seil de Bryant, sur le bord externe du muscle grand droit gauche. Ces deux incisions donnent un jour plus considérable et un accès plus direct sur le pédicule.

2e temps : *Exploration de la rate; traitement des adhérences; attraction de la rate.* — Dès que le péritoine a été ouvert, introduire la main droite, explorer le pourtour de la rate, contrôler ses rapports, vérifier l'absence ou la présence des adhérences, et, s'il en existe, reconnaître leur forme, leur étendue, leur résistance; rompre avec les doigts celles qui ne sont pas trop denses, diviser les autres entre ligatures, en traitant surtout avec ménagement les adhérences diaphragmatiques et évitant autant que possible le décollement ou la déchirure de la capsule splénique; si cet accident arrive, pour maîtriser l'hémorragie parenchymateuse, toucher avec le thermocautère la partie dénudée ou déchirée.

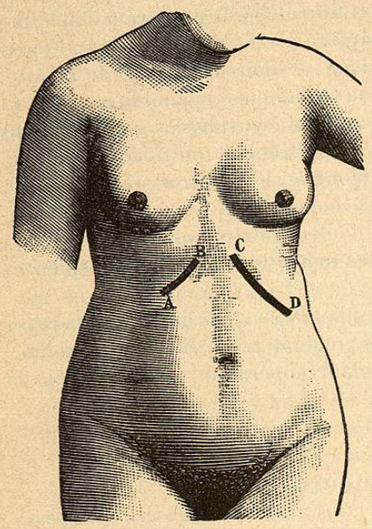

Fig. 980.

AB, incision pour la cholécystotomie et la cholécystostomie. — CD, incision pour la splénectomie.

Quand les adhérences sont générales, intimes et surtout développées à la face inférieure du diaphragme, il est prudent de renoncer à l'opération et de refermer le ventre (Langenbuch). Avant de détruire les adhérences multiples et très vasculaires, on peut, à l'exemple de Kocher et de Czerny, lier *in situ* le pédicule de la rate; mais la ligature est très difficile à appliquer.

La rate une fois libérée de ses attaches anormales, l'attirer peu à peu au dehors, de champ ou par son extrémité inférieure, suivant son volume, pendant qu'un aide écarte et déprime fortement les lèvres de la plaie abdominale.

3e temps : *Traitement du pédicule et excision de la rate.* — Étreindre de haut en bas, puis de bas en haut, entre deux pinces-clamps de Richelot, les ligaments phréno-splénique, gastro-splénique, et pancréatico-splénique; et, par conséquent, les vaisseaux si nombreux qui y sont inclus, — et cela, *le plus près possible du hile de la rate.* En deçà des pinces, du côté du tronc cœliaque, *le plus loin possible*, passer à travers toute la hauteur du large pédicule une série de fortes anses de soie avec l'aiguille de Terrier; relier ces anses en chaîne et serrer fortement leurs chefs respectifs par un double nœud. On lie ainsi le pédicule en plusieurs petits segments, dont *chacun ne doit guère dépasser le volume du petit doigt.* Conserver momentanément tous les chefs, en les fixant entre les mors d'une ou plusieurs pinces à forcipressure.

Pendant qu'un aide maintient la rate, diviser son pédicule avec les ciseaux ou le thermocautère contre la face interne des pinces-clamps. Le champ opératoire une fois déblayé par l'ablation de la rate, ramener doucement à soi le moignon pédiculaire au moyen des chefs de fils qui ont été conservés, et alors, sur sa coupe, faire la *ligature isolée* à la soie de tous les vaisseaux visibles après les avoir convenablement isolés. Quand l'hémostase est assurée, *mais alors seulement*, couper au ras tous les chefs des anses de striction pédiculaire, et abandonner le pédicule dans la cavité abdominale.

Voilà la technique, croyons-nous, la meilleure pour le traitement du pédicule, traitement si important pour la splénectomie où l'on a devant soi des vaisseaux nombreux, volumineux, fragiles, et où l'hémorragie, soit primitive, soit secondaire, est la cause de mort la plus fréquente. Mais il est clair qu'elle ne sera pas *toujours* applicable dans toute sa rigueur méthodique et qu'il faudra par exemple la modifier si le pédicule est trop court; dans ce cas, nous conseillerons avec Morris d'appliquer d'abord les deux pince-clamps sur le pédicule, de diviser ce dernier en dehors d'elles, puis, la rate enlevée, de le lier en dedans d'elles par une série de ligatures en chaîne comme précédemment, pendant qu'un aide déprimerait fortement la paroi abdominale et que la masse des intestins serait tenue à distance au moyen de compresses ou de larges éponges plates. En tout cas, la forcipressure temporaire totale du pédicule nous paraît toujours extrêmement utile, sinon indispensable.

4e temps : *Toilette du péritoine et fermeture de l'abdomen.* — Ce temps n'offre rien de spécial.

La splénectomie est une opération très meurtrière, si l'on fait abstraction des 28 cas, — tous heureux — où elle a été faite à la suite d'un traumatisme. D'après la statistique de Vulpius qui porte sur 117 cas, on compte une mortalité générale de près de 50 p. 100. Cette mortalité se réduit, il est vrai, à 33 p. 100 si l'on exclut les opérations qu'on ne doit plus faire : splénectomies pour rate leucémique, rate amyloïde, rate énorme par stase veineuse.

SPLÉNOPEXIE

(Opération de Rydygier.)

Cette opération est née d'hier et n'a été pratiquée encore qu'un tout petit nombre de fois. Elle a pourtant pris définitivement sa place dans le cadre thérapeutique, elle permet de conserver des rates mobiles, hypertrophiées ou non, qu'on eût sacrifiées naguère.

C'est Rydygier[1] qui, le premier, a fait valoir son importance en montrant le résultat excellent d'une opération de splénopexie qu'il avait pratiquée trois mois auparavant : la rate ne s'était point déplacée de nouveau. Voici son procédé : « Après avoir ouvert l'abdomen sur la ligne blanche, il a pratiqué latéralement, entre la neuvième et la dixième côtes, une incision transversale du péritoine pariétal, puis il a détaché ce dernier de la paroi abdominale, de façon à constituer une poche de grandeur suffisante pour recevoir

[1] Rydygier (*Congr. all. de chir.*, 20 avril 1895; *Sem. médic.*, p. 193).

la moitié inférieure de la rate. Il n'a fait aucune suture sur cet organe, mais il s'est contenté de fixer au péritoine pariétal le ligament gastro-splénique. »

Quelque temps après, Bardenheuer[1] a fait avec succès une opération analogue chez une personne de vingt-trois ans qui avait une rate mobile, deux fois plus grosse qu'à l'état normal. Il a opéré de la manière suivante :

Après avoir pratiqué l'hystéropexie pour une rétroflexion utérine, la malade étant couchée sur le côté droit, il a mené une incision longitudinale sur la ligne axillaire gauche, depuis le rebord costal jusqu'à la crête iliaque ; puis, à angle droit, une autre incision d'arrière en avant, immédiatement au-dessous de la dixième côte. Les deux incisions avaient divisé tous les tissus à l'exception du péritoine pariétal. Il a ensuite décollé ce dernier dans une grande étendue ; il y a fait une incision pour faire passer la rate entre le péritoine et la paroi abdominale, puis il a resserré l'orifice autour du pédicule de la rate, suspendu cette dernière par un fil à la dixième côte, et complété la loge extra-péritonéale par une série de sutures profondes.

Zykoff[2], de son côté, a étudié expérimentalement la splénopexie en se servant d'un filet à larges mailles de catgut qu'il fixait par des points de catgut aux parois abdominales. Depuis, plusieurs autres procédés ont été livrés à la publicité. En somme, le principe de l'opération est irréprochable ; sa technique n'est pas parfaitement réglée.

EXOSPLÉNOPLEXIE

(Opération de Houzel.)

Ayant à traiter une hypertrophie énorme de la rate qui remplissait la totalité de l'abdomen et du bassin et qui avait été prise pour une tumeur solide de l'ovaire, Houzel (de Boulogne-sur-Mer)[3] a pratiqué l'opération suivante :

« Après avoir ouvert l'abdomen et libéré la tumeur de ses adhérences antérieures, — l'extirpation étant reconnue impossible à cause des adhérences qui l'unissaient en arrière à tout l'intestin grêle, — il s'est décidé à extériorer une partie de la rate. Il a fixé de chaque côté le péritoine pariétal à la capsule splénique par un surjet de catgut, de façon à fermer la cavité péritonéale tout en laissant entre les deux surjets un espace d'environ quatre doigts où la rate était exposée ; les deux tiers supérieurs de la plaie cutanée furent rapprochés par quelques points de suture et la rate pansée à plat avec la gaze iodoformée. »

Un mois après, la rate s'était éliminée par sphacèle sans le moindre incident ; et aujourd'hui la guérison est complète, il ne reste aucune trace de tumeur.

[1] Voy. Thévenet. L'attraction et la fixation des organes malades à l'extérieur (*Lyon. méd.*, 29 août 1897).

[2] Zykoff (*Sem. méd.*, p. 444, 1895). Voy. aussi Castellani (*Gazz. d. Osp.*, 17 juin 1897) ; Grieffenhagen (*Centr. f. Chir.*, 6 févr. 1897) ; Alker. Th. de Bordeaux, 1898 ; Villar, in *Traité de chirurgie de Le Dentu et Delbet*, p. 96, t. VIII, 1899.

[3] Houzel (*Acad. de méd.*, 1er juin 1897 ; *Sem. méd.*, p. 207, 1897).

L'exosplénopexie n'était point connue avant le jour où Houzel a fait connaître cette belle observation à l'Académie de Médecine. Jaboulay[1] l'avait, pourtant, déjà exécutée en 1893 et en 1894, la rate étant trop ramollie pour être extirpée ; mais ses deux opérés étaient morts. Fr. Villar (de Bordeaux)[1] l'avait pratiquée également pour une rate leucémique impossible à enlever ; son opéré est mort, trois jours et demi après, par hémorragie des lèvres de la plaie abdominale. Enfin, d'après Villar, Baudrimont a fait une opération analogue à celle de Houzel la même année que ce dernier chez une femme non leucémique : mort quarante-huit heures après. Malgré cette petite série d'insuccès, l'exosplénopexie n'en constitue pas moins une sérieuse innovation qui peut encore rendre des services dans les cas où la splénectomie, quoique indiquée, se montre impraticable après l'ouverture de l'abdomen.

[1] Fr. Villar, art. Rate in *Traité de chir. de Le Dentu et Delbet*, p. 129, 1899.

CHAPITRE VIII

OPÉRATIONS SUR L'APPAREIL URO-GÉNITAL

CHEZ L'HOMME

ASEPSIE ET ANTISEPSIE PRÉOPÉRATOIRES DES ORGANES GÉNITO-URINAIRES

La préparation comprend, ici comme partout ailleurs : 1° la désinfection des mains ; 2° celle du champ opératoire ; 3° celle des instruments généraux et des instruments spéciaux. La désinfection des mains et des instruments généraux ne présente rien de particulier ; nous n'avons à nous occuper que du champ opératoire et des instruments spéciaux.

A. Désinfection du champ opératoire. — 1° *Désinfection suivant son étendue.*

Si l'opération projetée doit porter sur les organes génitaux (verge, bourses) et que les voies urinaires (urètre, vessie) ne présentent aucun symptôme d'infection, que les urines soient absolument limpides, la désinfection peut être limitée aux organes génitaux ; si les voies urinaires sont elles-mêmes en mauvais état, la désinfection doit aussi s'étendre à l'urètre et à la vessie, mais toujours alors on la commencera par les organes génitaux, et suivant une précaution excellente, on ajoutera l'antisepsie large du périnée, des cuisses, des aines, du pubis, de l'hypogastre, au besoin même de toute la région sous-ombilicale de l'abdomen.

Si l'opération doit avoir lieu sur les voies urinaires, mais sans en sortir (urétrotomie interne, lithotritie), on commence par approprier au moins la verge, le gland et le méat ; si elle doit dépasser les limites de l'urètre et de la vessie, du côté, par exemple, de l'hypogastre, du périnée, des bourses, on ajoutera nécessairement la désinfection de ces régions diverses (taille haute, taille basse, etc.).

Mais, en somme, il s'agit de connaître d'abord la désinfection génitale et la désinfection urinaire sous leur forme la plus extensive pour les appliquer ensuite, larges ou restreintes, suivant les cas.

2° *Désinfection génitale et circumgénitale.* — Elle ne diffère pas beaucoup de l'antisepsie de la peau en général ; on savonne, puis on rase le four-

reau de la verge, spécialement sa racine, le pubis, la région sous-ombilicale, les bourses, le périnée et la partie supérieure des cuisses ; on savonne encore et l'on brosse toutes les parties, à l'exception du prépuce, du gland et du méat qui sont traités alors d'une façon plus douce à cause de leur sensibilité et de leur délicatesse, c'est-à-dire qu'on les savonne et qu'on les essuie avec de petits tampons de coton humide jusqu'à ce que la muqueuse ou pseudo-muqueuse soit absolument dégagée de son smegma ; au besoin, si l'orifice préputial est étroit et ne permet point la découverte du gland, on lave la cavité préputiale à l'aide d'une petite seringue. Le reste du manuel opératoire est le même qu'ailleurs : dégraissage à l'alcool et à l'éther, et lavage au sublimé, au formol, etc., à cette autre différence que le prépuce, la cavité préputiale, le gland, le méat sont lavés simplement à l'eau stérilisée. Ajoutons, cependant, que l'application de l'éther sur les bourses, comme à l'anus, est très douloureuse et, qu'il est, par suite, plus convenable de ne point la faire en dehors de l'anesthésie générale.

Lorsque la peau des organes génitaux et de leurs parages est affectée de fistules, de lésions ulcéreuses, de plaques de sphacèle, on complète l'antisepsie par des irrigations, par la cautérisation ignée, par le flambage.

3° *Désinfection urinaire.* — On la fait *simultanément : d'une manière indirecte*, par l'administration de certains médicaments qui passent dans l'urine à travers les reins et qui servent à prévenir ou à combattre l'infection, tels que l'acide benzoïque, le benzoate de soude, le salol, le biborate de soude (Terrier), l'essence de santal à la dose quotidienne de 2 à 5 grammes, et *d'une manière directe*, à l'aide de liquides aseptiques ou antiseptiques qu'on porte ou qu'on amène au contact de la muqueuse dans l'urètre, dans la vessie, dans l'un et l'autre. Les liquides antiseptiques ordinairement employés sont : l'acide urique 3 p. 100, l'acide salicylique 3 p. 1000, l'acide phénique 2 1/2 p. 100, le formol 5 p. 1000, le permanganate de potasse 1 p. 1000, le nitrate d'argent 1 p. 500 à 1 p. 1000 ; ces deux derniers conviennent surtout aux inflammations d'origine gonococcique. L'antisepsie directe est la plus efficace ; c'est d'elle seule qu'il va être maintenant question dans ses divers modes et moyens.

a. *Antisepsie de l'urètre.* — On la pratique soit avec des seringues stéri-

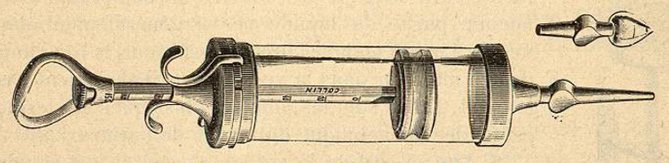

Fig. 981. — Seringue stérilisable d'Albarran.

lisables (fig. 981) qu'on ajuste à des sondes, soit avec des siphons, dont il existe un grand nombre de modèles, tel celui de Collin (fig. 982), et qui consistent essentiellement, presque tous, en un récipient quelconque, qui est