

pation depuis longues années, fut admise à l'hospice de la Faculté de Médecine, dans le service de M. Bougon, en 1826, pour une douleur qu'elle éprouvait dans la région iliaque droite. Cette douleur, accompagnée de fièvre, datait de quinze jours. La malade ne put en indiquer la cause. Quoique rares, les garderobes avaient toujours été possibles. Il n'y avait point de coliques. La région douloureuse était rouge, tendue, empâtée, molle et fluctuante. Toute la fosse iliaque semblait être envahie. On mit en usage la saignée, les cataplasmes et les lavements. Le foyer s'ouvrit de lui-même au bout de trois jours. Il en sortit une grande quantité de pus infect, de gaz, de mucosités intestinales et de matières stercorales, puis un fragment d'os anguleux, qui avait sept lignes dans son diamètre, et qui nous parut appartenir à une tête de poisson. Les accidents diminuèrent ensuite peu à peu. Bientôt il ne resta plus qu'une fistule stercorale, qui se réduisit au diamètre de trois à quatre lignes dans l'espace de vingt jours. On continua de panser avec des cataplasmes. Les matières alimentaires passèrent dès lors en partie par l'anus naturel. Cependant un lavement donné le vingt-neuvième jour revint encore par la fistule, qui ne fut entièrement fermée que le quarante-troisième. La guérison s'est parfaitement maintenue. J'ai revu la malade quatre mois après, et il ne lui était rien survenu de nouveau.

Lorsque l'ulcération s'est établie sous l'influence d'une maladie constitutionnelle, d'une inflammation spontanée, la fistule a manifestement moins de tendance à la cicatrisation. Voici deux faits qui le prouvent.

OBS. VII. — 1° *Denis* (Eugénie), âgée de dix-sept ans, fille, d'une constitution faible, non réglée, couturière, fut admise à l'hôpital de la Pitié, n° 21, le 18 octobre 1833 (1).

Depuis l'âge de sept ou huit ans, cette malade éprouve

(1) Observation recueillie par M. Poumet.

au moins trois ou quatre fois par mois, des coliques et des vomissements. Ces symptômes duraient un ou deux jours, puis la santé se rétablissait, mais pour peu de temps. Enfin, au mois de mai dernier, après des coliques nouvelles, il se forma à l'ombilic, une tumeur rouge, très douloureuse, de forme circulaire. En quelques jours, cette tumeur augmenta considérablement de volume; le ventre se ballona: une incision fut pratiquée à l'ombilic, et il jaillit de là un liquide noirâtre très fétide. Un mois après, une ouverture naturelle se fit en bas et à droite. Vers le commencement de décembre, il s'en établit quatre autres autour de la première. Voici quel était l'état des choses à l'entrée de cette jeune fille à l'hôpital.

Elle a l'apparence d'un enfant de treize ou quatorze ans. Il n'y a cependant point de marasme; la figure est fraîche, les yeux sont vifs. Aucun signe de puberté n'a encore paru. La paroi abdominale offre, à droite, quatre orifices étroits, à bords rouges et peu enflammés. L'un de ces ulcères est situé précisément sur l'ombilic. Ils communiquent entre eux sous un vaste décollement de la peau. Le 26 décembre, on pratiqua une opération exploratrice, dont le but était de mettre à découvert l'ouverture intestinale. A l'aide d'incisions, on forma des lambeaux qui, étant relevés, laissèrent à découvert une plaie de cinq pouces de long, sur trois de large, et dont le bord supérieur rasait l'ombilic. On vit au fond de cette plaie: 1° sur la ligne médiane, au dessous de l'ombilic, une tumeur noirâtre, qui n'était qu'un caillot de sang dégénéré; 2° dans le flanc gauche, un cul de sac qui n'a présenté aucune ouverture reconnaissable pendant les premiers huit jours, quoiqu'on vit sourdre les liquides. Les matières fécales, toujours liquides, deviennent de moins en moins abondantes; un pus de bonne nature est sécrété; le 3 janvier, la plaie est d'un rose vif, tendue, bombée. Le 14 janvier, les deux pansements ont été exempts de matière fécale. La

veille, la malade avait été deux fois à la selle. Le 17, au pansement du soir, les matières fécales reviennent par la plaie. La suppuration semble venir de l'hypogastre, par un long trajet. Tous les signes de la phthisie pulmonaire se développent peu à peu, et la jeune fille meurt le 23 mars, sans avoir cessé de rendre des matières intestinales par la plaie.

A l'autopsie, on trouva les deux poumons farcis de tubercules. Quelques plaques du péritoine intestinal en offraient aussi. Outre d'anciennes cicatrices, il existait encore quatre ulcères dans l'intestin grêle. L'un d'eux, appartenant à l'iléon, s'ouvrait dans une fausse membrane ancienne, transformée en un canal long de plus d'un pouce, et gagnait ainsi la paroi abdominale, un peu au dessous de l'anneau inguinal gauche. C'est de là que les matières avaient fusé de bas en haut et de gauche à droite, pour venir dans la région ombilicale, et y causer un abcès stercoral.

Chez cet enfant, qui m'avait été adressé par M. Bourgeoise, on voit que l'état général devait éloigner toute idée d'opération curative. L'espèce d'entonnoir accidentel, qui s'était établi entre l'intestin et la paroi du ventre, aurait très probablement d'ailleurs, rendu la cicatrisation du trajet impossible, quand même il n'y eût point eu d'autre complication. Il n'y avait, du reste, pas la moindre apparence d'éperon, vis à vis de l'abcès. Aussi les gardes-robes avaient-elles continué d'avoir lieu de temps à autre.

Obs. VIII. — J'avais en même temps, à l'hôpital, le nommé Jules Castin, garçon, âgé de dix-sept ans aussi, qui était resté plusieurs mois dans les salles de M. Louis, pour des coliques et autres symptômes d'ulcérations intestinales. Quand il entra dans mon service, il portait à droite, et un peu au dessous de l'ombilic, un ulcère fistuleux, d'où il sortait, chaque jour, une certaine quantité de matières et de gaz intestinaux. Cet ulcère datait déjà de trois mois.

Il avait été précédé d'un vaste abcès. Le malade qui, quoique maigre et chétif, conservait beaucoup de vivacité, n'avait jamais cessé complètement de pouvoir aller à la garde-robe. Aucun autre organe ne fut trouvé malade, ni par M. Louis ni par moi. L'appétit était bon, le sujet très docile et très désireux de guérir. Le stylet se dirigea du côté de la fosse iliaque, à trois pouces au dessous et à droite de la fistule extérieure. Je fendis tout ce trajet, pour établir un parallélisme complet entre la perforation de l'intestin et la plaie extérieure. Dilatée plus tard avec un cône d'éponge préparée, cette plaie me permet de pénétrer, avec le doigt, dans l'intérieur, et de reconnaître là tous les caractères du cœcum ou du colon ascendant. Un phénomène assez singulier, au surplus, que nous avons souvent constaté chez cet enfant, c'est que, en même temps qu'il était facile de faire arriver les lavements jusqu'à l'anus contre nature, on voyait les matières ingérées par la bouche, s'y rendre presque avec la même promptitude.

Quoi qu'il en soit, cette fistule qui laissait au malade la faculté d'aller à la garde-robe quand on la tenait fermée avec un bouchon de linge, de charpie, d'éponge, ou même de liège, se transformait en véritable anus contre nature, aussitôt que l'obturateur était enlevé. Il n'y avait point d'éperon derrière. Pour la guérir, j'ai tout essayé. La suture simple, la suture enchevillée, l'autoplastie répétée trois fois, ont complètement échoué. Les purgatifs en lavement n'ont pas mieux réussi. Une valvule, que j'avais sentie au fond de la caverne, fut détruite avec l'entérotome de Dupuytren, sans qu'il en soit rien résulté d'avantageux. Enfin, ce jeune homme est sorti de l'hôpital en mars 1834, se portant assez bien d'ailleurs, et ayant acquis l'habitude de fermer sa fistule avec un bouchon. Je l'ai revu depuis que je fais le service à l'hôpital de la Charité. Sa fistule n'a subi aucun changement, et la santé générale se maintient en bon état. Chez ce dernier malade les poumons et

tous les autres viscères paraissent sains; la constitution est bonne; le passage des matières est évidemment libre du côté de l'anus naturel, et la fistule n'en résiste pas moins opiniâtement à tous les moyens. La perforation communie manifestement avec le gros intestin. On pourra expliquer la sortie rapide des aliments en admettant qu'une anse d'intestin grêle, adhérente au cœcum ou au colon, s'y est ouverte de son côté par ulcération. De quelque manière qu'on interprète le fait, il n'en faudra pas moins le ranger, du reste, parmi les anus contre nature qui persistent malgré l'absence d'éperon.

3° *Anus contre nature dont on a détruit l'éperon.* — Beaucoup de personnes pourraient penser, d'après les écrits de Scarpa et de la plupart des chirurgiens modernes, qu'après avoir détruit l'éperon de tout anus contre nature, établi à la suite des hernies inguinales ou crurales étranglées, la guérison est à peu près assurée. Rien n'est moins exact cependant. Voici ce qu'en pense Dupuytren lui-même.

Il ne faut que huit à dix jours, dit-il, pour que l'entérotoime produise son effet. Les selles sont ordinairement régularisées en un temps égal, et des semaines ou même plusieurs mois sont fréquemment nécessaires pour obtenir l'oblitération complète de l'ouverture anormale. Quelquefois même il a été impossible de l'opérer entièrement, bien que, réduite aux plus faibles dimensions, elle fût devenue inutile et pût être tenue fermée pendant longtemps et sans donner issue à la moindre quantité de matières stercorales. A cette persistance opiniâtre d'une ouverture que rien ne semble entretenir, nous avons opposé successivement et, il faut le dire, sans de grands résultats, la colophane en poudre portée dans sa cavité, la cautérisation de ses bords avec le nitrate d'argent, leur rapprochement opéré et maintenu à l'aide de bandelettes agglutinatives; enfin l'excision de ces mêmes bords formés par la

peau et la membrane muqueuse, et leur exacte réunion par la suture enchevillée. »

Quand on songe qu'un anus contre nature, dont l'éperon est détruit, se trouve à peu près dans les mêmes conditions que les anus ou les fistules par ulcération, ou sans déplacement de l'intestin, on cesse bientôt de partager la surprise de Dupuytren. On ne tarde pas à se demander, au contraire, pourquoi la guérison s'effectue si souvent dans le premier cas, tandis qu'elle est si rare dans le second. C'est une différence dont j'ai cherché la raison et que je m'explique ainsi. Si la fistule, ou l'anus contre nature, s'établit sans déplacement anguleux de l'intestin, il ne se forme point d'entonnoir membraneux. Or, il est d'observation que l'anus contre nature sans entonnoir membraneux est extrêmement difficile à cicatrifier. Scarpa va même beaucoup plus loin. « L'anus contre nature est toujours incurable, dit-il, lorsqu'il s'est formé à la suite d'une plaie pénétrante de l'abdomen avec issue de l'intestin, soit qu'une partie de ce canal ait été détruite par la gangrène, soit qu'il ait été divisé en partie ou en totalité par l'instrument vulnérant. (*Sur les hernies*, trad. de Cayol, p. 272.) » Puis il ajoute : « Les hernies ombilicales ou ventrales donnent presque toujours lieu à des anus contre nature incurables, lorsqu'elles viennent à se gangréner (p. 274). » C'est, qu'en effet, il n'y a point de sac herniaire alors qui puisse être entraîné dans le ventre par les adhérences de l'intestin, de manière à constituer l'entonnoir membraneux si bien décrit par l'auteur italien.

Reste à savoir maintenant si les anus qui persistent après la destruction de l'éperon, ne pourraient pas rentrer dans la même catégorie. Eh bien, les observations première et deuxième que je vous ai citées prouvent que les anus contre nature, suites de hernies avec gangrène, n'entraînent pas toujours la formation d'un entonnoir membraneux. Je suis même disposé à croire que cet entonnoir manque

assez souvent. Les adhérences du sac dans le trajet ou sur le contour des ouvertures herniaires, sont assez fermes dans une foule de cas, quand la hernie est congénitale surtout, pour résister aux tractions du mésentère, et pour que l'intestin ne puisse pas s'en éloigner en arrière. La destruction de l'éperon alors met évidemment l'intestin dans les mêmes conditions que si l'anus s'était formé par perforation interne ou sans déplacement préalable. Il est donc tout simple que, pour le reste, la guérison soit aussi difficile dans un cas que dans l'autre. Il est donc probable que, même après la section de l'éperon, et à l'état de fistule, l'anus contre nature ne guérit bien qu'autant qu'une espèce de conduit péritonéal, d'entonnoir membraneux, plus ou moins long, plus ou moins mobile, s'est établi entre la perforation de l'intestin et l'ouverture extérieure. A ceux qui objecteraient que les anus contre nature, sans déplacement, sans hernies préalables, se ferment quelquefois spontanément, quoique là il n'y ait point d'entonnoir membraneux, je répondrais que sur ce point *Scarpa* est encore allé trop loin.

Nous avons vu, par les observations précédentes, que cet entonnoir est possible à la suite des hernies ombilicales, et qu'il en est de même après les ulcérations excentriques de l'intestin. Seulement il faut noter qu'en pareil cas c'est une fausse membrane qui s'organise, se transforme en canal, et non le péritoine qui cède ou s'allonge en entonnoir; mais on conçoit que cette différence est tout à l'avantage de l'entonnoir accidentel.

Ainsi, d'une part, l'anus contre nature, sans déplacement du péritoine, semble avoir besoin, pour guérir, d'un canal membraneux accidentel, qui le rapproche de l'anus contre nature proprement dit, tandis que d'une autre part, l'anus contre nature avec sac herniaire ressemblerait, quand il persiste après la destruction de l'éperon, à l'anus sans déplacement, par le manque d'entonnoir membraneux.

Ramenée à ce point, la question me paraît très simple. Elle permet de ranger tous les anus contre nature sans éperon en deux classes, les uns étant accompagnés d'un canal, d'un entonnoir membraneux, les autres n'en ayant pas.

Traitement des anus contre nature dépourvus d'éperon.

Les anus de la première classe guérissent généralement bien quand ils ne sont entretenus ni par un vice de la constitution, ni par une lésion organique, ni par aucune complication locale, telle que sinuosité, décollement de la peau, plissement, torsion des intestins, adhérences anormales, etc. Il est rare, au contraire, que ceux de la seconde ne résistent pas avec opiniâtreté aux moyens habituellement employés contre eux. Or, c'est surtout à la thérapeutique de ces derniers que s'appliquent les remarques qui vont suivre.

Frappé comme tous les praticiens, et comme *Dupuytren* lui-même, de la persistance de certains anus anormaux, malgré la disparition de l'éperon, voyant d'un autre côté que dans les fistules intestinales, les matières passaient opiniâtrement par la plaie, quoiqu'il n'y eût point d'obstacle apparent à leur descente vers le rectum, reconnaissant ensuite que cela pouvait bien être propre aux anus et fistules dépourvus de canal membraneux, je me suis enfin demandé s'il n'y aurait pas moyen de modifier avantageusement les procédés opératoires sous ce rapport.

La cautérisation, les styptiques, ne sont évidemment que des moyens accessoires, incapables de réussir seuls, excepté dans les cas de très petites fistules, ou lorsque l'anus tend à se fermer de lui-même.

L'autoplastie semble de prime abord offrir plus de chances de succès. Je l'ai tentée de trois façons et vainement, chez la femme *Martigny*, observation III, et chez le jeune *Castin*, observation VIII.

Une première fois je décollai les téguments dans l'étendue d'un pouce, tout autour de la plaie, afin de pouvoir en aviver, en rapprocher plus facilement les bords et les réunir ensuite, au moyen de la suture, comme on le fait souvent à la face. Les matières stercorales suintèrent bientôt entre les téguments décollés et les autres tissus, malgré la compression que j'avais cru devoir opposer par précaution à cet accident. Il fallut enlever les points de suture le troisième jour, et la plaie resta plus grande après l'opération qu'elle n'était auparavant.

Une autre fois, je taillai au dessus de l'ulcère un lambeau comme dans la rhinoplastie frontale; puis je fixai ce lambeau en forme d'opercule au moyen de la suture, sur le contour de la fistule préalablement avivée. Nous vîmes dès le deuxième jour, un suintement jaunâtre, et des bulles d'air s'échapper entre les points de suture. Puis la gangrène s'empara du lambeau en marchant des bords vers le pédicule.

L'espèce de *bouchon cutané* que j'avais employé avec succès pour fermer deux fistules laryngiennes me restait encore comme dernière ressource. Je l'empruntai au flanc. Après l'avoir renversé, je l'enfonçai dans l'ulcère où je le retins avec quatre points de suture. Un suintement d'humidités stercorales eut lieu dès le lendemain. La suture coupa les bords de la fistule, et la mortification du lambeau se fit comme dans le cas précédent. La *suture emplumée*, sans dissection des téguments avait, en outre, été le point de départ de tous ces échecs.

Je crus voir en définitive qu'il y avait ici deux obstacles très difficiles à vaincre; l'un, qui tient à la nature âcre ou septique des matières intestinales, l'autre, qui dépend de l'induration des tissus voisins. Que de la salive, des larmes, de la sérosité, de la synovie, de l'urine même, passent ou s'engagent momentanément entre deux points de suture, la cicatrisation n'en aura pas moins lieu, si le contact

des lèvres de la plaie peut être maintenu. C'est qu'une solution de continuité touchée en passant par l'une de ces matières n'en est pas pour cela beaucoup moins susceptible du travail d'agglutination. Les matières stercorales amènent des conditions tout opposées. Il suffit qu'il s'engage la moindre parcelle entre les bords de la plaie ou des lambeaux, pour éteindre toute tendance à l'adhésion et pour que les surfaces qui en ont été touchées courent risques de se mortifier. Les diverses sortes de sutures trouveront toujours là une cause puissante d'insuccès.

Une fistule en général, et une fistule stercorale en particulier, existe rarement pendant quelques mois sans devenir calleuse. Son contour se transforme en tissu dur, inodulaire, et finit par ressembler à une sorte d'anneau inorganique peu favorable à la cicatrisation, soit par première, soit par deuxième intention. Un lambeau de tissu souple qu'on emprunte ailleurs, ne trouvant point d'analogie de structure dans une ouverture pareille, ne s'y colle pas. Pour en maintenir les côtés en contact, la suture est obligée d'exercer des tractions trop fortes et trop soutenues pour ne pas couper bientôt un tissu aussi compact et aussi *seccable*. Enfin, il est presque impossible, par les procédés ordinaires, que, du côté de l'intestin, le rapprochement soit assez exact pour mettre souvent à l'abri de toute infiltration de matières stercorales. J'en étais là de ces difficultés, lorsque vint à la Charité un jeune homme que M. *Auzoux* m'avait adressé de la Normandie. Ce garçon était à peu près dans les mêmes conditions que le jeune *Castin* (obs. VIII). Avant d'en venir, chez lui, à l'autoplastie d'aucune espèce, je conçus le projet de tenter la suture simple par le procédé de M. *Raybard*, c'est à dire de comprendre dans les anses de fil une plaque de caoutchouc ou de bois souple placée dans l'intestin, derrière la plaie, pour empêcher toute communication de l'intérieur avec l'extérieur, ou bien de relâcher les parois abdominales par deux incisions latérales,

afin de rendre les efforts de la suture simple moins pénibles pour les bords de la fistule. Je commençai par ce dernier procédé, me promettant bien de recourir promptement à l'autre en cas d'insuccès.

L'opération fut pratiquée le 15 novembre 1855. Le célèbre docteur *Mott*, de *New-York*, voulut bien me servir d'aide. Je renfermai toute la fistule dans une ellipse pour l'exciser par une double incision en demi-lune, mais obliquement des côtés vers le centre et de manière à ne pas y comprendre l'intestin, ou au moins sa membrane muqueuse. Je passai ensuite quatre points de suture à deux lignes l'un de l'autre, en ayant soin aussi que leur partie moyenne n'allât point jusque dans la cavité abdominale ou dans celle de l'intestin. C'est alors qu'une incision longue de deux pouces et demi, comprenant la peau, la couche sous-cutanée et l'aponévrose du grand oblique, fut faite de chaque côté à douze ou quinze lignes en dehors de la plaie. Tout étant lavé et bien abstergé, je nouai les fils et plaçai un cylindre de charpie dans les plaies latérales pour en écarter les bords avant d'appliquer l'appareil contentif. Voici les détails de cette observation (1).

Obs. IX. — *Martin Hilaire*, âgé de vingt-sept ans, charretier, né dans un petit village du département de l'Eure, avait, jusqu'à son entrée à l'hôpital de la Charité, le 3 octobre 1855, habité la campagne, et n'était venu à Paris que pour se faire traiter de l'infirmité qu'il présente actuellement.

Ce jeune homme est d'une bonne constitution, il n'a jamais eu de graves maladies, ni d'affection syphilitique.

Il présenta, dès son enfance, un vice de conformation assez remarquable : les testicules ne descendaient ni l'un ni l'autre dans le scrotum : le gauche n'y parut que vers douze à quinze ans; le droit descendit il y a environ quatre

(1) Observation recueillie par M. Demange.

ans, et sembla entraîner avec lui une portion d'intestin. Cet accident occasionna du gonflement dans l'aîne, des coliques, des vomissements, de la constipation. On parvint, au moyen du taxis, à réduire la hernie qui s'était formée. Les selles redevinrent faciles; les vomissements cessèrent : mais il resta un peu d'inflammation : on appliqua des sangsues. Quelque temps après, l'inflammation étant devenue plus vive, la peau rougit, s'amincit, et livra passage à des matières alimentaires. Le malade dit qu'il se forma ensuite d'autres ouvertures près de la première; qu'elles se fermèrent dans un assez court espace de temps, tandis que la principale ne se referma jamais.

Les garderobes ont toujours été possibles. Elles avaient lieu le plus souvent tous les jours; quelquefois, cependant, il n'y en avait pas pendant quatre ou cinq jours, puis elles revenaient ensuite comme de coutume.

Depuis le moment de la perforation, on ne sait pas ce qu'est devenu le testicule. Il paraît qu'il avait contracté des adhérences avec l'anse intestinale, et qu'au moment de la réduction, il aura été entraîné dans l'abdomen : de là, les tiraillements que le malade éprouvait de temps en temps. On pense que la portion d'intestin qui est ouverte, est le gros intestin. Si c'eût été l'intestin grêle, dans un point de sa longueur, il y eût eu amaigrissement du malade; mais ici cela n'a pas eu lieu. La nutrition semble s'être toujours bien faite, et jamais il n'est sorti d'aliments par la plaie, si ce n'est que bien décomposés, et longtemps après le repas. La fistule se voit au dessus du ligament de Fallope, dans la région iliaque, vis à vis de l'orifice supérieur du canal inguinal.

Quand on y introduit le doigt, on sent une large cavité. Les lavements font refluer les matières stercorales par la plaie; ce qui porte à croire que le cœcum est le siège de la perforation. L'intestin perforé d'une manière à peu près circulaire, est maintenu en place auprès de

la plaie, par les adhérences qu'a amenées l'inflammation.

Voici l'opération qui a été pratiquée : 15 novembre. On a d'abord avivé les deux bords de la plaie, en les taillant en biseau aux dépens de la surface externe, et en ménageant la couche profonde à laquelle adhère l'intestin perforé. On passa ensuite aux deux extrémités de l'ellipse formée sur la plaie, deux fils, puis un troisième, puis un quatrième au milieu : l'on réunit ainsi les deux bords. Ces quatre fils étaient le plus possible rapprochés de la partie profonde, afin d'en favoriser l'adhérence. Afin que les bords de la plaie ne fussent pas trop tirillés, on fit deux incisions semi-elliptiques regardant la plaie par leur concavité, l'une à droite, l'autre à gauche.

On établit par dessus le pansement une compression très légère, afin de ne pas laisser stagner les matières fécales derrière ; le malade ne prit que très peu d'aliments.

Le 16, le malade éprouva quelques coliques assez vives, mais qui durèrent peu : il dormit quelques heures, et eut un peu de fièvre. Il y eut quelques envies de vomir. (Sirop de morphine ; deux pilules d'extrait thébaïque.)

Le 18, les coliques ont recommencé ; le 17, dans la journée, les matières s'étaient tellement accumulées au dessus qu'elles forcèrent à couper les fils.

L'opération semblait donc avoir échoué ; on lava les bords de la plaie, on recommanda bien au malade de les tenir le plus proprement possible, et on le tint à un régime fortifiant, mais peu abondant.

Le 23. Jusqu'à ce jour, rien de notable ; les matières coulent moins abondamment. Le malade mange le quart d'aliments. Les deux incisions latérales étant écartées font que, malgré la rupture des fils, les bords de la plaie se tiennent rapprochés et accolés.

8 décembre. Le malade reprend desfor ces de jour en jour ; les matières sont quelquefois deux jours sans passer par la plaie : les selles ont lieu assez régulièrement. Il

prend quelques lavements ; on remarque qu'ils ne produisent plus sur la plaie le même effet qu'avant l'opération.

Le 21, les plaies latérales sont complètement cicatrisées ; il s'est établi en haut et en bas une inflammation adhésive qui diminue de beaucoup l'ouverture.

30 décembre. La plaie ne donne plus passage qu'à une très petite quantité de matière purulente.

4 janvier 1836. Les matières ne sortent plus du tout ; le malade va facilement à la selle ; mais on lui donne des lavements, afin d'éviter l'accumulation des matières et les efforts pour aller à la garde-robe.

Le malade est dans un état tout à fait satisfaisant ; il se lève depuis quelques jours, mange les trois quarts, et n'éprouve aucune douleur à la place de l'ouverture, ni aucunes coliques.

On le conserve encore pendant quelque temps à l'hôpital, afin de bien s'assurer de la guérison. Comme rien ne semble devoir donner lieu à aucune crainte, que le malade marche avec facilité, et ne souffre pas du tout, on le renvoie le 8 février. On lui recommande de porter un bandage peu serré, et de ne point faire d'efforts.

Le 20 juin, j'ai revu le malade. Sa cicatrice est très solide et n'a pas varié un seul instant.

On se fait à peine une idée du relâchement que procurent les incisions latérales en semblables circonstances. C'est à tel point que les lèvres avivées de la fistule se mettent dès lors presque d'elles-mêmes en contact. La suture n'a plus besoin d'être serrée que très modérément. Le boursoufflement des tissus musculaire et cellulaire fait que ces incisions, qui ne tendent point à se resserrer avant le quinzième ou le vingtième jour, donnent ainsi à la fistule le temps de se fermer librement ; mais il faut qu'elles soient longues et profondes pour atteindre ce double but.

Avivée, comme je l'ai dit, la fistule est transformée en une sorte de cuvette dont le fond est sensiblement moins

large que l'entrée. Il en résulte qu'on n'en met point la portion cutanée en contact sans forcer sa portion intestinale à se fermer complètement. Les fils ne pénétrant pas jusque dans l'intestin, font, d'un autre côté, que les humidités intestinales n'ont aucune raison d'en suivre le trajet. Du reste, il est probable que, loin de comprimer le ventre et les plaies comme je l'ai fait, il vaudrait mieux les laisser absolument libres. Une diète rigoureuse, le repos et un lavement laxatif chaque soir, pendant les huit premiers jours, conviendraient certainement davantage. Je suis porté à croire que les accidents survenus le troisième jour n'auraient point eu lieu si j'avais eu égard à ces indications.

De quelque manière qu'on l'envisage, ce résultat, le premier de ce genre, je crois, qu'on ait obtenu, me semble de nature à mériter l'attention des praticiens en formant le point de départ d'une méthode opératoire plus efficace, si je ne me trompe, que celles qui ont été mises en pratique jusqu'ici en pareille circonstance.

H. Bastard

FIN.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS CE VOLUME.

Avant-propos	v
GÉNÉRALITÉS SUR LA CHIRURGIE CLINIQUE	1
ART. PREMIER. — DES OPHTHALMIES	68
Considérations générales	<i>Ib.</i>
BLÉPHARITES	71
I. Blépharite muqueuse	73
II. — glanduleuse	75
III. — diphtéritique ou couenneuse	76
IV. — granuleuse	77
V. — ciliaire	79
VI. — purulente	81
Traitement de la blépharite muqueuse	85
— — glanduleuse	87
— — diphtéritique ou couenneuse	90
— — granuleuse	<i>Ib.</i>
— — ciliaire	92
— — purulente	93
INFLAMMATIONS DU GLOBE DE L'OEIL	96
§ I. CONJONCTIVITES OCULAIRES	101
1. Conjonctivite simple	102
2. — avec chémosis	103
3. — partielle	105
4. — papuleuse	106
5. — granuleuse	107
Traitement des conjonctivites	108
1. — de la conjonctivite simple ou diffuse	109
2. — du chémosis inflammatoire	111