VII. — OPÉRATIONS EXCEPTIONNELLES SUR LES VOIES BILIAIRES

On a, par exception, et suivant une technique calquée sur celle des opérations précédentes, pratiqué quelques interventions que nous nous contenterons d'énumérer.

Nous ferons préalablement remarquer que, dans les cas où on les a exécutées, leur réalisation a été grandement facilitée par la dilatation anormale des voies biliaires correspondantes.

1° **Canal cystique** [1]. — C'est la *cysticotomie*, la *cysticostomie* et la *cystico-entérostomie*.

La première peut être secondaire à la cholécystotomie (cysticotomie de proche en proche de H. Delagénière), ou bien primitive et semblable en ce cas à la cholédocotomie sus-duodénale, avec laquelle on peut la confondre (Wiart).

2° **Canal cholédoque**. — C'est la *cholédocostomie* et la *cholédoco-entérostomie*.

La première (abouchement du cholédoque à la peau) n'a guère donné que des insuccès; la deuxième a réussi entre les mains de Sprengel. Leur technique est semblable à celle des stomies et des anastomoses en général.

3° **Canal hépatique** [2]. — C'est l'*hépaticotomie*, l'*hépaticostomie* et l'*hépatico-entérostomie*, praticable seulement pour les deux dernières, lorsque le canal est très dilaté.

4° **Voies biliaires intra-hépatiques**. — C'est l'*hépatotomie*, l'*hépatostomie* et l'*hépatocholangio-entérostomie* de Kehr [3].

Voici la technique de cette dernière : excision sur le bord antérieur du foie d'un segment elliptique long de 6 centimètres, large de 2 à 3. Avec le thermocautère creuser à ce niveau dans le parenchyme hépatique une cavité jusqu'à ce qu'on ait ouvert quelques gros canaux biliaires. Hémostase par compression. Attirer le duodénum; l'inciser sur une longueur de 6 centimètres et l'unir aux lèvres de l'excision hépatique par deux surjets séro-séreux superposés.

[1] Péreire, *Rev. de chir.*, 1903. t. XXVIII, p. 41.

[2] H. Delagénière, *Arch. prov. de chir.*, 1905 et broch. de 32 pages, *Institut. intern. de bibl. scientif.*

[3] Kehr, *Centr. für Chir.*, 20 février 1904.

CHAPITRE XIII

OPÉRATIONS SUR LA RATE

I. — EXPLORATION CHIRURGICALE DE LA RATE

1° **Incision**. — La rate peut être découverte par laparotomie médiane, laparotomie vertico-latérale, incision en Γ ou en T, enfin laparotomie transversale sous-costale.

Les deux premières, excellentes pour l'exploration de l'abdomen en général, au cas de traumatisme imprécis, sont mauvaises pour découvrir la rate.

La troisième, transformation de l'une des précédentes par débridement latéral, donne beaucoup de jour, mais expose à des éventrations.

La dernière, paracostale, oblique, est l'incision de choix pour Pauchet [1]. Elle ira de la moitié externe du muscle droit du côté gauche au voisinage de la masse sacro-lombaire, suivant le rebord costal à un travers de doigt (fig. 1087,5). En arrière, on ménagera le méso-côlon descendant. Le blessé sera incliné sur le côté droit et un coussin glissé dans l'échancrure costo-iliaque droite pour faire bâiller le côté opposé.

2° **Résection du rebord costal**. — Déconseillée par Pauchet qui lui reproche d'allonger l'opération et de retarder le moment de l'hémostase splénique en cas d'hémorragie grave par rupture, elle est au contraire dans ces mêmes circonstances recommandée par Monod et Vanverts et par Auvray [2].

Celui-ci a pratiqué avec succès et chaudement prôné la *résection atypique rapide* du rebord cartilagineux, analogue à celle que nous avons décrit pour l'exploration du foie.

Incision paracostale. Dénudation externe du bord inférieur du thorax. Section complète et verticale avec les ciseaux du 9e cartilage à sa partie moyenne. Soulèvement et libération de chacune de ses extrémités avec le bistouri conduit au ras du squelette. Résection sur une longueur variant de 6 à 10 centimètres, jusqu'à obtention d'un accès suffisant.

[1] Pauchet, *XVIe Congr. fr. de chir.*, 1903, p. 383.

[2] Auvray, *Presse médicale*, 11 janv. 1905, p. 17.

II. — SPLÉNECTOMIE[1]

La *splénectomie* est l'extirpation de la rate, tandis que le mot *splénotomie* doit être réservé pour exprimer l'incision de cet organe, notamment dans les cas d'abcès ou de kystes.

On sait depuis longtemps, et par l'expérimentation physiologique et par l'observation clinique, que la rate n'est pas un organe indispensable à la vie. Aussi la chirurgie contemporaine, depuis les célèbres opérations de Spencer Wells (1865) et de Péan (1867), a-t-elle définitivement accepté la splénectomie comme une opération rationnelle et légitime.

La splénectomie peut être indiquée : 1° dans les plaies pénétrantes de l'abdomen, avec contusion, plaie contuse, ou procidence irréductible de la rate (statistique de v. Nusbaüm, 26 cas ; 16 guérisons) ; 2° dans les accidents péritonéaux consécutifs à la contusion de l'hypocondre gauche, et imputables à une rupture de la rate ; 3° dans l'hypertrophie de la rate, dite simple ou malarique ; 4° dans le cancer de la rate ; 5° dans la rate kystique (kystes simples ou hydatiques), quand la ponction et l'incision se sont montrées inefficaces ou sont considérées comme moins avantageuses ; 6° dans la rate flottante, hypertrophiée ou non.

Quant à l'hypertrophie liée à la leucocythémie, on doit désormais la rayer définitivement de la liste des indications (Vanverts) car l'opération est alors presque constamment mortelle.

a. **Incision de la paroi abdominale**. — Se placer à droite ; faire sous le rebord des fausses côtes gauches une incision longue de 14 à 15 centimètres, qui commence à trois travers de doigt au-dessous de l'appendice xyphoïde et se prolonge obliquement en dehors et en bas (fig. 1087,5), jusqu'à la masse sacro-lombaire. Hémostase au fur et à mesure, par la forcipressure.

Cette incision oblique sous-costale est parfaitement convenable quand la rate est à sa place ou qu'elle est encore assez petite et mobile pour qu'on puisse l'y ramener. Mais si cet organe occupe la moitié ou le tiers de la cavité abdominale, il est préférable de pratiquer l'incision sur la ligne médiane de l'abdomen ou, d'après le conseil de Bryant, sur le bord externe du muscle grand droit gauche. Ces deux incisions donnent un jour plus considérable et un accès plus direct sur le pédicule.

b. **Exploration de la rate ; traitement des adhérences; attraction de la rate**. — Dès que le péritoine a été ouvert, introduire la main droite, explorer le pourtour de la rate, contrôler ses rapports, vérifier l'absence ou la présence des adhérences, et, s'il en existe, reconnaître leur forme, leur étendue, leur résistance ; rompre avec les doigts celles qui ne sont pas trop denses, diviser les autres entre ligatures, en traitant surtout avec ménagement les adhérences diaphragmatiques et évitant autant que possibles le décollement ou la déchirure de la capsule splénique ; si cet accident arrive pour maîtriser l'hémorragie parenchymateuse, toucher avec le thermocautère la partie dénudée ou déchirée.

[1] Cf. Vanverts, thèse de Paris, 1897.

Quand les adhérences sont générales, intimes et surtout développées à la face inférieure du diaphragme, il est prudent de renoncer à l'opération et de refermer le ventre (Langenbuch). Avant de détruire les adhérences multiples et très vasculaires, on peut, à l'exemple de Kocher et de Czerny, lier *in situ* le pédicule de la rate ; mais la ligature est très difficile à appliquer.

La rate une fois libérée de ses attaches anormales, l'attirer peu à peu au dehors, de champ ou par son extrémité inférieure, suivant son volume, pendant qu'un aide écarte et déprime fortement les lèvres de la plaie abdominale.

c. **Traitement du pédicule et excision de la rate**. — Étreindre de haut en bas, puis de bas en haut, entre deux pinces-clamps de Richelot, les ligaments phréno-splénique, gastro-splénique, et pancréatico-splénique : et, par conséquent, les vaisseaux si nombreux qui y sont inclus, — et cela, *le plus près possible du hile de la rate*. En deçà des pinces, du côté du tronc cœliaque, *le plus loin possible*, passer à travers toute la hauteur du large pédicule une série de fortes anses de soie ou de catgut avec l'aiguille de Terrier ; relier ces anses en chaîne et serrer fortement leurs chefs respectifs par un double nœud. On lie ainsi le pédicule en plusieurs petits segments, dont *chacun ne doit guère dépasser le volume du petit doigt*. Conserver momentanément tous les chefs, en les fixant entre les mors d'une ou plusieurs pinces à forcipressure.

Pendant qu'un aide maintient la rate, diviser son pédicule avec les ciseaux ou le thermocautère contre la face interne des pinces-clamps. Le champ opératoire une fois déblayé par l'ablation de la rate, ramener doucement à soi le moignon pédiculaire au moyen des chefs de fils qui ont été conservés, et alors sur sa coupe, faire la *ligature isolée* de tous les vaisseaux visibles après les avoir convenablement isolés. Quand l'hémostase est assurée, *mais alors seulement*, couper au ras tous les chefs des anses de striction pédiculaire, et abandonner le pédicule dans la cavité abdominale.

Voilà la technique, croyons-nous, la meilleure pour le traitement du pédicule, traitement si important pour la splénectomie où l'on a devant soi des vaisseaux nombreux, volumineux, fragiles, et où l'hémorragie, soit primitive, soit secondaire est la cause de mort la plus fréquente. Mais il est clair qu'elle ne sera pas *toujours* applicable dans toute sa rigueur méthodique et qu'il faudra par exemple la modifier si le pédicule est trop court ; dans ce cas, nous conseillerons avec Morris d'appliquer d'abord les deux pince-clamps sur le pédicule, de diviser ce dernier en dehors d'elles, puis, la rate enlevée, de le lier en dedans d'elles, par une série de ligatures en chaîne comme précédemment, pendant qu'un aide déprimerait fortement la paroi abdominale et que la masse des intestins serait tenue à distance au moyen de compresses. En tout cas, la forcipressure temporaire totale du pédicule nous paraît toujours extrêmement utile, sinon indispensable.

d. **Toilette du péritoine et fermeture de l'abdomen**. — Ce temps n'offre rien de spécial.

III. — SPLÉNOPEXIE[1]

Cette opération est née d'hier et n'a été pratiquée encore qu'un tout petit nombre de fois. Elle a pourtant pris définitivement sa place dans le cadre thérapeutique, elle permet de conserver des rates mobiles, hypertrophiées ou non, qu'on eût sacrifiées naguère (Rydygier).

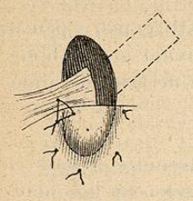

Fig. 1098. — Schéma de la splénopexie par le procédé de Rydygier (Ricard et Launay).

Après avoir ouvert l'abdomen sur la ligne blanche ou parallèlement au rebord costal, pratiquer latéralement, entre la neuvième et la dixième côtes, une incision transversale du péritoine pariétal, puis décoller ce dernier de la paroi abdominale, de façon à constituer une poche de grandeur suffisante pour recevoir la moitié inférieure de la rate. Autour de la niche ainsi créée, passer un faux-fil en bourse. Introduire la moitié inférieure de la rate dans sa loge et l'y fixer par quelques points (fig. 1098). On peut semblablement loger la moitié supérieure dans une niche péritonéale pareille. La rate est alors entièrement luxée dans le tissu rétropéritonéal.

IV. — EXOSPLÉNOPLÉXIE[2]

Après avoir ouvert l'abdomen et libéré la tumeur de ses adhérences antérieures, — l'extirpation étant reconnue impossible à cause des adhérences, — extérioriser une partie de la rate. Fixer de chaque côté le péritoine pariétal à la capsule splénique par un surjet de catgut, de façon à fermer la cavité péritonéale tout en laissant entre les deux surjets un espace d'environ quatre doigts où la rate est exposée; les deux tiers supérieurs de la plaie cutanée sont rapprochés par quelques points de suture et la rate pansée à plat avec la gaze iodoformée.

La rate s'élimine par sphacèle sans incident.

[1] Rydygier, *Congr. all. de chir.*, 20 avril 1895 ; *Sem. médic.*, 1865, p. 193.
[2] Houzel, *Bull. de l'Ac. de méd.*, 1er juin 1897 et *Sem. méd.*, 1897, p. 207.

CHAPITRE XIV

OPÉRATIONS SUR L'APPAREIL URINAIRE

Asepsie et antisepsie pré-opératoires des organes génito-urinaires.

La préparation comprend, ici comme partout ailleurs : 1° la désinfection des mains ; 2° celle du champ opératoire ; 3° celle des instruments. La désinfection des mains et des instruments nous est connue ; nous n'avons à nous occuper que du champ opératoire.

A. **Désinfection du champ opératoire.** — 1° **Désinfection génitale et circumgénitale.** — Elle ne diffère pas de l'antisepsie de la peau en général ; savonnage, rasage, brossage du fourreau de la verge, spécialement de sa racine, du pubis, de la région sous-ombilicale, des bourses, du périnée et de la partie supérieure des cuisses ; dégraissage à l'alcool et à l'éther, et lavage au sublimé, au formol, etc. Le prépuce, la cavité préputiale, le gland, le méat sont lavés simplement à l'eau stérilisée. L'application de l'éther sur les bourses, comme à l'anus, est très douloureuse ; il est, par suite, plus convenable de ne point la faire en dehors de l'anesthésie générale.

Lorsque la peau des organes génitaux et de leurs parages est affectée de fistules, de lésions ulcéreuses, de plaques de sphacèle, on complète l'antisepsie par des irrigations, par la cautérisation ignée, etc.

2° **Désinfection urinaire.** — On la fait *simultanément : d'une manière indirecte*, par l'administration de certains médicaments qui passent dans l'urine à travers les reins et qui servent à prévenir ou à combattre l'infection, tels que l'acide benzoïque, le benzoate de soude, le salol, le biborate de soude (Terrier), l'essence de santal à la dose quotidienne de 2 à 5 grammes, l'urotropine à la dose de 4 grammes et *d'une manière directe*, à l'aide de liquides aseptiques ou antiseptiques qu'on porte ou qu'on amène au contact de la muqueuse dans l'urètre, dans la vessie, dans l'un et l'autre. Les liquides antiseptiques ordinairement employés sont : l'acide salicylique à 3 p. 1000, l'acide phénique à 2 1/2 p. 100, le formol à 5 p. 1000, le permanganate de potasse à 1 p. 4000, le nitrate d'argent à 1 p. 500 ou 1 p. 1000 ; ces deux derniers conviennent surtout aux inflammations d'origine gonococcique. L'antisepsie directe est la plus efficace; c'est d'elle seule qu'il va être maintenant question dans ses divers modes et moyens.

a. ***Antisepsie de l'urètre.*** — On la pratique soit avec des seringues stérilisables (fig. 1099) qu'on ajuste à des sondes, soit avec des siphons, dont il existe un grand nombre de modèles et qui consistent essentiellement en un récipient quelconque, qui est gradué ou qu'on a gradué (bock de Pinard, laveur de Tarnier, bouteille de Galante, irrigateur d'Esmarch, etc.); un tube de caoutchouc de $1^{m},50$ à 2 mètres de longueur, et des canules dites urétrales, en verre ou en