

on recommandera au malade de ne pas faire le moindre effort pour évacuer ses lavements, il ne devra les rendre qu'en se retenant, malgré lui pour ainsi dire, ou mieux à l'aide de la canule rectale.

II. — OPÉRATIONS SUR L'INTESTIN

1° RÉSECTION DE L'INTESTIN

La résection de l'intestin est formellement indiquée pour les tumeurs malignes de l'intestin facilement enlevables, dans les cas de gangrène par étranglement herniaire, ou par occlusion ; ou bien quand on constate, au cours de l'ablation d'une tumeur, qu'elle a des connexions telles avec l'intestin qu'on est obligé de sacrifier celui-ci.

On l'a préconisée dans l'anus contre nature, dans le rétrécissement de l'intestin, mais ces indications sont discutables, comme nous le verrons plus loin.

TECHNIQUE

1^{er} temps. — Section entre les deux ligatures.

Au-dessus et au-dessous de l'anse à supprimer, on place deux ligatures assez rapprochées entre lesquelles on coupe l'intestin jusqu'au mésentère. On désinfecte aussitôt chaque moignon à l'eau phéniquée forte.

2^e temps. — Placement des pinces.

On fait refluer des matières par pression des doigts jusqu'à une distance de 15 centimètres sur les deux bouts et on place en ce point les pinces à crémaillère afin d'utiliser les deux bouts pour la suture. On enlève les ligatures et on désinfecte la cavité des deux bouts avec de petites éponges montées sur pinces, imbibées d'eau phéniquée forte.

3^e Section du mésentère.

Quand on n'a pas l'intention de faire suivre la résection d'une suture circulaire, on n'a plus qu'à sectionner le mésentère au ras de l'anse et à pincer les vaisseaux au fur et à mesure.

Mais si l'on doit faire cette suture circulaire, on incisera un triangle de mésentère ayant pour base l'anse malade et dont la hauteur varie avec la longueur de cette anse, afin de n'être pas gêné dans l'exécution des sutures par la saillie du moignon mésentérique. On fera cette incision à petits coups de ciseau, pinçant les vaisseaux au fur et à mesure en attendant qu'on les lie.

2^o ENTÉRORRAPHIE CIRCULAIRE CLASSIQUE

Czerny, Billroth, Julliard, qui ont une expérience considérable de la chirurgie de l'intestin emploient

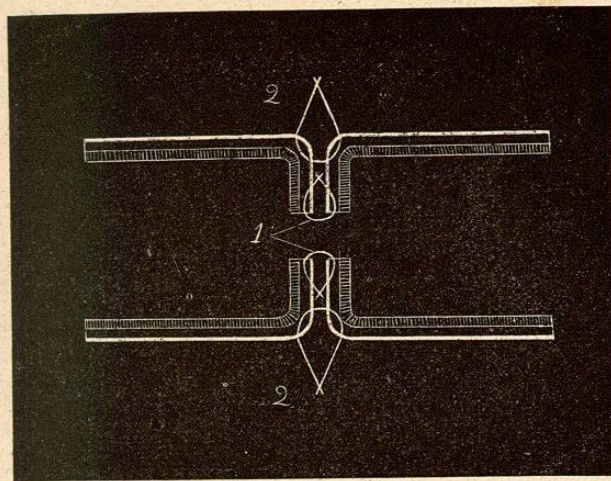


Fig. 23. — Suture de Czerny (remarquer le rétrécissement produit).

1, premier étage séro-musculaire ; — 2, deuxième étage séro-séreux.

la suture à deux étages, et négligent la suture muco-muqueuse.

1^{er} temps. Premier étage de suture.

On utilise la suture séro-muscleuse de Czerny dans laquelle l'aiguille traverse la séreuse et sort par la tranche de la musculuse (fig. 23).

On place d'abord un premier point dans la région du mésentère, et le second à l'opposite, un niveau du bord convexe, afin de n'avoir pas trop d'étoffe sur l'un des bouts à la fin de la suture. Dans l'intervalle de ces deux points extrêmes, on échelonne de 3 en 3 ou de 5 en 5 millimètres un nombre suffisant de points de Czerny.

2^e temps. Deuxième étage de sutures.

Par-dessus cette première rangée on applique un second étage de points de Lembert espacés de 5 millimètres environ.

Dans la région de l'insertion mésentérique, les sutures sont particulièrement difficiles; l'intestin s'infléchit difficilement, souvent on pique des vaisseaux qui saignent beaucoup et qu'on est obligé de lier, ce qui compromet la vitalité de l'intestin.

Pour remédier au premier inconvénient (inflexion difficile), on a une tendance naturelle mais déplorable à détacher l'intestin du mésentère, sans penser qu'on prépare ainsi le sphacèle de l'intestin et l'insuffisance des points de suture.

On peut, il est vrai, à l'exemple de Madelung, sectionner le mésentère comme il est indiqué dans le dessin ci-contre, de façon à garder les vaisseaux qui rampent au contact de l'intestin, mais cette pratique

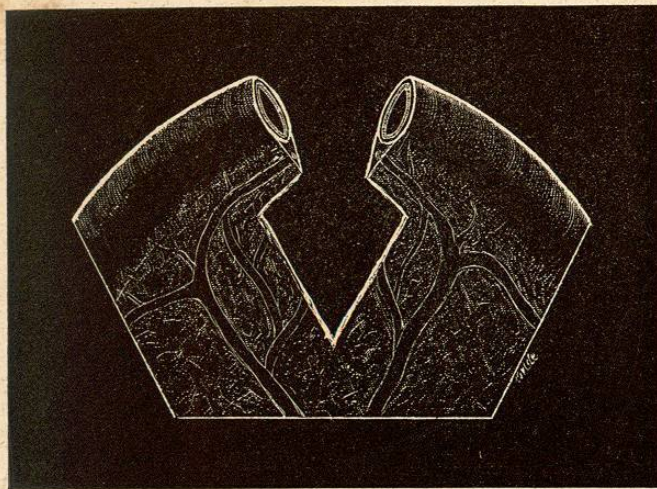


Fig. 24. — Résection du mésentère, d'après Madelung.

compromet aussi la nutrition des tuniques intestinales (fig. 24.)

En somme la région mésentérique oppose à l'exécution correcte de la suture circulaire des difficultés considérables.

Ce procédé présente encore plusieurs autres inconvénients sérieux : L'absence de suture muco-mu-

queuse (qu'on supprime sans doute pour diminuer la durée de l'opération et pour ne pas augmenter encore le rétrécissement valvulaire), expose le plan profond séro-séreux à l'infection, et amène ultérieurement le rétrécissement de l'intestin.

Disons encore que cette opération produit un rétrécissement immédiat considérable qui occasionne

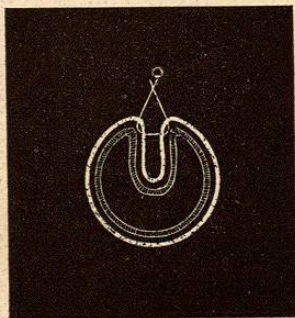


Fig. 25. — Pli destiné à rétrécir le bout supérieur trop large (Billroth).

souvent la mort des malades par une occlusion véritable. En effet le diamètre d'une anse intestinale est de 3 à 4 centimètres en moyenne. Si on le réduit à chaque extrémité en produisant un adossement de 1 centimètre, on voit qu'il reste à peine 2 centimètres de libres, encore cet espace est-il souvent oblitéré par la turgescence de la muqueuse congestionnée.

Enfin la suture circulaire est très difficile à exécu-

ter quand les deux bouts sont de calibre inégal. On a imaginé pour obvier à cet inconvénient, plusieurs procédés qui sont tous également mauvais.

a. Billroth conseille de faire un pli sur le bout dilaté et de le fixer par des sutures (fig. 25).

b. Madelung résèque un triangle sur le bout le plus large et suture ensuite la perte de substance (fig. 26).

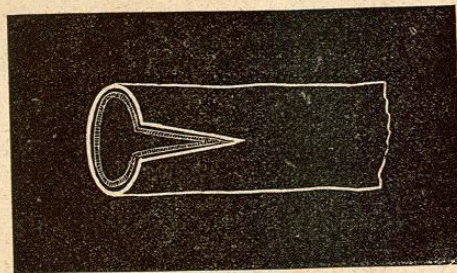


Fig. 26. — Résection triangulaire du bout supérieur trop large (Madelung).

c. Billroth dans certains cas commence la suture comme si les deux bouts étaient d'égal calibre puis il ferme par des sutures la portion non utilisée (fig. 27).

d. On dilate le bout inférieur avec le doigt ou une pince (Billroth-Dittel-Bouilly).

e. Madelung fait sur le petit bout une section oblique par rapport au grand axe, ce qui donne une

circonférence plus grande qu'une section perpendiculaire (fig. 28).

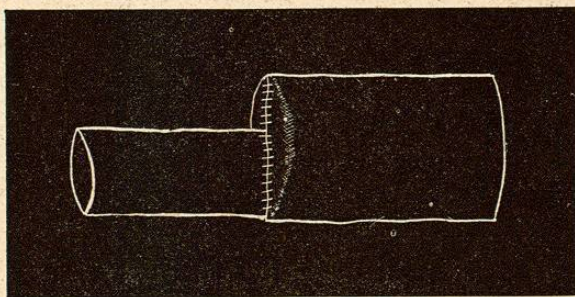


Fig. 27. — On ferme par des sutures la portion non utilisée du bout supérieur (Billroth).

Tous ces procédés sont défectueux, il suffit de les exécuter sur le cadavre ou sur l'animal pour se con-

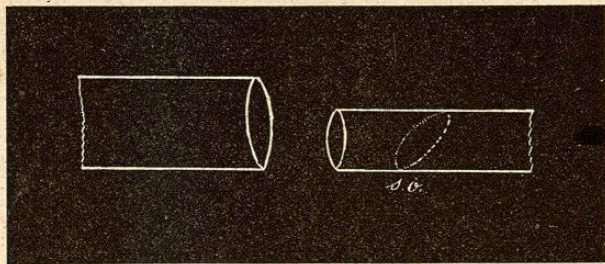


Fig. 28. — Section oblique du bout inférieur (Madelung) afin de lui donner une circonférence plus grande.

vaincre combien les sutures ainsi établies sont défec-

teuses. D'ailleurs le seul fait d'établir deux étages de suture sur un intestin déjà rétréci expose à la mort par rétrécissement et occlusion consécutive.

Il résulte de cette étude que la suture circulaire classique est difficile dans son exécution, à cause de la région mésentérique; elle expose au rétrécissement immédiat et au rétrécissement ultérieur en raison de l'absence de suture de la muqueuse, enfin elle ne permet pas de remédier efficacement aux difficultés résultant de l'inégalité de calibre ¹.

Pour supprimer les inconvénients précités, j'ai modifié de la façon suivante la technique de la suture circulaire.

1. La suture circulaire classique n'est donc applicable sans modifications que sur le gros intestin quand le calibre en est normal sur les deux bouts.

3° SUTURE CIRCULAIRE AVEC FENTE.
— PROCÉDÉ DE L'AUTEUR¹

Pour remédier au rétrécissement ultérieur de l'intestin j'ai modifié légèrement la suture à deux étages de Czerny. D'après cet auteur la première rangée de suture doit empiéter sur la tranche de la musculuse coupée. La muqueuse n'est donc point suturée, et il est à craindre qu'il ne se développe à ce niveau un anneau cicatriciel. Je conseille, comme je l'ai dit plus haut, de faire passer l'aiguille sur la tranche de la muqueuse (suture séro-muqueuse de l'auteur) ; le danger d'infection n'est pas plus grand que précédemment², et la suture se trouve bordée de muqueuse.

Nous avons vu plus haut combien la région mésentérique rendait la suture difficile et dangereuse. Voici la pratique que je conseille.

Pour la première rangée de sutures, je place dans la région du mésentère trois fils musculo-muqueux dont les trous d'entrée et de sortie sont situés sur la tranche

1. Voir Chaput, *Congrès de chirurgie*, 1891.

2. Il y a moins de danger d'infection en faisant traverser au fil la tranche de la muqueuse, que s'il en perforait toute l'épaisseur.

de la muqueuse et sur celle de la musculuse, ce qui permet d'éviter sûrement la piqure du mésentère. Ces fils seront noués en dehors : si on les nouait en dedans le nœud ferait bâiller les lèvres de la muqueuse, ce

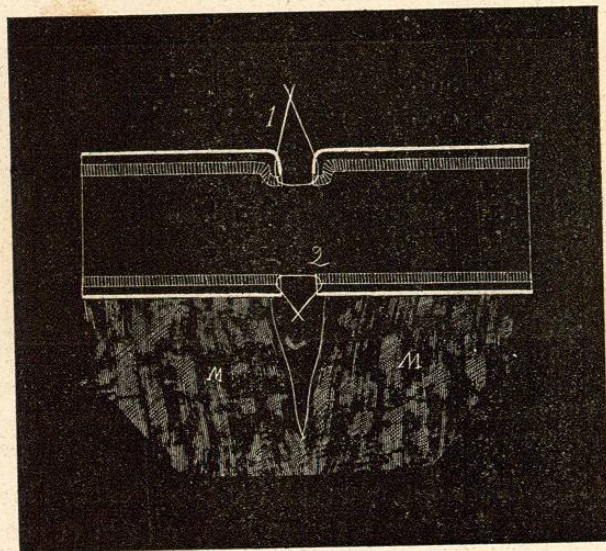


Fig. 29. — Suture circulaire, procédé de l'auteur.

1, suture séro-muqueuse ; — 2, suture musculo-muqueuse. M, mésentère.

qui augmenterait les chances d'infection (fig. 29). Pour la seconde rangée séro-séreuse, il faut prendre garde de ne pas traverser le mésentère lui-même mais de placer un fil immédiatement en avant et

un autre immédiatement en arrière, de ce même pédicule vasculaire (fils juxta-mésentériques). Ces fils, après avoir été noués chacun pour leur propre compte, sont encore noués ensemble, ce qui renforce considérablement la suture (fig. 30).

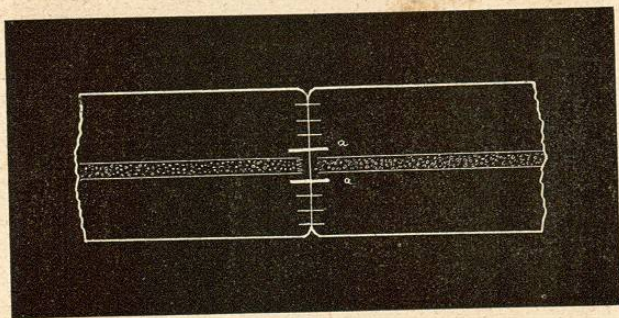


Fig. 30.

a, a, Points juxta-mésentériques. La coupe du mésentère est représentée par la bande pointillée.

Je conseille enfin, non seulement pour les cas d'inégalité de calibre mais encore comme règle et pour éviter le rétrécissement valvulaire de l'intestin (constant dans les procédés classiques), de faire une fente longitudinale sur les deux bouts qu'on suture, comme il est indiqué sur la figure 32.

Voici la description détaillée de toute l'opération.

1° Suture de la demi-circonférence postérieure.

On commence par les trois points musculo-muqueux à nœuds externes de la région mésentérique; on place

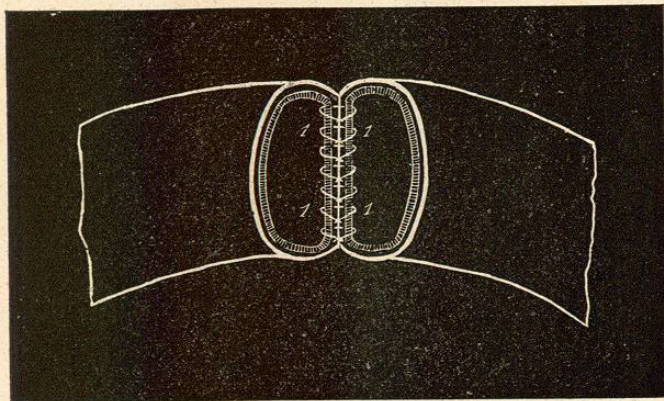


Fig. 31. — Suture de la demi-circonférence postérieure.

1, 1, points muco-muqueux (Il est préférable d'employer la suture séro-muqueuse comme il est dit dans le texte).

ensuite le premier étage de points séro-muqueux de la demi-circonférence postérieure ou mésentérique (fig. 31).

2° Exécution de la fente; suture de cette fente.

On fait aux ciseaux sur le bord convexe de chaque bout une fente de 3 centimètres environ. On arrondit les lambeaux ainsi formés en réséquant leur sommet

pointu, ce qui donne à la fente la forme d'un

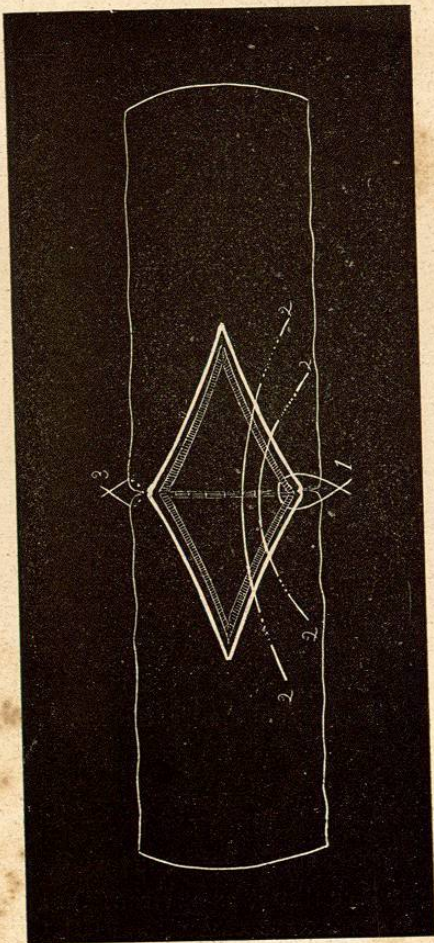


Fig. 32. — Suture de la fente.

1, suture muco-muqueuse (milieu vaut le point séro-muqueux) ; — 2, 2, sutures séro-muqueuses, 3, sutures séro-séreuses.

losange. On suture les bords contigus du losange comme on peut le voir sur la figure 32, soit par la

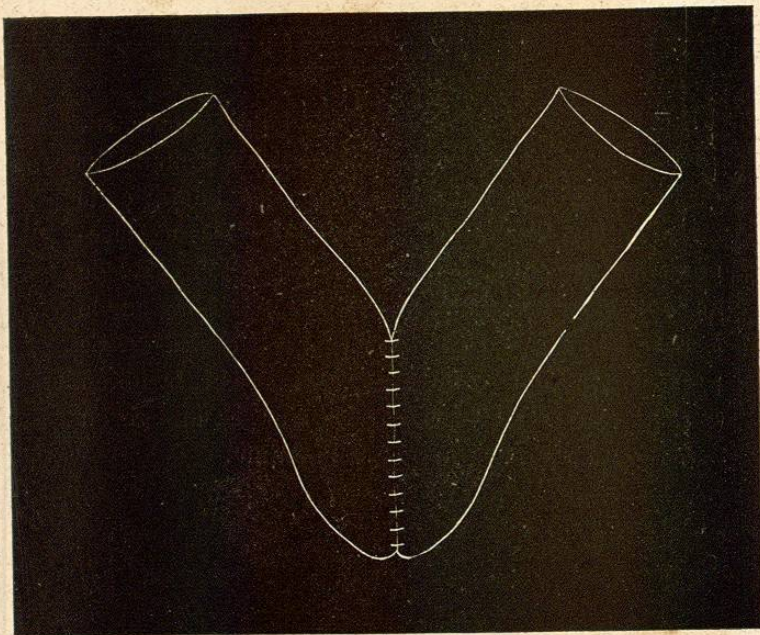


Fig. 33. — Suture circulaire avec fente. Opération terminée.

suture à trois étages ou plus simplement avec un premier étage séro-muqueux et un second étage de Lembert (fig. 32).

3° Deuxième étage séro-séreux.

On n'oubliera pas de placer un second étage séro-

séreux sur toute la circonférence de l'intestin, en observant pour le mésentère les précautions formulées plus haut (fig. 30).

Avantages de la fente.

Le fait de pratiquer une fente longitudinale sur l'intestin augmente singulièrement les dimensions de l'orifice de communication des deux bouts; cette fente permet également de remédier très efficacement aux inégalités de calibre. Il suffit en effet de prolonger un peu plus l'incision longitudinale sur le bout le plus étroit pour trouver l'étoffe désirable. Ce procédé m'a donné de beaux succès sur le chien (trois guérisons sur trois cas). Je n'ai pas encore eu l'occasion de l'appliquer chez l'homme.

**4° SUTURE CIRCULAIRE PAR ABRASION.
PROCÉDÉ DE L'AUTEUR¹**

1^{er} temps. Dissection de la muqueuse.

A l'aide de pinces et de ciseaux à strabisme, on sépare rapidement la muqueuse de la musculieuse sur toute la circonférence des deux bouts et sur une hauteur de 1 centimètre environ. On se garde bien de la sacrifier, comme je le faisais dans le procédé primitif, car cette pratique provoque des hémorrhagies gênantes. Mieux vaut conserver la muqueuse et s'en servir pour la suture interne.

2^e temps. Suture interne de la muqueuse.

Pour la demi-circonférence postérieure on noue les fils en dedans.

Pour la demi-circonférence antérieure on noue en dehors (Voir page 18).

3^e temps. Suture par abrasion et suture séro-séreuse.

On exécute un double plan de suture :

1. Voir Chaput, *Nouvelles méthodes de traitement des anus contre nature*, *Archives générales de médecine*, 1890).

1° La suture par abrasion en mettant au contact la face interne des musculueuses avivées ;

2° La suture séro-séreuse de sûreté.

On peut faire ces deux plans avec des fils distincts ou plus simplement avec un seul fil, comme l'indique la figure 34.

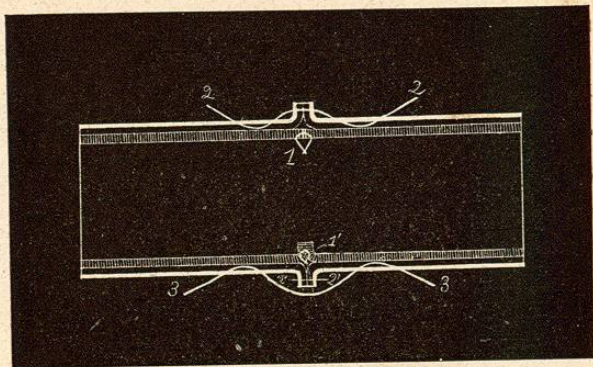


Fig. 34. — Suture circulaire par abrasion.

1, suture muco-muqueuse par apposition (procédé primitif) ; — 1', suture muco-muqueuse par inflexion ; — 2, suture par abrasion et suture séro-séreuse exécutées avec un seul fil ; — 2, 3, suture par abrasion et suture séro-séreuses distinctes.

Les avantages de cette méthode sont les suivants :

1° Elle provoque moins de rétrécissement que la suture circulaire classique ;

2° Elle donne la sécurité d'un triple étage de sutures ;

3° Les surfaces destinées à se souder sont beaucoup plus étendues que celles que donnent les procédés ordinaires.

J'ai employé ce procédé sur l'homme avec succès pour une fistule stercorale compliquée qui nécessita une résection totale (Académie de médecine, 1890).

3° ENTÉRRORRAPHIE LONGITUDINALE.
PROCÉDÉ DE L'AUTEUR¹

L'entérorraphie longitudinale consiste à faire sur chacun des deux bouts une fente longitudinale de 5 à 6 centimètres, et à suturer ensemble les bords des deux fentes. Ce premier point réalisé, on a comme résultat, d'après l'ingénieuse comparaison de Duchamp, une culotte dont le corps est représenté par la portion suturée.

Pour terminer l'opération, il reste à fermer la culotte au niveau de la ceinture.

Voici la succession des temps opératoires :

1° Accolement des deux anses par des sutures.

Les deux bouts encore intacts sont posés côte à côte, parallèlement. A égale distance du mésentère et du bord convexe, on fait une première rangée de sutures séro-séreuses qui réunit les deux bouts sur une hauteur de 6 à 7 centimètres.

Immédiatement au-devant de ce plan de sutures on en exécute un second identique (fig. 35).

1. Voir Chaput, *Nouvelles méthodes de traitement des anus contre nature* (*Archives générales de médecine*, 1890).

2° Incision longitudinale.

On pratique alors, avec des ciseaux, sur chaque

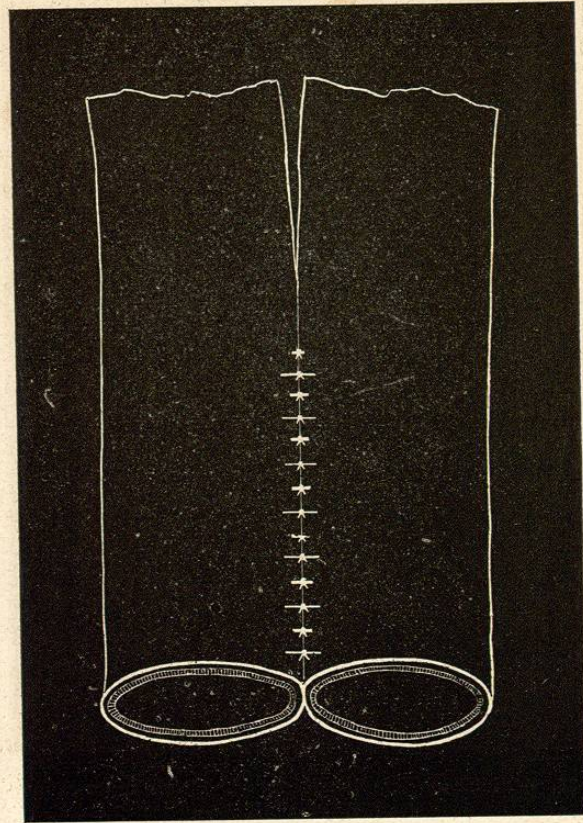


Fig. 35. — Entérorraphie longitudinale, accolement des deux anses par un double plan de sutures séro-séreuses.

bout, une fente de 5 à 6 centimètres, située im-

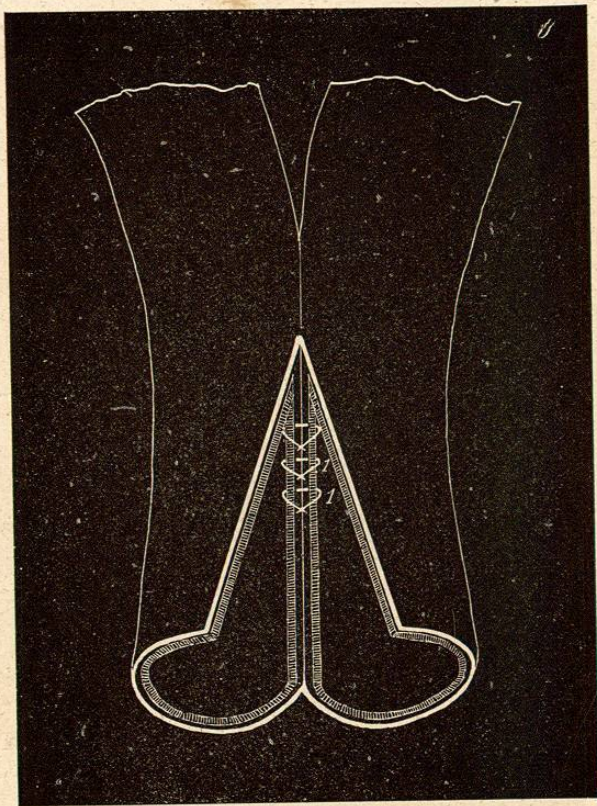


Fig. 36. — Entérorraphie longitudinale. Suture muco-muqueuse des lèvres postérieures.

médiatement au-devant du second plan de sutures

(et dans le voisinage du bord convexe de l'intestin).

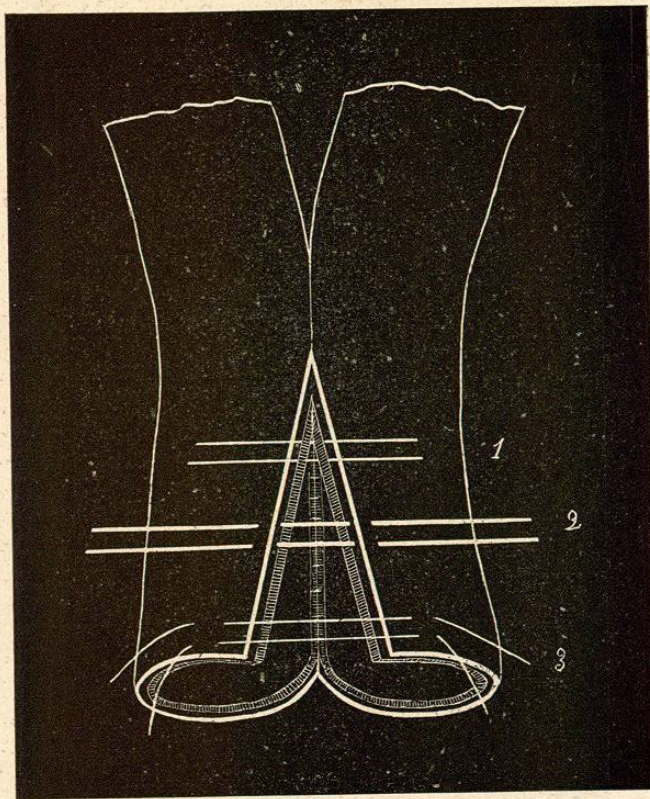


Fig. 37. — Entérorraphie longitudinale. Suture des lèvres antérieures.

1, suture muco-muqueuse ; — 2, 3, sutures séro-séreuses (double peau).