

une dernière traction, toujours progressive et douce, sur le fil et l'on s'assure une dernière fois que les 2 plis sont largement coaptés.

« Un surjet ainsi conduit donne toute garantie et suffit parfaitement. Si quelque part la ligne de réunion restait un peu lâche, on y appliquerait un point séparé complémentaire. »

D'autres fois, le segment d'intestin sus-jacent au corps étranger est très dilaté. Derrière le corps étranger « s'échappe une avalanche de matières stercorales liquides qui paraît interminable d'autant plus que, l'anesthésie devenant alors très difficile, les secousses de toux et les efforts projettent à tout instant de nouveaux flots de liquide. Nous cherchons pourtant à suturer notre incision, mais, dans ces conditions et dans la nécessité de faire vite, il

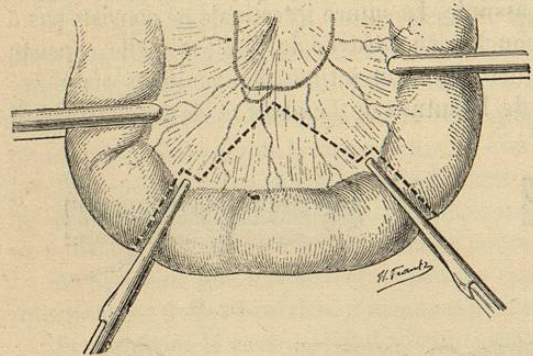


Fig. 16. — Tracé des incisions de l'intestin et du mésentère pour la résection d'une anse intestinale (d'après Guibé.)

nous paraît impossible de mener à bien ce dernier temps et nous prenons le parti de réunir les deux lèvres de la plaie intestinale à la partie inférieure de

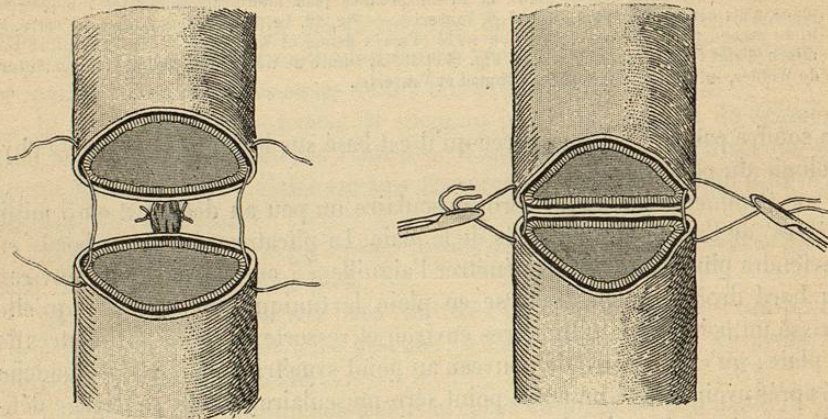


Fig. 17 et 18. — A. Mode de placement des fils dans l'entérectomie (d'après Jaboulay et Brian). B. Accolement des deux demi-circonférences postérieures (d'après Jaboulay et Brian).

l'incision de la paroi, en suturant le reste. C'est là d'ailleurs un procédé tout exceptionnel et de nécessité ».

B) *L'anse intestinale est altérée.* Parfois le corps étranger a déterminé une plaque de sphacèle. Cette plaque de sphacèle sera « enfoncée » sous un point de Lembert ou excisée. Les bords de la perforation chirurgicale seront réunis (voir plus loin).

D'autres fois, un segment d'intestin est malade : de toute nécessité, il faut en venir à une résection.

Deux longues pinces coiffées de drains, limitent l'anse intestinale à sacrifier. A deux ou trois travers de doigt de ces deux nouvelles pinces, sur chacun des segments de l'intestin sain, on place deux nouvelles pinces de Kocher, ou deux drains bien serrés, ces drains font l'office de barrage. Ils arrêtent, pour un moment, la circulation des matières intestinales. A ras des pinces qui isolent l'anse malade, on sectionne l'intestin avec des ciseaux qui ne serviront plus, ou ne serviront qu'après avoir été soigneusement flambés : que fera-t-on des deux bouts de l'intestin ?

a) *Entérorraphie circulaire.* — On intervient pour de l'obstruction aiguë, qui date de quelques heures. Il n'existe ni perforation, ni péritonite. Le malade est en état de supporter une intervention de quelque durée. Nous sommes à l'hôpital, ou dans une maison de santé. Toutes ces conditions réunies, trop rarement réunies, nous autorisent à pratiquer l'entérorraphie circulaire.

On résèque un triangle de mésentère. Ce triangle a 8 ou 10 centimètres de hauteur. Sa base répond très exactement à l'anse intestinale qui vient d'être sacrifiée. Cette résection ne va pas sans provoquer une hémorragie qu'on arrête en jetant des pinces et des ligatures sur les points qui saignent.

On passe alors à quelques millimètres des tranches intestinales, sur le segment supérieur comme sur le segment inférieur de l'intestin, sur le bord mésentérique comme sur le bord libre, une anse de fil qui, sur l'espace d'un centimètre, embroche la séreuse et la musculuse. Ces quatre fils sont confiés à un aide : ils faciliteront singulièrement la besogne.

Du bord mésentérique au bord libre de l'intestin, et sur le côté de l'intestin qui repose sur le champ opératoire, faites un premier surjet d'adossement, au point de Lembert, (surjet d'adossement postérieur). C'est là le temps de la réunion, qu'il faut soigner.

Puis, pratiquez, près de la tranche, le surjet d'union, surjet perforant, à l'inverse du précédent. Menez ce surjet du bord mésentérique au bord libre (surjet d'union postérieur), puis du bord libre au bord mésentérique (surjet d'union antérieur).

Complétez le surjet d'adossement sur la demi-circonférence de l'intestin tournée vers vous (surjet d'adossement antérieur).

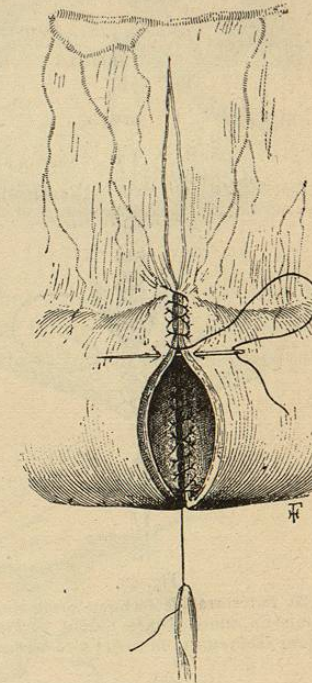


Fig. 19. — Entérorraphie termino-terminale. Le surjet total achevé en arrière est commencé en avant (d'après Guibé).

Solidarisez les deux surjets d'adossement, l'anérieur et le postérieur, en nouant entre elles les deux anses directrices du bord mésentérique et celles du bord libre.

Finissez par un surjet qui rapproche les bords du triangle mésentérique dont on a pratiqué la résection. Enlevez les clamps. Assurez-vous que l'intestin est correctement suturé et que la circulation des matières s'effectue aisément. Essayez l'anse intestinale. Réduisez dans le ventre et fermez la paroi abdominale.

Si ces deux anses qu'il s'agit de réunir sont de calibre inégal, on peut

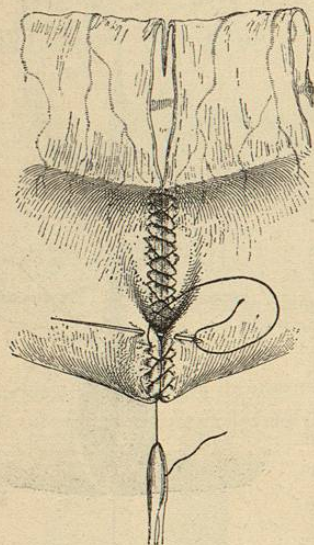


Fig. 20.

Fig. 20. Entérorraphie termino-terminale. Le surjet séro-séreux est placé sur la face postérieure de l'intestin relevé (d'après Guibé). — Fig. 21. Entérorraphie termino-terminale. Suture du mésentère après achèvement du surjet séro-séreux (d'après Guibé).

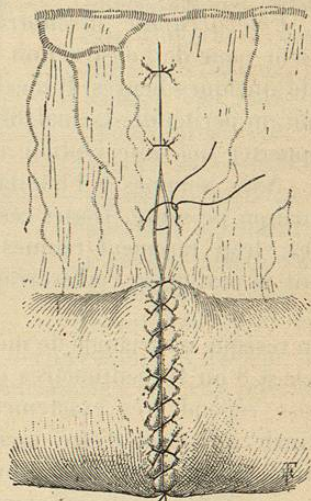


Fig. 21.

pratiquer une fente latérale sur l'anse la plus étroite, et l'on réunit. Une entéro-anastomose remplirait le même but, plus simplement.

b) *Bouton de Murphy*. — La résection de l'intestin a été pratiquée. Mais le malade s'affaiblit. On craint qu'il ne puisse supporter une entérorraphie, toujours assez longue, si rapidement qu'on la pratique. Nous avons sous la main un bouton de Murphy. N'hésitons pas à l'utiliser.

Les deux moitiés du bouton séparées sont montées sur une pince à forcipressure.

« Tout d'abord, sur chacun des deux bouts, à 5 ou 5 millimètres de la tranche, faites passer une soie qui traverse toute l'épaisseur de la paroi en faufil. Ne la serrez pas encore. Introduisez la moitié correspondante du bouton, et tirez alors doucement sur les deux extrémités du fil pour plisser la paroi et l'accoler étroitement à la surface du tube central; faites un nœud et régularisez soigneusement l'engainement, en excisant les portions de muqueuse qui dépasse

Répétez la même manœuvre sur l'autre bout.

Saisissez alors les deux demi-boutons à travers la paroi en les tenant bien

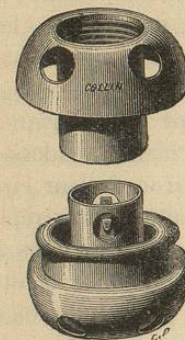


Fig. 22.

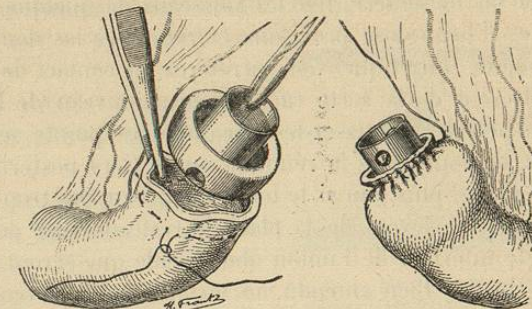


Fig. 23.

Fig. 22. Bouton de Murphy. — Fig. 23. Anastomose termino-terminale au bouton de Murphy. À gauche, fil faufilé dans l'épaisseur de l'intestin; à droite, le fil a été serré et le demi-bouton est en place (d'après Guibé).

exactement dans l'axe de l'intestin. Rapprochez-les. Faites-les pencher l'un dans l'autre et emboitez-les à fond. Ce dernier temps est malaisé quand on a affaire à des parois intestinales épaisses et que les collerettes insuffisam-

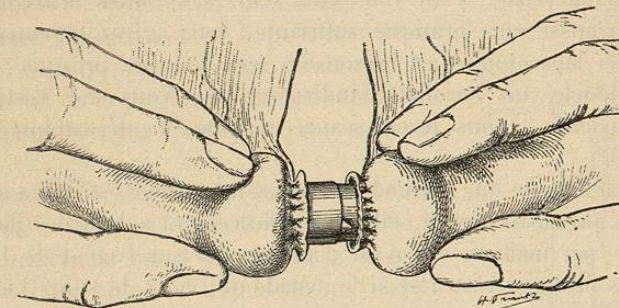


Fig. 24. — Introduction de deux demi-boutons l'un dans l'autre (d'après Guibé).

ment modelées font une grosse masse à l'extérieur; on devra veiller de près à tous ces détails avant d'assurer l'ajustement.

Enfin il est prudent de mener un surjet séro-séreux au niveau du pli circulaire d'adossement des deux parois.

c). *Abouchement à la peau*. — « Dans les cas d'extrême gravité, où l'on trouve une anse perforée et un péritoine inondé de matières fécales et de pus, toute intervention de quelque durée doit être proscrite. Et de fait, la résistance vitale est encore plus profondément atteinte en pareil cas que dans les ruptures traumatiques de l'intestin. Ici, en effet, il faut tenir compte du long empoisonnement stercorémique qui a précédé la gangrène et la perforation de l'anse étranglée.

« Allez donc au plus vite, et la résection faite, hâtez-vous d'aboucher les

deux bouts à la paroi. Telle est la formule courante. En pratique, voici comme vous la traduirez.

« Les deux bouts et leurs méésentères viennent d'être sectionnés. Sur la coupe du méésentère, liez les vaisseaux de quelque calibre, puis enlevez les pinces d'hémostase provisoire et réunissez les deux lèvres de la fente par un rapide surjet que vous arrêterez au contact de l'intestin. Les deux segments sont de la sorte rapprochés au niveau de leur bord méésentérique. A ce niveau, réunissez-les par quelques points séro-musculaires d'adossement et poursuivez la réunion sur le tiers postérieur environ de leur circonférence, plus loin si le temps ne presse pas trop. Ceci fait, suturez rapidement aux lèvres de la plaie le reste de leur pourtour. C'est toujours à l'angle inférieur de l'union abdominale que seront placés ces abouchements intestinaux. Bien entendu on terminera l'intervention par un grand lavage du péritoine à l'eau bouillie chaude. » (Lejars).

La laparotomie constitue, dans l'obstruction par corps étrangers, la méthode thérapeutique de choix. En levant l'obstacle à la circulation des matières, elle rétablit la perméabilité de l'intestin, elle reconstitue l'intestin quand il est lésé, et elle permet enfin, comme nous le verrons, de traiter les accidents multiples, et parfois mortels, que peut encore provoquer le corps étranger.

Mais la laparotomie, dans l'obstruction intestinale, est une opération délicate et dangereuse. « Si vous êtes seul, sans aides utilisables, sans outillage, ou aussi sans pratique suffisante, vous agirez sagement en ne faisant pas la laparotomie, et le conseil sera souvent presque superflu. Mais il comporte un corollaire indispensable. Vous ne resterez pas pour cela inactif... vous ferez séance tenante, l'entérostomie de Nélaton. »

C'est là sans doute une méthode de nécessité; si elle est d'une exécution simple, d'un pronostic bénin, elle pare efficacement à l'un des dangers de l'obstruction; par malheur elle n'est d'aucun effet sur l'agent de l'obstruction; le corps étranger reste; et si le malade qui vient de subir l'entérostomie n'est pas laparotomisé à brève échéance, il court toutes les chances de perforation et de péritonite.

Anesthésions le tracé opératoire avec 5 ou 4 centimètres cubes de cocaïne au 1/100^e, et, cinq minutes plus tard, faisons dans la fosse iliaque droite une incision curviligne de 8 à 10 centimètres. Le milieu de notre incision passe à deux travers le doigt de l'épine iliaque antéro-supérieure.

Sectionnons la peau, puis les trois muscles pariétaux. Voici le fascia transversalis que double le péritoine. Attirons-les avec la pince; coupons-les soigneusement de la pointe du ciseau.

Le ventre est ouvert, l'index est introduit dans l'abdomen et sur lui, prudemment, nous complétons l'incision du péritoine.

Ce péritoine, nous le repérons avec quatre pinces de Kocher, deux en dedans, deux en dehors.

Et rapidement, du doigt, nous explorons la cavité abdominale. Tombent-on sur l'anse intestinale, où s'exerce l'obstruction, nous la ramenons: c'est

elle qu'il faudra fixer, puis ouvrir. Notre opération aura presque tous les avantages de la laparotomie.

Notre doigt n'a rien trouvé: nous devons nous y attendre. Sous aucun prétexte notre exploration sommaire ne saurait être prolongée. Elle ferait perdre au malade le bénéfice de l'opération qu'il va subir.

Saisissons une anse dilatée de l'intestin grêle. La première qui tombe sous la main sera la bonne.

Attirons cette anse à la partie moyenne de notre plaie. Cernons-la à droite et à gauche d'une compresse stérilisée. Fixons à la paroi une zone de 3 centimètres de diamètre, prélevée sur le bord libre de l'intestin.

Quatre points suffisent à la suture; ils sont placés aux points cardinaux de l'ampoule intestinale. Chaque fil charge un centimètre de musculuse et de séreuse. Les deux anses de chaque fil sont passées séparément. Sous forme de points en U elles traversent le péritoine, les muscles et l'aponévrose. Elles sont nouées sous la peau.

La partie supérieure et la partie inférieure de l'incision sont réunies en deux étages.

Protégez de votre mieux le plan de sutures cutanées. Enduisez-le au besoin de vaseline ou collez sur lui de la gaze imprégnée de collodion ou d'adhésol. Ouvrez l'intestin d'un coup de ciseaux.

Le flux intestinal une fois écoulé, « faites de la propreté » et fixez à la peau les lèvres de la bouche intestinale par 6 sutures disposées en couronne. L'opération est terminée. Un bandage de corps est appliqué.

On profitera de la laparotomie destinée à extraire le corps étranger, pour fermer l'orifice intestinal.

II. *Perforation.* — La thérapeutique des perforations intestinales varie, comme varie l'aspect de la perforation.

Une petite perforation demande à être « enfouie » dans la paroi intestinale, par un ou deux points de Lembert.

Une perforation linéaire de quelque étendue sera avantageusement suturée par un double surjet: surjet muco-muqueux et surjet d'adossement séro-musculaire.

En présence d'une perforation large, irrégulière, il ne faudra pas hésiter à pratiquer l'avivement en losange et à réunir sur deux plans (voir fig. 25 et 26). Au pis aller, on pratiquerait la greffe en suturant les bords de la

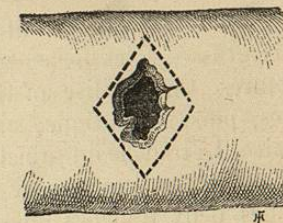


Fig. 25. — Plaie avec perte de substance. Tracé de l'avivement (d'après Guibé).

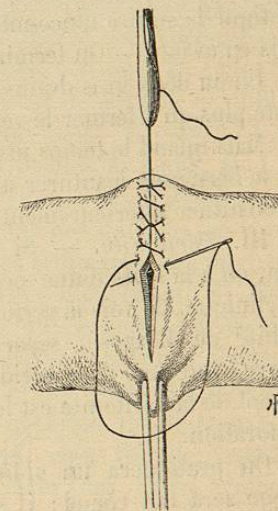


Fig. 26. — Plaie avec perte de substance. Réunion longitudinale de l'avivement losangique (d'après Guibé).

perforation au péritoine d'une anse saine (greffe intestinale) ou à l'épiploon (greffe épiploïque).

Si la perforation est très étendue, il pourrait y avoir avantage à pratiquer une entérorraphie circulaire (voir plus haut) ou une entéro-anastomose.

Dans cette dernière alternative, la coprostase est assurée, à l'aide de deux grosses soies fortement serrées; on résèque l'intestin entre les deux ligatures. On stérilise au thermocautère chacune des deux tranches intestinales, puis, on pratique, sur chacune d'elles, un premier surjet séro-musculaire. La tranche intestinale disparaît sous ce premier surjet qu'on enfouit, au besoin, sous un second étage de points de Lembert.

Les deux tranches intestinales sont fermées en cul-de-sac. Assurez la coprostase sur les deux anses qui vont être anastomosées. Appliquez-les l'une contre l'autre, à la façon de deux canons de fusil. Passez une anse directrice à quelques millimètres au delà de chaque extrémité de la future anastomose.

Un premier surjet séro-séreux adosse en arrière les deux cylindres intestinaux. Sur une étendue moindre que leur ligne de réunion, on ouvre les deux anses au bistouri, en évitant l'effusion des matières fécales. Puis on pratique la suture muco-muqueuse ou la suture totale, en arrière d'abord, puis en avant. — On termine par le surjet séro-séreux antérieur.

Un ou deux gros drains sont placés au voisinage de l'anastomose. Il ne reste plus qu'à fermer le ventre.

Mais quand le temps presse, pratiquer l'entéro-anastomose serait folie : on se bornerait à suturer à la peau les deux bouts de l'intestin, quitte à reconstituer ultérieurement le tractus intestinal.

III. *Péritonite*. — Si la péritonite peut se développer sans perforation, ou à la suite d'une perforation spontanément guérie : il est de règle, en clinique, de voir la perforation créer la péritonite. Nous devrions, pour la facilité de l'exposé, séparer les ressources thérapeutiques à mettre en œuvre contre ces deux accidents, mais nous saurons, qu'en pratique, le traitement de la péritonite est le complément indispensable du traitement de la perforation.

On pratiquera un grand lavage du péritoine au sérum artificiel. Le lavage sera fait chaud; il sera continué jusqu'à ce que le liquide sorte de l'abdomen tout à fait clair. Le drainage du péritoine complétera l'intervention.

Quand il s'agit non plus d'une péritonite généralisée, mais d'une péritonite enkystée qui fait saillie sous la paroi, on incisera l'abcès péritonéal; on nettoiera doucement ses parois, mais on se gardera bien de pratiquer un lavage, de peur d'inoculer la grande cavité péritonéale.

IV. *Abcès. Fistules*. — Les abcès ouverts à la peau ne nécessitent aucune thérapeutique spéciale.

Quelques-uns d'entre eux communiquent avec l'intestin. Ils ont tendance à déterminer une fistule stercorale. Quand cette fistule tarde à se fermer, on interviendra secondairement par avivement et suture.

VII. — CORPS ÉTRANGERS DU RECTUM

Anatomie et physiologie pathologiques. — Le pôle terminal du tube digestif est essentiellement formé d'un sphincter, précédé d'une dilatation. La grande élasticité du rectum, la présence de l'ampoule expliquent assez le nombre et le volume des corps étrangers qui peuvent se trouver réunis dans sa cavité, tantôt libres de toute adhérence, tantôt enclavés dans un repli de la muqueuse. Les corps étrangers ne peuvent être expulsés qu'au prix d'une lutte entre les muscles antagonistes du rectum, répartis en deux groupes. Le releveur par ses fibres internes fait partie du groupe des éleveurs; par ses fibres externes, il constitue avec le sphincter le groupe des constricteurs.

Mais cette lutte peut ne pas aboutir : le corps étranger est volumineux : il s'est logé dans la concavité du sacrum et du coccyx. Le coccyx oblique en avant et en bas forme taquet : le corps étranger s'appuie sur lui comme sur un plancher. Son dégagement ne sera possible qu'à condition de « rétropulser » le coccyx qui dans cet enclavement « joue un rôle majeur ».

Étiologie. — Au rectum, les corps étrangers développés sur place n'existent guère chez l'enfant : leur histoire est calquée d'ailleurs sur celle des entérolithes. Les corps étrangers venus de l'intestin sont les plus fréquents : ce sont des fragments d'os, de cartilage ou de tendon, des billes, des aiguilles, des pièces de monnaie, une flûte de quatre pouces de long. Gosselin vit un morceau de viande hachée, gros comme le poing, chez un enfant de neuf ans; et Blocq (cité par Schmucker) observa un jeune garçon dans le rectum duquel on trouva « plusieurs centaines de clous, des morceaux de fer, des épingles à cheveux, des épingles ordinaires, des morceaux de verre ». Quand ces corps ne sont pas évacués rapidement, ils déterminent des inflammations du côté du rectum, du péritoine ou du tissu cellulaire. Ils peuvent se disposer à plat comme un opercule, arrêter la circulation des matières intestinales : c'était le cas pour une pièce de monnaie que nous avons dû retirer. En règle générale, on ne trouve pas chez l'enfant des corps introduits par l'anus qui, chez l'adulte, augmentent dans des proportions considérables le bilan des corps étrangers du rectum. Tout au plus un accident, une manœuvre malheureuse a causé l'abandon d'un embout de seringue ou d'une sonde dans la cavité de l'ampoule.

Symptômes. Marche. Complications — Chez l'enfant, la clinique des corps étrangers du rectum ne fait pas exception à l'histoire des corps étrangers des voies digestives. Sans doute, on peut observer des douleurs abdominales assez vives, des envies fréquentes et impérieuses, du ténesme qu'accompagne une rétention d'urine plus ou moins tenace. D'ordinaire, tout se borne à des phénomènes de pesanteur, à la défécation difficile, à la constipation. Un enfant de quatre ans que nous avons observé avala un os de mouton irrégulier, long de 4 centimètres, épais de 2 centimètres. Il le garda,