

laquelle on anastomose une anse de la première portion du jéjunum, comme dans une gastro-entérostomie.

**5° Fermeture de la paroi. Soins post-opératoires.** — Voy. gastro-entérostomie, p. 404.

**Résections cylindriques non pyloriques.** — La résection d'une portion de l'estomac située entre le pylore et le cardia s'exécute suivant les mêmes principes que pour une pylorectomie. Les dimensions des deux tranches gastriques à anastomoser ne sont ordinairement pas les mêmes, et la suture ressemble plus ou moins à celle d'une anastomose termino-terminale (voy. p. 410).

**Excisions en plaques.** — Que la plaque à exciser siège sur la paroi antérieure ou sur une courbure, la grande surtout, on isole par des pinces la portion à réséquer, on l'excise et on referme par les deux plans de sutures ordinaires.

#### V. — INTESTIN

**Sutures intestinales.** — La suture des plaies accidentelles ou opératoires de l'intestin doit être pratiquée en observant quelques règles générales assez simples, mais dont l'importance est capitale.

Jamais la suture ne doit comporter seulement une rangée de points pénétrants dans la lumière de l'intestin (fig. 571). Toujours une rangée de sutures doit recouvrir des points perforants lorsqu'on a utilisé ceux-ci. Même lorsqu'on n'emploie que des points non perforants, une seule rangée ne suffit pas, parce que, faite alors que l'intestin était encore ouvert, et près des lèvres de cette ouverture, la première rangée peut être plus ou moins infectée. Une seconde rangée doit enfouir cette première. La suture comprendra donc au moins deux plans superposés.

Les points de suture doivent, en outre, être placés sur des tissus dont la vitalité n'est pas amoindrie, et la plaie, lorsqu'elle n'est pas une section franche et nette, doit d'abord être préparée.

Les bords contus et noirâtres sont excisés et les déchirures régularisées. Si la plaie est étoilée et très irrégulière, il y a avantage à pratiquer l'*excision en forme losangique*, comme nous l'avons indiqué déjà pour les plaques de gangrène (voy. p. 58, t. II).

Après cette régularisation, les dimensions de la plaie sont telles que la suture reste possible sans couture trop grande de l'intestin, ou qu'une entérectomie devient nécessaire.

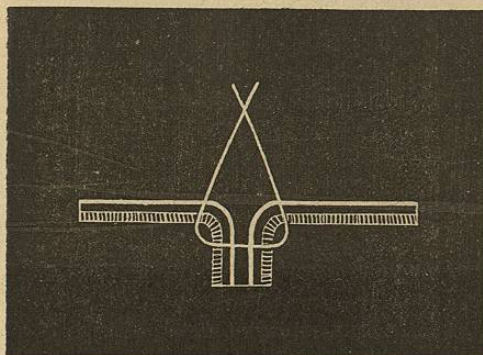


Fig. 571.

Mauvaise suture intestinale, fil perforant.

La suture étant jugée praticable, il faut s'efforcer de donner à la ligne de réunion une direction telle que l'affrontement des lèvres de la plaie ne produise pas un rétrécissement du calibre de l'intestin. La direction de la suture terminée devra donc se rapprocher le plus possible d'une ligne perpendiculaire à l'axe de l'intestin. Si la direction de la plaie est parallèle à cet axe, on opérera sur la partie moyenne de chaque lèvre une traction destinée à rendre losangique la perte de substance, et on suturera l'un à l'autre les bords opposés de la nouvelle plaie. On opérera de même après qu'on aura pratiqué l'excision losangique. Cette règle n'est du reste pas absolue, et une très petite plaie sur l'intestin grêle peut être réunie dans le

sens du canal ; sur le gros intestin une plaie longitudinale nette peut être suturée dans la même direction sans rétrécir le calibre d'une façon notable.

L'affrontement des lèvres de la plaie peut être fait à l'aide de *fil*s et d'*agrafes* ; nous avons vu à propos des sutures de l'estomac que l'emploi des agrafes ne peut être encore recommandé.

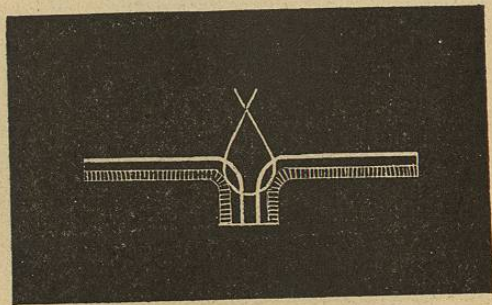


Fig. 572.  
Suture intestinale de Lembert.

Les fils doivent être fins, ils sont de fil de lin, de soie ou de catgut.

Les aiguilles peuvent être ici soit l'aiguille fine, droite ou courbe de Reverdin, soit mieux des aiguilles rondes, droites ou

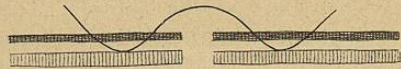


Fig. 573.  
Suture de Lembert. Passage du fil.

courbes, semblables à celles que nous avons conseillées pour l'estomac (voy. p. 88).

La suture elle-même s'exécute suivant un grand nombre de procédés, il est inutile d'en décrire beaucoup. Le point important, que doit comporter tout mode de suture, est le point non

perforant, *point de Lembert* (fig. 572). L'aiguille doit pénétrer dans l'épaisseur de la paroi, sans la traverser, à quelques millimètres d'une des lèvres, cheminer un peu dans l'épaisseur, dans la musculuse ou entre la musculuse et la muqueuse, et ressortir du même côté de la plaie, à peu de distance de la même lèvre.

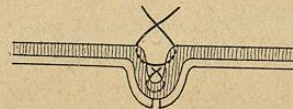


Fig. 574.  
Suture intestinale. Suture de Czerny.

Passant sur l'autre lèvre, l'aiguille fait le même chemin en sens inverse, pénétrant dans la paroi sans la traverser, à peu de distance du bord, cheminant un peu dans l'épaisseur, et ressortant (fig. 573). Lorsqu'on serre le fil, on accole deux surfaces

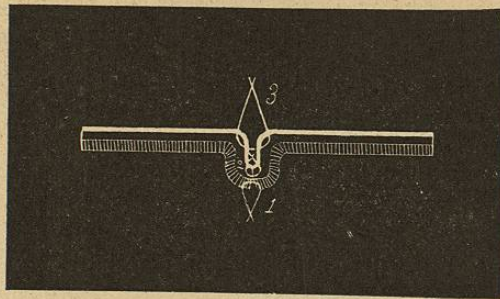


Fig. 575.  
Suture intestinale à trois étages (CHAPUT).

plus ou moins larges de séreuse, incurvant en dedans les bords de la plaie. Plus l'adossement séreux est large, plus la suture offre de sécurité. Cette suture peut du reste être exécutée en points séparés, en surjet arrêté tous les trois ou quatre points, et même en bourse pour une très petite plaie.

L'ensemble de la suture intestinale peut comprendre un plan

profond séro-musculaire ne prenant pas la muqueuse, et un plan superficiel à la Lembert, c'est la *suture de Czerny* (fig. 574) ; ou un plan muco-muqueux, prenant plus ou moins la musculuse, et un plan séro-séreux, c'est la *suture de Wölfler* ; on peut ajouter du reste au plan muqueux deux plans séro-séreux superposés (CHAPUT) et faire une suture à trois étages (fig. 575). Une autre variété de suture, que nous avons indiquée aux sutures de l'estomac, consiste en un plan profond comprenant la totalité de l'épaisseur des tuniques, recouvert d'un plan superficiel à la Lembert, c'est la *suture d'Albert* (fig. 576), la plus fréquemment employée d'ailleurs.

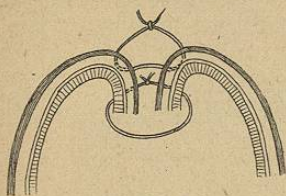


Fig. 576.  
Suture intestinale. Suture d'Albert.

vert d'un plan superficiel à la Lembert, c'est la *suture d'Albert* (fig. 576), la plus fréquemment employée d'ailleurs.

#### Traitement de l'intestin dans l'obstruction intestinale.

— La laparotomie exploratrice ayant déterminé la cause d'une obstruction, diverses manœuvres peuvent se trouver indiquées pour lever l'obstacle. Quelques-unes de ces opérations seront décrites plus loin : l'*entéro-anastomose*, l'*entérectomie*, l'*anus artificiel*. D'autres ne comportent pas de description particulière : *libération d'adhérences*, *section de brides épiploïques*, *dégagement d'une hernie rétro-péritonéale*, *résection d'un appendice iléo-cæcal* ou d'un *diverticule de Meckel* qui s'exécute comme pour une appendicite. Il ne reste à étudier que les manœuvres de détorsion d'un volvulus, de désinvagination, et l'entérotomie destinée à extraire un corps étranger, un calcul ou à réséquer le boudin d'une invagination irréductible.

**Détorsion d'un volvulus.** — Il ne faut pas essayer de détordre l'anse intestinale en tirant sur une de ses extrémités, on n'obtiendrait ainsi d'autre résultat que d'aggraver les lésions de l'intestin. Il faut détordre en totalité le paquet enroulé, en

<sup>1</sup> Voy. p. 40.

cherchant le sens dans lequel peut s'exécuter cette manœuvre.

Si l'anse détordue avait de la tendance à s'enrouler de nouveau, il faudrait fixer l'anse (*entéropexie*<sup>1</sup>) au péritoine pariétal, en passant les fils soit dans la paroi intestinale si elle n'est pas trop altérée, soit dans le méso en un point vasculaire et rapproché de l'intestin.

La détorsion de la totalité du mésentère et de l'intestin grêle s'opère de même, après éviscération complète de l'intestin grêle.

**Désinvagination.** — Il faut se garder ici aussi de tirer sur l'anse saine et sur la gaine, de part et d'autre du collet

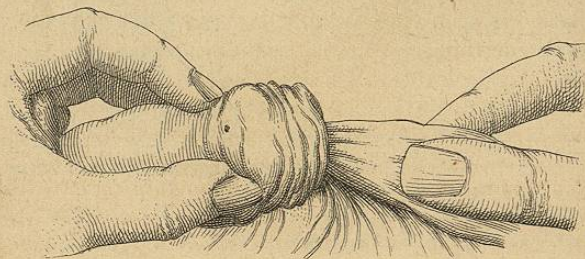


Fig. 577.

Manœuvre de désinvagination (d'après LEJARS, *Chirurgie d'urgence*).

d'étranglement. Le massage et l'expression du boudin doivent d'abord, allant de l'extrémité de l'anse invaginée vers le collet, diminuer le volume du boudin invaginé, et commencer la réduction (fig. 577). La tension du bout invaginé facilite la sortie, mais il ne faut pas opérer de tractions violentes sous peine de rompre l'intestin. Lorsque, au bout de quelque temps, l'anse invaginée commence à sortir, de légères tractions sur le bout supérieur pourront aider à la réduction complète.

**Entérotomie.** — Elle peut être indiquée dans deux cas :

<sup>1</sup> C'est ainsi que l'on fixerait le colon iliaque après réduction d'un prolapsus rectal par tractions, dans le procédé de cure par *colopexie* (JEANNEL).

ou bien il existe dans l'intestin un corps étranger, un calcul biliaire obstruant le canal; ou bien, dans une invagination, il a été impossible de désinvaginer, et l'intégrité de la gaine indique la résection du boudin seul.

**Entérotomie pour calcul ou corps étranger.** — L'anse contenant le corps étranger est attirée hors de l'abdomen et entourée de compresses, isolée de la cavité abdominale et des autres anses. Il ne faut pas chercher à faire progresser le calcul dans l'intestin, sous peine de produire du côté de la muqueuse des désordres irréparables.

Obturant au-dessus et au-dessous, à une certaine distance, le canal intestinal, par compression des doigts de l'aide, d'un compresseur intestinal<sup>1</sup> ou de pinces ordinaires dont les mors sont revêtus de drains et peu serrés, on incise longitudinalement la paroi intestinale sur le bord opposé au mésentère, et on extrait le corps à l'aide de pinces. L'entérotomie doit être suivie, si le mauvais état des parois ne s'y oppose pas, d'une suture de la plaie par les procédés ordinaires.

**Entérotomie dans l'invagination.** — L'ouverture de l'intestin a pour but, dans ce cas, la résection du boudin invaginé et irréductible, alors que la gaine est intacte. Il faut d'abord assurer la continuité de l'anse saine et de la gaine invaginant au niveau du collet, où des adhérences l'assurent déjà en partie (fig. 578). Il suffit d'un seul rang d'un surjet séro-séreux faisant tout le tour du collet, et adossant assez largement les deux anses intestinales.

Puis on ouvre la gaine par une entérotomie longitudinale dont une extrémité reste à une légère distance du collet. L'incision est faite sur le bord opposé au mésentère.

Dans la gaine est le boudin noirâtre, gonflé, il faut le couper près de sa base, en laissant au-dessous du collet un bout assez long pour qu'on puisse y placer quelques sutures (fig. 578). La section du boudin n'est faite que jusqu'en arrière, on laisse d'abord adhérent le bout mésentérique.

<sup>1</sup> Voy. *Entérectomie*, p. 143.

Après s'être assuré que le bout supérieur est bien perméable, on affronte par quelques points les deux parois de la collerette restante du tube invaginé (fig. 579) et, plaçant un point de liga-

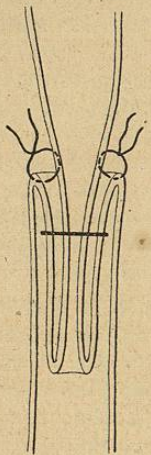


Fig. 578.

Résection du boudin invaginé (schéma).

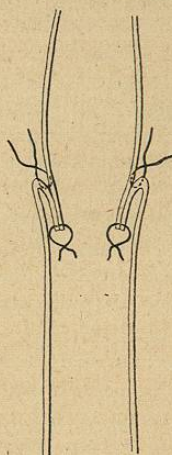


Fig. 579.

Sutures après la résection (schéma).

ture à travers le pédicule qui reste, on achève la section du boudin, qu'on extrait.

Une suture intestinale ordinaire ferme ensuite l'incision de l'entérotomie, et la suture peut être faite parallèlement à l'axe intestinal, car il s'agit ordinairement du gros intestin.

**Entérostomie.** — L'entérostomie est l'ouverture de l'intestin suivie de la fixation de l'orifice à la paroi; elle peut être temporaire ou définitive.

L'ouverture intestinale peut siéger sur une portion quelconque de l'intestin. A son extrémité supérieure, dans le but d'alimenter un malade dont le cardia et le pyllore sont obturés, on peut aboucher à la paroi la première portion du duodénum, c'est la

*duodénostomie*; ou la première portion du jéjunum, c'est la *jéjunostomie*.

Sur l'extrémité inférieure de l'intestin, l'abouchement est fait, au contraire, dans le but d'évacuer le contenu du tube digestif, au-dessus d'un obstacle qu'on ne peut lever, au moins immédiatement. L'ouverture peut siéger sur l'iléon, c'est l'*iléostomie*. sur le cæcum, c'est la *cæcostomie*; sur le colon iliaque, c'est la *colostomie*.

**Duodénostomie.** — L'opération n'a encore été pratiquée qu'un très petit nombre de fois. Faite *en deux temps* (fixation, ouverture) par LANGENBUCH, SOUTHAM, JESSETT, elle a été exécutée en un *temps* par HARTMANN<sup>1</sup> dont voici la description : incision médiane entre l'ombilic et l'appendice xiphoïde. Ouverture de l'abdomen. On décide, après exploration, de faire une bouche sur la première portion du duodénum. Suture séro-séreuse du duodénum au péritoine. Fermeture du péritoine au-dessus et au-dessous de la suture fixatrice du duodénum. Dissociant un faisceau du muscle grand droit du côté droit, faisant passer au-dessous de lui, comme sous une sangle, la portion extériorisée de l'intestin, on l'amène à travers la boutonnière faite au muscle et on suture la convexité à l'aponévrose. On ouvre alors l'intestin par une incision extrêmement petite, et on fixe la muqueuse duodénale à la peau par quatre points. C'est en somme un procédé de gastrostomie appliqué au duodénum.

**Jéjunostomie** [(SURMAY (de Ham)]. — La jéjunostomie peut être comparée à la gastrostomie pour la confection de la bouche qui ne doit pas permettre le reflux à l'extérieur des matières alimentaires, et à la gastro-entérostomie pour la situation de cette bouche au-dessous du duodénum, situation qui permet le reflux des liquides duodénaux, ici à l'extérieur.

Aussi l'abouchement doit-il être fait d'après les mêmes règles que pour une gastrostomie, l'orifice doit être très petit et il faut éviter d'y laisser une sonde à demeure.

<sup>1</sup> HARTMANN. *Bulletin de la Société de chirurgie*. Paris, 1901, p. 4138.

Par une laparotomie médiane sous-ombilicale, après examen des lésions qui nécessitent la jéjunostomie, on recherche, comme dans la gastro-entérostomie, l'extrémité supérieure du jéjunum, et on fixe, sans traction, l'anse à la paroi abdominale par des sutures séro-séreuses analogues à celles de la gastrostomie. Puis, fermant l'abdomen, on ouvre l'intestin par un très petit orifice que l'on fixe à la peau.

La jéjunostomie peut aussi être faite *en deux temps*, l'ouverture n'étant pratiquée, avec la pointe du thermo-cautère, qu'après quelques jours. On doit alors repérer le siège de l'ouverture par deux fils fixés dans la séreuse.

TERRIER<sup>1</sup> conseillé de fixer l'anse non pas transversalement contre la paroi, mais longitudinalement, parallèle à la section ventrale.

Pour éviter le reflux alimentaire, VON EISELSBERG, KAREWSKI<sup>2</sup> ont employé le procédé de gastrostomie de WITZEL (voy. Gastrostomie).

Pour éviter le reflux à l'extérieur des liquides duodénaux, on a, comme pour la gastro-entérostomie, placé des anastomoses supplémentaires. ALBERT<sup>3</sup> (fig. 580) pratique une entéro-anastomose entre les deux segments de l'anse abouchée à la paroi.

MAYDL<sup>4</sup>, comme dans la gastro-entérostomie en Y sectionne l'anse à aboucher, fixe le bout inférieur à la paroi (fig. 581), et implante le bout supérieur long de 20 centimètres dans l'inférieur, à 20 ou 30 centimètres du point de section de ce dernier. En outre, l'extrémité de l'intestin abouché à la paroi est débarrassée de son mésentère sur 2 centimètres environ, et enclavée dans la partie inférieure de la plaie pariétale. On peut aussi coucher ce bout d'intestin sous un pont cutané, comme dans le procédé de gastrostomie de SABANEIEFF<sup>5</sup>.

<sup>1</sup> TERRIER. *Bulletin de la Société de chirurgie*, Paris, 1902, p. 35.

<sup>2</sup> Voy. Thèse de Bosquet, Paris, 1899, p. 42.

<sup>3</sup> ALBERT. *Wiener med. Wochensch.*, 1894, n° 2, p. 57.

<sup>4</sup> MAYDL. *Wiener med. Wochensch.*, 1892, p. 698.

<sup>5</sup> Voy. p. 77, t. II.

L'alimentation doit être liquide ou semi-liquide et les repas seront peu abondants et fréquents, l'intestin n'en gardant qu'une faible quantité à la fois.

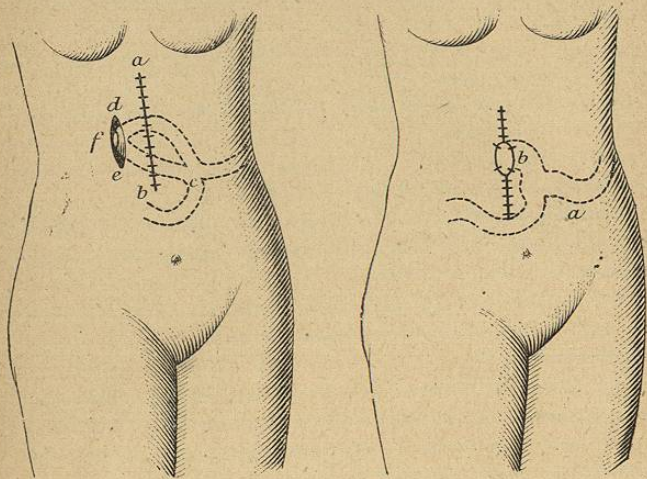


Fig. 580.

Jéjunostomie. Procédé d'Albert  
(MAYLARD).

Fig. 581.

Jéjunostomie Procédé de Maydl  
(MAYLARD).

**Iléostomie** (anus de NÉLATON). — L'ouverture intestinale devrait, théoriquement, être placée sur la terminaison de l'iléon, mais comme on prend la première anse grêle trouvée sous la paroi, on ignore à quelle distance du cæcum se trouve l'anus artificiel.

L'incision abdominale peut être faite dans la fosse iliaque droite ou gauche, on la fait ordinairement à droite. Elle est parallèle à l'arcade crurale, située à deux travers de doigt au-dessus de celle-ci. Elle commence un peu en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure.

La paroi traversée, sur une longueur de 7 centimètres environ, le péritoine prudemment ouvert, on attire dans la plaie la

première anse distendue. On peut du reste profiter de l'incision pour explorer un peu l'abdomen.

Cet anus devant être considéré comme temporaire, on abouche simplement l'anse à la paroi, sans chercher à repousser en éperon la paroi profonde de l'intestin. En outre, comme l'opération est faite dans les mauvais cas d'obstruction intestinale, elle ne doit comporter qu'un seul temps, et l'ouverture intestinale doit être immédiate.

L'anse attirée est fixée au péritoine pariétal et au plan profond de la paroi par des points en U (fig. 582) non perforants, et l'abdomen est refermé aux deux extrémités de la plaie.

L'anse est ouverte, après qu'on a protégé la plaie avec des compresses, parallèlement à la plaie pariétale, et sur une étendue de 1 à 2 centimètres. Quelques points séparés unissent le bord de l'ouverture à la peau.

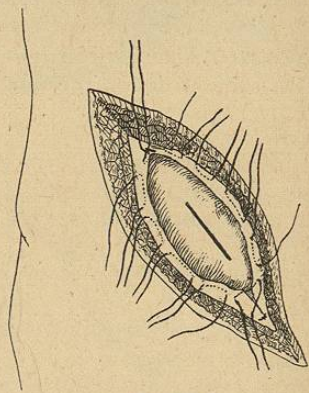


Fig. 582.

Entérostomie (iléostomie ou cæcostomie). Sutures.

**Cæcostomie.** — C'est la même opération que l'iléostomie. L'incision iliaque droite est parallèle à la moitié externe de l'arcade crurale, située à deux travers de doigt de l'arcade et de l'épine iliaque, longue de 8 à 10 centimètres.

Après avoir traversé la paroi abdominale on cherche le cæcum, refoulant l'intestin grêle, et reconnaissant le gros intestin à sa forme, à ses bandes longitudinales.

La fixation de l'intestin se fait comme pour l'iléostomie. L'ouverture peut être pratiquée, de la même manière, soit dans la même séance, soit quelques jours après.

Dans l'opération en deux temps, l'ouverture est faite au thermocautère, et ses bords ne sont pas suturés à la peau.

**Colostomie iliaque.** — L'anus artificiel placé sur le colon iliaque s'exécute en un ou deux temps opératoires, séparés par un ou plusieurs jours d'intervalle.

**Colostomie en un temps.** — L'anus est considéré comme temporaire ou définitif.

**Temporaire**, il ne doit pas comporter d'éperon destiné à empêcher le passage dans le bout inférieur, et il s'exécute comme la cœcostomie, en placant l'incision de 8 à 10 centimètres à gauche, à deux doigts en dedans de l'épine iliaque et à cheval sur cette épine (fig. 583).

**Définitif**, l'anus artificiel doit comporter la formation d'un éperon saillant dans l'intestin, ou la section de l'intestin et l'abouchement du bout supérieur à la paroi.

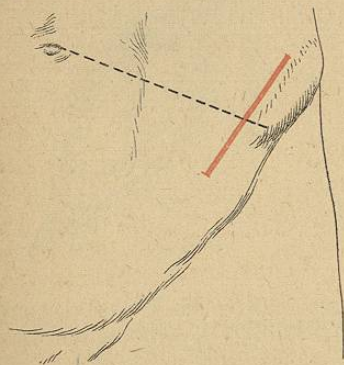


Fig. 583.  
Colostomie iliaque. Incision.

Les différentes couches de la paroi sont incisées successivement, et repérées, le péritoine est prudemment ouvert sur un pli que soulève une pince, car l'intestin distendu se présente immédiatement au bistouri.

Le colon iliaque est recherché, en suivant du doigt le plancher de la fosse iliaque jusqu'au contact du mésocolon, pendant qu'on relève les anses grêles. Le colon est reconnu à ses bandes longitudinales, à ses bosselures, à ses franges épiploïques.

**Ouverture latérale.** — L'incision abdominale est la même pour tous les procédés, longue de 8 à 10 centimètres, elle se dirige de haut en bas et de dehors en dedans, à deux travers de doigt en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure, son milieu répondant à la ligne qui unit cette épine à l'ombilic (fig. 583).

Les différents bouts

Le gros intestin est attiré dans la plaie de façon à ce que son bout supérieur soit légèrement tendu, sans traction.

La fixation de cette anse au péritoine pariétal, doublé des couches profondes de la paroi, se fait comme à l'ordinaire par points en U non perforants, sur tout le pourtour de l'anse (fig. 584). Mais, pour former l'éperon, on place les points du milieu au niveau de l'insertion mésentérique, accoiant l'une à l'autre les deux portions de l'anse (fig. 584).

Le reste de l'opération se fait comme dans l'iléostomie. La plaie abdominale est fermée à ses extrémités, l'anse est ouverte au bistouri, dans le sens de la plaie pariétale, sur une longueur de 1 à 2 centimètres au milieu du bout supérieur, au-dessus de l'éperon (fig. 584). Les bords de l'orifice sont fixés à la peau par des points séparés.

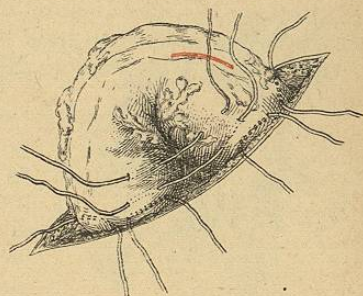


Fig. 584.  
Colostomie en un temps. Formation de l'éperon.

**Ouverture terminale.** — Pour mieux éviter le passage des matières dans le bout inférieur, on a proposé de sectionner complètement l'anse attirée. On peut ensuite aboucher à la paroi les deux bouts accolés en canons de fusil, comme nous l'avons dit pour la hernie gangrenée. On suture alors les deux anses l'une à l'autre par les bords qui se regardent, et le pourtour des deux anses unies à la plaie abdominale.

On peut aussi aboucher seulement le bout supérieur et oblitérer le bout inférieur pour le réduire (MADELUNG). Mais, outre qu'il n'est pas impossible qu'on se trompe de bout, il est mauvais de laisser s'accumuler dans le bout inférieur les sécrétions qui se font au-dessus du point rétréci. En tous cas, l'oblitération du bout inférieur se fait comme après une entérectomie (p. 148).

**Colostomie en deux temps.** — Procédé de Maydl-Reclus. —

Par la même incision que précédemment (fig. 583) on attire l'anse colique jusqu'à l'insertion mésentérique. On traverse le méso-côlon avec une sonde de gomme rigide, ou une baguette de verre stérilisée et entourée de gaze, ou simplement une lanière



Fig. 583.

Colostomie en deux temps. Passage de la mèche de gaze sous l'anse.

de gaze (fig. 583); et on laisse cette baguette ou cette mèche s'appuyer sur la paroi, soulevant l'intestin.

Réduisant les extrémités de l'intestin et refermant la plaie si elle est trop grande, on peut ne placer aucune suture. Cependant, afin d'éviter l'issue de l'intestin dans le pansement, il nous paraît utile de placer à chaque extrémité de la plaie un fil prenant une partie de l'épaisseur de la paroi et traversant l'intestin sans le perforer, point analogue à ceux des extrémités

dans l'entérostomie en un temps.

On place sur le tout un pansement sec, à plat, légèrement compressif.

On n'ouvre l'intestin qu'au bout de quarante-huit heures, avec le thermo-cautère et sur une étendue de 2 centimètres, au niveau du bout supérieur seulement (fig. 584).

La tige ou la mèche n'est enlevée qu'au bout de sept ou huit jours, et l'intestin hernié rentre peu à peu dans l'abdomen.

Quelques *modifications* ont été apportées à ce procédé, soit pour maintenir la saillie de l'éperon, soit pour rendre l'anus plus ou moins continet.

AUDRY (de Lyon) (fig. 586) ménage, en incisant la paroi, un pont de parties molles (peau, aponévrose et muscles), qu'il place et suture sous l'anse au lieu de la baguette.

HARTMANN applique à l'anus iliaque le procédé d'ouverture de la paroi abdominale que nous verrons employé par MAC BRUNY

pour la résection de l'appendice (fig. 587). Par l'incision cutanée ordinaire on met à nu les fibres du muscle grand oblique. On dissocie d'un coup de sonde cannelée ces fibres au niveau d'un des interstices du muscle.

Lorsque la boutonnière musculaire est ainsi faite, on la maintient ouverte en son milieu par deux écar-



Fig. 586.

Colostomie. Procédé d'Aubry.

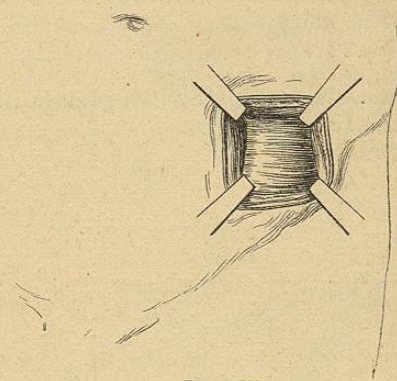


Fig. 587.

Colostomie. Procédé de Hartmann.

teurs. On met ainsi à découvert les fibres du petit oblique dont la direction est perpendiculaire à celle des précédentes. On dissocie cette seconde couche de fibres comme la première, et on place deux autres écarteurs dans un sens perpendiculaire à celui des premiers. Les fibres du transverse sont découvertes et dissociées, et on arrive sur le péritoine. L'opération est continuée ensuite comme d'habitude.

*Appendicite.* — Il est impossible d'indiquer des règles précises s'appliquant à toutes les formes d'appendicite aiguë ou refroidie; dans les opérations faites pendant la période aiguë notamment, l'incision abdominale et la résection de l'appendice



sont les deux seuls temps fixes, de nombreuses difficultés peuvent surgir de la situation de l'appendice, des adhérences, des masses d'épiploon enflammé, qui varient avec chaque cas et ne sont susceptibles d'aucune description.

Nous étudierons successivement les diverses incisions abdominales utilisables, l'ouverture d'un abcès appendiculaire, la résection de l'appendice dégagé de ses adhérences.

**Incisions abdominales.** — L'incision est toujours latérale droite, sauf lorsqu'un abcès la localise ailleurs; elle est parallèle à l'arcade de Fallope ou verticale.

**Incision parallèle à l'arcade crurale.** — **Procédé de Roux** (DE LAUSANNE). — L'incision est légèrement courbe (fig. 588),

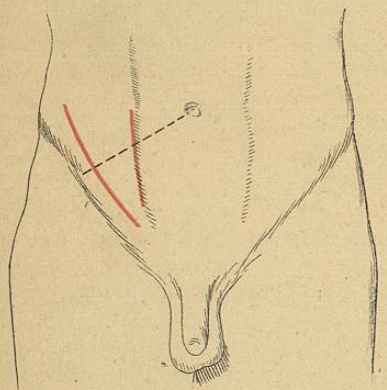


Fig. 588.  
Appendicite. Incision de Roux et incision de Jalaguier.

parallèle à l'arcade de Fallope et à la crête iliaque, à 1 centimètre et demi ou 2 centimètres en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure qui marque son milieu. Tous les plans de la paroi sont successivement coupés suivant la même ligne, et repérés avec des pincés.

**Procédé de Mac Burney.** — L'incision cutanée est la même que la précédente, un peu plus en dedans, mais au

lieu de couper les muscles, on les dissocie dans un interstice, comme nous l'avons indiqué à propos de l'anus iliaque (p. 131), écartant les fibres du grand oblique perpendiculairement à leur direction, dissociant et écartant celles du petit oblique dans le sens diamétralement opposé. On arrive au muscle transverse, puis au péritoine.

**Incision verticale.** — **Procédé de Max Schuller.** — MAX SCHULLER a recommandé une incision verticale sur une ligne passant à un travers du doigt en dehors du milieu de la ligne qui réunit l'épine iliaque à la symphyse. On passe le long et en dehors du muscle droit.

**Procédé de Jalaguier.** — JALAGUIER traverse la gaine du droit, réclinant ce muscle en dedans. L'incision, longue de 8 à

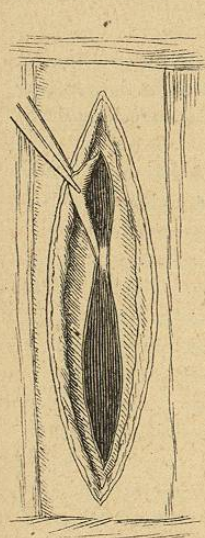


Fig. 589.  
Résection de l'appendice. Procédé de Jalaguier. Ouverture de la gaine du muscle droit.

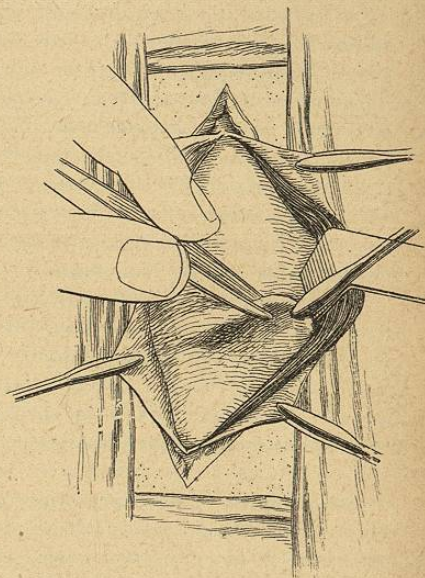


Fig. 590.  
Résection de l'appendice. Procédé de Jalaguier. Ouverture, sur un pli, de la paroi postérieure de la gaine et du péritoine.

10 centimètres, croise le milieu de la ligne qui réunit l'épine iliaque à l'ombilic. Un tiers de l'incision se trouve au-dessus de cette ligne, deux tiers au-dessous (fig. 588). On incise la paroi