

3° Suture muco-muqueuse postérieure.

Les deux fentes ainsi produites présentent deux

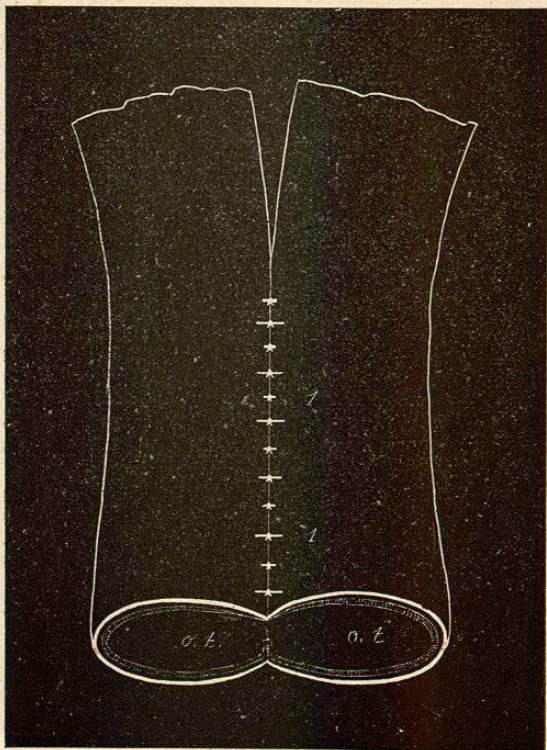


Fig. 38. — Entérorraphie longitudinale. La suture des lèvres postérieure et antérieure est terminée. Il reste à oblitérer l'orifice terminal.

lèvres postérieures et deux lèvres antérieures, qu'il s'agit de suturer ensemble.

On fait sur les lèvres postérieures déjà accolées la suture muco-muqueuse de Wölfler à nœuds internes et on passe ensuite aux lèvres antérieures (fig. 36).

4° Suture des lèvres antérieures.

On fait sur celles-ci, comme sur les précédentes, deux plans séro-séreux et un plan muco-muqueux¹, mais dans un ordre inverse; on commence par la suture muco-muqueuse dont on noue les fils cette fois en dehors et on termine par les deux plans séro-séreux (fig. 37 et 38).

3° Fermeture de l'orifice terminal.

J'avais préconisé jadis la suture par abrasion pour ce temps opératoire; mais je dois dire que des essais plus récents m'ont convaincu de la facilité et des avantages de la suture séro-séreuse. On fermera donc l'orifice terminal par un double plan de Lembert (fig. 39).

Avantages de ce procédé.

1° Ce procédé permet des adossements aussi larges

1. On peut remplacer la suture à trois étages par la suture à deux étages modifiée par l'auteur (1^{er} plan, séro-muqueux).

que possible, sans avoir jamais à craindre de rétrécissement.

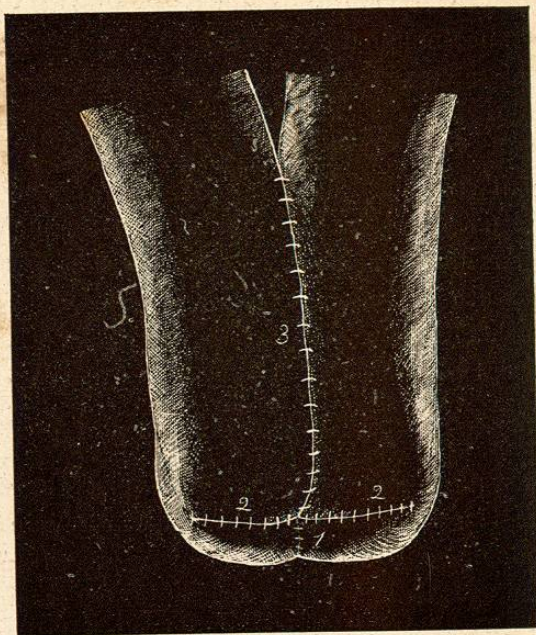


Fig. 39. — Entérorraphie longitudinale terminée.
1, suture postérieure; — 2, suture terminale séro-séreuse; — 3, suture antérieure.

2° Il remplace le rétrécissement habituel par une dilatation.

3° On n'a pas à compter avec les difficultés opératoires de la région mésentérique comme dans les procédés précédents.

4° Il est surtout avantageux quand il s'agit de réunir deux intestins de calibre très inégal.

5° Ce procédé donne de grandes facilités lorsqu'on veut ménager une fistule de sûreté; la fistule placée à l'extrémité des deux bouts ne compromet nullement la réunion comme cela aurait lieu pour une suture circulaire.

L'entérorraphie longitudinale a donné à Duchamp de beaux succès dans deux cas de résection pour hernie gangrénée (Voir *Thèse de Marin*, Lyon, 1891).

s'invaginer de plus en plus, si bien qu'ils oblitéraient l'anastomose.

6° ENTÉRORRAPHIE PAR ANASTOMOSE

Senn a préconisé, après résection totale, d'oblitérer chacun des deux bouts par des sutures séro-séreuses et de les anastomoser ensuite latéralement un peu plus haut. Il conseille, pour l'exécution de l'anastomose, l'emploi de ses plaques décalcifiées (fig. 40).

Nous renvoyons pour les détails de technique au chapitre *Entéro-anastomose*.

Appréciation.

Le principe même de l'opération est ingénieux, mais je suis opposé à l'emploi des plaques décalcifiées.

En supposant même qu'on exécute l'anastomose par le procédé de la suture, comme je le conseille, l'entérorraphie par anastomose serait encore passible de quelques objections.

1° Elle détermine la présence au-dessous de l'anastomose de deux culs-de-sac formés par les deux bouts oblitérés où peuvent s'accumuler des corps étrangers, du sang; d'où danger de stagnation, de putréfaction, d'infection.

2° J'ai vu chez le chien les deux bouts oblitérés

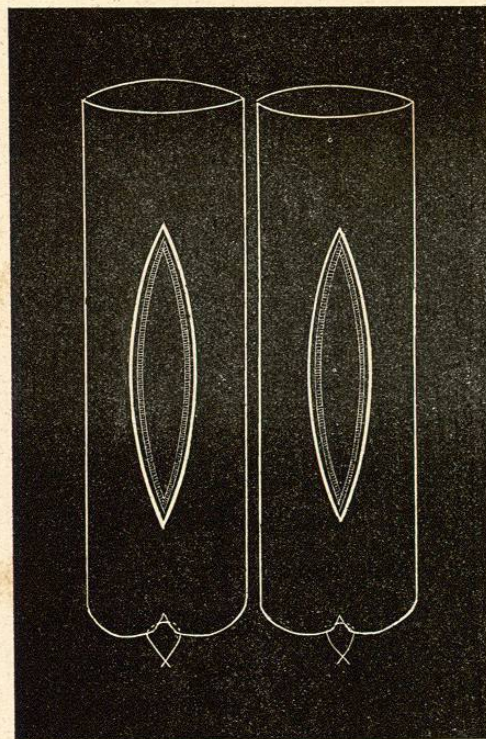


Fig. 40. — Entérorraphie par anastomose. L'opération est préparée.

3° Toutes choses égales d'ailleurs, la communication entre les deux bouts est moins large que celle que donne l'entérorraphie longitudinale.

qu'à ce que l'os soit devenu flexible. On les trans-

7° DE L'ENTÉRO-ANASTOMOSE¹

Cette opération consiste à faire communiquer latéralement deux anses d'intestin d'ailleurs intactes. Imaginée par Maisonneuve en 1845, elle n'est entrée dans la pratique qu'à la suite des progrès apportés à la technique de la gastro-entérostomie par Wölfler.

On peut exécuter l'entéro-anastomose de trois manières différentes :

- 1° Procédé des plaques décalcifiées (*Senn*);
- 2° Procédé de la pince (*Chaput*);
- 3° Procédé de la suture (*Wölfler*).

1° PROCÉDÉ DE SENN

Préparation des plaques décalcifiées.

Le fémur ou le tibia d'un jeune veau est scié en rondelles épaisses d'un quart de pouce, longues de 2 à 3 pouces, larges de 1 pouce.

On les décalcifie dans une solution d'acide chlorhydrique à 10 p. 100 qu'on change tous les jours jus-

1. Voir mon travail : *De l'entéro-anastomose, procédés opératoires, indications, résultats* (*Archives générales de médecine*, avril 1890).

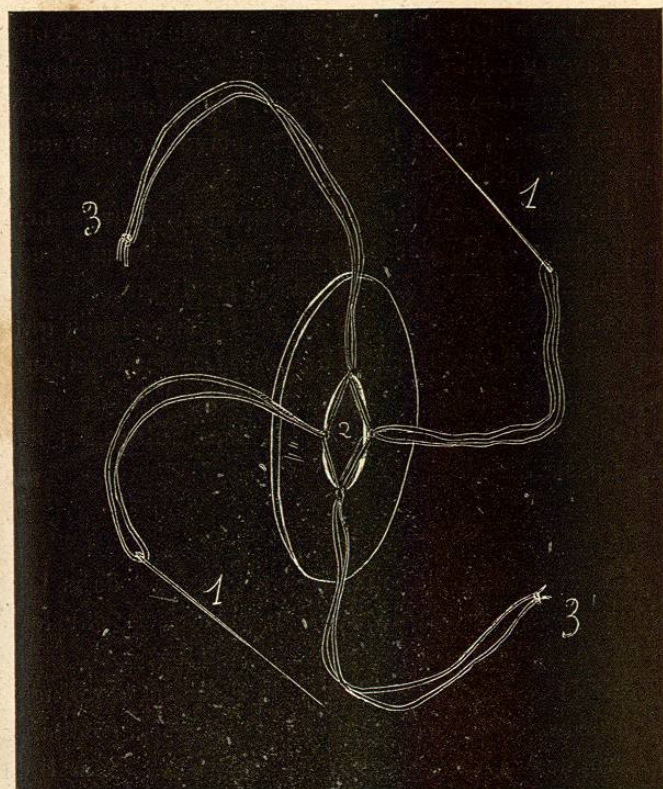


Fig. 41. — Plaque décalcifiée de Senn.

1, 1, fils armés; — 2, orifice central; — 3, 3, fils non armés.

porte pendant quelques heures dans une solution de

potasse caustique pour enlever l'excès d'acide. C'est alors qu'on perce les plaques d'un large orifice central à l'aide d'un bistouri; on y ajoute quatre trous faits avec un drill, pour passer les fils; on les plonge enfin dans une solution d'alcool, glycérine et eau à parties égales, dans laquelle les plaques conservent leur forme et leur souplesse.

Les plaques sont de forme elliptique, leur orifice central aussi. Ce dernier mesure en longueur et en largeur le tiers des dimensions de la plaque.

Très près de cet orifice sont les quatre trous qui servent à passer quatre fils doubles. Les deux fils qui correspondent au petit diamètre de l'orifice sont armés chacun d'une aiguille, les deux autres fils ne sont pas armés (fig. 41).

Technique opératoire.

La circulation des matières est arrêtée dans les deux anses, à l'aide de liens de caoutchouc sur les quels on applique des pinces hémostatiques.

Sur la convexité de chaque anse on fait une incision de un pouce et demi à deux pouces permettant l'introduction des plaques osseuses dans l'intestin. Avec les fils armés, on traverse la paroi intestinale vers le milieu de la plaie, à un huitième de pouce des bords de l'incision. On noue alors deux par deux les fils de chaque plaque qui se correspondent, aussi bien

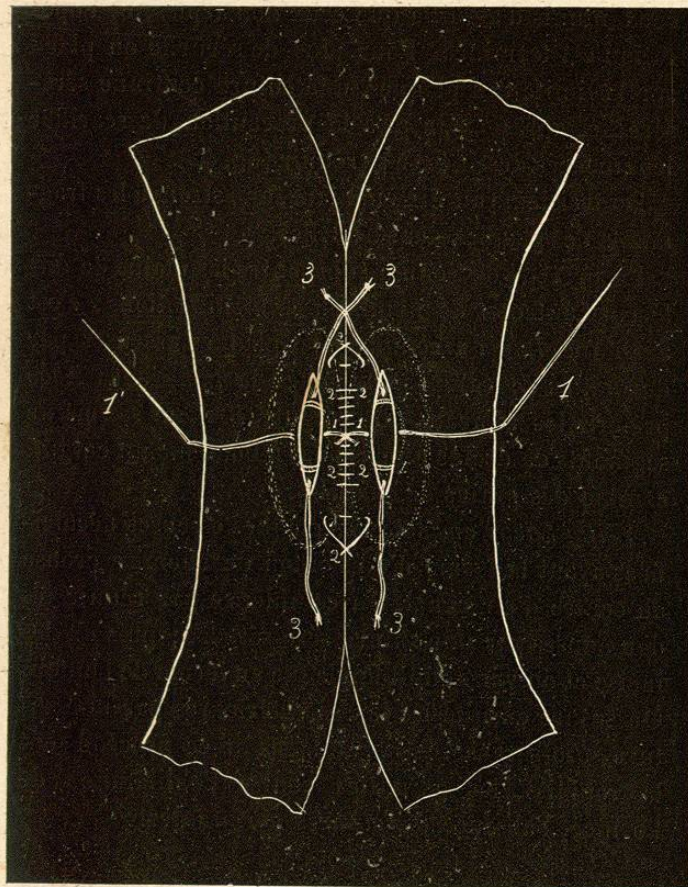


Fig. 42. — Entéro-anastomose par le procédé de Senn (plaques décalcifiées).

1, 1, fils armés ayant traversé la paroi intestinale et déjà noués; — 1', 1', fils armés non encore noués; — 3, 3, 3, 3, fils non armés; — 2, 2, 2, 2, suture séro-séreuse de précaution. On aperçoit en pointillé la limite des plaques.

ceux munis d'aiguille que ceux non armés, et l'opération est terminée. Pour plus de sécurité on place sur la limite des plaques, une suture continue séro-séreuse, après avoir pris la précaution de scarifier les surfaces destinées à se réunir (fig. 42).

Du troisième au dixième jour, on retrouve les fragments des plaques dans les selles.

Le procédé de Senn a subi, entre les mains de différents auteurs, de nombreuses modifications; c'est ainsi que *Davis* a remplacé les plaques osseuses par des nattes de catgut pour éviter la gangrène; *Abbe* préfère les anneaux de catgut; *Brokaw* se sert de segments de drains enfilés bout à bout sur un catgut, comme des grains de chapelet.

Willy Sachs emploie des plaques osseuses décalcifiées ayant la forme d'un bouton de chemise creusé au centre d'un canal. On commence par réunir les deux anses par une suture séro-séreuse; puis on les incise et on y introduit la plaque en forme de bouton. On suture ensuite les lèvres antérieures par une suture séro-séreuse. Les avantages de ce procédé sont la rapidité, les garanties contre l'oblitération de l'orifice, l'absence des sutures perforantes.

Appréciation.

Le procédé de Senn présente des inconvénients considérables qui nous obligent à le rejeter absolu-

ment. [Il est difficile de se procurer des plaques osseuses, il est long de les décalcifier; il en faut de plusieurs tailles pour l'estomac, pour l'intestin de l'adulte et celui de l'enfant.

L'orifice qu'on obtient est très petit, à peine de 2 à 3 centimètres, ce qui est manifestement insuffisant.

Si les plaques sont trop dures elles exposent au sphacèle, comme Senn l'a observé plusieurs fois à ses dépens; si elles sont trop molles elles ne servent à rien. Enfin elles ont l'immense infériorité d'exiger des sutures perforantes, ce qui est une faute.

Quant aux sutures séro-séreuses, que Senn ne considère pas comme absolument indispensables, elles ne sont disposées que sur un seul plan, ce qui n'est pas suffisant.

Reichel a formulé contre le procédé de Senn une série de critiques très justes: « Lorsque les plaques sont trop grandes, on a de la peine à les introduire, on contusionne les lèvres, et on peut même obstruer le calibre de l'intestin. Quand elles sont trop petites par rapport à l'incision, les bords de la plaie se rétractent et s'échappent. »

Lorsque les fils destinés à être noués ensemble ne se correspondent pas exactement, les plaques tournent et déchirent l'intestin.

Enfin comme on est obligé par prudence d'ajouter une suture continue de Lembert tout autour des pla-

ques, on se trouve avoir exécuté un procédé peu sûr, difficile, compliqué et long.

Une dernière critique c'est la possibilité de l'oblitération de l'orifice; elle a été observée par Senn lui-même et par Reichel.

Les mêmes remarques s'adressent aux dérivés du procédé de Senn.

2° PROCÉDÉ DE LA PINCE (CHAPUT).

Casamayor, dans un cas d'anus iléo-vaginal, fit construire une pince spéciale dont une des branches fut introduite dans le rectum et l'autre dans l'intestin grêle par l'anus iléo-vaginal. Le sphacèle des parois fit communiquer l'iléon et le rectum.

Laugier, en 1872, dans un cas d'anus contre nature avec un bout oblitéré, recherche le cæcum, le fixe à la peau à côté du bout supérieur et applique l'entérotome sur l'éperon.

Dans ces premières tentatives, l'opération était commandée par un anus contre nature préexistant, auquel il fallait trouver un bout inférieur; l'opération que j'ai décrite en 1889 (Académie de médecine), est toute différente, elle consiste à inciser l'abdomen, à chercher deux anses intactes et à les faire communiquer ensemble de la manière suivante :

On fait d'abord la laparotomie, puis on amène dans la plaie abdominale les deux anses que l'on veut anas-

tomoser, et on commence par les suturer latéralement l'une à l'autre sur une hauteur de 5 à 6 centi-

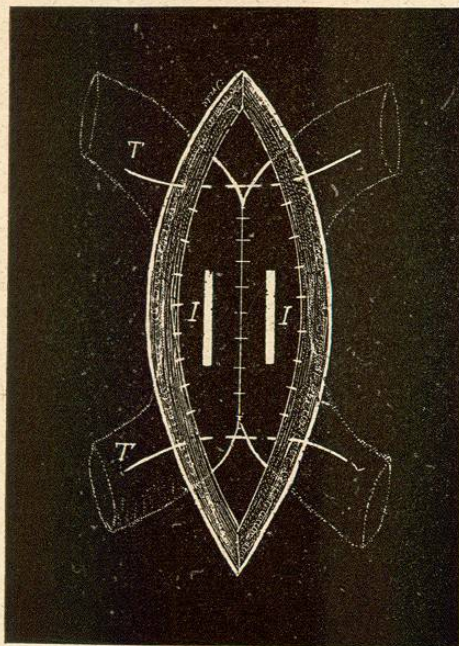


Fig. 43. — Entéro-anastomose par le procédé de la pince (Chaput).

I, I, incision des deux anses; — T, fils terminaux fermant le péritoine.

mètres. On les fixe ensuite toutes deux par des sutures, aux lèvres du péritoine pariétal; on ferme le péritoine en haut et en bas, et on fait sur chaque

intestin une incision longitudinale de 1 centimètre.

Dans un deuxième temps on introduit par les deux orifices les mors d'un entérotome avec lequel on saisit la cloison formée par l'adossement des deux intestins. A la chute de l'entérotome, la communication se trouve établie entre les deux anses.

Dans un troisième temps on pratique l'oblitération des orifices intestinaux (fig. 43).

Appréciation.

Ce procédé a l'inconvénient d'être long, d'exiger plusieurs séances successives, enfin il ne met pas sûrement à l'oblitération, comme j'en ai eu la preuve dans une de mes observations (Terrillon et Chaput, Acad. de méd., 1890). Par contre il présente un avantage inestimable, c'est une innocuité et une sécurité à peu près absolues. Ce procédé est à recommander à tous les chirurgiens qui n'ont pas une très grande expérience des opérations intestinales. J'y ai eu recours plusieurs fois et je dois dire que le premier malade que j'ai guéri par ce procédé ne l'aurait probablement pas été avec les autres méthodes à cause de mon inexpérience d'alors.

3^e PROCÉDÉ DE LA SUTURE (WÖFLER)

En haut et en bas du point où portera l'incision, on passe à travers le mésentère une grosse soie que

l'on serre modérément et qu'on assujettit à l'aide

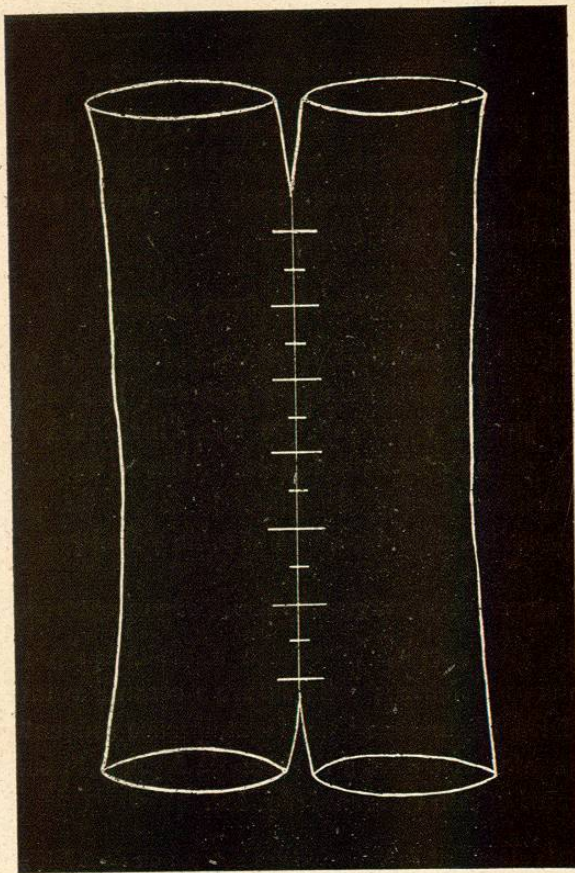


Fig. 44. — Entéro-anastomose par le procédé de la suture. Accolement des deux anses [par un double plan séro-séreux.

d'une boucle afin d'interrompre la circulation des matières.

1° Accolement des deux anses.

On place les deux anses côte à côte et parallèlement, et on exécute une double rangée de points de Lembert qui les accole sur une hauteur de 6 à 7 centimètres (fig. 44).

2° Incision des deux anses.

On ouvre au-devant de ce double plan de sutures et sur une étendue un peu moindre, le bout inférieur puis le supérieur. On fera l'incision à petits coups pour éviter l'effusion des matières; on essuiera la surface interne de l'intestin avec de petites éponges montées imbibées d'acide phénique.

3° Suture muco-muqueuse des lèvres postérieures.

On fait ensuite la suture muco-muqueuse des lèvres postérieures; cette suture a comme avantages de faire l'hémostase¹ de la muqueuse souvent très saignante, et d'ourler l'orifice de façon à le rendre définitif et non rétractile (fig. 45).

1. En attendant l'application des sutures on peut faire l'hémostase avec les pinces à crémaillère décrites plus haut (voir figure 4).

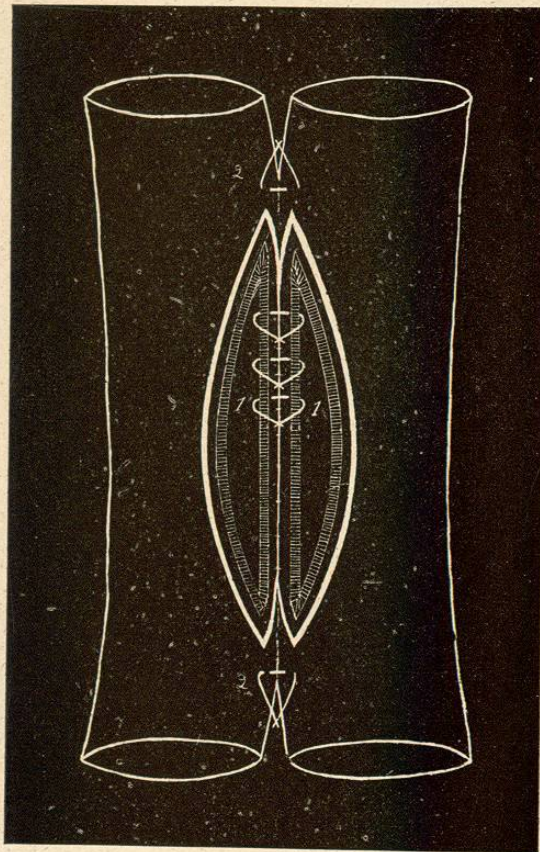


Fig. 45. — Entéro-anastomose par le procédé de la suture.

1, suture muco-muqueuse des lèvres postérieures; — 2, 2, sutures de sûreté.

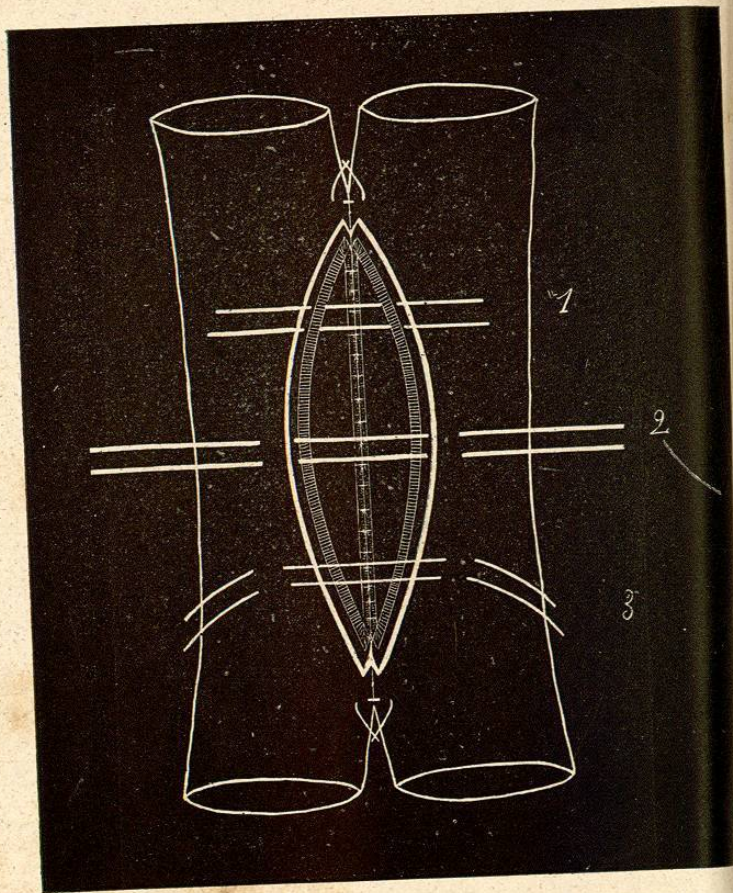


Fig. 46. — Entéro-anastomose par le procédé de la suture.
Suture des lèvres antérieures.

1, suture muco-muqueuse; — 2, 3, double plan séro-séreux.

4° Suture des lèvres antérieures.

On pratique la suture des lèvres antérieures; on commence par la suture muco-muqueuse dont les fils sont noués non plus dans l'intestin comme précédemment, mais en dehors; on termine par les deux plans séro-séreux (fig. 46).

3° Sutures de sûreté.

Au niveau des extrémités de la ligne opératoire, on ferme par deux points de Lembert l'intervalle qui sépare les sutures des lèvres antérieures et postérieures et par lequel les matières filtreraient sans cette précaution.

Avant comme après l'opération, on observera scrupuleusement les précautions diététiques que nous avons formulées plus haut (Voir p. 25 et suiv.).

Appréciation.

Le procédé de la suture présente de grands avantages; il s'exécute en un seul temps, il est bien conçu, et, correctement exécuté, il est d'une sécurité parfaite.

On peut cependant lui faire quelques objections. Il y a d'abord la question de danger par inexpérience de l'opérateur; il faut en effet une très grande habitude de la chirurgie intestinale pour être certain de ne

pas faire de faute opératoire dans l'exécution de la suture (fils trop ou trop peu serrés, trop rapprochés (sphacèle) ou trop espacés (insuffisance de la suture); — adossement de surfaces trop peu étendues; — fautes dans le régime qui précède ou suit l'opération,

Une autre objection très sérieuse aussi, c'est la possibilité de l'oblitération de l'orifice créé par le chirurgien. Elle s'est produite dans les observations de Maisonneuve, Abbe, Salzwedel, et dans celle de Comte où elle est douteuse. Ces auteurs n'avaient d'ailleurs pas fait la suture de la muqueuse; avec cette précaution, cet inconvénient n'est plus à craindre.

INDICATIONS DE L'ENTÉRO-ANASTOMOSE

Cette opération a été employée dans les plaies de l'intestin, le cancer, le rétrécissement, l'étranglement interne et l'anus contre nature.

1° **Plaies d'intestin.** — Dans la guerre d'Amérique on a plusieurs fois suturé ensemble deux perforations, sorte d'entéro-anastomose de nécessité. Mais cette opération ne peut être utilisée qu'exceptionnellement pour les plaies de l'intestin, car elle détermine des coutures ou des brides dangereuses. On ne pourrait sans danger faire plus d'une entéro-anastomose sur le même abdomen.

2° **Cancer de l'intestin.** — Cette affection cons-

titue l'une des meilleures indications de l'entéro-anastomose. En effet, la cure radicale d'un cancer déjà ancien paraît un leurre, et précisément le cancer intestinal n'est jamais reconnu à ses débuts. D'autre part, la gravité de la résection suivie de suture est énorme chez ces sujets cachectiques, affaiblis par l'intoxication générale de l'organisme et par les troubles digestifs persistants.

Lorsque les symptômes d'occlusion sont nuls, on peut fort bien pratiquer l'entéro-anastomose en un temps. Mais quand il existe des phénomènes d'occlusion complète ou incomplète, il est préférable de faire l'anus contre nature.

On peut plus tard faire une nouvelle opération, consistant dans la libération de l'anse porteur de l'orifice anormal qu'on aboucherait dans une anse saine convenablement choisie.

3° **Rétrécissement de l'intestin.** — Nous disposons, contre les rétrécissements de l'intestin, de plusieurs méthodes opératoires. L'une, la résection suivie de suture ou d'anus contre nature, comporte trop de risques pour qu'on l'accepte comme méthode de choix. La seconde, préconisée par Heineke et Mikulicz et employée tout récemment par Péan, consiste à faire une incision longitudinale du rétrécissement à laquelle on donne la forme d'un losange dont on suture ensemble les côtés contigus.