

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) *Cholécotomie 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 cystique<sup>1</sup>. 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 obstrué<sup>2</sup>.

Les voies biliaires sont ensuite refermées par une suture, faite sur la sonde mollée, comme nous l'avons indiqué pour la cysticotomie<sup>3</sup>, 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

<sup>1</sup> Voy. *Cysticotomie*, p. 204.

<sup>2</sup> H. DELAGENIÈRE. In Thèse de Meyer. Paris, 1900.

<sup>3</sup> Voy. p. 205.

laparotomie médiane. Entre la 9<sup>e</sup> et la 10<sup>e</sup> 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.

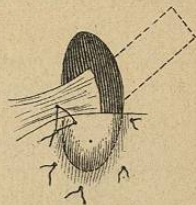


Fig. 675.

**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<sup>e</sup> côte à la crête iliaque ; puis une seconde, perpendiculaire à la première et en avant d'elle, immédiatement au-dessous de la 10<sup>e</sup> 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<sup>e</sup> 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.

La rate s'élimine peu à peu dans les pansements<sup>1</sup>.

**Splénectomie.** — L'extirpation de la rate ne se fait que lors de rupture de ce viscère, après une laparotomie exploratrice ayant fait découvrir la source d'une hémorragie grave; ou pour des rates hypertrophiées, dont le tissu friable se déchire facilement et saigne beaucoup. Les adhérences périphériques peuvent être solides et très étendues.

L'incision, dans ces conditions, est une laparotomie médiane, qui donne plus de jour que l'incision latérale sur le bord gauche du muscle droit. JONNESCO donne le conseil de se placer à droite du malade, et non à gauche, pour bien voir le pédicule vasculaire.

La rate est libre ou adhérente. *Adhérente*, elle doit être dégagée doucement et prudemment, l'hémostase doit être fort attentive. Il faut se garder de déchirer le tissu splénique qui saigne abondamment. Si les adhérences sont fortes et étendues, il vaut mieux renoncer à l'extirpation.

La rate *libre ou libérée*, peut être attirée hors de la plaie, et cela est facile dans les cas de rate mobile; ou bien son pédicule trop court ne le permet pas. Il faut éviter d'opérer, dans ce dernier cas, de violentes tractions qui peuvent rompre les vaisseaux du pédicule.

Si la rate peut être attirée facilement, la ligature du pédicule est facile. On place contre la rate autant de longues pinces qu'il est nécessaire, d'autres pinces sont posées plus en dedans, de façon à pouvoir couper le pédicule, enfermé dans le repli péritonéal qui vient de l'estomac, du pancréas et du diaphragme (fig. 676), entre les deux rangées de pinces. La rate enlevée, le pédicule est lié au-dessous des pinces, en un ou plusieurs paquets, mais toujours chaque paquet devra être peu volumineux.

Si la rate ne peut être facilement attirée, ou si elle est morcelée par une rupture, il faut d'abord pincer le pédicule sur un double rang, le plus près possible de la rate, puis couper le pé-

<sup>1</sup> HOUZEL (de Boulogne-sur-Mer). *Académie de médecine*, 1<sup>er</sup> juin, 1897.

dicule entre les deux rangées de pinces. On peut être obligé de pincer successivement en plusieurs segments, et de couper à mesure entre les pinces, le ligament qui contient les vaisseaux spléniques.

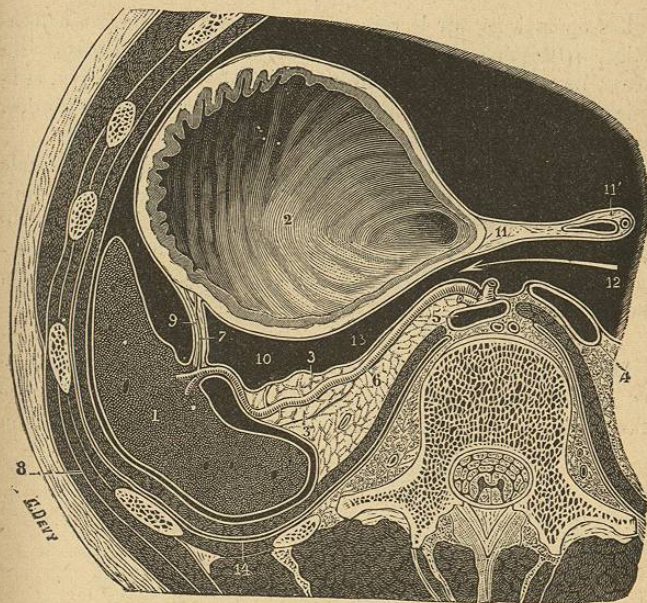


Fig. 676.

Coupe horizontale passant par le hile de la rate pour montrer les relations de cet organe avec le péritoine (*schématique*) (TESTUT).

Ce n'est qu'après extirpation de la rate ou de ses fragments, qu'on peut, en écartant fortement les anses intestinales et l'estomac, en réclinant les lèvres de l'incision abdominale, placer dans la profondeur les ligatures au-dessus des pinces.

L'hémostase est revue et complétée, et elle doit être absolue. L'abdomen est refermé comme d'habitude<sup>1</sup>.

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