

pour les cas de hernies anormales, vu la difficulté du diagnostic et l'ignorance où l'on est de la disposition de la hernie vis-à-vis des vaisseaux.

De petits débridements multiples sont dans tous les cas la manœuvre opératoire la plus prudente.

Je rappellerai, en terminant, la conduite de Malgaigne qui, au lieu de sectionner l'orifice du fascia crebriformis avec un bistouri, y introduisait un instrument mousse et solide dont il se servait pour l'érailler. Dans les cas où l'étranglement était de fraîche date, il n'ouvrait pas le sac. C'est là une manière de procéder qui me paraît dangereuse; mieux vaut dans tous les cas ouvrir le sac que s'exposer à réduire un intestin en mauvais état.

Quant à la dilacération de l'anneau avec une spatule, elle présente quelques avantages. C'est du reste une pratique renouvelée d'Arnauld et de Leblanc.

C. *Hernie ombilicale* (fig. 333, 334). — On divise la hernie ombilicale en hernie congéniale, hernie des enfants et hernie des adultes.

Dans la hernie congéniale, les viscères placés à la base du cordon ont pour enveloppe immédiate une membrane dont la nature n'est pas bien établie.

Chez l'enfant la hernie sort par l'anneau ombilical, tandis que chez l'adulte, si dans certains cas elle passe par cet anneau, dans d'autres elle sort dans le voisinage à travers une éraillure de la ligne blanche. C'est ce que Gosselin appelle les hernies péri-ombilicales.

L'anneau ombilical, lorsqu'il a subi le travail dont il est le siège après la naissance, est constitué par une cicatrice déprimée, circonscrite par un contour fibreux et à laquelle viennent aboutir en bas l'ouraque et les artères ombilicales, en haut, la veine ombilicale, entourée d'un repli péritonéal, qui se soudent entre elles.

Les artères ombilicales et l'ouraque sont fixés par des adhérences intimes à la moitié inférieure de l'anneau, tandis que la veine adhère faiblement à la partie supérieure.

Artères et veine sont oblitérées.

Derrière l'anneau se rencontre, au moins chez certains sujets, une lamelle fibreuse s'arrêtant, en général, en bas immédiatement

au-dessous de la cicatrice et remontant en haut à quelques centimètres au-dessus; c'est le fascia umbilicalis de Richet qui forme la paroi postérieure d'une sorte de gouttière dont la paroi antérieure est constituée par la face postérieure de la ligne blanche et qui, commençant au point où s'engage la veine ombilicale, se termine à la partie supérieure de l'anneau.

Richet considère les hernies ombilicales comme se faisant par cette gouttière ou trajet ombilical, mais il en est certainement qui sortent directement par l'anneau sans suivre ce trajet.

Les enveloppes de la hernie ombilicale de l'adulte sont formées par la peau, une mince couche de tissu cellulaire et le péritoine aminci formant un sac dont on avait nié l'existence.

L'exomphale renferme habituellement de l'intestin grêle ou une portion du colon transverse.

Chez l'adulte, elle contient en outre de l'épiploon qu'on n'y trouve pas chez l'enfant.

Pour la hernie ombilicale congéniale, il faut d'abord se garder de la comprendre dans la ligature du cordon que l'on doit alors placer en avant de la hernie.

Quand la hernie est très-considérable, l'enfant ne devant pas survivre, il n'y a rien à faire. Lorsque la tumeur est d'un moindre volume, on se contentera d'exercer dessus une douce compression que l'on continuera après la chute du cordon. Si, après cette chute, les viscères faisaient saillie à l'extérieur, il faudrait les réduire et maintenir les bords de l'ouverture rapprochés à l'aide de la suture enchevillée ou de la suture entortillée.

Pour les enfants à la mamelle Trousseau conseillait, après avoir réduit la hernie, de la contenir avec une compresse pliée en plusieurs doubles et maintenue par une bandelette de diachylon qui fait deux fois et demi le tour du corps. Ce bandage n'a qu'une très-médiocre efficacité. A la compresse repliée Malgaigne substituait une plaque en cuivre portant à son centre une tige arrondie destinée à s'enfoncer dans l'anneau et à refouler les viscères. Cette tige a l'inconvénient d'être difficilement supportée.

Ce qui convient le mieux, lorsque l'enfant commence à marcher, c'est une ceinture avec une pelote en caoutchouc. La pelote en caoutchouc pleine me semble préférable à la pelote

en caoutchouc creuse et remplie d'air. Dans les appareils à exomphale, surtout chez les enfants, la pelote doit s'engager dans l'anneau ombilical, afin de contenir exactement les viscères, mais ne pas en dilater le contour, pour ne pas l'empêcher de revenir sur lui-même.



Fig. 333. — Pelote en caoutchouc.

Pour les adultes on se sert d'un brayer formé d'une pelote et d'un ressort entourant la moitié du corps et prenant son point d'appui en arrière sur la colonne vertébrale, ou d'une ceinture élastique avec pelote. La pelote doit présenter une saillie hémisphérique, et le ressort, si l'on en emploie un, doit être très-doux. Le meilleur appareil me paraît être celui que Collin a fabriqué sur les indications du professeur Dolbeau et qui est composé d'une longue plaque d'acier transversale portant une pelote et fixée autour du

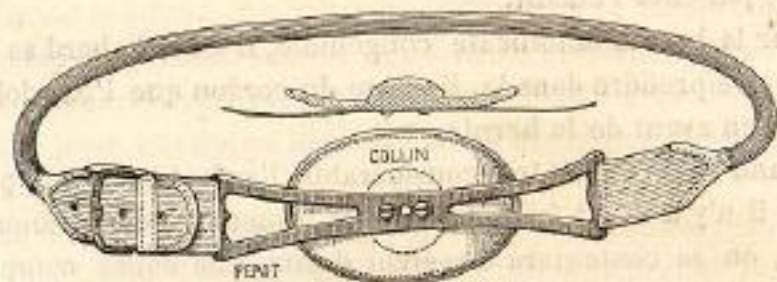


Fig. 334. — Bandage de Dolbeau.

corps par une ceinture inextensible. Cette plaque d'acier fait ressort et agit d'une façon très-efficace pour la contention de la hernie.

Dans les grosses hernies irréductibles, on se sert d'une pelote concave.

Cure radicale. — La hernie des enfants a une grande tendance à la guérison spontanée, et on arrive à la guérir radicalement en la contenant convenablement. Chez l'adulte, on ne peut pas espérer obtenir le même résultat.

On a proposé et exécuté, pour arriver à la cure radicale de la hernie ombilicale, une série d'opérations que je vais exposer brièvement, mais qui, je le crois, doivent être proscrites comme inutiles ou dangereuses.

Ces différents procédés curatifs se rattachent à la ligature, à la compression, à la suture.

La ligature simple a été employée chez les enfants par Desault qui, après avoir réduit la hernie et s'être assuré qu'il ne restait rien dans le sac, faisait appliquer par un aide autour de sa base plusieurs circulaires de fil ciré, en fixant chaque tour par un double nœud et en étreignant modérément les parties de façon à ne produire que peu de douleur.

Le lendemain ou le surlendemain, l'affaissement des tissus rendant la ligature trop lâche, on en plaçait une nouvelle que l'on serrait davantage. La partie ainsi étranglée se détachait du huitième au dixième jour, et on faisait porter à l'enfant un bandage circulaire pendant deux ou trois mois après l'opération.

Martin jeune et Bouchacourt ont eu recours à la ligature multiple. Leur procédé consiste, après avoir réduit la hernie, à traverser la base du sac herniaire avec une aiguille enfilée d'un fil double, à lier séparément chaque moitié du sac avec une des parties de ce fil et enfin à entourer le tout avec une troisième ligature. A. Thierry a appliqué la ligature avec torsion préalable que son père employait avant lui. Il tordait le sac avec une pince et en entourait la base avec une ligature, ou bien la traversait avec une épingle sur laquelle il faisait la suture entortillée.

Gunter a, paraît-il, employé l'écrasement linéaire.

La compression, déjà préconisée par Celse, a été de nos jours employée par Chycoine qui, faisant faire aux enveloppes de la hernie un pli longitudinal, les étreint à leur base à l'aide de deux petits tasseaux de bois allongés, aplatis, et garnis au centre d'un morceau de linge. Les morceaux de bois sont maintenus rapprochés à l'aide de fils cirés appliqués sur leurs extrémités. Une compresse fendue, placée au-dessous, protège la peau. On resserre l'appareil le troisième et le quatrième jour, on l'enlève le cinquième ou le sixième, et on excise les parties gangrenées.

La suture est employée par H. Lee, par Barwel et par Wood.

Lee traverse la base du sac avec trois aiguilles sur lesquelles il fait la suture entortillée.

Barwel incise le sac et en excise au besoin une partie pour découvrir l'orifice herniaire, puis il rapproche par deux, trois et au

besoin quatre points de suture métallique les bords de l'anneau, en évitant d'intéresser les intestins.

Wood, protégeant les intestins et invaginant la peau avec une petite curette ou une large sonde cannelée, fait avec un fil métallique une suture sous-cutanée qui rapproche les bords de l'anneau.

Aucun de ces procédés ne me paraît mériter d'être employé.

Étranglement. — L'opération de la kélotomie appliquée à la hernie ombilicale est généralement considérée comme donnant un mauvais résultat. Aussi Huguier a-t-il formulé devant la société de chirurgie une règle de conduite consistant à réserver la kélotomie pour les hernies de fraîche date, peu volumineuses et réductibles auparavant, et à abandonner au contraire à elles-mêmes, sans débridement, celles qui ne sont pas dans ces conditions-là, se contentant d'employer les moyens de nature à favoriser l'ouverture de la tumeur et à inciser au besoin l'intestin pour faciliter l'issue des matières fécales.

Cependant l'opinion d'Huguier n'a pas prévalu, et on opère les exomphales étranglées, quel que soit leur volume, plutôt que de laisser la maladie à sa marche naturelle.

On devra inciser les enveloppes de la hernie avec beaucoup de précaution en raison de leur minceur; on fera sur la peau une incision rectiligne, curviligne, en \perp ou en + , suivant que cela paraîtra plus commode.

A. Cooper, Thomas Bryant et Colson ont préconisé le débridement sans ouverture du sac. Cooper faisait quelquefois, au voisinage de l'anneau, une ponction par laquelle il débridait; le débridement opéré, il ne réduisait pas la hernie. Demarquay a renouvelé cette pratique, mais sans succès.

On a recommandé de ne pas débrider en bas, les incisions faites dans ce sens exposant davantage à l'issue des viscères. On a dit aussi qu'il ne fallait pas inciser à droite, de peur de diviser une veine ombilicale encore perméable. Ce dernier précepte n'a aucune importance, vu la rareté de la non-oblitération de ce vaisseau; en outre, si la hernie s'était faite vers le côté droit de l'anneau ombilical, en débridant à gauche on s'exposerait, ainsi que le fait remarquer Richter, à aller précisément à la rencontre du vaisseau que l'on veut éviter.

On peut, pour plus de sûreté, débrider en haut et dans une direction parallèle à celle de la veine ombilicale.

Richet, afin d'éviter le débridement, qu'il considère comme dangereux en raison de la péritonite à laquelle il expose, préconise la dilatation du collet du sac et de l'anneau faite avec un instrument mousse.

En résumé, dans les hernies peu volumineuses, il me paraît préférable, si l'étranglement date déjà de quelque temps, d'ouvrir le sac. Dans les hernies volumineuses on pourra débrider en dehors du sac et sans l'ouvrir, ou bien débrider à travers une boutonnière faite à la partie du sac voisine de l'anneau; mais, malgré la minceur de ce sac, qui permet, dit-on, de voir à travers dans quel état est l'intestin, il me paraît prudent de ne pas réduire.

Quant aux hernies obturatrice, ischiatique, périnéale, vaginale et vagino-labiale, il est assez difficile de tracer des règles précises relativement aux opérations qu'elles peuvent réclamer.

Je dirai seulement que pour la hernie obturatrice étranglée, quand on est sûr du diagnostic, il faut, afin de la découvrir, faire l'incision en dedans du canal crural, de façon à passer entre les muscles pectiné et moyen adducteur.

Si l'on avait à opérer une hernie ischiatique étranglée, on devrait, pour arriver jusqu'à elle, sectionner le grand fessier.

§ 5. **Anus contre nature accidentel** (fig. 335, 336, 337, 338, 339). — L'anus contre nature accidentel succédant en général à des accidents herniaires se trouve naturellement dans les régions où l'on observe les hernies, et le plus souvent dans la région inguinale.

Tout anus contre nature présente un orifice cutané, un orifice intestinal et un trajet intermédiaire.

L'orifice intestinal est simple lorsqu'une petite portion seulement du calibre de l'anse intestinale a été détruite; la paroi opposée ne fait pas de saillie dans la cavité de l'intestin, et l'anse reste à peu près parallèle à la paroi abdominale. Mais lorsque la mortification a atteint la plus grande partie ou la totalité du calibre de l'intestin, les deux bouts de l'anse forment en arrière un angle aigu ou bien se juxtaposent, et l'on aperçoit dans la cavité intestinale, au niveau de la perte de substance, une cloison formée par l'adossement des deux parois, cloison plus ou moins saillante et

qui a reçu de Scarpa le nom de promontoire, tandis que Dupuytren lui a donné celui d'éperon.

L'ouverture cutanée de l'anus anormal est unique ou multiple.

Quant au trajet intermédiaire, il est plus ou moins étendu et quelquefois forme entre l'intestin et la peau une sorte de canal que Scarpa appelait, en raison de sa forme, entonnoir membraneux ou infundibulum, et qui est tapissé, au moins dans la grande majorité des cas, par la muqueuse intestinale, ainsi que l'a établi Malgaigne.

La disposition que je viens de signaler est, on pourrait le dire, la disposition normale et la plus fréquente; mais elle n'existe pas toujours.

C'est ainsi qu'on a vu le bout supérieur de l'intestin descendre dans le scrotum et s'y contourner avant de remonter dans l'abdomen; dans un cas, le bout inférieur se terminait à la partie inférieure et interne, tandis que le bout supérieur formait seul l'orifice de l'anus contre nature. Laugier a rapporté un cas dans lequel les deux bouts s'entre-croisaient.

Je signale en passant ces dispositions qui doivent, on le conçoit sans peine, singulièrement modifier la thérapeutique de la lésion qui nous occupe.

Le traitement palliatif de l'anus contre nature consistant dans des soins de propreté et l'application d'un appareil destiné à recevoir les matières au fur et à mesure de leur écoulement n'a rien qui puisse nous intéresser, mais peu de malades se résignent à cette dégoûtante infirmité, qui expose en outre à un dépérissement plus ou moins rapide lorsqu'elle siège sur un point élevé de l'intestin.

Traitement curatif. — Pour qu'un anus contre nature guérisse, il faut d'abord que les matières intestinales passent librement du bout supérieur dans l'autre. Tant que cette condition n'est pas remplie, il est inutile de songer à obturer l'orifice; une pareille tentative serait à la fois inefficace et dangereuse. Lorsque ce premier résultat est obtenu, soit par les seules forces de la nature, soit par l'intervention active de la chirurgie, on peut songer à fermer l'anus contre nature. Or, l'obstacle au passage des matières du bout supérieur dans l'inférieur est constitué par l'éperon; quand il n'y a pas d'éperon, la communication se fait librement.

Voyons les moyens dont on peut se servir pour attaquer l'éperon. Je n'insisterai pas sur la compression exercée par Desault sur cette saillie à l'aide de mèches de volume successivement croissant introduites dans les deux bouts de l'intestin, compression renouvelée par Colombe à l'aide d'une canule de gomme élastique légèrement courbe appuyant sur la cloison par sa concavité; ce sont là des procédés peu efficaces comparés à ceux dans lesquels on détruit l'éperon. Smalkalden paraît avoir eu le premier l'idée de diviser cette cloison en l'étreignant à l'aide d'une forte ligature passée à travers, idée qui fut mise en pratique par Physick.

Mais j'en viens à l'opération bien préférable de Dupuytren (fig. 335, 336). Ce chirurgien se servit d'un instrument appelé entérotome et composé de trois pièces, dont deux branches et une vis de pression.

Les branches ont dix-neuf centimètres de longueur et sont formées d'une lame de onze centimètres environ et d'un manche.

Ces deux branches s'articulent comme celles du forceps. L'une d'elles, la branche mâle, présente une lame qui a six millimètres



Fig. 335 — Entérotome de Dupuytren modifié.

d'épaisseur sur le dos et un millimètre seulement sur le tranchant, lequel est ondulé et se termine par une espèce de sphère. A son union avec le manche, elle présente une mortaise pour recevoir le pivot de la branche femelle. Quant au manche, il est creusé dans presque toute sa hauteur par une mortaise destinée à recevoir la vis qui rapproche les deux branches.

La lame de la branche femelle est creusée d'une concavité pour recevoir la saillie de la branche mâle, et l'extrémité de cette branche est percée d'un trou taraudé dans lequel s'engage la vis. Celle-ci est longue de quatre centimètres environ et se termine par une plaque ovale.

Pour rapprocher les deux portions de l'instrument, on engage la vis dans la mortaise de la branche mâle, puis dans le trou de la branche femelle, et on la met en mouvement.

Cet instrument, dont chaque branche est introduite dans un des bouts de l'anse intestinale, est destiné à étreindre l'éperon et à le détruire par pression, en même temps que cette pression accolant ces deux portions d'intestin par leur face séreuse détermine la formation d'adhérences qui préviennent tout danger d'épanchement dans le péritoine.

Les manches de l'entérotome de Dupuytren ont été considérablement raccourcis.

Pour appliquer l'entérotome, il faut d'abord bien reconnaître la

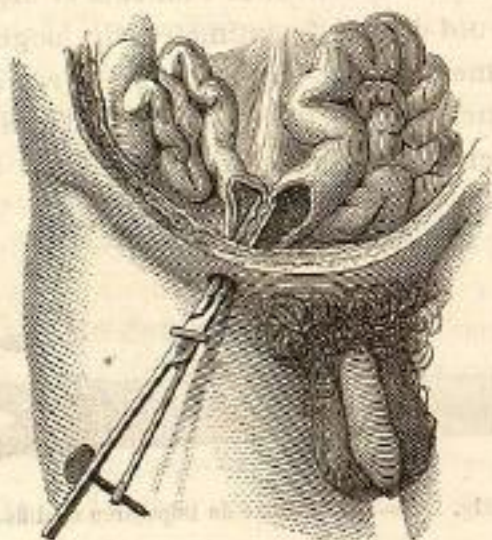


Fig. 336. — Application de l'entérotome.

position des deux bouts de l'intestin en les explorant avec le doigt et avec une sonde. Cela fait, le malade étant couché, la tête et les épaules relevées et les membres inférieurs dans la demi-flexion, le chirurgien tenant une des branches d'une main la conduit sur l'index de la main opposée et l'introduit dans un des bouts de l'intestin dans une étendue qui varie du quart à la totalité de la longueur de la lame. Elle est alors confiée à un aide. Le chirurgien introduit l'autre branche d'une façon analogue, puis il les rapproche et les articule en engageant dans la mortaise le tenon à qui il fait exécuter un quart de rotation. Il enfonce ensuite la vis dans

la partie des manches destinée à la recevoir et la serre de façon à arriver immédiatement au degré de rapprochement nécessaire pour éteindre la vie dans les portions que compriment les lames. L'instrument est soutenu avec un tampon de charpie et une bande qui entoure la cuisse.

Les jours suivants, l'entérotome se relâche, et on le resserre à mesure; il se détache en général du huitième au dixième jour, entraînant avec lui la languette des tuniques intestinales qu'il étreignait. Ainsi se trouve établie une communication entre les deux bouts de l'intestin.

Cette voie de communication a paru insuffisante à plusieurs chirurgiens qui ont cherché à modifier l'instrument de Dupuytren.

C'est ainsi que Liotard a proposé un entérotome qui agirait sur l'éperon au-dessus de son bord inférieur à l'aide de deux anneaux ovalaires; Delpech s'est servi d'un instrument en forme de compas, dans lequel les parties destinées à comprimer la cloison ont la forme de coques de noix. Pour détruire le promontoire dans une étendue suffisante, il faut plusieurs applications successives de cet entérotome. Blandin a eu recours à des pinces disposées comme les pinces à pansement et terminées par des mors larges et ondulés transversalement sur les faces par lesquelles ils sont en contact.

Reybard a employé un entérotome dont les branches sont fenêtrées et rapprochées par des vis; l'instrument introduit, on divise l'éperon avec un bistouri introduit à travers les fenêtrures. La pression des parties latérales des branches prévient tout danger d'hémorragie et d'épanchement dans le péritoine, en même temps qu'elle détermine la formation d'adhérences; l'instrument est retiré au bout de deux jours.

Avec l'instrument de Dupuytren, la pression est plus forte du côté de l'articulation que vers l'extrémité des mors. Pour éviter cet inconvénient, Nélaton a fait construire un entérotome à branches parallèles (fig. 337); Richet a été plus loin et en a fait faire un disposé de telle sorte que les branches se réunissent en formant un angle dont le sommet se trouve à l'extrémité libre des mors (fig. 338).

Panas a fait fabriquer un entérotome à branches parallèles (fig. 339) de dimensions telles qu'il peut être introduit dans les anus dont l'infundibulum est très-étroit.

Jobert ne laissait l'entérotome de Dupuytren en place que pendant vingt-quatre heures, laps de temps qu'il jugeait suffisant pour la production des adhérences. Il attendait ensuite un jour ou deux, et puis il divisait la cloison sur une longueur plus ou moins grande, mais toujours sans dépasser la limite des adhérences.

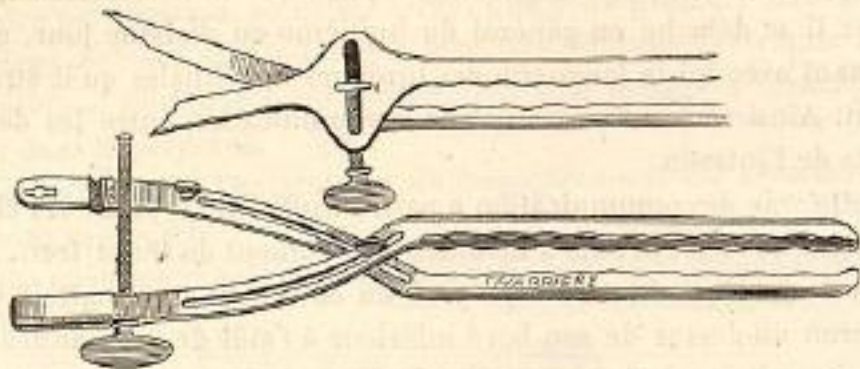


Fig. 337. — Entérotome de Nélaton.

Laugier a eu recours à l'action des caustiques pour détruire l'éperon; il se servait d'un entérotome formé de deux branches creuses que l'on charge de pâte de Vienne, maintenue par une lame terminée par un prolongement recourbé. Les branches mises en place et

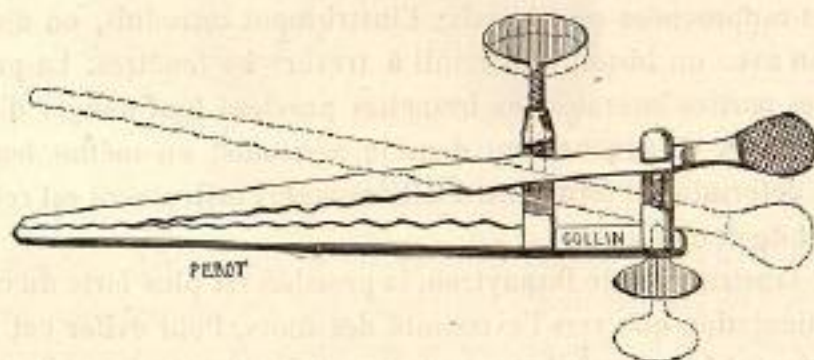


Fig. 338. — Entérotome de Richet.

appuyant sur l'éperon sans le comprimer, on les fixe à l'aide de la vis qui traverse le manche, et on retire les lames qui recouvrent le caustique, lequel est ainsi mis en contact avec la muqueuse des deux côtés de l'éperon.

On obtient de cette façon la destruction du promontoire plus rapidement qu'avec l'entérotome ordinaire. Il ne faut pas serrer trop fortement les branches, car alors on agirait par pression.

Chassaignac a cherché à obtenir le même résultat avec l'écrasement linéaire. Il traverse la base de l'éperon avec un trocart par le moyen duquel il passe un drain qu'il laisse à demeure un jour ou deux et qui lui sert à conduire la chaîne d'un écraseur linéaire avec laquelle il divise l'éperon dans un laps de temps qui varie de vingt-quatre à quarante-huit heures.

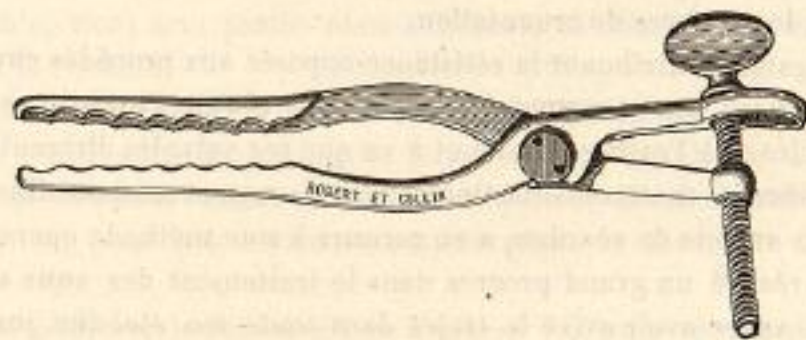


Fig. 339. — Entérotome de Panas.

En somme, l'entérotome à branches parallèles de Nélaton et celui de Richet à branches convergentes me paraissent les meilleurs.

Le cours des matières une fois rétabli, si l'anus contre nature ne se ferme pas spontanément, le chirurgien doit encore intervenir.

La compression exercée sur l'orifice, le rapprochement de ses bords à l'aide d'appareils plus ou moins ingénieux constituent des moyens sur lesquels on ne peut guère compter.

La suture après avivement des bords de l'ouverture, proposée par Lecat, a été mise en pratique un certain nombre de fois et le plus souvent sans succès; on a eu recours aux sutures entrecoupée, entortillée, enchevillée.

Je dois dire cependant que cette opération a réussi quelquefois, entre autres entre les mains de Malcom, qui aida à la réunion en maintenant la cuisse du malade demi-fléchi sur le bassin.

Après avoir vainement mis en usage plusieurs procédés autoplastiques, entre autres celui qu'il a employé pour les fistules de l'arbre aérien et qui consiste à obturer la perte de substance avec un lam-

beau de peau renversé sur sa face dermique, Velpeau réussit en avivant le pourtour de la fistule sans toutefois toucher à l'intestin, rapprochant par la suture les surfaces avivées et pratiquant de chaque côté, pour relâcher les parties, une longue incision comprenant la peau, la couche sous-cutanée et l'aponévrose du grand oblique.

Jobert échoua d'abord en recourant à la méthode indienne qu'avait employée Collier. Plus tard il eut recours à ce qu'il a appelé l'autoplastie par inflexion; il enlevait la peau de la paroi abdominale sur une large étendue autour de l'orifice anormal, et infléchissait l'une vers l'autre, en les maintenant par la suture enchevillée, les surfaces de cruentation.

Malgaigne, attribuant la résistance opposée aux procédés curatifs par certains anus anormaux à ce que dans ces cas l'intestin se prolonge jusqu'à l'orifice cutané et à ce que ses valvules dirigent vers cet orifice les matières intestinales dont le contact est si nuisible aux parties en voie de réunion, a eu recours à une méthode opératoire qui a réalisé un grand progrès dans le traitement des anus anormaux. Après avoir avivé le trajet dans toute son étendue jusqu'à l'intestin exclusivement, il détachait celui-ci de ses adhérences à la paroi, en prenant grand soin de ne pas dépasser ces adhérences et de ne pas pénétrer dans la cavité péritonéale.

Il renversait ensuite en dedans les lèvres de l'intestin non avivées, les adossait par leur surface externe et les réunissait par la suture en piqué; puis, à l'aide de la suture entortillée ou de la suture enchevillée, il réunissait par-dessus l'intestin les parois du trajet. Dans le cas où il y aurait eu une perte de substance à combler, Malgaigne recommandait de recourir à l'autoplastie.

Nélaton a employé un procédé qui rentre dans la méthode de Malgaigne, méthode que Nélaton déclare n'avoir pas encore connue à cette époque-là.

Après avoir disséqué le cloaque par sa face externe jusqu'au voisinage du péritoine, il renversa les lambeaux en dedans et les maintint rapprochés au moyen de la suture en piqué; il ferma la plaie avec un large lambeau autoplastique.

Denonvilliers a pratiqué une opération analogue. Il comptait disséquer le goulot et le cloaque jusqu'au péritoine exclusivement.

Pour ce faire, il conscrivit l'anus contre nature par deux incisions

légèrement courbes se regardant par leur concavité et comprenant en même temps deux petits lambeaux triangulaires continus par leur base avec la périphérie de l'orifice anormal; il disséqua ces différentes parties en les tendant avec le pouce gauche et l'index de la même main introduit dans le goulot. Arrivé à une profondeur d'un centimètre, au moment où il attirait doucement le cloaque à l'extérieur, celui-ci céda tout à coup à la traction dans l'étendue de deux centimètres. L'opérateur craignait d'avoir ouvert le péritoine, mais l'examen démontra que la séparation s'était produite sur la couche musculaire hypertrophiée et friable, dont une partie était adhérente et dont l'autre avait cédé à la traction.

Les bords du goulot renversés furent unis par la suture en piqué, et ensuite une incision faite parallèlement au pli de l'aîne et à une certaine distance au-dessus permit de disséquer un lambeau en pont qui, attiré en bas, fut placé au-devant de l'intestin.

Cette opération de Denonvilliers a fourni l'occasion de constater ce fait important qui a été établi par Legendre, à savoir que, quand on dissèque l'intestin ou le cloaque, comme l'ont fait Nélaton et Malgaigne, on dissèque simplement la muqueuse ou avec elle la couche musculaire circulaire. Les expériences de Laugier sur le cadavre lui ont permis de poser en principe que la dissection, loin de s'étendre jusqu'au péritoine, doit seulement entamer la couche musculaire.

Reybard attirant au dehors la muqueuse intestinale l'entourait d'une ligature circulaire et excisait la portion dépassant la ligature (dans un cas il s'est dispensé de cette excision et ne s'en est pas bien trouvé); puis il disséquait la peau tout autour de l'orifice et affrontait de champ les parties avivées, à l'aide de deux petites attelles métalliques rembourrées et percées de deux rangs de trous pour le passage des anses de fil armées d'aiguilles à chacune de leurs extrémités dont une des attelles était munie. Les deux rangées de fils, superficielle et profonde, étaient nouées isolément sur un morceau de sonde, de façon à ce que l'on pût au besoin resserrer ou relâcher la suture.

Dans des cas d'anus anormal avec renversement de l'intestin,

Gosselin a mis en pratique un procédé qui consiste à aviver toute la surface de l'intestin renversé en excisant la muqueuse avec une pince et des ciseaux fins, et ensuite à aviver encore le contour cutané de l'orifice anormal jusqu'à un centimètre ou un centimètre et demi au delà. Puis, suivant les cas, il rapproche les parties au moyen d'une suture enchevillée qui traverse seulement la portion superficielle de la plaie, suture dont il aide l'action à l'aide de deux incisions circonvoisines pour relâcher les tissus, ou bien il taille un large lambeau comprenant la peau et le tissu cellulaire sous-cutané et l'applique sur l'orifice, au pourtour duquel il le fixe par quelques points de suture entrecoupée.

La cautérisation réitérée du trajet de l'anüs contre nature avec le fer rouge, sans intéresser la peau, a été érigée en méthode par Laugier qui en a obtenu de bons résultats.

En somme, dans les cas où l'orifice anormal est de petite dimension, on peut tenter l'avivement de cet orifice et la suture, avec la flexion de la cuisse sur le bassin, ou bien la cautérisation au fer rouge. Dans les cas plus graves, on aura recours aux opérations de Malgaigne, de Nélaton et de Denonvilliers. Le procédé de Gosselin sera réservé pour les cas de renversement irréductible de l'intestin.

Il arrive quelquefois que le bout inférieur de l'intestin échappe à toutes les recherches et que le défaut de nutrition menace le malade d'une fin prochaine. C'est pour des circonstances analogues que Richter avait proposé d'aller à la recherche de chacun des bouts et de les anastomoser. Dans un cas d'anüs contre nature siégeant dans l'aîne droite, où il ne pouvait trouver le bout inférieur et où le malade s'affaiblissait progressivement en raison du défaut de nutrition, Maisonneuve eut recours à une sorte d'inosculation de l'intestin grêle dans le gros. Il divisa la paroi abdominale dans la fosse iliaque droite par une incision de huit à dix centimètres, parallèle à l'arcade crurale et faite à deux centimètres au-dessus ; à travers cette ouverture, il attira et fixa à l'extérieur avec un fil une anse d'intestin grêle faisant partie du bout supérieur. Maisonneuve pratiqua ensuite sur la portion du cœcum située au-dessous de la valvule iléo-cœcale une incision verticale longue de quatre à cinq centimètres, divisa dans la même étendue le

bord convexe de l'intestin grêle et réunit les deux intestins au moyen de la suture de Gély, de façon que l'anse de l'intestin grêle s'abouchât directement dans le cœcum. Les lèvres de la plaie abdominale furent rapprochées par des serres-fines. Cette opération ne réussit pas.

Laugier, peu de temps avant sa mort, avait institué une opération pour un anüs contre nature situé aussi dans l'aîne droite et où le bout inférieur était également introuvable.

La base du procédé de Laugier était la création d'une ouverture latérale faisant communiquer le bout supérieur de l'anüs anormal et le cœcum, ouverture obtenue à l'aide de l'application d'un entérotome spécial fabriqué *ad hoc*. Pour ce faire, il fallait d'abord ouvrir le cœcum. Le chirurgien commença par diviser la paroi abdominale au niveau de cet intestin qu'il fixa à la paroi par plusieurs points de suture ; il n'ouvrit le cœcum que deux jours après et dans l'étendue strictement nécessaire. L'entérotome fut placé et laissé à demeure pendant sept jours ; au bout de ce temps, la communication était établie entre l'intestin grêle et le cœcum.

Le malade mourut peu de temps après, sans que l'anüs contre nature ait été oblitéré.

Laugier avait intitulé sa méthode *entérotomie iléo-cœcale* ; il avait en outre proposé pour les cas où l'anüs anormal siégerait à gauche de faire communiquer l'intestin grêle avec l'S iliaque.

Les deux opérations que je viens d'exposer ne me paraissent justifiables que lorsqu'on ne peut trouver le bout inférieur ; je dirai même que cette condition n'est pas suffisante à mes yeux. On ne devrait, je crois, y recourir que devant une résolution bien nettement exprimée par le malade de ne pas vivre avec une infirmité aussi dégoûtante, ou en présence d'un dépérissement rapide. Et encore à ce dernier point de vue, je ne sais si, sous le rapport de la nutrition, l'anastomose de l'intestin grêle dans le gros constituerait un bien grand avantage.

Si l'on se décidait à pratiquer une de ces redoutables opérations, c'est certainement celle de Laugier que l'on devrait préférer. Elle est incontestablement mieux conçue que celle de Maisonneuve.

Les fistules stercorales seront traitées par la cautérisation au