

Duménil, etc.), mais le remède ne vaut guère mieux que le mal.

Je préférerais l'entéro-anastomose, opération simple, bénigne, efficace. Elle a été faite avec un demi-succès par Comte et avec un succès complet par Boiffin.

11° — TRAITEMENT DES PLAIES DE L'INTESTIN.

Le traitement des plaies de l'intestin est une question délicate et encore aujourd'hui très controversée. Actuellement personne ne préconise plus l'expectation à outrance; M. Reclus lui-même a formulé des restrictions à l'expectation, et dans la séance de la société de chirurgie du 11 juin 1890, il admet que la laparotomie est indiquée :

1° Quand l'intestin fait hernie à travers la plaie abdominale et que la plaie intestinale est facilement accessible.

2° Toutes les fois qu'il y a hémorrhagie continue ou hémorrhagie interne.

3° Quand par la percussion on peut établir que la perforation intestinale n'était pas suffisamment oblitérée pour empêcher l'issue des gaz dans le péritoine.

4° Dans les gros traumatismes tels que coups de pied de cheval.

5° Quand la péritonite est confirmée; cette indication n'est pas formelle, la guérison pouvant encore survenir.

En dehors des conditions précédentes, M. Reclus conseille l'expectation. Il s'appuie :

1° Sur des expériences qui lui ont prouvé la fréquence relative de la guérison spontanée;

2° Sur de nombreuses observations humaines de guérison, pour lesquelles la pénétration n'est pas douteuse;

3° Sur les chiffres de Stimson qui attribuent une mortalité sensiblement égale à l'intervention et à l'expectation.

Les interventionnistes, en tête desquels se trouve M. Terrier, répondent que la guérison spontanée est rare, qu'une laparotomie est en elle-même une opération bénigne, et que mieux vaut à tout prendre faire une intervention inutile, que de la négliger quand elle est indispensable.

J'incline pour ma part vers la doctrine de Terrier et je fais remarquer à M. Reclus :

1° Que l'expectation donne chez le chien une mortalité effroyable;

2° Que si M. Reclus a recueilli un grand nombre d'observations (humaines) de guérison spontanée, il faudrait avoir en regard le chiffre complet des morts par expectation;

3° Que les chiffres de Stimson ne prouvent pas en faveur de l'expectation, puisque des deux côtés la mortalité est à peu près la même; et d'autre part j'affirme que toutes les fois que la laparotomie échoue, c'est qu'elle a été faite trop tard ou qu'on a commis

des fautes opératoires, telles que : oubli d'une perforation, mauvaise suture, ou suture occasionnant un rétrécissement marqué. Inversement, quand laparotomie sera faite de bonne heure (dans les 4 heures) et avec une bonne technique, elle donnera des guérisons constantes, s'il n'y a pas de lésions trop considérables.

Pour fournir la démonstration des mes opinions, je me suis adressé à l'expérimentation qui m'a donné sur 46 cas, une mortalité de 66 p. 100 pour l'expectation même quand il n'y avait qu'une seule plaie linéaire à l'intestin et sur des animaux à jeun¹.

L'intervention m'a donné tout d'abord de mauvais résultats qui s'expliquent par la difficulté d'une technique correcte sur l'intestin du chien qui est trop petit (toutes les sutures à deux étages rétrécissent le calibre de l'intestin) et qui de plus est rigide et friable (aussi les sutures coupent très souvent les tissus et deviennent insuffisantes).

Pour remédier à l'insuffisance des procédés connus, j'ai imaginé une nouvelle opération, la *greffe intestinale*, qui consiste à obturer les perforations avec une anse saine. On peut ainsi exécuter des sutures à deux étages sans rétrécir l'intestin.

1. Chaput, *Étude expérimentale sur le traitement des plaies de l'intestin chez le chien*. Société de chirurgie, 1891-92. Rapport par M. G. Marchant. Voir aussi *Archives gén. de médecine* (1892).

La greffe intestinale donne 100 p. 100 de guérison à la condition de ne pas attendre plus de trois quarts d'heure.

3 greffes immédiates ont donné 3 guérisons ;

10 greffes après demi-heure sur l'animal à jeun, ont donné 10 guérisons ;

5 greffes après demi-heure sur l'animal, en pleine digestion, ont donné 5 guérisons ;

Total 18 cas, 18 guérisons.

Ainsi donc la laparotomie même faite en pleine digestion n'aggrave pas le pronostic du moins chez le chien.

Lorsque la greffe intestinale est faite après 3/4 d'heure, le pronostic devient sombre.

Sur 7 cas, 4 morts (58 p. 100) et 3 guérisons (42 p. 100).

Je dois dire cependant que j'ai guéri des animaux même après 2, 3 et 4 heures d'expectation.

On ne s'étonnera pas que le délai soit aussi court chez le chien, si l'on considère que la plupart des animaux meurent 12 ou 15 heures après une perforation intestinale traitée par l'expectation. L'homme survit en général 2 ou 3 jours, cela prouve que le délai doit être beaucoup plus long.

Je pense que si l'on opérât chez l'homme dans les quatre heures qui suivent la blessure, et dans de bonnes conditions, on aurait une statistique presque sans mortalité.

Technique de la laparotomie pour plaie de l'intestin.

Lorsque la perforation est douteuse, Senn conseille d'introduire une canule dans le rectum, et d'insuffler de l'hydrogène ; le gaz parcourt l'intestin, s'échappe par la perforation et sort enfin par la plaie abdominale où on peut l'enflammer.

J'ai répété cette expérience sur le chien et j'ai constaté que l'hydrogène ne pouvait franchir la valvule iléo-cæcale que sous une pression très élevée, susceptible de provoquer des ruptures intestinales au niveau des plaies incomplètes, ou de rompre les adhérences commençantes. Je repousse donc absolument ce moyen.

Je conseille de chercher la pénétration avec une sonde cannelée bien désinfectée, et en prenant les mêmes précautions que pour une laparotomie, chercher s'il y a pénétration. Si le résultat est négatif, on fera une incision de quelques centimètres et on s'assurera *de visu* de l'état du péritoine.

Une fois le diagnostic établi, on procède à la laparotomie proprement dite.

1° Incision de la paroi. — L'incision médiane est seule admissible ; elle seule permet d'explorer tous les organes et d'agir partout.

2° Exploration de l'intestin grêle. — Je con-

seille de commencer l'exploration par la première anse qui se présente. On la tire au dehors et on la soulève en perforant son mésentère à l'aide d'une sonde cannelée qu'on pose à cheval sur l'incision abdominale. On dévide d'abord toute la partie de l'intestin grêle située en haut de la sonde cannelée; puis toute la partie située en bas. Ce dévidement se fait progressivement; aussitôt qu'une anse de 10 à 15 centimètres a été examinée, on la réduit, en continuant l'exploration toujours dans le même sens, jusqu'à ce qu'on arrive soit au duodénum, soit au cæcum. L'examen sera fait avec soin; le chirurgien et son aide regarderont chacun de leur côté la surface de l'anse qu'on déroule afin qu'aucune perforation ne puisse échapper.

Lorsqu'on en rencontre une, il faut l'oblitérer temporairement avec une pince en cœur à crémaillère (pour ne pas écraser les tuniques) et continuer l'exploration, on reprendra ensuite une à une chaque pince lorsqu'il s'agira de faire les sutures. Si l'on n'a pas les pinces en question, on suturera les perforations au fur et à mesure.

3° Toilette du péritoine. — Avant et après les sutures il faut faire la toilette du péritoine. J'ai essayé des lavages antiseptiques et aseptiques sous toutes les formes, et sans succès; par contre, j'ai obtenu les meilleurs résultats du nettoyage avec des

éponges sèches aseptiques. Ce procédé étant très simple et parfaitement satisfaisant, je lui donnerai la préférence.

4° De la conduite à tenir en cas d'hémorrhagie. — Quand l'hémorrhagie est considérable, il faut agrandir rapidement l'incision médiane, relever l'épiploon et faire la compression digitale de l'aorte, comme le recommande Senn; puis sortir tout l'intestin grêle sur une grande serviette aseptique et explorer le mésentère. En agissant autrement on perd un temps précieux et le blessé meurt entre les mains du chirurgien. Une fois l'hémostase faite, on réduit l'intestin, et on commence l'exploration comme il a été dit plus haut.

Oblitération des perforations.

1° Petite plaie tangentielle sur le bord convexe. — Il suffit de placer deux étages séro-séreux à points séparés, et parallèlement au grand axe de l'intestin pour le rétrécir moins.

2° Large plaie tangentielle du bord convexe. De la greffe intestinale simple. — Avec une plaie qui mesure plus du quart de la circonférence de l'intestin, la suture à deux étages amène un rétrécissement très considérable.

Je conseille d'employer ici la greffe intestinale

(procédé personnel) qui m'a donné d'excellents résultats chez le chien. Ce procédé consiste à oblitérer la perforation avec une anse saine (fig. 59).

Voici comment on l'exécute :

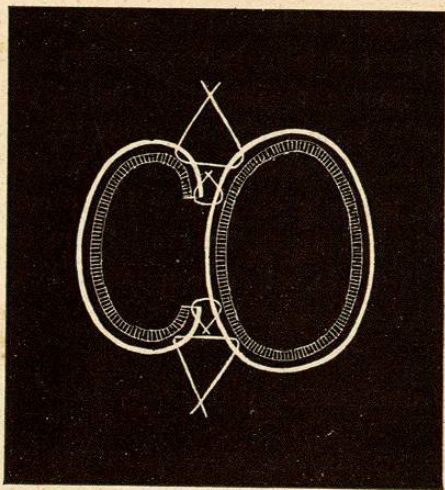


Fig. 59. — Greffe intestinale simple pour une large perforation (Chaput).

Il ne faut pas choisir une anse quelconque, mais l'anse blessée elle-même, afin d'éviter les brides péritonéales.

On met en regard de la perforation un point de l'anse blessée, situé à 15 ou 20 centimètres au-dessus ou au-dessous de la plaie intestinale. Il s'agit

maintenant d'oblitérer la perforation par des sutures réunissant les deux anses et passant en avant.

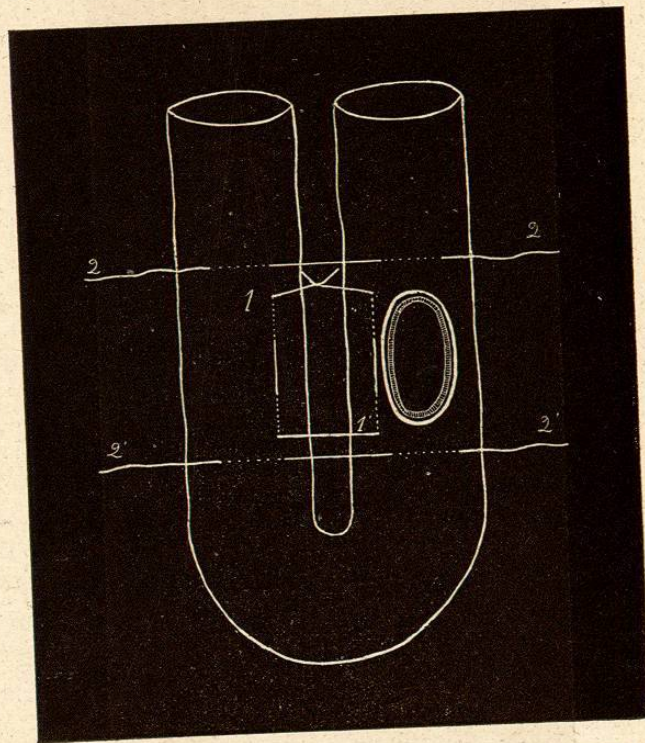


Fig. 60. — Greffe intestinale simple pour une large perforation (Chaput).

1, suture postérieure ; — 2, 2, suture supérieure ; — 2', 2', suture inférieure.

en arrière, en haut et en bas de l'orifice en question.

Commençons par les sutures postérieures ; elles sont

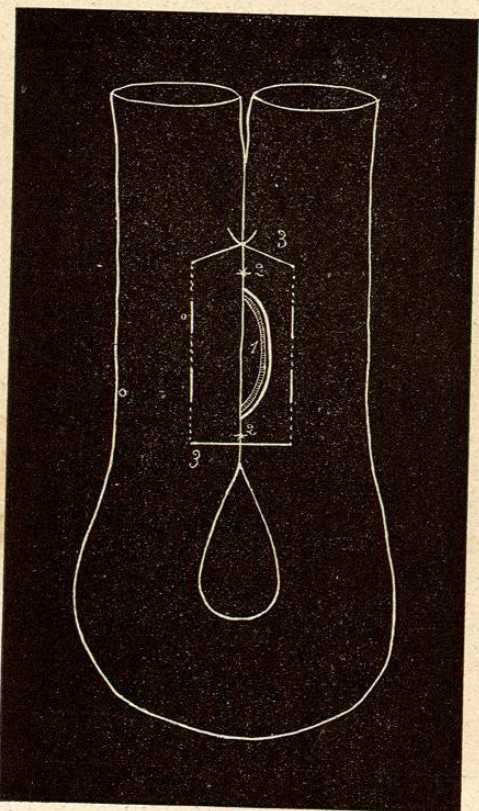


Fig. 61. — Greffe intestinale simple pour une large perforation (Chaput).

1, perforation à moitié cachée par l'application des premières sutures ; — 2, 2, sutures supérieure et inférieure ; — 3, suture antérieure.

placées parallèlement au grand axe de l'intestin, car autrement on serait obligé d'employer trop d'étoffe.

Chaque fil est passé dans la lèvre postérieure de la perforation, puis dans un point symétrique de l'anse intacte. On place deux étages de suture pour cette lèvre (fig. 59).

On met également deux étages de suture en haut et en bas de la perforation, et sur des points symétriques de l'anse saine. Ces fils sont perpendiculaires au grand axe de l'intestin.

On termine par les sutures antérieures qu'on exécute identiques aux postérieures et toujours sur deux plans (fig. 61).

La greffe intestinale est rapide, facile et beaucoup plus bénigne que la résection totale.

3° Double perforation à égale distance du bord convexe et du bord mésentérique. Double greffe intestinale. — Ici encore je repousse la résection totale et je conseille chez l'homme, si les perforations ne sont pas trop considérables, d'oblitérer l'une par suture séro-séreuse à deux étages, l'autre par la greffe intestinale.

Si les deux perforations sont larges, je recom-

mande la double greffe intestinale; sur la perfora-

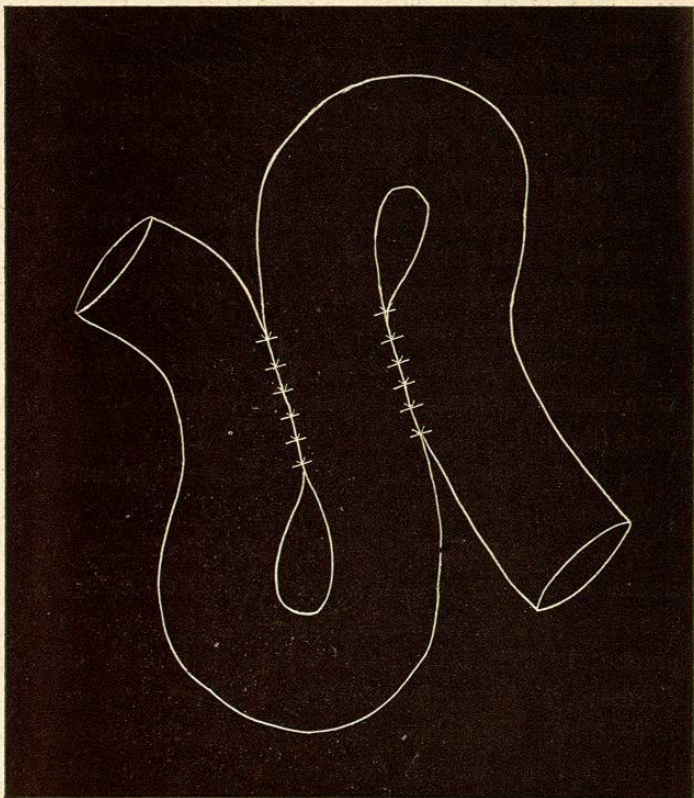


Fig. 62. — Double greffe intestinale, opération terminée.

tion de droite on applique la partie supérieure de l'anse, comme il a été dit plus haut; sur la perforation

de gauche on applique la partie inférieure. Il en

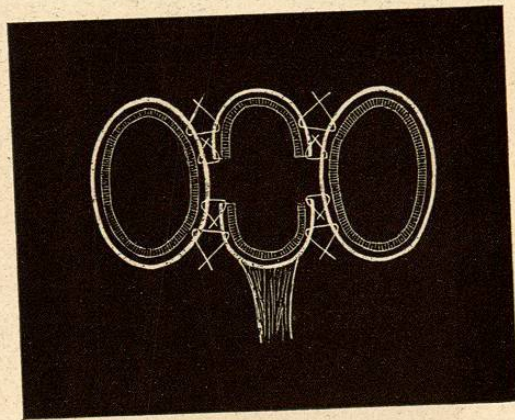


Fig. 63. — Double greffe intestinale, coupe.

résulte que l'anse opérée a l'aspect d'une S italique (fig. 62 et 63).

4° Deux perforations très rapprochées. — Il faut exciser le pont de tissus qui les sépare et se comporter comme pour une large plaie tangentielle.

5° Perforation unique au voisinage du mé-sentère. — Dans ces conditions il est impossible de placer les sutures postérieures sur l'intestin lui-même, faute d'espace.

Je recommande de prendre dans les sutures postérieure, supérieure et inférieure le tissu même du

mésentère, à la condition toutefois de ne pas perforer les vaisseaux importants avec l'aiguille.

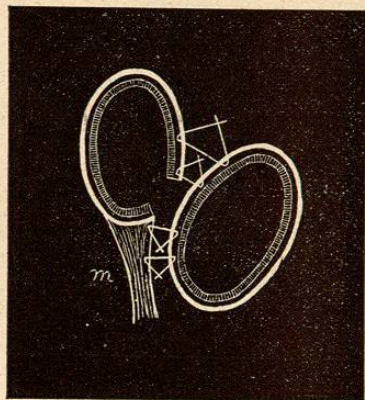


Fig. 64. — Greffe intestinale simple pour une perforation unique au voisinage du mésentère. Les fils postérieurs sont passés dans l'épaisseur du mésentère.

6° Double perforation au voisinage du mésentère ou perforation unique ayant désinséré le mésentère. — On peut ici ou bien faire la résection totale suivie de suture, ou bien employer la double greffe intestinale. Il suffira d'appliquer deux anses de chaque côté du mésentère, et, pour les sutures postérieure, supérieure, inférieure, de passer les fils dans le tissu du mésentère, comme nous l'avons dit plus haut.

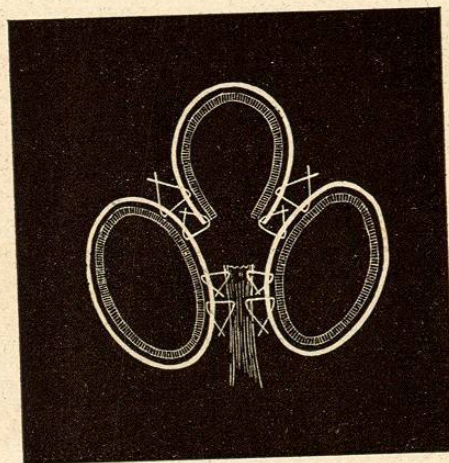


Fig. 65. — Plaie unique ayant désinséré le mésentère. Double greffe intestinale. Les fils postérieurs sont passés dans l'épaisseur du mésentère.

7° Plaies du gros intestin. — Si la plaie est unique et petite, suture simple ; si elle est très large, on l'oblitérera avec l'anse grêle la plus proche. Les plaies doubles seront traitées comme celles de l'intestin grêle.

On pourrait reprocher à la greffe intestinale d'exposer à l'occlusion ultérieure une anse saine pouvant s'engager dans l'anneau de l'anse opérée. Ce danger

me paraît improbable, car le mésentère se soude ordinairement à la partie postérieure de la région opérée, tandis que l'épiploon adhère en avant; il n'existe donc pas d'orifice dans lequel une anse saine puisse s'engager.

III. — OPÉRATIONS SUR LE RECTUM

1^o SUTURE DU RECTUM APRÈS RÉSECTION DANS LA CONTINUITÉ PAR LA MÉTHODE DE KRASKE

La suture intestinale est difficile à exécuter pour la demi-circonférence du rectum qui regarde le pubis.

Le procédé le plus simple consiste à piquer avec l'aiguille courbe la tranche de la musculuse du bout supérieur, à sortir sur la séreuse et à suivre le même trajet en sens inverse sur le bout inférieur; faire le nœud en dedans. Recouvrir cette première rangée de sutures d'un second étage muco-muqueux.

Pour la demi-circonférence la plus rapprochée de l'opérateur, faire un premier plan séro-muqueux et un second séro-séreux.

2^o IMPERFORATION DE L'ANUS AVEC BRIÈVETÉ ANORMALE DU RECTUM. — PROCÉDÉ PERSONNEL

Dans une observation personnelle, n'ayant pu atteindre le rectum par le périnée, je fis une incision verticale dans la fosse iliaque gauche et suturai l'S iliaque à la paroi abdominale, puis l'incisai. J'introduisis alors une sonde d'enfant dans le rectum de