

péritonite mortelle. Cet opérateur était parti de l'idée que, sous l'influence de l'irritation produite par la présence du fil et de la mèche, les deux séreuses devaient adhérer en arrière de l'éperon. La même idée le guida dans la création du procédé suivant, qui consiste à perforer par gangrène la paroi adossée des deux bouts de l'intestin. Un instant Dupuytren eut l'intention de les détacher de la paroi abdominale et de les aboucher; mais il comprit tout le danger de ce moyen et y renonça.

Entérotomie. Second procédé de Dupuytren. L'instrument nommé *entérotome* se compose de deux branches latérales (fig. 496, 497 a, e) et d'une vis de pression (fig. 498, b). Les branches ont 0^m,18 de longueur environ. L'une d'elles, a, que l'on peut appeler la *branche mâle*, parce qu'elle est reçue dans l'autre, est formée d'une lame longue de 0^m,10 environ, large de 0^m,008, épaisse de 0^m,001 sur son tranchant a, qui est ondulé, et se termine par un renflement sphéroïde. A l'union de cette lame avec le manche se trouve une mortaise d de quelques millimètres d'étendue, derrière laquelle est le manche lui-même, qui a 0^m,08 de longueur.

La branche femelle ou récipiente (fig. 497, c) est un peu moins longue que l'autre. Elle présente une gouttière ondulée destinée à

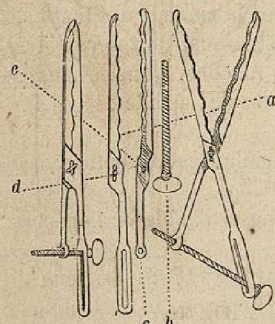


Fig. 495. 496. 497. 498. 499.

recevoir la branche mâle, et, à son extrémité, une cavité pour loger le renflement qui termine cette dernière. A l'union de la gouttière avec le manche existe un pivot tournant e qui doit être reçu dans la mortaise de la branche mâle; enfin vient le manche lui-même percé à son extrémité d'un trou taraudé c destiné à recevoir la vis de pression (fig. 498). Celle-ci est longue de 0^m,04, et terminée par une plaque ou pavillon ovale b, passé dans la longue mortaise de la branche mâle. Cette vis est engagée ensuite dans le trou de la

branche femelle, et son action consiste à rapprocher à volonté les branches de la pince. Les fig. 499 et 495 représentent l'entérotome monté: dans la première, il est ouvert; dans la seconde, il est fermé.

Il est facile de comprendre le mécanisme de cet instrument. Une compression de plus en plus forte des parois adossées de la portion d'intestin qui forment l'éperon les fait nécessairement tomber en gangrène, et si des adhérences se sont produites autour des pertes de substance produites, la continuité du canal intestinal et le libre passage des matières alimentaires se trouvent rétablis. Les acci-

dents les plus graves peuvent résulter de cette opération. Les adhérences indispensables ne se forment pas toujours, et alors survient un épanchement funeste. On est également exposé à saisir entre les pinces une anse d'intestin engagée dans le sinus de l'angle constitué par l'éperon.

Il faut commencer par rechercher l'orifice des deux bouts de l'intestin, et il est souvent difficile de trouver l'inférieur, qui peut être plus ou moins éloigné de l'ouverture fistuleuse, dévié ou atrophié. Quelquefois cependant on le découvre assez aisément, en raison du peu d'étendue de la perte de substance. La position de l'intestin reconnue, le sujet couché sur le dos et la paroi abdominale relâchée, on place, l'une après l'autre, les branches de l'instrument à une profondeur variable, puis on les articule, et on les serre en faisant agir la vis. Le meilleur moyen de prévenir l'inflammation est de porter immédiatement la constriction jusqu'au point d'arrêter totalement la circulation dans les portions saisies par la pince. Les jours suivants, on augmente la pression en imprimant quelques tours de plus à la vis. La fig. 500 représente l'instrument appliqué. La paroi intestinale antérieure a été enlevée pour permettre d'apercevoir les différents détails de l'opération, et l'on voit les bouts supérieur a et inférieur g réunis l'un à

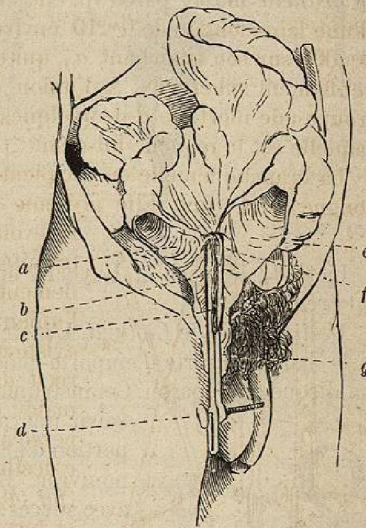


Fig. 500.

l'autre par l'entérotome b, dont les deux branches c f embrassent toute l'étendue de l'éperon; les tiges e sont adossées l'une à l'autre et maintenues par la vis d, qui a été complètement serrée.

Les malades en général n'éprouvent que de faibles douleurs; quelques-uns cependant ont des coliques, des nausées et des vomissements. On a observé, mais rarement, des péritonites, dont la cause doit être rapportée à des fautes opératoires.

D'abord fixé avec force, l'entérotome devient, au bout de quelques jours, plus mobile par suite de la division des tuniques intestinales, et se détache vers le huitième jour, en entraînant une bande des parois de l'intestin. Une large communication, bornée

de tous côtés par des adhérences, existe alors entre les bouts adossés de l'intestin et permet le passage des matières alimentaires. Pour mieux comprendre encore ces détails, il suffit de jeter les

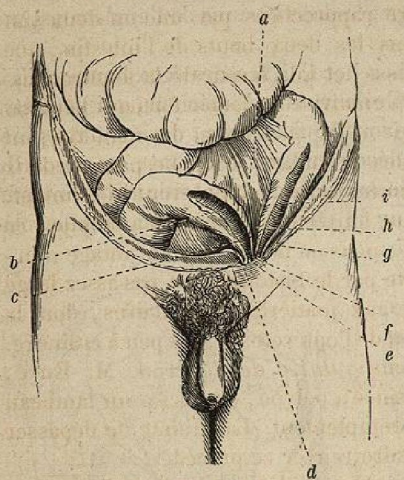


Fig. 501.

yeux sur la fig. 501, indiquant l'état anatomo-pathologique des parties avant l'opération. Les deux bouts de l'intestin *b i* viennent s'ouvrir à l'anneau inguinal *d* par un orifice fistuleux *e*, constituant l'anus accidentel, dont les deux côtés *d f* sont formés par la paroi antérieure de l'intestin, tandis que la paroi postérieure offre un angle rentrant *a*, correspondant à l'éperon, et figure ainsi deux surfaces *c h* susceptibles d'être rapprochées et détruites par la pression de l'entérotome.

Liotard, Delpéch et Reybard ont modifié l'entérotome de Dupuytren.

Modification de Liotard. L'instrument de Liotard (fig. 504) consiste dans une sorte d'emporte-pièce, au moyen duquel on enlève un disque de l'éperon. Cet instrument n'augmente pas le danger de saisir une anse intestinale voisine ou une portion d'épiploon, mais il est difficile à manœuvrer. Blandin l'a cependant employé avec succès. La perte de substance est moins longue, mais un peu plus large que par le procédé de Dupuytren, et elle laisse l'orifice fistuleux intact. L'expérience n'a pas prouvé les avantages de ce dernier effet, dans les conditions habituelles de l'anus accidentel.

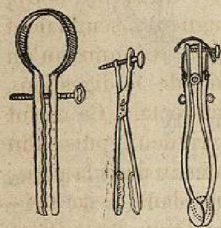


Fig. 502. 503. 504.

Modification de Delpéch. L'instrument de Delpéch (fig. 503) est à branches isolées, minces, creuses, recourbées légèrement et terminées par des plaques de 0^m,03 de longueur, qui se touchent par deux arêtes mousses. On porte chacune de ces branches dans un bout de l'intestin au moyen d'un gorgéret d'ébène; puis les deux branches sont réunies, et leurs plaques poussées l'une contre l'autre au moyen d'une vis de pression.

Modification de Reybard. L'instrument de Reybard se compose de deux branches (fig. 502), longues de 0^m,10 environ, plates, fenêtrées depuis leur origine jusqu'àuprès de leurs extrémités, arrondies, et susceptibles d'être rapprochées par une ou deux vis. On introduit ces branches dans les deux bouts de l'intestin, que l'on rapproche et que l'on adosse, et à la faveur de la fenêtre existant sur les deux branches, on en divise la cloison formant l'éperon avec le bistouri. L'hémorrhagie et l'épanchement des matières sont empêchées par la pression des branches. Dans l'espace de deux jours, les adhérences sont formées et on peut enlever l'instrument. Il serait prudent d'attendre plus longtemps. Reybard a employé ce procédé deux fois, et a réussi; mais on ne voit pas l'avantage d'inciser l'éperon: l'ouverture faite par le bistouri n'est pas assez large pour offrir un passage facile aux matières alimentaires, dont la rétention, pendant l'application de l'entérotome, est peu à craindre.

Excision d'un lambeau triangulaire de l'éperon. M. Ruyé, ayant saisi l'éperon avec une pince à polype, en excisa un lambeau en V. Son opéré se rétablit promptement. La crainte de dépasser la limite des adhérences doit faire rejeter ce procédé.

Modification de M. Sédillot. M. Sédillot a fait usage d'un entérotome un peu différent, dans un cas remarquable et probablement unique, traité à la Clinique de Strasbourg. (Voy. la Thèse de M. Barincou, Strasbourg, 2^e série, n^o 239, année 1851.)

Le malade, venu de Besançon, où il avait été opéré d'une hernie étranglée, portait dans le flanc droit une large plaie donnant issue à la totalité des matières alimentaires incomplètement chymifiées. Plusieurs tumeurs cylindriques rougeâtres A, B, C, D (fig. 505), dont l'une avait plus d'un décimètre de longueur, semblaient s'échapper de l'abdomen. On n'avait jusqu'alors reconnu qu'un seul bout intestinal, d'où s'écoulaient les produits de la digestion, et l'on dut procéder à la recherche de l'extrémité rectale. Ce ne fut pas sans étonnement que le chirurgien en découvrit deux, puis enfin trois. Ainsi la hernie avait quatre ouvertures d'intestin dans la plaie, provenant évidemment de deux anses contenues dans le sac herniaire et mortifiées au niveau de l'étranglement. Deux des orifices devaient appartenir à une portion d'intestin devenue étrangère à la continuité du tube digestif, tandis que les deux autres devaient répondre, l'une à l'estomac et l'autre au gros intestin. Il fallait les distinguer, et voici comment M. Sédillot y parvint. La sortie des matières alimentaires indiquait nettement le bout supérieur *b*. Une injection rectale s'écoulant par la plaie révéla le bout inférieur *C*. Quant aux deux autres ouvertures A, B, une injection faite par l'une ou par l'autre ressortit immédiatement du côté opposé. Aucun