

le chirurgien a à choisir entre la colotomie par le procédé de Littre, c'est-à-dire au moyen d'une incision à travers la fosse iliaque gauche ou la colotomie par le procédé de Callisen et d'Amussat, c'est-à-dire par une incision pratiquée à travers la région lombaire gauche.

Relativement au choix à faire entre ces deux opérations, l'opinion des chirurgiens ne semble pas tout à fait établie. Tandis qu'en France la colotomie lombaire est à peine pratiquée, en Angleterre et surtout en Amérique, cette opération paraît jouir à nouveau d'une certaine vogue, et, d'après les faits publiés, il serait peut-être bon de revenir à cette opération trop délaissée parmi nous. Bulteau a réuni dans sa thèse 142 cas de colotomie lombaire empruntés aux statistiques de Doliger (1), Erskine Mason (2), Heath (3), et sur ce nombre on compte 92 guérisons et 50 morts, soit 63,3 pour 100 de guérisons et 36,7 pour 100 de morts. Ces résultats sont sensiblement égaux à ceux que d'Erckelens (4) a consignés dans un récent mémoire.

Nous nous bornerons à fournir quelques indications sommaires sur le manuel opératoire de l'entérotomie et de la colotomie iliaque et lombaire, que l'on trouvera décrites en détail dans les traités de médecine opératoire.

**Entérotomie.** — Le procédé d'entérotomie auquel on devra donner la préférence est celui que Nélaton a réglé de la manière suivante :

Une incision de 7 centimètres environ est pratiquée dans la fosse iliaque droite, un peu au-dessus de l'arcade de Fallope, et s'étend depuis l'épine iliaque antéro-supérieure jusqu'au milieu de cette arcade, de manière à rester en dehors de l'artère épigastrique. On divise successivement la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, les muscles grand et petit obliques, le transverse et le *fascia transversalis*. Arrivé sur le péritoine, on y pratique avec la pince et le bistouri une petite ouverture que l'on agrandit ensuite sur la sonde cannelée, de manière à lui donner l'étendue de la plaie. On a eu le soin auparavant d'arrêter l'écoulement de sang à l'aide de pinces hémostatiques ou en pratiquant des ligatures.

On prend alors la première anse d'intestin distendue qui se présente (l'expérience a démontré que dans cette région l'anse qui se présente appartient toujours à la fin de l'ilium), on l'attire légèrement entre les lèvres de la plaie, mais sans chercher à la faire sortir au dehors, puis avant de l'ouvrir on la fixe solidement de la manière suivante (fig. 58) : deux points de suture sont d'abord appliqués aux deux extrémités de l'incision, traversant à la fois les deux lèvres de la plaie et une petite portion de l'intestin. Puis à la partie moyenne de l'anse on place un point de suture avec une aiguille qui traverse d'abord l'intestin de dehors en

(1) *De l'intervention chirurgicale dans l'occlusion intestinale*, thèse, Paris, 1872.

(2) *De la colotomie lombaire* (*American journal*, oct. 1873).

(3) *Lectures on colotomy* (*British med. journ.*, décembre, 1877).

(4) *Archiv für klinische Chirurgie*, vol. XXIII, 1<sup>re</sup> Hft., 1878.

dedans, puis de dedans en dehors, et vient ressortir à quelques millimètres de l'une des lèvres de l'incision; par ce point de suture une petite portion de la paroi intestinale se trouve fixée contre l'un des bords de la plaie abdominale. Un point de suture est placé de même sur l'autre bord, en ayant soin de faire pénétrer l'aiguille par le même point qui a été traversé par la première.

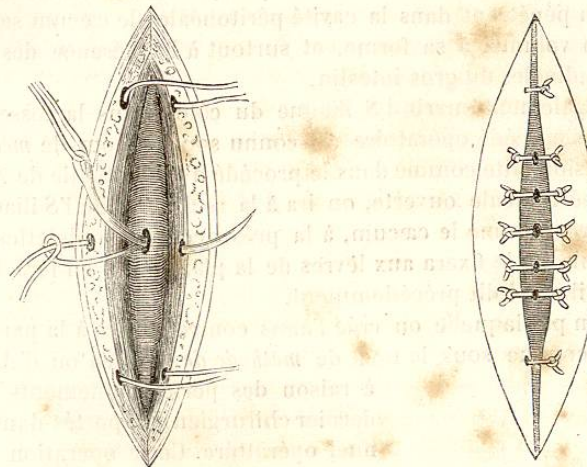


FIG. 58. — Entérotomie. Mode de fixation de l'anse intestinale.

FIG. 59. — Anse intestinale complètement fixée.

D'autres points de suture, au nombre de cinq à six de chaque côté, sont appliqués de la même façon, de manière à obtenir une fixation très exacte de l'intestin (fig. 59), et c'est seulement alors que l'on procède à l'ouverture de l'intestin dans l'étendue de 2 à 3 centimètres entre les points de suture. Grâce à ces précautions la chute des matières intestinales dans la cavité péritonéale est sûrement prévenue.

Après l'ouverture de l'intestin, on favorisera la sortie des gaz et des matières en introduisant dans le bout supérieur une grosse sonde molle en caoutchouc, et en administrant, s'il y a lieu, de légers laxatifs. Le traitement ultérieur de l'anus contre nature sera l'objet d'une étude spéciale dans l'article consacré à cette affection.

**Colotomie.** — On peut pratiquer un anus contre nature sur divers points du gros intestin (côlon ascendant, descendant, S iliaque), et nous avons précisé plus haut quelles étaient les indications qui devaient guider le chirurgien dans la détermination du siège de l'anus contre nature. En dehors de cette considération importante, deux procédés peuvent être mis en usage pour ouvrir le gros intestin, suivant que l'ouverture est placée à la partie antérieure ou à la partie postérieure.

On conçoit que le cæcum puisse être ouvert par une incision pratiquée dans la fosse iliaque droite, en suivant à peu près les règles que



nous avons établies pour l'entérotomie, à la condition de repousser les anses d'intestin grêle pour mettre à nu le cæcum. On a conseillé, il est vrai, de parvenir au cæcum en décollant le péritoine de la fosse iliaque, afin d'éviter l'ouverture de la séreuse; mais cette pratique, que j'ai cherché à suivre dans deux cas, me semble beaucoup plus difficile qu'on ne l'a dit et qu'on ne pourrait le supposer. Aussi je pense que, lorsque l'on se propose d'ouvrir le cæcum, il vaut mieux procéder directement à sa recherche en pénétrant dans la cavité péritonéale; le cæcum se reconnaîtra à son volume, à sa forme, et surtout à la présence des bandelettes longitudinales du gros intestin.

On peut également ouvrir l'S iliaque du côlon dans la fosse iliaque gauche, et ce procédé opératoire est connu sous le nom de *méthode de Littré*. L'incision faite comme dans le procédé d'entérotomie de Nélaton, et la cavité péritonéale ouverte, on ira à la recherche de l'S iliaque qui se reconnaîtra, comme le cæcum, à la présence des bandelettes longitudinales, puis on le fixera aux lèvres de la plaie et on en fera l'ouverture comme il a été dit précédemment.

L'opération par laquelle on crée l'anus contre nature à la partie postérieure est connue sous le nom de *méthode de Callisen* ou d'*Amussat*,

à raison des perfectionnements que ce dernier chirurgien a apportés dans le manuel opératoire. Cette opération a pour but d'ouvrir le côlon ascendant ou descendant au niveau de la région lombaire droite ou gauche.

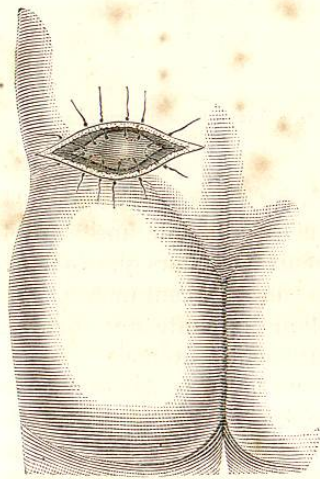


FIG. 60. — Colotomie lombaire.

Le malade étant couché sur le ventre, un peu incliné du côté opposé à celui qui doit être opéré, et l'abdomen soulevé par un coussin, on pratique, à deux travers de doigt au-dessus de la crête iliaque, une incision transversale (fig. 60) qui commence au bord extérieur de la masse commune du sacro-lombaire et long dorsal pour s'étendre en dehors dans l'étendue de quatre à cinq travers de doigts. On divise successivement la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, les muscles grand dorsal en dedans et grand oblique en dehors, puis le petit oblique, le transverse, et enfin l'aponévrose profonde de ce muscle.

Il est quelquefois nécessaire, après avoir sectionné ces diverses couches transversalement, de les inciser verticalement pour se frayer une voie plus large. On arrive alors sur le tissu cellulo-adipeux qui entoure le côlon et que l'on enlève avec précaution. On s'assure de la présence de l'intestin par la sonorité, par la sensation de rénitence spéciale éprouvée par le doigt, et lorsqu'on l'a mis à découvert on le fixe à l'aide de

points de suture, d'abord à ses deux extrémités, puis sur les parties latérales, et on y pratique une incision avec le bistouri.

*Laparotomie.* — Le chirurgien appelé à pratiquer cette opération devra s'entourer, autant que possible, des précautions prescrites pour l'ovariotomie, et pour peu que le milieu dans lequel il opère présente des conditions hygiéniques défavorables, il sera prudent de s'astreindre rigoureusement aux règles de la méthode antiseptique.

Trois procédés ont été préconisés pour l'ouverture de l'abdomen: tantôt l'incision est faite dans le point où l'on suppose que siège l'obstacle: c'est un procédé d'exception et qui échappe à toute réglementation; tantôt, à l'exemple de Paris, on pratique l'incision dans la fosse iliaque droite; tantôt, enfin, l'incision porte sur la ligne médiane comme pour l'ovariotomie. Ce dernier procédé, le plus généralement suivi, me paraît supérieur à celui de Paris, en ce qu'il permet d'explorer plus complètement toute la cavité abdominale et de lever l'obstacle en quelque point qu'il se trouve.

Je conseille donc de pratiquer l'incision sur la ligne médiane, au-dessous de l'ombilic, dans une étendue de 15 centimètres environ. Les tissus sont divisés lentement, en ayant soin d'arrêter tout écoulement sanguin avec des pinces à forcipressure, et c'est seulement lorsque la plaie est exsangue que le péritoine est ouvert sur une sonde cannelée, dans toute l'étendue de l'incision.

Ce premier temps de l'opération accompli, il reste à rechercher le siège de l'occlusion. On a prétendu que cette recherche se faisait à l'aveugle en fouillant au hasard dans la cavité abdominale. Il n'en est rien, et quelque difficile que soit ce temps de l'opération, en raison de la distension des anses intestinales, il est possible d'y procéder avec méthode, ainsi que je l'ai indiqué à la Société de chirurgie, et ainsi que Paris l'avait déjà prescrit. Le cæcum, en effet, peut servir de point de repère, et suivant qu'il est affaissé ou distendu, on pourra de suite en conclure que l'obstacle siège sur l'intestin grêle ou sur le gros intestin.

Aussitôt donc que la cavité péritonéale est ouverte, le chirurgien devra porter la main vers la fosse iliaque droite, mettre le cæcum à découvert et reconnaître son état de vacuité ou de distension.

Le cæcum est-il affaissé? on examinera l'extrémité inférieure de l'iléon à partir du point où il s'insère sur le cæcum, et en continuant à suivre de bas en haut l'intestin grêle on arrivera sur le siège de l'occlusion qui, ainsi qu'on le sait, occupe le plus souvent la fin de l'iléon. Dans le cas où l'on éprouve de la difficulté à rencontrer l'obstacle, on pourrait recourir au procédé indiqué par Paris et qui consiste à placer dans le mésentère deux fils, l'un noir et l'autre blanc, distants de 2 à 3 centimètres l'un de l'autre, en ayant bien soin de noter celui des deux fils qui répond au cæcum. Grâce à ce moyen on sera toujours sûr de se reconnaître et de savoir dans quel sens il convient de continuer ses recherches.



Si le cæcum est gonflé par les gaz, et si, par conséquent, l'obstacle siège sur le gros intestin, le chirurgien examinera le côlon ascendant, le côlon transverse, le côlon descendant, l'S iliaque, et découvrira rapidement le lieu de l'occlusion.

Mais quel que soit le siège qu'elle occupe, sur l'intestin grêle ou sur le gros intestin, la distension des anses intestinales est quelquefois telle qu'il est à peu près impossible de procéder aux investigations nécessaires en maintenant à l'intérieur de l'abdomen l'intestin qui s'échappe au dehors. Dans ces cas, un aide devra maintenir la masse intestinale à l'aide de serviettes chaudes, ou mieux encore d'une flanelle imbibée d'une solution phéniquée.

Le siège de l'occlusion étant enfin découvert, on procédera selon les circonstances à faire disparaître l'obstacle au cours des matières, et sur ce point on ne saurait donner de règles précises. Tantôt le chirurgien aura à sectionner une bride épiploïque, fibreuse, qui étrangle l'intestin; tantôt il devra dégager une anse intestinale comprise dans un nœud diverticulaire, ou étranglée dans une ouverture anormale ou une sorte de sac intérieur, et dans ce dernier cas, il sera souvent nécessaire de faire un débridement, comme dans la hernie étranglée; tantôt il s'agira de rétablir dans sa position normale l'intestin tordu sur lui-même; parfois enfin on se trouvera en présence d'une invagination et, suivant le conseil donné par Hutchinson (1), on devra rechercher en premier la partie inférieure de l'invagination et effectuer la réduction en exprimant le cylindre ou en tirant sur la gaine plutôt qu'en cherchant à extraire directement l'anse invaginée.

Lorsque l'obstacle au cours des matières a été levé, on devra examiner avec soin l'état dans lequel se trouve l'intestin. S'il paraît sain, on s'assure qu'il n'y a pas d'écoulement de sang, et, dans le cas contraire, on lie avec des fils de soie très-fins ou du catgut les vaisseaux qui donnent du sang, puis, après avoir nettoyé avec soin la cavité péritonéale, on procède à la fermeture de la paroi abdominale comme dans l'ovariotomie.

Si, au contraire, l'intestin est perforé, si ses parois sont profondément altérées dans le point où siègeait l'obstacle, en sorte que l'on puisse craindre sa perforation ultérieure, il ne reste comme dernière ressource que la création d'un anus artificiel, en attirant et fixant à la partie inférieure de la plaie l'anse malade. Peut-être pourrait-on, dans quelques cas, au lieu de pratiquer un anus artificiel, avoir recours à la suture intestinale par les procédés de Gely ou de Lembert.

Enfin je rappellerai en terminant que certains chirurgiens ont été jusqu'à réséquer une portion d'intestin malade et à réunir les deux bouts. Reybard ayant pratiqué la gastrotomie dans un cas d'occlusion

(1) De la gastrotomie dans l'invagination intestinale (Méd. chir. Transact., vol. LVII p. 31, 1874).

intestinale et se trouvant en présence d'une dégénérescence organique de l'S iliaque, retrancha la portion d'intestin malade, réunit les deux bouts au moyen de la suture en surjet et referma la plaie abdominale. Le malade guérit.

## ARTICLE V

## ANUS CONTRE NATURE.

Sous le nom d'*anus contre nature*, on désigne toute ouverture anormale de l'intestin, permettant l'issue des matières fécales au dehors.

Depuis longtemps les chirurgiens distinguent les anus contre nature en *congénitaux*, *accidentels* et *artificiels* ou *chirurgicaux*, suivant que l'ouverture anormale existe au moment de la naissance, succède à une perforation de l'intestin, ou a été créée par la main du chirurgien.

L'étude de l'*anus contre nature artificiel* est moins l'étude d'un accident morbide que celle d'un procédé opératoire, de ses indications et de ses contre-indications. Nous en avons déjà parlé au sujet du traitement chirurgical des étranglements herniaires et des occlusions intestinales; nous y reviendrons à propos des affections de l'an us et du rectum.

Quant à l'*anus contre nature congénital*, son existence est tellement liée aux vices de conformation de l'extrémité inférieure de l'intestin, que nous l'étudierons à propos des malformations de l'an us et du rectum.

Dans cet article nous aurons seulement en vue l'*anus contre nature accidentel*, qui comprend tous les cas dans lesquels une lésion accidentelle a produit une ouverture mettant en communication la cavité intestinale avec l'extérieur.

Quelques auteurs ont cherché à distraire du chapitre des anus contre nature, sous le titre de *fistules stercorales*, certains cas où la communication avec l'extérieur est très-étroite et où l'issue du contenu de l'intestin est peu abondante. Mais il n'existe en réalité aucun caractère distinctif qui permette d'établir une limite tranchée entre l'an us contre nature et la fistule stercorale.

Il n'en est pas de même d'un autre ordre de lésions que tous les auteurs classiques décrivent en même temps que l'an us contre nature; je veux parler des cas dans lesquels l'intestin communique avec une cavité dans laquelle son contenu s'épanche avant de sortir à l'extérieur. La lésion principale n'est plus l'ouverture anormale de l'intestin, c'est l'abcès qui l'a produite, qui l'entretient, et qui empêche la guérison. En outre, le siège de ces lésions est différent de celui des anus contre nature proprement dits. Aussi devons-nous décrire dans un paragraphe spécial ces anus contre nature, suite d'abcès au voisinage de l'intestin, auxquels nous réserverons le nom de *fistules stercoro-purulentes*, qui leur a été donné par Verneuil.