillet postérieur et du péritoine. — A 2 centimètres en dedans du bord externe de la gaine, on incise le

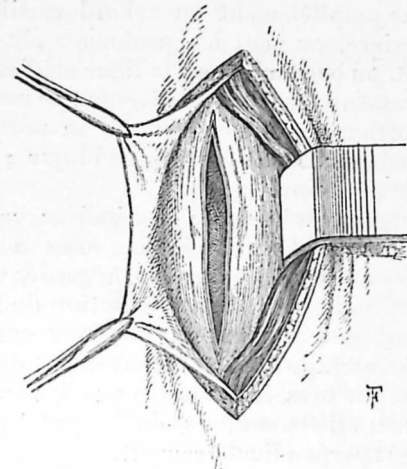


Fig. 72. — Laparotomie verticale latérale sous-ombilicale.
2° Incision du feuillet postérieur de la gaine du droit et du péritoine.

feuillet postérieur en se rappelant que le péritoine lui est presque toujours adhérent et qu'ainsi on ouvre presque toujours d'un seul coup les deux lames (fig. 72). Si l'on opère bas, il faut avoir soin d'éviter la blessure des vaisseaux épigastriques accolés à la paroi postérieure de la gaine.

L'inconvénient de ce mode de laparotomie, c'est qu'elle coupe fatalement les nerfs moteurs du muscle droit, filets des six derniers nerfs intercostaux, qui abordent ces muscles par étages, le long de leur bord externe. Or la section de ces nerfs abdominaux s'accompagne de paralysie et de dégénérescence du segment musculaire énérvé; d'où affaiblissement de la sangle musculaire et tendance à l'éventration dans les cas où l'incision atteint certaines dimensions.

B. — *Laparotomies obliques* (fig. 68. B).

a) **Obliques en bas et en dehors.** — Ce sont les incisions *sous-costales*, utilisées pour la chirurgie des hypochondres : foie et voies biliaires à droite (fig. 68 B. 1) ; rate, grosse tubérosité de l'estomac et angle colique à gauche (fig. 68 B 2).

On les mène parallèlement au rebord cartilagineux du thorax ; en arrière, on peut les prolonger plus ou moins loin ; en avant, au besoin jusqu'à la ligne médiane.

Elles intéressent les plans suivants : 1^o muscle grand oblique, sa portion charnue en dehors, sa portion aponévrotique en dedans ; 2^o muscle petit oblique ; 3^o muscle transverse ; 4^o péritoine.

Il faut avoir grand soin de ne pas inciser ces différents plans au ras du rebord cartilagineux, mais à deux, bons centimètres de ce rebord, de manière à garder une largeur de muscles suffisante pour la reconstitution de la paroi.

Ces incisions, qui donnent un bon jour sur les hypochondres, présentent le double inconvénient de sectionner en travers presque tous les muscles qu'elles traversent, et de couper tous les filets moteurs de la paroi abdominale, qu'elles croisent perpendiculairement.

b) **Obliques en bas et en dedans.** — Ce sont des laparotomies qu'on fait surtout en bas, sur les côtés, comme voies d'abord sur les fosses iliaques : cæcum et appendice à droite, incision de Mac Burney (fig. 68 B. 3). S iliaque à gauche (fig. 68 B. 4). Elles présentent cet avantage d'être parallèles aux filets nerveux, parallèles aussi aux fibres du muscle superficiel : le grand oblique ; quant aux muscles profonds, qu'elle aborde perpendiculairement à leur direction, s'il faut les inciser quand on a besoin de beaucoup de jour, il suffit pour bien des cas (appendicectomie, typhlostomie, sigmoïdostomie) de les dissocier : on ne nuit alors aucunement à la solidité de la paroi abdominale. Ces incisions seront décrites et figurées à propos des opérations ci-dessus désignées.

Les incisions obliques en bas et en dedans peuvent cependant être employées dans l'étage supérieur de l'abdomen ;

elles sont alors menées de l'ombilic au rebord cartilagineux costal qu'elles abordent perpendiculairement et qu'elles peuvent même, en cas de besoin, sectionner sans ouvrir la plèvre ; elles donnent un jour excellent sur les organes des hypochondres, sur la rate en particulier ; elles peuvent, sur des indications particulières, être prolongées dans un espace intercostal (voir plus bas : thoraco-laparotomies).

C. *Laparotomies transversales* (fig. 68 C.).

Elles jouissent depuis quelques années d'une grande faveur.

Nous ne parlerons pas des incisions transversales sous-ombilicales (type Pfannenstiel), qui ne comportent guère d'indications en dehors des opérations gynécologiques.

Mais l'incision transversale sus-ombilicale (type Spengel), combinée à l'hyperextension du tronc qui la rend béante, donne un jour considérable sur l'estomac et la face inférieure du foie.

Cette incision, qu'on peut faire à des niveaux différents suivant la région qu'on se propose d'aborder, sectionne soit un des muscles droits, soit les deux ; elle peut même, en cas de besoin, dépasser latéralement le bord externe du droit et empiéter sur le grand oblique par un court crochet externe correspondant à la direction des fibres de ce muscle.

Il faut toujours faire l'hémostase de l'épigastrique sur la tranche musculaire inférieure.

Ces incisions ne coupent aucun nerf et ne sont pas difficiles à réparer.

L'essentiel, au cours d'une laparotomie, est d'y voir clair. Si l'incision primitive ne donne pas un jour suffisant, il ne faut pas, par crainte d'une incision atypique, hésiter à brancher, sur une des extrémités de cette incision, un débridement perpendiculaire. Cette pratique est devenue courante en chirurgie gastrique : le plus souvent on commence par une laparotomie sus-ombilicale, et fréquemment, s'il s'agit d'une pylorectomie, on se donne du jour vers la droite en branchant sur l'extrémité inférieure de l'incision verticale une incision horizontale ; s'il s'agit d'accéder aux régions élevées de la

petite courbure, on branche sur l'extrémité supérieure de l'incision verticale une incision parallèle au rebord des fausses côtes gauches (incision en J renversé).

Il ne faut d'ailleurs pas exagérer l'importance du sens, de la direction des incisions en chirurgie abdominale : des chirurgiens différents emploient pour la même opération, et avec une aisance égale, des incisions différentes. Quand il s'agit d'ouvrir une cavité comme l'abdomen, le siège précis de l'incision n'a pas la même importance que dans la chirurgie des membres ou du cou, pour la découverte d'un nerf, d'une artère dans un interstice musculaire..... Toute incision est bonne qui, sans trop de délabrement, mène sur l'organe qu'on veut traiter. Il faut, autant que possible, éviter les incisions multiples et rapprochées ; si les incisions à deux branches, je veux dire angulaires, sont autorisées dans certains cas, il faut absolument rejeter les incisions « stellaires » à trois ou quatre branches qui sont effroyablement délabrantes, difficiles à réussir, et exposent au spachèle de la pointe des lambeaux.

II. — EXPLORATION DE L'ABDOMEN. MANŒUVRES INTRA-ABDOMINALES

Pour utiliser le mieux possible l'incision pratiquée, il est nécessaire de tirer en sens contraire ses deux lèvres au moyen d'écarteurs : les écarteurs autostatiques du genre de ceux de Ricard, de Gosset, présentent cet avantage d'économiser un aide parce qu'ils tiennent seuls en place ; les valves tenues par la main d'un aide présentent par contre l'avantage de pouvoir être orientées de manière différente suivant les besoins de tel ou tel temps opératoire.

Le chirurgien doit toujours placer lui-même ses écarteurs ; l'aide doit les tenir, s'il y a lieu, en écartant toujours du bec et en tâchant de conserver l'orientation qui leur a été donnée par la main du chirurgien.

Le chirurgien doit protéger son champ opératoire non seulement superficiellement par des champs en toile fixés aux lèvres de l'incision cutanée, mais encore dans la profondeur, en glissant et tassant sous la paroi abdominale de grandes compresses en tissu souple tout autour de la région sur laquelle il intervient.

De plus, il doit tâcher d'extérioriser autant que possible l'organe sur lequel il travaille.

Dans les opérations qui comportent l'ouverture d'une cavité du tube digestif, ces précautions doivent être poussées à l'extrême : l'estomac ou l'intestin qu'on incise devra être

entouré de toutes parts de compresses qu'on jettera si elles sont souillées dès que ce « temps septique » sera terminé.

Il est commode d'avoir à portée de la main un aspirateur puissant, monté sur un moteur ou tout simplement sur une conduite d'eau (trompe à eau) pour aspirer le contenu liquide et septique des cavités gastriques ou intestinales, des abcès et collections diverses que l'on peut rencontrer au cours d'une laparotomie.

Il faut avoir un jeu d'instruments spécial pour les temps septiques d'une opération, et on ne mélangera pas ces instruments avec les autres.

Il est bon de laver soigneusement les gants dans l'eau bouillie et dans l'alcool après les temps septiques, mais il faut aussi les essuyer avec une compresse sèche avant de les remettre dans la plaie ; le mieux, si l'on peut, est de changer de gants quand les temps septiques sont terminés.

Les grandes ablutions de la cavité péritonéale sont généralement inutiles, souvent nuisibles. Certains opérateurs ont l'habitude de verser un peu d'éther dans la plaie opératoire après l'exécution d'un temps septique : cette pratique ne semble pas nuisible ; mais si on s'y livre, il faudra se garder d'approcher le thermocautère, ou une flamme quelconque, du champ opératoire pendant tout le reste de l'opération ; c'est évident, mais il faut y penser.

Les moignons de ligature doivent être petits.

En chirurgie abdominale plus qu'en toute autre, il faut opérer avec douceur, éviter les mouvements brusques, les manœuvres brutales, les tractions forcées sur les organes, qui augmentent le shock et aggravent le pronostic opératoire dans des proportions considérables.

Avant de refermer le ventre, on devra s'assurer :

1° Que l'hémostase est parfaite : les hémorragies en péritoine libre ont peu de tendance à s'arrêter spontanément et ont des conséquences terribles.

2° Qu'il ne reste pas de surface cruentée : la péritonisation est aujourd'hui un dogme en chirurgie abdominale ; elle arrête les suintements hémorragiques, isole la grande cavité des contaminations plus ou moins septiques, et prévient la formation d'adhérences ; le tamponnement est un pis aller qu'on ne doit employer que dans le cas où la péritonisation est absolument impossible.

3° Enfin qu'on n'a oublié aucun instrument ni compresse dans la cavité abdominale : une pince placée au début de l'opération sur un petit vaisseau de la paroi peut rompre ce vaisseau et tomber dans l'abdomen : nous ne saurions trop recommander de faire l'hémostase définitive de la paroi avant de commencer les manœuvres intra-abdominales ; ainsi on évitera d'une part l'encombrement inutile du champ opératoire, d'autre part le risque de l'instrument « oublié dans le ventre ». Une compresse « s'oublie » plus facilement encore : une compresse imbibée de sang est difficile à voir dans un ventre à la fin de certaines opérations complexes ; il est bon de laisser toujours dépasser les compresses de protection, au besoin de placer une pince sur la partie qui dépasse ; et surtout de s'habituer, et d'habituer son aide, à ne jamais déposer une compresse sur le champ opératoire, ou à son voisinage ; la compresse doit éponger et, immédiatement après,

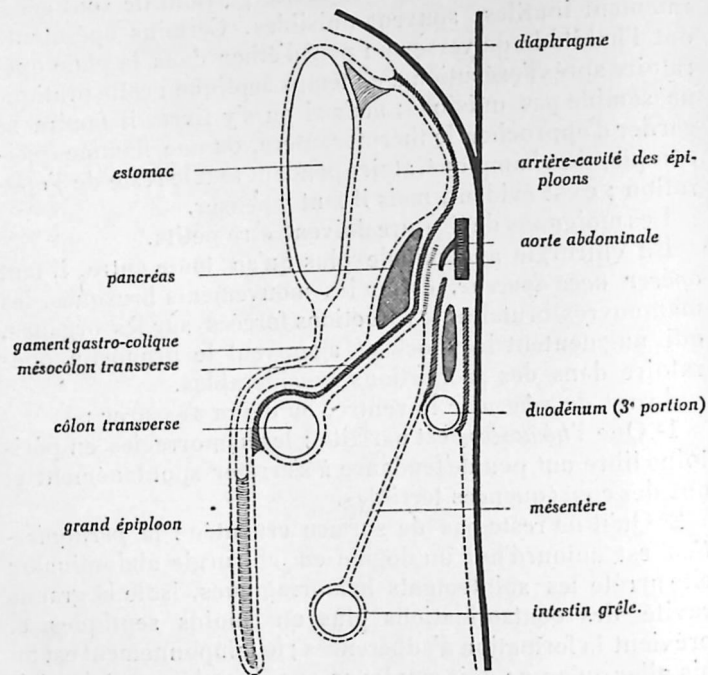


Fig. 73. — Coupe schématique sagittale de l'abdomen, pour montrer la disposition du péritoine. (D'après Descomps.)

être jetée dans un récipient placé aux pieds des opérateurs. Il y a là une discipline qu'il faut à tout prix observer et imposer à ses assistants, sous peine de lourdes bévues.

Nous ne saurions indiquer dans ce chapitre d'ensemble toutes les manœuvres d'exploration qui peuvent être nécessaires au cours d'une

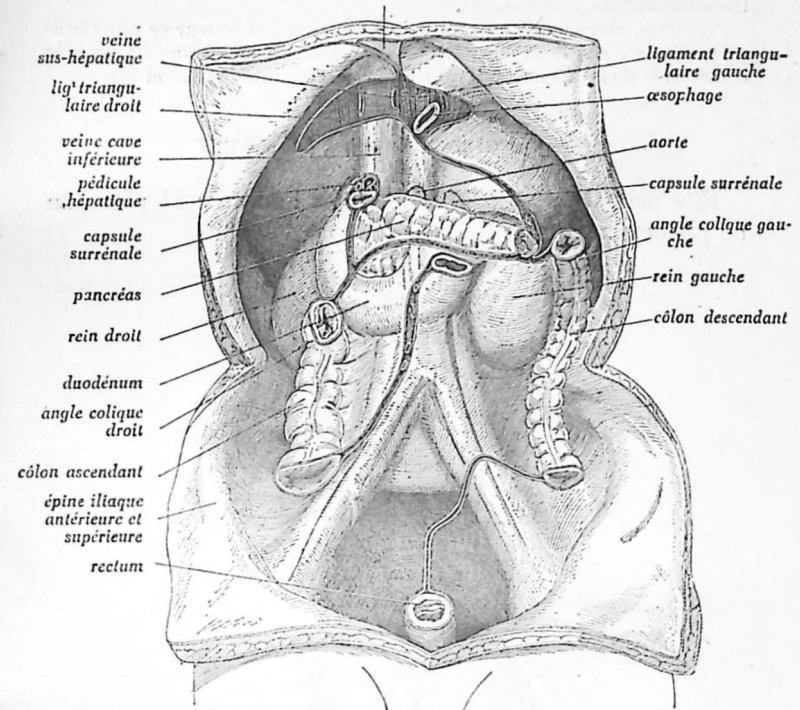


Fig. 74. — La paroi abdominale postérieure vue par en avant ; tous les organes non « accolés » ont été enlevés ; on retrouvera sur cette figure la section de leur méso. (P. Descomps.)

laparotomie : elles seront étudiées en détail à propos de chaque opération.

Pour en donner une vue d'ensemble, il faudrait exposer toute l'anatomie de l'abdomen et particulièrement la disposition du péritoine ; pour en saisir le sens, il serait nécessaire de conter l'évolution de l'anse intestinale primitive, de ses mésos, des glandes qui s'y développent. Nous renvoyons pour ces notions indispensables aux traités d'anatomie topographique et descriptive.

Nous signalerons cependant l'intérêt qui s'attache à l'étude des zones

accolées du péritoine¹, qui, depuis une vingtaine d'années, a été l'objet des applications chirurgicales les plus intéressantes : le décollement opératoire des zones fixées des côlons, du duodénum, du grand épiploon, a fait naître une série de techniques nouvelles en permettant de mobiliser et d'extérioriser sans danger des segments intestinaux fixés (duodénum, côlons ascendant et descendant), de s'ouvrir à peu de frais un jour nouveau sur des régions d'accès difficiles (face postérieure de l'estomac, tête du pancréas, cholédoque).

Peut-être, au cours de la lecture de cet ouvrage, le lecteur se reportera-t-il volontiers aux deux figures ci-contre, qui donnent une bonne idée d'ensemble de la disposition du péritoine abdominal (fig. 73 et 74).

III. — FERMETURE DE LA PAROI

Elle peut se faire de deux manières : en un seul plan, ou en plusieurs.

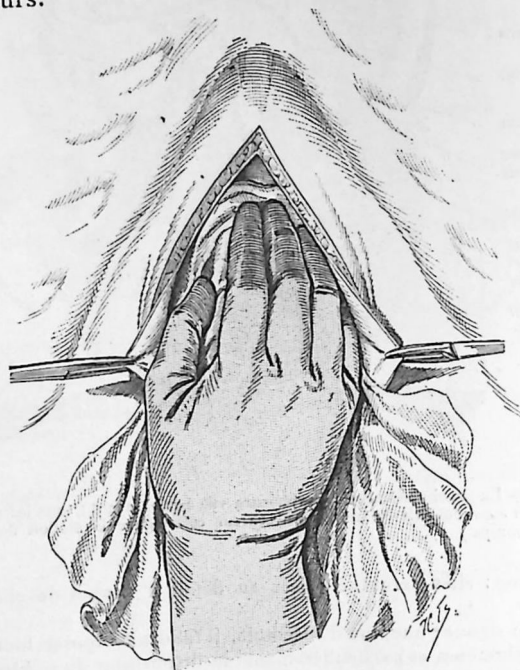


Fig. 75. — Fermeture de la paroi en un seul plan : 1° On place à plat sur les anses intestinales un champ de toile ou de gaze à plat sur les anses intestinales ou sur le grand épiploon qui les recouvre ; on « borde » les bords de ce champ sous les lèvres de la plaie.

1. Voir les zones accolées du péritoine Leur décollement opératoire. Pierre Descomps, *Revue de Chirurgie*, LX, 1922, n° 7, p. 451.

A. En un seul plan. — C'est un procédé d'exécution rapide, et qui donne de bons résultats. Il est particulièrement indiqué pour terminer vite une opération longue, surtout si le malade commence à se réveiller, et « pousse » ses anses intestinales au dehors.

Les deux lèvres du péritoine étant repérées au moyen de

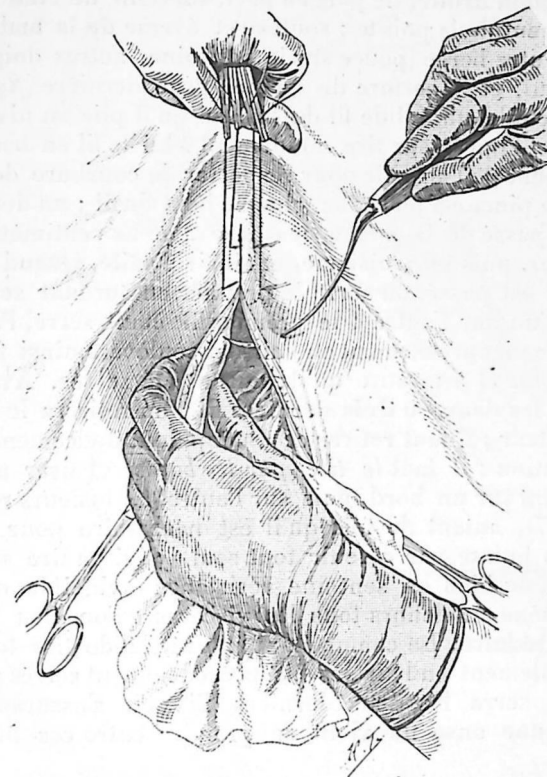


Fig. 76. — 2° Passage des fils ; remarquer la main de l'aide qui soulève la paroi au moyen des deux fils déjà passés ; la main gauche de l'opérateur qui soulève et éverse la paroi pour la présenter à l'aiguille.

deux pinces, on place un champ de toile ou de gaze à plat sur les anses intestinales ou sur le grand épiploon qui les recouvre ; on « borde » les bords de ce champ sous les lèvres de la plaie (fig. 75) ; si le malade pousse, l'aide pose

une main sur le champ pour maintenir les anses. L'opérateur doit commencer la suture par la partie supérieure de l'incision¹ ; soulevant et éversant de la main gauche la lèvre de l'incision qui est le plus près de lui (index sur le péritoine, pouce sur la peau), il traverse cette lèvre, peau première, avec la grande aiguille de Doyen courbe tenue de la main droite, de part en part, surveillance de l'œil le cheminement de la pointe ; soulève et éverse de la main gauche l'autre berge (pouce sur le péritoine, autres doigts sur la peau), et la perfore de même, peau dernière (fig. 76) ; l'aide enfle un solide fil de bronze qu'il plie au niveau du chas, et l'opérateur tire rapidement à lui le fil en basculant le manche de l'aiguille pour respecter la courbure de celle-ci ; une pince est placée sur chaque bout du fil ; un deuxième fil est passé de la même manière à deux centimètres du premier, puis un troisième, et ainsi de suite. Quand le dernier fil est passé, on serre le premier en tordant ses deux chefs l'un sur l'autre ; le premier fil étant serré, l'aide le soulève vigoureusement en l'air, et soulèvera ainsi tous les fils au fur et à mesure qu'ils auront été serrés. Avant de serrer les deux ou trois derniers fils, on retirera le champ protecteur ; il faut retirer ce champ tout doucement, avec précaution : il faut le tirer par les bords, et tirer alternativement sur un bord, puis sur l'autre, à plusieurs reprises (fig. 77), autant de fois qu'il est nécessaire pour que le champ finisse par « venir tout seul » ; si on tire « par le bout », ou bien on sent une résistance invincible, ou bien on amène au dehors tous les viscères qu'on a eu tant de mal à réduire. Le champ étant enlevé, l'aide tire toujours verticalement en l'air les fils précédemment serrés ; l'opérateur serre les deux derniers fils en s'assurant bien qu'aucune anse ne vient se prendre entre ces fils et la paroi.

On obtiendra d'emblée un bon affrontement, si on a eu soin de prendre dans chaque point peu de peau, beaucoup de muscle, et peu de péritoine. Si l'affrontement cutané laisse à désirer, on le parfera au moyen de quelques points intermédiaires au fil de lin passés dans la peau.

1. S'il commençait par la partie inférieure, il devrait, en terminant, enlever le champ par la partie supérieure, et risquerait d'attirer au dehors le grand épiploon retourné.

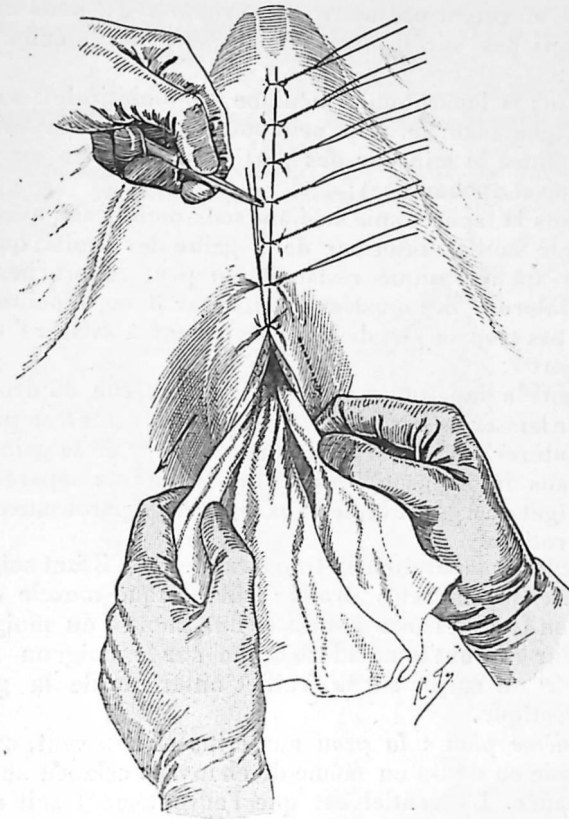


Fig. 77. — 3^e Manière d'enlever le champ avant la mise en place des derniers fils : tractions alternatives sur les bords.

B. En plusieurs plans. — Le premier plan, c'est le péritoine, qu'on suture par un surjet de catgut n° 0 à points assez rapprochés, et que l'aide ne doit pas laisser détendre un seul instant. En même temps que le péritoine, on prend généralement le *fascia transversalis* dans les laparotomies sous-ombilicales.

Le deuxième plan est aponévrotique, ou musculo-aponévrotique, suivant la variété de laparotomie. On peut le reconstituer par un surjet ou, plus sûrement, par des points

séparés, au catgut ordinaire ou chromé n° 2; nous ne reviendrons pas sur la nécessité de faire des nœuds corrects¹ :

a) Dans la laparotomie médiane sus-ombilicale : suture de la ligne blanche. (On peut même sans inconvénient, étant donnée la minceur des parties, prendre en un plan péritoine et aponévrose);

b) Dans la laparotomie médiane sous-ombilicale, avant de suturer le feuillet antérieur de la gaine des droits, qui est le plan aponévrotique résistant, on peut rapprocher les bords internes des muscles droits par 3 ou 4 points de suture pas trop serrés, destinés seulement à effacer l'« espace mort »;

c) Dans la laparotomie sur le bord externe du droit, il suffit de laisser ce bord externe du droit revenir à sa place, et de suturer devant lui le feuillet antérieur de sa gaine;

d) Dans les laparotomies obliques, points séparés de gros catgut chargeant toute l'épaisseur de la paroi musculo-aponévrotique;

e) Dans les laparotomies transversales : 1° il faut soigner la suture des muscles droits : sur chaque muscle deux points en U dont l'anse embrasse une moitié du moignon supérieur et dont le nœud se ferme sur le moignon inférieur; 2° un surjet sur le feuillet antérieur de la gaine aponévrotique.

Troisième plan : la peau aux crins si l'on veut, ou au fil de soie ou de lin ou même de chanvre : cela n'a aucune importance. L'essentiel est que l'affrontement soit exact et que les points soient assez rapprochés. Il ne faut pas oublier que la peau est la plus solide des couches qui constituent la paroi abdominale.

Si on draine, drainer au déclave, et fixer le drain à la peau par un point de suture.

Beaucoup de chirurgiens, pour combler l'espace mort et éviter la formation d'hématomes, emploient, pour les laparotomies de quelque étendue, sous-ombilicales surtout, le procédé suivant, qui est très recommandable : le péritoine seul étant fermé, on passe dans la peau, l'aponévrose, les muscles, 4 ou 5 fils solides (gros crin ou bronze), assez espacés, qu'on ne noue pas immédiatement; on suture comme d'ordinaire le plan musculo-aponévrotique, puis la peau; alors seulement on noue

1. Voir page 3.

lesdits crins ou fils de bronze sur un rouleau de gaze appliqué sur la ligne de suture; ces fils profonds peuvent être enlevés au bout de 4 ou 5 jours.

LAPAROTOMIES « ÉLARGIES ». THORACO-LAPAROTOMIES

L'abord des organes placés dans les hypochondres est particulièrement difficile; les laparotomies ordinaires donnent parfois un jour

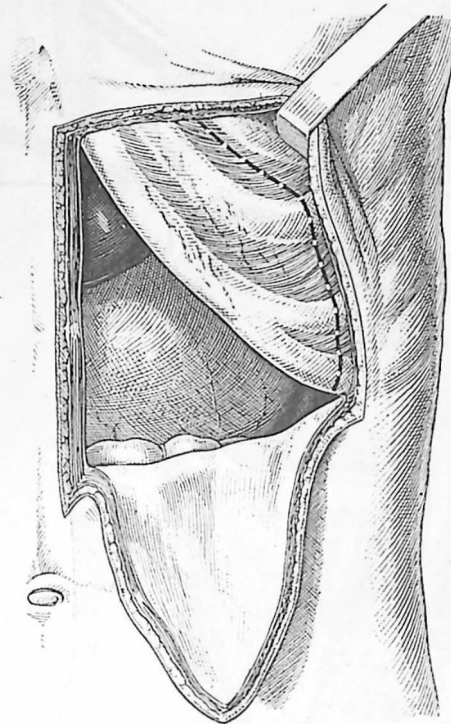


Fig. 78. — Laparotomie élargie par résection définitive du rebord costal (technique d'Auvray) : 1° tracé de l'incision. (D'après Tuffier et Roux-Berger.)

insuffisant sur la convexité du foie, la région du cardia, de la grosse tubérosité de l'estomac et même de la rate.

On peut, dans ces cas difficiles, se donner du jour vers le haut, soit en sectionnant purement et simplement le rebord costal, comme nous l'avons déjà noté; soit en réséquant définitivement ou temporairement ce rebord costal, sans ouvrir la plèvre; soit en prolongeant dans

un espace intercostal l'incision abdominale, et en sectionnant non seulement le rebord cartilagineux du thorax, mais encore les attaches du diaphragme à ce rebord, et au besoin en ouvrant la plèvre, transformant la laparotomie en laparo-thoraco-phrénotomie.

A. Résection définitive du rebord costal (technique d'Auvray)¹. — La laparotomie médiane sus-ombilicale

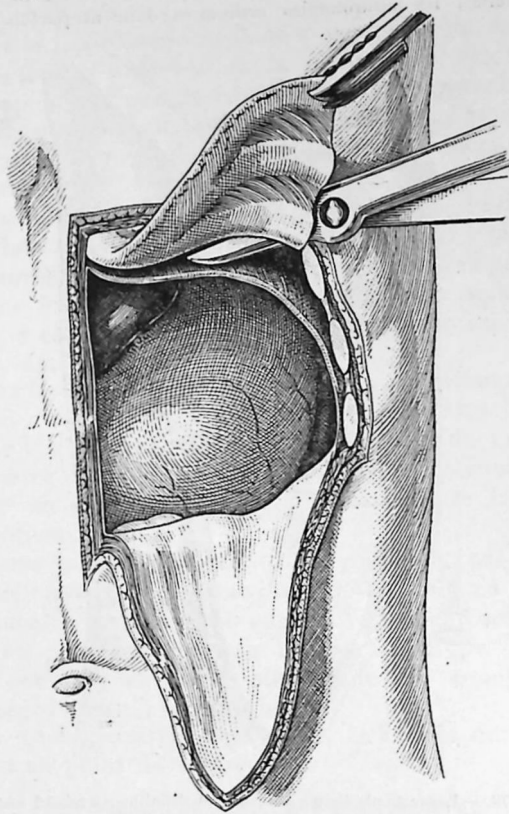


Fig. 79. — Laparotomie élargie par résection définitive du rebord costal (technique d'Auvray) : 2° résection des 7^e, 8^e et 9^e cartilages. (D'après Tuffier et Roux-Berger.)

étant reconnue insuffisante, on branche sur son extrémité supérieure une incision oblique le long du bord inférieur

1. Auvray, Congrès français de Chirurgie, 1899-1903.

du thorax ; on découvre le rebord cartilagineux, on libère son bord inférieur en désinsérant le transverse et le diaphragme, et on repousse du doigt le cul-de-sac pleural ; après quoi on peut réséquer très largement 2 ou 3 cartilages (9^e, 8^e, 7^e) sans craindre d'ouvrir la cavité pleurale (fig. 78 et 79).

B. Résection temporaire du rebord costal (technique Baudet¹-Navarro²). — On fait une incision en U dont la

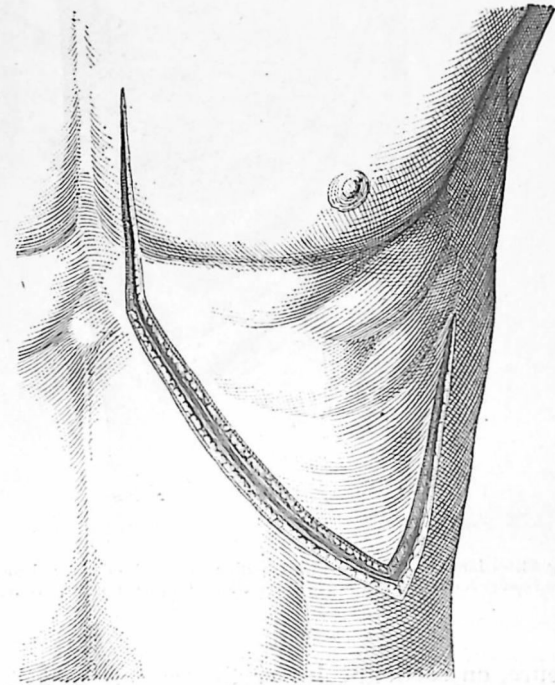


Fig. 80. — Laparotomie élargie par résection temporaire du rebord costal (technique Baudet-Navarro) : 1° tracé de l'incision. (D'après Tuffier et Roux-Berger.)

branche antérieure verticale est sur l'appendice xiphoïde, la branche postérieure sur la ligne axillaire antérieure, la

1. Baudet, *Le Médecin praticien*, 3 et 10 septembre 1907. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1^{er} février 1911.

2. Navarro, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 7 décembre 1910.

branche inférieure oblique à un travers de doigt au-dessous du rebord costal (*fig. 80*). Cette incision intéresse toutes les parties molles, y compris le péritoine; dans sa branche

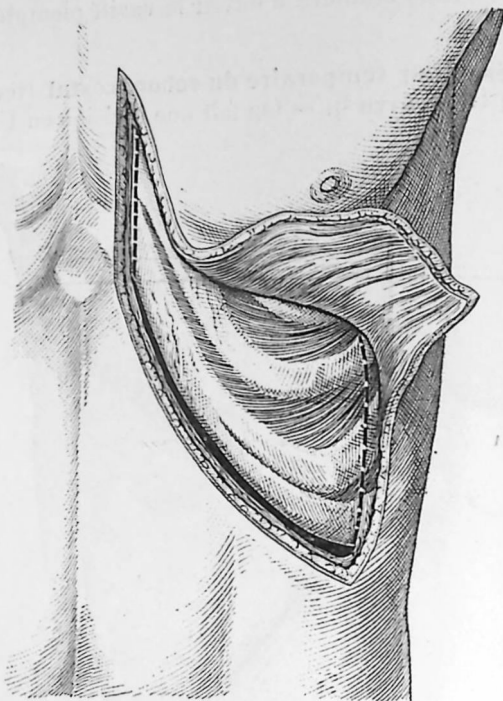


Fig. 81. — Laparotomie élargie par résection temporaire du rebord costal (technique Baudet-Navarro) : 2^e tracé de la résection. (D'après Tuffier et Roux-Berger.)

antérieure, on sectionne les cartilages costaux à 2 centimètres du bord sternal; dans sa branche postérieure on sectionne les côtes (*fig. 81*). Habituellement, il suffit de couper les trois côtes les plus inférieures du rebord pour pouvoir mobiliser un lambeau qu'on récline en haut et qui découvre parfaitement l'hypochondre (*fig. 82*). Pour reconstituer la paroi, il n'est pas nécessaire de suturer les côtes, il suffit de réunir les tissus au-dessus et au-dessous de chaque côte par un fil qui rase la côte.

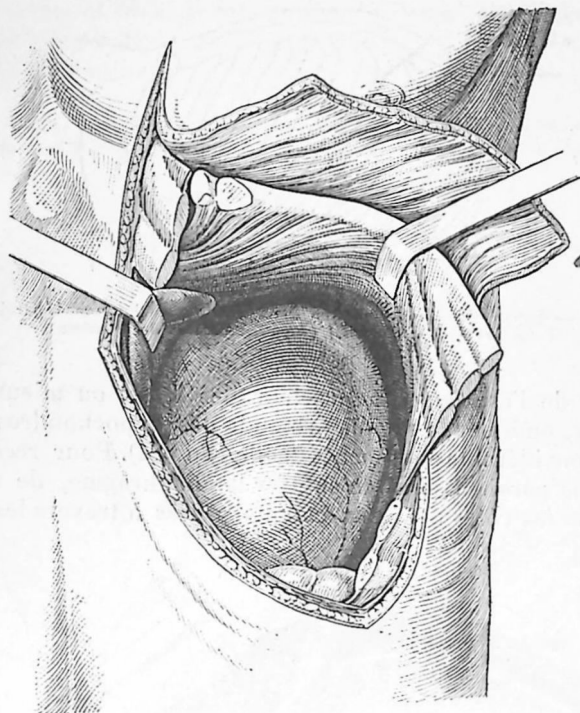


Fig. 82. — Laparotomie élargie par résection temporaire du rebord costal (technique Baudet-Navarro) : 3^e le jour obtenu. (D'après Tuffier et Roux-Berger.)

C. Laparo-thoraco-phrénotomie (technique Ans. Schwartz et Jean Quénu)¹. — Incision dans le 6^e espace intercostal (cardio-œsophage), ou le 7^e (grosse tubérosité de l'estomac à gauche, convexité du foie à droite), le 8^e ou 9^e (rate, angles coliques), prolongée au delà du rebord thoracique sur l'abdomen jusqu'à la ligne blanche (*fig. 83*); cette incision ouvre franchement l'abdomen et la cavité pleurale, sectionne le rebord cartilagineux du thorax et le diaphragme. Elle peut être exécutée en moins d'une minute, au bistouri. Après mise en place, dans la partie infé-

1. Ans. Schwartz et Jean Quénu, *Paris médical*, 21 février 1920, p. 149, et Jean Quénu, *Thèse*, Paris, 1920.

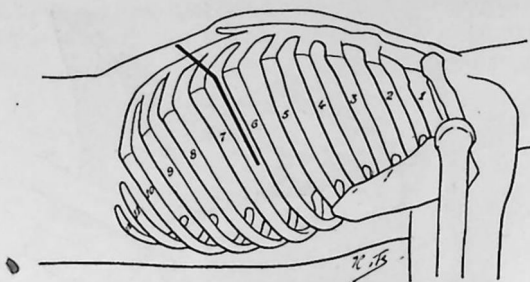


Fig. 83. — Laparo-thoraco-phrénotomie dans le 6° espace intercostal gauche. — Tracé de l'incision (schéma). (Ans. Schwartz et Jean Quénu.)

rieure de l'espace, d'un écarteur de Gosset ou mieux de Tuffier, on a sur la région profonde des hypochondres un jour considérable et un accès facile (fig. 84). Pour reconstituer la paroi, il suffit de suturer le diaphragme, de rapprocher les côtes par deux catguts passés à travers les es-

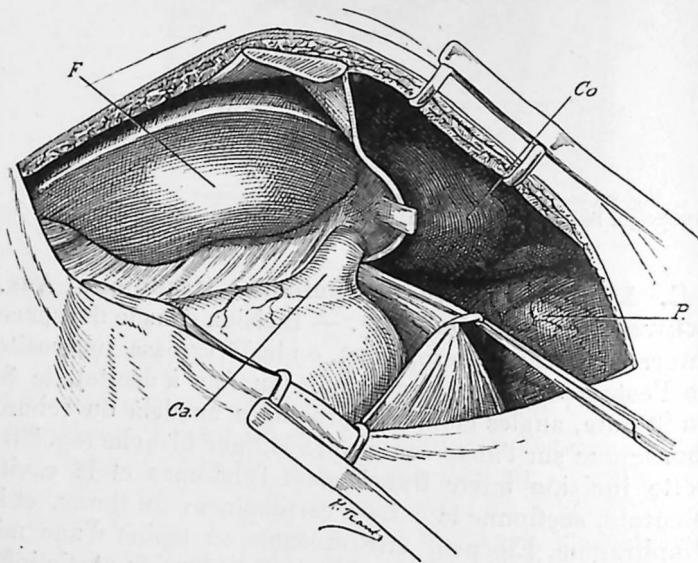


Fig. 84. — Laparo-thoraco-phrénotomie dans le 6° espace intercostal gauche. — L'abdomen, le thorax sont ouverts; le diaphragme est incisé depuis le rebord costal jusqu'à l'orifice œsophagien. On voit au-dessus de lui le poumon P, et la saillie du cœur dans le péricarde Co; au-dessous le lobe gauche du foie F et le cardia Ca. (Ans. Schwartz et Jean Quénu.)

paces sus et sous-jacents et prenant point d'appui sur les côtes elles-mêmes, et de suturer la paroi intercostale et la paroi abdominale.

Si l'on veut éviter le pneumothorax, il est facile, dès qu'on a ouvert l'abdomen et avant d'attaquer le thorax, d'introduire dans la plaie abdo-

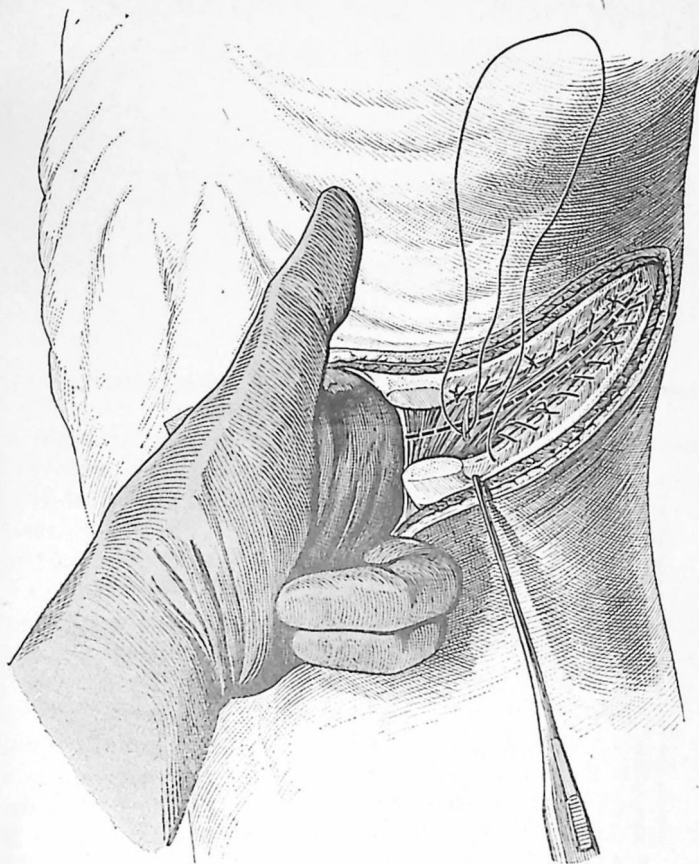


Fig. 85. — Laparo-thoraco-phrénotomie. Manière d'ourler le diaphragme, avant de l'inciser, aux muscles intercostaux, pour éviter le pneumothorax. (Costantini.)

minale le médius et l'index de la main gauche qui, écartés, plaquent étroitement le diaphragme contre la paroi costale de part et d'autre de

l'espace qu'on se propose d'inciser. Après avoir incisé l'espace, mais avant d'inciser le diaphragme, on unit celui-ci aux muscles intercostaux coupés par un surjet serré mené sur la lèvre supérieure, l'angle postérieur et la lèvre antérieure de l'incision (fig. 85)¹.

1, Costantini, *Journal de Chirurgie*, août 1921, t. XVIII, n° 2, p. 130.

DEUXIÈME PARTIE

OPÉRATIONS SUR L'ESTOMAC ET SUR L'INTESTIN

1^{re} SECTION

SUTURES ET ANASTOMOSES

CHAPITRE PREMIER

SUTURES

I. — SUTURES SUR L'ESTOMAC ET SUR L'INTESTIN GRÈLE

Matériel de suture. — Les aiguilles. — Quand il faut travailler dans la profondeur, on se sert soit de la petite aiguille de Reverdin courbe, soit de l'aiguille courbe montée sur un porte-aiguille.

Quand on peut extérioriser l'organe sur lequel on travaille, l'aiguille de couturière ne présente que des avantages : elle ne passe qu'une fois dans le trou qu'elle a creusé ; elle n'accroche pas, elle perce un orifice de diamètre à peine supérieur à celui du fil qu'elle entraîne ; son usage permet à l'opérateur de tendre lui-même son fil, s'il fait un surjet.

Une bonne aiguille est creusée sur son talon de deux gorges latérales où le fil s'efface (fig. 86). Certaines aiguilles ont de plus un chas ogival large du côté de la pointe, ce qui les rend faciles à enfiler, étroit du côté du talon : le fil

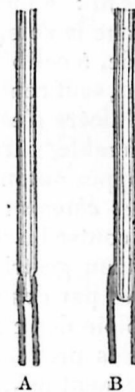


Fig. 86. — Avec l'aiguille ordinaire B le fil forme sur les parties latérales du chas une saillie qui accroche les tissus. Cette saillie n'existe pas avec l'aiguille à chas aplati A. (Cunéo.)



Fig. 87. — Aiguille à talon évidé et à chas ogival ; le fil ne reste pas au milieu du chas ; il va se coincer dans la partie étroite postérieure : dès lors il ne pourra plus défilier.

s'y coince et ne risque pas de se défilier au cours de l'opération ; c'est un dispositif précieux, très supérieur au chas fendu qui ne présente que le premier de ces avantages, et s'abîme rapidement à l'usage (fig. 87).

Il existe de très bonnes aiguilles qui ont sur leur moitié antérieure une section triangulaire : elles piquent mieux que les aiguilles ordinaires à section circulaire et pénètrent sans effort dans les tuniques résistantes (estomac) ; mais elles ont l'inconvénient de couper par leurs bords acérés, ce qui contre-indique leur emploi dans les organes à parois plus minces, le côlon par exemple.

Le *dé* est extrêmement utile : de ordinaire, dé de couturière, dé annulaire de tailleur, dé chinois à diamètre variable. Non seulement il pousse l'aiguille

et protège le gant, mais encore et surtout il oriente l'aiguille.

Le fil : le meilleur est le fil de lin ; il n'est pas rêche comme la soie, il est plus souple que le catgut, et plus solide, à calibre égal. C'est le lin qu'on emploiera couramment, sauf contre-indication particulière : pour la chirurgie de l'ulcère d'estomac, il semble bien que le catgut fin soit préférable, parce que résorbable (cas d'ulcus peptiques développés autour de fils de suture non résorbables).

Les clamps : il est bon, dans certains cas, de se protéger contre l'issue possible, par l'ouverture qu'on suture, du contenu gastrique ou intestinal : pour ce faire, on peut isoler par des clamps le segment sur lequel on opère ; on emploie des clamps à mors souples qui ne meurtrissent pas les organes ; il faut les placer à distance pour qu'ils ne gênent pas.

Principes de couture. — « Il faut adopter les méthodes de travail employées en couture, si l'on veut faire de la chirurgie intestinale correcte. Le principe fondamental est de *bâtir* son travail : une couturière commence toujours

par bâtir son ouvrage soit avec des points très larges, soit avec des épingles. Le chirurgien doit bâtir, soit avec des fils d'appui, soit avec ses épingles qui sont les pinces de Chaput. De plus en plus, j'emploie des fils d'appui, les pinces étant trop traumatisantes, surtout pour le gros intestin ; il faut les déplacer chaque fois qu'on les croise avec le surjet ; elles encombrant le champ opératoire. Pour qui sait faire les nœuds de la main gauche, sans lâcher son

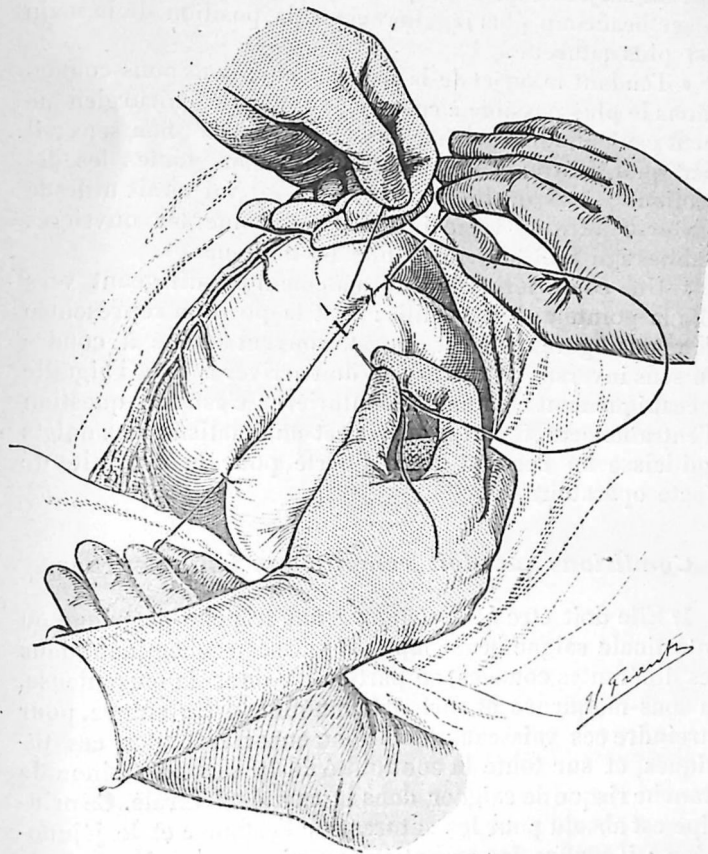


Fig. 88. — La manière de coudre correctement. — L'aide tend les fils d'appui, de ses mains posées à plat sur la paroi abdominale. — L'opérateur coud de gauche à droite, il tend son surjet de la main gauche, et du médius droit coiffé d'un dé il pousse vers soi la pointe de l'aiguille.

aiguille, c'est l'affaire de quelques secondes de placer un fil d'appui. » (Toupet.)

L'aide doit tendre régulièrement les fils d'appui, de ses mains posées à plat sur la paroi abdominale, et présenter l'ouvrage, autant que possible, dans une direction parallèle au plan frontal de l'opérateur (fig. 88).

« Autre principe de couture qui n'est pas sans importance : il vaut mieux coudre de gauche à droite quand on fait un surjet ou un point passé (point de feston) ; le fil se place beaucoup plus régulièrement, la position de la main est plus naturelle.

« Pendant le surjet de la main gauche, nous nous conformons le plus possible à cette règle ; mais le chirurgien ne peut pas toujours tourner son étoffe dans le bon sens ; il faut qu'il s'entraîne à manier l'aiguille dans toutes les directions ; dans quelques cas même, il lui serait utile de savoir coudre de la main gauche, comme les ouvrières habiles qui font toujours le filet des deux mains.

« Une couturière coud normalement en dirigeant vers elle la pointe de son aiguille : c'est la position représentée dans nos figures. On est du reste souvent amené à coudre en sens inverse. Le chirurgien doit arriver à tirer l'aiguille mécaniquement comme une couturière ; c'est une question d'entraînement, il faut acquérir cet automatisme des doigts qui laisse au cerveau toute liberté pour la conduite de l'acte opératoire »¹.

Conditions que doit remplir une bonne suture.

1° Elle doit être *hémostatique* ; une tranche gastrique ou intestinale saigne beaucoup : les vaisseaux cheminent dans les différentes couches, en particulier dans la musculuse, la sous-muqueuse et surtout la muqueuse. La suture, pour êtreindre ces vaisseaux, doit donc enserrer toutes ces tuniques, et sur toute la continuité de la section ; sinon la tranche risque de saigner dans la cavité viscérale. Ce principe est absolu pour les sutures sur l'estomac et le jéjunon ; il souffre des exceptions au niveau du côlon, de la

¹ Toupet, Technique des anastomoses intestinales. *Journal de Chirurgie*, t. XVIII, p. 41.

première portion du duodénum, qui sont pauvrement vascularisés.

2° Elle doit être *hermétique*, c'est-à-dire qu'elle doit réaliser l'étanchéité immédiate et absolue aux liquides et aux gaz, même sous une certaine pression.

3° Elle doit être *isolante*, c'est-à-dire qu'une fois la suture terminée on ne doit apercevoir extérieurement ni muqueuse, ni fil ayant traversé cette muqueuse et par conséquent septique ; autrement dit, on ne doit voir qu'une couverture séreuse affrontée par des fils qui ne soient pas perforants.

Enfin, elle doit conserver à l'intestin un calibre suffisant.

Technique des sutures.

Beaucoup de modes de sutures réalisent les trois conditions requises ; nous ne pouvons songer à les décrire toutes.

Le surjet est à tous les points de vue préférable aux

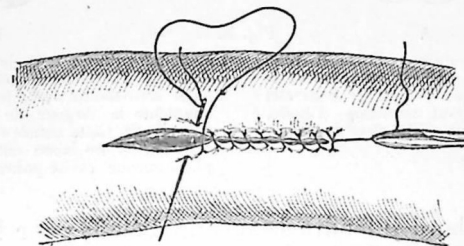


Fig. 89. — Une suture médiocre ; la muqueuse se montre entre les points du surjet.

points séparés : il est plus rapide à exécuter, plus hémostatique et plus hermétique ; il ne rétrécit pas si on a soin de le mener sur des bords tendus à leurs deux extrémités par des pinces de Chaput ou des fils d'appui.

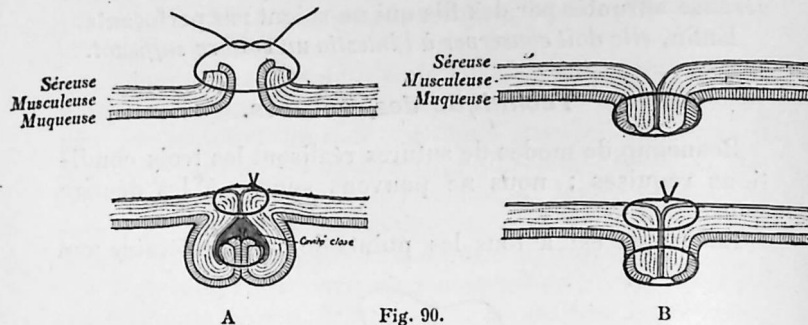
Les points du surjet doivent être assez rapprochés (3 à 4 mm.).

Le surjet ordinaire, dit du pelletier, est excellent.

Il faut faire : 1° un *surjet total* comprenant toutes les tuniques intestinales ; 2° un *surjet séro-séreux* qui recouvre et enfouisse les fils (septiques) du surjet précédent.

Comment faire le surjet total ? La manière la plus

facile, et la moins bonne, est bien celle qui consiste à piquer successivement : 1° séreuse, musculuse et muqueuse d'une lèvre ; 2° muqueuse, musculuse et séreuse de l'autre ; un surjet ainsi mené réalisera un affrontement muco-muqueux, c'est-à-dire que la muqueuse septique et exubérante, qui n'a que trop tendance à s'extérioriser, va se montrer sous et entre tous les points du surjet (*fig. 89*) ; on aura beau enfouir ce bourrelet muqueux sous un deuxième surjet séro-



A Une mauvaise suture : le surjet total affronte deux surfaces muqueuses ; le surjet séro-séreux enfouit le bourrelet muqueux ; il faut beaucoup d'étoffe, et il existe une cavité close septique.

B Fig. 90.

Une bonne suture : le surjet total réalise d'emblée l'adossement séro-séreux ; le surjet séro-séreux cache le précédent et augmente la largeur de l'adossement séro-séreux. Cette suture « mange » peu d'étoffe, et ne laisse entre ses deux plans aucune cavité pouvant s'infecter.

séreux : d'abord il faudra beaucoup d'étoffe pour l'enfouir, ensuite on créera ainsi entre les deux surjets une véritable *cavité close* qui pourra être le siège de petits abcès, l'origine de désunions fâcheuses (*fig. 90 A*). Il faut bien dire cependant que c'est une technique encore assez couramment employée : sur l'estomac et l'intestin grêle, elle est seulement médiocre, étant donnée la faible septicité de ces segments ; au niveau du côlon, elle est à déconseiller formellement ; là et ici on peut faire mieux.

Le bon surjet total est celui qui réalise d'emblée l'adossement séro-séreux (*fig. 90 B*). Comment réaliser cet adossement ?

Il est un moyen extrêmement simple, c'est de piquer les différentes tuniques dans un ordre inverse à l'ordre cité tout à l'heure, c'est-à-dire : 1° muqueuse, musculuse séreuse d'une lèvre. 2° séreuse, musculuse, muqueuse de

l'autre lèvre, en nouant le premier point et en serrant les autres dans l'intérieur de la cavité gastrique ou intestinale. C'est ce que l'on fait couramment lorsqu'on fait le surjet

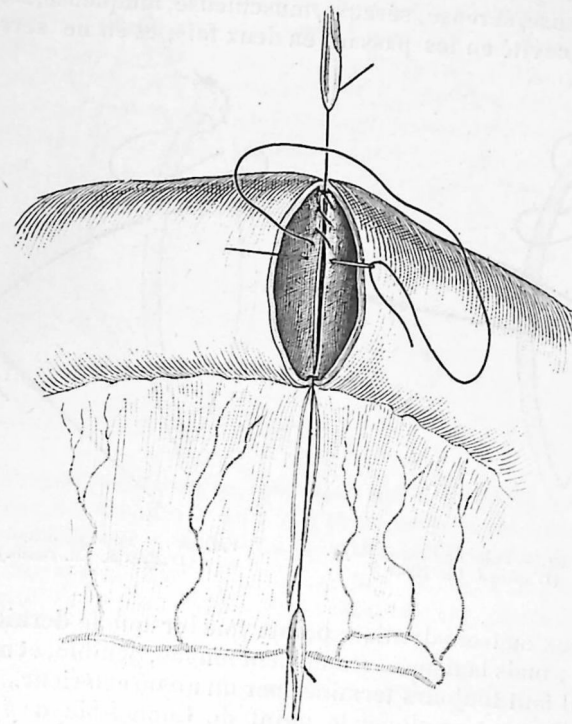


Fig. 91. — Manière de réaliser le bon surjet total : l'aiguille pique la muqueuse en premier et en dernier, chaque point est serré dans la cavité intestinale ; l'adossement séro-séreux se trouve d'emblée réalisé.

« total postérieur » d'une anastomose, sur la demi-circonférence postérieure, ou sur les deux tiers postérieurs (*fig. 91*). Mais il arrive un moment où le passage des fils dans cet ordre, le serrage dans la cavité devient de plus en plus difficiles, quand on arrive au tiers antérieur, parce que l'orifice d'accès dans la cavité devient de plus en plus petit à mesure que la suture avance ; on se trouve alors dans les conditions d'une plaie étroite, longue de 2 à 3 centimètres ;

comment la suturer en tâchant malgré tout de réaliser cet affrontement séro-séreux ?

Il existe plusieurs moyens :

a) On peut continuer à passer des points muqueuse, musculuse, séreuse, séreuse, musculuse, muqueuse, serrés dans la cavité en les passant en deux fois, et en ne serrant

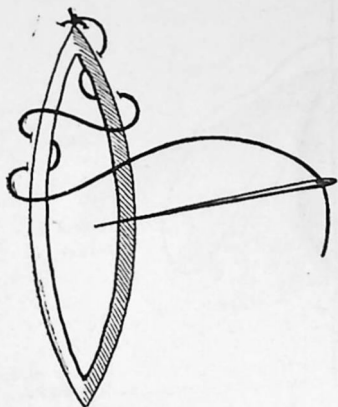


Fig. 92. — Point de Connel-Mayo. (D'après J. Ch. Bloch.)

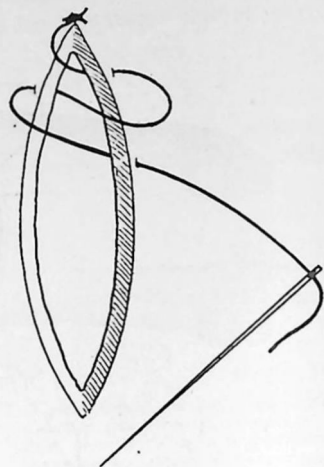


Fig. 93. — Point de Schmieden. (D'après J. Ch. Bloch.)

les deux ou trois derniers points que lorsque le dernier est passé ; mais la manœuvre devient longue, pénible, et malgré tout il faut toujours terminer par un nœud extérieur.

b) On peut employer le point de Connel-Mayo (fig. 92), le point de Schmieden (fig. 93), le point de Schmieden modifié par Cunéo (fig. 94), le point mixte (fig. 95)¹ ; ces quatre points, très ingénieux, réalisent l'inversion de la muqueuse, mais ils nous semblent aussi difficiles à mener jusqu'au bout que le précédent ; de plus les trois derniers nous semblent passibles de ce reproche, peut-être théorique, que le fil se trouve à un moment donné interposé entre les deux surfaces à réunir, et réalise un drainage filiforme en miniature.

1. J.-Ch. Bloch, Une technique d'anastomose intestinale termino-latérale. *Journal de Chirurgie*, t. XXI, n° 3, mars 1923, p. 300-301.

c) Nous recommandons le procédé de Toupet dont l'originalité consiste, non pas dans le tracé du surjet, qui est le surjet ordinaire, mais tout simplement dans l'inversion



Fig. 94. — Point de Schmieden croisé. (Procédé de M. Cunéo. D'après J. Ch. Bloch.)

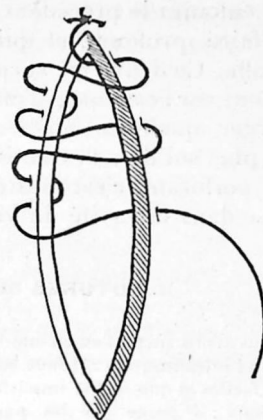


Fig. 95. — Point mixte. (D'après J. Ch. Bloch.)

préalable de la muqueuse, inversion réalisée tout bonnement par deux fils d'appui : soit une plaie intestinale à suturer, ou ce qui revient au même un dernier tiers de circonférence dans une anastomose. Placer un peu au delà de chaque extrémité de la plaie un fil d'appui séro-séreux, prenant bien soin, en le nouant, d'inverser la muqueuse, au besoin avec une pince à disséquer ; les deux points noués et tendus par un aide, les tranches muqueuses n'ont plus aucune tendance à sortir : « Les lèvres intestinales sont bien tendues et parallèles à l'opérateur ; l'aiguille pique la lèvre éloignée, la pointe basse, chemine obliquement, passe sous les deux lèvres muqueuses inversées et ressort pointe haute sur la lèvre rapprochée. La main gauche tend le surjet bien serré ; on repique la lèvre éloignée, au droit du point de sortie de l'aiguille et on continue... L'inversion de la muqueuse est parfaite, le procédé n'est pas plus long, au contraire, car on n'a plus à s'occuper d'inverser la muqueuse et les points sont faits en une fois ! » (voir fig. 104, et 103 pages 113 à 115).

1. Toupet, Technique des anastomoses intestinales. *Journal de Chirurgie*, 1921, t. XVIII, p. 44-46.

Le surjet séro-séreux. — Il sera très facile à mener par-dessus le surjet total, tel que nous avons conseillé de le faire, puisque l'adossement séreux est déjà réalisé.

Il enfouira le précédent dans un sillon qu'il est inutile de faire profond, et qui, par conséquent, mangera peu d'étoffe. Ce deuxième surjet peut, du moins sur le grêle et surtout sur l'estomac, n'être pas strictement séro-séreux et charger quelques éléments de musculature ; il n'en sera que plus solide ; l'essentiel est, bien entendu, qu'il ne soit pas perforant, c'est-à-dire qu'à aucun moment le fil ne passe dans la cavité du viscère.

II. SUTURES SUR LE GROS INTESTIN

Nous avons surtout eu en vue — jusqu'à présent — les sutures sur l'estomac et l'intestin grêle : il faut bien dire que sur ces segments les sutures sont faciles et que même imparfaitement exécutées, elles donnent de bons résultats : 1° parce que les parois de l'estomac et même de l'intestin grêle sont relativement épaisses ; 2° parce qu'elles sont très richement vascularisées, disposition éminemment favorable à une réunion anatomique rapide ; 3° parce que ces organes sont revêtus sur toute leur surface d'une couverture péritonéale (exception faite pour la face postérieure de la région cardiaque de l'estomac, et pour le duodénum) ; or le péritoine possède une propriété de réparation plastique intense et rapide ; 4° enfin parce que la cavité de ces organes est relativement peu septique, surtout dans les segments supérieurs.

Au niveau du gros intestin les conditions sont toutes différentes¹ :

1° Les parois sont minces, particulièrement au niveau des bosselures, où la couche musculaire est réduite à la seule couche circulaire.

2° Le côlon est mal vascularisé.

3° Il est garni d'appendices épiploïques qui sont gênants, surtout chez les sujets adipeux ; ils masquent l'intestin, rendent difficile la régularité des points et risquent de compromettre l'étanchéité des sutures ; avant toute suture, il est bon de se débarrasser des appendices épiploïques en les liant un par un ; encore faut-il avoir soin de ne pas les lier au ras du côlon, sinon on risque de prendre dans la ligature le diverticule muqueux qui existe parfois dans la base de ces franges.

4° Le côlon est dépourvu de revêtement péritonéal dans la partie plus ou moins large correspondant à l'insertion du méso.

5° Le contenu du gros intestin présente une septicité toute particulière.

Pour suturer une plaie ou une incision du côlon, il faut donc protéger le champ opératoire d'une manière particu-

1. Okinezye, Chirurgie du gros intestin. Presse médicale, 11 octobre 1919, p. 381.

lièrement soigneuse ; assurer une coprostase hermétique en pressant le segment intéressé entre deux doigts, en refoulant le contenu de part et d'autre et en plaçant des clamps à mors souples à la limite de ce refoulement.

Il faut surtout apporter à l'exécution des sutures un soin tout particulier.

Les procédés que nous avons indiqués plus haut sont parfaitement applicables au côlon, à condition :

1° De se servir d'aiguilles très fines et de fil très fin ;

2° D'inverser constamment la muqueuse vers la lumière intestinale ;

3° De faire des points assez rapprochés.

Faute d'observer ces règles, on risque d'observer, sinon des accidents d'infection immédiate, du moins des fistules qui se produiront généralement vers le 8^e ou 10^e jour.

Le procédé suivant¹ est celui qui donne le plus de garantie au niveau du côlon :

1^{er} plan muqueux : suture bord à bord des deux lèvres de la muqueuse, qu'on résèque au ras de la tranche, si elle est trop exubérante ;

2^e plan musculo-séreux, ou musculaire seulement, si le péritoine fait défaut ; les points de ce plan doivent surtout n'être pas perforants ;

3^e plan (facultatif) séreux.

Cette suture « bord à bord », difficile à réaliser sur le grêle, est relativement facile sur le côlon, dont la muqueuse se laisse assez bien décoller de la musculature ; il faut bien dire cependant qu'elle demande plus de minutie, de patience et de temps que la suture en 2 plans (1 total et 1 séreux) que nous avons décrite comme technique courante. Mais elle donne au niveau du côlon des garanties supplémentaires en supprimant l'espace mort, en permettant aux petits abcès qui peuvent se former, de s'évacuer facilement dans l'intestin, tout en assurant une étanchéité et une hémostase parfaites.

(1) Les sutures sur le tube digestif. Robineau, Presse Médicale, 10 septembre 1921, p. 721.

CHAPITRE II

FERMETURE DES TRANCHES DE SECTION

Une tranche de section gastrique ou intestinale peut être fermée par suture après ou sans écrasement préalable.

Nous prendrons comme type de description la fermeture d'un bout d'intestin grêle sectionné.

A. Fermeture d'un bout non écrasé. — Cette fermeture peut être réalisée par un des procédés suivants :

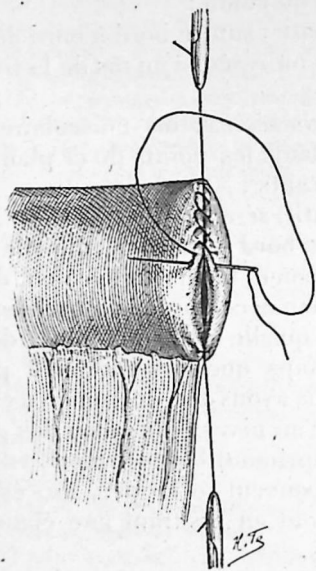


Fig. 96. — Fermeture d'un bout intestinal non écrasé; 1^{er} temps : le surjet total invaginant, mené entre deux fils d'appui.

a) On peut traiter ce bout exactement comme s'il s'agissait d'une plaie, c'est-à-dire le fermer par une double rangée de sutures :

1^o Surjet total invaginant, par un des procédés que nous avons décrits (fig. 96).

2^o Surjet séro-séreux d'enfouissement. Dans ce cas particulier, il est commode de commencer l'enfouissement par

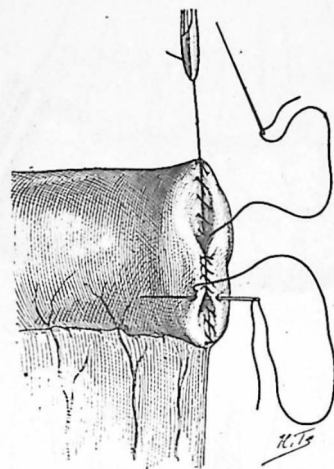


Fig. 97. — Fermeture d'un bout intestinal non écrasé; 2^e temps : le surjet séro-séreux d'enfouissement, commencé au milieu avec un fil armé d'une aiguille à chacune de ses extrémités.

le milieu de la ligne de suture : on noue ce point médian et le fil étant muni à chaque extrémité d'une aiguille, on enfouit successivement chacune des moitiés (fig. 97) : on arrive ainsi très facilement à enfouir les « cornes » ; si on commençait le surjet par une d'elles, on aurait du mal à les enfouir.

b) On peut mener un surjet total par-dessus un clamp qui ferme le bout intestinal, enlever le clamp, serrer le surjet, nouer ensemble ces deux bouts, et enfouir sous un surjet séro-séreux (voir fermeture du duodénum dans la gastrectomie, page 190.)

c) On peut simplement enrouler l'intestin sur le clamp qui le ferme, et maintenir cet enroulement par quelques points séreux (procédé de Klapp, fig. 98).

B. Fermeture d'un bout écrasé. — Les écraseurs dont on se sert en chirurgie gastrique et intestinale sont

des sortes de pinces dont les mors larges et puissants écrasent sur une certaine largeur les parois du viscère interposé. Un bon écraseur (de même qu'un bon clamp) doit exercer

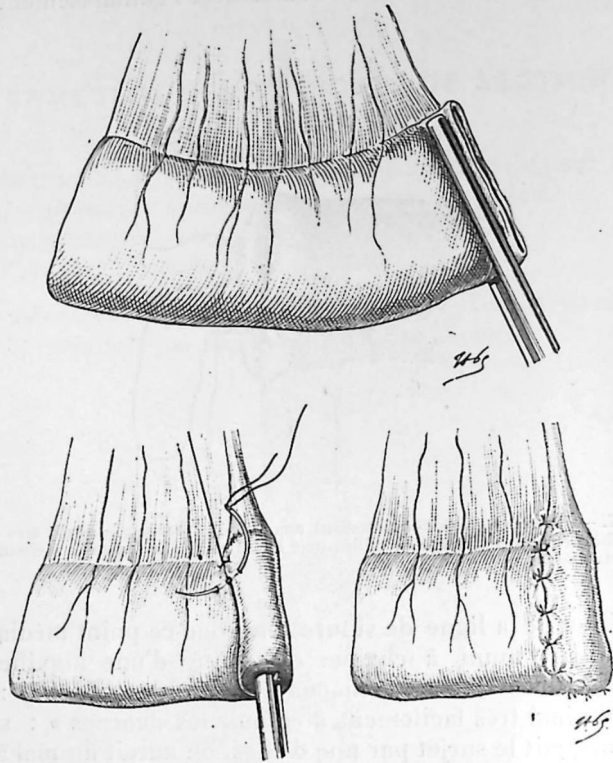


Fig. 98. — Fermeture d'un bout intestinal par enroulement. (Procédé de Klapp.)

une pression égale sur toute sa longueur : c'est-à-dire que ses branches doivent se rapprocher parallèlement et non angulairement ; cette condition est surtout importante pour l'écrasement des viscères larges (estomac).

Par l'écrasement, la muqueuse se trouve rompue et refoulée, la musculuse est seulement aplatie, la séreuse résiste intégralement : l'écrasement ne devra donc être employé que sur les segments du tube digestif qui sont recouverts de péritoine sur tout leur pourtour.

Moyennant quoi, l'écrasement, qui n'est pas indispensable (beaucoup de chirurgiens s'en passent systématiquement, parce qu'ils en désapprouvent le principe), est indiscutablement très commode. Il permet de sectionner le viscère sans ouvrir sa cavité, puisque les parois amincies se

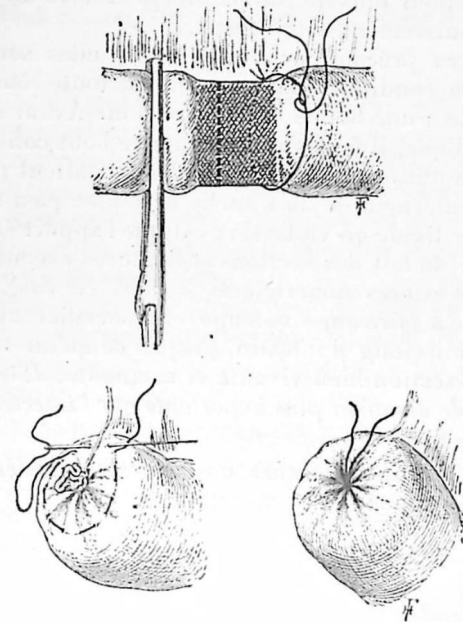


Fig. 99. — Ligature et section après écrasement ; enfouissement en bourse du moignon.

trouvent accolées l'une à l'autre ; la section se fait proprement, à sec, sans effusion du contenu et sans saignement. Il réduit les dimensions du moignon, et par là même économise l'étoffe d'enfouissement et réduit les dimensions de la cavité d'enfouissement. Si la tranche est petite, comme c'est le cas au niveau de l'intestin grêle, il permet d'obtenir, après une simple ligature, un moignon tout petit, peu septique, facile à enfouir sous une bourse séro-séreuse, comme un moignon d'appendice (fig. 99).

La fermeture des bouts coliques peut être réalisée par des pro-

cédés analogues. A cause de leur septicité particulière, il est bon d'obtenir une désinfection aussi parfaite que possible des tranches de section en les touchant à l'alcool, à la teinture d'iode; mieux encore en faisant la section au thermocautère au ras d'une pince, et en cautérisant sur la pince toute la lame muqueuse. Il faut soigner tout particulièrement les sutures, et pour plus de sûreté on peut faire un troisième plan d'enfouissement séro-séreux.

Toutes ces précautions sont bonnes; elles sont insuffisantes, si la condition fondamentale de toute réunion n'est pas réalisée: une bonne vascularisation. Avant de fermer un bout colique, il faut s'assurer que ce bout colique a une irrigation suffisante: si les artérioles ne battent pas sur le bord mésentérique, si la tranche ne saigne pas, si la paroi a une teinte livide ou violacée, c'est que l'apport sanguin est insuffisant (du fait des sections et ligatures exécutées sur le méso et les artères nourricières); dans ce cas, il ne faut pas hésiter à faire une « recoupe », à sacrifier un segment plus ou moins long d'intestin, jusqu'à ce qu'on trouve une tranche de section bien vivante et saignante. *L'ischémie est une cause de désunion plus importante que l'infection.*

La fermeture des tranches gastriques et duodénales sera envisagée à propos des gastrectomies.

CHAPITRE III

ANASTOMOSES PAR SUTURES ¹.

On peut anastomoser entre eux les différents segments du tube digestif de trois manières:

1° En affrontant et suturant bout à bout deux tranches de section circulaire: c'est l'anastomose termino-terminale.

2° En implantant une tranche de section circulaire sur une bouche ouverte sur le côté d'un autre segment: c'est l'anastomose termino-latérale.

3° En suturant l'une à l'autre deux bouches ouvertes sur le côté de deux segments différents: c'est l'anastomose latéro-latérale.

I. — ANASTOMOSE TERMINO-TERMINALE

ou bout à bout (technique de Toupet) ².

Nous prendrons comme type de description l'anastomose bout à bout de deux tranches d'intestin grêle, après résection.

Une bonne technique doit:

- 1° Eviter le rétrécissement.
- 2° Parer au point faible mésentérique.
- 3° Réduire au minimum le temps septique en fermant aussi vite que possible la cavité intestinale.
- 4° Eviter l'éversement de la muqueuse.

Le rétrécissement sera évité par la méthode des points d'appui, le point faible mésentérique par l'artifice du retournement, l'éversion de la muqueuse par le procédé déjà indiqué (voir sutures).

Enfin la fermeture complète de l'intestin par un surjet total (temps septique) constituera le premier temps de l'opération.

1. Avant de lire ce chapitre, il est indispensable de prendre connaissance du chapitre où sont exposés les principes fondamentaux des sutures (voir pages 95 et suivantes).

²2. Les techniques que nous décrivons ici sont celles de R. Toupet. Voir *Journal de Chirurgie*, t. XVIII, p. 42 et suivantes: nous le citons presque textuellement.

1^{er} temps : surjet total. — Les deux bouts intestinaux étant extériorisés, épongés, détergés, largement ouverts, on les présente méso à méso et on réunit les deux points mésentériques par un fil d'appui perforant A qu'on noue

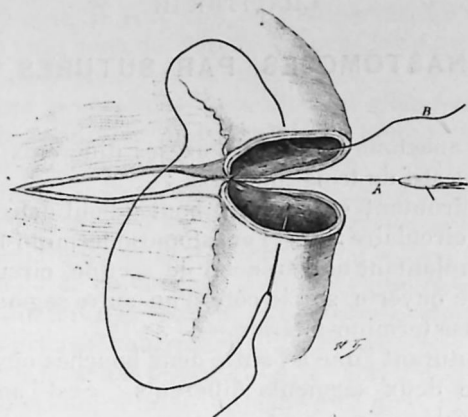


Fig. 100. — *Anastomose termino-terminale.* — 1° Un premier fil A est placé au niveau du point mésentérique, et noué dans la cavité intestinale ; à un petit tiers de circonférence à gauche du fil A, on passe le fil B qu'on nouera de la même manière. (Toupet.)

dans la lumière intestinale. L'intestin est disposé de manière que la ligne d'affrontement soit parallèle à l'opérateur.

A gauche du fil mésentérique A, à 2 centimètres environ (c'est-à-dire à un petit tiers de circonférence), on commence le surjet total.

L'aiguille pique de muqueuse à séreuse une des lèvres, puis charge l'autre au point symétrique, de séreuse à muqueuse (fig. 100) ; le fil B est noué dans la lumière intestinale, les tranches de section se trouvant accolées séreuse à séreuse. On confie à l'aide le chef court B du surjet et le fil mésentérique A, qu'il tend en les écartant l'un de l'autre.

De gauche à droite, d'un fil à l'autre, on mène le surjet B' (fig. 101) ; en arrivant au fil mésentérique, on fait un point d'arrêt en passant simplement l'aiguille dans l'anse du fil avant de la serrer.

On abandonne temporairement le surjet pour placer un troisième fil d'appui C à droite du fil mésentérique A, à un petit tiers de circonférence de lui, fil d'appui qu'on noue

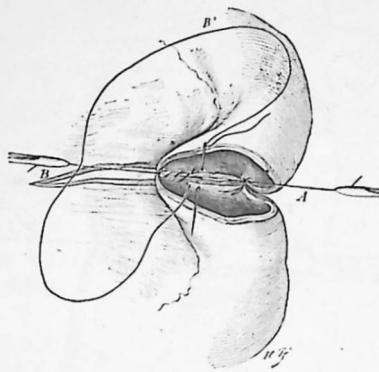


Fig. 101. — 2° Entre les deux fils B et A tendus par l'aide, l'opérateur mène le surjet B', et fera un simple point d'arrêt en arrivant en A. (Toupet.)

encore dans la lumière intestinale. L'aide tendant le fil mésentérique A et le fil droit C, l'opérateur reprend et con-

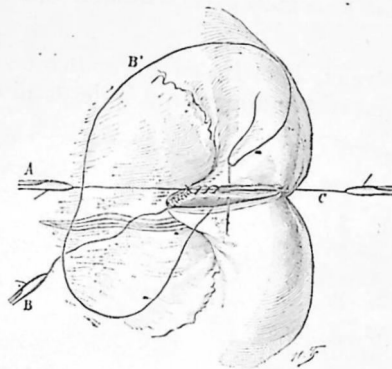


Fig. 102. — 3° A un petit tiers de circonférence à droite du point A (point mésentérique), on place le point C de la même façon que A et B' c'est-à-dire noué dans la lumière intestinale. L'aide tend A et C, l'opérateur mène le surjet B' de A en C ; arrivé en C il arrête son surjet et coupe les 3 fils d'appui A, B et C. (Toupet.)

tinue son surjet du fil A au fil C (fig. 102) ; arrivé là, il arrête son surjet.

Il coupe les 3 fils d'appui.

Il reste à fermer un bon tiers de la circonférence ; aux deux extrémités de la brèche restante on place deux fils

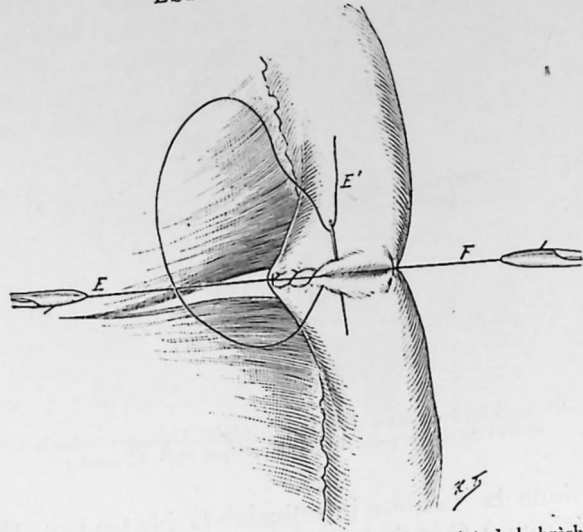


Fig. 103. — 4° Fermeture du dernier tiers. Aux deux extrémités de la brèche restante, on place deux fils d'appui séro-séreux F et E. Entre ces deux fils tendus, l'opérateur termine le surjet total E' en faisant comme le montre la figure suivante. (D'après Toupet.)

d'appui séro-séreux, F et E, en prenant bien soin, en les nouant, d'inverser la muqueuse. L'aide tend ces deux fils

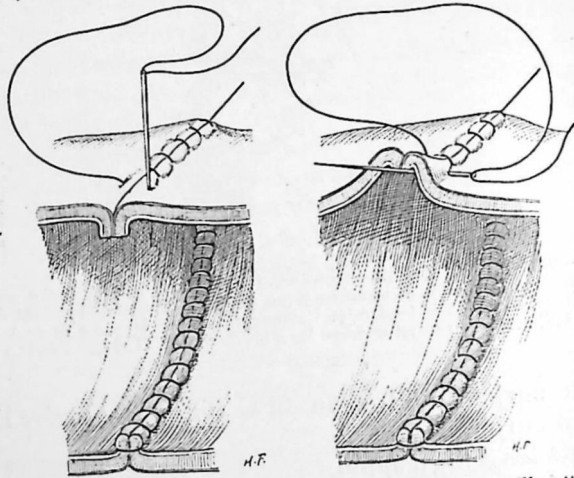


Fig. 104. — 4 bis. Fermeture du dernier tiers (schématique). L'aiguille attaque pointe basse, chemine obliquement, passant sous les deux lèvres muqueuses, et va ressortir pointe haute. (D'après Toupet.)

pour maintenir l'invagination. L'aiguille, contre le fil de gauche E, pique la lèvre éloignée, la pointe basse, chemine obliquement, passe sous les deux lèvres muqueuses inversées et ressort pointe haute sur la lèvre rapprochée, et ainsi de suite jusqu'au fil d'appui de droite F (fig. 103 et 104). L'intestin est complètement fermé, on coupe les fils d'appui, on se lave les mains ou on change de gants ; on change les champs opératoires.

2° temps : surjet séro-séreux. — On place trois fils d'appui séro-séreux : le premier a sur le bord libre de

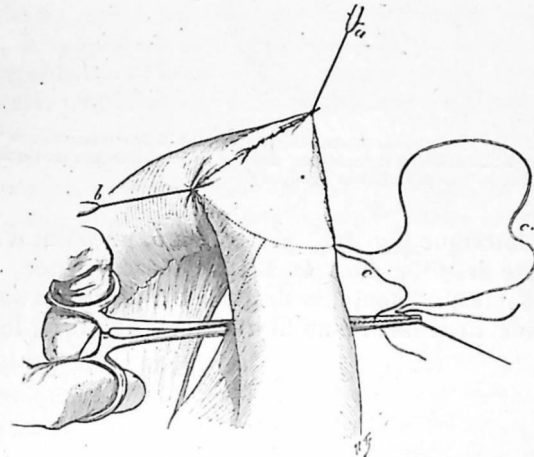


Fig. 105. — 5° Mise en place des 3 points d'appui du surjet séro-séreux ; a, b, c, ce dernier, situé à droite de la racine mésentérique, est le chef initial du surjet c'. — La pince, introduite de gauche à droite dans la brèche mésentérique, va saisir c et c' chargé de l'aiguille pour exécuter la manœuvre de retournement. (Toupet.)

l'intestin, le deuxième b un tiers de circonférence à gauche, le troisième un tiers de circonférence à droite, c'est le premier point c du surjet c'.

Manœuvre de retournement (fig. 105) : introduire une pince de gauche à droite dans la brèche mésentérique, saisir les deux chefs du surjet c et c' chargé de l'aiguille, les amener de droite à gauche à travers la brèche. L'aide tend les deux fils d'appui c et b, exposant ainsi la zone mésentérique, point faible déperitonisé. De c à gauche vers b à droite on mène le surjet, tapissant le mieux possible la

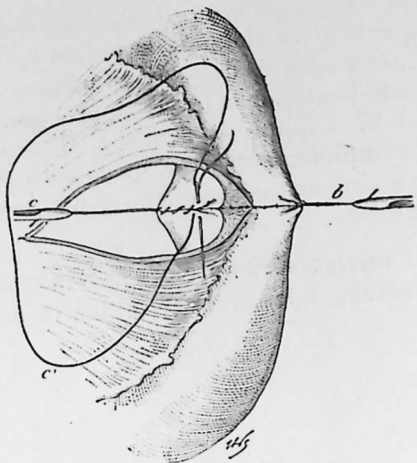


Fig. 106. — 6° Le retournement a été effectué, le point faible mésentérique est très bien exposé. L'aide tend b et c, l'opérateur mène le surjet c, il soigne particulièrement la suture au niveau du point faible. (Toupet.)

zone mésentérique (fig. 106). Arrivé en b, un point d'arrêt. On repasse le fil c dans la brèche mésentérique, pour détordre l'intestin ; toujours de gauche à droite on surjette le deuxième tiers du fil b au fil a tendus (fig. 107), le troi-

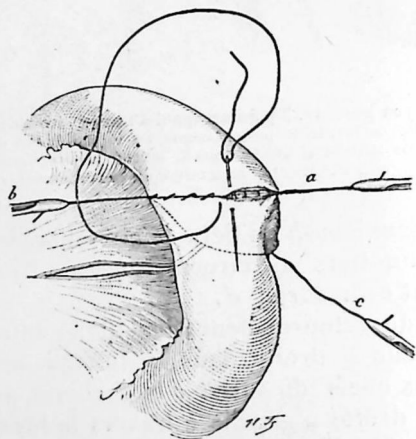


Fig. 107. — 7° Le premiers tiers du séro-séreux ayant été exécuté, on détord l'intestin, c revient à sa place primitive en repassant dans la brèche mésentérique; l'aide tend ba puis ac; on termine le surjet séro-séreux. (Toupet.)

sième tiers du fil a au fil c de départ ; là on arrête. Quelques points sur la brèche mésentérique, et l'anastomose est terminée.

Quand les deux bouts intestinaux à anastomoser n'ont pas exactement le même calibre, on peut cependant réaliser la termino-terminale par un des artifices suivants :

a) Pratiquer une incision de débridement sur le bout le plus étroit pour l'amener aux dimensions du plus large : procédé médiocre qui divise les fibres circulaires, les plus solides, de la musculuse, et amorce une déchirure longitudinale.

b) Faire une « pince » sur une partie du bout le plus large, de manière à ne laisser béant qu'un orifice de même taille que celui du bout étroit ; inconvénient : il existe sur la suture un carrefour à trois branches qui est un point faible.

c) Suivre la technique ordinaire, en ayant soin seulement de prendre à chaque point un peu plus d'étoffe sur le segment large que sur le segment étroit ; dans ce cas, il faut bâtir l'ouvrage avec plus de soin encore, placer les points d'appui avec une minutie extrême. On obtient ainsi un froncement assez régulier par lequel le bout large s'adapte parfaitement au bout étroit. C'est le meilleur procédé quand l'« incongruence » des deux bouts n'atteint pas de trop grandes proportions. Si l'incongruence est trop grande, il faut renoncer à l'anastomose termino-terminale.

ANASTOMOSE TERMINO-LATÉRALE (ou implantation technique de Toupet) ¹.

Nous prendrons comme type de description l'anastomose iléo-colique transverse.

Les principes sont les mêmes : points d'appui contre le rétrécissement, retournement contre le point faible mésentérique, surjet total d'emblée, inversion de la muqueuse.

Il existe un autre écueil : les angles ; les points d'angle méritent une attention particulière.

1^{er} plan : total. — On étale la section du grêle, on repère

1. Toupet, *loco citato*, presque textuel.

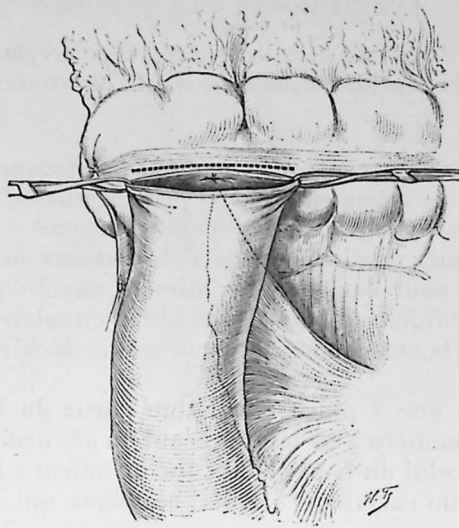


Fig. 108. — *Anastomose termino-latérale.* — 1° Un point méso-entérique a été placé; deux pinces étalent régulièrement la lumière intestinale pour déterminer la longueur de l'incision que l'on va faire sur la bande colique. (Toupet.)

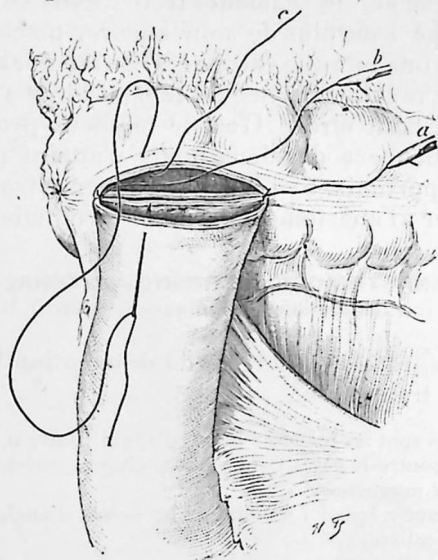


Fig. 109. — 2° L'intestin est ouvert; de chaque côté du point méso-entérique, aux extrémités droite et gauche, on a placé les fils d'appui *a* et *b*, qui bâtissent l'ouvrage et vont servir à le tendre: ils sont noués dans la lumière intestinale. — Pour faire correctement l'angle gauche, le premier point du surjet total *c* est commencé sur la demi-circonférence antérieure. L'aiguille est passée de muqueuse à séreuse, puis de séreuse à muqueuse; le fil est noué dans la lumière intestinale. (Toupet.)

soigneusement le point méso-entérique, on le fixe au bord inférieur de la bande colique par un point en U noué dans la cavité intestinale. A droite et à gauche de ce point on place une pince de Chaput, aux deux extrémités du diamètre transversal de l'anse. On trace sur la bande colique une incision qui aura exactement la longueur de ce diamètre, et qui ouvre le côlon (fig. 108).

Un premier fil *a* réunit l'extrémité droite du diamètre iléal à l'extrémité droite de l'incision colique; un deuxième fil *b* symétrique marque l'angle gauche; ce sont des fils d'appui qui serviront à tendre.

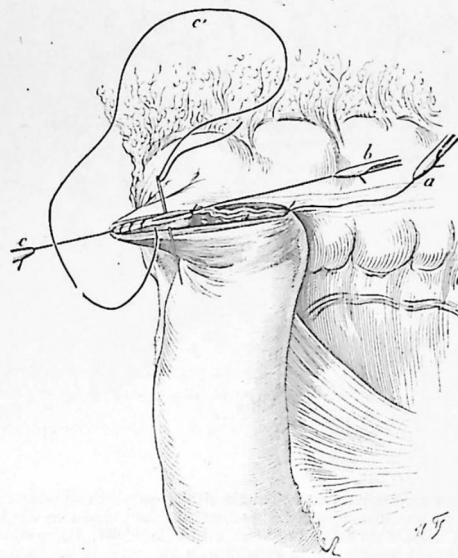


Fig. 110. — 3° L'aide, en tendant *b* et *c*, éverse l'angle gauche; l'opérateur exécute le surjet *c'*, il accole d'emblée séreuse à séreuse. — Arrivé en *b*, il fait un point d'arrêt; l'aide tend *a* et *b*; l'opérateur mène le surjet jusqu'en *a*; un point d'arrêt en *a*. (Toupet.)

Commencer le surjet total à gauche, non pas au niveau de l'angle, mais en deçà, sur la demi-circonférence antérieure, pour faire l'angle, et en réalisant d'emblée un accolement séro-séreux. Pour ce faire, l'aiguille, attaquant dans la lumière intestinale, à un centimètre environ de l'angle, traverse une des lèvres de muqueuse à séreuse, sort, et

attaquant alors la lèvre opposée au point symétrique, la traverse cette fois de séreuse à muqueuse pour ressortir dans la lumière intestinale (fig. 109). Le fil est noué dans la lumière intestinale. L'aide tend vers la gauche le chef court du surjet *c*, vers la droite le fil d'angle gauche *b*, l'opérateur, de gauche à droite, commence le surjet total (fig. 110). Quand

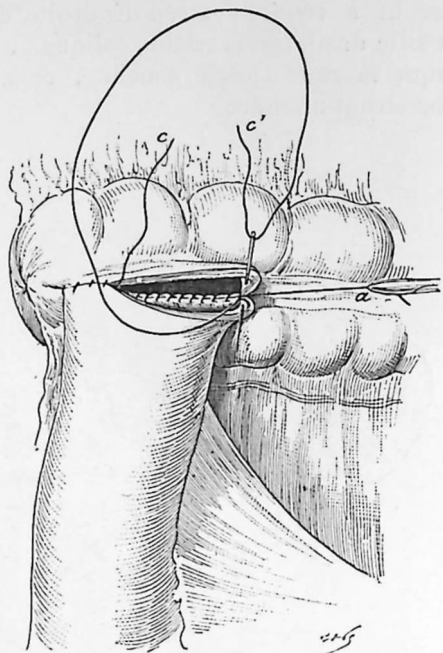


Fig. 111. — 4° Pour faire correctement l'angle droit, on pique de muqueuse à séreuse, puis de séreuse à muqueuse, le surjet *c'* restant toujours tendu vers la lumière intestinale. On place ainsi 3 ou 4 points et on arrête le surjet. La portion restante de la demi-circonférence antérieure va être fermée en suivant exactement la même technique que pour la termino-terminale. (D'après Toupet.)

il arrive au fil d'angle *b*, l'opérateur fait un point d'arrêt, l'aide tend les fils *a* et *b*; l'opérateur continue son surjet, avec un point d'arrêt au niveau du fil mésentérique, un autre point d'arrêt à l'angle droit.

Pour faire l'angle droit, on peut procéder de la même manière que pour l'angle gauche; il est plus simple de faire quelques points en piquant de muqueuse à séreuse, puis de séreuse à muqueuse sur la lèvre opposée, en prenant bien

soin de maintenir le fil tendu dans la lumière intestinale (Pierre Duval), (fig. 111). On fait ainsi trois ou quatre points et on arrête le surjet par un point séro-séreux. Il ne reste plus qu'à fermer environ le tiers antérieur.

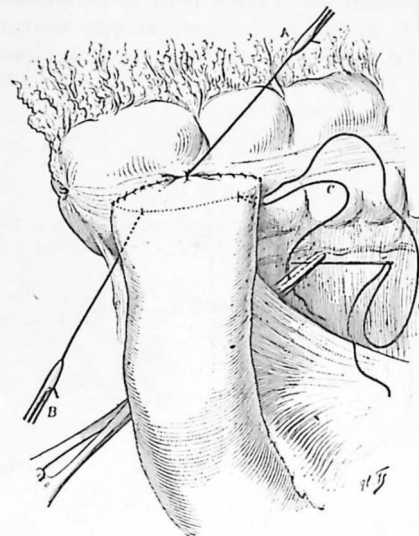


Fig. 112. — 5° Surjet séro-séreux. Trois points d'appui A, B, C, sont placés à égale distance. C n'est que le point initial du surjet *C'*. — La pince, introduite de gauche à droite entre mésentère et mésocolon, va saisir C, et l'aiguille qui charge *C'* pour opérer la manœuvre du retournement. (Toupet.)

Nous nous trouvons ramenés exactement au même problème que dans l'anastomose termino-terminale; on le résout de la même façon: inversion de la muqueuse assurant l'accolement séro-séreux, petit surjet perforant chargeant obliquement les deux tranches muqueuses. Le temps septique est terminé. On change les champs, etc.

2° plan: séro-séreux. — On place un point d'appui A, séro-séreux sur le bord libre, un point d'appui B un tiers de circonférence à gauche, un point d'appui C un tiers de circonférence à droite, qui sera le point initial du surjet *C'*.

En effet, pour le retournement, une pince introduite de

gauche à droite derrière l'anastomose, entre la tranche du mésentère et le mésocôlon, saisit les deux chefs du surjet et les ramène en les faisant passer de droite à gauche dans la brèche (fig. 112). L'aide tend le chef court du surjet C et le point d'angle gauche B : le retournement s'effectue. Ainsi on s'expose parfaitement toute la demi-circonférence postérieure, dont le point faible mésentérique marque le milieu.

D'un point d'appui à l'autre on mène le surjet, en soignant

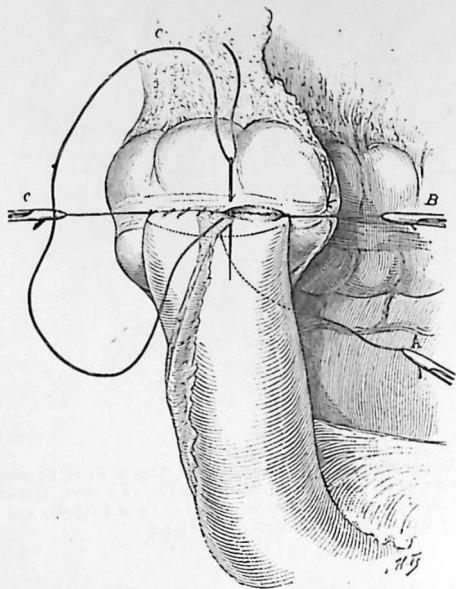


Fig. 113. — 6° L'aide, en tendant B et C, a effectué le retournement ; l'opérateur mène le surjet C. de C' en B ; il soigne particulièrement le point faible mésentérique ; il fait un point d'arrêt en arrivant en B. (Toupet.)

particulièrement les points au niveau de l'insertion mésentérique (fig. 113) ; arrivé en B, un point d'arrêt ; l'aide lâche le court chef du surjet C, qu'on fait repasser dans la brèche pour lui rendre sa position primitive. Entre les deux fils B et A, tendus, l'opérateur continue son surjet, toujours de gauche à droite (fig. 114), puis de A à C où se termine la suture.

Il ne reste plus qu'à fermer la brèche entre le mésentère

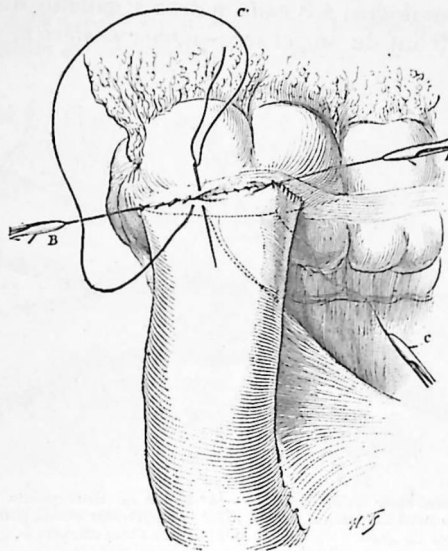


Fig. 114. — 7° L'intestin a été détordu, C a repris sa situation initiale, l'aide tend successivement BA puis AC, tandis que l'opérateur termine le surjet séro-séreux. (Toupet.)

et le mésocôlon transverse, et à fixer l'épiploon sur l'anastomose.

ANASTOMOSE LATÉRO-LATÉRALE

(technique de Toupet.)

Type : entre deux anses grêles.

Les principes sont exactement les mêmes que pour les anastomoses précédentes, mais ici pas de rétrécissement à craindre, puisqu'on peut donner à la bouche la longueur qu'on veut ; pas de point faible mésentérique. Il suffit de soigner les angles, et de bien inverser la muqueuse du dernier tiers.

Nous ne ferons qu'indiquer les différents temps :

1° Mise en contact des deux anses à anastomoser.

2° On place un premier fil d'appui séro-séreux A qui accole les deux anses non pas au niveau de leur bord libre, mais un peu plus près du bord mésentérique (c'est l'incision qui devra être sur le bord libre) ; un deuxième fil d'appui séro-

séreux B, analogue, à 8 centimètres à gauche du premier : ce sera le début du surjet séro-séreux postérieur que l'opé-

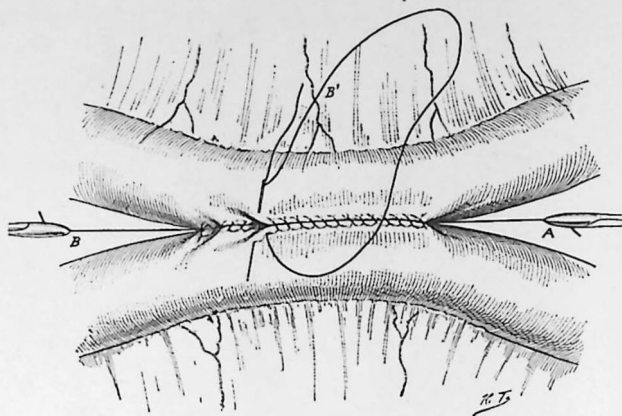


Fig. 115. — Anatomose latéro-latérale. — 1° Entre les deux points d'appui B et A placés près du bord libre des anses, on mène le surjet séro-séreux postérieur. On l'arrête en A, mais on garde l'aiguille et le fil B' sous une compresse. (Voir les figures suivantes.)

rateur mène de B à A entre les deux fils tendus par l'aide (fig. 115) ; arrivé en A le surjet est arrêté, mais l'aiguille et son fil non coupé sont gardés protégés dans une compresse pliée.

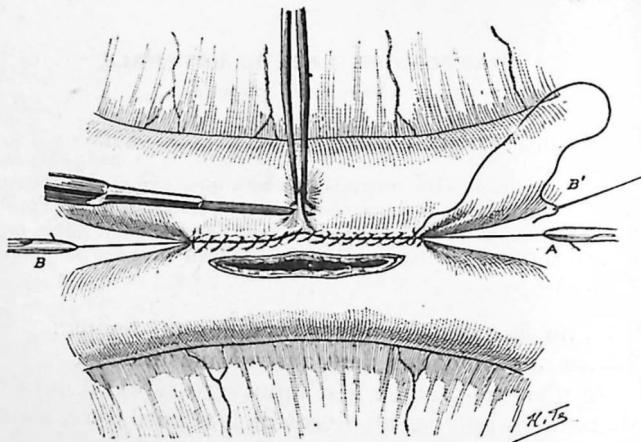


Fig. 116. — 2° Une anse est ouverte, on ouvre l'autre par ponction, à 3 ou 4 millimètres du surjet.

3° Ouverture des deux anses. A 3 ou 4 millimètres du surjet, on ponctionne au bistouri l'anse tendue par une pince à

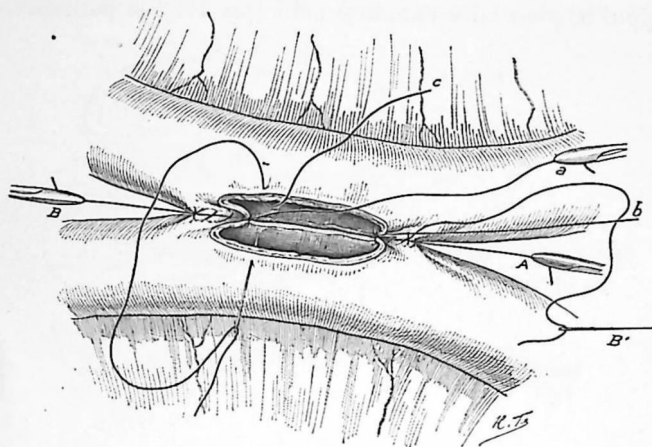


Fig. 117. — 3° Commencement du surjet total. Ayant placé les deux fils d'appui angulaires a à gauche et b à droite, on commence le surjet total c non pas en a, mais à deux centimètres en avant, de part et d'autre.

disséquer, on agrandit l'orifice aux ciseaux jusqu'à lui donner une longueur de 5 centimètres environ ; on ouvre de même l'autre anse (fig. 116).

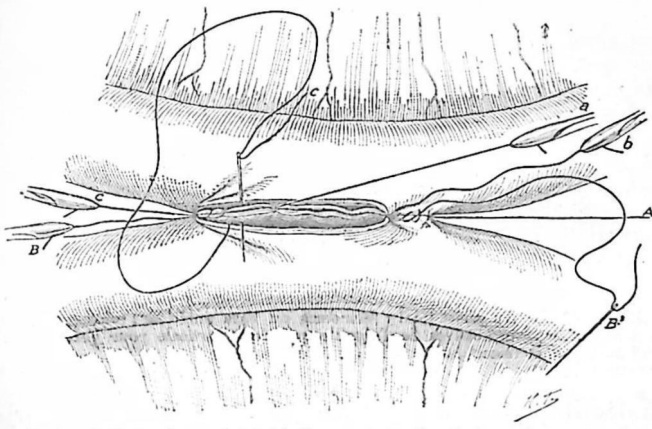


Fig. 118. — 4° Suite du surjet total. Les points d'angle à gauche, entre le point d'attaque antérieur et le point angulaire véritable a. (Les fils c et a sont tendus par l'aide.)

4° *Surjet total*. — Un fil d'appui *a* à gauche, un fil d'appui *b* à droite. Commencer le surjet total *c* en avant du fil d'appui *a*, pour faire l'angle gauche (fig. 117), le poursuivre

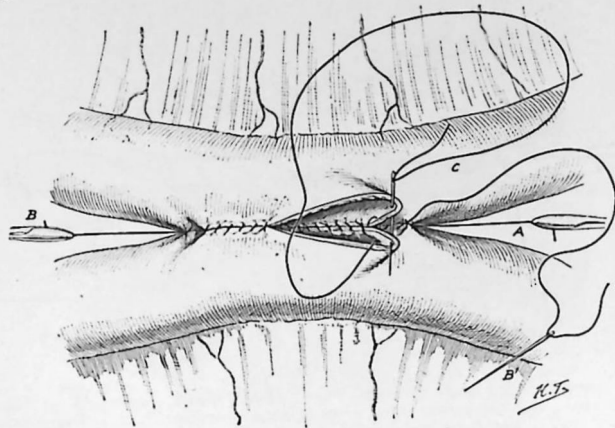


Fig. 119. — 5° Suite du surjet total : manière de faire les points d'angle de droite, en gagnant sur la demi-circonférence antérieure.

jusqu'en *a* (fig. 118), puis jusqu'au fil d'appui *b* et au delà de ce fil, puis faire l'angle droit (fig. 119).

Couper les fils. — Fermer le tiers restant par l'artifice

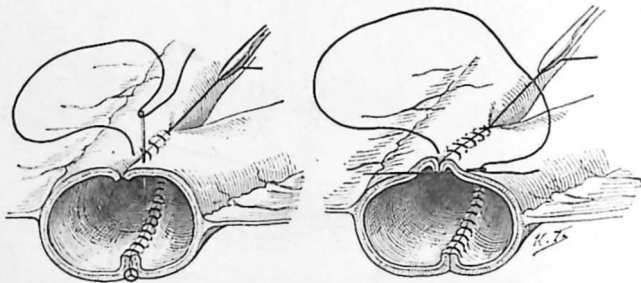


Fig. 120. — 6° Fin du surjet total : fermeture du tiers antérieur; schéma montrant les deux positions successives de l'aiguille qui pique verticale pour passer sous le bord muqueux, et ressort horizontale. (Imité de Toupet.)

déjà décrit : entre deux fils d'appui séro-séreux, un surjet total passant sous les lèvres de la muqueuse inversée (fig. 120).

5° *Surjet séro-séreux antérieur*. — On prend l'aiguille qui a été mise sous une compresse, et on continue avec le même fil *B'* en revenant de droite à gauche jusqu'au court

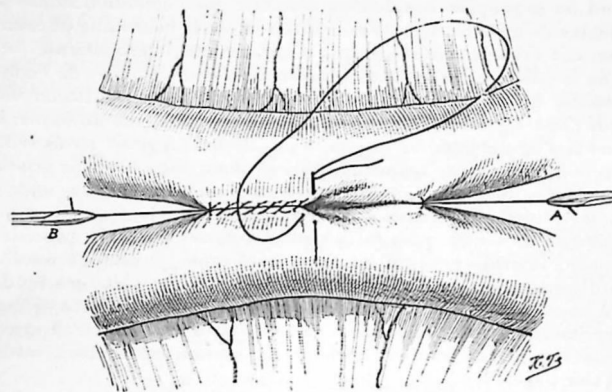


Fig. 121. — 7° Surjet séro-séreux antérieur mené de *A* à *B*, toujours avec le même fil *B'* qui, primitivement parti de *B*, a servi au surjet séro-séreux postérieur, et a été mis en réserve pendant qu'on faisait le surjet total.

chef initial en *B* qu'on a gardé aussi (fig. 121). Si bien que le surjet séro-séreux est fait entièrement avec le même fil, mais en deux temps séparés par les temps d'ouverture de l'intestin et de surjet total.

Si les deux anses à anastomoser présentent une mobilité suffisante, il n'est pas impossible de commencer par le surjet total, tout comme pour une anastomose termino-terminale ou termino-latérale. On conduit alors l'opération de la manière suivante : 1° présentation des deux anses à anastomoser ; 2° ouverture de leur cavité ; 3° surjet total postérieur, puis antérieur ; 4° surjet séro-séreux postérieur (par retournement des deux anses anastomosées), puis antérieur. Cette manière de faire présente les avantages suivants : 1° le surjet séro-séreux postérieur n'est pas contaminé par les tranches muqueuses ; 2° en menant en dernier lieu le surjet séro-séreux tout autour de la bouche, on vérifie l'étanchéité de la suture totale par laquelle on a commencé.

Il existe des *clamps couplés* qui facilitent les anastomoses latéro-latérales : elles mettent les segments à anastomoser en présence, font la coprostase et dispensent de tout autre clamp, maintiennent les paries à suturer dans un état de tension égal et permanent, ce qui permet à la rigueur à un chirurgien d'opérer seul. Ce sont des instruments commodes mais non indispensables. (Pincés de Témoin, de Walther, d'Abadie.)

Indications respectives de ces différentes anastomoses.

Quand on se propose simplement d'établir une communication entre deux segments du tube digestif sans interrompre la continuité de celui-ci, il ne saurait évidemment s'agir que d'anastomose latéro-latérale : c'est le cas de la gastro-entérostomie, de la duodéno-jéjunostomie, de l'entéro-entérostomie qu'on peut être amené à pratiquer dans l'occlusion intestinale, de l'iléo-sigmoïdostomie simple, de la typhlo-sigmoïdostomie, etc.

Quand il s'agit de rétablir la continuité du tube digestif après section ou résection d'un de ses segments, on a le choix entre les trois procédés que nous avons décrits. L'anastomose termino-terminale est la seule qui rétablisse le tube digestif dans sa forme ; elle est d'exécution plus rapide et, quoiqu'on en ait dit, plus facile que les autres : c'est le procédé de choix pour l'intestin grêle ; il est aussi applicable au côlon, à condition que la disproportion du diamètre ne soit pas trop grande entre les deux bouts à anastomoser, que les surfaces de ces deux bouts soient suffisamment péritonisées et les méso peu étalés, c'est-à-dire pas trop gras ; à condition surtout que les deux tranches de section soient bien vascularisées (voir page 104).

L'anastomose latéro-latérale est plus longue à exécuter, puisqu'il faut en plus fermer les deux bouts et créer les deux orifices ; de plus elle amène la formation, de part et d'autre de l'anastomose, de deux culs-de-sacs qui peuvent se laisser distendre et devenir de véritables diverticules avec stagnation des matières : cependant, si la bouche est large et située tout près des bouts, cet inconvénient est négligeable ; l'anastomose latéro-latérale est indiquée soit quand il existe une disproportion entre les deux bouts à anastomoser, soit quand on a affaire à des segments intestinaux à méso étalé et dépourvus de péritoine sur une de leur face : dans ces conditions, on peut, par cette anastomose mieux que par toute autre, obtenir un large accollement séro-séreux, qui est un élément de sécurité considérable, notamment en chirurgie colique.

Quant à la termino-latérale, qui reproduit en somme la disposition morphologique de l'abouchement de l'iléon dans le cæcum, elle n'est guère employée, concurremment d'ailleurs avec les précédentes, que pour les anastomoses entre le grêle et le gros intestin : iléo-transverse, iléo-sigmoïdienne.

CHAPITRE IV

ANASTOMOSES AUX BOUTONS

Les boutons employés en chirurgie gastro-intestinale sont de petits appareils métalliques destinés à réaliser des anastomoses sans suture. Ils se composent de deux pièces qui, par emboîtement réciproque, assurent la coaptation des orifices par pincement de leurs bords ; les deux pièces sont percées d'un large orifice central par où se fait la circulation des gaz et des liquides. Au bout d'un certain temps, les parties pincées se sphacèlent et le bouton tombe dans la lumière intestinale ; il s'évacue au dehors par les voies naturelles ; mais au moment de la chute du bouton la continuité des parois est rétablie par réparation anatomique des parties affrontées.

Le principal avantage des boutons est leur application très rapide. Ils peuvent avoir des inconvénients : au niveau de l'estomac on les a accusés de favoriser l'apparition d'ulcus peptiques ; au niveau du gros intestin ils peuvent déterminer des accidents d'occlusion, leur lumière centrale se trouvant obstruée par un bol fécal : leur emploi est à déconseiller en chirurgie colique.

Néanmoins ils peuvent rendre service dans un certain nombre de cas où il est nécessaire d'aller très vite : gastro-entérostomie simple, ou après résection gastrique chez des cancéreux peu résistants, jéuno-jéjunostomie complémentaire d'une gastro-entérostomie haute ayant coudé l'anse jéjunale, iléo-sigmoïdostomie ou iléo-transversostomie après colectomie.

Anastomoses au bouton de Murphy.

Le bouton de Murphy peut être utilisé pour les trois types d'anastomoses : termino-terminale, termino-latérale et latéro-latérale.

a) **Termino-terminale.** — Les deux moitiés du bouton sont séparées ; saisir chacune d'elles avec une pince par le cylindre central.

Sur les bouts intestinaux, à 3 millimètres de la tranche, faufiler un fil de lin qui perfore toutes les tuniques. Introduire une moitié du bouton (la pièce femelle dans le bout supérieur), serrer et nouer ce fil qui doit êtreindre le tube

central ; régulariser l'engainement en excisant les portions de muqueuse qui dépassent.

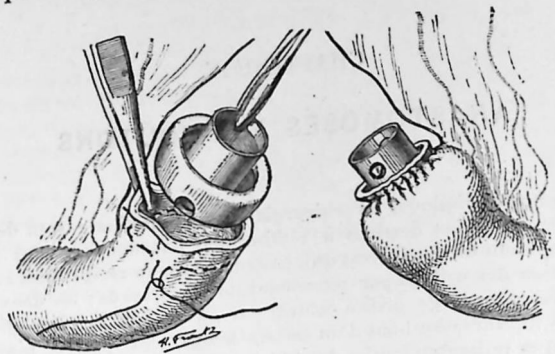


Fig. 122. — Anastomose termino-terminale au bouton de Murphy. — 1° A gauche, fil faufile dans l'épaisseur de l'intestin ; introduction du bouton. A droite, le fil a été serré, et le demi-bouton est en place.

Même manœuvre sur l'autre bout (pièce mâle, la plus lourde, dans le bout inférieur) (fig. 122).
Saisissant alors les deux demi-boutons, à travers la paroi, en les tenant bien exactement dans l'axe de l'intes-

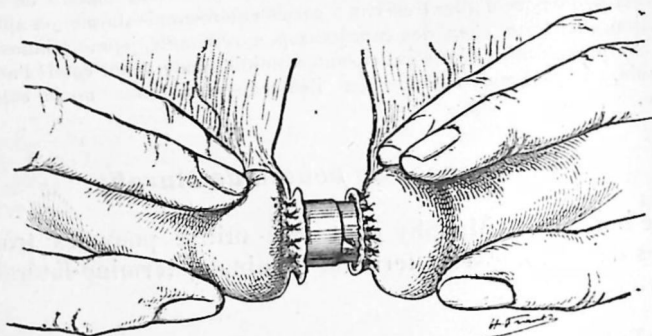


Fig. 123. — 2° Introduction des deux demi-boutons l'un dans l'autre.

tin, on les rapproche, on les fait pénétrer l'un dans l'autre et on les emboîte à fond (fig. 123).

On peut, par prudence, mener un surjet séro-séreux au niveau du pli circulaire d'adossement des deux parois.

b) **Termino-latérale.** — Du côté du bout à implanter, même manœuvre que précédemment.

Du côté du segment d'implantation, avant de fermer le bout, introduire dans la cavité intestinale l'autre moitié du bouton ; faire saillir son tube central au point précis où on veut établir l'anastomose ; sur la paroi intestinale ainsi soulevée, on fait au thermocautère une ponction juste suffisante pour que le tube central traverse cette paroi à frottement dur. Puis ajuster et serrer.

c) **Latéro-latérale après résection.** — Avant de fermer les deux tranches de résection, on introduira dans chaque bout une des moitiés du bouton.

Anastomose au bouton de Jaboulay.

La caractéristique de ce bouton (fig. 124), c'est que chacune de ses moitiés s'introduit par vissage, à la façon de certains boutons de man-

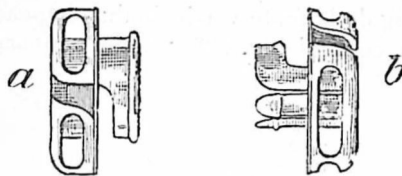


Fig. 124. — Bouton de Jaboulay. — Pièce femelle a et pièce mâle b du bouton dévissé.

chette, dans un orifice de l'estomac ou de l'intestin de diamètre moindre que la tête du bouton : de cette façon aucune suture complémentaire n'est nécessaire.

Il y a donc intérêt à l'employer quand on fait une *anastomose latéro-latérale de dérivation, dans la continuité, sans résection*, par exemple une simple gastro-entérostomie.

Sur un des viscères à anastomoser on fait au bistouri ou au thermocautère une boutonnière de 8 millimètres environ, en s'assurant que la muqueuse est bien ouverte et non décollée. Maintenant avec une pince une des lèvres de l'incision, on saisit avec une autre pince le demi-bouton.

Cette pince d'abord couchée horizontalement, parallèlement à l'axe de l'intestin, engage dans l'incision l'encoche verticale du chapeau et fait faire un tiers de tour au bou-

ton (fig. 125), puis la pince est relevée verticalement et continue le mouvement de rotation : la paroi intestinale

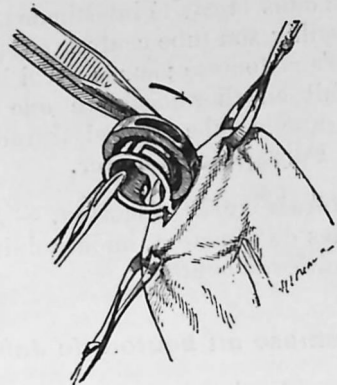


Fig. 125. — Introduction du 1/2 bouton (1^{er} temps). (Huguier et Rigollot-Simonnot.)

monte le long de la fente verticale du chapeau et s'engage au-dessus de celui-ci (fig. 126) ; finalement seul le cylindre

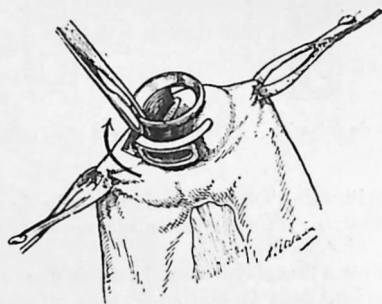


Fig. 126. — 2^e temps : remarquer le changement d'orientation du bouton et de la pince. (Huguier et Rigollot-Simonnot.)

interne ou pied du bouton émerge hors de l'incision qui l'enserre.

La deuxième moitié est placée de même, puis on les rapproche l'une de l'autre (fig. 127) et on serre à fond. L'anastomose est créée.

Un opérateur exercé ne met pas plus de deux ou trois minutes.

Citons enfin le bouton de Villard, très employé : sa lumière centrale est plus grande que celle du Murphy ; le bouton destiné à la gastro-en-

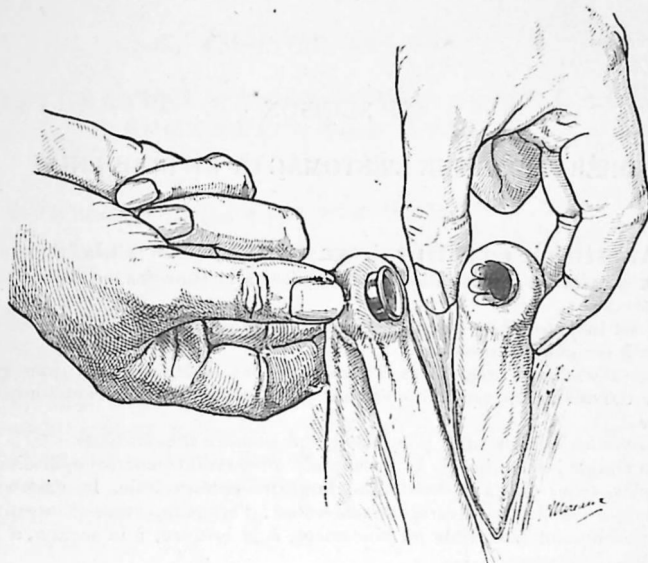


Fig. 127. — Articulation des deux pièces du bouton. (Huguier et Rigollot-Simonnot)

térostomie présente ceci de spécial que le cylindre central de la pièce femelle est augmenté de longueur, afin de permettre une fixation plus commode de la paroi gastrique épaisse.

Ces boutons sont éliminés entre le 9^e et le 14^e jour. A partir du 10^e jour, il est bon de faire chaque jour un toucher rectal pour s'assurer que le bouton n'est pas retenu dans l'ampoule rectale.

II^e SECTION

OPÉRATIONS SUR L'ESTOMAC ET LE DUODÉNUM

Anesthésie en chirurgie gastrique. — On sait la fréquence et la gravité des complications pulmonaires à la suite des opérations sur l'estomac.

Il est incontestable que l'anesthésie générale par inhalation prédispose à ces complications.

Les anesthésies régionales, l'anesthésie des splanchniques par piqûre dorsale latéro-vertébrale exigent une technique difficile et compliquée.

L'anesthésie locale suffit pour un grand nombre d'opérations.

La simple infiltration de la paroi abdominale suffit pour les opérations simples, telles que la gastrostomie, la gastro-entérostomie, la gastro et la pyloro-plastie, les diverses anastomoses : l'estomac, comme l'intestin, est absolument insensible au pincement, à la brûlure, à la section, à la piqûre.

Seuls la traction, le pincement, la section des mésos sont douloureux. Pour les opérations dans lesquelles il est nécessaire d'agir sur les mésos (exclusion par section, résections gastriques), il faut, une fois le ventre ouvert, infiltrer de liquide anesthésique les mésos le long des courbures ; c'est très facile, et généralement suffisant. Néanmoins il sera toujours prudent de placer à la tête du malade un aide qui se tiendra prêt à administrer quelques bouffées d'éther en cas de besoin, notamment pendant les manœuvres d'exploration et de réduction des viscères.

CHAPITRE PREMIER

EXPLORATION DE L'ESTOMAC, VOIES D'ACCÈS SUR SA FACE POSTÉRIEURE

1^o Incision médiane sus-ombilicale.

2^o Exploration de la face antérieure.

Cette face est entièrement accessible à la vue et au toucher quand aucune adhérence ne la relie à la paroi abdominale antérieure ; on peut alors facilement attirer l'estomac dans la plaie.

Pour inspecter la région du cardia et la grosse tubérosité, il faut relever le foie en haut avec une valve, et écarter le rebord costal gauche en haut et en dehors, tout en attirant l'estomac en bas et à droite dans la plaie.

Pour le pylore, on relève le foie, et on écarte en dehors laèvre droite de l'incision pariétale.

3^o Exploration de la face postérieure.

C'est un temps indispensable de toute exploration gastrique :

1^o Parce qu'elle permet l'inspection de cette face postérieure et sa palpation directe ; 2^o parce qu'elle permet de passer les doigts

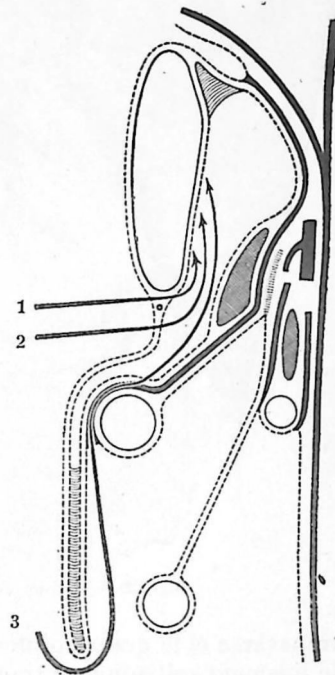


Fig. 128. — Les trois voies d'accès courantes sur la face postérieure de l'estomac. — 1. Le dépouillement de la grande courbure. — 2. L'effondrement du ligament gastro-colique. — 3. Le décollement colo-épiploïque.

derrière l'estomac, et de palper les différentes parties de l'estomac entre deux doigts ou entre les deux mains.

Différentes manœuvres permettent de la réaliser, en donnant accès dans l'arrière-cavité des épiploons (fig. 128) :

a) *L'effondrement de la partie flaccide du petit épiploon* est une voie étroite et aveugle, qui permet tout juste à un ou deux doigts de palper la partie de la face postérieure voisine de la petite courbure.

b) *L'effondrement du ligament gastro-colique.*

On soulève l'estomac, tout en tirant en bas le côlon

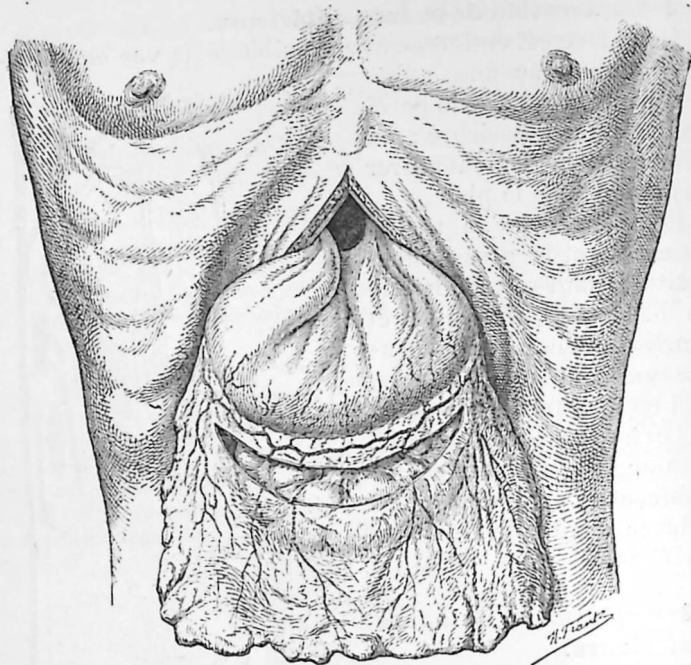


Fig. 129. — Incision du ligament gastro-colique.

transverse et le grand épiploon ; on choisit un endroit où le ligament soit mince et transparent, on reconnaît l'artère gastro-épiploïque à 2 ou 3 centimètres de la grande courbure. C'est là qu'on incise le ligament, ou qu'on l'effondre d'un coup de doigt, immédiatement au-dessous de l'artère (fig. 129), pour tomber sûrement dans l'arrière-cavité et

ne pas s'égarer dans le mésocôlon transverse. On a quelquefois une ou deux ligatures à placer sur des vaisseaux épiploïques rompus ou sectionnés.

Une fois l'exploration terminée, on suture la brèche.

A vrai dire, même en prolongeant l'effondrement jusqu'au pylore à droite, jusqu'à l'angle colique à gauche, si on peut facilement passer la main derrière l'estomac, on peut difficilement renverser l'estomac et exposer complètement sa face postérieure à la vue.

c) *Le décollement colo-épiploïque*, manœuvre décrite par

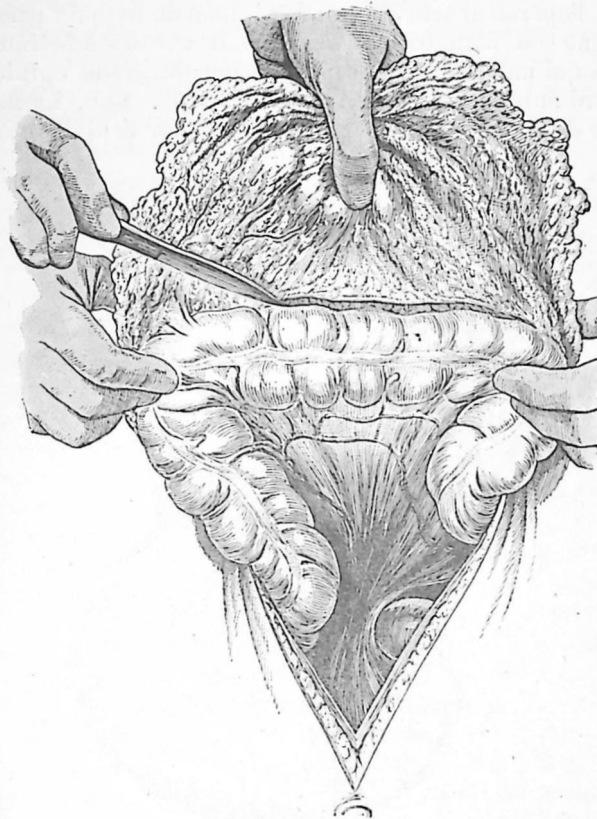


Fig. 130. — Décollement colo-épiploïque : 1^{er} temps : incision légère au bistouri des adhérences lâches unissant la lame postérieure du grand épiploon au bord antérieur du côlon transverse. (Toupet.)

Lardennois et Okinczyc pour la conservation du grand épiploon dans la colectomie totale, consiste à cliver le fascia d'accolement qui unit le grand épiploon d'une part, le côlon transverse et son méso d'autre part, jusqu'à la racine de ce méso. En chirurgie gastrique, la manœuvre ne doit pas être poussée aussi loin puisque l'objectif cherché est l'abord de la face postérieure de l'estomac : au lieu de décoller du mésocôlon transverse le feuillet postérieur ou réfléchi du grand épiploon, il faut, pour pénétrer dans l'arrière-cavité des épiploons, effondrer ce feuillet sur le bord du côlon avant même d'atteindre le méso : c'est donc plutôt une désinsertion colique du grand épiploon.

Le grand épiploon et le côlon transverse sont relevés et attirés hors du ventre ; l'aide tendant transversalement le côlon, l'opérateur tend le grand épiploon de sa main gauche et traîne son bistouri très légèrement sur les adhérences lâches qui unissent la lame postérieure du grand épiploon au bord antérieur du côlon transverse (fig. 130). La main armée d'une compresse achève de décoller l'épiploon, qui

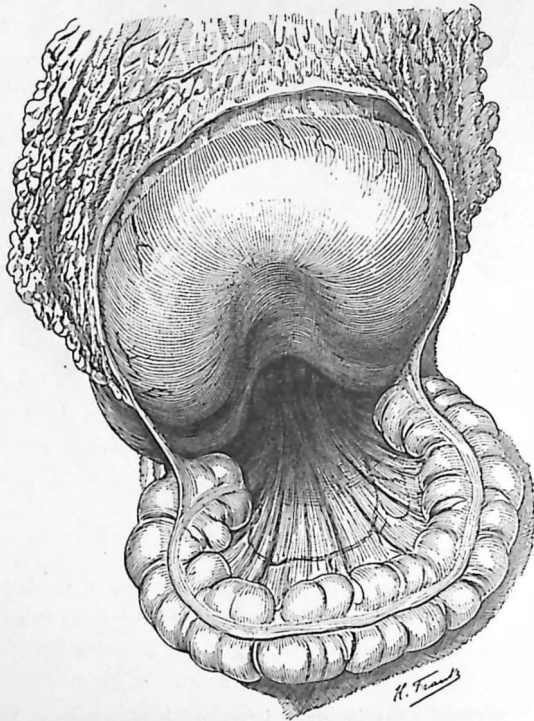


Fig. 131. — Décollement colo-épiploïque terminé.

adhère peu à la face supérieure du côlon, jusqu'à l'insertion du mésocôlon transverse au bord postérieur de l'intestin.

Quand on arrive au mésocôlon, le feuillet postérieur du grand épiploon devient si mince qu'il se déchire lui-même sous la main gauche et on peut alors rabattre le côlon transverse en bas, l'estomac et le grand épiploon en haut. L'arrière-cavité est largement ouverte, laissant voir le corps du pancréas et la racine du mésocôlon ; on peut soulever et retourner complètement l'estomac, dont la face postérieure renversée est entièrement visible (fig. 131).

C'est la voie d'exploration et d'accès large sur la face postérieure de l'estomac, qui permet, suivant les cas, de suturer une perforation, de libérer des adhérences, d'apprécier leur nature, leur étendue ; de juger de l'opérabilité d'un ulcus, d'une tumeur, de choisir l'emplacement précis d'une bouche de gastro-entérostomie.

C'est une manœuvre généralement facile, presque exsangue ; tout au plus peut-elle donner un léger suintement sanguin au niveau du transverse dépouillé, ou de petites suffusions hémorragiques dans le grand épiploon ; une ou deux ligatures suffisent pour prévenir ces incidents.

Aucune suture de réparation n'est nécessaire : il suffit, une fois l'exploration ou l'intervention terminée, de laisser retomber le tablier épiploïque devant le côlon transverse.

d) Le dépouillement de la grande courbure.

Il est encore une quatrième manière de pénétrer dans l'arrière-cavité des épiploons, c'est de pratiquer la manœuvre imaginée et décrite par Témoin sous le nom de dépouillement de la grande courbure. Elle consiste à saisir fermement l'estomac de la main gauche et à dépouiller la grande courbure de ses vaisseaux à l'aide d'une compresse (fig. 132). Elle ne provoque, dit-on, que peu ou pas d'hémorragie quand elle est exécutée de gauche à droite ; en réalité elle nécessite parfois quelques ligatures d'hémostase sur la grande courbure. A la fin de l'opération, on réinsère par un surjet l'épiploon à la grande courbure.

Témoin applique ce procédé surtout dans la gastrectomie ; il n'est qu'accessoirement un mode d'exploration, mais il peut, dans certains cas, rendre service : ainsi lorsque la face postérieure de l'estomac est tellement infiltrée qu'il est impossible d'y placer une anastomose : ce dépouil-

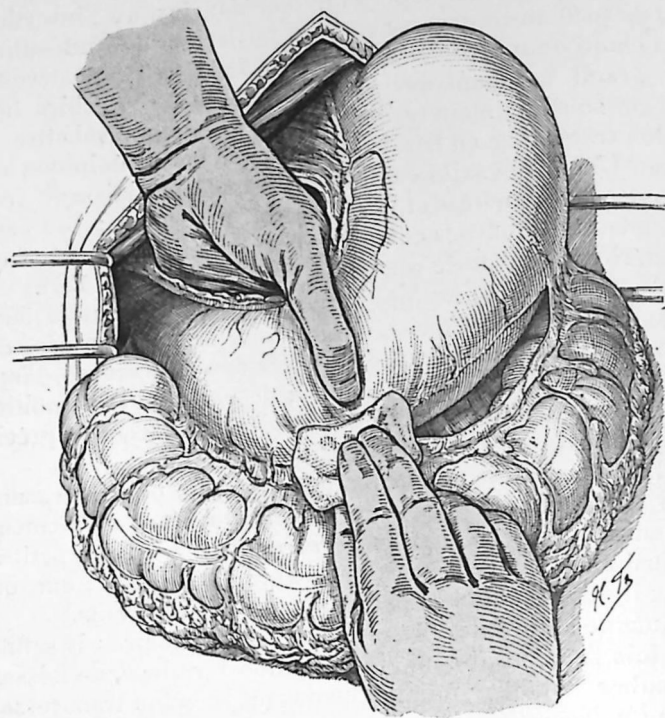


Fig. 132. — Dépouillement de la grande courbure.

lement permet alors de placer exactement sur la grande courbure, ou même un peu au-dessus, sur la face antérieure, une bouche de gastro-entérostomie transmésocolique.

CHAPITRE II

GASTROTOMIE

La gastrotomie ou taille gastrique est une opération qui consiste purement et simplement à inciser l'estomac. Les indications sont peu fréquentes : exploration de la face interne de l'estomac, accès sur un ulcère adhérent de la face postérieure, extraction d'un corps étranger de l'estomac ou de la partie inférieure de l'œsophage, cathétérisme rétrograde de l'œsophage.

Malade couché sur le dos. Opérateur à droite, aide à gauche.

Laparotomie médiane sus-ombilicale.

L'estomac, autant que possible préalablement vidé, est attiré dans la plaie.

S'agit-il d'un *corps étranger* qu'on sent à travers la paroi? Il est facile de le faire saillir sous la paroi antérieure, d'inciser celle-ci sur une longueur juste suffisante pour l'extraire.

S'agit-il d'une *exploration de toute la cavité gastrique* pour corps étrangers multiples, recherche d'un ulcère? Il faut faire une longue incision parallèle à la grande courbure, dont on repère et soulève les bords au moyen de pinces de Chaput. L'exploration de cette vaste cavité de muqueuse plissée est parfois difficile; un bon éclairage, deux valves bien placées facilitent les recherches.

La main introduite dans l'arrière-cavité des épiploons peut refouler la *paroi postérieure* à travers l'incision antérieure.

La *grosse tubérosité* et le *cardia* sont particulièrement difficiles à explorer, sinon au doigt, du moins à l'œil. Pour trouver l'orifice œsophagien, caché dans des plis muqueux, il faut tendre la petite courbure et la suivre, elle sert de guide vers le cardia.

Toutes ces explorations terminées, on pratiquera la suture de l'incision suivant les règles ordinaires.

CHAPITRE III

PYLOROTOMIE LONGITUDINALE EXTRA-MUQUEUSE (opération de Fredet ¹).

Cette opération s'adresse à la *sténose du pylore par hypertrophie musculaire des nourrissons* : elle consiste à sectionner l'anneau musculaire sténosant sans intéresser la muqueuse.

Si la gastro-entérostomie trouve son indication dans certaines formes aiguës précoces, la pylorotomie est l'opération de choix dans les formes chroniques, à sténose peu serrée, qui sont les plus nombreuses.

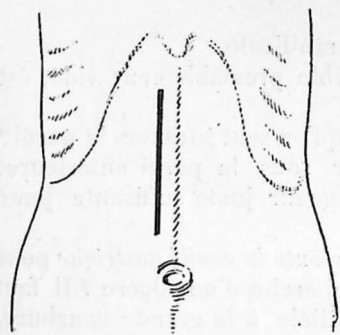


Fig. 133. — La pylorotomie longitudinale extra-muqueuse. — 1° Incision haute, courte, un peu à droite de la ligne médiane.

1° **Incision de la paroi médiane**, sus-ombilicale, haute et courte, et un peu à droite de la ligne médiane pour éviter la veine ombilicale qu'on rejette à gauche (fig. 133).

2° **Extériorisation du pylore** qu'on immobilise en le pinçant entre le pouce et l'index : c'est une petite tumeur dure, du volume d'une olive.

3° **Incision de la musculéuse.** — « On reconnaît sur sa face antérieure une bande exsangue, entre les vaisseaux radiés qui émanent des bords supérieur et inférieur. C'est là que l'incision longitudinale doit être pratiquée. On la commence avec un bistouri bien tranchant, à l'extrémité juxta-duodénale de la tumeur, et on la conduit jusque sur l'antra pylorique. Les lèvres de la plaie s'écartent spontanément et l'on peut, sans danger, en pleine lumière; sectionner la couche mus-

1. Chapitre rédigé d'après E.-A. Alary. Thèse, Paris, 1921.

PYLOROTOMIE

143

culaire sur une épaisseur de 3 millimètres au moins (fig. 134). A partir de ce moment, il est prudent de substituer au bistouri un instrument mousse (le bec de fins ciseaux

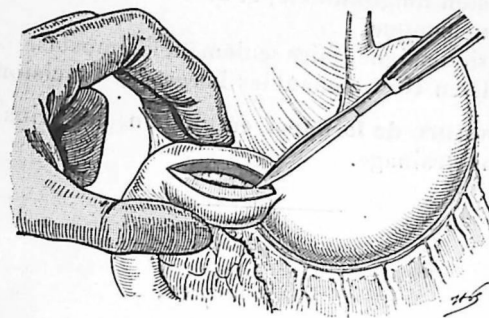


Fig. 134. — 2° Incision de la musculéuse épaisse.

courbes, par exemple) et d'achever ainsi l'effraction de la musculéuse jusqu'à la muqueuse. Ces manœuvres demandent beaucoup d'attention, surtout du côté duodénal. On n'oubliera pas, en effet, la disposition anatomique affectée, à ce niveau, par le pylore qui fait saillie à l'intérieur et provoque la formation de culs-de-sac où la muqueuse duodénale est particulièrement exposée. »

4° **Décollement de la muqueuse.** — « Dès que l'anneau sténosant est entièrement coupé, on aperçoit la muqueuse, sous forme d'un mince bourrelet jaunâtre, qui tend à faire hernie entre les lèvres de la plaie. On décolle prudemment la muqueuse, aussi loin que possible, afin de faciliter son déplissement. Pour cela, il est commode de saisir la lèvre musculaire correspondante avec de fines pinces à griffes (fig. 135). On vérifie que l'obstacle est levé

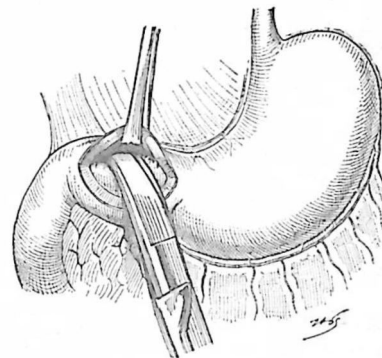


Fig. 135. — 3° Décollement de la muqueuse avec le bec des ciseaux courbes tenus fermés.

en exerçant une pression sur l'estomac : dans ces conditions, on voit les gaz passer facilement dans le duodénum. »

L'expérience a montré qu'il est inutile de suturer en travers l'incision longitudinale, et de réunir ses lèvres d'une manière quelconque.

Si l'incision saigne, faire seulement l'hémostase par quelques points en U étreignant les berges de l'incision.

5° Fermeture de la paroi, en un plan, aux crins de Florence, sans drainage.

CHAPITRE IV.

GASTRO ET PYLOROPLASTIES

La pyloroplastie (Heinecke-Mikulicz) s'adresse aux rétrécissements du pylore : elle consiste à sectionner longitudinalement toute l'épaisseur du

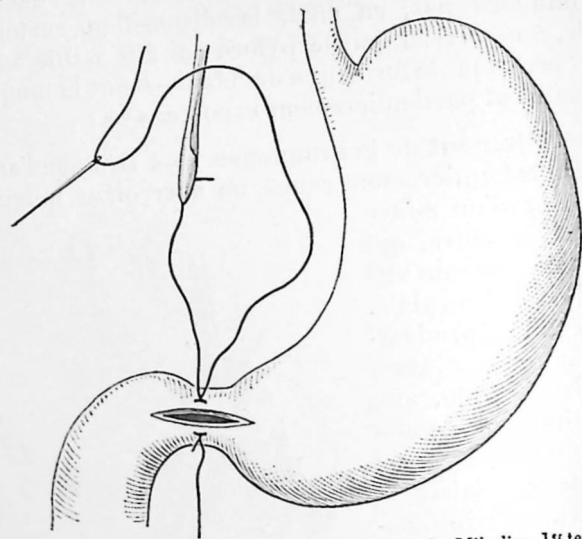


Fig. 136. — Pyloroplastie par le procédé de Heinecke-Mikulicz. 1^{er} temps : incision longitudinale.

rétrécissement par une incision gastro-duodénale (fig. 136), et à refermer cette incision par une suture transversale (fig. 137).

Ainsi comprise, la pyloroplastie n'est plus guère pratiquée à l'heure actuelle, même lorsqu'il s'agit de rétrécissements cicatriciels. Cependant,

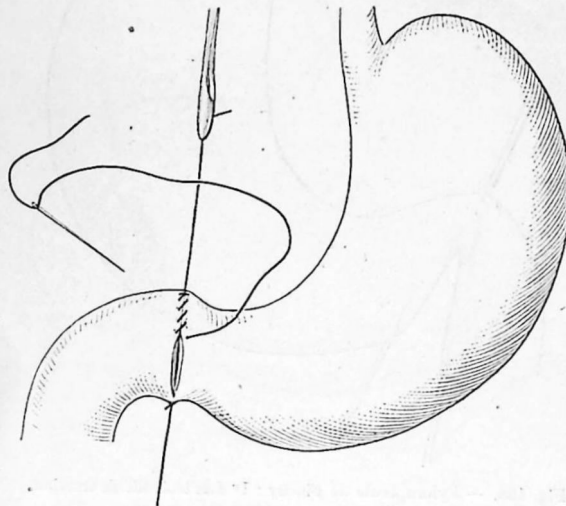


Fig. 137. — 2^e temps : suture transversale.

en cas d'ulcère pylorique, elle peut être combinée à l'excision de l'ulcère ou à sa thermocautérisation (Shelton Horsley.)

La gastroplastie est une opération analogue, mais pratiquée sur l'estomac lui-même, au niveau d'une sténose médio-gastrique.

L'inconvénient de ces opérations est que les sutures portent sur du tissu cicatriciel.

Pyloroplastie par le procédé de Finney. — Finney, en 1902, a décrit une opération qui est une modification heureuse de la pyloroplastie classique ; cette opération consiste à sectionner le rétrécissement pylorique sur sa face antérieure et à prolonger cette incision transversale par deux incisions verticales situées respectivement sur le duodénum et l'estomac, après rapprochement de ces deux viscères. L'ensemble de l'incision a la forme d'un fer à cheval ; on la ferme en suturant l'une à l'autre les tranches gastrique et duodénale.

Le résultat de l'opération est d'établir une communication très large entre le bulbe duodénal et l'anse pylorique (fig. 143). Voici la technique de cette intervention :

1° Placer trois fils de traction : le premier, destiné à être tiré en haut, sur le bord supérieur du pylore ; le deuxième en bas et à droite, sur le bord inférieur duodénal ; le troi-

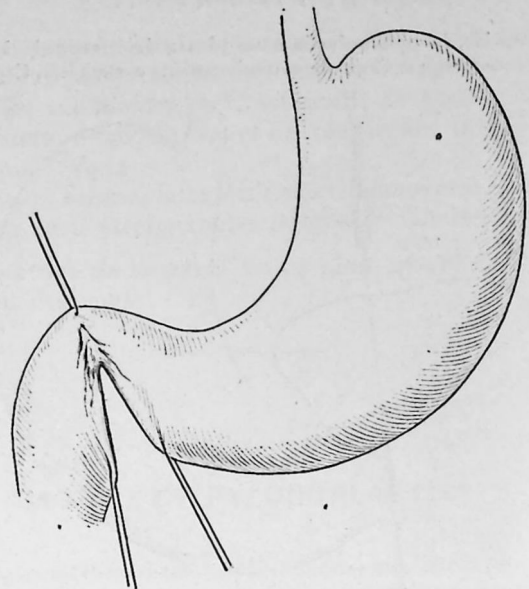


Fig. 138. — Pyloroplastie de Finney : 1° Les trois fils de traction.

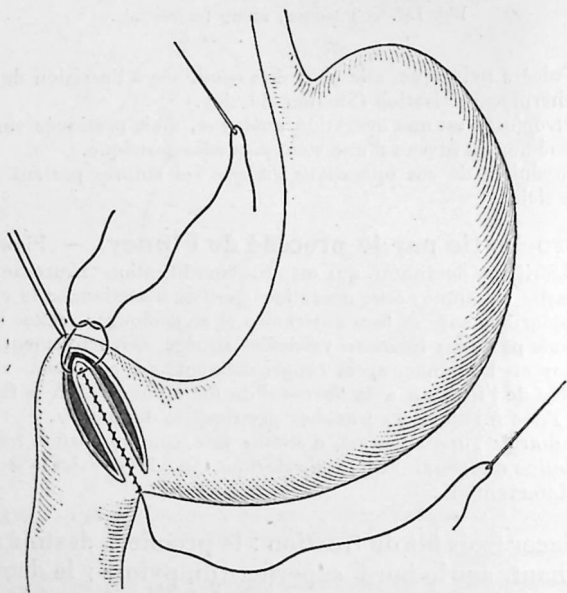


Fig. 139. — 2° Un surjet séro-séreux postérieur unit le duodénum à l'estomac ; une incision en fer à cheval ouvre les deux viscères. Le premier point du surjet total va être serré au niveau du cap de l'adossement.

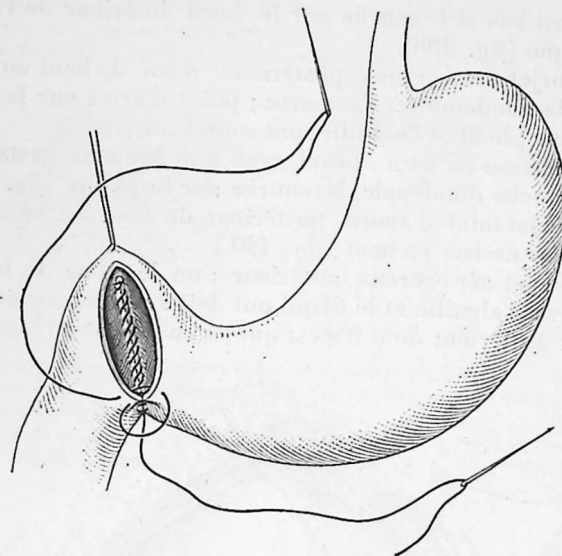


Fig. 140. — 3° Le surjet total est terminé sur la moitié postérieure, il est commencé sur la moitié antérieure : on le continue avec le même fil, de bas en haut, jusqu'à fermeture complète.

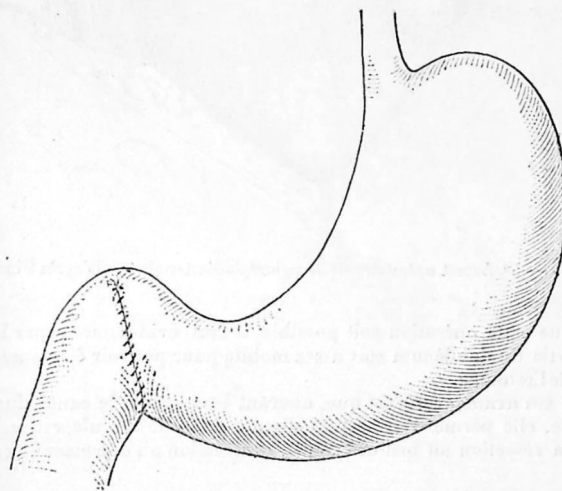


Fig. 141. — 4° Opération terminée : on ne voit que le surjet séro-séreux antérieur.

sième en bas et à gauche sur le bord inférieur de l'antra pylorique (fig. 138).

2° Surjet séro-séreux postérieur, mené de haut en bas, fixant le duodénum à l'estomac ; point d'arrêt sur le bord inférieur ; le fil et l'aiguille sont conservés.

3° Incision en fer à cheval avec une branche gastrique, une branche duodénale, la courbe sur le pylore (fig. 139).

4° Surjet total d'abord postérieur de haut en bas, puis antérieur de bas en haut (fig. 140.)

5° Surjet séro-séreux antérieur : on le mène de bas en haut avec l'aiguille et le fil qui ont déjà servi au surjet séro-séreux postérieur dont il n'est que la continuation (fig. 141).

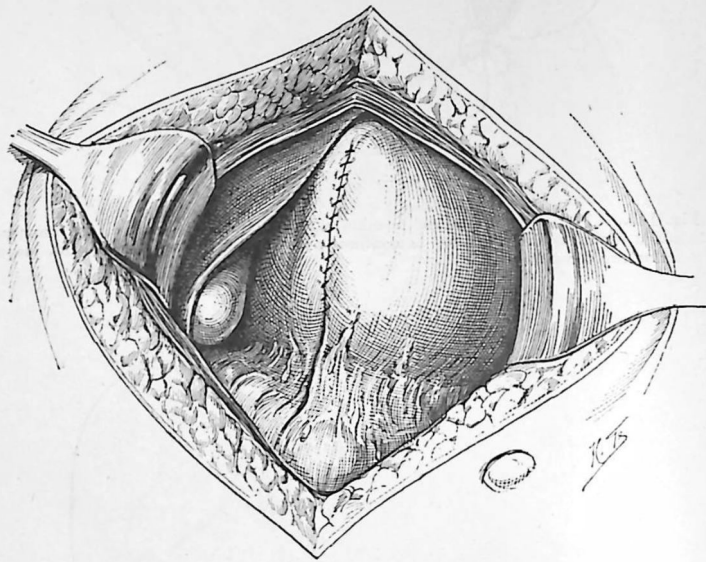


Fig. 142. — 5° Aspect opératoire de la pyloroplastie terminée. (D'après Finney).

Pour que cette opération soit possible, il faut évidemment que la première partie du duodénum soit assez mobile pour pouvoir être amenée au contact de l'estomac.

Un de ses avantages, c'est que, ouvrant largement le canal duodéno-pylorique, elle permet l'inspection directe de la lésion ulcéreuse, et au besoin sa résection au bistouri, ou sa destruction au thermocautère¹.

1. Voir J. M. I. Finney et J. Friedenwald. Hundred cases of pyloroplasty, *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, tome XVIII, n° 3, mars 1914, p. 273.

Cet ingénieux procédé de « plastique » a été appliqué avec succès au traitement de la sténose médio-gastrique.

La technique est en tous points comparable à celle qu'on emploie au

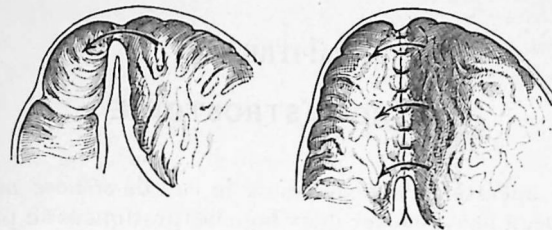


Fig. 143. — 6° Deux coupes montrant le résultat de la pyloroplastie. (D'après Finney.)

niveau du pylore. La convexité du fer à cheval répond à la petite courbure, ses deux branches descendent l'une sur la poche cardiaque, l'autre sur la poche pylorique (fig. 144).

Quand la résection segmentaire (qui est le traitement de choix de la sténose médio-gastrique par ulcus) est impossible, il est certain que cette

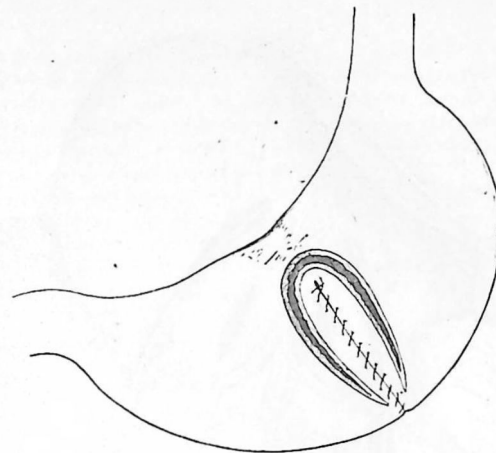


Fig. 144. — La « plastique » de Finney appliquée au traitement de la sténose médio-gastrique : un surjet séro-séreux a accolé les deux poches ; l'incision en fer à cheval. (Lecène.)

opération, type Finney, constitue le meilleur procédé palliatif : elle corrige par une plastique la déformation biloculaire ; elle réalise une communication large entre les deux poches ; enfin elle permet le traitement direct endogastrique de l'ulcère, suivant la technique de W. Mayo, par l'excision ou par la thermocautérisation¹.

1. Voir P. Duval. *Bull. et Mém. Soc. Chir.*, 9 décembre 1919, p. 1509.
P. Lecène, *Journal de Chirurgie*. Tome XVII, n° 1, p. 1.

CHAPITRE V

GASTRO-GASTROSTOMIE

Cette opération consiste, dans le cas de *sténose médio-gastrique*, à anastomoser deux bouches pratiquées de part et d'autre du rétrécissement, l'une sur la poche cardiaque, l'autre sur la poche pylorique.

C'est une opération palliative qui est indiquée, concurremment à la gastroplastie que nous venons de décrire, quand les opérations radicales d'exérèse (résection médio-gastrique ou hémigastrectomie) sont jugées impraticables du fait des adhérences, ou de la faiblesse du malade ; elle

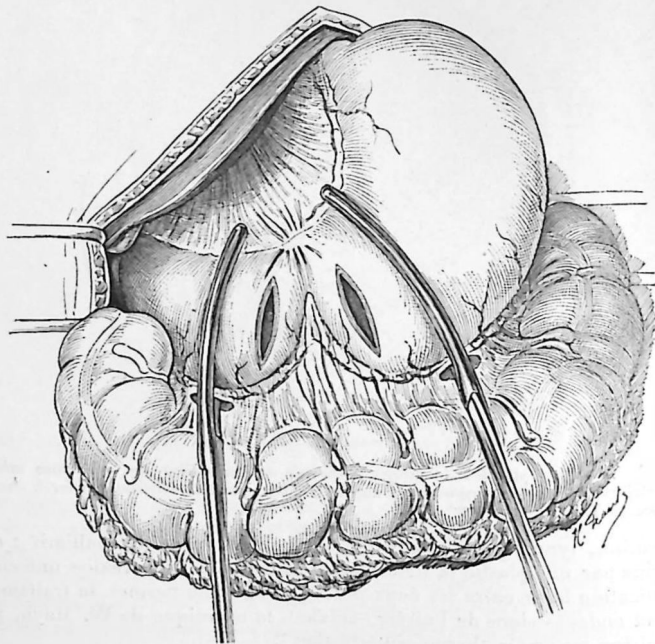


Fig. 145. — Gastro-gastrostomie. Cette figure n'a que la valeur d'un schéma, destiné à montrer la situation et les dimensions de la bouche. En réalité, avant d'ouvrir les deux poches, on les unit par un surjet séro-séreux postérieur.

n'est possible, dans de bonnes conditions, que si la poche pylorique présente des dimensions suffisantes, et si la face antérieure des deux poches est saine et facilement mobilisable (Pierre Duval) ¹.

La technique (Wölfler) en est très simple : il suffit d'amener au contact l'une de l'autre la paroi antérieure des deux poches, et d'y créer une anastomose (voir anastomoses latéro-latérales, page 123).

Pierre Duval conseille de faire une bouche très large, sur toute la hauteur de l'estomac, de la petite à la grande courbure (fig. 145).

CHAPITRE VI

GASTRO-ENTÉROSTOMIES

Ce sont des opérations qui consistent à créer une bouche anastomotique entre l'estomac et une anse grêle : cette anse est le plus souvent la première anse jéjunale : quand on parle de gastro-entérostomie, c'est de gastro-jéjunostomie qu'il s'agit. On peut cependant anastomoser l'estomac avec la première ou la deuxième portion du duodénum : ces gastro-duodénostomies sont des opérations peu pratiquées.

La gastro-entérostomie est actuellement une opération de pratique courante ; ses indications, que nous ne pouvons préciser ici, sont nombreuses dans le traitement des affections de l'estomac et du duodénum : sténoses pylorique et médio-gastrique, cancer de l'estomac, ulcus de l'estomac et du duodénum. Elle peut constituer par elle-même toute l'opération et n'est alors, en général, qu'un traitement palliatif ou tout au moins indirect ; ou être associée à une autre intervention : exclusion, excision d'ulcus, résection gastrique, pylorectomie ; ou encore être le premier temps d'une opération radicale pour cancer (gastrectomie en deux temps chez malades-affaiblis avec grosse dilatation gastrique).

Les gastro-entérostomies destinées à rétablir la continuité du tube digestif après une résection de l'estomac seront étudiées au chapitre gastrectomie.

Procédés opératoires. — La gastro-entérostomie peut se faire au bouton (voir technique des anastomoses latéro-latérales au bouton, page 131) ; la gastro-entérostomie au bouton peut être avantageuse dans certains cas, à cause de sa rapidité d'exécution ; on peut lui reprocher l'étroitesse

1. P. Duval, *Bull. et Mém. Soc. Chir.*, 1914, p. 790.

de la bouche pratiquée. Nous décrivons ici la gastro-entérostomie par sutures.

Nous ne décrivons pas la gastro-entérostomie en Y : c'est une opération longue et compliquée qui nécessite deux anastomoses termino-latérales ; elle a été imaginée pour éviter l'accumulation de liquide dans l'anse duodénale, ainsi que le reflux de la bile et du suc pancréatique dans l'estomac ; l'expérience a montré qu'elle prédispose aux ulcès peptiques ; elle est bien peu employée.

Nous ne décrivons donc que les gastro-entérostomies par anastomose latérale.

L'anastomose peut porter sur la face antérieure ou sur la face postérieure de l'estomac : d'où deux variétés de gastro-jéjunostomies : gastro-jéjunostomie antérieure et gastro-jéjunostomie postérieure.

GASTRO-JÉJUNOSTOMIE ANTÉRIEURE

La gastro-jéjunostomie antérieure (Wölfler, 1881) est l'abouchement, sur la face antérieure de l'estomac, d'une anse jéjunale attirée par devant le colon transverse. Si l'on cherche à aboucher un point trop voisin de l'angle duodéno-jéjunal (anse courte), cette anse risque de comprimer le colon, ou d'être comprimée par lui. Si l'on prend un point trop éloigné de l'angle duodéno-jéjunal (anse longue), on évite le risque d'occlusion, mais on se trouve dans les conditions les plus favorables au *circulus viciosus*, ou au développement d'un ulcès peptique.

La gastro-jéjunostomie antérieure est donc une opération défectueuse en soi ; elle ne présente plus guère qu'une indication, en tant qu'opération de dérivation : c'est le cas de cancer très étendu ayant fixé ou envahi toute la face postérieure de l'estomac. Encore pourrait-on, dans ce cas, recourir parfois au dépouillement de la grande courbure (voir page 139) et réaliser une gastro-entérostomie sur la courbure elle-même, ou même sur la face antérieure, mais transmésocolique, par conséquent à anse courte.

La technique de la gastro-jéjunostomie antérieure pré-colicale est extrêmement simple : après laparotomie sus-ombilicale, relever de la main gauche l'épiploon et le colon, glisser la main droite sous le mésocolon transverse, saisir la première anse fixe et l'attirer contre l'estomac, en passant devant le colon transverse. La bouche devra être placée sur l'intestin à 40 centimètres environ de l'angle duodéno-jéjunal, sur l'estomac aussi près du pylore et de la grande courbure que les lésions le permettent. Il est bon de diriger l'anse jéjunale de gauche à droite, c'est-à-dire iso-péristaltique par rapport à l'estomac : il est important, pour éviter la coudure de l'anse afférente, de la suspendre à l'estomac par deux ou trois points séro-séreux, et au besoin de prati-

quer au-dessous une jéuno-jéjunostomie complémentaire entre les deux branches afférente et efférente.

Cette jéuno-jéjunostomie pourra avantageusement être faite au bouton pour ne pas prolonger outre mesure la durée de l'opération.

GASTRO-JÉJUNOSTOMIE POSTÉRIEURE

La gastro-jéjunostomie postérieure (von Hacker, 1885) est une anastomose entre la face postérieure de l'estomac et une anse jéjunale à travers un orifice pratiqué dans le mésocolon transverse.

C'est le procédé de choix ; il réalise les avantages suivants : anse courte, non coudée, bouche gastrique déclive aussi bien dans la position couchée que dans la position debout, rapports presque anatomiques des viscères avant la fin de l'opération.

Pour donner un bon résultat fonctionnel, c'est-à-dire une évacuation complète de l'estomac par la bouche, pour éviter les complications précoces (*circulus viciosus*) et lointaines (ulcès peptique), l'opération devra toujours réaliser les conditions suivantes :

La bouche doit être : sur l'estomac, le plus près possible du pylore, le plus près possible de la grande courbure ; sur l'intestin, le plus près possible de l'angle duodéno-jéjunal. Voilà l'essentiel.

Quant à la direction de l'anse de gauche à droite, iso-péristaltique (fig. 146) (procédé classique en France) ou de droite à gauche, anti-péristaltique (fig. 147) (Mayo), quant à la suspension (Ricard-Moynihan) ou à la non-suspension de l'anse, quant à la direction de la bouche horizontale, verticale ou oblique (Ricard), ce sont des questions d'importance moindre.

Il est un point sur lequel nous voulons insister : la gastro-entérostomie postérieure, qui est forcément transmésocolique, peut être faite sous ou sus-mésocolique : le résultat final est exactement le même, mais dans le procédé sous-mésocolique, le plus anciennement employé, on attire l'estomac de haut en bas à travers la brèche pratiquée dans le mésocolon, et on travaille dans l'étage inférieur de l'abdomen (fig. 148). Dans le procédé sus-mésocolique, c'est l'anse jéjunale qu'on attire de bas en haut

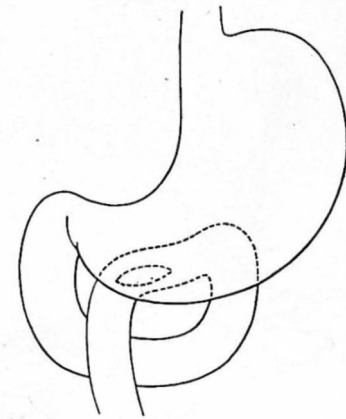


Fig. 146. — Schéma de la gastro-jéjunostomie postérieure, montrant le siège de la bouche sur l'estomac et sur l'anse jéjunale. Remarquer aussi la direction de l'anse de gauche à droite : la bouche est dite « iso-péristaltique ».

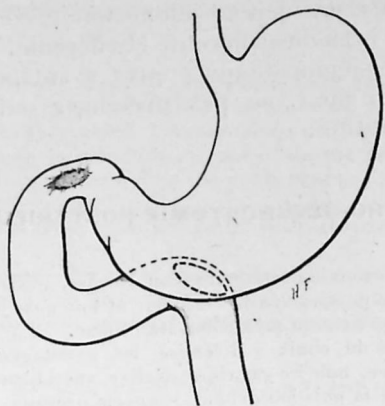


Fig. 147. — Gastro-jéjunostomie postérieure sans anse (no loop) ou « anti-péristaltique ». (D'après Mayo.)

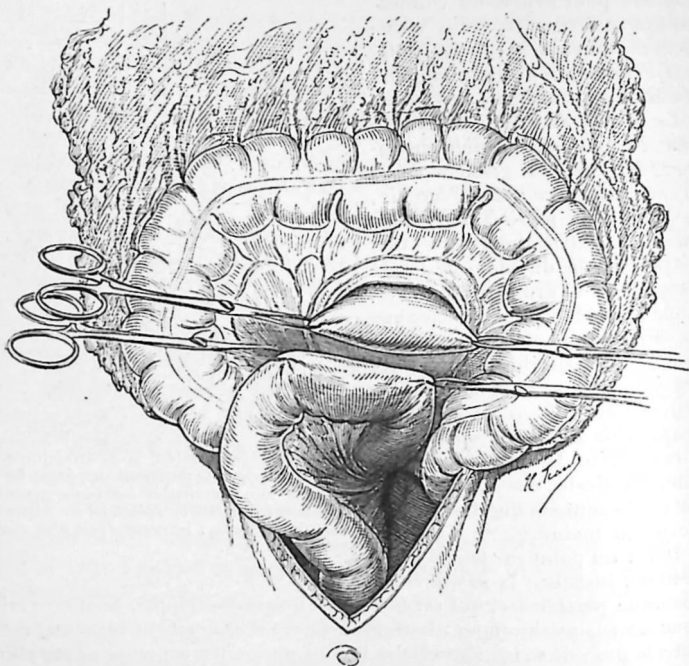


Fig. 148. — Gastro-jéjunostomie postérieure transmésocolique, sous-mésocolique : la paroi postérieure de l'estomac est attirée à travers une brèche pratiquée dans le mésocolon transverse.

à travers le mésocolon, et le travail d'anastomose est fait dans l'arrière-cavité des épiploons. (Toupet ¹, Pierre Duval ².)
Si l'on réfléchit que le choix exact du lieu de la bouche sur la face

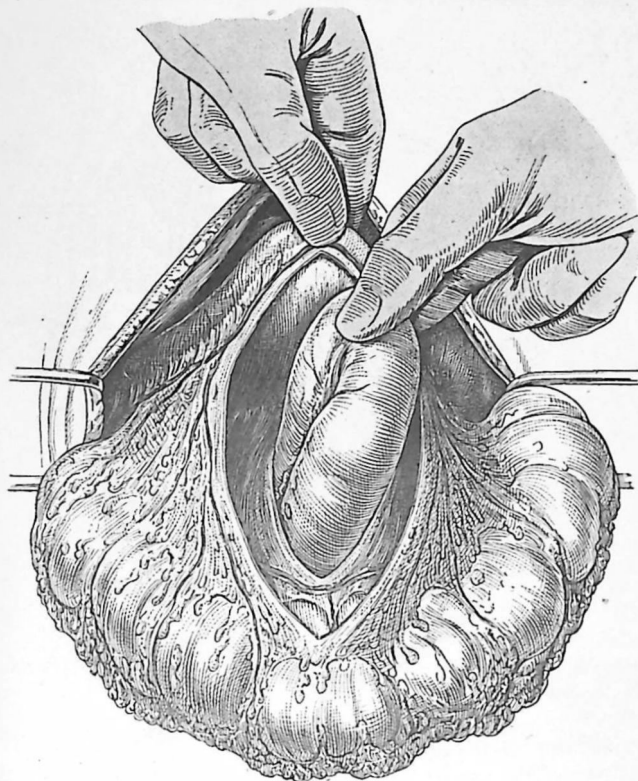


Fig. 149. — Gastro-jéjunostomie postérieure transmésocolique sus-mésocolique par effondrement du ligament gastro-colique. (Toupet.)

postérieure de l'estomac est le point essentiel de l'opération, on se rend compte facilement que le procédé qui permet de voir toute la face postérieure de l'estomac, au lieu d'en attirer un coin, est le meilleur. A cet avantage essentiel le procédé sus-mésocolique en joint d'autres :

1° Il permet mieux d'opérer tout à fait hors du ventre et — au besoin — d'isoler complètement la zone stomacale à anastomoser par un seul clamp qui ne gêne pas.

1. Toupet, *Journal de Chirurgie*, 1918, tome XV, n° 3, p. 253.

2. Pierre Duval, *Bulletins et mémoires de la Société de Chirurgie*, 1919, n° 8 et 9.

2° Il laisse le colon transverse dans l'abdomen pendant presque toute l'opération, notamment pendant le temps septique.

Cette technique nécessite naturellement — comme temps préliminaire — l'ouverture de l'arrière-cavité des épiploons : celle-ci peut être réalisée



Fig. 150. — Gastro-jéjunostomie postérieure transmésocolique sus-mésocolique par décollement colo-épiploïque. La ligne en pointillé marque la situation de la bouche sur l'estomac. (Toupet.)

de trois manières (voir page 136) dont on peut poser les indications respectives de la manière suivante :

a) Si l'indication opératoire est nette, si l'exploration de toute la face postérieure de l'estomac ne semble pas utile, l'effondrement du ligament gastro-colique suffit (fig. 149).

b) Si l'exploration très large de toute la face postérieure de l'estomac est nécessaire, le décollement inter-colo-épiploïque est indiqué (fig. 150).

c) Le dépouillement de la grande courbure ne présente, pour la simple gastro-entérostomie, que de rares indications ; le manque de place sur la face postérieure de l'estomac en est une (fig. 151).

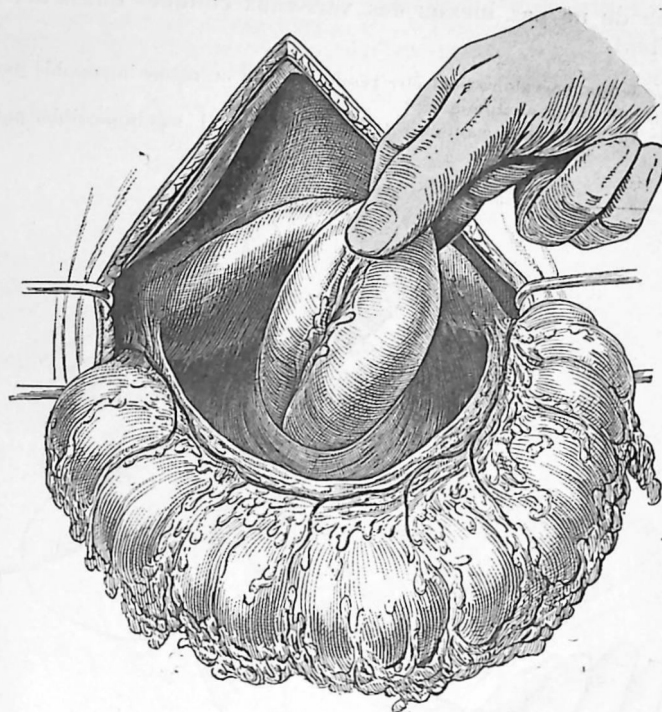


Fig. 151. — Gastro-jéjunostomie postérieure transmésocolique sus-mésocolique par dépouillement de la grande courbure. (Toupet.)

Technique de la gastro-jéjunostomie postérieure transmésocolique sus-mésocolique (d'après Toupet 1). — Malade dans le décubitus dorsal, opérateur à droite, aide à gauche.

1° Incision sus-ombilicale, verticale et basse.

2° Extériorisation du colon transverse.

3° Ouverture de l'arrière-cavité par un des trois procédés que nous avons indiqués (voir ci-dessus pour les indications, et page 136 pour la technique).

4° Incision du mésocolon transverse. — On cherche la zone avasculaire du mésocolon, on l'incise verticalement en ayant

1. Toupet, loco citato.

soin de ne pas blesser les vaisseaux coliques qui la délimitent.

Ce temps opératoire peut être rendu difficile ou même impossible par deux conditions anatomiques :

1° Le mésocôlon peut être tellement gras qu'il soit impossible, par



Fig. 152. — Gastro-jéjunostomie postérieure. 1° Le surjet séro-séreux postérieur mené de gauche à droite, entre deux fils d'appui.

transparence, de distinguer les gros vaisseaux qui le parcourent ; il ne faut pas inciser le mésocôlon transverse au hasard, sans voir ces vaisseaux : à les blesser, on risquerait le sphacèle du côlon ; il faut essayer de rendre ces vaisseaux apparents, en relevant le mésocôlon étalé, et en

éclairant sa face opposée au moyen d'une source lumineuse intense ; si on n'arrive pas à voir les vaisseaux coliques, il vaut mieux renoncer à la voie transmésocolique que de risquer leur blessure.

2° Le mésocôlon peut être court, rétracté ; les arcades basses, très-

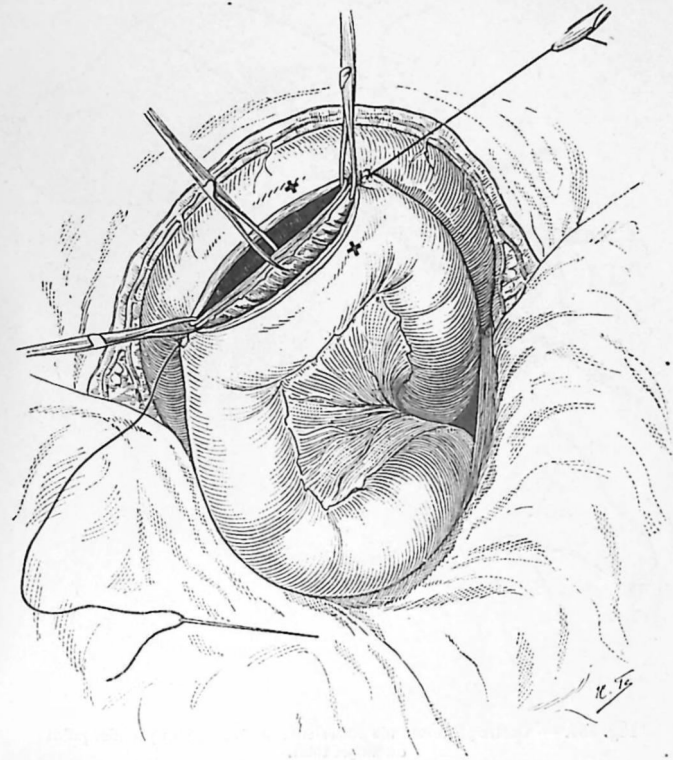


Fig. 153. — Gastro-jéjunostomie postérieure. 2° Les deux cavités sont ouvertes ; repérage et adossement des deux tranches postérieures. Les deux croix marquent l'endroit où sera passé le premier point du surjet total.

rapprochées de la racine pariétale ne laissent pas une place suffisante pour y créer une brèche de longueur convenable : dans ce cas encore, plutôt que de risquer la blessure de l'arcade, plutôt que de faire une bouche petite et exposée au rétrécissement secondaire, il vaut mieux renoncer à la gastro-entérostomie transmésocolique et recourir au procédé pré-colique.

5° On amène la première anse grêle à travers la brèche dans l'arrière-cavité.

Il n'y a pas d'erreur possible : la première anse est celle qui « tient » dans la profondeur ; on la trouve facile-

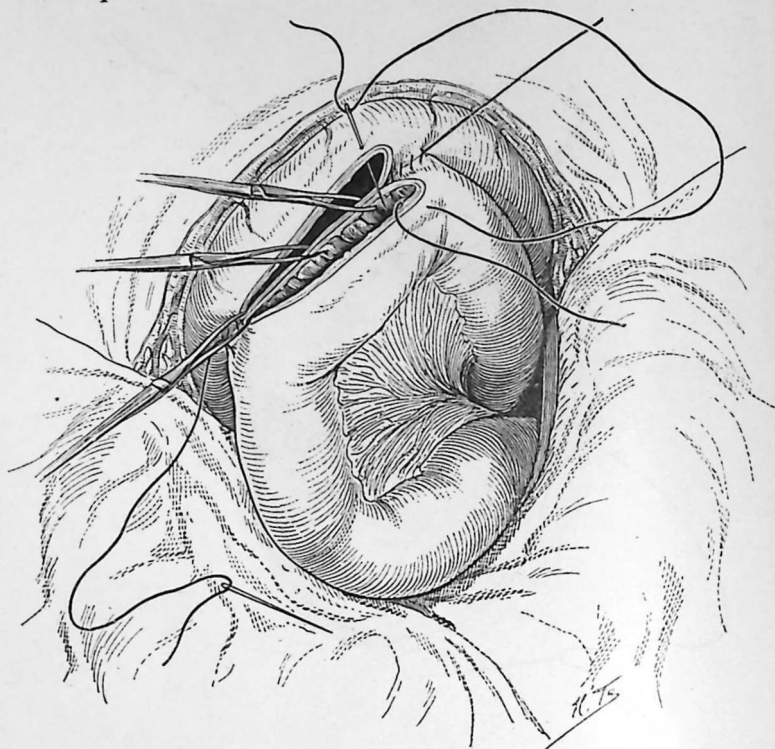


Fig. 154. — Gastro-jéjunostomie postérieure. 3° Passage du premier point du surjet total.

ment contre le flanc gauche du rachis lombaire, immédiatement au-dessous du mésocôlon.

6° On rentre le côlon transverse dans la cavité abdominale.

7° Préparation de l'anastomose.

On repère sur l'estomac l'endroit où on veut faire l'anastomose : le plus près possible du pylore¹, le plus près pos-

1. Il est bien entendu cependant que l'anastomose doit être exécutée avant tout en

sible de la grande courbure, à 15 millimètres environ de celle-ci, pour qu'on ait la place de faire l'anastomose sans être trop gêné par les gros vaisseaux qui la parcourent : suivant une ligne horizontale répondant à ces indications on présente sur l'estomac l'anse jéjunale attirée de gauche à

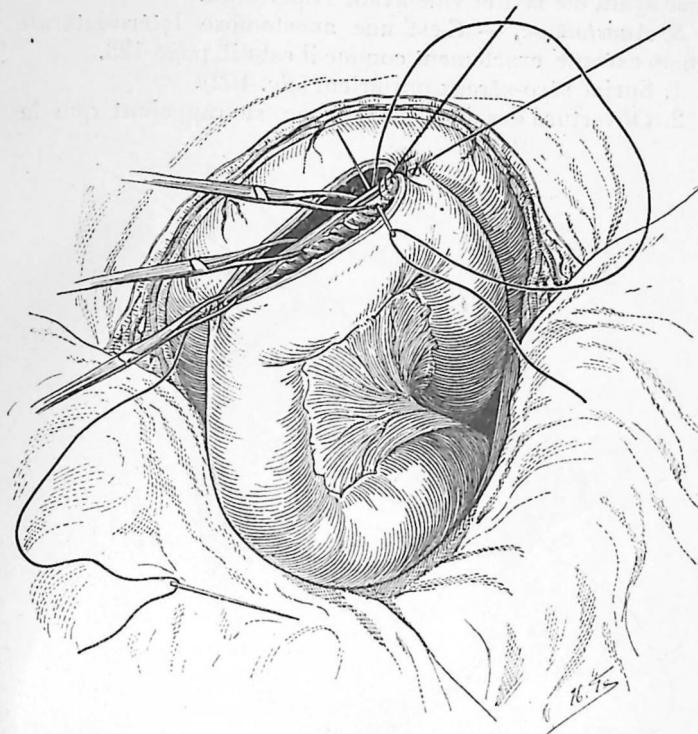


Fig. 155. — Gastro-jéjunostomie postérieure. 4° Surjet total ; points d'angle de gauche.

droite, en la tendant modérément sur son angle gauche fixé. On accole les deux organes ainsi présentés par deux pinces de Chaput ou deux fils d'appui placés à 6 centimètres environ l'un de l'autre. Il faut avoir soin de prendre

tissu sain ; que s'il s'agit par exemple d'une gastro-entérostomie pour cancer du pylore, on devra se tenir à 3 ou 4 centimètres au moins des limites apparentes de la tumeur.

l'intestin de façon à ménager une place suffisante pour la bouche, c'est-à-dire non pas sur le bord libre, mais sur la face supérieure, un peu plus près du bord mésentérique que du bord libre.

L'application de clamps est généralement inutile, l'estomac ayant été lavé et vidé avant l'opération.

8° *Anastomose*. — C'est une anastomose latéro-latérale qu'on exécute exactement comme il est dit page 123.

1. Surjet séro-séreux postérieur (fig. 152).
2. Ouverture des deux cavités, en se rappelant que la

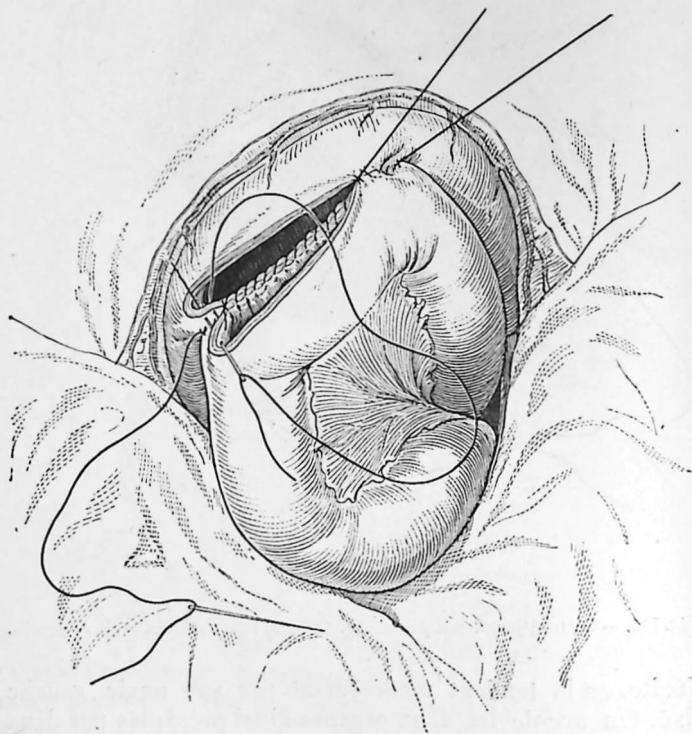


Fig. 156. — Gastro-jéjunostomie postérieure. 5° Surjet total ; points d'angle de droite.

muqueuse gastrique a tendance à se décoller et à fuir sous le bistouri, que si elle est par trop exubérante, il faut abaisser aux ciseaux la partie qui dépasse.

3. Surjet total en soignant les angles, et en ayant soin d'inverser la muqueuse dans la suture du [dernier tiers (fig. 153 à 157).

4. Surjet séro-séreux antérieur (fig. 158). On se trouve au voisinage immédiat des vaisseaux de la grande cour-

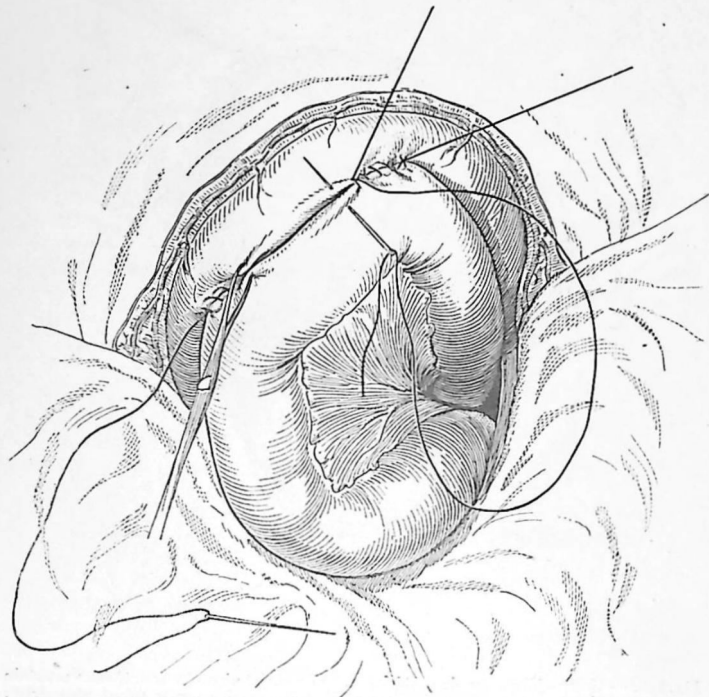


Fig. 157. — Gastro-jéjunostomie postérieure. 6° Surjet total sur le dernier tiers antérieur ; remarquer comment la muqueuse se trouve inversée en dedans par la prise de la pince de Chaput placée à droite et le fil d'appui séro-séreux passé à gauche.

bure : c'est une preuve que la bouche est en bonne place ; encore faut-il prendre garde de ne pas piquer ces vaisseaux.

9° *Fixation de l'estomac à la brèche mésocolique* (fig. 159). — C'est un temps utile, qui met à l'abri d'une complication rare mais grave : la hernie de l'intestin grêle dans l'arrière-cavité des épiploons. Le colon transverse étant relevé pour exposer la face inférieure de son méso, on

place trois pinces de Péan sur le bord de la brèche mésocolique : une en avant, au milieu, une à droite, une à gauche, un peu en arrière ; sur chaque pince on noue un fil, comme s'il s'agissait d'une ligature d'artère, on passe

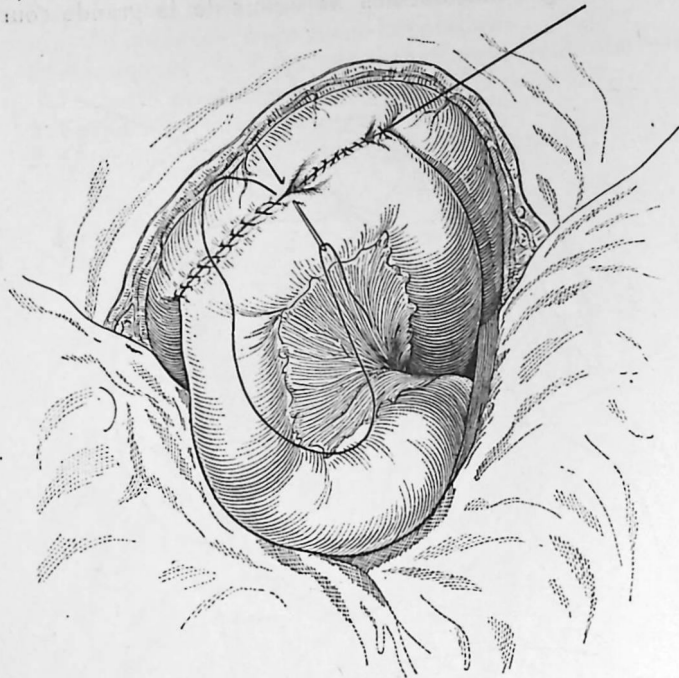


Fig. 158. — Gastro-jéjunostomie postérieure. 7° Le surjet séro-séreux antérieur mené de droite à gauche, avec la même aiguillée de fil qui a servi pour le surjet séro-séreux postérieur.

ensuite l'un des chefs au moyen d'une aiguille de Reverdin courbe dans un point de la paroi *gastrique* situé en regard, et on noue avec l'autre chef. Quand le troisième fil est noué, l'estomac obstrue complètement la brèche, et l'anse jéjunale se trouve d'elle-même réduite dans l'étage inférieur.

10° Réduction des viscères dans l'abdomen et fermeture de l'arrière-cavité des épiploons (voir pages 137 et 139).

11° Suture de la paroi sans drainage.

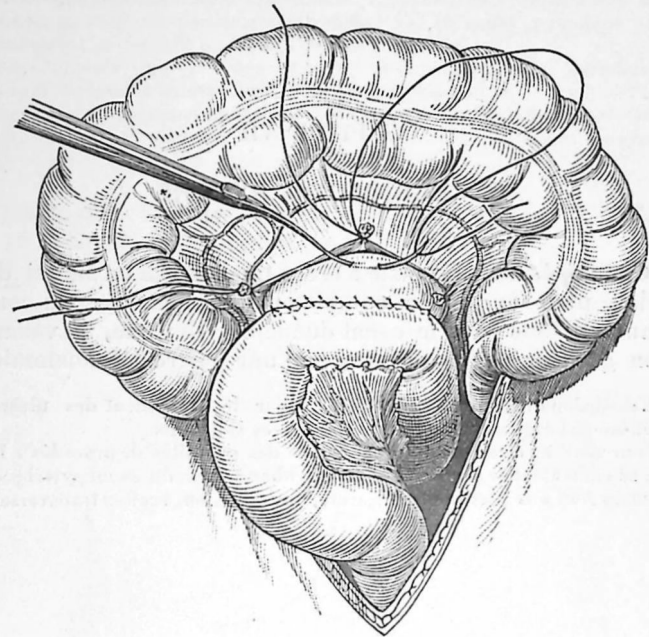


Fig. 159. — Gastro-jéjunostomie postérieure. 8° Fixation de l'estomac à la brèche mésocolique.

Indications particulières. — La gastro-entérostomie pour sténose hypertrophique du pylore chez le nourrisson (Fredet) ne présente rien de bien particulier, sinon que son exécution est assez délicate en raison du calibre réduit de l'intestin.

La gastro-entérostomie pour estomac biloculaire devra toujours, bien entendu, être pratiquée sur la poche supérieure, cardiaque ; on la fera autant que possible postérieure. Cependant on peut être obligé de la faire antérieure, soit que la face postérieure soit fixée par des adhérences étendues, soit que la sténose siège haut : alors la poche supérieure est cachée dans l'hypochondre, et sa face antérieure est plus accessible que sa face postérieure.

Enfin on peut être amené à faire des gastro-entérostomies doubles dans le cas où il existe à la fois une sténose du pylore et une sténose médio-gastrique : on fait alors une bouche sur la poche supérieure, et une bouche sur la poche inférieure, intermédiaire aux deux rétrécissements.

CHAPITRE VII

EXCLUSION DU PYLORE

Cette opération consiste à créer un barrage en amont du pylore pour empêcher complètement le passage du contenu gastrique dans le canal duodéno-pylorique, l'évacuation gastrique étant assurée par une gastro-jéjunostomie.

L'exclusion du pylore est employée pour le traitement des ulcères duodéno-pyloriques, notamment des ulcères saignants.

Pour réaliser cette exclusion, il existe des quantités de procédés : les uns se contentent de serrer un fil ou un ruban autour du canal pylorique ; d'autres font une plastique : plicature, invagination, section transversale

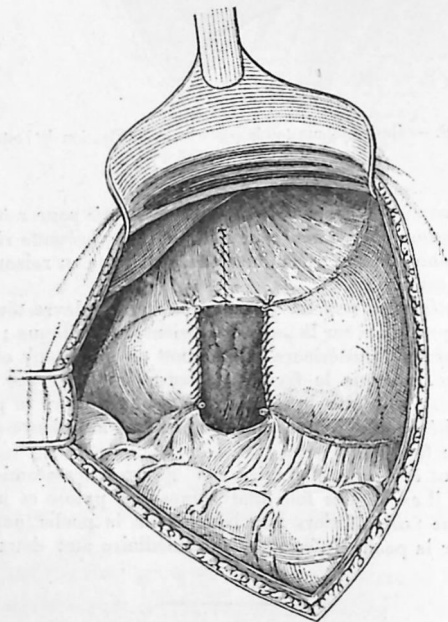


Fig. 160. — Exclusion du pylore par section et fermeture des deux bouts.

EXCLUSION DU PYLORE

167

et suture longitudinale de la musculature. L'expérience a montré que ces procédés ne réalisent pas l'occlusion définitive du canal pylorique : la perméabilité se rétablit au bout d'un certain temps.

Pour obtenir une exclusion complète et durable, il faut sectionner l'antra pylorique et suturer isolément les deux bouts.

C'est une opération simple et bénigne, plus complète au point de vue dérivation que la simple gastro-jéjunostomie, mais exposant plus que celle-ci à l'écllosion d'un ulcus peptique.

Exclusion par section et fermeture des deux bouts.

1° Laparotomie médiane sus-ombilicale.

2° Exploration de la lésion et gastro-jéjunostomie.

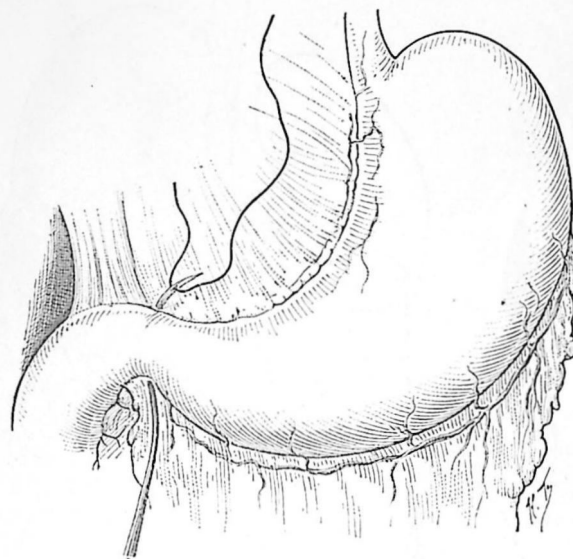


Fig. 161. — Exclusion au fil ; 1^{er} temps : passage du fil derrière le canal pylorique.

3° Pratiquer une brèche dans le petit épiploon au-dessus du canal pylorique, une brèche dans le grand épiploon au-dessous. Dénuder soigneusement les bords supérieur et inférieur de ce canal sur une longueur de 3 centimètres environ.

4° Reconnaître et sectionner entre deux ligatures les vaisseaux de la grande courbure et de la petite courbure.

5° Une compresse « billot » étant passée par les brèches épiploïques derrière le canal pylorique, sur celle-ci on

sectionne complètement ce canal entre deux clamps. La section peut être ou non précédée d'écrasement.

6° Suture de chaque tranche en deux plans (*fig. 160*).

Facultativement on peut adosser l'une à l'autre les deux tranches suturées (E. Quénu), ou introduire tout le grand épiploon dans l'arrière-cavité entre les deux tranches, en le suturant au bord de cette brèche, qu'il est destiné à combler.

Exclusion au fil. — Ce procédé a pour mérite son

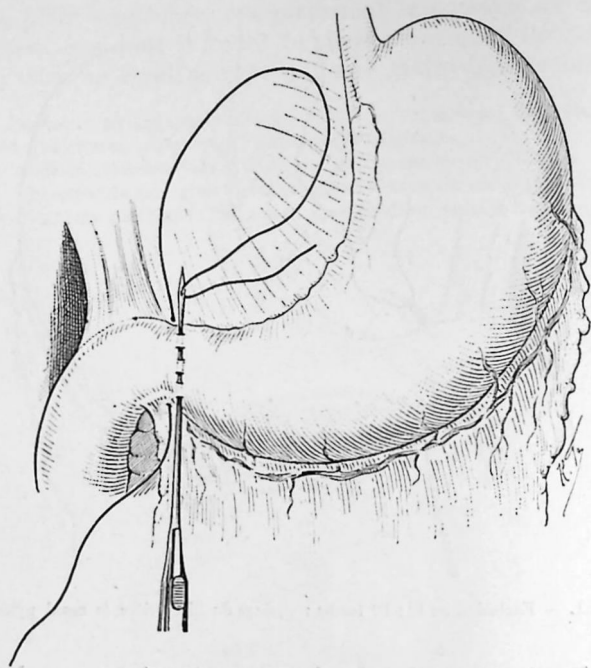


Fig. 162. — 2° temps : le fil est fauflé dans la paroi antérieure du canal pylorique.

extrême simplicité : il est indiqué chaque fois qu'on veut aller vite, et qu'on ne tient pas à établir une exclusion définitive.

1° Une aiguille de Reverdin courbe introduite au ras du bord inférieur du canal pylorique passe derrière ce canal

et ressort au ras de son bord supérieur; elle ramène un fil de lin fort (*fig. 161*).

2° Une aiguille de Reverdin droite fauflée de bas en

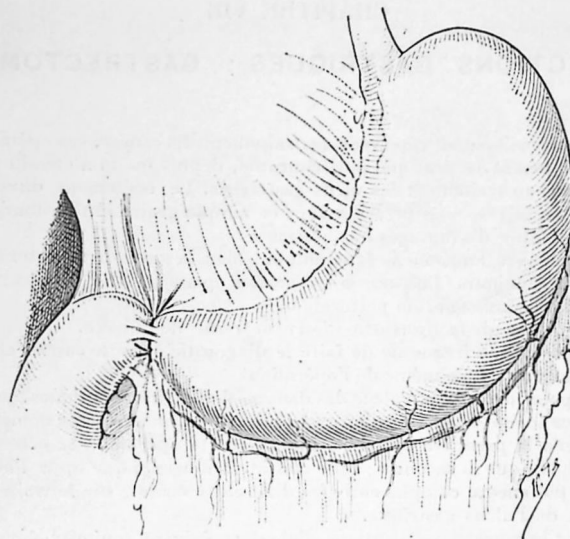


Fig. 163. — 3° temps : le fil est noué.

haut sous la séreuse de la face antérieure du canal pylorique ramène le chef supérieur de ce même fil (*fig. 162*).

3° Les deux chefs du fil sont noués solidement, mais serrés modérément (*fig. 163*) (technique employée par Pierre Duval).

CHAPITRE VIII

RÉSECTIONS GASTRIQUES ; GASTRECTOMIES

Jadis exclusivement réservées au traitement du cancer, ces opérations sont maintenant de pratique plus courante, depuis qu'on a étendu leurs indications au traitement des ulcères gastriques. Le traitement direct de l'ulcère par la résection présente sur la simple gastro-entérostomie un certain nombre d'avantages incontestables :

1° Même avec une bouche fonctionnant bien, la gastro-entérostomie ne guérit pas toujours l'ulcère, laisse parfois persister les douleurs, les menaces d'hémorragie, de perforation.

2° Fréquence de la transformation cancéreuse de l'ulcère.

3° Impossibilité fréquente de faire le diagnostic entre le cancer et l'ulcère calleux au cours même de l'opération.

Mais pour juger de la valeur des deux méthodes thérapeutiques, gastro-entérostomie simple ou résection gastrique, il faut encore tenir compte de ce fait que la première comporte une mortalité opératoire sensiblement moins élevée que la seconde : cette considération explique que l'accord ne soit pas encore complet entre les différentes écoles, sur le traitement de choix de l'ulcère gastrique.

Si pour le cancer les opérations d'exérèses doivent toujours être très larges, pour l'ulcère deux tendances se manifestent quant à l'étendue de la résection. La plupart des chirurgiens font des résections limitées, appropriées par leur forme et leur étendue au siège et aux dimensions de l'ulcère ; les autres, dans tous les cas d'ulcère avec hyperchlorhydrie, et dans le but de prévenir les récurrences, font systématiquement des exérèses larges comprenant dans tous les cas l'antrum pylorique, lieu d'élaboration de l'acide chlorhydrique. Nous aurons à revenir sur ce point.

Parmi les résections gastriques, les unes intéressent toute la largeur de l'estomac, d'une courbure à l'autre, ce sont les gastrectomies dites *typiques*, ou mieux annulaires, cylindriques. Les autres ne suppriment qu'une partie plus ou moins étendue des parois gastriques au niveau de ses faces ou de ses courbures, sans interrompre la continuité de l'organe : ce sont les gastrectomies dites *atypiques*.

RÉSECTIONS ATYPIQUES

Exceptionnellement indiquées pour les tumeurs, elles s'adressent surtout aux ulcères situés loin des orifices de l'estomac.

Leur forme la plus simple est l'excision limitée de la partie malade, ou sa destruction au thermocautère (méthode de Balfour) suivie de suture : ces méthodes ne conviennent qu'aux ulcères récents, de petites dimensions.

La seule difficulté qu'on puisse rencontrer provient du siège de l'ulcère.

Soit par exemple un petit ulcère de la face postérieure, au voisinage de la petite courbure : on peut l'aborder de 3 manières :

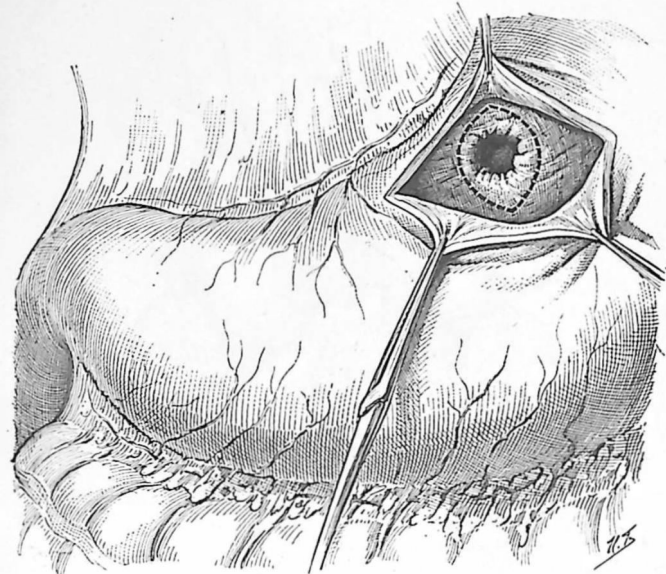


Fig. 164. — Excision transgastrique d'un ulcère calleux de la face postérieure de l'estomac, d'après W. J. Mayo. (Tuffier et Roux-Berger.)

a) Soit en décollant la petite courbure du petit épiploon et en attirant par la brèche la petite zone d'estomac à exciser :

b) Soit en faisant le décollement colo-épiploïque et en relevant l'estomac ;

c) Soit en employant la *voie transgastrique* (W. Mayo) ; elle consiste à inciser la paroi antérieure de l'estomac pour aborder l'ulcère par sa face muqueuse et l'exciser par l'intérieur de la cavité gastrique (fig. 164).

Si l'ulcère est adhérent, les choses sont moins simples : la plus grosse difficulté est la libération de la portion gastrique qu'on se propose d'exciser, souvent très adhérente, au niveau de l'ulcère, aux organes voisins : foie, pancréas. Dans ces cas, si le clivage semble trop difficile, il est quelquefois avantageux, plutôt que d'entamer l'organe adhérent, de le raser au plus près, en laissant au besoin le fond de l'ulcère qu'on se con-

tente de thermocautériser légèrement, ou de curetter et passer à la teinture d'iode.

Ces résections atypiques échappent — comme leur nom l'indique — à toute description ; cependant la fréquence de l'ulcère au niveau de la petite courbure a fait naître, pour son traitement, des techniques réglées.

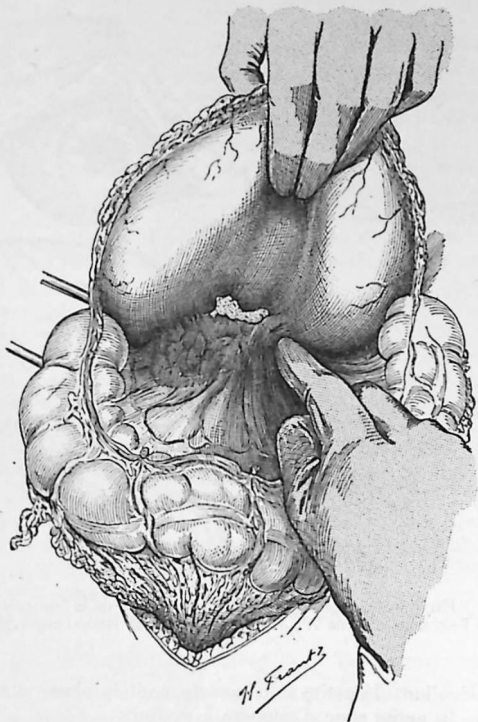


Fig. 165. — Résection en selle d'un ulcère de la petite courbure. 1° Le décollement gastro-colique est fait, l'estomac soulevé et l'ulcère découvert avec le doigt. (Delagénère.)

Résection en selle de l'ulcère de la petite courbure.

Soit le cas d'un ulcère calleux développé sur la partie moyenne de la petite courbure.

1° *Exploration de l'estomac* par effondrement du petit épiploon d'une part, incision du ligament gastro-colique ou décollement colo-épiploïque d'autre part. Libération des

adhérences au niveau de l'ulcère (fig. 165), isolement de la petite courbure.

2° *Résection de l'ulcus*, en tissu sain, à distance : pour l'ulcus à cheval sur la petite courbure, c'est-à-dire plus ou

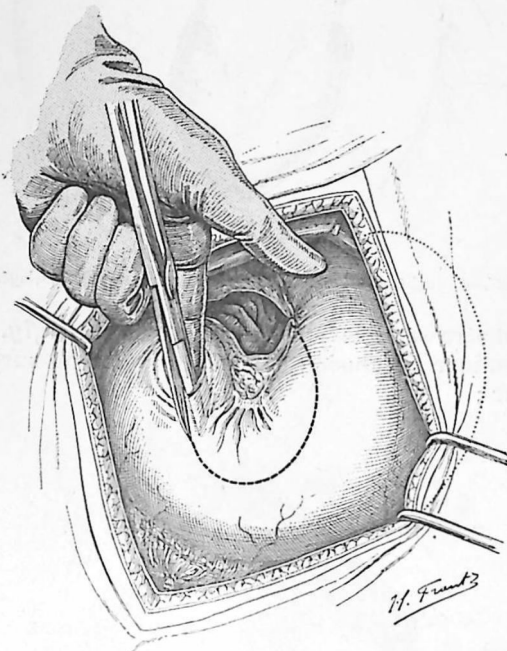


Fig. 166. — 2° Tracé de la résection en selle. (Delagénère.)

moins étendu aux deux faces de l'estomac, la partie réséquée a la forme d'une selle (fig. 166 et 167).

3° *Suture de la brèche* : deux procédés :

a) *Réunion transversale*¹. 1. Saisir dans la cavité stomacale l'angle postérieur de l'incision au moyen d'une pince de Chaput qu'on attire en bas, et mener un surjet total de la paroi postérieure, de bas en haut, jusqu'à la petite courbure (fig. 168) ;

2. Enfourir immédiatement cette suture postérieure sous

1. Delagénère, 29^e congrès de Chirurgie, Paris, 1920, p. 172 à 179.

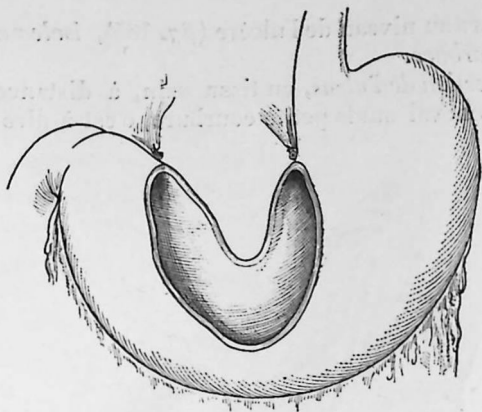


Fig. 167. — 3° Schéma de l'estomac après la résection en selle. (Delagénère.)

un surjet séro-séreux mené d'arrière en avant (fig. 169) ;
3. Terminer l'occlusion de la brèche par un surjet total antérieur ;

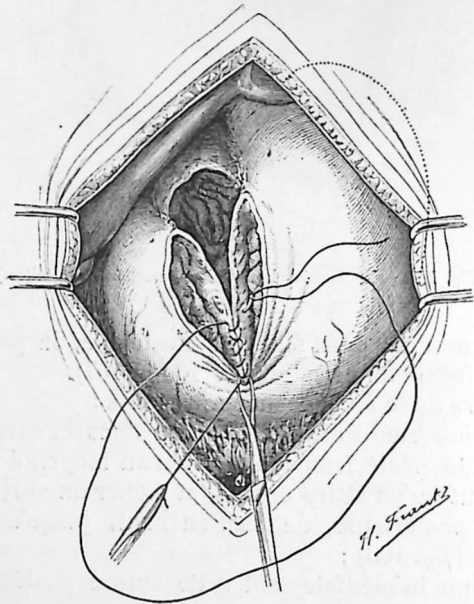


Fig. 168. — 4° Réparation de la brèche gastrique après résection en selle; manière de commencer le surjet total sur l'angle postérieur. (Delagénère.)

4. Surjet séro-séreux antérieur (fig. 170).
b) Réunion longitudinale (fig. 171).

1. Repérer avec deux pinces les deux points de la brèche

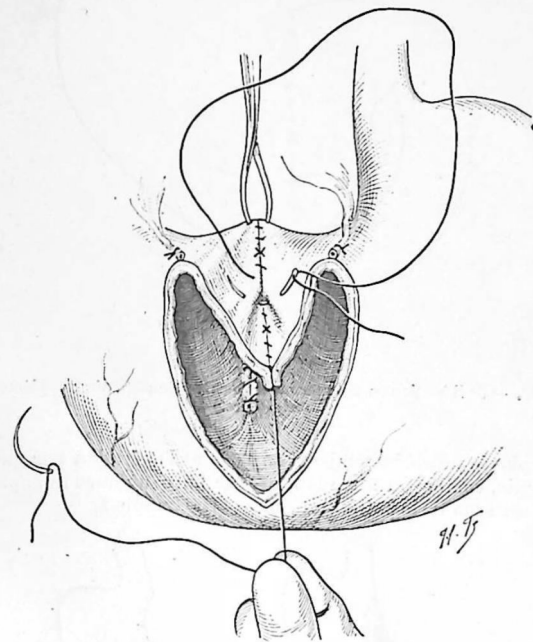


Fig. 169. — 5° On commence le surjet séro-séreux sur le versant postérieur avant de terminer la suture totale. (Delagénère.)

correspondant à la petite courbure ; placer au besoin une troisième pince entre les deux autres.

2. Mener un surjet total de gauche à droite, c'est-à-dire du côté pylorique vers le côté cardiaque, en passant tout simplement l'aiguille d'arrière en avant.

3. Sujet séro-séreux d'enfouissement dans le même sens.

Ce mode de suture est plus facile. On l'a accusé de rétrécir la partie pylorique de l'estomac ; mais on peut donner à l'excision une forme losangique telle que le rétrécissement consécutif à la suture ne soit pas considérable, et il y a peut-être un certain intérêt à conserver à la petite courbure une certaine longueur, au point de vue du bon fonctionnement de l'estomac.

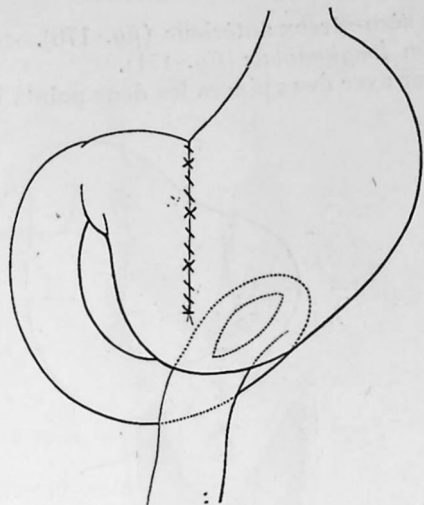


Fig. 170. — 6° Résection en selle terminée; gastro-jéjunostomie complémentaire. (Delagénière.)

Au surplus le reproche tombe si on termine l'opération par une gastro-entérostomie, comme on a tendance à le faire aujourd'hui après toute résection en selle de la petite courbure. (Hartmann.)

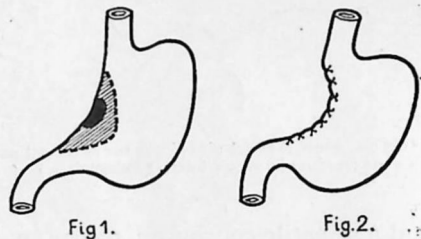


Fig. 171. — Réunion longitudinale après excision en selle.

4° Gastro-entérostomie suivant les règles ordinaires.

PYLORO-GASTRECTOMIE POUR CANCER

Principes opératoires (Cunéo¹). — Il faut extirper largement, et en un seul bloc la tumeur, les ganglions et les voies lymphatiques (fig. 172).

1. Cunéo. Technique de la pylorectomie pour cancer. *Journal de Chirurgie*, tome II, n° 5, mai 1909, p. 464.

Les limites du néoplasme doivent être largement dépassées. Du côté gastrique, la section devra passer à 4 ou 5 centimètres au moins de la limite apparente du cancer; vers la petite courbure le cancer se trouve

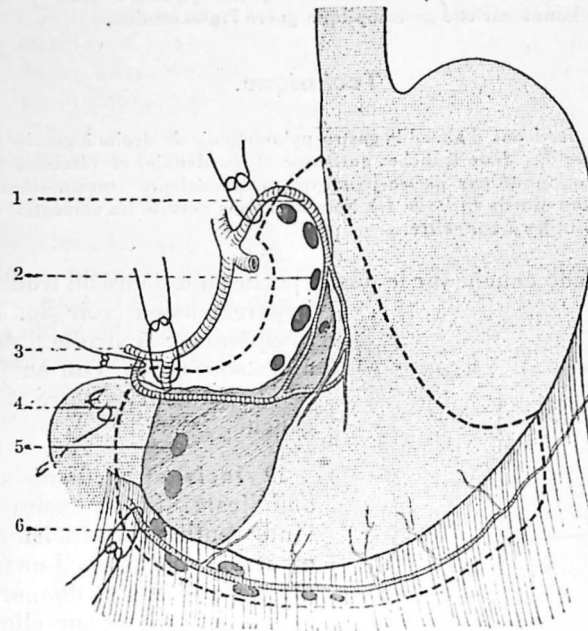


Fig. 172. — Représentation schématique de la zone suspecte dans l'épithélioma du pylore. (D'après Cunéo.) — 1. Artère coronaire stomacique. — 2. Ganglions de la petite courbure. — 3. Artère hépatique. — 4. Duodénum. — 5. Ganglions rétro-pyloriques supposés vus par transparence. — 6. Ganglions sous-pyloriques. Le pointillé indique les contours du segment à enlever. Le grisé répond aux limites apparentes du néoplasme.

toujours en avance sur toutes les autres régions de l'estomac: il faut donc de ce côté faire porter la section aussi haut que possible. Du côté du duodénum l'envahissement est rare; il faut naturellement passer à bonne distance de la tumeur, tout en gardant cependant une longueur d'intestin suffisante pour que la fermeture du bout puisse être réalisée dans de bonnes conditions.

Il est indispensable d'enlever les premiers relais ganglionnaires, c'est-à-dire les trois groupes de ganglions coronaires ou sus-pyloriques, sous-pyloriques et rétro-pyloriques; la chaîne coronaire notamment doit être enlevée en entier: pour amener les ganglions les plus haut placés, il faut couper l'artère coronaire stomacique un peu en amont du point où elle aborde l'estomac, et abaisser avec les vaisseaux sanguins tout le

pédicule lymphatique en dépouillant de haut en bas la petite courbure de sa couverture cellulo-séreuse.

Quoique les récidives épiploïques soient assez rares, beaucoup de chirurgiens enlèvent systématiquement le grand épiploon ; cette pratique semble bonne car elle ne complique guère l'intervention.

Technique.

Nous décrirons d'abord la gastro-pyloréctomie de droite à gauche avec fermeture des deux tranches gastrique et duodénale, et rétablissement de la continuité par gastro-jéjunostomie postérieure transmésocolique (opération dite de Billroth II). Nous décrirons ensuite les variantes opératoires utiles à connaître.

Malade couché sur le dos, la partie supérieure du tronc en hyperextension (voir fig. 74).

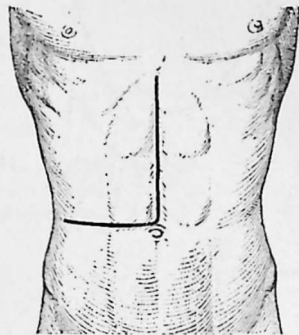


Fig. 173. — Pyloro-gastrectomie pour cancer. — 1° Incision en L. La branche verticale de l'L est tracée la première; une fois le ventre ouvert et si les lésions le justifient, on trace la branche horizontale. (Th. de Martel.)

Opérateur à droite; deux aides sont utiles, l'un en face de l'opérateur, l'autre à sa gauche.

1° **Incision médiane sus-ombilicale.** Si au cours de l'intervention cette incision se montre insuffisante, il ne faudra pas hésiter à se donner du jour en branchant sur elle un débridement latéral, soit vers la droite (fig. 173 et 174), soit vers la gauche. Placer des écarteurs.

2° **Exploration.** — Existe-t-il un semis cancéreux sur le péritoine, des noyaux cancéreux sur le foie ? Il faut se contenter d'une simple gastro-entérostomie.

Le côlon transverse, son méso sont-ils envahis ? On ne doit entreprendre la pyloréctomie que décidé à réséquer en même temps le côlon.

Inspecter et palper soigneusement la lésion par la face antérieure de l'estomac, mais aussi par sa face postérieure, après décollement colo-épiploïque ; apprécier l'étendue de la tumeur, sa mobilité : si elle adhère au pan-

créas, il ne faut pas l'enlever ; si elle s'étend le long de la petite courbure jusqu'au cardia, il faut la laisser.

Explorer enfin les chaînes ganglionnaires proximales, juxta-gastriques et les chaînes distales juxta-aortiques : si ces dernières sont envahies, l'exérèse ne doit pas être entreprise.

Supposons l'exérèse décidée.

3° **Décollement colo - épiploïque** (voir page 137 et fig. 130 et 131).

Ce décollement doit porter sur toute la largeur du grand épiploon ; puisque le tablier épiploïque doit être enlevé sur une largeur au moins égale à celle du segment gastrique voué à l'exérèse, le plus simple est de le laisser adhérent à la grande courbure.

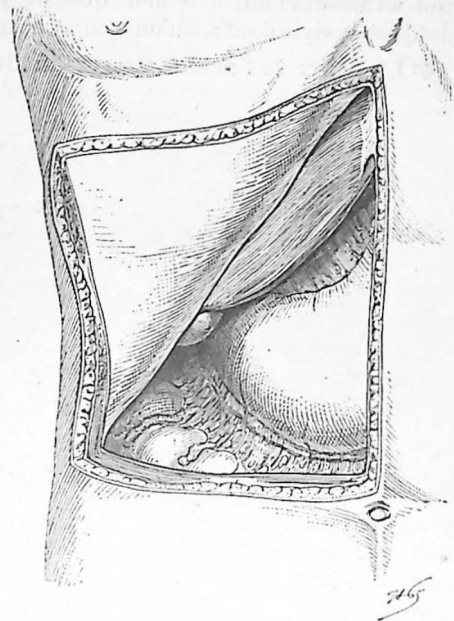


Fig. 174. — 2° Le jour que donne cette incision sur la région pylorique. (Th. de Martel.)

Le décollement épiploïque est donc poussé aussi loin que possible de chaque côté ; la bourse épiploïque est ouverte dans toute sa largeur ; cela ne suffit pas ; il faut encore l'ouvrir dans toute sa hauteur, en désinsérant ou en sectionnant les bords du sac épiploïque.

Du côté gauche, la section pourra être faite plus tard. Du côté droit, il vaut mieux la faire immédiatement : c'est indispensable si l'on veut y voir clair pour les temps suivants : il faut donc désinsérer le bord droit du sac épiploïque, de bas en haut, le long de la deuxième portion du duodénum, jusqu'à une faible distance du canal duodéno-pylorique ; en faisant cette désinsertion on

se trouve travailler à un moment donné au ras de la face supérieure du mésocolon transverse, à l'endroit où ce repli est parcouru par les gros vaisseaux coliques droits supérieurs : il faut bien se garder de les blesser. La désinsertion n'intéresse normalement que de petits vaisseaux épiploïques insignifiants, qu'on coupe entre deux ligatures.

4^o Ligature de l'artère gastro-duodénale. — L'estomac

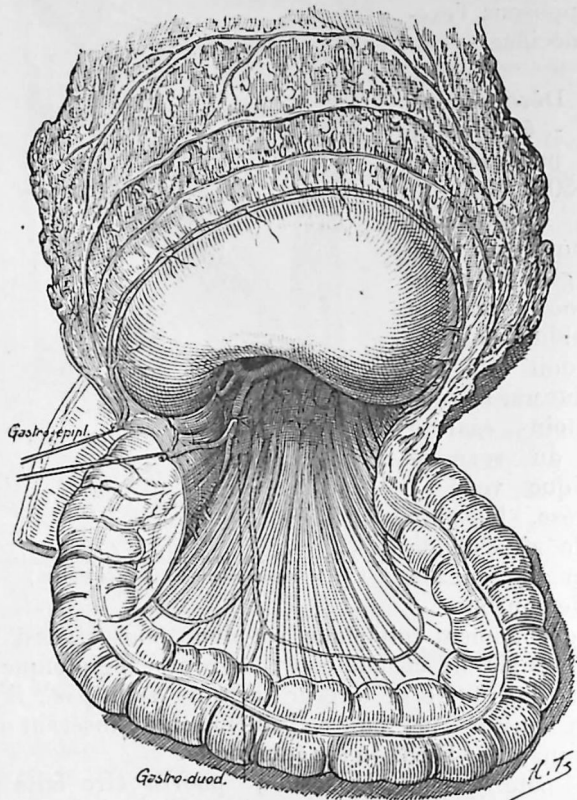


Fig. 175. — 3^o On a fait un large décollement colo-épiploïque ; le bord droit du sac épiploïque a été désinséré jusqu'au duodénum. L'artère gastro-duodénale est liée dans le dièdre duodéno-pancréatique ; l'artère gastro-épiploïque droite est sectionnée entre deux ligatures.

et l'épiploon attenant étant relevés, on expose la face postérieure du canal pylorique et de la portion initiale du duo-

dénum. On donne alors un coup de sonde cannelée dans l'angle dièdre formé par la rencontre du duodénum et du pancréas, et on découvre ainsi le tronc de l'artère gastro-duodénale qu'on lie. Cette ligature, préconisée par Hartmann et Cunéo, ne doit en aucun cas dispenser de la ligature ultérieure de la gastro-épiploïque droite sur la grande courbure, mais elle permet de poursuivre sans hémorragie le décollement duodéno-pancréatique sur une étendue de trois à quatre centimètres, et la libération des ganglions rétro-pyloriques, qu'on doit laisser adhérents à la face postérieure du canal pyloro-duodénal.

5^o Ligature de l'artère gastro-épiploïque droite (fig. 175). — En soulevant le pylore et le duodénum décollés, on détermine la formation d'une corde constituée par l'origine de l'artère gastro-épiploïque droite. On sectionne entre deux ligatures cette artère et la veine qui l'accompagne ; les deux ligatures doivent être distantes d'au moins deux centimètres ; sur ces deux centimètres, le bord inférieur du duodénum sera soigneusement dénudé.

6^o Ligature de l'artère pylorique. — Replaçant l'estomac en position normale, on lie l'artère pylorique sur le bord supérieur du duodénum, et on la coupe entre deux ligatures, également séparées par un intervalle de deux centimètres au niveau duquel on dénude le bord supérieur du duodénum.

7^o Section et fermeture du duodénum (fig. 176). — On place sur le duodénum, entre les quatre bouts artériels liés, deux fortes pinces de Kocher, côte à côte, qui l'étrèignent dans toute sa hauteur ; on le coupe entre les deux pinces. Pour fermer le bout duodénal on faufile un fil non perforant sur chacune des deux faces de l'intestin, à un centimètre au-dessous de la pince de Kocher, parallèlement à elle ; on place trois pinces sur le bout intestinal pour le maintenir fermé, on enlève la pince de Kocher. Les quatre extrémités des deux fils sont tenus écartés pour permettre l'invagination de la tranche par les trois pinces qu'on retire tout en nouant les quatre chefs deux à deux, en deux nœuds serrés sur les deux bords ; puis on fait un deuxième sur-

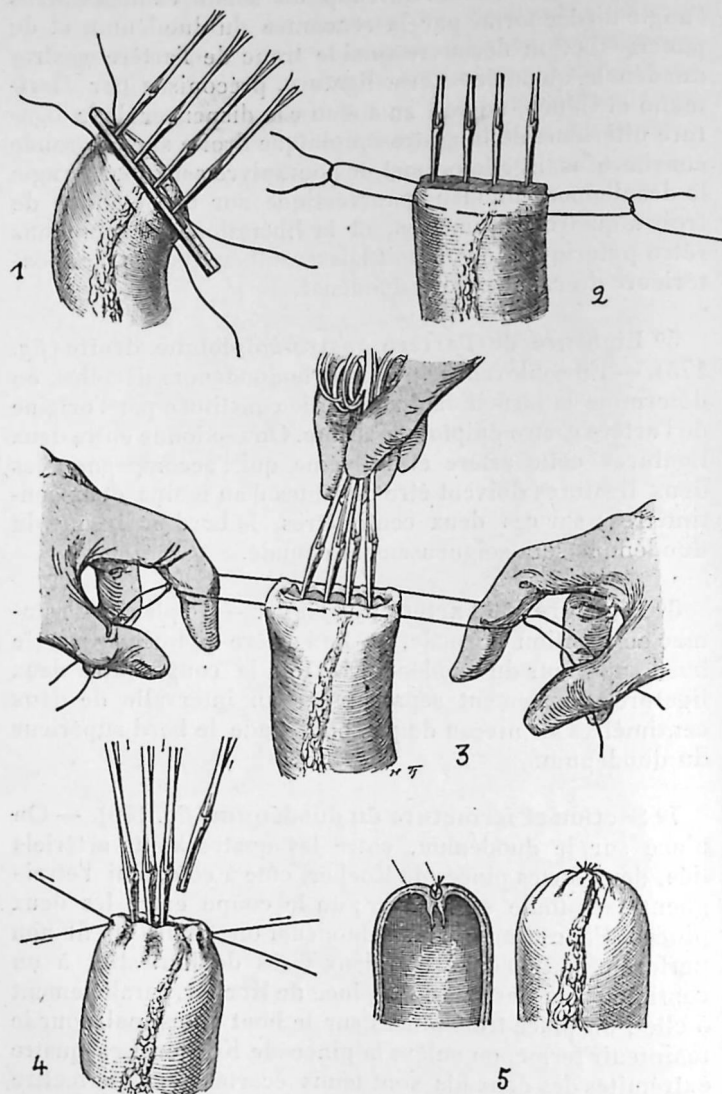


Fig. 176. — 4° Fermeture du duodénum (par le procédé de Th. de Martel).

jet de consolidation. Il est bon de recouvrir le moignon avec une lame épiploïque (de Martel) ¹.

8° **Ligature de l'artère coronaire stomachique.** — On relève le foie sous une large valve, on attire fortement l'estomac en bas, puis en avant et à gauche, en renversant le corps de l'estomac sur la lèvre gauche de l'incision pariétale : cette position de l'estomac est incontestablement celle qui expose le mieux la région haute de la petite courbure ; de plus elle redresse la courbe de la coronaire, qui se trouve rectiligne et tendue de son origine cœliaque vers son

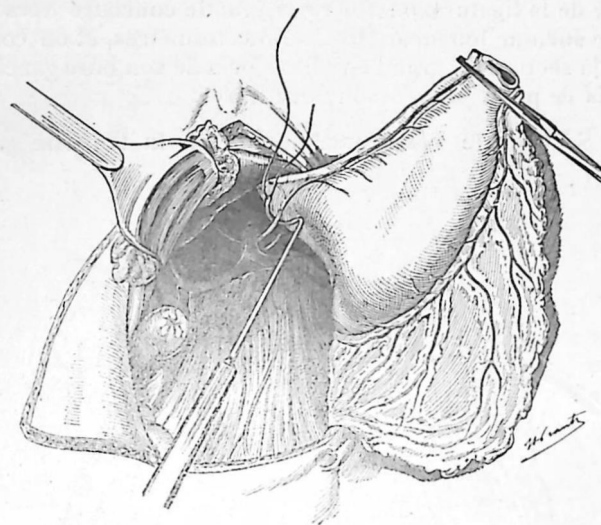


Fig. 177. — 5° Ligature de l'artère coronaire stomachique; l'estomac étant basculé vers la gauche, l'artère coronaire stomachique est liée très haut, en pleine faux.

point d'abord gastrique. L'estomac étant renversé comme nous l'avons dit, la partie flaccide du petit épiploon effondrée, on voit se tendre la faux de l'artère coronaire qui déroulée apparaît comme un repli saillant ; il faut charger l'artère très haut, en pleine faux, avant même qu'elle n'ait abordé l'estomac (fig. 177) : ainsi on fera une exérèse gan-

1. De Martel, *Presse médicale*, 1921, p. 653. Ce procédé est également recommandable pour la fermeture des bouts coliques.

gionnaire plus complète, et on sera sûr d'avoir une bonne hémostase; on noue le fil, on coupe les vaisseaux coronaires au-dessous, et on les décolle de haut en bas sur une longueur de deux à trois centimètres, en dépouillant la petite courbure non seulement de ses vaisseaux, mais encore du tissu cellulaire qui les enveloppe, et de sa couverture séreuse.

9° **Ligature de l'artère gastro-épiplôïque gauche.** — On lie l'artère gastro-épiplôïque gauche au niveau du point où l'on se propose de sectionner l'estomac, on la coupe à droite de la ligature, on libère la grande courbure vers la droite sur une longueur de 2 ou 3 centimètres, et on complète la section du grand épiploon près de son bord gauche, depuis ce point jusqu'à son bord libre.

10° **Section de l'estomac, suture de la tranche gas-**

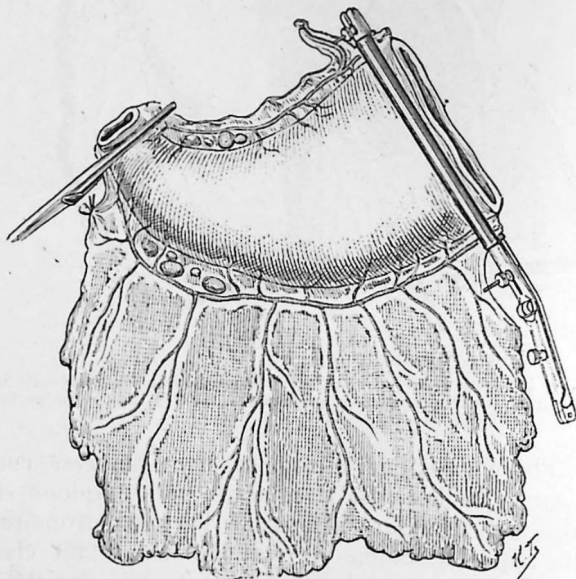


Fig. 178. — 6° La pièce opératoire.

trique (fig. 178 et 179). — La section doit se faire entre deux grands clamps qui évitent l'issue du contenu gastrique dans

le champ opératoire, et exercent sur la tranche gastrique à suturer une pression suffisante pour l'empêcher de saigner abondamment.

On ferme ensuite la tranche de section gastrique : après section, la muqueuse dépasse toujours le plan séro-mus-

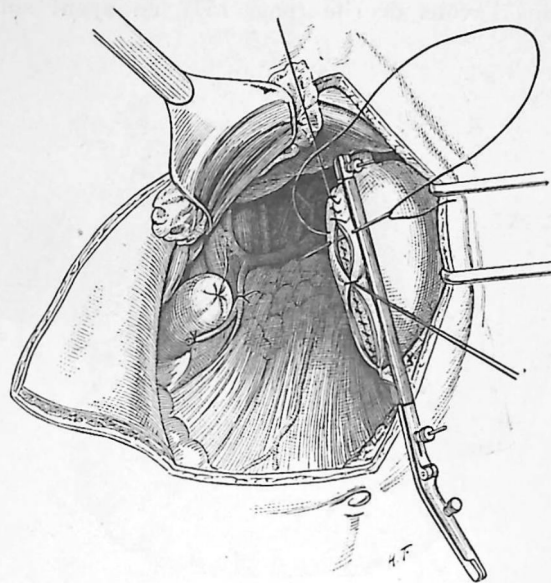


Fig. 179. — 7° Suture de la tranche gastrique.

culaire rétracté d'au moins cinq millimètres. On a donc toute facilité de faire un premier plan muco-muqueux, et un deuxième plan comprenant la séreuse et la musculuse; si l'on ne manque pas d'étoffe, on peut, pour plus de sécurité, enfouir ce deuxième plan sous un troisième surjet séro-séreux. Il est commode de commencer par le milieu de l'estomac ce surjet séro-séreux, en nouant un fil muni d'une aiguille à chacune de ses extrémités; puis on mène le surjet d'une part jusqu'au bord supérieur, d'autre part jusqu'au bord inférieur, et l'enfouissement des « cornes » se trouve facilité par cette manœuvre très simple. (Hartmann.) Il est encore plus simple de placer trois pinces

ou trois fils d'appui, l'un au milieu, les deux autres à chaque extrémité; qui préparent l'ouvrage en réalisant d'emblée l'enfouissement.

11° **Gastro-jéjunostomie latéro-latérale.** — On fait la gastro-jéjunostomie postérieure transmésocolique telle que nous l'avons décrite (page 157), en ayant soin de

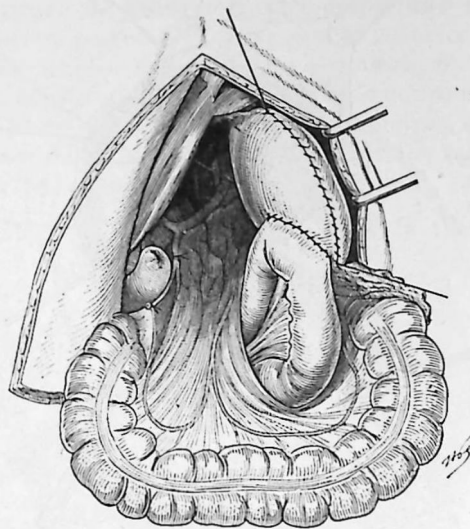


Fig. 180. — 8° Gastro-jéjunostomie postérieure transmésocolique. Il ne reste plus qu'à suturer la brèche du mésocolon au pourtour de la bouche gastrique.

placer la bouche sur l'estomac, assez près de la tranche de section (fig. 180). Puis on suture les bords de la brèche du mésocolon à l'estomac, au pourtour de la bouche.

Quand on a fait une résection gastrique très étendue vers la gauche, la gastro-entérostomie postérieure est impraticable; on peut alors faire la bouche sur la face antérieure de l'estomac; pour amener l'anse jéjunale sur la face antérieure du moignon gastrique, on peut la faire passer, soit à travers une brèche pratiquée dans le mésocolon transverse (gastro-jéjunostomie antérieure transmésocolique), soit au-devant du colon transverse (gastro-jéjunostomie antérieure précolique¹).

socolique), soit au-devant du colon transverse (gastro-jéjunostomie antérieure précolique¹).

Dans ce dernier cas il est parfois utile de faire une jéjuno-jéjunostomie complémentaire entre les deux branches

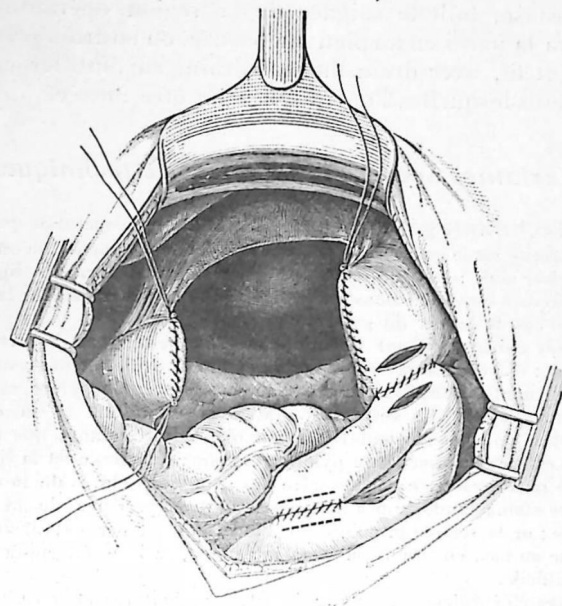


Fig. 181. — Gastro-jéjunostomie antérieure pré-colique avec jéjuno-jéjunostomie complémentaire après gastro-pylorctomie large pour cancer. (Tuffier et Roux-Berger.)

de l'anse jéjunale, car on est obligé de prendre une anse longue, et alors elle se coude au niveau de la bouche (fig. 181).

Dans tous les cas où l'on prévoit que l'exérèse doit être très large vers la gauche, il peut être commode de faire la gastro-jéjunostomie avant de couper l'estomac: le corps de l'estomac sert à attirer et exposer la partie haute,

1. D'une manière générale, on ne devra faire, après gastrectomie, la gastro-jéjunostomie transmésocolique qu'autant qu'on pourra suturer la brèche mésocolique à l'estomac autour de la bouche: sinon il vaut mieux faire l'anastomose précolique. Cette remarque s'applique non seulement au Billroth II, mais aussi au Polya, et aux procédés qui en dérivent (voir plus loin page 193).

sur laquelle on mettra la bouche ; si au contraire on fait la section d'abord, on manque de prise sur un court moignon gastrique rétracté dans l'hypochondre.

12° Fermeture de la paroi. — Après vérification de l'hémostase, toilette soignée de la région opératoire, on fermera la paroi en un plan au bronze, ou en trois plans au catgut et fil, avec drain ou sans drain, suivant les conditions dans lesquelles l'opération a pu être menée.

Variantes opératoires, détails de technique.

A. Technique générale de l'exérèse. — L'opération que nous avons décrite est la gastro-pylorectomie de droite à gauche, qu'on peut schématiser ainsi : 1° ligatures et section côté duodénum, 2° ligatures et section côté estomac : nous pensons qu'elle est généralement la meilleure, en cas de cancer du pylore.

Certains chirurgiens ont l'habitude de commencer par la section de l'estomac : ils renversent ensuite l'organe vers la droite et peuvent ainsi, plus facilement, disent-ils, libérer la face postérieure du pylore, siège de la tumeur, région des difficultés... Mais si on admet qu'un cancer adhérent ne doit pas être enlevé, il faut bien admettre aussi que la difficulté n'est pas au niveau du pylore : le temps difficile, c'est la ligature haute de la coronaire, c'est l'exérèse des ganglions élevés de la chaîne coronaire stomacique, situés à la partie toute supérieure de la petite courbure ; or la section première du duodénum, en permettant de tirer l'estomac en bas, en avant et vers la gauche, facilite énormément ce temps difficile.

D'autres chirurgiens font d'abord toutes les ligatures et ensuite seulement les sections.

B. Section et fermeture du duodénum. — C'est un temps difficile de l'intervention et le plus important peut-être, car la plupart des péritonites post-opératoires sont dues à une désunion de cette suture. Deux conditions favorisent cette désunion : d'une part la première portion du duodénum est mal irriguée, donc prédisposée au sphacèle, d'autre part elle est dépourvue de séreuse sur sa face postérieure, dans sa moitié droite. La désunion est d'autant plus à craindre qu'on est obligé de sectionner le duodénum plus vers la droite, pour ne pas raser la tumeur de trop près.

Le procédé de de Martel, que nous avons donné dans notre description, est un des plus sûrs ; celui de Cunéo l'est aussi.

Procédé de Cunéo (fig. 182). — Section du duodénum : un premier point de suture réunit le milieu de la paroi antérieure au milieu de la paroi postérieure, dépourvue de séreuse. Un court surjet, dont chaque point traversera quatre fois la paroi duodénale, fermera la lumière du conduit. On procède ensuite à l'enfouissement complet de l'extrémité sutu-

rée et de la zone de paroi postérieure dépourvue de péritoine, qui, après achèvement de la suture d'occlusion, affecte la forme d'un triangle isocèle dont le sommet répond à la suture et la base au pancréas. Pour

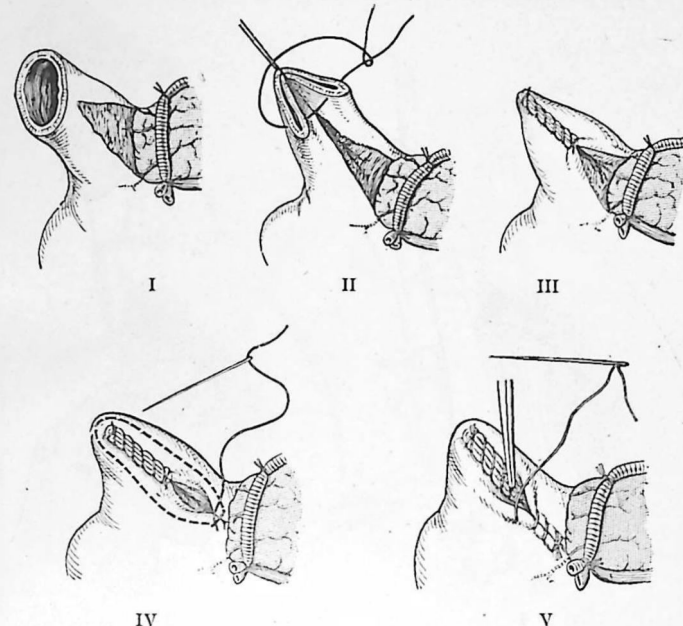


Fig. 182. — Fermeture du duodénum par le procédé de Cunéo. — I. Disposition du bout duodénal après son décollement du pancréas. — II. Plicature du duodénum. — III. Surjet total comprenant les quatre lèvres de la surface de section plicaturée. — IV. Tracé du surjet d'enfouissement. — V. Invagination du surjet total par une pince de Kocher avant l'achèvement du surjet séro-séreux.

cela on mène un sujet séro-séreux qui, commençant au niveau de cette base, réunit les deux bords des triangles et est poursuivi au delà de sa pointe jusque sur la première suture qu'elle enfouit complètement. (Cunéo¹.)

Les deux procédés suivants, plus simples, ne sont bons que si la section peut porter plus à gauche, là où le duodénum est encore revêtu sur tout son pourtour d'une couverture séreuse, condition assez rare en matière de pylorectomie pour cancer.

Procédé de Doyen. — Ecrasement, ligature, section, enfouissement du moignon en bourse par deux surjets successifs, l'un recouvrant l'autre.

1. Cunéo, *Journal de Chirurgie*, t. II, n° 5, mai 1909, p. 472.

Procédé de Mayo (fig. 183). — Ecrasement, section au ras de l'écraseur, puis surjet séro-séreux allant d'une face à l'autre par-dessus l'écraseur.

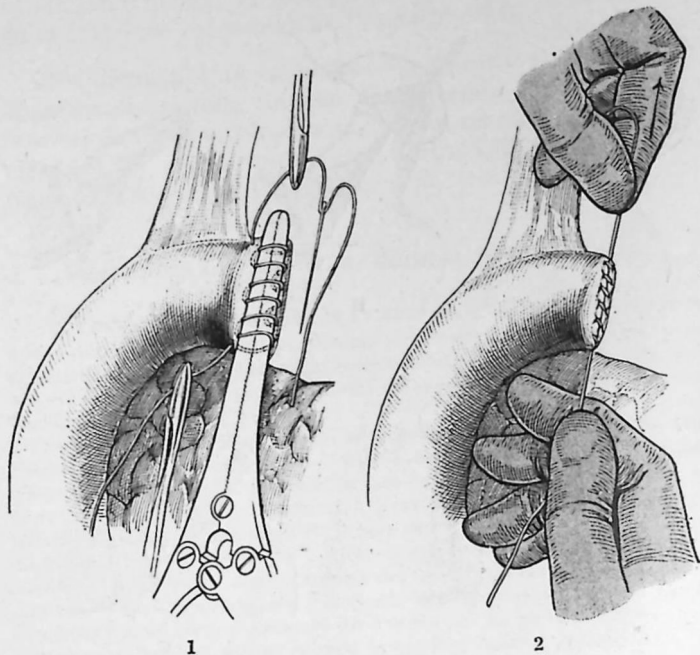


Fig. 183. — Fermeture du duodénum par le procédé de Mayo. — 1. Surjet séro-séreux allant d'une face à l'autre par-dessus l'écraseur. — 2. Enfouissement par traction sur les deux bouts du surjet; il ne reste plus qu'à nouer ces deux bouts l'un avec l'autre.

seur laissé en place; ablation de l'écraseur, enfouissement immédiat par traction sur les deux bouts du surjet qu'on noue ensuite l'un à l'autre.

Pour éviter l'emmêlement des fils, on peut utiliser l'artifice proposé par Abadie (fig. 184): avant d'enlever l'écraseur, glisser contre le plat de l'écraseur, sous les fils, une sonde cannelée qui les soulève; l'écraseur étant enlevé, on tire sur les deux extrémités du fil en retirant la sonde cannelée au dernier moment: le froncé d'accolement séro-séreux se fait alors régulièrement, sans que les fils se mêlent ou se rompent.

C. Section et fermeture de l'estomac. — Du côté gastrique, les conditions sont tout à fait différentes de ce qu'elles sont du côté duodénal: la tranche est toujours bien irriguée, et saigne même à profusion (ici l'hémorragie est plus à craindre que le sphacèle et la désunion); elle se laisse en général assez bien extérioriser, sauf dans les résections extrêmement étendues; la paroi est épaisse, de bonne qualité; l'étoffe ne manque pas: toutes les conditions d'une bonne réunion

se trouvent rassemblées. De fait il est rare que la ligne de suture gastrique soit le point de départ d'accidents. Encore faut-il faire proprement et correctement cette longue suture. On peut évidemment la faire « à cavité ouverte », mais le travail se présente tellement mieux, et s'exécute

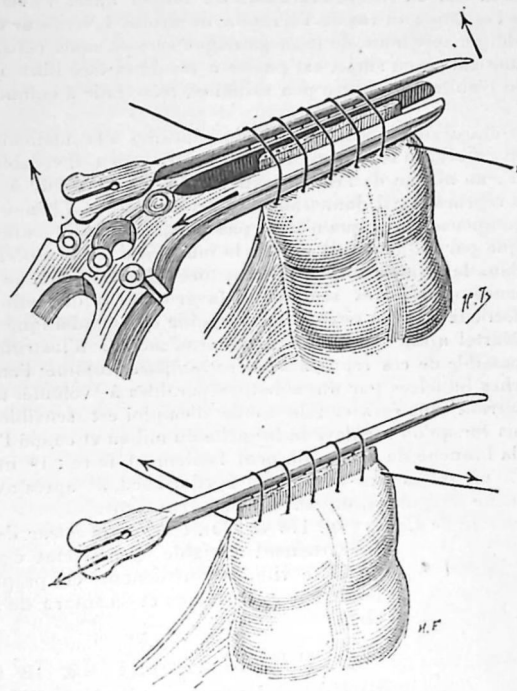


Fig. 184. — Artifice d'Abadie pour éviter l'emmêlement des fils, dans une fermeture de bout gastrique ou intestinal écrasé.

tellement plus proprement sous le couvert d'un agent de constriction quelconque, clamp ou écraseur, qui applique peu ou prou l'un contre l'autre les deux bords à suturer...

Les clamps ordinaires, même disposés deux à deux et chevauchant légèrement sur les faces de l'estomac, sont peu commodes: il sont encombrants, serrent moins du bec que du talon et laissent échapper l'estomac.

Il existe maintenant un certain nombre d'instruments excellents pour ce temps de section gastrique: clamps à mors fenêtrés, compresseurs, constricteurs, écraseurs divers. Nous donnerons le mode d'emploi de l'écraseur de Th. de Martel, qui est un des plus employés:

Sous l'estomac on place la pièce inférieure de l'écraseur, de telle sorte que ses deux extrémités répondent aux zones de la grande et de la petite

courbure qui ont été dépouillées de leurs vaisseaux. On met en place l'une après l'autre les trois branches supérieures. Puis « on place le serreur et on serre fortement ; on rabat en haut les trois taquets d'accrochage et on rabat le levier de fermeture. On enlève le sabot en desserrant sa vis, on enlève l'écraseur du milieu après l'avoir ouvert. On coupe l'estomac au ras de l'écraseur de droite. L'écraseur de gauche est débordé par une lame de tissu gastrique écrasée mais résistante, sur laquelle une suture en surjet est passée à ras de la face libre de l'écraseur. Il en résulte une suture peu saillante, très facile à enfouir et bien étanche ¹ ».

Certains chirurgiens sont, par principe, hostiles à la méthode d'écrasement qui exercerait sur les tissus une attrition peu favorable à leur réparation ; au niveau de l'estomac en particulier on a fait à l'écrasement deux reproches : il donnerait au point de vue de l'hémostase une sécurité trompeuse parce que n'étant pas constamment et suffisamment hémostatique par lui-même, il refoule la muqueuse et l'empêche d'être comprise dans le premier surjet de fermeture ; d'autre part, en broyant une muqueuse parfois très septique, il favoriserait la dissémination de germes infectieux dans la circulation sanguine ou lymphatique.

Th. de Martel a fait construire un nouveau modèle d'instrument qui n'est pas passible de ces reproches : il se compose, comme l'ancien, de trois branches jumelées par un sabot, séparables à volonté, mais ces branches serrent sans écraser ; le mode d'emploi est sensiblement le même ; mais lorsqu'on a enlevé la branche du milieu et coupé l'estomac au ras de la branche de droite, on peut facilement faire : 1^o un surjet muqueux, 2^o un surjet séro-musculaire bord à bord, 3^o après avoir enlevé la branche de gauche, un surjet d'enfouissement.

Le compresseur de Cunéo (fig. 178 et 179), le clamp-fixateur de Braïne à écartement variable, permettent également de faire vite, commodément et proprement, la section de l'estomac et la suture de la tranche.

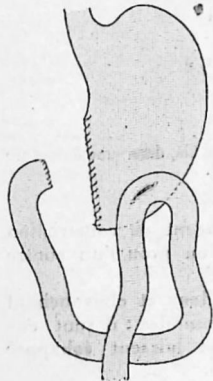


Fig. 185. — Billroth. 2^e manière. (D'après Cunéo.)

D. Rétablissement de la continuité. — Nous avons décrit le Billroth II ; c'est le procédé le plus employé, d'abord parce qu'il est possible dans les excrèses larges qui conviennent au cancer, peut-être aussi parce que les chirurgiens sont enclins par habitude à user de cette gastro-jéjunostomie latéro-latérale qui leur est familière, qui est pour ainsi dire l'opération d'initiation à la chirurgie gastrique. Il est pourtant d'autres procédés, techniquement plus simples dans certaines conditions, et parfois possibles alors que le Billroth II ne l'est pas.

En matière de cancer, il ne faut pas s'atta-

1. De Martel, loc. cit. Voir les figures 192-193-194 de la pyloréctomie pour ulcus, pages 197, 198, 199 et 201.

cher à réaliser un procédé qui reconstruit la continuité gastro-intestinale dans une forme et pour un fonctionnement aussi rapprochés que possible de la morphologie et de la physiologie normales ; ce souci, parfaitement légitime en matière d'ulcus, doit ici céder le pas aux possibilités et même aux facilités d'exécution. Or la largeur de l'exérèse ne devra jamais être limitée par l'idée préconçue de tel ou tel mode d'anastomose. Bien au contraire, c'est une fois l'exérèse faite, avec toute l'ampleur qu'on aura jugée utile, qu'on choisira le procédé qui semblera s'adapter le mieux aux conditions présentes. Dans ces conditions le Péan-Billroth I et le Kocher seront rarement de mise après une gastro-pyloréctomie étendue pour cancer ; nous étudierons ces procédés à propos de la pyloréctomie pour ulcus.

Les anastomoses qui caractérisent le procédé de Billroth II sont des gastro-jéjunostomies latéro-latérales (fig. 185) ; les procédés que nous allons maintenant décrire consistent à aboucher la tranche gastrique en totalité ou en partie dans une anse jéjunale : ce sont des gastro-jéjunostomies termino-latérales.

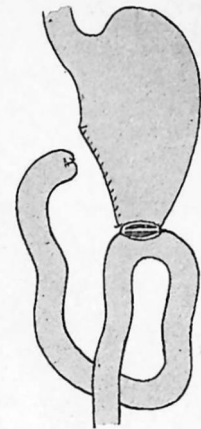


Fig. 186. — Procédé de Krönlein-Mikulicz. (D'après Cunéo.)

a) Le procédé de Krönlein-Mikulicz (fig. 186) consiste à fermer la partie supérieure de l'incision gastrique, et à aboucher la partie inférieure dans le jéjunum.

b) Le procédé de Polya (fig. 187) consiste à implanter le bout gastrique dans toute son étendue dans l'anse jéjunale attirée en avant du côlon transverse : c'est une gastro-jéjunostomie termino-latérale pré-colique. Il est simple, rapide, très employé aujourd'hui.

Le reproche qu'on peut faire à ces deux procédés, c'est que le contenu gastrique peut aussi bien s'écouler dans le bout afférent que dans le bout efférent de l'anse jéjunale attirée ; c'est dans le but de supprimer cet inconvénient qu'ont été imaginés les modifications qui caractérisent les procédés de Cunéo et de Moynihan.

c) Procédé de Krönlein-Mikulicz modifié par Cunéo : voir fig. 188.

d) Procédé de Moynihan : voir fig. 189.

A vrai dire ces modifications, si elles assurent incontestablement un fonctionnement plus correct de la bouche, compliquent et allongent l'opération, puisqu'elles comportent deux anastomoses au lieu d'une.

e) Procédé de Finsterer (fig. 190).

C'est une anastomose gastro-jéjunale, termino-latérale, transmésocolique : l'originalité du procédé consiste à fixer l'estomac au mésocôlon transverse tout autour de la bouche, ce qui assure la situation de l'anastomose à un niveau forcément inférieur à celui de l'angle duodéno-jéjunal, et assure une vidange correcte ¹.

1. Voir Richard, *Journal de Chirurgie*, t. XXIV, n^o 1, juillet 1924, p. 32.

f) Quand on a fait une résection gastrique très étendue, on peut être gêné pour réaliser une anastomose même par le procédé de Polya ou par un des procédés qui en dérivent, parce que lorsqu'on coupe l'estomac, la tranche gastrique remonte très haut dans l'hypochondre gauche :

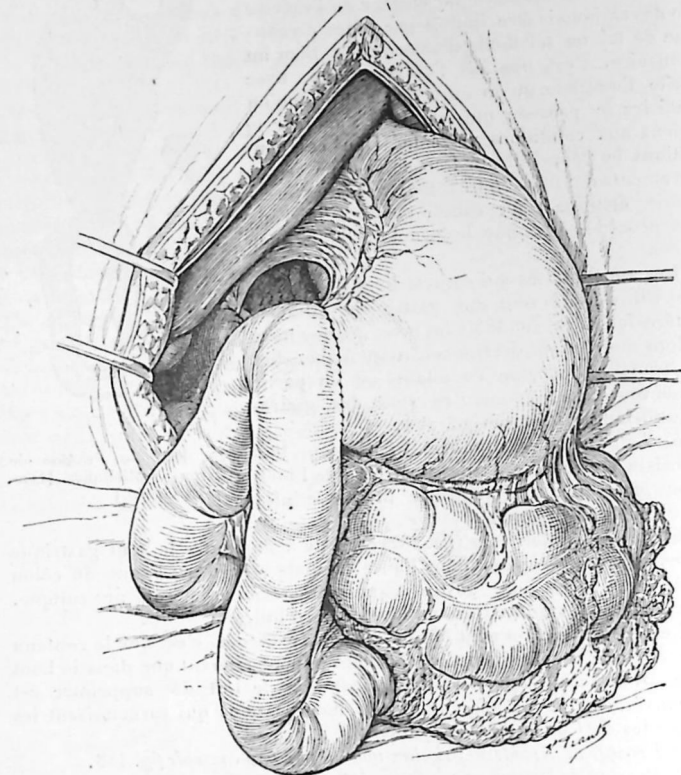


Fig. 187. — Procédé de Polya. (D'après Gosset, in thèse Milianitch.)

N. B. — Il est bon de placer un point en U unissant le sommet de l'anse jéjunale à l'estomac au niveau de la petite courbure ; car c'est là que s'exerce au maximum la traction.

on opère alors dans la profondeur, on a du mal à attirer la tranche gastrique, les pinces ou fils de traction lâchent et déchirent les tissus. Pour ces cas-là, Toupet, de Martel m'ont enseigné un artifice très simple, que celui-ci m'a dit avoir vu employer à Leeds par Moynihan (fig. 191) : ne pas couper l'estomac avant de faire l'anastomose ; se servir au contraire de la partie inférieure de l'estomac pour tirer sur la partie supérieure sur laquelle on veut travailler ; renverser le corps de

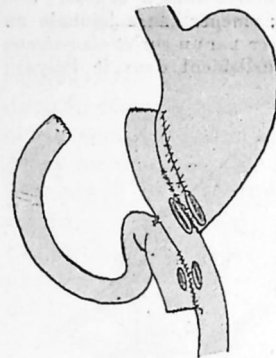


Fig. 188. — Procédé de Krönlein-Miculiez modifié par Cunéo.

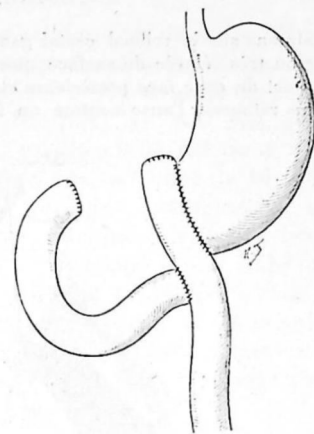


Fig. 189. — Procédé de Moynihan.

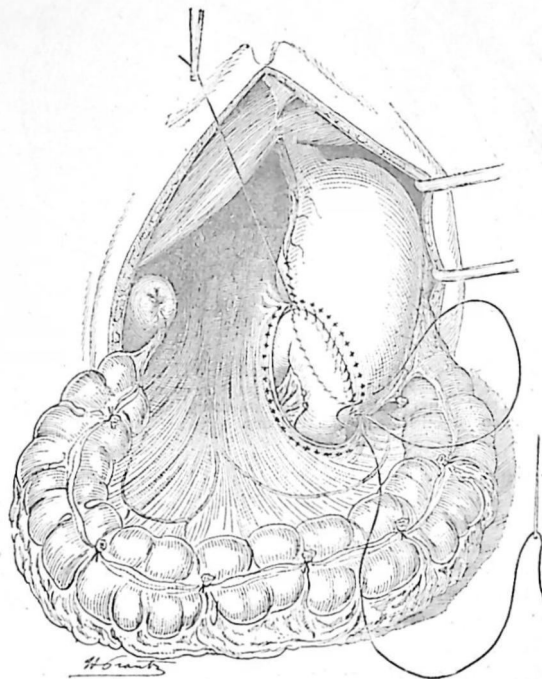


Fig. 190. — Procédé de Finsterer : la gastro-jéjunostomie termino-latérale transmésocolique est faite. Un surjet fixe la brèche mésocolique à l'estomac tout autour de la bouche.

l'estomac sur le rebord costal gauche: on arrive ainsi à exposer une région très élevée de sa face postérieure; amener l'anse jéjunale au contact de cette face postérieure et l'y suturer par un surjet séro-séreux (sans retourner l'anse comme on fait habituellement dans le Polya);

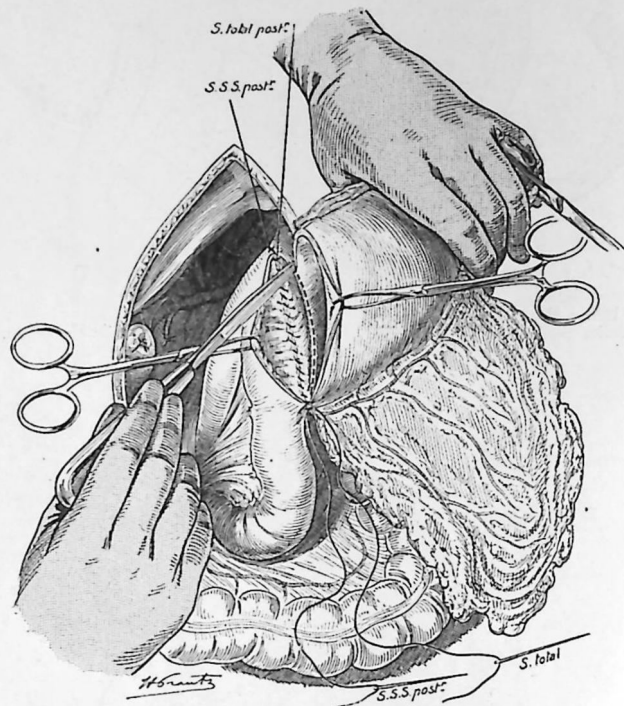


Fig. 191. — Artifice utile pour les cas où on doit faire la bouche très haut sur l'estomac. L'estomac ayant servi de tracteur, on a pu faire commodément les surjets séro-séreux et total postérieurs; alors seulement on complète la section gastrique et on finit la bouche en faisant les surjets antérieurs.

sectionner seulement la paroi postérieure de l'estomac devant ce surjet séro-séreux et faire en face sur l'anse jéjunale une incision de même longueur; unir ces deux tranches par un surjet total; alors seulement compléter la section gastrique en incisant la paroi antérieure de l'estomac suivant une ligne légèrement convexe en avant pour parer à la rétraction et ménager l'étoffe nécessaire; terminer par le surjet total antérieur et le surjet séro-séreux antérieur d'enfouissement.

E. Opération en deux temps. — Elle peut être indiquée en cas de cancer très sténosant, avec grosse dilatation

gastrique, chez un malade cachectique et inanitié. Dans un premier temps on fait, sous anesthésie locale, une gastro-entérostomie postérieure en ayant soin de placer la bouche assez loin vers la gauche pour ne pas être gêné dans le deuxième temps; et on explore la lésion pour voir si elle semble extirpable. Dans ce cas, au bout de 10 à 15 jours au maximum, dès que le malade s'est remonté, on procède à la résection pyloro-gastrique. Cette méthode diminue considérablement la mortalité opératoire dans les cas indiqués; elle est passible de deux reproches: 1° on a observé de véritables ensemencements cancéreux à la suite du 1^{er} temps; 2° on a quelquefois du mal à faire accepter le 2^e temps au malade qui ne vomit plus et se sent soulagé.

PYLORECTOMIE POUR ULCUS

Exérèse. — Pour les raisons que nous avons dites, la pylorecto-

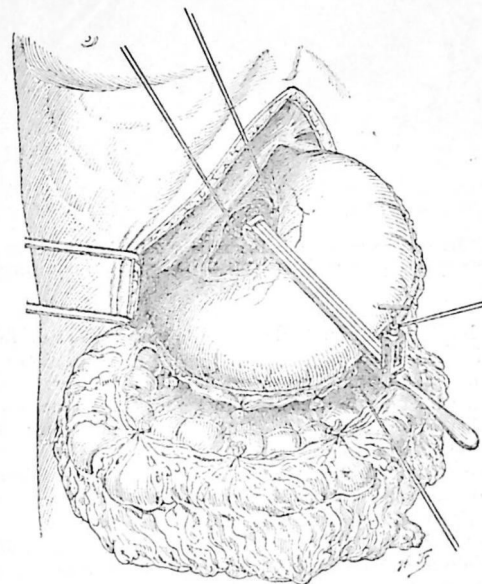


Fig. 192. — Pylorotomie pour ulcus. — 1° Le petit épiploon et le ligament gastro-colique ont été effondrés; les artères coronaire stomachique et gastro-épiploïque gauche coupées entre deux ligatures. L'écraseur de Martel est appliqué sur l'estomac entre ces quatre ligatures. (Imité de Th. de Martel.)

mie est devenue pour certains chirurgiens la méthode de choix pour le traitement des ulcus pyloriques ou juxta-pyloriques. Au point de vue technique, la pylorectomie pour ulcus diffère de la pyloro-gastrectomie pour cancer par plusieurs côtés :

1° On n'a pas à tenir compte de l'élément ganglionnaire : il est par

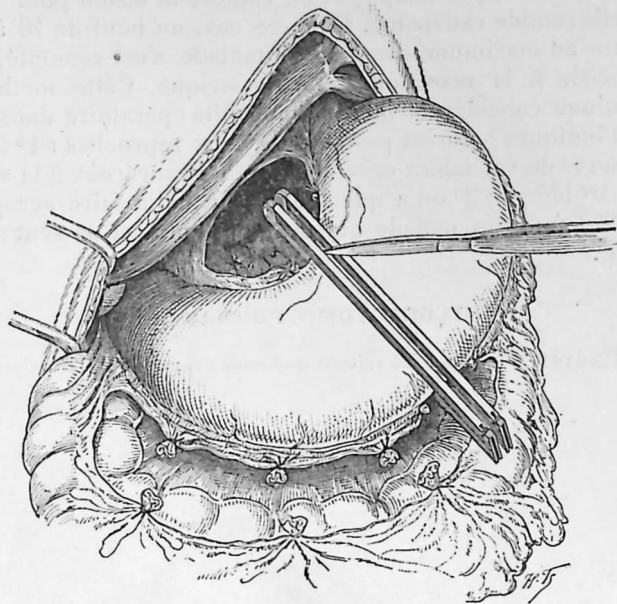


Fig. 193. — 2° La branche médiane de l'écraseur a été enlevée; section de l'estomac entre les deux branches demeurées, au ras de la branche droite. (Imité de Th. de Martel.)

conséquent inutile d'enlever toute la petite courbure et de faire la ligature haute de la coronaire.

2° Pour une raison analogue, il est inutile d'enlever le grand épiploon : au lieu de faire le décollement gastro-épiploïque, on fera tout simplement l'effondrement du ligament gastro-colique ou même le dépouillement de la grande courbure.

Il suffira en somme de faire porter la section en tissu sain aux limites de l'ulcère, d'enlever la lésion. La difficulté n'est donc pas ici dans l'étendue de l'exérèse, mais dans les adhérences souvent considérables qui unissent l'ulcère aux organes voisins, au pancréas, au foie et même à la paroi abdominale antérieure : la technique devra s'orienter dans ce sens et aborder la région malade dans la direction la plus favorable, c'est-à-dire de gauche à droite, par section première de l'estomac dans le cas d'ulcus pylorique adhérent en arrière. L'opération peut, dans la majorité des cas, être menée de la façon suivante :

- 1° *Laparotomie, exploration des lésions.*
- 2° *Effondrement du ligament gastro-colique* ou dépouillement de la grande courbure dans sa moitié droite.

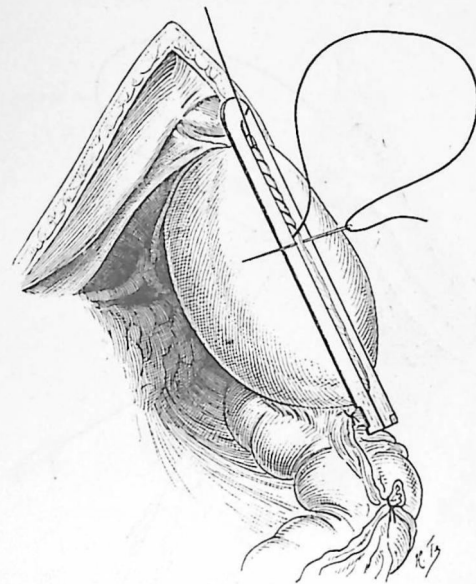


Fig. 194. — 3° Suture de la tranche gastrique écrasée : l'aiguille est poussée à plat sur la branche gauche de l'écraseur. (Imité de Th. de Martel.)

3° *Section, entre deux ligatures, de l'artère coronaire stomacique* vers la partie moyenne de la petite courbure.

4° *Section, entre deux ligatures, de l'artère gastro-épiploïque gauche* vers la partie moyenne de la grande courbure.

5° *Section de l'estomac* entre les deux points précédents; suture de la tranche gastrique (en totalité ou dans sa partie supérieure seulement, suivant le mode d'anastomose qu'on projette) (fig. 192 à 195).

6° *Libération de la face postérieure du canal pylorique* dans la région de l'ulcus; c'est le temps difficile; l'estomac coupé doit être entièrement basculé vers la droite : l'écraseur de de Martel est particulièrement commode dans ce cas, car sa branche droite, tout en assurant l'étanchéité

parfaite du segment gastrique à enlever, donne un point d'appui solide pour la traction (*fig. 196*).

Ainsi on découvre la zone des adhérences ; elles sont

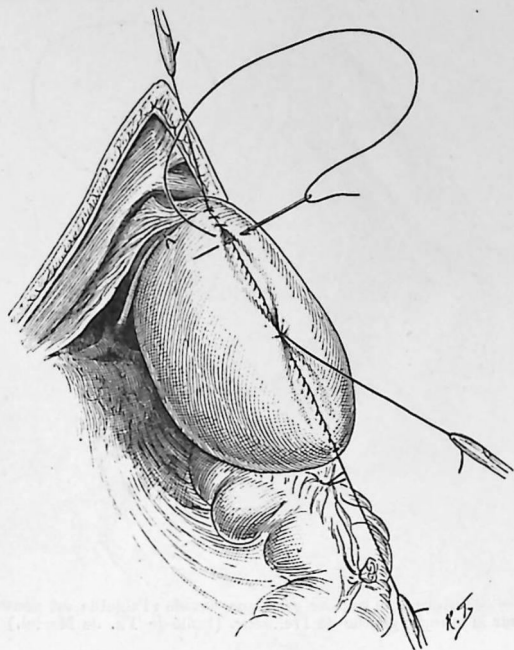


Fig. 195. — 4° Surjet séro-séreux pour l'enfouissement de la tranche gastrique.

généralement fibreuses, serrées ; c'est au bistouri qu'il faut les libérer. Il est souvent difficile, parfois impossible de trouver un plan de clivage entre l'estomac et le pancréas, car le pancréas peut véritablement former le fond de l'ulcère. Dans ce cas il faut bien se garder de tailler dans le tissu pancréatique : il faut découper sur la face postérieure du pylore la partie gastrique adhérente et « laisser le morceau » : on se contentera de cautériser le cratère au thermocautère ou à la teinture d'iode.

7° La zone adhérente étant franchie, *ligature et section de l'artère gastro-épiploïque droite*, sur le bord inférieur du canal pylorique.

8° *Ligature et section de l'artère pylorique* sur le bord supérieur du canal.

9° *Section du duodénum*, qu'on pourra généralement faire

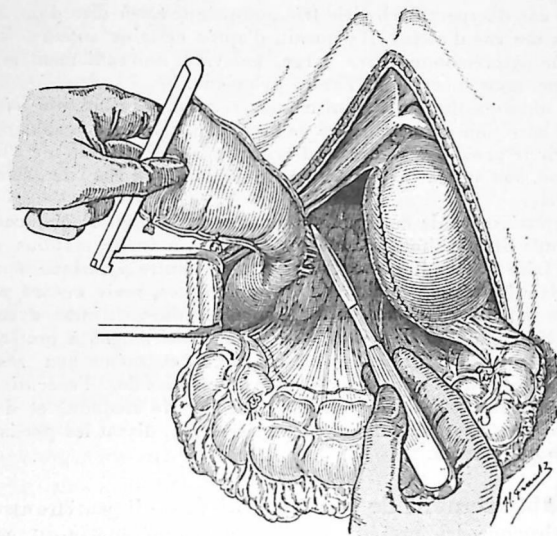


Fig. 196. — 5° Libération de la face postérieure du canal pylorique dans la région de l'ulcère : la main gauche se sert de la branche droite de l'écraseur comme d'un tracteur pour tendre l'estomac ; la main droite armée d'un bistouri libère l'ulcère adhérent.

plus à gauche que dans le cas de cancer ; si cette section porte sur le segment du duodénum qui est entièrement entouré de péritoine, on pourra l'écraser et le fermer par un des procédés très simples que nous avons décrits plus haut (procédé de Doyen ou de Mayo), ou le laisser ouvert pour l'implanter dans l'estomac.

Cette technique ne prétend pas s'appliquer à tous les cas...

Il peut être plus facile, en cas d'ulcère juxta-pylorique voisin de la petite courbure (cas fréquent), d'aborder la lésion de bas en haut par retournement de l'estomac et section première du duodénum.

Dans certains cas d'ulcères multiples, on peut même concevoir qu'il soit avantageux de couper l'estomac par le milieu entre deux lames d'écraseur pour aller de la partie moyenne, saine et libre, vers la région des difficultés, si ces difficultés existent à droite et à gauche ; cette hémisection première de l'estomac est comparable à l'hémisection utérine en cas de salpingite double adhérente des deux côtés.

Tous les cas particuliers ne sauraient être envisagés ici, mais il faut toujours se souvenir du précepte : aller du sain au pathologique, des régions libres vers les régions adhérentes : c'est la clé des opérations faciles.

... Se borner à enlever la lésion, avons-nous dit ; et cependant dans le cas d'hyperchlorhydrie très marquée (c'est-à-dire dans à peine un tiers des cas d'ulcus), il y aurait, d'après certains auteurs, intérêt à faire une pylorotomie assez large, enlevant non-seulement la région ulcéreuse, mais encore tout l'antra pylorique.

Cette ablation de l'antra, qui a pour résultat de diminuer très nettement la sécrétion chlorhydrique de l'estomac, serait le meilleur moyen de guérir le processus ulcéreux, d'éviter les récidives soit sur l'estomac lui-même, soit sur la bouche ou sur le jéjunum en cas de gastro-jéjunostomie.

La connaissance de cette notion, basée sur la physiologie, confirmée par l'étude des résultats opératoires éloignés, a incité certains chirurgiens à faire systématiquement l'ablation de l'antra pylorique non seulement pour les ulcus pyloriques ou prépyloriques, mais encore pour les ulcus de la petite courbure, pour les ulcus médio-gastriques avec déformation biloculaire de l'estomac. On serait ainsi amené à préférer aux résections atypiques, cunéiformes, en selle, et même aux résections médio-gastriques, de véritables hémigastrectomies dont l'exécution n'est guère plus difficile, ni plus shockante pour le malade, et dont les résultats éloignés sont infiniment supérieurs..., disent les partisans de ces grandes exérèses.

Rétablissement de la continuité. — Il peut être assuré par l'un quelconque des procédés que nous avons précédemment mentionnés, notamment par gastro-jéjunostomie latéro-latérale, ou opération de Rodman, qui est dans la pylorotomie pour ulcère l'analogue du Billroth II dans la pylorotomie pour cancer ; ou par gastro-jéjunostomie termino-latérale, par le procédé de Polya, ou un des procédés qui en dérivent.

Mais en matière d'ulcus il y a sans doute intérêt à tâcher de rétablir la continuité gastro-intestinale dans des conditions aussi voisines que possible de la normale. Il ne faut pas oublier que les estomacs ulcéreux sont souvent hyperchlorhydriques et que le passage direct dans le jéjunum du suc gastrique non neutralisé par les sucs biliaires et pancréatiques peut favoriser l'apparition d'un ulcus peptique : les *gastro-duodénostomies* seront donc préférables aux gastro-jéjunostomies.

Au surplus les dimensions relativement restreintes de l'exérèse rendent ces opérations facilement praticables.

a) *Gastro-duodénostomie termino-terminale, opération de Péan (1879), Billroth I (1881) (fig. 197).*

La tranche gastrique a été suturée dans sa partie supérieure ; la partie inférieure a été laissée ouverte sur une longueur égale au diamètre du bout duodénal, laissé ouvert lui aussi. On anastomose ces deux orifices en faisant :

1° un surjet séro-séreux postérieur, 2° un surjet total postérieur puis antérieur, 3° un surjet séro-séreux antérieur. Il faut soigner particulièrement la suture au niveau de l'angle supérieur, à la jonction de la suture de fermeture gastrique : à ce niveau il est bon de placer un point en U prenant à la fois la paroi duodénale et les deux lèvres séro-séreuses gastriques (fig. 198). Ce procédé est évidemment celui qui rétablit la continuité gastro-duodénale dans les conditions les plus voisines de la normale.

b) *Gastro-duodénostomie latéro-terminale : procédé de Kocher.*

Il consiste à fermer complètement la tranche gastrique, et à implanter le duodénum sur la paroi postérieure de l'estomac.

Son exécution ne présente pas de difficulté particulière. Le moignon gastrique entièrement suturé et le duodé-

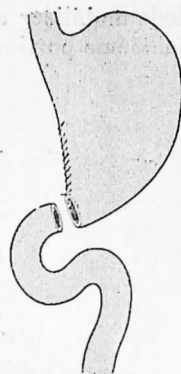


Fig. 197. — Procédé de Péan-Billroth I.

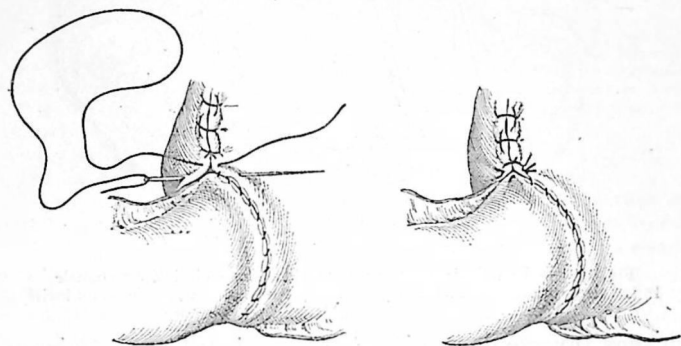


Fig. 198. — Anastomose gastro-duodénale termino-terminale après pylorotomie (opération de Péan.) Un point en U est passé au niveau de la commissure supérieure de la bouche : il prend à la fois le bord supérieur du duodénum et les deux lèvres de l'incision gastrique. (D'après Pauchet.)

num momentanément occlus par un clamp placé à distance de sa section sont amenés au contact l'un de l'autre ; si le duodénum ne se laisse pas facilement amener, il est facile

de le mobiliser en décollant l'angle sous-hépatique et la deuxième portion ; les deux organes affrontés sont tordus

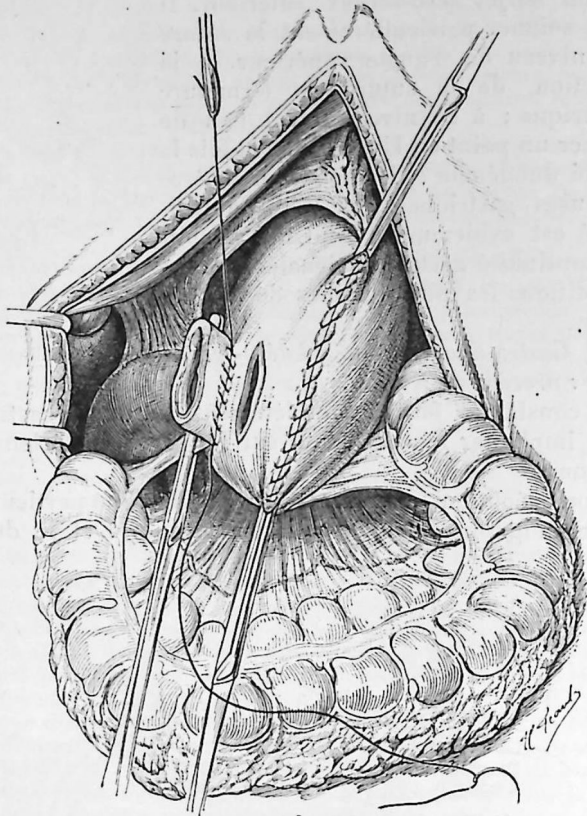


Fig. 199. — Procédé de Kocher : gastro-duodénostomie latéro-terminale.
1° Les deux organes sont adossés par un surjet séro-séreux ; l'estomac est incisé.

en sens inverse de manière à exposer leur face postérieure. On exécute alors une anastomose termino-latérale :

1° Surjet séro-séreux postérieur, mené suivant une ligne légèrement concave en avant, à un centimètre environ de la tranche duodénale ; c'est le temps le plus délicat, l'emploi de la petite aiguille courbe le facilite ; 2° ouverture verticale de l'estomac sur une longueur appropriée au diamètre du duodénum (fig. 199) ; 3° surjet total sur toute

la circonférence, en soignant particulièrement les points d'angle et l'inversion de la muqueuse au moment de la fermeture du tiers antérieur ; 4° surjet séro-séreux antérieur (fig. 200).

Il faut prendre soin de placer la bouche assez près de la suture gastrique terminale, pas trop cependant, pour que les sutures d'enfouissement restent séparées par un petit intervalle de paroi gastrique.

RÉSECTION MÉDIO-GASTRIQUE

Cette opération consiste à réséquer un cylindre gastrique sur le corps de l'estomac, et à anastomoser bout à bout les deux circonférences de section.

Par définition cette résection n'atteint pas à droite le pylore.

Exceptionnellement indiquée dans le cas de cancer, cette opération est surtout pratiquée comme traitement de la sténose médio-gastrique, déformation due à un ulcère de la petite courbure plus ou moins étendu aux deux faces de l'estomac, cicatrisé ou encore en évolution.

Supérieure aux opérations palliatives (anastomoses et plasties) parce qu'elle enlève la lésion et reconstitue l'estomac dans une forme normale, la résection médio-gastrique est généralement considérée comme le traitement de choix de l'estomac biloculaire. Certains chirurgiens ont même tendance à faire la résection médio-gastrique de préférence à la résection en selle dans tous les cas d'ulcère de la petite courbure de quelque étendue : elle est plutôt plus facile à exécuter et déforme moins l'estomac.

1° Exploration des lésions sur la face antérieure de l'estomac, et sur sa face postérieure après effondrement du

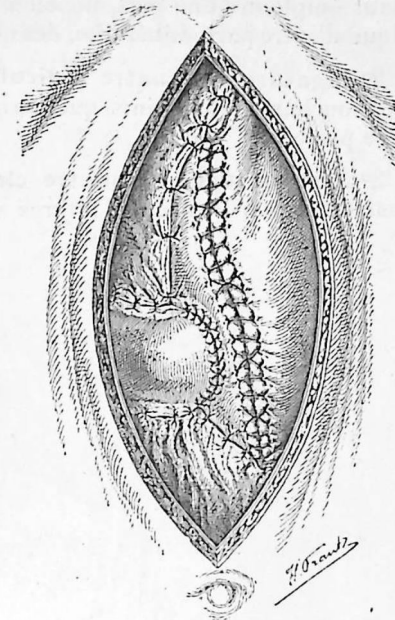


Fig. 200. — Procédé de Kocher. 2° Opération terminée. Remarquer la suture de fermeture de l'estomac, la suture de la gastro-duodénostomie, et les sutures qui réunissent le grand et le petit épiploon à l'estomac et au duodénum.

petit épiploon d'une part, incision du ligament gastro-colic d'autre part. Libération des adhérences.

2° **Ligature des quatre pédicules vasculaires** au niveau des courbures, aux points qui marquent les limites de l'exérèse projetée.

3° **Mise en place de quatre clamps** étreignant l'estomac de part et d'autre des futures sections, c'est-à-dire à

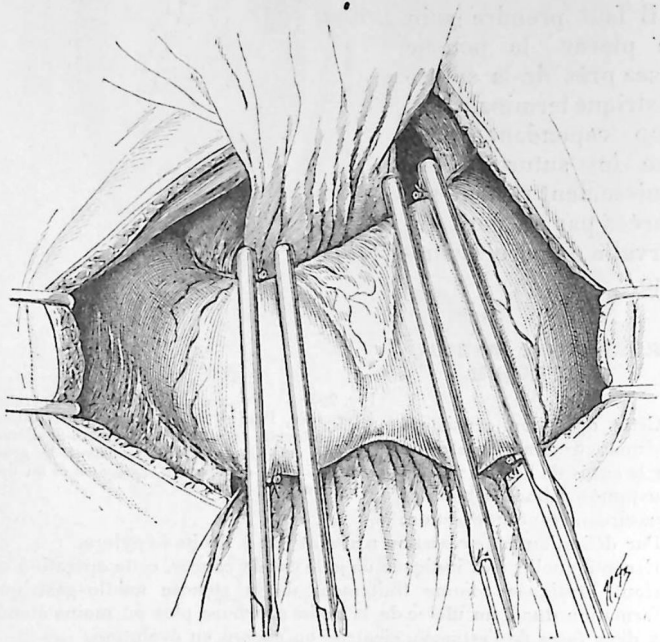


Fig. 201. — Résection médio-gastrique. 1° Libération des courbures, ligatures, mise en place des quatre clamps et de la compresse « billot ». (Tuffier et Roux-Berger.)

une distance suffisante de la lésion, en tissu gastrique sain.

Protection du champ opératoire par une grande compresse « billot » passée derrière l'estomac, de la brèche mésocolique à la brèche du petit épiploon (fig. 201).

4° **Section de l'estomac** entre ces clamps.

5° **Anastomose bout à bout** des deux tranches, faite

suivant les principes énoncés page 111. Si la chose est possible, c'est-à-dire si l'estomac se laisse facilement retourner, face postérieure en avant, nous conseillons de faire

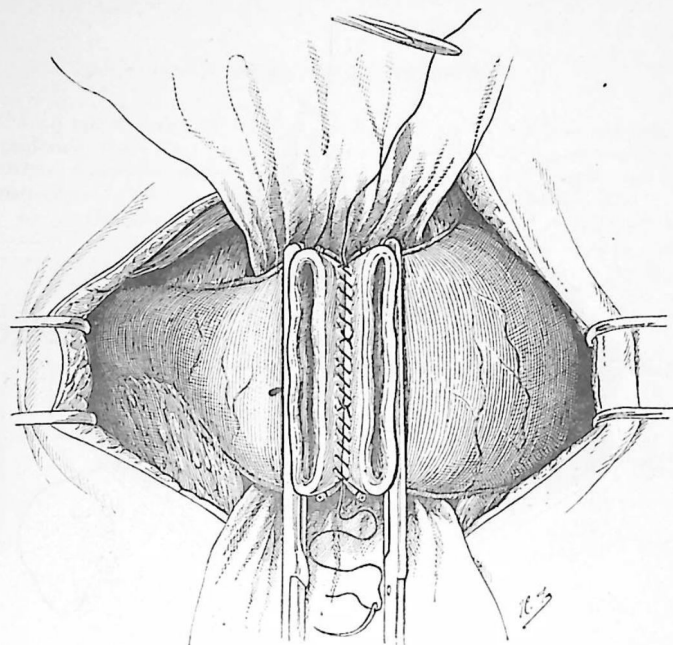


Fig. 202. — 2° La partie malade a été enlevée; surjet séro-séreux unissant la face postérieure des deux tranches. (Tuffier et Roux-Berger.)

d'abord tout le surjet total, c'est-à-dire de fermer entièrement la cavité gastrique, et de faire ensuite seulement le surjet séro-séreux, exactement comme nous l'avons dit pour l'entéro-anastomose termino-terminale. Si ce retournement de l'estomac semble devoir être difficile, alors il faut commencer par le surjet séro-séreux postérieur qui sera facilité par l'emploi d'une petite aiguille courbe, et une certaine rotation des deux clamps en sens contraire présentant bien les deux lignes à suturer (fig. 202); on continuera par un surjet total circonférentiel, en soignant

comme d'habitude les derniers points, les plus difficiles à placer correctement (voir page 113).

Enfin, reprenant l'aiguillée qui a servi au surjet séro-

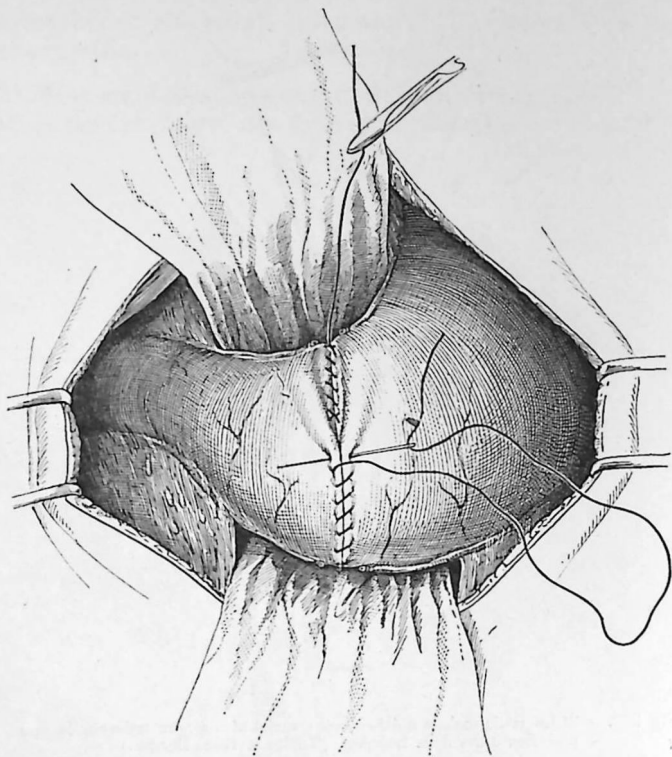


Fig. 203. — 3^e Opération presque terminée : il ne reste plus qu'à achever le surjet séro-séreux antérieur, et à réparer la brèche des mésons, encore occupée par le champ protecteur. (D'après Tuffier et Roux-Berger.)

séreux postérieur, on mènera le surjet séro-séreux antérieur d'enfouissement (fig. 203).

6^o Réparation des brèches épiploïques et fermeture de la paroi abdominale.

La résection médio-gastrique est une opération facile si l'on peut choisir le lieu des sections de telle manière que les deux orifices à anastomoser aient à peu près les mêmes dimensions, et si la sténose à réséquer ne siège pas trop loin vers la gauche.

S'il existe une double sténose, médio-gastrique et pylorique, la résection de la première est naturellement insuffisante.

L'opération radicale, dans ces cas, consiste à réséquer d'un seul bloc les deux régions sténosées et la poche pylorique intermédiaire, quitte à rétablir la continuité par gastro-jéjunostomie, si la poche cardiaque ne peut être amenée au duodénum.

RÉSECTION DU CARDIA

C'est une opération difficile, parce que le cardia est dans une région profonde, malaisée à atteindre ; de plus l'anastomose œsophago-gastrique comporte toujours un certain aléa parce que l'étoffe séreuse manque sur l'œsophage et que de ce fait les sutures tiennent mal.

La simple laparotomie est insuffisante comme voie d'accès sur le cardia. Pour se donner du jour il faut réséquer soit définitivement, soit temporairement le rebord costal (voir page 87), ou encore recourir à

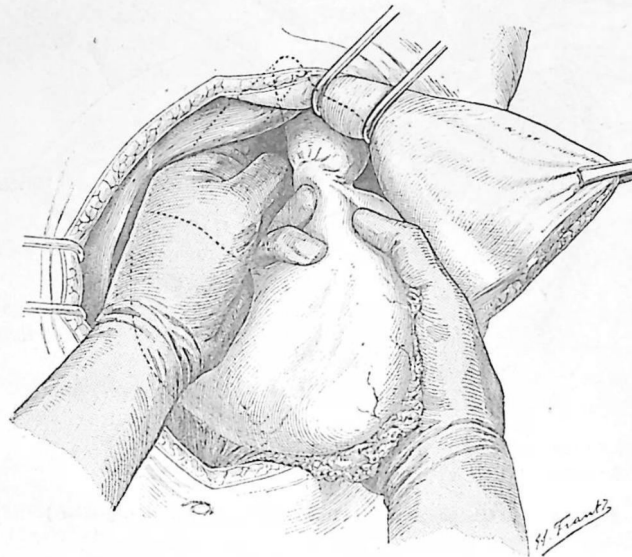


Fig. 204. — Résection du cardia pour ulcus. 1^o Isolement du cardia et de la terminaison de l'œsophage. (Delagénière.)

la laparo-thoraco-phrénotomie. (Nous ne parlons pas des voies médiastinale, transpleurale et thoraco-abdominale extra-séreuse qui donnent plutôt accès sur le cardio-œsophage que sur le cardio-estomac et sont plutôt des opérations thoraciques que des opérations abdominales : pour ces opérations nous renvoyons le lecteur au volume de cet ouvrage qui traite de la chirurgie du thorax.)

Technique de Delagénère (du Mans)¹. — (Résection du cardia pour ulcère calleux siégeant sur la petite courbure près du cardia qui est plus ou moins envahi.)

1° *Isolement de la tumeur.* Temps difficile, mais important. Il faut isoler toute la petite courbure en sectionnant le ligament gastro-hépatique jusque sur le cardia, décoller et libérer au doigt la portion terminale de l'œsophage (fig. 204).

2° *Résection de la tumeur.* On commence par section-

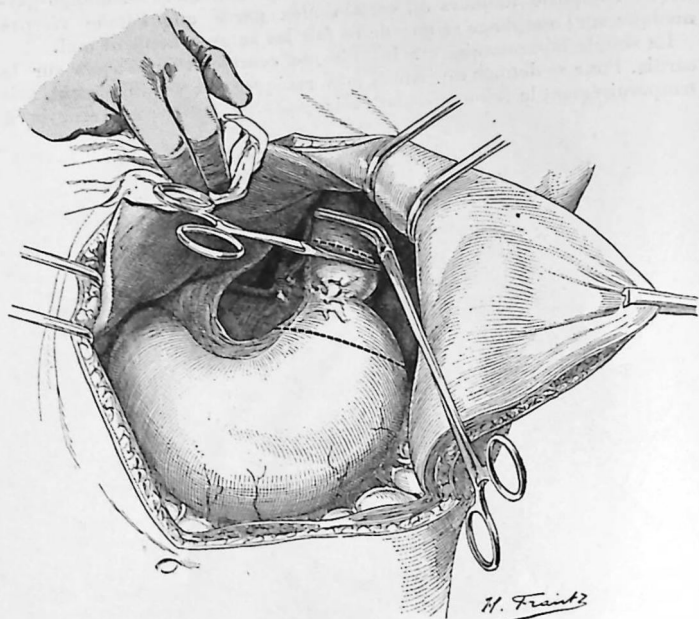


Fig. 205. — 2° Œsophage repéré; tracé de la résection. (Delagénère.)

ner l'œsophage entre deux pinces, puis l'estomac au-dessous de la tumeur abaissée, suivant les règles ordinaires (fig. 205).

3° *Reconstitution du tube gastro-intestinal.* Elle peut être réalisée soit par une anastomose termino-terminale

1. Delagénère, *Procès-verbaux, Mémoires et Discussions du 29^e Congrès de Chirurgie* Paris, 1920.

œsophago-gastrique si la tranche de section gastrique n'est pas trop large, soit plus commodément par une implan-

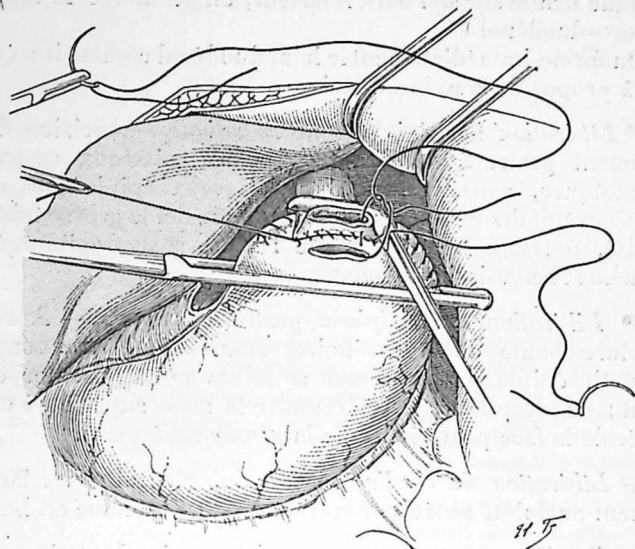


Fig. 206. — 3° Le sac gastrique a été fermé; on implante le bout de l'œsophage abdominal sur la face antérieure de l'estomac. (D'après Delagénère.)

tation termino-latérale de l'œsophage dans l'estomac, après fermeture de la tranche de section gastrique (fig. 206).

GASTRECTOMIE SUBTOTALE ET TOTALE

« Ce qui peut être donné comme caractéristique de l'ablation presque totale ou totale, c'est la section et l'hémotase de l'attache gastro-splénique. » (Leriche.)

« Dans la gastrectomie totale les sections portent sur le duodénum et sur l'œsophage; dans la gastrectomie subtotal, on laisse au bout de l'œsophage une collerette gastrique. » (Tuffier.)

Ce sont des opérations exceptionnelles et très graves; la lourde mortalité dont elles sont grevées est due aux difficultés d'exécution de l'anastomose et à l'absence de péritoine à son niveau, qui rend les sutures assez précaires.

La laparotomie devra le plus souvent être élargie comme nous l'avons indiqué à propos de la résection du cardia.

Nous énumérerons succinctement les temps opératoires, d'après Leriche¹.

1. René Leriche: *Thèse*, Lyon, 1906.

Libération duodénale. — Après ligature de l'artère pylorique sur son bord supérieur et de l'artère gastro-épiploïque droite sur son bord inférieur, on sectionne le canal pyloro-duodénal.

On ferme immédiatement le bout duodénal comme il a été dit à propos de la pylorectomie.

2° *Libération de l'épiploon gastro-colique.* — Incision du ligament gastro-colique au-dessous des vaisseaux gastro-épiploïques, avec ligature des vaisseaux épiploïques en plusieurs petits pédicules. On arrive ainsi à la grosse tubérosité, derrière laquelle on lie l'artère gastro-épiploïque gauche et les vaisseaux courts.

3° *Libération de l'épiploon gastro-hépatique.* — Après ligature haute de la coronaire stomacique, on coupe le petit épiploon. L'estomac se laisse alors basculer en haut; on décolle s'il est nécessaire la zone supérieure accolée de la face postérieure de la grosse tubérosité.

4° *Libération du cardia :* se fait en général assez facilement au doigt, aidée par la traction de l'estomac en bas.

5° *Rétablissement de la continuité* par implantation de l'œsophage, ou de la collerette cardiaque, sur le côté d'une anse jéjunale attirée à travers le mésocôlon transverse (œsophago ou cardio-jéjunostomie termino-latérale). Etant donné la longueur des branches de cette anse jéjunale, il est prudent de faire immédiatement une jéjuno-jéjunostomie complémentaire.

CHAPITRE IX

GASTROSTOMIE

La gastrostomie est une opération qui consiste à créer une bouche stomacale continente destinée à servir à l'alimentation des malades rendue difficile ou impossible du fait d'un obstacle siégeant au niveau des voies digestives supérieures (cancer de l'œsophage, rétrécissement infranchissable, etc.).

Principes. Différents procédés. — *La bouche doit être continente, c'est essentiel.* Pour obtenir cette continence il faut faire une bouche petite, et haut située sur l'estomac, c'est-à-dire sur la grosse tubérosité. Cela ne suffit pas toujours; de plus on ne peut pas toujours, sur ces estomacs rétractés, placer la bouche aussi haut qu'on le voudrait. Aussi d'innombrables procédés ont-ils été imaginés pour assurer la continence.

Les uns tâchent de créer un sphincter autour de la bouche: c'est ainsi que Terrier attirait l'estomac à travers le muscle droit, Hartmann de même, mais en créant en plus un trajet fistuleux sous-musculaire, Jaboulay de même, mais en créant en plus un trajet fistuleux sous-cutané.

D'autres (Souligoux) préconisent la gastrostomie par torsion.

D'autres allongent la fistule par un trajet sous-cutané (Villar), par un trajet pratiqué dans l'épaisseur de la paroi gastrique (Tuffier), par un adossement des parois gastriques (Witzel, Kocher).

D'autres créent un conduit intermédiaire entre l'estomac et la peau en utilisant un lambeau autoplastique gastrique (Depage), une anse intestinale (Tavel).

Un des procédés les plus simples, celui que nous décrirons, consiste à former à l'intérieur de l'estomac une valvule qui permette facilement l'introduction d'un tube, et qui s'oppose au reflux du contenu gastrique (fig 215).

L'anesthésie locale est infiniment préférable à l'anesthésie générale, particulièrement nocive chez ces sujets cachectiques. Elle est généralement facile et efficace sur ces parois minces, amaigries, qu'on infiltrera aisément sur toute leur épaisseur, suivant le tracé de l'incision.

Manuel opératoire (procédé de Fontan modifié par Marion¹).

1. Marion. *Technique chirurgicale*. Maloine, 1917, p. 546.

« 1^o *Incision.* — L'incision de la paroi est pratiquée parallèlement au rebord costal gauche, à 2 centimètres de ce rebord, sur une étendue de 10 centimètres. Elle commence en haut à 5 centimètres de l'appendice xiphoïde (fig. 207). On traverse successivement la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, les muscles larges de l'abdomen, le péritoine. Ce dernier, aussitôt incisé, est saisi et repéré avec une pince. L'incision oblique latérale a l'avantage sur l'incision verticale de permettre de saisir et d'attirer une portion plus élevée de l'estomac.

Fig. 207. — Gastrostomie : tracé de l'incision.

« 2^o *Recherche et attraction de l'estomac.* — La recherche de l'estomac ne présente rien de particulier. On le trouve quelquefois superficiellement, quelquefois très profondément suivant son état de distension. Dans tous les cas on le recherche entre le foie en haut et le côlon transverse en

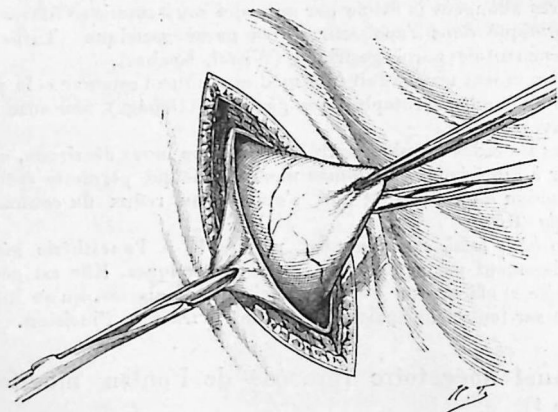


Fig. 208. — La paroi antérieure de l'estomac est attirée de manière à former un cône de 4 à 5 centimètres de hauteur. (Marion.)

bas. On le reconnaît facilement à sa coloration blanche, à l'épaisseur de sa paroi et à l'absence des bandelettes qui caractérisent le côlon. Une fois la paroi antérieure saisie, elle est attirée et l'on s'efforce d'amener une portion élevée de cette paroi afin de placer la bouche le plus haut possible. Dans le cas où, par suite de la rétraction de l'estomac, il serait impossible de le faire descendre, on se contenterait de la portion qui veut bien venir.

« Cette portion est attirée hors de la plaie, et le sommet du cône ainsi extériorisé est saisi avec une pince. Ce cône doit avoir une longueur de 4 à 5 centimètres (fig. 208).

« 3^o *Fixation de la base du cône à la paroi.* — Le cône stomacal ainsi attiré est suturé sur tout le pourtour de sa base au péritoine et à la paroi musculaire par un seul plan de

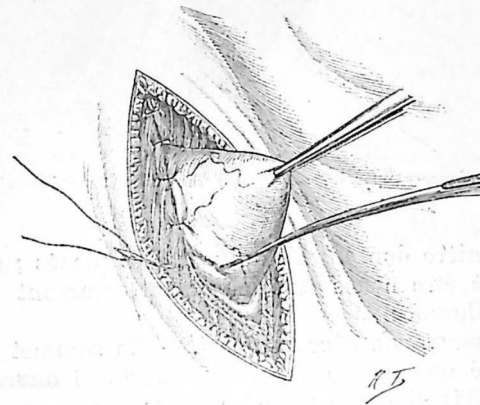


Fig. 209. — Le cône gastrique est fixé au péritoine et aux muscles de la paroi. (Marion.)

sutures, traversant seulement les couches péritonéale et musculuse de l'estomac. Cette fixation peut être faite au moyen de points séparés ou par un surjet, il y a tout avantage à employer le catgut (fig. 209).

« En même temps, l'incision est rétrécie en haut et en bas s'il y a lieu.

« 4^o *Passage des fils destinés à limiter et à maintenir l'invagination.* — Ces fils, au nombre de deux, sont placés en haut et en bas; ils traversent successivement la peau, la couche musculuse de l'estomac d'un côté du cône, à une

certaine distance (5 millimètres) de la base de ce cône, puis la même couche de l'autre côté au même niveau et enfin de nouveau la peau.

« La figure 210 fait comprendre mieux que toute descrip-

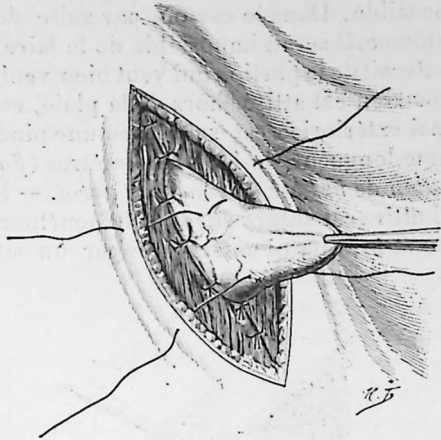


Fig. 210. — Comment on doit passer les deux fils qui limiteront l'invagination du cône gastrique. (Marion.)

tion la manière dont les fils doivent être placés ; ces fils, destinés à être noués extérieurement, pourront être des crins de Florence.

« 5° *Ouverture du cône stomacal.* — Le sommet du cône étant attiré, un coup de ciseaux l'emporte et ouvre l'estomac (fig. 211). Il est de toute importance à ce moment de s'assurer que l'on a bien coupé toutes les couches de l'estomac et que la muqueuse n'a pas fui. Il faut s'en assurer en saisissant, à travers l'ouverture de la musculuse, la muqueuse avec une pince et en constatant *de visu* qu'elle est ouverte. L'exploration de l'orifice à la sonde cannelée risquerait de décoller la muqueuse et de faire croire qu'on pénètre dans l'estomac, alors qu'on pénètre seulement entre la musculuse et la muqueuse. D'autre part il sera bon de saisir la muqueuse afin de s'assurer qu'aucune artériole n'a été coupée, qui pourrait donner une hémorragie assez abondante.

« 6° *Invagination du cône stomacal.* — Le sommet du cône sectionné est saisi avec une pince de Kocher et refoulé

dans l'estomac par simple pression. Pendant que l'aide maintient ce refoulement limité par les deux fils précéd-

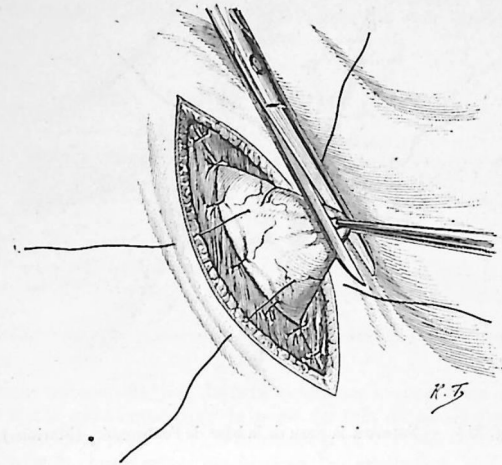


Fig. 211. — D'un coup de ciseaux, on coupe le sommet du cône, en s'assurant que la section a fait sur la muqueuse gastrique une étroite ouverture. (Marion.)

demment placés. l'opérateur lie ces deux fils de façon à maintenir l'invagination (fig. 212).

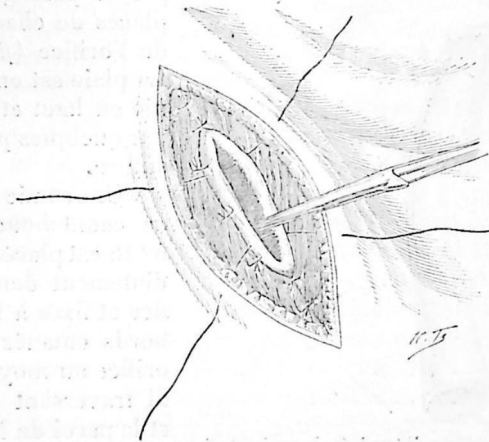


Fig. 212. — Une pince invagine le cône tronqué ; on serre les fils. (Marion.)

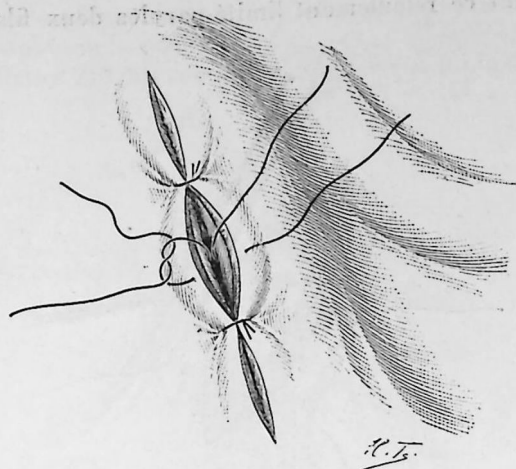


Fig. 213. — Suture à la peau de la base de l'entonnoir, (Marion.)

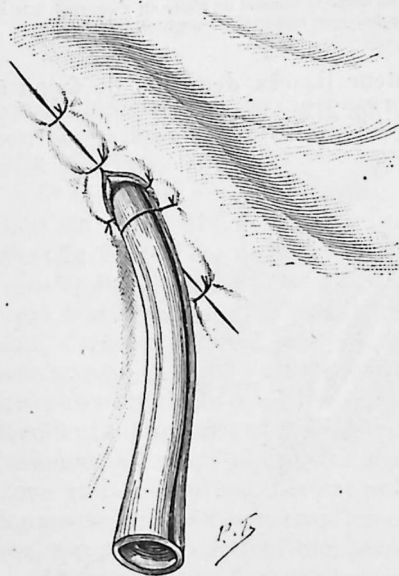


Fig. 214. — Gastrostomie terminée; la sonde est mise en place et fixée à la peau par un fil. (Marion.)

« 7^o Sutures. — La pince est retirée, et la fixation de l'estomac à la peau est complétée par le passage de fils placés de chaque côté de l'orifice (fig. 213). La plaie est enfin réunie en haut et en bas par quelques points de suture.

« Une sonde urétrale en caoutchouc rouge n^o 18 est placée immédiatement dans l'orifice et fixée à l'un des bords cutanés de cet orifice au moyen d'un fil traversant la peau et la paroi de la sonde sans pénétrer dans son

intérieur. Une pince ou un fausset ferme la sonde¹. » (Fig. 214.)

Le pansement doit être disposé de manière à laisser passer le pavillon de la sonde. Le soir même de l'opération on peut alimenter le

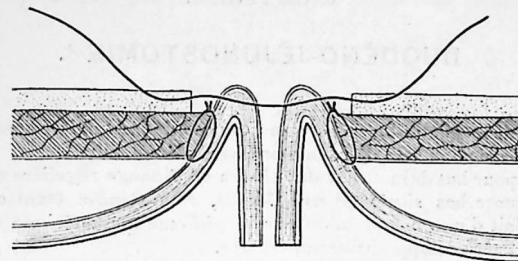


Fig. 215. — Schéma représentant l'état des parties après l'opération. (Marion.)

malade en versant du lait dans la sonde au moyen d'un entonnoir recouvert d'une gaze (pour que la peau du lait ne bouche pas la sonde). Au bout de neuf jours, on ne laissera plus de sonde à demeure : on n'introduira la sonde qu'au moment de l'alimentation.

Bouches incontinentes. — On peut tenter de rétrécir le calibre de la bouche en le cerclant au crin de Florence (Robineau)².

Fermeture des bouches de gastrostomie. — Si la bouche est devenue inutile, la perméabilité des voies supérieures étant rétablie, on doit tâcher d'en obtenir la fermeture.

Il suffit quelquefois de cesser les sondages, d'aviver les bords au thermocautère ou avec le crayon de nitrate d'argent.

Si cela ne suffit pas, on peut essayer le cerclage au crin après avivement de la muqueuse par simple résection d'une collerette au niveau de son union avec la peau. (Robineau³.)

Mais le procédé le plus sûr consiste à faire une incision tout autour de l'orifice, à séparer l'estomac de la paroi et à suturer séparément la brèche gastrique et la plaie pariétale, ce qui exige évidemment l'ouverture de la cavité péritonéale, mais ne comporte pas une bien grande gravité chez un sujet assez résistant.

1. Tout le passage entre guillemets est cité textuellement de Marion, *loco citato*.
 2. Robineau. *Bull. et Mém. Soc. Chir.*, 1912, p. 1172.
 3. *Id.*, *loco citato*.

CHAPITRE X

DUODÉNO-JÉJUNOSTOMIE ¹.

La duodéno-jéjunostomie est l'anastomose de la première anse jéjunale avec la troisième ou la deuxième portion du duodénum.

Elle a pour but de mettre le duodénum en vidange régulière en amont d'une sténose basse située (Pierre Duval), cette sténose étant ordinairement le fait d'une compression par le pédicule mésentérique supérieur ou par l'artère colique droite supérieure.

1^o Laparotomie sus-ombilicale basse, dépassant au besoin l'ombilic par son extrémité inférieure.

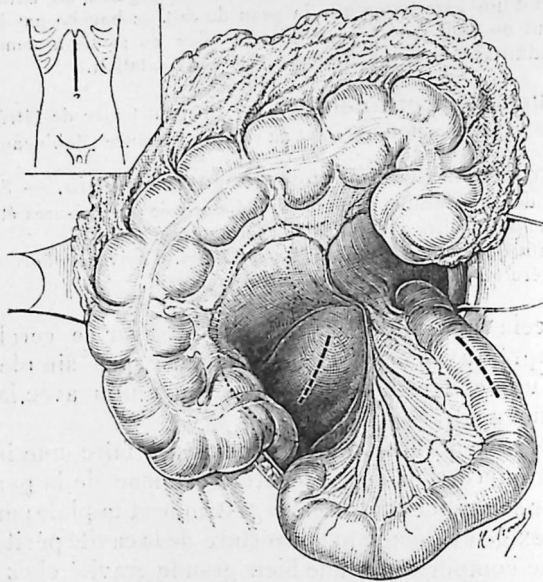


Fig. 216. — La duodéno-jéjunostomie sous-mésocolique : 1^{er} temps ; en pointillé, les bouches. (Pierre Duval.)

1. Pierre Duval. Etudes médico-radio-chirurgicales sur le duodénum. Masson, 1924, page 173.

2^o Exploration : on relève le côlon transverse et son méso, et on reconnaît le siège de l'obstacle.

3^o Choix des points à anastomoser.

La bouche devra porter sur le jéjunum en un point aussi voisin que possible de l'angle duodéno-jéjunal ; sur

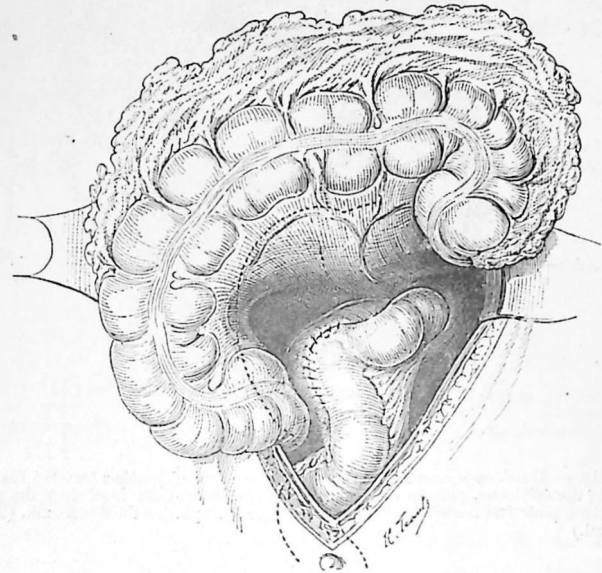


Fig. 217. — La duodéno-jéjunostomie sous-mésocolique achevée. (Pierre Duval.)

le duodénum en un point variable suivant la situation de la racine du mésocôlon transverse par rapport à ce duodénum.

a) Si l'implantation du mésocôlon transverse est haute sur le duodénum, on peut faire la duodéno-jéjunostomie sous-mésocolique (fig. 216-217).

b) Si l'implantation du mésocôlon transverse est basse, il faut faire la duodéno-jéjunostomie sus-mésocolique, c'est-à-dire que l'anse jéjunale à anastomoser doit être passée à travers une brèche pratiquée dans le mésocôlon transverse, comme dans la gastro-entérostomie postérieure (fig. 218).

c) Dans certains cas, le duodénum dilaté écarte à leur base d'insertion les deux feuillettes du mésocôlon, et on peut

être amené à faire une duodéno-jéjunostomie *intra mésentérique*, après incision du feuillet inférieur et décollement

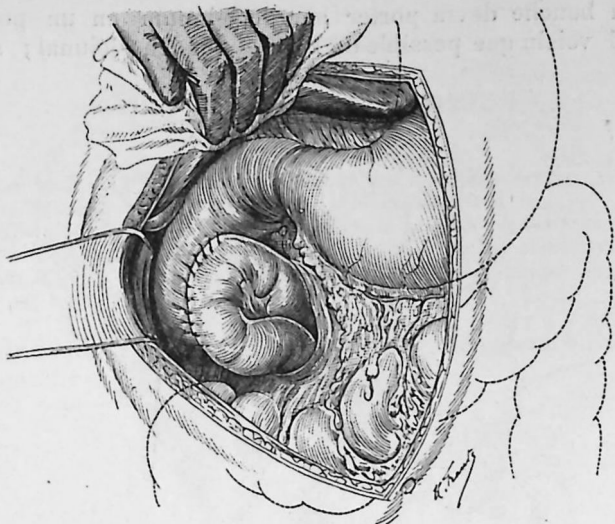


Fig. 218. — Duodéno-jéjunostomie sus-mésocolique : l'anse jéjunale a traversé l'arrière-cavité des épiploons, puis en est ressortie par décollement du bord droit du grand épiploon pour être accolée à la face antérieure de la 2^e portion du duodénum. (Pierre Duval.)

du feuillet supérieur du mésocolon transverse relevé (fig. 219).

4° L'anse jéjunale et le segment duodénil à anastomoser étant mis en présence par deux pinces de Chaput ou deux fils d'appui, il ne reste plus qu'à exécuter une entéro-anastomose latéro-latérale suivant la technique habituelle (voir page 123). La duodéno-jéjunostomie ne présente pas de difficulté particulière malgré la fixité relative de l'anse duodénilale : elle se fait sur un duodénum dilaté, donc assez facile à extérioriser, et sur lequel la place ne manque pas pour faire une bouche de bonnes dimensions.

Avant d'ouvrir le duodénum en rétention, il est bon de soulever du doigt le pédicule mésentérique, et d'évacuer par une douce pression le contenu de la portion dilatée vers la portion sous-jacente ; au moment de l'ouverture, il faut

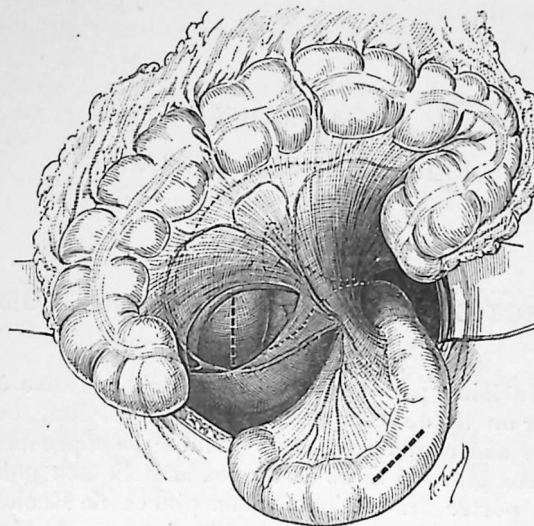


Fig. 219. — Duodéno-jéjunostomie intra-mésocolique : le feuillet inférieur du mésocolon transverse a été incisé à droite et au-dessus de la colica media ; le feuillet supérieur de ce mésocolon a été refoulé à la compresse, de bas en haut ; le duodénum apparaît dans la brèche ; en pointillé, la bouche. (Pierre Duval.)

se tenir prêt à aspirer le liquide de rétention qui peut rester : ainsi on évitera l'issue de ce liquide dans le champ opératoire. (Pierre Duval.)

3^e SECTION
OPÉRATIONS SUR L'INTESTIN

CHAPITRE PREMIER

RÉSECTION INTESTINALE (ENTÉRECTOMIE)

Par l'incision pariétale on attire au dehors l'anse à résecter sur un lit de compresses. Par expression, on vide l'anse de son contenu et, pour assurer la coprostase, on place deux pinces à mors élastiques au delà des points où doivent porter les sections, deux pinces de Kocher aux deux extrémités du segment sacrifié. Au ras des pinces de Kocher, on coupe l'intestin perpendiculairement à son axe.

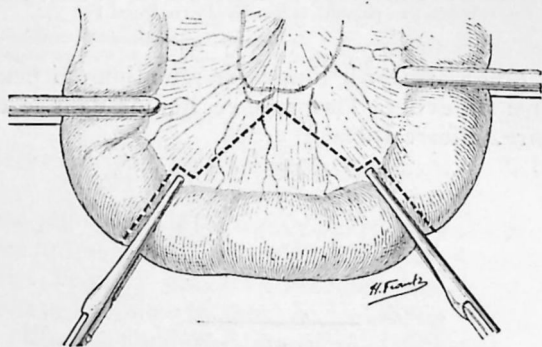


Fig. 220. — Tracé des incisions de l'intestin et du mésentère pour la résection d'une anse intestinale.

On résecte le coin mésentérique correspondant ; plus exactement la résection du mésentère doit toujours être un peu moins étendue que celle de l'intestin (fig. 220). On fait au fur et à mesure l'hémostase des vaisseaux contenus dans l'épaisseur du mésentère au moyen de pinces qu'on remplace aussitôt après par des ligatures.

JÉJUNOSTOMIE

225

La résection proprement dite est terminée ; la continuité de l'intestin doit naturellement être rétablie par un des procédés d'entéro-anastomoses que nous avons indiqués (voir entéro-anastomoses termino-terminale, termino-latérale, latéro-latérale), après quoi les deux lèvres de section du mésentère doivent être suturées.

CHAPITRE II

JÉJUNOSTOMIE

Cette opération, dont les indications sont rares (brûlures étendues, cancer massif de l'estomac), consiste à établir une fistule sur la première anse jéjunale pour y introduire des aliments. Elle peut être faite sous anesthésie locale.

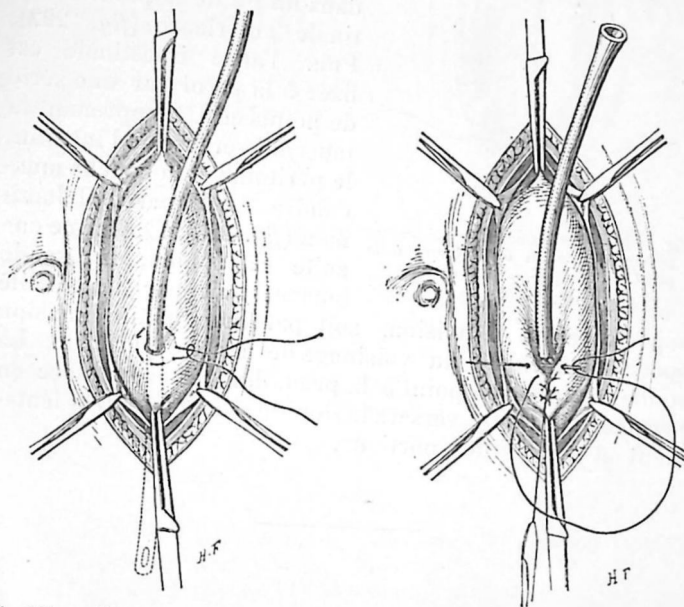


Fig. 221. — Jéjunostomie. 1^o Ouverture de l'anse à fistuliser et fixation de la sonde par une suture en bourse.

Fig. 222. — 2^o Enfouissement de la sonde dans la paroi de l'intestin.

Incision sur la ligne médiane ou de préférence à travers le muscle droit du côté gauche, longue de 10 à 15 centimètres, dont le milieu correspond à l'ombilic.

On va à la recherche de la première anse jéjunale ; sur cette anse on choisit un point situé à 25 centimètres environ de l'angle duodéno-jéjunal. L'anse étant exposée longitudinalement dans la plaie et maintenue par des pinces, on la ponctionne au point choisi : on y fait une ouverture

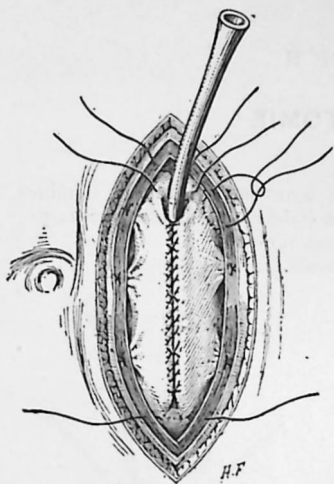


Fig. 223. — 3^e Suture d'enfouissement terminée; fixation du jéjunum à la paroi.

juste suffisante pour admettre une sonde de Nélaton n° 12 que l'on enfonce de 10 centimètres environ vers le bas. Au point de pénétration, une suture en bourse est nouée sur la sonde (fig. 221). Ensuite, la partie apparente de la sonde est enfouie sur une longueur de 5 à 6 centimètres dans un pli de la paroi intestinale antérieure (fig. 222). Puis l'anse intestinale est fixée à la paroi par une série de points en U comprenant la musculo-séreuse de l'intestin, le péritoine et la couche musculaire de la paroi abdominale (fig. 223). On ferme ensuite l'abdomen, la sonde sortant soit par l'extrémité supérieure de l'incision, soit par une petite incision spéciale pratiquée au voisinage de la plaie pariétale. La sonde, fixée par un point à la peau, doit rester en place en permanence ; on y versera le liquide alimentaire très lentement et par petites portions.

juste suffisante pour admettre une sonde de Nélaton n° 12 que l'on enfonce de 10 centimètres environ vers le bas. Au point de pénétration, une suture en bourse est nouée sur la sonde (fig. 221). Ensuite, la partie apparente de la sonde est enfouie sur une longueur de 5 à 6 centimètres dans un pli de la paroi intestinale antérieure (fig. 222). Puis l'anse intestinale est fixée à la paroi par une série de points en U comprenant la musculo-séreuse de l'intestin, le péritoine et la couche musculaire de la paroi abdominale (fig. 223). On ferme ensuite l'abdomen, la sonde sortant soit par l'extrémité

CHAPITRE III

EXCLUSION DE L'INTESTIN

L'exclusion de l'intestin est une opération par laquelle on supprime dans un certain segment d'intestin le passage du contenu intestinal : ce segment se trouve en quelque sorte exclu de la circulation intestinale. L'exclusion peut être bilatérale ou unilatérale.

Exclusion bilatérale (fig. 224). — 1^o Recherche des points de l'intestin à sectionner.
Il faut naturellement que les sections portent au-dessus

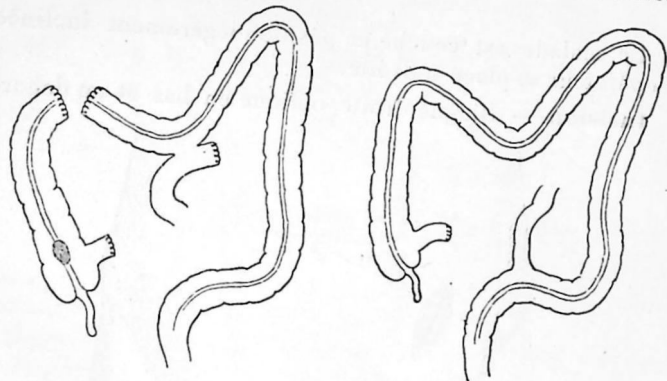


Fig. 224. — Exclusion bilatérale du segment droit du gros intestin déjà fistulisé spontanément à la peau. (Okinczyc.)

Fig. 225. — Exclusion unilatérale du gros intestin par section de l'iléon et implantation iléo-sigmoïdienne. (Okinczyc.)

et au-dessous de l'anse malade ; la recherche de ces points est parfois très difficile en pratique.

2^o Section de l'intestin au-dessus et au-dessous de la portion malade.

3^o Traitement de l'anse exclue. — En général on abandonne

l'un des bouts à l'intérieur de la cavité abdominale après l'avoir fermé, et on abouche l'autre à la peau, de préférence le bout distal ; on peut même fermer les deux bouts, à condition de faire une bouche sur l'anse isolée. En effet, l'exclusion bilatérale n'est possible sans danger que si elle est ouverte à la peau.

Exclusion unilatérale (*fig. 225*). — On se contente de couper l'anse intestinale au-dessus de la lésion, on ferme le bout distal, et on implante le bout proximal en aval de la lésion, souvent à distance d'elle, soit dans le côlon transverse, soit dans l'S iliaque.

CHAPITRE IV

RÉSECTION DE L'APPENDICE

Le malade est couché en position légèrement inclinée, l'opérateur se place à droite.

Incision. — Iliaque droite, oblique en bas et en dehors,

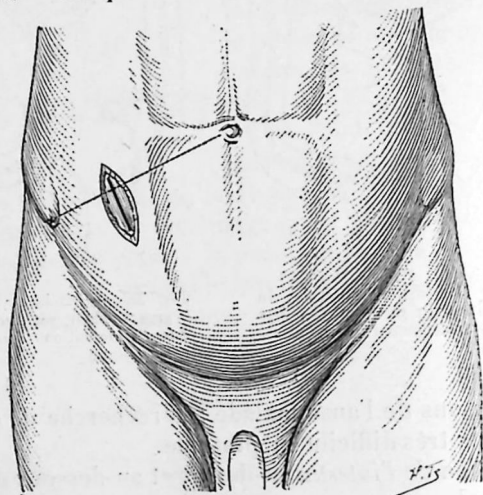


Fig. 226. — Résection de l'appendice. 1° Incision de la peau et de l'aponévrose du grand oblique. (Voie de Mac Burney.)

longue de quatre à dix centimètres et plus, suivant l'adiposité du sujet, ayant son milieu à deux travers de doigt en dedans de l'épine iliaque antérieure et supérieure. Suivant cette ligne, inciser la peau, l'aponévrose du grand oblique (*fig. 226*). Dissocier suivant leur direction, perpendiculaire à celle de l'incision, les fibres du petit obli-

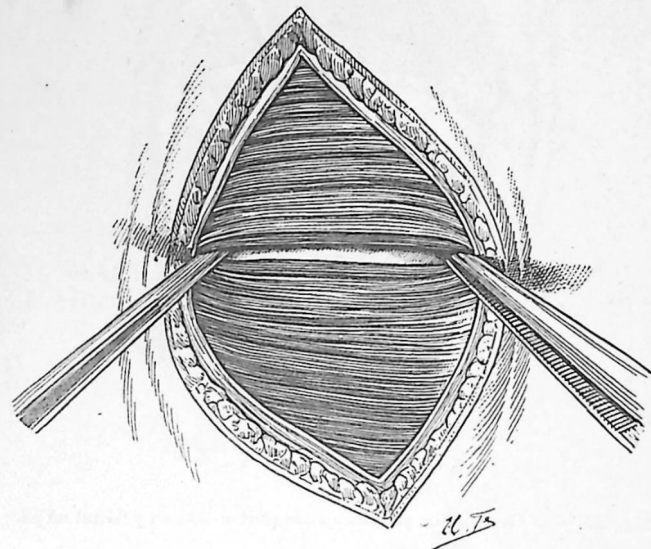


Fig. 227. — 2° L'aponévrose du grand oblique est incisée. Dissociation des fibres du petit oblique et du transverse.

que et du transverse (*fig. 227*) : dans la boutonnière ainsi obtenue engager deux écarteurs de Farabeuf.

Dans le fond on aperçoit le fascia transversalis : le bec de la pince y fait un pli que la pointe du bistouri incise prudemment et, avec lui, le péritoine, accolé à sa face profonde (*fig. 228*) ; deux pinces repèrent le péritoine incisé. Les écarteurs sont engagés dans la cavité abdominale.

Recherche et extériorisation de l'appendice. — Avec une pince à anneaux on saisit délicatement le cæcum qu'on amène à l'extérieur ; on cherche l'appendice sur le fond du cæcum, vers l'abouchement de l'iléon, au point de convergence des trois bandes longitudinales du cæcum.

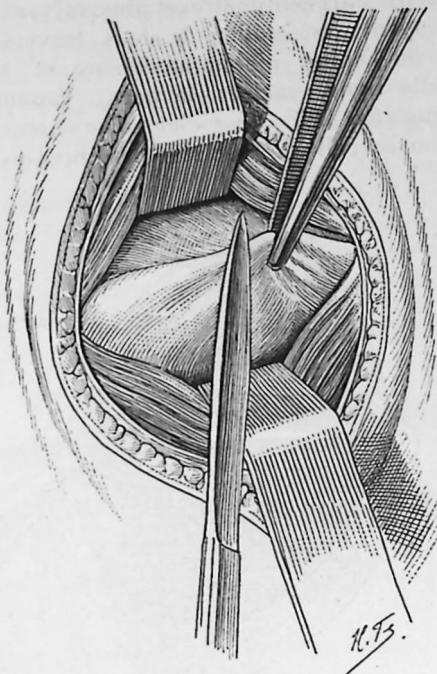


Fig. 228. — 3° Ouverture du péritoine qu'une pince soulève en y faisant un pli.

On expose cet appendice en saisissant son méso, près de sa pointe, dans une pince que l'aide tire en haut.

Ligature de l'appendice et de son méso. — A travers la base du méso-appendice, contre le cæcum, on passe une aiguille de Reverdin qui ramène un long fil ou catgut n° 1, engagé par son milieu (fig. 229) ; on coupe ce fil au sortir de l'aiguille, il constitue deux brins qu'on solidarise par deux tours (Ombredanne) ; l'un de ces brins est immédiatement lié sur le méso et ses deux extrémités sont aussitôt sectionnées ; on coupe ensuite le méso depuis son bord libre jusqu'à l'appendice, au-dessous de la ligature, ce qui permet le déroulement de l'appendice ; puis on lie le deuxième brin sur la base de l'appendice, et les deux extrémités de ce brin sont saisies par une pince.



Fig. 229. — 4° Le cæcum est extériorisé ; l'appendice tenu pointe en l'air par l'aide ; à travers le méso, au ras du cæcum et de l'appendice, l'opérateur passe l'aiguille de Reverdin qui ramène un long fil, passé par le milieu.

Préparation de l'enfouissement. — Avec une petite aiguille de Reverdin courbe, ou mieux avec une aiguille de couturière, on faufile un fil de lin fin sur le fond du cæcum autour de la base d'implantation de l'appendice ; ces points doivent être assez rapprochés les uns des autres, très superficiels, presque uniquement séreux. Ce fauillage étant terminé, on noue les deux chefs, cordons de la bourse, sans les serrer pour le moment.

Section de l'appendice et enfouissement du moignon. — L'aide tire toujours l'appendice en haut par sa pointe.

L'opérateur, tenant de sa main gauche le fil qui a servi à nouer l'appendice, saisit de sa droite le thermocautère, coupe l'appendice à quelques millimètres au-dessus de

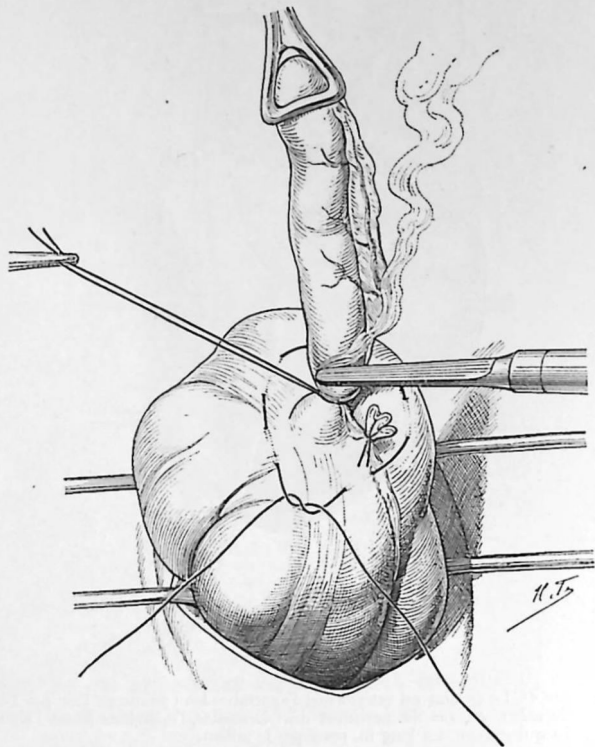


Fig. 230. — 5° Section de l'appendice. Un des fils a lié l'artère appendiculaire, dont on voit le moignon. L'autre fil a lié l'appendice à sa base : l'opérateur tient ce fil de sa main gauche, tandis que de sa droite il coupe l'appendice avec la lame rouge du thermocautère. Le fil d'enfouissement a été fauflé d'avance, le nœud est même préparé.

la ligature, et cautérise soigneusement le bout du moignon (fig. 230). Abandonnant le thermocautère, il coupe aux ciseaux le fil qui suspend le moignon appendiculaire, saisit aussitôt les cordons de la bourse qu'il ferme doucement, pendant que l'aide du bout d'une pince refoule ce moignon dans l'intérieur de la bourse (fig. 231) ; il noue ces cordons et en coupe les extrémités. L'aide tire sur les

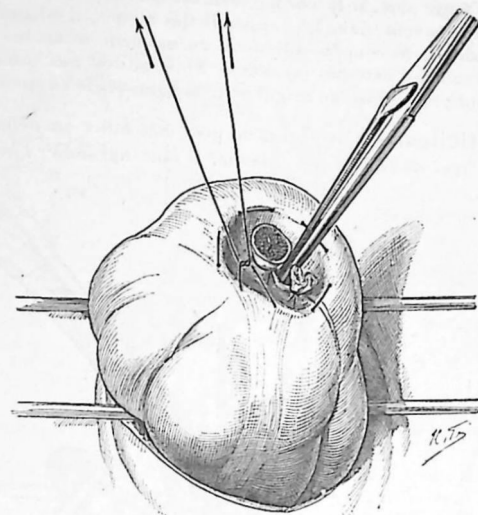


Fig. 231. — 6° Enfouissement du moignon. L'appendice est sectionné ; l'opérateur serre les cordons de la bourse pour enfouir le moignon ; l'aide participe à cet enfouissement en déprimant le fond du cœcum avec le bec d'une pince de Kocher.

écarteurs, le cœcum se réduit de lui-même et rentre dans l'abdomen.

Résection de la paroi. — Un surjet ou une bourse au catgut sur le péritoine ; un ou deux points sur les muscles qui reviennent d'eux-mêmes au contact ; deux ou trois points sur l'aponévrose du grand oblique ; trois ou quatre points sur la peau.

Variantes. — Les voies d'accès à l'appendice sont multiples : les incisions de Roux, de Max Schuller, de Jalaguier sont excellentes ; celle que nous avons décrite est l'incision de Mac Burney : elle mène directement sur l'appendice et suffit pour l'immense majorité des cas.

Au lieu de sectionner l'appendice au thermocautère, on peut le sectionner aux ciseaux après écrasement, et toucher le moignon à la teinture d'iode.

Si l'appendice est volumineux, tuméfié, le sectionner sous une pince de Kocher, de peur que son contenu ne s'épanche dans le champ opératoire lors de la section.

L'enfouissement du moignon n'est pas un temps indispensable ; c'est une sécurité de plus, mais il faut avoir la main légère et ne pas faire de points

perforants. D'autre part, si la paroi cæcale est cartonneuse, lardacée comme cela arrive souvent dans les appendicites aiguës, il est inutile d'essayer d'enfourer : le fil coupera sûrement au moment où on le serrera et déchirera les couches externes du cæcum. Si on ne doit pas enfourer, le lin ou la soie sont préférables au catgut pour la ligature de l'appendice.

Cas difficiles. — Le cæcum ne peut être attiré au dehors, il est fixé par son fond dans la fosse iliaque. Il faut agrandir l'incision, de

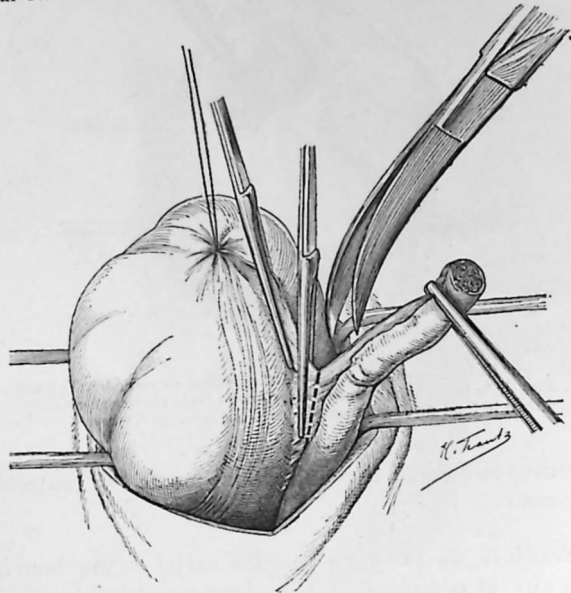


Fig. 232. — Appendice adhérent, pointe fixée dans la profondeur. Section première de l'appendice et extirpation rétrograde par section du méso de proche en proche, avec hémostase au fur et à mesure.

manière à pouvoir placer dans la plaie une ou deux longues valves qui permettent de libérer l'appendice sous le contrôle de la vue.

Si l'appendice est adhérent au cæcum, il faut avec les ciseaux le sculpter en quelque sorte dans l'épaisseur même des parois cæcales, pour le libérer de son sommet vers sa base.

Il arrive parfois que l'on arrive à extérioriser le fond du cæcum et par conséquent la base d'implantation de l'appendice, mais point le sommet de cet organe qui reste fixé dans la profondeur par des adhérences : dans ce cas, la technique ordinaire n'est point applicable. Il faut procéder par *section première de l'appendice et extirpation rétrograde* : la base de l'appendice étant liée au moyen d'un fil passé avec l'aiguille de Reverdin à travers le méso, il faut sectionner l'appendice, et enfourer le moignon dans le fond du cæcum ; après quoi il ne reste plus qu'à

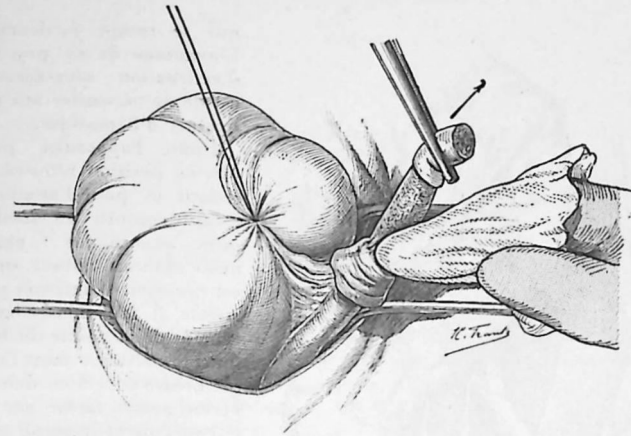


Fig. 233. — Décortication sous-séreuse de l'appendice après section première : on voit l'appendice écorché émerger de sa gaine séreuse qu'on refoule et retourne au doigt.

enlever l'appendice, en allant de sa base vers son sommet. Cette ablation peut se faire de deux manières : soit par *section du méso de proche en proche*, entre l'appendice

et des pinces de Kocher placées au fur et à mesure sur le méso pour faire l'hémostase (fig. 232) ; soit par *décortication sous-séreuse* : la base sectionnée de l'appendice étant solidement fixée par une pince de Kocher, pratiquer avec la pointe du bistouri une incision circulaire n'intéressant que la tunique séreuse de l'appendice ; la main gauche tirant la base de l'appendice, l'index droit coiffé d'une compresse arrive facilement à retrousser une sorte de manchette séreuse, d'où on voit l'appendice, dépouillé de sa séreuse comme une anguille de sa peau, émerger progressivement (fig. 233) ; il faut procéder avec une douceur particulière quand on arrive vers la pointe,

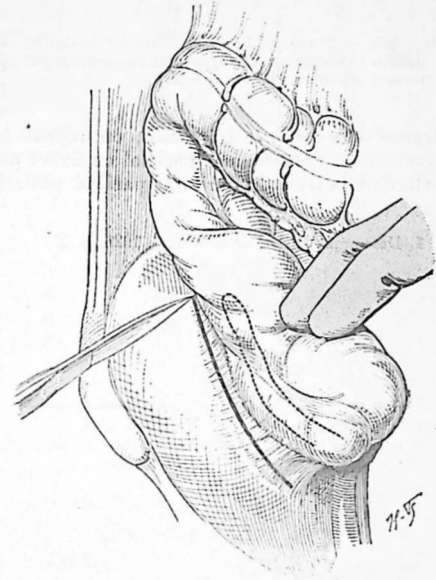


Fig. 234. — Appendice en position rétro-cæco-colique : 1^{er} temps. Incision du péritoine dans l'angle dièdre externe, clé du plan de clivage colo-pariétal. (P. Descomps.)

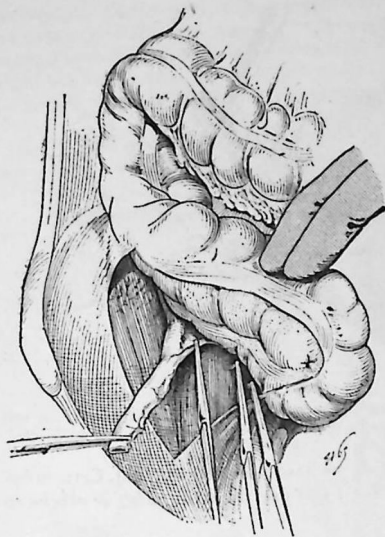


Fig. 235. — 2^e temps. Le cæco-côlon est récliné en dedans ; extirpation rétrograde de l'appendice par section première. (P. Descomps.)

organe étant enlevé (fig. 235), on repose le cæcum en place et on reconstitue l'accolement pariétal en fixant par quelques points son bord externe à la lèvre du péritoine pariétal postérieur incisé. (Descomps ¹.)

1. Descomps. *Revue de Chirurgie*, 1921, p. 20.

qui se rompt facilement. L'avantage de ce procédé d'extirpation sous-séreuse est de ne nécessiter aucune ligature d'hémostase.

Enfin l'appendice peut être en position rétro-cæco-colique et pour l'atteindre il faut recourir au décollement cæco-colique : après avoir agrandi autant qu'il est nécessaire l'incision pariétale, il faut inciser légèrement de la pointe du bistouri le péritoine dans l'angle dièdre ouvert en dehors et en avant formé par le cæco-côlon et la paroi abdominale postérieure (fig. 234), cliver du bout des doigts introduits dans cette incision le fascia d'accolement rétro-colique ; ce clivage permet le rabattement

du cæcum et du côlon en dedans qui expose leur face postérieure sur laquelle est couché l'appendice ; cet

CHAPITRE V

ANUS ILIAQUES DROITS : ILÉOSTOMIE, TYPHLOSTOMIE

Ces opérations consistent à créer, par une incision iliaque droite, sur la terminaison de l'intestin grêle ou sur le cæcum, un orifice, généralement

de petites dimensions, qu'on abouche à la peau. Leur indication la plus fréquente est l'occlusion intestinale, mais elles ont été employées aussi pour le traitement des colites dysentériques graves, chroniques ou même aiguës ; dans le premier cas elles permettent l'issue des gaz et des liquides intestinaux en rétention ; dans le deuxième cas, elles réalisent un drainage du gros intestin, et permettent les lavages.

En tout cas c'est un orifice temporaire qu'on se propose de créer, plutôt fistule qu'anus contre nature à proprement parler, qui ne prétend nullement dériver entièrement et définitivement le cours des matières (fig. 236) et doit pouvoir ultérieurement sinon se fermer spontanément, du moins être de cure chirurgicale facile.

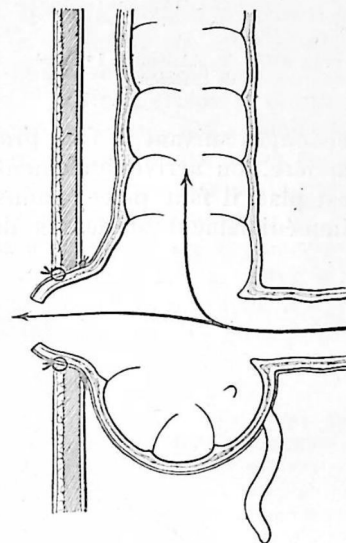


Fig. 236. — Typhlostomie, schéma en coupe. (D'après Okinezye, modifié.)

L'anesthésie locale est particulièrement indiquée pour cette petite intervention, qui se fait ordinairement sur un malade dont l'état général est assez précaire ; elle se fait par infiltration de la paroi sur la ligne d'incision.

L'incision (fig. 237) est celle que nous avons décrite pour l'ablation de l'appendice, mais on peut sans inconvénient sectionner la couche musculaire au lieu de la dissocier.

L'incision du péritoine mérite des précautions particulières en cas d'occlusion car les anses distendues s'appliquent étroitement contre sa face profonde.

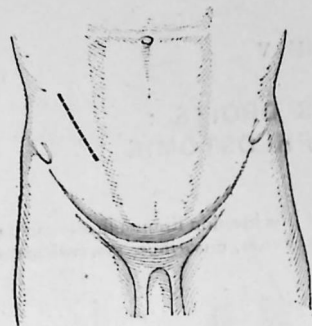


Fig. 237. — Typhlostomie : 1° Tracé de l'incision.

Le péritoine étant incisé et repéré au moyen de deux pinces, on recherche l'anse à ouvrir ; en cas d'occlusion il faut voir le cæcum : s'il est distendu, il se présente spontanément dans l'incision, bien reconnaissable à ses bandelettes longitudinales et à ses bosselures. S'il ne se montre pas, il faut le chercher ; pour cela, on glisse deux doigts sous la lèvre externe de l'incision, et suivant la face profonde de la paroi d'avant en arrière, on arrive fatalement sur le cæcum. Si le cæcum est plat, il faut placer l'anus sur l'iléon, théoriquement immédiatement au-dessus de l'obstacle, sur la dernière

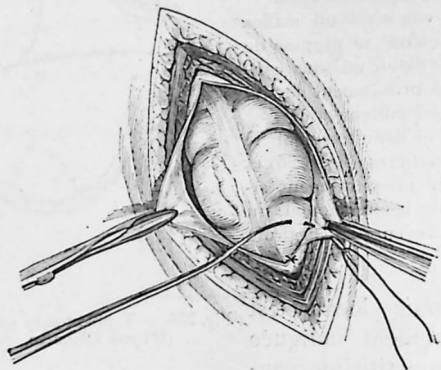


Fig. 238. — 2° Fixation de l'anse à la paroi.

anse dilatée ; en pratique cette recherche étant impossible, on prend l'anse grêle distendue qui se présente la première à la plaie.

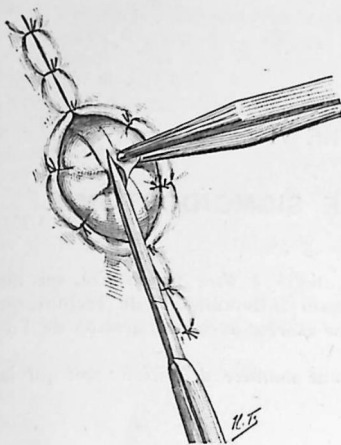


Fig. 239. — 3° Ponction du cæcum au bistouri.

Supposons que le cæcum soit distendu, il faut d'abord le fixer à la paroi (fig. 238) ; une couronne de points de suture fixent le cæcum au péritoine ; ces points doivent être nombreux et rapprochés pour bien isoler de la cavité péritonéale la partie du cæcum qu'on va ouvrir ; ces points ne doivent prendre sur le cæcum que les couches séreuse et musculaire, c'est-à-dire très peu d'étoffe sur cet intestin distendu et aminci. On rétrécit la plaie musculaire et aponevrotique par quelques points de suture à ses deux

extrémités, de même la plaie cutanée. Il est bon de fixer la partie saillante de l'anse à la peau par quelques fils.

L'ouverture du cæcum se fait au bistouri ou au thermocautère, sur une étendue de deux centimètres environ, autant que possible sur la bandelette du cæcum (fig. 239) ; à ce moment les gaz font irruption et le liquide fécal jaillit au dehors, inondant le champ opératoire.

Dans certains cas, notamment lorsqu'il s'agit d'iléus paralytique au cours d'une péritonite, lorsqu'on cherche un effet d'évacuation de courte durée, on peut faire un orifice très petit, juste suffisant pour laisser passer une sonde de Nélaton qu'on laisse à demeure. Certains chirurgiens se contentent même de ponctionner la paroi intestinale au moyen d'un trocart de Potain qu'ils laissent en place. A la sonde ou au trocart on adapte un tuyau de caoutchouc qui déverse dans un bocal placé sur le sol le contenu intestinal.

CHAPITRE VI

ANUS ILIAQUE GAUCHE, SIGMOÏDOSTOMIE

L'anus iliaque gauche peut être pratiqué à titre temporaire, soit au cours d'une rectite, d'un rétrécissement inflammatoire du rectum, ou d'un néoplasme rectal justiciable d'une exérèse avec restauration de l'orifice anal en situation normale.

Dans d'autres cas il est pratiqué d'une manière définitive : soit que la

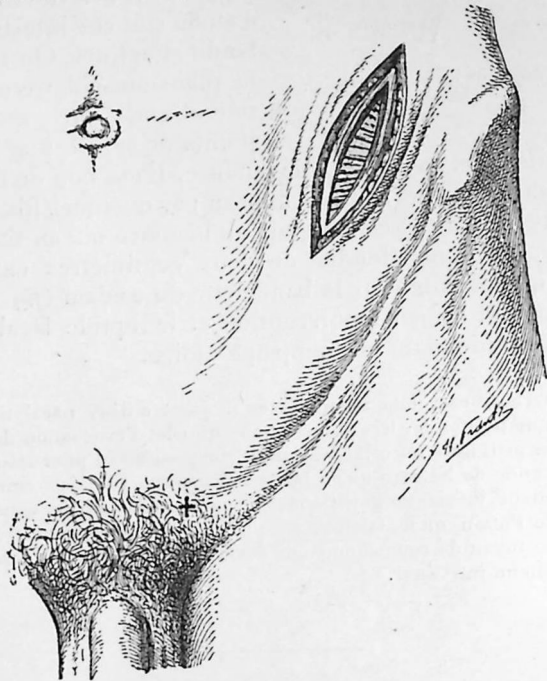


Fig. 240. — Anus iliaque. — 1° Tracé de l'incision sur la peau et le grand oblique.

portion sous-jacente du rectum soit extirpée ou doit être extirpée et qu'on renonce à un abaissement de l'anse sigmoïde au périnée, soit qu'il s'agisse d'un cancer inopérable du rectum.

ANUS ILIAQUE GAUCHE

241

Mais dans le premier cas comme dans le second, cet anus doit dériver complètement le cours des matières ; de plus il doit, autant que possible, être continent. Ces deux conditions sont difficiles à obtenir, elles ont suscité d'innombrables procédés.

Au point de vue technique, on peut diviser ces procédés en deux groupes :

- 1° Anus sans section complète de l'intestin ;
- 2° Anus avec section complète de l'intestin.

1° Anus sans section complète de l'intestin.

Cette opération peut être faite sous anesthésie locale, par infiltration de la paroi.

Incision de la paroi. — L'incision doit être plus externe et plus haut située que l'incision pratiquée à droite pour la typhlostomie, de manière à tomber en pleine couche musculaire. Elle commence au niveau de l'épine iliaque antérieure et supérieure, à deux travers de doigt en dedans d'elle, et se dirige obliquement en haut et en dehors sur une longueur de 10 centimètres environ. Suivant cette ligne on incise la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, on dissocie les fibres du grand oblique (fig. 240) ; celles-ci étant confiées à deux écarteurs, on dissocie les fibres du petit oblique et du transverse qui tous deux ont une direction perpendiculaire à celle du grand oblique ; deux écarteurs tirés l'un en haut, l'autre en bas, les réclinent ; on incise prudemment le péritoine (fig. 241), qu'on repère avec deux pinces.

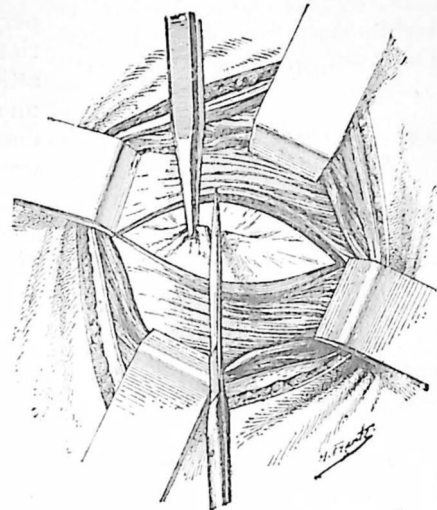
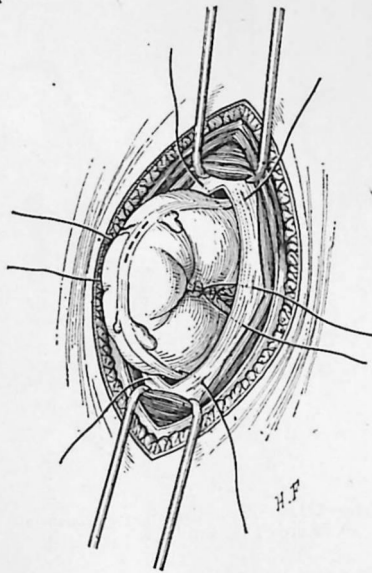


Fig. 241. — 2° Les trois muscles larges de l'abdomen ont été divisés. Incision du péritoine.

Recherche et extériorisation de l'anse. — Deux doigts glissés sous la lèvre externe de l'incision gardent le contact de la face profonde de la paroi, d'avant en arrière, jusqu'à la fosse iliaque où ils rencontrent l'anse accolée à cette fosse iliaque. Cette anse étant attirée au dehors, on l'identifiera aux trois caractères propres au côlon : existence de bosselures, de bandes longitudinales et d'appendices épiploïques. On devra toujours pratiquer l'anus le plus haut possible sur l'anse sigmoïde pour éviter le prolapsus, et pour permettre éventuellement les manœuvres d'extirpation du rectum, si celle-ci se trouve ultérieurement indiquée.

Fixation de l'anse. — Il faut la fixer de telle manière qu'il se constitue un éperon bien marqué entre le bout supérieur et le bout inférieur ; pour cela, il faut attirer l'anse assez fortement au dehors, la couder, et adosser par quelques points de suture, sur une longueur de 4 à 5 centimètres, la partie afférente et la partie efférente de cette anse, au voisinage de leur bord mésentérique. Puis, le sommet de cet angle affleurant franchement le plan cutané, ou même le dépassant un peu, il faut suturer le pourtour des anses aux différents plans de la paroi : d'abord au péritoine et au plan musculaire profond, puis à l'aponévrose du grand oblique (fig. 242). Ces

Fig. 242. — 3^e Adossement des deux branches de l'anse en canons de fusil ; fixation de l'anse à la paroi.



sutures assurent d'une part le maintien de l'extériorisation et s'opposent d'autre part à la production ultérieure de prolapsus, de hernies d'anses grêles au niveau de l'anus.

Fermeture de la plaie. — On suture la plaie cutanée à ses deux extrémités. Si l'anus ne doit pas être ouvert immédiatement, il est avantageux de passer quatre ou six fils dans les bords de l'incision cutanée ; ces fils seront gardés « en attente » et serviront lors du deuxième temps.

Ouverture retardée de l'anus. — Elle sera faite au bout de deux ou trois jours. Toute anesthésie est inutile. On soulève la paroi antérieure de l'anse avec une pince, et on y fait, soit au thermocautère, soit au bistouri, une incision de trois ou quatre centimètres, au niveau d'une bandelette autant que possible, mais en tout cas non pas au point culminant de l'anse, mais plutôt sur la partie sus-jacente, sur le bout afférent. A ce moment, avec l'aiguille de Reverdin, on passe à travers l'intestin les fils d'attente qui ont été passés dans la peau lors du premier temps, on les noue, réalisant ainsi un affrontement muco-cutané parfait sans faire souffrir le malade puisque, si la peau est sensible, la paroi intestinale ne l'est pas.

Ouverture immédiate de l'anus. — Lorsqu'on ne peut attendre pour ouvrir l'intestin (occlusion aiguë par cancer du rectum par exemple), on fera l'opération comme précédemment. La suture de l'anse au péritoine pariétal sera particulièrement soignée. Une fois l'intestin ouvert, on suturera l'intestin à la peau par une série de fils qui prendront toute l'épaisseur de l'intestin d'une part et la peau d'autre part.

Dans ce procédé classique, la dérivation des matières est obtenue par la disposition des deux anses en canons de fusil, avec éperon intermédiaire (fig. 243). Quelque soin qu'on apporte à la confection de cet éperon, il faut bien dire que la dérivation n'est jamais complète, c'est-à-dire qu'une partie des matières continue à passer par le bout inférieur, parce que l'éperon a toujours tendance à se rétracter, à s'effacer à la longue.

Quant à la continence, elle est théoriquement obtenue par la sorte de sphincter que forment autour de l'anus les muscles simplement dissociés et non sectionnés ; elle est quelquefois parfaite, quelquefois insuffisante ; si une incontinence relative est à la rigueur acceptable pour un anus temporaire, elle est difficilement accep-

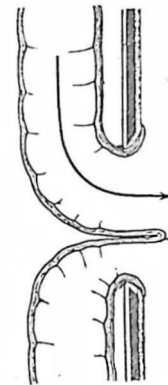


Fig. 243. — Coupe de l'anus artificiel avec éperon. (Okinezye.)

tée s'il s'agit d'un anus définitif ; mais dans ce dernier cas on peut faire mieux et recourir à l'un des procédés que nous étudierons plus bas.

2^o Anus avec section complète de l'intestin.

L'intestin étant complètement sectionné, ainsi que le méso, on peut traiter séparément les deux bouts.

a) **Traitement du bout inférieur.** — Il est un cas où la question du traitement du bout inférieur ne se pose pas, c'est celui de l'anus terminal après extirpation abdominale ou abdomino-périnéale du rectum.

Dans les autres cas, c'est-à-dire si l'anse recto-sigmoïde, siège de la lésion, est conservée, on a imaginé de fermer le bout inférieur et de le réduire dans l'abdomen : c'est là une pratique dangereuse, car la rétention septique au-dessus de la lésion sténosante peut donner lieu à des accidents graves. Le bout inférieur doit donc être abouché à la peau.

b) **Traitement du bout supérieur.** — On peut pure-

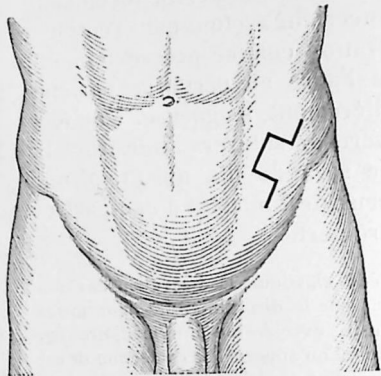


Fig. 244. — Anus à pont cutané par le procédé d'Audry-Jannel. — 1^o L'incision cutanée.

ment et simplement l'aboucher à la peau, en anus terminal ; si le bout inférieur n'a pas été extirpé, les deux bouts doivent être disposés aux deux extrémités de l'incision. On peut même donner à l'incision une forme telle qu'il en résulte un lambeau de peau séparant les deux anus, la

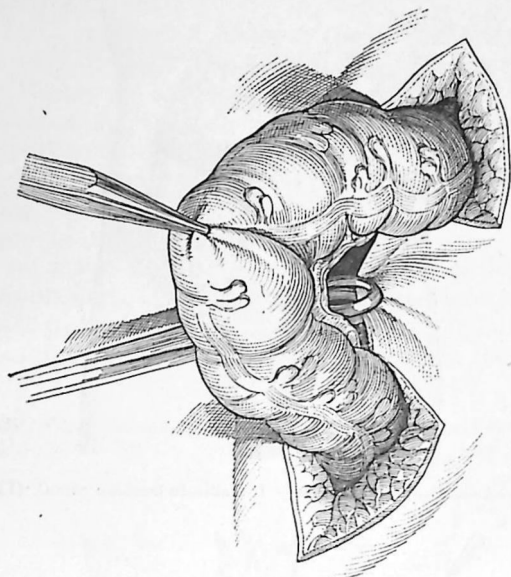


Fig. 245. — 2^o On passe le lambeau cutané dans une brèche faite dans le mésocolon.

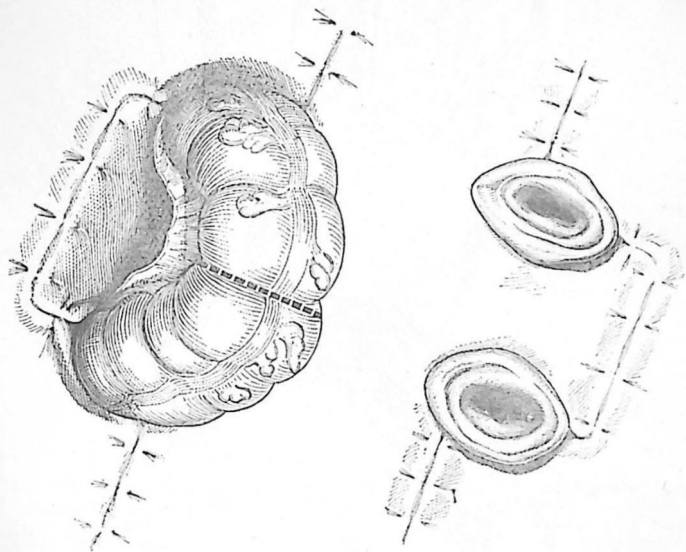


Fig. 246. — 3^o Au bout de quelques jours, section transversale et complète de l'anse. Fig. 247 — 4^o Aspect définitif. (d'après Pauchet.)

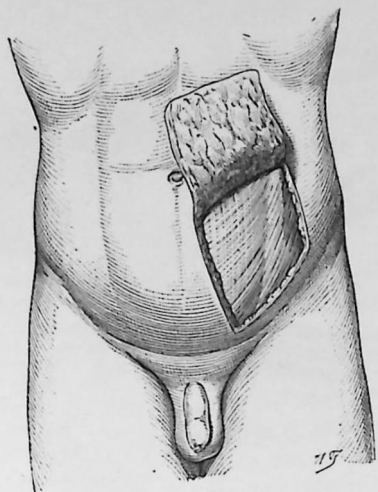


Fig. 248. — Anus iliaque en trompe. — 1° Taille du lambeau cutané. (Lambret.)

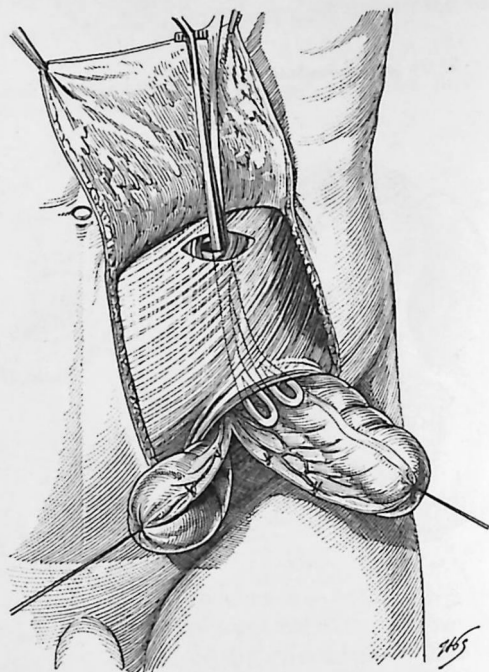


Fig. 249. — 2° Par une incision basse, l'anse a été extériorisée, sectionnée ainsi que son méso; les deux bouts ont été fermés (le bout supérieur provisoirement, le bout inférieur définitivement); une pince engagée par une contre-incision haute y attire le bout supérieur. (Lambret.)

suture étant reportée à distance (procédé d'Audry-Jeanne, fig. 244 à 247). On peut encore, comme l'avaient proposé Reclus et Mocquot, aboucher le bout inférieur dans l'incision opératoire, et faire sortir le bord supérieur par une petite contre-incision intéressant toute la paroi et située à distance, au-dessus de la première: la difficulté est le passage du bout d'intestin d'une incision à l'autre, qui complique un peu l'intervention.

Tous ces artifices ont pour but d'empêcher le passage des matières du bout supérieur dans le bout inférieur.

D'autres procédés ont été imaginés, dans le but d'assurer la continence de l'anus, c'est-à-dire du bout supérieur.

Français¹, d'Anvers, fait sortir l'anus entre deux tunnels cutanés pré-

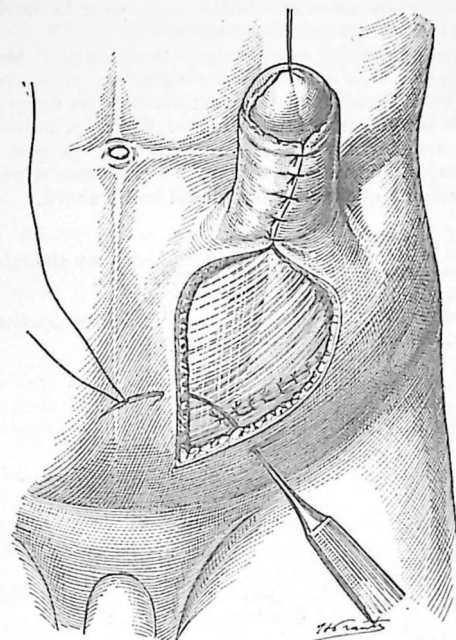


Fig. 250. — 3° Le bout inférieur a été réduit, l'incision inférieure fermée; le bout supérieur extériorisé avec son méso sur une longueur de 8 à 10 centimètres, fixé par sa base au péritoine pariétal, et habillé de la peau du lambeau. — Fermeture de la brèche cutanée. (Lambret.)

1. Français, *Bull. et Mém. Soc. Chir.*, 1921, p. 381. Ombrédanne, rapporteur.

lablement constitués par une autoplastie à lambeaux ; l'anus se trouve serré latéralement entre les deux branches d'un appareil compresseur qui sont introduites dans ces deux tunnels.

Cunéo¹ place l'intestin dans un décollement sous-cutané assez étendu. Sous ce décollement, perpendiculairement à lui, a été pratiqué un tunnel cutané, au moyen de petits lambeaux autoplastiques. Ainsi l'anse pourra être étreinte entre les deux branches d'un appareil compresseur, la branche fixe, d'appui, étant glissée dans le tunnel sous-jacent à l'anse, la branche mobile agissant sur la surface cutanée d'avant en arrière.

Ans. Schwartz ayant eu l'idée de laisser une certaine longueur du bout colique émerger hors du ventre², Lambret imagine de l'habiller de peau, au moyen d'un lambeau cutané prélevé sur la paroi abdominale ; il obtient ainsi une sorte de verge qu'on peut couder, comprimer par un bandage, obturer au moyen de leucoplaste³ (fig. 248 à 250).

Hayem⁴ perfectionne la technique de Lambret en modifiant la taille du lambeau pour éviter le sphacèle.

Pour obtenir un bon résultat chez les sujets gras, il faut enlever les franges graisseuses du côlon extériorisé, et réséquer la couche de graisse qui double le lambeau cutané (Lardennois)⁵.

En réalité ces opérations autoplastiques sont surtout indiquées chez des sujets maigres, mais encore assez résistants ; elles nécessitent des décollements assez étendus qui peuvent s'infecter et aggraver une opération qui doit avant tout rester bénigne. Chez les adipeux, chez les cachectiques, on devra préférer à ces méthodes un peu compliquées l'opération simple, l'opération bénigne, l'anus iliaque avec éperon par le procédé classique que nous avons décrit tout d'abord.

1. Cunéo, *Bull. et Mém. Soc. Chir.*, 1921, p. 1194, et *Presse Médicale*, 1922, p. 333.
2. Ans. Schwartz, *Bull. et Mém. Soc. Chir.*, 1922, p. 753.
3. Lambret, *Bull. et Mém. Soc. Chir.*, 1922, p. 893.
4. Hayem, *Bull. et Mém. Soc. Chir.*, 1923, p. 415. Dujarier, rapporteur.
5. Lardennois, *Bull. et Mém. Soc. Chir.*, 1923, p. 841.

CHAPITRE VII

FERMETURE DES ANUS ARTIFICIELS

Il est des anus artificiels petits, sans éperon, qui se ferment spontanément lorsque la circulation des matières reprend son cours normal. Lorsque la fermeture tarde à se faire, on peut la réaliser par le procédé suivant qui est extrêmement simple, ne comporte aucune gravité, et peut être mené à bien sous anesthésie locale.

Procédé extra-péritonéal de Lenormant. — 1° Par une courte incision pratiquée au voisinage de l'anus on faufile circulairement dans la paroi musculo-aponévrotique, au moyen d'une aiguille courbe, un fil dont les deux chefs se trouvent sortir par ladite incision.

2° On avive les bords de l'anus par dédoublement muco-cutané.

3° On suture les lèvres muqueuses de l'orifice.

4° On serre à fond le fil de cerclage passé en premier lieu, et on le noue.

5° On suture les lèvres cutanées de l'orifice.

Dans les anus larges, avec éperon, la cure est plus difficile. On peut essayer du procédé précédent, mais après avoir supprimé l'éperon, soit par section suivie de suture, soit au moyen d'un entérotome appliqué à demeure sur l'éperon : au bout d'une semaine environ l'entérotome tombe de lui-même, ayant établi une large communication entre les deux bouts afférent et efférent de l'intestin.

Mais dans les cas d'anus de quelque importance, le procédé qui donne les résultats les plus constants est le suivant.

Méthode intra-péritonéale. — Après avoir nettoyé avec un soin particulier la paroi abdominale, on commence par fermer l'anus au moyen d'un fil faufile autour de l'orifice sous la peau.

On circonscrit l'orifice ainsi fermé par une incision elliptique allongée qui intéresse la peau et les muscles.

On ouvre le péritoine aussi loin que possible de l'anus, à

l'une des extrémités de l'ellipse, on glisse le doigt autour de l'anse adhérente pour terminer en toute sécurité l'incision du péritoine autour d'elle.

Dès lors, l'ouverture péritonéale étant bien protégée par des compresses, on peut attirer au dehors l'intestin avec sa collerette de paroi abdominale réséquée.

Si l'orifice intestinal est petit et porte sur une anse large, une anse colique par exemple, il suffit de réséquer la collerette cutanée, d'aviver les bords de l'anus, et de les fermer par un double surjet, suivant la méthode ordinaire.

Si l'anus est grand, et surtout s'il siège sur l'intestin grêle, il faut réséquer le segment intestinal qui porte cet anus, et rétablir la continuité de l'intestin par une anastomose suivant les règles habituelles. Marion conseille, par mesure de sécurité, de fixer à la paroi l'anse ainsi suturée.

CHAPITRE VIII

COLOPEXIES

Elles ont pour but la fixation de certains segments du gros intestin anormalement mobiles.

Pour ces opérations il faut employer des fils non résorbables, tels que la soie ou le lin ; il faut fixer l'intestin à une surface fixe, résistante et déperitonisée.

On pratique la fixation du gros intestin en trois de ses segments :

1° Au niveau du cæcum : c'est la typhloplexie, indiquée dans certaines stases cæcales par ectasie et excès de mobilité du cæcum.

2° Au niveau du côlon droit et de son angle sous-hépatique, dans le cas où le défaut d'accolement de ce côlon descendant, sa coudure en canons de fusil déterminent des troubles rebelles.

3° Au niveau du côlon pelvien dans certaines formes de prolapsus rectal.

Nous étudierons successivement la technique de ces trois opérations.

TYPHLOPEXIE

Le malade doit être en position légèrement inclinée.

Incision iliaque droite, comme pour l'ablation de l'ap-

1. Technique de P. Duval, *Revue de Chirurgie*, 1914, p. 607.

pendice, mais sensiblement plus longue. On place une valve dans l'angle inférieur de la plaie. Le cæcum est extériorisé et l'appendice enlevé. Immédiatement dehors de l'artère iliaque, on incise le péritoine iliaque, parallèlement à l'artère, sur une longueur de 5 à 7 centimètres ; on met ainsi à nu le tendon du petit psoas ou, à son défaut, le bord interne du psoas. Dans l'un ou dans l'autre de ces muscles on passe 3 ou 4 fils de lin étagés ; on les passe ensuite dans la bande postérieure de l'anse cæco-colique, qu'on peut au besoin décoller sur une hauteur de quelques centimètres (*fig. 251*). On serre les fils en commençant par le supérieur : le cæcum se trouve fortement appliqué contre la fosse iliaque.

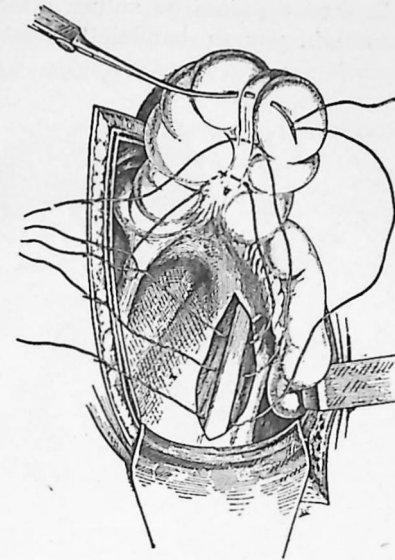


Fig. 251. — Typhloplexie (Pierre Duval).

FIXATION DU CÔLON DROIT : COLOPEXIE EN ÉQUERRE

On fait une incision verticale de 10 centimètres à un fort travers de pouce en dehors du bord externe du muscle droit, commençant au-dessous du rebord costal, se terminant à la ligne ombilico-iliaque.

On attire le côlon droit vers la ligne médiane, on résèque le péritoine pariétal postérieur suivant une surface triangulaire dont le côté externe est vertical, le côté supérieur horizontal, et dont le côté interne répond à la racine du méso anormal.

1. Technique de P. Duval et R. Gregoire, *Presse Médicale*, 1921, p. 233

2, 3 ou 4 points de suture attachent la face postérieure du côlon, par sa bandelette postérieure, au psoas et au

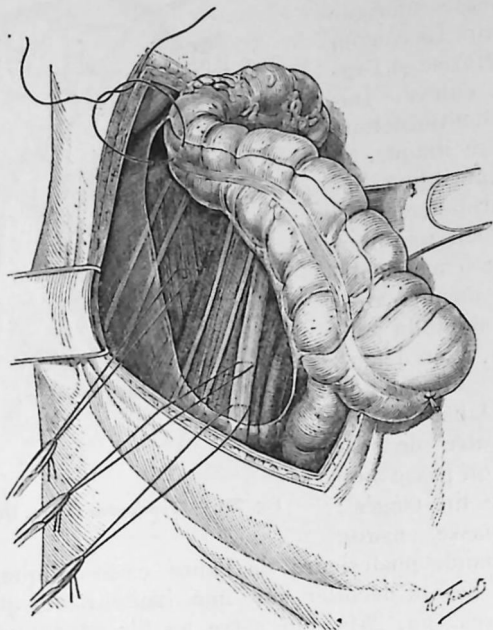


Fig. 252. — Colopexie en équerre. — 1° Passage des fils dans la paroi abdominale postérieure pour la fixation verticale postérieure (d'après Pierre Duval et Grégoire).

carré des lombes, au tendon du petit psoas quand il existe ; il faut passer tous les fils avant de serrer le premier (fig. 252).

Ceci fait, une suture à points séparés réunira le bord externe du côlon à la lèvre externe de la brèche péritonéale.

Le côlon transverse doit être fixé dans un plan horizontal pour remédier à sa coudure en « canons de fusil » ; pour obtenir ce résultat, on le fixe à la face profonde de la paroi abdominale antérieure. Avec une pince de Museux on saisit la lèvre interne de l'incision pariétale, un peu au-dessus de l'ombilic, on la tire en avant en ramenant la

pince vers la gauche, de manière à bien exposer la face profonde de la paroi ; sur celle-ci on fait une incision horizontale du péritoine pariétal depuis la ligne blanche jusqu'au bord de la plaie.

Un premier point de suture est passé avec une aiguille

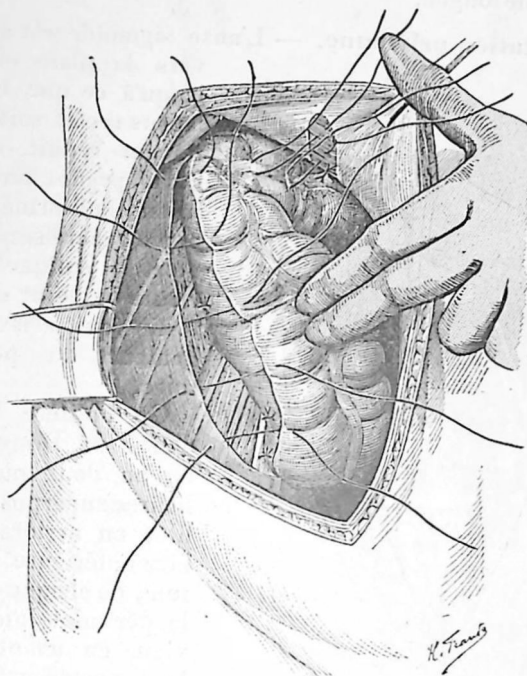


Fig. 253. — 2° Suture de la brèche péritonéale postérieure ; passage des fils pour la fixation horizontale à la paroi abdominale antérieure. (D'après Pierre Duval et Grégoire.)

courbe dans la partie la plus interne de l'incision horizontale, puis dans la bandelette antérieure du côlon transverse à une distance convenable de l'angle sous-hépatique ; deux ou trois fils semblables seront placés en dehors de celui-ci (fig. 253). Finalement, la partie descendante du côlon transverse se trouve fixée horizontalement sur une assez grande étendue.

On ferme la paroi abdominale comme d'habitude.

COLOPEXIE ILÉO-PELVIENNE GAUCHE¹

Le malade est mis en position fortement déclive. Le chirurgien, placé à gauche, fait une incision médiane sous-ombilicale longue.

1^o Fixation pelvienne. — L'anse sigmoïde est amenée vers la plaie et tirée jusqu'à ce que le prolapsus rectal soit entièrement réduit, et que l'anus prenne un aspect infundibuliforme. Une pince repère sur la bandelette colique antérieure le point de l'intestin qui arrive à la hauteur du promontoire.

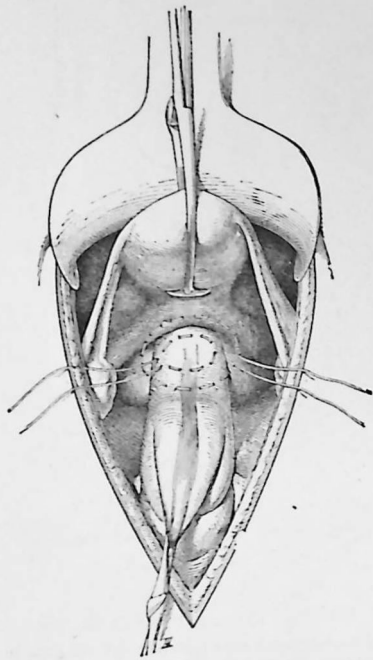


Fig. 254. — Colopexie iléo-pelvienne gauche. — 1^o Utérus élevé et attiré en avant. Côlon élevé (prolapsus réduit) et tiré en haut. La pince repère le point du côlon qui correspond au détroit supérieur. Oblitération du Douglas par 2 fils superposés en bourse. (Quénu et Duval.)

On obture le cul-de-sac de Douglas par un ou deux points en bourse superposés, faufiletés en arrière sur la face antérieure du rectum, de chaque côté sur le péritoine latéro-pelvien, en avant sur la face postérieure de la vessie chez l'homme, le cul-de-sac postérieur du vagin chez la femme (fig. 254).

Chez l'homme, le côlon pelvien par son bord droit est suturé au péritoine pariétal latéro-vésical droit, puis par son bord libre, suivant une ligne oblique en haut et à gauche, à la face postérieure de la vessie,

1. Technique de E. Quénu et P. Duval.

au péritoine latéro-vésical gauche jusqu'à la hauteur du détroit supérieur.

Chez la femme, le même bord est suturé au péritoine pariétal à la base du ligament large droit, puis obliquement en haut et à gauche de la face postérieure du ligament large droit, aussi bas que possible, au dôme vaginal et à la face postérieure du ligament large gauche jusqu'au détroit supérieur (fig. 255).

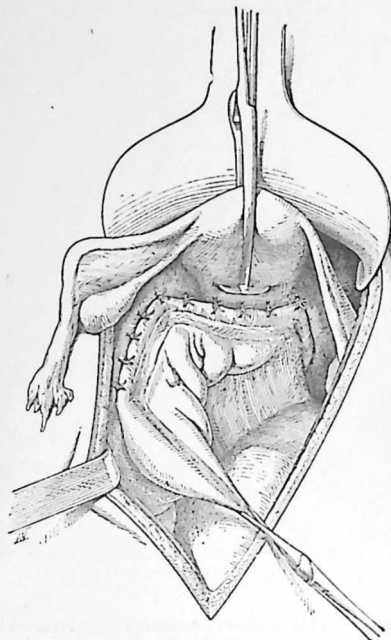


Fig. 255. — 2^o Le côlon pelvien est couché en travers dans le bassin. Il est suturé à la base du ligament large droit, à la face postérieure du dôme vaginal, à la face postérieure du ligament large gauche, jusqu'au détroit supérieur. (Quénu et Duval.)

2^o Fixation iliaque.

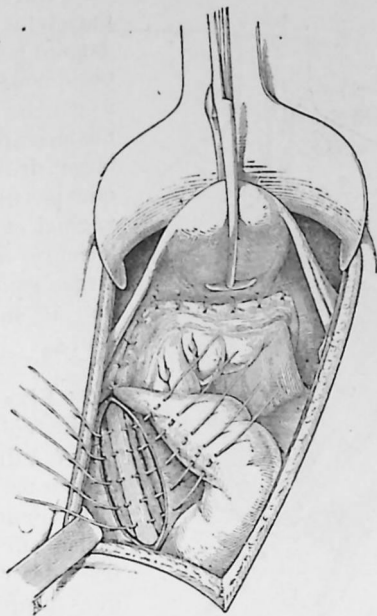
— Le côlon est alors relevé à droite. Le péritoine pariétal dans la fosse iliaque gauche est incisé sur le bord externe des vaisseaux iliaques jusque près de la ligne médiane. La racine d'implantation du mésocôlon pelvien est sectionnée jusqu'au fond de la fossette sigmoïde, le côlon iliaque décollé sur une plus ou moins

grande étendue de la fosse iliaque.

Le côlon pelvien peut alors remonter et se plisser pour ainsi dire dans la fosse iliaque. En refoulant légèrement en dedans les vaisseaux iliaques, on met à nu le tendon du petit psoas. A ce tendon, plan solide et résistant, on suture la face inférieure du mésocôlon pelvien, puis le côlon lui-même par leur bord mésentérique, leur face antérieure et leur bord libre, au moyen de sept à huit points séparés (fig. 256).

Les côlons pelvien et iliaque trop longs se godronnent

dans la fosse iliaque; on suture leur bord libre au bord du péritoine pariétal préalablement incisé (fig. 257).



256. — 3° Mise à nu des psoas. Les premiers fils fixateurs prennent successivement le muscle grand psoas, le tendon du petit psoas, le muscle grand psoas, la lèvre interne de l'incision péritonéale, la face inférieure du côlon pelvien. (Quénu et Duval.)

On suture la paroi abdominale par le procédé habituel.

Cæco et colo-plicatures. — Ce sont des opérations destinées à réduire à la fois le calibre de l'intestin et sa longueur. Elles doivent être faites également avec des fils fins et non résorbables.

Les plicatures longitudinales, destinées à réduire le calibre, seront faites au niveau des bandes longitudinales : un surjet ou des points séparés affrontent deux bandes voisines et refoulent vers la lumière de l'intestin les bosselures proéminentes. Les plicatures transversales, moins efficaces, sont destinées à réduire la longueur du gros intestin.

On associe fréquemment les plicatures aux pexies : les plicatures longitudinales, en passant les fils d'appui pariétal dans deux bandes du

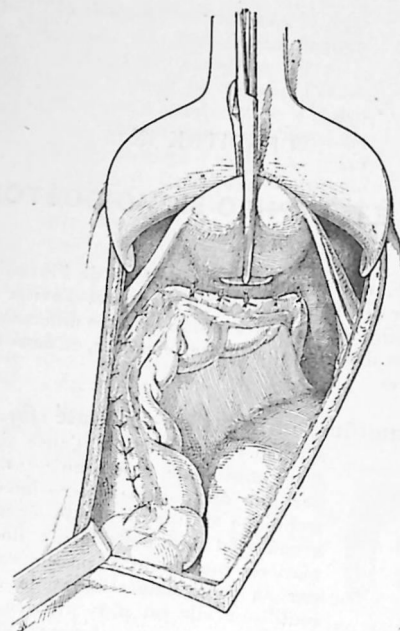


Fig. 257. — 4° Suture du côlon pelvien dans la fosse iliaque à la lèvre externe du péritoine pariétal incisé. (Quénu et Duval.)

côlon au lieu de les passer dans une seule; les plicatures transversales, en espaçant les points de suture plus sur le côlon que sur la paroi.

ILÉO ET TYPHLO-SIGMOÏDOSTOMIE

Ces opérations, qui permettent au contenu de l'intestin grêle ou du cæcum de passer directement dans l'S iliaque et d'éviter ainsi la traversée du gros intestin, peuvent être indiquées dans différentes affections du côlon, notamment dans la tuberculose, le cancer, et dans certaines colites muqueuses graves.

L'iléo-sigmoïdostomie latéro-latérale (fig. 258) consiste à amener au contact de l'anse sigmoïde la dernière anse iléale, et à réunir ces deux segments par une anastomose latéro-latérale suivant la technique ordinaire. Cette opération est sans grand effet utile dans le cas de colite, car les matières continuent à passer en grande partie par la voie naturelle, et le court-circuit est inutilisé ; elle est plus efficace dans l'occlusion chronique par cancer, lorsqu'il existe un obstacle infranchissable au niveau du côlon ; encore peut-on observer dans ces cas des accidents par encombrement du côlon.

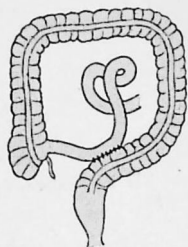


Fig. 258. — Iléo-sigmoïdostomie latéro-latérale.

L'iléo-sigmoïdostomie termino-latérale (fig. 259) consiste à sectionner la dernière anse iléale et, le bout inférieur étant fermé, à implanter le bout supérieur dans l'S iliaque ; c'est l'opération préconisée par Lane dans la stase intestinale chronique : elle réalise l'exclusion unilatérale du côlon. Cette exclusion n'est d'ailleurs pas parfaite car on peut observer le reflux du contenu intestinal dans le côlon au-dessus de l'anastomose, parfois jusqu'au cæcum. Cette anastomose peut encore être employée comme premier temps d'une colectomie pour cancer ; dans le deuxième temps, on enlèvera toute la partie du côlon située au-dessus de l'anastomose.

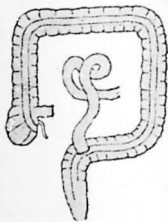


Fig. 259. — Iléo-sigmoïdostomie par implantation avec section de l'iléon.

La typhlo-sigmoïdostomie (fig. 260) semble être actuellement la meilleure anastomose visant la stase intestinale chronique, car, située en aval de la valvule de Bauhin, elle draine admirablement le côlon droit dans le rectum, et soulage la



Fig. 260. — Typhlo-sigmoïdostomie latérale. Fils d'affrontement entre le côlon pelvien et la portion terminale de l'iléon. (Lardennois et Okinczye).

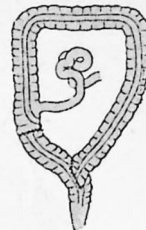


Fig. 261. — Typhlo-sigmoïdostomie en Y. Fils d'affrontement au-dessus de l'implantation sigmoïdienne. (Lardennois et Okinczye.)

fonction du côlon, sans la supprimer (P. Duval). Lardennois et Okinczye conseillent de réséquer le fond du cæcum, d'aboucher cette brèche dans l'S iliaque, et de placer quelques fils d'affrontement entre le côlon pelvien et la portion terminale de l'iléon, pour éviter toute compression de la bouche, toute condure des anses en contact. Ils ont décrit et réalisé une typhlo-sigmoïdostomie en Y (voir fig. 261) qui donnerait des résultats encore plus parfaits, mais dont la réalisation est plus délicate et plus longue¹.

De ces diverses opérations

nous décrirons seulement les premiers temps, qui sont les mêmes, quel que soit le mode d'anastomose choisi. Le temps d'anastomose proprement dit ne comporte rien de bien particulier : il suffira, pour le mener à bien, de se conformer aux règles générales des anastomoses latéro-latérales, termino-latérales, latéro-latérales (voir pages 111 à 133).

Malade en position déclive, opérateur à droite. —
1° *Incision médiane sous-ombilicale*, mise en place d'une valve sus-pubienne.

2° *Extériorisation du segment iléo-cæcal et de l'S iliaque*. — Le segment iléo-cæcal et l'S iliaque sont attirés hors du ventre. On refoule en haut les anses grêles qu'on recouvre de champs.

3° *Mise en place d'un fil d'affrontement des mésos* (Lane). — On faufile une soie qui prend successivement la face droite du mésocôlon pelvien, puis le péritoine pariétal postérieur devant le promontoire, enfin la face gauche du mésentère vers l'angle iléo-cæcal. On ne serre pas ce fil pour le moment (fig. 262).

4° *Anastomose proprement dite*. — Ce sera suivant les cas une iléo ou une typhlo-sigmoïdostomie latéro-latérale, ou une iléo-sigmoïdostomie termino-latérale, après section de l'iléon.

5° *Serrage du fil des mésos*. — En serrant ce fil, on ferme tout l'espace compris en arrière de l'anastomose, on barre

(1) Lardennois et Okinczye, *Journal de Chirurgie*, mai 1913, p. 538.

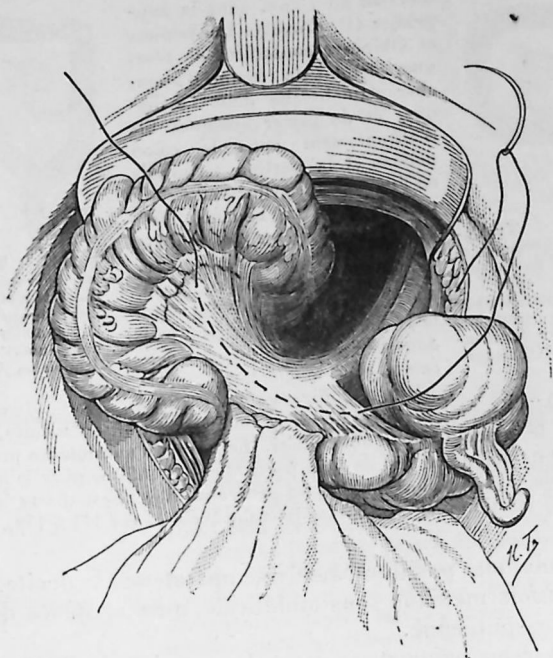


Fig. 262. — Mise en place, au début de l'opération, d'un fil d'affrontement des mésos (Lane), qui, serré à la fin de l'opération, fermera l'espace compris en arrière de l'anastomose. (D'après Lardennois et Okinczyc.)

la route à l'intestin grêle, qui risquerait autrement de venir s'étrangler dans ce couloir, comprimer ou tirer l'anastomose.

6° Fermeture du ventre.

Certains chirurgiens font systématiquement, à la suite de ces interventions (sauf bien entendu l'iléo-sigmoïdostomie latéro-latérale sans section), une iléostomie de sûreté, sur l'intestin grêle, à 20 centimètres environ au-dessus de l'anastomose; c'est une simple fistule de dérivation qui doit tout juste admettre une sonde de Nélaton, et doit se fermer spontanément au bout de quelques jours après ablation de cette sonde.

CHAPITRE X

COLECTOMIES

COLECTOMIE TOTALE

Dans la colectomie totale, on résèque tout le gros intestin, sauf le côlon pelvien dans lequel on abouche l'iléon. On peut même, dans certains cas, garder le cæcum et terminer l'opération par une typhlo-sigmoïdostomie (colectomie sous-cæcale de Lardennois).

Pratiquée pour les cancers du côlon, pour la stase intestinale chronique, les colites graves, le mégacôlon, la colectomie totale est une intervention dont les indications sont en réalité assez exceptionnelles.

Vulgarisée en Angleterre par A. Lane, sa technique a été perfectionnée en France, par Lardennois¹, auquel nous empruntons les éléments de ce chapitre.

Le sujet est couché à plat; l'opérateur à droite, les deux aides en face.

1° **Laparotomie médiane** de 20 centimètres environ, un tiers au-dessus, deux tiers au-dessous de l'ombilic (voir fig. 270). Mise en place d'un écarteur autostatique.

2° **Décollement colo-épiploïque** (voir page 137). Contrairement à ce que nous avons dit à propos de l'abord de la face postérieure de l'estomac, le décollement colo-épiploïque, amorcé sur le côlon, peut dans ce cas et doit théoriquement être poussé sur le mésocôlon jusqu'à son implantation à la paroi abdominale postérieure. Alors la face supérieure du mésocôlon transverse libéré apparaît dans toute son étendue.

3° **Libération des angles.** — L'index gauche, suivant le mésocôlon sur lequel il s'appuie, vient soulever le liga-

(1) Lardennois, *Journal de Chirurgie*, t. XII, n° 6, p. 701.

ment suspenseur de l'angle gauche (fig. 263) qu'il est facile de diviser d'un coup de ciseau. L'angle splénique étant



Fig. 263. — Colectomie totale. — 1° L'épiploon est relevé. L'index gauche suivant le L. mesocolon sur lequel il s'appuie vient soulever le ligament suspenseur de l'angle gauche. (Lardennois.)

détaché, on continue le décollement par en bas, ce qui permet de rejeter en dedans le colon descendant avec son méso ; on dégage ensuite l'angle droit.

4° **Ligature des artères coliques.** — Le colon transverse étant soulevé, on voit, dans son méso, se dessiner ses grosses artères. Avec une aiguille courbe on passe un catgut autour de chacun des troncs (fig. 264) : on lie ainsi successivement les vaisseaux coliques droits et gauches sans dépasser de ce côté le point où l'on doit faire porter la section. On incise la portion correspondante des méso,

ce qui libère le colon transverse, le colon ascendant et le colon descendant. On ne s'occupe pas pour l'instant du segment iléo-cæcal.

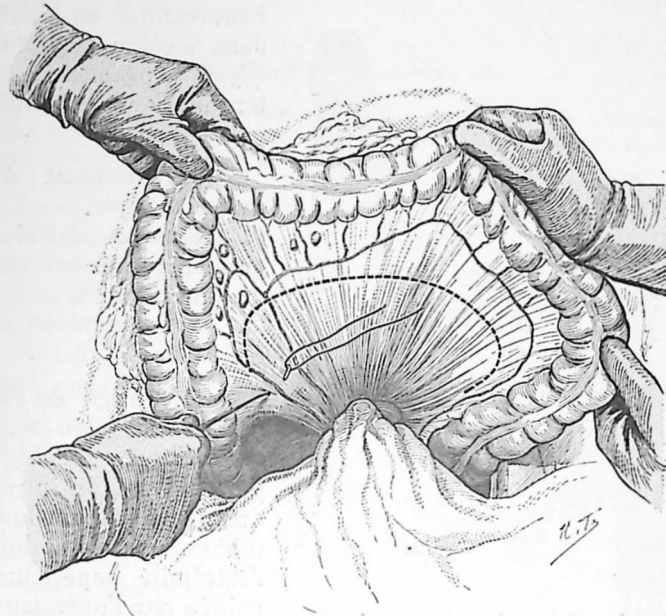


Fig. 264. — 2° Le mesocolon est entièrement libéré du grand épiploon. Ligature des troncs artériels dans le mesocolon. En pointillé la ligne où se fera la section. (Lardennois.)

5° **Section du colon pelvien.** — Le malade étant placé en position déclive, on repère l'endroit où l'on se propose de couper le colon pelvien ; à ce niveau on coupe le méso jusqu'au bord intestinal après en avoir assuré l'hémostase par une ligature ; puis on coupe le colon au thermocautère entre deux clamps. On ferme le bout inférieur avec les précautions d'usage.

6° **Traitement du segment iléo-cæcal.** — On décolle le cæcum et la portion terminale de l'iléon, on lie le tronc de l'artère iléo-colique, et sa branche iléale au point où doit porter la section de l'iléon. On continue jusqu'à ce point la section du mesocolon précédemment commencée ;

en ce point encore on sectionne l'iléon, au thermocautère, entre deux clamps.

7° Rétablissement de la continuité. — On implante le bout central de l'iléon dans le côlon sigmoïde (fig. 265); (anastomose termino-latérale, voir page 117).

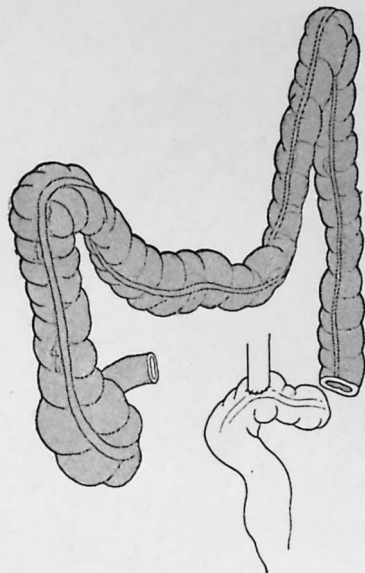


Fig. 265. — Colectomie totale. — Implantation iléo-sigmoïdienne. (Lardennois.)

8° Traitement du méso restant. — On l'applique au péritoine pariétal postérieur par quelques points, ce qui fixe la terminaison de l'iléon.

9° Drainage de l'anastomose iléo-sigmoïdienne. — A l'exemple de Lane, on introduit par l'anus un long tube de caoutchouc dont l'extrémité supérieure, guidée par l'opérateur, dépasse franchement le niveau de l'anastomose,

et dont l'extrémité inférieure sort largement par l'anus. La mise en place de ce tube n'est pas une des moindres difficultés de l'intervention, mais c'est une précaution extrêmement utile.

10° Fermeture. — On ramène l'épiploon en bas, et on ferme la paroi suivant les règles ordinaires.

Certains chirurgiens font systématiquement, sur l'intestin grêle, à vingt centimètres au-dessus de l'anastomose, une iléostomie de sûreté, simple petite fistule laissant tout juste passer une sonde de Nélaton, et qui doit se fermer spontanément au bout de quelques jours.

Colectomie totale en deux temps.

La colectomie totale peut être faite en deux temps :

1^{er} temps : section de l'iléon, et implantation iléo-sigmoïdienne.

2^e temps : exérèse de toute la portion du côlon sus-jacente à l'anastomose.

Colectomie sous-cæcale.

La conservation du cæcum transforme les suites de la colectomie. Elle supprime les troubles douloureux si prolongés de la période d'adaptation du grêle, constants après la colectomie totale. (Lardennois.)

Les premiers temps de l'intervention sont les mêmes, mais l'ordre des sections doit être interverti : d'abord section du côlon ascendant et fermeture du moignon, puis section de l'S iliaque.

Le rétablissement de la continuité peut se faire suivant deux modes : si l'S iliaque est large, on fera avec avantage une anastomose typhlo-sigmoïdienne bout à bout après résection du fond du cæcum (fig. 266).

Si l'S iliaque est étroite, on ferme son bout distal, et on y implante latéralement le cæcum après résection de son fond. (Anastomose termino-latérale, typhlo-sigmoïdienne.)

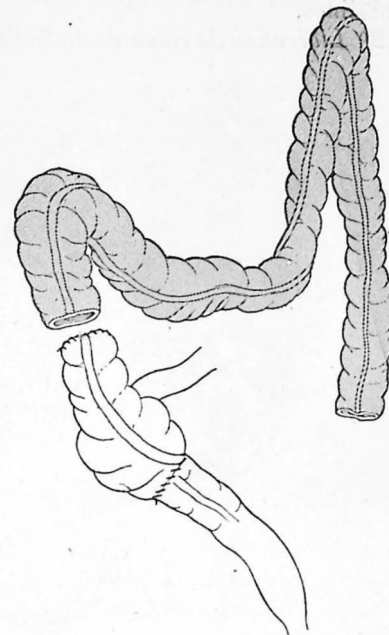


Fig. 266. — Colectomie sous-cæcale. — Anastomose typhlo-sigmoïdienne bout à bout après résection du fond du cæcum. (Lardennois.)

HÉMICOLECTOMIE DROITE

Cette opération consiste à enlever le cæcum, le côlon ascendant et l'angle sous-hépatique, les sections portant sur la terminaison de l'iléon

et sur le côlon transverse, l'opération se terminant par une iléo-transversostomie.

Ses indications sont beaucoup plus fréquentes que celles de la colectomie totale: tuberculose iléo-cæcale, cancer du cæcum, du côlon ascendant, de l'angle sous-hépatique, stase stercorale cæco-ascendante avec colite pariétale chronique.

L'hémi-colectomie droite se fait généralement en un seul temps.

1^o *Incision* longue, oblique, partant de la pointe de la 11^e côte et descendant parallèlement aux fibres du grand oblique jusqu'à la partie basse de la fosse iliaque (Lecène) (voir figure 270). On ouvre le péritoine, avec prudence s'il s'agit de tuberculose ou de cancer, à cause des adhérences possibles.

2^o *Libération du côlon droit.* Si l'épiploon adhère au foyer

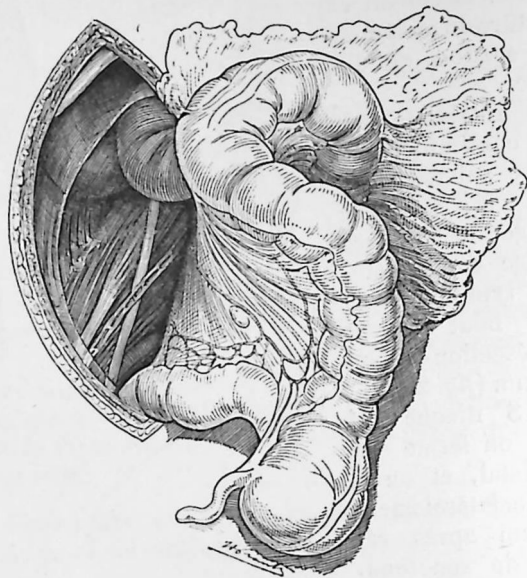


Fig. 267. — Hémi-colectomie droite. — 1^o Mobilisation du côlon droit par clivage colo-pariétal. Remarquer dans le fond de la plaie l'angle inférieur du duodénum, les vaisseaux spermatiques, l'uretère.

pathologique, on le laisse en place pour l'enlever avec l'intestin. Sinon, on pratique le décollement colo-épiploïque, notamment au niveau de l'angle sous-hépatique et de la moitié droite du transverse.

Dans le sillon que limitent en dehors le cæco-côlon d'une part, la paroi postérieure de l'abdomen d'autre part, on incise le péritoine depuis l'angle sous-hépatique jusqu'à la fosse iliaque; en introduisant les doigts dans cette incision, on trouve facilement le plan de clivage qui permet de mobiliser le côlon droit. En arrière la dissection est délicate: les vaisseaux spermatiques, l'uretère et l'angle du duodénum à l'union de la 2^e et de la 3^e portion doivent être libérés sous le contrôle de la vue (fig. 267). Dès lors, on peut extérioriser sans difficulté et sans danger le segment iléo-cæco-colique.

3^o *Hémostase des vaisseaux coliques droits* dans l'épais-

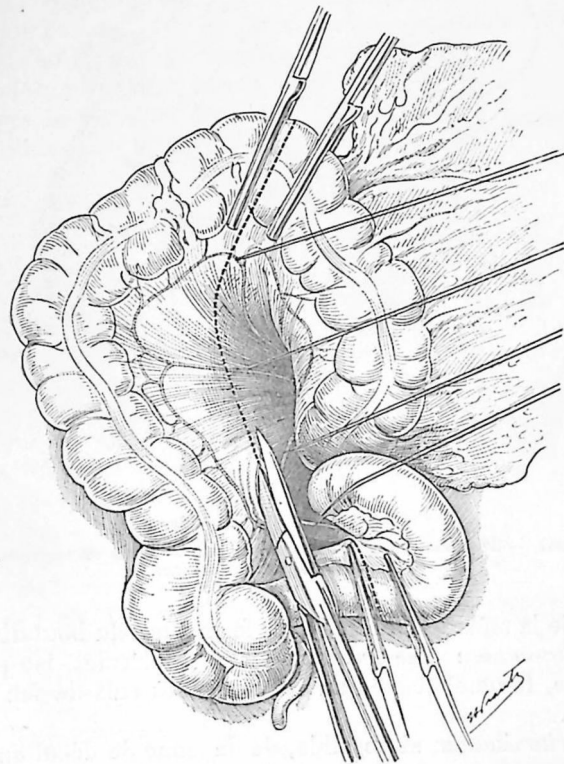


Fig. 268. — 2^o On a lié les vaisseaux coliques droits; on coupe le méso; on va couper entre deux pinces l'iléon d'une part, le côlon transverse d'autre part.

seur même du méso, par des fils passés à l'aiguille de Reverdin courbe, à distance de l'intestin. Section du méso (fig. 268).

4° Section de l'iléon à 20 centimètres du cæcum, au thermocautère, entre deux clamps, après hémostase de sa petite arcade artérielle bordante en regard du point de section, et fermeture du bout proximal.

5° Section du transverse à l'union du tiers moyen et du tiers

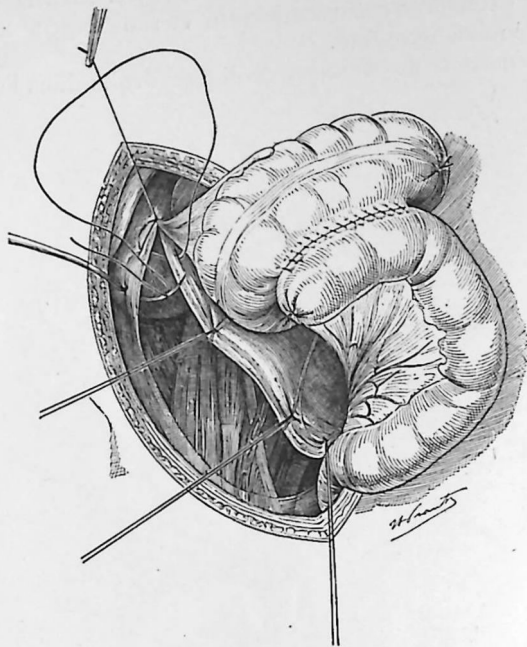


Fig. 269. — 3° L'anastomose iléo-transverse latéro-latérale est terminée. Péritonisation de la paroi postérieure.

droit, de la même manière, avec fermeture du bout distal.

6° Anastomose iléo-transverse latéro-latérale, iso-péritostaltique, longue, et bien au voisinage des culs-de-sac terminaux.

7° Péritonisation, si possible, de la zone de décollement latéral, par suture du moignon de méso à la lèvre du péritoine pariétal incisé (fig. 269).

COLECTOMIES SEGMENTAIRES

Ces opérations s'adressent surtout aux cancers du gros intestin siègeant depuis l'angle hépatique exclusivement jusqu'au colon pelvien inclusivement. Le mégacolon partiel, la cure de certains anus contre nature fournissent à cette opération des indications plus rares.

La position à donner au malade varie suivant le siège du segment à réséquer : pour le colon pelvien, position inclinée ; pour l'angle splénique, hyperextension du tronc.

1. Incision de la paroi (fig. 270). — Pour le colon transverse : incision médiane sus-ombilicale.

Pour l'angle gauche : soit incision parallèle au rebord costal, soit incision horizontale commençant à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic et se dirigeant plus ou moins loin vers la gauche (Desmarest).

Pour le colon descendant : incision oblique du flanc menée parallèlement aux fibres du grand oblique et aboutissant en haut dans la terminaison du 10^e espace intercostal.

Pour le colon iléo-pelvien : incision iliaque, oblique, parallèle à l'arcade de Fallope, à deux travers de doigt au-dessus d'elle, se relevant verticalement au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure. D'autres font, surtout pour les cancers bas situés, l'incision médiane sous-ombilicale.

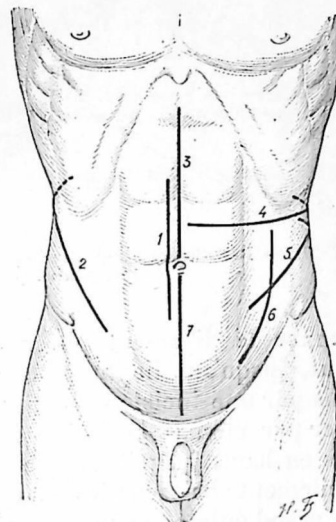


Fig. 270. — Les incisions de colectomies. — 1. Colectomie totale. 2. Hémicolectomie droite. 3. Colon transverse. 4. Angle gauche. 5. Colon descendant. 6. Colon iléo-pelvien. 7. Colon pelvien et jonction recto-sigmoïdienne.

2° Mobilisation de l'anse à réséquer. — S'il s'agit d'une anse mobile, pourvue d'un long méso, comme au niveau du

côlon transverse ou du côlon pelvien, il est facile de l'attirer à l'extérieur.

S'il s'agit d'une portion fixe, il faut la mobiliser.
Pour mobiliser l'angle splénique, il faut d'abord sec-

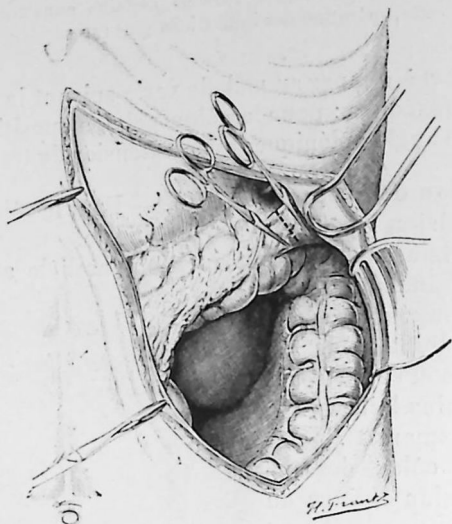


Fig. 271. — Résection de l'angle gauche du côlon. — 1° Section du ligament phrénocolique gauche. (D'après Desmarest.)

tionner le ligament phrénocolique gauche, de bas en haut, jusqu'au diaphragme, entre deux pinces (*fig. 271*), puis par une incision dans le dièdre colo-pariétal, mobiliser par clivage la partie haute du côlon descendant, de bas en haut, jusqu'à l'angle splénique qui se laisse alors facilement abaisser ; il faut enfin décoller la partie gauche du grand épiploon (*fig. 272*). On obtient ainsi une anse mobile constituée par la partie supérieure du côlon descendant, l'angle colique gauche avec la tumeur, et la partie gauche du côlon transverse ; il est facile de l'amener au dehors.

Pour mobiliser le côlon descendant et le côlon iliaque, il suffira de pratiquer le décollement colo-pariétal.

Quel que soit le segment sur lequel on opère, il faut toujours attirer au dehors une anse assez longue comprenant

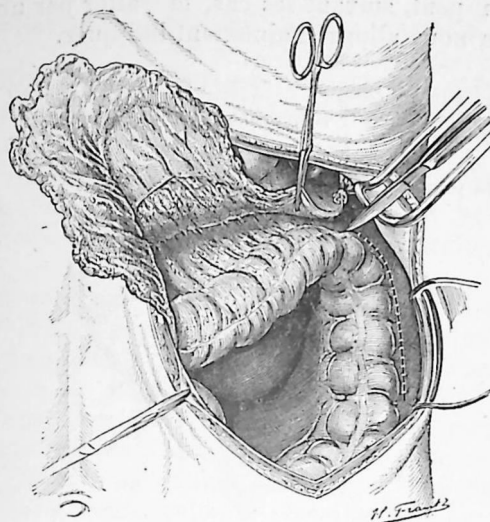


Fig. 272. — 2° On a décollé la partie gauche du grand épiploon ; on incise le péritoine pariétal au ras du bord externe du côlon descendant. (D'après Desmarest.)

en deçà et au delà de la lésion cinq à six centimètres d'intestin sain.

3. Traitement de l'anse. — L'anse étant sortie hors du

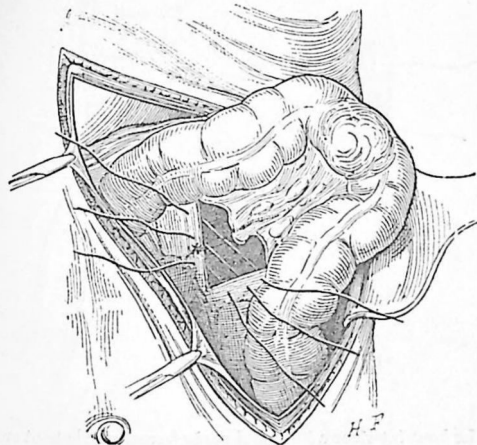


Fig. 273. — 3° Extériorisation de la tumeur et résection du mésocolon.

ventre, on peut, suivant les cas, la traiter par un des procédés que nous allons maintenant indiquer.

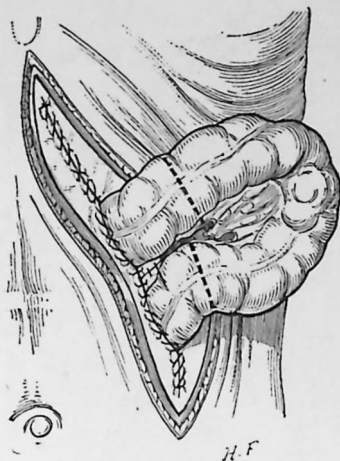


Fig. 274. — 4° Accolement des deux bouts en canons de fusil et fermeture du péritoine.

A. Opération de Reybard (1833) (en un seul temps) : résection de l'anse malade et de son méso, et rétablisse-

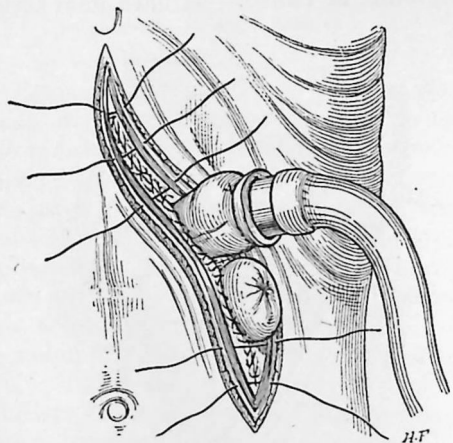


Fig. 275. — 5° Le bout inférieur a été enfoui après fermeture ; le bout supérieur, après section, est resté largement ouvert, mais a été lié sur un tube auquel est adapté un tuyau de caoutchouc. Il ne reste plus qu'à fermer la paroi.

ment immédiat de la continuité par suture termino-terminale.

B. Opération de Baum (1879) : même opération, mais précédée d'une dérivation préalable à distance par anus caecal, et suivie de la cure de cet anus.

C. Opération de Volkmann (1883) (en 2 temps) : 1° résection de l'anse malade et de son méso, et fixation des deux bouts *in situ* dans la plaie ; 2° traitement de l'anus.

D. Opération de Reclus (1892) (en 2 ou 3 temps) : 1° extériorisation de l'anse malade ; 2° abrasion immédiate, ou au bout de quelques jours ; 3° traitement de l'anus.

E. Opération de Mikulicz (1902) (en 3 temps) : 1° extériorisation après section primitive en coin du mésocôlon, mais conservation de l'artère marginale, accolement des deux anses afférente et efférente en canons de fusil, fermeture de la cavité péritonéale ; 2° résection au bout de quelques heures ou de quelques jours ; 3° cure de l'anus.

F. Opérations de Paul (1900), de Hartmann (1904) (en 2 temps) : 1° extériorisation après section complète en coin

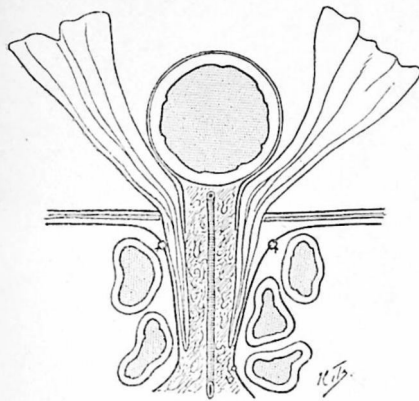


Fig. 276. — Schéma de l'opération de Quénu. L'anse cancéreuse est extériorisée. Des compresses sont introduites entre l'axe vasculo-conjonctif du méso d'une part, le feuillet du méso décollé suturé au péritoine pariétal d'autre part. (Cruet.)

du mésocôlon, y compris l'artère marginale, accolement des deux anses en canon de fusil, fermeture de la cavité péritonéale, résection immédiate, abouchement à la peau

des deux bouts (Paul), du seul bout supérieur (Hartmann), avec drainage de ces bouts ou de ce bout par un tube de verre coudé (fig. 273-274-275) ; 2° fermeture de l'anus.

G. Opération de Quénu (thèse de Cruet, 1914) (en 3 temps) (fig. 276 à 281) : 1° extériorisation ; incision des

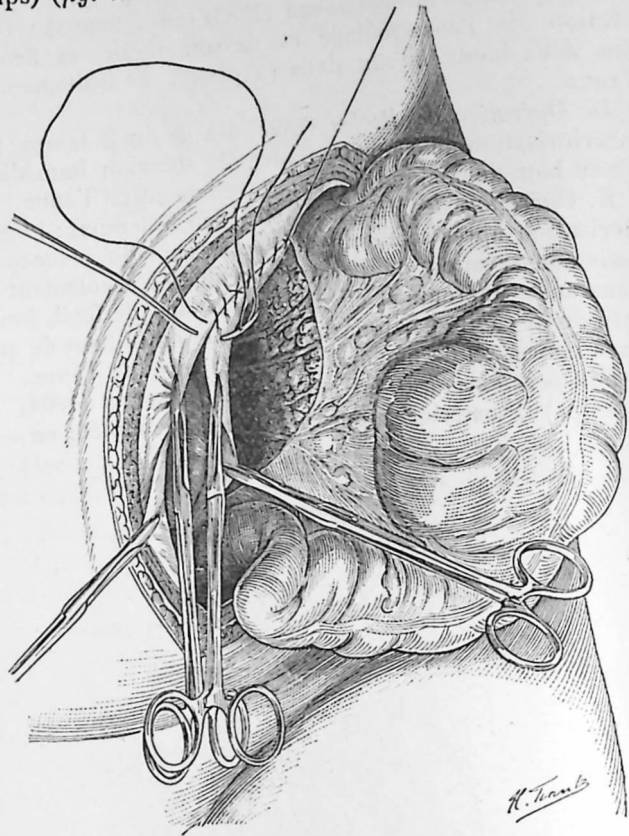


Fig. 277. — Opération de Quénu. (Cancer du côlon pelvien). 1° Le feuillet droit du mésocolon pelvien incisé et décollé est suturé par un surjet au péritoine pariétal ; la grande cavité péritonéale se trouve ainsi fermée. (Cruet.)

deux feuillets droit et gauche du mésocolon en respectant le contenu vasculaire et ganglionnaire ; suture de chacun de ces feuillets à la tranche correspondante du péritoine pariétal ; suture des deux anses afférente et efférente dans les

angles de l'incision pariétale ; introduction de deux compresses dans la zone de décollement (extériorisation extra-

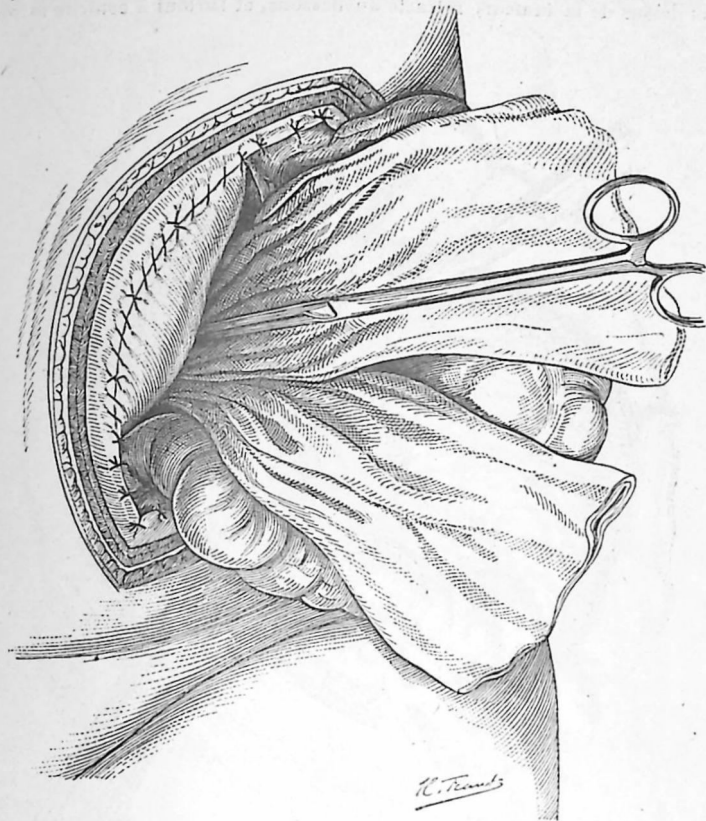


Fig. 278. — 2° Deux compresses sont introduites dans la zone de décollement, entre le pédicule vasculo-ganglionnaire et le feuillet droit du mésocolon suturé au péritoine pariétal. (Cruet.)

pariétale de la tumeur et extra-péritonéale du pédicule vasculo-ganglionnaire).

2° Au bout de 8 jours, ablation des compresses, résection de l'anse et du pédicule vasculo-ganglionnaire ; suture partielle des deux bouts sur leur demi-circonférence postérieure.

3° Fermeture de l'anus par suture de la demi-circonférence antérieure.

La multiplicité même de ces procédés opératoires montre la difficulté du problème du traitement des cancers du côlon gauche. La question est dominée par l'insécurité des sutures sur un côlon plus ou moins distendu au-dessus de la tumeur, rétracté au-dessous, et surtout à contenu extré-

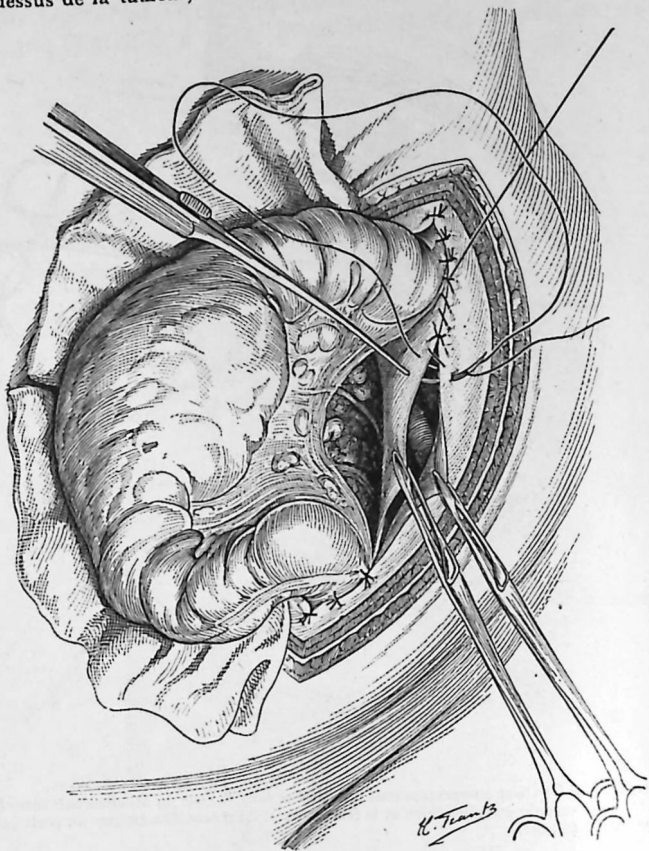


Fig. 279. — 3° L'anse extériorisée est rejetée vers la ligne médiane. On suture à la lèvre gauche du péritoine pariétal le feuillet gauche du mésocolon pelvien incisé et décollé. La fosse iliaque gauche se trouve ainsi fermée (Cruet.)

mement septique. C'est pourquoi l'opération de Reybard, qui semble la plus simple, a été pour ainsi dire complètement abandonnée à cause de la grosse mortalité qu'elle comporte : on ne la tente plus guère que pour des cas et dans des conditions éminemment favorables. C'est pourquoi sont apparus les avantages de la dérivation : soit dérivation préalable à distance (Baum), soit dérivation *in situ* (Volkman); enfin la notion de

septicité a suscité la méthode d'extériorisation dont le principe est la résection soit immédiate, soit retardée, de la tumeur extériorisée à péritoine fermé. La dérivation *in situ* se trouve combinée à l'extériorisation dans les procédés de Reclus, de Mikulicz, de Paul, d'Hartmann, de Quénu;

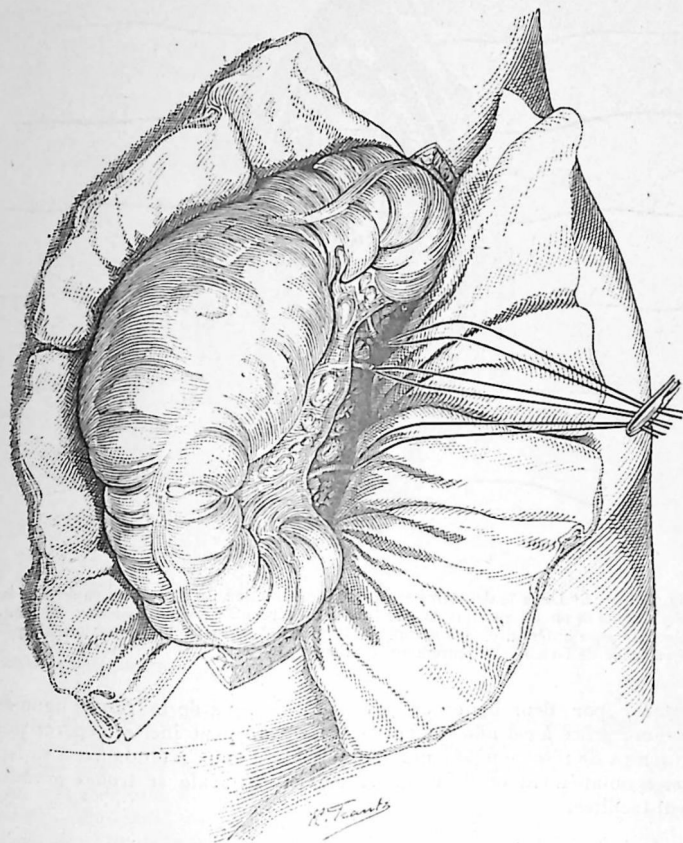


Fig. 280. — 4° A gauche comme à droite on a tassé deux compresses dans la zone de décollement. L'anse et son méso se trouvent extériorisées. Des fils d'attente sont passés autour des vaisseaux, sans être noués. Le premier temps est terminé. Au bout de huit jours, dans un deuxième temps, on enlèvera les compresses, on nouera les fils, on réséquera l'anse et son pédicule, par une section cunéiforme. (Cruet.)

sauf le premier, ces procédés comportent l'exérèse non seulement de l'anse cancéreuse, mais encore de son méso avec les ganglions néoplasiques qu'il peut contenir : ils sont, à l'heure actuelle, les plus communément employés, avec quelques variantes de technique. C'est ainsi que

Ans. Schwartz a imaginé récemment¹ un artifice qui facilite beaucoup la cure de l'anus : lors du temps d'extériorisation (1^{er} temps), il adosse les deux branches de l'anse non pas suivant une ligne, mais suivant une

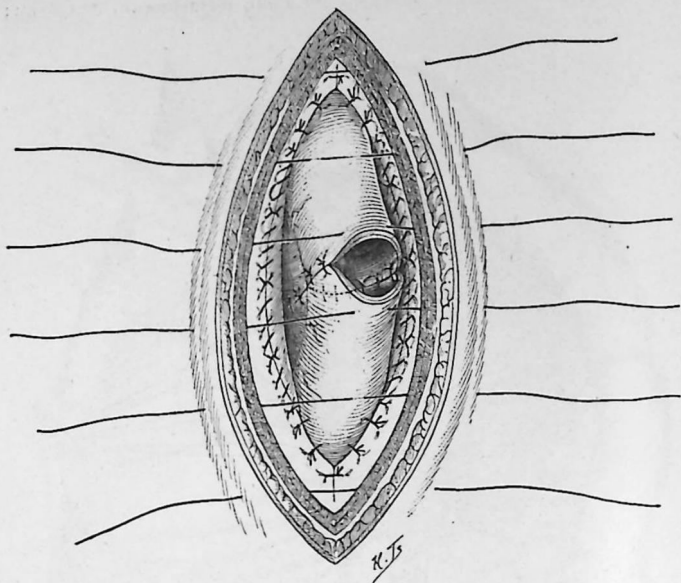


Fig. 281. — 5° Dans le deuxième temps, après résection de l'anse, on rapproche les deux bouts et on les anastomose par leur demi-circonférence postérieure ; la demi-circonférence antérieure sera suturée à la peau et formera un anus latéral qu'il sera facile de fermer ultérieurement. (Cruet.)

surface, par deux lignes de suture, au-dessous de la future ligne de section : grâce à cet adossement en surface on peut inciser l'éperon lors du temps de résection (2^e temps), après quoi l'anus a tendance à se fermer spontanément, ou du moins sa cure chirurgicale se trouve grandement facilitée.

Les cancers de la portion toute terminale du côlon pelvien, siégeant au niveau de la jonction recto-sigmoïdienne, ne peuvent être extériorisés ; les procédés ci-dessus décrits ne peuvent donc être employés.

On peut dans certains cas, si les circonstances s'y prêtent, tenter, après résection de ce segment, le rétablissement de la continuité par invagination du bout colique dans le rectum (Mummery).

1. Ans. Schwartz et Hartglass. *Journal de Chirurgie* avril 1924, p. 337.

Cette invagination peut être réalisée par l'ingénieux procédé d'anastomose termino-terminale de Gibson¹ que voici (fig. 282-283-284).

Le bout supérieur de l'intestin sectionné est saisi avec deux pinces de

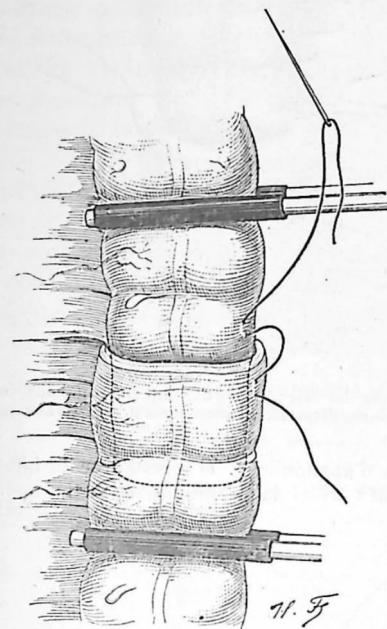


Fig. 282. — Anastomose termino-terminale du côlon par invagination. (Procédé de Gibson). 1° Le bout supérieur est engagé dans le bout inférieur ; manière de placer les points de suture.

Kocher et introduit aussi profondément que possible dans la lumière du bout inférieur ; on a soin, en même temps, de sectionner un peu le méso s'il gêne pour la pénétration, et de faire subir à l'intestin une rotation d'un quart de tour afin que les surfaces dépourvues de péritoine ne se correspondent pas sur les deux bouts. On place alors 8 ou 10 points de suture à la soie de la façon suivante : on faufile un premier point longitudinal séro-musculaire près de la section du bout inférieur, on le faufile de même dans le bout supérieur au-dessus de la partie invaginée. Lorsque tous ces points sont placés et qu'on commence à les serrer, ils rebrousse le bord libre du segment inférieur en l'invaginant, et réalisent ainsi une suture par affrontement séro-séreux. Puis cette suture à points séparés est enfouie sous un surjet séro-séreux.

Mais le plus sage est souvent dans ces cas de renoncer définitivement au rétablissement de la continuité de l'intestin, c'est-à-dire de fermer le

1. Gibson. *Annals of Surgery*, 1910, p. 116.

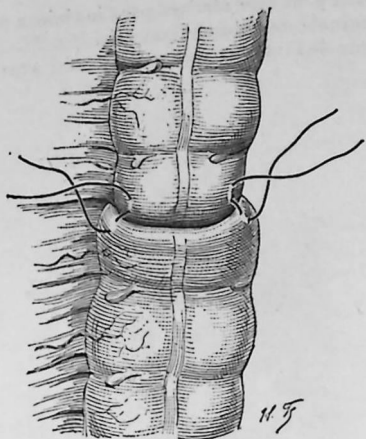


Fig. 283. — 2° On serre les fils; le bord muqueux du bout inférieur se trouve retroussé en dedans, disparaît; l'affrontement séro-séreux est réalisé.

bout inférieur et de l'abandonner, et d'instaurer le bout supérieur en anus iliaque définitif: voici la technique de cette opération, d'après Hartmann¹.

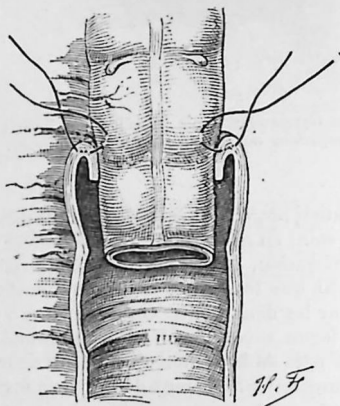


Fig. 284. — 3° L'anastomose vue en coupe.

1° Laparotomie iliaque gauche pouvant atteindre et dépasser la ligne médiane au-dessus du pubis.

1. Hartmann, XXX^e congrès français de chirurgie, Strasbourg, 1921, p. 411, et Bull. et Mém. Soc. de Chirurgie, 1923, p. 1474.

2° Incision du péritoine sur les faces antérieure et latérale du côlon recto-sigmoïde.

3° Décollement de ce segment.

4° Hémostase et section du méso: l'anse ne tient plus que par ses deux bouts.

5° Section du rectum écrasé au-dessous du néoplasme, le plus bas possible.

6° Fermeture de bout inférieur qu'on abandonne au fond du pelvis.

7° Péritonisation par-dessus ce bout.

8° Suture de la plaie pariétale; par l'angle externe de cette plaie sort l'anse recto-colique libérée; on la sectionne à 2 centimètres au-dessus de la peau, et on instaure le bout colique en anus terminal définitif qu'on ouvre au bout de 48 heures.

On peut aussi bien, à la manière de Matry¹, aborder la lésion par une laparotomie médiane sous-ombilicale; commencer par couper le rectum entre deux pinces, le plus bas possible, au fond du cul-de-sac de Douglas; faire le décollement de haut en bas, en tirant au fur et à mesure sur le bout supérieur; et établir l'anus par une contre-incision, en position iliaque gauche classique.

1. Matry, Bull. et Mém. Soc. de Chir., 1924, p. 248.

TROISIÈME PARTIE

OPÉRATIONS SUR L'ANUS ET SUR LE
RECTUM

CHAPITRE PREMIER

MYORRAPHIE DES RELEVEURS CHEZ L'HOMME

Cette opération s'adresse au *prolapsus du rectum*.

E. Quénu, Lenormant ont montré que les lésions du prolapsus sont complexes et variables d'un cas à l'autre; il y a en réalité deux éléments qui peuvent exister isolément, ou coexister chez le même sujet :

1° Une malformation congénitale, consistant en une profondeur anormale du cul-de-sac de Douglas, et en une longueur anormale de l'anse colique pelvienne.

2° Une malformation acquise, primitive ou secondaire, la faiblesse du plancher périnéal: releveur, aponévroses sacro-recto-génitales, sphincter anal.

La thérapeutique doit s'adresser à ces deux lésions :

Si le faible volume du prolapsus indique une participation limitée au rectum inférieur, l'opération doit suivre cette limitation et rester une opération périnéale.

S'agit-il au contraire d'un gros prolapsus, l'action chirurgicale devra utiliser la voie haute.

L'opération par voie haute c'est la *colopexie avec effacement du Douglas*, dont nous avons donné plus haut la technique (page 254); c'est l'opération la plus logique, la plus sûre, celle qui donne les meilleurs résultats éloignés; il est bon de lui adjoindre la réfection périnéale.

Parmi les multiples opérations périnéales imaginées contre le prolapsus, nous n'en décrivons que deux: la *myorrhaphie des releveurs avec rectoplicature antérieure*, et le *cerclage de l'anus*.

La technique de la myorrhaphie des releveurs chez la femme a été décrite dans un autre volume de cet ouvrage: qu'elle s'adresse au prolapsus génital ou au prolapsus rectal, ou aux deux à la fois qui peuvent coexister, sa technique est la même. Nous décrivons ici la technique de la myorrhaphie des releveurs chez l'homme¹.

1. Voir Duval et Proust, *Presse médicale*, 1901.

1^o **Incision cutanée.** — Le malade étant mis dans la position périnéale inversée, on pratique une incision courbe à convexité antérieure allant d'une tubérosité ischiatique à l'autre et passant à 15 millimètres environ en avant de l'anus. On reconnaît et on sectionne au bistouri les fibres les plus antérieures du sphincter externe constituant le raphé ano-bulbaire, ce qui permet de récliner en arrière l'anus avec son sphincter. Se portant sur les côtés, on sectionne la graisse ischio-rectale jusqu'à ce qu'on rencontre la face inférieure des releveurs. En tirant l'anus en arrière on fait saillir les bords inférieurs de ces muscles comme deux cordes que l'on voit s'engager plus en avant sous le diaphragme uro-génital. En disséquant leurs bords inférieurs, on isole sur la ligne

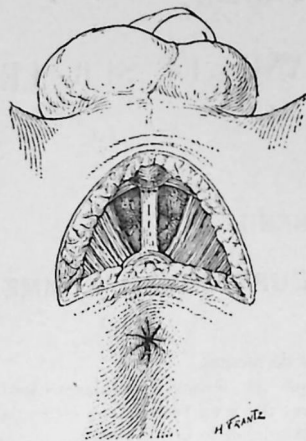


Fig. 285. — Myorrhaphie des releveurs. Incision ; découverte du muscle recto-urétral.

médiane une bandelette allant du sommet de l'anus au plancher uro-génital (muscle recto-urétral).

2^o **Décollement du rectum.** — La bandelette bien isolée est sectionnée au bistouri tenu verticalement et au ras du bulbe urétral, pour éviter de blesser le cap rectal très proéminent à ce niveau. L'espace décollable prérectal est ouvert du même coup et rien n'est plus facile alors que d'isoler le rectum en arrière, de la prostate en avant jusqu'à ce qu'on ait atteint le fond du cul-de-sac de Douglas. Si ce cul-de-sac descend très bas, il n'y a pas à hésiter à le traiter comme un sac herniaire, à l'ouvrir, à réduire son contenu, à le suturer ou à le lier à sa base et à extirper l'excès de sac.

3^o **Plissement du rectum.** — Avant de suturer les releveurs, il est bon de plisser la face antérieure du rectum.

On faufile sur toute la largeur de la face antérieure du rectum, sans la perforer, une série de fils, en nombre pair, puis on noue entre eux les deux chefs de chacun de ces fils,

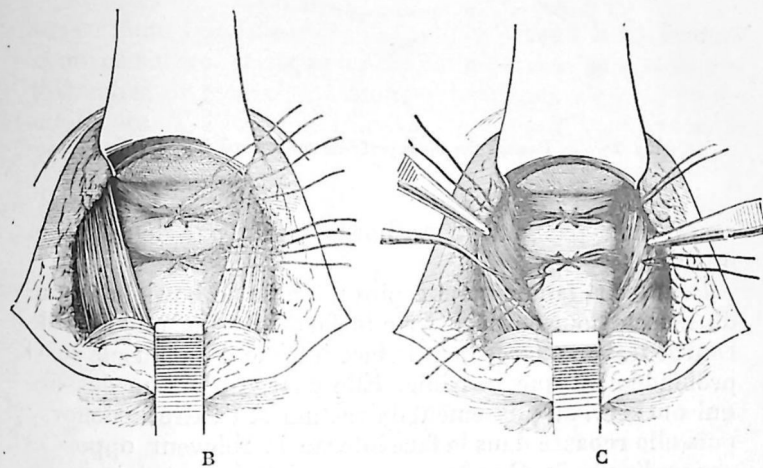
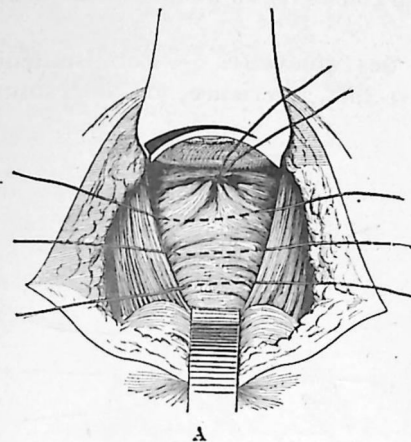


Fig. 286. — Plissement du rectum. — A. Passage des fils dans la paroi antérieure du rectum : le fil supérieur est déjà noué. — B. Les deux fils supérieurs et les deux fils inférieurs ont été noués l'un avec l'autre. — C. Passage des fils du plissement dans la face interne des releveurs d'après P. Daval.

de façon à produire un pli longitudinal. Pour raccourcir la face antérieure, il suffit alors de nouer ensemble les deux

chefs d'un des fils avec les deux chefs du fil immédiatement sous-jacent, ce qui produit une série de plis transversaux. On a soin de ne pas couper les chefs des nœuds ainsi faits, mais d'en conserver au moins un sur deux.

4^o Suture des releveurs. — Pour soutenir comme il faut la paroi rectale antérieure, on doit suturer les rele-

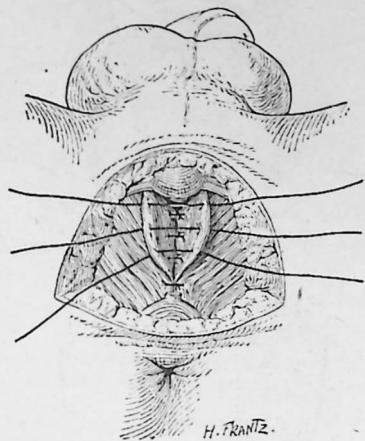


Fig. 287. — Passage des fils superficiels sur le bord des releveurs.

veurs, non pas par leurs bords, mais par leurs faces internes.

Pour cela, tandis qu'une pince éverse le bord inférieur du muscle pour en découvrir la face interne, une aiguille courbe traverse largement la face interne d'un muscle aussi profondément que possible. Elle charge alors un des fils qui ont servi au plissement du rectum et l'attire au dehors ; puis elle repasse dans la face interne du releveur opposé et charge l'autre fil. On place ainsi un certain nombre de fils correspondant au nombre de plis faits sur le rectum ; les plus antérieurs étant les fils du nœud placé le plus haut sur le rectum. On les noue alors en commençant par les supérieurs.

On place ensuite quelques points unissant les bords inférieurs des deux muscles.

5^o Suture des plans superficiels. — Pour fermer la plaie, avec une aiguille d'Emmet et du fil d'argent, on em-

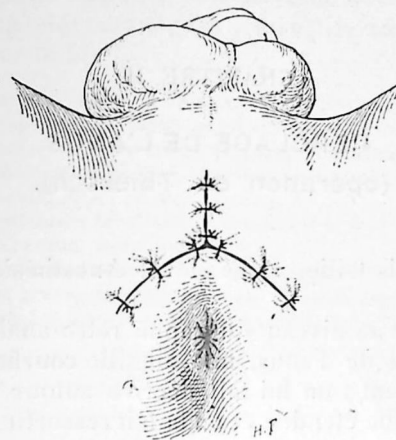


Fig. 288. — Manière de suturer la plaie.

brasse toute l'épaisseur des tissus sous-jacents aux releveurs et on les suture. Lorsque les tissus du périnée sont lâches et distendus, on essaiera de suturer longitudinalement ou du moins en T l'incision transversale, pour consolider le périnée.

CHAPITRE II

CERCLAGE DE L'ANUS
(opération de Thiersch).

Position de la taille, siège élevé. Anesthésie locale à la novocaïne.

On introduit au niveau du raphé rétro-anal, à 1 centimètre et demi de l'anus, une aiguille courbe armée d'un solide fil d'argent ; on lui fait décrire autour de l'anus un trajet de quelque étendue et on la fait ressortir ; on la réin-

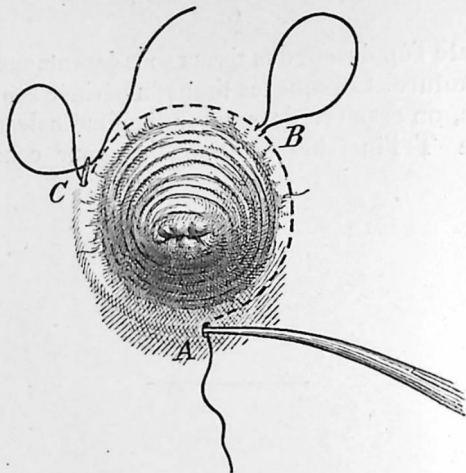


Fig. 289. — Cerclage de l'anus. Passage du fil. (Ombredanne.)

troduit ensuite exactement à son point de sortie et on répète cette manœuvre jusqu'à ce que l'aiguille ressorte à son point de pénétration initiale : avec une aiguille suffisamment courbe, on passe l'anneau de fil en deux fois.

On saisit les deux chefs du fil d'argent, on les tend et on

les noue sur l'index introduit dans l'anus ; il ne reste plus qu'à les couper et à enfouir le nœud sous la peau.

On réduit le prolapsus avant de commencer l'opération ou, s'il a trop de tendance à ressortir, immédiatement avant de serrer le fil.

Cette opération agit de deux façons : d'une part mécaniquement, le fil remplaçant le sphincter relâché et maintenant le rectum en place ; d'autre part la présence de ce corps étranger dans les tissus péri-anaux y déterminerait une condensation du tissu cellulaire, une adhérence solide entre le rectum et les parties voisines.

Le fil est généralement bien toléré ; souvent il se fragmente, parfois il s'élimine, mais le résultat reste acquis.

Cette opération simple, rapide, bénigne est particulièrement indiquée dans les prolapsus graves des petits enfants, et aussi comme procédé palliatif, chez les malades âgés et cachectiques, chez les aliénés.

CHAPITRE III

RECTOTOMIE POSTÉRIEURE

Cette opération très simple consiste à inciser la paroi postérieure du rectum jusqu'au sphincter inclusivement ou exclusivement. Elle peut être utilisée pour l'extraction des corps étrangers volumineux du rectum et, aujourd'hui rarement, pour le traitement de certains rétrécissements du rectum (Verneuil).

Le malade est dans la position de la taille. Anesthésie locale.

S'agit-il d'un rétrécissement ? On introduit par l'anus une sonde cannelée que l'on glisse jusqu'au-dessus du rétrécissement : on fait alors saillir le bec de la sonde sur la paroi postérieure et on incise en ce point jusqu'à ce que le bec se dégage. Il n'y a plus alors qu'à sectionner couche par couche les différents plans de la région pour ouvrir ainsi largement le rectum en arrière. Puis on termine en faisant l'hémostase des deux lèvres de la plaie, et en la tamponnant.

On peut utiliser les incisions de fistules pour faire la rectotomie.

On peut abaisser et suturer l'angle supérieur de l'inci-

sion à la peau, réalisant ainsi une rectotomie autoplastique (Hartmann).

S'agit-il d'un *corps étranger* du rectum, volumineux ou fixé ? On agira comme précédemment, sans se servir toutefois d'une sonde cannelée ; dans ce cas la rectotomie s'accompagnera toujours d'une périnéotomie plus ou moins longue ; en cas de besoin cette périnéotomie pourra être élargie par résection du coccyx.

Après extraction du corps étranger, on devra très exactement suturer l'incision pour refermer le rectum, en apportant un soin particulier à la suture du sphincter.

CHAPITRE IV

RÉSECTION DES HÉMORROÏDES (opération de Whitehead)¹.

Si l'extirpation partielle au bistouri ou au thermocautère convient aux paquets hémorroïdaires isolés, il est des cas où cette opération ne saurait suffire, et est d'ailleurs impraticable : ces cas, assez rares il est vrai, sont ceux où les hémorroïdes forment tout autour de l'anus un bourrelet circulaire, indiscontinué, ne ménageant entre elles aucun espace où la muqueuse soit saine : il est impossible de pédiculiser de telles hémorroïdes en quelques « paquets » isolés ; dans ces cas il faut avoir recours à la résection circonférentielle ou opération de Whitehead. C'est une opération discutée, proscrite même par certains chirurgiens, à cause de deux dangers auxquels elle expose : l'incontinence sphinctérienne, le rétrécissement de l'anus. L'incontinence est due à une atteinte directe portée au sphincter ; le rétrécissement à un défaut de réunion par première intention. On peut éviter ces deux dangers par une préparation minutieuse du malade, une technique précise, des soins post-opératoires rigoureux : malade bien purgé, plutôt deux fois qu'une, plus de 24 heures avant l'opération, constipé ensuite de manière qu'aucune selle ne se produise avant le 8^e jour au moins.

Position de la taille.

1. Pour les petites opérations sur le rectum et l'anus (dilatation anale, résection partielle des hémorroïdes, abcès et fistules à l'anus) ou le traitement de l'imperforation anale, voir le volume de V. Veau et d'Allaines de cette même collection : *Pratique courante et chirurgie d'urgence*.

1^o **Anesthésie locale.** — C'est l'anesthésie de choix pour ce genre d'opération ; elle ne présente aucune difficulté spé-



Fig. 290. — Résection des hémorroïdes (opération de Whitehead). 1^o Anesthésie. Injection de novocaïne dans le tissu cellulaire sous-cutané-muqueux, autour de l'anus, en six points.

ciale, et évite les dangers de l'anesthésie générale particuliers aux opérations sur cette région. Le liquide anesthésique (novocaïne adrénalinée suivant la formule de Reclus)

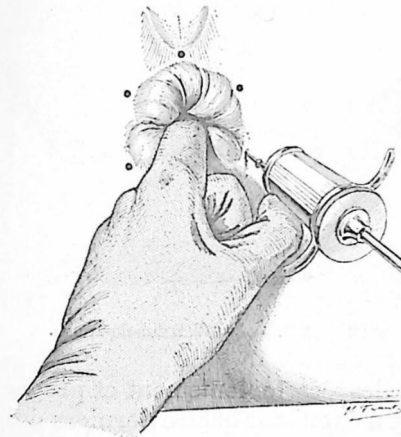


Fig. 291. — 2^o Anesthésie (suite). Injection de novocaïne dans le sphincter anal, l'index gauche introduit dans le canal anal surveillant la pointe de l'aiguille.

est injecté d'abord dans le tissu cellulaire sous-cutanéomuqueux par 6 injections pratiquées au niveau de la marge de l'anus : 1 en avant, 1 en arrière, et 2 de chaque côté : c'est-à-dire que l'aiguille, en 6 fois, doit faire le tour de l'anus, poussant au fur et à mesure le liquide anesthésique qui fait disparaître dans son bourrelet d'œdème les plis de la marge (fig. 290). Dans un deuxième temps, on anesthésie le sphincter : de la main droite on enfonce perpendiculairement dans le muscle l'aiguille que guide l'index gauche introduit vaseliné et laissé en faction dans le canal anal (fig. 291) ; ici encore 6 piqûres suffisent ; chaque fois que la main droite pousse une dose de liquide anesthésique, l'index gauche sent le segment correspondant du sphincter se relâcher progressivement.

2° Dilatation de l'anus. — Elle peut se faire aux doigts, ou au spéculum de Trélat.
Aux doigts : on introduit dans l'anus les deux pouces dos

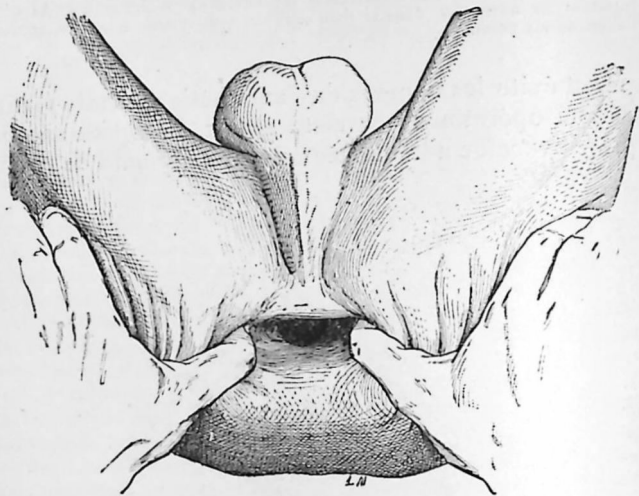


Fig. 292. — 3° Dilatation de l'anus.

à dos, et on les écarte lentement et progressivement en prenant point d'appui des quatre derniers doigts de chaque main sur les ischions du malade ; il faut déployer une grande force pour obtenir une dilatation complète (fig. 292).

Avec le spéculum : on a moins de peine, mais il ne faut pas se laisser aller à l'ouvrir trop vite, sous peine de déchirer la muqueuse, et même de rompre le sphincter.

3° Incision cutanéomuqueuse. — Au bistouri on trace



Fig. 293. — 4° Incision circonférentielle à l'union de la peau et de la muqueuse.

une incision circulaire, péri-anale, passant très exactement aux confins de la muqueuse et de la peau (fig. 293).

4° Dissection du manchon muqueux ano-rectal. — Par l'incision cutanée, on pénètre dans la couche sous-muqueuse lâche ; il est facile de la décoller aux ciseaux ; il

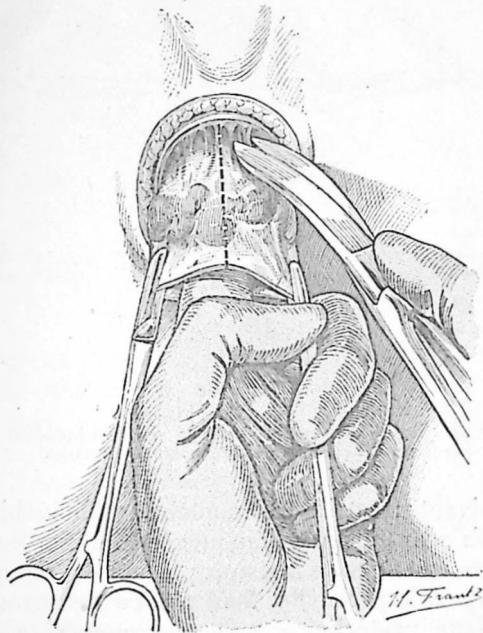


Fig. 294. — 5° Dissection du manchon muqueux ano-rectal.

ne faut pas perforer la muqueuse du conduit, ni entamer la face interne du sphincter ; quand on est dans le bon plan de clivage, rien ne saigne ; quand le décollement est amorcé, il est facile de le poursuivre en tendant le manchon muqueux sur l'index gauche introduit dans le canal anal, et en travaillant avec le bec des ciseaux courbes tenus de la main droite (fig. 294). Le décollement doit être poussé sensiblement au-dessus des limites de la muqueuse malade, dont la coloration violacée tranche sur la teinte rosée de la muqueuse saine ; ainsi l'abaissement de cette muqueuse saine et sa suture à la peau seront possibles sans tiraillement.

5° **Excision et suture.** — Pour faire une excision sans hémorragie et une suture régulière il faut procéder de la

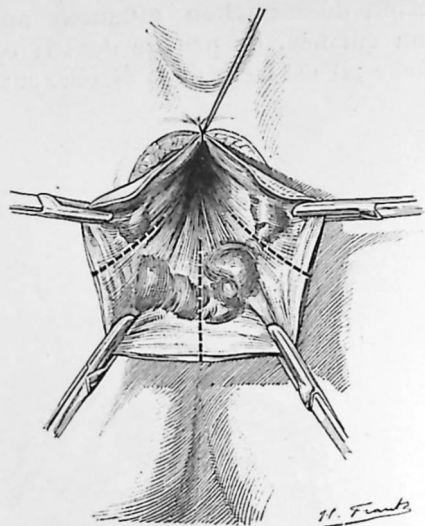


Fig. 295 — 6° Le cylindre muqueux est fendu en avant, et immédiatement fixé en ce point. En pointillé les autres lignes d'incision.

manière suivante : le cylindre muqueux anal étant bien tendu, le fendre en avant jusqu'en muqueuse saine, et immédiatement, au sommet de cette incision, placer un point qui unisse la muqueuse à la peau (fig. 295) ; faire de même sur la ligne médiane postérieure, puis de chaque côté. Le manchon muqueux se trouve ainsi divisé en quatre lambeaux

fixés à la peau par les extrémités de leur base (fig. 296). Sectionner ensuite un de ces lambeaux à sa base, et suturer la ligne de section muqueuse à la peau ; sectionner de même

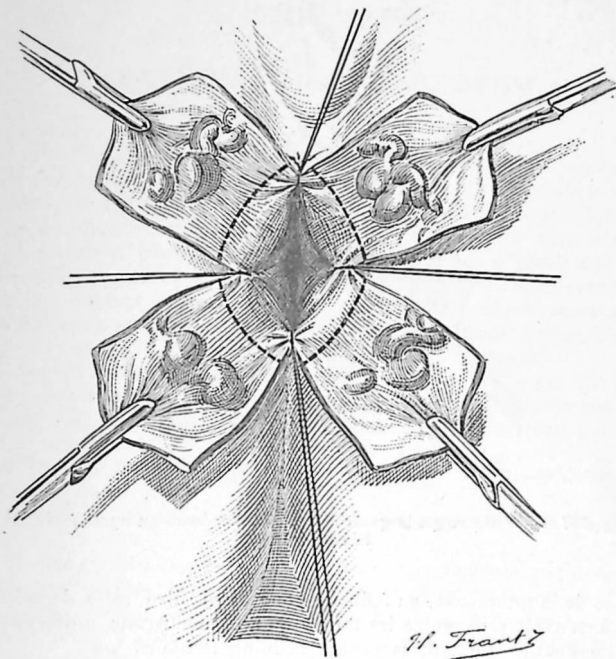


Fig. 296. — 7° Le manchon muqueux a été divisé en quatre lambeaux, fixés à la peau par les extrémités de leur base. En pointillé le tracé de section de ces lambeaux.

le lambeau suivant en pratiquant immédiatement sa suture, et ainsi de suite jusqu'au quatrième (fig. 297). Ainsi on opérera sans suintement sanguin appréciable : il faut cependant lier les vaisseaux de quelque importance qu'on peut être amené à sectionner.

Quénu et Hartmann ne font l'opération typique de Whitehead que lorsque la procidence muqueuse est très accentuée, ou quand la muqueuse est trop altérée, « recouverte de ces granulations d'un rouge vif, saignant au moindre contact et qui accusent une transformation angiomateuse étendue ». Dans les autres cas, au lieu d'exciser la muqueuse, ils se contentent de la débarrasser de veines variqueuses qui la doublent :

« Pour cela, l'index de la main gauche étant introduit dans le rectum pour le tendre et l'étaler, on détache à l'aide de petits ciseaux courbes toutes les petites ampoules veineuses qui font relief sur la surface externe

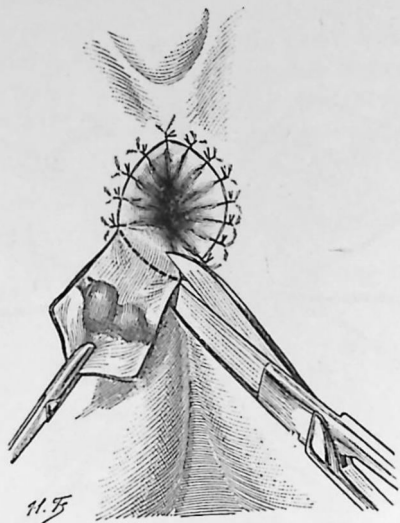


Fig. 297. — 8° On coupe le quatrième et dernier lambeau après avoir fixé le troisième.

cruentée de la muqueuse, on épluche pour ainsi dire cette dernière de façon à n'avoir plus entre les doigts qu'une membrane uniformément mince, dépouillée de toute la couche cellulo-vasculaire ¹. »

Reclus faisait un Whitehead atypique, laissant en avant et arrière de la marge de l'anus un segment de peau et de muqueuse pour éviter l'ascension de celle-ci en cas de désunion et le rétrécissement cicatriciel consécutif en pareil cas.

¹. Quénu et Hartmann, *Chirurgie du rectum*, t. I, p. 392.

CHAPITRE V

EXTIRPATION DU RECTUM

L'extirpation du rectum est une opération difficile, dont l'indication la plus fréquente est le cancer ; cependant certains rétrécissements inflammatoires non dilatables, déterminant des troubles graves, sont également justiciables de cette opération importante. « Aucune opération n'a peut-être plus besoin, pour réussir, d'une technique aussi parfaite et d'une expérience personnelle aussi consommée. » (Quénu et Hartmann.)

« Il faut enlever le rectum malade comme une poche à contenu septique » (Quénu et Hartmann), et s'il s'agit d'un cancer, il faut faire une ablation large de l'organe et des ganglions correspondants.

L'infection directe ou indirecte de la plaie opératoire par le contenu intestinal doit être évitée à tout prix : la péritonite, la cellulite pelvienne sont les principales causes de mort à la suite de ces interventions.

Anus préalable. — Il peut être fait dans trois conditions différentes :

a) *Comme opération d'urgence*, pour traiter des accidents d'occlusion aiguë.

b) *Comme premier temps indispensable* d'une extirpation périnéale sans abaissement du bout colique au périnée (opération de Miles).

c) *Comme premier temps facultatif* dans tous les autres cas. Son avantage serait d'atténuer la septicité du rectum en réalisant la dérivation des matières et en permettant les grands lavages pendant les huit jours qui précèdent l'opération. Certains chirurgiens font systématiquement cet anus iliaque gauche préliminaire avant l'extirpation périnéale ; certains le font même parfois avant l'abdomino-périnéale.

Si l'on doit faire ultérieurement une extirpation (périnéale ou abdomino-périnéale) avec abaissement du bout colique à la peau du périnée, il faut évidemment avoir soin de faire l'anus haut sur le colon, à la jonction du colon descendant et de l'anse omega ; car un anus bas rendrait difficile ou impossible cet abaissement.

Si l'on doit faire ultérieurement une extirpation abdomino-périnéale sans abaissement, il faut savoir que, haut ou bas, l'anus préalable est gênant : la section de l'intestin est plus compliquée, à moins qu'on n'abandonne un cul-de-sac intestinal plus ou moins long au-dessous de la colostomie.

Pour toutes ces raisons, beaucoup d'opérateurs font à l'heure actuelle de moins en moins l'anus préalable. Et si la nécessité s'impose de faire un anus artificiel, c'est-à-dire s'il s'agit d'un cancer en état d'occlusion, mais qu'on estime devoir être extirpé ultérieurement, l'anus cæcal serait peut-être préférable à l'anus iliaque gauche.

Voies d'accès. — Si l'on met de côté la voie sacrée, délaissée à juste titre en France, et la voie vaginale, dont les indications sont exceptionnelles, deux voies restent en présence : la *voie basse* ou *périnéale*, simple ou avec résection du coccyx (voie coccy-périnéale) ; et la *voie combinée*, ou *abdomino-périnéale*¹.

Contre le rétrécissement, généralement bas situé, et pour lequel on n'a pas à se préoccuper d'exérèse ganglionnaire, la voie périnéale est presque la seule employée.

Contre le cancer, les deux voies sont actuellement utilisées, mais les indications respectives de chacune d'elles sont encore diversement appréciées. Pour les cancers du canal anal, la voie périnéale est évidemment indiquée, de même que la voie abdomino-périnéale pour les cancers recto-sigmoïdiens. La discussion porte sur les cancers ampullaires moyens et même inférieurs : pour ceux-là, les opinions sont partagées.

Il est incontestable que la voie abdomino-périnéale est plus anatomique, plus rationnelle : elle permet d'abord de vérifier l'extension des lésions, et par suite leur opérabilité ; elle permet surtout d'enlever en bloc le rectum, le tissu conjonctif, les lymphatiques et les ganglions, même les plus élevés, ceux qui siègent au niveau du promontoire, au niveau et au-dessus de la bifurcation de l'artère mésentérique inférieure ; elle permet enfin de commencer par l'hémostase du pédicule principal, et d'aborder les plans de clivage dans le sens le plus facile ; de fait elle donne des résultats éloignés relativement bons (18 % seulement de récidives), mais elle comporte une mortalité opératoire élevée (25 à 40 %).

La voie périnéale est infiniment plus bénigne ; sa mortalité opératoire est de 8 à 10 % ; elle exposerait plus à la récurrence, parce qu'elle ne permettrait pas d'atteindre les ganglions les plus haut placés ; et pourtant elle a donné un grand nombre de survies de plus de dix ans.

Si l'opération abdomino-périnéale est, en principe, l'opération de choix, l'opération périnéale mérite d'être conservée, au moins pour les tumeurs ampullaires basses, ne remontant pas à plus de 8 ou 10 centimètres, dont le doigt peut accrocher le bord supérieur, et facilement mobilisables, surtout chez les sujets âgés, obèses et affaiblis.

Nous décrirons la technique de cinq modes opératoires :

1° Extirpation périnéale avec anus périnéal sans conservation du sphincter.

2° Extirpation périnéale avec anus périnéal et conservation du sphincter.

3° Extirpation périnéale élargie précédée de l'établissement d'un anus iliaque définitif.

4° Extirpation abdomino-périnéale avec abaissement du côlon au périnée (avec ou sans conservation du sphincter).

1. La voie abdominale pure s'applique plutôt aux cancers bas de l'anse sigmoïde qu'aux cancers du rectum : c'est à propos des colectomies segmentaires que nous l'avons décrite (page 278).

5° Extirpation abdomino-périnéale avec implantation du côlon à la paroi abdominale en anus iliaque définitif.

Quel que soit le mode opératoire adopté, on fera bien, avant de fermer l'anus, d'irriguer l'ampoule avec de l'eau chaude, l'anus étant maintenu ouvert par le spéculum, d'assécher et de bourrer l'ampoule de poudre de quinquina.

Deux aides sont utiles pour toutes ces interventions.

I. EXTIRPATION PÉRINÉALE AVEC ABAISSEMENT SANS CONSERVATION DU SPHINCTER¹

A. — *Chez l'homme.* — Le malade est en position de la taille, le siège soulevé par un coussin dur et débordant légèrement la table.

1° Fermeture de l'anus. — On ferme l'anus par une

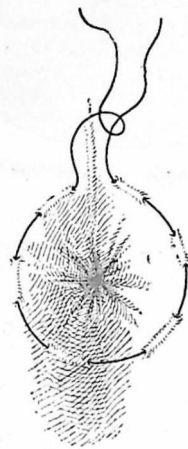


Fig. 298. — Extirpation périnéale du rectum avec abaissement, sans conservation du sphincter. 1° On faufile un fil autour de l'anus.

suture en bourse, au moyen d'un fil solide passé circulairement autour de l'orifice anal ; le fil noué, on garde ses deux chefs qui serviront à tirer sur le rectum (fig. 298).

2° Incision de la peau. — On pratique une incision elliptique circonscrivant l'anus, passant de chaque côté à

1. Technique de Quénu et Baudet, *Revue de Gynécologie*, n° 4, 1898.

deux centimètres en dehors de lui, prolongée en avant par une incision médiane rectiligne vers la racine des bourses,

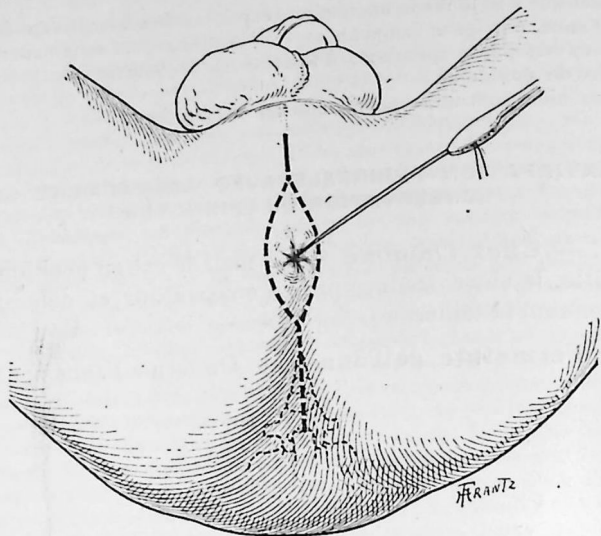


Fig. 299. — 2° Le fil a été serré et sert de tracteur. Tracé de l'incision cutanée.

en arrière par une incision médiane rectiligne vers la base du coccyx (fig. 299).

3° Libération du rectum de chaque côté, incision des faisceaux moyens et postérieurs des releveurs. — On incise en avant le tissu cellulaire lâche et quelques fibres du dartos, en arrière le raphé ano-coccygien adhérent à la peau; latéralement on tranche hardiment dans la graisse jaune du creux ischio-anal, en plaçant quelques pinces sur les artérioles hémorroïdales inférieures qui saignent, jusqu'à ce qu'on arrive sur les fibres rouges, charnues, facilement reconnaissables, du releveur. Alors on tire le rectum à gauche pour tendre le releveur droit, et on coupe ses fibres à quelques centimètres de leur insertion rectale: en se rétractant, elles découvrent la surface blanche luisante de l'aponévrose périnéale supérieure (fig. 300); on les incise en arrière jusqu'au coccyx, mais on respecte les faisceaux antérieurs prérectaux. On incise de même les fais-

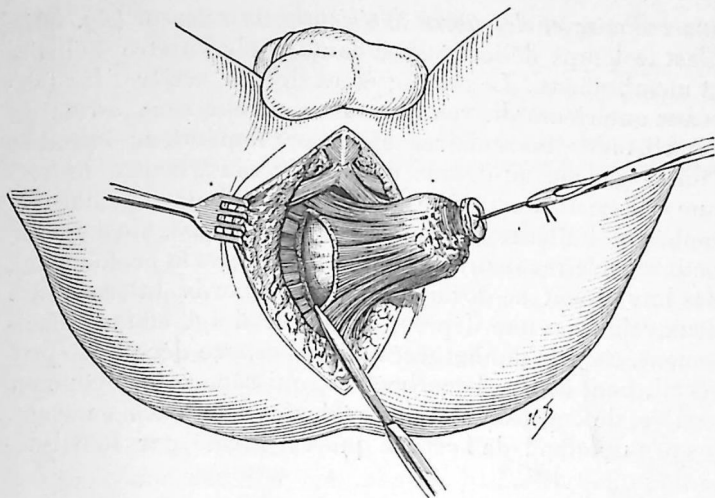


Fig. 300. — 3° Section des faisceaux moyens de releveur.

ceaux moyens et postérieurs du releveur gauche, en tirant le rectum à droite.

4° Libération du rectum en avant, incision du raphé

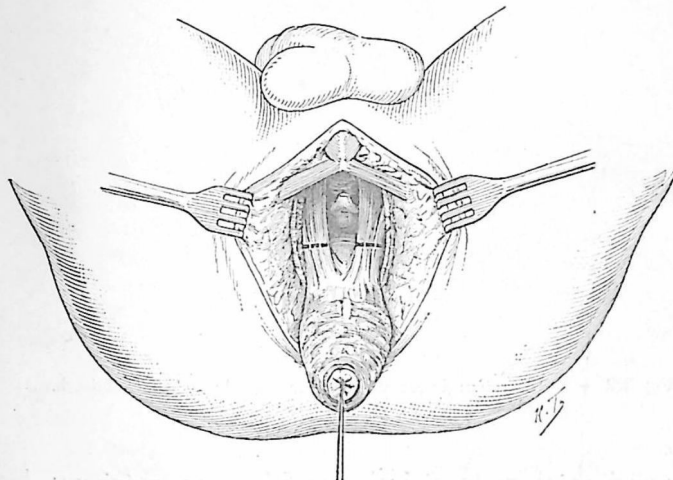


Fig. 301. — 4° Libération du rectum en avant. Entre les faisceaux antérieurs des releveurs, qu'on sectionnera suivant le pointillé, on aperçoit, sur la paroi antérieure de l'espace décollable prérectal, la prostate, les vésicules et le cul-de-sac péritonéal. (D'après Quénu et Hartmann.)

ano-bulbaire et des fibres antérieures du releveur (fig. 301). C'est le temps délicat, car il faut éviter l'urètre bulbaire et membraneux. Le rectum étant tiré en arrière, les faisceaux antérieurs du releveur se montrent sous forme de deux bandes musculaires épaisses ; l'opérateur introduit l'index gauche au-dessus de ces faisceaux, contre le rectum : il saisit ainsi entre le pouce et l'index gauches le raphé ano-bulbaire et l'incise au ras du bulbe, ainsi que le petit muscle recto-urétral qui se tend dans la profondeur ; dès lors il voit se former entre les bords internes des deux releveurs une dépression que le doigt effondre facilement, car elle donne accès dans l'espace décollable pré-rectal, haut de 3 à 4 centimètres, qui sépare le rectum en arrière, de la prostate et des vésicules séminales en avant, jusqu'au plafond de l'espace qui est formé par le cul-de-



Fig. 302. — 5° Libération du rectum en arrière, avec la main introduite devant le sacrum, jusqu'au promontoire. (Marion.)

sac péritonéal recto-vésical. Les faisceaux antérieurs des releveurs forment les parois latérales de cet espace ; on les sectionne de chaque côté à une certaine distance du rec-

tum, et on pince les vaisseaux hémorroïdaux moyens qui rampent sur leur face supérieure.

Quand un cancer rectal adhère à la prostate, le plan de section ne doit plus passer entre prostate et rectum, mais à travers le tissu prostatique, dont une tranche suivra le tronçon rectal amputé, tout en respectant l'urètre ; la mise en place d'un cathéter facilite ce temps opératoire (E. Quénu).

5° Libération du rectum en arrière et section du coccyx. — Le rectum étant tiré en avant, on achève la section du raphé ano-coccygien ; de deux coups de ciseaux on libère les bords du coccyx, d'un troisième coup on le désarticule et on l'extirpe. On introduit alors facilement la main dans l'excavation sacrée, jusqu'au promontoire (fig. 302), rompant toutes les adhérences vasculaires et nerveuses postérieures du rectum, pratiquement insignifiantes. Dès lors le rectum est déjà très abaissé : 12 à 14 centimètres pendent au dehors ; il n'est plus retenu que par ses attaches péritonéales et son pédicule supérieur.

Certains chirurgiens, pour la libération du rectum, préfèrent commencer par le décollement postérieur ; ils glissent alors l'index d'arrière

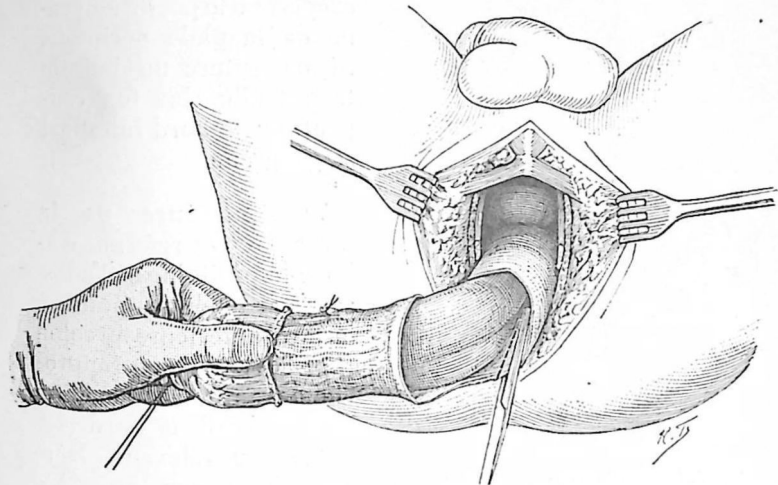


Fig. 303. — 6° Section du mésorectum (en pointillé) entre le rectum et une pince placée sur ce méso. (D'après Quénu et Hartmann.)

en avant sur les côtés du rectum au-dessus du releveur, et sectionnent ainsi chargées sur le doigt les fibres du releveur ; cela d'un côté, puis de-

l'autre ; le rectum à ce moment ne tient plus qu'en avant ; utilisant le décollement latéral ils glissent profondément l'index en haut et en avant du rectum et pénètrent ainsi en dernier lieu dans le plan de clivage antérieur, le plus difficile à trouver.

6° Section du péritoine et du pédicule supérieur. — Dans le fond de la plaie on incise le cul-de-sac recto-vésical, transversalement. On tire le rectum vers la gauche : on tend le feuillet droit du mésorectum, qui apparaît sous forme d'une lame triangulaire à base inférieure, on la pince et on la coupe. On tire ensuite le rectum à droite ; on tend le feuillet gauche du mésorectum et on le sectionne de même (fig. 303). Et l'on continue ainsi par sections étagées,

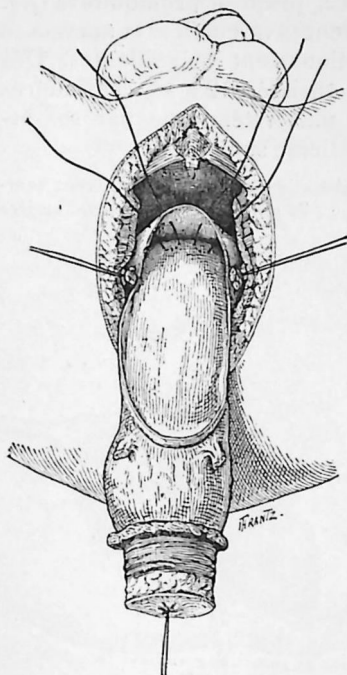


Fig. 304 — 7° Le rectum a été entièrement libéré jusqu'à la hauteur voulue. Fermeture du cul-de-sac péritonéal.

plus ou moins haut, suivant que l'on veut abaisser 15, 20 centimètres et plus, de rectum. La libération du rectum doit être jugée suffisante quand la partie saine de l'intestin peut être amenée sans traction exagérée à la partie moyenne de la plaie périnéale. Si on suture un intestin trop tendu, les fils coupent, ou le bord intestinal se gangrène.

7° Fermeture de la plaie. — On referme d'abord le péritoine en l'adossant par quelques points à la paroi antérieure du côlon (fig. 304). Puis on rapproche devant le rectum et on suture bord à bord les débris du releveur. Derrière le rectum, on place une mèche et un drain. Enfin le rectum étant placé un peu en avant de l'angle postérieur de la plaie, on suture la plaie cutanée : complètement en avant du rectum avec

seulement un petit drain dans l'angle antérieur, partiellement en arrière pour laisser le passage du drain et de la mèche (fig. 305).

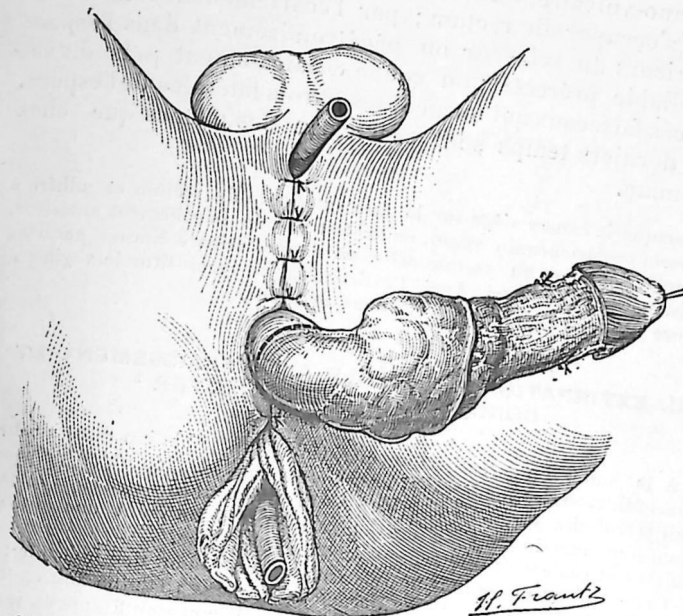


Fig. 305. — 8° La plaie est fermée en partie avec un drain en avant, un drain et une mèche en arrière : une ligne pointillée marque l'endroit où le rectum sera sectionné et fixé à la peau. (D'après Marion, modifié.)

8° Section du rectum et fixation de l'anus. — On sectionne le rectum un peu au-dessous de la plaie périnéale. Par quelques points non perforants on fixe la tranche aux tissus voisins, puis on suture la muqueuse à la peau.

B. Chez la femme. — Le seul temps différent est le décollement de la face antérieure du rectum : il est d'ailleurs plus facile que chez l'homme.

Incision périnéale en raquette à queue postérieure atteignant la base du coccyx.

Section de la peau, du tissu cellulaire sous-cutané, de la cloison ano-coccygienne en arrière, des faisceaux moyens et postérieurs du releveur de chaque côté.

Pour la libération antérieure du rectum, on peut procéder comme chez l'homme en chargeant sur le doigt tout le septum ano-vulvaire, ou disséquer la face postérieure du vagin sans s'occuper du rectum ; par l'écartement des faisceaux antérieurs du releveur on pénètre aisément dans l'espace décollable prérectal ; on coupe verticalement près du vagin ces faisceaux qui forment les parois latérales de l'espace. Les derniers temps sont exactement les mêmes que chez l'homme.

Lorsque le cancer siège sur la face antérieure du rectum et adhère à la paroi postérieure du vagin, on ne fait pas de décollement antérieur, on enlève attenant au rectum cette paroi postérieure limitée par deux incisions longitudinales. Après l'extirpation, on reconstitue le vagin par suture des lèvres externes de ces deux incisions.

II. EXTIRPATION PÉRINÉALE AVEC ABAISSEMENT ET CONSERVATION DU SPHINCTER ¹

A la suite d'une extirpation périnéale avec ablation du sphincter, l'incontinence des matières est en général moins absolue qu'on ne pourrait le craindre, surtout si on a pu placer l'anus périnéal assez en avant ; au bout d'un certain temps la fonction se régularise au point que certains sujets ont seulement une selle par jour, à heure fixe.

Cette incontinence, même relative, est cependant une infirmité ; la technique suivante permet de garder le sphincter : elle ne doit en tout cas s'appliquer qu'aux lésions siégeant à une distance suffisante du canal anal, c'est-à-dire aux cancers ampullaires éloignés du bord supérieur du sphincter par un intervalle de trois à quatre centimètres de muqueuse saine. Pratiquée dans ces conditions, la conservation du sphincter complique un peu l'intervention, elle ne l'aggrave pas sensiblement, n'augmente, paraît-il, pas les chances de récurrence. A la suite de cette intervention la contractilité de l'appareil sphinctérien est presque toujours conservée, mais la continence volontaire parfaite n'est conservée que dans un peu plus du tiers des cas seulement.

1° Avivement de l'anus. — On commence par faire une opération de Whitehead typique, en poussant le décollement de la muqueuse aussi haut que possible ; on lie le manchon muqueux à sa base et on cautérise sa surface de section au thermocautère.

2° Incision prérectale. — On fait en avant de l'anus une incision transversale, d'un ischion à l'autre ; on sépare

1. Technique de Cunéo. *Journal de Chirurgie*. I. I, n° 5, août 1908, p. 433.

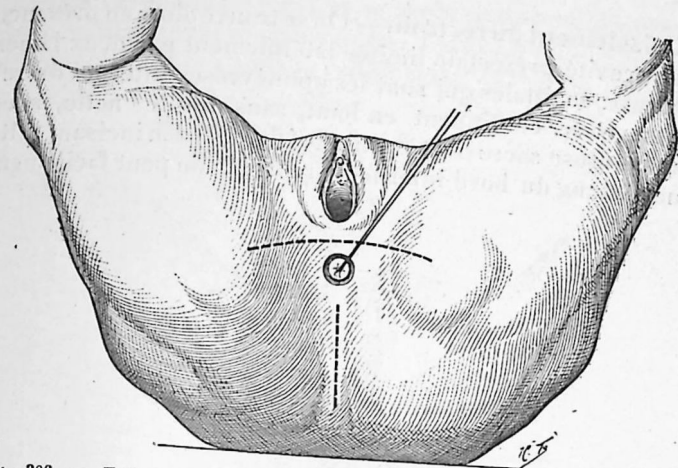


Fig. 306. — Extirpation périnéale du rectum avec conservation du sphincter. — 1° Tracé des incisions cutanées ; on commence par faire une opération de Whitehead typique, puis le manchon muqueux décollé est lié à sa base. (Imité de Cunéo.)

le rectum du bulbe urétral ou du vagin en passant dans l'espace décollable prérectal (voir opération précédente), jusqu'au fond du cul-de-sac péritonéal. On met un tampon de gaze dans la plaie.

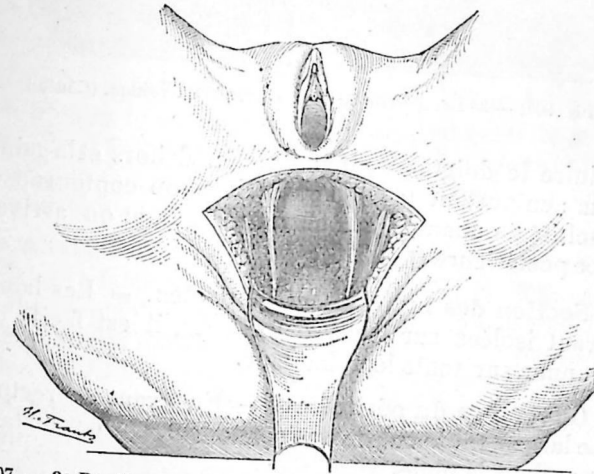


Fig. 307. — 2° Décollement prérectal. — Entre les lames recto-génitales on aperçoit le cul-de-sac de Douglas. (Cunéo.)

3° Isolement du rectum. — On se trouve alors en présence d'une cavité prérectale limitée latéralement par deux lames fibreuses sagittales qui sont les aponévroses internes du releveur et se continuent en haut, sans limite nette, avec l'aponévrose sacro-recto-génitale (*fig. 307*). En incisant cette lame le long du bord interne du releveur on peut facilement

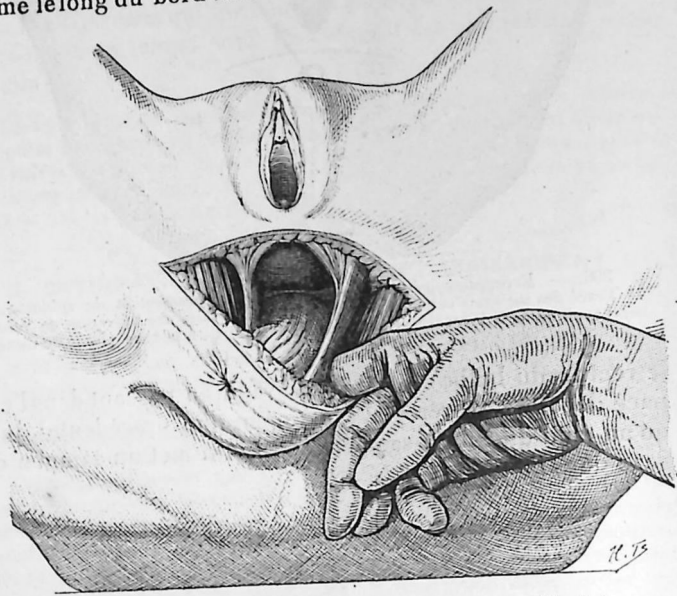


Fig. 308. — 3° Décollement de la face latérale du rectum. (Cunéo.)

introduire le doigt entre le muscle en dehors et la gaine en dedans : en portant le doigt en arrière, on contourne avec une facilité étonnante les côtés du rectum, et on arrive sur sa face postérieure (*fig. 308*).

4° Section des lames recto-génitales. — Les lames se trouvant isolées sur leurs deux faces, il est facile de les sectionner sur toute leur hauteur.

5° Ouverture du péritoine. — En avant du rectum on incise largement le cul-de-sac péritonéal. On met un tampon de gaze dans la plaie.

6° Incision postérieure (*fig. 309*). — Elle commence à 4

centimètres derrière l'anus, et se termine un peu au-dessus de l'articulation sacro-coccygienne. On désarticule le coccyx et on récline vers l'anus la sangle des releveurs.

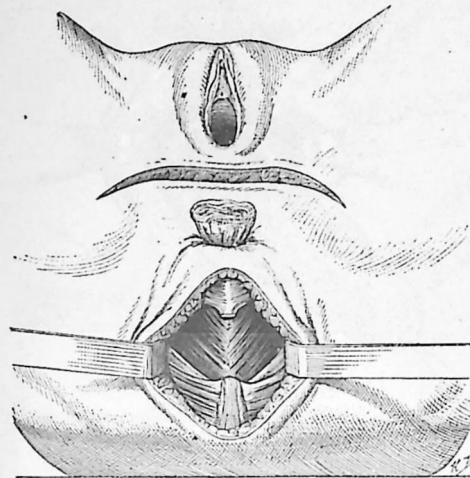


Fig. 309. — 4° Incision postérieure montrant en avant le sphincter externe, au milieu les releveurs, en arrière le coccyx encadré par les grands fessiers et les ischio-coccygiens. (Cunéo.)

7° Décollement présacré comme dans l'opération précédemment décrite.

8° Section inférieure du releveur. — Un doigt est introduit dans le canal anal dépouillé, refoulant le moignon muqueux et faisant saillir la paroi musculaire du rectum dans laquelle on fait une boutonnière, puis qu'on incise sur tout son pourtour.

9° Abaissement du rectum. — On amène alors dans l'incision postérieure le rectum ainsi détaché, on achève son abaissement en sectionnant le pédicule hémorroïdal supérieur après l'avoir pincé, aussi haut que possible (*fig. 310*).

10° Section supérieure de l'intestin au-dessus de la tumeur, à distance, entre deux ligatures.

11° Fermeture du péritoine.

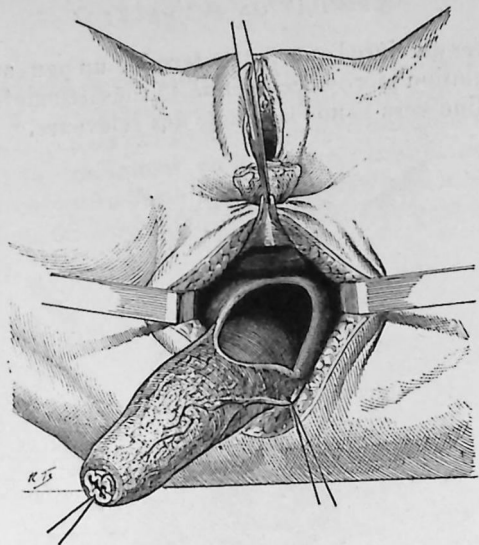


Fig. 310. — 5° Extraction du rectum par l'incision postérieure. (Cunéo.)

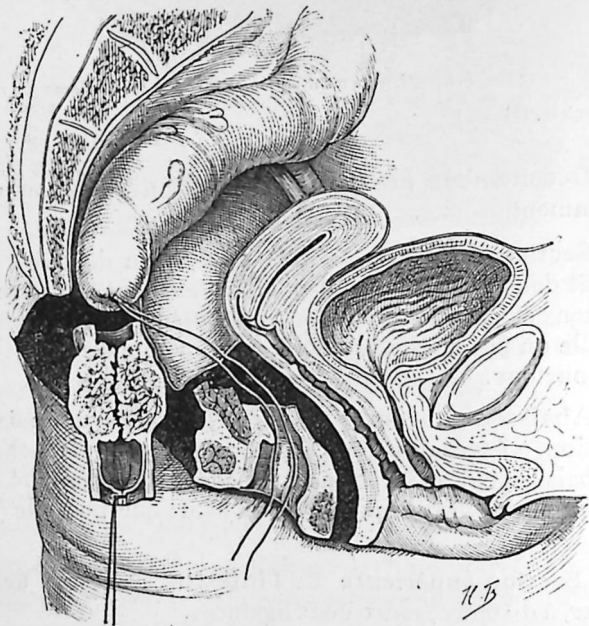


Fig. 311. — 6° Coupe schématique montrant d'une part l'extraction du rectum par l'incision postérieure; d'autre part l'introduction du bout colique dans le canal anal. (Imité de Cunéo.)

12° Mise en place du rectum dans le canal anal dépouillé (fig. 311) ; on l'y fixe au bord des releveurs. On enlève le fil qui ferme le rectum, et on suture la tranche de

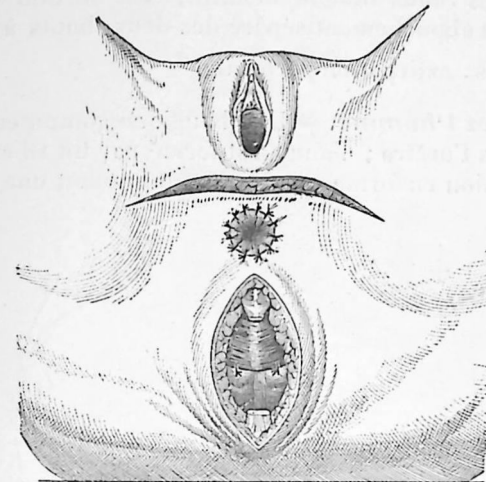


Fig. 312. — 7° Fixation du colon pelvien à la peau.

section à la circonférence cutanée de l'anus (fig. 312). Il est inutile de fermer ou de rétrécir les plaies antérieure et postérieure : dans chacune d'elles on laisse un drain entouré de mèches.

III. EXTIRPATION PÉRINÉALE ÉLARGIE SANS ABAISSEMENT (PRÉCÉDÉE DE L'ÉTABLISSEMENT D'UN ANUS ILIAQUE DÉFINITIF) (OPÉRATION DE MILES)¹

Le principe de cette méthode est l'extirpation large du conduit ano-rectal avec ses ganglions, le tissu cellulaire des fosses ischio-rectales et la plus grande partie des muscles releveurs de l'anus, la section de ces muscles étant pratiquée à distance du rectum, au ras de leurs insertions pelviennes ; l'exérèse peut également être très étendue dans le sens de la hauteur, puisque l'opération se termine par la section haute du colon sigmoïde au fond de la plaie, avec abandon du moignon.

Cette méthode n'est pas seulement applicable aux cancers bas et moyens mais aussi aux cancers ampullaires-supérieurs et recto-sigmoïdiens : pour

1. D'après Pauchet. *La Pratique chirurgicale illustrée*. Fascicule II.

ces derniers cas notamment, elle peut être indiquée chez les obèses, et d'une manière générale chez tous les malades qui ne paraissent pas en état de supporter une amputation abdomino-périnéale.

1^{er} temps : anus iliaque définitif, avec section de l'anse colique, et abouchement séparé des deux bouts à la peau.

2^e temps : extirpation périnéale.

A. Chez l'homme. — Une bougie en gomme est mise en place dans l'urètre ; l'anus est fermé par un fil en bourse.

1^o Incision en forme de coupe comprenant une

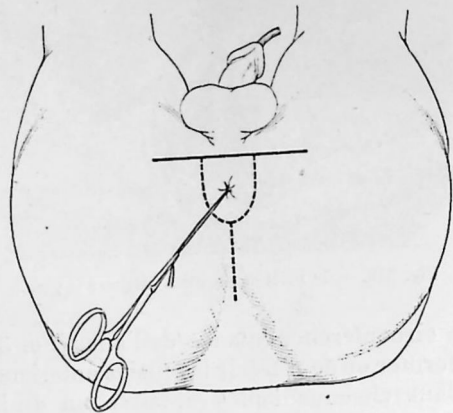


Fig. 313. — Extirpation périnéale élargie sans abaissement. 1^o L'incision (Pauchet).

transversale pré-anale, une partie semi-circulaire menée à deux centimètres de l'anus, une branche verticale rétro-anale atteignant en arrière l'articulation sacro-coccygienne (fig. 313).

2^o Libération du rectum en avant (voir page 301).

3^o Désarticulation du coccyx et libération du rectum en arrière (voir page 303).

4^o Section des releveurs : de chaque côté, à distance du rectum, contre les branches ischio-pubiennes, on incise la graisse ischio rectale et on met à nu la face inférieure des muscles releveurs ; on refoule la graisse en dedans et on sectionne les muscles très en dehors, au ras de leur insertion pelvienne (fig. 314).

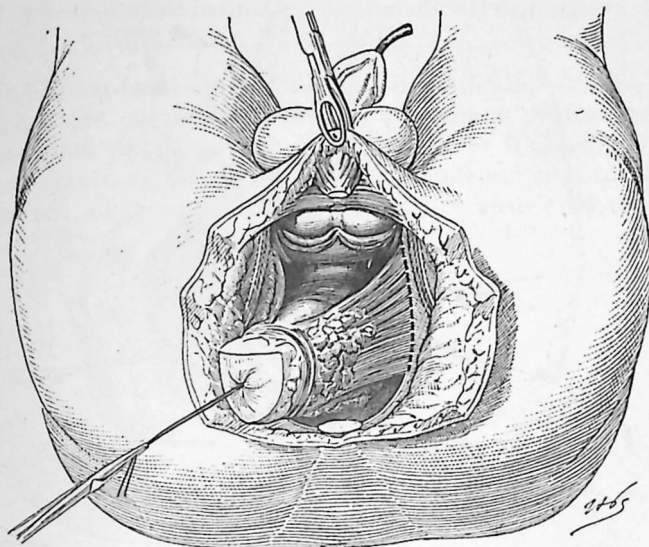


Fig. 314. — 2^o Le rectum a été libéré en avant et en arrière ; de chaque côté on coupe les releveurs contre la paroi pelvienne. (D'après Pauchet.)

5^o Ouverture du cul-de-sac de Douglas en avant entre rectum et prostate ; section de l'artère mésentérique inférieure entre deux ligatures, sur la face postérieure du recto-sigmoïde (voir page 304).

6^o L'anse recto-colique étant abaissée avec la graisse et les releveurs attenants, section de cette anse au thermocautère entre un fil solide placé le plus haut possible, et une pince coudée placée au-dessous. Enfouissement du moignon par un fil passé en bourse à un centimètre au-dessus (fig. 315). Fixation des bords de la brèche péritonéale au pourtour du moignon.

7^o Suture de la plaie avec drainage à la partie postérieure.

B. Chez la femme. — Le seul temps différent, dans ce procédé comme dans les autres, est le décollement de la face antérieure du rectum ; en cas de cancer de la face antérieure du rectum adhérent au vagin, au lieu de faire ce décollement, on enlève la paroi postérieure du vagin avec le rectum.

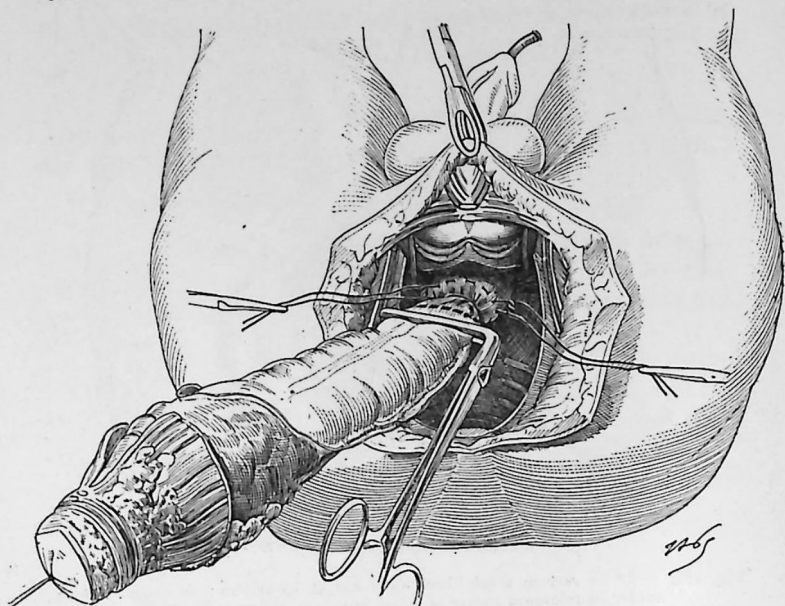


Fig. 315. — 3° L'anse est abaissée; on va la couper suivant le pointillé au-dessus d'une pince, au-dessous d'une ligature; deux fils sont préparés pour fermer une bourse qui enfouira aussitôt le moignon. (Imité de Pauchet.)

IV. EXTIRPATION ABDOMINO-PÉRINÉALE AVEC ABAISSEMENT DU CÔLON AU PÉRINÉE

Après une amputation abdomino-périnéale, il y a deux manières de traiter le bout colique : on peut l'aboucher à la paroi abdominale en anus iliaque définitif : c'est le procédé le plus simple, le plus anciennement employé. Pour éviter au malade cette pénible infirmité on peut, dans certaines conditions et par la technique que nous allons décrire, implanter le bout colique au périnée, au lieu et place de l'anus normal.

Certains chirurgiens, estimant que l'abaissement au périnée complique et aggrave une opération déjà grave par elle-même, font systématiquement l'anus iliaque définitif.

D'autres ne font l'abaissement que quand le sphincter anal peut être conservé, car mieux vaut, disent-ils, un anus iliaque qu'un anus périnéal incontinent.

D'autres enfin font l'abaissement chaque fois qu'il est possible sans délabrement important, sans clivage colo-pariétal étendu, sans sections multiples d'artères, sans traction exagérée pouvant mettre en danger la vitalité du segment abaissé : si au cours de l'intervention les conditions techniques leur semblent défavorables, ils se résolvent à l'anus iliaque définitif, tout en le considérant comme un pis aller.

I. Temps abdominal. — Le malade est en position déclinée, le chirurgien à gauche.

1° **Laparotomie médiane sous-ombilicale.** — Mise en place d'une valve sus-pubienne, de champs protégeant la masse des anses grêles. On examine les lésions, on se rend compte si le rectum est extirpable ou non (cancer adhérent au sacrum, lymphangite cancéreuse à distance,

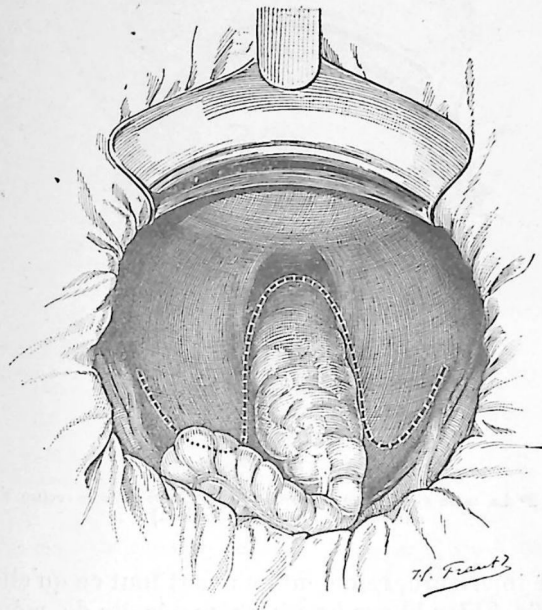


Fig. 316. — Extirpation abdomino-périnéale avec implantation du colon au périnée.
1° Incision du péritoine pour la libération du rectum par la voie abdominale. (Marion.)

métastases abdominales), si l'abaissement au périnée sera possible ; supposons qu'on juge le rectum extirpable, et l'abaissement réalisable.

2° **Incision du péritoine.** — On incise le péritoine suivant une ligne continue sur le feuillet gauche du mésocolon pelvien, la gouttière latéro-rectale gauche, le fond du cul-de-sac de Douglas, la gouttière latéro-rectale droite, enfin le feuillet droit du mésocolon pelvien (fig. 316).

3° **Décollement du côlon pelvien et du rectum.** — a) *En arrière* : la main introduite par la brèche péritonéale au contact du sacrum va râcler la concavité sacrée, jusqu'à son

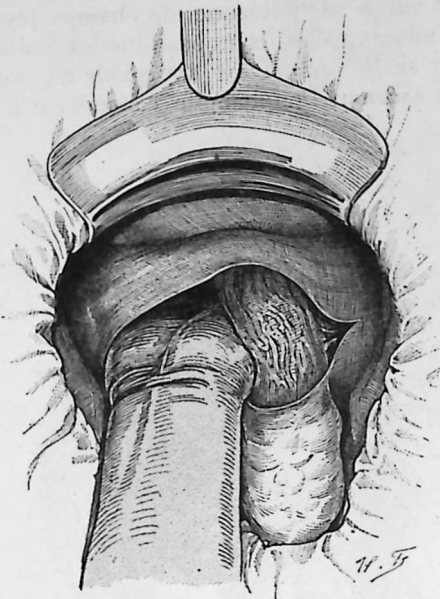


Fig. 317. — 2° La main glissée dans la concavité sacrée décolle le rectum de la face antérieure du sacrum. (Marion.)

extrémité inférieure, refoulant en avant tout ce qu'elle rencontre (fig. 317) ; b) *sur les côtés* : on décolle de même à la main le plus bas possible, jusqu'aux releveurs, en prenant soin de ménager l'uretère, en pinçant et sectionnant, chemin faisant, les vaisseaux hémorroïdaux moyens sur la face supérieure du releveur ; c) *en avant* : on décolle le rectum de la vessie et de la prostate, toujours le plus bas possible (fig. 318).

4° **Ligature du pédicule supérieur.** — On marque le point où portera la section de l'intestin : quel que soit le siège du cancer, il y a intérêt à toujours pratiquer cette section en un point qui correspond à la partie la plus longue du méso-sigmoïde ; c'est en effet ainsi qu'on obtiendra la plus grande mobilité ; à ce niveau on noue un fil re-

père autour de l'intestin. Puis dans l'incision du méso on va chercher l'artère hémorroïdale supérieure qu'on lie le plus haut possible, c'est-à-dire un peu au-dessous du tronc des

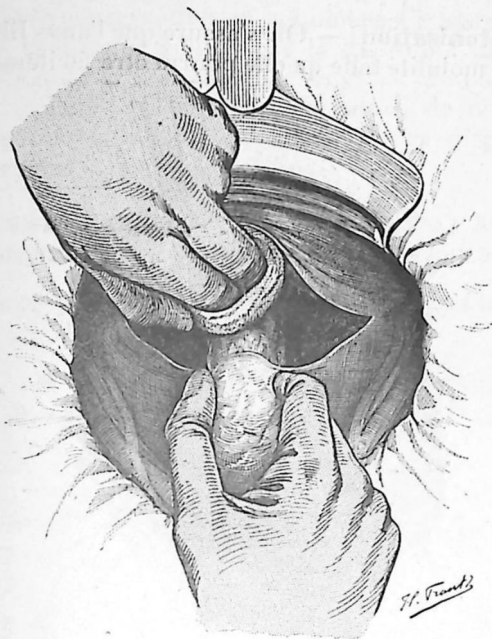


Fig. 318. — 3° A la compresse on isole le rectum de la face postérieure de la vessie. (Marion.)

sigmoïdes, et on la sectionne entre deux ligatures. On est ainsi au-dessus du premier relai ganglionnaire régional. Accessoirement il faut jeter un fil sur la dernière arcade juxta-sigmoïdienne qui saigne lorsqu'on coupe radiairement le méso dans la direction qui répond au point de la future section de l'intestin (Cunéo¹).

On a minutieusement étudié, depuis une quinzaine d'années, la disposition des artères de la jonction recto-sigmoïdienne, les modes de ramescence de l'artère mésentérique inférieure, les anastomoses entre ses branches, la sigmoïdea ima et le fameux point critique de Sudek ; on a longuement discuté sur le point précis où devait porter la section de l'ar-

1. Cunéo. Bull. mém. soc. chir., 1923, p. 1333.

tère pour éviter la gangrène du segment colique à abaisser. Ces études, ces discussions n'ont pas d'intérêt au point de vue qui nous occupe, puisque la section passe toujours au-dessus de la zone dangereuse, et que le segment colique correspondant « doit fatalement passer dans la cuvette » (Cunéo)¹.

5° Péritonisation. — On s'assure que l'anse libérée présente une mobilité telle qu'elle pourra être facilement abais-

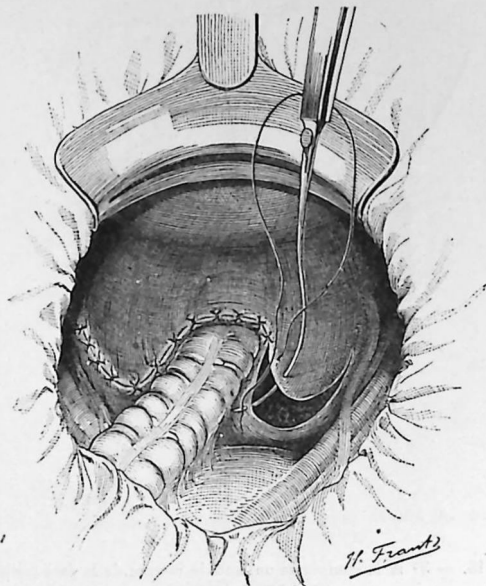


Fig. 319. — 4° Péritonisation par-dessus l'anse libérée. (Marion.)

sée, on l'entasse dans le petit bassin et au-dessus d'elle on péritonise en suturant le lambeau péritonéal antérieur au pourtour du côlon qui se trouve à ce niveau, et est destiné à y rester (fig. 319).

Cette péritonisation se trouve un peu gênée par la présence du long segment colique qui doit ultérieurement être abaissé, mais qui pour le moment est ramassé sur lui-même : aussi certains opérateurs rejettent-ils le temps de péritonisation à la fin de l'opération, après le temps périméal ; c'est-à-dire qu'ils font un troisième temps abdominal, uniquement pour péritoniser : la péritonisation est ainsi plus parfaite, parce qu'elle se fait sur un petit bassin où le côlon a pris sa place définitive.

1. Cunéo. *Ibidem*.

6° Fermeture de la paroi abdominale.

II. Temps périméal. — L'extirpation du rectum, son abouchement au périnée se font suivant les règles indiquées à propos de l'extirpation par voie périméale, autant que possible avec conservation du sphincter. Ce temps périméal se trouve beaucoup facilité par la libération abdominale préalable. La désarticulation du coccyx est inutile.

Il faut tâcher, à la fin de l'opération, de reconstituer aussi bien que possible le releveur dans sa disposition et ses connexions intestinales.

V. EXTIRPATION ABDOMINO-PÉRINÉALE AVEC IMPLANTATION DU CÔLON A LA PAROI ABDOMINALE

I. Temps abdominal. — Les trois premiers temps sont

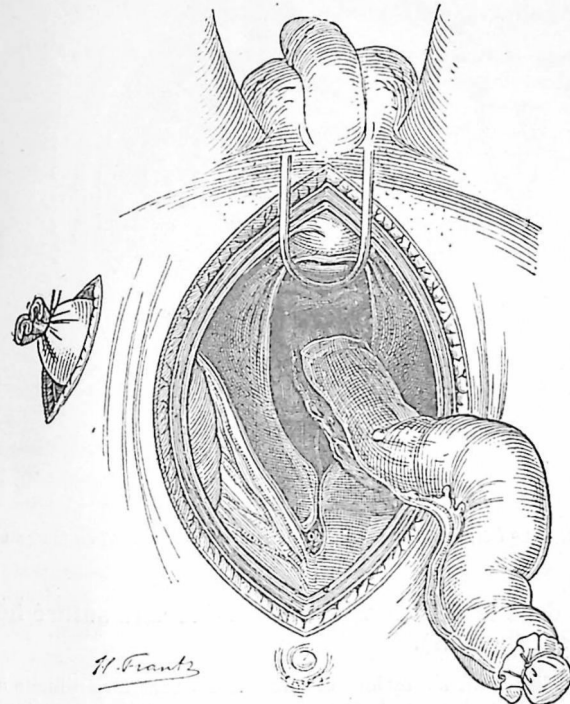


Fig. 320. — Extirpation abdomino-périnéale avec implantation du côlon à la paroi abdominale. 1° L'anse colique a été libérée, sectionnée entre deux ligatures ; le bout supérieur est engagé dans une contre-incision iliaque gauche.

exactement les mêmes que dans l'opération précédente.

4° **Section de l'intestin.** — Au point choisi, c'est-à-dire à bonne distance au-dessus de la tumeur, l'intestin sera écrasé, puis sectionné au thermocautère entre deux ligatures ; chaque bout sera encapuchonné d'une compresse (fig. 320).

5° **Péritonisation.** — Par-dessus le bout inférieur



Fig. 321. — 2° Péritonisation par-dessus le bout supérieur tassé au fond du petit bassin.

refoulé dans le petit bassin, le péritoine sera suturé hermétiquement (fig. 321).

Le bout inférieur, s'il est long et volumineux, peut être difficile à loger dans le pelvis : il tient de la place, et de ce fait la péritonisation est parfois rendue difficile ; on peut en réduire le volume par une recoupe.

6° **Implantation du bout supérieur à la paroi abdominale** en anus terminal iliaque gauche, que l'on pourra ultérieurement perfectionner par un des procédés d'anus définitif que nous avons décrits (voir page 247).

La section du côlon entre les deux branches d'un petit écraseur (type Lardennois ou de Martel) simplifie énormément ce temps opératoire ; la branche qui est sur le bout distal est abandonnée momentanément dans l'excavation pelvienne ; la branche qui est sur le bout proximal peut être enfilée sans difficulté dans une boutonnière de la paroi au point le plus convenable, et retirée seulement au bout de 24 heures (Okinczyk).

7° **Fermeture de la paroi abdominale.**

II. **Temps périnéal.** — L'extirpation du rectum sera faite suivant les règles indiquées à propos de l'extirpation par voie périnéale sans conservation du sphincter.

Le temps de libération antérieure, qui est toujours le plus délicat, peut être, dans ce cas particulier, facilité par l'artifice suivant : commencer par libérer le rectum en arrière et sur les côtés, amener au dehors le bout supérieur du côlon, le tirer en avant : la séparation recto-bulbaire se fait alors de haut en bas, par décollement rétrograde, pour ainsi dire, avec la plus grande facilité.

Le rectum une fois enlevé, la brèche périnéale déshabillée sera laissée largement béante, et mollement tamponnée à la gaze.

EXTIRPATION ABDOMINO-PÉRINÉALE CHEZ LA FEMME

L'opération est plus facile parce que le bassin est plus large. Dans le temps abdominal, le décollement antérieur se fait entre rectum et vagin ; l'hystérectomie peut être indiquée non seulement quand les adhérences le commandent, mais encore quand le volume de l'utérus, fibromateux ou non, gêne la libération du rectum ; certains chirurgiens font même systématiquement l'hystérectomie comme premier temps de toute extirpation du cancer du rectum chez la femme : elle facilite toutes les manœuvres de libération, et surtout le temps si capital de la péritonisation.

Quand le néoplasme rectal siège sur la face antérieure du rectum et qu'il adhère au vagin, mais dans ce cas seulement, il faut enlever toute la paroi postérieure du vagin en bloc avec le rectum.

QUATRIÈME PARTIE

OPÉRATIONS SUR LES ANNEXES DU TUBE DIGESTIF

1^{re} SECTION

CHIRURGIE DU FOIE

CHAPITRE PREMIER

EXPLORATION, VOIES D'ABORD DU FOIE

Le foie, organe abdominal, est presque entièrement logé dans la cage thoracique ; il n'est séparé de la cavité pleurale droite et du péricarde que par une mince lame musculaire : le diaphragme (*fig. 322*).

Si la face inférieure du foie, son bord antérieur et la partie voisine de sa face convexe peuvent être abordés par voie abdominale, par simple laparotomie, on ne peut commodément accéder à la partie postérieure de cet organe qu'en s'ouvrant un chemin à travers le gril costal, la plèvre et le diaphragme.

Nous étudierons successivement les différentes incisions qui permettent d'aborder le foie, le jour qu'elles donnent sur les différentes parties de ce viscère : puis nous envisagerons la question du choix d'une incision dans les divers cas particuliers qui peuvent se présenter en pratique.

1^o Laparotomie médiane sus-ombilicale (voir page 71).

— Sans toucher à rien, en écartant seulement les deux lèvres de l'incision, on voit une partie de la face convexe du foie, la partie qui est normalement en rapport avec la paroi abdominale antérieure au niveau de l'épigastre, sous l'appendice xiphoïde, entre les deux rebords cartilagineux divergents ; elle est limitée en bas par le bord antérieur du foie, qui repose sur l'estomac. Le bord antérieur monte obliquement du 9^e cartilage costal droit vers le 7^e ou 8^e cartilage costal gauche, coupant la ligne médiane à deux travers de doigts au-dessous de la pointe de

l'appendice xiphoïde. Les rapports sont plus étendus chez les sujets à thorax étroit, chez les femmes ; ils le sont moins chez les individus robustes, à thorax large.

En saisissant le bord inférieur du foie et en l'attirant en bas, on arrive à voir tout le versant antérieur du dôme hépatique ; en même

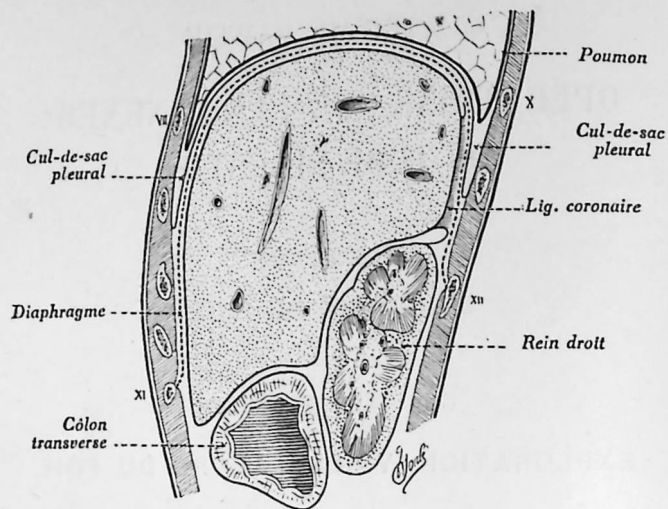


Fig. 322. — Coupe antéro-postérieure de l'hypochondre droit montrant les rapports du foie. (Charpy.)

temps, on tend une cloison membraneuse, orientée dans un plan sagittal, entre le foie d'une part, la face inférieure du diaphragme et la face postérieure de la ligne blanche d'autre part, un peu à droite de la ligne médiane ; c'est le ligament falciforme, ou grande faux du péritoine, ou ligament suspenseur du foie. Il cloisonne l'espace sous-phrénique en deux loges : la loge inter-hépatophrénique gauche dont le plafond est formé par la partie du diaphragme qui répond au péricarde, le plancher par le lobe gauche du foie ; la loge inter-hépatophrénique droite qui s'étend sous toute la coupole diaphragmatique droite, sur toute la convexité du lobe droit du foie.

Si on peut facilement explorer toute la face supérieure du lobe gauche et y accéder, en ce qui concerne le lobe droit, on peut évidemment passer la main entre foie et diaphragme d'avant en arrière jusqu'à ce qu'on soit arrêté par le ligament coronaire, suivre ce ligament coronaire de gauche à droite pour explorer du bout des doigts toute la convexité du lobe droit, mais la plus grande partie de cette surface reste cachée à la vue, et opératoirement inaccessible. La section du ligament suspenseur, pratiquée d'avant en arrière aux ciseaux, permet de faire un peu basculer le foie et d'augmenter de quelques centimètres la sur-

face visible du dôme, mais toute la partie externe du lobe droit reste invisible.

Tel est le jour restreint que donne l'incision médiane sus-ombilicale sur la face convexe.

Si maintenant on relève le bord antérieur du foie (fig. 323), et qu'on le fait tirer en haut par les mains d'un aide garnies de compresses de gaze, pour éviter le glissement, on découvre assez facilement toute la face inférieure concave du lobe gauche, dont l'extrémité gauche, prolongée

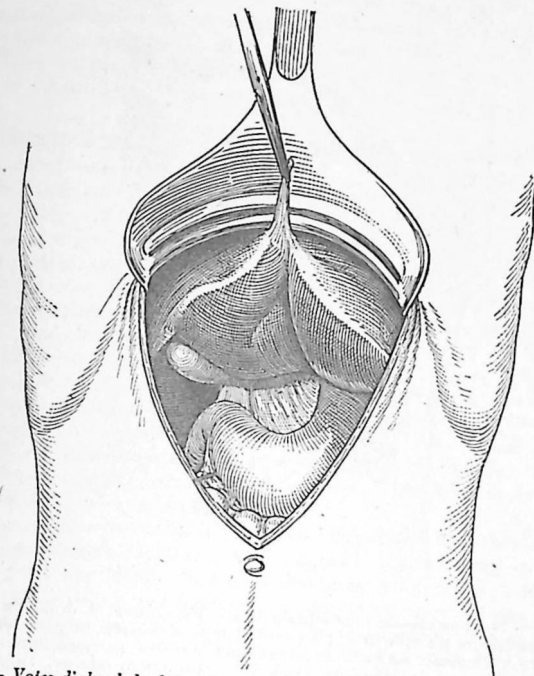


Fig. 323. — Votes d'abord du foie : 1^e laparotomie médiane sus-ombilicale. La pince tient le ligament rond sectionné et relevant le foie, rend visible la face inférieure du lobe gauche et le lobe carré.

par le ligament triangulaire, va se perdre dans la profondeur, plus ou moins loin vers la gauche, parfois au contact de la rate. — Vers la droite, le champ de vision se trouve limité par la vésicule biliaire, en arrière par le petit épiploon qui contient les éléments du pédicule hépatique ; c'est-à-dire que seul le lobe carré se trouve bien exposé.

En effondrant la partie flaccide du petit épiploon, à gauche du pédicule hépatique, on pourrait à la rigueur se frayer une voie, bien étroite et bien profonde, vers le lobule de Spiegel, à travers l'arrière-cavité des épiploons.

2° **Laparotomie sous-costale droite** (parallèle au rebord cartilagineux du thorax (voir page 76). — Si, une valve réclinant le rebord thoracique, on fait tirer en haut par un aide le bord antérieur du foie, on arrive à véritablement extérioriser une partie du lobe droit, et on obtient ainsi un excellent jour sur la face inférieure du foie, qui se trouve directement exposée à la vue (fig. 324) : lobe droit proprement

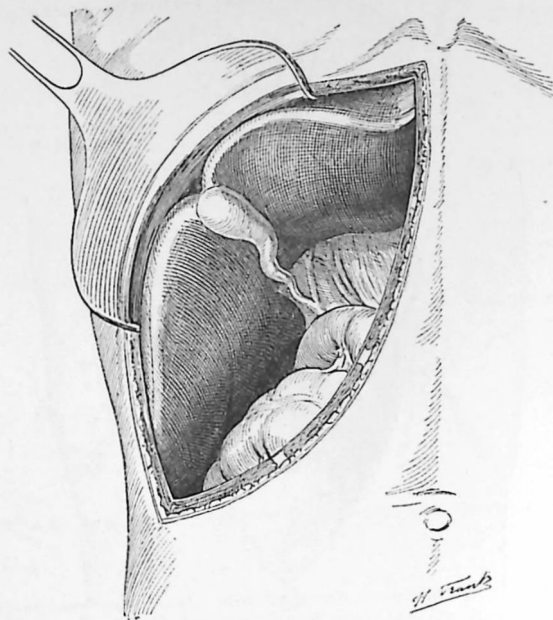


Fig. 324. — 2° Laparotomie sous-costale droite. Foie relevé. A droite de la vésicule : la face inférieure du lobe droit ; à gauche : le lobe carré, le petit épiploon qui contient les éléments du pédicule hépatique ; derrière le bord libre de ce petit épiploon : l'hiatus de Winslow. Dans la partie inféro-interne, l'angle duodénal et l'angle colique droit.

dit, avec ses empreintes colique, rénale et duodénale, vésicule biliaire, lobe carré ; le champ se trouve limité vers la gauche par le ligament falciforme, en arrière par le petit épiploon ; mais derrière le bord libre de ce petit épiploon, devant la veine cave inférieure, entre le foie en haut et le duodénum en bas, on peut glisser le doigt dans l'hiatus de Winslow, et aller explorer le lobe de Spiegel qui forme le plafond de la région cœliaque.

Si réclinant toujours fortement en haut et en dehors le rebord cartilagineux du thorax on laisse le bord inférieur du foie revenir en situation normale, qu'on l'attire même en bas, on arrive à découvrir presque tout le versant antérieur et le versant droit de la face convexe du foie.

Mais si du bout des doigts on peut aller explorer la partie la plus reculée de cette face convexe, toute la partie postéro-externe du lobe droit, ces parties restent inaccessibles à la vue, donc à toute intervention chirurgicale.

3° **Laparotomies élargies, par résection du rebord costal** (voie sous-pleurale). — La résection définitive du rebord costal par la technique d'Auvray (voir page 88), ou la résection temporaire de ce rebord par la technique de Baudet-Navarro (voir page 89), qui respectent le cul-de-sac pleural, permettent de gagner du terrain dans le sens de la hauteur, c'est-à-dire d'atteindre au sommet du dôme hépatique. Elles ne permettent pas d'exposer le versant postérieur : pour y arriver, il est indispensable de traverser la cavité pleurale.

4° **thoracotomie postérieure** (voie transpleurale). — Un cadavre étant couché en position ventro-latérale gauche, faites une grande incision en U dont la branche verticale interne soit à 10 centimètres à droite de la ligne des apophyses épineuses, dont la branche transversale suive le 10^e espace intercostal sur une longueur de 12 à 15 centimètres, dont la branche verticale externe monte vers l'aisselle jusqu'à la 7^e côte. Dans les deux branches verticales de votre incision, incisez les parties molles jusqu'aux côtes, dénudez une à une ces côtes sur une longueur de 2 centimètres, coupez-les au costotome. Dans la branche transversale incisez le 10^e espace et ouvrez la plèvre de bout en bout : ainsi vous pourrez relever un grand lambeau comprenant la peau, les muscles, un long segment des 10^e, 9^e, 8^e, 7^e côtes, la plèvre pariétale : ce grand volet thoracique étant relevé, vous avez sous les yeux le versant postérieur, presque vertical, de la coupole diaphragmatique droite : incisez cette coupole et vous découvrirez toute la partie postérieure du lobe droit du foie.

Ceci est une démonstration cadavérique, qui donne une excellente idée de la topographie chirurgicale de la région ; sur le vivant, comme on intervient pour une lésion dont on a d'avance déterminé le siège d'une manière précise par la radiographie ou par la ponction, on se contente en général d'une incision rectiligne, de la résection d'une côte, de deux côtes au maximum, sur une longueur d'une dizaine de centimètres.

5° **Laparo-thoraco-phrénotomie** (Ans. Schwartz et Jean Quénu). — Couchez votre sujet en position dorso-latérale gauche.

1° Menez une incision oblique de l'ombilic vers le rebord cartilagineux du thorax, en regard du 8^e espace. Placez un écarteur : cette incision donne un jour médiocre sur la face inférieure du lobe droit dans la région vésiculaire ; elle permet de passer la main, et d'explorer du bout des doigts la face concave et la face convexe.

2° Prolongez de 5 ou 6 centimètres votre incision sur le rebord cartilagineux, et au delà ; sectionnez au bistouri le rebord cartilagineux ; entamez de quelques centimètres les insertions du diaphragme, en restant au-dessous du cul-de-sac pleural que vous refoulez au besoin du bout du doigt : faites bien écarter ; la plaie opératoire s'ouvre largement

et permet d'inspecter toute la face inférieure du lobe droit, une grande partie de sa convexité.

3° Prolongez d'avant en arrière l'incision dans le 8^e espace intercostal, au besoin jusqu'à la ligne axillaire antérieure (fig. 325); dans cet espace ouvrez hardiment la plèvre: une cloison mince et mobile

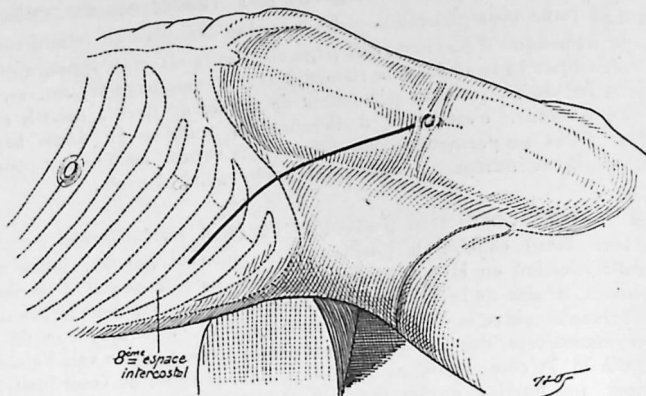


Fig. 325. — 3^e Laparo-thoraco-phrénotomie (Ans. Schwartz et Jean Quénu); tracé de l'incision.

divise votre champ opératoire: c'est le diaphragme: incisez-le sans crainte d'avant en arrière, placez dans l'espace un écarteur de Tuffier, ouvrez-le largement: vous avez sous les yeux tout le lobe droit du foie. Ce lobe droit vous pouvez en grande partie l'extérioriser; en le relevant (fig. 326) vous exposez avec la plus grande facilité toute la face inférieure

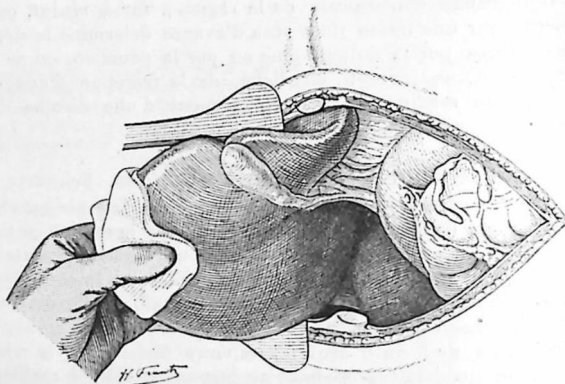


Fig. 326. — 3 bis. Laparo-thoraco-phrénotomie dans le 8^e espace; lobe droit extériorisé et relevé; accès sur sa face inférieure jusqu'à sa partie la plus reculée: remarquer dans le fond le ligament triangulaire droit.

rieure; en l'abaissant (fig. 327) vous avez sous les yeux toute la face supérieure, tout le dôme du foie jusqu'au ligament falciforme à gauche, jusqu'au ligament coronaire en arrière; en l'attirant en avant, vous suivez ce ligament coronaire jusqu'à son extrémité droite, que vous

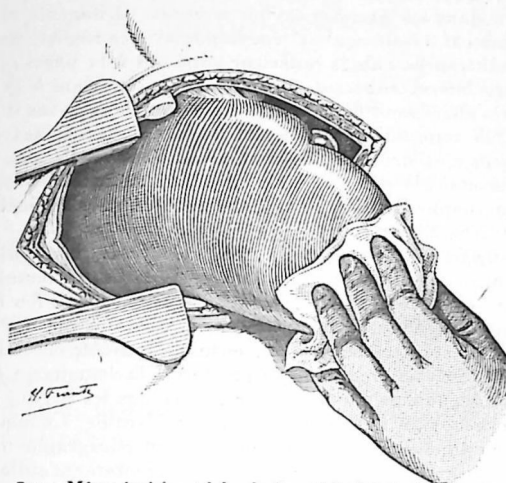


Fig. 327. — 3 ter. Même incision; lobe droit extériorisé et abaissé: accès sur sa face convexe.

apercevez sous forme du petit repli triangulaire droit, et vous pouvez inspecter toute la partie verticale, postéro-externe du lobe droit.

Choix d'une incision. — Nous envisagerons deux cas, suivant qu'on a pu, ou non, déterminer le siège exact de la lésion hépatique pour laquelle on intervient.

1^{er} cas. — On intervient pour une lésion limitée du foie, dont on a pu d'avance déterminer le siège, par les moyens d'exploration clinique, la ponction, l'examen radiologique. — On se trouve ordinairement dans ces conditions lorsqu'on intervient pour inciser un kyste hydatique, un abcès, pour extirper une tumeur, pour extraire un projectile. Dans tous ces cas le choix de l'incision devra être subordonné au siège de la lésion; il est même parfois indiqué et imposé pour ainsi dire par la saillie de la lésion en un point de la paroi thoracique ou abdominale.

D'une manière générale la laparotomie médiane sus-ombilicale convient aux lésions du lobe gauche.

La laparotomie sous-costale droite est bonne pour les lésions de la face inférieure du lobe droit, de son bord antérieur, et du versant antérieur de sa convexité; pour les lésions haut situées, elle doit être agrandie par la résection temporaire ou définitive du rebord costal.

La thoracotomie postérieure est la seule voie praticable pour les lésions situées à la partie postéro-externe du lobe droit. La résection

d'une seule côte sur une longueur de 10 à 12 centimètres sera généralement suffisante pour l'incision d'un abcès du foie, d'un kyste hydatique. Le choix de la côte à réséquer sera fixé avant l'opération par les moyens cliniques et spéciaux de localisation.

En matière d'abcès, quelle que soit la voie suivie, il faut éviter l'effusion du pus dans les grandes cavités séreuses péritonéale et pleurale ; dans certains cas l'isolement se trouve par avance réalisé, par le mécanisme des adhérences : abcès antérieur adhérent à la paroi abdominale, abcès postéro-latéral adhérent au diaphragme, et même à la paroi thoracique après effacement de la cavité pleurale ; dans ce cas il suffit d'inciser dans la zone adhérente, et de ne pas dépasser ses limites. Si ces adhérences n'existent pas, on peut, avant d'inciser l'abcès, appliquer, par une couronne de points, le foie au péritoine pariétal (voie abdominale) ou au diaphragme et aux plans sous-cutanés (voie thoracique) (voir figures 329, 330, 331).

2^e cas. — On intervient pour une lésion probable du foie, dont on ne connaît exactement ni le siège, ni l'étendue. — C'est le cas banal des traumatismes de l'hypochondre droit, des plaies par armes à feu et des contusions. La bonne incision pour ces cas est celle qui permet d'abord, à peu de frais, d'explorer tout le foie, ensuite de traiter les lésions reconnues : il faut donc une incision qui puisse « à la demande » être agrandie pour donner tout le jour nécessaire, dans tous les cas qui peuvent se présenter, et cela sans délabrement trop considérable. La meilleure conduite à tenir est celle que nous avons décrite au paragraphe 5 de ce chapitre (page 327) : 1^o laparotomie minima, d'exploration, oblique en haut et en dehors, de l'ombilic au rebord costal ; 2^o les lésions étant reconnues et si elles le nécessitent, section du rebord costal, et au besoin : 3^o incision de l'espace intercostal et du diaphragme (laparo-thoraco-phrénotomie).

C'est un type d'incision progressive exploratrice. Elle permet de faire face à toutes les éventualités, aux cas les plus difficiles ; elle permet non seulement de suturer une plaie, une déchirure du foie, mais encore, le cas échéant, de traiter quelque lésion concomitante des autres viscères abdominaux (supériorité sur la voie thoracique simple) ou du poumon (supériorité sur la laparotomie simple) ; s'il s'agit d'une plaie thoraco-abdominale, elle permet de reconnaître la brèche diaphragmatique, et de la suturer avec facilité.

La laparo-thoraco-phrénotomie n'est pas shockante, ni délabrante, elle est facile à réparer (voir page 92) ; elle constitue l'incision de choix pour les traumatismes de l'hypochondre droit.

N. B. — Nous avons décrit la laparo-thoraco-phrénotomie dans le 8^e espace : c'est l'incision moyenne, qui permet le mieux l'exploration de tout le lobe droit du foie : c'est l'incision de choix dans les contusions. Mais si on a quelque indice de certitude ou de probabilité sur le siège supposé des lésions (plaie cutanée, repérage radioscopique d'un projectile) on peut, suivant les cas, faire l'incision plus haut, dans les 7^e, 6^e espaces, ou plus bas, dans le 9^e ou 10^e : on arrivera ainsi plus directement sur la lésion.

CHAPITRE II

SUTURE DU FOIE

Lorsqu'une plaie, une rupture, une déchirure du foie a été constatée, il faut réparer la lésion, en assurant l'hémostase.

La lésion étant bien exposée, il faut la suturer. La supériorité de la suture sur tous les autres modes d'hémostase est universellement admise. On a imaginé de nombreux procédés de suture, plus ou moins ingénieux, plus ou moins compliqués.

Dans la majorité des cas la suture simple à points séparés ne coupe pas, à condition d'employer un fil assez gros, une aiguille assez courbe, de charger une bonne épaisseur de tissu hépatique, et de ne pas trop serrer les fils.

Le tamponnement, qui est souvent employé, doit être considéré comme un pis aller, pour les plaies profondément situées, ou déchiquetées, qu'on n'arrive pas à suturer.

CHAPITRE III

RÉSECTION DU FOIE

Les indications de cette opération sont exceptionnelles ; elles se réduisent aux tumeurs non pédiculées et non énucléables du foie : adénome, cancer primitif, cancer de la vésicule propagée au foie.

On a pu avec succès réséquer tout le lobe gauche du foie, plus d'une livre de tissu hépatique...

L'incision pariétale sera appropriée à la situation de la tumeur.

La difficulté de l'opération, c'est l'hémostase, car les tranches de section du foie saignent énormément. L'hémostase temporaire par compression du pédicule hépatique n'est pas inoffensive (cas d'infarctus

intestinaux), ni indispensable. L'hémostase définitive par tamponnement, par suture de la surface de section hépatique à la face profonde de la paroi abdominale, sont des procédés médiocres, qu'on ne devra employer qu'exceptionnellement.

Dans la grande majorité des cas on peut et on doit obtenir l'hémostase par la suture directe, qui permet la réduction immédiate du foie dans l'abdomen ; on pourra, suivant les cas, commencer ou finir par l'hémostase.

Réséction première, suture ensuite. — S'agit-il d'une réséction limitée, on incise franchement le tissu hépatique au bistouri, de part et d'autre de la tumeur, à distance de cette tumeur. On tamponne un instant la tranche de section, puis on pince les plus gros vaisseaux.

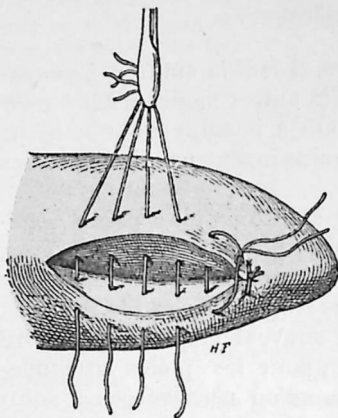


Fig. 328. — Réséction cunéiforme du foie. Manière de suturer la plaie (Waring).

A l'aide d'une longue aiguille courbe on passe profondément de gros fils dans l'épaisseur du foie, de telle sorte qu'une fois serrés ils rapprochent et accolent les deux surfaces cruentées ; au besoin on ajoutera quelques points superficiels dans l'intervalle des points profonds.

Section progressive après hémostase. — Cette pratique est recommandable quand on veut réséquer une grosse portion de foie.

On commence par circonscrire la zone de foie qu'on désire réséquer par une série d'anses de fil assez rapprochées, passées en U, traversant au besoin le foie dans toute son épaisseur, de la face supérieure à la face inférieure, et qu'on aura soin d'enchaîner les unes avec les autres pour éviter qu'elles ne glissent. On serre chaque fil lentement et fortement, de manière à écraser le parenchyme et à ne garder dans le nœud que les vaisseaux plus résistants ; puis on sectionne au fur et à mesure le tissu hépatique dans le champ d'hémostase des sutures serrées.

On donne autant que possible à la réséction la forme d'un coin, de façon à constituer deux valves d'affrontement, qui seront ensuite réunies par un surjet de catgut.

Quand, du fait de l'étendue de l'exérèse ou de la forme qu'on a été obligé de donner à la section, on ne peut réunir les lèvres de la brèche hépatique, on peut interposer entre elles un morceau d'épiploon, et réaliser sur cette sorte de bourdonnet un rapprochement à distance suffisamment hémostatique.

CHAPITRE IV

KYSTO-HÉPATOTOMIE

On désigne sous ce nom l'incision du foie pour ouvrir et traiter les kystes hydatiques dont il est le siège.

L'énucléation, la décortication sont des méthodes dangereuses, maintenant abandonnées. La réséction doit être réservée aux kystes pédiculés et demeure une méthode d'exception.

1^o Incision de la paroi. — Ce sera, suivant le siège du kyste, une laparotomie médiane ou latérale, simple ou élargie par section ou réséction du rebord thoracique, ou une thoraco-phrénotomie (voir voies d'abord du foie).

L'incision sera large, suffisante pour laisser passer la main de l'opérateur.

L'abdomen ouvert, on explore avec soin le foie à la surface duquel le kyste fait saillie.

2^o Ouverture du kyste. — Presque toujours le kyste contient des germes (scolex ou vésicules prolifères) capables de se greffer soit dans la plaie, soit dans le péritoine et d'y reproduire de nouveaux kystes. Pour l'éviter il convient, avant d'ouvrir le kyste, de tuer tous les germes qu'il contient.

Après avoir protégé le champ opératoire, mais avant toute autre manœuvre, pour éviter la rupture brusque du kyste toujours possible, on ponctionne le kyste avec un trocart en son point le plus saillant, et on le vide partiellement du liquide hydatique qu'il contient : alors, sans enlever le trocart, on injecte dans le kyste une quantité sensi-

blement équivalente d'une solution parasiticide (formol à 1 %), qu'on laisse cinq minutes au moins dans l'intérieur du kyste.

Le dispositif le plus simple consiste à adapter au trocart un long tube de caoutchouc terminé par un entonnoir ; on peut ainsi vider le kyste sans aspiration par le mécanisme du siphon et le remplir à volonté en relevant l'entonnoir (E. Quénu).

Il est bon de disposer des compresses imbibées de la solution formolée à la surface du foie, autour de l'orifice de ponction.

Lorsqu'on a affaire à la forme multivésiculaire, il est bon de pratiquer le formolage de la poche avec une solution formolée forte (5 %).

Puis on vide de nouveau le kyste, et on enlève le trocart.

L'incision se fera sur le kyste en son point culminant : on incisera le tissu hépatique sur une certaine longueur, lentement et prudemment, couche par couche, jusqu'à ce qu'on pénètre, non dans la cavité du kyste, mais entre la membrane adventice et la membrane prolifère rétractée.

On essaiera d'enlever cette membrane tout entière, sans l'ouvrir : pour cela, on la saisira avec une pince large, on la tirera doucement au dehors, tandis que l'autre main décollera prudemment les adhérences, d'ailleurs très faibles, qui l'unissent à la membrane adventice.

Le plus souvent d'ailleurs, on ne réussira pas cette extraction en bloc ; il faut alors inciser la membrane, extraire tout son contenu de vésicules-filles, et extirper la membrane prolifère sans la morceler. Après avoir pratiqué cette véritable « délivrance hydatique », on explorera le sac fibreux pour s'assurer qu'il n'existe pas de vésicules-filles exogènes. Il est bon de toucher les parois du kyste avec des compresses imbibées de solution formolée à 1 %.

3° Traitement du kyste. — On commence par assécher la poche, puis on ferme l'ouverture du kyste par un surjet prenant toute l'épaisseur des lèvres de l'incision ; les points doivent être assez rapprochés pour que la fermeture soit hermétique.

Autant que possible, ne pas se contenter d'affronter la tranche de section du kyste, mais la rebrousser en dedans pour adosser deux surfaces péritonéales ; si même la paroi était assez lâche pour le permettre, on fermerait le kyste par une double suture, l'une affrontant les lèvres de l'incision du kyste, l'autre enfouissant cette première suture.

Le kyste étant fermé, il est bon de le fixer par quelques points à la face profonde de la paroi abdominale, au niveau de l'incision : on s'assure ainsi contre tout écoulement de bile dans la cavité abdominale, et on se ménage un accès facile sur le kyste dans le cas où il serait nécessaire de le réinciser, ou tout simplement de le ponctionner.

Cette technique de réduction après suture constitue actuellement la méthode de choix pour le traitement des kystes hydatiques non suppurés. Et même certains kystes dont la suppuration restée froide, latente, n'est découverte qu'à l'opération, peuvent bénéficier de la réduction sans drainage, avec fixation à la paroi. Cependant le traitement ordinaire des kystes hydatiques suppurés, c'est la marsupialisation.

Kyste suppuré : marsupialisation. — Après ponction, injection de liquide parasiticide, évacuation, incision, au lieu de fermer le kyste, on le laisse ouvert, et on suture les lèvres de l'incision du kyste aux bords de la plaie cutanée.

Comme l'ouverture faite à la paroi kystique est généralement beaucoup plus considérable qu'il n'est nécessaire pour le simple drainage, on commence par la rétrécir.

Si le kyste est très volumineux, si une grande partie de sa paroi est formée de tissu hépatique sclérosé, on est autorisé à en pratiquer la résection jusqu'au point où reparaît le tissu hépatique normal. On diminue d'autant la cavité du kyste, qui se refermera ainsi plus vite.

Kystes hydatiques multiples. — Les kystes sont multiples dans un tiers des cas environ.

Pour ne pas laisser passer des kystes inaperçus il faut glisser la main dans l'incision pariétale et explorer toute la surface du foie ; le kyste principal étant ouvert, palper et examiner avec soin sa surface interne.

Si on découvre d'autres kystes, leur évacuation se fera :

a) Par l'intérieur de la première poche dans le cas où ils y font saillie.

b) Par une incision distincte de la surface hépatique dans les autres cas.

c) Et même par des incisions cutanées distinctes si les kystes reconnus sont trop éloignés l'un de l'autre.

On traitera chacun de ces kystes comme il a été indiqué précédemment.

Kystes hydatiques rompus dans les voies biliaires. — Certains kystes peuvent se rompre dans les voies biliaires et y déterminer des accidents de rétention biliaire et d'infection.

Il faut alors traiter la rétention biliaire par le drainage du cholédoque (Lecène et Mondor), mais aussi le kyste par marsupialisation (Finochietto).

CHAPITRE V

HÉPATOSTOMIE POUR ABCÈS

Nous décrirons sous ce nom l'opération qui a pour but l'ouverture et le drainage des abcès du foie.

1° Incision de la paroi abdominale. — Cette incision

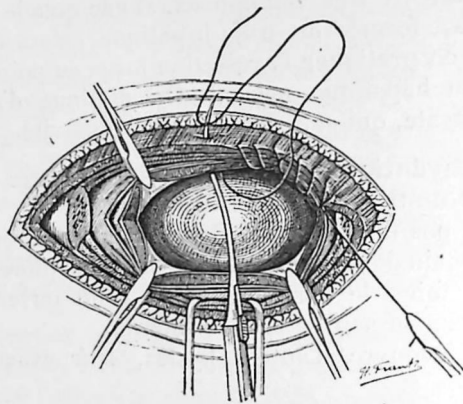


Fig. 329. — Abcès du foie abordé par voie transpleuro-diaphragmatique. Suture du diaphragme aux plans sous-cutanés avant l'ouverture de la collection qu'on voit bomber dans la plaie.

sera thoracique ou abdominale, suivant le siège de l'abcès (voir chapitre I, page 330).

Si on a fait préalablement une ponction exploratrice positive, on laisse le trocart en place, comme guide.

2° Évacuation de l'abcès par ponction. — Soit avec le trocart explorateur déjà en place, soit en ponctionnant directement le foie en son point le plus saillant et le plus fluctuant, on vide l'abcès aussi complètement que possible.

Il vaut mieux vider l'abcès avant de fixer le foie à la paroi : en procédant suivant l'ordre inverse, on risquerait que la diminution de volume du foie qui résulte de l'évacuation tiraille les sutures et déchire le parenchyme hépatique ; en outre le foie, en remontant, pourrait détruire le parallélisme entre l'incision de la paroi et l'incision de l'abcès.

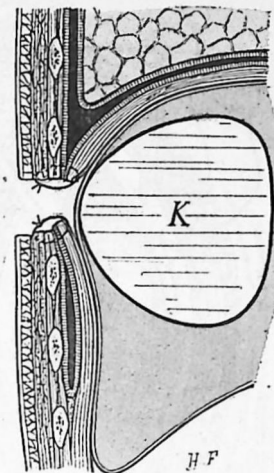


Fig. 330. — Collection du foie abordée par voie transpleuro-diaphragmatique. Le diaphragme a été suturé avec les plans sous-cutanés pour isoler la cavité pleurale (coupe).

3° Fixation du foie à la paroi. — Par une couronne de points assez rapprochés et modérément serrés, on fixe le foie autour de l'abcès au pourtour de l'incision pariétale. Cette précaution est bien entendu inutile si le foie est largement adhérent à la paroi.

4° Ouverture de l'abcès. — On incise largement la coque hépatique qui recouvre l'abcès ; on laisse le pus s'évacuer ; on traite ensuite la poche de différentes façons soit par le curettage (Fontan), soit plutôt par une simple détersion avec un tampon monté.

Avant de terminer, il faut explorer avec soin les alentours de l'abcès et bien s'assurer qu'il n'existe aucun autre abcès au voisinage de l'abcès ouvert : sinon il faudrait l'ouvrir dans la cavité de celui-ci.

Si l'abcès est ouvert dans les bronches, il faut assurer aussi le drainage de la poche pulmonaire en élargissant au besoin l'orifice de communication diaphragmatique et en plaçant un drain spécial.

Pour finir, on place dans la cavité de l'abcès un gros

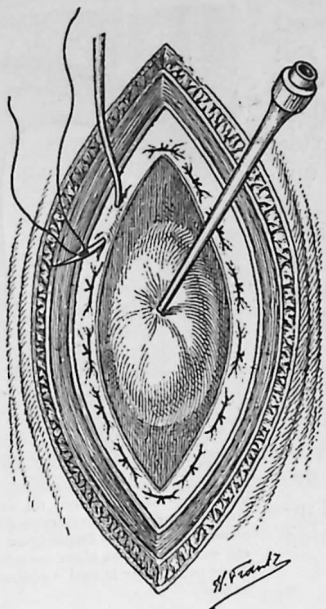


Fig. 331. — Abscès du foie abordé par laparotomie. Suture du foie au péritoine pariétal tout autour de la collection.

Cependant l'incision reste une méthode plus chirurgicale, supérieure à la ponction notamment lorsqu'il existe une infection pyogène associée à l'infection amibienne. A l'intervention chirurgicale il faut toujours adjoindre le traitement par l'émétine pré et post-opératoire, qui diminue la mortalité et active la réparation locale. L'emploi simultané de l'émétine et de la chirurgie peut permettre dans certains cas d'abcès amicrobiens la suppression du drainage, la fermeture primitive après incision (Costantini), qui donne des guérisons rapides ; si on suit cette technique, il est bon de fixer à la face profonde de la paroi l'abcès suturé comme nous l'avons dit à propos des kystes.

drain en caoutchouc et tout autour du drain on tamponne avec de la gaze aseptique modérément tassée.

On rétrécit au besoin la plaie pariétale à ses deux extrémités par quelques points de suture.

La thérapeutique des abcès amibiens du foie est révolutionnée depuis quelques années par l'emploi de l'émétine. On a publié des cas de guérison d'abcès du foie par l'émétine, sans évacuation ; mais la résorption en est lente, et l'abcès peut être gênant par son volume.

L'action de l'émétine n'est pas douteuse : elle tue les amibes, et transforme un abcès vivant en abcès mort.

Les médecins coloniaux obtiennent d'excellents résultats par la méthode combinée : ponction + émétine.

DEUXIÈME SECTION

CHIRURGIE DES VOIES BILIAIRES

CHAPITRE PREMIER

EXPLORATION DES VOIES BILIAIRES

1° Position. — Le malade est couché sur le dos, le dos creusé soit par l'interposition d'une alèze roulée, soit par la position déclive inverse (voir fig. 66).

L'opérateur se place généralement à droite ; cependant quelques chirurgiens trouvent plus commode de se placer à gauche, en inclinant légèrement le malade sur le côté gauche.

2° Incision. — Elle doit permettre d'explorer la totalité des voies biliaires extra-hépatiques. Un certain nombre d'incisions réalisent ce desideratum :

a) *L'incision oblique*, parallèle et sous-jacente au rebord costal (voir texte page 76, fig. 68 B et 324).

b) *L'incision verticale* le long du bord externe du droit (voir texte page 74 et fig. 68 A).

c) *L'incision ondulée de Kehr* (fig. 332) a joui pendant longtemps de toutes les faveurs : partie en haut du sommet de l'appendice xiphoïde, elle descend verticale jusqu'à moitié chemin de l'ombilic, se porte en bas et en dehors,

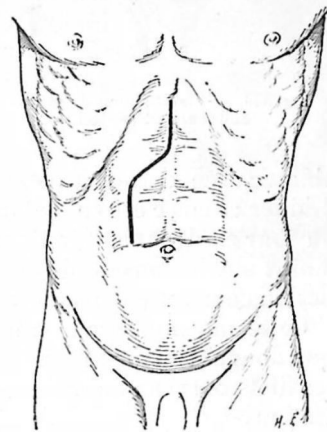


Fig. 332. — L'incision ondulée de Kehr.

redevient verticale avant d'avoir atteint le bord externe du muscle droit, et s'arrête au niveau d'une horizontale passant par l'ombilic.

d) *L'incision de Mayo Robson (fig. 333)* a la forme d'un angle obtus dont la branche verticale est à deux doigts en dedans du bord externe du muscle droit, dont la branche oblique est parallèle au rebord costal.

e) *L'incision transversale de Sprengel.* — Gosset.¹ a adopté une incision transversale siégeant à trois travers de doigt au-dessus de la ligne ombilicale, coupant tous les plans de la paroi en travers, depuis la peau jusqu'au péritoine, y compris le muscle droit dans toute sa largeur; cette incision suffit en général pour les opérations sur la vésicule; mais si elle ne suffit pas, pour les opérations sur le cholédoque, on peut l'agrandir par les deux bouts: en dehors par un court bras montant obliquement en dehors suivant la direction des fibres du grand

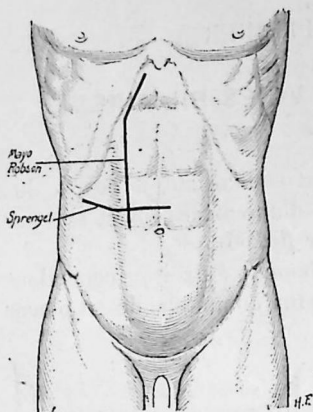


Fig. 333. — Les incisions de Mayo-Robson, de Sprengel.

oblique; ce « crochet » externe est surtout commode pour drainer; mais c'est en dedans surtout qu'on peut se donner du jour en dépassant la ligne médiane, en mordant plus ou moins sur le muscle droit du côté gauche, en coupant au besoin ce muscle dans toute sa largeur (fig. 333).

Cette incision serait préférable à toutes les autres parce que donnant un jour aussi bon, sinon meilleur, elle respecte les filets nerveux du muscle droit et n'expose pas à l'éventration.

3° Exploration. — Si le bord antérieur du foie est libre d'adhérences, il faut le saisir avec les doigts garnis d'une compresse, et tâcher de l'attirer au dehors: chez la femme

1. Gosset, Bull. et Mém. Soc. Chir., 1912, page 1174.

maigre, à thorax évasé, c'est facile. Pour extérioriser le foie, certains chirurgiens tirent sur le ligament suspenseur au moyen d'une pince ou d'un gros catgut, au besoin

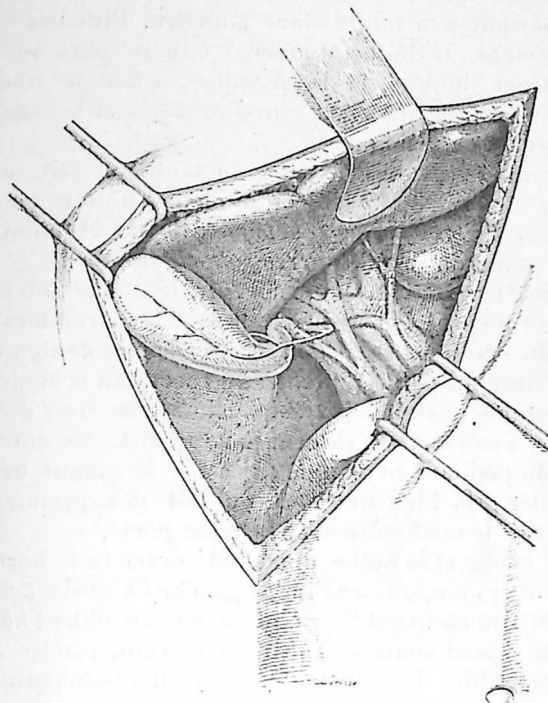


Fig. 334. — Le pédicule hépatique (Rio-Branco). — Le foie étant relevé, le duodénum abaissé, le petit épiploon se trouve tendu. Dans son épaisseur, de droite à gauche: canal cystique et canal hépatique réunis en bas pour former le canal cholédoque; artère hépatique, dont la branche droite donne l'artère cystique; derrière l'artère: la grosse veine porte. Derrière le pédicule hépatique, on peut passer le doigt dans l'hiatus de Winslow.

après l'avoir coupé. Le foie étant extériorisé, sa face inférieure regarde en avant et à gauche, et toute la région du hile se trouve exposée à la vue (fig. 334).

Parfois l'extrémité droite du colon transverse adhère à la partie antérieure du foie: il faut l'en séparer prudemment.

Il faut chercher la vésicule: quand elle est libre, elle apparaît aussitôt dans l'incision avec sa couleur bleue. Mais elle

est souvent masquée par des adhérences : il faut alors, partant du bord antérieur du foie, de l'encoche qu'elle présente, suivre sa face inférieure, et dans la profondeur on découvre une vésicule biliaire souvent atrophiée, dure, reconnaissable pourtant à sa teinte blanc jaunâtre. Plus bas et plus profondément, le bulbe duodénal adhère plus ou moins aux organes du hile, et les masque ; il faut le libérer et l'abaisser pour découvrir le canal cystique et le segment le plus élevé du cholédoque.

En tirant la vésicule en haut, on tend, on fait saillir le *cystique*, et en suivant celui-ci de haut en bas, on arrive fatalement sur le *confluent hépato cystique*, et bientôt sur le canal commun lui-même, l'*hépato-cholédoque*.

Le foie étant toujours tenu en l'air, le duodénum en bas, on expose bien le canal hépatique et les premiers centimètres du *cholédoque (portion sus-duodénale)* contenu dans le bord libre du petit épiploon ; on reconnaît le cholédoque à son volume, quelquefois très considérable, à sa direction verticale, à sa situation externe par rapport aux autres éléments du pédicule hépatique ; il a sur le vivant une couleur plutôt gris bleu que vert, qui fait qu'à première vue on pourrait le confondre avec la veine porte.

Entre le foie et le bulbe duodénal, derrière le bord libre du petit épiploon, glisser l'index gauche de droite à gauche, face palmaire en avant : le doigt se trouve dans l'*hiatus de Winslow*, il peut soulever, attirer en avant, rendre facilement accessibles les éléments du pédicule hépatique, le cholédoque en particulier ; cette manœuvre est fondamentale en chirurgie biliaire : elle permet d'extérioriser presque un organe profond comme le cholédoque, elle permet de le palper entre deux doigts. Aussi certains chirurgiens, quand ils ne peuvent trouver vers la droite l'entrée de l'hiatus de Winslow, parce qu'elle est obstruée par des adhérences, la cherchent-ils de gauche à droite, en effondrant, au-dessus de la petite courbure de l'estomac, la partie mince, transparente, avasculaire du petit épiploon.

L'exploration des parties inférieures du cholédoque, cachées par le duodénum et la tête du pancréas, ne peut être faite directement. Elle nécessite des manœuvres qui ne doivent être pratiquées que sur des indications spéciales.

Pour explorer le *cholédoque rétro-pancréatique*, on peut recourir à la manœuvre dite de Vautrin ou *décollement duodéno-pancréatique* du duodénum : on incise le péritoine sur

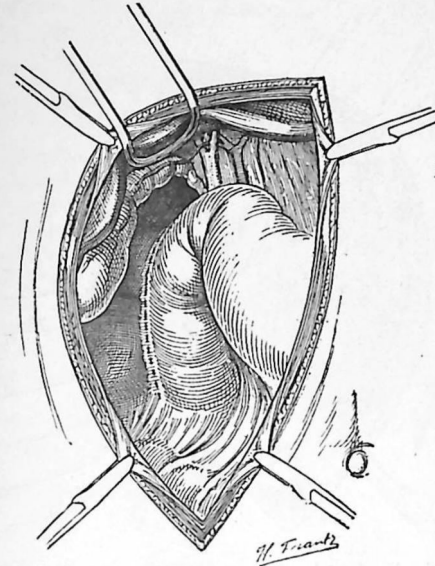


Fig. 335. — Exploration du cholédoque rétro-pancréatique : le décollement duodéno-pancréatique. 1° En pointillé l'incision du péritoine sur le bord externe de la deuxième portion du duodénum.

le côté externe de la deuxième portion (*fig. 335*), puis, du bout des doigts glissés de dehors en dedans, on trouve facilement un plan de clivage qui permet de décoller en bloc le duodénum et le pancréas du plan pariétal ; le décollement, commencé vers le milieu du duodénum, sera ensuite remonté vers l'angle duodénal, et poussé assez loin en dedans derrière la tête du pancréas. On peut alors palper ces organes entre deux doigts, on peut sentir un calcul dans la portion pancréatique du cholédoque ; en basculant le « duodéno-pancréas » en dedans, on expose même à la vue la face postérieure de ces organes (*fig. 336*). Ce décollement est une manœuvre facile et sans inconvénients : on peut même l'utiliser pour découvrir le cholédoque quand ce canal est introuvable dans sa portion sus-duodénale.

Enfin pour accéder à la *portion terminale du cholédoque*,

il faut inciser la 2^e portion du duodénum : nous étudierons plus loin cette *duodénotomie*, comme voie d'abord du cholédoque terminal et de l'ampoule de Vater.

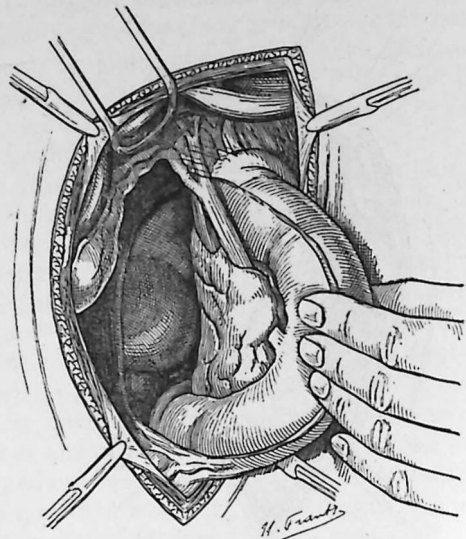


Fig. 336. — 2^e Le duodénum et la tête du pancréas sont décollés et attirés en avant : on aperçoit le segment rétro-pancréatique du cholédoque.

4^o **Fermeture de la paroi.** — Elle se fera en plusieurs plans : un plan séro-fibreux sur le feuillet postérieur de la gaine du droit et le péritoine ; quelques points en U réunissant les deux moitiés du muscle droit, un plan sur le feuillet antérieur de la gaine, et un dernier plan sur la peau. Les points séparés sont préférables aux surjets, notamment dans le cas où on laisse une mèche, un drain, qu'on fait sortir par la partie de l'incision qui semble le plus favorable (en général par la partie inférieure ou externe).

CHAPITRE II

CHOLÉCYSTOSTOMIE

C'est une opération qui consiste à ouvrir la vésicule, et à l'aboucher à la paroi abdominale.

Depuis que la cholécystectomie est devenue le traitement de choix des cholécystites, on fait moins la cholécystostomie ; elle peut cependant encore être indiquée :

1^o Dans les cholécystites aiguës suppurées, pour faire tomber les accidents infectieux : la cholécystostomie n'est alors généralement que le temps préparatoire d'une cholécystectomie ultérieure.

2^o Dans les angiocholites avec infection hépatique, lorsque le drainage du cholédoque est impossible pour une raison quelconque.

1^o **Incision de la paroi.** — Petite, verticale, sur le bord externe du muscle droit.

2^o **Recherche de la vésicule,** facile en cas de gros pyo-

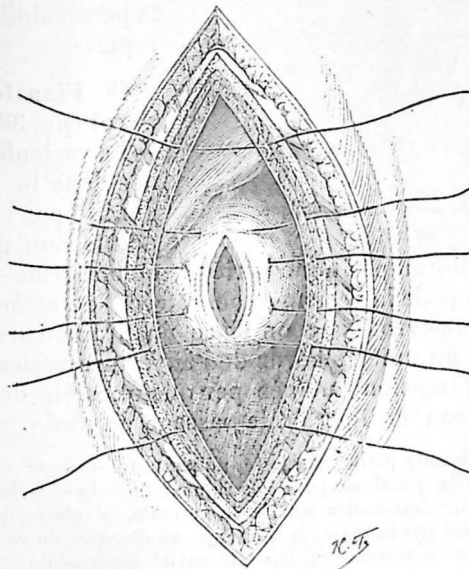


Fig. 337. — Cholécystostomie. — 1^o Fixation de la vésicule au péritoine pariétal.

cholécyste se présentant lui-même dans l'incision ; difficile dans le cas de lésions anciennes, recouvertes d'adhérences qui peuvent complètement cacher la vésicule ; alors on procédera avec méthode, comme il est dit plus haut (voir page 341).

3^o Ouverture de la vésicule. — La plaie opératoire étant bien protégée, on incise le fond de la vésicule, on évacue son contenu autant que possible par aspiration, et on saisit les lèvres de l'ouverture avec deux pinces de Kocher. On pourra, suivant les cas, évacuer à la curette les calculs ou la boue biliaire qu'elle peut contenir, s'assurer de la perméabilité du cystique.

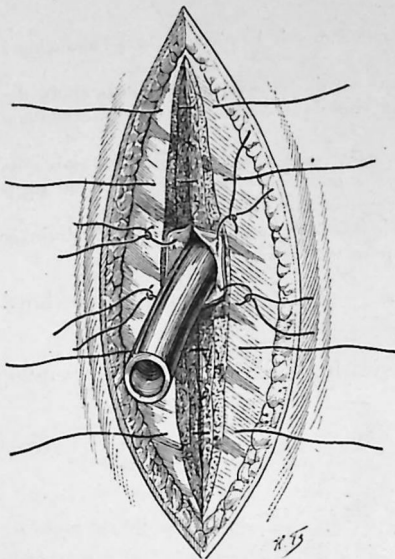


Fig. 338. — 2^o Fixation de la vésicule à l'aponévrose du muscle grand oblique.

4^o Fixation à la paroi (fig. 337 et 338). — La vésicule est amenée dans la plaie ; on l'unit par quelques points non perforants de catgut fin au péritoine pariétal, qu'on ferme au-dessus et au-dessous de la vésicule ; on rétrécit de même la plaie musculo-aponévrotique ; on place un drain dans la vésicule ; enfin on unit les bords de l'ouverture vésiculaire aux lèvres de l'incision cutanée par quelques fils de lin ; on suture la peau en laissant le passage du drain.

Quand la vésicule petite, rétractée, ne peut être amenée à l'extérieur ni abouchée à la paroi, on peut à la rigueur faire la « cholécystostomie sans fixation », c'est-à-dire ouvrir la vésicule, y placer un drain qui sort d'autre part par la plaie, et disposer au-dessous de ce drain un lit de compresses destinées à protéger la cavité péritonéale.

CHAPITRE III

CHOLÉCYSTECTOMIE

La cholécystectomie est l'opération de choix dans les cholécystites lithiasiques ou infectieuses. L'ablation de la vésicule peut constituer toute l'opération, ou être associée à une cholédocotomie pour lithiasie de la voie principale : la cholécystectomie est alors dite complémentaire.

I. Technique classique.

(Cholécystectomie d'avant en arrière, avec ligaturé dernière du cystique.)

1^o Position de l'opéré, incision de la paroi, exploration, voir page 339.

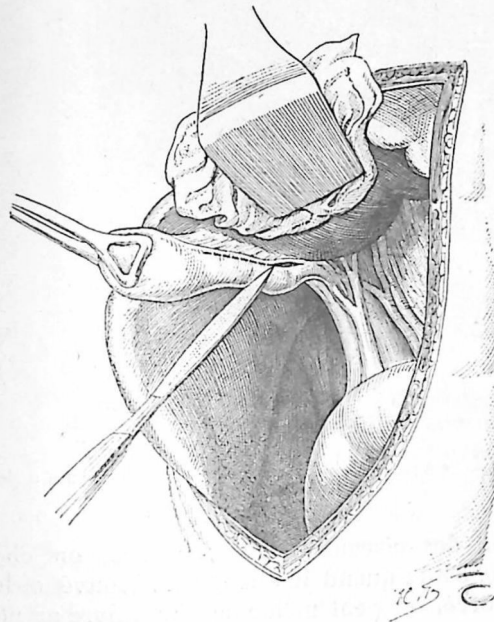


Fig. 339. — Cholécystectomie d'avant en arrière. — 1^o Incision du péritoine sur les côtés de la vésicule, vers sa partie moyenne.

2° *Libération de la vésicule biliaire et du canal cystique.* — Le bord antérieur du foie étant reconnu et, autant que possible, attiré au dehors, on aperçoit dans son encoche le fond de la vésicule que l'on saisit avec une pince à cœur.

Comme le fond est toujours adhérent, le cystique parfois introuvable d'emblée, il est commode, aussi bien dans les cas difficiles que dans les cas faciles, d'aborder la vésicule vers sa partie moyenne, là où elle se rétrécit. A ce niveau, de la pointe du bistouri on raye le péritoine plutôt sur la vésicule que sur le foie, de part et d'autre (*fig. 339*);

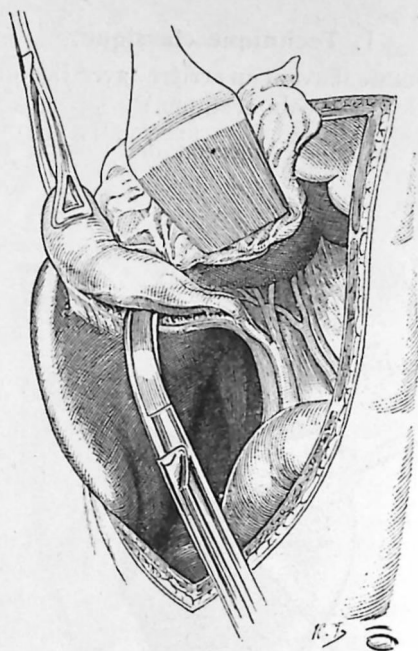


Fig. 340. — 2° Avec le bec des ciseaux courbes on commence à décoller la vésicule du foie.

avec le bout des ciseaux courbes, fermés, on cherche le clivage (*fig. 340*); quand le clivage est trouvé et le décollement amorcé, on peut même le poursuivre au moyen de l'index introduit dans la brèche; on décolle ainsi facilement du foie, d'arrière en avant, le corps et le fond de la

vésicule, en incisant de chaque côté la couverture séreuse, dont on doit garder la plus grande largeur possible. On dissèque ensuite d'avant en arrière, de proche en proche, le col de la vésicule, puis le cystique, jusqu'au trépied biliaire.

3° *Section du canal cystique.* — Il faut bien voir ce carrefour à trois branches, ce trépied biliaire; alors ces-

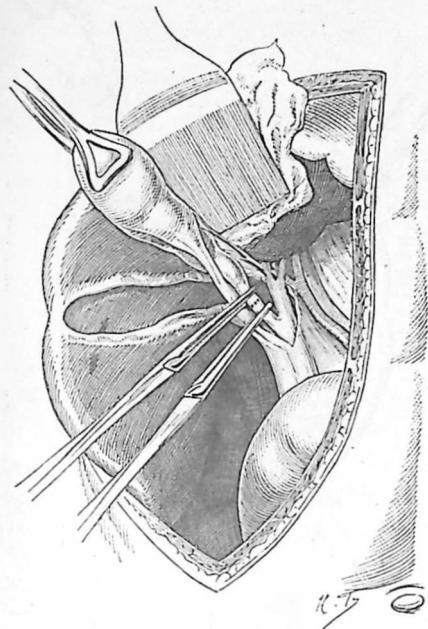


Fig. 341. — 3° Section du canal cystique (en pointillé) entre deux pinces.

sant de tirer sur le cystique pour ne pas attirer le cholédoque, on place deux pinces sur ce canal cystique à quelques millimètres de son abouchement dans le cholédoque; entre les deux pinces on le coupe (*fig. 341*).

4° *Section de l'artère cystique.* — La vésicule tient encore par un petit méso celluleux qui suspend son col au hile du foie; il faut pincer, puis couper près du col de la vésicule ce petit méso qui contient l'artère cystique, rameau de la branche droite de l'artère hépatique (*fig. 342*). La vésicule entièrement libre est enlevée. On remplace par

deux ligatures les pinces qui étreignent l'une l'artère cystique, l'autre le canal cystique.

5° Traitement du moignon du cystique et du lit de la vésicule. — Le moignon du cystique sera enfoui sous un

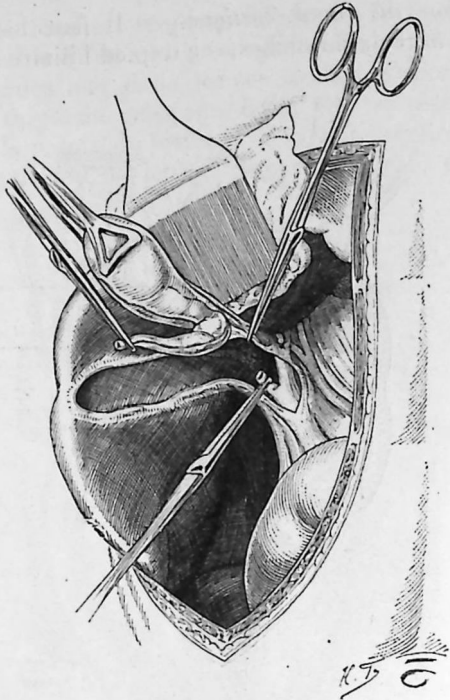


Fig. 342. — 4° Une pince est placée sur le petit méso cellulaire qui contient l'artère cystique.

lambeau péritonéal. Quant à la surface hépatique cruentée, saignante, laissée sur le foie par l'ablation de la vésicule, on essaye de la recouvrir en rapprochant par un surjet les deux lambeaux péritonéaux ménagés sur ses bords (fig. 343). Cette péritonisation est généralement imparfaite, et on est obligé de laisser au contact du foie une lanière de gaze pour assurer l'hémostase ; on laissera de même sous le foie un petit drain dont l'extrémité sera placée au voisinage du moignon cystique.

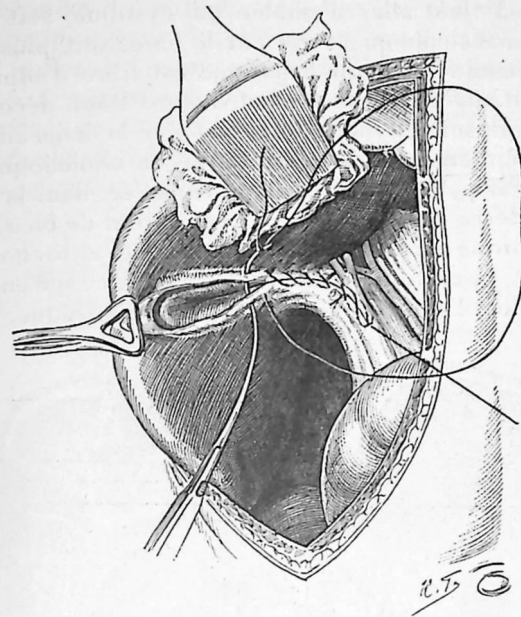


Fig. 343. — 5° Péritonisation.

6° Suture de la paroi comme il est dit plus haut (voir page 344), en ménageant le passage du petit drain et de lamèche à la partie inféro-externe de l'incision.

II. Variantes.

— « Il faut savoir s'adapter aux conditions anatomiques nouvelles créées par les lésions... Un unique procédé de cholécystectomie ne saurait suffire. » (Gosset.)

Cholécystectomie rétrograde. (Mayo, Mayo-Robson). Préconisé en France par Gosset¹, ce procédé a pour caractéristique la section première du cystique et le décollement de la vésicule d'arrière en avant, du col vers le fond.

1° Découverte, isolément, ligature et section du canal cys-

1. Gosset. *Journal de Chir.*, juillet 1911, t. VII, p. 1. *Bull. et Mém. Soc. Chir.*, 1913, p. 374.

lique. — Il faut aller d'emblée au cystique, soit en partant de la vésicule qu'on tire par le fond, soit plus simplement, quand le pédicule hépatique est libre d'adhérences, en allant directement au cholédoque. Pour découvrir le cystique il suffit d'inciser au bistouri la lame antérieure du petit épiploon, sur le côté externe du cholédoque, et de chercher le petit canal à la sonde cannelée, dans la graisse, le long de ce bord externe. Il est capital de bien voir le trépied formé par le cystique, l'hépatique et le cholédoque (fig. 344). Le cystique étant reconnu, on le coupe entre deux pinces, dont l'une est placée au ras du cholédoque.

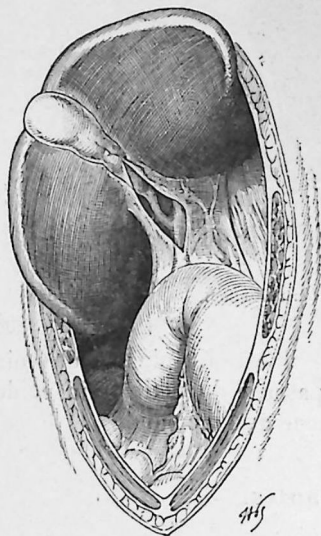


Fig. 344. — Cholécystectomie rétrograde. 1^o Incision de la lame antérieure du petit épiploon ; découverte du « trépied biliaire ». (Gosset.)

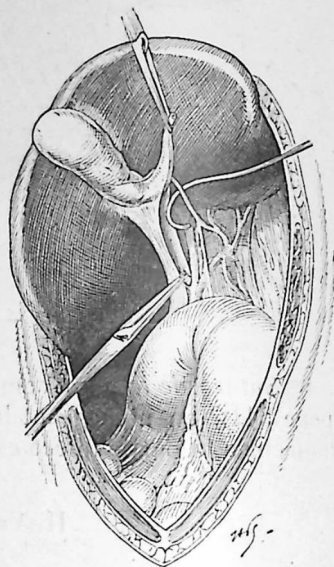


Fig. 345. — 2^o Le canal cystique est sectionné ; on charge l'artère cystique. (D'après Gosset.)

2^o Section de l'artère cystique. — En tirant sur l'autre pince, celle qui tient le moignon du canal cystique, on tend et on met en relief la petite artère cystique, qui, courte ou longue, double ou unique, aborde la vésicule par son col, dans un méso celluleux. On la charge avec une aiguille de Deschamps (fig. 345), ou on la pince près de la vésicule.

3^o Libération de la vésicule. — « La vésicule, tenue dans la main gauche du chirurgien, est décollée de bas en haut grâce à l'index qui travaille entre la face profonde de la vésicule et la substance hépatique. La main droite, armée de ciseaux, sectionne les replis péritonéaux de la vésicule, et l'opérateur a soin de conserver le plus de séreuse possible... » (fig. 346) (Gosset). Ce décollement

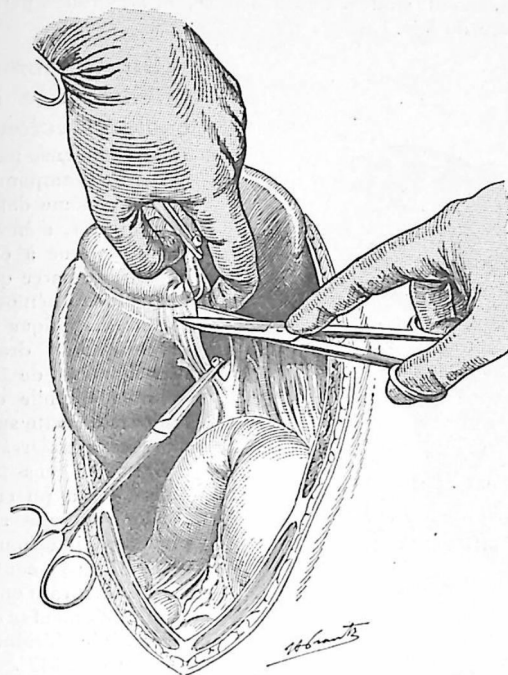


Fig. 346. — 3^o Libération de la vésicule d'arrière en avant : remarquer le travail de l'index de la main gauche. (D'après Gosset.)

est très rapide, il se fait fatalement au niveau du bon plan de clivage.

4^o On termine comme précédemment.

Ce procédé est élégant, rapide et sûr : la section première du cystique facilite énormément la ligature des vaisseaux cystiques, le décollement de la vésicule, et permet une plus grande conservation de séreuse. Mais il n'est possible que quand la région du carrefour n'est pas masquée par des adhérences serrées, ou difficilement accessible du fait de l'embou-

point du sujet : dans ces cas-là, il vaut mieux y renoncer. C'est une excellente opération dans les cas faciles. (Lecène.)

Cholécystectomie sous-séreuse.

Dans un autre ordre d'idées, quand la vésicule n'a pas été chroniquement enflammée, on peut quelquefois réussir à la séparer entièrement du péritoine qui la recouvre, et faire une décortication sous-séreuse. Pour cela, on incise longitudinalement le péritoine sur la face inférieure de la vésicule, on décolle de chaque côté les lambeaux péritonéaux qui, après l'extirpation, seront suturés l'un à l'autre, et serviront à péritoniser la face inférieure du foie.

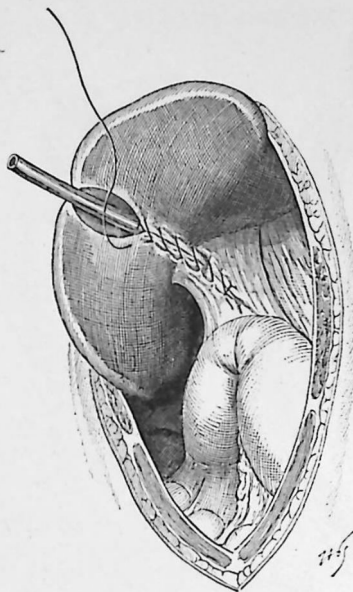


Fig. 347. — Drainage sous-séreux après cholécystectomie. (Gosset.)

Du tamponnement, du drainage dans la cholécystectomie.

Dans l'immense majorité des cas il faut tamponner, il faut drainer, même dans les cas peu infectés, même quand le canal cystique a été correctement lié, parce que la mèche assure l'hémostase de la surface hépatique saignante, parce que le drain assure l'écoulement de la petite quantité de bile qui suinte toujours de cette surface pendant les premières journées.

Dans les cas favorables, quand on a pu entièrement péritoniser cette surface, on peut supprimer tout tamponnement, se contenter de mettre un drain entre la fosse cystique et sa couverture péritonéale (drainage sous-séreux : (fig. 347).

La suppression complète de tout drainage n'est pas une pratique à conseiller.

III. — Cas particuliers.

Cholécystectomie sur une vésicule fistulisée. — On peut avoir à enlever une vésicule fistulisée spontanément, ce qui est rare, ou chirurgicalement à la suite d'une cholécystectomie secondaire.)

L'incision cutanée sera menée de telle sorte qu'elle circoncrive le trajet fistuleux ; le péritoine sera ouvert à l'extrémité de l'incision la plus éloignée de ce trajet : ainsi on aura plus de chance de tomber en péri-

toine libre, en dehors du foyer d'adhérences, et les manœuvres de libération se trouveront facilitées. Un cathéter quelconque, stylet ou sonde cannelée, introduit par la fistule dans la vésicule, pourra guider la dissection dans les cas difficiles.

Cholécystectomie pour cancer de la vésicule. — Il faut tailler dans le parenchyme hépatique, faire une excision en V pour enlever en bloc un coin de foie et la vésicule cancéreuse. La suture du foie sera réalisée suivant les règles (voir page 331).

IV. — Remarque importante.

Au cours d'une cholécystectomie pour lithiase, on doit toujours faire une exploration complète et méthodique de tout l'arbre biliaire pour s'assurer qu'il n'existe pas de calcul de la voie principale.

Si on a des doutes sur la perméabilité de la voie principale on peut, avant de lier le cystique, profiter de sa section pour explorer au cathéter le cholédoque et l'hépatique : il suffit de sectionner le canal au-dessous d'une pince, et de repérer son moignon avec deux petites pinces de Terrier. Cette exploration est, à vrai dire, malaisée, et très inférieure à celle qu'on peut faire par cholédocotomie.

V. Accidents.

Trois accidents opératoires ou post-opératoires, dus à des fautes de technique, par conséquent évitables :

1° *L'hémorragie*, particulièrement grave chez les hépatiques, a sa source soit dans l'artère cystique mal liée, soit sur la surface hépatique mal tamponnée ou mal péritonisée.

2° *L'issue de bile* plus ou moins septique dans le péritoine (péritonite et mort), ou par la plaie (fistule biliaire), due à une ligature insuffisante du canal cystique, plus souvent à une blessure des voies biliaires principales.

3° *L'ictère par rétention*, dû à une ligature accidentelle de la voie principale.

Si l'on veut éviter la section ou la ligature de la voie principale, il faut bien voir le confluent hépato cystique, le trépied biliaire (nous y avons insisté) avant de sectionner le cystique, et cela, quelle que soit la technique de cholécystectomie qu'on emploie. Même quand on voit bien le carrefour, il ne faut pas tirer sur le cystique au moment où on place la pince ou la ligature : car la traction coude et attire la voie principale, la ligature et la section risqueront d'intéresser le cholédoque et l'hépatique, au lieu de porter sur le cystique. Enfin on peut avoir affaire à un calcul de la portion toute terminale du cystique, et on peut dans ce cas encore couper en travers, sans s'en douter, la voie principale.

Il est des cas très difficiles, dans lesquels la région du carrefour est indissécable : alors on a pu conseiller la section de la vésicule et du cys-

tique de proche en proche (Delagènière), la cavité de ces conduits servant de fil conducteur.

Enfin il faut bien savoir que si dans la règle on doit toujours couper le cystique le plus près possible du cholédoque, il est bien préférable, dans tous les cas difficiles, de laisser un moignon de cystique, même assez long, plutôt que d'exposer le malade aux dangers toujours sérieux d'une blessure du cholédoque. (Lecène.)

(Pour le traitement des blessures et sections de la voie principale, voir page 367.)

CHAPITRE IV

CHOLÉDOCOTOMIE

La cholédocotomie est l'incision ou taille du canal cholédoque ; on la pratique ordinairement pour en extraire un ou plusieurs calculs et pour y placer un drain.

Les indications principales de la cholédocotomie sont, outre la lithiase, les angiocholites aiguës graves, et la pancréatite d'origine biliaire.

La cholédocotomie, suivant le segment du cholédoque sur lequel elle porte, sera sus-duodénale, rétro-pancréatique, intra ou transduodénale.

CHOLÉDOCOTOMIE SUS-DUODÉNALE

C'est de beaucoup la plus employée ; elle consiste à ouvrir le canal cholédoque dans l'épiploon gastro-hépatique.

1^o Position du malade, incision de la paroi abdominale. — Voir page 339.

2^o Exploration extérieure des voies biliaires (voir page 340). On relève le foie, on le fait maintenir par une valve large, plane et courte, avec interposition d'une compresse qui l'empêche de glisser ; on récline en bas le duodénum ; s'il y a des adhérences, on les libère prudemment.

On n'occupe pas de la vésicule pour le moment, à moins qu'elle ne soit gênante par son volume, auquel cas on pourrait immédiatement l'enlever ; c'est rare ; on se sert ordinairement de la vésicule comme guide ; si elle présente des lésions manifestes, on peut tout de suite la détacher de la face

inférieure du foie, libérer le cystique et se laisser conduire sur le cholédoque.

L'hépto-cholédoque étant reconnu, il est facile de palper cette voie principale entre le pouce en avant, et l'index de la main gauche introduit en arrière dans l'hiatus de Winslow.

Si on y sent un calcul, il faut tâcher de le faire glisser jusqu'au lieu d'élection pour la taille de la voie principale,

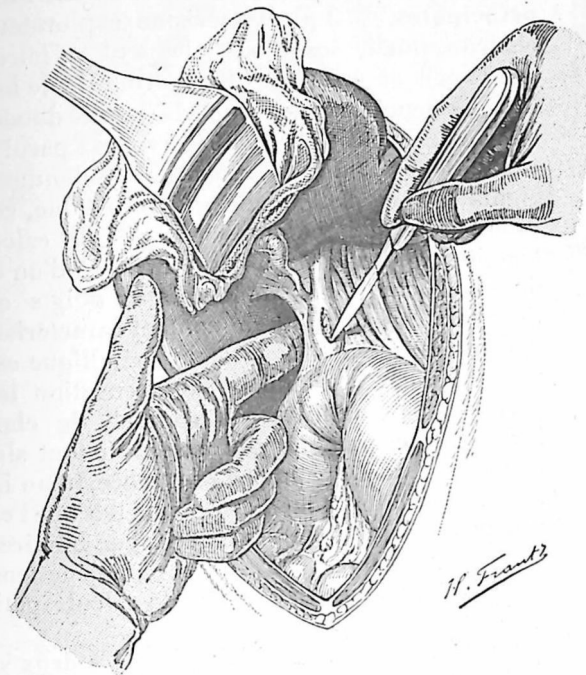


Fig. 348. — Cholédocotomie sus-duodénale : l'index gauche introduit dans l'hiatus attire le pédicule hépatique ; le bistouri incise le cholédoque sur la saillie du calcul.

c'est-à-dire au niveau de l'abouchement du cystique ; là, on l'immobilise, on s'assure qu'aucune artère importante ne passe devant le cholédoque, et on incise franchement ce conduit sur la saillie du calcul, longitudinalement, sur une longueur de 15 à 20 millimètres (fig. 348) ; on « cueille » le calcul avec une pince ou avec une curette.

Il faut éviter de prendre pour un calcul un ganglion lymphatique hypertrophié et induré.

S'il n'y a pas de calcul, inciser au bistouri, à main levée, la paroi antérieure du conduit : un flot de bile fait irruption dans la plaie, qu'on aura préalablement garnie.

Dans les deux cas, repérer avec deux pinces de Terrier les lèvres de l'incision.

3° Exploration intérieure des voies biliaires principales. — Le cathétérisme explorateur par cholécotomie sus-duodénale peut se faire avec une bougie en gomme n° 10 : introduite de haut en bas, la bougie chemine jusqu'à la papille duodénale, où l'on peut sentir son bec à travers la paroi antérieure de la deuxième portion du duodénum : cela signifie que le cholédoque est perméable, cela ne prouve pas qu'il ne contienne pas de calcul : la bougie peut parfaitement passer à côté d'un calcul du cholédoque sans donner aux doigts qui la tiennent une sensation de contact caractéristique. A ce point de vue l'explorateur métallique est supérieur, parce qu'il donne une sensation tactile, parfois même auditive, de contact, de choc en heurtant le calcul ; on peut se servir tout simplement d'une sonde cannelée recourbée, d'un hystéromètre, ou d'instruments spéciaux tels que l'explorateur de Desjardins, ou la « drague biliaire » du même auteur qui peut servir en même temps à l'exploration et à l'extraction de calculs petits et éloignés (fig. 349).

L'exploration doit être faite dans les deux sens : de bas en haut vers le hile du foie, de haut en bas ensuite vers le duodénum (fig. 350).

Si on sent un calcul au bout du cathéter, il faut tâcher de le mobiliser et de l'amener jusqu'à la brèche cholécocienne par des pressions douces.

Quand le cholédoque est très large, on peut y mettre le petit doigt, et même l'index.

Quand on a enlevé un calcul, il faut recommencer la même manœuvre pour s'assurer qu'il n'y en a pas d'autres, et ne terminer ce temps



Fig. 349. —
La drague
biliaire.
(Desjar-
dins.)

opératoire que lorsqu'on est sûr qu'il n'existe plus aucun calcul dans la voie principale, depuis le hile du foie jusqu'au duodénum.

Par l'incision sus-duodénale du cholédoque il est rare

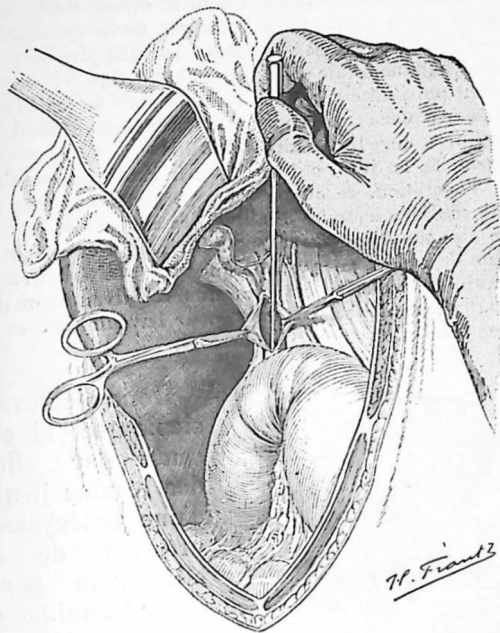


Fig. 350. — Exploration du cholédoque au moyen d'un cathéter métallique.
(Imité de Gosset.)

qu'on ne puisse enlever toutes les concrétions des voies biliaires principales, parce que la plupart des calculs sont mobiles, ou mobilisables. Cependant il y a des calculs haut situés dans l'hépatique et même dans ses branches d'origine qui nécessitent parfois une incision spéciale (hépaticotomie) ; quant aux calculs de la portion toute terminale du cholédoque, qui sont souvent enclavés dans l'ampoule de Vater ou à son voisinage, ils devront être extraits par une autre voie. (Voir page 363 cholécotomie intra-duodénale et transduodénale.)

4° Traitement de la vésicule biliaire. — Il y quinze ou vingt ans, la règle était, dans la cholécotomie pour lithiase, d'enlever

toujours la vésicule, de faire systématiquement la « cholécystectomie complémentaire ». Et l'« opération de Kehr » comprenait trois éléments : extraction du calcul, drainage des voies biliaires, cholécystectomie. Certains chirurgiens commençaient même l'opération par l'ablation de la vésicule ; on ne conservait la vésicule que comme voie de drainage, quand le cholédoque n'était pas suffisamment dilaté pour admettre un drain de volume convenable. Cette ablation quasi-systématique de la vésicule reposait sur les raisons suivantes : inutilité physiologique de la vésicule, lésions habituelles de ses parois, obstruction fréquente du cystique, et surtout possibilité de formation ultérieure de calculs dans une vésicule laissée en place : la cholécystectomie apparaissait comme la meilleure garantie contre les récidives de lithiase.

A l'heure actuelle, les idées ont changé : la cholécystectomie aggrave certainement l'opération, ce qui n'est pas négligeable chez des sujets affaiblis ; si la cholécystectomie diminue les chances de récidives calculeuses, elle n'en supprime pas la possibilité ; enfin et surtout il est parfois avantageux de garder une vésicule qui pourra ultérieurement servir de voie de drainage facile, en cas d'infection récidivante, ou de sténose du cholédoque ; elle constitue souvent « pour l'avenir encore incertain des opérés une précieuse soupape de sûreté ».



Fig. 351. — Drainage de l'hépatique après taille du cholédoque. (Imité de Gosset.)

considé le drainage systématique du cholédoque (1897) : ce drainage

Donc n'enlever la vésicule que si elle présente par elle-même des lésions justiciables d'une cholécystectomie : présence de calculs, altérations pariétales. (Voir technique de cholécystectomie page 347). Dans tous les autres cas, et surtout lorsqu'il y a des lésions graves de la voie biliaire principale, il faut conserver la vésicule.

5° Drainage de la voie principale. —

Dans les premières périodes de la chirurgie biliaire, tous les chirurgiens suturèrent le cholédoque. E. Quénu a le premier en France montré la nécessité de drainer les voies hépatiques infectées, et pré-

permet d'une part l'élimination de petites concrétions calculeuses dans les jours qui suivent l'intervention, d'autre part et surtout il traite l'angiocholite et fait disparaître les phénomènes d'infection biliaire.

Il faut placer dans la voie principale, par l'incision du cholédoque, un drain ayant au moins un centimètre de diamètre ; il faut que ce drain soit engagé de bas en haut sur une certaine longueur dans le canal hépatique ; il faut que le drain « tienne » ; pour cela il est parfois nécessaire, si on a fait une taille large, de rétrécir la partie supérieure de l'incision par quelques points de catgut, dont l'inférieur sera passé dans la paroi du drain lui-même (fig. 351).

Le drain en T, de Kehr, tient mieux que le simple tube : de plus, pour les drainages prolongés, il présente cet avantage de permettre à une partie de la bile de s'écouler dans le duodénum. Mais à cause même de

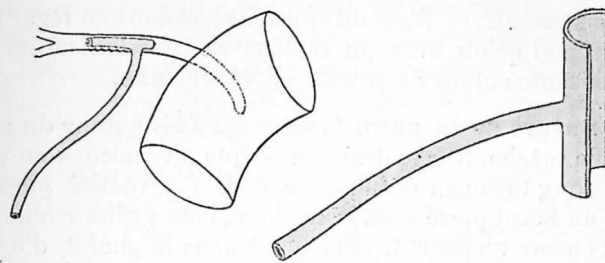


Fig. 352. — Drainage de l'hépatique. — A gauche le drain de Kehr, en place. A droite modification de Pauchet.

sa forme il est parfois un peu plus difficile à enlever ; quand on le retire, la partie transversale du T force sur la suture du cholédoque et risque de la déchirer. On peut obvier à cet inconvénient de deux manières : soit en réduisant à 5 millimètres la longueur de la portion intracholédocienne du tube, comme le recommande Kehr ; soit en fendant verticalement, comme le fait Pauchet, le tube qui doit être placé dans la voie biliaire : ce n'est plus un tube, mais une gouttière, qui pourra se plier et sortir facilement sous une faible traction (fig. 352).

Si la voie principale n'est pas suffisamment large pour admettre un drain, il faut, en se gardant bien de suturer l'incision, placer simplement un drain au contact de la plaie du cholédoque.

Nous signalerons enfin la tentative intéressante et toute récente de Pierre Duval qui, dans quelques cas de lithiase cliniquement non infec-

tée du cholédoque, après cholédocotomie sus-duodénale et extraction des calculs, sutura le cholédoque après y avoir placé un tube de caoutchouc assez long pour que son extrémité plongeât dans le duodénum : cette substitution au drainage biliaire externe d'un drainage duodénal transvartérien par tube perdu présenterait le double avantage d'éviter la déperdition de bile non négligeable dans les jours qui suivent l'opération, de dispenser du tamponnement sous-hépatique, et permettrait ainsi des guérisons plus rapides. D'autres chirurgiens, dans des cas analogues et dans le même but de suppression du drainage externe, ont proposé la simple dilatation de l'ampoule de Vater, ou la cholédoco-duodénostomie.

6° Tamponnement. — On ne fait pas, en France, le gros tamponnement sous-hépatique à la Kehr, dont les moindres inconvénients sont l'éventration (fréquente) et les adhérences post-opératoires (constantes). Tout au plus tassera-t-on mollement deux ou trois mèches de gaze autour du drain : une entre le drain et le foie, une autre au-dessous du drain, et l'on se montrera d'autant plus discret dans ce léger tamponnement qu'on aura pu réaliser une péritonisation plus satisfaisante autour de la taille cholédocienne.

7° Suture de la paroi (voir page 344) autour du drain et de la mèche. Sur le drain on adapte un raccord en verre et un long tuyau en caoutchouc, dont l'extrémité plongera dans un bocal placé sous le lit du malade ; plus commodément encore un court tuyau engagé dans le goulot d'un flacon fixé au bandage de corps.

CHOLÉDOCOTOMIE RÉTRO-PANCRÉATIQUE

Nous avons déjà décrit le décollement duodéno-pancréatique comme manœuvre d'exploration (voir page 343) ; il permet de vérifier l'état de la tête du pancréas, d'explorer la partie cachée du cholédoque, d'y sentir un calcul, et même de refouler un calcul dans la portion sus-duodénale.

C'est une excellente manœuvre d'exploration, mais ce n'est pas une voie recommandable pour la taille du cholédoque : avant d'atteindre le cholédoque, l'incision traverse une couche plus ou moins épaisse de tissu pancréatique, risque de blesser l'arcade vasculaire qui croise la face postérieure du cholédoque à ce niveau (artère duodéno-pancréatique inférieure et veine satellite) ; enfin et surtout cette taille rétro-pancréatique est peu favorable au drainage car, les organes remis en place, le drain sortant de la face postérieure du cholédoque se coudera sur le pancréas et le duodénum.

Au surplus cette taille rétro-pancréatique n'est jamais nécessaire, car les calculs qui sont au-dessus de l'ampoule de Vater peuvent toujours

être refoulés vers le cholédoque sus-duodénal et extraits à ce niveau quant aux calculs enclavés dans l'ampoule, ou à son voisinage immédiat, c'est par duodénostomie qu'il faut les extraire.

CHOLÉDOCOTOMIES INTRA ET TRANSDUODÉNALES. DUODÉNOSTOMIE

Quand par le cathétérisme après taille sus-duodénale, ou par la palpation externe (avec ou sans décollement préalable du duodénum) on sent à travers la paroi duodénale un calcul dans la portion terminale du cholédoque, quand ce calcul ne peut être refoulé ou attiré dans l'incision sus-duodénale, quand il s'agit en un mot d'un calcul enclavé dans l'ampoule de Vater, ou immédiatement au-dessus, il faut l'extraire par duodénostomie.

1° Décollement du duodéno-pancréas. — (voir page 343). — Manœuvre non indispensable, parfois avantageuse : elle permet d'abord le double palper du pancréas et du cholédoque qui y est contenu : on y sentira le calcul sous forme d'un corps plus ou moins volumineux, mais toujours très dur ; elle permet ensuite d'extérioriser le duodénum, et d'opérer hors du ventre.

2° Incision du duodénum. — La deuxième portion du duodénum étant maintenue au dehors, entourée de compresses, on l'incise longitudinalement ou transversalement vers le milieu de sa face antérieure ; on écarte les lèvres de l'incision au moyen de quatre pinces ; on éponge la mousse verdâtre qui monte dans la plaie.

3° Recherche de la papille. — La papille ou tubercule de Vater est située à la jonction de la face postérieure et de la face gauche de la deuxième portion du duodénum, vers le milieu de sa hauteur ; elle est parfois difficile à découvrir parmi les replis valvulaires de la muqueuse ; l'apparition d'une goutte de bile pourra déceler sa présence ; quand elle contient un calcul, on la trouve du premier coup, car le calcul la fait saillir, parfois même « montre son nez » par l'orifice.

4° Extraction du calcul. — Si le calcul est dans l'ampoule même, on peut tout simplement dilater la papille avec une pince, et extraire le calcul (procédé de Collins) ; ou inciser verticalement la papille, débrider la lèvre supé-

rieure de l'orifice : c'est la *cholécotomie intra-duodénale*, opération de Mac Burney (fig. 353).

Mais quand le calcul est immobilisé au-dessus de l'ampoule, qu'il fait saillie à travers la paroi postérieure du

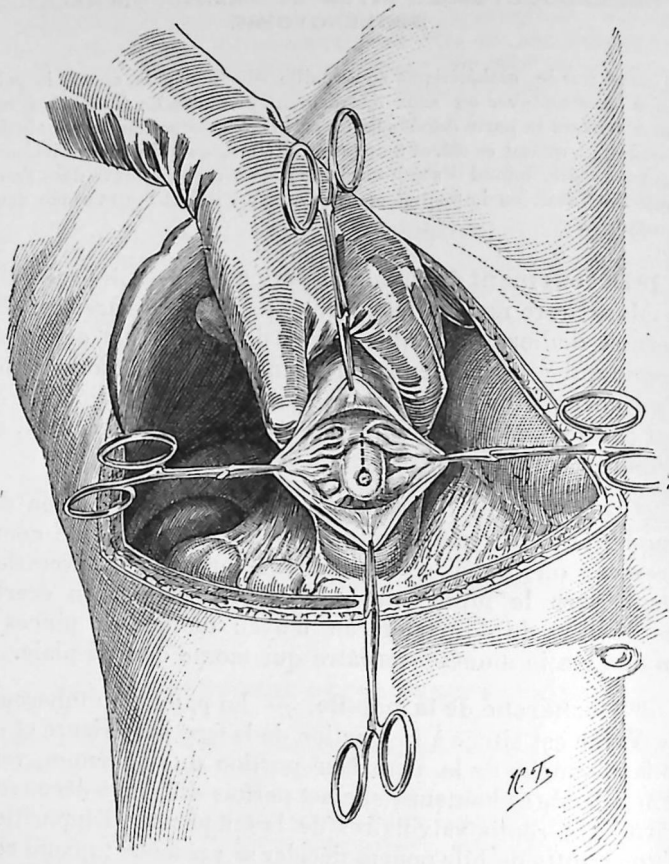


Fig. 353. — Cholécotomie intra-duodénale. Opération de Mac Burney. (Gosset.)

duodénum à quinze ou vingt millimètres au-dessus du méat bilio-pancréatique, s'il ne peut être amené par expression à l'orifice papillaire, alors il faut inciser directement, sur la saillie du calcul, l'extrémité inférieure de l'incision atteignant ou non l'orifice papillaire. En tout cas on aura tra-

versé : 1° la paroi postérieure du duodénum dans toute son épaisseur ; 2° la paroi antérieure du cholédoque : on aura

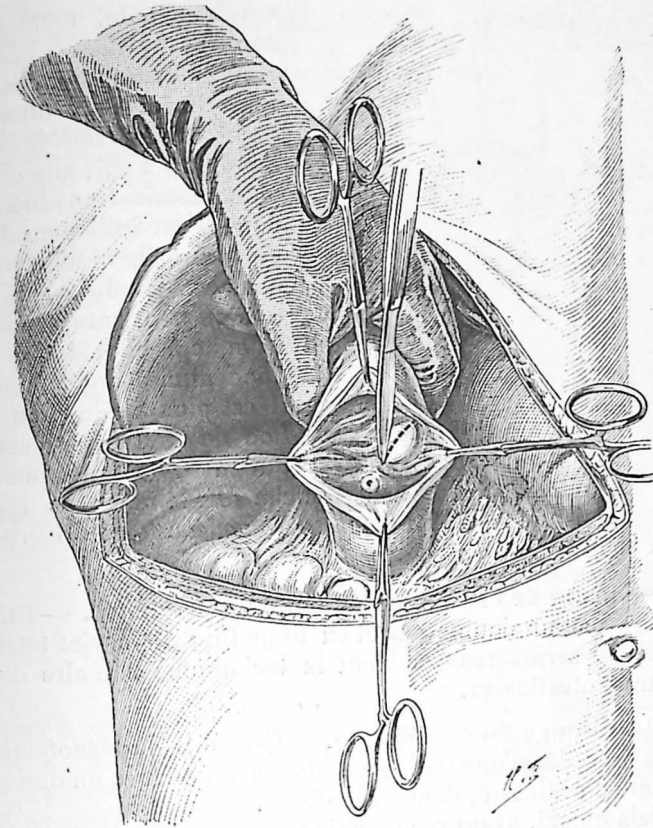


Fig. 354. — Cholécotomie transduodénale. Opération de Kocher.

fait une *cholécotomie transduodénale*, opération de Kocher (fig. 354).

5° **Cathétérisme rétrograde du cholédoque.** — Dans tous les cas, le calcul une fois extrait, il faut, avec un cathéter introduit de bas en haut par l'ampoule de Vater ou par la taille, s'assurer que le cholédoque est libre, qu'il ne contient pas d'autre calcul.

6° Suture de l'incision duodénale postérieure.

Quand on s'est contenté de débrider la papille, de faire une cholédocotomie intra-duodénale, toute suture est inutile.

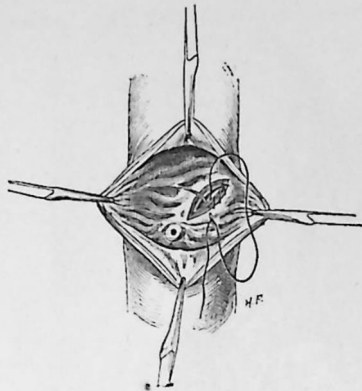


Fig. 355. — Cholédoco-duodénostomie après cholédocotomie transduodénale.

Mais quand on a incisé toute la paroi du duodénum et le cholédoque, quand on a fait une cholédocotomie transduodénale, il est indispensable de suturer la brèche faite dans ces conduits ; pour cela on peut suturer cholédoque à cholédoque et duodénum à duodénum ; il est plus facile et aussi bon de suturer sur chaque lèvre de l'incision la

tranche cholédocienne à la tranche duodénale ; on réalise ainsi une véritable *cholédoco-duodénostomie interne*. (fig. 355).

7° Suture de l'incision duodénale antérieure. — Elle se fera par un double surjet au fil de lin ; 1^{er} surjet total, 2^e surjet séro-séreux, suivant la technique ordinaire des sutures intestinales.

8° Drainage du cholédoque. — Quand la duodénostomie a été précédée d'une taille sus-duodénale, on met un drain, comme d'ordinaire, dans l'hépatique.

Mais quand, ayant reconnu de prime abord un calcul de l'ampoule de Vater, on l'a abordé directement par duodénostomie d'emblée, il n'est pas indispensable de faire dans tous les cas un drainage par taille sus-duodénale : ce drainage conserverait cependant ses indications dans les cas qui sembleraient cliniquement très infectés.

9° Drainage sous-hépatique. — On fera ou non un drainage et un tamponnement de l'espace sous-hépatique suivant les conditions de l'opération, suivant qu'on aura fait ou non la cholécystectomie, le drainage du cholédoque.

Autres indications de la duodénostomie en chirurgie biliaire.

Nous avons envisagé la duodénostomie faite pour extraire un calcul nettement senti par le cathétérisme ou par la palpation externe. En dehors de ce cas, où la duodénostomie est faite sur une indication précise, objective, « à coup sûr », il en est d'autres où elle peut rendre service, au cours des laparotomies pour ictère chronique par rétention, notamment dans les cas douteux, quand l'exploration par l'incision sus-duodénale n'est pas satisfaisante, quand le passage du cathéter se fait difficilement vers l'intestin.

On peut faire la duodénostomie comme opération exploratrice, sur de simples probabilités, lorsqu'on sent sur la tête du pancréas une induration limitée qui peut être un cancer localisé de la tête du pancréas ou de l'ampoule de Vater, ou un noyau de pancréatite biliaire, ou un calcul du cholédoque.

On peut enfin la faire par hypothèse, indépendamment de toute constatation opératoire objective, chez un malade présentant un ictère chronique par rétention de nature douteuse (E. Quénu).

Dans un autre ordre d'idées, la duodénostomie peut être employée comme voie d'abord du cholédoque lorsque les lésions anciennes d'angiocholécystite avec péritonite sous-hépatique intense rendent le cholédoque absolument inabordable dans sa portion sus-duodénale (Gosset).

CHAPITRE V

OPÉRATIONS AYANT POUR BUT DE RÉTABLIR LE COURS DE LA BILE APRÈS OBSTRUCTION, SECTION OU RÉSECTION DE LA VOIE BILIAIRE PRINCIPALE

I. RESTAURATION DE LA VOIE BILIAIRE PRINCIPALE DANS LA CONTINUITÉ APRÈS SECTION OU RÉSECTION

Il s'agit d'une suture bout à bout, d'une anastomose termino-terminale unissant les deux segments divisés.

Ses indications sont rares et se limitent aux lésions voisines du confluent hépato-cystique.

Cette opération n'est guère possible que dans les simples sections (blessures opératoires immédiatement reconnues), ou les résections peu

étendues ne dépassant pas deux centimètres (rétrécissements cicatriciels post-opératoires à la suite de cholécystectomie); encore faut-il, dans ce dernier cas, que les deux bouts soient facilement abordables et isolables sur une certaine longueur, qu'ils se laissent facilement amener au contact l'un de l'autre, qu'ils aient un calibre suffisant et pas trop différent l'un de l'autre, enfin que les parois des conduits soient assez sains pour pouvoir être suturés.

Si toutes ces conditions se trouvent réunies, l'opération mérite d'être tentée et pourra donner des succès. Il est bon de placer des fils d'appui de part et d'autre des segments à anastomoser, sur le petit épiploon, de faire la suture à points séparés avec un matériel de suture très fin (aiguille et fil à sutures vasculaires), de laisser un drain au voisinage de la suture.

II. ANASTOMOSES BILIO-GASTRIQUES OU BILIO-INTESTINALES

Ce sont des opérations de dérivation biliaire interne (par opposition aux dérivations biliaires externes ou cutanées), qui consistent à aboucher dans l'estomac ou l'intestin la vésicule biliaire ou la voie principale.

Ces interventions s'adressent aux oblitérations non calculeuses de la voie biliaire principale, et se font chez des malades qui ont un ictère par rétention, s'ils n'ont pas une fistule biliaire.

L'obstacle a un siège variable : hépatique, confluent, cholédoque, ampoule de Vater : l'anastomose devra naturellement porter au-dessus de l'obstacle. Cet obstacle peut être une tumeur ou une lésion inflammatoire de la tête du pancréas comprimant le cholédoque (cancer du pancréas, pancréatite chronique), un cancer de l'ampoule de Vater, une tumeur du cholédoque, du confluent, un rétrécissement post-opératoire.

Suivant que la portion malade aura été réséquée ou non, l'anastomose sera destinée à rétablir la continuité après exérèse (opération radicale), ou simplement à dériver le cours de la bile (opération palliative).

A. — Anastomoses latéro-latérales.

1. **Vésiculaires.** — Les anastomoses vésiculaires, à cause de leur facilité technique et de leur bénignité, sont les opérations de choix quand l'obstacle est bas situé, à distance du confluent; encore faut-il évidemment que la vésicule n'ait pas été enlevée au cours d'une opération antérieure, qu'elle soit utilisable, c'est-à-dire pas trop rétractée, et que le cystique soit perméable.

On peut aboucher la vésicule dans l'estomac, dans le duodénum, dans l'intestin grêle, dans le côlon transverse.

La *cholécysto-duodénostomie*, théoriquement la meilleure opération, est difficile à cause de la fixité du duodénum.

La *cholécysto-jéjunostomie* est facile à cause de la mobilité de l'anse jéjunale, mais il faut faire passer cette anse en avant du côlon, dans

des conditions de transit très difficiles; ou à travers le mésocolon, ce qui complique l'intervention; ou recourir à des anastomoses complexes, telles que la *cholécysto-jéjunostomie en Y de Monprofit*, qui allongent et aggravent l'acte opératoire.

La *cholécysto-colostomie* se présente avec une facilité tentante, étant

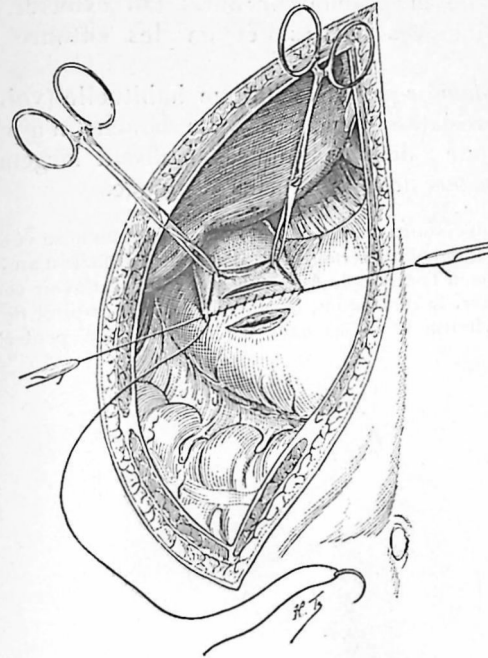


Fig. 356. — Cholécysto-gastrostomie.

donné les rapports anatomiques entre le fond de la vésicule et la partie initiale du côlon transverse, mais elle est à rejeter à cause de la septicité du contenu colique qui risque d'infecter les voies biliaires, et parce que d'autre part elle prive le chimisme intestinal des actions biliaires.

La *cholécysto-gastrostomie* est une bonne opération à laquelle vont aujourd'hui toutes les faveurs : les expériences physiologiques de Dastre, d'Oddi, les résultats opératoires ont montré que le déversement de la bile dans l'estomac n'a pas, au point de vue digestif, les inconvénients qu'on pouvait redouter.

Technique de la cholécysto-gastrostomie (fig. 356).

— 1° *Incision, exploration* (voir page 339).

2° *Ponction de la vésicule* si elle est très distendue, ce qui est le cas habituel.

3° *Mise en présence des parties à anastomoser.* Deux fils d'appui ou deux pinces de Chaput mettent en présence le fond de la vésicule et la face antérieure de l'antra pylorique, à cinq ou six centimètres du pylore, à égale distance de la petite et de la grande courbure. On extériorise autant que possible ces parties, et on les entoure de compresses.

4° *Anastomose par la technique habituelle* (voir anastomose latéro-latérale, page 123). La bouche n'a pas besoin d'être grande : deux centimètres suffisent largement.

5° *Fermeture de la paroi sans drainage.*

Cette cholécysto-gastrostomie est donc l'anastomose vésiculaire de choix ; cependant, dans certains cas, il peut être difficile d'amener le fond de la vésicule à l'antra pylorique ; la vésicule peut avoir contracté des adhérences avec le duodénum, le colon... Il faut s'inspirer de ces conditions pour choisir le viscère dans lequel la vésicule peut être le plus

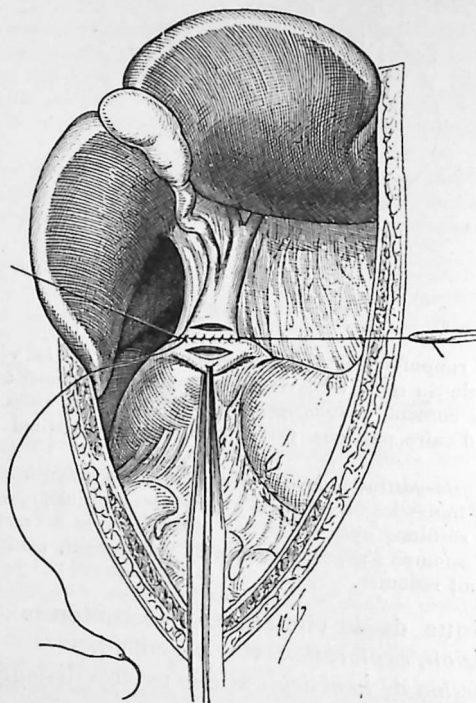


Fig. 357. — Cholédoco-duodénostomie latéro-latérale.

commodément abouchée (en évitant autant que possible que ce soit le colon) ; on peut même utiliser les adhérences et placer la bouche immédiatement en avant. L'anastomose qu'on doit préférer est celle qui se présente le mieux au point de vue de son exécution, c'est-à-dire avec le minimum de décollement et d'hémorragie, et sans tiraillements.

De même, s'il s'agit d'une vésicule fistulisée à la peau, on pourra, après laparotomie et avivement des bords de la fistule, utiliser celle-ci comme bouche anastomotique.

2. Cholédociennes : cholédoco-duodénostomie latéro-latérale (fig. 357). — Le fait de trouver au cours de l'intervention le segment dilaté de la voie principale au contact du duodénum ou de l'estomac a tout naturellement amené le chirurgien à utiliser un adossement tout préparé.

C'est une opération facile, qui donne de bons résultats, et a même été proposée et employée comme mode de drainage à la suite des cholédocietomies pour lithiase (voir page 362).

Technique (Kehr) : incision sur le cholédoque juxta-duodénal, perpendiculaire à l'axe de ce canal ; incision sur le duodénum parallèle à son axe et près du bord supérieur ; deux plans de suture postérieurs, deux plans de suture antérieurs.

B. — Anastomoses termino-latérales.

Cholédoco } (duodénostomie.
Hépatico } (gastrostomie.

Ces opérations consistent, après section du cholédoque ou de l'hépatique, à implanter le bout supérieur dans l'intestin ou dans l'estomac : presque toujours, en fait, c'est dans le duodénum que se fait l'implantation. Ce sont des opérations délicates, auxquelles il faut avoir recours quand les autres interventions sont impossibles : vésicule absente ou inutilisable, rétrécissement ou cancer nécessitant une résection étendue de la voie principale ; alors on est bien obligé de faire une implantation du canal hépatique dans le duodénum.

1. Hépatico-duodénostomie termino-latérale (fig 358).

— Les difficultés tiennent moins au calibre de l'hépatique, qui est dilaté, qu'au mauvais état de sa paroi, à la distance qui sépare le bout supérieur de l'angle duodénal.

Technique (Terrier) : 1° *Incision, exploration, résection* de la lésion, ou *section* au-dessus de l'obstacle.

2° *Traitement du bout inférieur par ligature ou suture, suivant ses dimensions.*

3° *Rapprochement duodéno-hépatique.*

a) Si la distance est considérable, mobiliser le duodénum (voir page 343) ; sinon, la manœuvre suivante suffira.

b) Une pince placée sur le bout supérieur l'amène au contact du duodénum ; maintenir ce contact par des *fils d'approche* prenant de chaque côté de l'hépatique des lambeaux péritonéaux appartenant aux ligaments cystico-colic, gastro-hépatique, et les unissant au bord supérieur du duodénum de chaque côté de l'endroit choisi pour y placer la bouche.

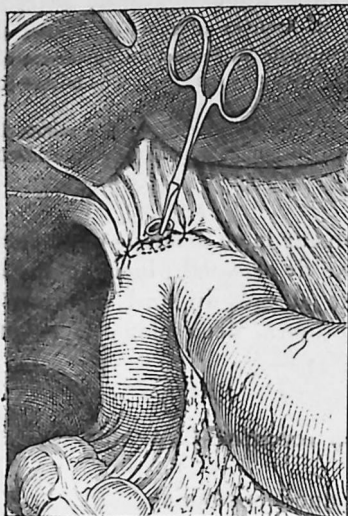


Fig. 358. — Hépatico-duodénostomie terminolaterale. (Terrier.)

4° *Anastomose.* — Il est ordinairement difficile de faire un plan séro-séreux postérieur correct, c'est-à-dire par des points non perforants ; incision du duodénum devant le bout du canal hépatique ; suture des deux tranches en

arrière, puis en avant, avec une aiguille fine, à points séparés ; enfin, si l'on peut, enfouissement séro-séreux antérieur.

Un lambeau d'épiploon fixé par deux ou trois points recouvrira la suture ; on tentera de péritoniser avec les feuillettes du petit épiploon. Il vaut mieux ne pas tamponner, mais laisser un drain au voisinage des sutures.

2. Cholédoco-duodénostomie terminolaterale.

— Ses indications sont plus rares, sa technique est la même que celle de l'opération précédente.

On a aussi abouché le cholédoque dans l'estomac.

RÉPARATION DE LA VOIE BILIAIRE PAR PROTÈSE INTERNE (TUBE DE CAOUTCHOUC).

Il est des cas difficiles où, du fait des lésions, on ne peut faire ni anastomose latérale, ni implantation, ni suture bout à bout. Plutôt que de se résoudre, dans ces cas difficiles, au drainage externe, c'est-à-dire à la fistule biliaire, on peut recourir à la restauration de la voie biliaire principale par le moyen d'un tube de caoutchouc laissé à demeure dans le conduit, et qui sert de prothèse interne.

Cette méthode est basée d'une part sur le grand pouvoir de réparation des voies biliaires, d'autre part sur leur tolérance vis-à-vis de cet agent très simple de prothèse : le tube de caoutchouc.

3 procédés peuvent être employés, suivant les cas ¹ :

1° *La suture précaire, simple rapprochement des deux*

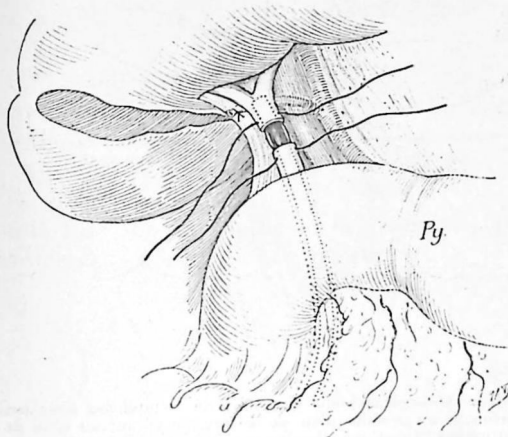


Fig. 359. — Reconstitution de la voie biliaire principale détruite avec perte de substance par le procédé de la suture « quand même » sur un tube de caoutchouc allant jusqu'au duodénum. (Lecène et Gaudart d'Allaines.)

extrémités de la voie biliaire, sur un tube de caoutchouc (fig. 359). Ce procédé s'adresse aux cas où l'on voit bien les deux bouts des canaux biliaires. La section accidentelle des voies biliaires, avec perte de substance, reconnue immédiatement, semble être l'indication typique de ce procédé.

1. Lecène et Gaudart d'Allaines. *Journal de Chirurgie*, 1922, t. XX, p. 237.

2° L'implantation hépatico-duodénale ou gastrique sur tube de caoutchouc avec suture directe (fig. 360). Elle s'adresse aux cas où l'on peut avoir prise sur le bout supérieur pour

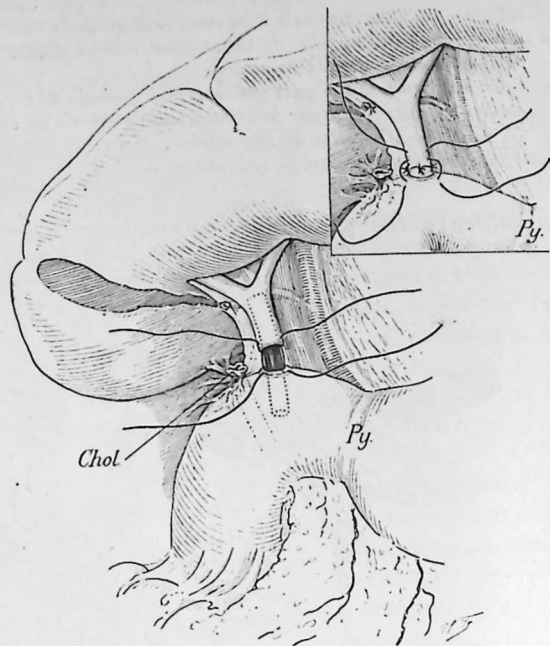


Fig. 360. — Hépatico-duodénostomie sur tube de caoutchouc avec suture directe. Dans le cartouche un premier plan de suture porte sur un cône de muqueuse duodénale attiré sur l'hépatique. (Lecène et Gaudart d'Allaines.)

y passer des fils d'appui (rétrécissement ou néoplasme), lorsqu'on peut disséquer un peu le canal biliaire et mobiliser le duodénum ou l'estomac dans une région opératoire que les adhérences n'ont pas trop modifiée.

3° La prothèse de la voie biliaire par un tube de caoutchouc avec implantation gastrique ou duodénale, sans suture directe (fig. 361). Ce procédé est applicable dans les cas les plus compliqués de la chirurgie biliaire (les fistules biliaires de la voie principale, en particulier).

D'une manière générale la suture directe est un adjuvant

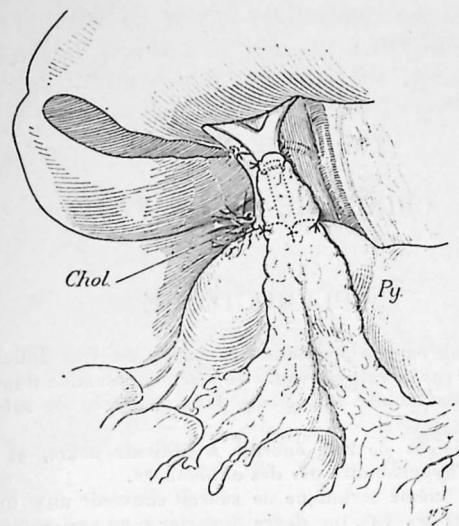


Fig 361. — Hépatico-duodénostomie sur tube-prothèse sans suture directe, avec épiploplastie. (Lecène et Gaudart d'Allaines.)

utile, mais non indispensable de la prothèse ; par contre l'épiploplastie la complète heureusement.

TROISIÈME SECTION
CHIRURGIE DE LA RATE

SPLÉNECTOMIE

La splénectomie est une opération très facile, ou très difficile.

Facile, dans le cas de rate pouvant être aisément amenée dans l'incision pariétale, de rate mobile, à pédicule long et libre, de rate pas trop volumineuse.

Difficile dans le cas de rate énorme, à pédicule court, et surtout de rate fixée dans l'hypochondre par des adhérences.

Une seule et même technique ne saurait convenir aux uns et aux autres. Dans tous les cas, on devra apporter tous ses soins à l'hémostasie.

Le malade doit être couché sur le dos, avec un coussin sous la région dorsale. L'opérateur à droite, l'aide à gauche.

CAS FACILE

1^o Incision de la paroi. — On peut enlever une rate par une incision médiane ; on l'a fait au cours de laparotomies pour contusion de l'abdomen ; mais si on est gêné il ne faut pas hésiter à se donner du jour vers la gauche soit par débridement transversal au niveau de l'ombilic (incision en L), soit par un débridement parallèle au rebord costal au niveau de l'extrémité supérieure de l'incision première (incision en J renversé).

Bien des incisions ont été proposées pour aller à la rate : incision verticale sur le bord externe du droit, incision sous-jacente et parallèle au rebord costal, incision transversale : toutes sont bonnes pour une splénectomie facile.

Mais il est parfois malaisé de prévoir si la splénectomie sera facile ou difficile, et l'on peut se trouver gêné, une fois le ventre ouvert, devant une splénectomie difficile, abordée par une voie insuffisante. La meilleure incision est celle qui, réduite au minimum pour les cas faciles, peut, en cas de difficultés découvertes au cours de l'opération, être facilement transformée en large voie d'accès, et ce, sans délabrement excessif de la paroi. L'incision suivante répond à ces desiderata ; elle présente cet autre avantage de ménager les nerfs intercostaux.

Incision oblique en bas et en dedans, commençant sur le rebord costal gauche à la hauteur du 8^e ou 9^e cartilage, et descendant obliquement vers l'ombilic (*fig. 362*).
Inciser la peau, puis tous les plans de la paroi : muscles

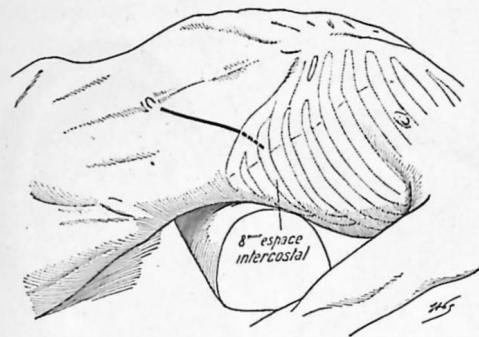


Fig. 362. — Incision pour la splénectomie. Elle peut être prolongée suivant pointillé dans les cas difficiles, avec section du rebord cartilagineux.

grand oblique, petit oblique et transverse en dehors, muscle droit en dedans, et le péritoine dans toute la longueur.

2^o Exploration. — L'opérateur glisse la main droite par la plaie sous la coupole diaphragmatique gauche et va à la rate : il la trouve libre, mobile ou peu adhérente, de volume normal ou peu augmenté.

3^o Extériorisation. — Amenez la rate, par une traction douce, jusque dans l'incision, extériorisez-la, en exposant bien son pédicule.

4^o Hémostase et section du pédicule. — Sur ce pédicule saisi entre deux doigts de la main gauche, placez de la main droite un clamp au ras de la rate et serrez-le : il empêchera la rate de se vider au moment de la section ; à un bon centimètre en dedans placez deux fortes pinces à forcipressure : l'une de haut en bas, l'autre de bas en haut, prenant chacune plus de la moitié du pédicule, serrez-les à fond (*fig. 363*).

Au ras du clamp coupez le pédicule, déposez la rate et

son clamp dans une cuvette. Il ne reste plus qu'à remplacer vos pinces par des ligatures.

Le pédicule est-il long et mince ? Une seule ligature peut

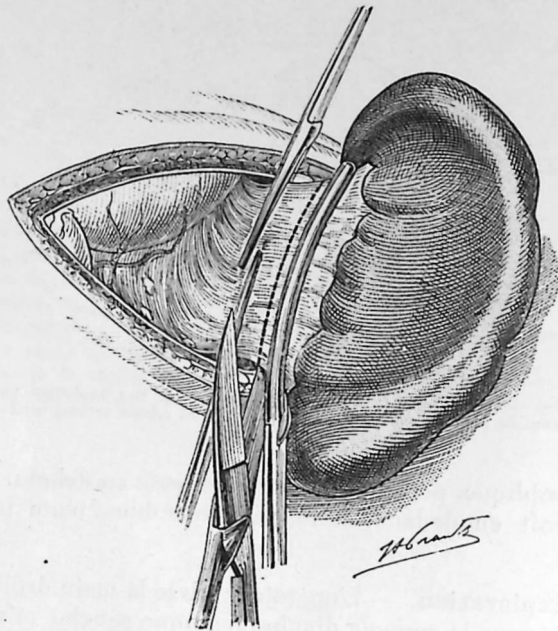


Fig. 363. — Splénectomie : hémostase et section du pédicule.

suffire : autour de ce pédicule passez un fil solide de catgut (n° 3) ou de soie (qui ne dérape pas), serrez-le lentement et progressivement, cependant que votre aide entr'ouvre les pinces et les referme aussitôt, pour permettre au pédicule étalé de se rétrécir sous votre striction.

Le pédicule est-il large ? Divisez-le en deux ou trois paquets que vous lierez isolément, ou par une ligature enchaînée (fig. 364), un nœud de Lawson-Tait. Alors seulement enlevez vos pinces, non sans avoir préalablement saisi du bec d'une pince de Kocher l'extrémité du moignon : ne laissez pas le pédicule regagner sa place au fond du ventre avant de vous assurer que vos nœuds tiennent bien,

qu'aucun vaisseau n'a échappé à votre ligature, que l'hémostase est parfaite.

Placez une valve dans l'extrémité supérieure de l'incision, assurez-vous que rien ne saigne dans la profondeur, notamment quelque polaire supérieure que vous auriez rompue en extériorisant la rate.

5° Suture de la paroi en un, deux ou trois plans, sans drainage dans ces cas simples.

CAS DIFFICILES

Vous avez commencé comme précédemment, l'exploration vous a montré une *rate énorme* que vous n'avez pu « accoucher » par votre incision parce que son pôle supérieur n'a pu être assez abaissé pour franchir l'angle supérieur de la plaie : agrandissez votre incision comme il est dit plus bas, et terminez de la manière la plus simple comme il est dit plus haut (cas facile) par l'hémostase et la section du pédicule.

Le cas véritablement difficile, c'est l'extirpation d'une *rate adhérente* : ici encore il faut vous donner plus de jour, mais de plus l'hémostase devra être conduite d'une autre manière.

1° *Incision agrandie.* — Votre incision première va obliquement du rebord costal à la ligne blanche, un peu au-dessus de l'ombilic ; le cas est difficile, donnez-vous du jour par les deux bouts : en dedans vous pouvez sans inconvénient dépasser de deux ou trois centimètres la ligne blanche ; en haut et en dehors, prolongez votre incision de quelques centimètres sur le rebord thoracique, et sectionnez ce rebord cartilagineux au bistouri, en regard de l'espace intercostal (fig. 362) : placez une large valve dans l'angle supérieur de la plaie, vous serez surpris du jour supplémentaire

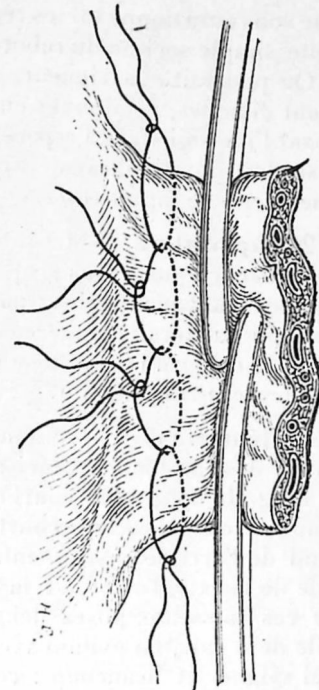


Fig. 364. — Ligature en chaîne du pédicule splénique.

que vous aura donné sur les régions élevées de l'hypochondre cette simple section du rebord, qui permet son écartement.

On pourrait à la rigueur, dans des cas exceptionnellement difficiles, se donner encore plus de jour en prolongeant l'incision dans l'espace intercostal, et en divisant les insertions du diaphragme, transformant la laparotomie en une véritable laparo-thoraco-phrénotomie (voir page 91) ¹.

2° Exploration. — La rate est adhérente ; n'essayez pas de la décortiquer, vous risqueriez de la déchirer, de la faire saigner ; ne vous obstinez pas dans une tentative d'extériorisation qui serait dangereuse. Il est infiniment préférable de faire d'abord l'hémostase en laissant la rate en place, et d'enlever la rate ensuite.

3° Hémostase ². — Commencez par ouvrir l'arrière-cavité des épiploons en incisant le ligament gastro-colique le long de la grande courbure après avoir lié de part et d'autre les vaisseaux courts. Cherchez ensuite dans le fond de l'arrière-cavité, entre la queue du pancréas et le hile de la rate, l'artère et la veine spléniques ; sur chacun de ces vaisseaux posez deux fils, à une petite distance du hile de la rate, en évitant avec soin la blessure du pancréas qui saignerait beaucoup : coupez les vaisseaux entre les deux fils (fig. 365).

4° Libération et ablation de la rate. — Alors seulement vous pourrez, sans crainte d'hémorragie importante, entreprendre la libération et l'ablation de la rate. Cette libération est parfois laborieuse, car des adhérences solides peuvent unir la rate au diaphragme ; travaillez de préférence au contact de la rate, pour éviter la blessure du diaphragme et de la plèvre ; vous trouverez parfois un plan de clivage en dedans de la capsule. La rate progressivement décollée se laisse peu à peu attirer au dehors ; liez, chemin faisant, les pédicules accessoires, polaire supérieure et inférieure en particulier, enlevez la rate.

1. Dans ces cas difficiles on pourrait, dans certaines circonstances, recourir à la résection du rebord cartilagineux du thorax, suivant la technique d'Auvray, ou celle de Baudet-Navarro (voir page 87). Remarque notamment qu'une laparotomie médiane sus-ombilicale peut servir de point de départ au premier de ces deux procédés et que le deuxième permet au besoin d'agrandir une laparotomie parallèle au rebord costal qui se serait montrée insuffisante.

2. Lecène et Deniker. *Jour. de Chir.*, mars 1924, t. XXIII, n° 3, p. 225.

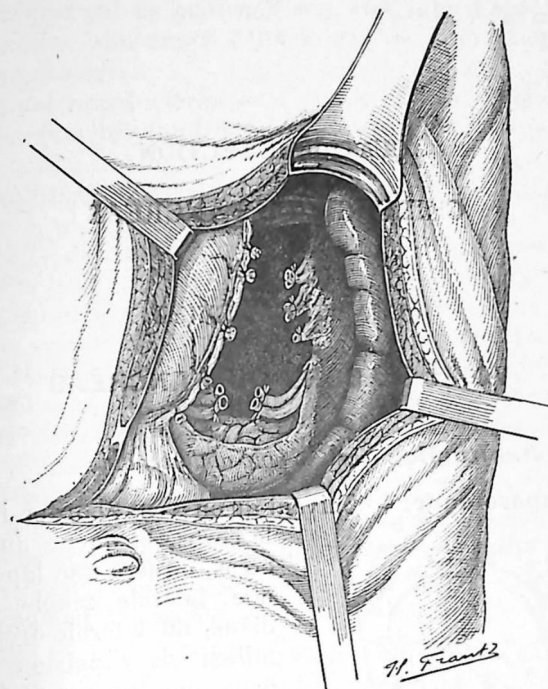


Fig. 365. — Ouverture première de l'arrière-cavité dans un cas de rate adhérente. — Section de l'artère et de la veine spléniques entre deux ligatures. (Lecène et Deniker.)

5° Révision, réparation. — Inspectez soigneusement le champ opératoire : assurez-vous que l'hémostase est parfaite sur toutes les parois de la loge splénique ; vous aurez souvent quelques veines à lier au niveau de la coupole diaphragmatique. Réparez par quelques points de suture la brèche que vous avez faite dans le ligament gastro-splénique.

6° Suture de la paroi suivant la technique ordinaire, avec ou sans drain suivant les conditions pathologiques et opératoires. Si vous avez incisé le rebord cartilagineux du thorax, il est tout à fait inutile de le suturer spécialement ; la réunion se fera d'elle-même si les deux bords de votre plaie sont bien coaptés, et se consolidera sans déformation et avec une grande rapidité.

QUATRIÈME SECTION
CHIRURGIE DU PANCRÉAS

CHAPITRE PREMIER

VOIES D'ABORD DU PANCRÉAS

Voie habituelle : c'est la *voie abdominale*.

1^o **Laparotomie.** — Suivant qu'on veut aborder la tête, le corps, la queue du pancréas, on fera une laparotomie latérale gauche, médiane, ou latérale droite, le milieu de l'incision étant dans tous les cas au-dessus du niveau de l'ombilic.

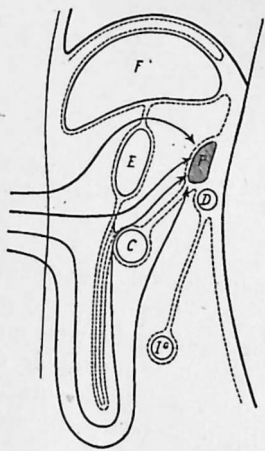


Fig. 366. — Coupe sagittale schématisée de l'abdomen. Les flèches indiquent les différentes voies d'abord du pancréas ; de haut en bas : 1. Voie inter-hépatogastrique, à travers le petit épiploon. — 2. Voie inter-gastro-colique, à travers le ligament gastro-colique. — 3. Voie inter-gastro-colique, par décollement colo-épiploïque. — 4. Voie sous-mésocolique, avec incision du feuillet inférieur du mésocôlon transverse.

2^o **Découverte du pancréas.** — La presque totalité du pancréas est située au-dessus du mésocôlon transverse, plaquée contre la paroi postérieure de l'arrière-cavité des épiploons. Le pancréas se trouve donc caché de haut en bas par le petit épiploon, l'estomac, le ligament gastro-colique. Suivant la partie du pancréas qu'on se propose d'atteindre, on pourra recourir à une des manœuvres suivantes (fig. 366) :

a) *Effondrement du petit épiploon*, voie inter-hépatogastrique, bonne seulement dans le cas de lésion haute, et d'estomac abaissé.

b) *Effondrement du ligament gastro-colique*, voie inter-gastro-colique, la plus fréquemment employée (voir page 136).

c) *Décollement inter-colo-épiploïque*, autre voie inter-gastro-colique, plus large (voir page 137).

d) *Incision du feuillet inférieur du mésocôlon transverse*, dans le cas où la lésion s'est développée au niveau du bord inférieur du pancréas, dédoublant le mésocôlon : il faut alors relever le grand épiploon et le côlon transverse, et inciser le feuillet inférieur du méso dans une aire avasculaire.

Toutes ces manœuvres mènent sur la face antérieure du pancréas : cette face est encore recouverte d'un feuillet séreux qu'il faudra effondrer pour atteindre le parenchyme glandulaire lui-même.

e) *Le décollement duodéno-pancréatique* permet d'accéder à la face postérieure de la tête du pancréas, de palper cette tête entre deux doigts, et notamment la région d'aboutement duodénal des canaux pancréatiques (voir page 343).

Voies exceptionnelles : a) **Voie lombaire.** — Elle peut être employée comme *voie complémentaire pour le drainage* : pour cela le doigt, introduit dans la collection pancréatique à drainer, refoule en arrière la paroi abdominale postérieure en dehors du rein, sous la douzième côte ; sur la saillie du doigt on incise d'arrière en avant toute l'épaisseur de la paroi.

Mais la voie lombaire a été aussi utilisée comme *voie d'abord* : par une incision lombaire gauche très oblique, comme celle de la néphrectomie, en décollant le côlon et en passant devant le rein, on arrive aisément sur la queue et même le corps du pancréas (Delbet).

Par la voie lombaire droite on peut de même arriver sur la tête du pancréas.

b) **Voie transpleurale.** — Cette voie n'est indiquée que pour l'ouverture de collections pancréatiques sous-phréniques.

CHAPITRE II

OPÉRATIONS PRATIQUÉES SUR LE PANCRÉAS

Le plus souvent il s'agit de *kystes* ou d'*abcès* qu'on se borne à inciser par la voie qui semble la plus commode suivant le siège de la collection, cette incision étant suivie de simple drainage ou de marsupialisation. On a fait parfois l'extirpation totale du kyste, la pancréatectomie partielle pour kystes de la queue, l'incision et l'anastomose immédiate du kyste avec l'intestin dans le but de prévenir la fistule.

L'intervention pour *pancréatite hémorragique* consiste à inciser l'hématome pancréatique, à tamponner et à drainer.

Dans le cas de *pancréatite chronique*, on a fait la libération du cholédoque comprimé dans son trajet rétro-pancréatique (Vautrin).

On a fait quelques pancréatotomies pour *lithiase pancréatique*.

Quant aux pancréatectomies pour *tumeurs*, elles ont fait l'objet d'intéressants travaux de chirurgie expérimentale et de médecine opératoire cadavérique ; elles n'ont été tentées sur le vivant que dans un très petit nombre de cas, et avec des résultats peu encourageants.

Étant donné les rapports anatomiques étroits qui existent entre le cholédoque et la voie pancréatique, les lésions infectieuses de la voie biliaire retentissent fréquemment sur le pancréas, et inversement les lésions de la tête du pancréas peuvent créer un obstacle à l'écoulement de la bile ; aussi les opérations de dérivation ou de drainage biliaire ont-elles des applications fréquentes dans les lésions du pancréas ; elles peuvent être associées à une action directe sur la lésion pancréatique, ou constituer le seul traitement (voir pages 360 et 368).

TABLE DES MATIÈRES

CHIRURGIE DE L'ABDOMEN

PREMIÈRE PARTIE

Opérations qui se pratiquent sur la paroi abdominale.

CHAPITRE	I. — CURE OPÉRATOIRE DES HERNIES INGUINALES.	1
	Hernie oblique externe non compliquée chez l'homme.	4
	Hernies à canal ouvert.	16
	Cure radicale de la hernie inguinale droite avec ablation de l'appendice.	19
	Hernie avec ectopie testiculaire.	22
	Hernie directe.	25
	Hernies adhérentes.	26
	Hernies du gros intestin.	27
	Hernie étranglée.	32
	Hernie gangrenée.	36
	Hernie chez la femme.	38
CHAPITRE	II. — CURE OPÉRATOIRE DES HERNIES CRURALES.	39
	Opération par voie crurale.	41
	Opération par voie inguinale.	47
	Hernie étranglée.	53
CHAPITRE	III. — CURE OPÉRATOIRE DES HERNIES OMBILICALES.	54
	Petites hernies.	54
	Grosses hernies.	57
	Hernie étranglée.	65
CHAPITRE	IV. — CURE OPÉRATOIRE DES ÉVENTRATIONS.	66
CHAPITRE	V. — TECHNIQUE DES LAPAROTOMIES.	68
	Les incisions.	70
	Exploration de l'abdomen, manœuvres intra-abdominales.	78
	Fermeture de la paroi.	82
	Laparotomies élargies, thoraco-laparotomies.	87

DEUXIÈME PARTIE

Opérations sur l'estomac et sur l'intestin.

1^{re} section. Sutures et anastomoses.

CHAPITRE I. — SUTURES.	95
Sutures sur l'estomac et sur l'intestin grêle.	95
Sutures sur le gros intestin.	104
CHAPITRE II. — FERMETURE DES TRANCHES DE SECTION.	106
CHAPITRE III. — ANASTOMOSES PAR SUTURES. Termino-terminale.	111
— — Termino-latérale.	117
— — Latéro-latérale.	123
CHAPITRE IV. — ANASTOMOSES AUX BOUTONS.	129

2^e section. Opérations sur l'estomac et le duodénum.

CHAPITRE I. — EXPLORATION DE L'ESTOMAC.	135
CHAPITRE II. — GASTROTOMIE.	141
CHAPITRE III. — PYLOROTOMIE LONGITUDINALE EXTRA-MUQUEUSE.	142
CHAPITRE IV. — GASTRO ET PYLORO-PLASTIES.	144
CHAPITRE V. — GASTRO-GASTROSTOMIE.	150
CHAPITRE VI. — GASTRO-ENTÉROSTOMIES.	151
Gastro-jéjunostomie antérieure.	152
Gastro-jéjunostomie postérieure.	153
CHAPITRE VII. — EXCLUSION DU PYLORE.	166
CHAPITRE VIII. — GASTRECTOMIES.	170
Résections atypiques, résection en selle.	170
Pyloro-gastrectomie pour cancer.	176
Pylorectomie pour ulcus.	197
Résection médio-gastrique.	205
Résection du cardia.	209
Gastrectomies subtotale et totale.	211
CHAPITRE IX. — GASTROSTOMIE.	213
CHAPITRE X. — DUODÉNO-JÉJUNOSTOMIE.	220

3^e section. Opérations sur l'intestin.

CHAPITRE I. — RÉSECTION INTESTINALE.	224
CHAPITRE II. — JÉJUNOSTOMIE.	225
CHAPITRE III. — EXCLUSION DE L'INTESTIN.	227
CHAPITRE IV. — RÉSECTION DE L'APPENDICE.	228
CHAPITRE V. — ANUS ILIAQUE DROIT : ILÉOSTOMIE, TYPHLOSTOMIE.	237

CHAPITRE VI. — ANUS ILIAQUE GAUCHE : SIGMOÏDOSTOMIE.	240
CHAPITRE VII. — FERMETURE DES ANUS ARTIFICIELS.	249
CHAPITRE VIII. — COLOPEXIES.	250
Typhloplexie.	250
Colopexie droite (en équerre).	251
Colopexie iléo-pelviennne gauche.	254
CHAPITRE IX. — ILÉO ET TYPHLO-SIGMOÏDOSTOMIE.	258
CHAPITRE X. — COLECTOMIES.	261
Colectomie totale.	261
Hémicolectomie droite.	265
Colectomies segmentaires.	269

TROISIÈME PARTIE

Opérations sur l'anus et sur le rectum.

CHAPITRE I. — MYORRAPHIE DES RELEVEURS CHEZ L'HOMME.	283
CHAPITRE II. — CERCLAGE DE L'ANUS.	288
CHAPITRE III. — RECTOTOMIE POSTÉRIEURE.	289
CHAPITRE IV. — RÉSECTION DES HÉMORROÏDES.	290
CHAPITRE V. — EXTIRPATION DU RECTUM.	297
Extirpation périnéale avec abaissement sans conservation du sphincter.	299
Extirpation périnéale avec abaissement et conservation du sphincter.	306
Extirpation périnéale sans abaissement (anus iliaque définitif).	311
Extirpation abdomino-périnéale avec abaissement du côlon au périnée.	314
Extirpation abdomino-périnéale avec implantation du côlon à la paroi abdominale.	319

QUATRIÈME PARTIE

Opérations sur les annexes du tube digestif.

1^{re} section. Chirurgie du foie.

CHAPITRE I. — EXPLORATION, VOIES D'ABORD DU FOIE.	323
CHAPITRE II. — SUTURE DU FOIE.	331
CHAPITRE III. — RÉSECTION DU FOIE.	331
CHAPITRE IV. — KYSTO-HÉPATOTOMIE (<i>kystes hydatiques</i>).	333
CHAPITRE V. — HÉPATOTOMIE (<i>abcès</i>).	336

2 ^e section. Chirurgie des voies biliaires.	
CHAPITRE I. — EXPLORATION DES VOIES BILIAIRES.	339
CHAPITRE II. — CHOLÉCYSTOSTOMIE.	345
CHAPITRE III. — CHOLÉCYSTECTOMIE.	347
CHAPITRE IV. — CHOLÉDOCOTOMIES.	356
Cholécotomie sus-duodénale.	356
Cholécotomie rétro-pancréatique.	362
Cholécotomies intra et trans-duodénales, duodénotomie.	363
CHAPITRE V. — OPÉRATIONS AYANT POUR BUT DE RÉTABLIR LE COURS DE LA BILE.	367
Restauration de la voie biliaire principale dans la continuité.	367
Anastomoses bilio-gastriques ou bilio-intes- tinales.	368
Cholécycto-gastrostomie	369
Cholédoco-duodénostomie latéro-latérale.	371
Hépatico-duodénostomie termino-latérale.	371
Cholédoco-duodénostomie termino-latérale.	372
Réparation de la voie biliaire par prothèse interne	373
3 ^e section. Chirurgie de la rate.	
SPLÉNECTOMIE.	376
4 ^e section. Chirurgie du pancréas.	
CHAPITRE I. — VOIES D'ABORD DU PANCRÉAS.	382
CHAPITRE II. — OPÉRATIONS SUR LE PANCRÉAS.	384

MASSON ET C^{IE}, ÉDITEURS
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

Les prix portés à ce catalogue en francs (français) sont seuls valables sans majoration en France et à l'Étranger à partir du 22 Janvier 1927.

Georges GUILLAIN

Professeur de clinique
des maladies du système nerveux
à la Faculté de Médecine de Paris.

Ioan BERTRAND

Chef du laboratoire d'anatomie pathologique
de la clinique des maladies
du système nerveux
à la Faculté de Médecine de Paris.

Anatomie Topographique du système nerveux central

(1926). Un volume grand in-8° de 322 pages avec 60 planches originales. Broché. 80 fr.
Relié toile. 95 fr.

Ce Traité d'Anatomie topographique du système nerveux central de l'homme a été écrit pour les étudiants poursuivant des études anatomiques, pour les médecins non spécialisés qui désirent repérer avec exactitude les lésions du système nerveux dans leurs autopsies et pour les neurologistes qui travaillent dans les laboratoires. On y trouvera une description méthodique de toutes les coupes macroscopiques et microscopiques du système nerveux normal. Dans chaque coupe ont été indiqués des repères pour topographier les lésions éventuelles. Ainsi est rendue facile la compréhension de la structure en apparence si complexe du cortex, des noyaux gris centraux, de la région hypothalamique, du pédoncule, de la protubérance, du bulbe, du cervelet, de la moelle.

Bien que cet ouvrage ait un caractère essentiellement pratique, on y trouvera mentionnés les travaux anatomiques les plus récents poursuivis en France et à l'étranger sur la cytoarchitecture et la myeloarchitecture de l'écorce cérébrale, du cervelet, de la moelle. Cet ouvrage très clair, avec une importante iconographie originale, est appelé à rendre les plus grands services aux anatomistes et aux cliniciens.

CH. FOIX

Professeur agrégé à la Faculté
de Médecine de Paris.

J. NICOLESCO

Assistant d'Histologie à la Faculté
de Médecine de Bucarest.

ANATOMIE CÉRÉBRALE

Les Noyaux gris centraux
et la région mésencéphalo-sous-optique
suivie d'un appendice sur l'Anatomie pathologique
de la maladie de Parkinson

(1926). 582 pages, 356 fig., 4 planches en coul., broché. 135 fr.
Relié toile. 165 fr.

DANS une première partie, les auteurs rappellent les notions anatomiques élémentaires nécessaires. Ils terminent par un index alphabétique avec définition des centres et faisceaux de la région, suivi d'un rapide résumé d'embryologie générale. La deuxième partie, topographie, comporte une étude sur coupes sériées dans les trois plans vertico-frontal, horizontal et sagittal, d'abord des formations blanches colorées par les méthodes myéliniques, ensuite des formations grises colorées par la méthode de Nissl.

L'ouvrage se termine par la 3^e partie *structurale*, la plus importante, comportant l'étude des différents noyaux de la région étudiée et par un important mémoire relatif aux lésions anatomiques de la maladie de Parkinson.

P. GILIS

Professeur d'Anatomie à la Faculté de Médecine de Montpellier.

Anatomie Élémentaire
des Centres Nerveux
et du Sympathique chez l'homme

(1927). 232 pages, 35 dessins et 1 planche 20 fr.

L'INTÉRÊT de cette anatomie est d'être réduite au grandes lignes définitivement établies entre lesquelles les notions acquises dans l'avenir pourront trouver leur place naturelle.

L'auteur donne une vue d'ensemble sur le système nerveux tout entier, mettant nettement en évidence son unité. Il rappelle, dans une première partie, les notions classiques sur la structure du système nerveux de la *vie de relation*. Dans la seconde partie consacrée au *sympathique*, il montre que celui-ci est superposable au premier, avec une portion centrale cérébrospinale et une portion périphérique, avec un appareil afférent sensitif et un appareil afférent moteur et sécrétoire.

J. DEJERINE

Professeur de Clinique des maladies du système nerveux
à la Faculté de Médecine de Paris.
Médecin de la Salpêtrière, membre de l'Académie de Médecine.

Sémiologie des affections
du système nerveux

(1926) 2^e tirage conforme à l'édition de 1914. Un volume de
1220 pages, avec 564 figures en noir et en couleurs et
3 planches hors texte, relié toile. 190 fr.

CE livre, dont nous publions un nouveau tirage, était épuisé depuis plusieurs années. Il était universellement demandé et devenu introuvable et les nouvelles générations d'étudiants ou de Spécialistes se disputaient les quelques rares exemplaires rencontrés d'occasion chez les Libraires. La valeur d'un tel livre ne se prescrit point en quelques années, mais conserve longtemps tout son prix.

Avant d'entreprendre ce nouveau tirage, les éditeurs ont d'ailleurs reçu l'assurance des meilleurs Élèves du professeur Dejerine, devenus des Maîtres à leur tour, que la *Sémiologie des Affections du Système Nerveux* du Professeur Dejerine était encore aujourd'hui pour les Neurologistes le guide le plus sûr, et que cette irremplaçable œuvre de science et d'art n'avait effectivement point été remplacée.

Œuvre maîtresse de la Neurologie Française. Les éditeurs ont pensé qu'un tel ouvrage pouvait se publier comme un « classique » sous la forme même où l'auteur l'avait conçu de son vivant.

Cette réédition intégrale est conforme à l'ouvrage original, sans adjonctions ni suppressions. Seule, la table alphabétique générale a été complétée pour faciliter les recherches.

L'auteur passe en revue les troubles de l'intelligence et du langage. Puis vient l'étude de la mobilité comprenant les hémiplegies, les paraplégies, les atrophies musculaires, les désordres de l'équilibre, les convulsions et les contractures. Un chapitre est consacré à la topographie des paralysies et des atrophies musculaires et à leurs localisations anatomiques, un autre à l'exposé des explorations électriques.

Les chapitres suivants traitent de la sensibilité, des réflexes, des manifestations viscérales, des altérations trophiques, des troubles sensoriels. L'ouvrage se termine par une étude sur le liquide céphalo-rachidien.

Professeur Pierre MARIE

Travaux et Mémoires

PREMIÈRE PARTIE

(1926). Un volume de 350 pages avec figures 30 fr.

LE nom du Professeur Pierre Marie est attaché aux grandes questions de Neurologie. Il importait donc que ses travaux épars dans les nombreux journaux, les revues et les recueils divers, fussent reproduits et groupés; ils peuvent être consultés par tous les travailleurs. Tous les Mémoires qui figurent dans ce volume ont été réimprimés dans leur intégrité avec leurs figures originales, sans qu'un seul mot ait été changé.

Dans ce premier volume, on trouvera groupés les travaux se rapportant aux questions suivantes :

L'Aphasie ; L'Acromégalie ; La Spondylose rhizomélisque ; L'Ostéo-arthropathie hypertrophiante péneumique ; La Dysostose cléido-cranienne héréditaire ; L'Achondroplasie chez l'adulte.

A SÉZARY

Médecin de l'Hôpital Broca,
Chef de laboratoire à la Faculté de Médecine de Paris.

La Syphilis nerveuse

Étiologie-Pathogénie-Prophylaxie-Traitement

ÉTUDES CLINIQUES ET BIOLOGIQUES

(1926). Un volume de 208 p. avec 2 planches hors texte. 26 fr.

L'AUTEUR traite d'abord de l'étiologie et de la pathogénie de la syphilis nerveuse. Cette étude n'a pas seulement un intérêt théorique, car elle nous fournit des directives importantes pour la prophylaxie et la thérapeutique auxquelles il consacre ensuite plusieurs chapitres.

On trouvera aussi dans ce volume une étude clinique sur la syphilis nerveuse multiloculaire et sur les rapports de la sclérose en plaques avec l'infection tréponémique.

Les réactions biologiques du liquide céphalo-rachidien dans la paralysie générale y font l'objet d'un chapitre spécial.

Paul RAYAUT

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis.

Syphilis — Paludisme Amibiase

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE PRATIQUE

3^e *Édition refondue.* Un volume de 284 pages . . . 22 fr.

Syphilis. — Inconvénients du traitement arsenical; avantages de cures mixtes arsenico-mercurielles et arsenico-bismuthiques. — Thérapeutique par les sels de bismuth; traitement de la syphilis par voie buccale, etc.

Paludisme. — Traitement par le quinine et les sels arsenicaux. — Importance de l'Iode dans la thérapeutique.

Amibiase. — Formes torpides, traitement prophylactique et préventif. Ouvrage pratique totalement remanié, contenant des notions nouvelles et des schémas de thérapeutique sous forme de véritables ordonnances.

H. GRENET

Médecin de l'Hôpital Bretonneau.

R. LEVENT

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris.

L. PELLISSIER

Interne des Hôpitaux de Paris.

Les Syphilis Viscérales tardives

(1927). Un volume de 378 pages. 32 fr.

Travail clinique et critique. On y trouvera l'exposé des notions qui paraissent solidement acquises et la discussion des interprétations. Les auteurs mettent en évidence le rôle réel de la syphilis dans les affections viscérales chroniques, rôle tantôt capital et tantôt plus restreint que ne l'admettent certains auteurs.

Il ne s'agit pas ici d'un livre de spécialité, mais d'un livre de médecine générale envisagée sous un point de vue particulier. Il n'existait pas en France de travail de ce genre depuis les grands traités de Lanceraux et de Fournier.

F. d'HÉRELLE

Directeur du Service bactériologique.
Conseil international, sanitaire, maritime et quarantenaire d'Égypte.

Le Bactériophage et son comportement

2^e Édition (1926) entièrement refondu. Un volume de 552 pages
avec 23 figures. 60 fr.

PRENANT la physiologie comme guide, l'auteur a cherché à résoudre le problème de la nature du bactériophage. Le bactériophage possède-t-il ou ne possède-t-il pas le critère physiologique de la vie? Se basant sur des expériences, il donne la preuve que le bactériophage possède intégralement ce critère, qu'il est donc nécessairement vivant.

Quels sont, dans la nature, les comportements respectifs du bactériophage et des bactéries qu'il parasite? Quelles sont les modalités de la bactériophagie *in vivo*? Quelles sont les conséquences de la lutte qui se poursuit sans cesse au sein de tout être vivant entre les deux antagonistes? C'est l'objet de la troisième partie.

C. LEVADITI
de l'Institut Pasteur

L'Herpès et le Zona Ectodermoses Neurotropes

ÉTUDE ÉTIOLOGIQUE ET PATHOGÉNIQUE

(1926). Un volume de 388 pages avec 87 figures. 42 fr.

DANS cette étude étiologique et pathogénique, on trouvera successivement traités : des généralités sur l'herpès et le zona. L'étude expérimentale de l'herpès. Le virus de l'herpès et ses propriétés. L'herpès expérimental et la réceptivité des espèces animales. L'histopathologie des lésions. Les voies de pénétration dans l'organisme, la répartition dans les tissus. Les modes de transmission, l'immunité. Une étude expérimentale du zona, le mécanisme pathogénique de l'herpès et du zona; enfin, le problème de l'encéphalite épidémique dans ses rapports avec l'herpès, etc., etc.

Ch. ACHARD

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris.
Membre de l'Académie de Médecine.

Troubles des Échanges Nutritifs

PHYSIOLOGIE — PATHOLOGIE — THÉRAPEUTIQUE

(1926). Deux volumes, ensemble 1220 pages, 167 figures. 140 fr.

CE volume groupe une « bibliothèque » de documents sur les innombrables recherches dont la nutrition normale et pathologique a fourni la matière. Il fixe l'état de nos connaissances au premier quart du xx^e siècle sur cette partie de la médecine qui comprend tant de questions complexes, discutées et en perpétuelle évolution.

Dans les traités classiques, les descriptions pathologiques des troubles nutritifs ont encore pour base principale les symptômes dominants dont on s'applique à faire des maladies distinctes. Dans cet ouvrage, conformément à l'évolution de la médecine, c'est la physiologie qui sert de base à leur étude. Les désordres qui surviennent dans les actes élémentaires de la nutrition y sont envisagés non pour définir les maladies, mais pour guider l'interprétation pathogénique des phénomènes morbides observés en clinique.

M. JACOT

Glycogène Adrénaline et Insuline

(1926). Un volume de 212 pages avec figures. 35 fr.

I. Le glycogène oxydase.

Le glycogène, la glycogénie et la glycose, agents oxydants.

II. Le mécanisme de la glucosurie adrénalinique.

Influence de l'adrénaline sur le foie, théorie du métabolisme des hydrocarbures en liaison avec l'explication de la glycosurie adrénalinique.

III. Les fonctions du glycogène, de l'adrénaline et de l'insuline.

Le glycogène oxydase et agent de la motilité. — L'adrénaline amplificateur des oxydations, son rôle dans la motilité. — L'insuline « aide-enzyme » d'assimilation, « anti-enzyme » de désassimilation. — L'adrénaline « anti-enzyme » d'assimilation, « aide enzyme de désassimilation. — Le glycogène élément de définition du règne animal.

F. LEJARS

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Paris,
Chirurgien de l'hôpital de Saint-Antoine.
Membre de l'Académie de Médecine.

Exploration Clinique et diagnostic chirurgical

DEUXIÈME ÉDITION ENTIÈREMENT REFONDUE

(1927). 1 volume de 912 pages avec 1054 photographies et dessins
originaux, broché 100 fr.
Relié toile 120 fr.

L'ACCUEIL réservé à ce livre, rapidement épuisé, eût permis d'en donner
il y a longtemps une seconde édition. Le Professeur LEJARS a
tenu à le remanier à le compléter et à enrichir l'illustration de 187 figures
nouvelles.

Pour établir cliniquement un diagnostic, il faut deux opérations
distinctes mais connexes; d'abord la *recherche des signes physiques*,
l'exploration, opération sensorielle qui nécessite une technique réglée
et un entraînement progressif, puis l'*interprétation rationnelle des
signes recueillis*, opération intellectuelle qui suppose des connais-
sances étudiées en pathologie.

• Devant telle ou telle affection régionale, dit le Professeur LEJARS dans
sa préface, à *quoi penser? comment explorer?* Je répéterai maintes
fois ces deux appels qui traduisent au mieux l'idée qui m'a conduit.
Il faut que le médecin — que tout médecin — sache regarder, palper,
percuter, mobiliser, explorer, pour tout dire.

C'est cette technique, qui est *figurée et décrite* dans ce bel ouvrage:
figurée par des photographies abondantes, inédites, prises sous la
direction de l'auteur et représentant les aspects les plus typiques des
maladies ou des lésions, les manœuvres et les attitudes d'une explora-
tion méthodique, décrite dans un style concis qu'ont su apprécier
les médecins du monde entier pour lesquels « La Chirurgie d'urgence »
du Professeur LEJARS a toujours été le guide sûr et indispensable.
C'est ainsi que l'auteur montre pour chaque région ce que l'on peut
voir « en sachant regarder », comment on doit explorer et comment
on peut tirer de cette exploration des conclusions de *diagnostic, de
pronostic et de traitement.*

P. LECÈNE

Professeur à la Faculté de Médecine
de Paris.

R. LERICHE

Professeur à la Faculté de Médecine
de Strasbourg.

Thérapeutique Chirurgicale

OUVRAGE COMPLET EN TROIS VOLUMES

TOME I. — *Généralités. — Membres*, par R. LERICHE.
644 pages.

TOME II. — *Tête, Bouche, Cou, Thorax, Glande mam-
maire*, par P. LECÈNE; *Rachis, Bassin*, par R. LERICHE;
Nez, Oreilles, Larynx, par F. LEMAITRE. 508 pages.

TOME III. — *Abdomen et Organes Génito-Urinaires*,
par P. LECÈNE. 646 pages.

(1926). Prix de chaque volume. Broché 62 fr.
Prix de chaque volume. Relié toile, fers spéciaux . . . 75 fr.

LA conception de cet ouvrage est entièrement nouvelle.
• Nous pensons, disent les auteurs, qu'il existe des « prin-
cipes » de thérapeutique, c'est-à-dire des règles de conduite pratique,
basées sur l'expérience, d'une application générale dans un groupe de
cas particuliers dont il importe de mettre en évidence la signification
et la valeur. •

Ils supposent connues du lecteur les données essentielles de clinique
et de pathologie chirurgicale, c'est-à-dire l'anatomie pathologique, la
sémiologie et le diagnostic positif et différentiel des lésions.

La thérapeutique chirurgicale comprend trois parties essentielles :
1° Les indications du traitement chirurgical ; 2° La réalisation de ces
indications ; 3° Les résultats que donne l'acte chirurgical exécuté.

Les opinions indiquées dans ce traité sont celles des auteurs ; on
y retrouvera et l'expérience collective, qui se dégage de la lecture des
livres et des mémoires spéciaux, et surtout leur vaste expérience
personnelle.

Le chirurgien de carrière voudra s'appuyer sur l'autorité de deux
éminents chirurgiens pour les grandes directives du traitement.

Le médecin trouvera enfin un ouvrage non surchargé de détails de
technique et dont les indications précises lui permettront de savoir
dans quelle mesure et à quel moment il doit faire appel à la chirurgie
et ce qu'il peut en attendre.

H. ROUVIÈREProfesseur agrégé,
Chef des travaux anatomiques à la Faculté de Médecine de Paris

Anatomie Humaine

Descriptive et Topographique

DEUXIÈME ÉDITION REVUE ET CORRIGÉE

Traité complet en deux volumes ne se vendant pas séparément
et comprenant 1668 pages, 988 figures en noir et en couleurs.

(1927)	{	Brochés.	250 fr.
Prix des 2 volumes		Cartonnés tête rouge . .	300 fr.

Un cartonnage spécial en 3 volumes, au prix de 330 francs, permet
l'expédition dans les pays où les envois sont limités à 3 kilos.

CETTE deuxième édition comporte un grand nombre de modifications
destinées à améliorer les descriptions, à les compléter et à mettre
cet ouvrage au courant des plus récents travaux.

A l'étude du système nerveux l'auteur a ajouté un nouveau et court
chapitre sur le système nerveux parasymphatique.

EXTRAIT DE LA PRÉFACE.

- Je divise l'anatomie en trois parties principales :
1^o Tête et cou, 2^o Tronc, 3^o Membres. Un chapitre spécial est
consacré au système nerveux central.
- Chaque partie fait l'objet d'une double étude : une étude descriptive
et analytique, une étude topographique et synthétique. Je décris tout
d'abord successivement les os, les articulations, les muscles, les
vaisseaux, les nerfs, en un mot tous les éléments qui composent le
segment du corps envisagé. J'analyse le caractère morphologique de
ces organes et je mets ceux-ci en place dans la région qu'ils occupent.
De cette manière le lecteur voit s'édifier pièce par pièce tout un
segment de l'organisme dont il pénètre ainsi en détail l'architecture.
- A cette documentation, fournie par l'analyse, fait suite une étude
topographique dans laquelle je montre région par région, en une vue
d'ensemble, les rapports que présentent entre eux tous les organes
d'une même région.

Henri HARTMANN

Professeur de Clinique médicale, Chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

Chirurgie de l'Estomac

Avec la collaboration de NICOLAE BARBILIAN — R. BENSAUDE —
CHABRUT-ASTAIX — A. METZGER — de POLIAKOFF — ROBERT TARJAN.

1^{re} Partie (1926.) Un volume de 336 pages avec 115 figures
(Travaux de Chirurgie, 6^e Série). 52 fr.

STATISTIQUE opératoire. — Examen de l'estomac. — Résultats de
l'examen du sang chez 100 malades atteints d'ulcère ou de cancer de
l'estomac. — La gastroscopie. — Les ulcères perforés de l'estomac et
du duodénum en péritoine libre. — Technique des opérations prati-
quées sur l'estomac. — Les bouches gastro-intestinales dans le cas
de pylore perméable. — Les suites immédiates de la gastro-entéros-
tomie d'après 842 opérations consécutives. — Résultats éloignés de la
gastro-entérostomie. — L'ulcère peptique de jéjunum. — Etude expé-
rimentale sur les suites de la sténose pylorique provoquée chez les
animaux. — Le chimisme gastrique après les opérations sur l'estomac.
— Suites éloignées de 100 résections gastriques pour cancer de
l'estomac. — Les tumeurs non carcinomateuses de l'estomac. — La
sténose hypertrophique du pylore chez l'adulte.

Félix RAMOND

Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine.

Les Maladies de l'Estomac et du Duodénum

(1927). Un volume de 414 pages avec 17 figures 40 fr.

NOTIONS d'anatomie, d'histologie et de physiologie gastrique. —
Étiologie générale des maladies de l'estomac. — Interrogatoire et
examen du dyspeptique. — L'examen radiologique et chimique,
autres recherches pratiques de laboratoire. — Les Grands symptômes
et les Grands syndromes gastriques. — Les Gastrites. — Les Ulcéra-
tions de l'Estomac, ulcérations aiguës, ulcère chronique. — Les
duodénites et les périoduodénites. — Les Tumeurs de l'Estomac. —
L'aérophagie et l'aérogastrie; hernie gastrique diaphragmatique. —
Les Sténoses pyloriques et médio-gastriques, les dilatations de
l'estomac, la ptose de l'estomac. — Les spasmes gastriques, l'atonie
gastrique, l'incontinence pylorique. — Les dyspepsies secondaires et
réflexes. — Les dyspepsies nerveuses. — Régimes et médications.

R. BENSAUDE

Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine.

TRAITÉ D'ENDOSCOPIE RECTO-COLIQUE

Rectoscopie — Sigmoidoscopie

2^e Édition (1926.) Un volume de 180 pages, avec 115 figures dans le texte, 90 figures en noir et en couleurs. . . 125 fr.

La deuxième édition de ce traité a été tellement modifiée qu'elle constitue un nouvel ouvrage. L'auteur a donné plus de développement à la biopsie en mettant en regard des images endoscopiques les dessins histologiques correspondants des lésions biopsiées. La thérapeutique endoscopique a été traitée plus en détail, on y trouvera le traitement des hémorroïdes par des injections sclérosantes, l'ablation des tumeurs bénignes par la diathermie, le traitement des ulcérations, des recto-colites, etc.

L'explication des nombreuses figures est faite en six langues : français, anglais, italien, allemand, espagnol, portugais.

André LÉRI

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris.

Etudes sur les affections des os et des articulations

(1926). Un volume de 460 pages avec 128 figures. . . 58 fr.

I. — MALADIES DES OS. — *Maladies du développement et malformations.* — La pléonostéose familiale. — L'hypochondroplasie. — La dysostose cléido-cranienne. — L'hémiatrophie. — L'hémiatrophie faciale. — L'hémihypertrophie faciale. — L'hémifacio-craniose. — L'oxycéphalie. — La maladie exostosante. — Chondromes multiples. — Le Nanisme hypophysaire. — La macrogénétosomie. — L'anencéphalie.

MALADIES ACQUISES. — Le Rachitisme. — L'ostéomalacie. — La maladie osseuse de Paget. — La maladie osseuse de Recklinghausen. — L'ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique. — La mélorhéostose. — La syphilis osseuse.

II. MALADIES DES ARTICULATIONS. — (Rhumatismes et maladies arthritiques.) — Description. — Pathogénie. — Thérapeutique.

H. BLANC

M. NÉGRÉ

du service Civile (Hôpital Lariboisière).

La Cystographie

Étude radiologique de la vessie normale et pathologique.

(1926). Un volume de 192 pages, avec 108 figures radiographiques. 48 fr.

Les auteurs décrivent la technique urologique et la technique radiographique. S'arrêtant quelque peu à l'étude de la vessie normale, ils abordent l'étude de la vessie pathologique. Sont d'abord étudiées les affections ou lésions vésicales, dans lesquelles la cystographie est indispensable pour assurer le diagnostic. Puis celles dans lesquelles la cystographie est utile sans être absolument nécessaire. Enfin des chapitres sont consacrés aux affections dans lesquelles la cystographie ne saurait en rien aider un diagnostic dûment établi par l'examen clinique ou d'autres moyens d'investigations.

Un chapitre est consacré à la cystographie post-opératoire, cystographie de contrôle et un aperçu rapide de la pneumo-cystographie termine l'ouvrage.

Iser SOLOMON

Radiologiste à l'Hôpital Saint-Antoine.

Précis de Radiothérapie Profonde

(1926). Un volume de 512 pages avec 174 figures. . . . 75 fr.

Cet ouvrage, par son importance, est un véritable traité à l'adresse non seulement des radiologistes, mais aussi et surtout des médecins, chirurgiens, gynécologues, pour lesquels la radiothérapie est devenue une arme indispensable.

En effet, si la première partie de l'ouvrage, consacrée à la technique radiothérapique, peut paraître à certains un peu spéciale, la 2^e partie, très importante, traite des applications cliniques : son étendue est très vaste. Pour chacune des affections on saura quand il faudra intervenir, comment, quelle technique il faudra suivre.

Un index alphabétique et une table très complète terminent l'ouvrage.

Pierre DELBETProfesseur de clinique chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Paris.**MENDARO**Assistant étranger à la clinique
du professeur Delbet.

Les Cancers du Sein

(1927). Un volume de 346 pages avec 238 figures et 4 planches
hors texte en couleurs 50 fr.

L'HISTOLOGIE permet d'établir le pronostic d'un grand nombre de cancers du sein. A la base de ce travail est la revision de toutes les préparations de tumeurs du sein du laboratoire du professeur P. Delbet avec notation de toutes les particularités intéressantes et la recherche des anciennes opérées. Puis le collationnement des faits cliniques et des faits microscopiques. — Ce livre est consacré à l'exposé des résultats obtenus, certains caractères microscopiques s'étant révélés liés à l'évolution du cancer.

Etude histologique générale. — Classification morphologique des tumeurs du sein. — Classification physiologique. — Pathogénie, Etiologie. — Symptomatologie. — Diagnostic. — Statistique générale. — Evolution des principales variétés des cancers. — Curage du creux susclaviculaire. — Opérabilité. — Opérations pour récidive. — Technique opératoire. — Thérapeutique non opératoire.

Maurice RENAUD

Médecin des hôpitaux de Paris.

Les Cancers et leurs complications

ÉTUDE CLINIQUE DE LEUR ÉVOLUTION

(1927). Un volume de 324 pages avec 27 figures. 30 fr.

L'ÉTUDE de l'évolution anatomique et clinique des cancers est seule capable de fournir des données dont se puissent déduire des notions claires et précises sur les processus néoplasiques, leurs caractères spécifiques, leur marche, leur importance et la place qu'il faut leur assigner dans les cadres de la pathologie.

Ce livre dégage donc les faits éventuels et indiscutables de l'histoire des cancers, suit les étapes de leur développement, détermine le mécanisme des accidents qu'ils entraînent afin de donner une peinture exacte de leur physiologie clinique.

C'est un livre pratique de synthèse, un guide où est réduit à l'essentiel un énorme chapitre de la pathologie.

DUVERGERProfesseur à la Faculté de Médecine
de Strasbourg.**VELTER**Professeur agrégé à la Faculté de Paris.
Ophtalmologiste des Hôpitaux.

Thérapeutique Chirurgicale Ophtalmologique

(1926). Un volume de 464 pages avec 47 figures et 40 planches
hors texte en noir et en couleurs: broché. 130 fr.
Relié toile 145 fr.

CE livre n'est ni un traité ni une encyclopédie; on n'y trouvera pas l'énumération et la description de tous les procédés opératoires utilisés en chirurgie oculaire. Son but est plus limité; préciser les médications opératoires qui ont paru les plus certaines, décrire aussi clairement que possible les techniques jugées les meilleures à l'expérience. Les auteurs ont voulu justifier ce choix arbitraire en indiquant les raisons qui doivent faire préférer un procédé à tel autre, en montrant les écueils et les moyens de les éviter, en montrant aussi les complications post-opératoires et les précautions à prendre pour y parer.

L'ouvrage est illustré de nombreuses figures et de 40 planches hors texte, dont 24 en trichromie et 16 au trait noir et rouge reproduisant dans tous leurs détails les temps opératoires.

H. VILLARD

Professeur agrégé d'Ophtalmologie à la Faculté de Médecine de Montpellier.

Manuel élémentaire d'Ophtalmologie

(1926). Un volume de 434 pages avec 177 figures. 35 fr.

CONÇU dans un sens élémentaire et pratique, cet ouvrage expose avec de nombreuses figures toute la pathologie oculaire de l'étudiant et du médecin non spécialisé.

Selon les divisions classiques et successivement pour toutes les parties de l'œil et de la vision, l'auteur étudie les éléments pathologiques nécessaires pour le diagnostic, le pronostic et le traitement.

A.-B. MARFAN

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris.
Médecin de l'hospice des Enfants-Assistés.

Clinique des maladies de la première enfance

(1926). Un volume de 608 pages 58 fr.

CET ouvrage renferme une introduction et des notions générales : croissance, caractères des diverses périodes de l'enfance, exploration clinique des enfants du premier âge, prophylaxie des maladies contagieuses aiguës, étude de certains états du nouveau-né, celle de la première dentition, de ses accidents et de ses anomalies, celle des affections de la bouche, les plus fréquentes dans la première enfance, des végétations adénoïdes, de l'abcès chaud rétro-pharyngien, de la broncho-pneumonie (4 leçons), de la tuberculose et de la scrofule (7 leçons), de l'asthme des nourrissons, des bruits de cornage et de certaines formes de dyspnée du jeune enfant, enfin étude clinique des principales malformations du cœur.

Robert DEBRÉ

Pierre JOANNON

La Rougeole

ÉPIDÉMIOLOGIE, IMMUNOLOGIE, PROPHYLAXIE

Préface du Professeur Léon BERNARD

(1926). Un volume de 288 pages avec 30 figures. . . . 35 fr.

LES auteurs envisagent l'importance de la mortalité par rougeole et l'influence qu'exercent sur elle de multiples facteurs, au premier rang desquels prennent place des facteurs sociaux.

Dans la deuxième partie, ils analysent la réceptivité de l'homme vis-à-vis de la rougeole, la contagiosité de cette maladie, l'immunité qu'engendre une première atteinte.

Dans la troisième partie, consacrée à la prévention de la rougeole, ils exposent les mesures générales de prophylaxie, les principes et la technique de l'immunisation au moyen des sérums humains.

Dans le dernier chapitre, ils indiquent dans quelle voie on doit s'engager pour réaliser l'immunisation active, à laquelle appartient l'avenir.

NOUVEAU TRAITÉ DE MÉDECINE

PUBLIÉ SOUS LA DIRECTION DE MM. LES PROFESSEURS

G.-H. ROGER

F. VIDAL

P.-J. TEISSIER

Secrétaire de la Rédaction : Marcel GARNIER

22 FASCICULES grand in-8°, avec nombreuses figures dans le texte, en noir et en couleurs, et planches hors texte en couleurs, sous une élégante 1/2 reliure toile dos plat.

FASCICULE I. Maladies infectieuses. — 2^e édition (1925).
584 pages, 66 figures, 3 planches en couleurs. 60 fr.

Notions générales sur les infections. — Les Septicémies. Les Streptococcies. Erysipèle. — Pneumococcie et Pneumonie. — Staphylococcie. — Infections à Tétragènes. Infections à Cocco-bacille de Pfeiffer, à Diplobacille de Friedländer — Entéroccoccie. Psittacose. Infections à Protéus vulgaris. Infections putrides et gangreneuses. Méningococcie. Gonococcie.

FASCICULE II. Maladies infectieuses (suite). — 2^e édition.
776 pages, 89 figures, 8 planches en couleurs. Paraitra en 1927.

Scarlatine. — Quatrième maladie, Cinquième maladie. Rubéole, Rougeole, Variole, Varicelle. — Vaccine. — Le Zona, les Herpès et les Fièvres herpétiques. — Fièvre aphteuse, — Sucte miliaire. — Charbon. — Typhus exanthématique. — Coqueluche. — Oreillons. Diphthérie. — Tétanos. — Rhumatisme articulaire aigu. — Dengue, Fièvre de pappataci.

FASCICULE III. Maladies infectieuses (suite). — 3^e édition (1927). 608 pages, 62 figures, 4 planches en couleurs. . . 70 fr.

Fièvres typhoïde et paratyphoïdes. — La Dysenterie bacillaire. — Colibacillose. — L'Amibiase. — Choléra. — Botulisme et Fièvre de Malte ou Méliococcie. — La Fièvre des tranchées. — La Grippe. — La Peste. — La Fièvre jaune.

FASCICULE IV. Maladies infectieuses et parasitaires. — 2^e édition (1925). 820 p., 134 fig. et 5 pl. en couleurs. 75 fr.

Maladie de Heine-Medin. — Encéphalite léthargique. — La Rage. —

La Tuberculose. — Septicémie tuberculeuse. — Les Pseudo-tuberculoses. — Morve. — Lèpre. — Verruga. — Actinomycose. Aspergillose. — Les Mycétomes. Les Oosporoses. Les Sporotrichoses. Les Blastomycoses. — Spirochètoses. — Syphilis ou Tréponémose.

FASCICULE V. Tome I. Maladies infectieuses et parasitaires (fin). — 2^e édition (1924). 452 pages, 196 figures, 3 planches en couleurs. 55 fr.

Chancre simple. Granulome des organes génitaux. — Chancre et bubon paratuberculeux. — Goundou, Pian. — Fièvres récurrentes. — Sodoku. — Le Paludisme, La Fièvre bilieuse hémoglobulinurique. — Kala-Azar. Bouton d'Orient. — Trichinose. — Filariose, Strongylose. Distomatose, Coccydiose, Sarcosporidiose. — Echinococcose, Cysticercose. — Trypanosomoses humaines, Bilharzioses. — Erythème polymorphe et Erythème noueux.

Tome II. Le Cancer. — 2^e édition (1927). Un volume avec figures et planches en couleurs. Paraîtra en 1927.

FASCICULE VI. Intoxications. — 2^e édition (1925). 520 pages, 27 figures, 4 planches en couleurs. 65 fr.

Les intoxications. — Saturnisme, Intoxications par le cuivre, le zinc, l'étain. — Phosphorisme. Arsenicisme. Hydrargyrisme, Intoxication par l'oxyde de carbone, le gaz d'éclairage, l'hydrogène sulfuré, le sulfure de carbone, les hydrocarbures. — Intoxication par l'acide picrique. — Intoxication par les gaz de guerre. — L'Alcoolisme. — Caféisme. — Théisme. — Intoxication par le kawa. — Intoxications par l'opium, l'éther, la cocaïne. — Tabagisme. — Intoxications diverses. — Intoxication d'origine alimentaire. — Intoxication par les champignons.

FASCICULE VII. Avitaminoses. Maladies par agents physiques. Troubles de la nutrition. — 2^e édition (1924). 584 pages 36 figures. 65 fr.

Vitamines et Avitaminoses. — Scorbut. — Scorbut infantile. — La Pellagre. — Béribéri. — L'Intoxication par les venins et la sérothérapie antivenimeuse. — Troubles et maladies déterminés par l'Anaphylaxie. — Maladie Sérique. — Maladies par agents physiques. — Troubles et maladies de la nutrition.

FASCICULE VIII. Affections des glandes endocrines. Troubles du développement. — 2^e édition (1925). 462 pages, 107 figures, 1 planche en couleurs. 55 fr.

Troubles du développement général. — Pathologie de l'hypophyse. — Acromégalie. — Pathologie de la glande pinéale. — Pathologie de la glande thyroïde. — Myxœdème. Goitre exophtalmique. — Pathologie des parathyroïdes. — Pathologie du thymus. — Pathologie des capsules surrénales. — Troubles des glandes génitales. — Syndromes pluriglandulaires.

FASCICULE IX. Affections du Sang et des Organes hématopoïétiques. — (1927). 1 volume de 802 pages avec 184 figures et 8 planches en couleurs. 80 fr.

Pathologie du globule rouge : Chloro-anémies. — Anémies graves. — Polyglobulies. — Pathologie du globule blanc : Leucocytose, Leucémies. — Affections hémorragiques : Hémophilie. — Purpura. — Pathologie des organes hématopoïétiques : Pathologie de la moelle osseuse, des ganglions. — Pathologie de la rate.

FASCICULE X. Pathologie de l'Appareil circulatoire.
En préparation.

Pathologie du cœur. — Pathologie du système artériel. — Aortites, anévrisme de l'aorte. — Pathologie du système veineux.

FASCICULE XI. Pathologie de l'appareil respiratoire. (Nez, Larynx, Trachée, Bronches, Poumons). — 2^e édition (1926). 658 pages, 90 figures, 5 planches. 70 fr.

Sémiologie de l'appareil respiratoire. — Pathologie du nez et du larynx. — Affections de la trachée et des bronches. — Asthme. — Bronchopneumonies. Pneumonoconioses. — Syphilis pulmonaire et autres affections du poumon. — Cancer pleuropulmonaire. — Kystes hydatiques du poumon.

FASCICULE XII. (1926). Pathologie de l'appareil respiratoire (suite). — 2^e édition. 596 pages, 56 figures, 10 pl. 70 fr.

Tuberculose et pseudo-tuberculoses pulmonaires. — Pathologie de la Plèvre. — Pathologie du Médiastin et adénopathies trachéo-bronchiques.

FASCICULE XIII. Pathologie de l'Appareil digestif (Bouche, Pharynx, Œsophage, Estomac). — 2^e édition (1926). 858 pages, 138 figures, 4 planches en couleurs. 85 fr.

Pathologie de la Bouche. — Pathologie du Pharynx. — Affections communes à la bouche et au pharynx. — Pathologie de l'Œsophage. — Pathologie de l'Estomac.

FASCICULE XIV. Pathologie de l'Appareil digestif (Intestin) — (1924). 580 pages, 168 figures, 7 planches en couleurs. 65 fr.

Pathologie de l'intestin. — Les Affections gastro-intestinales des Nourrissons. — Vers intestinaux. — Ankylostomiase. — Sémiologie des fèces. — Pathologie du rectum et du colon terminal.

FASCICULE XV. Pathologie des glandes salivaires, du pancréas et du péritoine. — 2^e édition (1926). 564 pages, 133 figures, 2 planches en couleurs. 65 fr.

Pathologie des glandes salivaires, — du Pancréas. — Affections aiguës du Péritoine. — Affections chroniques du péritoine. — Kystes hydatiques du péritoine.

FASCICULE XVI. Pathologie du Foie. Paraîtra en 1927.

Affections du foie. — Abcès du foie. — Syphilis hépatique. — Kystes hydatiques du foie. — Ictères.

FASCICULE XVII. Pathologie des Reins.

Paraîtra en 1927.

FASCICULE XVIII. Pathologie du système nerveux.

(Sémiologie Générale) *Paraîtra en 1927.*

Coma et apoplexie. — Céphalée. — Vertiges. — Troubles du sommeil; Troubles psychiques. — Aphasies. — Troubles de l'élocution. — Troubles de la Motilité. — Troubles de la Tonicité. — Troubles des réactions électriques. — Troubles de la réflectivité. — Troubles de la sensibilité. — Troubles sensoriels. — Liquide céphalo-rachidien.

FASCICULE XIX. Pathologie du système nerveux

(cerveau et cervelet). — (1925). 1016 pages, 261 figures, 40 planches en noir et 6 planches en couleurs 105 fr.

Syndrome pyramidal (Hémiplégie). — Hémi-anesthésie cérébrale. — Hémi-anopsie. — Epilepsie Jacksonienne. — Topographie cranio-encéphalitique, Syndromes corticaux. — Syndromes sous-corticaux. — Traumatismes du cerveau. — Infections. — Troubles circulatoires. — Tumeurs cérébrales. — Syphilis cérébrale. — Paralyse générale. — Encéphalopathies infantiles. — Pathologie du Cervelet. — Les Syndromes labyrinthiques.

FASCICULE XX. Pathologie du système nerveux.

(Bulbe, nerfs craniens, méninges, moelle.) . . *En préparation.*

Pathologie des tubercules quadrijumeaux, des pédoncules, de la protubérance, du bulbe. — Pathologie des nerfs craniens. — Pathologie des méninges. — Pathologie de la moelle.

FASCICULE XXI. Pathologie du système nerveux

(Nerfs, sympathique, névroses.) *Paraîtra en 1927.*

Névralgies, Syndromes radiculaires, Blessures des nerfs, Névrites, Poly-Névrites, Névrite interstitielle hypertrophique, Zona. — Les syndromes sympathiques. — Troubles vaso-moteurs. — Troubles trophiques. — Troubles viscéraux d'origine nerveuse. — Troubles thermiques d'origine nerveuse. — Migraine. — Névroses, Dyskinésies. — Maladies familiales du système nerveux.

FASCICULE XXII (et dernier). Pathologie des Muscles,

Os et Articulations. — (1924). 560 pages, 209 figures, 2 planches en couleurs 65 fr.

Affections des muscles. — Maladies des os. — Dystrophies osseuses. — Rachitisme. — Ostéomalacie. — Achondroplasie. — Pseudo-rhumatismes infectieux et toxiques. — Rhumatismes chroniques.

COLLECTION DE PRÉCIS MÉDICAUX

Précis de
Pathologie Médicale

PAR

F. BEZANÇON, MARCEL LABBÉ, LÉON BERNARD, J.-A. SICARD,
A. CLERC, P. EMILE WEILL, PHILIBERT, S.-I. DE JONG,
A. SEZARY, CH. FOIX, PASTEUR VALLERY-RADOT,
G. VITRY, MARCEL BLOCH, J. PARAF et THIERS.

Ouvrage complet en 7 volumes.

TOME I. **Maladies infectieuses**, par FERNAND BEZANÇON et PHILIBERT. 540 pages, 75 figures : broché 35 fr.

Cartonné 42 fr.

TOME II. **Maladies infectieuses (2^e Partie)**, par FERNAND BEZANÇON et PHILIBERT. — **Intoxications**, par LÉON BERNARD et JEAN PARAF. 646 pages, 91 figures : broché. . . 35 fr.

Cartonné. 42 fr.

TOME III. **2^e Édition. Maladies de l'appareil respiratoire**, par FERNAND BEZANÇON, et S.-I. DE JONG.

Paraîtra en mai 1927.

TOME IV. **Maladies du cœur et des vaisseaux**, par A. CLERC.

Paraîtra en 1927.

TOME V. (**2^e Édition**). **Maladies du sang et des organes**

hématopoiétiques, par P. EMILE WEILL et MARCEL BLOCH.

Maladies des reins, par PASTEUR VALLERY-RADOT. 636 pages, 74 figures : broché. 35 fr.

Cartonné 42 fr.

TOME VI. **2^e Édition. Maladies de l'appareil digestif et de la**

nutrition, par MARCEL LABBÉ et G. VITRY. 830 pages, 403 figures : broché. 40 fr.

Cartonné 48 fr.

TOME VII. **Maladies du système nerveux**, par M. SICARD, CH. FOIX et THIERS. — **Glandes endocrines**, par A. SEZARY.

Paraîtra en 1927.

COLLECTION DE PRÉCIS MÉDICAUX

Précis de
Pathologie Chirurgicale

Par MM. P. BÉGOUIN, H. BOURGEOIS, P. DUVAL, GOSSET,
E. JEANBRAU, LECÈNE, LENORMANT, R. PROUST, TIXIER

QUATRIÈME ÉDITION, REVUE ET AUGMENTÉE

Chaque volume : broché 45 fr.
Cartonné 52 fr.

TOME I. — Pathologie chirurgicale générale, Maladies générales,
Tissus, Crâne et Rachis. (1924). 1 volume 1173 pages et 387 figures.

TOME II. — Tête, Cou, Thorax. (1924). 1128 pages, 320 figures.

TOME III. — Glandes mammaires, Abdomen, Appareil génital de
l'homme. (1924). 953 pages, 387 figures.

TOME IV. — Appareil urinaire, Gynécologie, Fractures et luxations,
Affections des membres. (1924). 1256 pages, 384 figures.

H. ROUVIÈRE

Précis d'Anatomie et Dissection

Tome I. — 4^e Édition. Tête, cou, membre supérieur (1925).

Tome II. — 4^e Édition. Thorax, abdomen, bassin, membre inférieur
(1925).

Chaque volume : broché 33 fr.
Cartonné 42 fr.

POIRIER

BAUMGARTNER

Précis de Dissection

4^e Édition (1919). 360 pages, 241 figures :

Broché 15 fr.
Cartonné 22 fr.

COLLECTION DE PRÉCIS MÉDICAUX

Aug. BROCA

Précis de Médecine Opératoire

2^e Édition (1920). 296 pages, 510 figures : broché . . . 25 fr.
Cartonné . . . 32 fr.

G.-H. ROGER

Introduction à l'Étude de la Médecine

8^e Édition (1926). 812 pages : broché 38 fr.
Cartonné 45 fr.

G. WEISS

Précis de Physique biologique

5^e Édition (1923). 576 pages, 584 figures : broché . . . 28 fr.
Cartonné . . . 35 fr.

M. LAMBLING

Précis de Biochimie

3^e Édition (1921). 2^e tirage (1925) revu et corrigé par E. GLEY,
professeur au Collège de France. 724 pages : broché. 38 fr.
Cartonné . . . 46 fr.

A. RICHAUD

Précis de Thérapeutique et Pharmacologie

6^e Édition (1924). 1042 pages, 14 figures : broché . . . 50 fr.
Cartonné . . . 60 fr.

COLLECTION DE PRÉCIS MÉDICAUX

M. ARTHUS

Précis de Physiologie

6^e Édition (1920). 976 pages, 326 figures : broché . . . 42 fr.
Cartonné . . . 50 fr.

M. ARTHUS

Précis de Chimie physiologique

10^e Édition (1924). 452 pages, 115 figures, 5 planches :
Broché 35 fr.
Cartonné 44 fr.

M. ARTHUS

Précis de Physiologie Microbienne

(1921). 408 pages : broché 25 fr.
Cartonné 32 fr.

F. BEZANÇON

Précis de Microbiologie Clinique

4^e Édition En préparation.

M LANGERON

Précis de Microscopie

4^e Édition (1925). 1034 pages, 315 figures : broché . . . 50 fr.
Cartonné . . . 58 fr.

COLLECTION DE PRÉCIS MÉDICAUX

E. BRUMPT

Précis de Parasitologie

4^e Édition (1927). Sous presse.

NOUVEAUTÉ

JOYEUX

Précis de Médecine Coloniale

(1927). 920 pages, 319 figures. Paraitra en mars 1927.

L. BARD

Précis d'Examen de Laboratoire

4^e Édition (1921). 830 pages, 162 figures : broché . . . 40 fr.
Cartonné . . . 48 fr.

J. COURMONT

Précis d'Hygiène

par Paul COURMONT et A. ROCHAIX.

3^e Édition (1925). 902 pages, 320 figures : broché . . . 50 fr.
Cartonné . . . 58 fr.

J. DARIER

Précis de Dermatologie

4^e Édition (1927). En préparation.

COLLECTION DE PRÉCIS MÉDICAUX

A. LACASSAGNE

Étienne MARTIN

Précis de Médecine Légale

3^e Édition (1921). 752 pages, 115 figures : broché. . . 42 fr.
Cartonné. . . 50 fr.

Ét. MARTIN

Précis de Déontologie et de Médecine professionnelle

2^e Édition (1923). 344 pages : broché. 18 fr.
Cartonné. 24 fr.

L. OMBRÉDANNE

**Précis clinique et Opératoire
de Chirurgie infantile**

2^e Édition (1926). 1140 pages, 584 figures : broché. . . 65 fr.
Cartonné. 75 fr.

NOBÉCOURT

Précis de Médecine des Enfants

5^e Édition (1926). 1022 pages, 229 figures : broché. . . 58 fr.
Cartonné. . . 70 fr.

V. MORAX

Précis d'Ophtalmologie

3^e Édition (1921). 870 pages, 450 figures et 4 planches en coul.
Broché. 52 fr.
Cartonné. 60 fr.

Précis de Technique Opératoire

PAR LES PROSECTEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Nouvelle série; 7 volumes avec de nombreuses figures.

Appareil génital de la femme, par R. PROUST et le
D^r CHARRIER. 6^e Édition (1927) *En préparation.*

Membre inférieur, par GEORGES LABEY et le D^r J. LEVEUF.
5^e Édition (1923). Broché. . 18 fr. Cartonné. . . 25 fr.

Tête et cou, par CH. LENORMANT et P. BROCOQ, 247 figures.
6^e Édition (1923). Broché. . 18 fr. Cartonné. . . 25 fr.

Appareil urinaire et appareil génit. de l'homme, par Pierre
DUVAL et le D^r GATELLIER. 6^e Édition (1923).
Broché. . 18 fr. Cartonné. . . 25 fr.

Pratique courante et Chirurgie d'urgence, par V. VEAU
et le D^r D'ALLAINES. 7^e Éd. (1924). Br. 18 fr. Cart. 25 fr.

Thorax et membre supérieur, par A. SCHWARTZ et le
D^r METIVET. 7^e Édition (1925). Broché. 18 fr. Cart. 25 fr.

Abdomen, par M. GUIBÉ et J. QUÉNU. 6^e Édition (1926).
Broché. . 22 fr. Cartonné. . . 30 fr.

G. ROUSSY

Professeur agrégé,
Chef des Travaux d'Anatomie pathologique.

I. BERTRAND

Moniteur des Travaux pratiques d'Anatomie
pathologique.**Travaux pratiques
d'Anatomie Pathologique**

3^e Édition (1924). 264 pages, 124 planches. 18 fr.

Charles DUJARIER

Chirurgien de l'hôpital Boucicaut.

Anatomie des Membres

2^e Tirage (1925). 422 p. avec 58 pl. hors texte et 19 fig. 60 fr.

COLLECTION
" MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES "

Robert DUPONT

Ancien interne des Hôpitaux de Paris.
Ex-chef de clinique à la Faculté.

Roger LEROUX

Chef des travaux d'anatomie pathologique
à la Faculté de Paris.

Jean DALSACE

Chef de Laboratoire à l'hôpital Saint-Antoine.

Technique des prélèvements
et des biopsies
dans la pratique clinique

(1926). 144 pages, 50 figures. 16 fr.

Marcel LABBÉ

Professeur de Pathologie générale à la Faculté de Paris.

Le Traitement du Diabète

2^e Édition (1926). 158 pages. 10 fr.

J. FIOLE

Professeur à l'École de Médecine de Marseille.

Le Curettage utérin

Indications, Technique, Résultats, Accidents

2^e Édition (1924). 132 pages, 3 figures. 12 fr.

C. PASCAL

Médecin en chef des asiles d'aliénés
de la Seine.

J. DAVESNE

Traitement des maladies mentales
par les chocs

(1926). 184 pages. 18 fr.

COLLECTION
" MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES "

P. GUIBAL (de Béziers)

Ex-interne des hôpitaux de Paris.

Traitement Chirurgical de la
Dilatation Bronchique

(1924). 174 pages, 31 figures. 12 fr.

CHIRAY et J. LEBON

Les Insuffisances Pancréatiques

Dyspepsies pancréatiques,
Syndromes diabétiques

(1926). 210 pages. 20 fr.

Henri LECLERC

Précis de Phytothérapie

Essai de Thérapeutique par les plantes françaises

2^e Édition (1927). Un volume de 328 pages. 20 fr.

Henri LECLERC

En Marge du Codex

Notes d'histoire Thérapeutique

(1924). 188 pages, 2 planches. 15 fr.

COLLECTION DU MÉDECIN PRATICIEN

L'OBJET de cette collection : Dire au médecin traitant tout ce qu'il doit savoir d'une spécialité, lui indiquer les méthodes les meilleures de diagnostic et de traitement — les lui décrire avec des détails assez minutieux pour lui permettre de les appliquer sans mécompte et le conduire ainsi jusqu'au seuil qu'il ne peut dépasser par ses propres moyens ; — lui permettre d'autre part de guider le spécialiste dont il recherchera le concours et auquel il doit apporter un diagnostic précis ; lui apprendre enfin, à utiliser pour le traitement les renseignements que la consultation, le laboratoire ou l'opération lui auront fournis.

G. LAURENS

**Oto-Rhino-Laryngologie
du Médecin praticien**

5^e Édition (1926). 508 pages, 596 figures 40 fr.

D^r Alb. TERSON

**Ophthalmologie
du Médecin praticien**

2^e Édition (1920). 550 p., 356 fig., 1 planche en couleurs. 38 fr.

D^r Pierre RÉAL

**Stomatologie
du Médecin praticien**

3^e Édition (1926). 302 pages, 169 figures, 4 planches. . . 33 fr.

D^r GUY-LAROCHE

**Examens de Laboratoire
du Médecin praticien**

2^e Édition (1921). 412 pages, 117 figures, 1 planche en coul. 32 fr.

COLLECTION DU MÉDECIN PRATICIEN

FLORAND et GIRAULT

**Diagnostic et Traitement
des affections du tube digestif**

(1922). 410 pages, 62 figures. 28 fr.

R. LEDOUX-LEBARD

**La radiologie
du médecin praticien**

**Radio-diagnostic des maladies
de l'appareil digestif**

(1926). 288 pages, 101 figures, 12 planches. 40 fr.

Gaston LYON

**Consultations pour les
Maladies des Voies digestives**

(1920). 360 pages. 20 fr.

Paul SOLLIER

Paul COURBON

**Pratique sémiologique
des Maladies mentales**

Guide de l'Étudiant et du Praticien

(1924). 458 pages, 87 figures. 30 fr.

Ouvrages du Dr A. MARTINET

Thérapeutique Clinique

avec la collaboration des Docteurs :
DESFOSSÉS, G. LAURENS, Léon MEUNIER, LOMON,
LUTIER, MARTINGAY, MOUGEOT, POIX,
SAINT-CÈNE, SÉGARD et TERSON

3^e Édition (1926). 1510 pages, 351 figures : broché. . . 130 fr.
Relié toile en 2 volumes. 165 fr.
Relié toile en 1 volume. 150 fr.

Diagnostic Clinique

Examens et Symptômes

avec la collaboration des Docteurs
DESFOSSÉS, G. LAURENS, Léon MEUNIER
LUTIER, SAINT-CÈNE, TERSON
CINQUIÈME ÉDITION

REVUE ET AUGMENTÉE PAR LES COLLABORATEURS
5^e Édition. 1042 pages, 892 figures : broché. 95 fr.
Relié toile. 110 fr.

Ouvrages du Dr Gaston LYON

Ancien Chef de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Paris.

Traité élémentaire de Clinique Thérapeutique

11^e Édition (1925). 1408 pages : broché. 90 fr.
Relié toile. 110 fr.

Gaston LYON

Ancien Chef de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Paris.

Précis de Clinique Sémiologique

Diagnostics — Pronostics et Traitements
(1925). 734 pages : broché . . 32 fr. Cartonné. . . 40 fr.

Simone LABORDE

Chef de Laboratoire de Radiumlogie au Centre anticancéreux de Villejuif.

La Curiéthérapie des Cancers

(1925). 334 pages, 43 figures en hors-texte. 35 fr.

Dr L. BROCCQ

Cliniques Dermatologiques

Professées dans les Hôpitaux de Paris, La Rochefoucauld, Broca,
Pascal-Saint-Louis et à la Faculté de Médecine de Strasbourg.

(1924). 740 pages, 54 figures. 100 fr.

Dr VEYRIÈRES

R. HUERRE

Traitement externe des Dermatoses

Notes de thérapeutique et de matière médicale

(1924). 236 pages. 20 fr.

LOISEL

LOMON

La Physique des Rayons X

(1925). 159 pages, 49 figures. 13 fr.

Noël FIESSINGER

Les Ferments des Leucocytes

en physiologie, pathologie et thérapeutiques générales
(1923). 238 pages. 28 fr.

C. LEVADITI

Le Bismuth dans le traitement de la Syphilis

(1924). 316 pages, 31 figures et 1 planche. 30 fr.

V. HUTINEL

Professeur honoraire de clinique médicale infantile
Membre de l'Académie de Médecine.

Le Terrain Hérédo-Syphilitique

Aperçu de Pathologie Générale et de Clinique Infantile
(1925). 456 pages. 40 fr.

D^r LACAPÈRE

Ancien chef de Clinique à l'hôpital St-Louis

Le Traitement de la Syphilis

par les composés arsenicaux et les préparations bismuthiques

4^e Édition (1924). 342 pages, 14 figures 25 fr.

A. BESREDKA

Immunisation Locale

Pansements spécifiques

(1925). 252 pages. 26 fr.

Léon BERNARD

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine.

La Tuberculose Pulmonaire

Études de Phtisiologie Clinique et Sociale

2^e Édition (1925). 400 pages, 16 figures. 35 fr.

(Comité National de défense contre la tuberculose)

L'Armement Antituberculeux

Introduction de MM. Léon BERNARD et G. POIX

2^e Édition (1926). 328 pages. 32 fr.

Achille URBAIN

La Réaction de Fixation dans la Tuberculose

(1925). 132 pages. 16 fr.

Maurice LETULLE

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris.

Inspection — Palpation Percussion — Auscultation

Leur pratique en clinique médicale

3^e Édition (1922). 337 pages, 133 figures, 12 planches. 18 fr.

Maurice NICLOUX

Professeur à la Faculté de Médecine de Strasbourg.

L'Oxyde de Carbone et l'intoxication oxycarbonique

(1925). 254 pages, 34 figures 28 fr.

M. LANGERON

Chef de laboratoire à la Faculté
de Médecine de Paris.

M. RONDEAU DU NOYER

Préparateur à la Faculté
de Médecine de Paris.

Coprologie Microscopique

(1926). 126 pages, 129 figures 16 fr.

M. LOEPER

Médecin de l'hôpital Tenon.

Leçons de Pathologie digestive

5^e Série (1922). 348 pages, 53 figures 26 fr.

6^e Série (1926). 274 pages, 46 figures 26 fr.

R. GOIFFON

Manuel de Coprologie Clinique

2^e Édition (1925). 260 pages, 34 figures et 2 planches. 20 fr.

G. SANARELLI

Directeur de l'Institut d'hygiène de l'Université de Rome.

Les Entéropathies Microbiennes

(1926). 228 pages, 28 figures 25 fr.

R. LUTEMBACHER

Les

Troubles Fonctionnels du Cœur

(1924). 520 pages, 297 figures 32 fr.

Manoel de ABREU

Essai sur une nouvelle Radiologie vasculaire

(1926). 214 pages, 58 figures, 6 photographies, 36 téléradiographies hors texte originales 38 fr.

P. Émile WEIL

Médecin de l'hôpital Tenon.

et

Paul ISCH-WALL

Ancien interne des hôpitaux de Paris.

La Transfusion du Sang

Étude Biologique et Clinique

(1925). 248 pages, 18 figures 25 fr.

Antonin CLERC

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine.
Médecin de l'hôpital Lariboisière.

Les Arythmies en Clinique

(1925). 404 pages, 205 figures 42 fr.

L. CHEINISSE

Les Médicaments Cardiaques

(1925). 180 pages 18 fr.

Marcel LAEMMER

Formulaire d'Opothérapie Clinique

(1925). 146 pages 14 fr.

Guy LAROCHE

Médecin des hôpitaux de Paris.

Opothérapie Endocrinienne

Les bases physiologiques — Les Syndromes
La Posologie de l'Opothérapie par les
Glandes à Sécrétion internes

(1925). 282 pages, 28 figures 18 fr.

J. LE CALVÉ

L'Œdème

Étude Expérimentale et Clinique

(1925). 648 pages 45 fr.

Ch. ACHARD

Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Paris.
Membre de l'Académie de Médecine.

Clinique médicale

de l'hôpital Beaujon

DEUXIÈME SÉRIE

(1925). 338 pages, 63 figures 32 fr.

A. B. MARFAN

Les Affections des Voies digestives dans la première Enfance

(1923). 702 pages, 37 figures et 2 planches. 60 fr.

A.-B. MARFAN

Les vomissements périodiques avec acétonémie

2^e Édition (1926). Un volume de 88 pages. 9 fr.

P. NOBÉCOURT

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris.
Médecin des Hôpitaux.

Conférences pratiques sur l'alimentation des nourrissons

3^e Édition (1922). 318 pages. 32 fr.

Jules COMBY

Médecin de l'hôpital des Enfants Malades.

Deux cent soixante Consultations médicales

Pour les Maladies des Enfants

8^e Édition (1925). 520 pages. 20 fr.

P. NOBÉCOURT
Professeur à la Faculté de Médecine de Paris.
Médecin de l'hôpital des Enfants Malades.

CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS

I. — Affections
de l'Appareil respiratoire

(1924). 348 pages, 52 figures Épuisé.

II. — Affections
de l'Appareil circulatoire

(1925). 372 pages, 122 figures 40 fr.

III. — Troubles de la nutrition
et de la croissance

(1926). 404 pages, 104 figures. 45 fr.

IV. — Affections
de l'Appareil urinaire

(1927). 404 pages avec figures. Paraitra en mars 1927.

D^r Clotilde MULON
Médecin chef de la Pouponnière du Camouflage.

Manuel de puériculture

2^e Édition (1924). 234 pages, 20 figures. 14 fr.

G. LABEAUME
Ancien interne des hôpitaux de Paris.
Chef de Clinique à la Faculté.

Hygiène sociale du Premier âge

2^e Édition (1926). 216 pages. 20 fr.

E. TERRIEN
Ancien chef de clinique infantile de la Faculté.

Précis
d'alimentation des nourrissons

5^e Édition (1926). 322 pages. 25 fr.

Précis
d'alimentation des jeunes enfants
du Sevrage à dix ans

5^e Édition (1926). 452 pages. 28 fr.

P. RUDAUX et **Ch. MONTET**
Accoucheur des hôpitaux. Ancien interne des hôpitaux.
Professeur en chef de la Maternité. Assistant de Puériculture à la Maternité.

Guide Pratique de la Mère

Les deux premières années de l'Enfant.
Notions élémentaires de puériculture.

(1927). 174 pages, 40 figures. 12 fr. 50

Georges LAURENS

Chirurgie de l'Oreille, du Nez du Pharynx et du Larynx

2^e Édition (1924). 1048 pages, 783 figures, relié toile. 150 fr.

Georges CANUYT

Professeur de clinique
oto-rhino-laryngologique

à la Faculté de Médecine de Strasbourg.

Jean TERRACOL

Chef de clinique
oto-rhino-laryngologique

à la Faculté de Médecine de Strasbourg.

Le Sinus Sphénoïdal

Anatomie — Exploration — Chirurgie

(1925). 278 pages, 134 figures 35 fr.

Jean GUISEZ

Diagnostic et Traitement des Rétrécissements de l'Œsophage et de la Trachée

(1923). 360 pages, 216 figures et 2 planches en couleurs. 50 fr.

D^r DUCHANGE

L'anesthésie tronculaire des mâchoires par voie buccale

(1927). 112 pages, 24 figures 14 fr.

D^r POULARD

Médecin des Hôpitaux de Paris.

Traité d'Ophtalmologie

(1923). 2 volumes, ensemble 1458 pages, 710 fig. et 3 planches
hors texte en couleurs. Reliés toile. 150 fr.

Félix TERRIEN

Professeur agrégé à la Faculté
de Médecine.

C. COUSIN

Chef de laboratoire d'Ophtalmologie
à la Faculté de Médecine.

Affections de l'Œil en médecine générale

Diagnostic et Traitement

(1924). 510 pages, 128 figures. 45 fr.

Félix TERRIEN

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris.

SÉMIOLOGIE OCULAIRE

Anatomie — Physiologie — Pathologie

I. — La Calotte Cornéo-Sclérale

(1923). Un volume de 260 pages avec 144 figures. . . . 40 fr.

II. — Le Diaphragme irido-ciliaire

(1924). Un volume de 240 pages avec 126 figures. . . . 40 fr.

III. — Le Cristallin

(1926). Un volume de 240 pages avec 158 figures. . . . 40 fr.

Léon *IMBERT* C. *ODDO* P. *CHAVERNAC*

Accidents du Travail
Évaluation des Incapacités

2^e Édition (1923). 936 pages, 96 figures 55 fr.

E. *FORGUE* E. *JEANBRAU*

Guide pratique du médecin dans les
Accidents du Travail
Suites Médicales et Judiciaires

4^e Édition (1924). 840 pages 55 fr

H. *TRUC*

Professeur de Clinique Ophtalmologique à l'Université de Montpellier.
Correspondant de l'Académie de Médecine.

Hygiène oculaire
et inspection du travail

appliquées à toutes les professions :

Commerce, Industrie, Agriculture, Administrations

(1926). 184 pages avec 19 figures 15 fr.

H. *VILLARD*

Professeur agrégé d'Ophtalmologie
à la Faculté de Médecine de Montpellier.

Consultations de
Thérapeutique Oculaire

(1924). 184 pages 15 fr

Félix *LEJARS*

Traité de Chirurgie d'urgence

8^e Édition (1921). 2^e tirage (1925). 1120 pages, 1100 figures,
20 planches : broché. 140 fr. Relié toile, en 2 vol. 175 fr.

Prof. *Viggo CHRISTIANSEN*

Médecin en chef de l'Hôpital royal du Danemark.

Les tumeurs du cerveau

2^e Édition (1925). 398 pages, 107 figures 60 fr.

WELLS P. EAGLETON

Thrombo-Phlébite infectieuse
du sinus caverneux

(1926). 160 pages, 16 figures 35 fr.

WERTHEIMER

A. BONNIOT

Chirurgie du Sympathique
Chirurgie du Tonus Musculaire

(1926). 136 pages, 31 figures 28 fr.

J. *LEVEUF*

Chirurgien des hôpitaux de Paris.

Ch. *GIRODE*

P. *MORNARD*

Raoul *MONOD*

Chefs de clinique à la Faculté de Paris.

Traitement des Fractures
et Luxations des membres

(1925). Un volume de 464 pages, avec 247 figures . . . 32 fr.

R. LERICHE

Professeur de Clinique chirurgicale
à la Faculté de Strasbourg.

POLICARD

Professeur d'histologie à la Faculté
de Lyon.

Les Problèmes de la Physiologie Normale et Pathologique de l'Os

(1926). Un volume de 230 pages, avec 31 figures 35 fr.

A. GOSSET

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Paris.

Travaux de la Clinique chirurgicale de la Salpêtrière

PUBLIÉS EN COLLABORATION

Première série (1926). 244 pages, 118 figures 65 fr.

Pierre BROCC
Chirurgien des Hôpitaux.

Les pancréatites aiguës chirurgicales

(1926). 188 pages, 18 figures et 1 planche en couleurs. 32 fr.

Th. TUFFIER

P. DESFOSSES

Petite Chirurgie pratique

7^e Édition (1926). 744 pages, 477 figures. 54 fr.

RIBEMONT-DESSAIGNES

LEPAGE

Traité d'Obstétrique

NEUVIÈME ÉDITION REVUE ET MISE A JOUR

par V. LE LORIER

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris.

9^e Édition (1923). 1574 pages, 587 fig., relié en 1 vol. 95 fr.
Relié en 2 volumes. . . 125 fr.

L.-H. FARABEUF

Henri VARNIER

Introduction à l'étude clinique et à la pratique des Accouchements

5^e Édition (1922). 488 pages, 375 figures 58 fr

H. VIGNES

Accoucheur des Hôpitaux de Paris.

Physiologie Obstétricale Normale et Pathologique

(1923). 456 pages, avec figures. 35 fr.

V. WALLICH

Professeur agrégé à la Faculté
de Médecine de Paris.

Ed. LÉVY-SOLAL

Professeur agrégé à la Faculté
de Médecine de Paris.

Éléments d'Obstétrique

5^e Édition (1926). 710 pages, 179 figures. 40 fr.

LE PLUS IMPORTANT JOURNAL DE MÉDECINE FRANÇAIS

LA PRESSE MÉDICALE

*Journal illustré paraissant le Mercredi et le Samedi
par numéros d'au moins 32 pages*

— DIRECTION SCIENTIFIQUE —

F. DE LAPERSONNE M. LETULLE H. ROGER
J.-L. FAURE F. WIDAL M. LERMOYEZ
Ph. PAGNIEZ Ch. LENORMANT F. JAYLE

Secrétaires de la Rédaction : P. DESFOSSÉS, J. DUMONT

ABONNEMENT ANNUEL

France. . . 70 fr. Belgique. . . 100 fr.

Demander les Prix pour l'Étranger.

Numéro spécimen sur demande.

JOURNAL d'informations professionnelles et revue scientifique, *La Presse Médicale* est le journal de langue française le plus répandu dans tous les pays du monde.

La Presse Médicale publie : *Le compte rendu des principales Sociétés savantes françaises*, la *Revue des thèses*, une *Bibliographie importante*, le *Sommaire de nombreux périodiques*, une *Revue des Journaux*, des *Nouvelles*, *Renseignements et Communiqués*.

La Presse Médicale publie des *chroniques scientifiques ou professionnelles*, des *Mémoires originaux*, des *mouvements médicaux*, *chirurgicaux*, *thérapeutiques*, des *répertoires de Médecine* ou de *Chirurgie pratiques*.

Toute commande de livres doit être accompagnée de son montant augmenté de 10 % pour la France et de 15 % pour l'Étranger, pour frais de port et d'emballage.

