

d'un petit linge fin. La hernie réduite avec soin, il étroit le pédicule du sac entre ses deux casseaux, les serre aux deux bouts avec des fils cirés, glisse par-dessous une compresse fendue pour ménager la peau, et soutient le tout par un bandage de corps. En deux ou trois jours le sac est mortifié ; le cinquième ou le sixième, on enlève l'appareil, et l'on résèque les parties gangrenées ; le reste de l'eschare ne tarde pas à se détacher, et la plaie se cicatrise plus promptement, selon l'auteur, qu'après la ligature.

On pourrait tout aussi bien étreindre le pédicule du sac entre les mors d'une pince à baguettes, ou de pinces fenêtrées, comme nous en décrivons pour les hémorrhoides, et le détruire à l'aide du caustique. Mais, je le répète, à moins de conditions exceptionnelles, le bandage, amenant aussi bien la cure radicale chez les enfants, doit être préféré.

3^e *Dissection du sac.* — Si l'on croyait devoir recourir à la cure radicale, il serait préférable d'employer les procédés actuellement si souvent utilisés pour les hernies inguinales et crurales.

Inciser la peau et le sac, disséquer le sac, l'inciser et faire la suture. Les faits manquent encore pour apprécier cette pratique dont je suis, quant à présent, fort peu partisan.

Les hernies de l'enfance peuvent se guérir sans opération par le port d'un bandage et les hernies de l'adulte, si elles étaient assez volumineuses, assez difficiles à réduire par suite d'adhérence pour justifier l'opération, ne pourraient être opérées sans faire courir au malade des dangers bien autrement sérieux que pour la hernie inguinale.

II. *HERNIE ÉTRANGLÉE.* — Je n'ai rien à ajouter aux règles générales du taxis. Lorsqu'on est obligé de recourir à l'opération, on conseille de mettre la hernie à nu par une incision longitudinale ou en T, ou par une incision semi-elliptique, pour avoir un lambeau qui recouvrira l'orifice herniaire et interceptera le contact de l'air. On ouvre le sac avec précaution, et l'on débride en haut et à gauche. Pour les hernies volumineuses, on devra débrider autant que possible sans ouvrir le sac ; et, dans tous les cas, réunir par première intention, soit avec des bandelettes agglutinatives, soit par la suture. Mais il faut bien ajouter que l'étranglement pur est fort rare, et que le débridement avec ou sans ouverture du sac, lorsqu'il y a inflammation, est presque également dangereux.

ARTICLE IX

DES OPÉRATIONS SUR L'INTESTIN

On peut comprendre sous ce titre l'ouverture de l'intestin pour la création d'un anus artificiel ou d'une fistule intestinale, les opérations qui ont au contraire pour but d'oblitérer un anus anormal, accidentel ou artificiel ; la résection de l'intestin, et aussi la laparatomie lorsqu'elle est faite dans le cas d'étranglement interne.

I. — *Création d'un anus artificiel.*

On est obligé d'établir un anus artificiel dans diverses circonstances : ainsi d'abord, quand l'intestin rétréci ou invaginé ne permet pas le libre cours des matières ; ou bien encore quand un malade est réduit à une constipation absolue par un rétrécissement ou un cancer, soit du rectum, soit même d'une portion bien supérieure du gros intestin ; et enfin lorsqu'un enfant vient au monde avec une imperforation très étendue du rectum. Le lieu où se pratique l'anus artificiel est donc très variable. Cependant, chez les enfants imperforés, Littre avait proposé la région iliaque gauche, pour ouvrir l'S iliaque à travers la péritoine ; Callisen, la région lombaire gauche, pour ouvrir le côlon descendant, le péritoine respecté ; et tous les procédés peuvent se rallier à ces deux opérations. Ce sont donc les seules que nous décrivons ; en effet, au point de vue opératoire, les précautions pour ouvrir l'intestin, faire les sutures sont les mêmes quand on ouvre l'intestin grêle au-dessus d'un iléus, d'un étranglement interne, et je reporterai à l'article suivant ce que j'ai à dire comme parallèle de la laparotomie et de l'entérotomie par la méthode de Nélaton.

1^o *Méthode de Littre.* — L'S iliaque, chez l'adulte, commence à la fin de la région lombaire gauche, occupe profondément la fosse iliaque où elle décrit la double courbure qui lui a fait donner son nom et se continue avec le rectum près de l'articulation sacro-vertébrale. Elle est entourée dans presque tout son contour par un repli lâche et fort étendu du péritoine, qui lui donne une assez grande mobilité, et elle est d'ailleurs recouverte par des circonvolutions du petit intestin.

Chez l'enfant nouveau-né, cette disposition est sujette à varier. Quelquefois l'S iliaque décrit une longue circonvolution qui commence dans la fosse iliaque gauche et même plus haut, se dirige transversalement jusque vers la fosse iliaque droite, formant comme une espèce de côlon transverse inférieur, et de là se replie

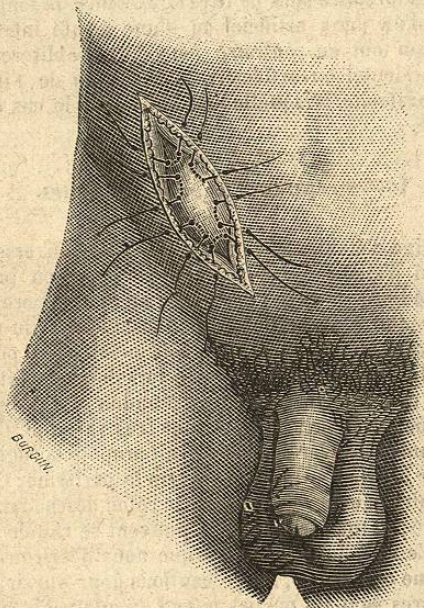


FIG. 596.

Anus artificiel. — Méthode de Littré.

NOTA. — C'est par erreur que le graveur a placé l'opération à droite.

de nouveau pour plonger de droite à gauche dans le bassin. Huguier, qui a le premier signalé cette disposition, la croyait constante. Giraldès a examiné à cet égard 150 cadavres d'enfants au-dessous d'un mois, et 130 fois il a trouvé l'S iliaque situé comme chez l'adulte; 20 fois seulement elle était déviée à droite comme l'avait vue Huguier; ce n'est donc qu'une anomalie assez rare, et qui cependant doit rester présente à l'esprit du chirurgien.

Procédé opératoire. — Le sujet couché sur le dos, on pratique dans la région iliaque gauche une incision qui commence au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure, et se prolonge à peu près parallèlement au ligament de Poupart, dans l'étendue de 6 à 8 centimètres. Les téguments, les muscles et le fascia transversalis sont tour à tour divisés avec les précautions convenables; après quoi on ouvre la péritoine, et l'on va à la recherche de l'S iliaque, que l'on trouve généralement dans la fosse iliaque même. Si toutefois, chez un nouveau-né, elle n'occupait point sa place ordinaire, il faudrait la chercher dans la direction signalée par Huguier. Au reste, soit chez l'enfant, soit chez l'adulte, il n'est pas rare de voir une portion de l'intestin grêle faire saillie au dehors à travers la plaie du péritoine; et lorsqu'il est dilaté et coloré en rouge par l'inflammation, on pourrait de prime abord le prendre pour le gros intestin. Mais on le reconnaît assez facilement à l'absence des bosselures et des bandes longitudinales, et à la résistance du mésentère qui vient du côté droit, tandis que la résistance du méso-côlon iliaque se fait sentir du côté gauche. Quand enfin on a attiré une anse de l'S iliaque au dehors, quelques-uns passent une anse de fil dans le méso-côlon pour fixer l'intestin à l'ouverture, et divisent alors celui-ci dans le sens de sa longueur; puis au bout de trois ou quatre jours, quand les adhérences suffisantes ont uni l'intestin au péritoine et à la plaie extérieure, ils retirent le fil du mésentère. D'autres, sans toucher au méso-côlon, ouvrent directement l'intestin, et réunissent les bords de cette ouverture par des points de suture à la plaie extérieure. Cette suture me paraît offrir plus de sécurité contre l'épanchement des matières fécales.

2^e Méthode de Callisen. Anatomie chirurgicale. — Le côlon lombaire gauche considéré chez l'adulte descend d'abord au-devant du rein, dont il n'est séparé que par de la graisse, puis au-devant de l'aponévrose du transverse et du carré lombaire, dont il est également séparé par une légère couche de tissu adipeux. Au-dessous de cette aponévrose, il atteint la crête iliaque, au delà de laquelle il n'est plus accessible à nos instruments. Or, le rein descendant jusqu'au-dessous de la deuxième vertèbre lombaire et quelquefois jusqu'à la troisième, on voit combien est rétréci l'espace où l'on peut atteindre le côlon; l'incision extérieure ne doit pas remonter à plus de deux doigts au-dessus de la crête iliaque. En général, le côlon répond à la rainure aponévrotique qui sépare le carré lombaire du transverse, et qui elle-même correspond au bord externe de la masse commune du sacro-lombaire et du long

dorsal, facile à reconnaître sous la peau chez les sujets d'embonpoint médiocre. Quelquefois pourtant il se porte plus en dedans, et se trouve alors caché, au moins en grande partie, par le carré lombaire.

Les couches à diviser sont la peau, le tissu graisseux sous-cutané; au-dessous de celui-ci le grand dorsal en arrière, le grand

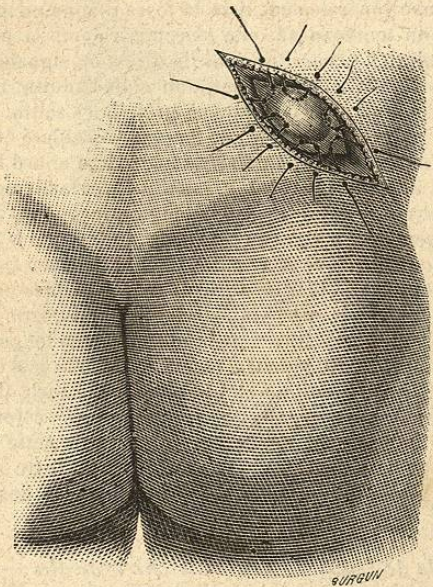


FIG. 597.

Anus artificiel. — Méthode de Callisen.

NOTA. — C'est par erreur que le graveur a placé l'opération à droite.

oblique en avant; plus profondément le petit oblique, puis le transverse, avec les lames celluluses qui les séparent; puis l'aponévrose du transverse, comme aussi un carré lombaire; puis la couche adipeuse qui recouvre l'intestin, et enfin l'intestin lui-même. Il n'y a d'ailleurs à blesser que l'un des nerfs dorsaux, accident insignifiant, et des artérioles sans importance. Mais les rapports de l'intestin avec le péritoine réclament une sérieuse attention.

Presque constamment, le côlon gauche est dépourvu de péritoine

dans le tiers postérieur de sa circonférence. Mais l'espace dans lequel il est ainsi en dehors de la séreuse est très variable, et il faut d'autant plus prendre garde de léser le péritoine en dehors que cette membrane en ce point est très mince, et presque adhérente à l'aponévrose du transverse. Aucun indice certain n'indique cette limite; bien plus, la position peut seule nous avertir que nous sommes sur le côlon plutôt que sur un autre intestin qui serait recouvert du péritoine pariétal; car des trois bandelettes longi-

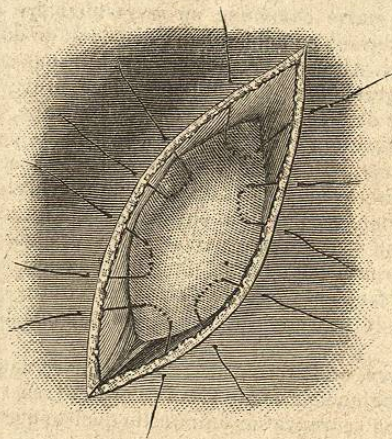


FIG. 598.

Anus artificiel. — Disposition des points de suture.

tudinales du côlon qui auraient pu nous servir de guides, l'une se trouve en avant, l'autre en dedans, la troisième en dehors; et c'est l'espace compris entre ces deux dernières que nous avons à attaquer en arrière. Heureusement, dans les cas où l'opération est nécessaire, l'intestin est généralement distendu par des matières fécales et par des gaz.

Chez les nouveau-nés, les rapports sont très différents. Le rein, deux fois plus gros pour le moins, proportionnellement, que chez l'adulte, descend jusque dans le bassin, et occupe conséquemment tout l'espace ilio-costal. Heureusement le côlon n'est pas en avant, mais descend le long de son bord externe; et c'est

là qu'il faut le chercher. Si toutefois il s'était porté plus en dedans pour gagner le côté droit, comme dans les anomalies signalées par Huguier, on remonterait le long du bord externe du rein, sûr de le trouver à sa place normale dans sa partie supérieure.

Procédé d'Amussat. — Je décrirai d'abord l'opération chez l'adulte. Le malade doit être couché sur le ventre, un peu incliné du côté droit, et l'abdomen soulevé par un ou deux coussins. On pratique une incision transversale à la peau, à deux travers de doigt au-dessus de la crête iliaque, en commençant au bord externe de la masse commune au sacro-lombaire et au long dorsal et poursuivant en dehors dans l'étendue de quatre à cinq travers de doigt. Après la peau et les couches sous-cutanées, on tombe sur le grand dorsal, qu'il faut diviser en travers dans le tiers postérieur de l'incision, et sur le grand oblique, qu'on divise dans les deux tiers antérieurs; au-dessous d'eux le petit oblique, puis le transverse, puis l'aponévrose. Toutes ces couches musculaires sont divisées d'abord en travers, puis verticalement, pour avoir une incision cruciale et mieux découvrir l'intestin; on peut même au besoin soulever le carré lombaire et inciser son bord externe. On arrive enfin sur le tissu adipeux qui enveloppe le colon, et qu'il faut enlever avec précaution; après quoi le point important est de s'assurer de la position de l'intestin et de ses limites.

Sur le cadavre, on le reconnaît à sa couleur verdâtre; ce signe existe aussi quelquefois sur le vivant. Par la percussion, on s'assure bien qu'on se trouve sur un intestin quelconque; la pression avec le doigt fait éprouver une sensation de résistance sur l'intestin, tandis qu'en dehors il y a comme un défaut de résistance; néanmoins, pour ne conserver aucun doute, il faut le mettre à découvert des deux côtés. S'il était contracté, on le chercherait en arrière; quelquefois, dans ce cas, il est complètement caché sous le carré lombaire, qu'il faudrait diviser.

Le colon enfin reconnu, on le traverse en haut et en bas avec deux aiguilles; de telle sorte qu'on puisse le tendre avec les anses de fil, écartées d'environ 3 centimètres l'une de l'autre. Dans l'intervalle des deux anses, on donne un coup de trocart: l'issue des gaz ou même des matières fécales délayées avertit que l'on est bien dans l'intestin, et avec un bistouri herniaire on y fait une incision cruciale. Les matières commencent à sortir; on aide leur expulsion par une ou deux injections d'eau tiède, dirigées dans le bout supérieur et dans le bout inférieur. Quand le ventre est bien dégagé, on attire en avant l'ouverture faite à l'intestin à

l'aide de trois pinces à torsion, et on la fixe à la peau par quatre points de suture entrecoupée, en renversant la muqueuse en dehors.

L'opération ainsi décrite n'offre pas de difficultés sérieuses; mais chez les nouveau-nés, la présence du rein gêne singulièrement le chirurgien, surtout s'il n'est pas bien au courant des rapports anatomiques; dans un cas, Amussat divisa le rein croyant ouvrir l'intestin; dans un autre, il entama la capsule surrénale. Il faut donc se rappeler que le colon est au côté externe du rein, et repousser celui-ci en dedans et en arrière pour aller chercher l'intestin en dehors.

Appréciation. — De prime abord, l'opération de Callisen offre sur l'autre cet immense avantage qu'elle n'ouvre pas le péritoine, et qu'elle place l'anus artificiel en arrière. Mais plusieurs chirurgiens, préférant au contraire placer l'anus en avant, et regardant la plaie du péritoine comme peu de chose, donnent la préférence à l'opération de Littre.

Pour ma part c'est à la méthode de Littre que j'ai recours dans les cas de rétrécissement cancéreux du rectum. D'autres de mes collègues, au contraire, donnent la préférence à celle de Callisen, et c'est celle-ci que pratiquent le plus souvent les chirurgiens anglais. Dans l'état actuel des choses, il me paraît difficile de se prononcer en s'appuyant sur des résultats comparatifs au point de vue de la mortalité. Je ne connais d'autre statistique que celle de Gunther et elle est fort ancienne, antérieure aux progrès récents de la chirurgie opératoire. Gunther avait rassemblé 96 opérations; 60 dans lesquelles on pratiqua la méthode de Littre et 36 celle de Callisen. Les résultats sont à peu près les mêmes, la moitié environ des opérés sont morts. Si je donne la préférence à la méthode de Littre, c'est parce qu'elle place l'anus anormal en avant, ce qui me paraît un avantage, puisqu'elle permet plus facilement au malade les soins de propreté si nécessaires dans ces conditions.

II. — Étranglement interne. Entérotomie. Laparotomie.

La création d'un anus anormal au-dessus du point où siège l'étranglement interne a surtout été mise en honneur par Nélaton et pendant assez longtemps les chirurgiens n'ont pas eu recours à d'autres méthodes opératoires. Cependant cette opération était le plus souvent suivie de mort et après y avoir eu recours

plusieurs fois avec l'insuccès ordinaire en pareille circonstance, il me parut qu'elle ne remplissait pas les indications thérapeutiques.

En effet, si elle ouvre une issue aux matières intestinales et fait cesser les symptômes dus à la surdistension de l'intestin, elle n'amène le plus souvent qu'une amélioration passagère. Si en effet il existe un étranglement, il n'en subsiste pas moins et les symptômes reparaisent bientôt avec toute leur violence en prenant de plus en plus ceux d'une péritonite.

J'ai montré en effet en 1865 (*Gazette hebdomadaire*) que les phénomènes qui accompagnent la hernie étranglée et l'étranglement interne sont dus à l'irritation des nerfs de l'intestin et à sa réaction sur les plexus sympathiques, de là les désordres dans la circulation, la calorification et les douleurs horribles, déprimantes propres à la sensibilité spéciale de ces nerfs, insensibles au contraire aux traumatismes extérieurs. J'ai donné, je crois le premier, l'explication du mécanisme de la mort, parfois si rapide, dans la péritonite, alors qu'en apparence le cœur et le cerveau sont indemnes.

J'ai montré, sans contestation possible, que la suspension du cours des matières n'entraîne, par elle-même, que pour une part insignifiante dans les accidents, car dans plusieurs cas, après avoir levé, par l'opération du débridement, un étranglement herniaire, et donné de l'opium à mes opérés, je voyais tous les accidents disparaître de suite, bien que la première garde-robe n'eût lieu qu'à cinq, huit et même neuf jours après l'opération.

La véritable indication me parut donc, non pas de livrer un libre cours aux matières, en ouvrant l'intestin au-dessus de l'obstacle, tout en laissant subsister cet obstacle, mais d'aller à la recherche de l'obstacle lui-même et de le lever toutes les fois que cela serait possible. Ce n'est qu'au commencement de 1870 que j'eus l'occasion d'appliquer ces idées sur une malade du service de mon collègue Bucquoy à l'hôpital Cochin, malade âgée que nous pensions tous deux atteinte d'étranglement interne, alors qu'il s'agissait d'un cancer de l'S iliaque.

Dans cette première opération, j'avais fait à l'abdomen au niveau de la ligne blanche une ouverture assez large et j'eus beaucoup de peine à réintroduire dans le ventre les intestins fortement distendus par les gaz. Je ne puis même y arriver qu'après avoir pratiqué, avec une aiguille creuse, un certain nombre de ponctions. Cette complication ne contribua pas peu à amener une terminaison fatale.

Pour éviter cette complication, qui n'est pas seulement une

gêne pour l'opérateur, mais un danger pour le malade dont les intestins restent, quoiqu'on fasse, exposés à l'air, j'ai employé dans un autre cas le procédé suivant.

Il s'agissait d'un jeune homme de dix-huit ans atteint d'un étranglement interne et déjà presque à l'agonie, lorsque je fus appelé auprès de lui. Il y avait un fort ballonnement du ventre. Je fis au-dessous de l'ombilic une incision de cinq à six centimètres; par cette ouverture se présenta une anse intestinale distendue par les gaz. Je la refoulai dans le ventre en même temps que j'attirai au dehors celle qui lui faisait suite et je continuai cette manœuvre, faisant ainsi passer sous mes yeux une assez longue portion de l'intestin, jusqu'à ce que je sentis une certaine résistance à la venue de l'intestin. J'introduisis alors deux doigts dans le ventre, et suivant l'anse sur laquelle je tirais un peu de la main gauche, j'arrivai à sentir distinctement une bride qui retenait l'intestin. Je recourbai le doigt derrière cette bride que je pus amener en face de la plaie. C'était une bride péritonéale, résultant d'une péritonite ancienne; je la sectionnai avec les ciseaux, je réintroduisis l'intestin, fermai le ventre par les sutures ordinaires à double étage; les accidents disparurent de suite et le malade guérit.

On n'est pas toujours aussi heureux et il peut arriver non seulement qu'on ait fait une erreur de diagnostic, mais aussi qu'on ne puisse trouver l'obstacle, ou qu'après l'avoir trouvé on ne puisse le vaincre et le supprimer, comme dans certaines invaginations. Dans ce cas on garde à l'extérieur le bout supérieur, le plus près possible de l'obstacle, on ferme la plaie, sauf dans la partie qui reçoit l'intestin qu'on a conservé et l'on pratique l'anus artificiel avec les précautions ordinaires.

Je donne la préférence à la laparotomie sur l'entérotomie; mais j'insiste sur un point qui me paraît important. En règle générale il ne faut faire l'opération que lorsqu'il y a ballonnement du ventre. Lorsque ce symptôme manque on est à peu près sûr d'avoir affaire à une péritonite tuberculeuse ou autre, à des lésions organiques, etc., et non à un étranglement interne.

III. — Entérostomie.

J'ai cru devoir la rapprocher de la gastrostomie dont elle est l'analogue, voir page 386.

IV. — Résection de l'intestin. — Entérectomie

La résection d'une partie plus ou moins considérable de l'intestin, suivie de l'abouchement et de la suture des deux extrémités libres, résultant de cette résection, est faite dans deux circonstances principales : 1° dans les hernies étranglées et gangrenées; 2° comme un procédé opératoire pour guérir l'anus anormal. Nous n'en parlerons pas ici, renvoyant aux articles : *Hernies inguinales étranglées et anus contre nature*

Cette résection a aussi été faite dans des cas de blessure large de l'intestin, de dégénérescence de cet organe, ou de tumeurs malignes. Reichel en a réuni dix observations, cinq fois la mort a suivi l'opération. Il serait prématuré de porter aujourd'hui un jugement sur cette intervention. J'en suis fort peu partisan dans les cas de cancer, d'abord parce qu'il est fort difficile de diagnostiquer un cancer de l'intestin et surtout de préciser la forme, le siège et l'étendue du mal avant l'ouverture du ventre; en second lieu parce qu'ici comme dans tous les cas où il s'agit de cancer, les chances de survie ne sont pas en rapport avec les dangers immédiats de l'opération. C'est une opération à laquelle on peut se trouver amené en quelque sorte par surprise, par suite d'un diagnostic incomplet ou erroné. C'est ce qui m'est arrivé en 1887 : un malade de mon service portait une hernie inguino-scrotale, renfermant de l'épiploon et de l'intestin, adhérente irréductible, volumineuse et ayant donné lieu deux fois, à deux années d'intervalle, à des phénomènes d'étranglement, bien que les conditions où se trouvait la hernie ne m'eussent pas permettre de croire à un étranglement vrai; en effet deux fois le malade avait guéri sans intervention opératoire. Les accidents réapparaissant une troisième fois, je crus prudent de chercher directement quelle pouvait en être la cause. J'ouvris le sac que je trouvai rempli par l'épiploon dégénéré. Je l'isolai, je le poursuivis peu à peu jusque dans le ventre par une laparotomie latérale, j'atteignis les limites supérieures du mal, mais je constatai que la fin de l'intestin grêle participait de la même dégénérescence. Je réséquai toute la partie malade qui mesurait environ 15 centimètres et fis la suture par abouchement des deux bouts de l'intestin. Une péritonite enleva le malade le troisième jour.

V. — De l'anus contre nature.

L'anus contre nature résulte d'une large ouverture à l'intestin, quelquefois avec perte de substance, et communiquant à l'extérieur par un trajet fistuleux. Une plaie intestinale étroite ne donne lieu qu'à une fistule stercorale, et guérit le plus souvent d'elle-même.

L'orifice extérieur de l'anus contre nature est généralement simple, quelquefois avec plusieurs petites fistules adjacentes en

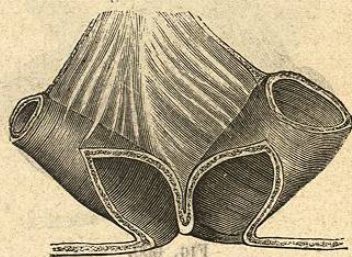


FIG. 599.

Anus contre nature. Schéma. — Rapports de l'intestin et de l'éperon.

forme d'arrosoir, mais qui s'ouvrent dans un trajet unique avant d'arriver à l'intestin. L'intestin reste pour l'ordinaire caché derrière la paroi abdominale; mais il n'est pas rare de voir sortir en se renversant soit le bout supérieur, soit le bout inférieur, et même les deux bouts à la fois.

En dehors de cette complication, la disposition des bouts de l'intestin varie encore au fond de la plaie. Quand il n'y a eu qu'une section partielle, ce qui est le cas le plus commun, ils forment à leur point d'union un angle plus ou moins aigu, qui fait saillie à l'intérieur de l'intestin, et gêne déjà plus ou moins le passage des matières du bout supérieur dans l'inférieur. Mais quand toute une anse de l'intestin a été détruite, les deux bouts sont parallèles dans une plus ou moins grande étendue; le bord de la cloison qui les sépare empêche complètement le passage des fèces de l'un dans l'autre; et c'est ce bord saillant qu'on