

antérieure de la gaine du muscle droit à 1 centimètre environ en dedans de son bord externe, et on en repère les bords (fig. 589). Le bord externe du muscle est dégagé et récliné en dedans pour exposer la paroi postérieure de la gaine. On incise celle-ci à 1 centimètre et demi environ en dedans du bord externe de la gaine, le péritoine est prudemment ouvert en même temps et repéré (fig. 590).

**Ouverture d'un abcès péri-appendiculaire.** — **Abcès iliaque.** — L'incision abdominale peut siéger en un point quelconque de la paroi si le siège de l'abcès l'indique, elle peut être dans la *fosse iliaque gauche*, à l'*hypogastre*, etc. Le plus souvent c'est dans la *fosse iliaque droite* que se trouve la collection, et l'incision de Roux est seule indiquée.

Le pus peut s'écouler dès l'incision du péritoine, et la conduite à tenir ne diffère en rien du traitement habituel des abcès : ouverture large, nettoyage, drainage par plusieurs drains avec le minimum de suture. Si l'appendice se présente on le résèque comme nous allons le dire ; s'il n'est pas facilement visible, le plus grand nombre des opérateurs ne le cherchent pas, d'autres le dégagent des adhérences dans les parois de l'abcès, ne craignant pas d'ouvrir la grande cavité péritonéale. Il n'y a là qu'une question d'indications opératoires, mais des règles de technique ne peuvent être données pour ces différents cas.

L'abcès n'est pas ordinairement ainsi ouvert tout d'abord, il faut soulever une lame épiploïque enflammée, plus ou moins épaisse, puis passer derrière le cæcum. C'est en dehors qu'il faut chercher d'abord, pour soulever le bord de la lame épiploïque. Puis on passe en dehors et en arrière du cæcum pour trouver la collection purulente, qui peut s'étendre en bas vers le détroit supérieur du bassin ou en haut, derrière le colon ascendant, vers la face inférieure du foie.

Si l'incision conduit, avant d'aborder la masse épiploïque et l'abcès qu'elle recouvre, dans la cavité péritonéale libre, il faut évidemment, avant de soulever l'épiploon et d'ouvrir l'abcès, protéger cette cavité ouverte par des compresses superposées glissées sous la paroi abdominale, et isolant la région opéra-

toire. C'est là une règle générale, applicable à toute ouverture de collection septique siégeant dans l'abdomen.

**Abcès pelvien.** — Le siège de l'abcès appendiculaire dans le petit bassin crée des indications opératoires particulières.

L'abcès pelvien peut être ouvert par une incision abdominale ou pelvienne, cette dernière pouvant être rectale ou périnéale chez l'homme et vaginale chez la femme.

L'*incision abdominale* peut être hypogastrique ou iliaque si la collection fait saillie à ce niveau, mais ces cas diffèrent peu alors des abcès iliaques. Si la saillie de l'abcès n'arrive pas à la paroi, on peut encore inciser par l'abdomen ; mais en procédant d'une façon particulière. L'incision est parallèle à l'arcade crurale, à 1 centimètre au-dessus d'elle, comme pour lier l'artère iliaque externe. On incise jusqu'au péritoine exclusivement, et on décolle celui-ci vers en bas, pour ouvrir le péritoine au niveau de l'abcès qui déborde le détroit supérieur du bassin.

L'*incision vaginale* est la colpotomie postérieure ordinaire, nous la retrouverons avec les opérations de gynécologie.

L'*incision rectale* est faite après qu'on a reconnu le siège de l'abcès par le toucher, en dilatant largement l'anus. On lave le rectum, on place un écarteur pour voir le mieux possible, se guidant sur le doigt qui reconnaît le siège de la collection. On incise transversalement à ce niveau la paroi rectale pour donner issue au pus.

L'*incision périnéale* est prérectale, transversale et légèrement courbe à concavité postérieure, décollant le rectum de l'urètre et de la prostate, vers le cul-de-sac péritonéal qu'il faut ouvrir.

**Résection de l'appendice.** — Pour la résection de l'appendice dite « à froid », toutes les incisions que nous avons indiquées sont utilisables ; pendant la phase aiguë de l'appendicite, la résection doit être faite par l'incision de Roux, car elle est le plus souvent suivie d'un drainage plus difficile à établir avec l'incision verticale.

Pour les opérations « à froid », où l'on n'a pas à craindre l'effusion du pus, mais où l'appendice adhérent peut être difficile à



dégager, il est commode d'opérer sur le plan incliné<sup>1</sup>, placé à un cran peu élevé, on est moins gêné pendant les manœuvres de dégagement par les anses d'intestin grêle.

Le péritoine ouvert, l'appendice peut se présenter de lui-même libre dans la cavité. D'autres fois il est visible, mais adhérent à l'épiploon, à la fosse iliaque, à l'intestin, et la libération doit en

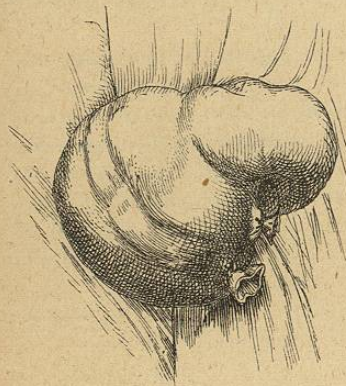


Fig. 591.

Résection de l'appendice. Ligature et section du méso et de l'appendice.

longitudinales du cæcum, l'antérieure ordinairement; on recherchera l'angle iléo-cæcal.

L'appendice libéré, dégagé, attiré hors de la plaie, isolé de l'abdomen et du cæcum par des compresses, on le résèque.

On commence par le détacher de son méso, ce qui du reste a quelquefois déjà été fait au cours de la libération. Chaque portion du méso-appendice détachée doit être pincée et liée avec soin. Si l'appendice est libre, la ligature est placée à la base du méso, contre l'appendice et contre le cæcum (fig. 591). Les fils de ces ligatures ne seront coupés qu'après la résection de

<sup>1</sup> Voir *Laparotomie*, p. 2, t. II.

l'appendice, et sont maintenus dans les mors d'une pince.

L'appendice lui-même est lié d'abord à sa base (fig. 591), au ras du cæcum, par un fil solide, une pince de Kocher comprime l'appendice à 1 centimètre du fil. On entoure l'appendice d'une nouvelle compresse et on le sectionne lentement entre le fil et la pince, avec la lame du thermo-cautère, brûlant ensuite la muqueuse.

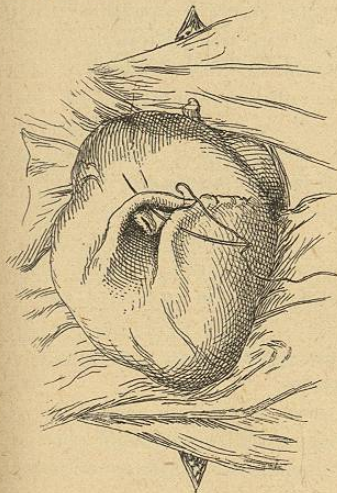


Fig. 592.

Enfouissement du moignon appendiculaire par un surjet.

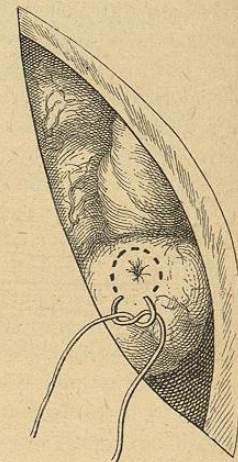


Fig. 593.

Suture en bourse sur la paroi cæcale pour l'enfouissement du moignon appendiculaire.

On peut s'en tenir là, et lorsqu'on opère à chaud, avec un cæcum à parois épaisses, friables et enflammées, on ne peut faire plus.

Ou bien on enfouit le moignon appendiculaire sous un pli de séreuse. Dans ce but plusieurs procédés peuvent être employés.

Avant de couper l'appendice, après qu'on l'a lié à sa base, on incise circulairement le péritoine appendiculaire, et on relève vers le cæcum une manchette séreuse de 1 centimètre environ.



On coupe alors l'appendice, et on rabat la manchette sur le moignon, en la fermant par une suture de fil fin. Le moignon ainsi recouvert peut être encore enfoui, comme nous allons le voir.

Sans refouler cette manchette, après qu'on a lié et coupé l'appendice, brûlé le moignon, on l'enfonce dans un pli de cæcum que l'on ferme au-dessus de lui par un surjet de points « à la Lembert »<sup>1</sup> (fig. 592). Une suture en bourse non perforante, que l'on serre pendant qu'un aide refoule le moignon dans la paroi cæcale (fig. 593) réalise aussi fort bien cet enfouissement.

La paroi abdominale est refermée suivant les principes ordinaires, en un seul plan ou en plusieurs étages. Le drainage est appliqué ici encore selon les règles habituelles, évité autant que possible dans les opérations « à froid » où une dissection longue, un suintement sanguin persistant, l'ouverture d'un petit abcès latent le rendent cependant nécessaire.

Lorsque l'appendice a été réséqué, le malade est maintenu à la diète le premier jour, alimenté avec du lait à partir du second jour et jusqu'à la première selle, que l'on provoque par un lavement ou un léger purgatif du troisième au cinquième jour, si elle ne s'est pas produite spontanément. Puis, l'alimentation normale est progressivement reprise.

Le drainage est maintenu le moins longtemps possible, lorsqu'on l'a employé; quarante-huit heures s'il n'y a aucune réaction. On diminue progressivement le drain si son trajet donne issue à du pus.

Enfin les plaies non fermées sont traitées comme d'habitude, par des pansements fréquents, des lavages à l'eau oxygénée si l'odeur est fétide.

**Entéro-anastomose latérale.** — Nous décrirons seulement l'entéro-anastomose latérale simple, sans section ni résection de l'intestin, c'est-à-dire l'opération de *Maisonmeuve*. Nous étudierons plus loin les diverses anastomoses intestinales faites soit après exclusion, soit après résection d'un segment intestinal.

L'anastomose latérale peut être faite entre deux anses d'intes-

<sup>1</sup> Voy. *Suture intestinale*, p. 419, t. II.

tin grêle, entre une anse d'intestin grêle et le gros intestin, entre deux portions du gros intestin. Elle est très difficilement réalisable entre une partie quelconque de l'intestin et le rectum. LARDENNOIS a cependant donné pour ce cas particulier une technique que nous indiquerons.

Le choix des anses intestinales à anastomoser doit d'abord être fait, ni trop éloignées l'une de l'autre pour ne pas éliminer une trop longue portion d'intestin, ni trop rapprochées de la lésion qui forme obstacle pour éviter la propagation de cette lésion à l'orifice anastomotique. En outre il importe, comme

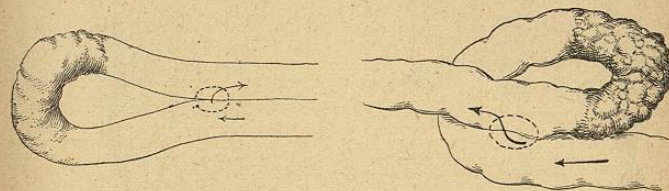


Fig. 594.

Entéro-anastomose. Mauvaise disposition des anses intestinales.

Fig. 595.

Entéro-anastomose. Bonne disposition des anses intestinales.

l'a indiqué VON HACKER, de ne pas placer les anses dans un sens quelconque, mais dans un sens tel que le péristaltisme fasse progresser facilement (fig. 594 et 595) le contenu.

On peut opérer, comme nous l'avons déjà indiqué pour la gastro-entérostomie<sup>1</sup>, par *ouverture immédiate* ou *ouverture retardée* de l'intestin. Les anses sont unies par des sutures ou des boutons anastomotiques.

Comme pour la gastro-entérostomie, le procédé des sutures avec ouverture intestinale immédiate nous paraît le meilleur.

**Ouverture immédiate.** — *a) Sutures.* — L'anastomose se fait absolument comme celle de la gastro-entérostomie<sup>2</sup>. Les

<sup>1</sup> Voy. p. 86, t. II.

<sup>2</sup> Voy. p. 87, t. II.



anses à unir sont sorties de l'abdomen autant que cela est possible, et isolées par des compresses. Les deux anses sont accolées par des pinces à griffes. Un premier surjet, fait comme nous l'avons indiqué page 83, unit les deux anses, dans le sens de

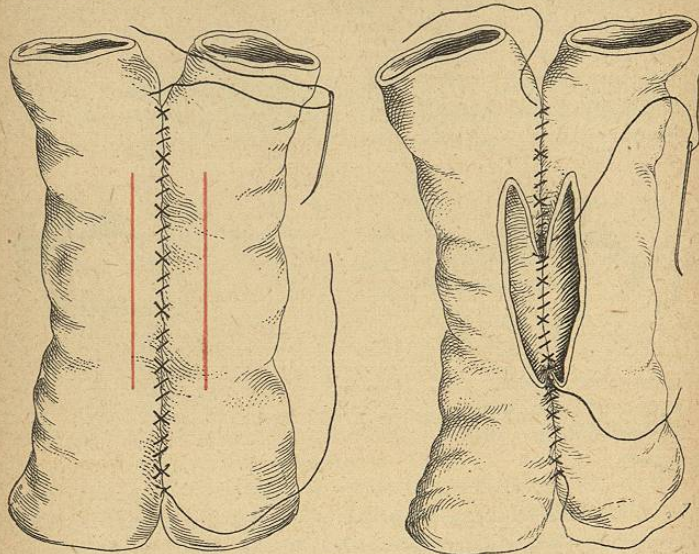


Fig. 596.

Entéro-anastomose. Surjet postérieur. Incisions.

Fig. 597.

Entéro-anastomose. Surjet séro-séreux postérieur et début du surjet total.

leur longueur, dépassant de part et d'autre la largeur de l'orifice qui aura 5 à 6 centimètres. Les extrémités des fils sont laissées longues (fig. 596).

L'intestin est ouvert, avec les précautions ordinaires de protection, et les lèvres de l'orifice unies par un seul surjet faisant tout le tour et prenant l'épaisseur totale des tissus (fig. 597).

Puis le surjet protecteur est continué en avant à l'aide d'une des extrémités du fil laissé long en arrière (fig. 598).

Aux deux extrémités de la ligne de suture extérieure, on place deux points de Lembert pour protéger la suture anastomotique.

b) **Boutons anastomotiques.** — Les boutons anastomotiques dérivent du bouton de Murphy (fig. 599 et 600), et s'appliquent d'après la même technique, sauf la gouttière anastomotique de Chaput. Nous décrirons l'application du bouton type de Murphy et celle de la gouttière de Chaput.

*Bouton de Murphy.* — L'appareil se compose de deux pièces, mâle et femelle (fig. 599). Elles s'engagent l'une dans l'autre par pression et sont maintenues unies par un ressort. On ne peut plus les séparer qu'en les dévissant.

Pour appliquer le bouton, on sépare les deux pièces, et on fixe séparément chacune d'elles dans les anses à anastomoser. On commence par placer sur une des anses une suture continue, séro-musculaire en bourse (fig. 601), de forme elliptique et de dimensions appropriées au bouton. On incise ensuite l'intestin et on introduit dans l'ouverture une des deux pièces, maintenue par une pince. La suture est serrée autour du bouton.

L'autre pièce est introduite de même dans l'autre anse (fig. 602). Les deux pièces sont alors articulées par pression de façon à comprimer les bords de l'incision. Il est bon d'enfourer la ligne d'union sous un surjet séro-séreux.

Les tissus serrés se nécroseront et le bouton deviendra libre dans l'intestin.

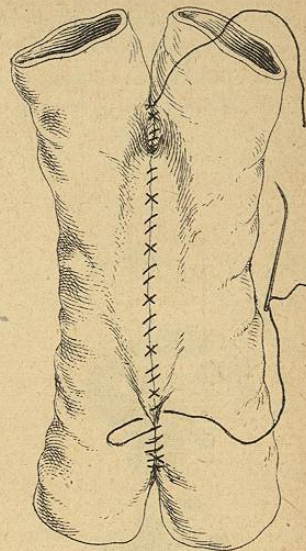


Fig. 598.

Entéro-anastomose. Surjet séro-séreux antérieur.



*Bouton de Chaput.* — L'entéro-anastomose s'exécute avec le bouton n° 3 (fig. 603) dont l'orifice central mesure 5 millimètres de large et 30 millimètres de long.

Les deux anses sont incisées dans le sens de leur longueur, de façon à admettre le bouton, et un surjet réunit les lèvres postérieures des deux incisions (fig. 604).

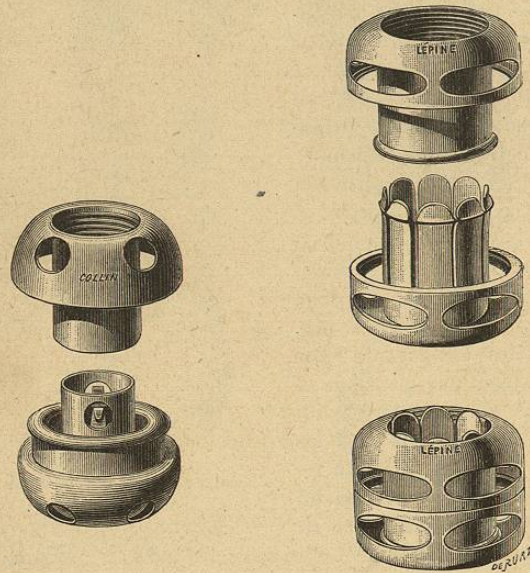


Fig. 599.  
Bouton de Murphy.

Fig. 600.  
Bouton anastomotique de Villard.

On place la gorge postérieure du bouton à cheval sur le surjet, et on rabat le chef supérieur du fil dans la gorge antérieure, pour le nouer à l'autre chef en bas de la gouttière (fig. 605).

Rabattant le bouton sur un de ses côtés, on engage le milieu du fil CD dans la gorge postérieure, et on remet le bouton en place (fig. 605).

Avec le chef supérieur C du fil CD, on fait un surjet sur les

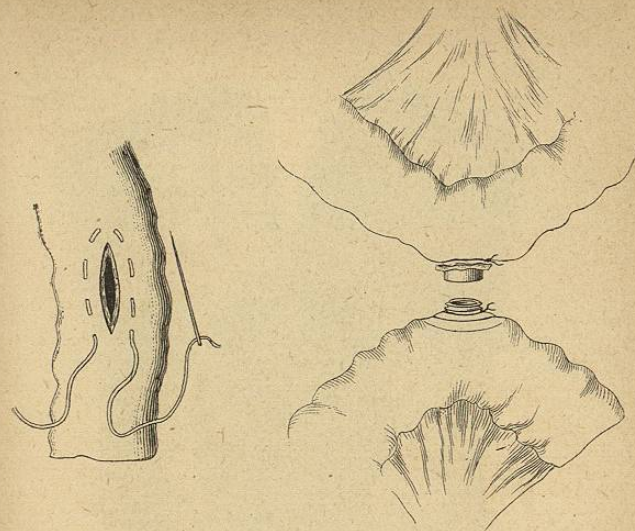


Fig. 601.  
Suture en bourse pour  
l'application du bouton  
de Murphy.

Fig. 602.  
Entéro-anastomose à l'aide du bouton  
de Murphy.

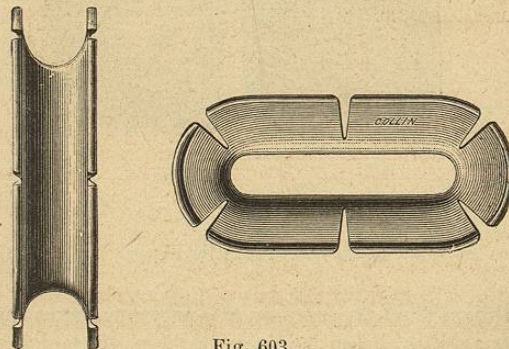


Fig. 603.  
Bouton anastomotique de Chaput.



lèvres antérieures des orifices intestinaux (fig. 606), et lorsque le surjet est terminé, on noue les chefs C et D (fig. 607).

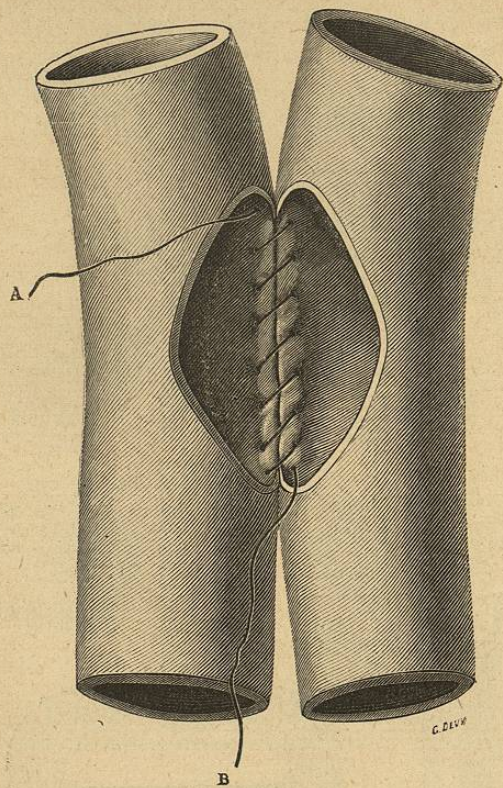


Fig. 604.

Entéro-anastomose avec le bouton de Chaput. Surjet postérieur.

Déprimant alors avec une sonde cannelée la suture antérieure, on serre avec les doigts les bords de la gouttière, à travers les parois intestinales (fig. 608).

**Ouverture retardée.** — Elle s'exécute comme nous l'avons indiqué pour la gastro-entérostomie (p. 91).

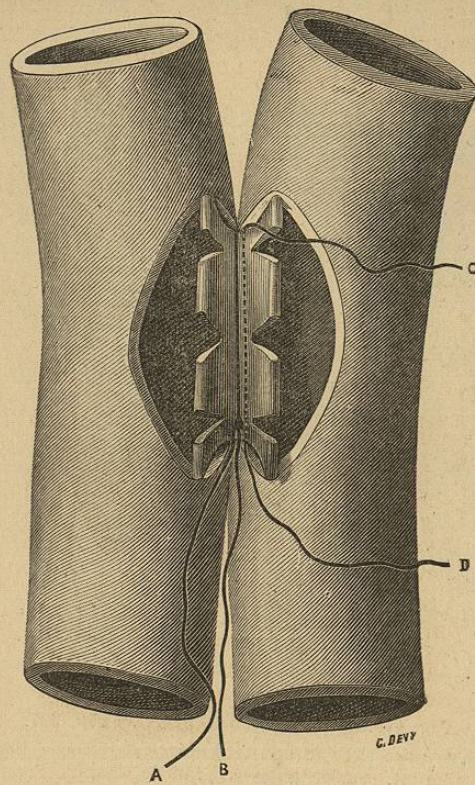


Fig. 605.

Entéro-anastomose avec le bouton de Chaput. Mise en place du bouton.

**Entéro-rectostomie** (LARDENNOIS)<sup>1</sup>. — L'anastomose se fait

<sup>1</sup> LARDENNOIS. Traitement chirurgical du cancer du gros intestin, Paris, 1899, p. 92.



à l'aide d'un bouton anastomotique du genre de celui de Murphy, mais dont le bord libre, sur les deux pièces, a été aiguisé (fig. 609). La pièce rectale (pièce mâle) est portée par une pince

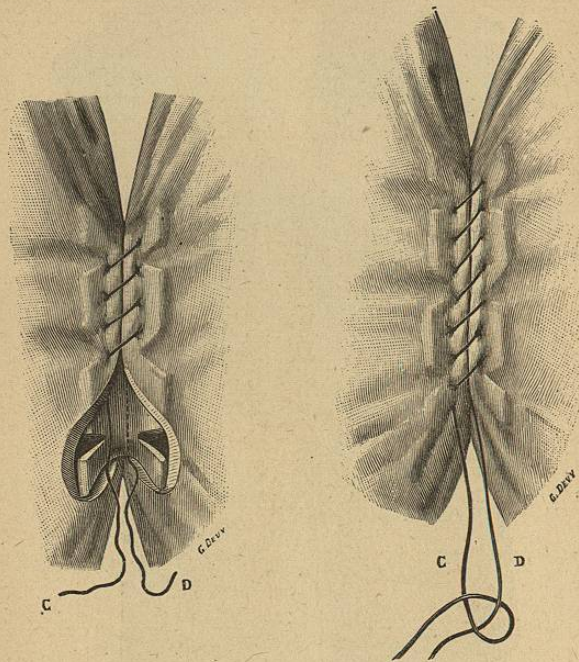


Fig. 606.

Entéro-anastomose avec le bouton de Chaput. Surjet antérieur.

Fig. 607.

Entéro-anastomose par le bouton de Chaput. Sutures terminées.

courbe, dont les mors, longs, s'écartent lorsqu'on serre les anneaux, et portent un arrêt pour le bouton (fig. 610).

La pièce femelle est placée dans l'anse que l'on veut anastomoser au rectum, comme nous l'avons indiqué pour le bouton de Murphy (fig. 611).

La pièce mâle est alors montée sur la pince et introduite par un aide dans l'ampoule rectale. L'aide, abaissant et basculant les anneaux, applique fortement en avant le cylindre emporte-pièce qui soulève la paroi rectale au point choisi par l'opérateur (fig. 611).

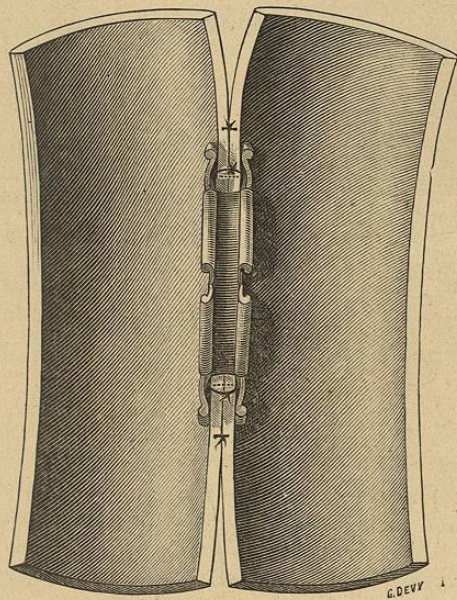


Fig. 608.

Entéro-anastomose par le bouton de Chaput. Suture terminée et gouttière serrée.

Avant d'articuler les deux pièces, on facilite la section de l'emporte-pièce en dissociant les couches superficielles de la paroi rectale. Sur le bouton qui fait billot, on fend le péritoine et la graisse sous-péritonéale, on écarte les fibres musculaires jusqu'à ce que la muqueuse apparaisse et, poussée par le bouton, fasse hernie. L'opérateur applique alors sur la saillie de la



pièce mâle, la pièce femelle, et par une pression régulière, arti-

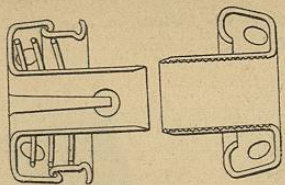


Fig. 609.

Bouton emporte-pièce de Lardennois.

cule les deux pièces. La muqueuse est sectionnée et l'anastomose est établie (fig. 612).

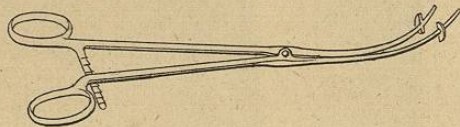


Fig. 610.

Pince porte-bouton.

**Entérectomie.** — L'entérectomie est l'extirpation d'un segment plus ou moins long de l'intestin, rectum excepté. Les premiers temps de l'opération, *laparotomie*, *libération de l'anse à réséquer*, varient selon la siège du segment intestinal et l'étendue des adhérences.

La laparotomie est généralement médiane, elle peut être latérale pour une résection iléo-cœcale.

L'anse isolée est, autant que possible, attirée hors du ventre, en tous cas bien isolée par des compresses. L'opération comprend deux parties distinctes : la section de l'intestin sans issue de son contenu, le rétablissement du cours des matières.

**A. Résection de l'intestin.** — La section de l'intestin de part et d'autre de la tumeur peut être faite avec ou sans écrasement.

**Sans écrasement**, la résection doit être précédée de la compression de l'intestin de part et d'autre des sections projetées. Cette compression se fait, comme nous l'avons déjà dit pour

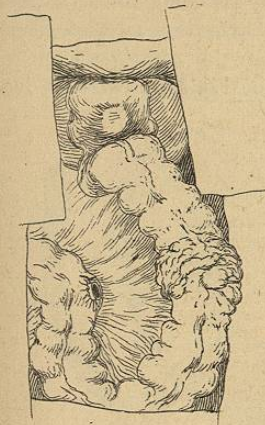


Fig. 611.

Anastomose entéro-rectale. Procédé de Lardennois (malade sur le plan incliné).

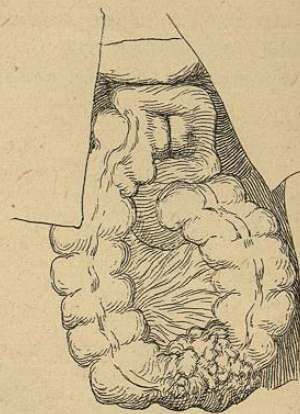


Fig. 612.

Anastomose entéro-rectale. Procédé de Lardennois (malade sur le plan incliné).

l'estomac<sup>1</sup>, du côté de la tumeur avec des clamps quelconques serrés, du côté des parties saines avec des pincettes à mors souples



Fig. 613.

Compresseur intestinal de Chaput.

(fig. 562 et 563), des clamps ordinaires dont les mors sont revêtus de tubes de caoutchouc, ou des compresseurs intestinaux (fig. 613). Un intervalle de quelques centimètres doit séparer l'une de

<sup>1</sup> Voy. p. 407.



l'autre la pince des parties saines et la pince de la tumeur, afin de permettre de placer les sutures. Pour une tumeur épithéliale, les pinces de la tumeur doivent être éloignées de celle-ci de 2 à 3 centimètres. Enfin, avant de placer les compresseurs, il faut refouler avec les doigts, vers l'intestin sain, le contenu de l'anse à isoler.

La coprostate effectuée, on sectionne l'intestin entre les deux

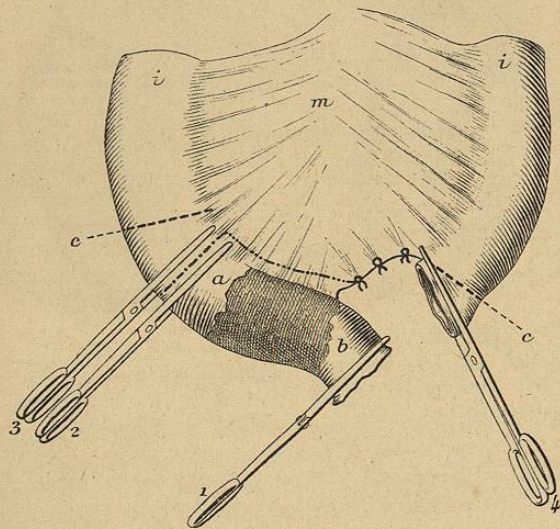


Fig. 614.

Entérectomie (KOCHER).

pinces, près de la pince de la tumeur, protégeant le champ opératoire par une compresse spéciale passée sous l'intestin, essuyant chaque tranche, et l'enveloppant d'une compresse.

Les deux sections effectuées, l'anse réséquée tient encore par son mésentère. On peut couper ce méso au ras de l'intestin (fig. 614), et lier à mesure les vaisseaux mésentériques. Mieux vaut réséquer un coin de mésentère (fig. 615), dont le sommet n'atteindra pas les arcades vasculaires du feuillet séreux, pin-

çant et liant à mesure les vaisseaux coupés. En tous cas la section du mésentère doit être de même largeur que celle de l'intestin, afin de ne couper aucun vaisseau allant à l'intestin qui reste.

Si un des deux bouts de l'intestin sain, ou les deux, suivant le procédé d'entérorraphie choisi, doit être oblitéré; on le fait

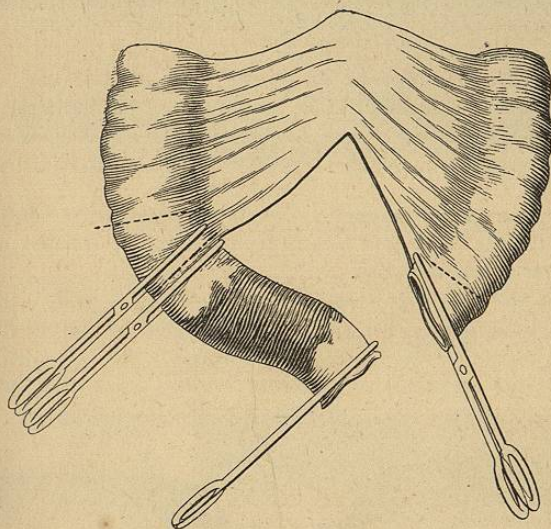


Fig. 615.

Entérectomie. Section angulaire du mésentère.

comme nous l'avons décrit pour l'estomac<sup>1</sup>, par deux surjets arrêtés tous les trois points. Le premier surjet, profond, comprend la totalité des deux lèvres de l'orifice allongé par traction, et placé sans enlever la pince d'occlusion. Le second surjet, superficiel, séro-séreux, enfouit le premier, et est placé après qu'on a doucement enlevé la pince et vérifié l'imperméabilité du premier.

<sup>1</sup> Voy. p. 110.