

A. *Traitement curatif.* 1<sup>o</sup> *Complications.* Lorsque les téguments sont irrités, érysipélateux ou calleux, il faut, avant d'opérer, les ramener à l'état normal à l'aide du repos, des lotions émollientes ou résolutive, des bains, des soins de propreté, de la compression. S'il existe de longs trajets entre l'ouverture de l'intestin et l'ouverture extérieure, on les divise. Dans les cas d'anus accidentel à ouvertures multiples, on incise les portions tégumentaires qui en sont le siège, de manière à ramener toutes ces ouvertures à une seule.

Quand la muqueuse intestinale est invaginée à travers l'orifice extérieur, on essaie de la réduire par le taxis, et une compression douce et soutenue avec les doigts huilés. Au besoin on pourrait appliquer un petit bandage compressif, à l'imitation de Desault. Ce bandage a l'inconvénient d'empêcher plus ou moins la sortie des matières, ce qui oblige à le lever de temps à autre. On comprime la tumeur de son extrémité libre à son origine.

Si la portion invaginée était étranglée et que la réduction ne pût être obtenue, on débriderait comme dans la hernie étranglée.

2<sup>o</sup> *S'il n'y a pas d'éperon, fermer l'ouverture extérieure.*

*Suture. Procédé de Lecat.* Lecat avait eu l'idée d'affronter les bords de l'ouverture préalablement avivés; mais il n'avait pu réaliser son projet. Cette idée a été mise en exécution par Bruns, qui, le troisième jour, dut enlever les fils et donner issue aux matières. Blandin a échoué également dans l'emploi de ce procédé, qui, toutefois, au rapport de Richerand, aurait réussi entre les mains de Judey. Il n'est applicable que dans les cas où il n'existe pas d'éperon, ou bien dans ceux où l'éperon est très-peu saillant; mais on doit en espérer peu de succès, car le seul contact des matières intestinales empêche la cicatrisation.

Nous avons obtenu plusieurs guérisons par l'application du fer rouge (cautère conique), engagé légèrement dans l'orifice fistuleux. La cautérisation ponctuée nous a également donné de bons résultats, ainsi que la compression permanente et graduée.

*Anaplastie.* Velpeau, soit que primitivement il n'y ait pas d'éperon, soit que l'éperon ait été détruit, c'est-à-dire après l'application de l'entérotomie, conseille le procédé suivant: on enlève le tissu inodulaire, en ménageant les couches profondes de l'ouverture, et l'on passe des fils dans les bords de la perte de substance sans aller jusqu'à l'intestin, puis on fait de chaque côté une longue incision comprenant l'aponévrose du grand oblique, afin de pouvoir rapprocher facilement les lèvres de la plaie. On noue les fils, et le malade est mis à la diète. Si ce procédé n'avait pas réussi, Velpeau aurait employé le procédé de Reybard, indiqué plus haut

(p. 354), pour les plaies intestinales, procédé dans lequel on passe les fils au travers d'une petite plaque de bois. Celle-ci eût interrompu la communication entre la plaie intérieure et l'extérieure. Velpeau avait infructueusement employé l'anaplastie indienne, essayée précédemment avec succès par Collier, puis par Blandin, pour fermer une fistule persistante à la suite de l'entérotomie, l'anaplastie par glissement, enfin l'anaplastie par intromission d'un bouchon de téguments dans le canal fistuleux; ces méthodes doivent être réservées pour les cas dans lesquels la simple compression, aidée de la cautérisation, a déjà échoué. Il ne faudrait pas non plus se hâter d'y recourir dès les premiers temps de l'accident, car de pareilles fistules, abandonnées à elles-mêmes, guérissent assez souvent spontanément, quand il n'existe plus d'obstacles au cours des matières.

M. Nélaton a employé un procédé ingénieux applicable à des orifices étroits. Une incision pratiquée à 0<sup>m</sup>,01 de distance de l'ouverture tégumentaire est continuée en profondeur jusqu'au péritoine, et donne un ruban circulaire de peau et de muscles, que l'on renverse de dehors en dedans. Un pont de téguments taillé en forme de sétou, assez long et assez large pour recouvrir les surfaces saignantes du premier lambeau, réalise le procédé à doubles lambeaux superposés de M. Roux (de Brignolles).

M. Denonvilliers a fait connaître à la Société de chirurgie (27 octobre 1852) un autre procédé. Ce professeur engagea son doigt dans l'orifice de l'intestin dont l'éperon avait été détruit par l'entérotomie, et il sépara cet orifice de la paroi abdominale en s'aidant du bistouri, avec le soin de ne pas se trop rapprocher du péritoine. On s'aperçut bientôt que l'instrument, en raison de l'épaississement de l'intestin, avait pénétré entre les deux plans de la tunique musculaire (fibres longitudinales et circulaires). On réunit par quelques points de suture les deux lèvres ainsi décollées de l'intestin, et l'on en soutint l'affrontement par une légère compression qui concourut à la guérison. Le procédé de M. Denonvilliers est certainement très-hardi et très-remarquable, mais nous le croyons d'une exécution difficile et périlleuse.

M. Gosselin a exécuté en 1854 une opération (voy. *Revue méd. chir.*, t. XVII, p. 334) ayant quelque analogie avec celle de M. Denonvilliers, pratiquée en 1849; il l'a décrite sous le nom d'*auto-plastie par inflexion ou à lambeau, après avivement préalable de toute la surface de l'intestin renversé.* La paroi abdominale était très-souple et extensible, la muqueuse herniée et la continuité de l'intestin rétablie par l'entérotomie. On pouvait dès lors supposer l'éperon détruit. M. Gosselin commença par enlever un segment

circulaire de la muqueuse, puis un autre segment également circulaire de la peau, et il réunit les surfaces avivées par la suture. Dans deux autres cas, où la peau était adhérente à l'orifice fistuleux et peu extensible, ce chirurgien exécuta l'avivement, comme nous l'avons dit, mais recouvrit les surfaces saignantes avec un lambeau tégumentaire, emprunté aux parties voisines et renversé par une légère torsion sur la plaie.

Malgaigne a donné (*Manuel de méd. opér.*, 7<sup>e</sup> édit., p. 613) un procédé du même genre sous le nom d'*autoplastie intestinale par inflexion. Double suture: l'une de l'intestin, l'autre de la paroi abdominale.* Malgaigne croyait possible la séparation de l'intestin d'avec la paroi abdominale, mais M. Legendre, qui assistait à l'opération de M. Denonvilliers, a démontré qu'on ouvrirait le péritoine si l'on voulait suivre cette indication, et que le décollement est pratiqué en réalité, soit entre la membrane muqueuse et la membrane musculaire, soit entre les deux couches de cette dernière.

Enfin Reybard a eu recours (thèse de Foucher pour l'agrégation, Paris 1857) à un procédé dont le nom suffit à le décrire: *ligature circulaire de la muqueuse renversée, autoplastie cutanée par glissement, double suture.* Le malade sur lequel on pratiqua ce procédé ne guérit pas, mais l'avantage d'assurer la réunion tégumentaire en prévenant tout contact des matières alimentaires avec la plaie était parfaitement compris et les moyens de l'obtenir très-complets.

M. Gosselin juge ainsi le procédé de Reybard :

« Il y a dans cette opération deux innovations : la ligature de la muqueuse renversée, avec l'espoir que cette ligature et probablement la portion sphacélée tomberont dans l'intestin, et la double suture maintenant exactement affrontée à elle-même la peau disséquée tout autour de l'anus contre nature et mise en contact par ses surfaces saignantes. Peut-être la peau ne se prêterait-elle pas, chez tous les sujets, à un glissement aussi étendu que celui qui serait nécessaire pour boucher avec elle, en l'affrontant de champ, une ouverture un peu considérable. Quoi qu'il en soit, je crois que Reybard aurait mieux réussi si, au lieu de lier la muqueuse intestinale, il l'avait enlevée, comme je l'ai fait, ou si, comme l'eût préféré Foucher, il avait d'abord disséqué et réuni, à la manière de Malgaigne, la paroi intestinale. » (Gosselin, *Leçons sur les hernies intestinales*, in-8<sup>o</sup>; Paris 1865.)

M. Sédillot a tenté sans succès ces divers moyens d'occlusion, à l'occasion d'un cas d'anus accidentel, dont les annales de la science ne possèdent pas d'autre exemple et que nous rapporterons plus loin.

3<sup>o</sup> *S'il existe un éperon, l'affaïsser ou le diviser, rétablir la communication entre les deux bouts de l'intestin, puis fermer la plaie extérieure.*

*Méthode de Desault.* L'indication avait été bien saisie par ce grand chirurgien. A l'aide de mèches introduites dans le bout supérieur de l'intestin, puis dans l'inférieur, et fixées au dehors par un fil qui en embrassait la partie moyenne, il cherchait à affaïsser l'éperon. La mèche, dont on augmentait successivement le volume, était soutenue par un tampon pyramidal. Quand on jugeait l'éperon assez affaïssé, on cessait l'emploi de la mèche, et l'on se bornait à fermer hermétiquement l'orifice extérieur par la compression. Cette méthode rationnelle a réussi un assez grand nombre de fois. Chez quelques individus cependant, la présence des mèches détermine de la douleur, de l'agitation, de la fièvre, et l'on est obligé d'y renoncer.

*Procédé de Dupuytren et de Colombe.* Dupuytren chercha à remplacer les mèches de Desault par un croissant d'ivoire ou d'ébène, supporté par une tige, elle-même soutenue par une plaque percée de trous pour recevoir les fils destinés à fixer l'instrument autour du bassin. Le croissant, par sa concavité, embrassait l'éperon, qu'il tendait à repousser en arrière. La tige attachée au croissant était assez mince pour ne pas empêcher le passage des matières du bout supérieur dans l'inférieur. Cet instrument doit nécessairement être plus difficilement toléré que les mèches. Dans le seul cas où on l'employa, il fallut l'enlever en raison des accidents qui survinrent.

La canule de Colombe (1827), construite d'après les mêmes indications, n'eut pas plus de succès.

Dans la méthode de Desault, on se propose d'affaïsser l'éperon ; par la méthode suivante, on le détruit.

*Méthode de Schmalkalden.* Schmalkalden (1798) proposa de traverser avec une forte ligature la base de l'éperon, et de le diviser par striction. C'est un procédé analogue à celui de la ligature dans l'opération de la fistule à l'anus. Physick, d'après Dorsey, en 1809, aurait suivi cet exemple et réussi. Les premiers essais faits par Dupuytren de cette méthode datent de 1813.

Le procédé employé par ce chirurgien n'était pas identiquement le même que celui de Schmalkalden. Ce dernier coupait l'éperon avec la ligature ; Dupuytren en voulait traverser la base, d'abord avec un fil, ensuite avec une mèche, et il espérait que l'éperon, peu à peu distendu et ulcéré, finirait par se rompre. Dupuytren, impatient, dit-on, des lenteurs de son procédé, incisa à petits coups de ciseaux la partie la plus reculée de la cloison, et détermina une