

Quand l'intestin présente ces caractères de gangrène, détruire les adhérences de l'intestin et le réintroduire dans l'abdomen, ce serait exposer le malade à une mort prompte, soit par suite d'un épanchement de matières fécales dans la cavité de l'abdomen, soit par suite de la continuation des accidens de l'étranglement. Voici donc quel est en pareil cas le principe d'après lequel on doit agir, principe applicable à la presque totalité des cas de gangrène. Après s'être assuré que l'intestin ne doit pas être réduit, il faut diviser l'étranglement avec les plus grandes précautions, sans détruire au-delà de ce qui est rigoureusement nécessaire, les adhérences que l'intestin a

contractées avec l'orifice. On peut objecter contre le débridement en pareil cas, qu'il expose à détruire les adhérences que l'intestin a contractées avec le collet du sac; mais d'un autre côté, l'omission de cette pratique exposerait à ce que le resserrement sur lequel on doit débrider, ne fasse obstacle au passage des matières fécales, et ne détermine la gangrène de toute la portion d'intestin herniée, tandis qu'un débridement opportun permet à une portion considérable d'intestin de reprendre ses fonctions. Ainsi donc, pour prévenir l'extension de la gangrène, et pour donner un libre passage aux matières, je recommande le débridement dans le cas de gangrène (1).

brune foncée, tandis que ses parois se déchirent facilement par une légère pression; l'autre dans lequel, aucun épanchement de sang ne s'étant fait entre les tuniques, la portion sphacelée prend une teinte verdâtre ou cendrée, circonscrite souvent par une ligne de séparation manifeste.

A. K.

(1) La pratique qui consiste à débrider l'étranglement dans le cas de la gangrène de l'intestin, a été représentée par quelques écrivains, comme étant non seulement inutile, mais même dangereuse, en ce que suivant eux, elle expose à rompre les adhérences de l'intestin et à déterminer par-là un épanchement de matières fécales. M. Travers s'exprime ainsi : « le but d'un débridement quand l'intestin est gangréne me paraît inintelligible; en effet, tout étranglement a cessé, par le seul fait du collapsus de l'intestin comprimé, et le débridement à cette époque est aussi inutile au malade qu'à la partie étranglée elle-même. La nature a devancé le chirurgien, et, impuissante à dilater l'étranglement, elle s'est pliée aux circonstances, comme cela a lieu si fréquemment, et elle a atteint par d'autres voies le but de l'opération. L'intestin a été délivré au dépens de sa vitalité. » *Travers, Inquiries*, p. 300.

M. Lawrence s'élève comme M. Travers contre cette pratique : « Le débridement, dit-il, simplement inutile eu égard à l'étranglement, est tout à fait nuisible, parce qu'on ne peut agir ainsi sans détruire les adhérences dans une étendue plus ou moins grande.

Si on laissait subsister l'étranglement dans tous les cas où l'intestin est gangréne, je crois que quelquefois on manquerait le but de l'opération, à savoir l'évacuation de l'intestin, lequel est dans un état d'engouement. Certainement l'expérience nous enseigne qu'une simple incision faite à l'intestin suffit souvent pour arriver à ce résultat, et pour fournir une issue facile aux matières fécales qui s'accumulent dans la portion de l'intestin qui est contenue dans le ventre; mais quelquefois l'orifice de l'étranglement est tellement étroit, qu'il fait obstacle à la libre sortie des matières; dans ce cas, l'inflammation de l'intestin est entretenue par son état d'engouement fécal, et par les moyens qu'emploie le chirurgien pour donner issue aux matières qui s'y sont accumulées.

Le cas suivant démontre la nécessité de pourvoir pendant l'opération, à ce qu'une libre ouverture soit ménagée pour l'issue des matières dans le lieu où l'intestin est étranglé. Dans ce cas, en effet, bien que le débridement eût été fait dans une certaine étendue, le chirurgien fut obligé plus tard de revenir à de nouveaux débridemens.

Observation communiquée par le docteur Lush. — On apporta de Woolwich à l'hôpital St-Thomas, un homme atteint de hernie inguinale étranglée. Après plusieurs tentatives de réduction faites sans succès, on se décida à l'opération. Les enveloppes de la tumeur étaient minces, ce qui annonçait une hernie récente; le sac était formé par la tunique vaginale; aussitôt qu'il fut ouvert, on vit des matières fécales s'échapper de l'intestin, par une ouverture ayant environ un pouce d'étendue; l'intestin était manifestement gangréne, et une partie de son cylindre s'était détachée avec la portion d'épiploon qui y adhérait. L'étranglement qui était formé par les deux anneaux à la fois, et qui était très-serré, fut divisé incomplètement à la partie supérieure, de manière à permettre d'introduire l'extrémité du doigt dans l'intestin. Quelques jours après, le reste de l'escharre se détacha, et le doigt put être introduit facilement dans le bout supérieur et dans le bout inférieur. Le lendemain, une petite quantité de matière fécale fut rendue par la plaie. Deux jours ensuite, l'opérateur ne trouvant pas l'ouverture suffisamment large pour la sortie des matières, prolongea le débridement. A partir de ce moment, le malade tomba dans l'épuisement, et mourut à huit heures, cinq jours après ce nouveau débridement.

Autopsie. — Les intestins étaient enflammés dans plusieurs points, et adhérens entre eux par leurs circonvolutions. L'intestin étranglé était filéon, à dix-huit pouces de sa réunion avec le cecum; les deux bouts de l'intestin étaient entre eux dans des rapports convenables, mais le bout inférieur avait été totalement détaché de l'orifice du sac. La portion supérieure n'en était détachée qu'en partie. Le bout d'intestin, situé au-dessus de l'étranglement, était considérablement distendu, tandis que le bout inférieur était revenu sur lui-même. Le testicule était profondément altéré dans son tissu.

On s'exagère, à mon avis, le danger de détruire les adhérences au moment de l'opération; on peut en effet, introduire entre l'intestin et l'étranglement une sonde cannelée, sans détruire les adhérences dans

L'opérateur doit alors inciser largement dans toute l'étendue de la portion gangréne de l'intestin, et faire ses efforts pour évacuer ce qui se trouve contenu, non-seulement dans la portion d'intestin gangréne, mais encore dans celle qui est située au-dessus de l'étranglement. Négliger ce précepte important, ce serait compromettre le succès de l'opération.

En effet, si l'on n'ouvrait pas la portion d'intestin gangréne, le malade pourrait succomber avant l'achèvement du travail d'élimination de la partie gangréne, travail pour lequel ses forces peuvent être insuffisantes.

Pour déterminer, s'il convient de réduire l'intestin, à l'orifice du sac, il faut avoir égard à l'étendue des adhérences qu'il a contractées; pour ma part, voici quels sont les principes que j'ai adoptés à ce sujet :

1° L'intestin ne présente-t-il qu'une petite escharre, et ses adhérences sont-elles faibles et peu étendues, je le replace dans l'abdomen, à l'exception de la partie gangréne, que je laisse à la partie supérieure du sac. Dans ce temps de l'opération, on verra facilement, combien il est avantageux de ne pas prolonger l'incision des tégumens très-haut. La partie gangréne doit être placée de manière à ce qu'elle soit protégée par une portion de tégumens qui n'ait pas été divisée, circonstance qui diminue beaucoup les chances d'un anus contre nature. Les tégumens favorisent l'adhérence de l'intestin avec les parties environnantes; aussi voit-on cesser l'écoulement des matières fécales, d'autant plus promptement que l'ouverture intestinale est moins à découvert.

2° Si, au contraire, les adhérences de l'intestin avec le sac sont très-étendues, et si la gangrène comprend une portion assez considérable du tube intestinal, la destruction des adhérences et la rentrée de l'intestin pourraient être suivies d'un épanchement dans l'abdomen.

Les adhérences sont le résultat d'un travail de guérison; elles forment autour de la partie sphacelée, une barrière, qui s'oppose à l'épanchement des matières fécales, après la chute de l'escharre. Aussi, doit-on en pareille circonstance, laisser l'intestin dans le sac, après y avoir fait une large incision.

La suite du traitement consiste dans l'usage des fomentations et des cataplasmes. Seulement, on ne doit point recourir à la suture, mais on doit même faire tous ses efforts, pour faciliter l'issue des matières hors de l'intestin. Le repos et la position horizontale sont indispensables. En effet, tout le succès de l'opération dépend de l'établissement des adhérences entre l'intestin et l'orifice du sac. On doit donc éviter, avec le plus grand soin, toute cause de déplacement de l'intestin, déplacement qui s'effectuait avec facilité, et qui entraînerait

un épanchement dans l'abdomen. Les mouvemens peuvent avoir aussi pour effet, la descente de l'intestin, accident qui rend très-difficile la guérison de l'anus contre nature.

Observation 226. — Anne Tenant, âgée de 34 ans, fut renvoyée à l'hôpital Saint-Thomas, le 27 mai 1801, par MM. Browne et Bungey, de Rotherhithe. Elle présentait les symptômes d'une hernie étranglée, et fut placée aussitôt dans le service de M. Chandier. L'aîne gauche était le siège d'une inflammation érysipélateuse, et d'une petite tumeur, située au côté externe de la tubérosité du pubis et immédiatement au-dessus de l'arcade crurale. Une constipation absolue et des vomissemens fréquens ne laissèrent pas de doute sur l'existence d'une hernie crurale étranglée. Les symptômes d'étranglement dataient du 13. Les forces de la malade étaient profondément altérées, et elle nous apprit qu'elle était enceinte de trois mois. Je fus appelé près d'elle à une heure vingt minutes, le jour même de son entrée. M. Chandier étant absent, j'opérai de la manière suivante. L'opération fut faite à trois heures moins dix minutes.

Je fis sur la tumeur une incision en T renversé J; mais à peine les tégumens étaient-ils divisés, que le sac et ses tuniques apparurent dans un état de gangrène tel, que l'usage du bistouri était devenu inutile, et qu'il fut facile de les ouvrir par déchirure avec le seul secours des doigts. L'intestin se présenta alors dans un état de gangrène complète. Je débridai l'étranglement, en dirigeant le bistouri vers l'ombilic, c'est-à-dire, en haut et en dedans, et plaçant un bassin au-dessous de l'intestin, j'y fis une incision d'un pouce et demi de long, à travers laquelle s'échappèrent, non-seulement les matières contenues dans la partie de l'intestin qui formait la hernie, mais même celles que contenait la portion d'intestin renfermée dans l'abdomen. On appliqua un cataplasme, et la malade fut replacée dans son lit.

Immédiatement après l'opération, le pouls était à 48; en deux heures, il s'éleva à 70. Au bout de ce temps, les nausées disparurent, et la malade cessa de se plaindre de la douleur épigastrique. Le soir, à huit heures, le pouls était plein et à 100 pulsations. Il se fit une évacuation abondante à travers la plaie de l'intestin; la tension de l'abdomen avait cessé, et la malade était très-disposée au sommeil.

Le 13, vers minuit, la douleur du creux de l'estomac s'était fait sentir de nouveau; il y avait eu vomissement et hoquet. La douleur et la tension de l'abdomen avaient reparu, le pouls était à 105 et irrégulier. La malade rendait des gaz par la bouche. La peau qui environnait la tumeur était faiblement enflammée.

Le 19, le pouls était à 100; les vomissemens

une grande étendue, et quand elles ne sont que légèrement décollées, on n'est pas plus exposé aux dangers d'un épanchement fécal que dans les cas où l'intestin, après avoir été ouvert, est réduit à l'orifice du sac pratique que l'expérience autorise pleinement.

A. K.

et les nausées avaient diminué, ainsi que l'inflammation de la plaie.

Le 20, pouls encore irrégulier, face naturelle, cessation complète du vomissement et du hoquet, sommeil de cinq heures dans la nuit dernière. Issue facile et abondante des matières fécales à travers la plaie.

Le 21, même état: l'alimentation avait consisté jusque là en eau de gruau, thé et rotie; mais sur l'avis de M. Chandler, on accorda du vin, des gelées, des puddings, etc.

Le 22, l'escharre de l'intestin se détachait.

Le 23, l'escharre de l'intestin tomba, et laissa une plaie nette.

Le 25, la malade rendit des vents par l'anus. Vers trois heures du matin, elle ressentit au creux de l'estomac une vive douleur qui cessa au bout de quelques heures.

Le 26, elle rendit par l'anus des matières dures.

Le 28, la malade eut une seconde selle de matière solide. La sortie des matières à travers l'anus anormal était encore abondante. Le pouls était régulier et à 70.

Le 29, elle eut une évacuation de matières solides par l'anus; elle en eut une autre le 1^{er} juin, et une cinquième le 2.

Le 3 juin, pendant la nuit, elle avait senti, à l'ombilic, une vive douleur, qui fut suivie d'une évacuation abondante à travers la plaie.

Le 4, selle par le rectum.

Le 7, diminution de la plaie; mais persistance d'évacuations abondantes par l'anus anormal; administration d'opium qui arrêta ces évacuations.

Le 11, dans la soirée, elle eut une selle abondante par le rectum; une autre le 15 et le 18. Depuis le 18, on avait accordé à la malade la ration ordinaire de l'hôpital.

Le 20, la plaie de l'aîne était considérablement diminuée.

Le 21, la malade porta un bandage pendant trois heures; mais la pression en était douloureuse; il fut enlevé pour être réappliqué après qu'on aurait fait diminuer la force du ressort.

Le 26, la malade fut habillée, et resta assise sur le bord de son lit. Depuis le 23, elle n'avait plus eu d'évacuations à travers l'anus accidentel; mais comme elle ne pouvait supporter le bandage, bien qu'il eût été affaibli, on se contenta d'appliquer sur la plaie un gâteau de charpie soutenu par une longue bande.

Depuis ce moment, les selles reprirent leur cours naturel; mais il y eut parfois, à travers la plaie, des évacuations fécales, qui causaient de l'irritation à la peau environnante, et qui nécessitèrent l'ablution fréquente des parties avec une solution de terre de Fuller (*Fuller's earth*.)

La malade sortit de l'hôpital le 14 juillet 1808. Quelques jours après, elle appliqua le bandage. La plaie acheva de se cicatiser, trois semaines après sa sortie, et cette cicatrisation a été définitive.

Le 23 octobre 1808, elle mit au monde un enfant à terme, mort né, et qui présentait

une déformation très-prononcée des membres inférieurs.

Cinq semaines environ après la délivrance, elle redevint grosse et fit une fausse couche un mois après. Depuis ce temps, elle a continué à être bien sous tous les rapports; elle ne prend son bandage que quand elle doit s'exposer à plus de fatigue qu'à l'ordinaire.

M. Dalrymple m'a communiqué le cas suivant de gangrène de l'intestin, dans lequel il avait maintenu ce dernier aux lèvres de la plaie, au moyen d'une ligature; le malade guérit avec un anus contre nature. Les détails de l'observation ont été recueillis par M. Utting, de Stratton.

Observation 227. — « Thomas Tibenham, marié, âgé de 40 ans, d'une constitution délicate et frêle, et cependant actif, et jouissant habituellement d'une bonne santé, portait depuis long-temps, à l'aîne droite, une tumeur, dont il ne se rappelait pas la première apparition; elle devenait de temps en temps douloureuse, sans cause appréciable, et depuis quelque temps, la douleur reparaisait plus fréquemment. Enfin, le 19 août 1810, je fus appelé près de lui, et je le trouvai pris de vomissemens; la tumeur était dure, douloureuse, et, en outre, la douleur s'étendait à tout l'abdomen. Le malade n'avait point eu de selle depuis dix-huit heures. J'essayai le taxis, je fis une large saignée, je prescrivis des purgatifs et des lavemens, mais sans effet. Le matin, les symptômes s'étaient aggravés, mais ils ne marchaient pas avec beaucoup de rapidité. Je prescrivis un lavement de tabac, qui termina une syncope; mais bien qu'un tel état semblât très-favorable au succès des tentatives de réduction, elles n'obtinrent pas plus de succès qu'auparavant. Voyant que les symptômes allaient en s'aggravant, je prescrivis l'application du froid, d'après la méthode de M. Cooper, et je fis appeler M. Dalrymple, qui pratiqua l'opération, le 21 août.

La hernie était congénitale. Quant à l'état de l'intestin, il est inutile de le décrire, je me contenterai de faire les remarques suivantes: Les selles naturelles ont toujours été difficiles, et n'ont même été amenées que par l'usage des lavemens: telle est la lenteur avec laquelle cheminent les matières vers le rectum, qu'il s'écoule souvent dix ou douze jours, avant qu'elles ne se soient accumulées en quantité suffisante, pour que leur expulsion soit provoquée, et, encore, les lavemens sont-ils toujours d'un secours indispensable. Les matières expulsées ainsi, présentent le volume et la forme du rectum, comme si elles y avaient été moulées, tandis que l'anus contre nature laisse échapper des matières chaque jour, et même chaque heure, mais d'une manière très-irrégulière, puisque tantôt la défécation n'est pas plus fréquente chez lui que chez les autres hommes, et tantôt il est atteint d'une diarrhée, en quelque sorte continue, qui ne peut être modérée que par l'opium et le repos absolu.

Pour activer le travail de cicatrisation, j'ai souvent ravivé les lèvres de la plaie avec une lancette, et appliqué un bandage pour prévenir la sortie des matières, mais sans aucun résultat favorable. J'ai revu ce malade aujourd'hui, 20 janvier 1817; la plaie est froncée comme une bourse, présente des bords rugueux, irréguliers, et offre une ressemblance grossière avec la marge de l'anus; la peau, dans tout son pourtour, est enflammée, parsemée d'ulcérations érysipélateuses, dont on ne prévient l'augmentation en profondeur, que par les soins de propreté, et des frictions avec de l'axonge ou de la graisse de mouton. Le malade est obligé de s'interdire tout aliment liquide dans l'après-midi; il déjeune avec du riz bouilli, des pois bouillis, ou du pain, qui, suivant son expression, forment à la plaie comme une espèce de tampon, au moyen duquel il peut retenir, à son dîner, une demi-pinte de bière ou d'eau, jamais davantage. Sans cette précaution, les liquides sortent par la plaie presque aussitôt après leur ingestion. L'été dernier, trois mois se sont écoulés sans qu'il eût de selles par l'anus; et il commençait à espérer qu'il n'aurait plus besoin de recourir aux lavemens, quand tout-à-coup éprouvant le besoin d'aller à la selle, il se livra à des efforts qui déterminèrent une sueur abondante; enfin, avec l'aide d'un lavement, il rendit une quantité considérable de matières. Malgré cet état continu de souffrance, il se livre, pendant plusieurs heures chaque jour, à un travail très-fatigant. L'amaigrissement n'a pas fait de grands progrès, quoique son moral soit très-abattu.

Ce malade a vécu cinq ans, et est mort d'épuisement.

Les résultats comparatifs des opérations dans lesquelles l'intestin a été réduit sans être ouvert, et de celles dans lesquelles l'intestin a été ouvert et débarrassé des matières fécales qu'il contenait, pourront être appréciés à la lecture des observations suivantes, recueillies dans la pratique de M. Borrett, de Yarmouth.

Observation 228. — « Madame Rice, de Bradwell, à laquelle M. J. Smith, de Gorleston, donnait des soins, avait une hernie crurale étranglée, qui fut opérée le 8 août 1808. L'intestin était très-altéré dans sa couleur, et dans un état tel, qu'on ne crut pas devoir le faire rentrer dans l'abdomen; il fut maintenu à l'ouverture de la plaie, au moyen d'un fil passé dans le mésentère, et on établit un anus contre nature. Les symptômes d'étranglement cessèrent. Mais le troisième jour de l'opération, la malade fut prise de vomissemens, et rendit des matières fécales; ces vomissemens persistèrent jusqu'au quatorzième jour, où elle succomba dans un état d'épuisement.

La pratique, qui consiste à ouvrir l'intestin sphacélé, ne m'était pas encore connue, et ce n'est, je pense, que plus tard, qu'elle a été décrite et recommandée par sir A. Cooper.

Observation 229. — « Richard Bygrave, sel-

lier, succomba à une hernie congénitale, qui était restée étranglée pendant seize heures. Je l'opérai le 12 octobre 1818. L'intestin avait un mauvais aspect, et offrait une couleur noirâtre; comme en la comprimant, on déterminait des vomissemens, il fut décidé, d'après l'avis des médecins présens, qu'il y avait lieu à réduire aussi bien que dans les cas où l'étranglement est peu ancien. L'intestin fut donc réduit. Les vomissemens continuèrent, et le malade mourut vingt-quatre heures après l'opération. Le souvenir du cas précédent me portait fortement à penser que si, dans le cas actuel, l'intestin eût été ouvert, le malade aurait pu guérir. Cet homme était d'une bonne constitution; quatre ans auparavant, il avait été soumis à l'opération de la cataracte, et avait recouvré la vue.

Observation 230. — « La malade, qui fait le sujet de cette observation, a été opérée par moi, en 1820. L'intestin était noir et sphacélé; je l'ouvris d'après le précepte de Sir A. Cooper, et la malade guérit. L'anus contre nature s'oblitéra, en grande partie, dans l'espace d'une année, et les matières commencèrent à reprendre leur cours naturel. Par la pression exercée, au moyen d'un bandage doux et bien appliqué, les matières passèrent en totalité par le rectum, et l'anus anormal se cicatrisa.

Observation 231. — « Elizabeth Juby, âgée de 51 ans, avait une hernie crurale étranglée, pour laquelle je l'opérai le 23 mars 1825. L'iléum était complètement sphacélé dans toute son épaisseur, et pendant l'opération il se déchira dans un point; je l'ouvris dans toute l'étendue de la partie malade.

Les matières fécales ne tardèrent pas à prendre leur cours à travers la plaie; la malade se rétablit jusqu'à un certain point; mais l'état de ses forces ne lui permettait aucun mouvement, car les alimens arrivaient à l'anus anormal avec une rapidité telle, qu'ils ne pouvaient la nourrir. On peut dire qu'elle mourut de faim, cinq mois après l'opération, et sa mort peut être attribuée à ce que l'iléum était compris dans la hernie.

Il n'y a qu'une circonstance, qui pourrait m'engager à m'éloigner de la pratique qui vient d'être conseillée, c'est lorsque la portion sphacélée est très-petite et située au centre d'un tissu parfaitement sain. En pareil cas, je réduirais l'intestin à l'orifice du sac, j'appliquerais celui-ci sur la partie gangrenée, dans l'espoir que des adhérences s'établiraient entre le sac et l'intestin, et que l'escharre serait éliminée par l'intérieur du canal intestinal. Il serait alors possible d'éviter la formation d'un anus contre nature. Mais les circonstances, qui comporteraient un pareil mode de traitement, doivent nécessairement être fort rares. Pendant un temps, j'ai recommandé de passer une ligature à travers le mésentère, pour retenir l'intestin à l'orifice du sac; mais cette précaution n'est pas nécessaire, car, même en l'absence de toute ligature, l'intes-

tin conserve sa position et contracte promptement des adhérences.

J'ai aussi pratiqué la suture des intestins et je l'ai recommandée, en m'appuyant sur le résultat des expériences suivantes.

D'après ces expériences, autant qu'elles peuvent servir de base à un jugement, la suture de l'intestin paraît efficace et sans danger. En effet, j'ai pu, avec succès, faire une plaie à l'intestin, et en réunir les bords par la suture. C'est dans le but de présenter des cicatrifications de l'intestin, dans mes leçons sur les plaies intestinales, que j'ai entrepris les expériences suivantes, avec l'aide de M. Phillips.

Première expérience. — L'abdomen d'un chien ayant été ouvert, on fit une division transversale à l'intestin grêle. On introduisit dans cet intestin un cylindre creux en colle de poisson, sur lequel on fit trois points de suture, l'un à l'endroit où l'intestin se trouve en contact avec le mésentère, et les deux autres correspondant aux deux faces de l'intestin. Au bout de trois jours, les selles étaient régulières. Seize jours après, l'animal fut tué, et l'on put montrer aux élèves la portion d'intestin cicatrisée.

Deuxième expérience. — Il sembla que, dans l'expérience précédente, l'animal n'avait retiré aucun avantage de l'emploi du cylindre de colle de poisson, car il avait été affaibli et oblitéré par la contraction de l'intestin. Je renouvelai donc cette opération sur un autre chien. Je fis également trois points de suture, mais sans placer aucun cylindre de colle de poisson. Le second jour, l'animal prit de la nourriture; le troisième, il paraissait gai; et le cinquième, je retirai les ligatures. L'expérience n'entraîna aucune suite fâcheuse.

Dans ces deux expériences, l'intestin a été replacé dans l'abdomen et laissé en face de la plaie, les ligatures pendant au-dehors; mais M. Thompson, professeur à Edinbourg, a fait ces expériences d'une autre manière, et les résultats qu'il a obtenus, méritent toute attention. Voici ces expériences.

Troisième expérience. — Aidé de MM. Farre et Johns, il a divisé l'intestin d'un chien. Les bords de la plaie furent réunis d'abord par une suture entrecoupée, régissant tout autour du cylindre intestinal, et ensuite quatre autres points de suture furent placés à peu près à égale distance les uns des autres. Les ligatures étant coupées au niveau de l'intestin, celui-ci fut replacé dans l'abdomen, et on réunifia par suture la plaie des parois abdominales. Il n'y eut ni tension, ni gonflement du ventre; le chien fut sacrifié au bout de dix jours. À l'ouverture de l'abdomen, on trouva une portion d'intestin épaissie, et plus vasculaire que d'habitude, adhérent aux parois abdominales dans le point correspondant à la plaie. Lorsqu'elle fut incisée, on put voir distinctement à l'intérieur, mais non sur la surface extérieure, la trace de la division faite à l'intestin. Trois des ligatures avaient disparu; mais il était facile de distinguer à la surface interne l'épaissie de la plaie, le lieu de leur applica-

tion. Deux des fils de ces ligatures adhérent encore aux bords de la plaie. Agréablement surpris de voir que les ligatures avaient passé du dehors au-dedans de l'intestin, et qu'elles avaient été évacuées par les selles, il se proposa de répéter cette expérience et de laisser écouler un plus long espace de temps, afin d'en observer les résultats d'une manière plus complète.

Quatrième expérience. — L'expérience précédente fut répétée sur un chien adulte. Cinq points de suture furent appliqués sur l'intestin. L'animal fut sacrifié au bout de six semaines. À l'ouverture de l'abdomen, il fut impossible de trouver des traces de la plaie intestinale; mais après avoir enlevé un lambeau de l'intestin et l'avoir renversé, on trouva deux fils encore adhérents à sa surface interne, et on put alors apercevoir, comme dans le cas précédent, mais d'une manière moins distincte, les traces des points de suture.

Il résulte de ces expériences, que chez les animaux qui y ont été soumis, non-seulement les intestins divisés, mais même les ligatures qui y ont été appliquées peuvent être replacés dans la cavité de l'abdomen, et qu'on ne doit pas craindre que ces ligatures, en se détachant dans la cavité abdominale, y produisent les effets ordinaires des corps étrangers.

Les plaies longitudinales et les plaies transversales des intestins offrent une différence remarquable sous le rapport de la facilité avec laquelle elles se cicatrisent. Il vient d'être démontré que les plaies transversales guérissent rapidement. Il n'en est point ainsi des plaies longitudinales. Le docteur Thomson a fait les expériences suivantes, dont les résultats sont extrêmement intéressants.

Cinquième expérience. — Une incision d'un pouce et demi fut faite à l'intestin d'un chien, sur le côté opposé à l'insertion du mésentère, et parallèlement à ce dernier. Les lèvres de la plaie furent réunies par quatre points de sutures, qui furent coupés au niveau des nœuds, et l'intestin fut replacé dans le ventre. Le chien éprouva du malaise dans la soirée et dans la journée suivante; le ventre devint tendu; l'animal montra de l'aversion pour la nourriture, et il mourut en moins de quarante-huit heures. À l'ouverture de l'abdomen, on trouva des traces d'une violente péritonite. Le péritoine renfermait une quantité notable de liquide, dont une partie avait été fournie par l'exsudation de la surface enflammée, et une partie était constituée par les matières provenant de l'intestin. Les bords de la plaie étaient écartés. L'un des points de suture avait disparu, les trois autres existaient encore, mais chacun d'eux ne tenait qu'à une des lèvres de la plaie de l'intestin.

Sixième expérience. — M. Thompson répéta l'expérience précédente, et pour prévenir l'épanchement fécal, il réunifia au moyen d'un fil très-fin, les intervalles, qui existaient entre les points de suture. De même que dans le premier cas, l'animal qui faisait le sujet de l'expé-

rience, éprouva promptement du malaise et de la souffrance. Le ventre devint tendu, et il mourut en moins de 48 heures. On trouva les mêmes altérations que dans le cas précédent. Les lèvres de la plaie avaient été renversées par l'action des fibres circulaires, qui avaient également détruit, en déchirant les bords, et la suture continue et la suture entrecoupée.

Bien que cette expérience amène des désordres généraux plus graves que ceux qui succèdent à la suture de l'intestin, après une division transversale complète, elle n'amène pas toujours la mort de l'animal.

Septième expérience. — Le 14 janvier, je fis à l'intestin grêle d'un chien, une incision longitudinale d'un pouce et demi, et ayant réuni avec beaucoup de soin les lèvres de la plaie, par une suture entrecoupée, je coupai les ligatures au niveau de la surface de l'intestin et je replaçai celui-ci dans l'abdomen. Vingt-quatre heures après l'expérience, l'état de l'animal était assez fâcheux, pour qu'on pût concevoir des doutes très-fondés sur la possibilité de sa guérison. Mais au bout de 48 heures, il était beaucoup mieux, et put prendre de la nourriture. À partir de ce moment, son rétablissement fut rapide, il courait dans la maison et prenait tout ce qu'on lui offrait. L'ayant fait périr le septième jour, je trouvai à l'ouverture de l'abdomen, les intestins réunis entre eux au point de dérober complètement la ligature à la surface externe de l'intestin. Mais ayant ouvert celui-ci, je trouvai le fil étroitement adhérent aux lèvres de la plaie, et le nœud que j'avais fait à la surface externe avait passé à la surface interne de l'intestin. Aucune trace d'inflammation n'existait à la surface interne de l'intestin, et les vaisseaux lactés étaient remplis de chyle.

Quoique cet animal ait survécu à l'expérience, il a certainement couru de plus grands dangers, et a éprouvé plus de souffrances, que ceux à qui on a fait subir une division transversale complète de l'intestin. Il reste donc démontré que les plaies longitudinales exigent beaucoup plus de précautions pour être étroitement fermées que les transversales.

Les expériences suivantes ont été faites par M. Travers, dans le but de constater les effets d'une coaptation incomplète, dans les cas où l'intestin a été divisé transversalement dans toute son épaisseur.

Huitième expérience. — Ayant divisé l'intestin grêle d'un chien, qu'on avait soumis à l'abstinence depuis quelques heures, il passa une ligature très-fine, à travers les bords renversés de la plaie, dans le point opposé à l'insertion du mésentère. On replaça alors l'intestin dans l'abdomen, et on rapprocha les lèvres de la plaie extérieure. L'animal ne survécut que quelques heures, il y avait une vive inflammation du péritoine. Des adhérences s'étaient formées entre les anses intestinales, et la lymphe plastique était déposée par flocons au voisinage de la plaie de l'intestin. Celui-ci présentait deux larges ouvertures. Un liquide bilieux mé-

lé à quelques autres substances étrangères était épanché dans la cavité abdominale.

M. Travers, ayant remarqué que le retrait des bords de l'intestin favorisait l'épanchement des matières fécales dans l'abdomen, modifia l'expérience de la manière suivante.

Nouvième expérience. — Afin de multiplier les points de contact, il plaça trois points de suture, coupa les fils et réduisit l'intestin. L'animal refusa les aliments, et succomba dans l'après-midi du second jour. On trouva les mêmes traces d'inflammation que dans l'expérience précédente. L'épiploon enveloppait l'intestin au niveau de la plaie qu'il oblitèrait en partie, mais un des espaces compris entre les points de suture était resté libre, ce qui avait donné issue aux liquides contenus dans l'intestin. En soulevant avec précaution l'épiploon adhérent, on mit à découvert les autres points de suture. La rétraction y avait été considérable, comme dans le cas précédent, l'intervalle elliptique compris entre chacun d'eux était largement béant. Toutefois, près du bord adhérent de l'intestin, les lèvres de la division étaient en contact et adhéraient entr'elles.

Dixième expérience. — M. Travers a répété sur deux chiens l'expérience de John Bell, qui consiste à faire à l'intestin une incision transversale qui est réunie par un point de suture et maintenue à la plaie extérieure. Un des chiens mourut en 24 heures. Les traces de l'inflammation étaient très-marquées, et il s'était fait un épanchement de matières fécales. Le second chien mourut le quatrième jour. L'intestin était très-enflamé; les matières fécales, comme dans le cas précédent, se trouvaient dans l'abdomen, où s'était épanchée aussi l'eau que l'animal avait bu. Le gros intestin avait une apparence gangréneuse et se déchirait très-facilement. (Travers, *Inquiries*, p. 116.)

Ces expériences sont parfaitement concluantes contre la réunion incomplète des plaies de l'intestin, même chez les animaux; et l'application de ce principe à l'homme ne demande pas de commentaire.

Les expériences ci-dessus prouvent aussi que des points de suture peuvent être appliqués impunément sur le canal intestinal chez les animaux; elles montrent avec quelle facilité, comparativement à l'homme, ils supportent une interruption temporaire dans le cours des matières fécales.

Mes observations m'ont convaincu toutefois qu'une telle pratique n'est pas applicable à l'homme. Car, le danger qui résulte de la rétention des matières, quand des points de suture ont été appliqués, joint à l'incertitude de leur efficacité comme moyen d'union, fait plus que compenser les chances qu'on peut avoir, de prévenir par leur emploi la formation d'un anas contre nature. Je dois à M. Cheston, de Gloucester, l'observation suivante, où l'on a eu recours à la suture, et qui est un exemple de l'inutilité de ce moyen, aussi bien que du danger qui résulte de l'interruption apportée au cours des matières contenues dans l'intes-

tin. Cette même observation est propre à faire connaître un fait curieux, relatif à l'absorption intestinale.

Observation 232. — « En juillet 1794, je fus appelé auprès d'un jeune homme de 22 ans, qui, depuis 8 jours, avait une hernie étranglée à l'aîne droite. Pendant cinq jours, les accidents de l'étranglement avaient été assez modérés pour n'éveiller aucune alarme dans l'esprit du malade. Voici l'état dans lequel je le trouvai : état de nausées continuel ; ventre serré ; sensibilité extrême de la tumeur ; point d'évacuations depuis six jours. Sans aucun doute, le danger était pressant ; aussi j'insistai sur la nécessité de pratiquer l'opération sans aucun délai. M. Nayler, chirurgien, fut alors appelé. Il divisa le sac, qui ne contenait aucun liquide, et qui serrait étroitement une portion considérable de l'iléon. Le sac et l'intestin étaient dans un état de gangrène. Dans quelques tentatives pour séparer l'intestin de ses adhérences, bien que l'opérateur y mit les plus grandes précautions, l'intestin creva et laissa échapper les matières qu'il contenait. Cependant M. Nayler n'en continua pas moins à dégager l'intestin, et étant parvenu à l'attirer assez pour amener à la vue la totalité de la portion malade, avec une quantité suffisante du mésentère, il trouva l'intestin tellement altéré dans une étendue de 4 pouces, que toute cette portion dut être enlevée. Il fit en même temps l'ablation de la partie gangrénée du sac, se réservant de faire plus tard ce qui paraîtrait le plus convenable pour sauver le malade. La première pensée qui se présenta à notre esprit, fut la misérable condition où se trouverait le malade, dans le cas de guérison avec un anus contre nature. Désirant donc, s'il était possible, lui éviter une pareille infirmité, nous résolûmes de recourir à la gastroraphie ordinaire. Ceci étant fait, pour prévenir les conséquences fâcheuses que pouvait amener le retrait de l'intestin dans la cavité de l'abdomen, deux ligatures furent passées à travers le mésentère, de chaque côté de la division de l'intestin, et fixées contre les lèvres de la plaie. L'opération étant terminée de cette manière, le malade fut replacé dans son lit ; on lui donna un lavement émollient, et on appliqua sur le ventre des compresses imbibées d'alcool ; on prescrivit des opiacés, et un régime sévère composé des alimens les plus légers.

Le lendemain, M. Nayler trouva que l'opération n'avait amélioré en rien l'état du malade. Il n'y avait point eu de selles ; le ventre était un peu plus distendu ; l'état nauséux était le même, et le malade était tourmenté de temps en temps par le hoquet. Dans un état si alarmant M. Nayler pensa qu'il était nécessaire de lever l'appareil et d'examiner l'état de la plaie. Trouvant à celle-ci un mauvais aspect, il enleva les points de suture de l'intestin, et ame-

na les deux bouts de celui-ci en dehors de la plaie des tégumens, de manière à donner une issue facile aux gaz et aux matières fécales contenues dans le bout supérieur (1). Pendant la nuit, au moment où le malade semblait expirant, il se fit une violente explosion de vents et une sortie abondante de matières fécales à travers la plaie, ce qui produisit beaucoup de soulagement au malade ; le pouls s'éleva ; une chaleur agréable se développa : les vomissemens et le hoquet cessèrent ; l'aspect de la maladie changea complètement, et à partir de ce jour, tous les symptômes s'amendèrent.

Le dixième jour, l'aspect de la plaie était si satisfaisant, que M. Nayler espérant encore qu'il serait possible de soustraire le malade à l'issue des matières fécales par l'aîne, tenta de nouveau la réunion de l'intestin par la suture. Malheureusement, cet essai échoua en grande partie : la plus grande partie des points de suture cédèrent à la pression continuelle qu'ils avaient à supporter.

Toutefois, un avantage, qui peut dans certains cas être important, fut obtenu par là ; ce fut l'union parallèle des deux bouts de l'intestin qui se soudèrent de manière à présenter l'aspect du canon d'un fusil double. Malgré cette union partielle de l'intestin, les fèces continuèrent à passer entièrement par la plaie, jusqu'à l'époque où le malade ayant par hasard exercé une légère pression sur la partie, sentit bientôt après une espèce de besoin naturel de défécation, qui, soutenu par les efforts ordinaires, amena une selle naturelle. Il se présenta aussitôt à son esprit, que probablement une pression semblable exercée au moyen de compresses soutenues par une bande, pourrait rétablir par la suite le cours naturel des matières.

Cet expédient réussit à souhait, et j'appris de M. Nayler que le malade avait eu une abondante évacuation de matières fécales et de gaz par l'anus, et qu'il avait acquis l'habitude d'appliquer son bandage avec assez d'exactitude pour empêcher le passage des matières à travers la plaie, quelque liquides qu'elles fussent. Afin de lui fournir un appareil d'un emploi plus commode, on lui donna un bandage dont la pelotte exerça la pression nécessaire.

A partir du moment de l'opération, la plaie éprouva des changemens marqués. D'abord, le malade étant tranquille au lit, et faisant agir très-peu les muscles de l'abdomen, la plaie resta au niveau des tégumens et n'éprouva aucun affaissement ; mais quand il eut commencé à exécuter des mouvemens, la plaie s'affaissa en dedans, devint plus profonde, et les bouts de l'intestin se renversèrent en dedans de telle sorte, qu'ils paraissaient former, au fond du sillon de la plaie, une moitié de cylindre d'un pouce de diamètre.

Le malade pouvait alors se livrer avec une

(1) N'eût-il pas été convenable, au moment de l'opération, de laisser s'écouler, pendant quelque temps, les matières qui pouvaient être accumulées dans le bout supérieur de l'intestin. A. C.

grande liberté à ses exercices et à ses amusemens, se promener et même monter à cheval, sans ménagement et sans suite fâcheuse. A cette époque, l'aspect des parties était extrêmement curieux. Le bout supérieur de l'intestin offrait, dans les mouvemens péristaltiques, ce froncement que l'on observe sur le cheval au moment où le rectum expulse les derniers restes des matières fécales. Ce qu'il y avait de bien remarquable dans ce cas, c'est que les derniers restes des matières étaient projetées avec assez de force, pour que le bord du bout supérieur de l'intestin n'en gardât aucune trace, tandis que l'orifice du bout inférieur étant dans un état de relâchement, formait momentanément une sorte d'infundibulum qui recevait ces matières, et se refermant sur elles, les faisait disparaître. Il y avait dans l'exécution de ces mouvemens tant de régularité et de promptitude, qu'il est très-probable, que les portions d'intestins exécutaient leur mouvement péristaltique normal en vertu de leurs propriétés naturelles.

Toutefois, ce phénomène ne s'observait que lorsque le bout supérieur ne projetait que peu de matières à la fois. Car lorsque la quantité des matières était plus considérable, ce qui avait lieu le plus souvent, le bout inférieur ne pouvait les recevoir en totalité, et par conséquent une partie débordait : mais la manière dont le phénomène en question s'exécutait quand la plaie était recouverte, prouve combien il était facilité par le secours d'un appareil qui agissait soit en exerçant une compression, soit en formant un canal artificiel.

Dans les cas de division complète de l'intestin, Ramdohr a conseillé d'introduire le bout supérieur dans le bout inférieur, et de l'y fixer par des points de suture. Mais outre la difficulté de distinguer dans une hernie le bout inférieur du bout supérieur, j'ai reconnu par des expériences sur des animaux vivans, que ce procédé était impraticable.

Onzième expérience. — Ayant, il y a quelques années, divisé l'intestin d'un chien dans le dessein d'expérimenter l'introduction du bout supérieur dans l'inférieur, j'avais à peine ache-

vé la division, que l'intestin se renversa et que chacun des bouts se renfla tellement qu'il me fut tout à fait impossible d'engager l'un dans l'autre. D'après une pièce anatomique qui existe dans la collection de l'hôpital Saint-Thomas, je suis porté à admettre que le même phénomène doit avoir lieu chez l'homme. On voit en effet, sur cette pièce, recueillie chez un sujet qui avait reçu un coup de pied de cheval, que l'intestin avait été rompu et s'était renversé.

Si l'ouverture est étendue ; si, par exemple, elle occupe la moitié du diamètre de l'intestin, elle donne inévitablement lieu à un anus anormal si elle est abandonnée à elle-même. Dans ce cas, la portion du cylindre de l'intestin restée intacte, est insuffisante pour assurer le passage des matières à travers leur voie habituelle. La plaie se cicatrise en laissant une ouverture assez étendue pour livrer passage à la partie des matières qui ne peut être transmise au bout inférieur de l'intestin, et si la cicatrisation s'effectue en diminuant l'ouverture, il se forme fréquemment des abcès qui, en s'ouvrant, laissent échapper avec le pus une quantité considérable de matières fécales. C'est ce que prouve le cas de Mad. S***, à laquelle j'ai donné souvent des soins pour une hernie ventrale dans laquelle une portion d'intestin s'était gangrénée. La plaie est cicatrisée depuis long-temps, mais tous les mois ou toutes les six semaines il se forme un abcès d'où s'écoule pendant quatre ou cinq jours du pus et des matières fécales, après quoi la plaie se referme de nouveau ; cet état pénible dure depuis plusieurs années (1).

Lorsqu'après la complète élimination des parties gangrénées, quelques matières s'échappent par l'ouverture naturelle, il faut se tenir en garde contre le renversement de l'intestin, à l'anus anormal ; car ce renversement aurait pour résultat de rendre définitif le passage anormal, et enlèverait, par conséquent, tout espoir d'une guérison complète. L'observation suivante vient à l'appui de cette assertion.

Observation 233. — Un malade placé dans le

(1) La ligature passée dans le mésentère pour retenir l'intestin à l'orifice du sac, non seulement est inutile, mais encore directement nuisible, si l'opinion de Scarpa, sur ce point, n'est pas erronée. Suivant lui, un des effets de cette ligature est de tendre à perpétuer l'anus contre nature. Il invoque en faveur de cette opinion, la différence qu'on observe dans les résultats des plaies de l'intestin, comparés à ceux des solutions de continuité, qui sont la suite de l'étranglement et de la gangrène de l'intestin, dans les cas de hernie. Les premières, dit-il, sont souvent suivies de fistules incurables, tandis que ce résultat fâcheux est beaucoup moins fréquent dans les cas de hernie, ce qui, dans ce dernier cas, tient au retrait du collet du sac et de l'intestin au dedans de l'abdomen, retrait qu'il a souvent observé sur le cadavre des sujets qui avaient subi l'opération de la hernie. Dans les cas de cette espèce, on ne trouve point l'intestin dans le lieu où l'opérateur l'avait placé, c'est-à-dire, à l'entrée du sac ; mais on remarque qu'il s'est retiré en arrière du rebord aponevrotique qui formait l'étranglement ; ce retrait du sac avec l'intestin qui lui est adhérent, est de la plus haute importance, sous le rapport de la transmission des matières fécales à travers le canal naturel, et en ce qu'elle s'oppose puissamment à l'établissement d'un anus contre nature. Cette disposition en effet rend beaucoup moins aigu l'angle que forme l'intestin, et diminue la crête valvuleuse de la portion d'intestin qui correspond au mésentère ; par là aussi, le canal membraneux qui remplace la portion d'intestin gangréné, est attiré en haut, et par conséquent moins disposé à former un réservoir pour les matières fécales. A. K.

service de M. Cowell, à l'hôpital St-Thomas, et qui depuis long-temps portait du côté droit une hernie épiloïque irréductible, fut atteint d'une seconde hernie formant une tumeur distincte au côté externe de la première. La hernie récente s'étant étranglée, on pratiqua l'opération de la première et on trouva que l'intestin était atteint de gangrène, ce qui détermina à le laisser dans le sac. Trois semaines après l'opération, les matières passaient en partie par la plaie, en partie par l'an us, mais en plus grande quantité par cette dernière voie. Un mois après l'opération, l'intestin commença à se renverser et à faire hernie à travers la plaie. A partir de ce moment, les matières cessèrent complètement de suivre leur cours naturel. Cet homme vécut onze années pendant les matières fécales par l'ouverture de la région de l'aîne; il mourut en 1778, et, à l'autopsie, on observa que la portion du colon située vis-à-vis l'insertion de l'iléon et une partie de l'iléon avaient été éliminées, mais que d'une part, les adhérences qui s'étaient établies entre l'intestin et l'orifice de la plaie, et d'autre part, l'agglutination des deux bouts de l'intestin, avaient prévenu tout épanchement fécal dans la cavité de l'abdomen. Tant que l'iléon avait été maintenu dans cette position, les matières passaient en partie de sa cavité dans celle du colon, d'où elles étaient expulsées par les voies naturelles, et sortaient en partie à travers l'an us artificiel; mais lorsque l'iléon se fut renversé, sa communication avec le colon étant interrompue, les matières furent expulsées en totalité par la plaie.

Pour prévenir l'accident dont je viens de parler, il faut pendant le travail de la cicatrisation de la plaie, soutenir l'intestin, et empêcher son renversement, circonstance qui, dans tous les cas où il existe à l'intestin une ouverture latérale, donnerait lieu à un anus anormal.

Les dangers qu'entraîne un anus anormal, sont d'autant plus à redouter qu'il y a moins de distance entre la portion d'intestin gangrené et l'estomac. Ainsi, quand l'ouverture anormale a son siège dans le jejunum, il ne reste pour l'absorption du chyle qu'une étendue si peu considérable que le malade périt d'épuisement.

Observation 234. — Un homme âgé de 59 ans, fut admis à l'hôpital de Guy, pour une hernie ombilicale très-rouge à sa surface, et très-douloureuse au toucher; il n'y avait point de vomissement, mais une constipation absolue. On prescrivit des fomentations et des cataplasmes sur la plaie, la peau s'étant sphacélée, se détacha et laissa à découvert une portion d'intestin gangrené qui fut aussi éliminée. Tant que dura ce travail d'élimination, le pouls resta faible, le visage fut rouge, et le malade paraissait près de succomber à la gravité des accidens. Mais, l'intestin une fois séparé, les forces semblèrent se ranimer, et l'on conçut l'espoir d'une guérison. Cependant, lorsqu'il commença à prendre des alimens en proportion un peu plus

considérable, une partie de ceux-ci était évacuée par l'an us anormal une demi-heure après le repas; les liquides sortaient en moins de dix minutes. Bien que le malade mangeât et bût ce qui aurait suffi à la nourriture d'une personne bien portante, il s'émacia rapidement et mourut trois semaines après le début du travail d'élimination.

Autopsie. — On ne trouva aucun épanchement dans l'abdomen; aucune trace d'inflammation intestinale. Le jejunum faisait hernie à l'ombilic, et communiquait avec le sac herniaire, par une ouverture qui avait son siège à la partie inférieure de cet intestin.

Quand l'an us accidentel est situé à l'iléon, il entraîne moins de dangers que lorsqu'il occupe le jejunum. S'il a son siège dans le gros intestin, la santé générale semble à peine en souffrir. J'ai vu plusieurs cas dans lesquels l'an us anormal siègeait au colon chez des femmes atteintes de hernies ombilicales ou de hernies ventrales. Or ces femmes présentaient les apparences de la santé, et même quelques-unes d'entre elles ont acquis plus tard un extrême embonpoint.

Une fois l'an us accidentel définitivement établi, tout ce que l'on peut faire, c'est de diminuer autant que possible l'odeur infecte que répand le malade, ce qu'on obtient en retenant les matières jusqu'à ce qu'il y ait nécessité de les rendre. Dans ce but, on applique sur l'ouverture anormale une pelote carrée, recouverte d'un taffetas huilé, et fixé par un ressort d'acier qui n'exerce qu'une pression légère, mais suffisante pour contenir les matières. Par là du moins, l'odeur fétide des matières est diminuée, et le malade a la possibilité de choisir une attitude convenable pour leur évacuation. Cette méthode remplit parfaitement le but qu'on se propose, pour peu que les matières aient quelque consistance; mais il est difficile de les contenir, si l'ouverture est située dans l'iléon; car le malade ne peut supporter le degré de pression qui serait nécessaire.

Lorsque la plaie des tégumens est petite, et que l'intestin a conservé plus de la moitié de son cylindre, on doit naturellement supposer qu'il est facile d'en obtenir la réunion, et l'on cite des exemples de succès. Mais toutes les fois que j'ai été témoin de pareilles tentatives, ces dernières ont constamment échoué. J'ai cité plus haut le cas d'un jeune enfant, chez lequel un anus anormal s'était ouvert au scrotum, et avait été déterminé par une épingle qui avait été avalée, et qui s'était frayé un passage à travers les enveloppes de la hernie et la peau du scrotum. Les bords de la plaie furent avivés et réunis par une suture; mais ils ne montrèrent aucune tendance à se cicatriser, et le malade ne retira aucun fruit de l'opération.

Observation 235. — Chez une dame à qui j'ai donné des soins pour une hernie ombilicale, la gangrène s'étant emparée de l'intestin, il était resté une petite ouverture fistuleuse. M.

Cruikshank essaya d'en obtenir la réunion, en y passant des points de suture, après en avoir avivé les bords; mais au bout de quatre jours, cette opération avait déterminé une douleur, une tension de l'abdomen, et une constipation telles, qu'il fut obligé de retirer les fils; la plaie donna alors issue à une quantité considérable de matières, dont l'évacuation soulagea immédiatement la malade.

Les chances du rétablissement du cours naturel des matières, quand une fois l'an us anormal s'est formé, sont en raison inverse de l'étendue de la perte de substance éprouvée par l'intestin. Quand il n'y a qu'une petite portion du cylindre de l'intestin qui ait été détruite par la gangrène, la perte de substance peut se réparer avec rapidité, et le cours naturel des matières se rétablir aussi promptement par les seuls efforts de l'organisme, ainsi que le démontrent les faits rapportés plus haut.

Dans un de ces cas, les matières reprirent leur cours au bout de trois semaines, à dater de leur apparition à la plaie; dans un autre, elles ne passèrent que pendant trois jours par l'an us anormal; et, dans un troisième, l'ouverture accidentelle se ferma, après avoir été ouverte pendant trois mois.

Mais lorsque le cylindre intestinal a été détruit dans sa totalité, les difficultés sont beaucoup plus grandes, à raison des circonstances que je vais énumérer; et l'espoir de délivrer le malade d'une infirmité dégoûtante, n'a que bien peu de fondement.

Quand une portion intestinale, comprenant toute l'épaisseur du cylindre, a été éliminée, et que les deux bouts de l'intestin sont replacés à l'orifice du sac; ceux-ci deviennent à peu près parallèles entre eux, et contractent des adhérences l'un avec l'autre; en même temps, ils deviennent adhérens, au niveau de l'orifice du sac, avec la portion de péritoine correspondante.

L'angle qui résulte de cette disposition fait obstacle au passage des matières, de la portion ventrale de l'intestin dans la portion anale, et s'oppose ainsi au rétablissement de leur canal naturel. Un obstacle de plus au libre passage des matières, c'est la présence du repli valvulaire, qui résulte de l'adossement des deux bouts de l'intestin, et qui constitue une véritable cloison placée entre les deux canaux.

J'ai déjà cité un cas où l'on tenta, mais sans succès, en avivant les bords de la plaie, et en les maintenant rapprochés, de fermer un anus accidentel. Et, en effet, il n'est point probable

TRAITEMENT DE LA HERNIE APRÈS LA RÉDUCTION.

Lorsque les parties contenues dans le sac ont été réduites, on doit vider avec soin ce dernier du sang qu'il contient; et après avoir mis dans des rapports convenables le sac et ses tunique, on rapproche les bords de la plaie extérieure; et on les maintient au moyen d'une suture.

qu'une telle pratique puisse réussir, si ce n'est lorsqu'une très-petite portion des tuniques de l'intestin a été détruite, et, dans ce cas, l'oblitération se fait spontanément.

Pour favoriser l'oblitération d'un anus anormal, il est important de prévenir toute constipation. Il arrive assez souvent qu'après l'administration d'un purgatif drastique, les matières reprennent leur cours naturel, et l'an us anormal commence à s'oblitérer. J'en ai vu un exemple dans ma pratique, et Scarpa a cité un cas semblable.

Dans les cas où la fistule stercorale tient à une perte de substance peu considérable, et où il n'existe aucune tendance naturelle à son oblitération, j'aurais volontiers recours à l'opération que j'ai vue réussir dans des cas de fistule urinaire. Le canal de l'urètre et le canal intestinal se ressemblent, et sous le rapport de la structure, et sous le rapport des fonctions; ils sont l'un et l'autre des conduits excréteurs, formés par une membrane muqueuse, et soumis à l'influence d'une contraction musculaire. Cette analogie est une raison puissante pour conclure qu'une opération, qui réussit à cicatriser une fistule chez l'un, doit réussir également chez l'autre.

Les bords de la plaie cutanée étant avivés, on dissèque, dans le voisinage, un lambeau cutané, contenant un pédicule continu au reste de la peau, et on l'applique sur l'ouverture, au pourtour de laquelle on l'unit par de petits points de suture, pratiqués avec un fil de soie. Il faudrait préalablement évacuer les intestins par les purgatifs et les lavemens, afin que leurs mouvemens péristaltiques fassent aussi rares que possible pendant tout le temps de la cicatrisation.

Dupuytren a imaginé une méthode ingénieuse pour la guérison de cette infirmité, dans les cas où elle est due à une perte de la totalité du cylindre intestinal. Il emploie une paire de pinces à écrou, dont chaque mors est introduit dans un des bouts de l'intestin. À l'aide de cet instrument, on exerce sur la cloison une pression assez forte pour en produire le sphacèle, et une communication est ainsi ouverte entre les deux canaux parallèles. Cependant, d'après les cas cités par ce chirurgien, il ne semble pas qu'il réussisse toujours à fermer l'ouverture accidentelle; mais il transforme par ce procédé l'an us anormal en une fistule. Les matières fécales suivent la voie naturelle, et il ne reste qu'un petit trajet fistuleux qui continue à fournir un suintement liquide.

L'aiguille et les fils ne doivent être passés qu'à travers les tégumens. Il faut éviter, avec le plus grand soin, de comprendre les parois du sac dans la suture, qui pourrait déterminer une inflammation, dont la propagation s'accompagnerait de dangers. La plaie doit être