

devoir les conserver, et je les remplace par ceux d'« exclusion fermée et d'exclusion ouverte », qui sont tout aussi concis et ne prêtent pas à confusion.

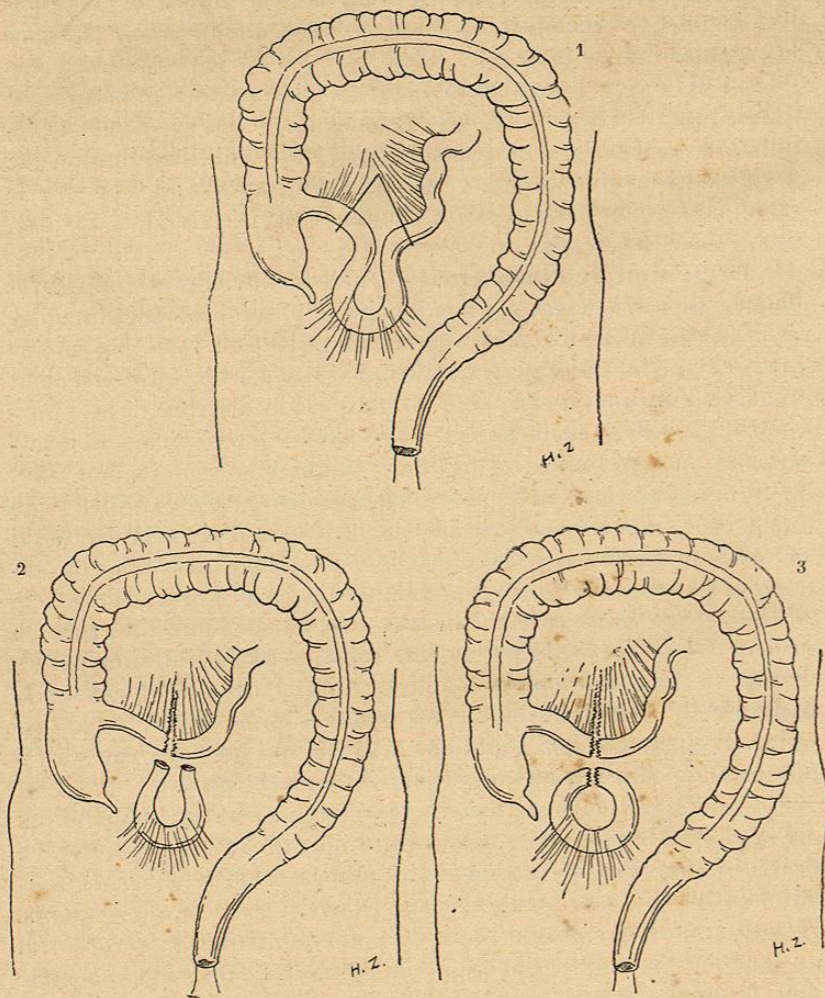


Fig. 61. — Exclusion de l'intestin. — 1, anse intestinale grêle coudée par des adhérences ; deux traits marquent les points où portera la section *t* ; — 2, les deux bouts de l'intestin ont été rapprochés et suturés ainsi que le mésentère ; — 3, les deux bouts du segment exclu sont suturés l'un à l'autre (segment exclu en anneau).

Je ne sais pourquoi cette opération a tant de peine à s'acclimater en France. Heydenreich (1) et Maurice Jeannel ont écrit sur ce sujet,

(1) HEYDENREICH, L'exclusion de l'intestin (*Sem. méd.*, 10 fév. 1897, p. 41).

et récemment M. Le Dentu (1) a exposé la genèse de l'exclusion et étudié ses indications. A l'étranger, les travaux se multiplient, depuis que Salzer en 1891, au vingtième congrès de la Société allemande de chirurgie, a proposé, pour la cure de certaines fistules stercorales du cæcum et du côlon, ainsi que pour les néoplasmes inextirpables de l'intestin, l'exclusion du segment malade, le « Darmausschaltung », ou « exclusio intestini », ou « eliminatio intestini ».

Bien que Trendelenburg ait déjà pratiqué cette opération en 1885 (au cours d'une laparotomie pour un cancer du cæcum qu'il put exclure en implantant la terminaison de l'iléon sur le côlon ascendant, séparé franchement du cæcum comme dans la figure 65), on peut dire que Salzer en est le véritable auteur, et s'il n'y avait pas que des inconvénients à baptiser les opérations du nom de leur inventeur, on pourrait appeler l'exclusion de l'intestin, opération de Salzer. Il faut savoir aussi qu'un autre des plus brillants élèves de Billroth, von Eiselsberg, a joué un rôle prépondérant par ses travaux d'Utrecht et de Königsberg pour la vulgarisation du « Darmausschaltung ». Récemment encore, von Baracz a publié le résultat très important de ses expériences sur les animaux. J'ai dû faire de nombreux emprunts pour la rédaction de cet article aux mémoires de von Eiselsberg (2) et de von Baracz, ainsi qu'à l'article (*loc. cit.*) de M. Le Dentu.

L'examen des figures 61, 62, 63, 64, 65, 66 rend compte de tous les modes d'abouchement et d'occlusion du segment exclu qui ont été tentés. A ce point de vue, le chirurgien doit s'inspirer des circonstances et de l'état des parties pour chaque cas spécial. Je prends pour plus de clarté un type unique : une obstruction de l'iléon par un néoplasme inextirpable. Une fois l'intestin sectionné au-dessus et au-dessous du néoplasme, on se trouve en présence de quatre orifices de section. Voyons comment on peut traiter ces quatre orifices : il s'agit de rétablir le cours des matières, de montrer ce qu'on peut faire des parties exclues et de dire comment on peut se comporter vis-à-vis des deux bouts attenants à la tumeur. — Étudions, A, le segment exclu, et B, le rétablissement du circuit intestinal.

A. **Segment exclu.** — Il y a trois modes d'agir pour l'exclusion ouverte et deux pour l'exclusion fermée.

1° EXCLUSION OUVERTE. — a) *Les deux bouts sont fixés et s'ouvrent librement à la peau en canon de fusil.* — Sur la figure 62, n° 2, les deux

(1) LE DENTU, De l'exclusion intestinale (*Revue de gynéc. et de chir. abdom.*, mars 1899, p. 81).

(2) a. A. FREIHERR VON EISELSBERG, Weitere Beiträge zur Casuistik der Darmausschaltung (*Wiener klin. Wochenschrift*, nos 12, 13 et 14, 1896).

b. VON EISELSBERG, Over Darmausschaltung (Mémoire de 1896 en hollandais).

c. VON EISELSBERG, Congrès de Moscou, 1897 et Ueber die Behandlung von Kothfisteln und Stricturen des Darmcanales mittelst der totalen Darmausschaltung (*Arch. für klin. Chir.*, Bd. LVI Heft 2).

bouts sont accolés, mais si les adhérences ne se prêtent pas ou se prêtent mal à cette manœuvre, on peut fixer les deux bouts à la peau en deux points plus ou moins éloignés l'un de l'autre : le résultat est identique.

b) *Un des bouts seul est ouvert à la peau.* — L'autre est fermé et réduit dans la cavité abdominale comme dans la figure 62, n° 3. On a vu par expérience que le plus souvent, quel que soit le bout réduit dans le ventre, il se forme entre la tumeur et l'orifice fermé, une cavité dont les liquides s'écoulent très mal par l'orifice cutané, en raison de la présence de la tumeur qui obstrue le canal. Inutile de se préoccuper du sens des mouvements péristaltiques : le même inconvénient se présente aussi bien pour le bout « distal » que pour le bout « proximal » (expressions souvent employées à l'étranger).

c) *Les deux bouts sont réduits dans l'abdomen et le segment intermédiaire est fixé et ouvert à la peau.* — C'est encore une exclusion ouverte, et dans ce cas-là on peut traiter les extrémités réduites dans le ventre des deux façons que je vais dire pour l'exclusion fermée (fig. 62, n° 4).

2° EXCLUSION FERMÉE. — La circulation intestinale se rétablit, comme dans l'exclusion ouverte, soit par anastomose (fig. 65), soit par implantation directe (fig. 64, n° 2) ou latérale (fig. 63) du bout supérieur. Pour le traitement des orifices du segment intestinal exclu, on a deux procédés à sa disposition.

a) *Les deux bouts fermés séparément sont réduits dans l'abdomen.* — La tumeur reste alors intermédiaire à deux cavités closes dans la profondeur, et communiquant par le goulet néoplasique l'une avec l'autre, comme dans la figure 62, n° 4.

b) *Les deux bouts sont suturés directement l'un à l'autre.* — Il reste alors dans l'abdomen un anneau complet dont la tumeur forme le chaton (fig. 61, n° 3).

J'ai fait toutes ces divisions dans l'hypothèse unique d'un rétrécissement néoplasique inextirpable de l'intestin. Il est facile de faire entrer dans ce cadre toutes les obstructions intestinales, quelle que soit leur nature. Il en est de même pour les fistules intestinales, les fistules pyo-stercorales, les anus artificiels ou contre nature, dont on voudra amener la guérison sans toucher à l'orifice cutané. Mais dans ce cas, on le comprend sans peine, il ne saurait être question d'« exclusion fermée », puisque la fistule ou l'anus préexistant : c'est toujours une exclusion ouverte dans laquelle le chirurgien n'a pas à se préoccuper de créer un orifice cutané-intestinal : il n'y a qu'à ne pas toucher à celui qui constitue l'affection même qu'on veut guérir.

B. Rétablissement du circuit intestinal. — Ici, je distingue deux circonstances bien différentes. Dans la première, je suppose qu'une fois la section de l'intestin faite au-dessus et au-dessous de la portion à exclure, rien ne s'oppose au rapprochement facile du bout

pylorique avec le bout anal. (Pour plus de concision, j'appelle bout pylorique celui qui amène les matières de l'estomac, et bout anal celui

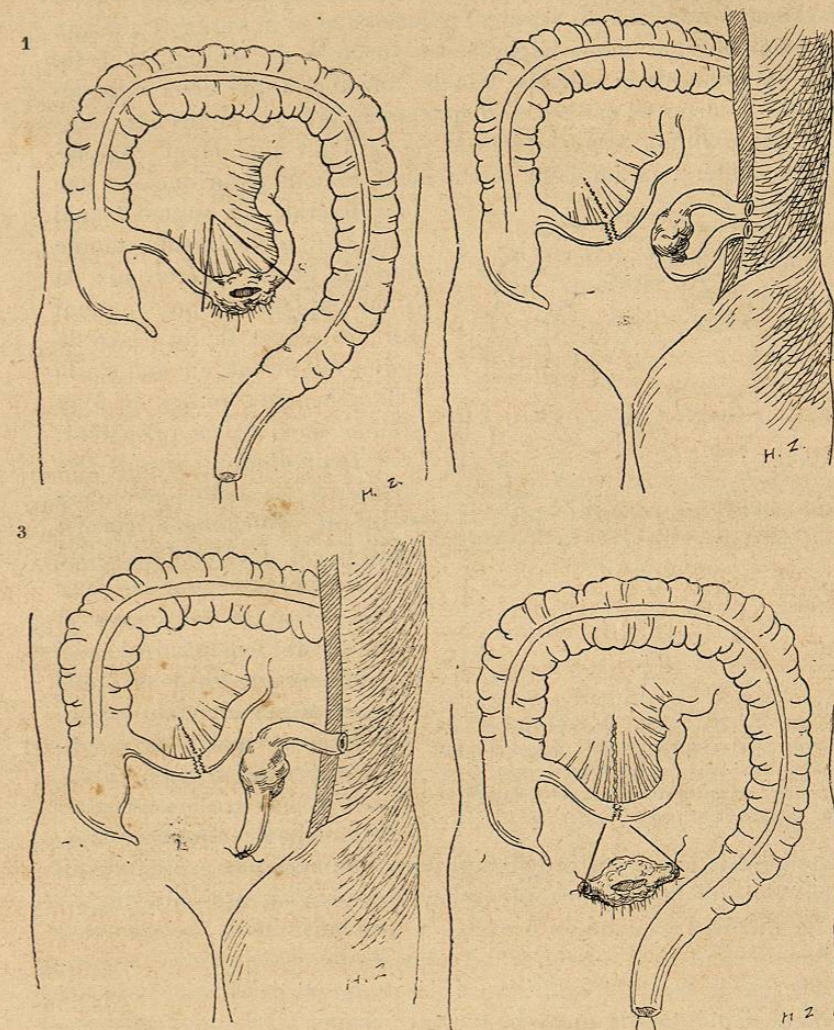


Fig. 62. — 1, tumeur et fistule intestinale. Deux traits marquent les points de section de l'intestin et du mésentère; — 2, exclusion ouverte. Les deux bouts du segment exclu s'ouvrent à la peau; — 3, un des bouts du segment est ouvert à la peau, l'autre est fermé et réduit dans le ventre; — 4, les deux bouts du segment exclu sont réduits dans l'abdomen, et la fistule cutanée n'est pas fermée.

qui les dirige du côté du rectum.) Dans la seconde, l'étendue du segment exclu est telle qu'il est impossible, une fois ce segment traité à part, de « rabouter » le bout pylorique avec le bout anal.

1° LES DEUX BOUTS SONT A PROXIMITÉ.

a) *Anastomose terminale.* — On ferme séparément et complètement le bout pylorique et le bout anal, et comme dans la figure 65, on anastomose une anse du segment pylorique avec le segment anal, en un point plus ou moins éloigné des surfaces de section. Il reste ainsi en amont de la nouvelle bouche anastomotique deux culs-de-sac, deux sortes de cæcum ou d'appendices plus ou moins longs.

b) *Implantation termino-latérale.* — Le bout anal étant complètement oblitéré, on implante directement le bout pylorique sur une face latérale du segment anal (fig. 63), absolument comme dans la gastro-entérotomie en Y on implante le bout jéjunal sur l'estomac. Il ne reste là qu'un cul-de-sac en amont de l'abouchement, au lieu de deux comme dans le cas précédent.

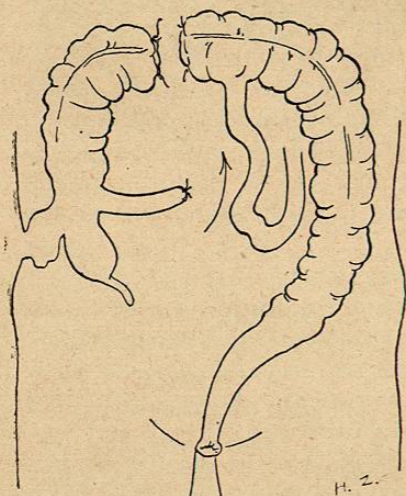


Fig. 63. — Exclusion du cæcum et du côlon ascendant. L'iléon est implanté latéralement sur le côlon transverse. L'exclusion est ouverte puisqu'une fistule va du cæcum à la peau.

c) *Implantation termino-terminale.* — Ce mode d'abouchement est évidemment l'idéal ; mais il est de toute nécessité que le rapprochement des deux bouts puisse se faire sans le moindre tiraillement ; il est aussi avantageux que les deux bouts à anastomoser aient un calibre sensiblement égal. Ces conditions sont réalisées quand il s'agit de l'intestin grêle seul ; mais cela n'est pas commun et c'est, en général, le gros intestin qu'il faut faire communiquer avec l'intestin grêle, puisque le plus souvent c'est un segment du gros intestin ou de la fin de l'iléon qu'on a exclu. Cependant, même dans ce cas, l'abouchement bout à bout se fait plus facilement qu'on ne le penserait, car le segment pylorique situé en amont de l'obstacle est en général dilaté, tandis que le bout anal placé en aval et qui fonctionnait mal est revenu sur lui-même. Il n'est pas rare de trouver des dimensions presque égales au gros intestin et à l'intestin grêle. Les fig. 61, n° 2, 64, n° 2, 66, n° 3, montrent les différentes combinaisons que peut donner l'anastomose bout à bout.

2° LES DEUX BOUTS NE PEUVENT ÊTRE RAPPROCHÉS.

a) *Anastomose latérale.* — On retombe ici dans le premier mode de la catégorie précédente (fig. 65), et il reste deux diverticules fermés en cul-de-sac en amont de l'abouchement latéral. Il peut arriver que la brièveté du mésentère ou du mésocôlon s'oppose à ce que cette

anastomose se fasse très près des orifices de section : il resterait alors deux longs diverticules ; et pour éviter cette complication, on peut

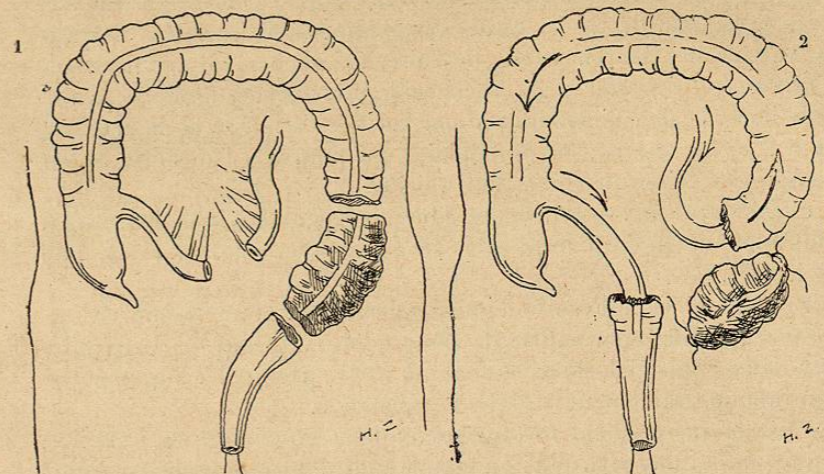


Fig. 64. — 1, l'S iliaque étant exclu, on ne peut rapprocher le côlon du rectum. On sectionne alors l'iléon ; — 2, le bout pylorique est implanté sur le côlon descendant, et le bout anal sur le rectum. Les matières circulent en sens inverse du cours normal dans le côlon transverse.

avoir recours à un des deux artifices suivants : l'anastomose récurrente et l'entéroplastie.

b) *L'anastomose récurrente.*

— C'est ainsi que j'appelle le mode d'abouchement figuré dans la figure 64⁽²⁾. Il suffit de regarder ce schéma pour se rendre compte que le cours des matières est renversé, puisque le bout supérieur ou pylorique est abouché avec le côlon descendant, tandis que le bout inférieur est soudé au rectum. On est frappé immédiatement de ce fait que la circulation intestinale devient récurrente, c'est-à-dire se fait à rebours dans tous les côlons ; en sorte que la valvule de Bauhin doit être franchie en sens inverse du cours normal.

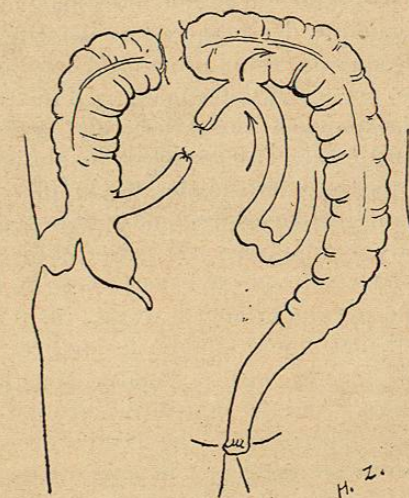


Fig. 65. — Exclusion ouverte du côlon ascendant et du cæcum. Anastomose du bout pylorique avec le côlon transverse

Si cette opération était possible sans accident d'obstruction, ce serait le renversement de tout

ce que nous savons sur le fonctionnement physiologique de la valvule iléo-cæcale. Disons qu'il n'en est rien. Von Eiselsberg a exécuté cette opération sur différents animaux et il a « observé des signes de sténose ». Et peu de temps après, Nicoladoni s'est ingénié à détruire la valvule de Bauhin avant de faire l'abouchement récurrent, le « reversal of intestine » (1). Il conseille pour cela d'atteindre la valvule iléo-cæcale en introduisant par l'orifice de l'iléon un instrument en corne (*Koorntang*, en hollandais) qui pourra « l'anéantir et par conséquent éviter qu'elle ne soit nuisible (2) ».

c) *Entéroplastie*. — Ici encore, une fois le segment intestinal exclu, on s'aperçoit qu'il est impossible de rapprocher les deux bouts l'un de l'autre.

Prenant alors une anse d'intestin grêle (fig. 66, n° 1), on en sectionne une longueur suffisante pour qu'en suturant ses extrémités aux deux bouts pylorique et anal, on arrive à combler largement et sans aucun tiraillement la perte de substance.

C'est là un expédient fort ingénieux dans lequel (fig. 66, n° 2) il se trouve qu'un morceau plus ou moins long d'intestin grêle est interposé entre les deux segments de gros intestin. L'expérience montre que la circulation des matières et le péristaltisme ne sont nullement entravés. Cette anaplastie intestinale, cette *entéroplastie*, ne seront assurément pas d'un usage fréquent, mais il est néanmoins fort utile à l'occasion de la connaître.

Indications de l'exclusion intestinale. — En s'en tenant au fait d'exclure du circuit intestinal un segment où, pour une raison quelconque, les matières ne doivent plus passer, on peut dire que Maisonneuve, en anastomosant deux anses voisines, a fait le premier une « exclusion intestinale ». Il ouvrirait dans tous les cas la voie à toutes les anastomoses viscérales, qui sous le couvert de l'antisepsie et surtout de l'asepsie, ont révolutionné la chirurgie abdominale. Les gastro-entérostomies de Wölfler et de von Hacker, les cholécystentérostomies, les anastomoses urétérales, les exclusions, les « Darmauschaltung » de Salzer, d'Eiselsberg et de von Baracz, sont des dérivés directs de l'anastomose de Maisonneuve. Mais l'exclusion est un pas important en avant, car il est impossible d'empêcher, en cas d'anastomose simple, les matières de continuer à s'engager en partie dans le canal à exclure. Tous les procédés pour obvier à ce passage, n'ont pu donner de résultat certain. J'ai vu, il y a une dizaine d'années, M. Le Dentu plisser l'intestin au-dessous d'une anastomose destinée à la cure d'une fistule, et maintenir ses plis serrés par des fils de soie. Peu de temps après, l'intestin s'était sans doute déplissé, car les matières passaient encore par la fistule. Les procédés indiqués par von Hacker, Chaput, etc., pour valvuler

(1) MALL, *John Hopkin's Hospital Reports*, vol. I.

(2) EISELSBERG, Mémoire en hollandais, p. 36. — Tang signifie : tisonnier.

l'intestin au-dessous de la bouche anastomotique ne sont pas plus fidèles, et l'exclusion intestinale de Salzer et Eiselsberg est bien la seule opération qui, en séparant par section [complète le segment malade du reste de l'intestin, puisse assurer une cure définitive.

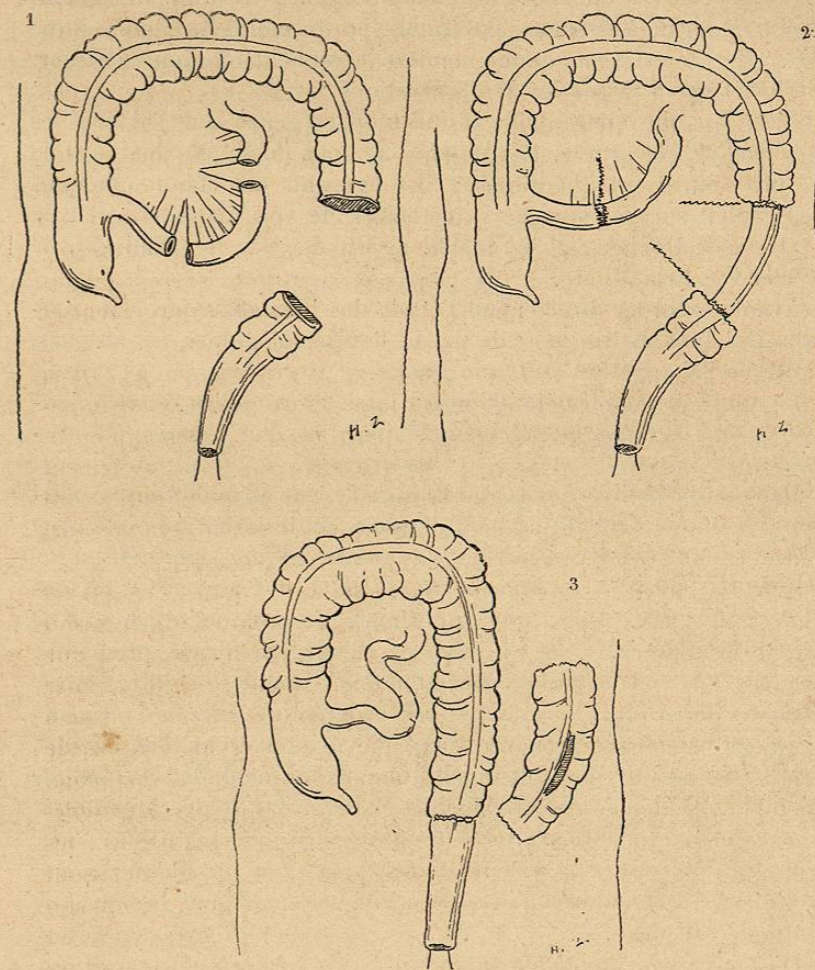


Fig. 66. — 1, entéroplastie. Le segment malade est trop long pour permettre l'abouchement du colon dans le rectum. On sectionne un segment d'intestin grêle destiné à rétablir la continuité ; — 2, le cours des matières est rétabli par entéroplastie ou anaplastie intestinale ; — 3, le rapprochement du colon descendant et du rectum ayant pu se faire, l'entéroplastie a été inutile.

A ce titre elle mérite toute l'attention des chirurgiens. L'idée a d'ailleurs été, dès 1894, appliquée par Eiselsberg à l'estomac, et pour s'opposer au reflux de la bile dans l'estomac ou à l'établissement de ce circulus viciosus qui a si souvent compromis les résultats de

la gastro-entérostomie, il a conseillé de sectionner l'estomac entre le pylore et l'abouchement gastro-jéjunal, et d'oblitérer séparément les deux orifices de section. C'est aussi une exclusion. Mais ce qui caractérise et différencie le plus l'exclusion intestinale telle que je viens de la décrire dans tous les modes possibles, c'est que le segment exclu est fermé à ses deux extrémités, ou du moins ne communique plus avec l'intestin en aucune manière. C'est là l'opération de Salzer. Eiselsberg en a rassemblé 37 observations.

C'est sur une quarantaine de faits de ce genre que j'ai pris les schémas de cet article. Ces dessins ne sont donc pas des vues de l'esprit purement théoriques; ils figurent des faits cliniques empruntés surtout aux deux mémoires de von Eiselsberg et à la pratique de Hoehenegg, de Frank, de von Baracz, de Obalinski, de Körte, von Erlach, etc.

Avant d'aborder directement l'étude des indications de cette opération, il faut mettre hors de cause l'exclusion totale des auteurs, celle que j'ai appelée l'*exclusion fermée*.

La question semble définitivement jugée : *l'exclusion fermée (c'est-à-dire sans fistulisation du segment exclu) ne doit jamais être pratiquée.*

Dans un mémoire récent, von Baracz (1), par de nombreuses expériences sur les chiens, a montré sans contestation possible que « *l'exclusion totale (ou fermée) de l'intestin est une opération périlleuse entre toutes et absolument inapplicable à l'homme.* ». Je souligne cette phrase qui a une importance de premier ordre sous la plume de Baracz. C'est en effet ce chirurgien qui le premier a pratiqué l'exclusion fermée chez l'homme, comme le montre bien le mémoire de Albert Narath; et ses expériences chez les animaux viennent justement à l'encontre de ce qu'il avait soutenu tout d'abord. D'ailleurs, avant cette démonstration expérimentale, la clinique avait déjà prononcé; et le fait d'Eiselsberg, qui quatre jours après une exclusion totale n'avait sauvé son malade qu'en fistulisant l'anse exclue, avait toute la valeur d'une expérience sur l'homme. Sur 17 chiens opérés ainsi par von Baracz, 2 seulement ont survécu : la méthode est jugée.

On pourra *par exception* obtenir de vrais succès comme ceux de Friele, de von Baracz et d'Eiselsberg, mais le plus souvent, sinon toujours, on verra survenir des accidents formidables tenant : 1° à l'infection du péritoine, au cours de la désinfection nécessaire du segment à exclure, pendant l'opération; 2° à la gangrène de l'anse exclue par torsion possible de son mésovasculaire; 3° à l'accumulation des gaz et des sécrétions dans l'intérieur du segment exclu, et

(1) Roman von BARACZ, De l'exclusion totale de l'intestin, recherches expérimentales (*Langenbeck's Arch. für klin. Chir.*, 1899, Band LVIII, n° 1, p. 120) Anal. in *Presse méd.*, 22 fév. 1899, p. 91.

à la désunion des sutures occlusives des bouts; 4° aux lésions de la paroi du cylindre exclu, par ulcération, hémorragie, gangrène, etc. Tous ces accidents tiennent en réalité à l'évolution d'un processus de physiologie pathologique générale. Le vase clos constitué par l'occlusion complète de l'anse exclue, contient des micro-organismes nombreux et variés, en particulier du *bacterium coli*, qui ont de la tendance, par l'exaltation de leur virulence au début, à infecter le péritoine au travers des parois de l'intestin. A la longue, ils perdent toute virulence, mais les toxines qu'ils ont secrétées sont une source constante d'irritation pour la muqueuse, ce qui entretient sa sécrétion.

Bref, von Baracz lui-même condamne absolument sa méthode, et les expériences décrites dans son dernier mémoire justifient pleinement l'opinion du chirurgien de Lemberg.

Tout ce qui me reste à dire sur les indications de l'exclusion de l'intestin s'applique donc uniquement à l'*exclusion ouverte* (exclusion partielle des auteurs). Cette opération a un désavantage appréciable : la création d'une fistule. Mais il faut bien savoir que cette fistule ne donne très rapidement qu'un écoulement presque insignifiant et arrive même à se fermer d'elle-même. Comme pis-aller, on peut être amené ultérieurement à faire une opération complémentaire pour fermer cette fistule. Ce sont là de minimes inconvénients, quand il n'y a pas de néoplasme sur le segment exclu.

Les indications de l'exclusion sont limitées; mais quand elles existent, on a en main une ressource des plus précieuses.

Établissons d'abord un principe absolu : quelle que soit la cause pour laquelle on intervienne, fistule pyostercorale ou anus contre nature à guérir, rétrécissement du calibre de l'intestin inflammatoire, néoplasique ou autre, l'opération *idéale* est, sans conteste, la *résection* des parties malades suivie de l'abouchement des deux bouts de l'intestin. Les indications de l'exclusion ne sont donc faites que des contre-indications de la résection.

Quelle que soit la nature de la lésion, il y a d'abord des indications tirées de l'*état général*.

Lorsque le malade ne pourra supporter qu'un minimum d'intervention, on aura recours à la simple entéro-anastomose, qui est l'opération la plus innocente et la plus rapide, quitte à reprendre ultérieurement le bistouri pour remédier aux inconvénients résultant de la persistance du passage partiel des matières au niveau du mal. Si, au contraire, il s'agit d'un sujet vigoureux, c'est à la résection idéale qu'il faut donner la préférence, et dans ce cas il n'y a qu'une seule contre-indication : c'est quand elle est physiquement impraticable. Ici pourtant, je fais remarquer qu'il est illusoire de s'acharner à faire des résections néoplasiques quand des adhérences serrées et étendues rendent l'opération trop laborieuse.