

Chez un adulte dont la poitrine est d'une largeur moyenne, le point d'élection est situé au niveau ou à un travers de doigt environ au-dessous de la pointe de l'apophyse xiphoïde.

Chez les individus à thorax étroit et surtout chez les femmes, le point s'abaisse à 2, 3 et, exceptionnellement, à 4 travers de doigt au-dessous de la pointe xiphoïdienne.

Enfin, chez les individus robustes à thorax très large, ce point se trouve notablement au-dessus de la pointe du xiphoïde, au sommet de l'angle formé par la base de cet os et le cartilage des côtes.

Chez les individus à thorax large et moyen, en faisant une incision longue de 3 travers de doigt environ, à partir du creux xiphoïdo-costal, on arrivera certainement sur le point indiqué; tandis que chez les sujets à thorax étroit, l'incision devra partir de 1 et demi à 2 travers de doigt au-dessous du niveau de la pointe xiphoïdienne.

Si l'on constate l'hypertrophie du foie, l'incision sera pratiquée un peu plus bas.

L'estomac, d'après ces données, devra être recherché avec le doigt, de *haut en bas* et non pas de *bas en haut*, comme on a coutume de faire dans la méthode de Labbé.

Dans ce procédé, la paroi de l'estomac se présente avec plus de facilité à l'ouverture pratiquée sur la paroi de l'abdomen.

CURE RADICALE DES HERNIES

L'innocuité relative de l'ouverture de la cavité péritonéale, sous le spray, a décidé les chirurgiens à pratiquer l'ablation complète du sac herniaire pour la cure radicale de certaines hernies, ou simplement pour faciliter le maintien de la réduction de la tumeur, dans des cas où son volume et la difficulté de la réduire la rendent très gênante pour le malade.

Aujourd'hui, l'ablation du sac est le complément obligatoire de l'opération de la hernie étranglée et personne n'en conteste l'opportunité.

Il n'en est pas de même pour l'opération qui s'adresse à la hernie non étranglée; beaucoup de chirurgiens discutent encore la légitimité de cette intervention chirurgicale.

Pour ma part, je crois qu'en effet l'on doit restreindre cette opération aux cas où la tumeur devient une gêne insupportable pour le malade ou une menace constante d'étranglement.

Certains symptômes nerveux, provoqués par les tiraillements de la tumeur sont aussi une indication absolue à cette opération.

Il faut que les chirurgiens n'oublient pas que, si son *innocuité* est relativement assez grande, c'est à la condition qu'ils emploieront, avec la *rigueur* la plus absolue la *méthode antiseptique* sans laquelle cette opération ne doit pas être tentée.

Opération.

On incise la peau pour découvrir le sac, comme on a coutume de le faire dans la hernie étranglée.

Quand l'épiploon n'est pas adhérent, on réduit l'intestin avant d'ouvrir le sac; si au contraire il y a des adhérences, on ouvre le sac pour réduire l'intestin et lier le

pédicule de l'épiploon que l'on coupe au ras du nœud, avant de le réduire.

Quand le sac et l'intestin adhèrent, on les détache, ou, si cela n'est pas possible, on réduit le lambeau du sac avec l'intestin qui lui est adhérent.

On dissèque le sac des parties voisines, le plus possible, et jusque dans l'abdomen si on le peut.

On lie alors, par trois ou quatre points de suture au catgut et isolés, les parois du sac le plus près possible du collet et l'on excise le reste au-dessus des ligatures.

On place un gros drain dans la partie la plus déclive de la plaie, on suture la peau et on fait le pansement antiseptique.

Ce manuel opératoire diffère selon chaque chirurgien, à cause même de la variété des hernies.

L'extirpation du sac sera poursuivie le plus loin possible, car, si on laisse un infundibulum glissant, c'est une amorce pour une prochaine hernie qui se fera par ce point.

Il est donc nécessaire de pousser jusque dans l'abdomen l'extirpation du sac, et c'est là le temps délicat de l'opération.

On devra réunir, par une sorte de claie ou de reprise de couturière ces débris péritonéaux, à l'aide de ligatures perdues et enchevêtrées.

Il est aussi nécessaire de grouper contre le péritoine le plus de surface cruentée possible, de façon à obturer l'orifice de l'anneau et à diminuer l'écartement de ses bords.

Dans certains cas, cet orifice est si considérable, que, malgré toutes les précautions indiquées, la récurrence est presque fatale. On peut essayer de la combattre par une sorte d'autoplastie, en constituant un bouchon solide à l'aide des tissus voisins.

Dans tous les cas, il est indispensable de soutenir plus ou moins longtemps la cicatrice par un bandage.

Certains opérés devront même porter ce bandage toute leur vie, mais ceux-là même qui peuvent être considérés comme ayant obtenu le résultat minimum de cette opéra-

tion bénéficieront toutefois d'une réduction parfaite et facile des intestins dans la cavité abdominale.

La cure radicale des hernies est un procédé adopté généralement par les chirurgiens français de la jeune école. Je l'ai vu pratiquer à l'hôpital Bichat par le docteur Terrier. Le docteur Lucas-Championnière l'a pratiqué aussi.

Procédé de Schwalbe. — *Schwalbe* a publié, à Berlin, cinquante cas dans lesquels il a tenté la cure radicale des hernies par des *injections sous-cutanées d'alcool*. En différentes séances, il injecte chaque fois trois ou quatre seringues d'alcool entre la peau et le sac herniaire, en ayant bien soin d'éviter d'entrer dans les vaisseaux et dans le sac herniaire lui-même.

La réaction consécutive est très vive, sans cependant aller jamais jusqu'à la suppuration; elle laisse à sa suite une plaque de tissu conjonctif induré.

Ces injections, assez douloureuses, agissent peu dans les hernies crurales et dans les inguinales; elles sont efficaces surtout dans les hernies du nombril et de la ligne blanche.

L'oblitération produite par ce tissu conjonctif induré ferme assez bien l'orifice herniaire pour que tout bandage devienne inutile; néanmoins, les observations connues jusqu'ici sont trop récentes pour qu'on puisse se prononcer sur la persistance de la guérison obtenue par ce procédé.

1° CHOLÉCYSTOTOMIE

L'intervention chirurgicale dans certains cas de lithiase biliaire est d'origine française: il y a un siècle environ que J.-L. Petit eut l'idée d'ouvrir la vésicule biliaire pour en extraire les calculs.

Cette pratique a été reprise par Marion Sims, en 1878, et depuis par Th. Anger, Demarquay en France, Lawson Tait, Langenbuch à l'étranger.

Au Congrès chirurgical français de 1885, J. Bœckel, de Strasbourg, a bien établi les indications de cette opération;

d'après lui, on doit diviser en deux catégories les cas susceptibles d'être opérés :

- 1° Ceux où il existe une fistule biliaire ;
- 2° Ceux où la fistule fait défaut.

Dans le premier cas, le diagnostic de la nature calculuse de l'affection est facile ; de plus il existe entre la paroi abdominale et la vésicule des adhérences qui mettent le péritoine hors de cause. Dans ce cas l'opération peut être considérée comme nettement indiquée et peu dangereuse.

Quand, au contraire, la fistule fait défaut, il sera plus difficile de préciser d'une façon certaine l'indication de l'opération.

Je vais essayer de définir ces indications autant que l'état actuel de nos connaissances chirurgicales peut le permettre.

Avant tout il est important de bien établir le diagnostic des calculs, ce qui n'est pas toujours facile. On a conseillé la palpation facilitée par le chloroforme ; ce moyen suffit généralement quand les calculs forment un volume considérable.

Exploration de
la vésicule.

Dans d'autres cas, il est nécessaire de faire une acupuncture de la vésicule pour chercher à sentir les calculs avec l'aiguille ainsi introduite.

On fait aussi la ponction de la vésicule avec ou sans aspiration de la bile et, à l'aide d'un stylet introduit dans la canule, on va à la recherche du calcul ; cette dernière manœuvre est moins innocente que l'acupuncture et quelques chirurgiens préfèrent à tous ces moyens la laparotomie exploratrice pratiquée sur la ligne blanche.

Ce dernier moyen est plus sûr et tout aussi inoffensif, si l'on suit exactement les prescriptions de la méthode antiseptique.

Quel que soit le moyen de diagnostic employé, l'intervention chirurgicale est indiquée lorsque, chez un malade atteint manifestement de calculs biliaires, le traitement médical prolongé n'empêche pas l'ictère et la cachexie d'augmenter, que les selles restent blanches, que les crises

douloureuses reviennent de temps à autre et que l'état général de la santé n'a pas encore altéré le terrain opératoire.

Dans certains cas, il n'y a ni ictère ni douleur, et cependant la cholécystotomie est encore indiquée si l'on sent une tumeur formée par la vésicule biliaire.

Enfin, l'opération est indiquée toutes les fois que :

1° L'obstruction du canal cholédoque amène les accidents classiques de la lithiase biliaire ;

2° Qu'il existe une obstruction du canal cystique qui produit l'hydropisie ou l'empyème de la vésicule.

Il est bon de savoir qu'il est parfois assez difficile de distinguer les tumeurs solides des tumeurs liquides, et l'on tiendra compte de cette difficulté dans la recherche du diagnostic.

Manuel opératoire.

Avant tout l'on fera l'antisepsie complète de la paroi abdominale.

Le malade sera chloroformé et on lui fera une injection de morphine pour empêcher autant que possible les vomissements.

La manière dont on pratique l'incision varie selon les chirurgiens. — Lawson Tait fait une incision verticale partant des côtes et allant sur la vésicule ; Musser et Kean incisent sur le centre de la tumeur parallèlement au bord des côtes ; Bernays pratique l'incision sur la ligne blanche pour arriver plus facilement sur les gros conduits biliaires, ce qui est utile quand le siège de l'obstruction n'est pas bien précisé.

Quoi qu'il en soit, on donne à l'incision une longueur de 8 centimètres environ, on place des pinces ou des ligatures sur les vaisseaux qui saignent, et, quand l'hémostase est assurée, on ouvre le péritoine.

On introduit alors deux doigts dans l'abdomen pour examiner la tumeur et les conduits biliaires.

On tente de repousser dans le duodénum ou de broyer avec les doigts les calculs contenus dans ces conduits.

Si la vésicule est distendue, on y fait une ponction aspiratrice, après l'avoir entourée en bas d'éponges phéniquées pour que la bile ne coule pas dans le péritoine.

On incise alors la vésicule sur une étendue de 2 à 3 centimètres, on reconnaît la position des calculs avec un stylet et on les extrait avec une pince.

On établit une fistule biliaire en suturant les parois de la vésicule à la paroi abdominale, on introduit un drain et l'on place un pansement antiseptique.

Vers le sixième ou le septième jour le tube à drainage est retiré et la plaie ne tarde pas à se fermer.

Bernays a fait construire une spatule particulière, en forme d'abaisse-langue, creusée d'une gouttière et portant à une extrémité un entonnoir muni d'un tube en caoutchouc pour recueillir la bile.

On place cet instrument à la base de la vésicule biliaire, de façon à repousser les intestins et à recueillir les liquides qui pourraient tomber sur le péritoine. Des éponges plates bien étalées autour de la vésicule peuvent remplacer cet instrument.

Au surplus le péritoine tolère parfaitement le contact de la bile et du mucus biliaire, et il ne faut pas s'effrayer s'il s'en écoule un peu sur lui pendant l'opération.

Si, au lieu de se fermer spontanément, la fistule persiste au bout de quelques semaines, c'est qu'on a laissé des calculs ou bien que le canal cholédoque est définitivement obstrué.

Dans le premier cas, il faut procéder à de nouvelles recherches du calcul; dans le second, il faut pratiquer de nouveau la laparotomie pour tenter le cathétérisme du canal cholédoque, et si, pour une raison quelconque, on ne désobstrue pas ce canal, il faut laisser persister la fistule.

Comme je l'ai signalé plus haut, l'organisme ne souffre pas du déversement direct de la bile hors de la vésicule biliaire.

Quelques chirurgiens, Gaston et Winiwarter, ont tenté,

dans un cas d'obstruction incurable du canal cholédoque, de rétablir le cours de la bile en créant une communication artificielle entre la vésicule et une anse intestinale, mais cette opération a été pratiquée trop rarement pour qu'on puisse porter sur elle un jugement définitif.

2^o CHOLÉCYSTECTOMIE

Langenbuch, de Berlin, s'appuyant sur des faits connus de la genèse de la lithiase biliaire, a imaginé, pour combattre la reproduction des calculs, d'enlever complètement la vésicule qui est le siège de leur formation.

L'on sait en effet que la lithiase biliaire se produit lorsque la cholestérine en suspension dans la bile vient à se précipiter.

Cette précipitation est provoquée par la diminution de l'alcalinité de la bile, ou par certains états pathologiques des parois de la vésicule biliaire.

Dans certains cas, cette formation de calculs est due à un état de l'organisme dans lequel les oxydations sont diminuées.

Quoi qu'il en soit, il est démontré que, pour la presque totalité des cas de lithiase biliaire, c'est dans la vésicule, c'est-à-dire là où la bile stationne le plus longtemps, que les calculs se forment.

C'est donc la vésicule qui est le siège et l'origine du mal; de là pour *Langenbuch* l'indication de la cholécystectomie qui supprime complètement ce réservoir.

Depuis 1878, le professeur Vekenkel, de Bruxelles, a porté ses recherches sur ce point. Dans 6000 autopsies, il n'a pas constaté une seule fois la présence des calculs dans les conduits biliaires ni dans le canal cholédoque.

Manuel opératoire.

Cette opération est délicate et même difficile. Il importe beaucoup d'éviter les spasmes et les vomissements dus

au chloroforme et pour cela on administrera, une heure avant l'opération, un lavement contenant un ou deux grammes de laudanum et deux à quatre grammes de chloral.

L'anesthésie étant ainsi assurée et les précautions antiseptiques rigoureusement observées, on procédera à l'opération, qui sera pratiquée dans une chambre dont la température sera maintenue à 30 degrés centigrades environ.

On trace d'abord une incision longue de 15 centimètres environ, suivant le bord externe du muscle abdominal droit, à un gros travers de doigt du rebord des côtes.

A trois travers de doigt des fausses côtes, et à partir de cette première incision, on en pratique une seconde transversale aux fibres du muscle, intéressant la peau, le tissu cellulaire et le muscle. Cette seconde incision doit avoir une étendue de 4 centimètres et donne à la plaie la forme d'un T renversé de côté, comme l'indique cette figure F.

L'on détruit avec soin les adhérences du côlon avec le foie, et la vésicule apparaît sous la forme d'un tube arrondi, d'aspect rosé, mou, à parois épaisses et musculueuses.

L'on détruit alors très délicatement avec la pointe des ciseaux fermés ou par de très petites sections les connexions de la vésicule avec le foie et ses adhérences avec les organes voisins, duodénum, etc. — En même temps, on tarit le suintement veineux qui se fait, à l'aide de petits tampons d'ouate préparés au sublimé.

Quand on a ainsi bien isolé la vésicule et le canal cystique, on jette sur l'origine de ce dernier, au delà du collet, une première ligature en soie préparée au sublimé.

On place une seconde ligature de précaution un peu plus haut, en ayant soin de refouler la bile qui serait contenue entre les deux ligatures.

On pratique alors l'excision du réservoir entre ces deux ligatures et l'on a soin d'insinuer au préalable sous la vésicule une fine éponge ou la spatule à gouttière de Bernay, pour recueillir les quelques gouttes de bile qui pourraient s'échapper.

Les bords du canal sectionné sont ensuite suturés par un fil fin de soie sublimé. Robson conseille de ne pas

laisser dans le ventre le bout suturé du canal cystique, mais de le fixer dans la plaie de la paroi abdominale.

— On réunit alors les lèvres de la plaie abdominale, soit par une seule suture, soit en réunissant celles du péritoine d'abord par du catgut fin et ensuite les muscles et la peau par du catgut plus fort ou simplement par la soie sublimée.

Le pansement se fait comme dans la laparotomie.

Les suites de l'opération sont fort simples et, après huit ou dix jours, le malade peut se lever.

Cette opération peut être considérée comme la cure radicale de la lithiase biliaire, dans les cas normaux, car pour que les calculs puissent se produire dans le canal hépatique, les conduits biliaires ou le foie, il faudrait qu'il y ait obstruction de l'une de ces voies, auquel cas le conduit obstrué serait dans les mêmes conditions que la vésicule biliaire pour faciliter la formation du calcul.

Dans le cas où, après avoir ouvert l'abdomen, on trouve le calcul dans le canal cholédoque, on peut ou l'écraser entre les doigts ou des pinces, ou bien inciser le canal, enlever le calcul et suturer les lèvres de la plaie.