

Avec écrasement (DOYEN), les sections de l'intestin de part et d'autre de la tumeur se font comme nous l'avons décrit pour l'estomac¹. Dans ce cas l'oblitération s'obtient comme nous avons dit au même endroit, par enfouissement de l'intestin lié sous une double suture en bourse. L'anastomose latérale de l'intestin est ensuite seule applicable.

La section du mésentère s'opère comme dans le premier procédé.

B. Rétablissement du cours des matières. — Les bords intestinaux rapprochés, on commence par oblitérer l'orifice mésentérique par quelques points séparés ou par un surjet, en traversant le mésentère très près du bord de la section.

Moyens d'anastomose. — Le rétablissement de la continuité du tube intestinal peut être obtenu à l'aide de sutures ou de boutons anastomotiques.

Les sutures sont constituées, quel que soit le mode d'anastomose, comme pour l'estomac, par deux plans de suture en surjets à points arrêtés (p. 88); l'un profond total, prenant toute l'épaisseur des parois, et perforant; l'autre superficiel, enfouissant le précédent, séro-musculaire, non perforant.

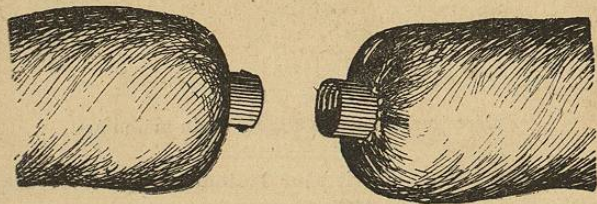


Fig. 616.
Entérorraphie par le bouton de Murphy.

Les boutons anastomotiques sont ceux que nous avons déjà étudiés², celui de Murphy et ses dérivés, celui de Chaput. Il en

¹ Voy. p. 144.

² Voy. p. 141.

existe un très grand nombre de modèles, nous n'indiquerons que ceux-ci.

Le *bouton de Murphy* s'applique d'après les mêmes règles que pour l'entéro-anastomose. Placé sur le bout terminal de l'intestin coupé, il est enserré par une suture continue, à points espacés,

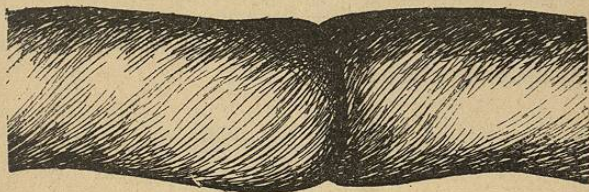


Fig. 617.
Entérorraphie par le bouton de Murphy.

traversant toute l'épaisseur des lèvres de l'orifice intestinal (fig. 616). Les deux pièces sont articulées de la même façon (fig. 617) et, ici encore, il est prudent de protéger l'adossement par un surjet séro-séreux circulaire.

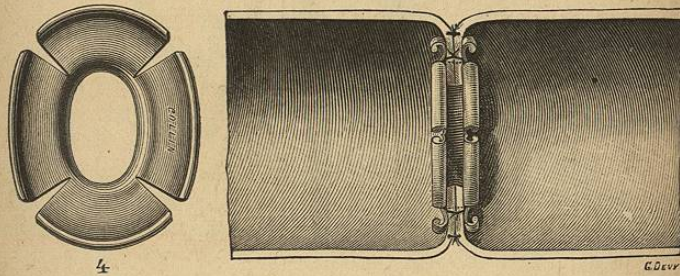


Fig. 618.
Entérorraphie par le bouton de Chaput.

Le *bouton de Chaput* est aussi appliqué comme pour l'entéro-anastomose (fig. 618).

Modes d'anastomose. — La continuité du tube digestif peut

être rétablie suivant trois modes différents : *Anastomose termino-terminale* (entérorraphie circulaire), dans laquelle les deux bouts sont réunis directement l'un à l'autre; *anastomose termino-latérale* (par implantation), dans laquelle le bout supérieur (pylorique) est implanté dans un orifice latéral du bout inférieur (anal), l'extrémité de ce dernier étant oblitérée; *anastomose latéro-latérale*, dans laquelle, après oblitération des deux orifices terminaux, on pratique entre les deux anses une entéro-anastomose latérale.

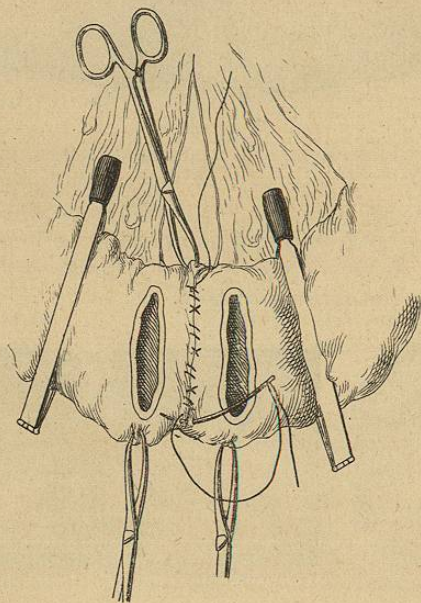


Fig. 619.

Entérectomie et anastomose termino-terminale. Surjet postérieur.

Anastomose termino-terminale (Entérorraphie circulaire). — Elle est variable suivant qu'il s'agit d'anastomoser deux anses de même calibre ou de calibres différents.

a. *Anses de même calibre (intestin grêle ou gros intestin).* —

Comme pour aboucher l'intestin à l'estomac⁴, on fixe l'un à l'autre les bords à anastomoser par des pinces à griffes ou des fils non perforants, afin d'étaler l'intestin et de l'immobiliser. Puis on place le surjet séro-séreux postérieur (fig. 619), laissant ses bouts coupés longs; on exécute le surjet profond, total, sur tout le pourtour des orifices (fig. 620), et on termine, avec le bout

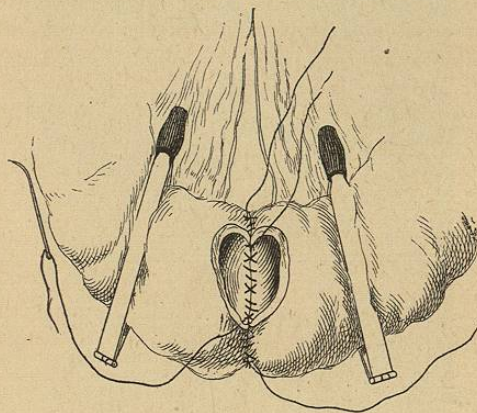


Fig. 620.

Entérectomie et anastomose termino-terminale. Surjet total.

laissé long du surjet postérieur, le surjet séro-séreux antérieur (fig. 621).

Il faut toujours revoir, non seulement toute la ligne de suture, mais surtout le bord mésentérique, pour renforcer ce point faible par quelques points séro-séreux séparés.

Les compresseurs enlevés, on vérifie encore les sutures, puis, on rentre l'intestin après l'avoir soigneusement essuyé avec une compresse aseptique.

Cette anastomose termino-terminale a le gros inconvénient de produire un rétrécissement de l'intestin. Quelques procédés sont destinés à éviter cet écueil, mais ne rendent

⁴ Voy. p. 89.

pas cette anastomose préférable aux anastomoses latérales.

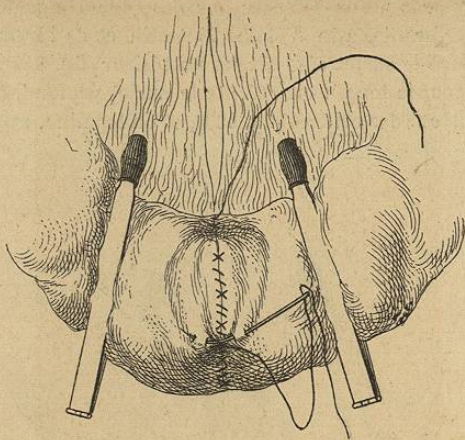


Fig. 621.

Entérectomie, anastomose termino-terminale. Surjet antérieur.

MADLUNG [coupe l'intestin obliquement, du mésentère vers le bord libre et de dedans en dehors (fig. 622), le [diamètre de

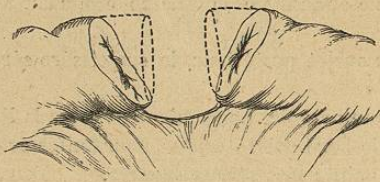


Fig. 622.

Section oblique des extrémités intestinales (MADLUNG).

chaque section est ainsi plus grand. L'anastomose obtenue coude l'intestin vers son mésentère.

CHAPUT décrit une « suture circulaire avec fente » (fig. 623): sur la demi-circonférence antérieure, à égale distance entre le bord mésentérique et le bord libre, on fend chaque bout longi-

tudinalement sur une hauteur de trois centimètres. On excise

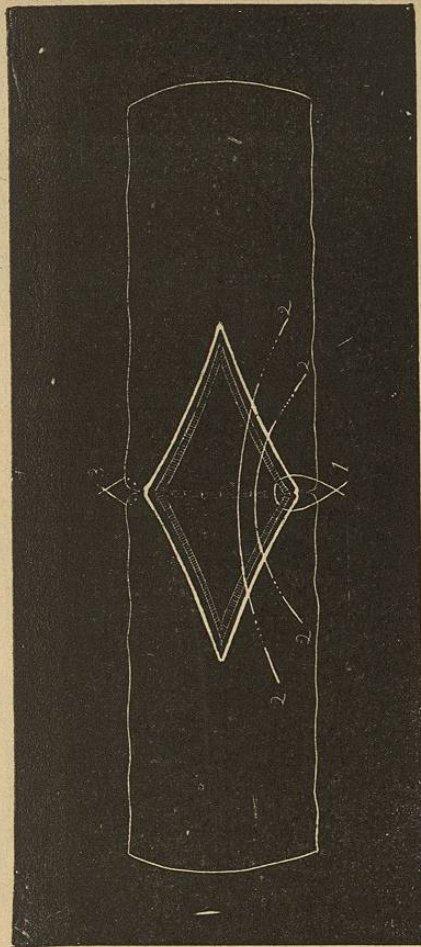
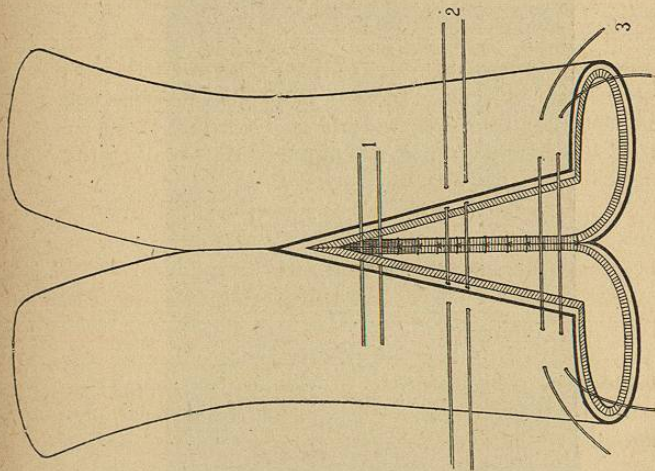
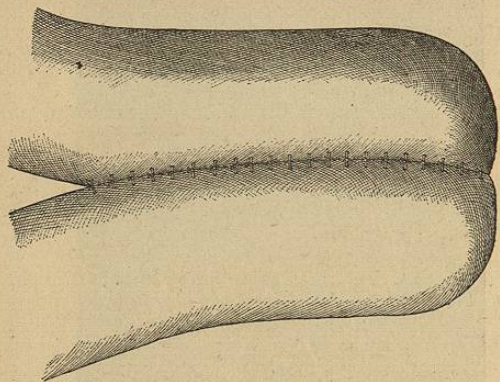


Fig. 623.
Suture circulaire avec fente de l'intestin (CHAPUT).

les [sommets des quatre lambeaux ainsi créés, de manière à donner aux fentes réunies l'aspect d'un losange. La suture est

faite en affrontant les bords contigus du losange de façon à mettre au contact les deux angles les plus éloignés.

L'entérorraphie longitudinale de CHAPUT tend au même résul-



tat (fig. 624). Elle consiste à faire sur chacun des deux bouts une fente longitudinale de 5 à 6 centimètres et à suturer ensemble les bords de cette fente. On termine l'opération en

Fig. 624.
Entérorraphie longitudinale (CHAPUT).

fermant l'orifice terminal par un double étage de sutures.

b. *Anses de calibres différents.* — Lorsqu'on résèque le cæcum par exemple, les anses à anastomoser sont l'une d'intestin grêle, l'autre du gros intestin. L'anastomose termino-terminale est ici modifiée par cette différence de calibre. Aussi doit-on lui préférer ordinairement une anastomose latérale.

Pour faire l'anastomose termino-terminale on peut opérer comme pour l'estomac, par une suture en raquette¹, l'oblitération de la branche de l'Y et l'anastomose se font comme après une pylorectomie.

MADLUNG fait sur le gros intestin une excision triangulaire destinée à en diminuer le calibre (fig. 625).

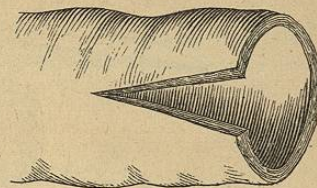


Fig. 625.
Résection triangulaire d'une extrémité intestinale trop large (MADLUNG).

Anastomose termino-latérale (par implantation). — Le bout anal de l'intestin est oblitéré par un des procédés déjà indiqués². Un peu au-dessus de cette oblitération, pour ne pas laisser un grand cul-de-sac, on va implanter l'orifice de section du bout pylorique intestinal (fig. 626).

L'anastomose se fait comme nous l'avons déjà dit souvent, en adossant les deux anses par le surjet non perforant postérieur, ouvrant l'anse oblitérée d'un orifice aussi grand que celui de l'autre anse, suturant les bords des orifices, et finissant le surjet séro-séreux antérieur.

Anastomose latéro-latérale. — Elle consiste dans l'oblitération des deux orifices de section par un des procédés indiqués plus haut³, et l'établissement entre les deux anses fer-

¹ Voy. p. 140.

² Voy. p. 151 et 152.

³ Voy. p. 151 et 152.

mées, d'une entéro-anastomose latérale faite comme nous l'avons indiqué (fig. 627) ⁴.

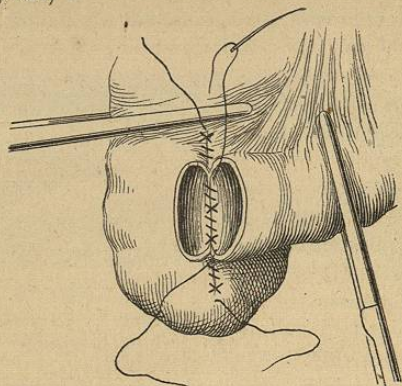


Fig. 626.

Résection iléo-cæcale. Anastomose termino-latérale.

Ici encore il est de toute importance de disposer les anses dans

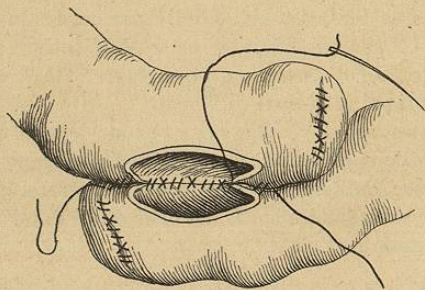


Fig. 627.

Entérectomie. Anastomose latéro-latérale.

le sens de la péristaltique (fig. 627) et non de les accoler dans la même direction, en canons de fusil.

⁴ Voy. p. 139.

Les principaux avantages de cette suture latérale sont, d'après TERRIER et BAUDOIN⁴, de mettre en contact des surfaces sereuses de grandeur voulue sans porter préjudice à l'intestin et de pouvoir faire une anastomose aussi large que l'on veut.

Suites opératoires. — L'opéré, laissé à la diète le premier jour et soutenu par des injections de sérum, est alimenté pendant les huit premiers jours avec des aliments liquides ou semi-liquides.

Il est inutile de faire prendre de l'opium, et la première selle, si elle n'a pas été spontanée, doit être provoquée par des lavements le cinquième ou sixième jour.



Fig. 628.

Exclusion bilatérale fermée.

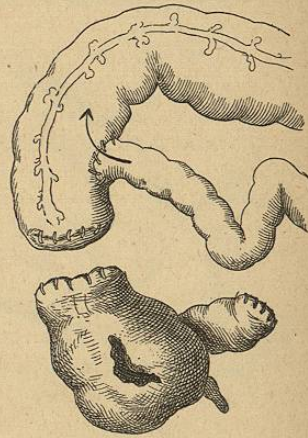


Fig. 629.

Exclusion bilatérale ouverte (fistulisée).

Exclusion de l'intestin. — L'exclusion a pour but d'éliminer, d'une façon plus ou moins complète, de la circulation intestinale, un segment d'intestin.

⁴ TERRIER et BAUDOIN. La suture intestinale, Paris, 1898, p. 277.

L'exclusion est **bilatérale** lorsque l'anse exclue est coupée à ses deux extrémités. Elle est alors *fermée* lorsque les deux bouts de cette anse sont oblitérés (fig. 628). Elle est *ouverte* lorsque l'anse exclue s'abouche à la paroi. Cette ouverture peut être spontanée lorsque l'anse exclue était *fistulisée* (fig. 629), elle peut être opératoire lorsqu'on abouche à la paroi abdominale soit les deux bouts de l'anse exclue, soit un seul des deux bouts, l'autre étant oblitéré (fig. 630). Dans cette dernière hypothèse, le bout à aboucher à la paroi est le bout inférieur par rapport à la situation de l'intestin, bout grêle par exemple dans l'exclusion du segment iléo-caecal (fig. 630).



Fig. 630.

Exclusion de l'intestin. Exclusion bilatérale ouverte (abouchée).

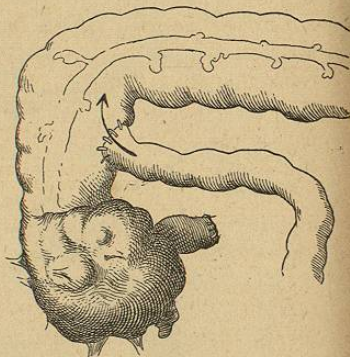


Fig. 631.

Exclusion unilatérale.

L'exclusion est **unilatérale** lorsque l'anse exclue n'est séparée de l'intestin que d'un côté et oblitérée de ce côté, l'autre extrémité étant laissée en continuité avec l'intestin. Celle-ci doit être l'extrémité la plus rapprochée de l'anus (fig. 631).

L'exécution de ces différentes variétés d'exclusion comporte : la *section de l'intestin*, faite comme pour l'entérecto-

mie¹ ; l'*oblitération d'un ou plusieurs bouts d'intestin* faite comme nous l'avons déjà dit² ; l'*abouchement à la paroi d'une des sections intestinales* ; le *rétablissement de la continuité de l'intestin*.

L'*abouchement* d'une section d'intestin se ferait de la façon suivante, indiquée par TERRIER³. L'opération étant pratiquée par une laparotomie médiane, l'abouchement pariétal sera fait par une incision particulière, latérale. Le bout à fistuliser a d'abord été fermé au moment de la section intestinale. Il est attiré, fermé, par l'incision latérale particulière, de façon à faire saillie de quelques millimètres au-dessus du plan cutané, et il est fixé au péritoine pariétal. L'opération principale terminée, et la paroi fermée, on ouvre ce bout d'intestin immédiatement, en suturant muqueuse à peau, ou on attend vingt-quatre heures.

Le *rétablissement de la continuité* de l'intestin se fait en anastomosant le bout pylorique au bout anal par un des procédés que nous avons exposés à l'entérectomie⁴, mais comme il s'agit généralement d'anses de calibres différents, l'anastomose par implantation (fig. 631) ou l'anastomose latéro-latérale (fig. 630) sont préférables à l'anastomose bout à bout.

Enfin, il est prudent, pour éviter l'occlusion post-opératoire, d'oblitérer autant que possible les orifices créés dans les mésentères par ces anastomoses.

Opérations destinées à oblitérer une fistule stercorale ou un anus contre nature. — Ces procédés, dont les indications ne peuvent être discutées ici⁵, comprennent des moyens directs et des moyens détournés.

Moyens directs. — Ces moyens doivent remplir deux

¹ Voy. p. 148.

² Voy. p. 131 et 132.

³ TERRIER et GOSSET. De l'exclusion de l'intestin. *Revue de chirurgie*, 1900, n° 11, p. 629.

⁴ Voy. p. 134.

⁵ Voy. Thérapeutique chirurgicale. RICARD et LAUNAY, 1903, p. 558.

indications : 1° supprimer l'éperon lorsqu'il existe (fig. 632 et 633), 2° fermer l'orifice intestino-cutané.

Suppression de l'éperon. — Procédé lent. — La section lente de l'éperon s'obtient par l'application d'une pince dite

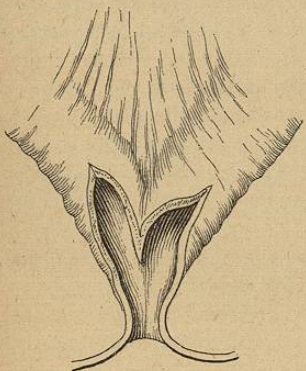


Fig. 632.

Anus contre nature, éperon court.
Infundibulum.

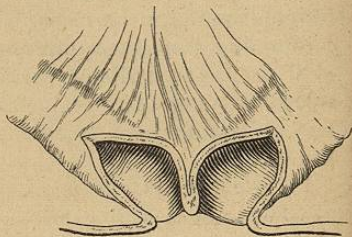


Fig. 633.

Anus contre nature, éperon
saillant.

entérotome, dont le type est l'entérotome de Dupuytren et dont il existe des modifications nombreuses (fig. 634, 635 et 636).

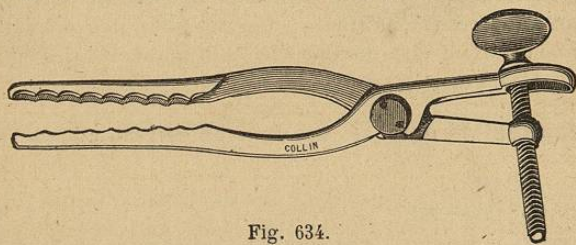


Fig. 634.

Entérotome de Panas.

L'exploration de l'éperon et des orifices étant faite, la forme et la situation de l'éperon reconnues, on introduit la pince,

montée si l'orifice est large, les branches séparées si l'orifice est étroit. La pince est serrée sur l'éperon pris en totalité ou en

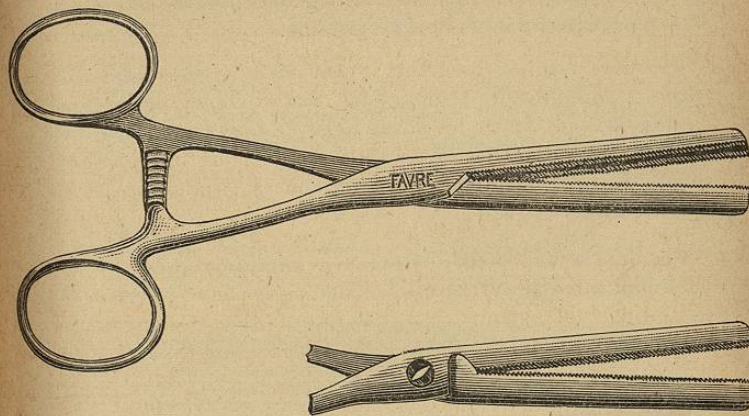


Fig. 635.

Pince-entérotome de Chaput.

partie. On peut serrer progressivement la pince ensuite, si du relâchement se fait entre les branches.

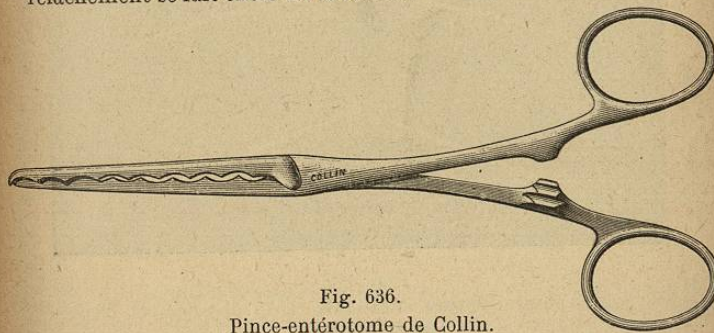


Fig. 636.

Pince-entérotome de Collin.

La pince tombe au bout de quelques jours, une huitaine ordinairement, entraînant la partie mortifiée de la cloison.

L'application de l'entérotome provoque des douleurs qui peuvent être violentes et persistantes. Rien, en outre, ne peut indiquer si une anse intestinale n'est pas prise, en même temps que l'éperon, entre les mors de l'entérotome.

Procédé rapide (RICHELOT). — On saisit l'éperon entre deux pinces à forcipressure à mors longs, on excise la partie ainsi limitée, laissant contre les pinces assez de tissu pour placer des sutures, qui ourlent les lèvres de la section. Puis on enlève les pinces. Il faut évidemment avoir un anus à large orifice et un éperon mince.

Fermeture de l'orifice (Procédés autoplastiques). — La communication libre entre les bouts supérieur et inférieur de l'intestin étant obtenue, et après désinfection prolongée des téguments, on oblitère séparément l'orifice intestinal et l'orifice cutané par différents procédés.

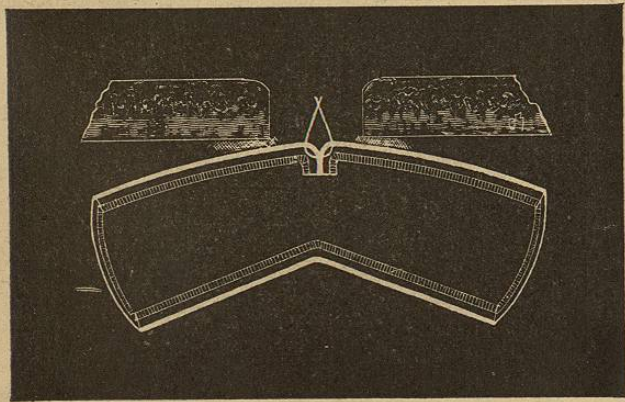


Fig. 637.

Anus contre nature. Suture intestinale après décollement. Procédé de Malgaigne.

Procédé de Malgaigne (fig. 637). — On avive le trajet anormal dans toute son épaisseur, jusqu'à l'intestin exclusi-

vement, on détache l'intestin de ses adhérences en s'efforçant de ne pas ouvrir le péritoine, on renverse en dedans les deux lèvres de l'intestin et les adosse par leur surface extérieure, en les suturant. Par-dessus cette suture, on avive et réunit la paroi abdominale.

Quelques modifications ont été apportées au procédé afin d'éviter d'ouvrir la cavité péritonéale. PANAS ne renverse en dedans que la musculuse et la muqueuse. DENONVILLIERS, SIMON, détachent et renversent la muqueuse, puis réunissent, par-dessus, les autres tuniques et les bords de l'orifice cutané.

Procédé de Chaput (Suture par abrasion). — On fait une incision circulaire autour de la fistule, et on sépare l'in-

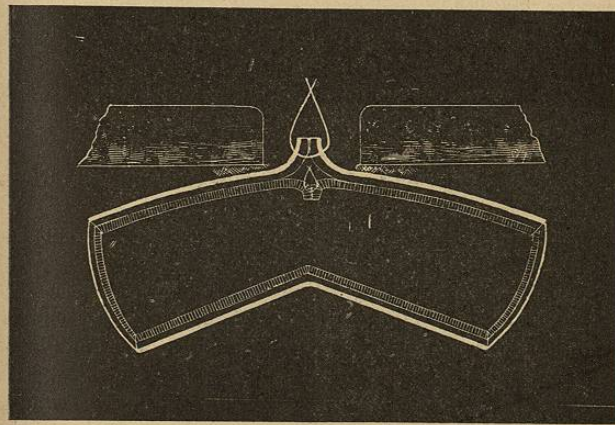


Fig. 638.

Anus contre nature. Suture par abrasion (CHAPUT).

testin de la paroi abdominale sur une hauteur de 2 centimètres. On dissèque la muqueuse aux ciseaux sur une hauteur de 1 centimètre, et on la rabat en dedans, réunissant les bords par une suture perforante (fig. 638). On place alors un étage complémentaire de sutures, accolant les faces internes des musculuses.

FACULTAD DE MEDICINA

BIBLIOTECA

avivées (fig. 638). Il est inutile de suturer la paroi abdominale, on bourre la plaie avec de la gaze.

Procédé de Hartmann. — Ce procédé n'est applicable qu'aux fistules stercorales petites. Il consiste à dédoubler le

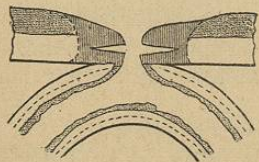


Fig. 639.
Procédé d'Hartmann.

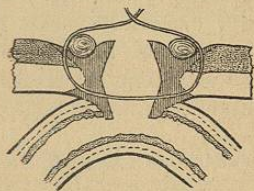


Fig. 640.
Procédé d'Hartmann.

tissu fibreux qui entoure la fistule (fig. 639), et à suturer en masse les parties dédoublées (fig. 640).

Moyens détournés. — Ils comprennent deux variétés principales.

Dans l'une, on résèque l'anse ouverte à la peau, réunissant l'un à l'autre les bouts libres, c'est l'*entérectomie*.

Dans l'autre, on détourne le cours des matières par une *entéro-anastomose*; on peut ensuite ou laisser l'anse fistuleuse en continuité avec l'intestin, ou pratiquer l'*exclusion* uni ou bilatérale de cette anse. L'exclusion uni ou bilatérale est ici ouverte, puisqu'il s'agit d'une anse fistulisée, et on peut oblitérer les deux bouts sectionnés¹.

Pour l'entérectomie, la région de la fistule doit être soigneusement nettoyée pendant plusieurs jours par des lavages et des pansements propres et fréquents, des lavages de l'intestin s'il existe de l'entérite. Les orifices intestinaux sont obturés par de la gaze tassée, les bords sont touchés à la teinture d'iode.

La paroi est incisée en ellipse autour de l'orifice fistuleux,

¹ Voy. *Exclusion de l'intestin*, p. 161.

l'intestin est attiré hors du ventre et réséqué comme nous l'avons déjà décrit¹. La résection est suivie d'une anastomose des deux bouts libres, selon un des procédés indiqués à propos de l'entérectomie.

L'exclusion sera faite par une laparotomie médiane éloignée de la fistule. Elle est exécutée comme nous l'avons indiqué ailleurs².

L'entéro-anastomose latérale est de même pratiquée par une incision médiane, éloignée de l'anus contre nature. La région de la fistule a cependant été préparée comme pour l'entérectomie. Il faut s'efforcer d'amener au dehors les anses à anastomoser, ou au moins les isoler complètement par des couches superposées de compresses. Puis l'entéro-anastomose est exécutée comme nous l'avons décrit³ et placée aussi près que possible de l'anus artificiel, mais sur des parties saines.

Après l'opération, le malade est alimenté avec du lait. Les selles sont sollicitées à partir du huitième jour par des lavements.

Le cours des matières étant rétabli par l'anastomose, il deviendra facile, après quelque temps, d'oblitérer l'orifice fistuleux par un des procédés autoplastiques décrits plus haut. Cependant il ne faut pas craindre de détruire complètement les adhérences de l'intestin à la paroi, de détacher complètement cette anse intestinale, pour pratiquer sur l'orifice anormal une suture à deux plans, d'après les règles habituelles, et fermer par-dessus la paroi abdominale.

VI. — FOIE ET VOIES BILIAIRES

A. — FOIE

Hémostase et suture d'une plaie du foie. — Pour pratiquer l'hémostase d'une plaie du foie, en dehors de la forcipres-

¹ Voy. p. 148.

² Voy. p. 161.

³ Voy. p. 139.