

gauche. Pour les hernies volumineuses, on devra débrider autant que possible sans ouvrir le sac ; et, dans tous les cas, réunir par première intention, soit avec des bandelettes agglutinatives, soit par la suture. Mais il faut bien ajouter que l'étranglement pur est fort rare ; et que le débridement avec ou sans ouverture du sac, lorsqu'il y a inflammation, est presque également dangereux. M. Luke a opéré 3 hernies ombilicales : la première, avec le sac ouvert, a guéri ; des deux autres, opérées sans ouvrir le sac, l'une s'est terminée par la mort.

5° De l'anüs contre nature.

L'anüs contre nature résulte d'une large ouverture à l'intestin, quelquefois avec perte de substance, et communiquant à l'extérieur par un trajet fistuleux. Une plaie intestinale étroite ne donne lieu qu'à une fistule stercorale, et guérit le plus souvent d'elle-même.

L'orifice extérieur de l'anüs contre nature est généralement simple, quelquefois avec plusieurs petites fistules adjacentes en forme d'arrosoir, mais qui s'ouvrent dans un trajet unique avant d'arriver à l'intestin. L'intestin reste pour l'ordinaire caché derrière la paroi abdominale ; mais il n'est pas rare de voir sortir en se renversant, soit le bout supérieur, soit le bout inférieur, et même les deux bouts à la fois.

En dehors de cette complication, la disposition des bouts de l'intestin varie encore au fond de la plaie. Quand il n'y a eu qu'une section partielle, ce qui est le cas le plus commun, ils forment à leur point d'union un angle plus ou moins aigu, qui fait saillie à l'intérieur de l'intestin, et gêne déjà plus ou moins le passage des matières du bout supérieur dans l'inférieur. Mais quand toute une anse de l'intestin a été détruite, les deux bouts sont parallèles dans une plus ou moins grande étendue ; le bord de la cloison qui les sépare empêche complètement le passage des fèces de l'un dans l'autre ; et c'est ce bord saillant qu'on nomme l'éperon. On voit par ce peu de mots que son existence n'est rien moins que constante.

Une disposition plus rare est celle où l'anse intestinale a été partiellement divisée à l'un et à l'autre bout ; l'intestin s'ouvre alors au fond de la fistule par deux orifices ; on a même vu un cas où il y avait deux anus contre nature à côté l'un de l'autre, séparés par un pont de téguments. Enfin, chose plus rare encore, le bout inférieur peut être oblitéré dans le ventre, le supérieur seul s'ouvrant dans la plaie ; toute opération devient alors impraticable.

Scarpa a observé aussi un assez curieux phénomène : les deux bouts de l'intestin retirés dans l'abdomen, et ne communiquant avec la fistule que par une sorte de conduit membraneux formé par le

péritoine pariétal. C'est ce qu'il appelait l'*entonnoir membraneux*, auquel il faisait jouer un si grand rôle dans la cure spontanée de l'anüs contre nature. Mais j'ai fait voir que cet entonnoir n'est pas constant ; dans un bon nombre de cas, les bords de la section intestinale se prolongent fort avant dans le trajet fistuleux, et vont même se réunir presque directement avec la peau. Dans ces cas, les valvules de la muqueuse dirigent vers l'ouverture les matières fécales ; et la muqueuse elle-même tapissant le trajet oppose un obstacle insurmontable à l'adhésion de ses parois. Il y a donc des anus contre nature qui se prêtent très bien à la guérison, et même à la guérison spontanée, lorsque la muqueuse est retirée avec l'intestin au fond de l'entonnoir membraneux ; mais lorsqu'elle adhère aux parois du trajet fistuleux, il faut absolument les décoller pour obtenir l'oblitération de celui-ci.

On pallie l'anüs contre nature en bouchant l'ouverture extérieure avec un obturateur quelconque, jusqu'à ce que des coliques avertissent le malade du besoin de rendre ses excréments ; ou en soutenant les bords de l'ouverture au moyen d'un cercle d'ivoire ou d'acier, garni à sa circonférence d'un bourrelet de crin et recouvert de taffetas ciré, percé au centre seulement d'une ouverture facile à obturer ; ou encore en y adaptant un réceptacle de métal ou d'ivoire, maintenu, selon les cas, par un brayer ou par une ceinture élastique. Mais ce qui nous intéresse particulièrement est le traitement curatif.

Lorsque l'anüs contre nature est simple, sans complication de fistules multiples et de renversement de l'intestin à l'extérieur, sans complication d'éperon à l'intérieur, l'unique indication est de fermer la plaie extérieure et la plaie de l'intestin. Mais on comprend que la présence des complications tant externes qu'internes exige des opérations préliminaires, dont nous allons d'abord nous occuper.

4° *Traitement des complications extérieures.* — La première consiste dans la présence de fistules multiples ; il faut les réunir en une seule, en ménageant d'ailleurs les téguments.

Une seconde est l'étroitesse du trajet fistuleux. On le dilate à l'aide de sondes, de tentes de racine de gentiane, de cylindres d'éponge préparée ; au besoin même en agrandissant la fistule avec le bistouri.

Mais la complication la plus grave est le renversement de l'intestin au dehors. On essaye avant tout de le réduire par le taxis ordinaire. Si le bout renversé est tuméfié, on l'enveloppe d'un bandage roulé en doinaires, exerçant une compression sagement modérée, et

qui aille en diminuant du sommet à la base de la tumeur. Si au renversement se joint l'étranglement, on débride en portant le bistouri à la racine de la tumeur, entre elle et la peau, et en divisant en haut et successivement la peau, les aponévroses et les muscles.

Enfin il se peut que des adhérences rendent la réduction impossible; l'unique ressource est d'opérer la résection du bout intestinal sorti au dehors. Dupuytren appliquait son entérotome à la base; Blandin y serrait une ligature: on pourrait tout aussi bien recourir à l'écrasement linéaire ou à la cautérisation.

2° *Destruction de l'éperon. Procédé de Dupuytren.* — Nous venons déjà de nommer l'entérotome de Dupuytren, sorte de pince composée de deux branches séparées, dont l'une, branche *femelle*, offre sur un de ses côtés une gouttière assez large et profonde pour recevoir le bord aigu de la branche *mâle*; le fond de cette gouttière est ondulé, et le bord de la branche qui doit y pénétrer présente des ondulations correspondantes, afin d'augmenter l'étendue de la surface que les pinces doivent saisir. Ces deux branches se réunissent à volonté à l'aide d'un pivot mobile adhérent à la branche femelle, et reçu par une mortaise de l'autre branche. Au delà du point de réunion, elles offrent chacune un manche de longueur inégale, lesquels se rapprochent au degré que l'on veut, à l'aide d'une vis de pression. L'instrument a en tout 19 centimètres de longueur; et les branches destinées à pénétrer dans l'intestin sont longues de 11 centimètres.

Il faut d'abord découvrir les deux orifices de l'intestin, ce qui est souvent difficile. Le bout supérieur, versant les matières fécales, se reconnaît assez bien à la simple introduction du doigt; et si l'on rencontre l'éperon, il est aisé ensuite de trouver l'autre. Quand la disposition variable des bouts de l'intestin rend l'introduction du doigt difficile, on y supplée avec deux sondes de femme, qu'on introduit, la première dans le bout intestinal supérieur, et la seconde dans l'inférieur; si l'on essaye alors de les faire tourner l'une sur l'autre, la résistance qu'on éprouve et la douleur causée au malade indiquent le tiraillement et la tension de la cloison. Il est essentiel aussi de s'assurer qu'on peut les rapprocher sans pincer entre eux une anse d'intestin intermédiaire; ce qui serait un obstacle absolu à l'opération.

La position des deux bouts étant donc reconnue, l'opérateur saisit de la main droite une des branches de l'entérotome; et sur le doigt indicateur ou sur la sonde de femme, il la fait glisser dans l'un des bouts de l'intestin, à 5 centimètres de profondeur ou plus, selon la saillie de l'éperon. Cette branche est confiée à un

aide, et la seconde est portée de même dans l'autre orifice à égale profondeur. On les réunit alors par leur pivot, et on les rapproche graduellement à l'aide de la vis de pression, que l'on fait agir chaque fois que du relâchement se montre entre les branches. Chaque nouveau tour de vis cause des coliques de peu de durée, assez rarement des accidents plus graves. On conçoit facilement l'effet de l'entérotome. Il augmente la longueur du parallélisme des deux bouts de l'intestin, étend leur cloison intermédiaire, et détermine, par la pression qu'il exerce sur cette cloison, d'abord des adhérences solides entre ses deux feuillettes, puis la section complète des parties serrées entre les mors des pinces. C'est d'ordinaire au huitième jour, quelquefois avant, qu'il devient mobile et tombe; on trouve alors dans le fond de la gouttière femelle une eschare brune, sèche, en forme de lanière ondulée très mince, et dont la longueur donne celle de la perte de substance éprouvée par l'intestin.

Le doigt introduit dans la fistule reconnaît les débris de la cloison à leurs bords sinueux, durs et engorgés, qui contrastent avec la souplesse de la muqueuse voisine. Dès lors une vaste communication est ouverte entre les deux bouts d'intestin, et l'on favorise par des lavements répétés le passage des matières dans le bout inférieur.

On a proposé diverses modifications à l'instrument de Dupuytren; elles ne font autre chose que nuire à sa simplicité.

La section de l'éperon à l'aide de l'entérotome, au dire de Dupuytren, ne serait pas bien périlleuse. Sur 41 sujets opérés soit par lui, soit par d'autres, de 1813 à 1824, 3 seulement auraient succombé, l'un à une indigestion, l'autre à une péritonite, le dernier à un épanchement présumé des matières stercorales dans le péritoine; des 38 autres, le plus grand nombre n'aurait éprouvé aucun accident fâcheux, quelques-uns seulement ayant offert des phénomènes de péritonite facilement conjurés. Il est très vrai que l'entérotome excite à peine quelques douleurs chez certains sujets; mais je n'oserais dire que c'est là le cas le plus commun. Sam. Cooper rapporte un cas où Dupuytren lui-même fut obligé par trois fois, à cause des accidents, de retirer l'entérotome; M. Jobert a vu une pression un peu forte de l'instrument déterminer tous les symptômes de l'étranglement, qui ne cessèrent que lorsqu'on eut desserré les branches; Lisfranc avait été arrêté aussi par des accidents qui semblaient indiquer la striction d'une anse intestinale entre les mors de l'entérotome. M. Velpeau ne paraît avoir appliqué cet instrument qu'une fois; sa malade succomba à un épanchement

des matières stercorales, par défaut d'adhérences de l'intestin pincé.

Dupuytren ajoute que sur les 38 sujets survivants, 29 sont arrivés à une guérison complète. C'est ici surtout que le tableau me paraît un peu trop flatté; tous les chirurgiens savent, et Dupuytren l'a répété lui-même à satiété, combien il est difficile de fermer la plaie extérieure, même après la plus heureuse application de l'entérotome; la fistule se rétrécit d'abord très notablement, ce qui a pu faire croire à une guérison prochaine; mais ensuite elle demeure stationnaire, et offre une résistance opiniâtre. Je me bornerai à rappeler un fait d'anus ombilical donné comme guéri par les éditeurs des *Leçons orales de Dupuytren*; j'ai revu le sujet à Bicêtre; il n'avait jamais été guéri et n'avait aucune espérance de l'être.

Enfin, même après la guérison confirmée, il importe de savoir que la section de l'intestin, revêtue de tissu inodulaire, est exposée à se rétrécir. Lesauvage avait opéré sur l'éperon une section de 5 centimètres et demi au moins; au bout d'un mois la plaie extérieure était fermée. Mais quatre mois plus tard elle s'était rouverte, et une diarrhée continue finit par amener la mort. L'autopsie fit voir que l'ouverture de communication entre les deux bouts de l'intestin était réduite au point d'admettre à peine le bout du doigt.

3° *Fermeture de la plaie extérieure et de la plaie de l'intestin.* — Ce n'est pas sans raison que je signale l'une et l'autre plaie. En effet, avant moi, les chirurgiens s'occupaient exclusivement de la plaie extérieure, qu'on essayait d'oblitérer par la compression, la cautérisation, les divers procédés autoplastiques. J'ai déjà mentionné ailleurs (p. 20) l'avivement en cuvette imaginé par M. Velpeau, et la suture ne comprenant que les parties molles extérieures sans atteindre l'intestin. Par ce procédé, la fistule se trouve transformée en une sorte de cavité dont le fond est moins large que l'entrée; on ne peut donc en mettre la portion cutanée en contact sans forcer le fond à se fermer complètement; et d'un autre côté, les fils ne pénétrant pas jusqu'à l'intestin, on évite que les humidités intestinales tendent à en suivre le trajet. Aussi, pour ce qui concerne la réunion de la plaie extérieure, peu de procédés offrent autant d'avantages; mais il ne remplit toujours que la moitié de l'indication. C'est à la solution de continuité de l'intestin qu'il faut surtout s'attaquer. Lorsque le bord de l'intestin se prolonge dans la fistule et jusqu'à l'orifice extérieur, en dirigeant de ce côté les matières intestinales, une condition indispensable du succès est d'interrompre cette continuité, et de reporter la muqueuse et ses valvules en sens con-

traire. Alors même que l'intestin s'arrête juste au niveau du péritoine, il est à noter que la muqueuse se renverse en dehors et nuit à l'affrontement exact, comme dans les plaies intestinales récentes; il faut la replier en dedans, et réunir les bords de l'intestin par leur face externe. De là le procédé suivant, que j'ai appliqué sur le vivant avec un succès complet, et qui a pareillement donné deux succès remarquables à M. Nélaton et à M. Denonvilliers.

Procédé de l'auteur. — Je commence par aviver le trajet anormal dans toute son épaisseur, jusqu'à l'intestin exclusivement, en détachant avec soin celui-ci de ses adhérences extérieures, et prenant garde cependant que ces adhérences sont quelquefois fort peu étendues, et qu'en les décollant au delà d'un demi-centimètre, on risquerait d'ouvrir le péritoine. Je renverse alors en dedans, sans les aviver, les deux lèvres de l'intestin, et je les réunis par la suture en piqué, de manière à les adosser par leur surface externe. Par-dessus cette première suture, il ne reste qu'à aviver et réunir les chairs et les téguments par la suture entortillée ou la suture enchevillée, en prenant d'ailleurs toutes les précautions nécessaires pour éviter le tiraillement des parties, et recourant au besoin aux divers procédés autoplastiques.

Comme on le voit, le point essentiel de ce procédé consiste à isoler l'intestin, et à replier en dedans ses deux lèvres pour fermer la plaie extérieure par-dessus. Quand l'intestin ne déborde pas le niveau du péritoine pariétal, les adhérences qu'il contracte avec cette membrane n'ont quelquefois que 3 à 4 millimètres de largeur, et le péritoine risque beaucoup d'être ouvert. Pour élargir ces adhérences, M. Laugier avait eu l'idée de traverser toutes les parties, à un centimètre environ de l'orifice intestinal, avec des épingles dont la pointe s'enfoncerait dans des bouchons logés dans l'intestin. C'est une idée qui vaut la peine d'un sérieux examen.

Art. IV. — Des ouvertures à pratiquer à l'estomac ou aux intestins.

1° De la gastrotomie.

On a détourné ce nom, qui s'appliquait autrefois aux ouvertures faites au ventre même, pour l'appliquer aux incisions de l'estomac. Les annales de l'art contiennent quelques exemples d'incisions ainsi faites pour retirer des corps étrangers impossibles à extraire au-