

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 permis 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

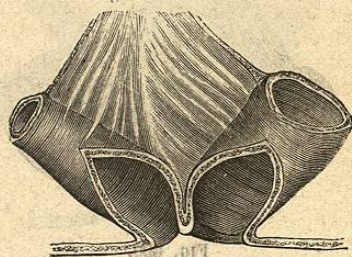


FIG. 599.

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

nomme l'éperon. On voit par ce peu de mots que son existence n'est rien moins que constante.

Une disposition plus rare est celle où l'anse intestinale a été partiellement divisée à l'un et à l'autre bout; l'intestin s'ouvre alors au fond de la fistule par deux orifices; on a même vu un cas où il y avait deux anus contre nature à côté l'un de l'autre, séparés par un pont de téguments. Enfin, chose plus rare encore, le bout inférieur peut être oblitéré dans le ventre, le supérieur seul s'ouvrant dans la plaie; toute opération par l'entérotome devient alors impraticable.

Scarpa a observé aussi un assez curieux phénomène : les deux

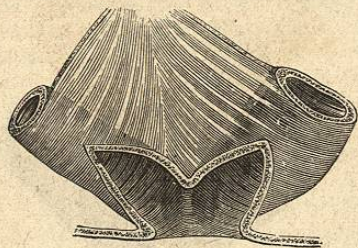


FIG. 600.

Anus contre nature, éperon très court.

bouts de l'intestin retirés dans l'abdomen, et ne communiquant avec la fistule que par une sorte de conduit membraneux formé par le péritoine pariétal. C'est ce qu'il appelait l'entonnoir membraneux, auquel il faisait jouer un si grand rôle dans la cure spontanée de l'anus contre nature. Mais Malgaigne a fait voir que cet entonnoir n'est pas constant; dans un bon nombre de cas, les bords de la section intestinale se prolongent fort en avant dans le trajet fistuleux, et vont même se réunir presque directement avec la peau. Dans ces cas, les valvules de la muqueuse dirigent vers l'ouverture les matières fécales; et la muqueuse elle-même tapissant le trajet oppose un obstacle insurmontable à l'adhésion de ses parois. Il y a donc des anus contre nature qui se prêtent très bien à la guérison, et même à la guérison spontanée, lorsque la muqueuse est retirée avec l'intestin au fond de l'entonnoir membraneux; mais lorsqu'elle adhère aux parois du trajet fistuleux, il faut absolument les décoller pour obtenir l'oblitération de celui-ci.

On pallie l'anus contre nature en bouchant l'ouverture extérieure avec un obturateur quelconque, jusqu'à ce que des coliques avertissent le malade du besoin de rendre ses excréments; ou en soutenant les bords de l'ouverture au moyen d'un cercle d'ivoire ou d'acier, garni à sa circonférence d'un bourrelet de crin et recouvert de taffetas ciré, percé au centre seulement d'une ouverture facile à obturer; ou encore en y adaptant un réceptacle

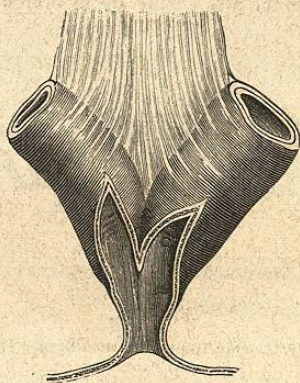


FIG. 601.

Anus contre nature. — Entonnoir membraneux.

de métal ou d'ivoire, maintenu, selon le cas, par un brayer ou par une ceinture élastique. Mais ce qui nous intéresse particulièrement est le traitement curatif.

Lorsque l'anus contre nature est simple, sans complication de fistules multiples et de renversement de l'intestin à l'extérieur, sans complication d'éperon à l'intérieur, l'unique indication est de fermer la plaie extérieure et la plaie de l'intestin. Mais on comprend que la présence des complications tant externes qu'internes exige des opérations préliminaires, dont nous allons d'abord nous occuper.

1^o *Traitement des complications extérieures.* — La première consiste dans la présence de fistules multiples; il faut les réunir en une seule, en ménageant les téguments.

Une seconde est l'étroitesse du trajet fistuleux. On le dilate à l'aide de mèches, de sondes de laminaria, de cylindres d'éponge

préparée; au besoin même en agrandissant la fistule avec le bistouri.

Mais la complication la plus grave est le renversement de l'intestin au dehors. On essaye avant tout de le réduire par le taxis ordinaire. Si le bout renversé est tuméfié, on l'enveloppe d'un bandage roulé en doloires, exerçant une compression sagement modérée, et qui aille en diminuant du sommet à la base de la tumeur. Si au renversement se joint l'étranglement, on débride en portant le bistouri à la racine de la tumeur, entre elle et la

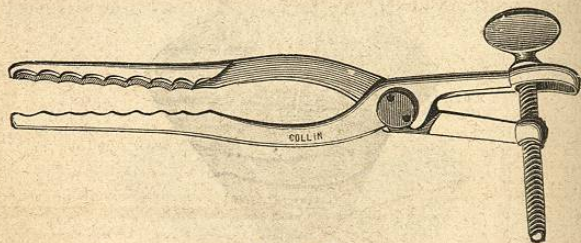


FIG. 602.

Entérotome de Dupuytren modifié par Panas.

peau, et en divisant en haut et successivement la peau, les aponeuroses et les muscles.

Enfin il se peut que des adhérences rendent la réduction impossible; l'unique ressource est d'opérer la résection du bout intestinal sorti au dehors. Dupuytren appliquait son entérotome à la base; Blandin y serrait une ligature: on pourrait tout aussi bien recourir à l'écrasement linéaire ou à la cautérisation.

2^e Destruction de l'éperon. — Schmalkalden paraît être le premier qui ait songé à détruire l'éperon, mais il ne se contenta pas, comme on le dit dans plusieurs ouvrages, de proposer l'opération dans sa thèse inaugurale; il fit l'opération de la manière suivante: il fit pénétrer dans le bout inférieur un stylet dont la pointe était protégée par de la cire. Guidé par le doigt introduit dans le bout supérieur, il perfora l'éperon à sa base, et par la perforation introduisit un bistouri boutoné avec lequel il sectionna l'éperon. Plus tard, pour agrandir l'ouverture, il sectionna plus profondément l'éperon avec des ciseaux à extrémités mousses. La guérison complète ne fut obtenue qu'après deux ans, car il sub-

sista quelque temps une petite fistule. Physik, en 1809, fit une opération analogue: il traversa la base de l'éperon avec un fil qu'il serra et ne fit qu'après trois semaines, lorsqu'il se crut protégé par des adhérences, la section complète de l'éperon. Le malade guérit, mais avec une fistule.

Ces procédés sont dangereux, car on pourrait dépasser les limites des adhérences et pénétrer dans le péritoine. Dupuytren a rendu l'opération plus facile, plus régulière et plus sûre.

Procédé de Dupuytren. — L'entérotome de Dupuytren est une sorte de pince composée de deux branches séparées, dont l'une,

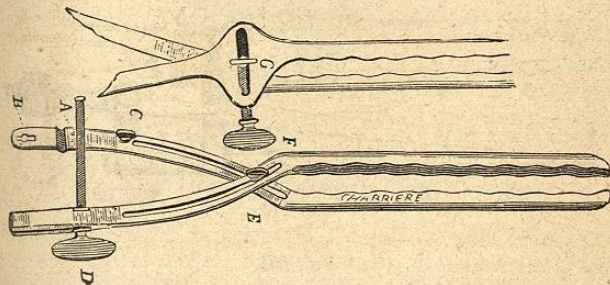


FIG. 603.

Entérotome de Dupuytren modifié par Nélaton.

branche *femelle*, offre sur un de ses côtés une gouttière assez large et profonde pour recevoir le bord aigu de la branche *mâle*; le fond de cette gouttière est ondulé, et le bord de la branche qui doit y pénétrer présente des ondulations correspondantes, afin d'augmenter l'étendue de la surface que les pinces doivent saisir. Ces deux branches se réunissent à volonté à l'aide d'un pivot mobile adhérent à la branche femelle, et reçu par une mortaise de l'autre branche. Au delà du point de réunion, elles offrent chacune un manche de longueur inégale, lesquels se rapprochent au degré que l'on veut, à l'aide d'une vis de pression. L'instrument a en tout 19 centimètres de longueur; et les branches destinées à pénétrer dans l'intestin sont longues de 11 centimètres.

On a proposé diverses modifications à l'instrument de Dupuytren; les unes ont pour but d'augmenter l'étendue de la perte de substance, comme dans les entérotomes de Liotard, de Blandin, de Gross; les autres de rendre plus facile l'application de l'in-

strument, comme ceux de Nélaton, Richet, Panas. Ces modifications ont fort peu d'importance.

Laugier a cherché à rendre plus facile et plus prompt l'emploi de l'entérotome en garnissant sa rainure d'un caustique; cela ne peut avoir que des inconvénients: lorsque l'entérotome est suffisamment serré, l'éperon ne peut échapper à la mortification.

Il faut d'abord découvrir les deux orifices de l'intestin, ce qui est souvent difficile. Le bout supérieur, versant les matières fécales, se reconnaît assez bien à la simple introduction du doigt; et si l'on rencontre l'éperon, il est aisé ensuite de trou-

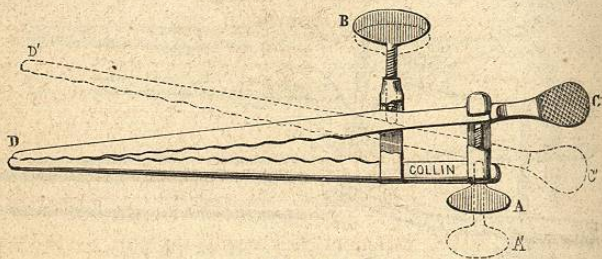


FIG. 604.

Entérotome modifié par Richet.

ver l'autre bout. Quand la disposition variable des bouts de l'intestin rend l'introduction du doigt difficile, on y supplée avec deux sondes de femme, qu'on introduit, la première dans le bout intestinal supérieur, et la seconde dans l'inférieur; si l'on essaye alors de les faire tourner l'une sur l'autre, la résistance qu'on éprouve et la douleur causée au malade indiquent le tiraillement et la tension de la cloison. Il est essentiel aussi de s'assurer qu'on peut les rapprocher sans pincer entre eux une anse d'intestin intermédiaire; ce qui serait un obstacle absolu à l'opération.

La position des deux bouts étant donc reconnue, l'opérateur saisit de la main droite une des branches de l'entérotome; et sur le doigt indicateur ou sur la sonde de femme, il la fait glisser dans l'un des bouts de l'intestin, à 5 centimètres de profondeur ou plus, selon la saillie de l'éperon. Cette branche est confiée à un aide, et la seconde est portée de même dans l'autre orifice à égale profondeur. On les réunit alors par leur pivot, et on les

rapproche graduellement à l'aide de la vis de pression, que l'on fait agir chaque fois que du relâchement se montre entre les branches. Chaque nouveau tour de vis donne des coliques de

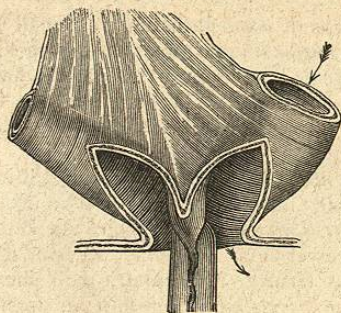


FIG. 605.

Application de l'entérotome.
(Cette figure donnerait une fausse idée de l'opération, l'entérotome doit entamer beaucoup plus l'éperon.)

peu de durée, assez rarement des accidents plus graves. On conçoit facilement l'effet de l'entérotome. Il augmente la longueur du parallélisme des deux bouts de l'intestin, étend leur cloison intermédiaire, et détermine, par la pression qu'il

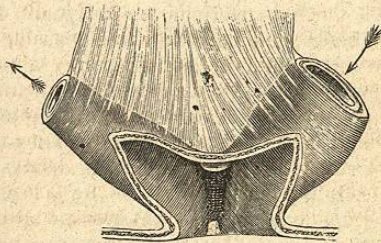


FIG. 606.

Effet produit par l'entérotomie.

exerce sur cette cloison, d'abord des adhérences solides entre ses deux feuillets, puis la section complète des parties serrées entre les mors des pinces. C'est d'ordinaire au huitième jour, quelquefois avant, qu'il devient mobile et tombe; on trouve

alors dans le fond de la gouttière femelle une eschare brune, sèche, en forme de lanière ondulée très mince, et dont la longueur donne celle de la perte de substance éprouvée par l'intestin.

Le doigt introduit dans la fistule reconnaît les débris de la cloison à leurs bords sinueux, durs et engorgés, qui contrastent avec la souplesse de la muqueuse voisine. Dès lors une vaste communication est ouverte entre les deux bouts de l'intestin, et l'on favorise par des lavements répétés le passage des matières dans le bout inférieur.

Enfin, même après la guérison confirmée, il importe de savoir que la section de l'intestin, revêtue de tissu inodulaire, est exposée à se rétrécir. Lesauvage avait opéré sur l'éperon une section de 5 centimètres et demi au moins; au bout d'un mois la plaie extérieure était fermée. Mais quatre mois plus tard elle s'était rouverte, et une diarrhée continue finit par amener la mort. L'autopsie fit voir que l'ouverture de communication entre les deux bouts de l'intestin était réduite au point d'admettre à peine le bout du doigt.

3^e Fermeture de la plaie extérieure et de la plaie de l'intestin.

— Avant Malgaigne, les chirurgiens s'occupaient exclusivement de la plaie extérieure, qu'on essayait d'oblitérer par la compression, la cautérisation, les divers procédés autoplastiques.

C'est à la solution de continuité de l'intestin qu'il faut surtout s'attaquer. Lorsque le bout de l'intestin se prolonge dans la fistule et jusqu'à l'orifice extérieur, en dirigeant de ce côté les matières intestinales, une condition indispensable du succès est d'interrompre cette continuité, et de reporter la muqueuse et ses valvules en sens contraire. Alors même que l'intestin s'arrête juste au niveau du péritoine, il est à noter que la muqueuse se renverse en dehors et nuit à l'affrontement exact, comme dans les plaies intestinales récentes; il faut la replier en dedans, et réunir les bords de l'intestin par leur face externe. De là le procédé suivant, que Malgaigne appliqua sur le vivant avec un succès complet, et qui a pareillement donné deux succès remarquables à Nélaton et à Denonvilliers (fig. 607).

Procédé de Malgaigne. — On commence par aviver le trajet anormal dans toute son épaisseur, jusqu'à l'intestin exclusivement, en détachant avec soin celui-ci de ses adhérences extérieures, et prenant garde cependant que ces adhérences sont quelquefois fort peu étendues, et qu'en les décollant au delà d'un demi-centimètre, on risquerait d'ouvrir le péritoine. On renverse alors en dedans,

sans les aviver, les deux lèvres de l'intestin, et on les réunit par la suture en piqué, de manière à les adosser par leur surface externe. Par-dessus cette première suture, il ne reste qu'à aviver et réunir les chairs et les téguments par la suture entortillée ou la suture enchevillée, en prenant d'ailleurs toutes les précautions nécessaires pour éviter le tiraillement des parties et recourant au besoin aux divers procédés autoplastiques.

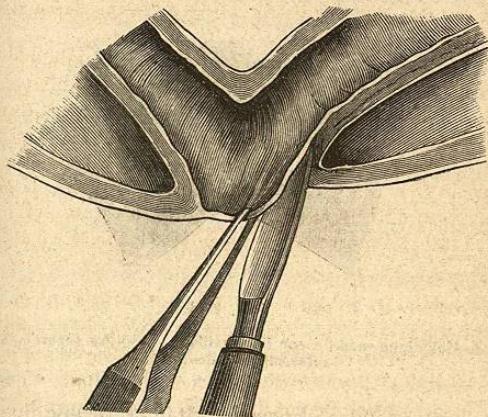


FIG. 607.

Procédé de Malgaigne modifié par Denonvilliers. — Isolement et refoulement de la muqueuse.

Comme on le voit, le point essentiel de ce procédé consiste à isoler l'intestin, et à replier en dedans ses deux lèvres pour fermer la plaie extérieure par-dessus. Quand l'intestin ne déborde pas le niveau du péritoine pariétal, les adhérences qu'il contracte avec cette membrane n'ont quelquefois que 3 à 4 millimètres de largeur, et le péritoine risque beaucoup d'être ouvert. Pour élargir ces adhérences, Laugier avait eu l'idée de traverser toutes les parties, à un centimètre environ de l'orifice intestinal, avec des épingles dont la pointe s'enfoncerait dans des bouchons logés dans l'intestin. C'est une idée qui vaut la peine d'un sérieux examen.

Denonvilliers, tout en suivant le procédé de Malgaigne, y a apporté une modification d'une grande importance pratique. Ainsi que le dit Malgaigne, on s'expose en détachant l'intestin à pénétrer dans la cavité péritonéale si on dépasse les limites des adhérences.

Denonvilliers a constaté que la muqueuse se sépare facilement des autres tuniques; il ne détache donc que la muqueuse qu'il renverse vers la cavité de l'intestin et qu'il suture comme dans le procédé de Malgaigne; une seconde suture réunit les autres tuniques et les bords de l'ouverture cutanée (fig. 608).

Laugier a guéri un malade en transformant par des cautérisations énergiques au fer rouge la muqueuse de l'ouverture anormale en tissu inodulaire rétractile. On pourrait essayer ce moyen

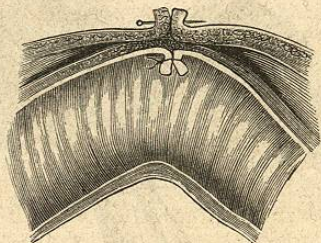


FIG. 608.

Procédé de Malgaigne modifié par Denonvilliers. — Suture séparée de la muqueuse intestinale et de la peau.

pour de petites fistules, il nous paraît impraticable quand l'ouverture est large.

Sous l'influence des mêmes idées qui ont engagé les chirurgiens à réséquer, à suturer et à réduire l'intestin gangrené dans une hernie étranglée, on a cherché à guérir l'anus anormal par la résection et la suture de l'intestin. Dans sa conception générale, le procédé est assez simple: on fait une incision, au niveau de l'anus anormal intéressant toute l'épaisseur de la paroi abdominale; arrivé sur l'intestin, on dissèque ses adhérences à la paroi, on le libère, on l'isole et on l'amène à l'extérieur. Pour empêcher l'écoulement intempestif des matières, on applique sur lui une ligature circulaire modérément serrée, ou bien on le saisit entre les mors d'une pince à forcipressure garnie de caoutchouc; on procède de même pour l'autre bout, après quoi on résèque sur chaque bout quelques centimètres d'intestin et on les réunit par une suture circulaire, soit celle de Lambert, soit celle de Gely. On réduit et on ferme la plaie abdominale.

Mais dans la pratique les choses ne sont pas aussi simples. Parfois on a de la peine à trouver un des deux bouts de l'intestin;

puis lorsqu'il faut les réunir on se trouve en présence de deux bouts intestinaux d'un calibre bien différent, car le bout inférieur se rétracte quelquefois beaucoup. Puis il faut compter sur les difficultés imprévues. Il fallut à Bouilly, bien qu'opérateur habile, une heure et demie pour terminer l'opération, et dans la dissection il coupa d'abord le canal déférent et ensuite l'artère épigastrique. On est exposé au cours de l'opération, si la compression se dérange, à voir les matières s'épancher dans le ventre. Du reste l'analyse des cas publiés va nous permettre d'apprécier la valeur de cette innovation. Barette a réuni 29 opérations sur lesquelles il y eut 17 guérisons et 13 morts, c'est une mortalité de 45 pour 100 environ. Reichel sur 37 cas, trouve 21 succès, 2 insuccès et 14 morts. C'est encore 37 pour 100 de mortalité, et c'est aussi le chiffre auquel est arrivé Bouilly.

Or, s'il est un point absolument incontestable, c'est que l'entérotomie est loin de présenter de pareils dangers. Heimann a réuni 83 cas d'anus anormal traité par l'entérotomie. Dans 50 cas il y eut guérison complète; dans 26 cas il restait une petite fistule, et l'issue des matières était empêchée par la compression. Dans 7 cas seulement l'opération fut suivie de mort; c'est donc une mortalité de 8 pour 100, à opposer à une mortalité minimum de 37 pour 100, cela seul suffit à juger la question. L'entérotomie est une opération classique, qui n'a pas la nouveauté et le brillant d'une résection intestinale, mais elle a pour elle la sécurité, et le chirurgien ne doit pas oublier qu'il opère dans l'intérêt du malade et non dans le but de se faire un mérite du succès éventuel d'une opération nouvelle, mais dangereuse. Ce n'est qu'après avoir tenté inutilement l'entérotomie suivie de l'application des procédés de Malgaigne et de Denonvilliers qu'on pourrait être autorisé à pratiquer la résection, après avoir toutefois exposé au malade les risques qu'on lui fait courir pour le débarrasser d'une infirmité le plus souvent compatible avec la vie.

ARTICLE X

OPÉRATIONS SUR LA RATE

La rate a été enlevée dans des cas où elle était herniée après un traumatisme; elle a été extirpée de propos délibéré dans des cas où elle paraissait au chirurgien être une cause de maladie, ou un obstacle à la guérison d'affections concomitantes. Ces deux classes d'opérations doivent être absolument distinguées; c'est ce que les faits vont nous montrer.