

Czerny pratique l'opération de von Hacker avec le bouton de Murphy.

Souligoux a imaginé, en 1896, un procédé ingénieux de gastro-entérostomie sans ouverture immédiate des viscères. Pour cela on détermine par une pince puissante, sur chacun des organes à anastomoser, une surface broyée qui, cautérisée à la potasse caustique, devient une plaque de sphacèle; les deux plaques sont adossées face à face par un surjet. Des adhérences péritonéales s'établissent; au bout de quarante-huit heures, les zones sphacélées tombent et la communication est établie.

Doyen, qui adoptait autrefois un procédé un peu spécial de gastro-entérostomie antérieure (1), n'emploie plus que le procédé de Roux (de Lausanne), c'est-à-dire la gastro-entérostomie postérieure transmésocolique en Y. Cette opération consiste à sectionner le jéjunum, à aboucher le bout inférieur à la paroi postérieure de l'estomac à travers une brèche mésentérique, puis à réunir le bout supérieur ou duodénal au jéjunum par une implantation latérale (2).]

OPÉRATIONS SUR LES VOIES BILIAIRES.

A part les abcès et kystes du foie, dont le traitement n'exige pas de règles spéciales, les interventions sur le système biliaire sont surtout pratiquées pour la lithiase biliaire et ses complications.

La chirurgie des voies biliaires est une branche toute récente de la chirurgie abdominale, puisqu'elle ne date guère que de 1880.

Pour aborder le foie, on a fait des incisions de toutes sortes, incisant tantôt sur la ligne blanche, entre l'ombilic et la symphyse pubienne, tantôt sur le bord externe du grand droit.

Czerny emploie une incision angulaire dont la branche verticale se trouve sur la ligne blanche; l'autre, au-des-

(1) E. Doyen, *Traitement chirurgical des affections de l'estomac et du duodénum*, p. 280-289.

(2) Voy. pour de plus amples détails, la *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, 1897, n° 1, p. 90, et l'article très documenté de A. Guinard, in *Traité de chirurgie clinique et opératoire* de Le Dentu et Delbet, t. VII.

sous de l'ombilic, est horizontale et dirigée en dehors et à droite.

Dans tous les cas, quand le péritoine a été ouvert, on récline en haut le lobe droit du foie, pour rendre accessible sa face inférieure avec la vésicule biliaire et le hile. Un repli péritonéal est tendu entre le hile du foie et la petite courbure de l'estomac (petit épiploon), contenant, dans l'épaisseur de son bord libre, les gros canaux biliaires, la veine porte et l'artère hépatique.

Opérations sur la vésicule biliaire. — On incise la vésicule pour en extraire des calculs, ou pour traiter l'empyème ou l'hydropisie de cette poche, c'est la *cholécystotomie*. L'incision de la vésicule biliaire peut se faire en un temps, ou en deux temps, après suture d'une partie de la vésicule à la plaie pariétale.

Dans le premier cas, on peut, après avoir enlevé les calculs, suturer la plaie de la vésicule, puis fermer la plaie pariétale (*cholécystotomie idéale, cholécystendyse*) ou on maintient dans la plaie la vésicule suturée.

Si l'on ne veut pas faire la réunion primaire, on peut établir une fistule cholécysto-abdominale d'après les principes énoncés aux opérations sur l'intestin (*cholécystotomie*).

Dans le *manuel opératoire de la cholécystotomie*, on remarquera simplement qu'il faut, quand on aura incisé la peau et ouvert le péritoine, attirer la vésicule dans la plaie et l'y fixer à la soie. Puis on la ponctionnera, on enlèvera les calculs avec des pinces ou cuillers spéciales en se guidant sur le doigt et en songeant à l'existence possible de calculs dans le canal cystique. On suture la plaie vésiculaire sur deux plans comme l'intestin. Le premier plan de suture traverse toute l'épaisseur des parois vésiculaires, et unit les deux bords de la plaie. Le deuxième plan consiste en une suture séreuse de Lembert, et doit assurer par de larges plis péritonéaux que l'on établit au contact l'un de l'autre, l'occlusion hermétique de la première suture. Dans la cystotomie et la cystostomie en deux temps, on borde d'abord de péritoine pariétal une portion de la surface vésiculaire

attirée au dehors (voir *Gastrostomie*), puis, quelques jours plus tard, on ouvre la vésicule au thermocautère.

L'extirpation de la vésicule biliaire (*cholécystectomie*) est indiquée dans les cas de néoplasmes de l'organe ou de lithiase biliaire compliquée d'inflammation des parois vésiculaires.

Le manuel opératoire typique de cette intervention consiste à sectionner transversalement entre deux ligatures le canal cystique, puis à séparer la vésicule de ses connexions avec le foie, en sectionnant le péritoine, chose facile dans les cas favorables.

On est obligé d'inciser le canal cholédoque (*cholédochotomie*), dans les cas de calculs enclavés; on suturera la plaie, ou, quand l'occlusion du cholédoque n'est pas possible (calculs enclavés, tumeurs obturant la lumière du canal, compression par des ganglions), on établira une communication artificielle entre la vésicule et l'intestin pour permettre à la bile de s'écouler [*cholécystentérostomie*] (Winiwarter).

Cette anastomose se fait d'après les principes indiqués à l'entéro-anastomose (voy. p. 267); on emploie soit la suture, soit le bouton de Murphy.

On établit la communication soit entre la vésicule biliaire et le jéjunum (*cholécysto-jéjunostomie*), soit, si le fait est possible, entre la vésicule et le duodénum (*cholécysto-duodénostomie*). On a conseillé aussi d'établir une communication artificielle entre le cholédoque élargi en deçà de l'obstacle et l'intestin (*cholédoco-duodénostomie*).

HÉPATOPEXIE

[Dans les cas de foie flottant, on a pratiqué avec succès l'*hépatopexie partielle* si la mobilité porte seulement sur un lobe du foie, *totale* si elle porte sur la totalité de l'organe.

L'*hépatopexie partielle* faite pour la première fois par Billroth en 1884, consiste dans la fixation d'un lobe pédiculé du foie aux deux lèvres de l'incision abdominale.

L'*hépatopexie totale* fut pratiquée par Gérard Marchant en 1891 de la façon suivante : incision parallèle au rebord costal droit, fixation de l'organe par quatre fils de soie à 2 ou 3 cen-

timètres du bord tranchant; les chefs inférieurs des fils traversent la lèvre inférieure de la plaie abdominale, les supérieurs sont conduits dans l'épaisseur des cartilages costaux puis de la paroi.

Legueu a imaginé un procédé d'*hépatopexie totale* qui consiste à traverser le foie de part en part avec un fil de soie double, de façon à suspendre l'organe au moyen d'un vaste échelon de fil qui le soulève par sa face inférieure (*Thèse de Paris*, Chevallier, février 1898).]

OUVERTURE DES ABCÈS PÉRICÆCAUX. RÉSECTION DE L'APPENDICE VERMICULAIRE.

Quand l'abcès péricæcal bombe au-dessus de l'arcade crurale, on incise la peau au niveau du point le plus saillant de la tuméfaction, parallèlement à la direction des fibres de l'oblique externe, de la même façon à peu près que pour la ligature de l'iliaque externe (1). On divise les muscles de la paroi plan par plan, puis le fascia transversalis, et l'on ouvre largement la collection. Dans les cas d'appendicite où l'on prévoit qu'il faudra réséquer l'appendice vermiculaire, il faudra faire l'incision le long du bord externe du grand droit de l'abdomen; cette incision donne libre accès à l'appendice qu'elle permet d'explorer et d'enlever (2).

Quand la cavité abdominale a été ouverte on ferme la cavité péritonéale du côté du cæcum avec des compresse, et seulement après avoir détruit les adhérences du cæcum avec les organes voisins, on détermine le siège du mal. Quand on a reconnu le foyer purulent, on le vide, et on libère avec précaution l'appendice de ses connexions. Là-dessus on procède à la ligature du mésentère de l'appendice, on sectionne la circonférence de l'appendice au delà du point d'amputation, en traversant

(1) [L'incision la plus généralement employée est celle de Roux (de Lausanne); c'est une incision parallèle à l'arcade crurale à un travers de doigt en avant de l'épine iliaque, mi-partie au-dessus, mi-partie au-dessous de cette épine.]

(2) [C'est le procédé employé par Jalaquier dans tous les cas d'appendicite à froid.]

la tunique séreuse et la musculuse et en allant jusqu'à la muqueuse qu'on lie et qu'on sectionne transversalement au-dessous de la ligature. Puis on recouvre le moignon de cette courte manchette, on le saisit et on l'invagine dans le cæcum.

On réunit alors les bords de cette fossette étanche au-dessus du moignon appendiculaire invaginé par des sutures de Lembert (Fowler).

OPÉRATIONS SUR LES ORGANES URINAIRES.

CATHÉTÉRISME

L'urètre masculin se compose de trois parties différentes au point de vue anatomique et fonctionnel: la portion pénienne, la portion membraneuse et la portion prostatique. La première est entourée par les corps caverneux qui présentent à leurs extrémités antérieure et postérieure deux épaissements (gland et bulbe de l'urètre). La portion membraneuse qui est entourée par un sphincter musculaire strié traverse le muscle transverse profond du périnée tendu sous l'arcade pubienne, et sa portion supérieure ainsi que la portion prostatique de l'urètre constituent la partie intrapelvienne de ce canal.

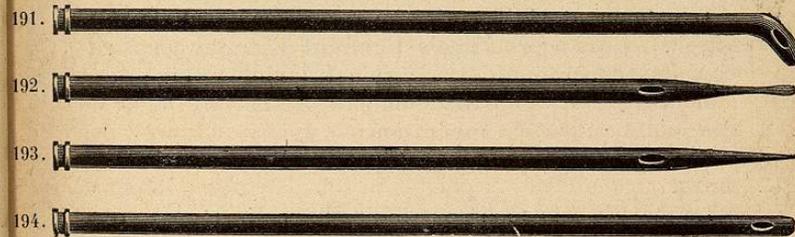
La portion membraneuse est la plus fixe: au-devant d'elle se trouve la portion pénienne extrêmement mobile; en arrière d'elle la portion prostatique dont la mobilité est beaucoup moindre.

La partie de l'urètre qui va de l'orifice externe au sphincter de la portion membraneuse constitue l'urètre antérieur, l'urètre postérieur est formé par la partie qui est située au-dessus de ce sphincter. Cette division est extrêmement importante au point de vue clinique.

La portion fixe de l'urètre depuis l'orifice vésical jusqu'au coude pénien forme un arc à grande convexité postérieure dont la base correspond au point où la portion membraneuse traverse le diaphragme uro-génital.

Le cathétérisme consiste à vider artificiellement par l'urètre avec des instruments appropriés le contenu de

la vessie. Pour cela on emploie des instruments tubulés soit en matières molles, soit en métal; leur forme est variable et chaque cas spécial comporte son instrument. Il faut que le médecin, qui doit pratiquer un cathétérisme, se rende un compte exact de l'état de l'urètre d'après les symptômes et les résultats de l'examen externe et du toucher rectal; il pourra choisir alors l'instrument qui conviendra le mieux. Les instruments mous (fabriqués avec du caoutchouc vulcanisé ou du tissu de soie imprégné) sont de différentes grosseurs, ils sont tantôt droits, tantôt légèrement coudés à leur extrémité. Les premiers ont l'extrémité vésicale cylindrique ou conique ou encore boutonnée.



Différentes formes de cathéters mous.

Fig. 191. Cathéter coudé. — Fig. 192. Cathéter conique boutonné.
— Fig. 193. Cathéter conique pointu. — Fig. 194. — Cathéter cylindrique.

Les *cathéters coudés*, malgré leur mollesse, permettent à cause même de leur forme de vaincre certains obstacles (situés la plupart du temps dans la portion prostatique où ils sont dus au changement de volume de la prostate).

Les instruments rigides en métal sont adaptés à la configuration de la portion fixe de l'urètre. Le cathéter est constitué par une portion droite à laquelle fait suite une portion arquée dont la courbure correspond à l'urètre postérieur et qui se termine par le bec.

Quand on introduit un instrument mou, il s'accommode