

taltiques qui le repoussaient vers la bouche jéjunale. Mais en réalité ce phénomène paradoxal est dû à ce que l'intestin n'est pas constamment libre sur toute son étendue. Il est formé de véritables segments clos qui s'ouvrent successivement les uns dans les autres. Un segment ne s'ouvre que lorsque le suivant s'est vidé en aval. Cela explique pourquoi le liquide injecté reflue rapidement au début de l'opération; on n'arrive à pousser une nouvelle dose que lorsque le premier segment rempli s'est vidé dans le suivant, et ainsi de suite. — Dans des cas analogues, bien entendu, il n'y a pas à attendre, et l'intervention doit être tentée dès que l'état général de la malade semble suffisamment amélioré.

Avant de discuter les différents modes à employer pour la cure de l'anus contre nature, il faut bien souligner l'importance de l'éperon. C'est à l'éperon qu'il faut s'adresser tout d'abord; c'est lui qui s'oppose au cours normal des matières: c'est donc lui qu'il faut détruire. C'est un des plus beaux titres de gloire de Dupuytren, d'avoir mis ce précepte en évidence et d'avoir montré comment, au moyen de l'entérotome (fig. 57), on pouvait arriver au résultat cherché.

L'observation suivante que je prends dans le traité de Cruveilhier (1) est une observation princeps: elle marque une étape importante dans l'histoire de la chirurgie abdominale, et montre avec une saisissante simplicité comment Dupuytren inventa l'entérotome, destiné à sectionner et à détruire l'éperon.

Avant Dupuytren tous les moyens de l'art pour la guérison des anus contre nature se réduisaient à déterminer les matières à prendre leur cours par les voies naturelles:

- 1° Par un usage continu de purgatifs et de lavements;
- 2° Par le refoulement de l'éperon à l'aide d'une mèche introduite du bout supérieur dans le bout inférieur;
- 3° Par une compression graduée exercée sur l'anus;
- 4° Si la circonférence de cette ouverture était cicatrisée, par son avivement et l'emploi de la suture.

« L'observation qu'on va lire nous offre des efforts bien mieux combinés pour rétablir la continuité du canal intestinal. Le malade, il est vrai, a succombé au moment où sa guérison paraissait assurée.

« Auclerre, trente-six ans, portait depuis sa première jeunesse une hernie inguinale gauche qui ne lui causait aucun accident. Le 13 mai 1813 elle s'étrangle à l'occasion d'un vomissement. Le 17, jour de son entrée à l'Hôtel-Dieu, elle est opérée par Dupuytren; l'étranglement était, non à l'anneau, mais au collet du sac herniaire: deux aides, dont j'étais, attirent en bas le bord de l'incision du sac, amenant ainsi au dehors le collet que Dupuytren incise avec des

(1) J. CRUVEILHIER, Traité d'anat. pathol. génér., t. II, p. 612 et suiv.

ciseaux conduits sur le doigt. L'étranglement est levé. L'intestin paraissait très vivant, néanmoins l'examen attentif de la rainure circulaire produite par le collet du sac, fait voir une escarre blanchâtre dans toute l'étendue de cette rainure.

« Quel parti prendre? Devait-on faire la résection de toute l'anse d'intestin contenue dans la hernie (cette anse pouvait avoir quatre ou cinq lignes de long), ou bien fallait-il l'abandonner à la nature et se borner à agrandir les anneaux? C'est ce dernier parti qui fut adopté. — L'anneau inguinal, quoique parfaitement libre, fut débridé, pour prévenir les inconvénients de la tuméfaction des parties enflammées.

« La péritonite étant l'accident le plus imminent, on se hâte de la prévenir ou de l'arrêter par trois saignées pratiquées dans les vingt-quatre heures. — Le lendemain, deux nouvelles saignées, les hoquets et les vomissements s'éloignent et cessent. Évacuation abondante de matières par la plaie: ventre plus souple, moins douloureux. — Bientôt le malade est hors de danger, les escarres intestinales s'agrandissent; une portion considérable du calibre de l'intestin se gangrène et tombe; ce qui reste se renverse en partie, de manière à offrir à l'extérieur la surface interne de l'intestin qui est rouge, villeuse. Les débris de l'anse intestinale se présentent sous l'aspect d'une tumeur d'un rouge vif, qui simulait au premier abord une invagination.

« Il était évident que cette anse intestinale en partie détruite ne pouvait en aucune façon servir au rétablissement du canal intestinal, et que le malade, d'après les idées ordinaires, était condamné à porter un anus contre nature incurable. Les deux bouts de l'intestin venaient en effet parallèlement s'ouvrir à l'anneau. — Un grand nombre d'ouvertures cadavériques faites dans les mêmes circonstances, et d'ailleurs, pour le cas actuel, l'introduction de deux algalies, le prouvaient.

« Comment forcer les matières à passer d'un bout dans l'autre, malgré ce parallélisme?

« Eh bien, ce fut dans ce parallélisme que Dupuytren puisa l'idée d'un moyen de communication entre les deux bouts d'intestin. Il imagina de perforer au moyen d'un emporte-pièce la cloison commune aux deux calibres adossés. L'instrument fut fabriqué; et je l'ai encore en ma possession. Il consiste en un cylindre de quatre à cinq lignes de diamètre, tranchant à son extrémité. Le cylindre reçoit une tige de bois mousse et arrondie qui devait le conduire sans inconvénient dans l'un des bouts de l'intestin. Un gorgeret introduit dans l'autre bout aurait servi de point d'appui à l'emporte-pièce.

« Tout était disposé pour cette opération, quand il vint à Dupuytren une idée bien naturelle qui s'opposa à l'exécution de ce projet.

« Les parois adossées des deux bouts adhèrent-elles dans une assez

grande étendue pour supporter impunément cette perforation ? Si elles n'étaient que contiguës, les matières fécales s'épancheraient nécessairement dans l'abdomen, par suite de la perte de substance.

« Cette considération ne pouvait manquer d'être décisive pour un esprit aussi droit, aussi positif que celui de Dupuytren, qui modifia son idée de la manière suivante.

« Un fil sera passé le plus promptement possible à travers la cloison commune aux deux bouts d'intestin. Ce fil déterminera une inflammation adhésive qui s'étendra à une certaine distance; à ce fil, on attachera une mèche de charpie dont on augmentera le volume chaque jour jusqu'à ce que l'ouverture devienne suffisante pour le passage des matières. Cette idée fut mise à exécution au commencement de juillet, et eut tout le succès qu'on en espérait. Au bout de huit jours, on supprime la mèche : pour la première fois le malade rend des matières par le fondement; des coliques violentes précèdent cette évacuation. Après quelques jours d'interruption on replace des mèches dont la grosseur fut progressivement portée jusqu'à celle du petit doigt. Finalement, un jour, l'éperon se rompit. On crut avoir tout perdu, mais en y réfléchissant on vit que le mal n'était pas aussi grand qu'on l'avait cru d'abord.

« L'éperon était le grand obstacle au cours des matières. N'était-il pas évident que sa rupture devait être favorable aux évacuations alvines ? Aussi bien les matières continuaient-elles à se partager entre la plaie et les voies naturelles.

« Dupuytren, reconnaissant à l'aide du doigt que le débris de l'éperon était un obstacle encore pour le cours des matières, et se confiant d'ailleurs sur les adhérences que la mèche avait dû développer sur une assez grande étendue, eut l'idée d'attaquer directement l'éperon par de petites incisions à l'aide des ciseaux conduits sur le doigt : il divisa chaque jour un quart de ligne, une demi-ligne de l'éperon ou de la cloison commune aux deux calibres de l'intestin. La petite opération de la veille permettait de la renouveler le lendemain à cause de l'inflammation adhésive qu'elle avait déterminée au voisinage. L'incision fut renouvelée cinq ou six fois. Toutes les matières passaient par le fondement. La tumeur rouge, vilieuse, formée par les débris de l'anse intestinale, fut emportée à l'aide de l'instrument tranchant. Le malade avait imaginé de mettre dans l'épaisseur des compresses qui servaient à son pansement une plaque de bois, laquelle s'opposait très efficacement au passage des matières. Souvent vingt-quatre heures s'écoulaient sans qu'il passât aucune matière par la plaie. Le malade, croyant alors l'ouverture cicatrisée, négligeait son appareil; mais des liquides, quelquefois même des matières molles, qui s'échappaient par la plaie, venaient détruire ses espérances.

« Depuis un mois l'état de ce malade était stationnaire, et Dupuytren, persuadé que le défaut de guérison radicale provenait d'un éperon

saillant, impatient peut-être de l'obtenir, se décida à répéter les petites incisions qui lui avaient déjà si bien réussi. Quelques heures après qu'il eut fait la première, le malade éprouva des coliques violentes; bientôt son pouls devient misérable, sa face se grippe : on le plonge dans un bain chaud qui le soulage à peine.

« La nuit est très mauvaise. Le lendemain, la douleur du ventre est extrême, la voix est altérée, l'agitation très grande. Il succombe le troisième jour.

« A l'ouverture, dont je fus spécialement chargé, je m'attendais à trouver l'intestin ouvert et un épanchement de matières dans l'abdomen. Point du tout; les deux bouts d'intestin adhérents à l'anneau étaient intacts. On apercevait à peine sur l'éperon la trace de la malheureuse incision faite trois jours auparavant; le péritoine présentait des plaques rouges, quelques flocons albumineux et un peu de sérosité lactescente. On voyait très bien la cavité infundibuliforme commune aux deux intestins.

« C'est la malheureuse issue de cette opération qui suggéra à Dupuytren l'idée de son entérotome dont les deux branches ondulées, portées successivement dans deux bouts de l'intestin, embrassent l'éperon dans l'étendue de 3 à 5 centimètres, déterminent immédiatement la gangrène par compression des parties embrassées par les mors de l'instrument, et produisent au loin une inflammation adhésive, de telle sorte que des adhérences solides et étendues précèdent la section de l'intestin, et par conséquent préviennent tout épanchement dans l'abdomen. » (J. Cruveilhier.)

Les chirurgiens qui, à l'exemple de Senn, reprochent à l'entérotome d'être dangereux, inapplicable à tous les cas, souvent inefficace et lent dans son action, trouveront cette citation trop longue. Je lui trouve au moins un intérêt historique capital dans cette question. L'entérotome que j'appellerai, avec M. Le Dentu, le *kentrotome* (de *κεντρον*, éperon), ce qui prête moins à confusion, le kentrotome laisse loin derrière lui tous les procédés destinés à détruire l'éperon; le croissant de Dupuytren, l'éponge de Sédillot, les mèches de Desault, la canule de Colombe, le ballon en caoutchouc gonflé d'air préconisé par Maurer, etc., sont des expédients destinés à refouler et à effacer l'éperon, et non de véritables méthodes pour arriver au même résultat. Le kentrotome est si supérieur, que chacun l'a modifié suivant quelque indication spéciale. C'est ainsi que Nélaton, Laugier (fig. 58) et Richet, Panas, et plus récemment Chaput (fig. 59), ont fait construire des instruments dont le principe est identique à celui de l'entérotome de Dupuytren, qui est bien le père de tous les entérotomes ou kentrotomes passés, présents ou à venir.

Les difficultés de l'application du kentrotome ne sont pas aussi grandes qu'on l'a dit, et les dangers de serrer une anse intestinale

voisine engagée entre les deux bouts de l'intestin malade, sont plutôt imaginaires. La figure 60 montre bien le mode d'application de l'entérotome. Si l'orifice est étroit, les branches de l'instrument sont introduites isolément, et articulées ensuite. Si l'orifice est large on peut, comme j'ai souvent vu Verneuil le faire et comme je l'ai fait

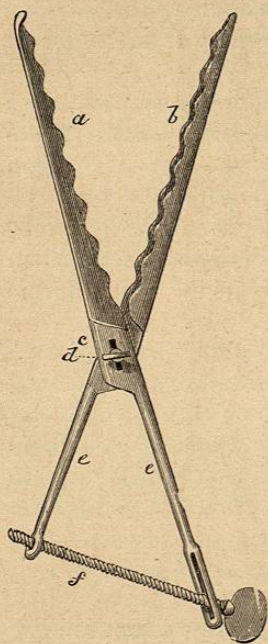


Fig. 57. — Entérotome de Dupuytren ouvert. — a, branche mâle; — b, branche femelle en regard de l'autre; — c, croisement et articulation de ces branches; — d, la clef placée en travers; — e, e', manches des branches; — f, vis disposée pour rapprocher les manches, et par suite les lames à la faveur de leur entre-croisement (DUPUYTREN).

moi-même, saisir l'éperon avec deux pinces à forcipressure qui l'attirent au dehors, pendant que le kentrotome est placé entre les deux pinces, aussi loin qu'on le veut. Aussi bien, la question est-elle de savoir la valeur actuelle de ce mode de traitement comparée aux autres méthodes.

On peut diviser ces méthodes en sept classes, en ajoutant l'exclusion intestinale aux six classes énumérées par M. Le Dentu (1):

- 1° L'entérotomie lente (Dupuytren);
- 2° L'entérotomie extemporanée (Richelot);
- 3° L'entérorraphie latérale (Polano-Czerny);
- 4° L'entérorraphie longitudinale (Chaput);
- 5° L'entérectomie secondaire (Roux, Kinlord, Hüeter);
- 6° L'entéro-anastomose;
- 7° L'exclusion de l'intestin (Eiselsberg, von Baracz, etc.).

Mais cette classification met sur le même plan des méthodes qui n'ont pas fait leurs preuves et qui ne sont que peu employées, telles l'entérotomie extemporanée de Richelot, l'entérorraphie longitudinale de Chaput, et l'entérorraphie latérale de Polano et Czerny: il nous reste en réalité à mettre en présence deux grandes méthodes:

1° *Les méthodes extrapéritonéales avec ou sans kentrotomie;*

2° *Les méthodes intrapéritonéales.*

Dans les premières on n'ouvre pas la cavité péritonéale: ce sont toutes les kentrotomies dérivées de l'entérotomie de Dupuytren.

Dans les secondes, on ouvre délibérément le ventre, et la laparotomie faite on pratique l'entéro-anastomose ou la résection suivie d'entérorraphie, ou enfin l'exclusion de l'intestin.

Il est bien évident que l'opération idéale, c'est la résection de

(1) LE DENTU, Du traitement des fistules stercorales et des anus contre nature (Congrès de chirurgie, 1893, p. 228).

l'anse malade avec l'anus y attendant, et la réunion circulaire des deux bouts de l'intestin. C'est pour ainsi dire l'opération idéale *a priori*. En pratique il faut tenir compte de la question du plus ou moins de gravité. C'est à coups de statistiques qu'on a jusqu'ici dressé le bilan des différentes opérations relatives à la cure de l'anus contre

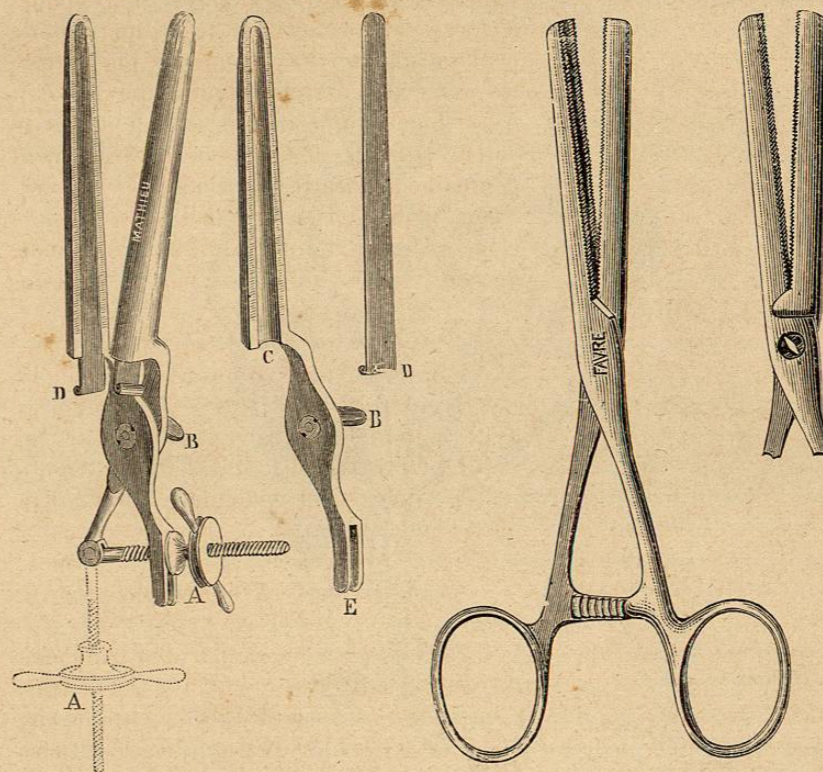


Fig. 58. — Entérotome et porte-caustique de Laugier*.

* A, vis à écran: cette vis est montée à charnière sur l'une des branches de l'instrument, de manière à permettre de l'engager dans la mortaise E de la seconde branche, sans la démonter; — B, pivot qui réunit les deux branches à l'instar du forceps; — C, gouttière destinée à recevoir le caustique; — D, lame qui couvre le caustique; elle entre à coulisse à la base du segment de la gouttière.

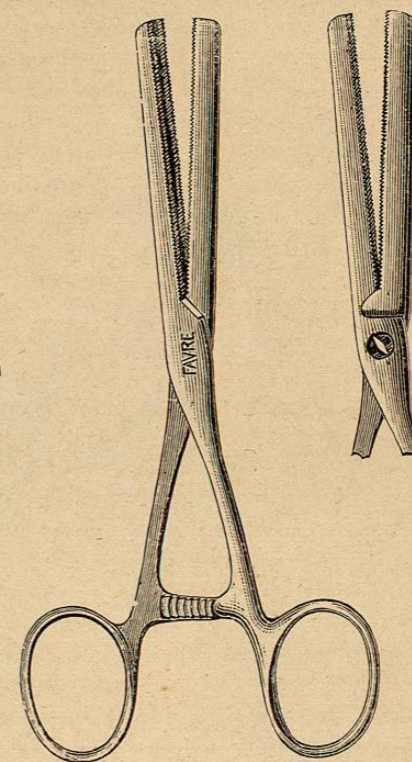


Fig. 59. — Pince entérotome du Dr Chaput.

nature. Gœtz (*loc. cit.*) a multiplié les tableaux dans sa thèse, et M. Le Dentu, ajoutant 40 cas nouveaux publiés depuis les 77 observations de Gœtz, trouve que la mortalité dans l'entérectomie tombe à 26,49 p. 100 au lieu de 32,47 p. 100 annoncés par Gœtz. Et pour ces 40 cas plus récents étudiés isolément, la léthalité n'est que de 12,50 p. 100. C'est vraiment chose vaine d'aligner ainsi des chiffres. Si l'on prend indéfiniment les 77 cas de Gœtz avec leur grosse mortalité, on n'aura jamais, en fin de compte, une statistique qui ne soit faussée par les mauvais

résultats du début. Aussi bien, ceux que cette question de pourcentage intéresse en trouveront un relevé copieux dans le mémoire de M. Le Dentu (*loc. cit.*). Disons, sans chiffres, qu'avec l'habitude qu'on a maintenant de la chirurgie intestinale, et les précautions aseptiques dont on sait s'entourer, les opérations intrapéritonéales, ou à péritoine franchement ouvert, ont beaucoup perdu de leur gra-

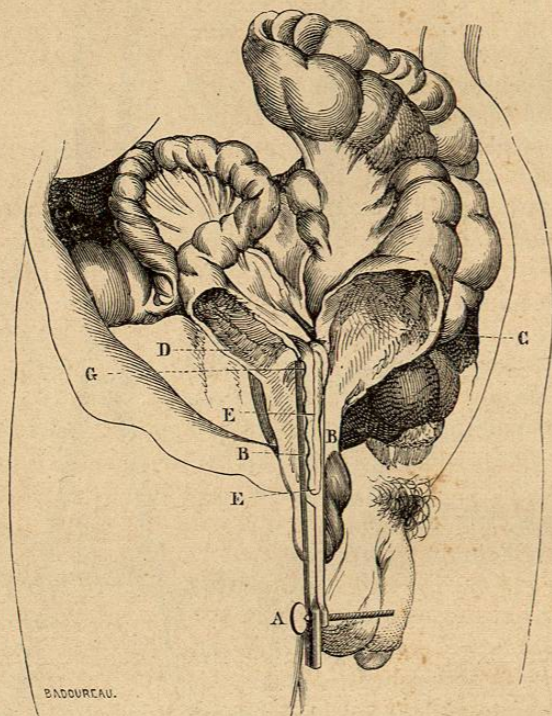


Fig. 60. — L'entérotome de Dupuytren appliqué. — A, la vis serrée. — B, B', les lames rapprochées; — C, le bout supérieur de l'intestin; — D, le bout inférieur; — E, les deux parois de l'intestin saisies par l'entérotome, rapprochées et pressées par ses lames; — G, extrémité des branches de l'entérotome situées à 15 ou 16 centimètres au-dessus de l'anneau inguinal (DUPUYTREN).

vité: il n'en est pas moins vrai qu'à efficacité égale, il vaudrait mieux avoir recours aux opérations extra-péritonéales, qui sont assurément, sans chiffres, d'une bénignité beaucoup plus grande. Malheureusement, les opérations autoplastiques, les sutures, avec ou sans kentrotomie, sont infidèles, nécessitent souvent des interventions répétées et multipliées; mais quand la guérison survient, on peut dire que le malade n'a couru aucun ou presque aucun danger. Comme le dit M. Le Dentu, « l'entérectomie secondaire répond mieux que la kentrotomie aux aspirations et aux exigences de la chirurgie contemporaine; mais on ne saurait proclamer sa supériorité absolue et

constante sur toutes les autres méthodes. Il y a encore des circonstances où la kentrotomie peut, comme par le passé, donner sans risques sérieux des résultats parfaits. Il suffit de reconnaître qu'elle ne répond pas à toutes les indications, qu'elle est frappée d'insuffisance dans certains cas, pour montrer que l'entérectomie a sa place marquée dans le traitement des anus contre nature, mais une place plus restreinte que celle qu'elle doit à de trop enthousiastes partisans. »

Cela s'applique aussi bien et peut-être mieux aux fistules pyostercorales: car pour elles, si on fait une laparotomie franche, on n'a pas seulement à préserver le péritoine du contenu intestinal, mais il faut se garder du contenu purulent infect de la poche intermédiaire dont on ignore le plus souvent les connexions et la complexité. C'est pour ces cas complexes de fistule pyo-stercorale que l'exclusion de l'intestin par un des procédés indiqués plus loin (p. 577 et suiv.) trouve son indication la plus précieuse. Pour ces fistules à poche intermédiaire, il y a à s'occuper de cette cavité suppurante qu'il faut tarir, ce qui complique singulièrement la cure. Mais voyons, en allant des cas simples aux cas complexes, quelle thérapeutique on peut appliquer suivant les circonstances.

Il faut, avant d'entreprendre tout traitement, faire une étude anatomique aussi complète que possible des parties. Le toucher des deux bouts avec le doigt, l'introduction d'une sonde, et au besoin, comme l'a fait M. Le Dentu, la laparotomie exploratrice, permettent d'apprécier la topographie des lésions. Voici une sorte de schéma clinique des cas qui peuvent se présenter:

1° ORIFICE PETIT, c'est-à-dire ne dépassant pas 1/2 centimètre. — On peut tenter les opérations extra-péritonéales, les autoplasties, la kentrotomie. On commencera même par le feu, qui détruit le revêtement de l'entonnoir, et amène parfois la guérison. Je n'entre pas dans le détail des sutures variées décrites pour oblitérer l'orifice: elles dérivent des plans opératoires de Liotard, de Malgaigne, de Denonvilliers.

Le principe est de faire au pourtour de la fistule un avivement en collerette, et de rapprocher avec des fils les surfaces avivées. Parmi les modifications récentes apportées à cette suture, je citerai seulement la suture par abrasion de M. Chaput, qui a donné des résultats excellents. Mais, en somme, quel que soit le mode de suture, qu'on passe les fils en long ou en travers, qu'on abrase la muqueuse ou qu'on l'invagine de manière à appliquer l'une sur l'autre ses faces cruentées, qu'on ait détruit l'éperon ou non, les échecs sont désespérants; et il faut souvent revenir au bistouri, et terminer par la laparotomie et une opération intrapéritonéale, plus grave, mais toujours efficace du premier coup.

2° ORIFICE PETIT AVEC POCHES SUPPURÉES entre l'orifice cutané et

l'orifice de l'intestin. — La seule particularité, c'est qu'avant d'entreprendre un traitement autoplastique quelconque, il faut débrider et désinfecter copieusement le foyer et ses clapiers irréguliers. Énoncer le fait suffit à montrer que cela est bien souvent illusoire.

3° ORIFICE GRAND SANS ÉPERON ou avec un éperon peu prononcé permettant le cours normal des matières d'un bout à l'autre. — Ici, l'entérorraphie latérale semble donner des résultats d'une sûreté parfaite. La mortalité est absolument nulle, et la guérison est radicale en un seul temps. On ne saurait vraiment la comparer aux opérations autoplastiques, qui ne sont pas toujours innocentes et qui sont souvent infidèles puisqu'elles comptent un quart d'insuccès.

4° ORIFICE GRAND AVEC ÉPERON. — Opération en plusieurs temps, comprenant la kentrotomie et une autoplastie consécutive, méthode *presque* innocente, mais longue et infidèle. C'est là le triomphe de l'opération intra-péritonéale, de la résection totale des parties malades, intestin, infundibulum et peau, et de la suture circulaire des deux bouts, en deux mots de l'entérectomie suivie d'entérorraphie.

5° ORIFICE GRAND AVEC OBLITÉRATION DU BOUT INFÉRIEUR; et cette oblitération peut être due à la séparation complète des deux bouts. Ici l'opération intrapéritonéale s'impose.

6° FISTULES COMPLEXES. — C'est pour ces cas-là que l'entéro-anastomose, ou mieux l'exclusion de l'intestin, s'impose.

En résumé, la tendance actuelle est à l'opération franchement intrapéritonéale; on fait la laparotomie et on extirpe comme une tumeur toute l'anse adhérente avec son orifice cutané.

Et si des adhérences profondes rendent cette extirpation trop laborieuse, on exclut l'anse malade par un des procédés décrits p. 577 et suivantes.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE INTESTINALE

1° Opérations extrapéritonéales.

Il y aurait deux paragraphes à faire: l'un pour l'application du kentrotome; l'autre pour les autoplasties. J'ai cité p. 566 l'observation princeps de Dupuytren pour l'entérotomie, et quant aux autoplasties, la description des différents points de suture ne me paraît pas devoir prendre place ici.

2° Opérations intrapéritonéales.

A. Entérorraphie latérale. — C'est Polano qui le premier, en 1853, a exécuté cette opération remise en honneur par Czerny et

Trélat. Il ne faut pas la confondre avec les entérorraphies latérales *extrapéritonéales*, comme celles dont parlent Berger, Schwartz, Chaput, et qui ne sont que des dérivées des opérations autoplastiques, des sutures après avivement en couronne. Ici, vous entrez résolument dans l'abdomen par une incision éloignée de trois travers de doigt de l'orifice cutané et vous explorez la région malade par la face profonde. Si votre incision est assez vaste, elle vous permet de garnir soigneusement de compresses le pourtour de l'anus du côté de sa face péritonéale; une longue portion d'intestin est ainsi isolée par des compresses et on peut alors décoller l'intestin de ses connexions avec la paroi abdominale.

Une fois l'anse complètement libérée, on fait une suture soignée des bords de la plaie intestinale, en invaginant les deux lèvres de façon que les points de Lembert portent sur des tissus qui ne se laissent pas couper. La soie fine en courts surjets à points renforcés est, comme pour toute la chirurgie intestinale, la suture de choix, à l'exclusion du catgut.

On peut, au lieu de faire une laparotomie à distance, circonscrire l'anus contre nature par une incision qui va jusqu'au péritoine inclusivement: on attire alors au dehors, loin du ventre et sur un lit de compresses, l'anus et l'intestin y adhérent: le décollement des adhérences se fait ainsi loin de la cavité péritonéale. Enfin, pour éviter l'effusion des matières intestinales dans le ventre, Senn a conseillé de suturer au préalable, en commençant l'opération, l'ouverture intestinale au fond de l'infundibulum; on fait ensuite la laparotomie, et quand les adhérences sont détruites, on n'a plus qu'à compléter l'occlusion de l'orifice intestinal par quelques points séro-séreux à la Lembert. Vraiment cela complique inutilement l'opération, car cette suture préalable au fond d'un infundibulum irrégulier est souvent laborieuse et incomplète. On peut se garantir du contenu intestinal par des boulettes de coton introduites dans les deux bouts; inutile d'ajouter qu'on a eu soin d'avoir des évacuations répétées de l'intestin; les purgatifs sont sans contredit le meilleur antiseptique (?) de la surface digestive.

B. Entérectomie et entérorraphie. — C'est l'opération idéale qui peut s'appliquer à la majorité des cas. Je n'ai pas à en donner en détail la technique de la résection intestinale. Une incision circonscrit l'anus ou l'orifice fistuleux et toutes les compresses placées comme pour une entérorraphie latérale, bien au jour et bien au dehors de la cavité abdominale, on place deux pinces-clamps à mors garnis de caoutchouc sur le bout supérieur, à un travers de doigt de distance l'une de l'autre; on en fait autant sur le bout inférieur, puis on sectionne d'un coup de ciseaux l'intestin entre les pinces, *au ras de la pince la plus rapprochée de l'orifice anormal*; si on a eu soin de laisser un espace suffisant entre les pinces, on peut faire sans peine la

suture circulaire du bout supérieur avec l'inférieur; un surjet ferme d'abord la brèche mésentérique et deux plans de sutures suffisent ensuite pour l'entérorraphie circulaire; quelques fils séparés séro-séreux renforcent la ligne des sutures dans les points qui paraissent mal protégés. On croirait *a priori*, dans certains cas où le bout inférieur est très rétracté et paraît d'un calibre très inférieur à celui du bout supérieur toujours dilaté, qu'il sera malaisé de « *rabouter* » deux cylindres de tranche aussi dissemblable. Mais il faut savoir en pratique que le bout inférieur, si rétracté qu'il paraisse, est très dilatable; il suffit, pour s'en tirer, de bien ajuster les deux bouts à leur insertion mésentérique et de placer un fil repère au point le plus saillant du bord libre des deux bouts. La circonférence de l'intestin est ainsi bien divisée en deux moitiés égales et la suture se fait ensuite très facilement.

J'ai pu me convaincre de la réalité de ce fait dans une opération dont j'ai parlé au Congrès de chirurgie de 1898. Une femme enceinte de six mois fut prise d'accidents d'étranglements pour lesquels elle consulta tardivement son médecin. Celui-ci, à sa première visite, trouva la région ombilicale rouge, empâtée, phlegmoneuse, et l'état général lui parut si désastreux qu'il n'intervint que pour faire « avec une lancette » une ponction en un point où la peau paraissait prête à céder. Il s'écoula du pus fétide et des gaz. Le lendemain, la malade allait bien et un anus ombilical s'établissait. La cure spontanée de la hernie étranglée s'était faite. Au bout de six semaines, je fus appelé et je vis que toutes les matières passaient par l'anus ombilical, rien ne sortait par les voies naturelles. De plus, l'utérus gravide en se développant venait comprimer l'anse adhérente à l'ombilic, et c'était pour de véritables accidents d'obstruction intestinale qu'on m'avait mandé en hâte, vomissements féca-loïdes, etc.

J'entrai résolument dans la cavité abdominale et je fis une résection complète de l'anse adhérente à l'ombilic, que j'enlevai comme une tumeur, avec la peau du voisinage ulcérée et infectée. Je fis ensuite, suivant les préceptes énoncés ci-dessus, une suture circulaire qui réunit les deux bouts l'un à l'autre, et je fermai l'abdomen en laissant un drain de sûreté, en raison des conditions lamentables d'installation où je me trouvais à la campagne, dans une maison de paysan. La guérison fut parfaite et le cours des matières se rétablit très correctement par l'anus dès le lendemain de l'opération. Malheureusement, quinze jours après, la malade accoucha et succomba à une hémorragie *post partum*, sans que mon opération puisse être en cause.

C. Entéro-anastomose. — Quelques chirurgiens préfèrent à la suture circulaire des deux bouts après la résection de l'anse et de l'anus, une fermeture complète de ces deux bouts suivie d'une

entéro-anastomose. Cela me paraît plus long et plus compliqué, quoi qu'en dise Monprofit (1), et de plus, en fermant en bourse les deux extrémités intestinales on laisse en permanence deux véritables culs-de-sac, *deux cæcum*, appendus à l'intestin, ce qui ne laisse pas d'avoir quelques inconvénients comme nous allons le voir à propos de l'exclusion intestinale.

Il est clair que l'anastomose peut se faire à l'aide du bouton de Murphy ou d'un de ses dérivés; à l'aide d'une des rondelles de légume, de pâtisserie, d'os décalcifié etc., dont j'ai parlé à propos de la gastro-entérostomie (vol. VII p. 451), peu importe: ici encore je garde mes préférences pour la simplicité et je fais l'anastomose, sans corps étranger d'aucune sorte.

D. Exclusion de l'intestin. — L'anus artificiel pratiqué sur l'S iliaque, est une opération d'une bénignité absolue et qui donne les résultats palliatifs les plus appréciables. Il n'en reste pas moins que c'est une infirmité permanente qui atteint souvent profondément le moral. Pour peu que l'opéré ait un peu de diarrhée, il est constamment souillé de matières intestinales et les gaz s'échappent incessamment malgré toutes les pelotes, ventouses en caoutchouc, etc., qu'on a imaginées. Aussi ne faut-il recourir à cet expédient que lorsqu'il est impossible d'agir autrement. C'est un pis-aller. Et ce qui est vrai pour l'S iliaque ou le côlon descendant, l'est encore bien davantage pour le cæcum et surtout pour l'intestin grêle. Lorsque l'obstacle siège sur le côlon ascendant, sur le cæcum ou sur l'intestin grêle, on ne peut faire porter l'entérotomie que sur un segment intestinal où les matières sont constamment liquides, puisque ce n'est que dans la traversée du gros intestin que les matières prennent de la consistance. Il en résulte que tout anus artificiel qui ne siège pas sur l'S iliaque ou au-dessous ne saurait jamais être continent.

C'est alors qu'il faut avoir recours de préférence à une autre opération: « *l'exclusion de l'intestin* ». Dans cette opération, on se propose, en présence d'un obstacle au cours des matières, de rétablir la circulation intestinale sans toucher à cet obstacle. Pour cela, on sectionne l'intestin au-dessus et au-dessous du mal et on réunit le bout central ou supérieur au bout périphérique ou inférieur: il reste alors, comme dans la figure 61⁽¹⁾⁽²⁾⁽³⁾, un segment intestinal « malade », complètement séparé du circuit intestinal: c'est ce segment qui est « exclu » et dans lequel les matières intestinales ne passent plus. Si ce segment exclu est absolument clos de toutes parts, on dit que « *l'exclusion est totale* », et s'il communique avec l'extérieur par un orifice accidentel, par une fistule pyo-stercorale ou par un anus artificiel ou contre nature, on dit que « *l'exclusion est partielle* ». Ces deux termes sont tellement défectueux et impropres que je ne crois pas

(1) MONPROFIT, *Cong. de chir.*, 1898, p. 406.