

doute ne pouvait plus subsister sur la nature des altérations, et M. Sédillot se demanda s'il ne serait pas possible de rétablir la continuité complète de l'intestin par deux entérotomies simultanées ou successives. Craignant de trop multiplier les obstacles au passage des matières chymeuses, il préféra n'opérer qu'une seule entérotomie, en abandonnant à l'atrophie et à une oblitération possible l'anse intestinale intermédiaire.

Les doigts, introduits dans les deux orifices supérieur et inférieur de l'intestin, étaient aisément rapprochés dans l'intérieur de l'abdomen; il était donc facile d'étreindre et de mortifier les tuniques adossées de l'intestin. L'écartement extérieur très-considérable des deux orifices D C ne permettait pas d'avoir recours aux entéro-

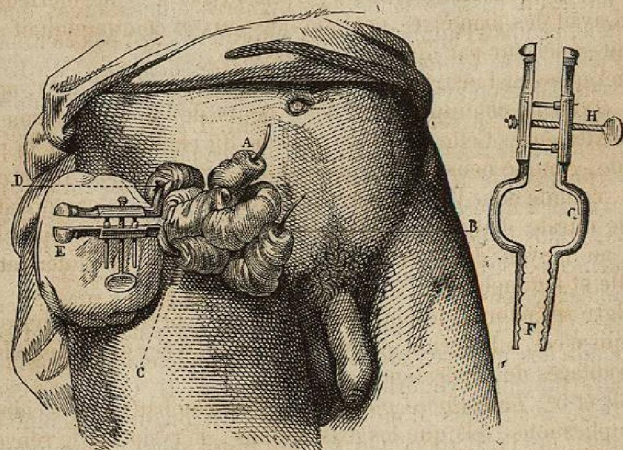


Fig. 505.

tomes ordinaires. Un entérotome spécial fut construit, dont les branches de contact F étaient séparées supérieurement par des courbures G très-larges et terminées de nouveau un peu plus loin par deux branches parallèles susceptibles d'être rapprochées par un pas de vis H. Deux petites tiges d'acier, fixées l'une au-dessus, l'autre au-dessous de la vis à l'une des branches manuelles et traversant l'autre, servaient à maintenir très-exactement le parallélisme des deux parties de l'instrument.

Il devint dès lors facile de l'appliquer (fig. 505) sans étrangler les parties intermédiaires extérieures. L'opération fut pratiquée le 22 novembre 1851. Les branches de l'entérotome furent retirées sé-

parément le cinquième jour, pour ne pas ébranler les adhérences. Le passage des matières alimentaires se trouva rétabli sans accidents; le malade, qui était très-faible et d'une grande maigreur, reprit en peu de mois ses forces et de l'embonpoint, et resta à l'hôpital en qualité d'infirmier. On essaya en vain de fermer la plaie. On réduisit bien des procidences intestinales, mais les tentatives de suture restèrent sans succès, et on ne voulut pas recourir à des procédés anaplastiques, que la grande étendue de la solution de continuité paraissait contre-indiquer. Un bandage compressif prévint tout écoulement de matières intestinales, et le malade resta très-satisfait des résultats obtenus. Cet homme ayant succombé au choléra en 1855, les pièces pathologiques furent montrées à la Société de médecine et conservées au Musée de la Faculté de Strasbourg, où elles figurent encore. Le bout intestinal moyen ou intermédiaire était très-mince, mais perméable, et le bout inférieur ou rectal avait des diamètres presque normaux et communiquait avec le bout supérieur par une large ouverture.

Quel que soit l'instrument dont on ait fait usage, il faut, après avoir établi la continuité des deux bouts de l'intestin, fermer la plaie extérieure. Cette partie de la tâche du chirurgien est la plus difficile, comme nous venons d'en donner un exemple. On a employé, comme nous l'avons précédemment exposé, la cautérisation avec le nitrate d'argent, l'avivement des bords et leur rapprochement au moyen de la suture entortillée; enfin, la cautérisation actuelle et l'autoplastie.

Malgré ses efforts, le chirurgien voit souvent subsister un pertuis, qui n'est, à la vérité, qu'un inconvénient léger en comparaison des avantages de l'opération.

B. 4^e et 5^e. *Traitement palliatif.* Il faut combattre les accidents et complications, tels que les excoriations, l'érysipèle, le renversement de la muqueuse, par les moyens indiqués.

Si l'anus accidentel siège dans un point très-élevé du tube digestif, la nutrition languit de plus en plus, et le malade tombe dans le marasme. On essaiera de soutenir ses forces au moyen de bouillons concentrés injectés par la plaie dans le bout inférieur de l'intestin. M. Voillemier, vers la fin de l'année 1842, s'est occupé de ce point de thérapeutique. Une femme, qui était à cette époque à l'Hôtel-Dieu, et dont la nutrition restait incomplète, se trouva très-bien du mode d'alimentation auquel ce chirurgien la soumit. Outre que les injections nutritives contribuent à la réparation de l'économie, elles ont pour effet d'empêcher l'intestin de se rétrécir.

Il importe, quand l'anus accidentel est incurable, de pallier cette

infirmité, objet de dégoût pour le malade et pour ses proches. On y parvient à l'aide de la boîte de Nuville ou de tout autre récipient propre à recevoir les matières à mesure qu'elles s'écoulent de l'ouverture fistuleuse.

Appréciation. Les détails dans lesquels nous sommes entrés montrent que trois circonstances principales dominent le traitement de l'anus accidentel. — A. Dans un très-grand nombre de cas, la lésion guérit spontanément, comme l'a démontré Scarpa. — B. Lorsque la perte de substance est considérable et l'éperon saillant, la disparition spontanée de la fistule n'est plus à espérer, et la destruction de l'éperon pour rétablir le cours des matières alimentaires semble indispensable. Toutefois l'opération est grave; et la péritonite, les épanchements, l'étranglement d'une anse intestinale etc. ont été assez souvent observés pour commander au chirurgien une extrême réserve. — C. Lorsqu'il n'y a pas de sac herniaire et quand les deux bouts de l'intestin sont séparés et éloignés de l'ouverture fistuleuse, il n'y a pas à compter sur une cure radicale, à moins de recourir, si c'est encore possible, à l'opération si heureusement pratiquée par M. Sédillot. — D. Enfin il ne reste plus que l'emploi des moyens palliatifs, si la guérison est reconnue impossible.

OPÉRATIONS PRATIQUÉES SUR LE RECTUM.

Détails anatomiques. Le rectum, situé à son extrémité supérieure, un peu à gauche de la ligne médiane, commence au niveau de la cinquième vertèbre lombaire et descend en avant du sacrum et du coccyx pour se terminer à 0^m,03 au delà de ce dernier os, à l'orifice anal. D'autant plus ample qu'on l'observe à un âge plus avancé, cette portion d'intestin offre des valvules superposées que nous avons déjà décrites et reçoit les trois artères hémorrhoidales, des veines communiquant avec la veine cave et les veines mésentériques; ce qui explique la fréquence des abcès du foie dans les phlébites rectales. Lisfranc fixe à 0^m,14 la distance de la fin du rectum au péritoine chez la femme, et à 0^m,10 chez l'homme. Cette distance serait beaucoup moindre d'après Blandin; de 0^m,09 chez l'homme, et de 0^m,04 chez la femme. Elle n'était que de 0^m,032 dans une observation de Costallat. La distance moyenne, d'après quelques recherches de Vidal (de Cassis), serait au moins de 0^m,06 pour la partie antérieure de l'intestin. Ce chirurgien a trouvé, comme Blandin, que le péritoine descend plus bas chez la femme que chez l'homme.

RECTORRHAGIES.

Avant de nous occuper des opérations qui se pratiquent sur le rectum, nous traiterons des moyens propres à combattre un accident qui leur est commun : l'hémorrhagie.

Irrigations. On pourrait recourir aux irrigations continues d'eau froide, qui ont donné de beaux résultats dans les hémorrhagies de la taille. (Voy. *Taille*.)

Liqueurs hémostatiques. Un bourdonnet de charpie, lié par le milieu avec un fil en plusieurs doubles, et trempé dans de l'eau de Pagliari, ou dans toute autre liqueur hémostatique, est porté sur le point qui fournit le sang. On place ensuite d'autres bourdonnets, que l'on recouvre de charpie mollette en quantité suffisante. On maintient en dehors le fil du premier bourdonnet et on soutient le tout par des compresses oblongues et un bandage en T. J.-L. Petit et Sabatier avaient adopté ce pansement.

Tamponnement. Le procédé de Boyer est calqué sur le précédent. On introduit dans le rectum un tampon de charpie embrassé par deux ligatures dont les chefs restent pendants hors de l'anus. On pousse entre les fils, sur le tampon, de nombreuses boulettes de charpie, avec lesquelles on remplit la fin du rectum. On place un gros rouleau de charpie entre les fesses, et, tirant sur les chefs des deux ligatures, on les noue avec force sur le rouleau. Ordinairement le malade éprouve dans le premier moment des envies pressantes d'aller à la selle; mais la compression avec la main, continuée pendant quelque temps, aide à maintenir l'appareil. Si le sang continuait à couler et s'amassait dans le rectum, on s'en apercevrait aux signes des hémorrhagies internes. Le tamponnement serait levé, et l'on aurait recours soit aux liquides hémostatiques, soit au cautère actuel.

Procédé de Leuret. Leuret prit une vessie fraîche de mouton, y attacha la canule d'une seringue, et plaça une ligature lâche sur le col de la vessie; la canule fut introduite dans le rectum, puis remplie d'air avec un soufflet. Lorsque celle-ci fut suffisamment gonflée, il serra la ligature. Ce moyen réussit. Frank avait proposé ce mode de tamponnement pour les fosses nasales. On pourrait se servir d'un petit sac de caoutchouc au lieu d'une vessie.

Compression. Instrument de M. Bermond. On peut pratiquer le tamponnement avec la double canule de M. Bermond (voy. *Rétrécissements du rectum*), ou recourir avec le même succès à la canule compressive de Dupuytren. (Voy. *Taille périnéale*.)