l'aide d'un bandage herniaire. Le port de ce bandage est du reste encore indispensable même après l'opération précitée.

---

## DIXIÈME CHAPITRE.

## Opérations qui se pratiquent sur la vésicule biliaire.

### Anatomie.

Organe pyriforme, situé dans la partie antérieure de l'hypochondre droit, la vésicule biliaire dépasse un peu par son fond le bord antérieur du foie, tandis qu'en arrière elle se réduit progressivement en un col étroit qui se continue, en se recourbant légèrement, avec le canal cystique. Sa face supérieure est faiblement unie au foie par un tissu conjonctif lâche, sa face inférieure et son fond sont tapissés par le péritoine viscéral.

La paroi de la vésicule se compose de trois couches, une externe qui est purement conjonctive, une moyenne qui est formée de fibres musculaires longitudinales et d'autres transversales, une interne qui est la muqueuse. Celle-ci offre des plis très nombreux qui dessinent à sa surface une sorte de treillis ; au niveau du col et du canal cystique se voit un pli de la muqueuse qui est tordu en spirale et qu'on désigne sous le nom de valvule de *Heister*. Le canal cystique se réunit bientôt au canal hépatique pour former le canal cholédoque qui descend dans le ligament hépato-duodénal.

Le ligament hépato-duodénal, qui forme le bord droit du petit épiploon, s'étend du hile du foie au bord supérieur du duodénum. Il loge, dans un tissu conjonctif peu serré, les canaux excréteurs du foie, les vaisseaux lymphatiques et sanguins aboutissant à ce dernier, ainsi qu'un plexus nerveux. Le canal cholédoque siège à droite de l'artère hépatique ; celle-ci est entourée d'un plexus nerveux formé de filets provenant du plexus cœliaque. La veine-porte siège en arrière du conduit biliaire et de l'artère hépatique. Tous trois sont enveloppés d'une gaine conjonctive commune (capsule de Glisson).

Plus bas, le canal cholédoque croise la paroi postérieure de la première portion du duodénum, puis longe le bord de la seconde portion, étant logé dans un sillon ou un canal complet de la tête du pancréas ; uni ensuite avec le canal excréteur de ce dernier, il va enfin s'aboucher obliquement dans le duodénum.

### 1. Ouverture de la vésicule billaire. — Cholécystotomie.

Cette opération est pratiquée pour rendre possible l'extraction des calculs biliaires, lorsque ceux-ci obstruent complètement les conduits biliaires, et produisent ainsi la rétention de la bile et l'inflammation de la vésicule (hydropisie et empyème de la vésicule). Elle a été exécutée pour la première fois par *Sims*. Elle seule permet en outre, dans les cas douteux, de révéler sûrement par l'exploration digitale la présence de concrétions biliaires dans l'appareil excréteur du foie. *Bardenheuer* préfère pourtant, dans ces cas de diagnostic incertain, pratiquer le palper diapéritonéal de la vésicule à travers une incision extrapéritonéale à volet antérieur (thürflügelschnitt) (p. 437) ; l'expérience ultérieure sera seule à même de nous faire juger de la valeur de cette méthode. La simple ponction de la vésicule dilatée au moyen du trocart aspirateur, suivie du sondage à l'aide d'un stylet, ne donne généralement que des renseignements insuffisants sur l'état des parties.



Lorsque la vésicule dilatée est intimement unie par des adhérences à la paroi abdominale antérieure, on l'ouvre simplement par une incision sans prendre aucune précaution particulière ; dans la plupart des cas cependant, des mesures spéciales devront être prises pour mettre la cavité péritonéale à l'abri de l'infection.

#### a) Cholécystotomie en un seul temps.

Une incision de 6 à 7 centim. de longueur, qui suit le bord externe du muscle grand droit, divise l'une après l'autre les différentes couches de la paroi abdominale, entre l'ombilic et le rebord costal droit. Le péritoine est seulement incisé après que toute hémorragie a été soigneusement tarie dans la plaie. On saisit ensuite la vésicule biliaire, et on la fait saillir le plus possible à travers la plaie des téguments ; on la vide par la ponction, puis ayant attiré davantage au dehors la poche vidée et revenue sur elle-même, on l'ouvre après avoir pris soin de protéger la cavité péritonéale avec des tampons de gaze aseptique. Le doigt introduit dans la vésicule s'assure alors de la présence et du siège du ou des calculs ; ceux-ci sont ensuite extraits soit à l'aide du doigt, soit avec la pince dite à pansement ou avec l'élévatoire ; les calculs trop volumineux doivent au préalable être brisés dans l'intérieur de la vésicule. Celle-ci ayant été soumise à un lavage antiseptique, on renverse en dedans les bords de son ouverture, et on réunit ces bords par un certain nombre de points de suture de *Lembert*. La vésicule ainsi refermée est ensuite rentrée dans la cavité abdominale, après quoi on ferme la plaie des téguments à l'aide de points de suture profonde embrassant toutes les couches y compris le péritoine.

Dans d'autres cas, on préfère suturer les bords de l'ouverture de la vésicule aux bords de la plaie cutanée, ceux-ci ayant été préalablement ourlés avec le péritoine pariétal. Le restant de la plaie des téguments est ensuite refermé par la suture. En réduisant immédiatement la vésicule comme il a été dit plus haut, on s'expose au danger d'infection du péritoine pour le cas où les sutures viendraient à céder. D'un autre côté, en réunissant les bords de l'ouverture de la vésicule à ceux de la plaie tégumentaire, on risque de voir s'établir une fistule biliaire permanente. Ce qu'il y a donc de mieux, c'est, après avoir refermé la vésicule vidée, de la fixer au péritoine pariétal des bords de la plaie tégumentaire à l'aide de quelques points de suture n'embrassant que ses tuniques séreuse et musculaire.

#### b) Cholécystotomie en deux temps.

La cavité abdominale ayant été ouverte comme il a été dit pour *a)*, on fixe le fond de la vésicule au péritoine pariétal, à l'aide de quelques points de suture ne comprenant que les couches séreuse et musculaire de sa paroi, puis on bouche la plaie avec de la gaze antiseptique. Après 4 ou 5 jours, lorsque les deux surfaces péritonéales adhèrent suffisamment l'une à l'autre, on ouvre la vésicule avec le bistouri, et l'on opère l'extraction des calculs. Après cette opération, il n'est pas rare non plus de voir s'établir une fistule biliaire.

### 2. Extirpation de la vésicule biliaire. — Cholécystectomie.

Ce fut *Langenbuch* (1882) qui préconisa, et pratiqua le premier sur le vivant, l'extirpation totale de la vésicule biliaire avec ligature préalable du canal cystique ; cette opération radicale exclut naturellement la possibilité d'une fistule biliaire consécutive.

La cavité abdominale est ouverte, avec toutes les précautions que comporte une laparotomie, au moyen d'une incision en forme de T dont la branche horizontale longe le rebord antérieur du foie, et dont la branche verticale tombe au bord externe du muscle grand droit ; chacune des branches du T mesure 10 à 15 centim. de longueur. Pendant que le bord libre du foie est attiré vers le haut, et le colon transverse ainsi que l'intestin grêle refoulés vers le bas, on vide la vésicule biliaire au moyen du trocart aspirateur. Quand elle est revenue sur elle-même, on incise circulairement et superficiellement son revêtement péritonéal, puis par la traction ainsi qu'avec le bistouri et les ciseaux on la détache prudemment de la face inférieure du foie ; les petites veines qui donnent sont immédiatement pincées et fermées par la ligature. S'il se trouve des calculs dans le canal cystique on les refoule à l'intérieur de la vésicule. Ce canal est alors convenablement isolé, puis étreint par deux ligatures entre lesquelles on le sectionne, en détruisant ainsi la dernière attache qui retenait la vésicule. Par dessus le tronçon du canal on suture ensuite le tissu conjonctif ambiant, et l'on termine en fermant exactement par la suture la plaie de la paroi abdominale.

**3. Etablissement d'une fistule entre la vésicule biliaire et l'intestin grêle. — Entéro-cholécystotomie.**

Lorsque le canal cholédoque est complètement obstrué, il est encore possible de faire arriver la bile dans l'intestin en établissant une fistule labiée entre ce dernier et la vésicule biliaire. Cette opération a été pratiquée pour la première fois par *v. Winiwarter*. Quelques jours avant l'opération, on prend soin de vider la vésicule par ponction et aspiration, dans le but de combattre provisoirement la stase biliaire. L'incision des téguments court dans la ligne mamillaire depuis le rebord costal droit jusqu'environ à la hauteur de l'ombilic. La paroi inférieure de la vésicule est ensuite réunie sur une étendue de quelques centimètres avec la paroi supérieure d'une anse voisine, au moyen d'une couronne de points de suture entrecoupée, qui n'embrassent que les tuniques séreuse et musculaire. Cela fait, les deux parties ainsi réunies sont fixées, également par des points de suture de *Lembert*, au péritoine pariétal des bords de la plaie tégumentaire. Après cinq jours, lorsque les séreuses adhèrent suffisamment entre elles, on ouvre l'intestin et l'on va diviser la cloison qui sépare l'intestin de la vésicule. Pour empêcher la fermeture spontanée de la communication ainsi établie, on suture la muqueuse de la vésicule avec celle de l'intestin par dessus les bords de la fistule, après quoi on referme la plaie de l'intestin. *Kappeler* a exécuté comme suit la même opération en un seul temps : ouverture de la vésicule et d'une anse voisine, réunion des deux ouvertures par une suture postérieure des séreuses, puis par une suture des muqueuses, puis enfin par une double suture antérieure des séreuses, refoulement des organes, réunion de la plaie abdominale.

---

# Dixième Partie.

## Opérations qui se pratiquent sur les organes génito-urinaires de l'homme.

### PREMIER CHAPITRE.

### Opérations qui se pratiquent sur les organes génitaux.

#### I. Opérations sur le testicule et ses enveloppes.

##### Anatomie topographique.

Dans les conditions normales les deux testicules se trouvent déjà descendus dans les bourses à partir du neuvième mois de la vie fœtale. Le scrotum forme au-devant du périnée une poche cutanée que divise en une moitié gauche et en une moitié droite une cloison verticale dite septum du scrotum. La peau scrotale est ridée et garnie de quelques poils ; elle est doublée, non de tissu cellulaire, mais d'une couche très contractile de fibres musculaires lisses à laquelle on a donné le nom de dartos. Sous celui-ci se trouve une enveloppe conjonctive commune au testicule et au cordon spermatique, et qui pour ce fait est appelée tunique vaginale ou fibreuse commune ; on la considère habituellement comme un prolongement du fascia transversalis de la paroi abdominale. Sur la tunique vaginale commune se trouvent disposés en forme d'anses des faisceaux musculaires provenant des muscles petit oblique et transverse de l'abdomen ; l'ensemble de ces faisceaux constitue la tunique érythroïde ou le crémaster. Entre la tunique vaginale commune et le crémaster s'insinue à partir du pourtour de l'anneau inguinal externe, une mince enveloppe fibreuse qui est fournie par l'aponévrose du muscle grand oblique et qui porte le nom de fascia de Cooper. Enfin le testicule lui-même est renfermé dans une double enveloppe séreuse, la tunique vaginale propre, qui n'est autre que la partie inférieure du diverticule péritonéal qui a été entraîné lors de la descente du testicule. Le feuillet viscéral de la tunique vaginale propre adhère intimement à la surface du testicule au point de ne faire qu'un avec l'albuginée de celui-ci, tandis que le feuillet pariétal s'unit par sa face externe avec la vaginale commune. Les deux feuillets de la tunique vaginale propre se touchent par leur face séreuse, mais pourtant n'adhèrent aucunement l'un à l'autre ; il en résulte que dans les cas pathologiques on peut voir se développer entre eux d'abondants épanchements de sang ou de sérosité (hématocèle, hydrocèle). C'est au niveau du bord postérieur du testicule, et un peu en dedans de ce bord, que le feuillet pariétal de la séreuse se réfléchit sur le testicule et l'épididyme en se continuant avec le feuillet viscéral ; en cet endroit, la glande est fixée à la paroi du scrotum.

Testicule et épididyme sont rattachés l'un à l'autre par le revêtement séreux commun ; la démarcation entre les deux est indiquée par une gouttière qui court le long du bord postérieur du testicule. Les différents conduits