

On arrive le plus souvent à mener à bien l'intervention, mais n'est-il pas de beaucoup préférable de faire l'exclusion, qui a souvent sur le néoplasme et sur ses connexions un effet des plus marqués. Les cures en plusieurs temps ont donné des résultats remarquables pour les néoplasmes intestinaux. Je réserve en somme la résection pour les cas où elle est facile et où la destruction des adhérences ne sera pas trop laborieuse, et je dirai avec Eiselsberg : On doit faire chez les malades affaiblis, d'abord l'entéro-anastomose et réserver l'exclusion intestinale pour une seconde opération, si la première semble insuffisante. Enfin, on peut penser que plus tard on extirpera par une troisième opération la tumeur primitivement inopérable, mais que l'exclusion aura rendue mobile.

Il faut bien savoir en effet que lorsque les matières ne passent plus sur les fongosités néoplasiques, lorsque se produisent les contractions répétées et forcées des muscles intestinaux destinées à pousser les liquides au travers du cylindre rétréci, les douleurs disparaissent, et le néoplasme semble entrer en régression, au point de devenir relativement mobile sur les parties voisines auxquelles il adhérait le plus primitivement. C'est d'ailleurs ce qu'on a remarqué depuis longtemps pour les cancers du rectum après l'établissement de l'anūs iliaque : et de fait, quand on crée un anus iliaque, c'est en réalité une exclusion ouverte du rectum qu'on a pratiquée.

Il arrive pourtant, après l'exclusion ouverte, que le néoplasme progresse au point de venir faire saillie au dehors par la fistule. Dans la troisième observation d'Eiselsberg, la masse bourgeonnante fit saillie hors de la fistule et se nécrosa ; mais néanmoins les douleurs avaient complètement disparu, en raison de l'exclusion du point sténosé. Les douleurs tiennent à la sténose, non pas au néoplasme en lui-même.

En résumé, *pour les néoplasmes, il faut pratiquer l'exclusion ouverte, toutes les fois que l'état général du malade, ou les adhérences locales, contre-indiquent la résection.*

Pour les fistules stercorales, les indications de l'exclusion sont encore plus fréquentes. Salzer et Hochenegg font remarquer que l'opération idéale, la résection, présente le plus souvent d'insurmontables difficultés en pareil cas, et que l'entéro-anastomose simple est toujours insuffisante. C'est en effet pour la cure des fistules intestinales que l'exclusion sera le plus souvent employée.

Il semble que depuis quelques années le nombre de ces fistules a augmenté. S'il y a moins qu'autrefois de fistules consécutives aux gangrènes herniaires, on en observe beaucoup plus à la suite des grandes opérations abdominales sur des annexes très adhérentes à l'intestin, à la suite des opérations d'appendicite, etc., sans parler des fistules d'origine néoplasique qu'on rencontre toujours de temps en temps. Pour toutes ces fistules, l'exclusion est une opération excellente dont la gravité ne saurait être comparée à celle de la résection,

et dont l'efficacité est bien supérieure à celle de l'entéro-anastomose simple.

Voici, d'après Salzer, les indications de l'exclusion :

- 1° Fistules stercorales compliquées (plaies par armes à feu, étranglements, syphilis et tuberculose) ;
- 2° Fistules intestinales par tumeurs inopérables ;
- 3° Fistules vésico-intestinales ;
- 4° Sténoses intestinales qu'on ne peut extirper ;
- 5° Infections intestinales locales inopérables pour faire un traitement local (actinomycose).

J'ai donné cette liste des indications de l'exclusion de l'intestin pour la mettre en regard de celle de M. Le Dentu, qui comprend les états suivants :

- 1° Affections inflammatoires ulcérées, adhérentes, saignant au passage des matières ;
- 2° Les tumeurs ramollies et fixes ;
- 3° Les fistules pyostercorales avec tumeurs inflammatoires du voisinage ;
- 4° Les fistules néoplasiques adhérentes.

Je crois qu'on peut encore simplifier beaucoup toutes ces classifications en formulant le simple précepte qui suit :

*L'exclusion intestinale est indiquée pour la cure de tous les rétrécissements néoplasiques ou autres et de toutes les fistules intestinales néoplasiques ou autres, quand l'état général ou l'état local (adhérences) s'opposent à la résection.*

## ANUS ARTIFICIEL.

### CHOIX DU PROCÉDÉ OPÉRATOIRE.

Il faut classer à part l'anūs artificiel que le chirurgien établit de parti pris pour parer à une sténose cancéreuse ou autre, *quand il y a eu impossibilité matérielle* de faire une résection de la portion obstruée ou une exclusion de l'intestin.

Deux voies s'offrent au chirurgien pour pratiquer un anus artificiel. Bien entendu, je ne parle pas de l'anūs cæcal et encore moins de l'ouverture de l'iléon : ce sont là des opérations qu'on fait par nécessité quand l'obstacle siège sur le côlon ascendant ou sur le cæcum. Je n'ai en vue ici que l'anūs artificiel qui doit remédier à une sténose du rectum, plus ou moins haut située. C'est alors qu'on peut aborder soit le côlon descendant par la voie lombaire, soit l'S iliaque par la voie transpéritonéale.

L'anūs lombaire s'appelle aussi *anus de Callisen*, du nom du célèbre chirurgien danois, et l'anūs iliaque porte le nom de notre compatriote Littre. Cette opposition de l'anūs de Callisen à l'anūs de Littre a suscité de nombreux mémoires et de vives discussions.



Qui ne se rappelle en particulier les véritables tournois oratoires sur ce sujet entre Verneuil et Trélat, le premier combattant avec toute sa spirituelle dialectique pour l'anوس iliaque (1), et Trélat soutenant de sa puissante éloquence l'anوس lombaire de Callisen (2). Tout cela semble vraiment bien éloigné : en deux mots, la question est jugée. Par la voie lombaire, l'opération est très laborieuse, et le seul avantage chirurgical est de ne pas ouvrir la cavité péritonéale.

Je passe sur les arguments de sentimentalité, relatifs au moral ultérieur de l'opéré, qui « ne voit pas son mal » quand l'anوس siège en arrière. Ne vaut-il pas mieux voir, pour les soins de propreté constamment nécessaires : on peut faire les mêmes réflexions pour l'anوس sacré qui a eu quelque vogue en Allemagne et a été recommandé en particulier par von Eiselsberg.

Actuellement on peut affirmer que la voie transpéritonéale ne présente aucune sorte de gravité. Je ne me rappelle pas avoir vu d'accident péritonéal consécutif. On peut observer des infections sous-cutanées ou cutanées du voisinage, des phlegmons, des suppurations, mais ce sont là des complications auxquelles n'échappent pas les anus lombaires. Ils y sont même infiniment plus exposés en raison de l'épaisseur de la paroi abdominale postérieure et de la profondeur à laquelle on a dû pénétrer pour aborder le colon descendant. En réalité, c'était la seule peur du péritoine qui pouvait éloigner de la voie iliaque de Littre ; cette crainte n'existe plus : il n'y a donc pas de discussion possible. En 1720, lorsque Littre proposa de pratiquer un anus artificiel par la voie iliaque, il s'agissait de remédier à une imperforation congénitale du rectum. Longtemps, avec Littre, on se servait d'un fil de soie pour transfixer le mésocolon iliaque et attirer l'anوس au dehors. Verneuil employait une broche métallique qu'il laissait à demeure, et Reclus a conseillé l'usage d'une sonde en gomme. Il semble, à lire les descriptions modernes, qu'il y ait dans l'opération telle que nous la faisons de grandes modifications à la technique de Littre. On parle du « procédé de Verneuil », du « procédé de Maydl », du « procédé de Reclus ». En réalité, l'originalité de ces divers procédés consiste à remplacer le fil de soie de Littre par une broche d'acier ou par une bougie en gomme ; Littre conseillait expressément de laisser en place « le fil passé dans le mésentère » pendant deux ou trois jours. Il n'est pas jusqu'au « procédé en deux temps de Maydl » qu'on ne retrouve dans nos vieux auteurs.

« Peut-être vaudrait-il mieux ne pratiquer l'incision (de l'intestin) qu'au bout de quelques heures, pour laisser aux adhérences le temps de commencer à se former (3). »

(1) VERNEUIL et RECLUS, *Congrès de chirurgie*, 1885.

(2) TRÉLAT, *Clinique chirurgicale*, t. II, p. 391.

(3) S. LAUGIER, *Dictionnaire en 30 volumes*, 2<sup>e</sup> édit., art. Anus contre nature, t. III, p. 374.

En somme, le choix du procédé opératoire importe peu, pourvu qu'on réponde aux indications qui sont au nombre de trois : 1<sup>o</sup> donner issue aux matières ; 2<sup>o</sup> éviter l'infection du péritoine par les matières ; 3<sup>o</sup> créer un éperon qui s'oppose au passage des matières dans le bout inférieur.

Pour la première indication et la seconde on aura toute sécurité en employant le procédé en deux temps ; et si on se rappelle avec quelle rapidité se forment les adhérences séreuses, on pourra, en cas d'urgence, ouvrir l'intestin quelques heures après la première intervention, sans attendre les vingt-quatre ou quarante-huit heures dont j'ai parlé. Quant à la troisième indication, qui est de créer un éperon saillant entre les deux orifices intestinaux, elle est remplie par le fil de soie, la broche, ou mieux la sonde entourée de gaze embrochant le mésocolon sous l'anوس herniée. Madelung et Sonnenburg ont voulu simplifier, et pour être bien sûr que les matières ne passeraient pas du bout supérieur dans l'inférieur, il semblait logique de sectionner en totalité l'intestin, de fermer complètement le bout rectal et de l'abandonner dans le ventre ou de le fixer à l'angle inférieur de la plaie : il ne restait ainsi que le bout supérieur s'ouvrant à la paroi. Cette conception avait séduit M. Tillaux, qui employa une fois ce procédé. Malheureusement, ce fut le bout supérieur qu'il oblitéra et réduisit dans l'abdomen, tandis qu'une collerette de sutures fixait le bout inférieur à la paroi. Si pareil accident est arrivé à M. Tillaux, on peut dire que tous les chirurgiens y sont exposés. En outre, même au cas où il n'y a pas eu d'erreur sur les deux bouts, il n'est pas sans inconvénient de laisser ainsi dans le ventre ce cul-de-sac dont les parois continuent à sécréter et qui contient des matières fécales et des mucosités glaireuses. Maintes fois, on a été obligé de faire une opération ultérieure pour ouvrir cette cavité intestinale dont le contenu ne se vidait pas du côté de l'anوس normal, en raison de la coarctation rectale. Il est en somme indispensable de laisser le bout inférieur largement ouvert à l'extérieur à côté du bout supérieur, et cela pour que des lavages puissent assurer la vidange du segment rectal et au besoin modifier localement l'état des parois intestinales. Je crois d'ailleurs que le procédé de Madelung est à peu près abandonné, même en Allemagne. Il suffit de constituer un bon éperon bien saillant (en se servant d'une sonde garnie de gaze jusqu'à avoir le volume de l'index) pour obtenir une véritable barrière qui s'oppose au passage des matières d'un bout dans l'autre.

Outre ces deux indications citées plus haut que j'appellerai « indications de nécessité », on a voulu remplir aussi une autre indication qui est de rendre l'anوس artificiel continent. Il est clair que le plus grand inconvénient de cette opération, ce qui en fait une infirmité navrante, c'est l'impossibilité de retenir les matières et les gaz ;



L'opéré est incessamment souillé par l'incontinence des matières. Mais rendre l'anus nouveau continent, c'est une « *indication de luxe* » pour ainsi dire; la question n'est pas vitale.

A la clinique chirurgicale de Lausanne, on emploie systématiquement depuis 1895 un procédé tendant à permettre d'obtenir facilement l'anus artificiel dans l'intervalle des évacuations intestinales. Cet anus de Roux (de Lausanne) est un anus pubien ou symphysien. C'est dire qu'il siège sur la ligne médiane.

L'incision cutanée pubienne permet de tailler avec ciseau et marteau sur la symphyse, et sans même désinsérer les muscles droits, une encoche en forme d'U de deux centimètres au moins. Le péritoine ouvert, on attire dans cette plaie « une anse de l'S iliaque qu'on couche verticalement dans l'U de façon que les quatre cinquièmes supérieurs de l'encoche soient occupés par la branche afférente de l'intestin, celle qui servira pour l'anus proprement dit. La branche afférente n'occupe que le dernier cinquième; elle est aplatie par la position qu'on lui donne et ainsi définitivement mise hors de fonction » (1) (fig. 67).

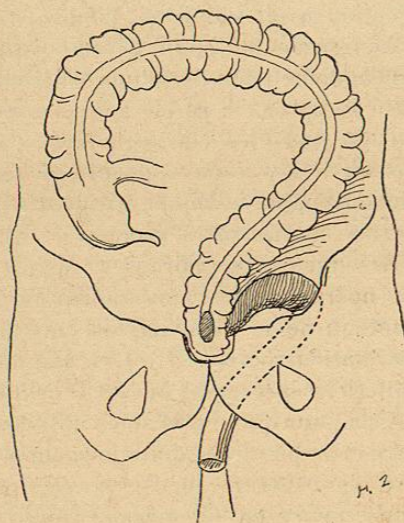


Fig. 67. — Anus pubien par le procédé de Roux (de Lausanne).

D'après Roux, la supériorité de cette opération sur l'anus iliaque ordinaire « est d'avoir comme support pour la pelote obturatrice une partie osseuse immobile (la symphyse pubienne), qui n'est pas à comparer avec le voisinage musculaire et instable des autres anus artificiels : la ceinture osseuse ne permet aucun glissement du bandage que l'on peut fixer solidement ».

En voilà assez pour qu'on puisse apprécier les avantages de ce procédé : si je ne m'y arrête pas davantage, c'est que je ne le crois pas applicable chez tous les sujets. Il est arrivé à tous les chirurgiens sans doute, comme à moi, de ren-

contrer des malades chez lesquels le mésocôlon iliaque était si court qu'on pouvait à peine amener le gros intestin dans la plaie latérale. Il est certain que dans ces cas-là il eût été de toute impossibilité

(1) On trouvera les détails de la technique de ce procédé de Roux dans un article de Mlle D<sup>r</sup> von Mayer dans la *Revue médicale de la Suisse romande* : « Nouveau procédé d'anus artificiel à la clinique chirurgicale de Lausanne », n° 1, janv. 1898.

d'attirer l'S iliaque et le côlon jusqu'à la symphyse pubienne. Je suis convaincu qu'il doit y avoir des sujets pour lesquels l'opération de Roux est matériellement impraticable, en raison de la brièveté du mésocôlon iliaque.

Ce sont en somme toutes ces raisons qui m'ont déterminé à ne donner ici la description détaillée que du seul procédé qui me paraît à l'abri de tout reproche dans tous les cas.

#### TECHNIQUE OPÉRATOIRE DE L'ANUS ILIAQUE.

Il s'agit d'une opération d'urgence que tous les praticiens doivent être en mesure de pratiquer, comme une kélotomie pour hernie étranglée, comme une trachéotomie, etc...

Verneuil insistait beaucoup dans ses cliniques sur ce fait, et pour bien montrer que c'était une opération à la portée de tous, il tirait au sort parmi les élèves présents le nom de celui qui allait tenir le bistouri. J'ajoute qu'il avait soin de guider l'instrument lui-même quand le sort avait désigné un assistant par trop inexpérimenté. Il n'en reste pas moins que l'opération est facile en général et que chacun doit y être préparé puisqu'elle répond souvent à des indications pressantes.

On peut assurément se borner à l'anesthésie locale par la cocaïne, car l'incision de la paroi abdominale est seule douloureuse; mais j'avoue qu'en dehors des cas où l'état général est par trop précaire, je préfère beaucoup l'anesthésie par le chloroforme ou l'éther.

Le malade est donc endormi, le pubis et l'abdomen soigneusement rasés et aseptisés. Placé à gauche, on trace de bas en haut une incision de 7 à 8 centimètres à un travers de doigt au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure et parallèlement à l'arcade crurale et à la crête iliaque. Cette incision dont le milieu répond à l'épine iliaque antérieure comprend la peau et l'aponévrose du grand oblique (fig. 68) (1). Quittant alors le bistouri, on accroche avec l'index droit le bord inférieur du petit oblique qui traverse la plaie presque horizontalement, et on le relève de bas en haut en déchirant quelques-unes des insertions les plus inférieures de ce muscle : un écarteur confié à un aide remplace l'index, et soulevant alors le transverse et le péritoine avec une pince à griffes, on fait une boutonnière avec les ciseaux. Le péritoine est repéré avec deux pinces de Kocher, et en deux coups de ciseaux on donne à l'ouverture péritonéale la grandeur voulue, soit 5 centimètres au maximum. Le plus souvent une frange graisseuse apparaît dans la profondeur : elle est saisie et attirée au dehors, entraînant à sa suite l'S iliaque aisément reconnaissable à ses bandelettes longitudinales et à ses appendices de tissu adipeux. Repérant avec soin l'insertion du mésocôlon iliaque à cette anse, on perfore ce méso avec une pince dans la concavité de l'anse herniée et on insinue dans l'orifice une sonde en gomme entourée d'une bande de



gaze aseptique. L'anse oméga se trouve ainsi à cheval sur la tige rigide qui traverse son méso et qui prend appui de chaque côté sur les bords de la plaie cutanée. Avec un fil de soie (fig. 68, n° 1) on ferme en haut et en bas la plaie péritonéale en ayant soin de comprendre dans l'anse du fil une bandelette longitudinale de l'intestin (fig. 68, n° 2). En d'autres termes, l'aiguille traverse les muscles et le péritoine de la lèvre externe, puis chemine dans l'épaisseur de la paroi intestinale (de préférence dans une bandelette longitudinale), et enfin perfore le péritoine et les muscles de la lèvre interne de la plaie.

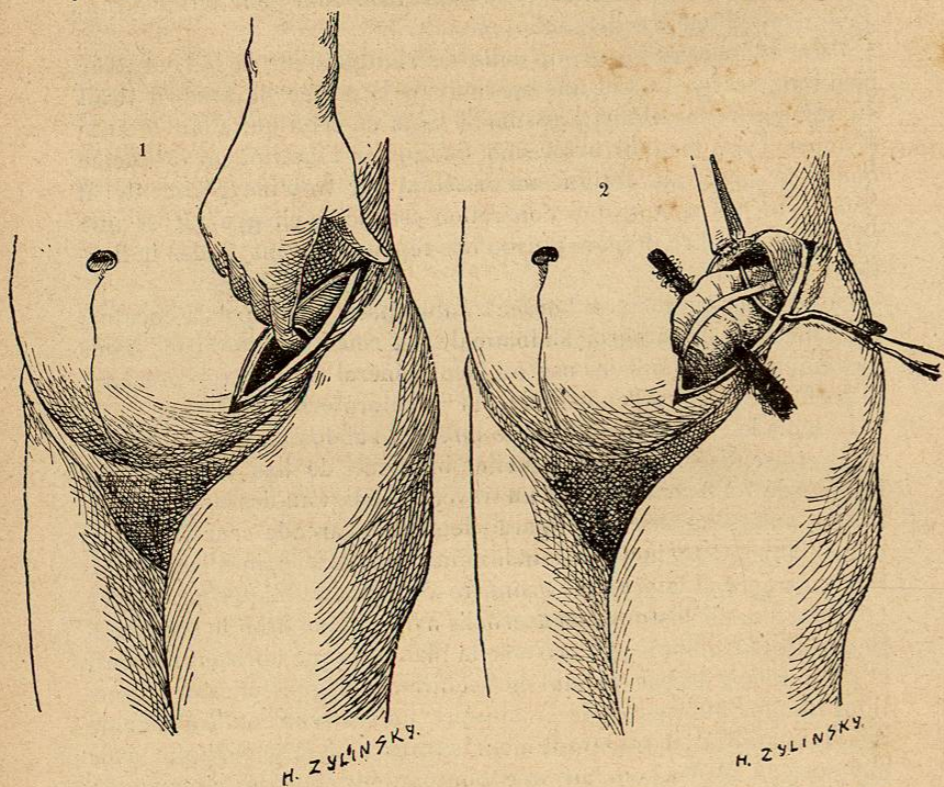


Fig. 68. — 1, Technique de l'anus iliaque. Le doigt soulève le petit oblique en le déchirant; — 2, l'aiguille fixe l'intestin au péritoine pariétal en passant un fil de soie sous la bandelette longitudinale.

On enlève alors l'écarteur, qui par en haut soulevait depuis le commencement de l'opération le petit oblique, et il reste à rétrécir en haut et en bas la plaie cutanée avec un ou deux crins de Florence.

Un chiffon de gaze aseptique et un tampon ouaté recouvrent la région.

Au bout de vingt-quatre heures, on saisit avec une pince à griffes la

paroi intestinale la plus en vue et on ponctionne avec le thermocautère au rouge sombre : quand on a pénétré dans la cavité intestinale, ce que l'issue de quelques gaz et l'affaissement subit de l'anse indiquent nettement, on enlève au thermo une rondelle de paroi de la dimension d'une pièce de vingt sous. Il n'est pas rare d'avoir à pincer une artériole qui saigne abondamment malgré les attouchements du thermocautère. — Pansement absorbant.

Le quatrième jour, on procède à l'extraction de la sonde entourée de gaze qui embroche le mésocolon iliaque. Pour cela on la sectionne avec de forts ciseaux au ras de l'intestin, sur le côté interne de la plaie, et en la décollant lentement avec les doigts qui attirent l'intestin au dehors, tandis que l'autre main refoule la gaze en arrière; on arrive à séparer l'intestin complètement de son support artificiel. Il arrive souvent que l'anus ne peut fonctionner que lorsque cette petite opération complémentaire est terminée : aussi ne faut-il pas hésiter dans les cas pressants à enlever la sonde entourée de gaze, dès le deuxième jour; bien des fois je l'ai même enlevée vingt-quatre heures après l'opération en faisant l'ouverture de l'intestin, et je n'ai jamais observé d'accident consécutif.

Les jours suivants, la débâcle se produit et on doit renouveler souvent le pansement. Il ne faut pas s'attendre à voir les matières sourdre abondamment par l'anus artificiel aussitôt après l'ouverture de l'intestin. Il semble que cet organe ne se vide que partiellement et par poussées intermittentes, comme s'il était formé d'une série de segments indépendants ne déversant leur contenu de l'un dans l'autre que par à-coups successifs. Si la peau au pourtour de la plaie rougit et s'excorie, on usera souvent d'un corps gras isolant et de la poudre de carbonate de magnésie dont l'alcalinité neutralisera l'action irritante des matières.

Enfin, s'il se produit par le bout supérieur un prolapsus, on le réduira en comprimant lentement la masse pour chasser le liquide de l'œdème des parois et en refoulant l'intestin de bas en haut. Cette réduction s'obtient toujours, et il est par conséquent bien inutile de réséquer les parties prolapsées, comme je l'ai vu faire, à tort suivant moi.

Dès le quinzième jour, quand tout va bien, on s'occupera du bout inférieur qu'on a le tort de négliger trop souvent. Il faut absolument en faire « la vidange » complète. Pour cela, on introduira la canule du laveur dans le bout inférieur et dans l'anus alternativement, pour faire des irrigations profuses de haut en bas et de bas en haut. On arrive ainsi à débarrasser tout le segment intestinal exclu, de l'anus artificiel à l'anus normal, de toutes les matières et de toutes les sécrétions qu'il contenait. Il sera bon par la suite de faire de temps en temps des injections topiques dans ce segment exclu, pour agir directement sur la lésion.



REMARQUES PRATIQUES SUR LES DIFFÉRENTS TEMPS OPÉRATOIRES. —  
 1<sup>er</sup> TEMPS: *Incision de la paroi abdominale.* — Nombre de chirurgiens se bornent à sectionner au bistouri dans toute l'étendue de la plaie les muscles petit oblique et transverse, comme l'aponévrose du grand oblique. C'est ainsi que faisait Verneuil. Depuis plusieurs années, je ne coupe plus le petit oblique, comme je l'ai dit plus haut, et j'attache une certaine importance à cette pratique pour la continence relative de l'anüs (fig. 68, 1). Le petit oblique, qu'on a maintenu soulevé en haut pendant l'opération, retombe ensuite sur le bout supérieur. C'était ce que Verneuil voulait éviter, pensant que ce serait un obstacle à l'issue facile des matières; et c'est au contraire ce qu'il faut rechercher, car la pratique m'a montré que le cours des matières n'est nullement arrêté par ce bourrelet musculaire: il est seulement entravé et le malade ne se trouve pas aussi constamment souillé que si l'orifice est largement ouvert sans qu'on ait recours à l'artifice dont je parle.

2<sup>e</sup> TEMPS: *Recherche de l'anse oméga.* — Le plus souvent, la première frange graisseuse qui apparaît est la bonne: mais parfois c'est l'épiploon qui se présente et on est obligé de le refouler; dans cette manœuvre, on modifie les rapports des anses intestinales et c'est d'intestin grêle qui se montre obstinément dans la profondeur. En pareil cas, il y a un moyen absolument sûr d'arriver droit sur l'S iliaque, c'est d'aller à la recherche de son *méso*. Si ce repli péritonéal est long, l'anse oméga est très mobile, et on conçoit qu'elle échappe aux investigations; mais ce qui est fixe, c'est l'insertion du mésocôlon iliaque à la fosse iliaque; et c'est là un point anatomique facile à aborder. Il suffit donc d'introduire le doigt dans la plaie en suivant la face profonde de la lèvre *externe* jusqu'à ce qu'on soit arrêté par la cloison mésocolique: c'est absolument mathématique et l'on ne saurait s'égarer. Je ne comprends vraiment pas comment on a pu écrire que la recherche de l'anse oméga pouvait être des plus laborieuses.

3<sup>e</sup> TEMPS: *Fixation de l'anse herniée.* — Il m'est arrivé deux fois de trouver le mésocôlon iliaque si court qu'il était impossible d'attirer l'anse au dehors. Je me demande ce qu'on ferait en pareil cas à la clinique de Lausanne pour l'amener jusqu'au contact du pubis. L'S iliaque est alors maintenue par la brièveté de son méso, et il faut beaucoup de précautions pour perforer ce méso au ras de son insertion à l'intestin sans léser l'intestin lui-même. J'ai vu trois fois des opérateurs inexpérimentés déchirer l'intestin en embrochant le mésocôlon avec la sonde entourée de gaze. C'est un écueil qu'il suffit de connaître pour l'éviter. Si le mésocôlon est trop court, on aura soin de faire l'orifice suffisamment étendu le long du bord adhérent de l'intestin pour que l'anse puisse être herniée sans tiraillement: on la désinsère du méso sur une étendue de 2 ou 3 centimètres.

J'insiste beaucoup sur ce fait qu'il faut fixer l'anse herniée «à cheval» sur sa sonde, par deux fils de soie. Il est inutile de multiplier les fils en collerette, comme le faisait Verneuil.

Mais après avoir vu Verneuil abuser de ces fils fixateurs, j'ai vu un de mes maîtres affirmer qu'il n'en fallait mettre aucun. Cette pratique est dangereuse, tandis que celle de Verneuil n'était que superflue. J'ai vu un malade opéré ainsi, sans avoir son anse herniée fixée à la paroi par aucun fil, présenter le lendemain une hernie de trente centimètres d'intestin dans le pansement. Quoi de plus simple, pour éviter pareille aventure, que de placer deux fils de soie comme je l'ai conseillé.

4<sup>e</sup> TEMPS: *Soins ultérieurs.* — En cas d'extrême urgence on peut ouvrir l'intestin en terminant l'opération, qui se fait alors en un seul temps. Quand on y est contraint, je conseille de faire un orifice étroit, seulement suffisant pour qu'on puisse introduire une grosse sonde en gomme dans le bout supérieur de l'anse herniée. Un fil de soie placé sur l'orifice intestinal étreint les parois sur le tube en gomme dont l'extrémité traverse le pansement, et évacue les gaz et les matières liquides dans un vase sans que la plaie puisse en être souillée. Par cet expédient on arrive très bien à éviter l'infection de la cavité péritonéale. J'en ai usé trois fois avec un plein succès.

En réalité, il est encore plus sûr, quand on n'est pas trop pressé, d'attendre vingt-quatre ou quarante-huit heures pour ouvrir l'intestin. Il faut bien savoir que le seul fait d'avoir fixé au-dessus l'anse oméga suffit pour amener une amélioration immédiate de tous les symptômes d'obstruction, même avant qu'on ait ouvert l'intestin et que son contenu soit évacué, et il suffit de ces quelques heures pour que l'adhérence du péritoine viscéral au pourtour de la plaie du péritoine pariétal forme une barrière tutélaire contre l'infection du dehors.

Insistons encore sur un petit détail de pratique qui a son importance: lorsqu'on excise au thermo-cautère une rondelle de la paroi intestinale, il faut se rappeler que souvent la paroi postérieure de l'anse herniée est refoulée par la sonde en gomme sous-jacente et s'applique à la paroi antérieure. Si on n'y prend garde on s'expose à exciser les deux parois en même temps. J'ai vu quatre fois cet accident arriver à des élèves inexpérimentés. Il suffit d'être prévenu et de commencer par *ponctionner* avec le thermo pour *exciser* ensuite de dedans en dehors, c'est-à-dire de la muqueuse à la séreuse.