

face externe assurent le contact des deux bouts (fig. 217).

Quand on pratique l'implantation des uretères, on imitera l'abouchement naturel de l'uretère en faisant, comme le conseillent Rüdinger et Witzel, un canal intrapariétal qui contiendra l'uretère. Dans cette méthode, on implante l'uretère sectionné dans la paroi de l'organe choisi et on le fixe là comme on a fait du tube de caoutchouc dans la gastrostomie d'après la méthode de Witzel.

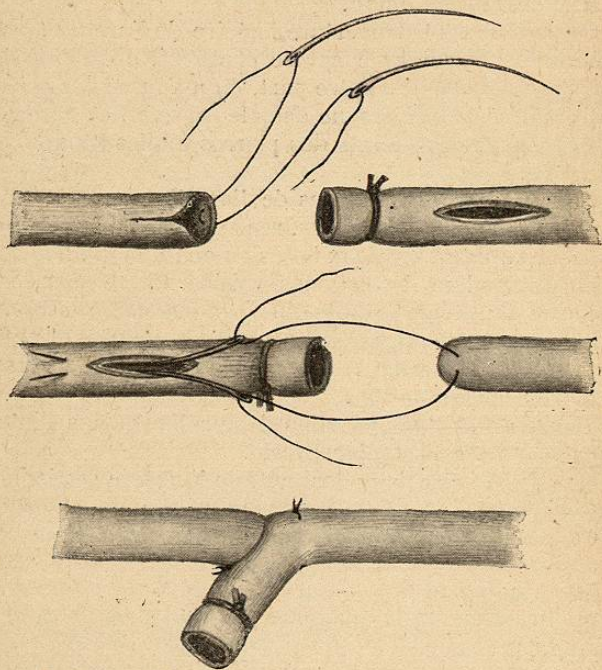


Fig. 217. — Suture d'invagination des bouts uretéraux.

On découvrira la portion supérieure de l'uretère par l'incision lombaire, employée pour la néphrectomie, la portion pelvienne chez l'homme par la voie sacrée en contournant le rectum après avoir au préalable énucléé le cœcyx.

[On donne en France, pour la recherche de l'uretère pelvien, la préférence à la voie extrapéritonéale supérieure ou *iliaque* qui ouvre un champ opératoire étendu. Incision oblique commençant au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure, restant à un doigt en dedans d'elle et se dirigeant vers le milieu de l'arcade crurale. Section des téguments et des muscles. Décollement du péritoine de la fosse iliaque. Chercher l'artère iliaque externe et remonter jusqu'à son origine, où l'on trouvera l'uretère.

La voie iliaque est inférieure chez la femme, par suite de la présence des ligaments larges, des difficultés du décollement péritonéal et de l'hémostase. La voie *vaginale* est très avantageuse pour la découverte de la portion antérieure de l'uretère pelvien.]

OPÉRATIONS SUR LE RECTUM ET L'ANUS

Amputations et résections du rectum. — Les intersections sur le rectum varieront avec le siège et l'extension des tumeurs à extirper.

On circonscrira au niveau de leur base des tumeurs circonscrites ou pédiculées, et on les extirpera en tissu sain; on suturera la perte de substance. Mais il est souvent difficile en pareil cas d'avoir un accès suffisant sur le terrain de l'opération.

Pour les tumeurs siégeant bas, au voisinage de l'anus, il suffit en général d'écarter l'anus avec des écarteurs ou le spéculum anal. Pour les tumeurs à siège plus élevé il faut, la plupart du temps, faire comme opération préliminaire la section linéaire du sphincter anal, que l'on fait à la face antérieure et à la face postérieure au niveau du raphé. On écarte largement les bords de la plaie et on peut ainsi aborder la muqueuse rectale située au-dessus du sphincter.

On peut aussi aborder la paroi rectale antérieure par l'incision prérectale en détachant le rectum de l'urètre (Voy. *Prostatotomie*) et réséquer la paroi de l'intestin dans toute son épaisseur, puis suturer la perte de substance. Si le néoplasme s'étend à toute la périphérie de la partie inférieure du rectum, on circonscrit l'anus par une incision circulaire, et on détache le bout inférieur de

l'intestin de ses connexions, puis on le sectionne transversalement au-dessus du néoplasme. On attire le bout central à la peau, où on le fixe par des sutures traversant toute l'épaisseur de la paroi intestinale.

L'emploi de cette méthode est restreint. Si l'on peut encore atteindre avec le doigt le bord supérieur de la tumeur, on emploiera la méthode précédente pour l'extirper, mais il est impossible d'isoler la partie supérieure du rectum et d'atteindre l'anse oméga; l'opérateur ne peut agir avec assurance ni pratiquer une hémostase suffisante.

La RÉSECTION DU RECTUM, avec réunion des deux bouts, est chose difficile par cette méthode, même si l'on cherche à agrandir le champ opératoire par l'incision antérieure et postérieure du raphé, et si la tumeur siège bas. Quand la tumeur a un siège élevé, la résection devient alors impossible.

On a élargi les limites de l'opérabilité des tumeurs rectales depuis que, après *Kraske*, on aborde le rectum au niveau de sa partie la plus élevée par la *voie sacrée*. Cette voie permet, en effet, d'isoler le rectum jusqu'au niveau de sa portion intrapéritonéale, et d'en réséquer toutes les portions nécessaires.

Après section des ligaments tubéroso- et spino-sacrés, on arrive sur le rectum à travers la large fente entre le sacrum et les incisures ischiatiques. En réséquant une partie du sacrum, on agrandit encore le champ opératoire (1).

MANUEL OPÉRATOIRE DE LA DÉNUDATION DU RECTUM PAR LA VOIE SACRÉE (d'après Hochenegg). — Décubitus latéral gauche avec jambes et cuisses fléchies. L'opérateur est placé du côté du dos du malade. L'incision cutanée part du milieu de la symphyse sacro-iliaque gauche et descend en arc à convexité droite, sur la ligne médiane, pour se terminer sous la pointe du coccyx, ou contourner l'anus en ellipse, si l'on doit extirper aussi la portion anale.

L'incision va jusqu'à l'os, détachant de lui les parties

(1) [Cette résection doit s'arrêter en haut, au-dessous du 3^e trou sacré; il ne faut pas couper la 3^e paire sacrée qui préside à l'innervation du sphincter et du releveur de l'anus.]

molles qui restent en connexion avec la peau, de façon à dénuder la moitié gauche du sacrum et le coccyx.

On enlève alors le coccyx et on sectionne l'insertion des ligaments sacro-tubérositaires et sacro-épineux. Toutes ces manœuvres donnent un jour considérable.

Le champ opératoire ainsi élargi permet de reconnaître les limites de la tumeur, même si elle siège dans les parties supérieures du rectum inaccessibles par les méthodes habituelles. On peut encore agrandir ce champ opératoire en réséquant le bord gauche du sacrum.

Il s'agit, maintenant que le rectum est mis à nu, d'isoler la tumeur jusqu'au delà de ses limites. On sectionne les liens qui rattachent le rectum aux organes de voisinage et on lie les vaisseaux visibles dans la plaie. Si l'on ampute le rectum dans sa partie supérieure, on attire en bas le bout central et on le fixe à la peau dans l'angle supérieur de la plaie (*anus contre nature sacré*). Cette intervention est indiquée quand la portion anale du rectum a été envahie par la néoplasie et qu'il faut l'extirper aussi.

Si, au contraire, la portion anale est saine et que la tumeur siège au niveau de la portion moyenne du rectum, on isole l'intestin au voisinage de la tumeur, on le lie, puis on le résèque. Là-dessus on pratique la réunion immédiate des deux bouts, soit sur toute la circonférence de l'intestin, soit seulement sur une partie de cette circonférence, en formant un anus artificiel provisoire. Cet anus représente une fistule pariétale qui peut se fermer spontanément, ou être obturée au bout de quelque temps par une opération plastique. Pour faire la suture intestinale, il faut affronter les deux bouts du rectum sans qu'il y ait la moindre tension.

Parfois, quand on isole des tumeurs à siège élevé, il faut ouvrir le péritoine de la fosse vésico-rectale. Pour établir un anus artificiel ou faire la suture de l'intestin, on attire dans la plaie le bout central du rectum et on fixe le bord antérieur de la plaie péritonéale à un point correspondant de la séreuse intestinale, pour fermer la cavité abdominale du côté de la plaie.

Quand on a suturé l'intestin circulairement, on introduit un gros drain dans l'intestin par l'anus jusqu'au delà de la suture.

[Dans un *deuxième procédé*, Hochenegg invagine le bout supérieur dans le bout inférieur laissé intact, le fait descendre jusqu'à l'anus et le fixe à la peau. Quelques jours après, on coupe les sutures, et le bout supérieur, abandonné à lui-même, remonte à la place qu'il doit occuper. Pendant ce temps, la plaie s'est organisée, ses parois se sont accolées et les dangers d'infection sont bien moindres.

Mais il faut, pour que ce procédé soit exécutable dans de bonnes conditions, que le cancer ne soit ni trop étendu, ni trop haut situé.

Les extirpations du rectum par la *méthode de Kraske* sont toujours précédées, à l'heure actuelle, de la création d'un *anus iliaque* (Schede, Quénu, etc.). Cette dérivation des matières offre l'avantage de réaliser une certaine asepsie du rectum ou tout au moins d'atténuer la virulence du contenu rectal; elle permet d'entreprendre l'opération avec plus de sécurité et de la voir réussir sans crainte de tiraillement ou d'infection des sutures opératoires par les matières fécales.

Cet anus iliaque, établi provisoirement dans un premier temps, doit l'être à titre définitif chez les sujets où le cancer envahit toute l'ampoule ou tout le rectum.

M. Quénu (1) trouve à l'anus sacré, en dehors de ses inconvénients au point de vue fonctionnel, le grand désavantage d'être un danger imminent pour la plaie voisine; il pratique donc l'*anus iliaque définitif* et la *suppression du bout supérieur*.

M. Quénu recherche tout d'abord (*loc. cit.*) cette suppression par le retournement ou invagination de bas en haut à travers l'anus iliaque. Il préfère actuellement (2) après la constitution d'un anus iliaque définitif l'*ablation de tout le segment intestinal sous-jacent*.

Voici les différents temps de la technique opératoire employée avec succès par M. Quénu :

— 1^{er} temps : Le malade étant sur le plan incliné, ouverture médiane du ventre et ligature des deux artères hypogastriques; enlever les ganglions suspects.

— 2^e temps : Libération de l'anse sigmoïde et création d'un anus iliaque gauche, après section de l'intestin entre deux

(1) Quénu, *Congrès français de chirurgie*, 1897.

(2) Quénu, *Bull. Soc. Chir.*, 29 juin 1898, p. 703.

ligatures; on passe le bout supérieur à travers la boutonnière iliaque.

— 3^e temps : Amorce de la libération rectale, après incision du mésorectum de chaque côté, et ligature des vaisseaux hémorroïdaux. On abandonne alors la voie abdominale, et après avoir fermé le ventre, on achève par la voie périnéale.

— 4^e temps. Extirpation périnéale du bout inférieur.

C'est en somme la *voie abdomino-périnéale* applicable à tous les cas où la voie périnéale seule est impuissante à permettre une exérèse large et facile, c'est-à-dire à tous ceux où la limite supérieure du cancer s'étend à plus de 8 ou 10 centimètres de l'anus.

Les procédés d'extirpation des cancers du rectum peuvent ainsi se ramener à deux :

Voie *périnéale*, pour les cancers ne s'élevant pas au delà de 10 centimètres de l'anus;

Voie *abdomino-périnéale* pour les cancers qui dépassent cette limite.]

RÉTRÉCISSEMENTS DU RECTUM NON CONGÉNITAUX

Ces rétrécissements, dont le type est le rétrécissement dit syphilitique, doivent être parfois opérés. Mais nous distinguerons deux cas : ou il s'agit du *rétrécissement dit syphilitique*, qui est tantôt un rétrécissement *syphilitique vrai*, cas rare (Hartmann et Toupet), tantôt un rétrécissement *inflammatoire* chez un syphilitique ou non (Gosselin, Duplay, Pierre Delbet et Mouchet, Quénu et Hartmann); ou bien il s'agit d'un rétrécissement *tuberculeux* (Sourdille).

Dans le cas de *rétrécissement inflammatoire* ou *syphilitique vrai*, il ne faut guère intervenir chirurgicalement que si des fistules périanales persistantes ou des signes d'obstruction menaçante indiquent l'opération. On pratiquera alors la colotomie iliaque comme procédé palliatif et on traitera le rétrécissement par la dilatation lente, progressive avec les bougies de Hegar. L'extirpation du rétrécissement par la voie sacrée ou périnéale est souvent suivie d'incontinence, de suppuration interminable, de récurrence même; elle sera réservée aux cas graves ou à ceux que la dilatation n'a pu suffisamment améliorer.

Le rétrécissement *tuberculeux* doit être extirpé comme toute tuberculose locale, soit par la voie périnéale, soit par la voie sacrée.]

OPÉRATION DES FISTULES RECTALES.

On traite la fistule rectale en fendant le canal de façon à changer l'abcès canaliculé en une plaie à ciel ouvert.

Pour opérer la *fistule complète*, on introduit par l'orifice externe une mince sonde boutonnée; l'index de la main gauche introduit dans le rectum touche l'orifice interne, accusé souvent sur la muqueuse par une perte de substance, et guide la sonde, que l'on pousse plus avant jusque dans la lumière de l'intestin, pour la faire ressortir ensuite par l'anus. On sectionne alors les parties molles qui recouvrent la fistule, sur la sonde cannelée.

En écartant les bords de la plaie, on peut voir le fond du trajet fistuleux. Ordinairement on se contente d'attendre la guérison par granulation; mais on peut exciser le trajet fistuleux, et obtenir par la suture une fermeture complète du trajet.

On convertira les fistules *incomplètes* ou *borgnes* en fistules complètes en fendant leur trajet.

Si la *fistule est borgne externe*, on y introduit la sonde cannelée et on la pousse à travers la paroi intestinale au niveau de l'endroit le plus profond de la fistule, puis on fend la fistule ainsi complétée d'après les règles habituelles.

De même on convertira en fistule complète la fistule *borgne interne* en introduisant la sonde cannelée par son orifice interne rectal et en la dirigeant contre la peau; on sent la sonde sous la peau, on incise sur elle et on fend comme tout à l'heure la fistule ainsi complétée. Lorsqu'il s'agit de fistules étendues, il faut suivre les trajets fréquemment ramifiés, puis les fendre largement.

OPÉRATION DES HÉMORROÏDES

Les interventions opératoires ne s'adressent pas aux dilatations des veines hémorroïdales externes (1), mais

(1) [Cependant, les hémorroïdes externes sont parfois justiciables d'une intervention chirurgicale, « lorsqu'elles sont continuellement le siège d'excoriations, de démangeaisons, de petites fissures ou de petites poussées de turgescence douloureuse, qui ne sont autres que la manifestation d'une petite phlébite locale » (Quénu, *Presse médicale*, 15 juin 1898, p. 320).]

seulement aux varices des veines rectales internes avec altération consécutive de la muqueuse et prolapsus de cette muqueuse visible seulement quand la pression intraabdominale a augmenté, ou visible même habituellement.

On détruit les bourrelets muqueux prolapsés, soit au fer rouge, soit par la ligature élastique.

Cautérisation. — Position de la taille ou décubitus latéral. En dilatant l'anus avec les doigts, on fait saillir les bourrelets, on les saisit à la base entre les larges mors d'ivoire d'une pince de Langenbeck. On sectionne au thermocautère et on enlève la pince avec précaution. On procède ainsi sur tout le pourtour de l'anus (1).

Ligature élastique. — Décubitus latéral. On saisit le bourrelet avec une pince à polypes au niveau de sa base; puis derrière la pince on place une ligature élastique. On fixe le bourrelet par un fil de soie, que l'on noue autour de lui. On fait ainsi quatre ou cinq ligatures successives. Au bout de quelques semaines les bourrelets nécrosés tombent.

On peut faire l'**excision** de chaque paquet isolément ou encore faire une incision circulaire à la peau de l'anus et à la muqueuse au-dessus du paquet hémorroïdal. Puis on détache du sphincter le cylindre muqueux qui contient les veines dilatées et on suture le bord de la muqueuse à la peau de l'anus (2).

[Voici, résumés d'après Quénu, les indications opératoires des hémorroïdes, et les divers modes d'intervention chirurgicale à leur consacrer :

« En cas d'hémorroïdes internes, la répétition et l'importance des hémorragies, le continuel prolapsus de la muqueuse et la reproduction facile pendant la marche, le retour fréquent des crises douloureuses, l'irréductibilité du bourrelet sont autant d'indications pour intervenir chirurgicalement....

(1) [Richet « volatilisait » les hémorroïdes à l'aide d'une pince qui est encore d'un usage courant.]

(2) [C'est l'opération de *Whitehead*, modifiée avantageusement par Quénu, qui est applicable aux seuls cas où la muqueuse rectale est peu altérée.]

« La conduite à tenir est tout à fait différente, suivant qu'on a affaire à un malade en état de crise hémorroïdaire ou non. »

Si le malade est en état de crise, recourir à la **dilatation anale**, au cas où la crise consiste en une contracture excessivement douloureuse, due, soit à une fissure anale, soit à une petite coagulation phlébique intraanale.

Se contenter d'applications de compresses chaudes et de pulvérisations, au cas où la crise se traduit par la procidence d'un bourrelet plus ou moins irréductible ou étranglé, et attendre pour opérer que la crise soit passée.

Si on ne peut attendre, **volatiliser** les hémorroïdes, par le procédé de *Richet*.

Si le malade est en dehors de la crise hémorroïdaire, il faut enlever les hémorroïdes par le procédé de *Whitehead*, modifié par *Quénu*. Voy., pour plus de détails, l'article déjà cité : *Presse médicale*, 15 juin 1898, p. 324.]

OPÉRATION DE L'ATRÉSIE ANALE

On incise la peau sur le raphé périnéal depuis la pointe coccygienne jusqu'à la racine du scrotum (commisure postérieure), et l'on s'avance pas à pas vers la profondeur, tout en restant dans le plan médian. Ordinairement on tombe bientôt sur le rectum imperforé, de coloration bleuâtre, que l'on sectionne dans la direction de l'incision cutanée. Quand le méconium s'est écoulé, on suture l'intestin à la peau sur tout le pourtour en traversant toute l'épaisseur de la paroi.

Quand le rectum imperforé est très haut situé, il faut chercher à l'aborder par la voie sacrée.

Lorsqu'il y a atrésie ano-vésicale, vaginale, on cherche par la même incision à libérer l'extrémité inférieure du rectum. On divise avec les ciseaux la communication anormale et on fixe le rectum à la plaie en le suturant comme de coutume, mais auparavant on aura dû suturer la plaie vésicale ou vaginale créée par l'amputation du rectum.

FIN

TABLE DES MATIÈRES

	Pages.
PRÉFACE, par M. E. Quénu.....	v
GÉNÉRALITÉS.	
A. — Section des tissus.....	1
1. Façon de conduire le couteau, 2. — 2. Dissection des tissus, 6. — 3. Section aux ciseaux, 12. — 4. Division des tissus par une pointe, 12. — 5. Procédés non sanglants de division des tissus, 15. — 6. Division des os, 18.	
B. — Réunion des tissus.....	21
1. Suture des plaies, 21. — 2. Suture des tendons, 25. — 3. Suture des nerfs, 26. — 4. Suture des os, 27. — 5. Suture de l'intestin, 29.	
PLANCHE I. — Suture intestinale.....	30
6. Suture de la vessie, 31.	
I — OPÉRATIONS SUR LES MEMBRES.....	32
LIGATURES.....	32
I. Ligature des vaisseaux.....	32
Indications, 32. — Façon de pratiquer une ligature, 34.	
II. — Ligatures du membre supérieur.....	38
1. <i>Ligature de l'artère axillaire.....</i>	<i>38</i>
2. <i>Ligature de l'artère humérale.....</i>	<i>40</i>
PLANCHE II. — Dénudation de l'artère axillaire et de l'artère brachiale.....	40
3. <i>Ligature de l'artère humérale au pli du coude...</i>	<i>42</i>
PLANCHE III. — Dénudation de l'artère humérale au pli du coude.....	42
ZUCKERKANDL. — Chirurgie opérat.	22