

avivées (fig. 638). Il est inutile de suturer la paroi abdominale, on bourre la plaie avec de la gaze.

**Procédé de Hartmann.** — Ce procédé n'est applicable qu'aux fistules stercorales petites. Il consiste à dédoubler le

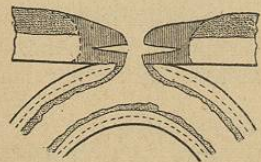


Fig. 639.  
Procédé d'Hartmann.

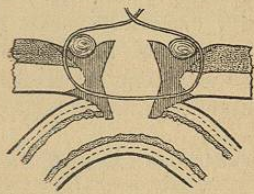


Fig. 640.  
Procédé d'Hartmann.

tissu fibreux qui entoure la fistule (fig. 639), et à suturer en masse les parties dédoublées (fig. 640).

**Moyens détournés.** — Ils comprennent deux variétés principales.

Dans l'une, on résèque l'anse ouverte à la peau, réunissant l'un à l'autre les bouts libres, c'est l'*entérectomie*.

Dans l'autre, on détourne le cours des matières par une *entéro-anastomose*; on peut ensuite ou laisser l'anse fistuleuse en continuité avec l'intestin, ou pratiquer l'*exclusion* uni ou bilatérale de cette anse. L'exclusion uni ou bilatérale est ici ouverte, puisqu'il s'agit d'une anse fistulisée, et on peut oblitérer les deux bouts sectionnés<sup>1</sup>.

**Pour l'entérectomie**, la région de la fistule doit être soigneusement nettoyée pendant plusieurs jours par des lavages et des pansements propres et fréquents, des lavages de l'intestin s'il existe de l'entérite. Les orifices intestinaux sont obturés par de la gaze tassée, les bords sont touchés à la teinture d'iode.

La paroi est incisée en ellipse autour de l'orifice fistuleux,

<sup>1</sup> Voy. *Exclusion de l'intestin*, p. 161.

l'intestin est attiré hors du ventre et réséqué comme nous l'avons déjà décrit<sup>1</sup>. La résection est suivie d'une anastomose des deux bouts libres, selon un des procédés indiqués à propos de l'entérectomie.

**L'exclusion** sera faite par une laparotomie médiane éloignée de la fistule. Elle est exécutée comme nous l'avons indiqué ailleurs<sup>2</sup>.

**L'entéro-anastomose latérale** est de même pratiquée par une incision médiane, éloignée de l'anus contre nature. La région de la fistule a cependant été préparée comme pour l'entérectomie. Il faut s'efforcer d'amener au dehors les anses à anastomoser, ou au moins les isoler complètement par des couches superposées de compresses. Puis l'entéro-anastomose est exécutée comme nous l'avons décrit<sup>3</sup> et placée aussi près que possible de l'anus artificiel, mais sur des parties saines.

Après l'opération, le malade est alimenté avec du lait. Les selles sont sollicitées à partir du huitième jour par des lavements.

Le cours des matières étant rétabli par l'anastomose, il deviendra facile, après quelque temps, d'oblitérer l'orifice fistuleux par un des procédés autoplastiques décrits plus haut. Cependant il ne faut pas craindre de détruire complètement les adhérences de l'intestin à la paroi, de détacher complètement cette anse intestinale, pour pratiquer sur l'orifice anormal une suture à deux plans, d'après les règles habituelles, et fermer par-dessus la paroi abdominale.

## VI. — FOIE ET VOIES BILIAIRES

### A. — FOIE

**Hémostase et suture d'une plaie du foie.** — Pour pratiquer l'hémostase d'une plaie du foie, en dehors de la forcipres-

<sup>1</sup> Voy. p. 148.

<sup>2</sup> Voy. p. 161.

<sup>3</sup> Voy. p. 139.



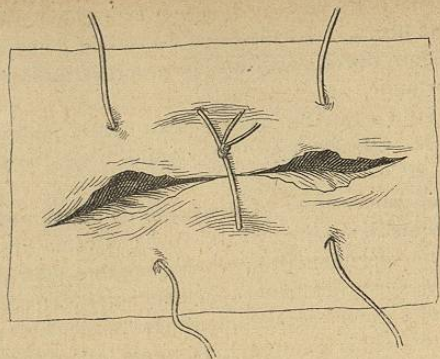


Fig. 641.  
Suture d'une plaie du foie par des points profonds.

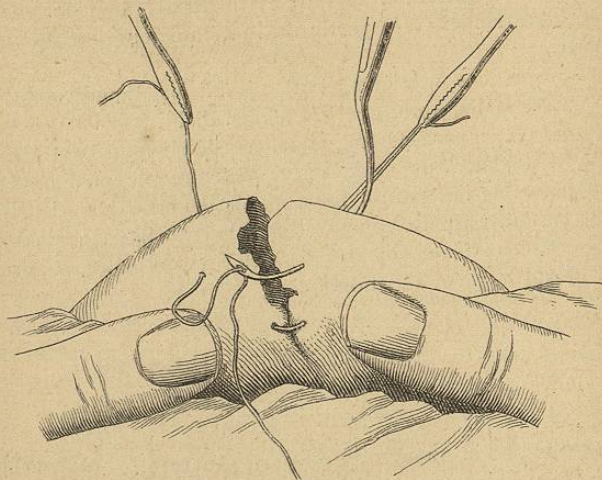


Fig. 642.  
Suture d'une plaie du bord antérieur du foie (d'après LEJARS.  
*Chirurgie d'urgence*).

sure d'un vaisseau, exceptionnellement applicable, il n'existe

guère que deux moyens pratiques<sup>1</sup>, la suture de la plaie, le tamponnement.

Le *tamponnement* ne nécessite aucune description technique. Il se fait avec de la gaze stérilisée taillée en lanière, et que l'on

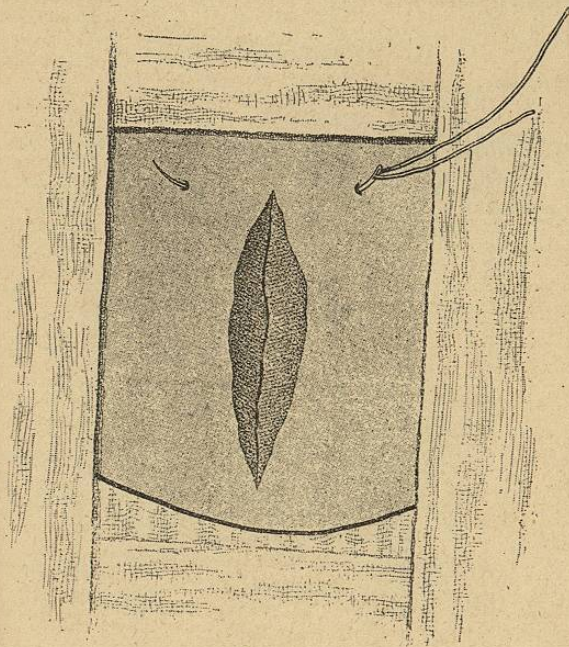


Fig. 643.  
Suture de Canac-Marquis.

tasse dans la plaie saignante, en faisant sortir par la plaie pariétale l'autre extrémité de la mèche. Le tamponnement est laissé en place quarante-huit heures, puis la mèche est doucement enlevée.

<sup>1</sup> Voy. *Thérapeutique chirurgicale*. RICARD et LAUNAY, Paris, 1903, p. 497.



La suture doit comprendre toute l'épaisseur des tissus sectionnés afin de ne laisser aucun hématome profond se former, une aiguille courbe est donc nécessaire. Les anses de fil doivent pénétrer dans le foie loin du bord de la plaie, à 2 centimètres

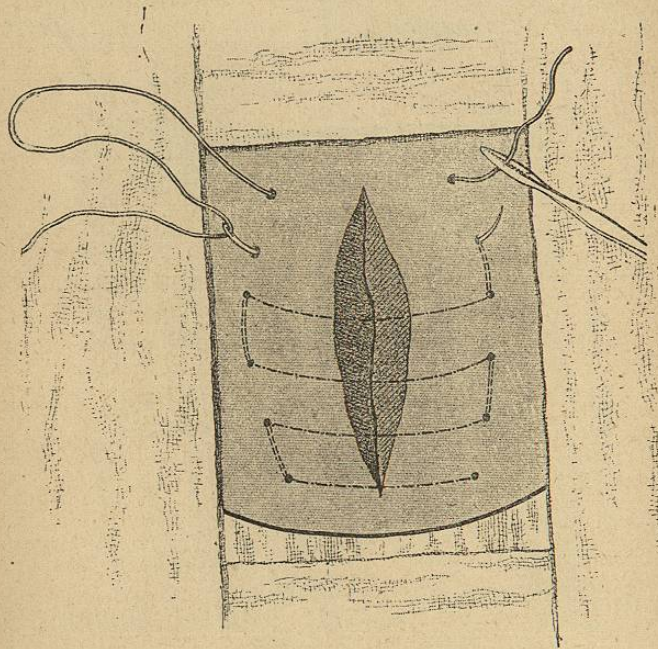


Fig. 644.  
Suture de Canac-Marquis.

environ, et seront d'un fil gros, catgut de préférence. Toutes ces précautions sont rendues nécessaires par la friabilité du tissu hépatique. Enfin, toujours pour la même cause, chaque anse de fil sera serrée lentement, progressivement, et sans trop de force, de manière à accoler les lèvres de la plaie sans risquer de couper le tissu friable (fig. 641 et 642).

CANAC-MARQUIS<sup>1</sup> a décrit pour ces plaies un procédé de suture particulier : une aiguille courbe munie d'un catgut gros et long est enfoncée de dehors en dedans et de gauche à droite, au niveau de l'extrémité supérieure de la plaie, et à deux travers de doigt de la berge gauche de la plaie (fig. 643). L'aiguille tra-

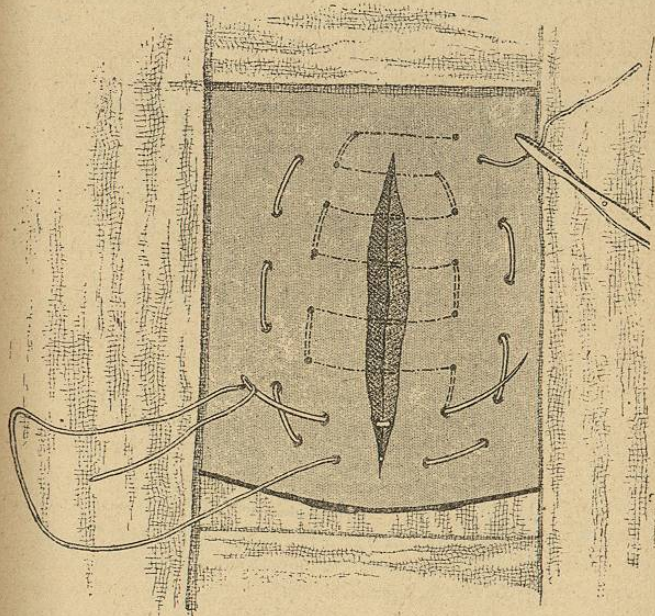


Fig. 645.  
Suture de Canac-Marquis.

verse le tissu hépatique au-dessous du fond de la plaie et va ressortir en un point symétrique. Le bout du fil, laissé long de 6 à 7 centimètres, est maintenu par une pince. A un centimètre et demi de ce point de sortie, on enfonce de nouveau l'aiguille dans une direction parallèle au premier trajet de façon à décrire

<sup>1</sup> CANAC-MARQUIS. *Presse médicale*, 11 juillet 1900, n° 53, p. 14.



un point en **U**, qui sort à un centimètre et demi du premier point d'entrée (fig. 644).

Le fil décrit ainsi une série de points en **U** jusqu'à l'extrémité inférieure de la plaie (fig. 644). A ce moment, avec le même fil,

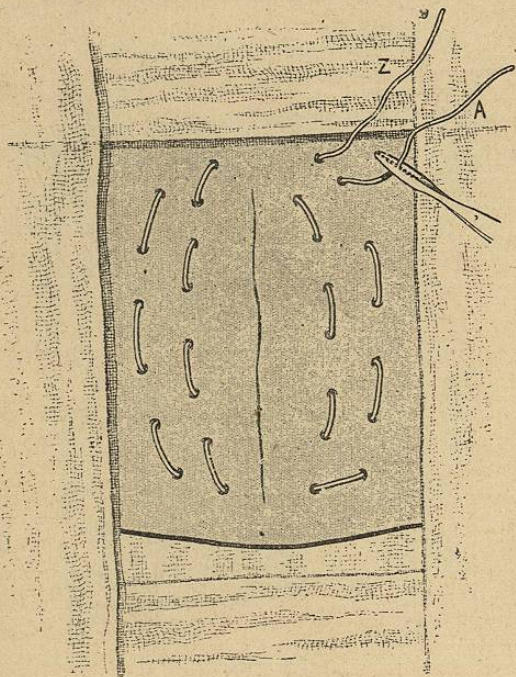


Fig. 646.

Suture de Canac-Marquis terminée.

on fait en revenant, un second étage de points en **U** moins profonds et qui traversent le foie à un travers de doigt des bords de la plaie (fig. 645).

Le second étage terminé, on noue l'un à l'autre les deux chefs du surjet (fig. 646).

**Résection d'un segment hépatique** (*Tumeurs du foie*). — La résection d'un segment du foie dans le but d'extirper une tumeur non pédiculisable, ou une languette flottante, est pratiquée suivant la forme d'un triangle dont la base se trouve au niveau du bord libre, et dont le sommet s'enfonce plus ou moins loin dans la glande, ou suivant une ligne simple plus ou moins droite.

Les dangers de l'hémorragie, les difficultés de la suture dans un tissu peu résistant, ont fait décrire un certain nombre de procédés comportant la ligature préventive des tranches de sections.

Nous grouperons ces procédés selon que l'auteur emploie ou non des corps étrangers, autres que les fils, abandonnés dans l'abdomen. Le catgut nous paraît préférable à la soie pour ces ligatures en masse qui doivent rester.

**Procédés sans corps étrangers.** — KOUSNETZOFF et PENSKY<sup>1</sup> font, suivant une ligne simple ou suivant un angle, une série de ligatures simples prenant en masse toute l'épaisseur du tissu hépatique à couper, et sur toute l'étendue de la ligne de section. Ces ligatures ne sont pas enchainées (fig. 647).

Un fil long double (A) traverse toute l'épaisseur du foie de haut en bas, un des deux bouts est coupé sous le foie, et lié à l'extrémité supérieure qui lui correspond (1). Le bout du fil coupé et resté court est allongé pour rendre de nouveau le fil double, et l'aiguille traverse, de bas en haut, le foie à un centimètre de la première piqûre. Le bout de fil qui fait anse est coupé et lié à son autre extrémité (2). Le fil est de nouveau doublé et ainsi de suite, de centimètre en centimètre. Les nœuds des ligatures alternent ainsi à la face supérieure et à la face inférieure.

AUVRAY<sup>2</sup> insiste sur la nécessité d'enchaîner les anses de fil qu'il dispose de la façon suivante (fig. 648) : on passe à travers

<sup>1</sup> KOUSNETZOFF et PENSKY. *Revue de chirurgie*, 1896, p. 52 et 954.

<sup>2</sup> AUVRAY. *Etude sur les divers procédés de résection du foie*. Paris, Jouve, 1897.



le foie, en arrière du segment à réséquer, un double fil fort dont on coupe la boucle ; on croise les deux anses pour les enchaîner.

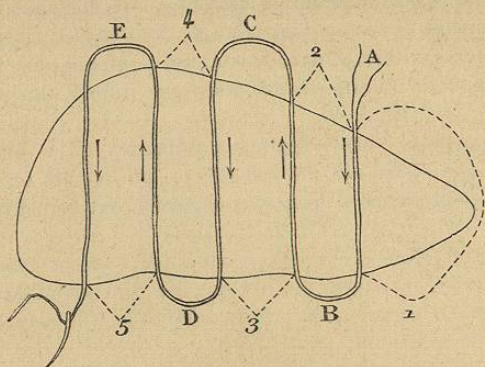


Fig. 647.

Procédé de Kousnetzoff et Pensky.

Chacune des deux anses de fil  $xy$  et  $AB$  est alors conduite à travers le tissu hépatique d'une façon semblable, il suffit de le

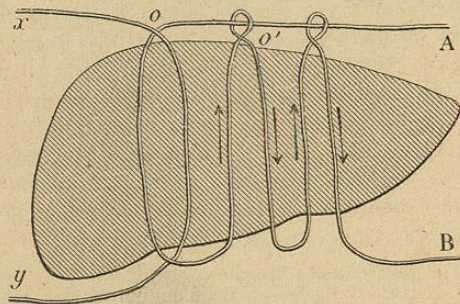


Fig. 648.

Suture du foie (AUVRAY et TERRIER).

décrire pour l'une des deux. Avec un des chefs du fil, le chef B, on transperce le foie à un centimètre environ du point de

départ O. Le chef B est noué par un nœud simple au chef A qui reste toujours du même côté. En faisant ce nœud simple, on serre d'une façon lente et continue de façon à couper doucement le tissu hépatique dans l'anneau du fil. Les vaisseaux seuls sont rassemblés par la ligature et la déchirure hépatique ne saigne pas. Lorsque la résistance éprouvée montre que le tissu hépatique est entièrement déchiré, on fixe la ligature par un second nœud. Un aide immobilise pendant ce temps l'autre fil  $xy$ .

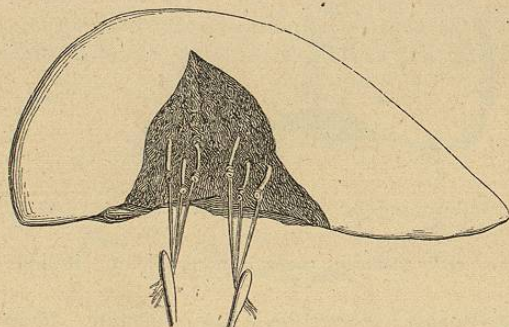


Fig. 649.

Suture Auvray-Terrier. Pédicules vasculaires.

Reprenant le chef B, on lui fait traverser le foie à travers la déchirure produite par le nœud précédent, et on le conduit à travers le foie en sens inverse, à un centimètre du point O', vers le chef A, pour recommencer une ligature semblable à la première.

Lorsque toute l'étendue du segment à réséquer est entourée de ligatures semblables, suivant une ligne droite, courbe ou angulaire, on sectionne la portion de foie à enlever en coupant près des ligatures.

Si la ligne de section est étendue, on place un nombre assez grand de groupes de deux fils, en les rapprochant assez pour que chacun d'eux n'ait pas à saisir un trop grand nombre de vaisseaux.

Lorsque la section a été pratiquée, on voit sur la surface un



certain nombre de pédicules vasculaires, d'autant plus nombreux que les groupes de deux fils ont été placés en plus grand nombre (fig. 649).

Les bords de la section cunéiforme sont enfin rapprochés et accolés l'un à l'autre par des sutures simples, prenant toute

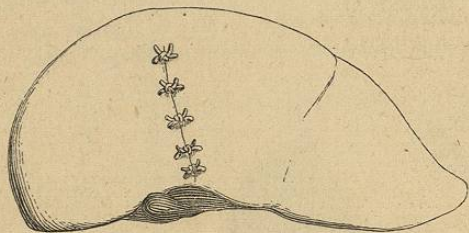


Fig. 650.

Suture après la résection cunéiforme (AUVRAY).

l'épaisseur de la glande, comme nous l'avons indiqué déjà<sup>1</sup> (fig. 650).

CHAPOT-PRÉVOST<sup>2</sup> procède de la façon suivante : des rouleaux de gaze sont préparés, longs de 6 centimètres, épais de 2; ils sont en leur milieu ceinturés par les deux extrémités, solidement nouées, d'une longue anse de soie ou de catgut.

L'incision cutanée est faite parallèlement au rebord costal, au niveau où doit porter la résection. La portion du foie à réséquer est attirée dans la plaie.

L'opérateur traverse avec l'une des anses de fil préparées, toute l'épaisseur de la paroi abdominale à un centimètre du bord de l'incision, toute l'épaisseur du foie en arrière du point où doit porter la section, et toute l'épaisseur de l'autre lèvre de l'incision abdominale. On peut, en tirant sur l'anse, exercer une compression au degré voulu. L'anse de fil est coupée en son milieu, et ses deux bouts sont noués sur un second rouleau de

<sup>1</sup> Voy. p. 172.

<sup>2</sup> CHAPOT-PRÉVOST. *Bulletin de la Société de chirurgie*, Paris, 1900, p. 1098.

gaze. On applique ainsi un nombre de points déterminé par l'étendue de la partie à réséquer.

La résection du foie est alors faite, autant que possible en forme de coin de façon à obtenir une plaie en angle dièdre. Un surjet de catgut réunit en même temps les deux bords de cette plaie et les deux lèvres du péritoine pariétal. Par-dessus sont suturés les muscles et la peau.

LEGUEU<sup>1</sup> a employé deux fois sur l'homme le procédé de ligature préventive suivant (fig. 651) : La surface ABCD représente en coupe la surface à hémostasier. De la face inférieure vers la face supérieure du foie, on passe les 3 fils en U 1, 2 et 3.

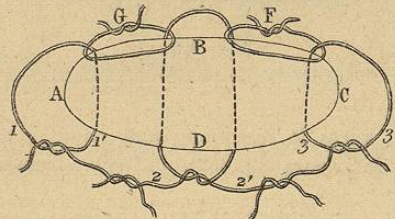


Fig. 651.

Résection du foie. Hémostase. Procédé de Legueu.

Pour chacun, les deux chefs sont noués ensemble à la partie inférieure, 1 avec 1', 2 avec 2', 3 avec 3', et ainsi 3 segments de la surface ABCD sont hémostasiés.

Pour assurer l'hémostase des parties intermédiaires, on noue en bas les fils 1' avec 2, 2' avec 3. Il ne reste plus en haut qu'à placer une ligature pour réunir l'une à l'autre les anses supérieures des fils; ces nouveaux fils F et G, placés comme l'indique la figure 651, suffisent à cet emploi.

**Procédés avec corps étrangers.** — CECHERELLI et BIANCHI (1894) (fig. 652), compriment le foie, en arrière du point à sectionner, entre des lames d'os décalcifié. Ces lames minces et

<sup>1</sup> F. LEGUEU. Congrès français de chirurgie, 1901, p. 607.



plates, percées de trous destinés au passage des fils, sont appliquées sur les faces supérieure et inférieure de la lame hépatique. Le foie et les lames sont traversés par un certain nombre de fils doubles, que l'on noue deux à deux (fig. 652), aux faces supérieure et inférieure. Les bouts des fils noués ne sont pas

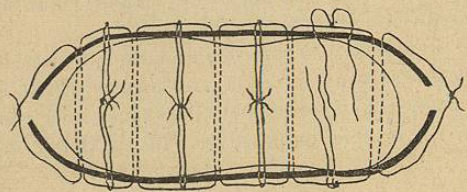


Fig. 652.  
Procédé de Cecherelli et Bianchi.

coupés, mais, après la résection, sont noués eux-mêmes, les supérieurs aux inférieurs (fig. 652), de façon à fermer la plaie du foie.

J. B. SÉGALE<sup>1</sup> remplace les lames osseuses par des séries de petits rouleaux, d'ébonite ou d'ivoire, percés au centre et enfilés sur le catgut (fig. 653).

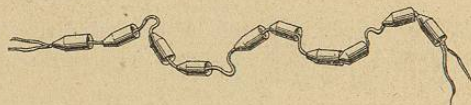


Fig. 653.  
Petits rouleaux d'ébonite enfilés sur un catgut (SÉGALE).

On place une série de rouleaux au-dessus et une au-dessous de la surface à comprimer, et on les unit l'une à l'autre par des anses de fil élastique traversant le foie, tendues de façon suffisante, et fixées par des nœuds de catgut (fig. 654).

<sup>1</sup> J. B. SÉGALE. Congrès international, Paris, 1900. Section Chirurgie, p. 254.

PIERRE DELBET<sup>1</sup> se sert de tubes d'os de lapin ou de lièvre, décalcifiés. Un os long est coupé ainsi en petites viroles de 6 à 8 millimètres de longueur, que l'on enfle comme les grains d'un chapelet. Chaque fil traverse le foie de part en part en deux points différents, et on peut l'enchaîner au fil voisin. On enfle les viroles de façon qu'un segment du chapelet se trouve

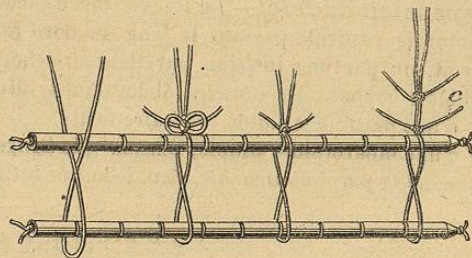


Fig. 654.

Schéma montrant l'application des chevilles réunies à travers le foie par des anses élastiques en tension, fixées par des catguts (SÉGALE).

au-dessus et l'autre au-dessous du morceau à réséquer. On comprend dans chaque suture des segments de tissu hépatique longs de 5 à 6 centimètres. Pour assurer une striction meilleure, on peut en outre passer, au milieu, un fil en anse qui embrasse les deux fils du chapelet et les rapproche perpendiculairement à leur grand axe.

**Hépatopexie.** — L'hépatopexie peut s'adresser à un lobe flottant du foie, ou à une *hépatoptose totale*.

La fixation à la paroi d'un lobe flottant consiste simplement dans la suture de ce lobe à la paroi abdominale qui l'avoisine, de façon à l'immobiliser. Les fils sont mis en place comme pour une suture de plaie hépatique.

Pour maintenir en place le foie ramené dans sa position nor-

<sup>1</sup> PIERRE DELBET. *Bulletin de la Société de chirurgie*, Paris, 1901, p. 49.



male, soit par simple soulèvement, soit après destruction d'adhérences, on peut : ou bien le suspendre à la paroi thoraco-abdominale, par des fils traversant la glande elle-même ou son ligament suspenseur; ou bien soutenir le foie par une sangle passant au-dessous de lui.

**1° Suspension du foie.** — Le foie est mis à découvert par une laparotomie verticale passant le long du bord externe du muscle droit, ou par une incision parallèle au rebord costal. Cette dernière, coupant les muscles abdominaux, diminue la résistance d'une paroi déjà faible ordinairement.

Au lieu d'une laparotomie simple, DEPAGE<sup>1</sup> (de Bruxelles) fait une résection de la paroi abdominale, dans le but de lutter contre

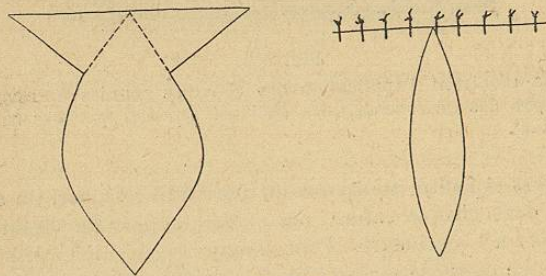


Fig. 655.

Hépatopexie. Procédé de Depage. Résection de la paroi abdominale.

le relâchement de cette paroi. L'incision cutanée (fig. 655) est complexe : une ligne horizontale supérieure réunit les extrémités internes des 11<sup>e</sup> côtes; de chaque extrémité de cette ligne part une incision oblique en bas et en dedans, allant jusqu'à l'horizontale passant par l'ombilic, et longue de la moitié de l'incision horizontale. Les deux incisions obliques sont continuées, au delà de la ligne ombilicale, par deux incisions courbes, convexes en dehors, se rejoignant par leurs extrémités

<sup>1</sup> DEPAGE. *Ann. soc. belge de chirurgie*, Bruxelles, 1893.

inférieures en une pointe assez prononcée. On résèque la peau comprise entre ces lignes, on résèque l'aponévrose formant la ligne blanche jusqu'au bord interne des muscles droits que l'on découvre, on résèque le péritoine dans la même étendue. La fixation effectuée, et DEPAGE emploie la fixation ligamentaire, on reconstitue la paroi, sauf le plan cutané, par une suture à étages comme après une omphaléctomie pour hernie ombilicale. On suture la peau en réunissant à la ligne horizontale les deux lignes obliques; puis en cousant, suivant une ligne verticale, les deux incisions courbes l'une à l'autre. La suture prend la forme d'un T (fig. 655).

La suspension par l'intermédiaire du *ligament suspenseur* (DEPAGE) se fait en attirant la faux de la veine ombilicale et le ligament suspenseur du foie dans l'extrémité supérieure de la plaie; on les fixe à la paroi à ce niveau en les raccourcissant le plus possible. Ce n'est du reste qu'un complément de la résection de la paroi abdominale.

La *suspension du foie* est obtenue par des fils traversant la glande et fixés d'autre part au rebord costal et à la paroi abdominale. Les fils (soie ou catgut), de gros calibre, traversent le foie d'une façon variable suivant les opérateurs. GÉRARD-MARCHAND<sup>1</sup> traverse toute l'épaisseur du foie, à 2 ou 3 centimètres en arrière du bord tranchant, avec quatre fils, ou un plus grand nombre s'il est nécessaire. Chaque anse de fil prend ensuite le périoste péricondral et la paroi abdominale.

DELAGENIÈRE (du Mans)<sup>2</sup> ne fait traverser aux fils qu'une partie de l'épaisseur du foie. En dehors de l'échancrure hépatique, sur la face convexe du foie, près du bord antérieur, on place six catguts traversant le tissu hépatique d'avant en arrière. Les fils sont distants de 15 millimètres environ les uns des autres. Chaque fil est double et un nœud est fait entre les deux chefs, à l'entrée et à la sortie du parenchyme hépatique. Deux de ces

<sup>1</sup> GÉRARD-MARCHANT in JUDET. *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, 1902, p. 131.

<sup>2</sup> DELAGENIÈRE (du Mans). *Bulletin de la Société de chirurgie*, Paris 1897, p. 232.