

me paraît improbable, car le mésentère se soude ordinairement à la partie postérieure de la région opérée, tandis que l'épiploon adhère en avant; il n'existe donc pas d'orifice dans lequel une anse saine puisse s'engager.

III. — OPÉRATIONS SUR LE RECTUM

1^o SUTURE DU RECTUM APRÈS RÉSECTION DANS LA CONTINUITÉ PAR LA MÉTHODE DE KRASKE

La suture intestinale est difficile à exécuter pour la demi-circonférence du rectum qui regarde le pubis.

Le procédé le plus simple consiste à piquer avec l'aiguille courbe la tranche de la musculuse du bout supérieur, à sortir sur la séreuse et à suivre le même trajet en sens inverse sur le bout inférieur; faire le nœud en dedans. Recouvrir cette première rangée de sutures d'un second étage muco-muqueux.

Pour la demi-circonférence la plus rapprochée de l'opérateur, faire un premier plan séro-muqueux et un second séro-séreux.

2^o IMPERFORATION DE L'ANUS AVEC BRIÈVETÉ ANORMALE DU RECTUM. — PROCÉDÉ PERSONNEL

Dans une observation personnelle, n'ayant pu atteindre le rectum par le périnée, je fis une incision verticale dans la fosse iliaque gauche et suturai l'S iliaque à la paroi abdominale, puis l'incisai. J'introduisis alors une sonde d'enfant dans le rectum de

haut en bas et j'essayai, mais vainement, de faire proéminer le rectum dans la plaie périnéale.

Après avoir réséqué le coccyx et un ou deux centimètres du sacrum, je sentis le bout de ma sonde : j'incisai l'ampoule rectale. Mais il fut impossible d'en attirer les parois jusqu'à la peau. Je passai un tube de caoutchouc par l'anus périnéal et l'anus iliaque, et j'en nouai les deux bouts, afin que l'orifice inférieur ne pût s'oblitérer. L'enfant vécut plus de deux mois, mais, malsoigné, mourut de diarrhée. Dans un cas de ce genre je n'hésiterais pas, à l'avenir, à faire les mêmes manœuvres pour trouver le rectum, mais, au lieu de conserver l'anus iliaque, je suturerais immédiatement l'intestin par deux plans séro-séreux.

3° RÉTRÉCISSEMENT DU RECTUM. — PROCÉDÉ DE PÉAN

Ce procédé consiste dans l'application de la méthode d'Heineke-Mikulicz (pour rétrécissement du pylore) aux rétrécissements rectaux.

Il consiste essentiellement à fendre le rétrécissement longitudinalement, puis, écartant un peu les lèvres de la plaie, leur donner l'aspect d'un losange dont on suture les bords contigus, si bien qu'à la fin de l'opération l'angle supérieur du losange se trouve suturé à l'angle inférieur.

Comme technique, je renvoie à celle de l'entérorraphie circulaire avec fente (page 42).

IV. — OPÉRATIONS SUR LA VÉSICULE BILIAIRE

CHOLÉCYSTOTOMIE

Technique.

1° Incision verticale passant dans l'axe de la tumeur biliaire.

2° La vésicule étant mise à nu, la vider en partie de son contenu par une ponction.

3° Fixer les parois devenues flasques au péritoine pariétal ou à la peau par une série de points séro-séreux ; fermer complètement la séreuse.

4° On incise alors la vésicule, on l'explore et si l'on sent un calcul, on cherche à l'extraire avec des pinces ou avec une petite curette de Récamier ; au besoin on broiera le calcul petit à petit avec des pinces.

5° Quelques jours après, lorsqu'on est certain que le cholédoque est perméable, on peut (comme je l'ai fait dans une de mes observations) hâter la guérison de la fistule biliaire, en décollant la vésicule de la paroi, on abrase la muqueuse à la curette, on fait

la suture par abrasion et par-dessus la suture cutanée.

La **cholécystotomie idéale** consiste à inciser la vésicule, à extraire le calcul et à suturer immédiatement l'incision qu'on vient de faire; il suffit d'employer la suture séro-séreuse à deux étages. Il faut être bien certain que le cholédoque est perméable pour suivre cette pratique.

**Cholécystotomie idéale en deux temps
de Senger (1890).**

L'auteur conseille d'aller à la recherche de la vésicule et de la suturer à la paroi sans l'ouvrir.

Dans un second temps (48 heures après), lorsque des adhérences suffisantes se sont formées entre la vésicule et la paroi, on incise l'organe, on extrait les calculs et on fait immédiatement la suture de la vésicule; si cette suture lâche, la chose n'a pas d'inconvénients, le péritoine étant protégé par les adhérences.

CHOLÉCYSTENTÉROSTOMIE (WINIWARTER)

(Consulter la thèse de Delagènière, 1890). Quand il existe un obstacle insurmontable du côté du cholédoque, il est indiqué, pour faire cesser la rétention biliaire, de rétablir le cours de la bile en anastomosant la vésicule avec l'intestin grêle.

Il est préférable d'aboucher la vésicule dans le duodénum, comme le conseille M. Terrier. Toutefois, lorsque la chose est difficile, on choisira une anse quelconque de l'intestin grêle.

PROCÉDÉ DE TERRIER

1° L'auteur suture ensemble la vésicule et l'intestin par une double rangée de points de Gussenbauer, laissant entre eux un couloir de quelques millimètres de large et de deux à trois centimètres de long où portera l'incision.

2° L'extrémité postérieure de ce couloir est oblitéré par une suture en bourse.

3° A l'extrémité antérieure de ce même couloir on place un fil semblable sans le nouer.

4° Avec un couteau à cataracte on fait rapidement une ponction dans la vésicule et dans l'intestin, au

niveau du couloir en question. On noue rapidement le dernier fil et l'opération est terminée.

Objection.

L'absence de suture muco-muqueuse expose à l'oblitération de l'orifice; la meilleure preuve c'est que cette oblitération s'est produite dans la première observation de M. Terrier.

SUTURE A DEUX ÉTAGES

1° La vésicule ayant été préalablement vidée par ponction, une série de points séro-séreux est placée sur l'intestin et la face inférieure de la vésicule, perpendiculairement à l'axe du réservoir biliaire, parallèlement à celui de l'intestin et sur une longueur de deux à trois centimètres.

2° On incise alors la vésicule et l'intestin parallèlement à la ligne de suture, sur une longueur d'un centimètre et demi à deux centimètres.

3° On suture ensuite les muqueuses des lèvres postérieures.

4° Suture des lèvres antérieures.

5° Enfin on fait plus en avant une dernière rangée séro-séreuse.

6° Ne pas oublier les points complémentaires aux deux extrémités des lignes de suture de peur que les

matières ne fusent entre les sutures antérieures et postérieures.

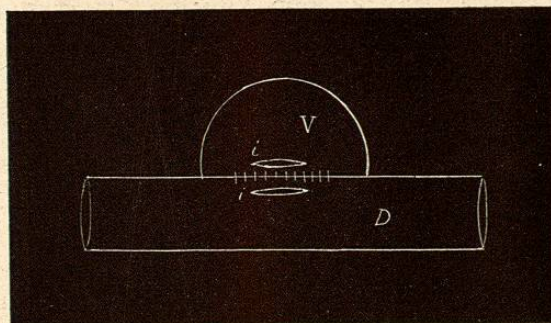


Fig. 66. — Cholécystentérostomie.

V, vésicule; — D, duodénum; — i, i, incisions sur les deux organes, on aperçoit la suture séro-séreuse des lèvres postérieures.

La technique est en somme analogue à celle de l'entéro-anastomose (fig. 66).

CHOLÉCYSTECTOMIE (OPÉRATION DE LANGENBUCH)

PROCÉDÉ DE TERRIER¹

1^{er} temps.

Incision verticale sur le bord externe du muscle droit.

2^e temps.

Recherche de la vésicule et exploration des canaux biliaires.

3^e temps. — Libération de la vésicule.

Décoller d'abord la face inférieure.

Se servir du doigt ou d'un instrument mousse, rarement du bistouri ; au besoin on peut abandonner un fragment des parois de la vésicule (gratter la muqueuse à la curette et cautériser à l'eau phéniquée forte) si la fusion avec l'intestin est par trop intime.

Décoller avec le doigt la face supérieure si les adhérences sont molles, couper, pincer, lier, si les tissus fibreux sont résistants.

4^e temps. — Isolement et ligature du canal cystique.

Le foie étant relevé on isole à la sonde cannelée le

1. Voir thèse de Calot, 1891. *De la cholécystectomie.*

canal cystique et on le coupe entre deux ligatures à la soie¹.

3^e temps. — Toilette du péritoine, formation d'une cavité indépendante de la cavité péritonéale. Drainage.

On isole le champ opératoire en formant une cavité indépendante ; il suffit pour cela de suturer le grand épiploon à la face profonde du péritoine pariétal de la lèvre gauche de l'incision ; on suture à la lèvre droite les débris des adhérences, le ligament cystico-colique et l'hépatorenal.

Cette cavité est en somme limitée en haut par le foie, en bas à gauche par le côlon transverse et le grand épiploon à droite par les débris d'adhérences.

En arrière l'hiatus de Winslow est le plus souvent obstrué par des adhérences. On drainera cette cavité avec de la gaze iodoformée ou mieux avec un gros drain.

INDICATIONS DES OPÉRATIONS SUR LES VOIES BILLAIRES

La *cholécystotomie* est indiquée dans les cas d'hydropisie de la vésicule biliaire, lorsqu'il y a cholécystite suppurée, hydropisie, ou des calculs dans cet organe. Lorsque la muqueuse de la vésicule est en-

1. Pour éviter les fistules je conseille de gratter à la curette la muqueuse du canal cystique et de jeter ensuite une ligature modérément serrée.

flammée, il est indiqué de fixer l'organe à la peau et d'y faire des injections antiseptiques.

Quand on est certain que le cholédoque est perméable, et que la vésicule est saine, il est avantageux d'évacuer la vésicule et de la refermer immédiatement par des sutures. Si le cholédoque est obstrué, on peut essayer le cathétérisme¹ du canal cystique et du cholédoque, mais on saura que cette manœuvre est dangereuse (fausses routes) et souvent impossible (Hartmann). On peut encore fixer la vésicule à la paroi, et au bout de quelques jours, la fermer (s'il y a lieu) par le procédé de l'abrasion.

La *cholécystectomie* est indiquée d'après Calot dans les cas suivants :

1° *Perforations traumatiques ou spontanées de la vésicule ;*

2° *Tumeurs organiques ;*

3° *Tumeurs liquides (hydropisie, empyème) ;*

4° *Coliques hépatiques rebelles ;*

5° *Fistules biliaires persistantes.*

A mon avis, il faut distinguer la cholécystectomie de nécessité et celle de choix.

La première est indiquée dans les tumeurs de la vésicule et dans les perforations trop larges ou inaccessibles de la vésicule (il est préférable pour les plaies

1. Voir Terrier, Académie de médecine, 1891, et Terrier et Dally, *Revue de chir.*, 1891.

petites et accessibles de faire la suture séro-séreuse à deux étages).

Les autres indications ne sont point formelles, on fera la cholécystectomie si elle est facile, mais en cas contraire on se contentera de la cholécystotomie pour les tumeurs liquides, du traitement médical pour les coliques rebelles, de la suture séro-séreuse ou par abrasion pour les fistules persistantes. Elle est formellement contre-indiquée quand il existe une imperforation du cholédoque.

La *cholécystentérostomie* trouve son indication dans l'oblitération complète du cholédoque (calcul biliaire, cancer du pancréas ou du duodénum). On a préconisé la mobilisation du calcul, son broiement à travers les parois du canal. On a même fait la cholédotomie ou incision du cholédoque (11 opérations, 10 guérisons). Cette opération me paraît inutile et dangereuse ; outre que ce conduit est ordinairement situé très profondément et à peu près inaccessible, il est encore impossible de fermer l'incision par un double étage de sutures, faute d'étoffe ; or on sait combien est aléatoire une suture sur un seul plan.

Enfin nous savons qu'on rétablit plus simplement et plus facilement le cours de la bile par la cholécystentérostomie ; donc toutes les fois que le cholédoque est complètement oblitéré, on préférera cette dernière opération.