

La troisième méthode consiste à faire l'entéro-anastomose sur deux points très rapprochés du rétrécissement. Elle a été employée par Billroth et Hacker. L'opéré de Billroth est mort, les deux cas de Hacker ont guéri. Une dernière pratique consiste à faire l'entéro-anastomose à distance. C'est cette opération que j'ai exécutée en 1889 pour un rétrécissement du côlon ascendant. Je fis dans ce cas l'anastomose de la fin de l'intestin grêle avec l'S iliaque.

Il est bien entendu que, quand le rétrécissement s'accompagne d'occlusion accentuée, l'entéro-anastomose est contre-indiquée.

4° **Occlusion intestinale.** — L'entéro-anastomose a été préconisée par Senn pour l'occlusion intestinale.

De l'avis de la plupart des chirurgiens, on ne doit pas, au cours d'une laparotomie pour occlusion, faire d'opérations compliquées telles que résections suivies de suture, anastomose, etc.; non seulement parce que l'état général du malade commande le minimum de durée et de choc opératoires, mais encore parce que, avec un intestin surdistendu par les matières et les gaz et souvent friable, il est bien difficile de ne pas souiller le péritoine et bien aléatoire de compter sur les sutures.

Le plus simple et le meilleur dans l'espèce, et cette opinion est défendue par tous les chirurgiens

français, consiste à faire l'anus contre nature avec ou sans résection préalable.

Quand on s'est décidé à faire une simple entérotomie, il serait prudent d'assurer l'avenir en fixant à côté de l'anse qu'on veut ouvrir, une seconde anse grâce à laquelle on pourrait, le cas échéant, faire ultérieurement l'entéro-anastomose par le procédé de la suture ou celui de la pince.

5° **Hernies étranglées.** — En 1890, à la Société allemande de chirurgie, Helferich rapporta un fait intéressant d'entéro-anastomose pour une hernie étranglée avec anse suspecte. L'auteur conseille, dans ces conditions, de laisser l'anse suspecte au dehors sans l'ouvrir, et de pratiquer l'anastomose entre les bouts afférent et efférent, à un travers de main du collet de la hernie.

Ultérieurement, si l'anse reste saine on la réduit; si au contraire elle se gangrène, on se trouve en présence d'un anus contre nature dont l'éperon n'existe plus et qu'on n'a qu'à oblitérer. Helferich conseillera même cette pratique dans les cas où la gangrène est certaine, en raison des dangers de la résection et de l'anus contre nature.

L'opération d'Helferich est intéressante, surtout pour les cas douteux. Pour les hernies franchement gangrenées, il me paraît irrationnel de laisser au contact d'une plaie et au voisinage du péritoine un foyer

d'infection aussi dangereux qu'une anse gangrenée. Mieux vaut encore la résection suivie d'anus contre nature.

6° **Anus contre nature** (Voy. Traitement de l'anus contre nature).

TECHNIQUE DE L'ENTÉRO-COLOSTOMIE ILIAQUE

On fait dans la fosse iliaque gauche une incision parallèle à l'arcade et longue de dix centimètres environ. On reconnaît l'S iliaque et on le fixe à l'aide d'une pince érigne.

Pour trouver avec certitude la dernière anse de l'intestin grêle, on est obligé de faire une incision médiane, qui permet de reconnaître le cæcum, la terminaison de l'intestin grêle, et d'amener dans la plaie iliaque la dernière anse en question. On referme alors l'incision médiane et on procède à l'entéro-anastomose d'après les règles formulées plus haut.

Indications.

Cette opération est indiquée : 1° dans les anus contre nature ombilicaux compliqués de rétrécissement; 2° dans les cancers inopérables du gros intestin, à la condition qu'ils siègent au-dessus de l'S iliaque.

8° ENTÉROSTOMIE

L'entérostomie consiste à suturer une anse d'intestin à la paroi abdominale et à l'inciser, de façon à dériver le cours des matières.

Le mot entérostomie doit être réservé aux cas où l'on fait une incision de l'intestin (pour extraire un corps étranger ou diminuer le volume de l'intestin au cours d'une laparotomie pour occlusion), que l'on suture immédiatement. On peut exécuter cette opération sur l'S iliaque, sur le côlon descendant, sur le transverse, sur le cæcum ou l'intestin grêle.

La colostomie lombaire qui porte sur le côlon descendant est une opération difficile, irrationnelle et mauvaise créée par Callisen, préconisée par Bryant et les chirurgiens anglais; défendue en France par Tillaux, Labbé, Trélat: elle a joui d'une grande vogue à une époque où l'on comptait comme un avantage considérable le fait de ne pas ouvrir le péritoine; actuellement elle paraît à peu près abandonnée de tous.

Elle est en effet compliquée (profondeur de la plaie, difficulté de reconnaître le côlon, impossibilité chez les sujets gras de fixer l'intestin à la peau, il en ré-

sulte que si l'incision de l'intestin est trop petite, elle a tendance à s'oblitérer trop vite; si elle est trop grande, elle expose au prolapsus de la muqueuse ou à l'invagination). Enfin il est plus gênant pour le malade de faire sa toilette dans le dos qu'en avant.

Il n'y a pas une seule circonstance où la colotomie lombaire soit formellement indiquée. Toutefois, pour me conformer à l'usage, je décrirai cette opération.

TECHNIQUE DE LA COLOSTOMIE LOMBAIRE
(OPÉRATION DE CALLISEN)

PROCÉDÉ DE NELATON

Premier temps. — Incision cutanée.

Tracer la ligne iléo-costale qui va de l'épine iliaque A-S à l'angle formé par la dernière côte et la masse sacro-lombaire.

Élever une perpendiculaire à 2 centimètres en arrière du milieu de la crête iliaque.

L'entre-croisement de ces deux lignes marque le milieu de l'incision cutanée, qui s'exécute sur la ligne iléo-costale. On lui donne 10 à 12 centimètres de longueur. On sectionne le grand dorsal, le grand oblique, l'aponévrose du transverse, le bord du carré lombaire.

Deuxième temps. — Recherche du côlon.

Avec le doigt et la sonde cannelée on isole le côlon.

Troisième temps. — Suture.

Je renvoie à la technique de l'entérostomie.

TECHNIQUE DE L'ENTÉROSTOMIE D'APRÈS TERRIER

Avec M. Reclus je conseille, de préférence au chloroforme, l'emploi de la cocaïne à 5 p. 100 ou à 2 1/2 p. 100, parce qu'on évite ainsi les vomissements qui pourraient rompre les sutures.

1° Incision des parties molles.

On fait à la paroi abdominale (dans la fosse iliaque droite ou gauche, ou sur la ligne médiane pour le côlon transverse), une incision longue de 10 à 12 centimètres qui permet d'explorer facilement l'abdomen et de reconnaître rapidement l'anse qu'on veut inciser; celle-ci est tirée au dehors avec une pince érigne; on rétrécit alors la plaie abdominale par des sutures au crin de Florence comprenant le péritoine, les muscles et la peau, de façon à ne ménager qu'un espace d'environ 4 centimètres laissant passer l'anse en question.

2° Suture séro-séreuse.

On fixe l'intestin à la peau par six points de suture

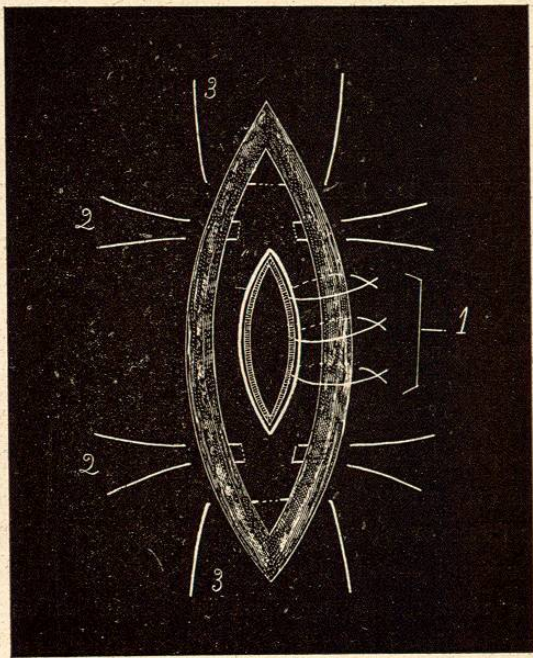


Fig. 47. — Établissement de l'entérostomie.

1, suture de la muqueuse à la peau ; — 2, 2, fils latéraux ; — 3, 3, fils terminaux.

séro-séreux (deux de chaque côté, un en haut et un en bas pour fermer la séreuse).

Les fils latéraux sont passés dans l'intestin parallèlement au grand axe de la plaie cutanée, puis on leur fait traverser la peau et on les noue. Les fils terminaux sont perpendiculaires à l'incision cutanée (fig. 47).

3° Incision de l'intestin.

L'incision de l'intestin doit être parallèle au grand

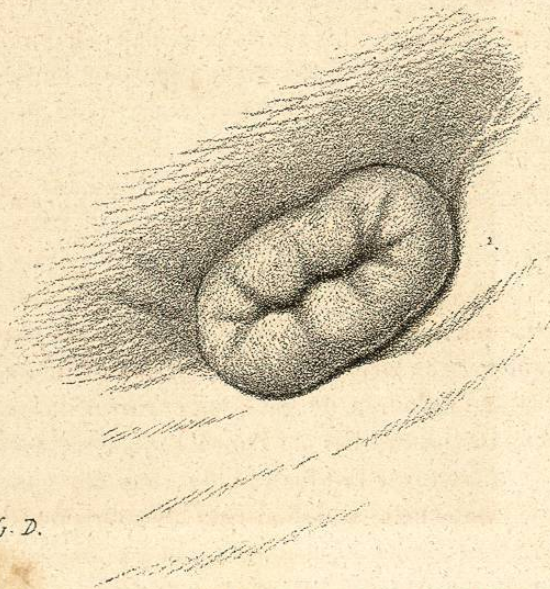


Fig. 48. — Entérostomie par le procédé Terrier. Grandeur naturelle.

axe de l'organe et à la plaie cutanée, on la fera très petite, au plus de deux centimètres (fig. 48).

Cette technique, identique à celle de Terrier pour la gastrostomie, m'a toujours donné, dans six cas où je l'ai employée des anus parfaits, identiques à celui représenté grandeur naturelle sur la figure 48.

4° Fixation de la muqueuse à la peau.

Pour consolider la première rangée de sutures, il faut, après avoir incisé l'intestin et nettoyé la plaie, passer de nouveaux fils séro-séreux dans chacune des lèvres et dans la peau. Ces fils sont perpendiculaires à l'incision.

COLOSTOMIE ILIAQUE PAR LE PROCÉDÉ DE MAYDL

1° Incision cutanée parallèle à l'arcade crurale gauche.

2° Le péritoine étant ouvert, on attire l'S iliaque, au dehors et on perfore son mésentère à l'aide d'une tige rigide entourée de gaze iodoformée.

3° Les deux jambes de l'anse sont alors accolées l'une à l'autre sur la plus grande longueur possible, et fixées dans cette situation par des points de suture séro-séreuse (situés au-dessous de la tige mousse).

4° On fixe ensuite tout l'intestin hernié au péritoine pariétal pour fermer complètement la séreuse.

5° Au bout de quelques jours, on fait une petite ponction pour donner issue aux gaz.

6° Trois semaines après, on enlève au thermocautère, tout ce qui dépasse la paroi abdominale.

PROCÉDÉ DE RECLUS

C'est une variante de celui de Maydl. On fait l'incision cutanée à la cocaïne. On attire l'S iliaque au dehors et on perfore son mésentère avec une grosse sonde en caoutchouc durci. On applique un pansement antiseptique et au sixième jour, lorsque les adhérences sont établies, on ouvre largement l'intestin.

Appréciation.

Ces deux procédés ne sont applicables que dans les cas de cancer du rectum, et à la condition qu'il n'y ait pas urgence à ouvrir l'intestin.

Leur seul avantage, c'est d'empêcher absolument le passage des matières par le rectum. En revanche, ce procédé est long, en ce sens qu'il faut plusieurs jours pour que l'anus contre nature soit établi.

La technique de Maydl est plus longue que celle que j'ai décrite ; celle de Reclus expose à l'issue de l'intestin dans un effort quelconque (vomissement, toux, défécation, etc.).

INDICATIONS DE L'ENTÉROSTOMIE

TRAITEMENT DE L'OCCCLUSION INTESTINALE

L'entérostomie est indiquée dans le cancer ou le rétrécissement inopérable du rectum, dans certaines malformations de cet organe; mais ces cas ne souffrent guère de discussion.

Il n'en est pas de même pour l'occlusion intestinale où l'indication est moins formelle. Le traitement de cette affection est en effet très varié; les médecins s'acharnent d'ordinaire à employer les purgatifs que les chirurgiens sont unanimes à rejeter. Le massage de l'abdomen a donné quelques succès, mais il ne saurait réussir lorsqu'il y a obstacle véritable. Les trois grandes méthodes actuellement en faveur sont l'électricité (procédé de Boudet, de Paris), l'entérostomie et la laparotomie.

L'électricité ne peut réussir qu'en cas de paralysie intestinale; toutes les fois qu'il y a obstacle matériel, elle est impuissante et dangereuse, je conseille donc de s'en dispenser le plus possible, ou du moins, de ne l'employer qu'avec modération et prudence.

La laparotomie est théoriquement très rationnelle; elle permet l'inspection de toute la cavité abdominale, et donne toute facilité pour détruire la bride, supprimer la tumeur ou établir un anus contre nature en

connaissance de cause et dans le point le plus convenable.

Mais la laparotomie dure assez longtemps, elle nécessite le chloroforme et provoque fréquemment le collapsus; elle est moins utile qu'on ne le croit, car la résection de l'intestin, souvent indiquée (tumeur de l'intestin, invagination, gangrène), est des plus grave dans ces conditions tant à cause de sa longueur que de la difficulté opératoire (la distension de l'intestin rend à peu près inévitable l'issue des matières fécales). Pour les mêmes raisons, l'entéro-anastomose est également contre-indiquée quand on opère en pleine occlusion. Aussi est-il préférable de faire tout simplement l'anus contre nature secondaire, quand on constate des lésions nécessitant des opérations difficiles et graves. Ne vaudrait-il pas mieux faire l'entérostomie primitivement et épargner au malade les épreuves d'une laparotomie longue, dangereuse et inutile.

La laparotomie ne rend donc des services sérieux que lorsqu'il s'agit d'une bride qu'on peut couper, d'un corps étranger qu'on peut extraire par une simple incision, ou d'une torsion qu'on peut faire cesser facilement, mais l'entérostomie donne également un soulagement certain dans les mêmes conditions. On n'admet pas, en général, que cette opération soit utile contre les brides, cependant je possède une observa-

tion où l'entérostomie guérit un malade atteint d'occlusion par bride. J'en eus la preuve plus tard, le patient ayant succombé à une autre affection.

L'entérostomie est donc aussi bonne que la laparotomie dans les cas de bride, de corps étrangers, de torsion; elle lui est supérieure dans tous ceux où cette dernière est impuissante (tumeur inopérable, cancer). L'entérostomie n'est vraiment inférieure à sa rivale que dans les cas de hernie intra-abdominale, où il est urgent de lever l'étranglement. En suivant la technique que j'indique pour l'entérostomie, on reconnaîtra bien vite la nature de la lésion, et on y remédiera par l'incision primitive latérale, ou par une nouvelle incision médiane.

En cas de gangrène par bride ou torsion, ou bien on constatera la lésion par l'incision latérale, et on y remédiera comme on a coutume de le faire, ou bien, si on la méconnaît, la situation du malade n'en sera pas aggravée, la mort étant constamment la conséquence des gangrènes intestinales intra-péritonéales à cause de l'infection et du collapsus.

Enfin, l'entérostomie est une opération très facile, rapide, bénigne, et qui ne nécessite pas le chloroforme; on la fait à la cocaïne, qui paraît beaucoup mieux supportée par le patient.

Je conclus donc que l'entérostomie est, en toute hypothèse, la meilleure opération à opposer à l'occlu-

sion. Si le malade survit, le cours des matières peut se rétablir spontanément, et la fermeture de la fistule se fait d'elle-même, ou bien on la ferme chirurgicalement, ce qui est facile. Si le cours des matières ne se rétablit pas, on peut, par une laparotomie secondaire, tardive, et faite cette fois dans de bonnes conditions, exécuter avec sécurité toutes les opérations nécessaires. Cette pratique, recommandée par Schede, me paraît très satisfaisante.

Technique de l'entérostomie pour occlusion. — On la fait dans la fosse iliaque droite. Même incision cutanée que pour la ligature de l'iliaque externe (environ 12 centimètres). Le péritoine ouvert, chercher le cæcum, et, s'il est distendu, l'attirer au dehors pour le suturer, comme il a été dit plus haut; s'il est affaissé, dévider l'intestin grêle en commençant par sa terminaison, et, arriver jusqu'à l'obstacle qu'on détruit, si la chose est facile; en cas contraire, prendre une anse en amont de l'obstacle, et la suturer à la paroi.

9° ÉTABLISSEMENT DE L'ANUS CONTRE NATURE
PROPREMENT DIT (APRÈS RÉSECTION TOTALE)

On peut faire suivre une résection totale d'un procédé d'entérorraphie qui restaure la continuité du tube digestif, ou bien établir l'anus contre nature. On prendra ce dernier parti, si l'on veut terminer rapidement l'opération, si l'état général est mauvais, ou si l'on doute de la vitalité des parois intestinales.

a. SUTURE DES DEUX BOUTS A LA PEAU

Les anciens chirurgiens suturaient les deux bouts à la peau, et les unissaient entre eux par des sutures perforantes. Cette technique a de nombreux inconvénients : 1° je n'insiste pas sur les sutures perforantes qui inoculent la plaie, et qu'on devra remplacer par des sutures séro-séreuses ; 2° quand on opère pour hernie gangrenée, tout le sac et les tissus ambiants sont infectés, et on comprend les inconvénients d'enfermer dans la suture des tissus infectés ; 3° cette pratique s'oppose d'une manière absolue à la guérison spontanée, à cause du parallélisme des deux anses, de la longueur et de la saillie de l'éperon.

La technique suivante n'a aucun des inconvénients précédents ; elle supprime absolument l'éperon.

b. ÉTABLISSEMENT DE L'ANUS CONTRE NATURE
PAR ABRASION (Chaput).

1° On abrase la muqueuse avec des ciseaux sur la demi-circonférence postérieure de l'intestin, et sur une hauteur de près d'un centimètre.

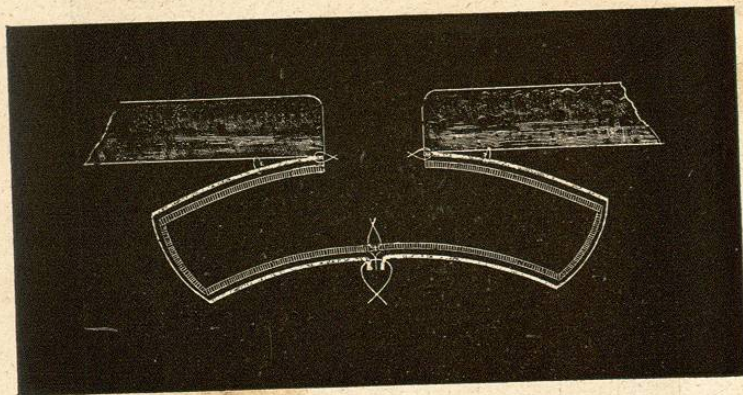


Fig. 49. — Établissement de l'anus contre nature. Suture par abrasion de la demi-circonférence postérieure.

2° On exécute d'abord une rangée de sutures par abrasion ; puis un autre étage de sutures muco-muqueuses sur toute l'étendue de la région abrasée (fig. 49).

3° Le reste de la circonférence intestinale est suturé au péritoine pariétal par des sutures séro-sé-

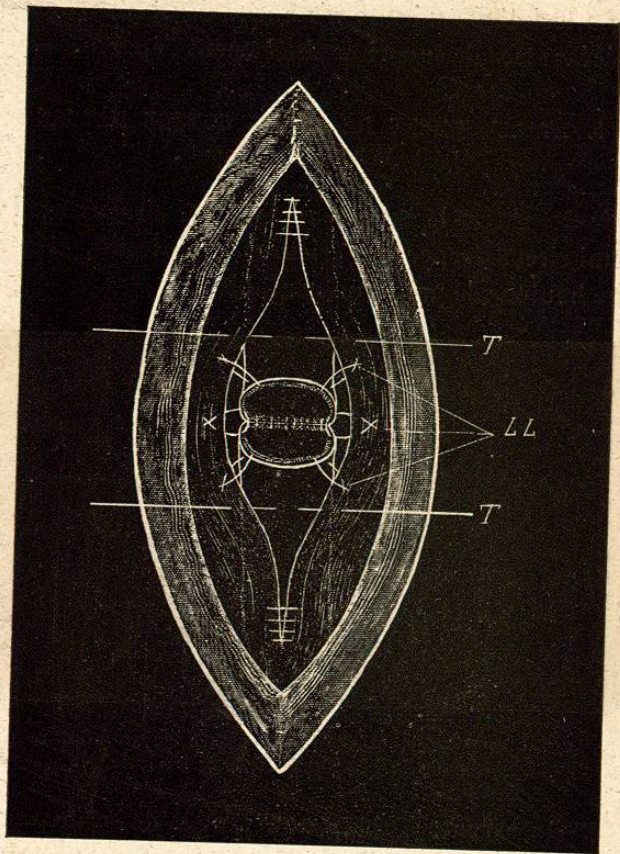


Fig. 50. — Établissement de l'anus contre nature. Sutures de l'intestin au péritoine pariétal.

L L, sutures latérales ; — T. T, sutures terminales.

reuses. Les sutures séro-séreuses terminales, placées à distance des bords, servent à rétrécir la plaie péritonéale, et donnent une direction rectiligne à l'intestin; cette précaution supprime l'éperon (fig. 50).

c. PAR SUTURES SÉRO-SÉREUSES

Lorsque la muqueuse est très saignante, et que l'hémostase en est difficile, il est préférable, au lieu

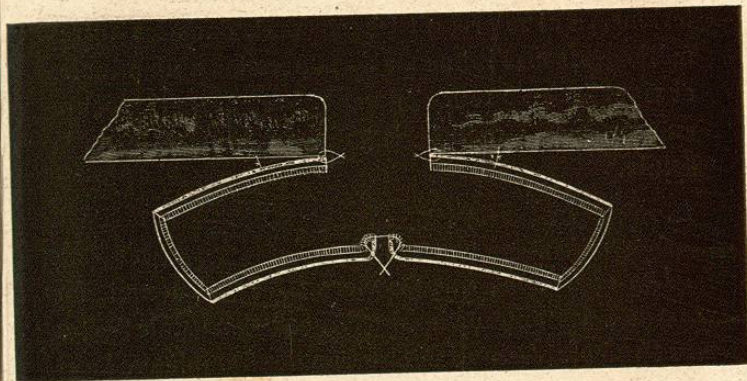


Fig. 51. — Établissement de anus contre nature. Suture séro-muqueuse de la demi-circonférence postérieure.

de faire l'abrasion, d'exécuter un plan de sutures séro-muqueuses pour la demi-circonférence postérieure de l'intestin (fig. 51). La demi-circonférence antérieure sera suturée comme il est indiqué dans la figure 50.

d. ENTÉRRORRAPHIE LONGITUDINALE AVEC FISTULE

On exécute les premiers temps de l'entérorraphie longitudinale, comme il a été indiqué plus haut, mais, au lieu de fermer l'orifice terminal, on le laisse ouvert à l'extérieur, en totalité ou en partie, et on le suture au péritoine pariétal.

Ce dernier procédé est plus long que les deux autres, mais, il a l'avantage d'éviter la saillie de la paroi postérieure, qui se produit très souvent, dans les autres méthodes, sous l'influence de la pression abdominale, et vient jouer le rôle d'éperon; ajoutons qu'il procure en quelques semaines la guérison spontanée de la fistule.

Appréciation.

Les opérations que je viens de décrire sont, en somme, des entérorraphies avec large fistule; elles sont préférables aux entérorraphies complètes, lorsque l'on a besoin d'opérer vite, et que l'état des parois intestinales fait craindre pour la solidité des sutures¹.

L'opération se fait plus rapidement qu'une entéror-

1. Quand on comprime l'intestin avec des pinces il arrive souvent que les lèvres intestinales sont congestionnées, noires, presque étranglées, c'est dans les cas qu'on peut redouter le sphacèle et l'insuffisance des sutures.

raphie, parce que la suture est moins étendue, et qu'on peut se contenter, à la grande rigueur, d'un seul étage de fils. L'immobilité de l'intestin fixé à la paroi, et l'orifice extérieur qui supprime la tension gazeuse, donnent une grande sécurité en protégeant indirectement les sutures.

Indications de l'anus contre nature et de la suture totale dans la hernie gangrenée.

Lorsqu'un malade atteint de hernie gangrenée est vieux, algide, presque en collapsus, il est préférable de faire l'anus contre nature, qui s'exécute plus rapidement et moins minutieusement.

Dans le cas contraire la suture totale est préférable.

En effet certains malades survivent un certain temps à l'anus contre nature et finissent par mourir des complications qu'il leur occasionne.

J'ai vu une malade mourir de son phlegmon stercoral qui avait décollé la paroi et occasionné une péritonite purulente. D'autres malades meurent de la déperdition de leurs matières alimentaires; d'autres encore succombent à des diarrhées cholériformes. N'oublions pas les opérations multiples destinées à guérir l'anus contre nature et dont chacune peut amener la mort.

La suture totale ne donnera jamais de succès bien brillants dans le traitement des hernies étranglées,