

Cholécystectomie. — L'extirpation de la vésicule est *primitive* lorsque la vésicule n'a pas été ouverte par une opération antérieure, elle est *secondaire* lorsqu'elle s'applique à une vési-

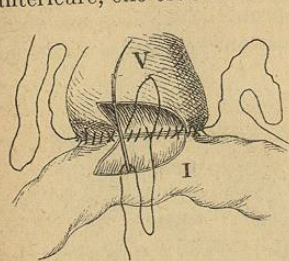


Fig. 666.

Cholécystentérostomie. Suture des orifices (J.-L. FAURE).

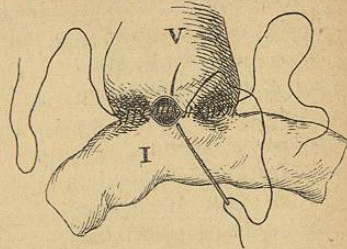


Fig. 667.

Cholécystentérostomie. Fin du surjet total (J.-L. FAURE).

culé ouverte à la paroi abdominale par une cholécystostomie antérieure.

a) **Vésicule biliaire fermée.** — L'incision employée peut être une laparotomie médiane; c'est ordinairement une incision latérale, sur le bord externe du muscle droit, qui conduit plus directement sur la vésicule.

Les anses intestinales étant isolées, dans l'angle inférieur de la plaie, par une compresse aseptique, la vésicule apparaît sous le bord antérieur du foie, libre ou adhérente aux organes voisins, distendue par du liquide ou rétractée et petite.

Si la vésicule est libre, l'*exploration des voies biliaires profondes*¹ doit compléter immédiatement les renseignements donnés par l'examen fonctionnel sur leur perméabilité, condition indispensable à la suppression de la vésicule biliaire.

Si la vésicule est adhérente, il faut commencer par libérer sa face inférieure, et ce peut être un temps opératoire extrêmement pénible. On peut ainsi, libérant l'épiploon, le colon transverse, le duodénum, l'estomac, rompre une fistule cholécysto-entérique,

¹ Voy. p. 207, t. II.

provoquer une perforation intestinale qu'il faut oblitérer immédiatement, ouvrir de petits abcès enkystés au milieu des adhérences. Il faut donc agir avec prudence, lentement, en protégeant avec le plus grand soin le péritoine environnant.

La vésicule libérée en bas, on la détache de la face inférieure du foie. Cette libération est facile lorsque, par exception, il existe un méso-péritonéal que l'on sectionne entre deux pinces. Le plus souvent la vésicule est collée au foie, et pour l'en détacher, il faut se garder de pénétrer dans le tissu hépatique qui saigne et se déchire.

Si la vésicule est très distendue par du liquide, on la vide d'abord par une ponction, dont on obture l'orifice avec une pince.

Coupant prudemment, avec la pointe du bistouri, le péritoine qui se réfléchit entre le foie et la vésicule, pendant que l'aide relève le bord du foie, on cherche ensuite, avec le doigt ou une sonde cannelée, un plan de clivage qui permet de détacher la vésicule jusqu'au sommet (fig. 668).

La vésicule est libérée et détachée jusqu'à son col. L'examen du canal cystique et du canal cholédoque est alors complété s'il en est besoin, et, avant de lier le canal cystique pour extirper la vésicule, on ouvrira celle-ci, pour en évacuer le contenu, attirant autant que possible la poche hors de la plaie, entre des compresses. Cette ouverture a souvent du reste été déjà faite au début, avant qu'on ait décidé la cholécystectomie.

On s'assure qu'il n'existe aucun calcul enclavé dans le cystique, faisant sortir par expression avec les doigts ceux qui s'y pourraient trouver, ou au besoin pratiquant une cysticotomie.

La cholécystectomie peut ainsi être associée à des opérations sur les voies profondes, cysticotomie, incision de proche en proche, cholédocotomie.

La perméabilité du canal cholédoque étant bien établie, tout calcul extirpé, on isole le canal cystique pour le lier. Si un calcul y est enclavé, la ligature sera évidemment posée au delà.

La ligature, faite avec un catgut solide, doit être posée avec grand soin; le fil est conservé long. Le canal cystique est coupé à une certaine distance du fil, le moignon maintenu par ce fil.

On s'assure que l'artère cystique, liée avec le moignon pendant les manœuvres de libération, ne saigne pas. On brûle au thermocautère la surface de section du moignon et on coupe le fil de la ligature.

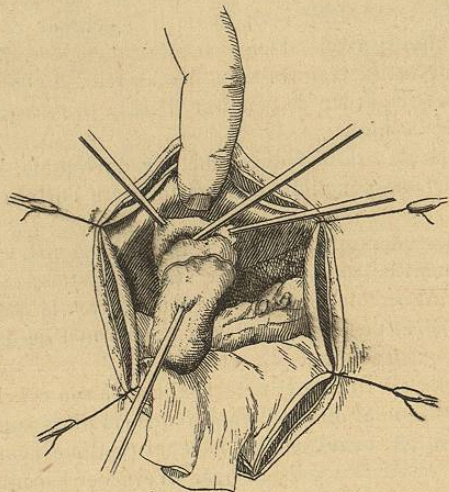


Fig. 668.

Cholécystectomie. Décollement de la vésicule (d'après LEJARS).

Il est prudent de toujours placer, au contact du moignon, un drain séparé des organes sous-jacents par une lamelle de gaze. Puis on referme la paroi abdominale.

b) *Vésicule ouverte à la peau.* — L'existence d'une fistule biliaire cutanée augmente les chances d'infection et nécessite quelques précautions. Avant de nettoyer la paroi définitivement, on brûle au thermocautère l'orifice fistuleux, on touche à la teinture d'iode la peau environnante, et on oblitère autant que possible l'orifice avec une pince de Kocher.

La paroi nettoyée, on circonscrit l'orifice par une incision

passant à un centimètre de lui au moins, et prolongée au-dessus et au-dessous autant qu'il est nécessaire pour aborder au niveau du péritoine dépourvu d'adhérences. La collerette de peau laissée autour de l'orifice sera extirpée avec la vésicule.

A partir de ce moment l'opération suit les mêmes phases que précédemment.

Suites opératoires. — Il n'est pas rare que, dans les jours suivants, un écoulement de bile se fasse par le drain. Cet écoulement se tarit spontanément au bout d'un temps variable.

Si aucun écoulement ne se produit, on enlève la mèche de gaze le troisième jour, et le drain après cinq ou six jours.

Si une fistule biliaire s'établit, la mèche est laissée en place quatre ou cinq jours, et le drain raccourci peu à peu, jusqu'à cessation de l'écoulement.

Cysticotomie. — L'incision du canal cystique dans le but d'extraire un calcul enclavé, après qu'on a exploré complètement les voies biliaires, peut être faite directement, sans incision préalable de la vésicule, ou au contraire compléter une cholécystotomie.

Cysticotomie directe (LINDNER, KEHR). — L'exploration des voies biliaires ayant fait découvrir un calcul dans le canal cystique, et ce calcul ne pouvant être refoulé vers la vésicule, on relève le foie et protège toute la cavité péritonéale de compresses superposées.

Puis on incise directement sur le calcul senti, dans le sens du canal, et on extrait le corps étranger.

On peut alors suturer l'incision du canal cystique, par un (LINDNER) ou deux plans (KEHR), en surjets ou en points séparés. Mais il est prudent, non seulement de placer un drain au contact de la suture, mais de créer sur le fond de la vésicule une petite fistule cutanée qui s'oblitérera dans la suite, mais préviendra la distension du canal.

Si la vésicule est trop courte pour être amenée à la paroi, on se contentera de placer un drain contre la suture, le séparant des organes sous-jacents par une lamelle de gaze, et on protégé-

gera le péritoine par l'épiploon, comme nous l'avons dit à propos de la cholécystotomie ¹.

Enfin, si les parois trop friables ou la situation trop profonde du canal ne permettent pas la suture, on se contentera du drainage et du tamponnement.

Cysticotomie par incision de proche en proche (KÜSTER, H. DELAGÉNIÈRE). — L'exploration des voies biliaires étant faite et le péritoine protégé comme à l'ordinaire, la vésicule vidée par ponction si elle est distendue, on commence par une cholécystotomie du fond de la vésicule.

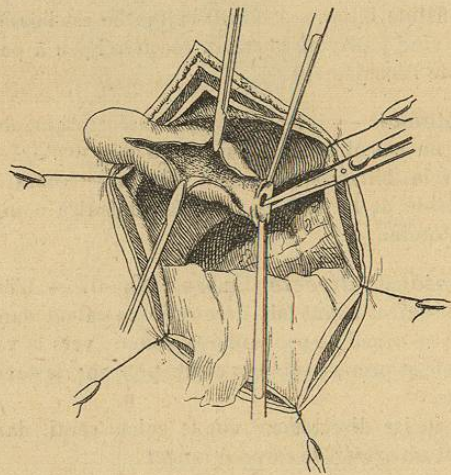


Fig. 669.

Cysticotomie de proche en proche (d'après LEIARS).

La ponction et l'incision première ont du reste pu porter sur le canal cystique distendu, alors que la vésicule était atrophiée (H. DELAGÉNIÈRE).

L'incision de la vésicule, repérée par deux pinces (fig. 669),

¹ Voy. p. 197, t. II.

est prolongée en haut et en dedans, le long de son bord gauche. A mesure que l'incision avance, on déplace progressivement les pinces qui en attirent les lèvres. Les calculs sont enlevés à mesure qu'ils se présentent. L'incision est continuée sur le col de la vésicule et sur le canal cystique, le long de sa face inférieure, toujours repérée par deux pinces à griffes, jusqu'à ce qu'on arrive au calcul du cystique (fig. 670).

Le calcul extrait, la liberté du cholédoque reconnue par le

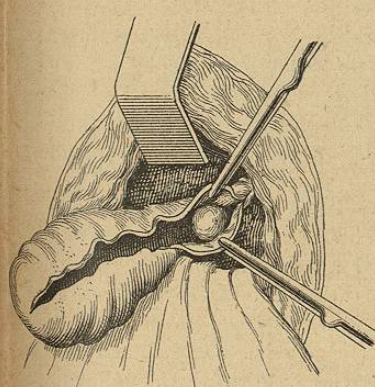


Fig. 670.

Incision des voies biliaires de proche en proche (H. DELAGÉNIÈRE).

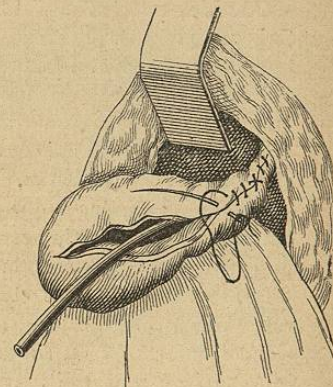


Fig. 671.

Suture des voies biliaires. Drainage (H. DELAGÉNIÈRE).

palper et le cathétérisme devenu plus facile, on change les compresses et commence les sutures des voies biliaires. H. DELAGÉNIÈRE recommande la suture en surjet à un seul plan, prenant toute l'épaisseur des tuniques sans la muqueuse, et arrêté tous les deux ou trois points. Une sonde molle (n° 10 à 12) est d'abord placée dans la lumière du canal (fig. 671).

Lorsqu'on approche du fond de la vésicule, ou termine le surjet en laissant une ouverture suffisante pour assurer le drainage et on retire la sonde.

L'abouchement de la vésicule à la paroi se fait comme nous

l'avons dit; ou, selon la pratique de H. DELAGENIÈRE, à travers une boutonnière du muscle droit (*cholécystostomie trans-musculaire*). On fixe d'abord la vésicule au péritoine par une suture séro-séreuse, puis faisant passer le fond de la vésicule à travers la boutonnière musculaire, on suture le pourtour de l'orifice (sauf la muqueuse) à la lame superficielle de la gaine du muscle droit¹.

Cholédocotomie. — L'ouverture du canal cholédoque est toujours précédée d'une exploration des voies biliaires dans toute leur étendue, le diagnostic du siège et de la cause de l'obstruction étant toujours assez peu précis. Aussi l'incision employée est-elle toujours une laparotomie antérieure, latérale ou médiane, plutôt médiane si l'on opère d'emblée pour une obstruction du cholédoque.

Aussi ne ferons-nous que signaler la *voie lombaire* (TUFFIER²) qui peut conduire sur la portion duodénale et intra-pancréatique du canal cholédoque sans ouvrir le péritoine, mais au prix de difficultés considérables et en excluant toute exploration des voies biliaires supérieures. Il faut, en effet, pénétrant par l'incision ordinaire des opérations sur le rein, relever l'extrémité inférieure du rein droit, écarter en dehors la deuxième portion du duodénum, en dedans la veine cave inférieure, pour, au fond d'un trou profond, sentir (TUFFIER) ou mieux voir (POIRIER) le canal cholédoque.

Par la laparotomie antérieure, on peut, comme pour la cysticotomie, pratiquer une cholédocotomie directe, associée ou non à d'autres opérations sur les voies biliaires, ou faire de proche en proche l'incision complète des voies biliaires.

a) **Exploration des voies biliaires.** — L'exploration doit commencer par la recherche de la vésicule biliaire, et

¹ H. DELAGENIÈRE. Cholécystostomie temporaire trans-musculaire. Congrès de chirurgie, 1895, p. 493.

² TUFFIER, POIRIER. *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1895, p. 399.

l'examen de celle-ci et du canal cystique. Si la vésicule rétractée, invisible, est difficilement reconnaissable, et qu'on opère pour une obstruction nette du canal cholédoque, on pourra cependant rechercher ce dernier en suivant le pylore et la première portion du duodénum, pour arriver à l'angle duodénal et au



Fig. 672.

Exploration de la face inférieure du foie. Procédé de Kehr.

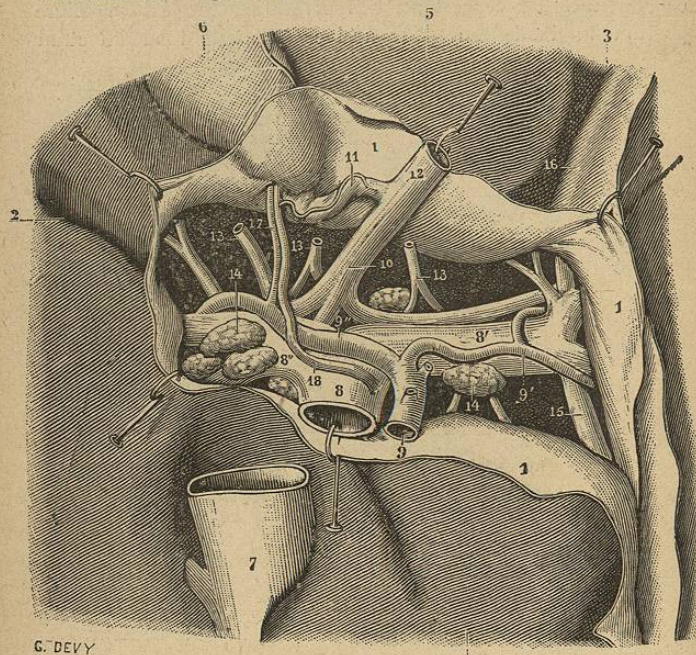
bord libre de l'épiploon gastro-hépatique, à l'hiatus de Winslow.

Si des adhérences arrêtent l'opérateur dès le début de ces recherches, il faut commencer par les détruire comme nous l'avons déjà indiqué¹.

L'examen de la vésicule, du canal cystique et de la portion sus-duodénale du canal cholédoque peut se faire en conservant la position ordinaire, sur le côté de l'opéré, et faisant relever le foie par un aide. Ou bien, comme l'indique KEHR (fig. 672), on

¹ Voy. p. 200, t. II.

tourne le dos à la tête de l'opéré, on relève soi-même de la main gauche le foie, pendant qu'on explore de la main droite la face inférieure de l'organe, qu'on introduit l'index dans l'hiatus de



G. DEVY

Fig. 673.

Le hile du foie (TESTUT).

1, 1, épiploon gastro-hépatique. — 6, vésicule biliaire. — 7, veine cave inférieure. — 8, veine porte. — 9, artère hépatique. — 10, canal hépatique. — 11, canal cystique. — 12, canal cholédoque.

Winslow, explore le bord de l'épiploon gastro-hépatique, et remonte le long du cystique vers la vésicule (fig. 673)¹.

¹ Le soulèvement des lombes par un coussin plus ou moins épais, soulevant l'extrémité inférieure du thorax et abaissant fortement les épaules, facilite cette exploration profonde.

Si les voies biliaires profondes sont libres ou facilement libérables, l'exploration méthodique peut en être faite de la façon suivante; considérant, avec QUÉNU, le canal composé de trois por-

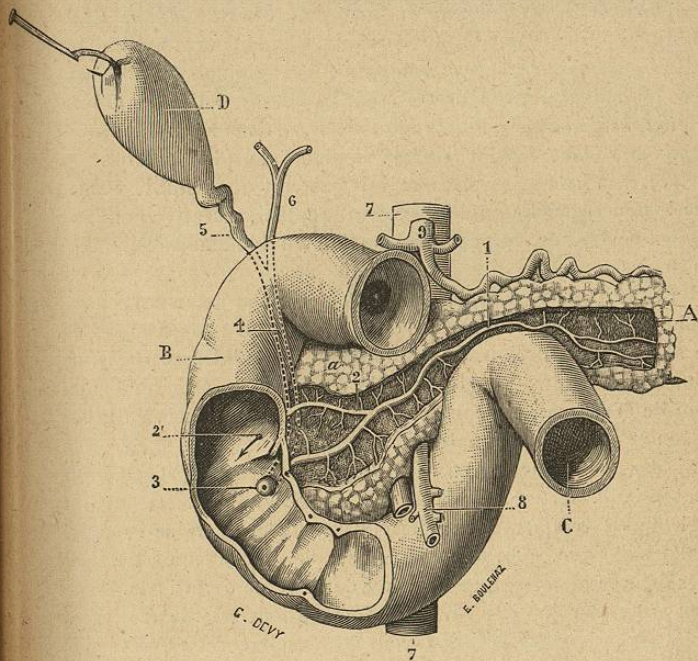


Fig. 674.

Voies biliaires extra-hépatiques (TESTUT).

A, a, pancréas. — B, duodénum. — D, vésicule biliaire. — 3, ampoule de Vater. — 4, canal cholédoque. — 5, canal cystique. — 6, canal hépatique. — 8, artère et veine mésentérique supérieure. — 2, 2' Canal pancréatique accessoire.

tions (fig. 674) : une sus-duodénale, située dans l'épaisseur du petit épiploon, en avant de l'hiatus de Winslow²; une rétro-duodé-

¹ TERRIER. *Revue de chirurgie*, novembre 1892. — QUÉNU. *Bulletins de la Société de chirurgie*, 1895, p. 326 et *Revue de chirurgie*, juillet 1895. — MICHAUX. *Bulletins de la Société de chirurgie*, 1895, p. 356.

² Cette portion sus-duodénale n'existerait pas, d'après WIART

nale située derrière la première portion du duodénum, et une pancréatique ou sous-duodénale. Parvenu au niveau de l'hiatus de Winslow, soit en suivant la vésicule biliaire, soit en suivant le pylore et le duodénum, on introduit l'index gauche dans l'hiatus et on l'abaisse le plus possible. Pendant ce temps l'index droit s'applique sur la face antérieure de l'épiploon gastro-hépatique et suit son bord droit, explorant avec netteté toute la *portion sus-duodénale*. Pour explorer les *portions rétro-duodénale et pancréatique*, l'index gauche déprime le plus possible en arrière et à droite, la portion verticale du duodénum, tandis que le pouce gauche ou l'index droit appuie successivement sur l'index postérieur, la première portion du duodénum et la tête du pancréas.

La sensation d'un corps dur peut n'être pas assez nette pour indiquer sûrement la présence d'un calcul, il est possible que ce ne soit qu'un ganglion, une induration pancréatique. On peut, pour s'en assurer, ponctionner la partie dure avec une fine aiguille (FERRIER), ou, comme le conseille QUÉNU, inciser l'induration et en vérifier la nature.

Si des adhérences masquent complètement la disposition anatomique, fermant l'hiatus de Winslow, si d'autre part la vésicule est très atrophiée, il peut être difficile de se repérer. QUÉNU note que, chez quelques sujets, le cholédoque est à peu près dans le plan oblique du sillon de la veine ombilicale. TERRIER put se servir de la présence de ganglions sous le foie, vers le col de la vésicule biliaire, pour trouver le cordon formé par le cholédoque.

b) *Cholédocotomie directe*. — L'existence et le siège d'un calcul reconnu, l'opération consiste à inciser le canal cholédoque, dans le sens de sa longueur, directement sur le calcul, et suffisamment pour pouvoir l'extraire; puis à s'assurer de la perméabilité du reste du canal; pour enfin, suturant ou non cette incision, drainer et fermer l'abdomen.

(Thèse de Paris, 1899); en tant que canal unique, mais serait constituée dans la majorité des cas par le canal cystique et le canal hépatique accolés, non encore fusionnés.

L'incision présente des difficultés spéciales en rapport avec le siège du calcul, et nous étudierons successivement la cholédocotomie dans les portions sus-duodénale, rétro-duodénale, rétro-pancréatique du canal, et au niveau de l'embouchure duodénale, de l'ampoule de Vater.

Portion sus-duodénale. — Le canal est ici compris dans l'épaisseur du petit épiploon, à son bord droit, situé à droite et en avant de la veine porte, l'artère hépatique se trouvant devant cette veine, à gauche du canal cholédoque (fig. 673).

L'incision doit être faite sur le calcul qu'un doigt, placé dans l'hiatus de Winslow, en arrière du canal, fait saillir le plus possible. Il faut remarquer que le canal que l'on incise est un cholédoque dilaté et épaissi, beaucoup plus considérable que le canal normal.

L'opération, facilitée par la maigreur du sujet et le petit volume du foie, peut être extrêmement laborieuse lorsque le foie est hypertrophié et chez les malades gras.

Si les adhérences obstruent l'hiatus de Winslow, il faut se contenter d'inciser sur le corps étranger, senti et repéré par l'index gauche qui sert de guide.

L'incision peut donner naissance à une assez forte hémorragie veineuse, qui s'arrête ordinairement bien par la compression.

Les lèvres de la boutonnière sont maintenues béantes par des pinces ou des anses de fil, et le calcul est extrait soit très facilement, soit avec le secours de la sonde cannelée, d'une curette qui le détache et le bascule. On a été parfois obligé de le fragmenter avec une pince pour l'extraire.

Par la même incision, on peut enlever d'autres calculs s'ils sont mobilisables par les pressions digitales.

Portion rétro-duodénale. — Le canal cholédoque est, dans cette portion, et avant de se mettre en rapport avec le pancréas, directement placé derrière la première portion du duodénum. Pour mettre le canal à découvert, on incise le feuillet antérieur du petit épiploon le long du bord supérieur du duodénum, on décolle l'intestin et le récline en bas. L'opération est ensuite conduite comme précédemment.

Portion pancréatique, sous-duodénale. — « On manœuvre dans un petit rectangle dont trois côtés sont formés par le fer à cheval du duodénum, dont le quatrième est représenté par la veine mésentérique supérieure (fig. 674). Le cholédoque descend verticalement, ou mieux un peu obliquement, à peu près au milieu de ce quadrilatère, recouvert par le pancréas, le canal pancréatique accessoire, quelques artérioles issues d'une branche pancréatico-duodénale de la gastro-épiploïque droite et enfin le péritoine pariétal. L'épaisseur du tissu pancréatique à traverser est d'autant moindre qu'on se rapproche de sa terminaison : de 14 à 15 millimètres en haut, elle retombe en bas à 5 ou 6 millimètres » (QUÉNU).

On incise le tissu pancréatique directement sur le calcul et on continue comme nous l'avons dit.

Cette incision trans-pancréatique nous paraît préférable au décollement de la portion verticale du duodénum, qui entraîne le décollement de l'angle du colon ascendant et du colon transverse afin de ménager les vaisseaux du mésocolon transverse¹. Ce large décollement péritonéo-intestinal, qui permet de relever la tête du pancréas, pour atteindre et ouvrir le cholédoque derrière elle, doit exposer plus facilement à l'infection venant des voies biliaires septiques, et ne permet pas un drainage direct au niveau de l'incision du canal.

Portion terminale. Duodénotomie. — Un calcul arrêté au niveau de l'ampoule de Vater, ou dans la portion du canal sus-jacent et en rapport avec la paroi postérieure de la seconde portion du duodénum, ne peut être extrait par incision du canal sans ouverture préalable de l'intestin.

Il faut commencer par pratiquer sur la portion verticale du duodénum, à sa partie moyenne, une entérotomie longitudinale ou transversale, qui conduit sur l'ampoule de Vater (fig. 674).

Le calcul est dans l'ampoule ou un peu plus haut. Il peut quelquefois être extrait directement de l'ampoule, à l'aide d'une pince, sans qu'on ait besoin d'inciser le canal. Plus souvent, il

¹ WIART. Voies d'accès du cholédoque. Thèse de Paris, 1899, p. 53-57.

faut inciser sur le calcul la paroi de l'ampoule, en faisant refouler le calcul par la paroi postérieure du duodénum. Il peut être utile de morceler le calcul.

Si le corps étranger siège au-dessus de l'ampoule, il faut inciser la paroi postérieure du duodénum, sur la saillie du calcul, et on incise du même coup la paroi du cholédoque adhérent ; il faut ensuite suturer, sur le pourtour de l'orifice ainsi créé, les parois du canal et celles de l'intestin.

Le calcul extrait, l'incision intestinale antérieure est suturée selon les règles habituelles¹.

Quel que soit le niveau de l'incision du cholédoque, avant de suturer le canal ou de placer le drain, il est nécessaire de s'assurer de sa perméabilité vers le foie et vers l'intestin. Le *cathétérisme* est pratiqué dans les deux sens, à l'aide d'une bougie à boule olivaire n° 9 ou 10 de la filière Charrière, ou avec une sonde cannelée.

On peut ensuite laisser ouverte l'incision du cholédoque, et pratiquer le *drainage* destiné à conduire au dehors la bile septique. Un gros drain est placé contre l'orifice ou introduit dans le canal, des lamelles de gaz l'isolent du péritoine environnant, et une sorte de canal est constitué autour de cet ensemble, au-dessous du foie par la suture des débris d'adhérences et de l'épiploon au péritoine pariétal antérieur, comme après ouverture d'une vésicule rétractée².

Si on veut, au contraire, *suturer* l'incision du canal cholédoque, et lorsque la friabilité des parois, la situation profonde de la plaie ne s'y opposent pas, on fait ce que l'on peut, plaçant un ou deux plans de points séparés ou de surjets de catgut, et comprenant dans la suture les débris d'épiploon gastro-hépatique et les tissus voisins. Cette suture ne doit pas, du reste, exclure le drainage, car elle est presque toujours suivie d'un écoulement de bile dans les jours qui suivent l'opération. Le drainage est pratiqué comme lorsqu'on ne fait pas de sutures.

¹ Voy. *sutures intestinales* p. 116, t. II.

² Voy. p. 197, t. II.

La fermeture de la paroi abdominale est faite comme à l'ordinaire.

L'écoulement de bile consécutif, qu'il y ait ou non suture du cholédoque, dure quelque temps, puis diminue lorsque les selles se recolorent et que l'ictère s'atténue. On supprime alors progressivement le drainage. Il est à remarquer que le liquide qui s'écoule par la fistule prend souvent, pendant les premiers jours, l'odeur fécaloïde, sans qu'il y ait aucune fistule intestinale.

c) *Cholédocotomie par incision de proche en proche des voies biliaires* (ABBE, H. DELAGENIÈRE). — Nous avons vu déjà comment, par ce procédé, on incisait successivement la vésicule et le canal cystique¹. L'incision progressive peut être menée sur le canal cholédoque : Avancé toujours les deux pinces de KOCHER qui repèrent l'incision, on descend l'incision le long du cholédoque, à sa partie antérieure, puis en gagnant son bord droit.

L'ouverture des veines gastro-épiploïques droites ou duodénales ne donnerait pas une hémorragie sérieuse. Si l'on coupe la tête du pancréas embrassant le cholédoque, l'opération n'en sera pas compliquée.

L'incision peut atteindre l'ampoule, s'il est nécessaire, mais on l'arrêtera au dernier calcul senti, et on passera une sonde molle n° 11 ou 12 dans l'intestin, pour s'assurer que le calibre n'est plus obstrué².

Les voies biliaires sont ensuite refermées par une suture, faite sur la sonde mollée, comme nous l'avons indiqué pour la cysticotomie³, et la vésicule est maintenue ouverte à la paroi.

VII. — RATE

Splénopexie. — C'est la fixation d'une rate mobile.

Procédé de Rydygier. — L'abdomen est ouvert par une

¹ Voy. *Cysticotomie*, p. 204.

² H. DELAGENIÈRE. In Thèse de Meyer. Paris, 1900.

³ Voy. p. 205.

laparotomie médiane. Entre la 9^e et la 10^e côte, latéralement, on incise transversalement le péritoine pariétal selon une ligne aussi large que la rate mobile. On décolle le péritoine pariétal de façon à constituer une poche, ouverte en haut, assez grande pour loger la moitié inférieure de la rate. Le décollement pariétal est limité, après qu'on a mis en place la rate, par quelques points de suture qui en bordent le pourtour (fig. 675). Enfin le ligament gastro-splénique est attaché au bord libre de la loge péritonéale.

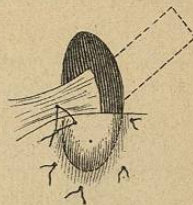


Fig. 675.

Splénopexie. Procédé de Rydygier. Rate dans la loge rétro-péritonéale. Lambeau que l'on peut rabattre aussi sur la rate.

Procédé de Bardenheuer. —

La malade est couchée sur le côté droit. On mène une incision longitudinale sur le prolongement de la ligne axillaire gauche, allant de la 10^e côte à la crête iliaque ; puis une seconde, perpendiculaire à la première et en avant d'elle, immédiatement au-dessous de la 10^e côte.

Les parties molles coupées sauf le péritoine, on décolle la séreuse dans l'étendue de la plaie, et on l'ouvre. La rate, refoulée par un aide à travers l'abdomen, est attirée par la brèche péritonéale, et on fixe au péritoine pariétal le pédicule de la rate. Celle-ci est elle-même suspendue par un fil à la 10^e côte ; et, le péritoine complètement refermé, on suture par-dessus la rate les plans musculaire et cutané.

Exosplénopexie. — Analogue à l'exothyropexie, cette opération consiste à fixer la rate hypertrophiée entre les lèvres d'une plaie pariétale.

La rate attirée autant que possible entre les lèvres de la plaie d'une laparotomie d'abord exploratrice, on suture la capsule splénique aux plans profonds de la paroi, fermant l'abdomen au-dessus et au-dessous, et laissant la rate exposée dans la plaie.