



UNIVERSITÉ DE GENÈVE

# ÉTUDE

SUR LES DIVERSES

# MÉTHODES DE TRAITEMENT

DE

# L'ANUS CONTRE NATURE

AVEC VINGT-NEUF FIGURES DANS LE TEXTE

PAR

**L.-Eug. GCETZ**

MÉDECIN DIPLOMÉ DE LA CONFÉDÉRATION SUISSE  
ANCIEN PROSECTEUR DE LA FACULTÉ  
ANCIEN ASSISTANT INTERNE A LA CLINIQUE CHIRURGICALE.

## THÈSE

*présentée à la Faculté de Médecine pour obtenir le grade  
de Docteur en Médecine.*



Mémoire couronné par la Faculté de Médecine de Genève.  
Prix Bizot. — Concours 1889.



GENÈVE

IMPRIMERIE RIVERA ET DUBOIS, 5, QUAI DES MOULINS

1890



UNIVERSITÉ DE GENÈVE

# ÉTUDE

SUR LES DIVERSES

# MÉTHODES DE TRAITEMENT

DE

# L'ANUS CONTRE NATURE

AVEC VINGT-NEUF FIGURES DANS LE TEXTE

PAR

**L.-Eug. GOETZ**

MÉDECIN DIPLOMÉ DE LA CONFÉDÉRATION SUISSE  
ANCIEN PROSECTEUR DE LA FACULTÉ  
ANCIEN ASSISTANT INTERNE A LA CLINIQUE CHIRURGICALE

**T H È S E**

*présentée à la Faculté de Médecine pour obtenir le grade  
de Docteur en Médecine.*

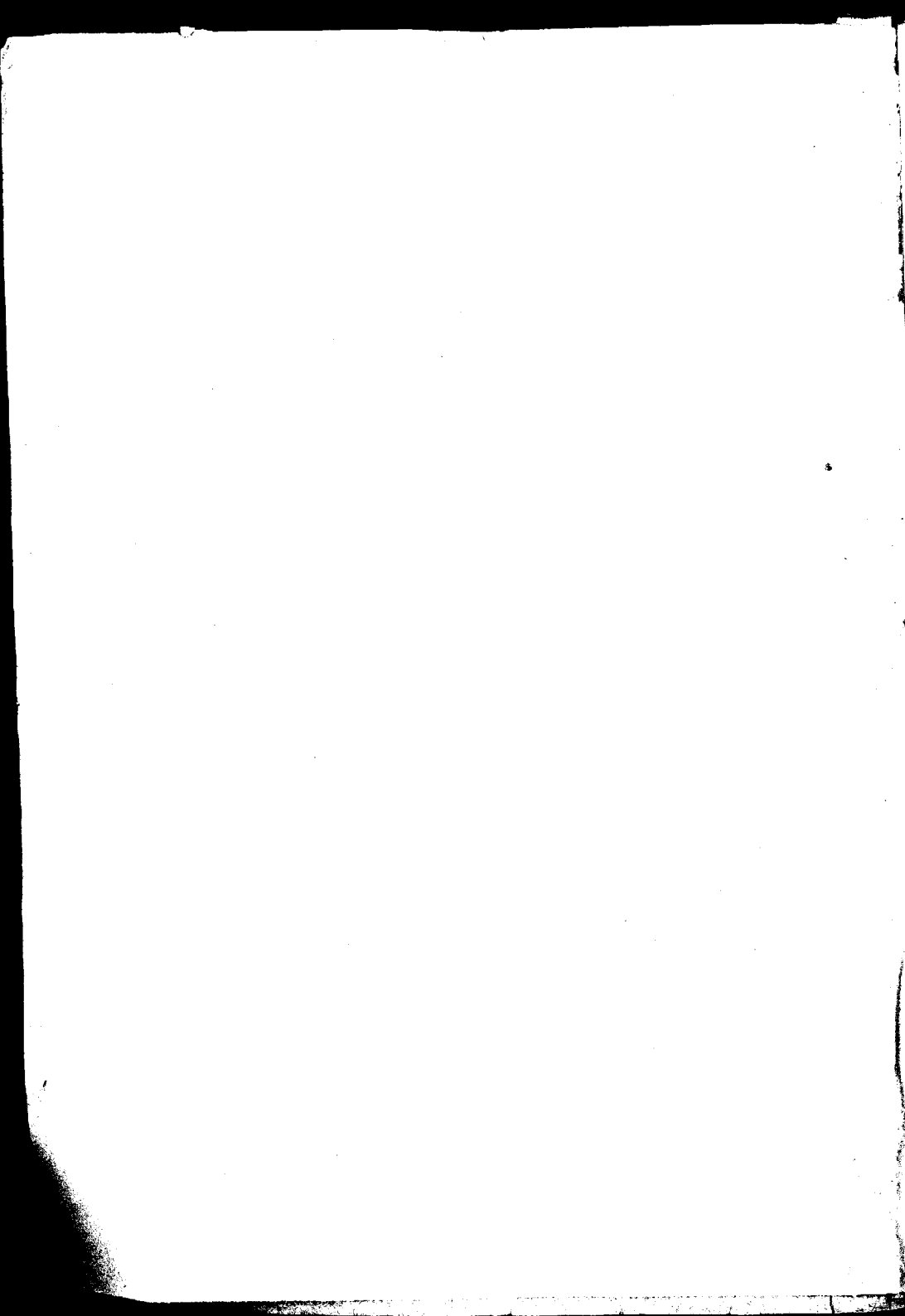
Mémoire couronné par la Faculté de Médecine de Genève.  
Prix Bizot. — Concours 1889.

GENÈVE

IMPRIMERIE RIVERA ET DUBOIS, 5, QUAI DES MOULINS

1890

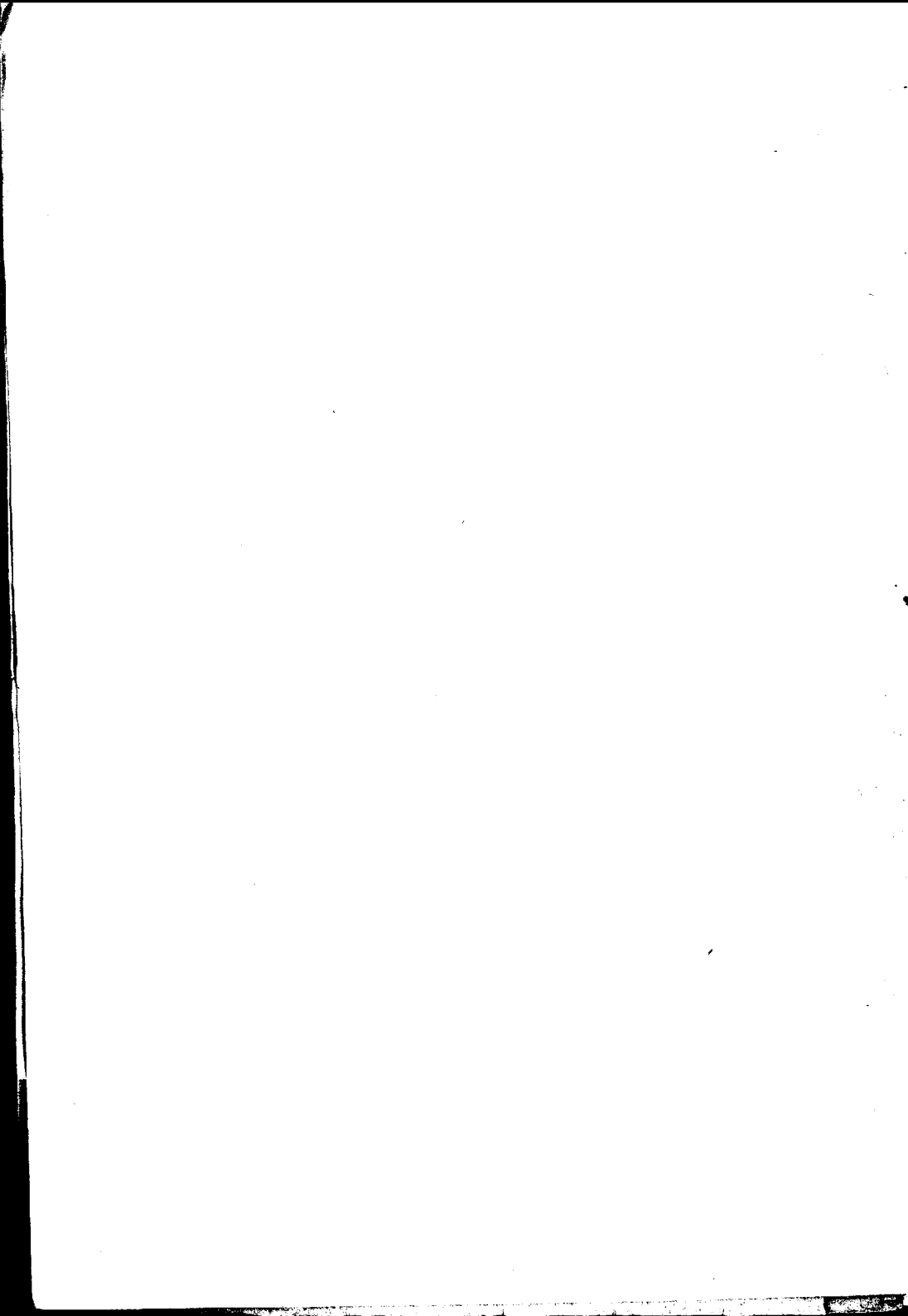




A LA MÉMOIRE DU DOCTEUR BIZOT

ANCIEN CHIRURGIEN EN CHEF DE L'HÔPITAL DE GENÈVE

Fondateur du Prix Bizot.



A MON VÉNÉRÉ MAITRE  
LE PROFESSEUR P<sup>R</sup> JULLIARD

HOMMAGE DE RECONNAISSANCE

(Internat 1886-1889.)

---

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LASKOWSKI

HOMMAGE RESPECTUEUX

(Prosectorat 1885-1886.)

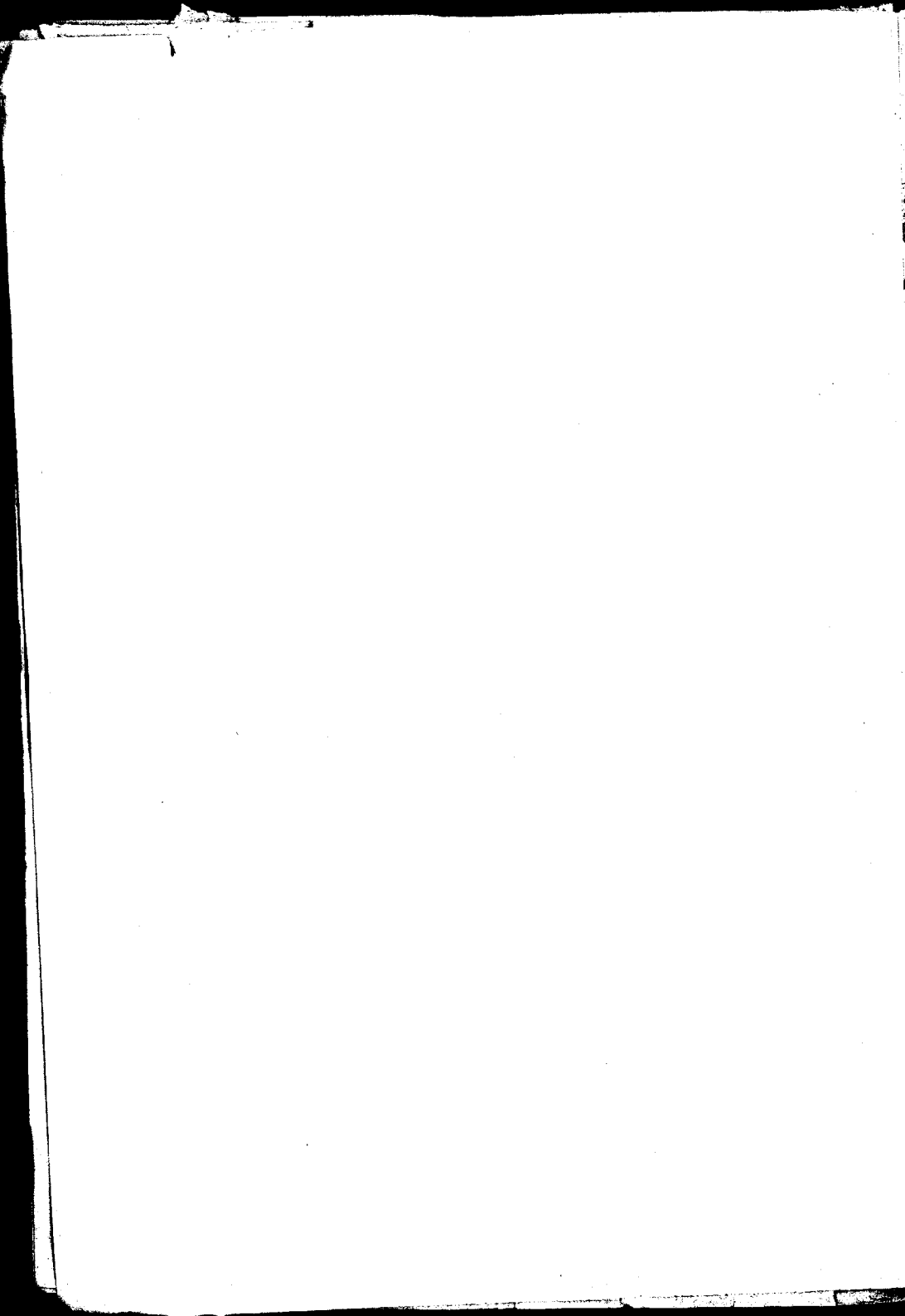


## TABLE DES MATIÈRES

---

	Pages.
CHAPITRE I. — Anatomie et physiologie pathologiques intéressant spécialement le traitement . . . . .	5
CHAP. II. — Guérison spontanée . . . . .	19
CHAP. III. — Traitement médical . . . . .	29
CHAP. IV. — Rétablissement du cours des matières . . . . .	37
1 <sup>o</sup> Refoulement de l'éperon . . . . .	38
2 <sup>o</sup> Section de l'éperon sans entérotome . . . . .	41
3 <sup>o</sup> Section de l'éperon avec entérotome . . . . .	49
CHAP. V. — Occlusion de l'orifice anormal . . . . .	85
1 <sup>o</sup> Compression . . . . .	86
2 <sup>o</sup> Cautérisation . . . . .	91
3 <sup>o</sup> Anaplastie (et entérorrhaphie latérale). . . . .	94
CHAP. VI. — Rétablissement du cours des matières et occlusion de l'orifice anormal . . . . .	137
1 <sup>o</sup> Entérotomie et anaplastie . . . . .	137
2 <sup>o</sup> Entérectomie secondaire . . . . .	160
CHAP. VII. — Exposé général du traitement de l'anus contre nature simple . . . . .	254
CHAP. VIII. — Traitement des complications . . . . .	262
CHAP. IX. — Traitement palliatif. . . . .	275
Bibliographie . . . . .	277

---



## INTRODUCTION

---

Guyon, dans son article du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, dit, en parlant de l'anus contre nature en général : « Cette dénomination peut être appliquée à toute ouverture anormale à travers laquelle les matières intestinales s'écoulent au dehors d'une façon permanente. L'anus contre nature peut donc être distingué, selon sa cause, en anus contre nature congénital, accidentel et artificiel ou chirurgical. Ces trois espèces sont cependant essentiellement différentes, aussi tous les auteurs ont-ils décrit l'anus contre nature congénital avec les vices de conformation de l'anus et du rectum, et l'anus contre nature artificiel à propos des opérations chirurgicales destinées à créer une voie artificielle au cours des matières fécales.

« Dans le langage chirurgical usuel la dénomination d'anus contre nature s'applique donc d'une façon presque exclusive à l'anus accidentel. »

Nous nous conformerons aux indications de cet auteur et nous nous occuperons uniquement dans ce travail du traitement de l'anus contre nature accidentel. Malgré cette restriction, notre champ d'études est en-

core très vaste, car la réunion des matériaux épars dans la science ainsi que la description et l'appréciation des nombreuses méthodes de traitement de cette affection, donnera lieu à un mémoire déjà fort volumineux.

Nous réunirons en outre, sous la dénomination générale d'anús contre nature, la fistule stercorale et l'anús contre nature proprement dit, car il nous a paru inutile d'adopter deux termes différents pour indiquer, l'un, une forme de la maladie, l'autre, la maladie elle-même. Du reste cette distinction prête à de nombreuses confusions, aussi chaque auteur donne-t-il au mot fistule stercorale une définition plus ou moins nette et plus ou moins logique. Ainsi Pollosson dit : « On divise les fistules intestinales en deux groupes : 1° L'anús contre nature, dans lequel l'ouverture livre passage à la plus grande partie ou à la totalité des matières ; 2° la fistule stercorale, par laquelle s'échappe seulement une petite partie des mêmes matières, les autres continuant à suivre la voie naturelle. »

Mais à quel moment l'anús contre nature devient-il fistule stercorale et vice versa ? c'est ce que l'auteur ne parvient pas à nous expliquer ; de là toute une série de cas intermédiaires que l'un appellera d'une façon, l'autre de l'autre ; il en résulte donc une confusion fort regrettable.

König, dans son *Traité de pathologie externe*, donne une définition beaucoup plus nette en disant : « Lorsque, par suite des conditions anatomiques de l'intestin et de la fistule, tout le contenu intestinal sort par l'ouverture des parois abdominales au lieu d'être évacué par les voies naturelles, il est d'usage de donner à la fistule présentant ces caractères le nom d'anús contre

nature ; si une partie seulement du contenu de l'intestin s'écoule au dehors on l'appelle fistule stercorale. »

D'autres auteurs ont pris simplement comme signe différentiel la plus ou moins grande largeur de l'orifice anormal.

D'autres enfin se sont attachés surtout à la constitution du trajet qui réunit l'orifice intestinal avec l'orifice cutané, et ont appelé fistule stercorale la fistule tubulaire, et anus contre nature la fistule labiée.

Ces définitions sont toutes plus ou moins arbitraires, et celle de König est la seule qui soit admissible ; il serait donc préférable, pour éviter tout malentendu, de se servir d'un terme unique, qui serait par exemple *Fistule intestinale*.

Quant à nous, si nous n'adoptons pas cette nouvelle appellation, c'est simplement afin de ne pas augmenter la terminologie médicale ; et, comme nous l'avons dit plus haut, nous emploierons presque exclusivement le terme d'anus contre nature.

Depuis une quinzaine d'années, la thérapeutique de l'anus accidentel est entrée dans une nouvelle voie qui lui a été ouverte par l'antisepsie, et beaucoup de chirurgiens, surtout en Allemagne, s'y sont lancés et ont cru trouver au début dans l'*Entérectomie secondaire* un moyen infaillible de guérir presque tous les patients atteints de cette répugnante infirmité.

Bientôt cependant l'engouement du début a dû diminuer en présence de la mortalité élevée et réellement effrayante à laquelle a donné lieu la nouvelle intervention ; on a cherché dès lors et l'on cherche encore aujourd'hui à en perfectionner le manuel opératoire ; mais, malgré les nombreuses recherches et les nombreux travaux qui ont été faits sur ce sujet, l'on est

encore fort peu avancé. Aussi toute une catégorie de chirurgiens, et à leur tête : Körte, von Bergmann, Bruns, Pollosson, etc..., ont cru devoir retourner aux anciennes méthodes, en les faisant cependant bénéficier, autant que faire se pouvait, des progrès de l'antisepsie moderne et ils ont réservé l'entérectomie secondaire pour les cas où aucun autre procédé ne pouvait être appliqué.

Notre but, en entreprenant ce travail, est de comparer entre eux les résultats fournis, d'un côté par les anciennes méthodes et de l'autre par les nouvelles, afin de pouvoir, en nous appuyant sur un grand nombre de faits, exposer le meilleur mode de traitement pour chaque cas d'anüs contre nature pris en particulier. Nous verrons aussi si nous pouvons admettre l'entérectomie comme méthode de choix ou si, à l'exemple de Körte, von Bergmann, etc., nous sommes forcé de la reléguer au second plan.

A cet effet, nous sommes parvenu à recueillir environ 215 observations d'anüs contre nature dont 20 sont inédites.

De ces 20, quatre nous ont été données par notre maître, le professeur Julliard, auquel nous témoignons ici toute notre reconnaissance pour les nombreux et savants conseils qu'il nous a donnés, ainsi que pour la bienveillance qu'il n'a cessé de nous témoigner pendant les trois années que nous avons passées sous sa direction.

Les 16 autres ont été remises à notre collègue le Dr Kummer, en réponse à une circulaire qu'il a envoyée à plusieurs chirurgiens; il a bien voulu nous confier la publication de ces cas; nous l'en remercions.

## CHAPITRE PREMIER

### **Anatomie et Physiologie pathologiques.**

Nous n'avons nullement l'intention d'entamer une étude anatomo-pathologique complète, ce serait sortir complètement de notre sujet ; cependant il nous paraît indispensable de réunir dans un même chapitre les données principales que nous fournissent l'anatomie et la physiologie pathologiques en insistant surtout sur celles qui nous permettent de tirer quelques déductions thérapeutiques ; en outre, chemin faisant, nous signalerons, en les expliquant autant que possible, les complications multiples que peut présenter l'affection qui fait le sujet de ce mémoire ; nos études subséquentes seront ainsi considérablement facilitées, car de chaque disposition anatomique spéciale naît souvent une indication ou une contre-indication à l'emploi de tel ou tel procédé opératoire.

On peut considérer à tout anus contre nature quatre parties, qui sont :

- 1° *Un orifice cutané.*
- 2° *Un trajet.*
- 3° *Un orifice intestinal.*
- 4° *Une disposition spéciale de l'intestin.*

1° *Orifice cutané.* — Cet orifice peut occuper une

partie quelconque de la surface abdominale; témoin ce cas de Dittel (observation 206) où il était situé dans la région lombaire; cependant, comme la plupart du temps l'anus contre nature succède à une hernie étranglée et gangrenée, il siège de préférence dans les régions inguinales, crurales ou ombilicale.

Si les téguments ont été complètement détruits, l'orifice sera unique, c'est ce qui arrive presque constamment lorsque l'anus contre nature est établi par le chirurgien; mais lorsque c'est la gangrène seule qui a attaqué la paroi on voit parfois se former deux ou plusieurs orifices, et même dans un cas le contenu intestinal s'écoulait au dehors à travers un nombre considérable de pertuis comme à travers une grille d'arrosoir. Ces derniers faits considérés au point de vue thérapeutique nous conduisent immédiatement en pleine complication; dans ces cas, les méthodes opératoires devront être en général modifiées, soit pour transformer les orifices multiples en un seul, soit pour les faire disparaître d'un coup en guérissant l'anus contre nature lui-même.

Signalons en passant une seconde complication, très rare il est vrai, mais qui doit être constamment présente à l'esprit du chirurgien. Dans certains cas, à chaque orifice cutané correspond un orifice intestinal situé ou non sur la même anse; si ces dispositions, le cas échéant, ne sont pas diagnostiquées d'une manière exacte, elles exposent le médecin à commettre des bévues opératoires fort préjudiciables au malade. Hâtons-nous d'ajouter que le plus souvent à deux ou plusieurs orifices cutanés correspond un seul orifice intestinal; au point de vue des indications thérapeutiques, cette complication est beaucoup moins sérieuse

que la précédente. Nous verrons du reste plus loin quelles sont les mesures à prendre dans ces différents cas.

La forme de l'ouverture cutanée est extrêmement variable; le plus souvent elle est irrégulièrement arrondie ou ovalaire et présente un diamètre qui varie de quelques millimètres à cinq centimètres et plus.

Les bords se continuent en dehors avec le tégument de l'abdomen en revêtant volontiers un aspect froncé, et en formant comme des plis radiés. La peau avoisinante subissant constamment le contact irritant de matières plus ou moins fécales, devient le siège d'une inflammation chronique, s'épaissit, s'indure et dès lors sera peu favorable à la réunion par première intention lors d'une opération plastique; en outre, diverses poussées aiguës, telles que : eczéma, érythème, érysipèle, viendront aggraver la situation déjà pénible du malade.

2° *Trajet*. — Le conduit qui réunit l'orifice cutané avec l'orifice intestinal se nomme trajet; il a une importance excessivement considérable au point de vue du traitement de l'anus contre nature une fois le cours des matières rétabli, et de sa constitution anatomique, variable du reste, dépendent de nombreux procédés opératoires.

Ce trajet peut être très court, et même paraître parfois ne pas exister; cette disposition se rencontre surtout à la suite de plaie pénétrante de l'abdomen ou de certaines interventions chirurgicales lorsque l'intestin est venu faire hernie à l'extérieur et a contracté des adhérences ou a été suturé avec les lèvres cutanées de la plaie.

Au contraire, lorsque l'anus contre nature a succédé à une hernie étranglée, ce trajet peut avoir une longueur considérable. Avec la plupart des chirurgiens français on peut alors lui considérer deux portions : l'une extra-péritonéale limitée à l'épaisseur des parois abdominales, l'autre intra-péritonéale se continuant souvent sans ligne de démarcation avec la précédente et se terminant à l'intestin ; c'est à cette seconde portion que Scarpa a donné le nom d'entonnoir membraneux et Dupuytren celui d'infundibulum.

C'est cette portion du trajet qui influe le plus sur la guérison spontanée de l'affection qui nous occupe.

En effet, dans l'anus contre nature, l'anse intestinale qui vient s'ouvrir à l'extérieur est constamment attirée du côté de la cavité abdominale par deux forces qui sont : 1° La traction du mésentère (Dupuytren) ; 2° les mouvements péristaltiques de l'intestin lui-même (Demeaux, König) ; ces deux forces ont une résultante telle, que chez deux individus elle a suffi pour rompre l'adhérence qui unissait les deux bouts de l'intestin aux parois de l'abdomen et donner lieu consécutivement à des épanchements mortels de matières stercorales dans le ventre (Dupuytren).

Sans aller cependant, dans la plupart des cas, jusqu'à rompre les adhérences, elle les distend cependant petit à petit, allonge en le rétrécissant de plus en plus l'infundibulum, qui finit souvent par n'être plus qu'un étroit canal, puis s'oblitére complètement et n'est plus alors représenté que par un cordon plus ou moins long, plein, et formé de tissu cellulaire qui unit pendant quelque temps encore l'intestin aux parois de l'abdomen, enfin ce cordon lui-même disparaît dans la suite et il ne reste plus alors, comme dernier vestige du pro-

cessus, qu'une cicatrice de l'intestin et du péritoine pariétal au niveau des points occupés autrefois par la fistule ; pendant ce temps l'orifice extérieur se cicatrise et c'est ainsi que se fait petit à petit la guérison spontanée de l'anus contre nature.

Cette marche régulière vers la guérison a pu être suivie pas à pas par les divers observateurs ; ainsi Lallemand, en faisant l'autopsie d'un malade mort plusieurs années après la cicatrisation d'un anus contre nature, a trouvé le cordon dont nous venons de parler, représenté par un tube étroit tapissé à son intérieur par la muqueuse.

Cruveilhier, Dupuytren et Jacobson ont signalé un cordon plein, et Schröder enfin, dans un cas, ne constate que les deux cicatrices pariétale et intestinale.

L'issue favorable dont nous venons de parler est malheureusement relativement rare, car pour que la guérison spontanée de l'anus contre nature puisse avoir lieu, il faut l'intervention et la combinaison de plusieurs autres circonstances dont nous parlerons bientôt.

La cavité que nous venons d'étudier ou infundibulum peut d'autre part être le point de départ d'accidents plus ou moins graves ; car, l'orifice cutané se rétrécissant trop rapidement et le libre écoulement des matières n'étant plus possible, celles-ci s'accumulent dans l'entonnoir membraneux et donnent lieu parfois à la complication appelée engorgement de l'entonnoir membraneux.

Quel est en dernier lieu le revêtement du trajet ?

Pour Scarpa, dans l'anus contre nature consécutif à une hernie étranglée et gangrenée, c'est le sac lui-même qui constitue la paroi de l'infundibulum. Plus

tard Dupuytren, Velpeau, Jobert et d'autres ont démontré d'une façon irréfutable que le sac disparaît ou se transforme petit à petit et que le trajet est tapissé soit par une membrane formée de bourgeons charnus (pseudomembrane de Foucher), soit par la muqueuse même de l'intestin.

Dans le cas de plaie pénétrante de l'abdomen, l'intestin venant faire hernie à l'extérieur, sa muqueuse se soude volontiers aux lèvres de la plaie cutanée, et dès lors en s'enfonçant dans l'abdomen formera de toutes pièces le trajet. Cette disposition anatomique se voit aussi fréquemment lorsque dans le cas d'étranglement herniaire c'est le chirurgien qui établit lui-même l'anus contre nature ; dès lors il est aisé de comprendre que l'orifice cutané et le trajet qui lui correspond ne s'oblitéreront jamais spontanément, car comme chacun le sait, il est impossible à deux membranes revêtues d'épithélium d'adhérer l'une à l'autre ; il ne faudra pas non plus tenter la suture directe de l'orifice à moins d'avoir au préalable fait disparaître la muqueuse soit par l'excision, soit par la cautérisation ou mieux encore après l'avoir disséquée convenablement et s'en être servi pour oblitérer l'orifice intestinal.

Bien différents à tous les points de vue sont les cas où le trajet est tapissé par une membrane bourgeonnante ; celle-ci, en effet, comme son nom l'indique, a une tendance continuelle à former de nouveaux bourgeons charnus qui rétrécissent de plus en plus le canal soit par leur formation même, soit par la rétraction secondaire qui succède à tout processus cicatrisant.

C'est ainsi que s'explique la tendance constante qu'a, dans ces cas, l'orifice extérieur à se rétrécir. Si

le cours normal des matières n'est pas encore rétabli, il s'en suivra naturellement des accidents plus ou moins graves et auxquels il faudra immédiatement porter remède ; si au contraire il est rétabli, la guérison spontanée pourra facilement s'effectuer. C'est aussi dans ces cas que l'on verra l'entérotome donner de beaux succès.

König, dans son traité de pathologie chirurgicale insiste particulièrement sur les deux variétés anatomiques que peut présenter le trajet, en disant : « Le mode d'union de l'intestin avec les téguments externes peut être tout à fait défavorable à la guérison de la fistule. Dans certains cas, la paroi de l'intestin se soude simplement au feuillet pariétal du péritoine, et le trajet qui fait communiquer l'intestin avec l'extérieur à travers la paroi abdominale est tapissé seulement par des granulations : c'est une FISTULE TUBULAIRE simple. Dans d'autres cas, la muqueuse de l'intestin a pénétré dans le trajet fistuleux et a contracté des adhérences avec la peau ; la fistule qui possède alors un revêtement épithélial complet, prend le nom de FISTULE LABIÉE (Roser). La première forme qui de même que d'autres fistules tubulaires, a une tendance à la guérison spontanée, s'observe de préférence dans les cas où l'intestin se trouve à une certaine distance de l'orifice extérieur du trajet fistuleux, tandis que la fistule labiée exige, pour se développer, que l'ouverture de l'intestin soit voisine de la surface cutanée. »

(Nous venons de rapporter les paroles de König surtout à fin de faire connaître au lecteur une terminologie simple et fort commode, peu connue en France et dont nous nous servirons souvent dans le cours de ce travail).

Il est bon d'ajouter en terminant, qu'entre ces deux dispositions extrêmes, il existe toute une catégorie d'anus contre nature dont le trajet est formé en partie par la muqueuse, en partie par la membrane bourgeonnante ; ces cas rentrent du reste dans les fistules tubulaires.

3° *Orifice intestinal.* — On peut, comme pour l'orifice cutané, trouver en général, un, d'autres fois deux et même un plus grand nombre d'orifices intestinaux. Cependant, il ne faudrait pas croire que de l'unité ou de la multiplicité de l'orifice cutané dépende forcément une disposition analogue pour l'orifice intestinal. En effet, il est relativement fréquent de voir deux ou plusieurs ouvertures extérieures conduire, à travers des trajets différents, à une perte de substance unique de la paroi intestinale.

D'autre part, les traumatismes ou la gangrène pouvant atteindre l'intestin sur un point, ou pouvant intéresser toute une anse, il est facile de comprendre que dans le premier cas l'orifice intestinal sera unique ; tandis que dans le second, à la suite de la disparition de toute une anse, chacune des extrémités intestinales afférente et efférente, constituera au fond du trajet un orifice spécial.

4° *Disposition spéciale de l'intestin.* — L'intestin qui vient former l'anus contre nature peut présenter diverses dispositions dont la connaissance exacte a une importance capitale au point de vue des indications thérapeutiques.

Les deux bouts, afférent et efférent, ou se continuent directement en constituant un simple arc de cercle à

grand rayon, ou forment un angle plus ou moins aigu, ou même dans quelques cas deviennent parallèles. Dans ces deux dernières alternatives il y a donc forcément adossement des parois intestinales l'une contre l'autre dans une plus ou moins grande étendue, suivant le degré d'ouverture de l'angle formé.

De cet adossement résulte une disposition qu'il est indispensable de bien connaître : En introduisant le doigt dans l'anus contre nature et en le portant du côté de la cavité abdominale, on rencontrera alors entre les deux orifices intestinaux une saillie anguleuse plus ou moins prononcée et plus ou moins voisine de l'entrée de l'entonnoir ; cette saillie, déjà entrevue et indiquée par Saviard et par Morand, appelée promontoire par Scarpa et épéron par Dupuytren, résulte donc, comme nous venons de le voir, de l'adossement et de la réunion des parois correspondantes de deux parties du canal intestinal qui aboutissent à l'anus contre nature.

« Formée par la partie de l'intestin que la gangrène ou les plaies ont ménagée du côté du mésentère, cette saillie s'avance plus ou moins vers la peau, suivant que l'intestin a éprouvé une perte de substance plus ou moins grande et qu'il a subi un changement plus ou moins marqué dans sa direction : elle est presque nulle et cachée dans la profondeur de l'entonnoir lorsque l'intestin n'a été qu'entamé par une plaie ou par une eschare et lorsqu'il côtoie la face postérieure de la paroi de l'abdomen dans la direction de la courbe qui lui est propre ; elle est très grande et elle s'avance jusqu'au niveau de la peau lorsque l'intestin a été détruit dans toute sa circonférence et, lorsque par suite de cette perte de substance, ses deux bouts se



rencontrent sous un angle aigu, à plus forte raison lorsqu'ils sont parallèles. Dans le premier cas, il existe entre les deux orifices de l'intestin une gouttière cylindrique plus ou moins profonde qui peut encore diriger les matières du bout supérieur vers l'inférieur. Dans le second cas, il n'existe pas de vestige de cette gouttière, et l'éperon placé entre les deux orifices met entre eux une barrière que les matières ne sauraient franchir ou contourner; elles se déversent alors en totalité par l'anus contre nature. » (Dupuytren.)

D'autres fois même, le promontoire prend un développement tel qu'il dissimule l'orifice du bout inférieur en formant sur lui comme une valvule, et finit même exceptionnellement en lui adhérant, par l'oblitérer complètement. C'est là une complication de l'anus contre nature pour la guérison de laquelle les anciennes méthodes de traitement sont totalement impuissantes.

Examiné depuis l'intérieur de la cavité abdominale, l'éperon représente un triangle dont la base répond au mésentère et les côtés à chaque extrémité afférente et efférente de l'intestin. Sur le milieu de l'angle formé par ces côtés, et lui faisant comme une bisectrice, on voit parfois le mésentère plus ou moins tendu former une sorte de repli appelé corde mésentérique. « Par suite de ces dispositions, dit Dupuytren, l'éperon et l'intestin qui y aboutit, doivent être continuellement attirés du côté du ventre, et l'effort exercé sur eux sera d'autant plus grand que cette corde sera plus tendue. On conçoit dès lors l'heureuse influence que les mouvements et la position du corps en arrière doivent exercer dans la guérison spontanée de l'anus accidentel. »

Quelques années plus tard, Legendre a démontré, en s'appuyant sur de nombreuses autopsies, que cette corde mésentérique aussi marquée que Dupuytren l'a indiquée est relativement rare ; nous avons cru devoir la signaler cependant, car, lorsqu'elle existe, elle joue évidemment un rôle important dans la marche de la guérison spontanée.

De ce que nous avons dit tout à l'heure, nous concluons que c'est sur l'éperon que doivent porter tout d'abord les efforts du chirurgien comme ceux de la nature afin de le faire disparaître d'une façon quelconque, et ainsi rétablir le cours normal des matières.

Diverses modifications de l'intestin ou de ses parois peuvent exister ou se produire dans l'anus contre nature et être ou devenir la cause de complications.

Tout d'abord : « Le mode d'incidence des deux bouts d'intestin divisé peut produire, dit Guyon, des dispositions heureusement exceptionnelles, mais qu'il est nécessaire de signaler parce qu'elles modifient considérablement les symptômes et les indications thérapeutiques. Dans un cas de Velpeau, le bout inférieur de l'iléon s'arrêtait à la partie inférieure et interne de l'anneau inguinal, le bout supérieur, contournant en dehors le précédent, plongeait dans l'aine et formait seul l'orifice de l'anus anormal ; de plus les deux portions de l'intestin étaient adossées par leur côté et non comme d'habitude par leur bord mésentérique. M. Laugier a publié un cas dans lequel l'entrecroisement était tel que le bout inférieur remontait de gauche à droite derrière le bout supérieur. »

Il est évident que de telles anomalies sont souvent fort difficiles et souvent même impossibles à reconnaître à l'examen extérieur ; du reste, devant ces cas,

la thérapeutique ancienne est presque totalement impuissante, et ce n'est que depuis que la chirurgie a osé s'attaquer au péritoine sans faire courir trop de dangers au patient, qu'on est arrivé à reconnaître et même à guérir des complications de ce genre.

La science possède l'observation de plusieurs cas où l'on a constaté à l'autopsie qu'immédiatement derrière l'éperon passait une anse intestinale intacte ; cette disposition anatomique n'acquiert de gravité que lorsque le chirurgien, sans l'avoir diagnostiquée, se propose de sectionner l'éperon ; en effet, en attaquant ce dernier avec un instrument quelconque, il lèsera inmanquablement l'intestin sain, situé en arrière, d'où, nouvelle complication de l'anus contre nature ou même mort de péritonite par perforation.

Sous l'influence d'une inactivité prolongée le bout inférieur peut se rétrécir jusqu'au voisinage du rectum et ne former plus qu'un cordon creux recouvert à son intérieur par la muqueuse, ou même s'oblitérer complètement ; dès lors, il est évident que l'anus contre nature est définitivement incurable.

D'autres fois, par contre, le rétrécissement ne porte que sur une petite étendue du bout inférieur au voisinage de l'orifice anormal, et peut en s'exagérant fermer complètement, en ce point, la lumière du canal, et dès lors le bout inférieur seul vient former l'anus contre nature (comme dans le cas de Velpeau, cité plus haut).

L'intestin peut aussi subir des déplacements d'un autre ordre : ainsi, la paroi intestinale opposée à l'ouverture cutanée, surtout dans les cas d'anus contre nature sans éperon, peut être propulsée en avant et venir faire saillie à l'extérieur. Si l'action causale con-

tinue à agir, un des bouts de l'intestin ou tous les deux tendront petit à petit à s'invaginer et arriveront finalement à former sur l'abdomen une tumeur cylindrique plus ou moins longue ; cette tumeur peut atteindre une longueur considérable, témoin le cas de Sabatier, où elle mesurait deux pieds et demi ; sa surface entière présente les caractères de la muqueuse intestinale, et de son extrémité suintent des matières intestinales, s'il s'agit du bout supérieur, des matières muqueuses quand c'est l'inférieur (Guyon). Les causes de cette invagination sont peu connues ; on a voulu sans trop de raison incriminer les excès de régime ; cependant il paraît plus probable que la pression continue, à laquelle sont soumis tous les viscères abdominaux a une influence considérable sur la production de ces dernières complications.

Enfin, dans d'autres circonstances, c'est la muqueuse seule qui, se détachant petit à petit des couches sousjacentes, tend de plus en plus à proéminer à l'extérieur ; au début, elle peut former un simple repli qui a été pris souvent pour l'éperon (*éperon faux*). Puis en augmentant, finit par constituer au pourtour de l'orifice cutané un bourrelet rouge, molasse, fongueux et saignant au moindre contact.

Un point important de physiologie pathologique, nous reste à signaler : c'est l'influence qu'a sur l'état général du malade la région du tube digestif sur laquelle siège l'anus contre nature.

La fistule peut occuper le jejunum, l'iléon, ou le gros intestin ; de ce fait découle naturellement que dans le premier cas, les matières provenant de la digestion stomacale s'écouleront au dehors encore chargées de presque tous leurs principes nutritifs ; il

est évident alors que le patient ne recevra plus les éléments voulus pour compenser les pertes de son organisme, les pertes surpassant les recettes ; en outre, les liquides provenant soit des boissons ingérées, soit de la sécrétion des glandes intestinales, pancréatique et hépatique, ne seront plus résorbés en quantité suffisante pendant leur court trajet dans le canal digestif. Soumis à cette double influence nocive le malade dépérira rapidement, la peau et les muqueuses prendront un aspect particulier de sécheresse et enfin la mort surviendra plus ou moins rapidement.

Il est aisé de comprendre que dans ces circonstances la thérapeutique devra intervenir tôt et rapidement, afin de débarrasser à tout prix le patient, non d'une infirmité, mais d'une affection mortelle.

Tout autres sont les cas où l'anus contre nature siège sur la partie inférieure de l'iléon ou sur le gros intestin ; dans ces conditions, les phénomènes les plus importants de la nutrition ayant eu le temps de s'accomplir suffisamment, la cachexie particulière que nous venons de signaler ne se développera pas, et l'anus contre nature sera seulement une infirmité dégoûtante, il est vrai, mais peu dangereuse ; aussi pourrions-nous, tout à notre aise, attendre plus ou moins longtemps pour intervenir et user de méthodes chirurgicales relativement lentes, sans être aiguillonné par un malade qui dépérit de jour en jour.

Après cet aperçu général nous allons entrer directement dans le cœur de notre sujet.

## CHAPITRE II

### **Guérison spontanée.**

Avant de commencer l'étude des diverses méthodes de traitement de l'anus contre nature, nous devons jeter un coup d'œil rapide sur les cas de guérison spontanée et sur les diverses conditions qui peuvent faire espérer une issue favorable de cette affection sans l'intervention de l'art.

Il serait tout d'abord intéressant de pouvoir établir le pour cent des cas spontanément curables comparés à ceux qui ne le sont pas ; mais, en médecine, la statistique a en général une valeur peu absolue, et, dans le cas particulier, elle n'en a, pour ainsi dire, aucune. En effet, depuis 1880, nous trouvons dans la littérature une quantité d'observations d'anus contre nature traités par l'entérectomie secondaire et, par contre, très peu d'observations de guérisons spontanées, quoique celles-ci eussent pu être probablement aussi fréquentes que par le passé. Cette omission tient à deux causes : Premièrement, depuis l'adoption de la méthode antiseptique, les chirurgiens ont trop souvent la tendance d'opérer prématurément les anus contre nature, sans attendre une guérison, qui pourrait peut-être se faire spontanément. Deuxièmement, dès qu'apparaît dans la

science une nouvelle méthode de traitement, la plupart des opérateurs l'expérimentent et ne publient que les observations des malades qui ont été traités et surtout guéris par le nouveau procédé. Voici en outre ce que dit *Foucher* à ce sujet : « J'ai été vivement préoccupé de la question de savoir quelle était la proportion relative des guérisons spontanées ; j'aurais voulu voir si les conditions dans lesquelles ces guérisons se sont effectuées correspondaient bien aux conclusions que j'ai cru devoir poser en physiologie pathologique ; j'aurais désiré aussi éclairer de cette façon certains points relatifs aux indications thérapeutiques. J'avais donc commencé à compiler un certain nombre d'observations à ces divers points de vue ; mais je me suis bien vite aperçu que ces observations ne répondaient pas aux exigences d'une statistique régulière. Il eût fallu, au préalable, résoudre deux questions : celle de savoir à quel moment l'on pouvait dire que l'anus contre nature existe, et celle qui consiste à distinguer nettement la fistule stercorale de l'anus accidentel. C'est parce que les auteurs des observations ne paraissent pas s'être préoccupés de ces distinctions que j'ai dû renoncer à mon projet, et que je n'accorde pas grande confiance aux résultats indiqués dans la thèse de M. Delplanque : à savoir que sur 121 malades dont 65 sont guéris, 56 le sont spontanément, soit : 46,28 % »

Dé notre côté nous avons réuni 215 cas d'anus contre nature, et sur ces 215 cas nous ne trouvons que 25 guérisons spontanées, soit : 11,63 %. Ces deux résultats sont si différents l'un de l'autre que, comme nous l'avons dit plus haut, nous ne pouvons, pour le moment du moins, en tirer aucune conclusion.

Deux points très importants nous restent à considérer :

1° *Quelles sont les conditions anatomiques favorables ou défavorables à la guérison spontanée?*

2° *Pendant combien de temps peut-on et doit-on espérer cette guérison?*

1) Si nous cherchons à guérir un anus contre nature au moyen d'un procédé quelconque, nous devons toujours remplir une ou deux des indications suivantes, qui sont : Le rétablissement du cours des matières, et l'occlusion de l'orifice anormal.

Si c'est la nature qui opère spontanément, elle doit également poursuivre ce double but.

Nous avons suffisamment insisté sur ce point dans le chapitre précédent pour n'avoir ici qu'à résumer, en les réunissant, les conditions favorables ou défavorables à la guérison spontanée de l'anus contre nature :

A. Conditions favorables :

- a) Absence d'éperon, c'est-à-dire intestin formant au niveau de l'orifice anormal un angle très obtus ou même un arc de cercle à grand rayon.
- b) Orifices intestinal et cutané étroits.
- c) Trajet tapissé par une membrane bourgeonnante (fistule tubulaire).

B. Conditions défavorables.

- a) Eperon saillant, sans tendance à diminuer, et cours des matières interrompu.
- b) Orifices cutané et intestinal larges.
- c) Trajet tapissé par la muqueuse intestinale (fistule labiée).

2) Pendant combien de temps peut-on et doit-on attendre la guérison spontanée?

Dupuytren pensait qu'il fallait attendre deux ou trois mois avant d'attaquer l'anüs contre nature par des moyens chirurgicaux.

Quant à nous, sur les 25 cas d'anüs contre nature, guéris spontanément, que nous avons réunis, nous trouvons indiqué dans 13 cas le temps écoulé depuis le jour de l'établissement de l'anüs contre nature jusqu'à celui de la guérison totale. La durée maximum a été de 188 jours (environ 6 mois), la durée minimum a été de 12 jours et la durée moyenne de 64. Nos résultats concordent donc parfaitement avec l'appréciation de Dupuytren; et nous pouvons dire, pour nous résumer, que lorsqu'un anüs contre nature se présente dans des conditions favorables pour la guérison spontanée et qu'il n'y a pas d'indications opératoires urgentes, nous devons attendre environ *deux mois et demi* avant de tenter une intervention chirurgicale de quelque importance. Pendant ce temps nous pourrons user de tous les moyens médicaux qui seront à notre portée et dont nous parlerons plus loin.

Voici enfin, pour terminer ce qui a trait à ce sujet, le détail des 25 cas que nous avons réunis.

#### CAS DE GUÉRISONS SPONTANÉES D'ANUS CONTRE NATURE

##### Observation 1.

Louis (*Mémoire de Chirurgie*, t. III, 1774) (cité par Goubaut, p. 7):

Homme, 60 ans. Hernie inguinale étranglée, gangrenée, anus contre nature spontané. Cet anus ne présente aucune complication. Petit à petit les matières passent de plus en

plus par le rectum, l'orifice anormal se rétrécit rapidement et *un mois* après l'étranglement herniaire la guérison de l'anus contre nature est complète.

**Observation 2.**

Schwartz, A. (Thèse de Dorpat, 1878) :

E. W., 52 ans. Hernie inguinale gauche étranglée, gangrenée, opérée, établissement d'un anus contre nature.

Tout sort par l'anus anormal, pas d'éperon, pas de prolapsus, le bout supérieur seul est facilement accessible. L'eau injectée par l'anus contre nature ne sort pas par le rectum et l'eau injectée par le rectum ne sort pas par l'anus anormal. Cinquante jours après la herniotomie, légère selle par le rectum, on change alors l'alimentation qui jusqu'à ce jour n'avait consisté qu'en lait, bouillon et vin, et l'on fait prendre au malade de la viande et des pommes de terre.

Dix jours plus tard, l'anus contre nature est réduit à une fistulette qui ne laisse passer qu'un peu de liquide trouble et inodore ; *enfin 70 jours* environ après l'herniotomie la cicatrisation est complète.

Le patient est revu une année plus tard et la guérison s'est maintenue.

**Observation 3.**

Parker (*Series of hernia cases medical times*, p. 118, 1882) :

Homme, 20 ans. Hernie inguinale étranglée, gangrenée, anus contre nature. Guérison spontanée en *5 semaines (35 jours)*.

**Observation 4.**

Bardeleben (cas inédit). Lettre au Dr Kummer, 24 février 1889) :

Péritonite purulente, laparotomie, anus contre nature. Guérison spontanée en *2 mois (60 jours)*.

**Observation 5.**

Bardeleben (*loc. cit.*) :

Femme. Hernie inguinale étranglée, gangrenée, anus contre nature spontané. Guérison spontanée.

**Observation 6.**

Rheims. F. (junior). (*Praktische Artz Wetzlar*, 1887, n° 28 et *Index medicus*, octobre 1887) :

Hernie crurale étranglée, herniotomie, résection de 15 centimètres d'intestin grêle. établissement d'un anus contre nature. Guérison spontanée.

**Observation 7.**

Case. A. (*South. Clinic. Richmond*, 1887, n° 10). (*Index medicus*, novembre 1887) :

Hernie crurale étranglée, gangrenée, herniotomie, résection de 15 centimètres d'intestin grêle. établissement d'un anus contre nature. Guérison spontanée.

**Observation 8.**

Hofmockl (cas inédit. Lettre au D<sup>r</sup> Kummer, 23 Février 1889) :

S. A., 12 ans. Depuis deux ans, signes de sténose intestinale; laparotomie, résection de la partie terminale de l'intestin grêle et d'une portion du cœcum, établissement d'un anus contre nature. Guérison spontanée.

**Observation 9.**

Max Müller (*Langenb. archiv.*, 1879, p. 188) :

M. M., 31 ans. Sténose intestinale à la suite d'hématocèle rétro-utérine. Etablissement d'un anus contre nature au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure. Guérison spontanée au bout de 3 mois (91 jours).

**Observation 10.**

Max Müller (*loc. cit.*) :

M. S., 17 ans. Pérityphlite, sténose intestinale, établissement d'un anus contre nature sur l'intestin grêle. Guérison spontanée au bout de 6 mois (183 jours).

**Observation 11.**

Von Bergmann (*Deutsche med. Wochens.*, 1883, n° 1) :

F., 34 ans. Hernie crurale, étranglée, gangrenée, établissement d'un anus contre nature. Guérison spontanée, 10 semaines, plus tard (70 jours).

**Observation 12.**

Von Bergmann (*loc. cit.*):  
Hernie étranglée, gangrenée, opérée, établissement d'un  
anus contre nature.  
Guérison spontanée en 4 semaines (28 jours).

**Observation 13.**

Riedel (*Deutsche med. Wochens.*, 1883, p. 656):  
Hernie de Littre, étranglée, gangrenée, anus contre  
nature. Guérison spontanée en 4 semaines (28 jours).

**Observation 14.**

Riedel (*loc. cit.*):  
Hernie de Littre, étranglée, gangrenée, anus contre  
nature. Guérison spontanée en 4 mois (122 jours).

**Observation 15.**

Kæberle (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, nos 4 et 5,  
1881):  
Stricture de l'intestin après suppuration des plaques de  
Payer. Laparotomie, résection d'intestin, établissement d'un  
anus contre nature sur la ligne blanche. Guérison spontanée  
au bout de 6 semaines (42 jours).

**Observation 16.**

Hahn (*Berlin. Med. Wochens.*, 1883):  
Hernie étranglée, gangrenée, anus contre nature. Guéri-  
son spontanée.

**Observation 17.**

Hahn (*loc. cit.*):  
Hernie étranglée, gangrenée, anus contre nature. Guérison  
spontanée.

**Observation 18.**

Morse, John (*Wiener med. Wochens.*, 1882, n° 15):  
Homme, 46 ans. Hernie crurale étranglée, herniotomie,  
reposition. Six jours plus tard, établissement d'un anus  
contre nature car l'intestin s'est gangrené. Guérison spon-  
tanée très lente.

**Observation 19.**

Selzner (Dr Dillner. *Langenbeck's archiv. Band XXXVIII. Heft 4*):

L. A. Femme, 47 ans. Depuis onze jours, symptômes d'occlusion intestinale provenant de la compression qu'exerce sur l'intestin une tumeur de l'utérus.

23 décembre 1886. Etablissement d'un anus contre nature. Six jours après, selle spontanée par le rectum qui se répète depuis lors quotidiennement : l'ouverture de l'anus artificiel diminue très rapidement et le douzième jour la cicatrisation est complète et la guérison est ainsi obtenue spontanément. La patiente est revue une année plus tard dans un état de santé excellent.

**Observation 20.**

Debourg (Archiv. gén. de méd., 1<sup>re</sup> série, t. XXIII, p. 269, 1830) :

Anus contre nature. suite d'une hernie étranglée et gangrenée. Guérison spontanée.

**Observation 21.**

Egeling (*Prakt. Tijdschr.* 1835, et in *Schmidt's Jahrb.*, t. XI, p. 70, 1836) :

Hernie étranglée, gangrenée, anus contre nature. Guérison spontanée.

**Observation 22.**

Pennel (*France médic.*, 8 novembre 1881) :

Hernie vaginale traumatique, étranglée, gangrenée, anus contre nature. Guérison spontanée.

**Observation 23.**

Virgen (*Schmidt's Jahrb.*, t. CII, p. 209, 1859) :

Hernie étranglée, gangrenée, anus contre nature. Guérison spontanée.

**Observation 24.**

Dupuytren (*Leçons orales*, t. IV, p. 54) :

M. M. Femme, 58 ans. Hernie crurale étranglée, gangrenée, opérée, établissement d'un anus contre nature. Après divers incidents, guérison complète le 62<sup>me</sup> jour.

**Observation 25.**

J.-L. Petit (cité par Arnaud) :

Homme, 45 ans. Hernie crurale étranglée, adhérente, opérée, établissement d'un anus contre nature par simple incision de l'intestin. Guérison spontanée.



## CHAPITRE III

### Traitement médical.

Le traitement médical trouve ses indications à chaque période de la maladie. Au début, il guérit parfois ; plus tard, il favorise souvent l'issue heureuse d'une opération, et enfin lorsque toutes les tentatives de guérison ont échoué, ou lorsque l'on a affaire à un anus chirurgical, il rend de grands services pour le soulagement des patients atteints de cette infirmité repoussante. Nous aurons donc à nous en occuper dans presque tous les chapitres de ce travail et, pour le moment, nous n'insisterons que sur le traitement médical de la première période. En effet, c'est pendant ce laps de temps que, comme nous l'avons vu plus haut, l'anus contre nature guérit volontiers spontanément, et peut être influencé d'une façon très heureuse par une hygiène spéciale et par certains médicaments.

Une fois l'anus contre nature constitué, et le patient hors de danger, deux indications se présentent :  
1° *Relever les forces et l'état général du malade ;*  
2° *Surveiller l'écoulement des matières.* La première indication sera remplie par l'emploi de médicaments toniques, de vins généreux, et d'une alimentation

riche et facilement assimilable. Cependant si l'anus contre nature siège sur l'ileum ou très haut sur le jejunum et que par conséquent la déperdition soit plus forte que l'absorption, c'est-à-dire si le patient maigrit et dépérit, il faudra alors recourir aux lavements nutritifs et surtout aux injections de peptones ; dans ces cas, du reste, une intervention chirurgicale précoce est, comme nous le verrons plus loin, presque toujours indiquée.

Quant aux soins à donner à l'anus contre nature lui-même, ils ont une grande importance. La propreté la plus minutieuse doit toujours exister au pourtour de l'orifice ; on évitera ainsi les excoriations, les éruptions, les érysipèles et toutes les inflammations qui se développent volontiers dans les régions continuellement souillées par des matières fécales. Une excellente précaution est d'enduire plusieurs fois par jour les téguments avoisinants d'un corps gras, inaltérable et légèrement antiseptique (vaseline borique). L'orifice lui-même doit être protégé par un bandage compressif et bien adapté sur les parties, de façon à empêcher l'écoulement continu des matières ; nous reviendrons, du reste, plus en détail sur ce sujet en parlant du traitement palliatif.

Les deux indications préliminaires une fois remplies, nous devons nous occuper du traitement médical proprement dit. A lui seul, il ne doit pas être considéré comme curatif, mais seulement comme un adjuvant des forces de la nature.

*Lapeyronie*, en 1743, conseillait la diète sévère, disant que dans plusieurs cas où la plaie était restée ouverte aussi longtemps qu'il donnait une alimentation abondante, il avait vu une prompte guérison suc-

céder à la réduction d'aliments et même à la diète presque complète.

*Louis*, le premier, et plus tard *Scarpa*, s'élevèrent contre cette manière de voir. Pour *Louis*, cette méthode avait le double danger de permettre le rétrécissement du bout inférieur et son inflexion dans la cicatrice, ce qui constituait un détroit fort dangereux pour le passage des matières. Dès lors, lorsque les patients reprennent leur alimentation, ils sont exposés à des engouements et même à des ruptures intestinales suivies de péritonite mortelle. Il cite, en outre, quatre cas à l'appui de son opinion : le premier concerne une malade de *Dufouard*, guérie en 48 jours sous l'influence d'un régime sévère, et morte à la suite d'une indigestion et d'une rupture avec épanchement : le second tout à fait analogue cité par *Morand*, puis le troisième par *Lapeyronie* lui-même qui vit son malade mourir de péritonite par rupture intestinale ; enfin le quatrième de *Dubertrand*, où la cicatrice de l'anus se déchira à plusieurs reprises et le malade finit par succomber.

Instruit par ces faits, nous abandonnerons donc la diète sévère et longtemps continuée, d'autant plus qu'elle affaiblit un malade qui se trouve déjà dans un état de nutrition souvent assez précaire. Il ne faudrait cependant pas être trop absolu et repousser la diète d'une façon systématique ; c'est ce que Foucher fait remarquer très judicieusement dans sa thèse en disant : « L'on n'a pas assez réfléchi sur la portée des motifs qu'a allégués *Louis* pour faire prévaloir sa méthode, on le voit surtout occupé de tenir la voie des matières libres, tandis que *Lapeyronie* avait principalement en vue de permettre la cicatrisation de la plaie ;

c'est-à-dire que dès le début de la thérapeutique des anus contre nature, apparaissent les deux indications, mais on n'en fut pas frappé ».

Après avoir battu en brèche la méthode de Lapeyronie, Louis propose comme traitement une alimentation ordinaire, à laquelle viennent s'ajouter les purgatifs et les lavements. Les lavements agissent en maintenant le bout inférieur perméable, et les purgatifs en empêchant l'accumulation des matières dans le voisinage de l'orifice anormal.

*Sabatier* et *Pipelet* sont aussi de très chauds partisans de cette méthode, et le second rapporte l'observation d'une femme atteinte d'un anus contre nature datant de quatre mois et guérie en quinze jours par ce procédé.

Pour *Boyer*, un bon régime et l'administration de purgatifs, suffisent dans un certain nombre de cas à amener une guérison totale. Il cite à l'appui de son dire trois guérisons plus ou moins complètes.

Enfin *Trélat*, en 1884, présente une nouvelle méthode qui a donné entre les mains de ce chirurgien un beau succès et qui consiste à administrer alternativement des purgatifs et des constipants. Voici du reste la relation du cas :

Observation 26.

Trélat (*Bull. soc. de chir.*, p. 637, 1884) :

Anus contre nature. Traitement : Tous les 5 ou 6 jours un purgatif. Dans l'intervalle 0,04-0,08-0,10 gr. d'extrait thébaïque par jour et repos continu. Sous l'influence de ce traitement l'orifice anormal se rétrécit et s'oblitére complètement.

Nous ne devons pas omettre de mentionner en ter-

minant un dernier mode de traitement qui peut être employé avec avantage dans beaucoup de cas, je veux parler de la position.

En étudiant les causes qui favorisent la guérison spontanée de l'anus contre nature, nous avons indiqué comme un des principaux facteurs, la tension continue qu'opère le mésentère sur l'éperon et sur l'orifice intestinal.

Dans la position horizontale, cette tension se transforme en une véritable traction qui peut même, si elle est exagérée, devenir dangereuse. « Cette tension, dit Dupuytren, a suffi, à ma connaissance, chez deux individus, pour rompre l'adhérence qui unissait les deux bouts de l'intestin aux parois de l'abdomen, et pour donner lieu à des épanchements mortels de matières stercorales dans le ventre. »

Si elle n'est pas exagérée, cette action continue peut avoir la plus heureuse influence sur la cure de la maladie qui nous occupe. Nous rapportons, ci-après, deux observations, citées par Foucher dans sa Thèse d'agrégation, dont la seconde, particulièrement intéressante, concerne un cas fort curieux de guérison d'un anus contre nature, où nous voyons le mésentère repoussé en haut par l'utérus gravide, agir petit à petit par traction continue et déterminer la fermeture complète de l'orifice anormal.

**Observation 27.**

Thierry, A. (Thèse Foucher, p. 101, 1857) :

Femme, 40 ans. Hernie crurale étranglée, gangrenée, anus contre nature spontané. il y a un an.

Dépérissement rapide ; orifice cutané entouré de fongosités ; éperon formé seulement par la muqueuse et peu saillant.

La malade est tenue couchée sur le dos et soignée

suivant la méthode de Ravin. Elle reste couchée pendant un mois sans descendre du lit, on diminue la nourriture, et les quinze derniers jours la patiente ne prend que du bouillon et de l'eau rougie. Petit à petit le cours des matières se rétablit dans le bout inférieur. Cautérisation au nitrate d'argent sur les fongosités. Au bout de trente cinq jours l'anus était transformé en une fistule stercorale. On forme une espèce d'infundibulum avec la peau adjacente ; on saisit deux plis de la peau les plus voisins de la fistule stercorale et on les traverse par une suture enchevillée qui est laissée en place pendant huit jours ; cette suture ne fait que rétrécir l'orifice et forme un godet où quelques matières viennent séjourner.

Une fois les fils enlevés la peau reste pendant quelques jours en contact puis se rétracte bientôt. Cependant au bout de quelques temps le cours des matières est devenu normal. et la fistule stercorale se cicatrise complètement.

**Observation 28.**

Vedemeyer (Thèse Foucher, p. 101) :

Il s'agit d'une femme atteinte, depuis 17 mois, d'un anus contre nature à l'arcade crurale. Tous les moyens ordinaires avaient échoué, lorsque la malheureuse devint enceinte. A mesure que la matrice rencontrait l'excavation pelvienne dans l'abdomen, la sortie des matières stercorales par l'anus anormal diminua et celle par l'anus naturel augmenta en proportion. L'ouverture accidentelle ne fournit plus que du pus et de la sérosité pendant le dernier mois de la grossesse, et un mois après l'accouchement elle était tout-à-fait guérie.

Quelle doit être en résumé notre conduite, si nous sommes appelé à traiter un anus contre nature pendant la première période ou *période médicale* ?

Tout d'abord, point d'intervention chirurgicale à moins d'amaigrissement rapide, ou de complications indiquant une opération d'urgence. Nous nous contenterons de soutenir les forces de notre malade au moyen

d'une bonne nourriture en choisissant les aliments contenant, sous le plus petit volume, les substances les plus nourrissantes ; nous pourrons y ajouter, si besoin est, quelques injections de peptones. Nous administrerons ensuite fréquemment des purgatifs légers, quelques lavements, et nous pourrons essayer de prescrire les opiacés en alternant avec les laxatifs.

Enfin nous ordonnerons de faire de fréquents lavages autour de l'orifice anormal, des onctions de vaseline borique et un bandage occlusif et compressif.



## CHAPITRE IV

### Rétablissement du cours des matières.

Lorsque les soins hygiéniques et médicaux ont échoué pendant toute la première période de la maladie qui nous occupe, c'est-à-dire pendant environ deux mois et demi, il faut alors les seconder par des moyens chirurgicaux, et ceux-ci prennent immédiatement une importance capitale. Les deux indications principales : rétablissement du cours des matières et occlusion de l'orifice anormal se posent de nouveau, et doivent être remplies au moyen de procédés plus énergiques et plus efficaces.

Nous allons passer en revue dans ce chapitre les différents moyens propres à rétablir le cours des matières dans l'anus contre nature simple. Nous ne nous occuperons pas ici du rétrécissement du bout inférieur ni des autres complications que peut présenter cette maladie, et l'exposé des moyens propres à y remédier fera le sujet d'une étude spéciale.

L'éperon seul doit donc nous intéresser. Nous savons déjà qu'il existe très fréquemment, que parfois il est peu accusé et permet aux matières de passer en partie par les voies naturelles, que d'autres fois, au contraire, il est assez saillant pour forcer l'écoulement

de se faire en totalité par l'orifice anormal, et qu'enfin dans certains cas, rares il est vrai, il peut se développer d'une façon telle, qu'il dissimule ou même oblitère complètement le bout inférieur en formant une sorte de valvule. C'est à lui que se sont attaqués les chirurgiens depuis Scarpa, Desault, Dupuytren, etc. ; ils ont inventé divers procédés pour le refouler ou pour le faire disparaître, et ce sont ces procédés que nous voulons étudier et analyser en les groupant autour de trois chefs qui sont :

1° *Refoulement de l'éperon.*

2° *Section de l'éperon sans entérotome.*

3° *Division de l'éperon au moyen de l'entérotome.*

#### 1. — REFOULEMENT DE L'ÉPERON

Les procédés qui ont pour but de faire disparaître l'éperon en le refoulant petit à petit agissent dans le même sens que la nature ; seulement, tandis que celle-ci attire l'éperon en dedans en agissant par traction continue sur le mésentère, ceux-là consistent à le refouler par propulsion de dehors en dedans vers l'intérieur de la cavité abdominale.

a) *Méthode de Desault.* — Desault le premier, en 1791, introduit dans les deux bouts de l'intestin des mèches longues et volumineuses, qui doivent avoir le triple avantage de prévenir le renversement de l'intestin, de diriger les matières du bout supérieur dans le bout inférieur, et de dilater celui-ci ainsi que la cavité intermédiaire. Une fois l'angle que forment ensemble les deux bouts de l'intestin convenablement

effacé, Desault supprime les mèches et obture l'orifice extérieur à l'aide d'un tampon de charpie qu'il enfonce peu, afin de ne pas gêner le cours des matières ; une fois que les selles commencent à passer par le rectum, il donne de légers purgatifs.

C'est en suivant cette méthode, que ce chirurgien parvient à guérir un malade atteint depuis longtemps d'un anus contre nature.

b) *Méthode de Dupuytren.* — En 1809, Dupuytren imagine un instrument qui doit agir à la manière des mèches de Desault mais bien plus activement ; il fait construire à cet effet un instrument qui se compose d'un croissant, à pointes et à bord très mousses, ayant trois quarts de pouce d'ouverture, garni de linge, et monté sur une tige longue de trois pouces, terminée par une plaque allongée, un peu courbée, et percée à ses extrémités de trous pour recevoir les liens qui doivent passer autour du bassin. Un malade étant en ce moment en traitement dans son service, Dupuytren cherche à refouler l'éperon avec sa béquille ; il applique la concavité du croissant sur le promontoire, qui se trouve ainsi pressé d'avant en arrière à l'aide de liens portés autour du bassin. Mais bientôt se développent des douleurs, des coliques et des nausées qui forcent le chirurgien à enlever l'appareil et à renoncer définitivement à son instrument.

Quelques années plus tard, nous voyons Dissenbach, ignorant les expériences de Dupuytren, avoir la même idée et faire construire une béquille qui porte son nom et qui est encore fréquemment employée en Allemagne.

c) *Méthode de Colombe.* — En 1824, Colombe propose d'introduire dans l'intestin une canule légèrement courbe, qui agit sur l'éperon par sa cavité et doit être fixée dans cette position au moyen d'un fil passé autour du bassin. Sept ans plus tard, Velpeau expérimente cette méthode sur un de ses malades, mais, soit que l'instrument ait agi trop violemment, soit que le patient ait fait un mouvement trop brusque, l'intestin se rompt et une péritonite mortelle se déclare.

d) *Méthode de Sedillot.* — En 1852, Sedillot retire des avantages marqués de la dilatation des deux bouts de l'intestin et du refoulement du promontoire au moyen de l'éponge préparée. M. Barincou cite, dans sa thèse, l'observation d'un malade qui fut guéri par ce procédé.

e) *Méthode de Maurer.* — Enfin en 1881, Maurer, dans un article paru dans le *Deutsche mediz. Wochenschrift* (n° 26, 1881), propose un nouveau moyen de refoulement de l'éperon. Il prend un ballon de caoutchouc en forme de boudin, et l'introduit petit à petit dans l'anus contre nature, puis il le place à cheval sur l'éperon, l'insuffle et le laisse agir par son élasticité.

Voici du reste la relation du cas :

**Observation 29.**

Maurer *Deutsch. med. Wochens.*, 1881, n° 26) :

Femme, 41 ans. Hernie inguinale étranglée, gangrenée, opérée, établissement d'un anus contre nature. Il existe un éperon et pour le diminuer, on introduit un ballon de caoutchouc en forme de boudin dans l'anus contre nature et on le place à cheval sur l'éperon, puis on l'insuffle.

En huit jours de ce traitement l'éperon a complètement

disparu. Cependant l'orifice persiste, quoique les matières aient repris leur cours normal. On suture l'orifice, sans résultat, puis on fait quelques cautérisations au nitrate d'argent et la guérison est bientôt totale.

Après le bref exposé que nous venons de donner, que pouvons-nous attendre du refoulement de l'éperon? Les mèches de Desault, l'éponge de Sedillot ou le ballon de Maurer peuvent avoir une influence heureuse dans les cas d'anus contre nature avec éperon peu saillant, et dans ces cas le procédé de Maurer nous paraît devoir être préféré, car il est fort ingénieux et très pratique; mais si nous avons affaire à un éperon très accusé nous ne pouvons en attendre aucun résultat bien marqué. Il faudrait alors recourir à la béquille de Dupuytren, à celle de Diefenbach, ou à la canule de Colombe; mais ces instruments sont dangereux, car leur action ne peut être ni réglée, ni calculée avec assez d'exactitude et elle peut, au moindre mouvement du malade, changer ou augmenter au point de rompre les adhérences de l'intestin avec la paroi abdominale. Cet accident, déjà prévu par Dupuytren, a été éprouvé par Sedillot dans le cas rapporté plus haut. Nous repoussons donc définitivement toute cette seconde classe d'instruments, d'autant mieux que, comme nous le verrons plus loin, nous avons d'autres moyens bien plus efficaces et bien moins périlleux de faire disparaître un éperon rebelle.

## 2. — SECTION DE L'ÉPERON SANS ENTÉROTOME

C'est en 1798 qu'apparaît pour la première fois, en Allemagne, l'idée de faire disparaître le promon-

toire en le sectionnant, mais jusqu'à l'invention géniale de l'entérotome, faite par Dupuytren, en 1815, tous les chirurgiens qui eurent recours aux procédés, encore très primitifs conseillés en Allemagne et en Amérique, s'exposèrent, en traversant l'éperon à sa base, à pénétrer d'emblée dans l'intérieur de la cavité abdominale et à voir leur patient mourir de péritonite suraiguë. Nous nous étonnons de voir de nos jours quelques auteurs, entre autres Duncan, 1869, et Richelot, 1889, prôner encore des méthodes qui, quoique un peu modifiées, exposent toujours les malades au terrible accident dont nous venons de parler, sans même, en cas de succès, leur assurer une guérison plus certaine ou plus prompte qu'avec l'entérotome.

Nous rejetons donc définitivement et d'une manière absolue tous ces procédés et nous ne les énumérons ici que pour être complet.

a) *Procédé de Schmalkaden.* — Ce chirurgien traverse l'éperon à sa base au moyen d'un stylet et le sectionne avec un bistouri boutonné introduit sur le stylet comme conducteur. (Voir observation n° 30.)

b) *Procédé de Physick, 1809.* — Physick passe un fil à la base de l'éperon, le lie et le laisse quelques jours en place, puis il sectionne l'éperon avec un bistouri. (Voir observation n° 31.)

c) *Procédé de Dupuytren, 1813.* — Dupuytren découvre ce procédé, alors qu'il ignorait complètement les travaux de Schmalkaden et de Physick. Il traverse le promontoire aussi haut que possible, au moyen d'une aiguille armée d'un fil, laisse le fil à demeure

pendant quelques jours, puis le remplace par des mèches de plus en plus grosses et ainsi l'éperon finit par être sectionné. Jusqu'ici, dans l'observation qu'il rapporte (cas 32) tout va bien, mais pressé de compléter son opération il sectionne de nouveau l'éperon, mais cette fois-ci avec des ciseaux mousses, et le patient succombe à une péritonite foudroyante. Voici du reste ce que dit en terminant cet éminent chirurgien : « Profondément affligé du fâcheux résultat de cette dernière tentative, mais toujours convaincu de l'insuffisance des méthodes ordinaires et du danger de la maladie que j'avais à combattre, je soumis à un nouvel examen la question du traitement des anus contre nature et, après de longues recherches et de mûres réflexions, je restai de nouveau convaincu que l'idée d'établir une communication entre les deux bouts de l'intestin, en détruisant la cloison qui les sépare, était la seule qui promit des chances de succès, et que, dans la première tentative, il n'y avait eu de défectueux que les moyens mis en usage.

«Cependant, quoique le passage de l'aiguille à travers la double cloison de l'intestin n'eût déterminé aucun accident, non plus que le séjour et l'action de la mèche, et que les accidents éprouvés par mon malade dussent être attribués exclusivement aux tentatives faites pour agrandir, à l'aide de ciseaux, l'ouverture de communication entre les deux bouts de l'intestin, ce procédé et tous ceux qui auraient pour base l'emploi de l'aiguille et des fils, offraient néanmoins des inconvénients.

«Et d'abord, il est évident que l'aiguille et les fils traversant les parties sans les avoir rendues adhérentes, la communication qu'ils établissent entre l'intestin et

le péritoine pourrait entraîner, dans quelques cas, un épanchement dans la cavité de ce dernier. Ensuite, il paraissait difficile, pour ne pas dire impossible, de porter des aiguilles et des fils à une hauteur telle, qu'on pût ouvrir, entre les deux bouts de l'intestin, une communication assez large pour que le cours des matières stercorales se rétablît complètement chez tous les malades.

« Enfin, et cette dernière raison était des plus graves. L'aiguille et les fils ne pouvaient faire adhérer les parties correspondantes de l'intestin, qu'autant qu'elles seraient en contact; et, si au lieu d'être parallèles et de se toucher, les bouts d'intestin se trouvaient écartés à l'endroit où ils seraient traversés, les aiguilles et les fils n'ayant aucun moyen de les ramener au contact, on conçoit qu'ils produiraient, dans ces cas, une perforation sans adhérence, et que leur action se réduirait à établir une communication fort dangereuse entre la cavité de l'intestin et celle du péritoine. Ces considérations me portèrent à renoncer pour toujours à l'usage des aiguilles et des fils. »

d) *Procédé de Reybard, 1833.* — Ce procédé consiste simplement à inciser l'éperon au moyen de ciseaux mousses. (Voir observation n° 33.)

e) *Procédé de Foucher, 1857.* — Foucher perfore l'éperon à sa base au moyen d'un trocart, remplace ensuite le manchon de cet instrument par un fil élastique qu'il lie, et l'éperon est sectionné petit à petit par compression et mortification des parties. (Voir observation n° 36.)

f) *Procédé de Chassaignac, 1857.* — Ce procédé, ana-

logue à celui de Foucher, en diffère en ce que, une fois l'éperon perforé, on substitue au tube élastique la chaîne de l'écraseur. (Voir observation n° 36.)

g) *Procédé de Duncan*, 1869. — Duncan passe un double fil d'argent à quelques centimètres du bord libre de l'éperon, puis, quelques jours après, un des fils est serré progressivement jusqu'à ce que l'obstacle soit détruit, et enfin on retire le second fil destiné à détruire les adhérences nouvellement formées ; nous rapportons du reste, plus loin, un cas où ce procédé fut employé avec succès. (Voir observation n° 34.)

h) *Procédé de Richelot*, 1889. — Richelot enlève d'un seul coup une portion de l'éperon en forme de V, puis il suture la plaie ainsi formée. (Voir observation n° 35.)

Ce procédé est le seul qui mérite quelque attention, car il se rapproche un peu du procédé d'entérorrhaphie latérale dont nous parlerons plus loin. Richelot suture bien la plaie qu'il vient de faire à l'intestin, adosse soigneusement séreuse contre séreuse, mais il expose son malade à tous les dangers de l'entérorrhaphie latérale sans lui procurer le principal avantage qui est une guérison définitive de l'anus contre nature.

En outre, il est dans la plupart des cas, sinon impossible, du moins excessivement difficile d'atteindre l'éperon, situé qu'il est à une profondeur souvent considérable.

#### OBSERVATIONS DE SECTION DE L'ÉPERON SANS ENTÉROTOME

##### Observation 30.

Schmalkaden (*Nova methodus intestina uniendi*, Vitt, 1798) :  
Anus contre nature : 1° Introduction d'un stylet dans le

bout inférieur de l'intestin ; 2° Perforation de l'éperon à sa base ; 3° Introduction sur ce conducteur d'un bistouri bouterolle et section de l'éperon.

Plus tard ce chirurgien sectionna de nouveau l'éperon avec des ciseaux mousses. Guérison obtenue en deux ans.

**Observation 31.**

1809, Physick (*Dersey, Elements of surgery, two vol.*, Philadelphia, 1815) :

Anus contre nature ; les deux bouts de l'intestin sont parallèles et appliqués l'un à l'autre comme les canons d'un fusil double.

*Opération.* — 1° Passage d'une ligature à la base de l'éperon qui est laissée à demeure pendant une semaine ; 2° Incision de l'éperon ; résultat bon, l'éperon a disparu puis, à la suite du tamponnement de l'orifice extérieur et de la suture la guérison est complète.

**Observation 32.**

1813, Dupuytren (*Leçons orales*, t. IV, p. 25, 1839) :

Hernie étranglée, gangrenée, opérée, établissement d'un anus contre nature. Les deux bouts de l'intestin sont dans un parallélisme complet et accolés comme les canons d'un fusil double.

*Opération.* — Dupuytren traversa la cloison avec une aiguille portée le plus haut possible dans la cavité du bout supérieur ; sa pointe fut reçue dans la cavité du bout inférieur et attirée ensuite au dehors. Un fil dont cette aiguille était armée la remplaça dans le trajet qu'elle avait parcouru.

Quelques jours après, une mèche fut portée à l'aide du fil, dans l'ouverture pratiquée à la cloison. Le volume de la mèche fut augmenté à chaque pansement, et enfin l'éperon fut déchiré. Les matières reprirent, en partie seulement, leur cours normal, ce qui décida Dupuytren à intervenir de nouveau. Il incisa tous les trois ou quatre jours une demi ligne de la cloison, à l'aide de ciseaux mousses dirigés sur l'indicateur. Au bout de quelques temps toutes les matières passèrent par le rectum.

Mais pour compléter l'opération on incisa de nouveau l'éperon et au bout de quelques heures, péritonite intense et mort.

**Observation 33.**

Reybard, 1833 (*Gazette médicale de Paris*, 1838) :

P. Femme, 47 ans. Hernie crurale étranglée, gangrenée, anus contre nature. Les deux bouts de l'intestin sont en rapport par leurs faces latérales et non par leur mésentère.

Huit jours plus tard : incision de l'éperon aux ciseaux dans une longueur de 18 lignes (0<sup>m</sup>,04). Une heure après, selle par le rectum, coliques, diarrhée. Au bout de 25 jours la guérison était presque totale, mais le patient contracta une pneumonie et mourut.

**Observation 34.**

1869. Duncan, John.

Femme, 45 ans. Hernie crurale étranglée, gangrenée, opérée, établissement d'un anus contre nature. Eperon saillant, rien ne passe par le rectum.

*Opération.* — On passe un double fil d'argent à travers l'éperon à environ 3,5 centimètres de son bord libre. Au bout de deux jours un des fils fut serré graduellement et, au huitième jour, il avait détruit par ulcération la partie de l'éperon qui était sur son trajet. L'autre fil, pendant ce temps, avait été légèrement recouvert par la réunion des parties les plus profondes et servit alors, en le retirant, à détruire les adhérences récentes. Résultat : rétablissement du cours normal des matières, mais persistance de l'orifice.

**Observation 35.**

Richelot (*Semaine médicale*, 22 mai 1889, p. 173) :

Homme, 44 ans. Hernie inguinale étranglée, gangrenée, opérée, établissement d'un anus contre nature. Le bout inférieur est enfoui sous l'éperon, celui-ci étant considérable. On s'assure par glissement que les deux lames de l'éperon sont mobiles l'une sur l'autre.

*Opération.* — Deux longues pinces sont disposées en V sur l'éperon, dont on résèque la partie saillante, après quoi

on suture les parties sectionnées à l'aide de quelques fils de soie. L'opération est complétée plus tard par avivement et suture à triple étage de l'orifice cutané. Suites excellentes, mais l'indocilité du malade était telle qu'il se forma une petite fistule stercorale.

**Observation 36.**

Foucher, 1857 (Thèse Goubaut, 1881, p. 25) :

Anus contre nature adossé au ligament de Fallope et paraissant exister sur le cœcum ; on reconnaît un très bel éperon membraneux au-dessus et à droite duquel se trouve l'ouverture du bout supérieur de l'intestin, tandis que l'orifice du bout inférieur se sent au-dessous de l'éperon.

*Opération.* — J'engage le doigt indicateur gauche dans le bout supérieur, le doigt médius gauche dans le bout inférieur ; puis, sentant très distinctement l'éperon par les parties latérales de ce doigt, je glisse le long du médius la canule d'un trocart très recourbé jusque dans le point où je crois pouvoir fixer la limite de la section de l'éperon. Appuyant dès lors cette canule à travers l'épaisseur de l'éperon, je retire le médius. Je retourne la pulpe de l'indicateur contre l'extrémité de la canule, je fais saillir le poinçon du trocart, et au moyen de cette pointe, je pénètre du bout inférieur de l'intestin dans le bout supérieur. Une fois que le trocart, armé de sa canule, a traversé l'épaisseur de l'éperon, je ramène à l'intérieur de sa gaine le poinçon de l'instrument ; puis par un mouvement courbe, je fais sortir à l'extérieur de l'anus accidentel, l'extrémité de la canule. L'éperon est donc traversé à la base par l'instrument qui vient d'être employé.

Il ne s'agit plus alors que de remplacer la canule, soit par un tube élastique qu'on liera plus tard, soit par la chaîne de l'écraseur de Chassaignac.

### 3. — SECTION DE L'ÉPERON AVEC L'ENTÉROTOME

Livrer passage aux matières intestinales à travers l'éperon, sans avoir à redouter l'ouverture de la cavité péritonéale, tel est le but que se proposent tous les chirurgiens qui ont fait et feront usage de l'entérotome. Cet instrument, en effet, par une compression méthodique ou par toute autre irritation, excite les surfaces séreuses qu'il met en contact et les invite à adhérer entre elles ; celles-ci une fois réunies, l'éperon est sectionné sur une plus ou moins grande longueur, sur une plus ou moins grande surface, par compression, par incision ou enfin par décomposition chimique ou électrolytique, suivant l'entérotome employé.

Nous allons donc dans cet article décrire les diverses formes d'entérotome, leur mode d'application, leurs indications et les résultats que nous pouvons en attendre.

Tout d'abord, nous devons, pour la clarté du sujet, les diviser suivant leur mode d'action en :

#### A. *Entérotomes sectionnant par action physique :*

- a) Entérotomes divisant l'éperon longitudinalement par compression et mortification. (Dupuytren, etc.)
- b) Entérotomes comprimant l'éperon et le sectionnant par incision. (Reybard, etc.)
- c) Entérotomes emporte-pièce, faisant une fenêtre dans l'éperon par compression. (Liotard, etc.)

#### B. *Entérotomes sectionnant par action chimique.* (Vidal de Cassis, etc.)

#### C. *Entérotomes sectionnant par action électrolytique.* (Bruns.)

A. *Entérotomes sectionnant par action physique.*

A cette catégorie d'instruments appartiennent tous les entérotomes qui ont pour but d'obtenir l'adhésion des surfaces sèches en les irritant par compression, puis de sectionner l'éperon, soit longitudinalement suivant le trajet d'une ligne où la compression est portée au maximum jusqu'à mortification des tissus (sous-classe a), soit simplement en l'incisant avec le bistouri (sous-classe b), soit enfin en obtenant une mortification en surface dans le but d'avoir une large communication entre les deux bouts de l'intestin à travers l'éperon (sous-classe c).

a) *Entérotomes divisant l'éperon longitudinalement par compression et mortification.* — Les instruments qui entrent dans cette sous-classe sont très nombreux et ne diffèrent les uns des autres que par des modifications de peu d'importance, aussi nous proposons-nous d'insister plus spécialement sur l'entérotome de Dupuytren qui est et sera probablement toujours l'entérotome type.

*Entérotome de Dupuytren.* — C'est à juste titre que revient à cet illustre chirurgien l'honneur de cette belle découverte, si féconde en heureux résultats ; et ce n'est qu'après une étude longue et attentive des diverses conditions anatomiques et physiologiques de l'anus contre nature, qu'il a pu créer l'instrument dont nous donnons la description.

L'entérotome de Dupuytren (fig. I) se compose de trois pièces : deux branches et une vis de pression à plusieurs filets. Les branches ont chacune six à sept

pouces de longueur ; une d'elles, qu'on nomme la branche mâle, parce qu'elle est destinée à être reçue dans l'autre, est formée d'une lame de quatre pouces de longueur, de trois lignes de largeur et d'une demi ligne d'épaisseur sur son tranchant, qui est ondulé et terminé par un bouton sphéroïde.

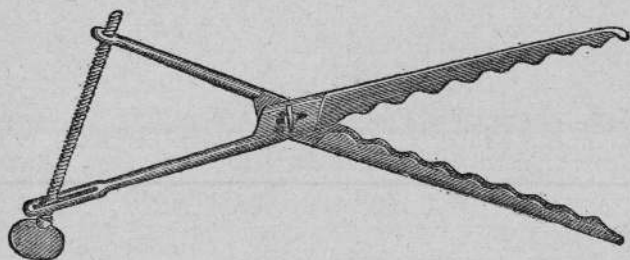


FIG. I. — Entérotoμή de Dupuytren.

A l'union de la lame avec le manche, est une mortaise de quelques lignes d'étendue ; derrière cette mortaise, un manche long d'un, deux ou un plus grand nombre de pouces, fendu, dans presque toute sa longueur, par une autre mortaise large de trois à quatre lignes. La branche femelle de l'instrument a un peu moins de longueur que la précédente, elle est composée, à l'une de ses extrémités, de deux lames, de même longueur, de même largeur et de même épaisseur que celle de la branche mâle ; entre ces deux lames existe un intervalle formant une sorte de gouttière ou de gaine, destinée à recevoir la lame de la branche mâle. A l'un des bouts de cette lame existe une cavité pour recevoir le bouton de l'autre. A l'union de la lame avec le manche existe un pivot tournant, qui doit être reçu dans la mortaise de l'autre branche ;

enfin vient le manche qui est terminé par un trou taraudé, destiné à recevoir une vis de pression.

La troisième partie de l'instrument est une vis à plusieurs filets, longue d'un pouce et demi, terminée par une plaque ou par un pavillon ovale ; cette vis doit être passée dans la mortaise de la branche mâle de l'instrument et être engagée dans le trou taraudé de la branche femelle : elle a pour usage de rapprocher ou d'écarter à volonté leurs lames.

Telle est la description que donne Dupuytren lui-même dans ses *Leçons orales* (t. IV, p. 31), et nous y joignons une petite figure afin que l'on ne confonde pas, comme cela se fait souvent, l'instrument de Dupuytren avec une des nombreuses modifications qui en ont été faites depuis lui.

*Application de l'instrument.* — Le malade doit être couché sur le dos, la tête et le haut du tronc élevés, et les membres inférieurs demi-fléchis, afin d'obtenir le relâchement le plus complet possible des parois de l'abdomen. Le chirurgien prend alors, de la main droite, une des branches de l'entérotome, la dirige sur le doigt indicateur de la main gauche, introduit préalablement dans un des bouts de l'intestin et la fait pénétrer jusqu'à une profondeur qui varie de 0<sup>m</sup>,027 à 0<sup>m</sup>,108. Cette branche est alors confiée à un aide qui la maintient immobile. L'indicateur gauche resté dans la plaie sert à diriger la seconde branche dans l'autre bout de l'intestin où elle est introduite à la même hauteur que la première. Cela fait on articule les deux branches, à la manière d'un forceps, on les rapproche ensuite l'une de l'autre de façon à bien saisir l'éperon entre les mors et à adosser intimément les parois de l'intestin, et enfin la vis de pression placée

dans la longue mortaise de la branche femelle et engagée dans le trou taraudé de la branche mâle exécute une compression plus ou moins violente, selon le gré du chirurgien. « On ne doit pas craindre, dit Dupuytren, de porter, dès le premier jour, la pression de l'entérotome jusqu'à suspendre la vie dans les parties; car c'est par là sans aucun doute, qu'on prévient tout sentiment de douleur et tout risque d'inflammation; on doit même augmenter cette pression tous les deux jours, en faisant exécuter quelques tours à la vis, pour éviter que la circulation, en se rétablissant sur quelque point de la cloison, ne rende la section des parties incomplète et l'opération imparfaite.

« Dans les premiers temps de son application l'entérotome est fixé sur l'intestin qu'il a saisi; au bout de quelques jours il devient un peu mobile jusqu'à ce qu'enfin il tombe de lui-même, sans efforts, sans traction, sans douleur et sans écoulement de sang; et cette chute a constamment lieu du *septième* au *dixième* jour.

« Lorsque l'instrument est tombé, on trouve ses mors très rapprochés l'un de l'autre et séparés seulement par une bande membracuse, de couleur brune, longue de trois à quatre pouces, large de deux à trois lignes, épaisse d'un quart de ligne, sèche et résistante comme du parchemin; c'est aux dépens de l'intestin qu'est formée cette lanière, et ses dimensions donnent la mesure exacte de la perte de substance qu'a éprouvé l'éperon. »

Une première question importante se pose ici : Doit-on faire porter d'emblée la compression au maximum ou doit-on y arriver seulement petit à petit ? Nous venons d'entendre l'opinion de Dupuytren ainsi que

les arguments sur lesquels il la base. Le Fort dit, au contraire, « qu'il est important de ne pas trop serrer l'instrument au début, de peur d'amener une gangrène trop rapide et la chute de l'eschare avant la formation d'adhérences ; il arrive souvent aussi que cette forte constriction est mal supportée par les patients. »

Laquelle des deux opinions extrêmes devons nous adopter ? Examinons les faits : L'entérotome appliqué à la manière de Dupuytren, c'est-à-dire de façon à entraîner une mortification immédiate, tombe du 8<sup>me</sup> au 10<sup>me</sup> jour, rarement avant. Est-ce qu'en huit jours, les adhérences ont le temps de se constituer assez solidement pour éviter une rupture lors de la chute de l'eschare ? Nous pouvons l'admettre car presque tous les auteurs qui ont étudié la question sont d'accord sur ce point et les expériences faites à plusieurs reprises le prouvent d'une manière absolue ; il faut donc chercher d'autres raisons pour expliquer les cas de mort à la suite de rupture intestinale lors de la chute de l'entérotome ; ces cas sont du reste excessivement rares et nous y reviendrons plus loin. Nous continuerons donc à appliquer l'entérotome d'après les règles données par Dupuytren, et si toutefois nous voyons notre malade être pris de phénomènes réactionnels trop intenses, nous serons toujours à temps de desserrer l'instrument, et nous aurons peut-être la satisfaction de voir cesser les accidents (comme dans l'observation n° 117).

Doit-on, comme Dupuytren, pratiquer l'entérotomie en une seule fois, c'est-à-dire, prendre entre les mors de l'instrument tout ce qui peut-être saisi de l'éperon ? Delpsch reproche à ce procédé d'entraîner une plaie relativement grande, qui suppure longtemps et une

cicatrice consécutive causant la récurrence du promontoire ; mais Laugier a battu en brèche cette opinion, en montrant que dans la généralité des cas, une fois l'éperon sectionné, le cours des matières va s'améliorer de jour en jour au lieu de devenir de plus en plus difficile. Si nous avons à redouter le pincement latéral d'une anse intestinale cachée derrière l'éperon, nous suivrons les conseils de Delpech et de Körte ; nous ne saisirons avec la pince qu'un à deux centimètres de la cloison, quitte à y revenir plus tard. Si au contraire nous n'avons pas à redouter cette complication, nous pratiquerons l'entérotomie en une seule séance, et par là, nous éviterons à notre malade le désagrément de plusieurs opérations ainsi que les dangers que chaque nouvelle intervention lui ferait courir. Cependant nous trouverons, peut-être, chemin faisant, un procédé qui nous permettra de concilier les deux opinions.

Les modifications apportées à l'entérotome de Dupuytren sont excessivement nombreuses, les unes s'adressent à quelque imperfection réelle, les autres à des défauts plus ou moins chimériques, d'autres enfin ne sont faites que pour répondre à certaines indications dans des cas tout à fait spéciaux.

*Premier entérotome de Reybard.* — En 1827, Reybard a reproché à l'entérotome de Dupuytren d'exercer une pression plus forte vers l'entrecroisement des branches que vers leur extrémité. Cette observation nous paraît parfaitement juste, car une fois comprimé entre les branches de l'instrument l'éperon est représenté par une longue cloison ayant à peu près la même épaisseur en arrière qu'en avant, dès lors, la pression

de l'entérotome doit être aussi forte à l'extrémité des branches qu'à leur entrecroisement ; c'est ce que Reybard a cherché et c'est ce qu'il a obtenu dans l'instrument que nous représentons (fig. II). Cet entérotome permet de donner à ses branches une inclinaison quelconque l'une par rapport à l'autre.

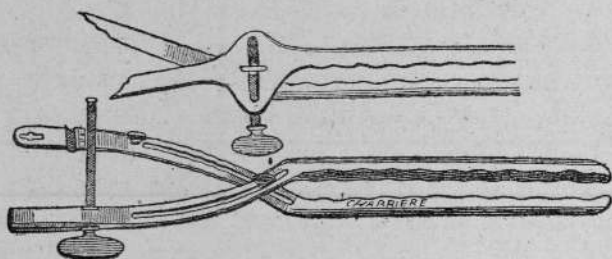


FIG. II. — Entérotome de Reybard.

*Entérotome de Delpech.* — Reprochant à Dupuytren de sectionner l'éperon en une fois dans une trop grande longueur, Delpech propose l'entérotome suivant : Il est constitué par une longue pince dont les mors représentent deux coques un peu allongées assez semblables aux coquilles d'une noix ; la circonférence de ces coques est légèrement concave dans le sens de la longueur, les mors agissent surtout par leur bec et la cloison peut être coupée par petits fragments. Nous avons discuté plus haut la valeur de l'opinion de Delpech, nous n'y reviendrons pas ici.

*Entérotome de Bourgery.* — Cet entérotome à mors larges se compose de deux segments de cercle, dont l'un est reçu dans l'autre ; chaque segment est brisé par une double articulation et commandé par une tige

de rappel ; au moyen de cette tige on peut donner plus ou moins de volume aux mors.

Cet instrument est destiné à combler deux lacunes. Premièrement, l'entérotome de Delpech, à cause de la largeur de ses mors ne peut pas être introduit dans un anus contre nature dont l'orifice est tant soit peu étroit ; celui de Bourgery, au contraire, quoique agissant sur une grande surface, peut pénétrer même dans de très petites fistules grâce au mécanisme décrit plus haut ; malheureusement il faut avouer que ce mécanisme est très compliqué et qu'ainsi il fait perdre à l'instrument une bonne partie de sa valeur. Secondement, l'entérotome de Dupuytren sectionne l'éperon sans avoir obtenu au préalable des adhérences assez étendues, et il expose le patient à une rupture intestinale lors de la chute de l'eschare ; cet accident doit être évité avec l'entérotome que propose Bourgery.

Nous n'insisterons pas sur le premier argument ; quant au second il nous paraît avoir une certaine valeur et nous permet d'expliquer, en partie du moins, la cause de certains échecs suivis de mort observés avec l'instrument de Dupuytren. En effet, dans les 72 cas que nous avons recueillis, où l'entérotome de Dupuytren a été employé, nous trouvons trois morts à la suite de péritonite par perforation ; dans un de ces trois cas les adhérences n'étaient pas complètes lors de l'ablation de l'instrument qui pourtant n'avait été faite que le septième jour (obs. 70) ; dans les deux autres cas la mort paraît avoir une toute autre cause, nous en reparlerons plus tard en appréciant la valeur de l'entérotomie en général. Ce fait seul ne nous permet pas de jeter la pierre à l'entérotome de Dupuytren, car s'il a eu ses revers, il a à son actif un nombre

très considérable de résultats heureux, tandis que les autres entérotomes n'ont été employés qu'un très petit nombre de fois. Voici plutôt des chiffres. Sur les 87 cas que nous avons pu réunir nous trouvons l'entérotome de Dupuytren employé 72 fois et tous les autres ensemble, seulement quinze fois ; nous concluons donc de là que ces derniers n'ont pas été l'objet d'expériences assez nombreuses pour pouvoir être comparés avec le premier.

Ce n'est pas parce qu'une méthode opératoire a été employée une ou deux fois et avec succès qu'elle peut se substituer immédiatement à une ancienne méthode qui, à côté de nombreux succès compte quelques revers.

*Entérotome de Lotz.* — Lotz décrit en 1837 dans la *Revue médicale* l'entérotome suivant : Il se compose de deux branches séparées, de six pouces de longueur, dont l'extrémité intestinale est percée d'une ouverture arrondie d'un pouce de longueur sur une largeur de trois lignes, et entourée d'un rebord solide d'une ligne d'épaisseur. Cette extrémité ne fait pas suite au reste de la branche ; mais tout en lui étant parallèle, quant à sa direction, elle en est séparée à l'aide d'un double coude, de telle sorte que lorsque les deux branches sont accouplées, ces deux extrémités fenêtrées sont plus rapprochées que le reste des branches. Celles-ci sont munies chacune d'un tenon et d'une mortaise qui se correspondent, et enfin d'une vis placée, pour l'une des branches, vers le milieu de sa longueur, où elle la traverse pour passer également dans un trou, dont l'autre est munie. Une seconde vis, placée à l'extrémité supérieure des branches, qu'elle traverse,

va butter contre l'extrémité correspondante de l'autre branche, qui est imperforée et agit comme moyen d'écartement.

*Entérotome de Nélaton.* — Nélaton a imaginé un entérotome à larges mors et à branches parallèles, dont les manches peuvent se démonter après application.

Cette dernière modification a l'avantage incontestable de faire disparaître une partie saillante de l'appareil, qui non seulement gêne considérablement le malade, mais qui en outre peut être le point de départ d'accidents mortels. En effet, avec l'entérotome de Dupuytren le moindre choc donné aux manches se communique directement par ses branches à l'éperon, et ainsi tend soit à faire pénétrer l'instrument à travers la base du promontoire dans la cavité péritonéale, soit à détacher les adhérences formées entre l'intestin et la paroi abdominale.

*Entérotome de Panas.* — Panas a fait construire un entérotome à manches courts, pour rendre l'instrument plus léger ; en outre, grâce à une incurvation des branches, celles-ci n'exercent aucune pression au niveau de leur articulation et elles sont assez minces pour pouvoir pénétrer dans un orifice fistuleux même étroit (fig. III). Ce modèle ne nous paraît pas présenter des avantages assez sérieux pour mériter d'être préféré aux entérotomes à branches parallèles.

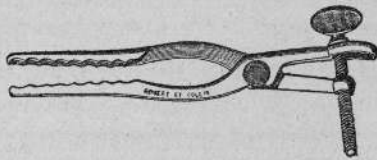


FIG. III. — Entérotome de Panas.

*Entérotome de Gussenbauer* (fig. IV). — Nous reproduisons ici l'entérotome de Gussenbauer, car il est très fréquemment employé en Allemagne sous le nom d'entérotome de Dupuytren. C'est un entérotome à branches parallèles, et à manches courts. Il se rapproche beaucoup, par son mode d'action de celui de Richet que nous indiquerons tout à l'heure.

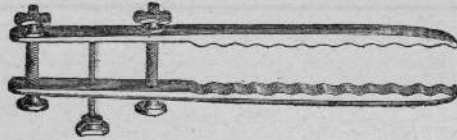


FIG. IV. — Entérotome de Gussenbauer.

« Ces dernières années, dit Pollosson, on s'est servi de compresseurs plus simples et à la disposition de tout le monde: les pinces à pansement du professeur Verneuil, les pinces de Kœberle ; il faut alors recourir à une série d'applications successives. » Quant à nous, nous ne conseillons ces instruments que dans les cas où il y aurait urgence absolue d'intervenir et où le chirurgien n'aurait pas d'entérotome sous la main ; et même alors l'entérotomie n'est, pour ainsi dire, plus indiquée.

Nous terminerons cette énumération déjà longue en disant deux mots de l'entérotome de Richet :

Une simple inspection de la figure que nous donnons (fig. V) fera comprendre facilement l'instrument ainsi que son maniement. Il se recommande, par son petit volume, sa légèreté, par les courtes dimensions de ses manches, et par la facilité avec laquelle on

peut donner aux branches une position quelconque l'une par rapport à l'autre.

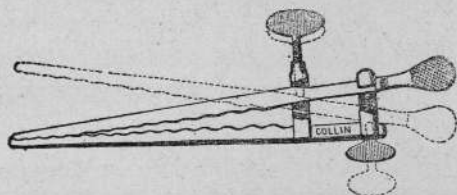


FIG. V. — Entérotome de Richet.

b) *Entérotomes comprimant l'éperon et le sectionnant par incision.* — Cette sous-classe ne contient qu'un seul entérotome, c'est celui de Reybard. Ce chirurgien trouvant la section de l'éperon trop lente avec le procédé de Dupuytren a imaginé l'instrument suivant, il se compose : Premièrement d'une pince fenêtrée, longue de six pouces environ, et secondement d'une lame tranchante à une de ses extrémités ayant la même longueur. La pince est formée de deux branches ; chaque branche est percée d'une extrémité à l'autre par une fente d'environ deux lignes et demie de large ; elles sont réunies à leur extrémité inférieure par une sorte d'articulation fermée par une vis transversale. A deux pouces de l'extrémité inférieure de la pince, il y a sur la branche supérieure, à droite et à gauche, deux trous placés en regard de deux autres trous qui existent sur la branche inférieure ; ils reçoivent les vis de pression destinées à fermer l'instrument. Au-dessus de ces vis commence la partie de la pince qui doit saisir la cloison intestinale. Cette partie est représentée dans chaque branche par deux tiges parallèlement disposées, minces, légèrement élastiques et

réunies à l'extrémité supérieure de la pince par un contour arrondi. Les bords correspondants des tiges de la branche inférieure présentent une cannelure, espèce de coulisse qui commence un pouce au-dessus de l'extrémité inférieure de cette pince et qui finit quatre lignes plus bas que l'extrémité supérieure. C'est dans cette coulisse qu'est reçu et que glisse le bouton aplati, placé à l'extrémité du tranchant de la lame. La lame aplatie, large d'environ six lignes, offre à une de ses extrémités un tranchant obliquement dirigé en haut et en arrière. La pointe de ce tranchant se termine par un bouton aplati qui assujettit la lame dans la cannelure pratiquée sur la branche inférieure et la dirige pendant l'opération. La pince appliquée, on fait la section de la cloison qui est absolument indolente et on retire la lame (*Gazette médicale de Paris*, 1838). Malgré son succès dans l'observation 38, cet ingénieux instrument ne répond malheureusement pas à tout ce que son auteur en attendait, au contraire, et Reybard, lui-même, finit par conseiller une manœuvre spéciale au moment où le chirurgien pratique l'anus contre nature ; cette manœuvre consiste à tirer hors de la plaie les deux bouts d'intestin et de les y fixer afin de pouvoir pratiquer plus tard l'entérotomie en dehors de la cavité péritonéale. Mais une fois que nous n'avons plus à redouter le voisinage du péritoine, pourquoi ne pas nous servir tout simplement du bistouri ou des ciseaux mousses ? En effet l'entérotome est un instrument inventé dans le seul but de sectionner un éperon alors que l'on redoute le voisinage de la cavité abdominale ; une fois que ce danger n'existe plus l'entérotome perd complètement sa raison d'être.

Nous condamnons donc définitivement cet instrument comme inutile ou dangereux.

c) *Entérotome emporte-pièce, faisant une fenêtre dans l'éperon par compression. Entérotome de Liotard, 1819.*

— Liotard a donné dans sa thèse la description d'un nouveau modèle d'entérotome qui se compose de deux branches pouvant être rapprochées l'une de l'autre et mises en contact au moyen d'une vis de pression. L'extrémité de ces branches se termine par un anneau ovalaire de 18 lignes de long sur 6 lignes de large.

En appliquant cet instrument on obtient par compression la mortification d'une rondelle ayant les mêmes dimensions que les mors de l'appareil, et ainsi on enlève un disque d'éperon pour permettre aux matières intestinales de passer directement du bout supérieur dans le bout inférieur. Quel est le but que poursuit Liotard en proposant ce nouveau système d'entérotome ? Tout d'abord l'on obtiendrait, paraît-il, une communication beaucoup plus large qu'avec l'entérotome de Dupuytren qui fait une section linéaire et secondairement, la partie d'éperon conservée s'opposerait à la sortie des matières par l'orifice de l'anus contre nature. Est-ce que réellement la plaie faite par l'instrument de Dupuytren est linéaire ? Elle l'est au début, mais elle s'élargit peu à peu de son extrémité externe à son extrémité interne, si bien, qu'en définitive, elle représente une perte de substance en V suffisamment large pour donner un libre cours au contenu intestinal ; d'autre part, dans un cas de Denonvilliers, la perforation faite par un instrument analogue à celui de Liotard s'est rétrécie peu à peu et ce chirurgien a été obligé de recourir à une nouvelle application. Il

en résulte donc que l'amélioration que Liotard croyait apporter à l'entérotome au point de vue de la largeur de la communication est tout à fait illusoire. En second lieu, peut-on logiquement admettre que la partie d'éperon conservée a bien une influence pour empêcher les matières de s'écouler par l'orifice anormal? A notre point de vue, son action est plus que douteuse, elle doit en effet former une sorte de valvule qui en se rétractant gêne le cours du contenu intestinal dans l'intestin lui-même et force consécutivement ce contenu à s'écouler au dehors.

Enfin cet appareil, ainsi que tous ceux qui lui ressemblent, a encore comme dernier inconvénient de ne pouvoir pénétrer que dans les anus contre nature à orifice large à cause des grandes dimensions de ses mors.

*Entérotome de Blandin*, 1838. — Blandin a fait construire un entérotome tout à fait semblable à celui de Liotard, et qui présente par conséquent les mêmes inconvénients ; nous n'insisterons pas. (Voir observations nos 37 et 39.)

*Entérotome de Legendre*, 1863. — L'entérotome de Legendre est aussi très analogue à celui de Liotard, avec cette différence que la branche femelle s'articule avec la branche mâle par une série de trous, de manière à permettre l'articulation à des distances variées ; on peut ainsi diminuer à volonté la surface de contact des deux branches, et leur permettre de glisser l'une sur l'autre.

En résumé cette classe d'instruments n'a aucune raison d'être, et nous n'en avons parlé que pour la déconseiller et même la condamner.

B. *Entérotomes sectionnant l'éperon par action chimique.*

Combien de fois n'a-t-on pas recours en chirurgie à l'emploi du caustique chimique pour détruire des tissus malades ou inutiles, et même pour atteindre des produits pathologiques à travers des cavités séreuses; en effet, outre son action destructrice, le caustique a encore une action irritative et peut déterminer une inflammation adhésive entre deux surfaces contiguës. C'est cette action que *Vidal de Cassis* avait dans l'esprit, lorsque, le premier, il préconisa l'emploi du caustique pour détruire l'éperon dans l'anus contre nature.

« On pourrait, dit-il, creuser à chaque extrémité d'une pince deux petites cuvettes que l'on chargerait de nitrate d'argent ou mieux de pâte de Vienne, de cette manière le caustique ne pourrait se répandre au loin; son action serait bornée, elle serait rapide, rien ne resterait dans la plaie après l'opération, elle serait sûre, le caustique faisant naître facilement l'inflammation adhésive. »

Laugier ensuite a donné un modèle d'entérotome porte-caustique, dont nous reproduisons la description ainsi qu'une figure d'après Gaujot et Spillmann (fig. VI).

*Entérotome de Laugier.* — Cet instrument se compose de deux branches creusées en gouttière dans toute leur longueur pour recevoir le caustique. Une lame glisse à coulisse sur la gouttière, de façon à retenir le caustique et à l'empêcher de se mettre en contact avec les tissus avant que l'instrument soit com-

plètement placé. Les deux branches sont articulées entre elles par un pivot disposé comme celui du forceps ; leur rapprochement est assuré par une vis à écrou. Cette vis est montée à charnière sur l'une des branches, ce qui permet de l'engager dans la mortaise de l'autre branche, sans la démonter. Les branches sont introduites, puis articulées comme celles de l'entérotome de Dupuytren ; lorsqu'elles sont en place, on serre la vis au degré convenable avant de retirer les lames pour permettre au caustique d'agir. Quand ce dernier a été en contact avec les tissus à détruire pendant trois heures à trois heures et demie pour le chlorure de zinc (obs. 69) on le retire et on laisse ensuite l'instrument en place pendant cinq à six jours.

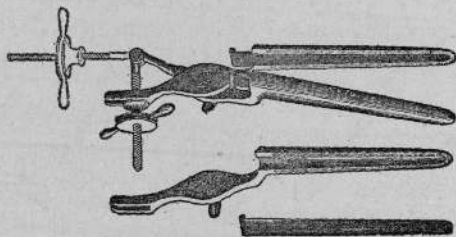


FIG. VI. — Entérotome de Laugier.

Ce procédé a donné quelques bons résultats, cependant il n'a été employé que dans un trop petit nombre de cas pour qu'on puisse le juger définitivement.

Quoi qu'il en soit, il y a toujours un certain danger à courir en se servant du caustique, car il peut diffuser très facilement si l'entérotome n'est pas appliqué d'une façon exacte, s'il se dérange une fois appliqué, ou même en dehors de ces deux circonstances, et causer des accidents plus ou moins graves. D'autre part,

nous ne trouvons aucun avantage bien marqué qui en puisse faire recommander l'usage, son action n'est ni plus rapide, ni plus sûre, ni plus efficace que celle de l'entérotome de Dupuytren.

Disons en terminant que Bruns le condamne comme dangereux ; il l'a, en effet, expérimenté une fois et il n'a pas eu lieu de s'en louer, au contraire. (Voir observation 123.)

C. *Entérotome sectionnant par action électrolytique.*

(Entérotome de Bruns.)

L'influence décomposante du courant électrique sur les tissus qu'il traverse à engagé depuis longtemps les chirurgiens à avoir recours à l'électricité pour obtenir la rétrogradation et même la destruction de certaines tumeurs et de certains tissus pathologiques. C'est cette dernière action, ou action nécrosante que Bruns de Thübingue a imaginé, en 1875, d'employer pour la destruction de l'éperon dans les cas d'anus contre nature, et pour cela il a fait construire l'instrument suivant que Bertsch décrit dans sa thèse :

*Entérotome de Bruns.* — L'entérotome de Bruns se compose de trois parties (fig. VII), à savoir : de deux branches en bois d'ébène et d'un coulisseau en ivoire. Les deux branches sont longues chacune de onze centimètres et demi, larges de un centimètre et demi et épaisses de trois millimètres ; l'extrémité qui doit pénétrer dans l'intestin, et que nous appellerons antérieure, est arrondie pour éviter de blesser la muqueuse. Les deux branches sont en contact l'une avec l'autre par leur face large, et sur chacune de ces faces

se trouve un conducteur en laiton pour le courant électrique ; sur l'une des branches (branche femelle) il est en forme de gouttière longitudinale d'un millimètre de profondeur et de deux millimètres de largeur ; sur l'autre (branche mâle) il est représenté par une baguette hémicylindrique de un millimètre de diamètre, qui pénètre intimement dans la gouttière de l'autre branche. Le contact est établi au moyen de tiges métalliques. Pour empêcher le glissement des deux parties de l'instrument l'une sur l'autre, la branche mâle possède à sa partie postérieure une pièce en ivoire qui a pour but d'empêcher le contact des fils conducteurs avant leur arrivée dans les mors ; cette pièce est entaillée pour recevoir la branche femelle amincie en cet endroit ; cette dernière est percée à sa partie postérieure d'un trou taraudé qui doit recevoir une vis en laiton destinée à faire varier à volonté la distance qui sépare les deux branches l'une de l'autre.

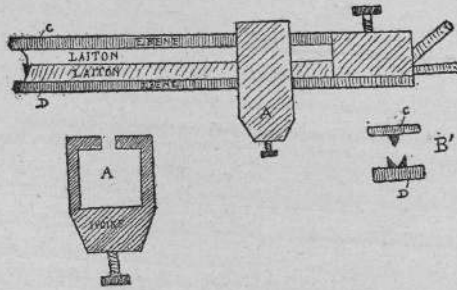


FIG. VII. — Entérotome de Bruns.

A. Coulisseau. — B. Conducteurs. — B' Section de ces conducteurs.  
C. Branche mâle. — D. Branche femelle.

La troisième partie de l'instrument est un coulisseau en ivoire en forme de cadre incomplet ; un de ses côtés, plus épais, est percé d'un trou qui livre passage

à une vis en laiton destinée à serrer les deux branches l'une contre l'autre ; le côté opposé est incomplet pour permettre l'entrée et la sortie du coulisseau par la partie postérieure de l'instrument.

Passons maintenant à son application : Le patient doit être couché sur le dos ; un seul aide est suffisant ; la narcose est inutile. L'instrument s'introduit exactement comme l'entérotome ordinaire, et une fois l'éperon saisi dans la longueur voulue, on serre la vis de pression, mais non à fond, puis on ferme le courant. Toute l'attention du chirurgien doit alors se porter sur le courant électrique qui est constant et doit être régulier. Quand tout fonctionne convenablement, le patient ne souffre que peu, l'on entend un petit crépitement provenant de la formation de gaz au niveau de l'éperon qui se détruit, et en outre on voit couler le long des branches un liquide blanc verdâtre.

Le nombre des éléments et la durée du courant ne peuvent pas être indiqués exactement, ils varient dans chaque cas, mais dans des limites assez restreintes : à Thübingen on s'est servi de dix à vingt éléments (Frommhold) et les séances ont duré de quinze à vingt minutes. Au début, on commence par dix à quinze éléments pour augmenter petit à petit jusqu'à 20 ; du reste le meilleur guide pour l'opérateur c'est : le bruit que font les gaz en se dégageant, la quantité de liquide mousseux qui s'écoule, et le degré des douleurs perçues par le malade.

Vers la fin de l'opération, on conseille de changer le courant, afin que l'eschare sèche qui s'est formée au pôle positif devienne humide et ne soit pas arrachée en enlevant l'instrument, puis on diminue le courant petit à petit et on enlève l'entérotome. On aperçoit alors à la place qu'il occupait sur l'éperon une rainure gris

blanchâtre comme à la suite d'une cautérisation avec un caustique alcalin.

Nous avons traduit et résumé cinq observations d'anus contre nature, traités par cette nouvelle méthode : quatre d'entre elles se trouvent dans la thèse de Bertsch, la cinquième dans un mémoire d'Hertzberg.

Cet entérotome nous paraît avoir pour lui certains avantages, tels que le peu de durée de l'application, le peu de douleurs perçues par le malade et la formation rapide d'une eschare bien limitée ; nous en reparlerons plus loin en le comparant à celui de Dupuytren ; pour le moment nous nous contentons de donner un petit tableau comparatif tiré des cinq cas publiés :

	Nombre des éléments.	Durée de la séance. (Minutes.)	Longueur d'épéron saisi. (Centimètres.)	Douleur.	Chute de l'eschare. (Jours.)	Résultat.
1 <sup>er</sup> cas.	1 <sup>re</sup> séance.	4	15	—	8 <sup>me</sup>	Rétablissement du cours des matières. Autoplastie. Guérison.
	2 <sup>me</sup> séance.	12 à 15	15	—	—	
2 <sup>me</sup> cas.	1 <sup>re</sup> séance.	10	20	4	5 <sup>me</sup>	Rétablissement du cours des matières. Autoplastie. Guérison.
	2 <sup>me</sup> séance.	20	15	4	—	
	3 <sup>me</sup> séance.	—	—	—	—	
3 <sup>me</sup> cas.	1 <sup>re</sup> séance.	5	12	—	—	Rétablissement du cours des matières. Autoplastie. Guérison.
	2 <sup>me</sup> séance.	32	16	5	9 <sup>me</sup>	
4 <sup>me</sup> cas.	1 <sup>re</sup> séance.	32	16	—	—	Rétablissement du cours des matières. Autoplastie. Insuccès.
	2 <sup>me</sup> séance.	25	30	—	—	
5 <sup>me</sup> cas.	1 <sup>re</sup> séance.	5 à 15	20	—	—	Rétablissement du cours des matières. Autoplastie. Guérison.
	2 <sup>me</sup> séance.	15 à 20	20	—	—	

Il a donc fallu en général deux séances pour détruire l'éperon complètement et rétablir ainsi le cours des matières, les séances ont duré de douze à trente minutes et l'eschare formée par la décomposition électrolytique est tombée du 5<sup>me</sup> au 9<sup>me</sup> jour. Cette petite statistique qui, nous l'espérons, deviendra de jour en jour plus considérable, ne peut qu'encourager les chirurgiens à suivre une méthode qui paraît si rapide.

*Valeur comparative des méthodes préconisées pour le rétablissement du cours des matières dans l'anus contre nature.* — Nous ne voulons pas ici faire le procès de ces diverses méthodes prises en bloc ou au contraire en faire l'éloge ; cette discussion sera beaucoup mieux placée à la fin de cet ouvrage, une fois que nous aurons passé en revue toutes les diverses méthodes de traitement de l'anus contre nature ; c'est alors que nous pourrons comparer avec fruit les résultats au point de vue statistique et en tirer peut-être un procédé de traitement rationnel applicable au plus grand nombre des cas.

Nous cherchons simplement pour le moment à résoudre la question suivante : Supposons un anus contre nature simple dans lequel nous voulons rétablir le cours des matières en faisant disparaître l'éperon. Auquel des procédés étudiés plus haut devons-nous donner la préférence ? et, une fois choisi, de quelle façon l'appliquerons-nous ? Soit d'abord le cas d'un éperon peu saillant et cédant facilement à la pression ; nous pourrons avoir recours avec avantage au refoulement et nous choisirons de préférence le procédé inoffensif de compression élastique préconisé et mis en pratique avec succès par Maurer. (Son application et les résultats qu'il donne sont indiqués page 40.) Si le

succès ne couronne pas nos efforts, ou si nous avons affaire à un éperon un peu saillant ou même assez considérable pour recouvrir et masquer le bout inférieur de l'intestin, nous serons forcés de recourir à un procédé plus énergique, et nous aurons à choisir entre la section directe de l'éperon et la section avec l'entérotome. Nous avons condamné définitivement le premier de ces procédés, comme très dangereux, nous n'y reviendrons pas ; le second seul nous reste et c'est à lui que nous nous adresserons. Mais ici se pose une nouvelle question qu'il est fort difficile pour ne pas dire impossible de résoudre d'une façon définitive aujourd'hui : c'est le choix de l'entérotome. En effet, comment faire ce choix judicieusement parmi les quinze principaux entérotomes que nous avons décrits et qui sont prônés, chacun par son auteur ? Nous allons voir cependant qu'en examinant de plus près la question il en est un bon nombre qui doivent être définitivement mis de côté. Tout d'abord, malgré le succès de l'observation n° 38, nous avons déjà condamné les entérotomes sectionnant l'éperon par action chimique ; ils sont, avons-nous dit, inutiles et peuvent même devenir fort dangereux par la diffusion du caustique.

Le même jugement a été porté, et avec encore plus de raison, contre l'entérotome de Reybard (n° 2), qui comprime l'éperon et le sectionne par incision.

« Il est à craindre, dit Foucher, que les lames de l'instrument, laissées en place, ne produisent la gangrène, si elles sont trop serrées ; alors le but de l'instrument serait manqué, ou qu'étant trop peu serrées, elles ne laissent échapper les matières, et alors la sécurité disparaîtrait. »

En troisième lieu, les entérotomes emporte-pièce,

qui paraissaient au début avoir certains avantages, ont bien vite été mis de côté à la suite de l'observation relatée par Denonvilliers, d'un cas où la perforation faite par l'instrument, s'est rétrécie à tel point qu'on a dû avoir recours à une nouvelle intervention. Quant à nous, nous suivrons l'exemple de ce chirurgien et nous abandonnerons complètement ce procédé. (Observation n° 108.)

Deux espèces d'entérotomes nous restent encore à examiner : ce sont les entérotomes système Dupuytren, sectionnant l'éperon par compression et mortification, et l'entérotome de Bruns ou entérotome électrolytique.

Les premiers offrent de nombreux avantages qui sont : section complète de l'éperon, application de l'instrument facile, résultat presque assuré et accidents très rares, vu le grand nombre de cas publiés ; quant aux inconvénients, ils sont en général de peu d'importance.

Quelques-uns se sont élevés contre l'entérotome de Dupuytren en alléguant les douleurs parfois violentes qui tourmentent les malades lors de l'application de l'instrument et qui vont même, au dire de certains, jusqu'au collapsus, cependant, dans tous ces cas, le simple relâchement des mors de l'instrument suffit à soulager le patient. D'autre part, l'entérotome devant être maintenu en place pendant au moins une huitaine de jours, il devient par là une cause de gêne, de tourments et même de dangers pour le malade.

Ces deux objections, quoique ayant, surtout la dernière, une certaine valeur, ne présentent pas de motifs assez sérieux pour nous permettre de condamner ce système comme les trois précédents, et nous le con-

servons jusqu'au moment où l'on pourra nous en présenter un parfait.

Ceci admis, nous donnerons la préférence soit à l'entérotome à branches parallèles (Reybard, n° 1), soit à l'entérotome de Nélaton dont les branches peuvent à volonté être enlevées une fois l'instrument appliqué et par là éviter le danger des traumatismes, soit enfin, dans les cas de fistules fort étroites au modèle de Panas. Mais, la plupart du temps, l'entérotome de Dupuytren sera tout à fait suffisant.

Il nous reste encore à parler de l'entérotome électrolytique de Bruns : cet instrument n'a contre lui que son application un peu difficile et compliquée, ainsi que le peu d'expériences qui en ont été faites ; cinq cas ne suffisent pas pour juger une méthode, cependant comme les dangers de son emploi sont minimes, nous ne pouvons faire mieux que de le conseiller aux chirurgiens, car il se recommande par la rapidité et la sûreté de son action, ainsi que par le peu de douleurs ressenties par le malade.

Nous restons donc en présence de deux sortes d'entérotomes : celui de Dupuytren ou une de ses modifications et celui de Bruns.

Quant à leur mode d'application, nous en avons suffisamment parlé plus haut pour ne pas y revenir ici.

Disons encore deux mots des résultats statistiques de l'entérotomie sans tirer de conclusions, pour le moment du moins.

		Guéris.	Non guéris.	Morts.	Nombre des cas.	
Statistique de :	Dupuytren . . . . .	1839	70.73 %	21.95 %	7.32 %	41
	Heimann . . . . .	1883	60.22 %	31.3 %	4.8 %	82
	Gœtz. . . . .	1889	44.25 %	52.21 %	3.54 %	113

(Si de nos 113 cas nous retranchons les 41 de Dupuytren où le nombre des applications de l'entérotome n'est pas indiqué il nous en reste 72. Dans ces 72 cas nous avons environ 136 applications de l'entérotome, c'est-à-dire à peu près deux par malade).

Les trois statistiques que nous venons d'exposer, faites à la manière de Dupuytren, ne nous paraissent pas avoir de valeur ; en effet, elles ont toutes en vue la guérison de l'anus contre nature, c'est là une grande erreur que Dupuytren a commise ; car la disparition de l'éperon a pour résultat le rétablissement du cours des matières et non l'occlusion de l'orifice anormal, et l'on doit considérer l'opération comme réussie quand ce rétablissement a été obtenu. La section de l'éperon peut être comparée à une opération préliminaire, à laquelle on ne doit pas demander plus qu'elle ne peut donner, mais qui dans certains cas, il est vrai, peut entraîner la guérison définitive. (Ex. : fistule tubulaire.)

C'est à ce point de vue que nous nous plaçons en faisant le dénombrement de nos 72 observations de la façon suivante :

Succès . . . . .	51	soit	77,27 %
Insuccès. . . . .	14	»	21,21 %
Mort . . . . .	1	»	1,51 %
Cas non classés . . . . .	6	»	— —
Total . . . . .	72		

En retranchant les six derniers cas, il nous en reste donc 66 qui donnent 77,27 % de succès ou de rétablissement du cours des matières, dont 21 % ont été suivis de l'oblitération spontanée de l'orifice anormal ; puis 21,21 % d'insuccès et 1,51 % de mort.

Nous mettons en regard ici nos deux statistiques : la première faite au point de vue de Dupuytren, la seconde est celle que nous venons d'expliquer.

1 <sup>re</sup> avec 72 cas.	2 <sup>me</sup> avec 66 cas.
Succès . . . . . 29.17 %	Succès . . . . . 77.27 %
Insuccès . . . . . 69.44 %	Insuccès . . . . . 21.21 %
Mort . . . . . 1.39 %	Mort . . . . . 1.51 %

Nous terminons ce chapitre en donnant une première série de 34 observations qui sera suivie plus tard de 38 autres que nous placerons à la suite du chapitre traitant de l'autoplastie avec entérotomie.

#### OBSERVATIONS D'ENTÉROTOMIE

##### Observation 37.

Blandin (Chomette. Thèse de Paris, 1836) :  
Hernie inguinale étranglée, gangrenée, anus contre nature. Cet anus présente un prolapsus assez considérable ; on place une ligature à sa base et toute la partie prolattée tombe le quatrième jour.

Entérotomie précoce au moyen de l'entérotome de Blandin. Douleur légère. Chute de l'appareil le 5<sup>me</sup> jour. Selles régulières par le rectum. L'orifice de l'anus contre nature se rétrécit progressivement et se ferme deux mois après l'application de l'entérotome. Guérison complète.

##### Observation 38.

Reybard (Gaz. méd. de Paris, 1838) :  
B. d. C. Femme, 50 ans. Hernie crurale étranglée, gangrenée, opérée, établissement d'un anus contre nature. L'intestin est détaché de son mésentère de façon à avoir deux bouts de deux pouces (0<sup>m</sup>,05) de longueur qu'on fixe aux lèvres de la plaie. Débridement de l'arcade pour faciliter l'écoulement des matières. Amaigrissement rapide.  
Entérotomie précoce avec l'entérotome de Reybard. La

pince arrive à peine jusqu'à la cavité abdominale. Incision de deux pouces (0<sup>m</sup>.05). L'instrument est laissé 5 heures. Guérison complète en 3 1/2 mois.

**Observation 39.**

Richet (*Bull. Soc. chir.*, 1861) :

M. M. Homme, 24 ans. Hernie inguinale étranglée, gangrenée, opérée, établissement d'un anus contre nature.

Quinze jours plus tard application de l'entérotome de *Blandin* qui tombe trois jours plus tard.

Deuxième application de l'entérotome.

Il reste une petite fistule stercorale, que l'on cautérise au fer rouge et qui finit par guérir complètement au bout de neuf mois.

**Observation 40.**

Fochier (*Lyon médical*, 1874) :

R. Femme de 72 ans. Hernie crurale étranglée, gangrenée, opérée, établissement d'un anus contre nature. Fort éperon. Application de l'entérotome de *Dupuytren* qui tombe au bout de 9 jours. Il reste une petite fistule stercorale qui finit par guérir 11 mois après la herniotomie à la suite de cautérisations.

**Observation 41.**

Cardenal (cas inédit, lettre au D<sup>r</sup> Kummer, 24 mars 1889) :  
Anus contre nature. Application de l'entérotome. Guérison.

**Observation 42.**

Cardenal (cas inédit, *loc. cit.*) :

Anus contre nature. Application de l'entérotome ; résultat incomplet. Deuxième application. Guérison.

**Observation 43.**

Bergmann von (*Deutsch med. Wochens.*, 1883, n<sup>o</sup> 1) :

Femme, 48 ans. Anus contre nature datant de cinq mois. Première application de l'entérotome de *Dupuytren*. Résultat incomplet. Deuxième application. Guérison.

Observation 44.

Morse, John (*Wiener med. Wochensch.*, 1882, n° 15) :  
Homme, 42 ans. Hernie crurale droite, étranglée, gangrenée, opérée, établissement d'un anus contre nature.

Un mois plus tard application de l'entérotome de *Dupuytren*. Il reste une fistulette qui se ferme cinq semaines plus tard. Cinq semaines après elle se rouvre puis après quatre semaines elle se referme de nouveau et définitivement.

Observation 45.

Fleurier (*Gazette des Hôpitaux*, 1882, n° 4) :  
Anus contre nature consécutif à une plaie pénétrante de l'abdomen.

Application de l'entérotome de *Dupuytren*. Guérison.

Observation 46.

Körte, W. (*Berliner klinische Wochenschrift*, n° 50, p. 775 et n° 51, p. 793, 1883) :

W. M. 21 ans. Hernie inguinale étranglée, gangrenée, anus contre nature spontané. Une année après le patient entre à l'hôpital de Bethanien dans l'état suivant : Toutes les matières passent par l'anus contre nature. 1° Dilatation de l'orifice au moyen de l'éponge préparée. 2° Première application de l'entérotome. 3° Deuxième application de l'entérotome. 4° Cautérisation et bandage compressif. Guérison.

Observation 47.

Körte, W. (*loc. cit.*) :

K. H. Homme. 25 ans. Hernie inguinale droite étranglée, gangrenée, opérée, établissement d'un anus contre nature. 1° Application de l'entérotome. 2° Cautérisation au fer rouge. 3° Lavements de bière blonde. Guérison.

Observation 48.

Körte, W. (*loc. cit.*) :

J. H. 67 ans. Hernie crurale gauche étranglée, gangrenée, opérée, établissement d'un anus contre nature le 27

décembre 1867. Le 4 janvier 1868, application de l'entérotome, puis deuxième et troisième application les mois suivants. Enfin cautérisation au fer rouge et guérison le 4 septembre 1868.

**Observation 49.**

Körte, W. (*loc. cit.*):

Ch. Femme, 32 ans. Hernie crurale étranglée, gangrenée, opérée, établissement d'un anus contre nature. Le 1<sup>er</sup> octobre 1868, c'est-à-dire 10 mois après la herniotomie, elle entre à l'hôpital et du 4 octobre au 5 novembre 1868 on fait cinq applications de l'entérotome, puis cautérisations et suture de l'orifice. Enfin guérison.

**Observation 50.**

Körte, W. (*loc. cit.*):

H. S. Hernie inguinale étranglée, réduite en masse, gangrenée, opérée, établissement d'un anus contre nature sur la partie inférieure de l'intestin grêle, le 8 juin 1878.

Le 1<sup>er</sup> octobre 1878, première tentative d'application de l'entérotome. Le 16 octobre 1878, deuxième application de l'entérotome. Cautérisations au nitrate d'argent et guérison le 26 février 1879.

**Observation 51.**

Buchanau, G. (*Méd. et Chir. Soc. Lond.*, 1867, t. V, p. 322):  
Anus contre nature. Application de l'entérotome de *Dupuytren*. Guérison.

**Observation 52.**

Prelli, C. (*Giorn. di med. mil.*, Torino, 1864, t. XII, p. 793-825):

Anus contre nature. Applications répétées de l'entérotome. Guérison.

**Observation 53.**

Rendu, A. (*Gaz. méd. de Paris*, 1843, 2<sup>me</sup> s., t. XI, p. 543):  
Hernie étranglée, gangrenée, anus contre nature. Application de l'entérotome de *Dupuytren*. Guérison.

**Observation 54.**

Rendu, A. (*Rev. méd. franç. et étrang.*, Paris, 1843, t. II, p. 529-538) :

Hernie ombilicale étranglée, gangrenée, anus contre nature. Application de l'entérotome de Dupuytren. Guérison.

**Observation 55.**

Schuh (*Wien. med. Wochens.*, 1852, 1853) :

Anus contre nature. Application de l'entérotome. Guérison.

**Observation 56.**

Kæberlé (*Gaz. hebdom.*, p. 55, 1881) :

Femme, 22 ans. Rétrécissements multiples de l'intestin grêle pour lesquels Kæberlé réséqua deux mètres d'intestin et pratiqua un anus contre nature. Le 3<sup>me</sup> jour, l'éperon fut saisi entre les mors d'une pince hémostatique, après introduction dans chaque bout d'un tube de caoutchouc destiné à amortir et à rendre plus intime la constriction. Les pinces furent enlevées quatre jours après leur application ; le douzième jour, la partie mortifiée se détacha ; mais une seconde application parut nécessaire. Un mois environ après, guérison complète.

**Observation 57.**

Dupuytren (*Leçons orales*, t. 4, p. 56. Annexe aux 41 cas d'entérotomie, 1839) :

M. B. Hernie crurale étranglée, gangrenée, opérée, anus contre nature.

Un mois après l'accident M. Dupuytren applique son entérotome sur l'éperon. Au bout de six jours, l'instrument tombe à la suite d'un effort fait par la patiente en entraînant avec lui un lambeau grisâtre de l'éperon. Dès ce moment les matières commencent à passer par le rectum, l'orifice anormal se rétrécit de plus en plus et enfin, grâce à la position donnée à la malade, il se ferme complètement.

**Observation 58.**

Desgranges (Pollosson, p. 47) :

D. Femme, 67 ans. Hernie crurale étranglée, gangrenée, anus contre nature.

Dilatation de l'orifice. Application de l'entérotome de Dupuytren ; l'éperon est saisi dans une étendue de cinq centimètres. L'instrument tombe au bout de 6 jours.

Résultat presque nul. La patiente meurt un mois plus tard dans l'adynamie.

Autopsie : L'éperon, qui au moment de l'opération touchait l'orifice en est éloigné maintenant de 5 à 6 centimètres.

**Observation 59.**

Reybard (*Gazette médicale de Paris*, 1838) :

R. Femme. Hernie crurale étranglée, gangrenée, fixation de l'intestin au moyen d'un fil passé à travers le méésentère ; ouverture spontanée.

La cloison méésentérique épaisse ne permettant pas l'application des branches de l'entérotome, on incise avec les ciseaux environ 15 lignes (0<sup>m</sup>,033) de l'éperon, puis quelques jours plus tard 12 lignes (0<sup>m</sup>,025) au moyen de l'entérotome Reybard laissé 4 heures en place.

Au bout de quinze jours, l'orifice de l'anus contre nature devenu fistuleux ne laisse plus passer que quelques matières liquides ; cependant la fistule ne se cicatrise pas malgré de nombreuses cautérisations.

**Observation 60.**

1859, Desgranges (Thèse Pollosson, p. 58) :

S. Femme, 48 ans. Hernie crurale droite étranglée, gangrenée, opérée. Anus contre nature large, compliqué d'invagination du bout supérieur. Eperon s'avancant jusqu'à l'orifice.

Entérotome de Dupuytren appliqué dans toute la longueur de ses branches : compression portée rapidement au maximum. A la suite, vomissements, rougeur des bords de l'orifice, mais peu de fièvre. L'instrument est enlevé au bout de six jours.

Les matières passent par les voies naturelles, l'éperon est à 5 centimètres. Peu à peu il se rapproche de la plaie.

Nouvelle entérotomie : les branches sont portées aussi loin que possible et fortement serrées. A la suite, coliques, alté-

ration de la face ; on enlève l'instrument, qu'on replace trois jours après, mais que le malade ne peut supporter. Le patient quitte l'hôpital non guéri.

**Observation 61.**

Körte, W. (*Berlin. klinisch. Wochenschr.*, n° 50, p. 775 et n° 51, p. 793, 1883) :

C. R. Anus contre nature à la suite de coups de lance en 1848 dans l'hypochondre droit ; hernie de l'intestin, gangrenée, anus contre nature spontané.

Le 21 mai 1864. Les matières sortent presque en totalité par l'anus contre nature.

On fait sept applications de l'entérotome ; l'éperon disparaît complètement. Puis cautérisations au fer rouge sans grand résultat. Enfin, le patient quitte l'hôpital avec l'obturateur de Schönborn.

**Observation 62.**

Körte, W. (*loc. cit.*) :

Fr. V. Homme, 46 ans. Hernie scrotale étranglée, gangrenée, opérée, établissement d'un anus contre nature le 17 mai 1867.

Application de l'entérotome puis cautérisations au fer rouge sans résultat complet. Il reste une petite fistulette.

**Observation 63.**

Robert (Dupuytren, *Leçons orales*, t. IV, p. 60, 1839) :

Homme, 74 ans. Hernie ombilicale étranglée, gangrenée, opérée, établissement d'un anus contre nature. Amaigrissement rapide. Trois semaines après la herniotomie application de l'entérotome de Dupuytren, qui est bien supporté et retiré le sixième jour. Persistance d'une fistule ; amélioration notable de l'état général.

**Observation 64.**

Hofmök (Observation citée dans les cas d'entérectomie secondaire) :

L. Femme, 47 ans. Hernie étranglée, gangrenée, anus contre nature. Application totalement infructueuse de l'entérotome de Dupuytren.

**Observation 65.**

Hofmohl (Observation citée dans les cas d'entérorrhaphie latérale) :

Personne de 42 ans. Hernie étranglée, il y a deux ans, gangrenée, opérée, établissement d'un anus contre nature.

Application de l'entérotome. Résultat nul.

**Observation 66.**

Chaplain (Observation citée dans les cas d'entérorrhaphie latérale) :

Femme, 41 ans. Hernie crurale droite étranglée gangrenée, opérée, établissement d'un anus contre nature.

Un mois et demi après on applique l'entérotome. Depuis lors le cours des matières est en partie rétabli, cependant une fistule persiste.

**Observation 67.**

Madelung (Observation citée dans les cas d'entérectomie secondaire) :

Hernie inguinale étranglée, gangrenée, opérée, établissement d'un anus contre nature.

Application infructueuse de l'entérotome de Dupuytren.

**Observation 68.**

Stelzner (Observation citée dans les cas d'entérorrhaphie latérale) :

K. M. 47 ans. Hernie inguinale droite étranglée, gangrenée, opérée, établissement d'un anus contre nature, le 22 avril 1882.

Le 16 mai 1882. Application de l'entérotome de Dupuytren. Le soir, quelques vomissements, mais état général bon. Chaque jour on fixe mieux l'entérotome.

Le 24 mai. L'instrument tombe spontanément, huit jours après son application.

Le 1<sup>er</sup> juin. Point de matières fécales par le rectum ; un léger éperon persiste.

Le 5 juin. Nouvelle application de l'entérotome, celui-ci tombe le 10 et l'éperon a sensiblement diminué.

Le 27 juin. Les selles commencent à être régulières par le rectum, mais l'anus contre nature persiste.

**Observation 69.**

Panas (*Bull. soc. chirurg.*, 1856, t. VI) :

Anus contre nature. Rien ne passe par les voies naturelles.

Application de l'entérotome de Laugier avec du chlorure de zinc. On laisse le caustique 3 1/2 heures en place, il produit une eschare blanchâtre et sèche. Quant à l'instrument lui-même il n'est enlevé que le cinquième jour.

L'éperon a complètement disparu, les matières reprennent leur cours normal, mais une fistule persiste.

**Observation 70.**

Velpeau (*Mémoire sur les anus contre nature, sans éperon*, 1835) :

Femme, 56 ans. Hernie crurale étranglée, gangrenée, anus contre nature.

Dix-sept jours après l'accident, application de l'entérotome de Dupuytren. Les quatre premiers jours, quelques coliques; le cinquième, douleurs abdominales à la pression, nausées, vomissements, faciès grippé. Septième jour, ablation de l'entérotome. Huitième jour, mort.

*Autopsie* : Eperon détruit dans une étendue de 2 1/2 pouces (0<sup>m</sup>.067) ; adhérences seulement d'un côté.

## CHAPITRE V

### Occlusion de l'orifice anormal.

Après avoir passé en revue les différents moyens propres à rétablir le cours des matières dans l'anus contre nature, nous devons nous occuper dans ce chapitre de l'occlusion de l'orifice anormal ; cette occlusion peut être obtenue par les procédés suivants qui sont :

1. *La compression.*
2. *La cautérisation.*
3. *Les opérations anoplastiques.*

Avant d'entreprendre l'étude de chacune de ces méthodes, il est bon de rappeler quelques données d'anatomie pathologique.

L'anus contre nature simple présente, comme nous le savons : un orifice cutané, un orifice intestinal et entre eux un trajet plus ou moins long, plus ou moins large, recouvert de la muqueuse intestinale ou simplement de granulations ; ce dernier fait a une importance considérable au point de vue du genre de traitement qui nous occupe.

En effet, si nous avons affaire à un trajet recouvert de bourgeons charnus (*fistule tubulaire*) nous avons

tout lieu d'espérer la guérison de l'anus contre nature, soit spontanément, comme nous l'avons vu plus haut, soit à l'aide d'un des procédés simples tels que compression, cautérisation ou suture directe ; mais, si au contraire, nous sommes en face d'un anus contre nature à trajet recouvert par la muqueuse intestinale (*fistule labiée*) nous devons à tout prix faire disparaître cette muqueuse et c'est alors seulement que nous obtiendrons des surfaces capables d'adhérer entre elles.

### 1. — COMPRESSION

En usage depuis La Peyronie, la compression a été employée et l'est encore aujourd'hui comme moyen de traitement palliatif et comme moyen de traitement curatif de l'anus contre nature ; c'est la seconde de ces deux indications qui doit nous occuper dans ce chapitre.

Son emploi est indiqué dans les cas de fistules tubulaires étroites, une fois le cours des matières rétabli, ou comme soutien à la suite d'une opération autoplastique à lambeau. Pratiquée avec intelligence et précaution, cette méthode n'offre aucun danger et donne parfois, mais non constamment, des résultats très satisfaisants. Quoi qu'il en soit nous devons toujours nous souvenir qu'elle peut entraîner à sa suite des coliques, des vomissements et tous les accidents de rétention ; c'est en se basant sur ce fait que Patry a conseillé, avec raison, de la mettre en pratique avant de tenter une opération occlusive, afin de déterminer si le cours des matières est libre et si l'orifice extérieur peut être fermé sans danger.

Pollosson parle des indications de la compression aux diverses périodes de la maladie, ainsi que des moyens de l'appliquer ; voici ce qu'il dit à ce sujet : « Lorsque l'anus accidentel est nouvellement établi, il est bon, au bout de quelques jours, de tenter par ce moyen de faire passer les selles par les voies naturelles. On peut se servir dans ce but d'une plaque de gutta-percha, qui a l'avantage d'empêcher le malade d'être incessamment souillé par les excréments. Mais elle amène dans quelques cas des accidents de rétention qui forcent à y renoncer.

« Plus tard quand l'anus est définitivement constitué, elle échoue régulièrement, pour peu que l'ouverture soit un peu large.

« Au contraire, elle joue un rôle important comme adjuvant des autres moyens dans le cas de fistule stercorale. Alors même qu'elle ne contribue pas à une guérison rapide, elle est extrêmement utile en permettant au malade de supporter son infirmité. Une simple compresse, maintenue par un bandage herniaire, empêche tout écoulement par la fistule et le sujet peut vaquer à ses occupations et laisser, sans être trop incommodé, à la nature le temps d'achever elle-même la guérison. »

Quant à nous, nous partageons la manière de voir de cet auteur, il est bon cependant de faire remarquer que dans certaines régions une compression sérieuse est fort difficile à obtenir, et que, pour avoir de la valeur, elle doit être complète, c'est-à-dire qu'elle doit empêcher tout écoulement de matières par l'orifice anormal.

Lisfranc, en 1840, Jobert de Guyouville, en 1854, rapportent des cas de guérison obtenus d'après ce pro-

cédé ; nous donnons en outre quelques observations de malades chez lesquels la compression a donné de bons résultats.

Dans le cas n° 71, nous avons affaire à un anus contre nature sans éperon ni prolapsus, mais à orifice extérieur assez large 3.5 centimètres sur 1.5 centimètre.

Malgré cette condition défavorable, une bonne compression aidée de quelques cautérisations a eu définitivement raison de la maladie.

Deux mots encore en passant, d'un procédé spécial que nous appellerons : *compression circulaire*. Ce procédé, imaginé en Angleterre par Ward, consiste à badigeonner tous les jours l'ouverture anormale et son pourtour avec du collodion élastique, afin d'obtenir une constriction circulaire des bords de l'orifice et petit à petit son occlusion complète ; en outre l'on protège ainsi les téguments contre l'irritation constante produite par les matières fécales. Nous rapportons au n° 74 l'observation que donne l'auteur de cette méthode sans insister plus longuement sur un sujet de si peu d'importance.

Nous devons citer ici, en terminant, un procédé de réunion mécanique que nous appellerons *compression latérale* ; il n'a aucune importance et n'a jamais donné, que nous sachions, de résultats sérieux ; nous en parlons, chemin faisant, pour être complet et sans même le juger, afin que, s'il vient à l'esprit de quelque chirurgien de vouloir oblitérer l'orifice extérieur d'un anus contre nature au moyen de la traction mécanique, il puisse se convaincre que M. Décès a eu la même idée avant lui et qu'il a même proposé, pour atteindre ce but, un instrument spécial dont voici la description

d'après Foucher : « Cet instrument offre deux variétés. l'une que M. Décès nomme *ténaculum simple*, représente une double tête de béquille, qu'une tige courbée en arc réunirait par une sorte de charnière vers son milieu ; l'autre, appelé *ténaculum double*, diffère du précédent, en ce que les branches sont deux ou trois fois plus longues, en ce qu'il a deux arcs à charnière au lieu d'un, en ce qu'il représente assez bien la miniature d'un cerceau de lit à deux cerces.

« On soulève en masse la solution de continuité qu'il s'agit de réunir afin d'embrasser le double pli cutané avec les mors du *ténaculum* ; le mécanisme des arcs de cet instrument permet de le fixer en place par quelques tours de vis et d'exercer sur la peau tel degré de compression que l'on veut.

« Les bords de la plaie, soit récente, soit nouvellement avivée, sont ainsi maintenus en avant du *ténaculum* et l'opération est terminée dès ce moment. »

Quant à nous, il nous semble que des bandelettes collodionnées ou enduites d'une substance agglutinative quelconque pourraient rendre, le cas échéant, d'aussi bons services que cet instrument réellement trop compliqué pour le but que l'on se propose.

#### Observation 71.

Piachaud cas inédit. Hôpital de Genève, 1869 :

C. F. Femme, 70 ans. Hernie crurale droite étranglée, gangrenée ; anus contre nature depuis fort longtemps. L'orifice de cet anus contre nature est ovalaire à grand diamètre de 3 à 4 centimètres et à petit diamètre de 1,5 centimètre. Le petit doigt introduit dans la cavité pénètre facilement dans le bout supérieur et dans le bout inférieur qui forment un angle très obtus entre eux ; il n'existe pas d'éperon ni

prolapsus de la muqueuse. Etat général bon ; pas d'amaigrissement notable. cependant rien ne sort par le rectum.

*Traitement.* — Lavements. repos au lit et *compression*. Depuis ce jour les matières suivent leur cours normal, et après quelques cautérisations au nitrate d'argent, la patiente quitte l'hôpital complètement guérie le 19 décembre 1869.

**Observation 72.**

Dupuytren (*Leçons orales*, t. IV, p. 52) :

F. H. Femme de 39 ans. Hernie crurale, étranglée, gangrenée, anus contre nature spontané le 16 septembre 1819. L'anüs contre nature paraît avoir une forte tendance à la guérison : depuis le trentième jour toutes les matières passent par les voies naturelles.

Deux mois après le début de l'affection, Dupuytren fait exercer la compression sur l'anüs contre nature au moyen d'une pelote maintenue par un bandage. Quatre mois après guérison définitive.

**Observation 73.**

Van Berchem. II. (*Ann. Soc. de méd. prat. de la prov. d'Anvers*, t. X, p. 24-28. 1852) :

Anüs contre nature. Compression sur l'orifice anormal : guérison.

**Observation 74.**

Ward, N. (*Lancet*, jan., febr., march, 1856) :

Fille, 31 ans, portant depuis deux ans une hernie crurale ; celle-ci s'étrangle, le taxis reste impuissant, l'opération devient indispensable vingt heures après ; l'intestin grêle ne rentre qu'incomplètement, les accidents d'étranglement cessent cependant, mais pas de selles, et quatre jours après le ventre devient douloureux, il y a des vomissements, puis tout à coup les matières font issue par la plaie opératoire ; il se forme un anus contre nature qui fonctionne exclusivement pendant vingt-sept jours, alors les fecès sont évacués par l'anüs et par la plaie de la hernie jusqu'au cinquantième jour où celle-ci est cicatrisée. Cette guérison est due à ce que journellement la plaie était badigeonnée avec du collo-

dion, qui tout en la protégeant contre l'irritation causée par les matières fécales, la rétrécissait petit à petit.

## 2. — CAUTÉRISATION

La cautérisation dans le traitement des anus contre nature a deux buts : l'irritation et la destruction des parties.

Quand chercherons-nous à obtenir l'irritation des tissus et quand leur destruction ? Nous aurons en vue le premier de ces buts dans deux cas : Premièrement, lorsque nous serons en présence d'un anus contre nature dont le trajet sera recouvert de bourgeons charnus ; deuxièmement, lorsque nous voudrions compléter une opération quelconque, alors qu'il ne restera qu'une petite fistule sans importance.

Dans ces deux cas nous chercherons par la cautérisation superficielle à exciter les bourgeons charnus, afin que par leur prolifération et leur rétraction secondaire, ils rétrécissent petit à petit l'orifice anormal et finalement l'oblitérent complètement.

Ce mode de traitement a donné de nombreux succès surtout comme moyen accessoire et l'on n'a qu'à parcourir les observations que nous avons recueillies pour constater avec quelle fréquence tous les chirurgiens y ont eu recours. L'on ne devra cependant pas trop demander à ce procédé, car à lui seul il n'a donné que fort peu d'exemples de guérison ; mais ce qui est hors de doute, c'est que dans le plus grand nombre des cas il accélère la marche de la maladie vers une issue heureuse.

En second lieu, on a vanté les effets de la cautérisation comme agent destructeur dans les anus contre

nature dont le trajet est recouvert par la muqueuse intestinale (*fistules labiées*), chacun sait que dans ces cas la guérison ne peut être obtenue qu'après la destruction de cette muqueuse et, c'est à cette destruction qu'est employée la cautérisation.

Pouvons-nous en attendre des effets bien constants et bien marqués ?

Nous pensons que dans les cas de fistules très étroites elle peut donner quelques succès, mais si l'orifice de l'anus contre nature est tant soit peu considérable, il vaut beaucoup mieux y renoncer et s'adresser à quelque-une des opérations dont nous parlerons plus loin.

Il nous reste maintenant à passer en revue rapidement les différents moyens qui ont été préconisés pour obtenir la cautérisation dans le traitement de la maladie qui nous occupe : Les caustiques sont fréquemment employés, et parmi eux le nitrate d'argent est recommandé par Dupuytren, Reybard, Thomas de Tours, Heydenreich et la plupart des auteurs ; la potasse caustique par Laugier, Velpeau, etc., la teinture d'iode, par Chassaignac. Les cautères et particulièrement le thermocautère sont prônés par Körte et par Laugier ; ce dernier auteur plonge avec précaution dans l'orifice de l'anus anormal un cautère cylindrique ou olivaire, d'une dimension proportionnée au trajet à parcourir et au volume du bourrelet muqueux à transformer.

Quant à nous, nous nous servons du thermocautère quand nous voudrions obtenir la destruction de la muqueuse intestinale, et du nitrate d'argent quand nous aurons simplement en vue de modifier un trajet recouvert de bourgeons.

Nous faisons suivre cet article de trois observations de malades atteints d'anús contre nature et vraisemblablement guéris par la cautérisation.

**Observation 75.**

Körte, W. (*Berliner Klinisch. Wochensch.*, n° 50, p. 775, 1883 et n° 51, p. 793) :

M. C. Femme, 48 ans. Hernie crurale droite, étranglée, gangrenée, opérée; établissement d'un anus contre nature, le 7 avril 1869.

Après quelques semaines, lavements et depuis lors selles par l'anús. Cautérisation au fer rouge; guérison le 17 juillet 1869.

**Observation 76.**

Körte, W. (*loc. cit.*):

Z. Femme. Hernie crurale droite étranglée, gangrenée, opérée; établissement d'un anus artificiel le 18 octobre 1870. Les semaines suivantes: lavements et cautérisations. Guérison.

**Observation 76 bis.**

Thomas de Tours (*Bulletin de la Société de chirurgie de Paris*):

Malade atteint d'un anus contre nature.

Cautérisations au nitrate d'argent tous les dix ou douze jours. Le lendemain ou le surlendemain des cautérisations, il sortait une plus grande quantité de matières par l'anús contre nature; puis la quantité diminuait. Après quatre ou cinq cautérisations, l'orifice était considérablement diminué. Le malade eut alors des coliques d'une durée de plusieurs heures, suivies de la sortie de matières plus abondantes par l'orifice anormal. Quelque temps après on fit une dernière cautérisation. Depuis lors, l'écoulement des matières restait quelquefois plusieurs jours sans se produire et ne survenait guère qu'à la suite de coliques. Enfin, huit mois après le début des cautérisations, le patient put sortir guéri, cependant il éprouvait toujours de violentes coliques.

### 3. — OPÉRATIONS ANAPLASTIQUES

Nous réunissons sous ce titre toute une série de procédés, parfois fort compliqués et fort différents les uns des autres, qui ont tous pour but d'obtenir l'occlusion immédiate, c'est-à-dire à la suite d'une seule intervention, de l'orifice d'un anus contre nature ; c'est ce qui les différencie des deux procédés que nous venons d'étudier dans les articles précédents ; grâce à eux, nous ne redoutons plus les anus contre nature dont l'infundibulum est tapissé par la muqueuse, car, armé du bistouri nous excisons cette membrane ou nous en profitons au contraire en la disséquant convenablement pour fermer l'orifice intestinal.

Afin de mettre un peu de clarté dans le dédale des faits que la littérature nous fournit, nous suivrons dans notre description une classification qui nous paraît logique, car elle répond aux données anatomo-pathologiques ; elle nous permet de réunir des opérations qui au premier abord paraissent fort différentes les unes des autres, mais qui, concourant au même but, doivent être étudiées sous une même rubrique, enfin elle nous conduit à des résultats qui, comparés entre eux, nous engagent à donner définitivement la préférence à quelques opérations de choix, ayant en leur faveur de nombreuses expériences et de nombreux succès.

Notre classification est basée sur la constitution anatomique de l'anus contre nature au point de vue des parties qui font communiquer la cavité de l'intestin avec l'extérieur. Ces parties sont, comme nous l'avons

rappelé au commencement de ce chapitre : *Un orifice cutané, un trajet, un orifice intestinal.*

Certains chirurgiens ont cru que l'occlusion de l'orifice cutané seul suffirait à amener la guérison ; mais leurs espérances ont été pour la plupart des cas déçues ; d'autres ont tenté avec plus de succès d'oblitérer l'orifice cutané en faisant en même temps disparaître le trajet ; d'autres enfin, et c'est de leur côté que nous nous rangerons, convaincus que pour espérer une guérison définitive, il fallait isoler complètement la plaie opératoire du contact malfaisant des matières fécales, ont tout d'abord fermé l'orifice intestinal, puis le trajet, puis enfin l'ouverture cutanée.

Nous divisons donc notre sujet en trois parties qui sont :

- A. *Occlusion de l'orifice cutané.*
- B. *Occlusion du trajet et de l'orifice cutané.*
- C. *Occlusion de l'orifice intestinal, du trajet et de l'orifice cutané.*

Nous ferons enfin suivre notre description d'un certain nombre d'observations prises en partie dans la littérature, en partie inédites, et qui nous fournissent un total de 70 opérations décrites avec plus ou moins de détails et dont le dénombrement d'après notre classification donne :

A. *Occlusion de l'orifice cutané : 17 cas.*

Guérison. . . . .	3	soit	17.65 %
Résultat incomplet. . . . .	2	»	11.76 %
Résultat nul. . . . .	12	»	70.59 %
Mort. . . . .	0	»	—

B. *Occlusion du trajet et de l'orifice cutané* : 14 cas.

Guérison. . . . .	6	soit	42.85	$\frac{0}{100}$
Résultat incomplet. . . . .	2	»	14.28	$\frac{0}{100}$
Résultat nul . . . . .	5	»	35.71	$\frac{0}{100}$
Mort. . . . .	1	»	7.14	$\frac{0}{100}$

C. *Occlusion de l'orifice intestinal, du trajet et de l'orifice cutané* : 39 cas.

Guérison. . . . .	32	soit	82.05	$\frac{0}{100}$
Résultat incomplet. . . . .	4	»	10.26	$\frac{0}{100}$
Résultat nul . . . . .	3	»	7.69	$\frac{0}{100}$
Mort. . . . .	0	»	—	—

Si nous reproduisons ce tableau sous une forme qui parle mieux à l'œil, nous avons :

Nombre des cas.	Guérison.	Résultat incomplet.	Résultat nul.	Mort.
A. . . . 17	17.65 $\frac{0}{100}$	11.76 $\frac{0}{100}$	70.59 $\frac{0}{100}$	0 $\frac{0}{100}$
B. . . . 14	42.85 $\frac{0}{100}$	14.28 $\frac{0}{100}$	35.71 $\frac{0}{100}$	7.14 $\frac{0}{100}$
C. . . . 39	82.05 $\frac{0}{100}$	10.26 $\frac{0}{100}$	7.69 $\frac{0}{100}$	0 $\frac{0}{100}$

Il suffit de considérer un instant ces résultats pour être convaincu immédiatement de la supériorité incontestable de la dernière méthode à tous les points de vue.

Ce fait ne doit nullement nous surprendre ; en effet, quelle est la cause initiale de l'anus contre nature ? la perforation intestinale : Si l'on veut obtenir la guérison d'une maladie, il faut en attaquer la cause primitive, et une fois celle-ci enlevée, l'effet disparaît (*sublata causa, tollitur effectus*) ; dans le cas particulier c'est surtout à la perforation intestinale que s'adresse notre troisième procédé (C) et c'est pour cela qu'il réunit à lui seul un si grand nombre de succès.

Nous recommandons enfin, en terminant, de ne ja-

mais tenter une opération occlusive quelconque avant de s'être assuré au préalable du rétablissement complet du cours des matières et de la perméabilité du bout inférieur en exerçant pendant quelques jours sur l'orifice de l'anus contre nature une compression méthodique : si la compression est bien supportée par le patient, on peut aller de l'avant, sinon, non.

#### A. OCCLUSION DE L'ORIFICE CUTANÉ

Cette occlusion peut être obtenue au moyen de trois procédés différents, autour desquels se groupent encore diverses modifications qui proviennent, la plupart du temps, soit de la configuration particulière que revêt l'orifice extérieur de chaque anus contre nature, soit de certaines idées spéciales que possède sur le sujet chaque chirurgien, soit enfin de la tendance qu'ont beaucoup d'opérateurs de chercher quelque nouveau procédé afin d'y attacher leur nom. Ces trois procédés sont :

- a) *Occlusion de l'orifice par rapprochement des lèvres et suture.*
- b) *Occlusion de l'orifice par avivement puis rapprochement et suture.*
- c) *Occlusion de l'orifice par avivement, rapprochement et suture, le tout étant recouvert par un lambeau.*

a) *Occlusion de l'orifice cutané par rapprochement des lèvres et suture.* — Dieffenbach a préconisé la suture en bourse, mais elle ne donne de résultat que dans les cas de très petites fistules tubulaires, aussi a-t-elle été vite abandonnée, même par son auteur.

Rendu, en 1843, cherche à obtenir la guérison d'un

anus contre nature par la suture entortillée ; mais, après deux essais infructueux, il la laisse complètement de côté.

Ces échecs ne doivent pas nous surprendre, au contraire ; car, comment obtenir la réunion immédiate de surfaces qui ne sont pas avivées ? c'est chercher l'impossible et l'on doit tout au plus placer ces procédés à côté de la compression comme traitement accessoire d'anús contre nature ayant une tendance bien évidente à la guérison spontanée.

b) *Occlusion de l'orifice cutané par avivement puis rapprochement et suture.* — Lecat, le premier, comprend que pour être en droit d'attendre une réunion immédiate entre deux surfaces, il faut au préalable les aviver ; c'est dans ce but qu'il propose de cautériser au nitrate d'argent les bords de l'orifice cutané et ensuite de les réunir entre eux au moyen de la suture. Bruns met une fois ce procédé à exécution : il excorie les bords de l'ouverture avec la pierre infernale, puis il les maintient réunis par un fil passé en croix ; l'ouverture se ferme d'abord, mais quelques jours plus tard elle s'ouvre de nouveau.

Liotard et Blandin ne sont pas plus heureux dans des tentatives analogues, et Judey est le seul qui enregistre un succès.

Plus tard, Malcolm, en 1843, modifie le procédé, il excise une languette de tissus sur tout le pourtour de l'orifice cutané, puis il applique les surfaces avivées l'une contre l'autre et les maintient par la suture.

Il s'agit d'un homme qui porte un anus contre nature datant de deux mois et survenu à la suite d'une hernie inguinale gangrenée. Il y a dans l'aine une

brèche de six centimètres, à bords irréguliers, mais assez flexibles pour en permettre la fermeture complète par la demi-flexion de la cuisse sur le ventre. L'ouverture, déprimée, traversée par le gaz et les liquides stercoraux, a la grandeur d'un schelling. Malcolin excise les bords de la plaie, puis à l'aide de la suture, les met dans un contact parfait ; la réunion a lieu par première intention, le malade sort de l'hôpital au bout de quinze jours et peut reprendre aussitôt ses occupations. (*Lond. med. Gaz.*, 1843.)

Cependant déjà, en 1838, Reybard met en pratique sur un malade un procédé analogue ; il fait l'ablation de la cicatrice cutanée, excise une petite portion de muqueuse exubérante et réunit les surfaces par une suture enchevillée. Malgré deux interventions successives au moyen du même procédé, l'anus contre nature persiste et le chirurgien est forcé d'avoir recours à une intervention plus radicale. (Cas 136.)

Plus tard, Velpeau, en 1856 (cas 138), éprouve à son tour un échec.

Purmay, en 1874, obtient une guérison (cas 85).

Dans un cas d'anus contre nature avec léger prolapsus de la muqueuse, Desgranges, après avoir fait de nombreuses cautérisations au nitrate d'argent, avive la cicatrice et suture l'orifice, mais il échoue par trois fois, et le patient conserve une fistule. (Cas 89.)

En 1844, Jobert (cas 107) avive le pourtour de l'orifice anormal puis rapproche les surfaces en les infléchissant, les suture, et obtient ainsi un succès.

Enfin, Verneuil, en 1869 (cas 117), enlève une languette de peau dans une étendue de quinze millimètres au pourtour de la fistule puis réunit par la suture les surfaces cruentées et pour diminuer la tension des tis-

sus, il fléchit la cuisse sur le bassin d'après le procédé américain ; le résultat est incomplet.

c) *Occlusion de l'orifice cutané par avivement, rapprochement et suture, le tout étant recouvert par un lambeau.* — L'on cherche ici à obtenir une occlusion plus complète de l'orifice anormal en renforçant la suture et en recouvrant le champ opératoire d'un lambeau emprunté aux téguments voisins.

*Procédé de Dieffenbach.* — Dieffenbach a imaginé une méthode de traitement qui consiste à ne pas chercher d'emblée la guérison de la fistule, mais à disséquer un lambeau en forme de pont qui vient recouvrir comme d'un rideau la fistule après que l'on a suturé préalablement son orifice cutané. Le trajet qui fait communiquer l'intestin avec l'extérieur, se trouve ainsi transformé en une fistule simple, qui suppure et guérit sous le lambeau spontanément ou après des cautérisations.

L'opération se pratique, d'après König, de la façon suivante : On commence (fig. VIII) par aviver le voisinage de la fistule *a* en forme d'ellipse *b, c*, puis l'on fait une incision parallèle à l'un des bords de l'avivement *d, e* et à une distance de ce bord égale au double

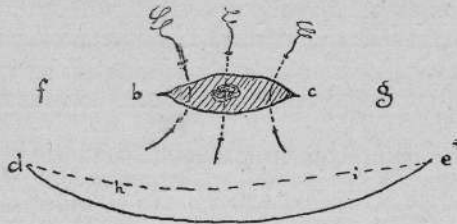


FIG. VIII. — Autoplastie d'après Dieffenbach.

de la largeur de la plaie elliptique. En décollant la peau comprise entre les deux incisions on obtient un lambeau en forme de pont dont les deux côtés courts *f, g* se continuent avec les téguments voisins. L'orifice fistuleux est alors suturé et le lambeau se trouve par le fait attiré sur la fistule. Au niveau du bord du lambeau opposé à celui qui correspond à l'avivement, il reste une fente béante *h, i* par laquelle le contenu de l'intestin peut s'écouler provisoirement hors de la fistule.

Nélaton, en 1856 (cas 110), au lieu de laisser, comme Dieffenbach, la partie inférieure de la plaie béante, suture tout le lambeau, ferme en une fois l'orifice de l'anus contre nature et obtient ainsi une belle guérison.

Piachaud, 1857 (cas 111), avive le pourtour de la fistule, décolle ses bords dans une étendue de deux centimètres, les attire par glissement et les réunit par une suture enchevillée.

Blandin (cas 78), chez le malade dont nous avons parlé plus haut dissèque un grand lambeau quadrilatère et l'attire par glissement sur l'orifice dont les bords ont été avivés puis enfin le suture, mais la réunion manque à la partie supérieure.

Tels sont les différents procédés mis en usage pour obtenir l'occlusion de l'orifice cutané dans l'anus contre nature ; nous avons suivi dans le cours de cet exposé la marche progressive et les divers perfectionnements que les chirurgiens ont cherché à apporter à ces méthodes, mais ils ont vu, la plupart du temps, leurs efforts échouer, car le manuel opératoire a beau être excellent, s'il est basé sur des données fausses il est condamné d'avance à rester stérile ; c'est ce qui a lieu

dans le cas qui nous occupe. On a beau oblitérer aussi hermétiquement qu'on le voudra l'orifice cutané, on n'arrivera jamais à un résultat certain tant que l'orifice intestinal, cause première de la maladie, persistera.

Nous réservons cependant les cas de fistules tubulaires très étroites ; celles-ci, ayant une tendance évidente à la guérison spontanée seront peut-être heureusement influencées par une des opérations que nous venons de passer en revue.

#### B. OCCLUSION DU TRAJET ET DE L'ORIFICE CUTANÉ

Nous avons étudié dans le paragraphe précédent toute une série de procédés opératoires à résultats fort incertains. Nous nous proposons maintenant de décrire des méthodes qui sans avoir encore une valeur bien considérable l'emportent cependant à un certain point de vue sur celles que nous avons condamnées tout à l'heure.

En effet, persuadés qu'ils sont que l'occlusion de l'orifice cutané seul ne suffit pas à obtenir la guérison d'un anus contre nature, les chirurgiens attaquent maintenant le *trajet*, l'avivent, font disparaître d'une façon ou d'une autre la muqueuse qui le tapisse dans une plus ou moins grande étendue, adossent ensuite les surfaces cruentées, les fixent par la suture et, dans un certain nombre de cas complètent l'opération en recouvrant le champ opératoire d'un lambeau emprunté aux téguments voisins.

Nous diviserons notre sujet en deux groupes de procédés qui sont :

- a) *Occlusion du trajet et de l'orifice cutané par avivement et suture.*
- b) *Occlusion du trajet et de l'orifice cutané par avivement et suture, le tout étant recouvert d'un lambeau.*

a) *Occlusion du trajet et de l'orifice cutané par avivement et suture.* — Socin (cas 87), dans un cas d'anus contre nature à la suite de plaie pénétrante de l'abdomen, enlève au bistouri le bord de la fistule, avive le trajet jusqu'à l'orifice intestinal exclusivement, rapproche et suture la plaie ainsi obtenue. Le résultat définitif est complètement nul et, ce chirurgien, après avoir fait chez le même malade une opération analogue sans plus de succès, se décide, en troisième lieu à recourir à l'occlusion de l'orifice intestinal et seulement alors le malade guérit.

Cette observation est intéressante à deux points de vue : En premier lieu, elle nous montre, qu'il est inutile d'attendre grand résultat d'un procédé comme celui-ci qui ne répond pas à toutes les indications, et en second lieu, elle nous apprend que, chez un malade chez lequel l'oblitération simple de l'orifice et du trajet n'avait pas suffi, l'occlusion directe de l'orifice intestinal a immédiatement donné un succès.

b) *Occlusion du trajet et de l'orifice cutané par avivement et suture, le tout étant recouvert d'un lambeau.* — Nous commençons notre description par le procédé de Velpeau : il pourrait entrer à la rigueur dans le paragraphe précédent, mais nous le plaçons ici, car nous pouvons considérer comme une intention de lambeaux les deux incisions latérales libératrices que fait Velpeau pour permettre le rapprochement des lèvres de la plaie sans traction.

Voici comment cet habile chirurgien est arrivé, à la suite de nombreux tâtonnements, à trouver la méthode qu'il conseille. (Cas 77.)

« Une fois, dit-il, je détachai les téguments dans l'étendue d'un pouce, tout autour de la plaie, afin de pouvoir aviver les bords et les suturer ensuite, les matières stercorales suintèrent bientôt entre les téguments décollés et les autres fissus, malgré la compression que j'avais cru devoir opposer par précaution à cet accident. Il fallut enlever les points de suture le troisième jour et la plaie resta plus grande après l'opération qu'elle ne l'était avant.

« Une autre fois, je taillais au-dessus de l'ulcère un lambeau que je fixai en forme d'opercule au moyen de la suture sur le contour de la fistule préalablement avivée. Nous vîmes dès le deuxième jour un suintement jaunâtre et des bulles d'air s'échapper entre les points de suture ; puis la gangrène s'empara du lambeau en marchant des bords vers le pédicule. Opérant depuis un malade par ce procédé, M. Blandin paraît cependant avoir obtenu un succès complet.

« L'espèce de bouchons que j'avais employée avec succès pour fermer les fistules laryngiennes vient encore comme dernière ressource. Je l'empruntai au flanc.

« Après l'avoir renversé, doublé sur sa face épidermique, je l'enfonçai dans l'ulcère où je le retins avec quatre points de suture, un suintement d'humidités stercorales eut lieu dès le lendemain. La suture coupa les bords de la fistule et la mortification se fit comme dans le cas précédent. La suture emplumée sans dissection des téguments avait, en outre, été le point de départ de tous les échecs. Je crus voir, en définitive,

qu'il y avait ici deux obstacles à vaincre : l'un qui tient à la nature âcre et septique des matières intestinales. l'autre qui dépend de l'induration des tissus voisins. Une fistule inguinale, une fistule stercorale en particulier, existent rarement pendant quelques mois sans devenir calleuses, leur contour se transforme en tissu dur, inodulaire, finit par ressembler à une sorte d'anneau inorganique peu favorable à la cicatrisation, soit par première, soit par deuxième intention, un lambeau de tissu simple qu'on emprunta ailleurs, ne trouvant point là d'analogie, ne s'y colla pas. Pour en maintenir les bords en contact, la suture est obligée d'exercer des tractions trop fortes, trop soutenues, pour ne pas couper bientôt un tissu aussi compact, aussi sé-cable.

« Enfin, il est presque impossible, par les procédés ordinaires, que, du côté de l'intestin, le rapprochement soit assez exact pour mettre à l'abri de toute infiltration de matières stercorales.

« J'en étais là de ces difficultés, lorsque vint à la Charité, un jeune homme que M. Aazoux m'avait adressé de la Normandie. Ce garçon était à peu près dans les mêmes conditions que le jeune Castin. Avant d'en venir chez lui à l'anaplastie d'aucune espèce, je conçus le projet de tenter la suture simple par le procédé de M. Reybard, c'est-à-dire de comprendre dans les anses du fil une plaque de caoutchouc ou de bois souple placée dans l'intestin, derrière la plaie, afin d'empêcher toute communication de l'intérieur avec l'extérieur, ou bien de relâcher les parois abdominales par deux incisions latérales.

« Je commençai par ce dernier procédé, me promettant bien de recourir promptement à l'autre en cas

d'insuccès. L'opération fut pratiquée le 15 novembre 1835. Le célèbre docteur Mott voulut bien me servir d'aide. Je renfermai toute la fistule dans une ellipse pour l'évaser par une double incision en demi-lune, mais obliquement des côtés vers le centre, et de manière à ne pas y comprendre l'intestin ou au moins sa membrane muqueuse. Je passai ensuite quatre points de suture à deux lignes l'une de l'autre, en ayant soin que leur partie moyenne n'allât point jusque dans la cavité abdominale ou de l'intestin. C'est alors qu'une incision longue de deux pouces, comprenant la peau, la couche sous cutanée et l'aponévrose du grand oblique, fut faite de chaque côté à 12 ou 15 lignes en dehors de la plaie. Tout étant lavé, bien abstergé, je nouai les fils et plaçai un cylindre de charpie dans les parties latérales pour en écarter les bords avant d'en appliquer l'appareil contentif.

« Le 18, les matières s'étaient tellement accumulées qu'elles forcèrent à couper les fils. L'opération semblait donc avoir échoué. On lava les bords de la plaie, on recommanda bien au malade de les tenir le plus proprement possible, et on le tint à un régime fortifiant peu abondant. Le 30 décembre, la plaie ne donne plus passage qu'à une très petite quantité de matières purulentes; le 4 janvier 1835, les fécès ne sortent plus du tout; le malade est dans un état satisfaisant. On le conserve encore quelques temps à l'hôpital, afin de bien s'assurer de la guérison. Comme rien ne semble devoir donner lieu à aucune crainte, que le malade marche avec facilité et ne souffre pas du tout, on le renvoie le 8 février.

« On se fait à peine une idée du relâchement que procurent les incisions latérales en semblable circons-

tance. Les lèvres avivées de la fistule se mettent dès lors d'elles-mêmes en contact. La suture n'a plus besoin d'être serrée que très modérément, mais il faut qu'elle soit longue et profonde pour atteindre ce double but.

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

« Ainsi, ajoute Velpeau, dans les anus contre nature dépourvus d'éperon, enlever le tissu inodulaire, en ménageant l'orifice intestinal de la fistule, passer les fils sans aller jusqu'à l'intestin, pratiquer l'incision à un ou deux pouces de chaque côté, panser sans comprimer le ventre, faire donner un laxatif chaque soir et tenir le malade à la diète ; telle est en peu de mots la méthode que je propose, méthode réellement digne d'être expérimentée, soit seule, soit en la combinant avec les diverses méthodes d'anaplastie que j'ai déjà essayées. » (*Médecine opératoire*, t. IV, p. 172.)

Nous n'avons rien à ajouter à ce que dit Velpeau, si

ce n'est que ce procédé a été mis en usage un certain nombre de fois (Chassaignac, cas 79, Desgranges, cas 83), et que les résultats qu'il a donnés n'ont pas été bien brillants; nous ne nous en étonnons pas, car avec cette méthode l'orifice intestinal n'est pas oblitéré; en effet, nous voyons, même dans le cas heureux de Chassaignac, la guérison n'être obtenue qu'à la suite d'un suintement fécal de quelques jours de durée.

*Premier procédé de Gosselin.* — Dans ce premier procédé, Gosselin remplace les incisions latérales de Velpeau par un lambeau attiré sur la plaie opératoire d'après la méthode indienne. Dans un cas (cas 113) il n'obtient d'abord qu'un résultat incomplet, puis, à la suite d'une nouvelle intervention, une guérison; dans un second cas (cas 144), il enregistre chez le même malade deux échecs consécutifs suivis le dernier de mort par érysipèle chirurgical.

Körte, en 1883, met en pratique un procédé analogue, qui lui donne deux succès (cas 88 et 130); seulement, au lieu de prendre son lambeau d'après la méthode indienne, il l'attire par glissement.

Enfin, Heydenreich, en 1879 (cas 84), avait eu recours à un double lambeau amené sur la plaie d'après la méthode de Celse.

*Deuxième procédé de Gosselin.* — Nous en arrivons au second procédé de Gosselin, qui forme comme un trait d'union entre les méthodes qui nous occupent et celles que nous étudierons dans le paragraphe suivant. Il consiste à aviver le trajet, disséquer la muqueuse, la rebrousser du côté de la lumière intestinale *sans la*

*suturer* et enfin à faire deux incisions latérales libératrices pour diminuer la tension des lèvres de la plaie. L'auteur obtient ainsi chez un de ses malades un beau succès.

Gayet, en 1872 (cas 137), en suivant un procédé tout à fait identique, échoue complètement.

Nous n'avons jeté un rapide coup d'œil sur ces différentes méthodes que pour les déconseiller en général ; cependant les résultats qu'elles fournissent sont sensiblement meilleurs que ceux obtenus à l'aide des procédés indiqués dans le paragraphe précédent, comme l'on peut facilement s'en convaincre par les résultats statistiques que nous avons donnés plus haut. Si nous les comparons, d'autre part, avec les brillants résultats fournis par les opérations que nous allons décrire bientôt, l'on est forcé de se ranger à notre opinion et de reléguer à l'arrière-plan tous ces procédés que nous venons d'étudier ou tout au moins de les réserver pour les cas de petites fistules tubulaires à long trajet.

#### C. OCCLUSION DE L'ORIFICE INTESTINAL, DU TRAJET ET DE L'ORIFICE CUTANÉ

Nous attirons, en commençant, l'attention des chirurgiens sur les procédés que nous allons décrire maintenant, car ce sont eux que recommandent la plupart des auteurs modernes comme étant de beaucoup les meilleurs et les plus certains pour obtenir la guérison définitive de l'orifice d'un anus contre nature.

La pratique vient, en effet, confirmer ici la théorie ; nous avons vu théoriquement que la cause de l'anus contre nature étant la perforation intestinale, sa gué-

raison doit dépendre de l'occlusion de cet orifice (nous parlons toujours d'anus contre nature simple dont l'éperon n'a jamais existé ou a disparu). C'est surtout à ce facteur que s'attaquent les chirurgiens qui mettent en pratique les procédés opératoires dont nous allons nous occuper et ils en obtiennent des succès très encourageants ; car sur les 39 observations que nous avons recueillies, nous constatons 32 fois la guérison définitive, soit 82,05 %.

Pour la clarté de la description, nous groupons ces procédés sous deux chefs, qui sont :

- a) *Occlusion de l'orifice intestinal sans ouverture du péritoine.*
- b) *Occlusion de l'orifice intestinal avec ouverture du péritoine ou entérorrhaphie latérale.*

a) *Occlusion de l'orifice intestinal sans ouverture du péritoine.* — Deux mots, en commençant, d'un procédé qui ne doit pas à proprement parler entrer dans cette classe, mais que nous indiquons dans ce paragraphe, afin, si possible, de ne rien omettre ; il a été employé une seule fois, que nous sachions, et a donné un échec :  
Le voici :

*Procédé de Hahn* (cas 142). — Cet auteur, dans un cas d'anus contre nature, pratique l'opération suivante : Il avive le trajet fistuleux (fig. IX) jusqu'à l'orifice intestinal, ainsi que le pourtour de l'orifice cutané *b, c, d, e*, dissèque un lambeau *f, g, h*, le mobilise et le rabat sur la plaie *b, c, d, e* de telle façon que la surface épidermique regarde la lumière de l'intestin une fois en place et le suture. Enfin, il recouvre la grande plaie produite *b, f, g, e* avec deux lambeaux latéraux

*i, k, j* et *l, n, m* mobilisés, rapprochés l'un de l'autre par glissement et suture.

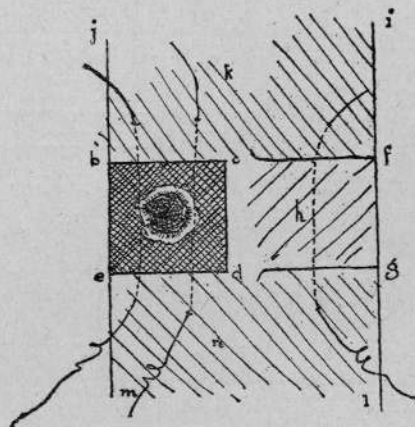


FIG. IX. — Autoplastie d'après Hahn.

*Procédé de Malgaigne* (fig. X). — Voici comment Malgaigne décrit son procédé : « 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 que ces adhérences sont quelque fois 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 *a, b, c, d*, et je les réunis par la suture en piqué *e, f*, 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 téguments par la suture entortillée ou la suture enchevillée, en prenant d'ailleurs toutes les précautions nécessaires pour éviter le tiraillement des

parties. » (*Manuel. méd. op.* Malgaigne, 8<sup>me</sup> édit. revue par Le Fort, t. II, p. 415.)

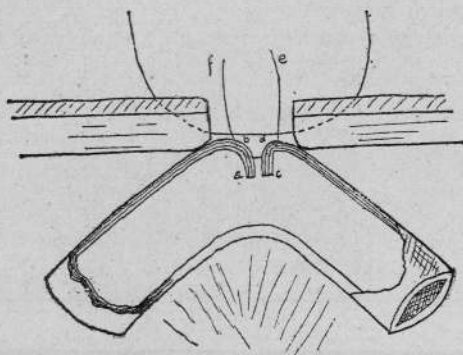


FIG. X. — Procédé de Malgaigne.

Ce procédé a été employé et recommandé : en Allemagne, par Körte et von Bergmann, en France, par Le Fort, Ollier, etc. ; en effet, ces auteurs en ont obtenu, la plupart du temps, d'heureux résultats ; ainsi sur les quinze observations que nous avons réunies, nous trouvons : quatorze succès et un insuccès.

Il est bon d'ajouter ici que ces opérations ont été faites pour la plupart en suivant les règles de l'antisepsie moderne. Malgré le voisinage de l'intestin, c'est-à-dire de matières plus ou moins septiques, l'antisepsie a cependant une grande influence, car l'orifice intestinal étant fermé hermétiquement, on se trouve alors, dès le second temps de l'opération, en présence d'une plaie fraîche dont on veut obtenir la réunion par première intention, et chacun sait quelle heureuse influence a l'asepsie complète pour obtenir ce résultat.

Il pourrait sembler à première vue que ce soit seule-

ment à ce dernier facteur que tiennent les succès que nous venons d'enregistrer, en partie, certainement. Mais d'un autre côté, il faut bien se garder d'oublier la haute valeur qu'a, au point de vue de la guérison, l'oblitération de l'*orifice intestinal*.

Du reste, nous avons voulu entreprendre à ce sujet une étude comparative des résultats obtenus avant et de ceux obtenus après la généralisation de la méthode de Lister, mais nous avons dû bien vite y renoncer, vu que la plupart des observations que nous avons recueillies sont muettes à ce sujet et que, d'un autre côté, chaque auteur comprend cette méthode à sa manière, la modifie plus ou moins, et même l'on voit des chirurgiens qui, persuadés qu'ils sont de suivre les règles de l'antisepsie n'en omettent pas moins l'un ou l'autre de ses principes, si ce n'est tous.

*Procédé de Panas, 1865 (cas 115). Fig. XI. —* Panas modifie le procédé de Malgaigne de la façon suivante :

Tandis que ce dernier chirurgien détache la paroi intestinale de ses adhérences de nouvelle formation,

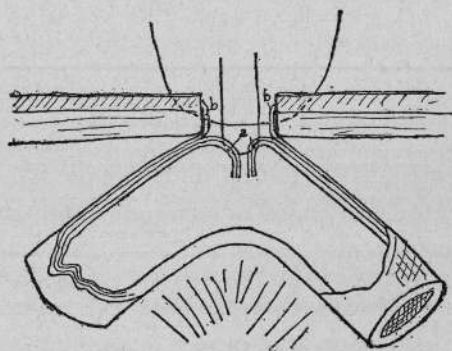


FIG. XI. — Procédé de Panas.

Panas opère dans la paroi intestinale elle-même : il sépare la musculaire *a* de la séreuse *b*, rebrousse le lambeau circulaire ainsi formé et suture comme Malgaigne.

*Procédé de Denonvilliers, 1857 (cas 108). Fig. XII.*  
— Denonvilliers propose le procédé suivant, qui lui donna un succès :

Il circonscrit l'orifice cutané par deux incisions courbes et dissèque le trajet en se dirigeant petit à petit du côté de sa lumière ; ayant la partie disséquée entre le pouce et l'index. Tout à coup, il sent le cloaque

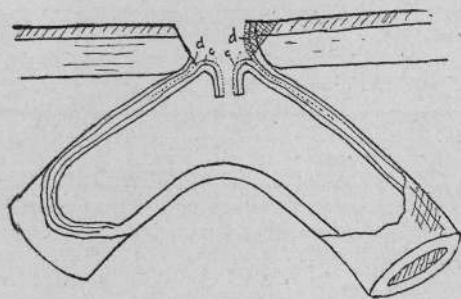


FIG. XII. — Procédé de Denonvilliers.

céder à la traction au moment où il arrive entre les deux plans musculaires de l'intestin *c*, *d* ; il attire alors ce dernier petit à petit au dehors jusqu'à ce qu'il ait un lambeau cylindrique de un à deux centimètres de hauteur ; puis il continue et termine l'opération comme Malgaigne.

*Procédé de Simon (cas 97). Fig. XIII.* — Cet auteur avive le trajet jusqu'à la muqueuse intestinale, arrivé sur cette muqueuse *a*, il la décolle des autres tuniques,

la rebrousse du côté de la lumière de l'intestin et la suture. En outre, il termine l'opération en faisant deux incisions latérales libératrices pour diminuer la tension

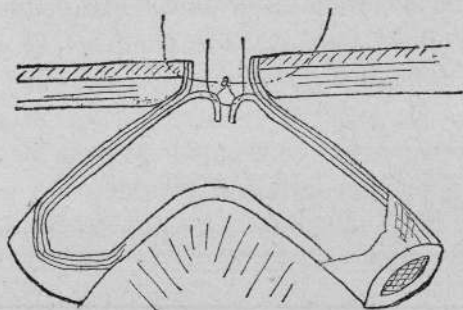


FIG. XIII. — Procédé de Simon.

de la peau. Simon croit obtenir un cas de guérison, mais une récurrence étant survenue, on dut recourir à l'entérorrhaphie circulaire qui guérit définitivement le patient.

*Procédé de Nélaton* (cas 86). — Ce procédé consiste : 1° à disséquer le cloaque par sa partie externe en s'avancant à travers la paroi abdominale jusqu'au péritoine exclusivement, en se guidant dans cette dissection sur l'aspect des divers plans aponévrotiques ; 2° à profiter de cette dissection pour fermer l'ouverture en en reployant les bords en dedans et en maintenant accolées l'une sur l'autre, au moyen de la suture de Gély, les surfaces saignantes ; 3° à recouvrir la plaie d'un peu de parties molles empruntées aux téguments voisins et fixés dans sa position nouvelle par plusieurs points de suture.

Cette opération, dit Foucher, a une grande analogie

avec le procédé de Malgaigne ; cependant elle comprend un temps de plus, celui qui consiste dans la formation d'un lambeau large et bien nourri, destiné à produire l'occlusion immédiate de la plaie, circonstance qui est à la fois une condition de prompte cicatrisation et une garantie contre la réouverture complète, dans le cas même où la suture intestinale ne réussirait pas dans son entier.

Bruns, en suivant cette méthode dans 5 cas, a obtenu quatre fois une guérison définitive.

Auquel de ces différents procédés donnerons-nous la préférence dans un cas donné ?

Tout d'abord nous commençons par rejeter celui de Hahn qui dans le seul cas où il a été employé a donné un insuccès ; ceci ne doit pas nous surprendre ; car l'orifice intestinal n'est pas fermé par la suture, mais simplement recouvert par un lambeau dont la face épidermique est tournée vers sa lumière dans le but de remédier à sa perte de substance ; dès lors rien d'étonnant à ce que les matières pénètrent dans la plaie, viennent la souiller et faire avorter plus ou moins complètement la réunion.

Quant aux procédés de Denonvilliers et Panas, nous les conseillerons dans certains cas, car ils nous paraissent avoir de réels avantages ; cependant il ne sera pas toujours facile de faire porter sa dissection à volonté soit entre les deux plans musculaires des tuniques intestinales, soit entre la musculaire et la séreuse, étant donné surtout qu'à la suite d'une affection chronique comme l'est souvent l'anus contre nature, les parties constituantes ont en général changé plus ou moins de rapports et de constitution anatomique.

Le procédé de Malgaigne est celui qui est le plus simple, le plus facile à exécuter et qui a donné en outre le plus grand nombre de succès ; nous recommandons donc son emploi dans la généralité des cas, tout en réservant les méthodes de Denonvilliers et Panas pour les anus contre nature tout à fait favorables à l'une ou à l'autre de ces méthodes.

Il faudrait, du reste, pour trancher définitivement cette question, faire des expériences sur des animaux, afin de savoir quelles sont les couches de l'intestin qu'il faut adosser ensemble pour obtenir des adhérences le plus rapidement possible. Enfin, si nous sommes en présence d'un anus contre nature à orifice très large, nous emprunterons, pour recouvrir le champ opératoire, un lambeau cutané soit d'après le procédé de Simon, soit d'après celui de Nélaton.

Voici, en terminant cet article, une série de 16 observations d'autoplastie que nous ferons suivre plus tard d'une seconde série de 38 ; donc en tout 54 cas.

#### OBSERVATIONS D'AUTOPLASTIE

##### Observation 77.

Velpeau, 1835 (*Mémoire sur les anus contre nature sans éperon*) :

M. H. Homme, 35 ans. Hernie inguinale étranglée, réduite, formation d'un anus contre nature situé sur le gros intestin.

*Opération.* — 1° avivement des bords de l'orifice ; 2° suture de Reybard ; 3° deux incisions latérales libératrices.

Trois jours après, les matières s'étaient tellement accumulées qu'elles forcèrent à couper les fils. L'opération semblait avoir échoué ; cependant, petit à petit, la plaie se rétrécit et finit par se cicatriser complètement au bout de 34 jours.

Observation 78.

Blandin (*Gazette médicale de Paris*, 1838, p. 479. Thèse de Goubaut, p. 81) :

Homme, 52 ans. Hernie inguinale étranglée, gangrenée, anus contre nature. Invagination d'une portion considérable d'intestin. La plus grande partie des matières passe par l'anus contre nature qui paraît dépendre du cœcum.

Au bout de trois ans de cette infirmité, le malade réclame des soins. A ce moment aucune matière ne sortait par les voies naturelles. Par une pression continue on fit rentrer la partie invaginée comprenant tout le colon ascendant, l'extrémité inférieure de l'iléon et la partie du cœcum qui avait échappé à la gangrène. Pas d'éperon.

Deux essais infructueux d'avivement et suture, enfin en troisième lieu autoplastie : 1° dissection d'un lambeau inférieur quadrilatère épais, taillé sur trois de ses côtés et mobilisé ; 2° avivement des bords de l'orifice anormal ; 3° suture du lambeau sur les bords avivés.

La réunion manqua à la partie supérieure, il fallut aviver et suturer de nouveau. Deux fistulettes persistèrent, elles furent cautérisées au nitrate d'argent et finirent par se fermer. Guérison complète.

Observation 79.

Chassaignac (*Traité des opér. chir.*, t. II) :

Homme, 51 ans. Hernie adombilicale, étranglée, gangrenée, anus contre nature à écoulement intermittent. Irruption soudaine de la totalité des matières quand les selles ne sont pas évacuées régulièrement. Fermeture spontanée de l'orifice, mais un mois après, à la suite d'une poussée phlegmoneuse, récédive totale.

*Opération autoplastique.* — 1° avivement des téguments jusqu'à la fistule y compris les bords de l'ouverture ; 2° décollement de la paroi, double suture. Reste un point où sort quelque peu de matières mais qui se ferme spontanément. Guérison. Le patient a été revu sept ans plus tard et la guérison s'est bien maintenue.

Observation 80.

Thomas (*Bull. de chir.*, 1869) :  
Femme, 48 ans. Hernie ombilicale étranglée, gangrenée,  
anus contre nature.

Essai infructueux de compression.

Huit ou neuf mois après l'accident, opération autoplastique : 1° avivement de l'orifice ; 2° formation de deux lambeaux ; 3° suture.

*Résultat.* — Réunion imparfaite, il persiste deux fistulettes qui finissent par se fermer à la suite de cautérisations au nitrate d'argent.

Réouverture à la suite de vomissements et guérison spontanée. Guérison définitive après deux ans de traitement.

Observation 81.

Patry (*Bull. Société de chir.*, 1867) :

Enfant, 8 mois. Hernie ombilicale étranglée par la ligature du cordon. Anus contre nature admettant une sonde de femme et laissant écouler des matières.

*Opération autoplastique.* — 1° incision circulaire ; 2° rebroussement en dedans de la muqueuse ; 3° suture entortillée ; pas de suture cutanée. Guérison complète.

Mort à l'âge de 19 ans d'étranglement interne.

Observation 82.

Patry (*loc. cit.*) :

Femme, 54 ans. Hernie crurale étranglée, gangrenée, opérée, établissement d'un anus contre nature. Pas d'éperon. Selles par le rectum.

Cinq mois après, opération autoplastique : 1° incision circulaire de la peau à sa jonction avec le bourrelet muqueux ; 2° le canal muqueux est détaché jusqu'aux aponévroses, rebroussé ; 3° suture entortillée. Guérison rapide et complète.

Revue un an plus tard, bien guérie.

Observation 83.

Desgranges (Thèse Pollosson, 1881) :

B. Femme, 48 ans. Hernie crurale étranglée, gangrenée,

ouverture spontanéc. Fistule stercorale du diamètre de 50 centimes ; selles par le rectum.

Six mois après la hernie, tentative de suture : 1° avivement de la peau, du trajet et du bord de l'orifice intestinal ; 2° rapprochement des surfaces avivées par quatre points de suture : échec.

L'orifice diminue peu à peu spontanément et se ferme trois mois après l'intervention.

**Observation 84.**

Heydenreich, 1879 (*Rev. mēd. de l'Est*, 1880) :

E. C. Femme, 59 ans. Hernie inguinale étranglée, gangrenée, anus contre nature spontané. Hernie de la muqueuse ; la majeure partie des matières passe par les voies naturelles.

Deux ans plus tard, opération autoplastique : 1° avivement de la muqueuse intestinale ; 2° avivement de la peau au pourtour de l'orifice dans une étendue d'au moins un centimètre ; ainsi se trouve constituée une plaie dont la surface approche de celle d'une pièce de cinq francs ; 3° dissection d'un lambeau inférieur de six centimètres de côté, qui est attiré sur la plaie par glissement, la recouvre et est suturé au moyen de fil d'argent. Pansement antiseptique. Résultat : Insuccès ; la suture ne tient pas et le lambeau se rétracte.

On rapproche alors les lèvres de la plaie avec des bandelettes, puis on cautérise les bourgeons au Paquelin. L'orifice se rétrécit de plus en plus et six semaines plus tard, la guérison est complète.

**Observation 85.**

Purmay (*Société de chirurgie*, 30 décembre 1874) :

Hernie entéro-épiploïque étranglée, gangrenée, opérée ; établissement d'un anus contre nature.

*Opération.* — 1° avivement des bords de l'orifice ; 2° suture de ces bords. Guérison.

**Observation 86.**

1849. Nélaton (Thèse Foucher, p. 144) :

Garçon, 16 ans. Hernie congénitale étranglée, gangrenée ; anus contre nature établi par Nélaton le 16 mai 1849 dans le flanc droit.

*Opération autoplastique.* — Dissection du cloaque par sa partie externe à travers les parois abdominales jusqu'au péritoine exclusivement ; 2° invagination des lambeaux fournis par cette dissection, et suture de Géby ; 3° dissection d'un lambeau cutané qui est amené sur la plaie par glissement, la recouvre et ensuite est fixé dans cette position. Reste une fistulette qui guérit en deux mois.

**Observation 87.**

Socin (Cas inédit. Lettre du D<sup>r</sup> Hagenbach au D<sup>r</sup> Kummer) :

O. J. 22 ans. Anus contre nature établi à la suite d'une plaie pénétrante de l'abdomen, il y a deux ans.

Pendant les deux ans qui suivent, on emploie divers moyens pour fermer la fistule, mais sans succès.

1<sup>re</sup> opération. — 1° circoncision de la fistule ; 2° avivement de l'orifice intestinal ; 3° suture. Le douzième jour la plaie se rouvre.

2<sup>me</sup> opération analogue : même insuccès.

3<sup>me</sup> opération faite cinq mois plus tard : 1° dissection des bords de la fistule dans une étendue de 1 centimètre ; 2° dissection de l'intestin et suture de celui-ci ; 3° suture de la musculature ; 4° suture de la peau. Guérison en trois semaines.

**Observation 88.**

Körte, W. (*Berliner Klin. Wochenschr.* n° 50, p. 775, 1883, et n° 51, p. 793) :

S. Femme, 42 ans. Hernie crurale droite étranglée, gangrenée, anus contre nature en mai 1878.

Le 11 novembre 1878, elle entre à l'hôpital :

Presque toutes les matières passent par l'anus contre nature ; éperon non tangible. Essais infructueux de pansement compressif, de caustiques, de fer rouge, etc.

Le 29 mars 1879. Autoplastie : 1° avivement de l'orifice et du trajet puis suture profonde ; 2° occlusion du tout au moyen d'un lambeau cutané amené sur la plaie par glissement. Guérison.

**Observation 89.**

Desgranges (Thèse Pollosson, 1883) :

V. Femme, 20 ans. Coup de corne de bœuf ayant perforé la paroi abdominale et l'intestin au voisinage de l'épine iliaque antéro-supérieure. Etablissement par un médecin d'un anus contre nature. Anus contre nature complet avec légère hernie de la muqueuse.

Premières tentatives de traitement, vingt-deux mois après l'accident. Sous l'influence de cautérisations répétées au nitrate, la plaie se rétrécit et les matières s'échappent en partie par les voies naturelles, sauf le cas où la malade est constipée ; l'amélioration étant peu marquée.

*Opération.* — 1° avivement de la cicatrice ; 2° suture. On répète trois fois la même opération. Echec. A la suite de cautérisations au nitrate d'argent la fistule se rétrécit mais persiste.

**Observation 90.**

Czerny (observation citée dans les cas d'entérorrhaphie latérale) :

Homme, 48 ans. Hernie inguinale droite étranglée, gangrenée, opérée ; établissement d'un anus contre nature. Deux ans plus tard, tentative de suture de Simon : 1° avivement des bords de la fistule ; 2° décollement de la muqueuse ; 3° réunion au moyen de sutures superficielles et profondes ; 4° incisions latérales pour diminuer la tension. Résultat : restent deux fistulettes qui guérissent à la suite de cautérisations répétées. Mais, neuf mois après, récurrence.

**Observation 91.**

Schede (observation citée dans les cas d'entérectomie secondaire) :

Femme, 58 ans. Hernie de la ligne blanche, étranglée, gangrenée, opérée ; établissement d'un anus contre nature, amaigrissement rapide arrêté par les injections de peptones. La plupart des matières passent par les voies naturelles ; cautérisations.

*Opération autoplastique* sans résultat. Entérectomie secondaire. Guérison.

Observation 92.

Julliard (observation citée dans les cas d'entérectomie secondaire) :

Femme, 63 ans. Hernie crurale gauche étranglée, gangrenée, anus contre nature spontané.

Six semaines plus tard, le Dr Weissentrich (Romont, Fribourg) tente de guérir la patiente au moyen d'une opération autoplastique. Résultat nul.

b) *Occlusion de l'orifice intestinal avec ouverture du péritoine ou entérorrhaphie latérale.* — « La préoccupation constante des chirurgiens, dit Pollosson, qui pratiquent l'opération de Malgaigne, est d'éviter le péritoine ; c'est là l'écueil qui empêche de se porter trop en dehors.

« D'autre part, en se rapprochant par trop de la muqueuse, on n'est pas sûr d'avoir un lambeau suffisamment épais. De plus, cette dissection du goulot et le rebroussement des tuniques, faite dans un espace limité, dont on redoute extrêmement de dépasser les limites présente de sérieuses difficultés. La suture n'est pas commode, elle peut porter sur des lambeaux minces et imparfaitement adossés ; toutes causes d'insuccès ; aussi, voyons-nous notée dans quelques observations la persistance de pertuis fistuleux. Dans ces dernières années on s'est quelque peu affranchi de l'ancienne terreur que causait l'ouverture du péritoine, et l'on a songé à se mettre à son aise, on a donné plus de sécurité à la suture en s'avancant de propos délibéré vers la surface séreuse de façon à l'adosser à elle-même par inflexion. Ce sont là des garanties incontestables de succès au point de vue de la fermeture de l'orifice, de la guérison rapide et définitive de la fistule.

« Nous avons recueilli trois cas, continue Pollosson, se rapportant à des opérations de même nature. La première, déjà ancienne, puisqu'elle remonte à 1853, est de Polano, de Leyde, qui la publia, à l'époque, dans un journal de Rotterdam. Il la ressuscita vingt-quatre ans plus tard pour la publier dans le *Centralblatt*, afin d'établir sa priorité, à la suite d'un travail de Czerny d'Heidelberg, qui croyait avoir pratiqué cette opération pour la première fois. »

La pratique serrée et rigoureuse de la méthode antiseptique peut seule permettre aux chirurgiens de tenter une opération semblable pour débarrasser un malade d'une infirmité qui n'est pas en général incompatible avec la vie. Aussi nous considérons l'opération faite par Polano en 1853 comme une opération fort dangereuse et très osée pour l'époque. Mais lorsque, en 1876, Czerny lance de nouveau ce procédé dans le monde scientifique, il retransche derrière la protection de l'antisepsie tout ce que sa tentative pourrait avoir de téméraire, il enregistre bientôt deux succès et ne tarde pas à être suivi dans cette voie par plusieurs chirurgiens, surtout en Allemagne.

Nous avons recueilli 13 observations de malades traités d'après cette méthode, y compris les 3 de Pollosson, et chez tous la guérison définitive a été obtenue, et cela en moyenne en 16 jours.

Ces résultats nous paraissent fort encourageants, et nous serions tenté de suivre Czerny dans le traitement de presque tous les cas d'anus contre nature simple sans éperon, étant presque assuré du 100 % de succès ; cependant en réfléchissant à la question, nous trouvons que le nombre des observations publiées n'est pas assez considérable pour juger et admettre ce

mode d'intervention d'une façon définitive. Il est vrai d'ajouter que Czerny n'a pratiqué cette opération que dans des régions herniaires et non dans la grande cavité péritonéale ; mais bientôt on s'affranchit de ce joug et on ne craint pas de pénétrer directement dans l'abdomen pour retirer l'anse perforée, et pratiquer l'entérorrhaphie latérale (Meusel, Hofmokl, Stelzner).

Cette opération a été exécutée deux fois avec succès dans des cas d'anus contre nature avec éperon, car une fois celui-ci sectionné avec l'entérotome, et le cours des matières rétabli, la cavité intestinale redevient assez considérable pour permettre la suture latérale de ses parois sans rétrécissement trop considérable (Stelzner, cas 104 et Hofmokl, cas 100).

Un des avantages incontestables de cette pratique est la libération de l'anse intestinale qui contient l'orifice anormal ; cette libération paraît avoir une importance assez considérable au point de vue des suites lointaines de l'opération. En effet, dans un certain nombre de cas, rares il est vrai, guéris spontanément, traités par l'entérotome ou par les procédés anaplastiques ordinaires, on a vu les patients être pris subitement et sans cause appréciable d'accidents d'étranglement interne, et succomber rapidement. L'ouverture du cadavre a alors montré qu'une anse intestinale était venue s'étrangler ou se coudre sur la bride qui persiste longtemps après la guérison de l'anus contre nature.

*Description de l'opération :* Après avoir mis le patient à la diète pendant deux jours, lui avoir administré deux purgatifs et un lavement, puis lui avoir fait prendre un grand bain tiède immédiatement avant

l'opération (d'après le système de Julliard pour l'entérectomie secondaire), on procède de la façon suivante :

*Premier temps* : Ouverture du péritoine. — Czerny conseille de fermer provisoirement l'orifice anormal au moyen de la suture du pelletier ; cette précaution est inutile si on a eu soin de préparer le patient comme le fait notre maître, le professeur Julliard, pour la résection secondaire ; en effet ce chirurgien n'a jamais vu pendant l'opération s'écouler une seule goutte de liquide par les extrémités de l'intestin. On circonscrit ensuite la fistule au moyen d'une incision qui passe en dehors des tissus cicatriciels ; cette incision peut être prolongée en haut et en bas si l'on manque de jour ou si l'on se propose en même temps de faire la cure radicale d'une hernie sur laquelle l'anus contre nature peut être situé (Czerny).

Cela fait, on dissèque couche par couche et attentivement, jusqu'au péritoine, puis on ouvre celui-ci ; quelques chirurgiens préfèrent pénétrer dans la cavité abdominale par la partie supérieure de leur incision, certains qu'ils sont de ne pas tomber au milieu des adhérences.

*Second temps* : Libération de l'anse, avivement de la fistule.

On libère l'anse soit avec le bistouri, soit avec les ciseaux mousses, on l'attire au dehors puis on comprime, si besoin est, ses deux extrémités pour empêcher l'issue des matières fécales. On résèque ensuite l'orifice cutané, l'infundibulum, et l'on avive les bords de l'orifice intestinal.

*Troisième temps* : Suture.

Ce temps a une importance capitale, il doit être fait avec le plus grand soin, car c'est de sa bonne exécution que dépend en partie la vie du malade.

On rebrousse en dedans les lèvres de la plaie intestinale de manière à adosser séreuse à séreuse puis l'on suture en donnant la préférence au procédé Czerny-Lembert, dont nous parlerons plus tard comme étant le plus sûr. Dans cinq de nos cas où le genre de suture est indiqué, nous trouvons trois fois le procédé de Lembert et deux fois celui de Czerny-Lembert<sup>1</sup>.

*Quatrième temps* : Réduction et pansement.

Une fois l'entérorrhaphie latérale terminée, faut-il réduire l'anse ? C'est là une question qui se posera de nouveau plus loin et que nous chercherons alors à résoudre ; disons seulement pour le moment que cette réduction a été faite dans le plus grand nombre des cas et qu'il n'en est résulté aucun accident.

Enfin, pour compléter l'opération, on procède au drainage, puis à la suture de la plaie et l'on applique sur le champ opératoire un pansement antiseptique.

Il est bon ensuite d'administrer un peu d'opium et de laisser le patient à la diète complète pendant les deux ou trois premiers jours.

Tel est en quelques mots le manuel opératoire que doit suivre le chirurgien lorsqu'il se propose de guérir un anus contre nature par l'entérorrhaphie latérale. Nous avons omis intentionnellement dans notre description un certain nombre de détails, car nous avons pensé qu'il serait superflu d'en parler ici, vu que nous devons y revenir longuement en traitant de l'entérectomie secondaire.

<sup>1</sup> Pour les détails de la suture intestinale, voir la description de l'entérectomie secondaire.

En résumé, nous sommes en présence d'un procédé qui a une valeur incontestable, puisque entre les mains de huit chirurgiens il n'a donné que des succès.

Comparé aux méthodes anaplastiques dont nous avons parlé au commencement de ce paragraphe, il leur est supérieur : Premièrement, par la rapidité de la guérison ; secondement, par la disparition de toute trace interne de l'anús contre nature ; telles que vieille adhérence ou bride cicatricielle ; cependant il leur est inférieur : Premièrement, par l'ouverture du péritoine qui malgré les plus grandes précautions offre toujours certains dangers ; secondement, par la suture de l'intestin qui expose plus ou moins à un épanchement consécutif de matières dans la cavité abdominale. De leur côté, les procédés anaplastiques consistant à oblitérer l'orifice intestinal sans ouvrir le péritoine ont pour eux : Premièrement, le peu de dangers de l'opération qui si elle échoue entraîne seulement la récurrence de l'anús contre nature ; secondement, la non-ouverture du péritoine ; troisièmement, la suture intestinale faite en dehors de la cavité abdominale ; contre eux nous trouvons : Premièrement, l'adhérence et la bride consécutives parfois dangereuses qui persistent pendant longtemps en lieu et place de l'orifice anormal ; deuxièmement, un nombre d'insuccès proportionnels plus considérables qu'avec l'entérorrhaphie latérale.

Nous renvoyons pour plus tard la discussion sur la valeur des opérations autoplastiques dans la cure radicale de l'anús contre nature simple ; nous nous contenterons ici de chercher à faire un choix aussi logique que possible entre toutes ces méthodes.

Etant admis, que le chirurgien veuille recourir à l'une d'elles, à laquelle devra-t-il s'adresser de préférence ?

Pour une fistule tubulaire étroite, il pourra se contenter de recourir à un avivement du trajet avec occlusion de celui-ci ainsi que de l'orifice cutané. Mais pour tous les anus contre nature larges, avec infundibulum tapissé par la muqueuse (fistules labiées), il devra *toujours* s'adresser à un des procédés qui ont pour but l'occlusion de l'orifice intestinal et tenter d'abord une des opérations autoplastiques qui ménagent la cavité péritonéale ; en cas d'insuccès il pourra alors s'adresser à l'entérorrhaphie latérale.

Mais, quoi qu'il en soit, et dans tous les cas, il y a une règle absolue à observer ; c'est de ne jamais chercher à obtenir l'occlusion de l'orifice d'un anus contre nature quelconque sans avoir exercé sur cet orifice pendant quelques jours une compression modérée et s'être ainsi assuré que le bout inférieur de l'intestin est perméable, et que le cours des matières est rétabli.

Nous terminons ce chapitre en donnant le résumé des 13 observations d'entérorrhaphie latérale que nous avons pu recueillir dans la littérature.

#### OBSERVATIONS D'ENTÉRRHAPHIE LATÉRALE

##### Observation 93.

Meüsel (*Deutsch. Zeitsch. f. Chirurg.*, t. XVIII, p. 3 et 4, 1883) :

Femme, 28 ans, présentant depuis huit jours des vomissements fécaloïdes sans cause appréciable ; on pratique un anus contre nature. Une année après, comme la malade dépérissait de jour en jour et comme tous les moyens d'occlu-

sion jusqu' alors employés avaient échoué. on se décide à pratiquer l'entérorrhaphie latérale. Une incision pratiquée au-dessus de l'anus anormal et pénétrant jusque dans la cavité péritonéale permet de dégager l'anse intestinale qui porte l'anus contre nature. On avive les bords de la plaie de l'intestin et l'on suture ce dernier en adossant séreuse contre séreuse sans résection circulaire (5 catguts). Guérison totale en dix jours.

**Observation 94.**

Meüsel (*loc. cit.*):

Hernie inguinale étranglée, gangrenée, établissement d'un anus contre nature.

On pratique l'entérorrhaphie latérale : libération de l'anse intestinale supportant l'anus contre nature, avivement des bords de la perte de substance sans résection circulaire, suture de l'intestin après avoir adossé séreuse contre séreuse et enfin réposition de l'anse. Guérison en dix jours.

**Observation 95.**

1853. Polano (*Centralblatt f. Chirurg.*, 1877, n° 35, p. 545):

Homme, 38 ans. Hernie scrotale droite étranglée, gangrenée, anus contre nature spontané. Guérison en quatre mois sans aucun traitement ; mais huit jours après la cicatrice se rompt et les matières intestinales s'écoulent de nouveau par la plaie. Après avoir essayé, sans succès, divers traitements. on se décide, trois mois après la réapparition de l'anus contre nature, à pratiquer l'entérorrhaphie latérale : Dilatation de l'orifice anormal avec des éponges préparées ; destruction des adhérences de l'intestin ; avivement des bords de la perte de substance, sans résection circulaire ; suture de Lembert ; réduction incomplète de l'intestin dans la cavité abdominale.

Huit jours après l'opération on enlève les fils et il se forme une petite fistule. Cette fistule est de nouveau oblitérée par la suture, trois jours plus tard. Au bout de huit jours la guérison est complète et définitive.

Observation 96.

Czerny (*Beitrag. zur operativen Chirurgie*. Thèse Goubaut, p. 61) :

K. K. Homme, 40 ans. Hernie inguino-scrotale droite étranglée, gangrenée, opérée ; établissement d'un anus contre nature. Rien ne sortait plus par le rectum.

Status six mois et demi plus tard lors de son entrée à l'hôpital de la clinique de Heidelberg :

Dans la bourse droite, existait une tumeur longue de 25 centimètres, étendue de l'anneau inguinal à l'extrémité inférieure du scrotum. La circonférence de cette tumeur (y compris la racine du pénis) mesure 32 centimètres. A 9 centimètres au-dessous de l'anneau inguinal externe, je trouvai une ouverture admettant facilement l'introduction du pouce et présentant un renversement de l'intestin long de 5 centimètres, et sur lequel on remarquait des mouvements péristaltiques. La muqueuse présentait des valvules conniventes et une surface chagrinée. Lorsque le malade était dans le décubitus dorsal, la tumeur diminuait notablement, à ce point qu'une corde seule s'étendait du canal inguinal à l'ouverture extérieure. L'anneau inguinal mesurait 3 centimètres de long et 2 centimètres de large. Deux mois et demi après son entrée on pratiqua l'opération suivante :

Après deux jours de diète sévère et après avoir préalablement vidé l'intestin, on lava et on désinfecta la fistule, et on la ferma provisoirement par la suture du pelletier. Une incision cutanée, longue de 10 centimètres, partant de la fistule et se dirigeant en dehors, mit à nu le sac herniaire. Pour arriver à la portion libre de l'intestin, on prolongea l'incision en haut jusqu'à l'anneau inguinal, et en bas jusqu'au fond du scrotum ; on put ainsi bien voir l'anse intestinale adhérente à la partie inférieure du scrotum. L'anse intestinale put être décollée au moyen d'un instrument mousse, jusqu'au voisinage de la fistule. On détacha, avec le bistouri, l'intestin du reste des adhérences ; on plaça des ligatures sur l'intestin et sur le sac herniaire. L'intestin était recourbé et ses deux anses étaient adhérentes. Le bistouri les sépara. La paroi intestinale parut alors tellement mince

sur une petite surface que, par précaution, on y plaça trois sutures au catgut. On sépara alors l'anse intestinale des bords de la fistule, et quoiqu'elle fût aussi bien que possible comprimée par des aides, il en sortit une petite quantité d'un liquide jaunâtre qui pénétra dans le sac herniaire; la fistule était de 3 à 4 centimètres. On lava avec soin les extrémités intestinales et on les réunit par sept sutures séparées au catgut. On fit ensuite une deuxième série de sutures séparées, au-dessus desquelles, dans certains endroits moins épais, on mit encore une nouvelle série de trois sutures. Le calibre de l'intestin était bien diminué de moitié. J'aimais encore mieux ce résultat que le sacrifice de toute la portion d'intestin adhérente, bien que je m'y fusse résigné comme pis-aller. Après avoir nettoyé et désinfecté soigneusement l'anse et le sac herniaire, on fit la réduction. Je reséquai une portion du sac herniaire et du scrotum, de manière à enlever les bords cutanés infiltrés de la vieille fistule, afin de pouvoir réunir la plaie suivant une ligne droite. Il fallut faire plusieurs ligatures. Hémorrhagie en nappe siégeant sur l'anse intestinale détachée et d'une durée assez longue. Drainage du sac herniaire et suture cutanée. Durée de l'opération : deux heures et demie.

Le malade se plaignit de quelques coliques et vomit même quatre ou cinq fois; mais malgré cela tout alla bien et la guérison totale fut obtenue en moins d'un mois.

**Observation 97.**

Czerny (*loc. cit.*):

G. K. Homme, 48 ans. Hernie inguinale étranglée, gangrenée, opérée; établissement d'un anus contre nature.

Pour guérir cette fistule, M. Simon en aviva les bords dans une largeur d'environ 1 centimètre. La muqueuse renversée fut en partie décollée, en partie excisée et réunie par onze sutures superficielles et profondes. Des deux côtés de la fistule on fit une incision pour diminuer la tension. Guérison, la hernie fut maintenue par un bandage et le malade sortit guéri le 25 février 1876. En novembre la plaie se rouvrit sans cause déterminée, et K. revint à la clinique le 3 décembre 1876.

Status : Dans la région scrotale droite, existait une hernie saillante de la grosseur des deux poings et à la face antérieure de laquelle se trouvaient deux cicatrices blanchâtres, solides, longues d'environ 8 centimètres. Entre elles existait une fistule de la grosseur d'une plume, entourée de teguments calleux et excoriés, située dans le tiers inférieur du scrotum. Elle livrait passage, 15 à 40 minutes après le repas, à un flot de matière jaune pâle, mélangée de grumeaux, de liquides et de gaz. La hernie n'était pas complètement réductible. L'anneau laissait passer deux doigts.

Les cautérisations répétées au fer rouge et au nitrate d'argent ne produisant aucun résultat, même aidées du repos et de la diète, je me décidai à opérer le 14 mai, après avoir préparé convenablement le patient par la diète et avoir vidé l'intestin. On ferme la fistule provisoirement avec la suture du pelletier, afin d'empêcher la sortie du contenu intestinal pendant l'opération. On fit ensuite une incision de huit à dix centimètres à travers la cicatrice extérieure, parce que, à cet endroit, l'anse intestinale ne paraissait pas avoir d'adhérences avec le sac de la hernie, et on ouvrit le sac dans lequel se trouvait une corde épiploïque de la grosseur d'une plume et auquel elle adhérait. On y trouva aussi une anse d'intestin grêle, sans adhérences, excepté au voisinage de la fistule dans l'étendue d'une pièce de 5 francs. On détruisit ces adhérences solides avec le bistouri et les ciseaux. On lia au catgut trois artérioles de l'intestin. Comme je tenais à rester aussi éloigné que possible du canal intestinal, il resta, adhérents à l'intestin, des lambeaux assez épais. On reséqua les bords de la fistule, et des aides comprimèrent la hernie pour empêcher l'issue des matières fécales. Les bords de la fistule furent lavés et réunis par trois sutures au catgut. Les fils entrèrent à trois ou quatre millimètres du bord de la fistule, du côté de la séreuse. Outre ce premier système de suture, les pseudomembranes furent encore réunies par cinq sutures au catgut. On introduisit ceux-ci du côté de la séreuse, selon la méthode de Lembert, sans que cependant les fils pénétrassent jusque dans l'intérieur du canal intestinal. Lorsque l'anse intestinale eut été désinfectée, on la reentra dans la cavité abdominale. Le cordon épiploïque fut lié avec

du catgut. Résection et ligature du sac herniaire ; suture de la plaie cutanée. Pansement de Lister, vessie de glace, quelques gouttes de teinture d'opium pendant les deux premiers jours.

La nuit et les jours suivants, vomissements sans trace de péritonite. Selle le deuxième jour. Seize jours après l'opération, plaie presque cicatrisée.

Guérison complète au bout d'un mois.

**Observation 98.**

Trélat (Thèse Barette résumée, p. 11) :

X. M. Femme, 69 ans. Hernie crurale étranglée, gangrenée, opérée ; établissement d'un anus contre nature le 9 octobre 1882. Le 3 novembre, premières selles par le rectum après l'administration d'un purgatif. Après diverses péripéties M. Trélat se décide à intervenir activement. Le 10 mars 1883, purgatif. Le 11 et 12, diète absolue. Le 13 mars, opération : Désinfection. On circonscrit la fistule cutanée par une incision ovale, se terminant en haut et en bas par deux petites incisions droites de six centimètres en tout (à moins de un centimètre on trouve la surface sereuse de l'intestin). Résection de l'entonnoir ; suture de la paroi intestinale selon le procédé de Lembert avec de la soie phéniquée fine. Désinfection. L'anse est ensuite refoulée jusqu'à l'anneau crural. Drainage et suture cutanée. Pansement de Lister.

Le 17 mars, première selle. Le 21 mars 1883, guérison totale.

**Observation 99.**

Parker (*Series of hernia cases medical Times*, p. 118, 1882) :

Femme, 38 ans. Hernie ombilicale étranglée, gangrenée, opérée ; herniotomie et réduction, puis fistule stercorale.

Entérorrhaphie latérale : incision de la paroi abdominale ; ceci fait on prend l'anse intestinale et on dissèque l'orifice fistuleux, suture de l'intestin au catgut. Réduction de l'anse. Suture de la paroi abdominale. Guérison.

**Observation 100.**

Hofmokl (cas inédit, lettre au D<sup>r</sup> Kummer, 28 février 1889) :

L. Femme, 47 ans. Hernie étranglée, gangrenée ; établissement d'un anus contre nature il y a deux ans.

Application infructueuse de l'entérotome de Dupuytren. Entérorrhaphie latérale. Laparotomie et suture de la fistule intestinale. Guérison.

**Observation 101.**

Hofmokl (*loc. cit.*, cas inédit) :

II. R. Femme, 76 ans. Hernie crurale étranglée, gangrenée ; établissement d'un anus contre nature qui siège sur un diverticule de l'intestin.

Trois ans plus tard, entérorrhaphie latérale ; laparotomie ; avivement de la fistule et suture. Guérison.

**Observation 102.**

Lose (*Wien. med. Woch.*, 1880, n° 4) :

Hernie crurale étranglée, gangrenée ; anus contre nature. Entérorrhaphie latérale ; on incise le sac herniaire, on sépare l'intestin de ses adhérences et l'on voit que la fistule siègeait sur un petit diverticule de l'intestin. On adosse séreuse contre séreuse et l'on fait une première rangée de sept sutures de Lembert, puis une seconde de cinq, le tout au catgut. Réduction de l'anse intestinale. Guérison en 12 jours.

**Observation 103.**

Hofmokl (*Auszüge d. kk. Gesellsch. der Aerzte Wien.*, n° 10, 1884) :

II. 42 ans. Hernie étranglée, gangrenée, opérée ; établissement d'un anus contre nature.

Application infructueuse de l'entérotome.

Entérorrhaphie latérale ; laparotomie ; décollement de l'intestin ; avivement des bords de l'orifice intestinal ; suture. Guérison.

**Observation 104.**

Stelzner (Dr Dillner. *Langenbeck's Archiv.* Band XXXVIII, Heft 4) :

K. M. 47 ans. Hernie inguinale droite étranglée, gangrenée, opérée ; établissement d'un anus contre nature le 24 avril 1882.

Le 16 mai 1882, application de l'entérotome de Dupuytren.

Le soir, quelques vomissements, mais état général bon. Chaque jour on fixe mieux l'entérotome.

Le 24 mai, l'instrument tombe spontanément.

Le 1<sup>er</sup> juin, jusqu'à aujourd'hui, point de matières fécales par le rectum ; un léger éperon persiste.

Le 5 juin, nouvelle application de l'entérotome ; celui-ci tombe le 10 et l'éperon a sensiblement diminué.

Le 27 juin, les selles commencent à être régulières par le rectum.

Le 20 septembre, entérorrhaphie latérale : Séparation de l'anse intestinale ; avivement des bords de la fistule, sans résection circulaire ; suture d'après la méthode de Lembert, au catgut. Suture et drainage des parties molles. Pansement phéniqué. Opium.

Guérison rapide et totale par première intention.

**Observation 105.**

Stelzner (*loc. cit.*):

L. F., 66 ans. Occlusion intestinale. Après douze jours, établissement d'un anus contre nature le 15 janvier 1887.

Entérorrhaphie latérale : Incision circonscrivant l'anus contre nature ; libération de l'intestin qui est tiré hors de la cavité abdominale. La perte de substance est longitudinale et mesure 5 à 6 centimètres ; on en avive les bords, sans résection circulaire, puis on pratique la suture de Lembert, à la soie ; on repose l'intestin dans la cavité abdominale et enfin l'on suture et l'on draine la paroi abdominale.

Guérison rapide par première intention.

## CHAPITRE VI

### **Rétablissement du cours des matières et occlusion de l'orifice anormal.**

Nous réunissons sous ce titre deux méthodes fort différentes l'une de l'autre, mais qui concourant au même but méritent d'être traitées dans un chapitre unique.

La première est le résultat de la combinaison de deux procédés anciens, l'entérotomie et l'anaplastie ; la seconde, essentiellement moderne, a pour but le rétablissement du cours des matières et l'occlusion de l'orifice de l'anus contre nature, d'un seul coup et à la suite d'une seule et unique intervention ; nous l'appellerons entérectomie secondaire.

#### A. ENTÉROTOMIE ET ANAPLASTIE

Il peut paraître étrange, à première vue, de nous entendre rappeler ici, en les réunissant, deux procédés que nous avons déjà étudiés séparément ; nous le faisons intentionnellement ; car jusqu'ici nous nous sommes moins occupé du traitement complet de l'anus contre nature, que de celui des deux indications fondamentales qui se présentent dans la plupart des cas

et qui sont : premièrement le rétablissement du cours des matières, secondement l'occlusion de l'orifice anormal.

Il est bien évident que lorsque l'éperon n'a jamais existé, nous arrivons d'emblée à la seconde indication qui seule doit être remplie pour obtenir la cure radicale de la maladie qui nous occupe. Dans d'autres cas, plutôt rares, on est arrivé à guérir définitivement un anus contre nature avec éperon simplement à la suite d'une ou plusieurs applications de l'entérotome, mais la plupart du temps nous voyons les chirurgiens être forcés, après avoir sectionné l'éperon, de recourir plus tard à l'occlusion de l'orifice fistuleux qui a persisté. Comme ces derniers faits sont de beaucoup les plus fréquents et que traités méthodiquement ils donnent des résultats fort avantageux nous croyons bien faire de les mettre sous les yeux du lecteur en les réunissant sous une rubrique spéciale.

Examinons tout d'abord les résultats de nos 72 cas d'entérotomie au point de vue de la guérison définitive ! Sur 72 malades, 21 soit 29,17 % ont été guéris définitivement à la suite d'une ou de plusieurs applications de l'entérotome ; l'orifice extérieur s'étant oblitéré soit spontanément, soit à la suite de cautérisation.

Si maintenant de ce chiffre total de 72 nous prenons isolément les 39 cas qui ont été traités subséquentment par une des méthodes anaplastiques que nous avons étudiées nous trouvons :

Guérisons . . . . .	30	cas	soit	76.92 %
Résultats nuls . . . . .	8	»	»	20.51 %
Mort . . . . .	1	»	»	2.56 %
Total . . . . .	<u>39</u>			

Le seul cas de mort que nous ayons à signaler pro-

vient très probablement d'une faute de l'opérateur, car le patient a succombé à un érysipèle chirurgical ; en effet, à cette époque (1856) l'antisepsie était totalement inconnue et il est à présumer que de nos jours un accident semblable ne surviendrait plus, surtout à la suite d'une opération de si peu de gravité.

En comparant ces chiffres, nous voyons, une fois de plus, que l'entérotomie peut être considérée à elle seule non comme un moyen *curatif* certain de l'anüs contre nature, mais comme un excellent et même comme le meilleur des procédés que nous connaissons pour rétablir le cours des matières et préparer ainsi le patient à une seconde et dernière opération, cette fois-ci définitivement curative.

Les 76,92 % de guérison que ces deux interventions successives une fois réunies nous donnent est un résultat réellement très encourageant, et en examinant de plus près la question, on est bien vite persuadé que la proportion de succès pourrait facilement atteindre un chiffre plus élevé si tous les chirurgiens avaient recours pour obtenir l'occlusion de l'orifice de l'anüs contre nature à un des procédés qui visent la fermeture de l'orifice intestinal. Nous avons déjà constaté ce fait en parlant des opérations anaplastiques. Nous reviendrons du reste plus loin sur les résultats obtenus avec la méthode que nous exposons en les comparant à ceux que donne sa rivale, l'entérectomie secondaire ; nous aborderons alors la question qui nous a fait entreprendre ce travail et qui est encore à l'ordre du jour, question pleine d'intérêt et de difficulté, qui consiste à chercher quelle est la valeur définitive de l'entérectomie secondaire dans le traitement de l'anüs contre nature simple.

Pour le moment nous nous contentons des résultats que nous avons indiqués plus haut ; ils suffisent du reste pour attirer l'attention des chirurgiens sur ce mode de traitement, et le faire ériger en véritable méthode. Quiconque désire s'engager dans la voie que nous indiquons et qui est déjà recommandée par de nombreux auteurs (Körte, Bruns, etc.) devra, deux mois et demi environ après l'établissement de l'anus contre nature, attaquer l'éperon avec l'entérotome afin de le faire disparaître aussi complètement que possible. Une fois le cours des matières rétabli, ce dont il s'assurera par une légère compression exercée sur l'orifice cutané au moyen d'un obturateur quelconque, il devra songer alors à guérir définitivement le malade au moyen d'une opération anaplastique.

Doit-on agir immédiatement ou attendre le résultat définitif de l'entérotomie ? Nous trouvons dans notre statistique le 29,17 % des cas guéris définitivement à la suite d'une ou plusieurs applications de l'entérotome et cela dans un espace de temps qui varie de 1 à 9 mois d'après nos observations. ou de 2 à 6 mois d'après celles de Dupuytren. Nous pouvons donc dire en général, qu'un patient traité par la méthode de Dupuytren a environ 29,17 % de chances de voir pendant les 3 ou 4 premiers mois qui suivent cette intervention, son anus contre nature se fermer spontanément ou à la suite de quelques cautérisations. Une fois l'entérotomie pratiquée avec succès, le chirurgien doit-il donc attendre une guérison spontanée aléatoire ou doit-il intervenir plus tôt ?

Si le patient est dans un état de santé générale satisfaisant, s'il ne tient pas à être débarrassé très rapidement de son affection et si en outre l'anus contre nature

se présente sous la forme d'une fistule tubulaire plutôt étroite et ayant une tendance bien nette à la cicatrisation, le médecin devra alors attendre trois ou quatre mois avant de se décider à intervenir d'une façon active.

Mais si au contraire le malade continue à s'affaiblir malgré le rétablissement du cours des matières, car dans certains cas une partie du contenu intestinal peut encore se déverser librement au dehors, si pour une raison ou pour l'autre il demande une prompte guérison, si enfin l'anus contre nature se présente sous la forme d'une fistule labiée, le chirurgien pourra alors intervenir beaucoup plus rapidement, car il n'a à tenter qu'une opération bénigne et qui ne met nullement en question la vie du patient. Telles sont les règles générales à suivre, elles nous paraissent conformes à la prudence que chacun doit observer, ainsi qu'à l'état actuel de la science à ce sujet.

Un point reste encore à élucider, dans les cas où nous nous déciderons à intervenir rapidement, quel laps de temps devons-nous laisser écouler entre l'entérotomie et l'opération anaplastique ?

Considérées à ce point de vue, les observations que nous avons recueillies nous montrent que les auteurs ont attendu en général un mois et demi avant d'intervenir ; Bruns, dans les cinq cas que nous rapportons, s'est contenté à peine d'un mois en moyenne. Cependant il est bon de ne pas trop se hâter, car l'on a vu assez fréquemment, après une première section plus ou moins complète, l'éperon se reproduire en partie du moins et exiger une nouvelle application de l'entérotome.

Nous dirons donc pour conclure, que dans la pre-

mière catégorie d'anús contre nature (fistules tubulaires, etc.), nous attendrons environ trois ou quatre mois avant de nous décider à opérer, et que dans la seconde catégorie (fistules labiées, etc.) nous n'attaquerons l'orifice de communication de l'intestin avec l'extérieur qu'un mois et demi environ après la dernière entérotomie.

Ceci posé, nous choisirons comme méthode anaplastique le procédé de Malgaigne ou une de ses modifications suivant les cas, et si nous ne réussissons pas, nous pourrons alors recourir à l'entérorrhaphie latérale comme nous l'avons vu plus haut.

Voici en terminant le résumé des trente-neuf observations qui se rapportent directement à ce sujet.

OBSERVATIONS D'ENTÉROTOMIES SUIVIES D'ANAPLASTIES

Observation 106.

Fochier (*Lyon médical*, 1874):

P. Femme, 58 ans. Hernie crurale droite étranglée, gangrenée, opérée; établissement d'un anus contre nature.

Prolapsus de la muqueuse; éperon.

Quarante-cinq jours après la herniotomie, application de l'*entérotome de Dupuytren*. Les matières reprennent leur cours, mais l'orifice cutané persiste.

Deux mois et demi après l'entérotomie, on pratique l'opération suivante: 1° dissection de la muqueuse prolapsée, rebroussement en doigt de gant, puis réunion par cinq points de suture; 2° dissection de la peau dans l'étendue de 5 centimètres autour de la fistule; 3° incisions longitudinales faites aux limites du décollement donnant deux lambeaux en pont qu'on adosse par une suture enchevillée.

*Résultat.* — La suture de la peau échoue; la suture intestinale tient, sauf au niveau d'un point où existe un léger suintement.

Au bout de deux mois et demi, guérison complète.

Observation 107.

Jobert (*Traité de chirurgie plastique*, 1844, t. II, p. 36) :  
Homme, 45 ans. Hernie inguinale gauche, étranglée, gangrenée, opérée ; établissement d'un anus contre nature le 2 décembre 1842. Rien ne passe par le rectum.

Plusieurs applications infructueuses de l'entérotome.

Sept mois après la herniotomie on pratique l'opération suivante : Après avoir avivé les bords de la solution de continuité au moyen de cautérisations, faites avec le nitrate d'argent, on applique sur les lèvres de la plaie une pince formée de deux branches garnies de coussins et pouvant être serrées avec force au moyen d'une vis. Résultat nul. Nouvel avivement et suture entortillée ; nouvel échec.

Le 18 juillet 1844, Jobert pratique une autoplastie par torsion, mais le lambeau se gangrène.

Enfin, dernière tentative : 1<sup>o</sup> avivement des parties molles sur les côtés, à petite distance de l'anus ; 2<sup>o</sup> rapprochement des surfaces qui sont maintenues infléchies par six points de suture. Réunion sauf aux angles.

Guérison complète le 14 août 1845.

Observation 108.

Denonvillers (Thèse Foucher, 1857, p. 146) :

Femme, 58 ans. Hernie crurale étranglée, gangrenée, établissement d'un anus contre nature.

Vingt-quatre jours après la herniotomie, application de l'entérotome de Blandin. Les matières reprennent leur cours. L'orifice extérieur se rétrécit.

Trois mois après, l'orifice obtenu par l'entérotome de Blandin, étant devenu trop étroit, on applique de nouveau le même instrument ; mais les matières recommencent à passer par l'anus contre nature. On place alors une forte ligature sur l'éperon. Echec.

Enfin, autoplastie : 1<sup>o</sup> incision autour de l'orifice et dissection comprenant le goulot et le cloaque dans l'épaisseur de la tunique musculaire de l'intestin ; 2<sup>o</sup> rebroussement et suture des parties ainsi avivées ; 3<sup>o</sup> formation d'un lambeau

en pont emprunté aux téguments et destiné à recouvrir toute la plaie.

Guérison en un mois.

**Observation 109.**

Fleurot (Thèse Foucher, 1857, p. 156) :

Femme, 67 ans. Hernie crurale gauche étranglée, gangrenée, opérée ; établissement d'un anus contre nature le 24 octobre.

Le 7 novembre, c'est-à-dire quatorze jours après la herniotomie, application de l'*entérotome de Dupuytren*. Le cours des matières est rétabli, cependant une fistule persiste.

Autoplastie d'après le procédé de Malgaigne : 1° dissection du pourtour de la fistule intestinale ; 2° renversement en dedans de la portion disséquée, de manière à adosser de toutes parts la surface extérieure de l'intestin à elle-même ; 3° suture. Il reste une fistulette insignifiante et l'on peut considérer la guérison comme certaine.

**Observation 110.**

Nélaton (Thèse Foucher, 1856, p. 77) :

Homme, 30 ans. Hernie inguinale étranglée, gangrenée, opérée ; établissement d'un anus contre nature.

L'orifice à cet anus est étroit et on est obligé d'inciser pour le débrider et pour aborder le bout inférieur de l'intestin.

Trois mois après, application de l'entérotome, et l'éperon est sectionné le huitième jour. Les matières reprennent leur cours normal, cependant l'orifice ne se ferme pas.

Un mois plus tard, opération plastique : 1° dissection d'un lambeau supérieur en forme de pont ; 2° avivement des bords de l'anús contre nature et suture du lambeau.

Guérison sept mois après la herniotomie.

**Observation 111.**

Piachaud (1857, *Bull. Soc. chir.*, 1858) :

Femme. Hernie crurale étranglée, gangrenée, opérée ; établissement d'un anus contre nature.

Quatre-vingt-dix jours plus tard, première application de

*Pentérotome de Dupuytren*, puis seconde application et transformation de l'anus contre nature en une simple fistule stercorale.

Quatre mois après la deuxième application, on pratique l'opération suivante : 1° avivement circulaire du pourtour de la fistule ; 2° décollement de ce pourtour à 2 centimètres de profondeur et suture enchevillée.

Réunion sauf sur un point où reste une petite fistule guérie par le nitrate d'argent.

Guérison complète.

**Observation 112.**

Gosselin (*Rev. méd. chir.*, 1854, t. XVII) :

C. Homme, 58 ans. Hernie inguinale étranglée, gangrenée, opérée ; établissement d'un anus contre nature.

Trente jours plus tard, application de *Pentérotome de Dupuytren* qui est serré progressivement et tombe le neuvième jour. Le cours normal des matières est en partie rétabli, cependant une fistule persiste.

Opération anaplastique : 1° avivement de l'orifice intestinal et renversement en dedans de la muqueuse ; 2° avivement de la peau autour de l'anus contre nature dans une étendue de 1 1/2 centimètre ; 3° affrontement des surfaces cruentées maintenu par cinq points de suture enchevillée ; 4° deux incisions latérales libératrices. Guérison.

**Observation 113.**

Gosselin (*Bull. de la Soc. de chir.*, 1858. Thèse Foucher, p. 163) :

Femme portant un anus contre nature avec procidence de l'intestin.

Application de *Pentérotome*. Résultat satisfaisant, rétablissement du cours des matières, mais persistance d'une fistule.

1<sup>re</sup> opération : 1° avivement de l'intestin ; 2° avivement de la paroi abdominale ; 3° autoplastie par inflexion. Résultat incomplet.

2<sup>me</sup> opération : 1° avivement de la surface de l'intestin prolapsé ; 2° avivement de tout le contour cutané de l'orifice anormal ; 3° dissection d'un large lambeau de peau et de

tissu cellulaire sous-cutané au-dessus et en dehors de l'anus contre nature ; 4<sup>e</sup> application de ce lambeau qui a éprouvé à peine un quart de rotation sur l'intestin avivé, et adaptation de son contour à la paroi abdominale par sept points de suture.

Opium à haute dose pendant huit jours. Guérison complète.

**Observation 114.**

Chapplain (*Bull. de la Soc. de chirurg.*, 1859) :

R. Femme, 41 ans. Hernie crurale étranglée, gangrenée, opérée ; établissement d'un anus contre nature qui présente deux orifices fistuleux avec renversement de l'intestin et éperon.

a) Application de l'entérotome de Dupuytren. L'instrument tombe neuf jours plus tard.

b) Nouvelle application de l'entérotome. Les matières reprennent leur cours normal, mais l'ouverture abdominale ne se ferme pas.

c) Suture sur la plus petite fistule : insuccès ; cautérisation au fer rouge : succès.

d) Opération autoplastique sur la grande fistule : guérison.

**Observation 115.**

Panas (*Bull. de la Soc. de chirurgie*, 1865) :

Homme. Hernie inguinale étranglée, gangrenée, opérée ; établissement d'un anus contre nature.

a) Application de l'entérotome Laugier, pour obtenir une large perte de substance. Le chlorure de zinc est enlevé au bout de trois heures. L'instrument est remis en place cinq jours. Les matières reprennent leur cours normal, mais l'orifice persiste.

b) Opération autoplastique : 1<sup>o</sup> incision circulaire à six millimètres en dehors de l'orifice cutané ; dissection jusqu'à la couche musculaire de l'intestin. Une traction légère permet de faire glisser cette tunique musculaire sur les adhérences péritonéales et attirer l'intestin au dehors de 2 à 3 centimètres ; 2<sup>o</sup> affrontement des surfaces saignantes renversées par la suture de Gély ; 3<sup>o</sup> excision des téguments en

cupule évasée, décollement des lèvres de la plaie, incision libératrice et suture. Il persiste une fistulette qui guérit totalement à la suite d'une petite autoplastie.

**Observation 116.**

Ollier (Thèse Pollosson, 1883) :

L. Homme, 24 ans. Hernie inguinale étranglée, gangrenée, opérée. Résection de 20 centimètres d'intestin. Anus avec éperon.

a) Application de l'*entérotome de Dupuytren*. Passage à l'état d'une fistule stercorale.

b) Opération pour fermer la fistule : 1° dissection de la muqueuse, rebroussement et application de sept points de suture métallique ; 2° plan de suture pour la peau.

Guérison complète. Reproduction de la hernie : le malade vient de temps en temps à l'Hôtel-Dieu faire renouveler son bandage.

**Observation 117.**

Verneuil, 1869 (*Bull. Soc. de chirurgie*, 1870) :

Femme, 49 ans. Hernie inguinale étranglée, gangrenée. Anus contre nature avec invagination considérable du bout inférieur qui pend jusqu'au milieu de la cuisse.

a) Opération : Excision à l'écraseur de l'intestin hernié, points de suture pour retenir l'anse herniée (octobre 1869).

b) Cautérisations avec caustique de Vienne et Filhos du bord libre de l'éperon qui est bientôt notablement diminué.

c) Trois applications de l'*entérotome* (en janvier 1870). Les selles passent par l'anus. A chaque application de l'instrument, accidents consistant en douleurs, hoquets, vomissements, oppression épigastrique et ombilicale, qui disparaissent par desserrement de l'*entérotome*.

d) En avril, tentative d'anoplastie simple sans autoplastie : avivement ne portant que sur la peau dans l'étendue de quinze millimètres, suivant le procédé américain, flexion de la cuisse.

*Résultat.* — La suture manque aux deux angles. Guérison définitive très probable.

Observation 118.

Magnien et Paliard, 1880 (*Lyon médical*, 1882) :

Homme, 52 ans. Hernie inguino-scrotale étranglée, gangrenée, opérée ; établissement d'un anus contre nature.

Réséction de 63 centimètres d'intestin lors de la herniotomie.

Cinq applications d'*entérotome de Dupuytren*, en 1880.

Les matières reprennent leur cours normal, mais une fistule stercorale persiste :

En 1882, Opération : 1° dissection de la muqueuse sur un point et de l'intestin faisant bourrelet sur l'autre, rebroussement et suture au catgut ; 2° dissection de la peau sur les bords dans une étendue d'un centimètre. Adossement et suture. Guérison rapide et complète.

Observation 119.

Duncan, John (*The Lancet*, 5-VII, t. II, p. 9) :

Femme, 45 ans. Hernie crurale étranglée, gangrenée, opérée ; établissement d'un anus contre nature, en avril 1869.

Eperon saillant ; rien ne passe par le rectum.

*Opération.* — On passe un double fil d'argent à travers l'éperon à environ 3 centimètres et demi de son bord libre. Au bout de deux jours l'un des fils fut serré graduellement et, au huitième jour, il avait détruit par ulcération la partie de l'éperon qui était sur son trajet. L'autre fil, pendant ce temps, avait été légèrement recouvert par la réunion des parties les plus profondes et servit alors, en le retirant, à détruire les adhérences récentes.

*Résultat.* — Rétablissement du cours normal des matières, mais persistance de l'orifice.

La même opération est répétée en septembre 1871, sans obtenir un meilleur résultat.

Enfin, en avril 1872, nouvelle opération : 1° dissection de la muqueuse tout autour de l'orifice dans une étendue de quinze millimètres ; 2° invagination et réunion des surfaces cruentées par six points de suture entrecoupée ; 3° avivement des bords de l'orifice cutané et réunion avec un fil d'argent. Il reste un petit pertuis qui finit par s'oblitérer spontanément et la guérison fut totale.

Observation 120.

Foucher (Thèse, page 157, 1857. Observation de Parise de Lille) :

Femme, 56 ans. Hernie crurale étranglée, gangrenée, anus contre nature. Entérotomie.

Première application qui enlève 0<sup>m</sup>,07 de l'éperon.

Deuxième application qui enlève 0<sup>m</sup>,07 de l'éperon reformé.

Troisième application qui enlève 0<sup>m</sup>,05 de l'éperon reformé.

Quatrièmement, opération anaplastique : 1° dissection du trajet, ablation de la muqueuse saillante ; 2° invagination, trois points de suture de Gély. (Procédé de Malgaigne.) Guérison.

Observation 121.

Tem (Note sur un cas de hernie inguinale. *Lyon médical*, n° 23, 1882) :

Homme, 53 ans. Hernie inguinale étranglée, gangrenée, opérée ; établissement d'un anus contre nature. Fort éperon.

Cinq applications successives de l'*entérotome de Dupuytren*. Les matières reprennent leur cours normal ; l'orifice persiste.

*Opération*. — 1° Avivement de l'orifice intestinal ; 2° fermeture de cet orifice ; 3° suture de la plaie cutanée. Guérison.

Observation 122.

Bardeleben (Cas inédit. Lettre au D<sup>r</sup> Kummer, 24 février 1889) :

Femme, 33 ans. Hernie inguinale étranglée, herniotomie. On trouve une anse d'intestin gangrenée, on l'attire au dehors et on l'y maintient au moyen d'une baguette de verre passée à travers le mésentère ; treize jours plus tard perforation spontanée.

En onze mois, sept applications de l'*entérotome de Dupuytren*. Puis *béquille de Diffenbach*. Cautérisations galvaniques et au Paquelin. Enfin, opération consistant en un avivement et suture de l'orifice. Guérison.

Observation 123.

Bertsch (Entérotome de Bruns. Thèse, Tübingen, 1879) :  
C. S. Homme, 47 ans. Hernie inguinale étranglée, gangrenée, opérée ; établissement d'un anus contre nature (octobre 1874).

Dans le mois de décembre, tentatives infructueuses de destruction de l'éperon et d'oblitération de l'orifice. Status : A la partie inférieure du scrotum qui est énormément distendu par la hernie, existe un anus contre nature avec un léger prolapsus de la muqueuse. On peut voir l'orifice des deux bouts intestinaux qui forment ensemble un angle excessivement aigu et un éperon considérable. Point de matières ne sortent par le rectum.

Le 7 juin 1875. Application de l'*entérotome de Laugier*, avec de la pâte de Vienne. L'instrument saisit l'éperon dans une étendue d'environ un pouce et demi et le surplus du caustique est neutralisé avec une faible solution d'acide acétique. A midi, petite hémorrhagie qui s'arrête spontanément. Le 8, on serre un peu l'instrument, peu de douleur, mais état général moins bon.

Vingt-deux heures après son application l'entérotome tombe spontanément ; les tissus avoisinants sont cautérisés sur une grande surface.

Le 10 juin. Pas de changement, pas de matières par le rectum. Les jours suivants, il se développe un abcès du scrotum, qu'on incise, qu'on draine et qui guérit assez rapidement.

Le 12 août 1875. Tentative de destruction de l'éperon au moyen de l'*entérotome électrolytique de Bruns* (quatre éléments Frommhold). Durée de la séance, quinze minutes. Peu de douleur, léger œdème de la muqueuse.

Le 13. Rien ne passe par le rectum. Injection d'eau tiède dans le rectum, l'eau sort par l'anus contre nature, donc le bout inférieur est perméable.

Le 20. Aucune réaction, l'eschare est tombée, seulement la partie de l'éperon détruite n'est pas assez considérable.

Le 1<sup>er</sup> septembre. Deuxième anus ; nouvelle application

de l'entérotome de Bruns avec douze à quinze éléments pendant quinze minutes. Peu de douleur, pas de réaction.

Le 1<sup>er</sup> novembre. Opération autoplastique : Avivement des bords de la fistule, dissection d'un double lambeau ; on invagine la muqueuse et on la suture avec quatre catguts, puis on suture les téguments.

Les premiers jours, tout va bien, mais après, la plaie se rouvre et une petite fistule stercorale s'établit. Nouvelle suture de l'orifice et enfin guérison complète.

Observation 124.

Bertsch (*loc. cit.*) :

C. B. 49 ans. Hernie inguinale droite étranglée, gangrenée, opérée ; établissement d'un anus contre nature, le 5 janvier 1877.

La patiente entre dans le service de Bruns le 26 janvier 1877.

*Status.* — Femme amaigrie, présentant dans la région inguinale droite un anus contre nature, de la grandeur d'un écu présentant un fort prolapsus de la muqueuse et un éperon très long. Les deux bouts de l'intestin sont accessibles au doigt et toutes les matières sortent par l'orifice anormal.

Le 5 mars 1877. Première application de l'entérotome électrolytique de Bruns. Quatre centimètres de l'éperon sont engagés dans l'instrument (dix éléments plongeant complètement dans le liquide). La séance dure vingt minutes ; pas de narcose, pas de douleur.

Le 9 mars. Chute de l'eschare. Selle provoquée par un lavement.

Le 16 mars. Ablation du prolapsus de la muqueuse au moyen de l'anse galvano-caustique et oblitération de l'anus contre nature par une opération autoplastique.

Le 21 mars. Les sutures cèdent et la plaie se rouvre, nouveau prolapsus de la muqueuse, nouvel éperon ; toutes les matières passent par l'anus contre nature.

Le 10 mai. Deuxième application de l'entérotome de Bruns. L'instrument saisit quatre centimètres de l'éperon et fonctionne au moyen de vingt éléments (trempés à moitié dans le liquide). La séance dure quinze minutes, pas de douleur.

Le 22 juillet. Troisième application de l'entérotome de Bruns. Le soir quelques douleurs dans le ventre et fièvre ; au bout de deux jours tout va bien.

Le 21 août. Nouvelle autoplastie, guérison partielle, une petite fistule persiste encore jusqu'en mai 1878. Depuis cette époque guérison définitive.

**Observation 125.**

Bertsch (*loc. cit.*) :

J. M., 21 ans. Anus contre nature à la suite de plaie pénétrante de l'abdomen, le 30 juin 1878.

Le patient entre, le 23 septembre 1878, dans le service de Bruns et présente le status suivant : Homme vigoureux. Dans la région hypogastrique droite, à deux centimètres de la ligne blanche et à neuf centimètres du nombril existe un anus contre nature de six centimètres de diamètre, avec prolapsus de la muqueuse. Les deux bouts de l'intestin sont facilement accessibles. Aucune selle par le rectum.

Le 12 novembre 1878. Section de la muqueuse prolabée avec l'anse galvano-caustique.

Le 3 décembre. Première application de l'entérotome de Bruns avec cinq éléments et pendant douze minutes. Effet nul.

Le 11 décembre. Deuxième application de l'entérotome de Bruns, avec trente-deux éléments entièrement plongés dans le liquide ; l'instrument saisit environ 5 centimètres de l'épéron et la séance dure seize minutes. Pas de réaction.

Le 20 décembre. L'eschare tombe. Selle par l'anus.

Le 31 janvier 1879. Ablation de la muqueuse prolabée au moyen de l'anse galvano-caustique et bandage. Selle quotidienne par le rectum.

Le 2 février. Autoplastie comme dans les cas précédents. Réunion partielle. Nouvelle autoplastie et guérison définitive en septembre de la même année.

**Observation 126.**

Hertzberg (*Beiträge zur klinischen Chirurgie*, Paul Bruns, vol. II, n° 3, 1886) :

H. S. Femme, 52 ans. Hernie crurale gauche étranglée,

gangrenée, opérée ; établissement d'un anus contre nature, le 27 novembre 1885.

Le 17 mars 1886. Première application de l'*entérotome électrolytique de Bruns* (cinq à quinze éléments Fromholler). Durée de la séance vingt minutes. Résultat nul.

Le 26 mars. Deuxième séance (quinze à vingt éléments). Durée vingt minutes. Pas de réaction. Rétablissement du cours des matières.

Le 3 avril. Opération autoplastique comme dans les cas précédents et bandage compressif.

Le 9 avril. Persistance d'une petite fistule ; nouvel avivement et suture.

Le 12 avril. Nouvelle fistulette qui guérit complètement et définitivement le 16 mai.

**Observation 127.**

Axel Iversen (Cas inédit. Lettre au D<sup>r</sup> Kummer, 5 mars 1889) :

K. K. 49 ans. Hernie crurale étranglée, gangrenée, anus contre nature le 29 octobre 1888.

Opération le 8 novembre 1888. *Entérotome de Dupuytren* qui est enlevé le cinquième jour ; résultat nul.

Un mois plus tard opération anaplastique : 1<sup>o</sup> dissection de l'orifice et suture de l'intestin ; 2<sup>o</sup> suture cutanée, guérison.

**Observation 128.**

Bergmann von (Kutac, *zur Behandlung der brandigen Brüche*. Dissert., 1884) :

Homme, 38 ans. Hernie étranglée, gangrenée ; établissement d'un anus contre nature.

Deux applications successives et infructueuses de l'*entérotome de Dupuytren*.

Opération anaplastique : 1<sup>o</sup> Avivement et suture de l'intestin ; 2<sup>o</sup> suture cutanée. Guérison.

**Observation 129.**

Gaillard :

Hernie étranglée, gangrenée, opérée ; établissement d'un anus contre nature le 22 mars.

Le 15 mai. On ne peut plus trouver le bout inférieur.

Le 6 juillet. Opération pour aller à la recherche du bout inférieur, on le trouve, en effet, à 3 centimètres de la plaie et son calibre permet à peine le passage d'un cathéter de femme.

Le 10 juillet. Première application de l'entérotome de Dupuytren.

Le 12 juillet. L'instrument tombe spontanément.

Le 1<sup>er</sup> août. Le bout inférieur est de nouveau introuvable.

Le 10 août. Incision elliptique circonscrivant l'anus contre nature et pénétrant jusque dans la cavité péritonéale. On attire l'intestin au dehors et on aperçoit le bout inférieur, d'une grandeur normale, mais oblitéré à son extrémité et situé à 10 centimètres en arrière du bout inférieur. Les deux intestins sont du reste accolés. On incise le bout supérieur longitudinalement jusqu'à l'endroit où se trouve le bout inférieur. Cette place est fixée avec trois sutures aux parois de l'abdomen et de cette façon l'anus contre nature est rétabli.

Le 20 août. Deuxième application de l'entérotome à branches parallèles.

Le 8 septembre. Troisième application.

Le 17 septembre. L'éperon a disparu complètement.

Le 20 septembre. Opération anaplastique : Avivement de la fistule, suture de l'intestin et suture de la peau.

Le 17 octobre. Guérison totale.

**Observation 130.**

Körte, W. (*Berlin. klinisch. Wochenschrift*, n° 50, p. 775, 1883 et n° 51, p. 793) :

D. M. Homme, 18 ans. Hernie inguinale droite étranglée, gangrenée, opérée ; établissement d'un anus contre nature le 7 mai 1878.

Tout passe par l'anus contre nature, l'éperon est accessible.

La *béquille de Dieffenbach* ne peut pas être supportée.

Du 21 septembre au 29 octobre. Trois applications successives de l'entérotome. L'éperon a complètement disparu, mais l'orifice persiste malgré plusieurs cautérisations au fer rouge.

Le 21 janvier 1879. Opération autoplastique : 1° avivement de l'orifice et sutures profondes ; 2° dissection d'un lambeau cutané qui est ramené par glissement sur la fistule déjà oblitérée ; 3° suture du lambeau.

Le 16 août 1879. Guérison définitive.

**Observation 131.**

Körte, W. (*loc. cit.*) :

Femme, 40 ans. Hernie inguinale droite étranglée, gangrenée, opérée ; établissement d'un anus contre nature. Fort éperon.

Deux mois après la herniotomie, six applications successives de l'entérotome. L'orifice persiste.

Opération autoplastique. Guérison.

**Observation 132.**

Buchanau, G. (*Glasgow, m. J.*, 1878, t. X, p. 337-344) :  
Anus artificiel ; application de l'entérotome de Dupuytren.  
Opération autoplastique. Guérison.

**Observations 133, 134, 135.**

Körte, junior (*Berlin, klinisch. Wochenschr.*, 1883, n° 15, p. 229) :

Trois cas d'anus contre nature, traités tous de la façon suivante :

1° Applications répétées de l'entérotome.

2° Autoplastie : a) dissection de la muqueuse du trajet, puis renversement de cette muqueuse du côté du canal et suture ; b) suture cutanée. Guérison.

**Observation 136.**

Reybard (*Gaz. méd. de Paris*, 1838) :

P. Homme, 46 ans. Hernie vaginale étranglée, gangrenée, opérée ; établissement d'un anus contre nature.

Dix-huit jours plus tard on applique l'entérotome Reybard : on le laisse en place six heures, puis on l'enlève et le malade a quelques coliques légères et des vomissements bilieux.

Quinze jours après il passe encore par l'anus contre nature, réduit à une simple fistule, quelques matières liquides.

1<sup>re</sup> Opération : 1° Ablation de la cicatrice cutanée ; 2° excision de la muqueuse bordant l'orifice ; 3° trois points de suture enchevillée.

Echec complet. Deux mois après :

II<sup>me</sup> Opération : Même opération que la première. Résultat : L'ouverture se retrécit un peu.

III<sup>me</sup> Opération : Avivement du pourtour de l'anus contre nature de façon à le transformer en une plaie linéaire qu'on suture. Le résultat est bon, cependant une fistule insignifiante persiste.

**Observation 137.**

Gayet, 1872 (Thèse de Pollosson, p. 62) :

B. Femme, 20 ans. Hernie inguinale droite étranglée, gangrenée, opérée. Eperon de 3 centimètres.

Entérotome garni de pâte de Canquoin. Deux applications à quatorze jours d'intervalle. Chute au bout de six jours.

Le cours des matières est rétabli ; reste l'ouverture extérieure. Dissection de la muqueuse qui est rebrousée en dedans et non suturée. Avivement de la peau dans l'étendue d'un centimètre et suture. Echec de la suture, mais rétrécissement ultérieur.

On fait porter à la malade un bandage inguinal compresseur, grâce auquel les matières ne passent plus par la plaie. Le bandage est à peine sali quand on l'enlève.

**Observation 138.**

Velpeau-Reybard, 1856 (Thèse Foucher, p. 166) :

C. Homme, 32 ans. Hernie inguinale étranglée, gangrenée, opérée ; établissement d'un anus contre nature.

a) Quarante-deux jours après la herniotomie, application de l'entérotome ; rétablissement partiel du cours des matières.

b) Section de l'éperon avec l'écraseur de Chassaignac.

c) Autoplastie. Echec.

d) Nouvelles applications de l'écraseur de Chassaignac.

e) Entérotome de Dupuytren.

f) Seconde application de l'entérotome de Dupuytren.

g) Opération autoplastique : 1° ligature de la muqueuse

exubérante ; 2° dissection de la peau au pourtour de l'orifice dans une étendue de 3 centimètres ; 3° affrontement des bords de champ par une double rangée de sutures. Résultat : Réunion incomplète, l'anus persiste.

**Observation 139.**

Lefort, 1881 (Thèse Ivanichewitch, 1882, p. 19) :

F., 38 ans. Hernie inguinale droite étranglée, gangrenée, opérée ; établissement d'un anus contre nature. Eperon.

Quatre mois après la herniotomie, application de l'*entérotome de Dupuytren* ; les matières reprennent leur cours normal, l'orifice persiste.

Opération autoplastique, trois ans plus tard : 1° décollement de l'intestin dans une étendue de 0<sup>m</sup>,015, rebroussement de la muqueuse et sutures perdues ; 2° mobilisation des bords cutanés qui sont maintenus affrontés par quatre points de suture enchevillée.

Un érysipèle fait échouer la suture. Résultat nul.

**Observation 140.**

Hucher, de Greifswald (Observation citée dans les cas d'entérectomie secondaire) :

Hernie inguinale étranglée, gangrenée ; anus contre nature.

Plusieurs applications infructueuses de l'*entérotome de Dupuytren*. Opération autoplastique : Résultat nul.

**Observation 141.**

Bertsch (Entérotome de Bruns. Thèse de Thübingen, 1879) :

J. S. 55 ans. Hernie scrotale gauche étranglée, gangrenée ; opérée ; établissement d'un anus contre nature.

*Status.* — Anus contre nature inguinal gauche, de 5 centimètres de diamètre avec prolapsus de la muqueuse de 7 centimètres.

13 novembre. Section de la partie prolabée. On aperçoit alors les deux bouts de l'intestin séparés par un fort éperon. Toutes les matières passent par l'anus contre nature.

11 décembre. Première application de l'*entérotome de*

Bruns (32 éléments plongés entièrement dans le liquide).  
La séance dure 16 minutes; pas de douleur; aucune réaction.

24 décembre. Pansement compressif; lavements.

16 janvier. Deuxième application de l'entérotome de Bruns (32 éléments). Durée de la séance, 30 minutes.

22 janvier. Selle par le rectum.

En mars, opération autoplastique comme dans les cas précédents. Insuccès.

Le patient meurt de bronchite et dégénérescence graisseuse du cœur.

*Autopsie.* — Les deux bouts sont presque en continuité.

**Observation 142.**

Hahn, E. (*Berliner klin. Wochensh.*, 1887, p. 446):

Homme, 38 ans. Hernie inguinale droite étranglée, gangrénée, opérée, résection de 80 centimètres d'intestin et établissement d'un anus contre nature.

97 jours après la herniotomie, application de l'entérotome; celui-ci tombe le surlendemain et le patient commence à rendre des gaz par le rectum.

Le 121<sup>me</sup> jour, nouvelle application de l'entérotome qui tombe au bout de quatre jours en produisant dans l'éperon une fente de 6 centimètres de profondeur. Ce jour-là les matières reprennent leur cours normal. Durant les deux mois suivants cautérisations multiples mais infructueuses des bords de l'orifice.

*Opération autoplastique.* — 1° Avivement du pourtour de l'orifice anormal; 2° Dissection d'un grand lambeau qui est mobilisé et rabattu de façon à tourner sa face épidermique du côté de la lumière de l'intestin; 3° Suture de ce lambeau; 4° Fermeture de la plaie au moyen de deux lambeaux latéraux rapprochés l'un de l'autre par glissement. Résultat nul à cause de la gangrène des lambeaux.

Nouvelle application de l'entérotome, sans succès.

A la fin du dixième mois nouvelle opération plastique, consistant à disséquer l'intestin, à l'aviver et à le suturer; nouvel échec.

Dans le courant du dix-neuvième mois même opération, même insuccès. L'anus contre nature, quoique amélioré, persiste.

Observation 143.

Körte, W. (*Berliner klin. Wochensch.*, n° 50, p. 775, 1883 et n° 51, p. 793) :

Femme L., 46 ans. Hernie inguinale gauche étranglée, gangrenée, opérée. établissement d'un anus contre nature. Tout le contenu intestinal se vide par l'anus contre nature. Eperon bien marqué.

Deux mois après la herniotomie, plusieurs applications de l'entérotome, sans grand résultat.

Enfin, opération autoplastique. Le malade est beaucoup amélioré, cependant une petite fistule persiste, quoique les matières passent entièrement par les voies naturelles.

Observation 144.

Gosselin (*Bull. soc. de chirurgie*, 1886) :

Homme, 27 ans. Hernie inguinale, étranglée, gangrenée, opérée, établissement d'un anus contre nature.

Eperon considérable.

Application de l'entérotome de Dupuytren ; pas d'accident. Les matières reprennent leur cours normal, l'orifice persiste.

1<sup>re</sup> opération autoplastique : 1<sup>o</sup> avivement de l'intestin ; 2<sup>o</sup> application d'un lambeau pris sur la paroi abdominale. La réunion manque à la partie inférieure.

2<sup>me</sup> opération autoplastique : Même opération avec lambeau pris sur la cuisse ; mais le patient contracte un érysipèle chirurgical et meurt.

## B. ENTÉRECTOMIE SECONDAIRE

*Définition.* — Sous la dénomination d'entérectomie secondaire, nous nous proposons de décrire une opération qui a pour but la guérison radicale de l'anus contre nature, en obtenant d'un seul coup le rétablissement du cours des matières et l'occlusion de l'orifice anormal ; cette opération s'adresse en outre, à un certain nombre de complications que présente cette maladie, et par là son champ d'action est donc plus vaste que celui de l'entérotomie combinée à l'anaplastie.

Réséquer d'un seul coup l'orifice cutané, l'infundibulum et l'orifice intestinal avec une plus ou moins grande longueur des deux bouts d'intestin qui y conduisent, réunir ensuite l'une à l'autre les deux extrémités sectionnées de façon à obtenir la continuité parfaite du tube digestif ; tel est en peu de mots l'aperçu de ce procédé opératoire.

« Les auteurs, dit Pollosson, qui l'ont décrit, le désignent sous des noms différents répondant à un ou plusieurs des divers actes opératoires qu'elle comprend : *Entérectomie, gastro-entérectomie, gastro-entérotomie, laparo-entérectomie, entérorrhaphie, entérectomie circulaire avec entérorrhaphie consécutive, résection circulaire et suture de l'intestin, entérectomie secondaire.* »

A l'exemple de notre maître, le professeur Julliard, nous adoptons cette dernière appellation, et voici pourquoi : tout d'abord elle est relativement brève, puis elle indique suffisamment le genre d'intervention qu'elle comporte pour éloigner toute confusion, enfin,

par la dénomination de secondaire, elle se rapproche et se distingue de l'entérectomie primitive, cette dernière s'appliquant à la résection d'intestin avec suture immédiate faite pour la cure de la hernie étranglée et gangrenée. Nous aurions pu dans ce travail étudier et discuter la valeur de cette dernière opération sous le titre de traitement préventif de l'anus contre nature ; ce sujet a un grand intérêt pratique et il est encore à l'ordre du jour ; en effet, doit-on, lors de la gangrène intestinale dans une hernie étranglée, pratiquer l'entérectomie primitive ou doit-on établir un anus contre nature provisoire, quitte à recourir plus tard à l'entérectomie secondaire, ce sujet nous intéressait vivement, mais, vu son étendue nous avons préféré le laisser de côté, car étudié à fond, il donnerait matière à un mémoire volumineux et tout à fait en dehors des limites relativement restreintes de notre travail. La dénomination d'*entérorrhaphie circulaire*, proposée par Pollosson, en 1883, a, il faut le reconnaître, une certaine valeur, car d'un côté cette expression vise un des points les plus importants de l'opération et de l'autre par la qualification de circulaire elle se rapproche et se différencie en même temps de l'entérorrhaphie latérale que nous avons décrite plus haut.

Le mot *Entérectomie* seul nous paraît beaucoup trop général car il peut s'appliquer aussi bien à une résection d'intestin pour une cause quelconque qu'à l'opération qui nous occupe, tandis qu'en y ajoutant simplement l'épithète de secondaire on indique du même coup le but, la cause et le genre d'intervention que se propose le chirurgien.

Quant aux expressions de *gastro-entérectomie* et de *gastro-entérotomie* proposées par Roux et Gendrin,

ainsi que *laparo-entérectomie, entérectomie circulaire avec entérorrhaphie consécutive, résection circulaire et suture de l'intestin*, elles sont beaucoup trop longues pour pouvoir entrer dans le langage usuel et n'ont par conséquent aucune raison d'être ; en outre les deux premières peuvent même induire en erreur le lecteur sur le genre d'intervention qu'elles doivent indiquer ; nous les laissons définitivement de côté et nous emploierons presque exclusivement dans le cours de ce chapitre le terme d'entérectomie secondaire.

*Historique.* — La suture de l'intestin dans les cas de plaie abdominale a été le premier pas fait du côté de la résection secondaire ; nous voyons déjà Hippocrate, Gallien, et Celse, conseiller aux chirurgiens de recoudre l'intestin perforé à la suite de traumatismes, mais sans donner de détails sur le manuel opératoire. Ce n'est qu'en 1245 que Guillaume de Salicet parle de plusieurs procédés mis en usage pour suturer l'intestin, en outre il condamne absolument les opérateurs qui, pour pratiquer cette suture placent dans la lumière intestinale un cylindre de sureau.

A la fin du treizième siècle, les *quatre maîtres* conseillent d'appuyer la suture sur la trachée d'un animal quelconque introduite préalablement dans l'intestin. Cette pratique est suivie depuis lors par le plus grand nombre des opérateurs, mais petit à petit, instruits par les insuccès de plus en plus nombreux qu'ils enregistrent, ils brûlent ce qu'ils ont adoré et nous voyons Guy de Chauliac expliquer pourquoi les corps étrangers employés comme soutien sont inutiles. *Natura intenta*, dit-il, *ad alienorum expulsionem expellit et removet illa de sutura, et ita perit finis pro qua italia applicantur.* (La nature attentive à rejeter

les corps étrangers, les chasse et les éloigne de la suture et ainsi les empêche de remplir le but pour lequel ils étaient placés.)

« Au seizième siècle, Fabrice d'Aquapendente blâme vertement ceux qui emploient les canules. » *Sunt nonnulli inepti, qui antequam consuatur intestinum, cannulam inmittunt, vel e sambuco, vel portione asperae arteriae alicujus animalis, vel ex alio intestini frustulo, ne suturae ciborum transitu dilacerentur ; his quippe putrefactis, aeger interficietur ; ideoque pessimum hoc consilium fugiendum.* (Il est quelques maladroits qui, avant de recoudre l'intestin, y introduisent une canule, soit de sureau, soit d'un morceau de trachée-artère d'un animal quelconque, soit d'un fragment d'intestin, afin que les sutures ne soient pas déchirées par le passage des aliments. Mais une fois ces corps étrangers putréfiés, le malade périra. Aussi faut-il fuir ce conseil exécrationnel.) (Barcette, thèse, p. 17, 18.)

Ramdohr, en 1727, chez une femme atteinte de hernie étranglée, pratique la kélotomie, résèque une portion d'intestin longue de deux pieds frappée de gangrène ainsi que la portion correspondante du mésentère, invagine les deux bouts d'intestin l'un dans l'autre, les réunit par une suture modérément serrée, réduit l'anse opérée et la malade guérit. Ramdohr, en pratiquant cette opération, semble faire faire un grand pas à la chirurgie abdominale ; en effet, il ne se contente pas, comme ses prédécesseurs, de suturer une plaie intestinale, il fait mieux ; il enlève l'intestin sur une longueur considérable, abouche les deux orifices, les suture et pratique ainsi le premier, l'entérectomie primitive. Malgré le succès obtenu, l'intervention n'en

est pas moins audacieuse et fort téméraire pour une époque où l'ouverture seule de la cavité péritonéale est considérée à juste titre comme une entreprise excessivement dangereuse ; aussi ne sommes-nous pas étonnés de ne voir qu'un petit nombre de chirurgiens s'engager dans la voie tracée par Ramdohr.

En 1794, Nayler pratiqua cependant chez un malade la résection intestinale, la suture, et la réduction partielle de l'anse opérée. La suture se désunit et il se forme un anus contre nature.

Ce n'est qu'en 1828, que nous trouvons la question de l'entérectomie secondaire mise pour la première fois sur le tapis, discutée et repoussée par Dupuytren : « L'adhérence, dit-il, qui a fait le salut des malades, lorsque l'anus accidentel a été établi, pourrait-elle être détruite sans les exposer de nouveau à tous les dangers qu'ils ont courus à cette époque ? Mais cette adhérence fût-elle détruite il resterait une perte de substance irréparable, dont on serait autant et plus embarrassé qu'avant la destruction de l'adhérence.

« Il est vrai que l'adhérence étant une fois détruite, on pourrait, à l'imitation de Ramdohr, invaginer l'un des bouts de l'intestin dans l'autre, les maintenir tous deux dans cet état, à l'aide d'une suture, et les replacer ensuite dans le ventre.

« Mais il n'est personne qui ne sente les dangers et les difficultés de cette méthode, et l'exemple donné par ce chirurgien ne sera, je crois, imité par aucun praticien raisonnable ; agir ainsi serait en effet remettre en question tout, jusqu'à la vie des malades. »

Cependant la même année, Roux, sans prendre en considération les arguments de Dupuytren, lui emprunte son idée première et pratique le premier l'en-

térectomie secondaire pour guérir un anus contre nature ; voici du reste le résumé du cas, chacun pourra juger facilement du nombre d'erreurs commises pendant cette intervention à la suite de laquelle le malade succombe rapidement.

**Observation 145.**

Roux (*Archives de médecine*, 1828, t. XVII) :

Anus contre nature s'ouvrant à la partie supérieure du vagin et siégeant sur l'intestin grêle.

*Opération.* — Ouverture de l'abdomen entre l'ombilic et le pubis. Roux trouve alors avec difficulté le bout supérieur et le coupe ; mais le prenant pour l'inférieur, il cherche le supérieur afin de l'invaginer dans le premier. Nouvelle erreur ; il saisit l'S du côlon, qui est fort grêle en raison de sa vacuité et l'invagine dans le bout d'intestin grêle précédemment divisé. Des points de suture modérément serrés fixent l'un à l'autre les bouts d'intestin sectionnés dans le but de rétablir la continuité du tube digestif.

La malade meurt 36 heures plus tard.

Cependant l'un des points les plus importants de la question commence à être élucidé dès 1824 par les travaux de Jobert de Lamballe, lorsque, après ses remarquables expériences, il proclame que la réunion de l'intestin ne peut se faire que par accolement de séreuses à séreuses ; il décrit en même temps son procédé de suture qui est employé encore aujourd'hui sous le nom de suture de Jobert.

Deux ans plus tard, c'est-à-dire en 1826, Lembert propose une nouvelle méthode de suture intestinale basée aussi sur le principe de l'adossement des séreuses, mais beaucoup plus rapide et beaucoup plus facile à exécuter que celle de Jobert, sans cependant

présenter sa solidité, comme nous le verrons plus loin.

Malgré ces belles découvertes, l'ouverture du péritoine, la grande terreur des chirurgiens existe toujours et arrête encore pendant de longues années l'élan donné par Ramdohr, Jobert, Lembert, etc. ; aussi ne nous étonnons-nous pas de voir les médecins les plus éminents pratiquer, pour guérir des cas d'anus contre nature compliqués, les opérations les plus bizarres et souvent aussi les plus ingénieuses ; mais elles ne sont que bien rarement couronnées de succès ; du reste Foucher, en 1857, après avoir rapporté l'observation d'un cas traité par une méthode analogue résume parfaitement l'opinion de l'époque en disant : « Ce sont là des circonstances graves dans lesquelles le chirurgien, n'ayant plus pour s'éclairer ni les préceptes de l'art, ni les conseils des maîtres, se trouve en face de sa conscience, qui devient dès lors son seul guide. »

Mais, pour qu'en 1882 un grand nombre de chirurgiens puissent dire avec le professeur Julliard : « L'entérectomie secondaire est certainement et de beaucoup le procédé le plus sûr et le plus prompt pour guérir l'anus contre nature », il faut qu'une nouvelle découverte soit venue donner à l'opérateur la sécurité qu'il réclame pour s'engager dans une intervention semblable ; nous voulons parler de la découverte de Lister.

En effet, depuis que la méthode antiseptique a pris pied dans la science et s'est généralisée, on a bientôt reconnu que les péritonites aiguës survenant à la suite de l'ouverture de la cavité péritonéale ne provenaient pas, comme on le croyait généralement, du contact

seul de l'air avec les séreuses, mais bien du dépôt sur ces membranes de micro-organismes septiques, amenés qu'ils sont, soit par les instruments, soit par les mains de l'opérateur ou de ses aides, soit enfin par l'air ambiant qui en est plus ou moins chargé ; et comme c'est justement contre cet apport de micro-organismes que luttent avantageusement les méthodes antiseptiques, l'on a trouvé en elles une arme pour se défendre et l'on a bientôt repris l'opération de Ramdohr mais en en modifiant complètement le manuel.

Il est juste de reconnaître cependant que c'est en 1863 que *Kinloch* a tenté pour la première fois, en Amérique, l'entérectomie secondaire pour la cure radicale de l'anus contre nature ; mais ce n'est que depuis 1876, époque à laquelle *Hüter* pratique pour la première fois, en Allemagne, cette opération que cette méthode se généralise dans ce pays, puis en Autriche et en Suisse, et qu'elle fait le sujet de nombreuses études et de nombreuses expériences.

Depuis lors chacun apporte quelque nouvelle observation, et en 1881 *Rydygier* parvient à réunir 18 cas d'entérectomie secondaire ; en 1883 *Barette* en donne 29, puis *Heimann* 37 ; en 1884 *Makins* publie en Angleterre un travail statistique qui roule sur 39 cas ; puis en 1886, *Hertzberg* arrive à 41 cas ; et enfin nous, en 1889, grâce à plusieurs observations inédites, nous atteignons le chiffre de 77 entérectomies secondaires, pratiquées uniquement pour la cure des anus contre nature ou fistules stercorales.

La question de savoir s'il est préférable de choisir, dans le traitement de l'anus contre nature en général, les anciennes méthodes ou si l'on doit recourir à l'entérectomie secondaire, est encore pendante aujourd-

nature fut traité deux mois après par la résection et la suture des deux bouts de l'intestin afférent et efférent ; une suture à deux étages les réunit, mais il persista une fistule stercorale qui n'était pas encore guérie lorsque, 8 mois après, la récurrence survint.

**Observation 148.**

*Résultat incomplet.* — P. Reichel (*Deutsch. Zeitschr. für Chirurgie*, vol. XIX, 1884) :

Homme de 61 ans ; hernie inguinale étranglée, gangrenée et anus contre nature. Quatre mois après la herniotomie, opération : résection d'intestin, suture de Lembert à la soie, réduction de l'anse suturée, suture de la paroi abdominale. Persistance d'une fistule ; on rétablit l'anus contre nature. Le malade meurt quelques mois après d'inanition.

L'échec opératoire provenait du rétrécissement considérable du bout inférieur.

**Observation 149.**

*Résultat incomplet.* — P. Reichel (*loc. cit.*) :

Femme de 34 ans ; hernie inguinale étranglée, opérée, gangrène de l'intestin, formation d'un anus contre nature. Cinq semaines après, entérectomie secondaire : Compression des deux bouts de l'intestin sectionné, avec les doigts d'un aide, résection cunéiforme du mésentère, suture de Czerny à la soie, et reposition de l'intestin.

L'état de la malade force de rouvrir l'intestin le neuvième jour, et, à la suite de deux abcès stercoraux successifs une fistule persiste. (L'auteur attribue l'insuccès de l'opération à une sténose au niveau de la suture intestinale.)

**Observation 150.**

*Résultat incomplet.* — P. Reichel (opérateur Fischer, *loc. cit.*) :

Femme de 61 ans ; hernie ombilicale étranglée, opérée, gangrène intestinale et établissement d'un anus contre nature.

Deux mois après entérectomie secondaire : résection de 8 pouces d'intestin (quatre à chaque bout), résection cunéiforme du mésentère et suture de Czerny.

Depuis le deuxième jour après l'opération, persistance d'une fistule. Morte une année plus tard de pneumonie.

**Observation 151.**

*Résultat nul.* — Ritter von Dittel (cas inédit communiqué au Dr Kummer) :

J. W., homme de 24 ans, hernie inguinale étranglée, opérée, gangrenée, anus contre nature. Le 18 février 1884, c'est-à-dire 6 1/2 mois après la herniotomie, entérectomie secondaire d'après le procédé de von Dittel. *Résultat nul.* Mort 9 mois plus tard d'inanition.

---

**Observation 152.**

*Mort.* — Hüter (*Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie*, t. IX, p. 521) :

Homme de 43 ans, hernie inguinale étranglée, gangrenée, anus contre nature. Le 22 février 1876, entérectomie secondaire ; fermeture de l'intestin au moyen des doigts et suture de Lembert au catgut. La portion d'intestin suturé n'est pas réduite. Le soir grandes douleurs. T. 40°. Mort le lendemain de péritonite par perforation.

**Observation 153.**

*Mort.* — Schede (*Verhandl. d. deutsch. Gesellsch. f. Chir.*, 1879, p. 78) :

Femme, 62 ans, hernie ombilicale étranglée, gangrenée et formation d'un anus contre nature, avec prolapsus de l'intestin. La plus grande partie des fécès sortent par l'orifice anormal. Entérectomie secondaire : Libération de l'intestin rendue difficile à cause des adhérences, résection de 12<sup>mm</sup> d'intestin, excision cunéiforme du segment mésentérique correspondant, suture de Lembert. La partie suturée de l'intestin fut fixée par une suture de matelassier passant à travers le mésentère et les lèvres de la plaie.

Cette suture transformait l'ouverture herniaire en une étroite incision, que l'opérateur se proposait de fermer ultérieurement.

Quatrième jour, mort.

*Autopsie.* — Absence de péritonite, réunion des bouts de l'intestin et adhérences de l'intestin avec le pourtour de l'orifice herniaire. Embolie de l'artère pulmonaire provenant d'une ancienne thrombose de la veine crurale.

**Observation 154.**

*Mort.* — Esmarch (*Verhandl. d. deutsch. Gesellsch. f. Chir.*, 1879, p. 83) :

Hernie scrotale volumineuse avec fistule stercorale. Entérectomie secondaire : résection de 5 centimètres d'intestin, suture au catgut et réduction.

Le sixième jour, mort de péritonite par perforation au niveau du mésentère. Partout ailleurs l'intestin était solidement réuni.

**Observation 155.**

*Mort.* — Bardenheuer (*Die Drainirung der Peritonealkohle*, Stuttgart, 1881, p. 219) :

Hernie inguinale étranglée, gangrenée et formation spontanée d'un anus contre nature. Quelques jours plus tard entérectomie secondaire : résection d'un morceau considérable des deux bouts de l'intestin et du mésentère correspondant et suture en étages.

Mort le neuvième jour de péritonite généralisée.

*Autopsie.* — La suture avait cédé au niveau du mésentère.

**Observation 156.**

*Mort.* — Weiss (*In Mém. de Rydygier*, (*Berl. klin. Woch.*, 1881, nos 40, 41, 42) :

Femme, 23 ans. Hernie étranglée, gangrenée et anus contre nature. 15 juin 1880, entérectomie secondaire : résection de 0<sup>m</sup>,02 à chaque bout de l'intestin.

Invagination du bout supérieur dans l'inférieur. Suture de Lembert (20 points). Réduction. Mort quatre jours après de péritonite par perforation.

**Observation 157.**

*Mort.* — Schinzinger (*Wien. med. Wochenschrift*, n° 37, 1881) :

Femme, 47 ans. Hernie inguinale étranglée, gangrenée, opérée ; anus contre nature. Le bout supérieur est bien visible, le bout inférieur est difficile à reconnaître ; grand affaiblissement de la malade.

Trois mois après la herniotomie : entérectomie secondaire ; résection de 0<sup>m</sup>,03 du bout supérieur et de 0<sup>m</sup>,01 du bout inférieur de l'intestin ; excision d'une portion du mésentère ; suture de Lembert (douze fils soie phéniquée) ; réduction.

Douze heures après l'opération collapsus et mort.

*Autopsie.* — Pas de péritonite, matières dans le bout inférieur.

**Observation 158.**

*Mort.* — Madelung (*loc. cit.* et Thèse de Heymann, de Bonn) :

Hernie inguinale étranglée, opérée ; anus contre nature.

Plusieurs essais infructueux de guérison par l'application de l'entérotome de Dupuytren.

*Entérectomie secondaire.* — Résection de 0<sup>m</sup>,15 d'intestin ; excision cunéiforme du mésentère correspondant ; double rangée de sutures sur l'intestin (trente-cinq fils soie phéniquée) ; réduction.

Vomissements et météorisme les jours suivants ; pas de fièvre. Le quatrième jour, la plaie opératoire s'écarte et la portion intestinale suturée se montre dans le fond, elle paraît du reste tout à fait réunie. On incise l'intestin longitudinalement et on reproduit ainsi l'anus contre nature. Cependant, malgré cette intervention, le patient meurt sept heures plus tard.

*Autopsie.* — La réunion de l'intestin paraît bonne. A 0<sup>m</sup>,05 au-dessus du point où a été faite la suture, s'étend du mésentère à l'orifice inguinal une bride fibreuse solide qui tient le cylindre intestinal immédiatement appliqué contre la paroi abdominale et s'oppose absolument au cours des matières. Péritonite de moyenne intensité.

**Observation 159.**

*Mort.* — Novaro (*Giornale dell' Accad. di med. di Torino*, 1881, n° 12) :

Homme, 40 ans. Hernie inguinale étranglée, gangrenée ; anus contre nature.

*Entérectomie secondaire.* — Résection de 0<sup>m</sup>,02 de chaque bout de l'intestin ; suture de Czerny (au catgut) ; occlusion de la plaie avec fixation de l'anse intestinale suturée ; drainage, pansement de Lister.

Mort le troisième jour.

*Autopsie.* — Péritonite circonscrite, écartement de la suture au niveau du point d'insertion du mésentère, pneumonie.

**Observation 160.**

*Mort.* — Bouilly, G. (*Revue mensuelle de chirurgie*, 1883, et Thèse de Pollosson, 1883) :

Homme, 45 ans. Hernie inguinale droite étranglée, gangrenée, opérée. Résection d'intestin suivie d'anus contre nature. Le malade est très affaibli par l'écoulement incessant des matières et par les douleurs que lui ont causées des eschares siégeant sur divers points du corps.

*Entérectomie secondaire.* — Résection de 0<sup>m</sup>,03 sur le bout supérieur, de 0<sup>m</sup>,015 sur le bout inférieur ; désinsertion du mésentère sans excision au niveau des tronçons d'intestin réséqué ; suture de l'intestin avec vingt-six fils de catgut fin par le procédé de Lembert ; réduction de l'anse suturée.

Mort dans la nuit du deuxième au troisième jour.

*Autopsie.* — Péritonite aiguë généralisée, la suture n'a cédé en aucun point et la continuité de la lumière de l'intestin est parfaitement rétablie.

**Observation 161.**

*Mort.* — Tauber (XI<sup>me</sup> congrès des chirurgiens allemands ; in *Centralblatt für Chirurgie*, in Supplement, 1882, p. 60) :

Anus contre nature existant depuis sept mois.

*Entérectomie secondaire.* — Résection de 0<sup>m</sup>,32 d'intestin ; mort le troisième jour avec tous les symptômes de péritonite.

**Observation 162.**

*Mort.* — Schönborn, de Königsberg (Lievin et Falkson, *deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, t. XIII, p. 410, 1879) :

Anus contre nature sur le colon descendant.

*Entérectomie secondaire.* — (Pas de détails.) Les jours suivants phénomènes d'ileus ; le troisième jour réouverture de la plaie abdominale et de celle de l'intestin. Mort le quatrième jour. Point de péritonite.

**Observation 163.**

*Mort.* — Hucher, de Greifswald (Schüler, *deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, t. IX, p. 521) :

Hernie inguinale étranglée, gangrenée ; anus contre nature. Plusieurs essais infructueux d'entérotomie (méthode Dupuytren).

*Entérectomie secondaire.* — Résection des deux bouts de l'intestin grêle ; suture au catgut (Lembert). Mort 38 heures après l'opération.

*Autopsie.* — Péritonite suraiguë ; sortie des matières fécales par une ouverture située entre deux points de suture et dans laquelle on peut introduire l'extrémité d'une grosse sonde.

**Observation 164.**

*Mort.* — Langenbuch (*Berliner. klin. Wochenschr.*, n° 14, p. 214, 1883) :

Hernie inguinale étranglée, gangrenée ; anus contre nature.

*Entérectomie secondaire.* — Résection de 0<sup>m</sup>,27 d'intestin grêle ; réunion des deux bouts par une double rangée de sutures. (Comme le bout supérieur est plus large que le bout inférieur, l'opérateur fait un pli longitudinal dans le premier.)

Immédiatement après l'opération symptômes d'ileus ; le lendemain mort.

*Autopsie.* — Une oblitération presque complète de l'intestin siégeait au niveau de la suture. Cette sténose provenait :

- 1° de la trop grande longueur d'intestin pris dans la suture ;
- 2° du gonflement de celui-ci en dedans de la suture.

**Observation 165.**

*Mort.* — Reichel, P. (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, vol. XIX, 1884) :

Homme, 35 ans. Hernie inguinale étranglée et gangrenée ; anus contre nature.

*Entérectomie secondaire.* — Résection des deux bouts de l'intestin ; résection cunéiforme du mésentère, hémorrhagie assez abondante pendant le temps de l'opération ; réduction de l'anse. Mort.

*Autopsie.* — Les sutures ont lâché près du mésentère ; péritonite septique.

**Observation 166.**

*Mort.* — Bouilly (Thèse de Barette, résumée, 1883, p. 114) :

Homme, 19 ans. Hernie congénitale droite étranglée, opérée ; formation d'un anus contre nature. Pendant quatre mois écoulement de presque toutes les matières par l'anus anormal ; état général excellent. pas d'amaigrissement.

*Entérectomie secondaire.* — (Deux jours avant l'opération le patient est purgé, puis mis à la diète). Laparotomie ; on arrive rapidement sur le bout supérieur de l'intestin qui, par son adhérence immédiate avec la cicatrice, constitue à lui seul l'orifice contre nature. Il n'y a entre la peau et l'intestin aucun trajet intermédiaire. La perte de substance intestinale peut admettre environ le doigt ; elle est bordée par la muqueuse indurée, fongueuse et bourgeonnante ; au-dessus, l'intestin est absolument sain. Le bout supérieur libéré de ses adhérences par décollement et dissection est amené à l'extérieur. La recherche du bout efférent est plus difficile. Il n'apparaît nulle part au-dessous du bout afférent, et, après de longues recherches, pendant lesquelles l'artère épigastrique est blessée, on voit un cordon blanchâtre, adhérent intimement au bout supérieur et fermé à son extrémité. Un coup de ciseaux ouvre ce cordon et permet d'y introduire une sonde de femme.

On peut ainsi voir que le bout inférieur, externe par rapport au supérieur, lui est rattaché par le mésentère rétracté, épaissi et formant éperon. Ainsi l'anus contre nature était tout entier constitué aux dépens du bout supérieur. Les deux bouts sont isolés l'un de l'autre par de petits coups de ciseaux portant sur l'éperon mésentérique et une fois complètement libérés on les éloigne facilement l'un de l'autre. On procède ensuite à la résection des bouts intestinaux. Un fil de soie phéniquée forte étire le point de mésentère qui doit être désinséré et doit prévenir l'hémorrhagie au moment de la désinsertion.

Un fil de soie modérément serré est placé à quelques centimètres au-dessus du lieu de la résection et est destiné à empêcher l'effusion des matières intestinales qui d'ailleurs paraissent en petite quantité.

Trois centimètres sont réséqués sur le bout supérieur et un centimètre et demi seulement sur l'inférieur. Le bout inférieur ayant un calibre plus petit que le bout supérieur, on dilate le premier avec une pince à forci-pressure, puis suture à la soie phéniquée, méthode Lembert, 24 à 26 points. Suture cutanée et drainage intrapéritonéal, enfin pansement de Lister.

Mort 25 heures après l'opération.

*Autopsie.* — Début de péritonite généralisée, suture solide.

**Observation 167.**

*Mort.* — Socin (*Centralblatt für Chirurgie*, 1881, n° 30) :  
Femme, 65 ans ; anus contre nature.

Entérectomie secondaire : Résection des extrémités de l'intestin ; résection cunéiforme du mésentère ; suture de Lembert (14 sutures) ; drainage et suture de la paroi abdominale.

Mort 16 heures après l'opération.

*Autopsie.* — Péritonite septique ; embolie pulmonaire.

**Observation 168.**

*Mort.* — Bardeleben (*Deutsch. med. Wochenschr.*, 1883, n° 15) :

Anus contre nature. Entérectomie secondaire : résection

des extrémités de l'intestin ; suture. Mort deux jours plus tard.

*Autopsie.* — Péritonite.

**Observation 169.**

*Mort.* — Reichel, P. (opérateur Fischer, *Deutsche Zeitschr. f. Chir.*, vol. XIX, 1884) :

Femme ; hernie crurale étranglée gangrenée ; herniotomie ; résection de 3 1/2 pouces d'intestin et établissement d'un anus contre nature. 19 jours plus tard entérectomie secondaire. (L'opération dure 1 3/4 heure et a lieu dans une chambre froide.) Compression de l'intestin avec les doigts ; résection de deux pouces d'intestin ; résection cunéiforme du mésentère ; suture de Czerny. Mort le troisième jour.

*Autopsie.* — Embolie pulmonaire ; thrombose dans la saphène et la fémorale ; lors de l'opération, la saphène avait dû être liée tout près de son embouchure dans la fémorale.

**Observation 170.**

*Mort.* — Hofmockl (cas inédit communiqué au Dr Kummer, 28 février, 1889) :

S. M. Femme, 68 ans. Hernie crurale droite étranglée, gangrenée ; herniotomie ; établissement d'un anus contre nature. L'an us contre nature se trouve au cœcum, le bout afférent est facilement tangible avec le doigt, le bout efférent ne l'est pas. Un mois après la herniotomie, entérectomie secondaire ; résection des extrémités intestinales formant l'an us contre nature et réunion du cœcum avec l'ileum. Mort deux jours après.

*Autopsie.* — Péritonite.

**Observation 171.**

*Mort.* — Ritter von Dittel (cas inédit, communiqué au Dr Kummer) :

J. Cr., 62 ans. Hernie étranglée, gangrenée, herniotomie et établissement d'un anus contre nature le 17 juillet 1885, le 25 août 1885 entérectomie secondaire d'après Dittel. Le 29 août mort de péritonite.

**Observation 172.**

*Mort.* — Hahn (*Berlin. med. Wochensch.*, 1883) :

Hernie étranglée, gangrenée, anus contre nature. Application infructueuse de l'entérotome de Dupuytren.

*Entérectomie secondaire.* — Résection de 27 centimètres d'intestin ; suture de Czerny. Après l'opération signes d'étranglement interne et mort.

*Autopsie.* — Tuméfaction des bords de l'intestin depuis l'endroit où ils ont été recourbés sur eux-mêmes pour faire la suture Lembert jusqu'à leur extrémité libre dans la lumière de l'intestin ; cette tuméfaction a produit une imperméabilité complète du canal.

**Observation 173.**

*Mort.* — Riedel (*Deutsch. med. Wochensch.*, 1883, p. 656) :

Femme. Hernie étranglée, gangrenée ; anus contre nature sur l'intestin grêle. Fort amaigrissement. Quinze jours après la herniotomie, entérectomie circulaire : résection des extrémités intestinales, suture. Mort.

*Autopsie.* — La suture n'a pas tenu.

**Observation 174.**

*Mort.* — Weill (*Wiener med. Wochensch.*, 1886, n° 44) :

Anus contre nature au fond du testicule ; impossibilité d'appliquer l'entérotome de Dupuytren.

Entérectomie secondaire : Une fois le bout inférieur trouvé, on injecte dans celui-ci de l'eau de soude et comme cette solution arrive à l'anus on est certain de la perméabilité du bout efférent de l'intestin. On tente alors l'entérorraphie circulaire.

Mort trois jours plus tard.

*Autopsie.* — Péritonite par perforation ; en outre, à 15 centimètres au-dessous de la suture, le bout inférieur présente une occlusion diaphragmatique perméable seulement pour un cathéter de petit volume.

Observation 175.

*Mort.* — Stelzner (*Zur Casuistik des anus praeter naturalis* von Stelzner in Spit. von Dresden), par le Dr Dillner (*Langenbeck's Archiv*, Band XXXVIII, Heft 4) :

B. A., 56 ans. Hernie inguinale gauche étranglée, gangrenée, herniotomie et fixation de l'anse sphacélée au dehors de la cavité abdominale. Le lendemain établissement d'un anus contre nature.

Les deux bouts de l'intestin sont parallèles ; fort éperon. Quinze jours après la herniotomie on procède à l'entérectomie secondaire : incision circonscrivant l'anus contre nature pour libérer l'anse intestinale ; résection de 10 centimètres de chaque bout ; résection cunéiforme du mésentère ; suture de Czerny à la soie ; reposition de l'intestin après lavage antiseptique. Pansement antiseptique au sublimé. Durée de l'opération, 1  $\frac{1}{4}$  heure. Mort dans le collapsus 29 heures après l'opération.

*Autopsie.* — Péritonite autour de la vésicule biliaire qui présente une perforation et contient trois gros calculs. L'entérorrhaphie avait porté sur l'iléon qui est libre de toute adhérence. Pas de péritonite autour de l'anse opérée.

Observation 176.

*Mort.* — Stelzner (*loc. cit.*) :

K. J. Homme de 48 ans. Hernie inguinale droite étranglée, gangrenée, herniotomie et fixation de l'anse sphacélée en dehors de la cavité abdominale. Le lendemain rétablissement d'un anus contre nature. Quatorze jours plus tard, le patient étant très amaigri on se décide à pratiquer l'entérectomie secondaire : incision circonscrivant l'anus contre nature, libération de l'anse intestinale. Les deux bouts sont comprimés avec les doigts d'un aide. Résection des bouts de l'intestin ; l'extrémité efférente ayant un calibre plus petit que l'extrémité afférente est sectionnée légèrement obliquement, de façon à augmenter la circonférence et à permettre la suture sans plissement. Résection cunéiforme du mésentère ; suture de Czerny à la soie ; suture du mésentère. L'opération a duré 1  $\frac{1}{4}$  heure.

Mort 28 heures après l'opération.

*Autopsie.* — Pas de péritonite ; la suture siège au milieu de l'iléon et n'a pas cédé. Au niveau de la ligne de suture et dans la lumière de l'intestin la muqueuse est tellement œdématiée qu'elle produit une sténose complète (voir cas 172 et 164).

---

**Observation 177.**

*Guérison.* — Schede (*Verhandlungen der deutsch. Gesell. f. Chir.*, 1879, p. 78).

Femme, 43 ans. Hernie crurale gauche étranglée, gangrenée, opérée ; établissement d'un anus contre nature.

Trois semaines après la herniotomie, entérectomie secondaire : deux jours avant l'opération, la patiente est mise à la diète, on lui administre des purgatifs et des lavements pour vider l'intestin. Ouverture de la cavité abdominale ; libération des bouts de l'intestin qui ensuite sont avivés ; résection cunéiforme du mésentère ; suture de Lembert à deux étages avec du catgut ; l'intestin n'est pas réduit mais il est laissé dans la plaie et cette dernière est suturée de façon à éviter l'étranglement ; on passe enfin une longue épingle entre les lèvres de la plaie abdominale et le mésentère de l'intestin, de façon à maintenir l'anse opérée en dehors de la cavité péritonéale. Pansement antiseptique. Pendant l'opération la lumière des deux bouts de l'intestin a été oblitérée au moyen de gros catguts modérément serrés. Au sixième jour formation d'une petite fistule stercorale qui guérit spontanément deux jours plus tard. Le dixième jour on retire l'épingle ; le lendemain l'intestin rentre spontanément. Cinq semaines plus tard cicatrisation complète. La malade a été revue dix mois plus tard en parfait état de santé.

**Observation 178.**

*Guérison.* — Dittel (*Wiener med. Wochensch.*, 1878, n° 48) :  
H. A. Femme, 47 ans. Hernie crurale droite étranglée, gangrenée ; anus contre nature avec prolapsus.  
Deux mois plus tard entérectomie secondaire :

Parallèlement au bord circulaire de l'anus et à 0<sup>m</sup>,005 en dehors incision de toute l'épaisseur de la paroi abdominale, en sorte que le bord cicatriciel reste adhérent au pourtour des bords de l'intestin. Une fois l'intestin libéré résection de 0<sup>m</sup>,03 de celui-ci ; hémotase, puis invagination du bout supérieur dans l'inférieur et suture continue du pelletier au catgut. Réduction incomplète de l'intestin et pansement de Lister. La nuit suivante issue de gaz et de matières par les voies naturelles, puis le lendemain et les jours suivants issue de quelques gaz entre les sutures, enfin le neuvième jour tout va bien et un mois plus tard guérison complète.

**Observation 179.**

*Guérison.* — Billroth (*Wiener med. Wochenschrift*, 1879, 4 janvier, n° 1. Thèse Goubaut, 1881) :

Mar. P. Femme, 33 ans. Hernie crurale droite étranglée, gangrenée ; anus contre nature. Toutes les matières passent par l'anus contre nature. La faiblesse et la fièvre forcent la patiente à garder le lit. L'évacuation des matières devient de plus en plus difficile et plus rare et cesse dix jours avant son entrée. Météorisme. Douleurs à la partie inférieure et droite du ventre. Lavements infructueux par le rectum.

Dès l'entrée, le D<sup>r</sup> Mikulicz, médecin assistant, reconnut que l'empêchement à l'évacuation des matières était causé par un rétrécissement cicatriciel de l'ouverture intestinale. Il réussit par l'introduction d'un cathéter élastique, d'abord mince, puis plus épais à trouver le bout supérieur et à le dilater progressivement, de sorte que, au grand soulagement de la malade, les matières et les gaz sortirent en quantité. Pendant l'examen, le D<sup>r</sup> Mikulicz arriva à une cavité située à côté de l'intestin et d'où s'échappa une certaine quantité d'un pus fétide.

« Lorsque le lendemain, je vis la patiente pour la première fois, elle s'était un peu remise, de telle sorte que je n'hésitai pas plus longtemps à faire, grâce au chloroformé, une recherche exacte dans le but de procéder immédiatement à l'opération nécessaire. Je ne pensai qu'à l'emploi de l'entérotome de Dupuytren. Lorsque la patiente fut endormie, je commençais à enlever la peau mince, rouge et décollée qui

entourait l'anus anormal, à racler avec la spatule les granulations molles et blafardes, jusqu'à ce que j'eusse devant moi des surfaces saines. Juste au-dessous du ligament de Poupart, je trouvai une cavité tapissée par une membrane muqueuse. Le petit doigt pouvait pénétrer à droite (vers l'extérieur). La muqueuse de ce bout était renversée en dehors et ne laissait pas passer les matières fécales ; c'était donc le bout inférieur. Avec un cathéter dirigé à gauche (vers l'intérieur), je parvins à une cavité profonde, conduisant à l'intérieur du bassin, d'où s'écoula un pus liquide en grande quantité. Je laissai provisoirement la sonde dans cette position et introduisis du même côté un second cathéter que je parvins, après quelques recherches, à faire pénétrer dans le bout supérieur. Je ne pus pas y pénétrer avec le doigt. La position était encore trop peu certaine pour l'application de l'entérotome. Je coupai le ligament de Poupart en haut, afin de pouvoir pénétrer. Par une dissection plus complète, les adhérences qui fixaient le bout inférieur se relâchèrent. Alors l'intestin devenu libre se laissa facilement attirer au dehors en même temps qu'apparut le bout supérieur qui était situé à l'intérieur. Il s'échappa des matières fécales dont l'écoulement dans la cavité abdominale fut empêché par la sortie de l'intestin. Il ne fallait donc plus penser à l'entérotome.

« Tandis que deux aides tenaient bien propres les extrémités intestinales avec une solution de thymol et empêchaient la sortie des matières et la rentrée de l'intestin, je coupai les bords ulcérés, j'enlevai une partie du mésentère et je procédai à la suture intestinale. J'avais peu considéré jusqu'alors la grandeur de l'ouverture et je fus très désagréablement surpris lorsque je trouvai que le bout supérieur était beaucoup plus large que l'inférieur. Je formai un pli que je rejetai de côté et que je fixai avec des sutures.

Je mis ensuite quelques sutures sur le mésentère et je réunis les deux bouts qui étaient de même largeur. Il ne paraît d'aucune importance d'embrasser dans la suture une partie de la muqueuse (Gussenbauer). Je me suis déjà convaincu par des opérations précédentes que la suture réussit parfaitement, lorsqu'on ne prend que la tunique musculaire.

Lorsque la réunion fut faite, l'intestin fut réduit et un fort tube de drainage fut placé dans la cavité de l'abcès du bassin. Inutile de chercher à fermer la plaie extérieure ; nous manquions de téguents.

« La patiente vomit plusieurs fois le jour suivant un liquide verdâtre ; ni vents, ni matières par le rectum. Le soir du troisième jour arriva enfin cet événement tant désiré et la malade alla très bien.

Nourriture d'abord liquide, puis peu à peu solide. Quelques coliques dans les premières semaines. Les forces se relevèrent peu à peu et la femme est maintenant dans un état satisfaisant.

**Observation 180.**

*Guérison.* — Billroth (*Archiv für klin. Chirurg.*, t. XXIV, 1879. Observation de R. Wittelshoefer) :

Garçon, 16 ans. Hernie inguinale droite étranglée, abcès stercoral, incision ; établissement d'un anus contre nature.

Deux mois après, amaigrissement extrême, prolapsus de la muqueuse du bout inférieur ; le bout supérieur est situé plus bas.

Deux mois et demi après l'étranglement, entérectomie secondaire : Libération de l'intestin. Résection de 0<sup>m</sup>,015 du bout supérieur et de 0<sup>m</sup>,03 du bout inférieur (le bout inférieur étant plus étroit que le supérieur, on le dilate manuellement). Suture de l'intestin à la soie ; réduction.

Quatrième jour, première selle. Guérison presque complète au bout de quatre semaines.

**Observation 181.**

*Guérison.* — Schede (*Langenbek's Archiv*, 1879, p. 81) :

Femme, 58 ans. Hernie de la ligne blanche étranglée, gangrenée ; anus contre nature. Diminution rapide du poids du corps arrêtée en partie par des injections de peptones. Les matières passent en partie par les voies naturelles, en partie par l'anus anormal.

Essai infructueux de cautérisations au fer rouge et d'autoplastie. Enfin entérectomie secondaire : Libération de l'intestin assez laborieuse ; résection des deux bouts (l'écoule-

ment des matières est empêché pendant l'opération au moyen de ligatures au catgut peu serrées). Suture de Lembert ; réduction ; suture complète de la peau.

Quatrième jour, selle par l'anus, et depuis ce jour défécation normale. Guérison très avancée le huitième jour, puis totale quelques temps après.

**Observation 182.**

*Guérison.* — Billroth (*Wiener med. Wochenschrift*, 1881, n° 3) :

Homme. Hernie inguinale droite étranglée, gangrenée, opérée ; établissement d'un anus artificiel. Amaigrissement considérable. Trois mois après la herniotomie, entérectomie secondaire : Libération laborieuse des deux bouts de l'intestin ; résection de 0<sup>m</sup>,015 de chaque bout ; suture composée de 13 fils de soie (comprenant chacun sereuse et musculaire) ; réduction ; drainage ; suture cutanée. Selle le quatrième jour, apyrexie totale et permanente. Un mois après guérison.

**Observation 183.**

*Guérison.* — Weinlechner (*Wiener med. Wochenschrift*, 1881, n° 3) :

Femme, 50 ans. Hernie crurale étranglée, gangrenée ; anus contre nature.

Entérectomie secondaire : Résection d'intestin ; suture. Guérison.

**Observation 184.**

*Guérison.* — Baum (*Berl. klin. Wochenschr.*, 1881, n° 20) :

F. II. Femme de 48 ans. Hernie crurale droite étranglée, gangrenée, opérée, établissement d'un anus contre nature. Amaigrissement rapide.

Deux mois après la herniotomie, résection d'intestin : on circonscrit la fistule par deux incisions en se proposant de sortir l'intestin avec la peau avoisinante ; mais on doit y renoncer car l'intestin s'en détache presque spontanément. Sous cette peau, on tombe dans une poche remontant jusqu'au ligament de Poupart et remplie de pus infect. Après avoir désinfecté cette poche, on saisit l'orifice intestinal dans

une grosse pince à crémaillère, on incise le ligament de Poupart puis celui de Gimbernat et l'on peut alors attirer l'anse intestinale au dehors. Résection de 0<sup>m</sup>.05 d'intestin. Le calibre du bout inférieur est à celui du bout supérieur comme 2 est à 3. Malgré cela on suture l'intestin d'après la méthode de Czerny ; les points étant plus rapprochés au bout inférieur qu'au bout supérieur, il en résulte une série de plissements sur ce dernier. La suture est faite à la soie. Réduction de l'anse ; suture partielle de la peau. Le quatrième jour selle par le rectum, apyréxie totale. Guérison complète un mois et cinq jours après l'opération.

**Observation 185.**

*Guérison.* — Tiersch (*Berlin. klinisch. Wochenschr.*, 1881, n° 8) :

H. B. Homme, 30 ans. Hernie inguinale gauche étranglée, gangrenée, opérée, établissement d'un anus contre nature. Prolapsus de la muqueuse.

Deux mois après la herniotomie, entérectomie secondaire précédée de six jours de diète lactée et d'un jour de diète complète : libération de l'intestin ; on empêche l'écoulement des matières sur le champ opératoire au moyen d'une pince ; résection de l'intestin ; résection cunéiforme du mésentère ; suture de l'intestin au fil de soie, procédé de Lambert à deux rangées conformément aux indications de Kocher de Berne ; désinfection et réduction de l'intestin. Drainage, suture de la paroi et pansement antiseptique.

Trois jours après l'opération, première selle par le rectum. Guérison complète quelques temps après.

**Observation 186.**

*Guérison.* — Rydygier (*Deutsche Zeitschr. f. Chir.*, 1881, t. XV, n°s 3 et 4) :

Homme, 46 ans. Traumatisme dans la région inguinale droite, formation d'un anus contre nature.

Entérectomie secondaire : résection de quelques centimètres d'intestin, on empêche les matières de sortir pendant l'opération au moyen des compresseurs élastiques de

Rydygier ; suture de Czerny au catgut (40 points) ; réduction.

Le huitième jour selle par le rectum. Guérison.

**Observation 187.**

*Guérison.* — Gussenbauer (In *Mém. de Madelung*) :

Femme. Hernie étranglée, gangrenée, opérée, anus contre nature.

Quinze jours plus tard entérectomie secondaire : résection de 0<sup>m</sup>,04 du bout supérieur et de 0<sup>m</sup>,05 du bout inférieur ; résection cunéiforme du mésentère correspondant ; suture de Czerny au catgut (14 fils). Guérison.

**Observation 188.**

*Guérison.* — Schinzinger (*Wien. med. Wochenschr.*, 1881, n° 37) :

Femme de 37 ans. Hernie inguinale droite étranglée et gangrenée, fistule stercorale.

*Entérectomie secondaire.* — Résection de 0<sup>m</sup>,06 d'intestin ; résection cunéiforme du mésentère ; suture avec douze fils de catgut fin. Guérison.

**Observation 189.**

*Guérison.* — Weinlechner (*Wien. med. Blätter*, 1882, n°s 12 et 13) :

Hernie inguinale étranglée, gangrenée anus contre nature. En établissant l'anus contre nature on résèque 0<sup>m</sup>,40 d'intestin.

*Entérectomie secondaire.* — Résection d'intestin, suture de l'intestin. Guérison.

**Observation 190.**

*Guérison.* — Julliard (*Revue médic. de la Suisse romande*, n° 8, 15 août 1882) :

Femme, 63 ans. Il y a deux ans et demi, à la suite d'un effort, cette femme éprouva une vive douleur dans l'aîne gauche ; il s'y développa une petite hernie qui s'étrangla immédiatement. Pendant quinze jours, douleurs très vives,

point de selles, vomissements continuels. La tumeur finit par s'ouvrir, et dès lors les matières fécales n'ont cessé de sortir par l'orifice qui ne s'est pas fermé ; pour tous ces accidents, la malade n'a point consulté de médecin. Six semaines après, elle se rendit à l'hôpital de Romont (Fribourg), où M. le Dr Wissenbach tenta de guérir cet anus contre nature par une autoplastie ; cette opération n'ayant pas réussi il employa une suture de l'orifice en cordon de bourse, qui échoua également.

La malade fut admise à l'Hôpital cantonal de Genève le 24 avril 1882.

On constate dans l'aîne gauche au niveau du ligament de Poupart un anus contre nature qui permet l'introduction du petit doigt, autour de l'orifice la peau est ulcérée, d'un rouge violacé, épaissie, indurée et calleuse. Par l'orifice s'échappent presque continuellement des matières et des gaz en abondance ; la malade rend de temps en temps, mais rarement, quelques matières par le rectum, le bout inférieur est encore perméable. Pas de prolapsus de la muqueuse. Du reste la malade se porte bien : pas d'émaciation ni d'affaiblissement ; état général excellent.

*Opération.* — Le 2 mai, j'administre une bouteille d'eau de Sedlitz ; la malade est mise à la diète complète ; elle ne prend que de l'eau. Des matières sortent en grande abondance par l'anús anormal ; par le rectum il ne sort que quelques gaz, mais pas de matières.

Le 3 mai, seconde bouteille d'eau de Sedlitz et continuation de la diète. Matières bilieuses liquides par l'orifice anormal ; rien ne sort par le rectum.

Le 4 mai, après un grand bain, la malade est endormie avec l'éther. Au niveau de l'anús contre nature se trouve une petite quantité d'un liquide bilieux, que j'enlève avec une éponge. Incision des parois abdominales longue de quinze centimètres, qui vient tomber en bas sur l'orifice anormal. J'incise couche par couche ; par l'extrémité supérieure de mon incision je pénètre dans la cavité abdominale, et j'arrive de haut en bas sur l'orifice anormal. Au pourtour de cet orifice, l'intestin adhère aux parois ; après avoir dé-

taché ces adhérences ainsi que l'infundibulum, j'attire l'intestin au dehors. L'infundibulum a une longueur de 3 1/2 centimètres; le bout inférieur et le bout supérieur n'adhèrent pas entre eux; l'éperon est faiblement indiqué. Après avoir lié le mésentère par un catgut placé un peu au-dessus du point où je voulais faire la résection, je réséquai trois centimètres et demi du bout supérieur et deux du bout inférieur, ainsi que la partie correspondante du mésentère. Quoiqu'on n'exerce aucune compression sur l'intestin, ni avec les doigts, ni au moyen d'une pince ou d'une ligature quelconque, il ne sort absolument rien, ni par le bout inférieur, ni par le bout supérieur qui sont tout à fait vides. Le bout inférieur est très étroit, et permet difficilement l'introduction d'une sonde urétrale n° 18: le bout supérieur est environ d'un tiers plus grand. Dans ces conditions la suture de Jobert est impossible. Je fais alors la suture de Lembert: je place une première rangée de 14 catguts fins, puis une seconde de huit catguts comme soutien. Je réduis l'anse réséquée dans la cavité abdominale; suture du péritoine avec 4 catguts et enfin suture de la peau toujours avec du catgut. En somme, vingt-deux sutures sur l'intestin, une sur le mésentère, quatre sur le péritoine: en tout 27 catguts qui ont été enfermés dans la cavité abdominale. Pansement antiseptique. L'opération a duré 1 heure 45 minutes. Les suites de cette opération ont été des plus simples. A part deux vomissements dus à l'éther, mon opérée n'a jamais éprouvé le moindre malaise. Dès le lendemain elle a rendu des vents par l'anus. Le cinquième jour j'ai enlevé les sutures et j'ai commencé à alimenter la malade, qui jusqu'alors avait toujours été maintenue à une diète absolue. Le huitième jour elle a eu sa première garde-robe, et à partir de ce moment les selles ont toujours été régulières.

La plaie s'est réunie par première intention; le thermomètre n'est jamais monté au-dessus de 37,5°.

(Au commencement de 1889 la patiente était encore en parfaite santé.)

Observation 191.

*Guérison.* — Julliard (*loc. cit.*):

Homme de 40 ans, affecté depuis son enfance d'une hernie inguinale gauche. Il y a deux mois, à la suite d'un effort, la hernie s'étrangle. Après 5 jours d'étranglement, M. le Dr Julliard, de Châtillon de Michaille, pratique la kélotomie; il trouve l'intestin gangrené et perforé en plusieurs endroits; épanchement de matières stercorales dans le sac; le testicule est aussi gangrené; ablation du testicule; établissement d'un anus contre nature qui ne s'est pas fermé depuis lors. Le malade entre à l'hôpital le 29 avril 1882. On constate dans l'aîne gauche un anus contre nature qui permet l'introduction de l'indicateur; la muqueuse intestinale fait fortement saillie sous forme de bourrelet. Le contenu de l'intestin sort en abondance par l'orifice anormal; depuis la formation de l'anus contre nature, il n'est jamais rien sorti par le rectum; le bout inférieur ne fonctionne plus du tout. En introduisant le doigt dans l'orifice, on ne sent point d'éperon; il est impossible de trouver le bout inférieur. La peau qui avoisine l'orifice est rouge et ulcérée. Quoique l'anus contre nature ne date que de deux mois et demi, le malade est amaigri et notablement affaibli par l'abondante déperdition de matières qui se fait continuellement par l'orifice.

*Opération.* — Le 6 mai 1882, j'administre une bouteille d'eau de Sedlitz et le malade est mis à une diète complète; il ne prend que de l'eau. Une grande quantité de matières fécales sort par l'orifice anormal; rien ne sort par le rectum.

Le 7 mai. Seconde bouteille d'eau de Sedlitz et continuation de la diète. Matières intestinales bilieuses abondantes par l'anus contre nature; rien ne sort par le rectum.

Le 8 mai. Après un grand bain le malade est éthérisé. Autour de l'anus contre nature, je trouve une petite quantité d'un liquide bilieux que j'enlève avec une éponge. Incision des parois abdominales longue de 0<sup>m</sup>,17 qui vient tomber en bas sur l'orifice anormal. L'épiploon est adhérent à l'anse intestinale qui forme cet orifice. Je détache ces adhérences et celle de l'anse avec les parois abdominales, avec les doigts, le bistouri et les ciseaux, en liant à mesure les

petits vaisseaux sectionnés. Pour tout cela, n'ayant pas assez de jour, je suis obligé d'agrandir mon incision par en haut. L'intestin étant détaché, je l'attire au dehors, je reconnais alors que le bout supérieur formait à lui seul l'orifice anormal. Le mésentère présentait une grande perte de substance, comme une déchirure, et ce ne fut pas sans peine que je trouvai enfin le bout inférieur, libre et flottant dans la cavité abdominale ; il était en forme de doigt de gant, presque complètement oblitéré, et présentant à son extrémité un petit orifice à peine gros comme une tête d'épingle. Après avoir lié le mésentère avec un catgut placé un peu au-dessus du point où je voulais faire la résection ; je réséquai 0<sup>m</sup>,07 du bout supérieur et 0<sup>m</sup>,03 du bout inférieur, ainsi que la partie correspondante du mésentère. Ici encore, quoique on n'exerce aucune compression sur l'intestin, ni avec les doigts, ni au moyen d'une pince ou d'une ligature quelconque, il ne sort absolument rien, ni par le bout supérieur, ni par le bout inférieur, qui sont tout à fait vides. Le bout inférieur était, cette fois encore, trop étroit pour permettre la suture de Jobert. Je fis alors la suture de Lembert ; je plaçai une première rangée de huit catguts fins, puis une seconde rangée de quinze catguts ; je plaçai ensuite quinze catguts sur le mésentère pour réunir la perte de la substance. Je remis l'anse réséquée dans la cavité abdominale. Suture profonde du péritoine avec quatre catguts ; suture de la peau au catgut. En somme, vingt-trois sutures sur l'intestin, quinze sur le mésentère, quatre sur le péritoine ; en tout quarante-deux catguts qui furent enfermés dans l'abdomen. Pansement antiseptique. L'opération a duré 1 heure 35 minutes.

Les suites de l'opération ont été des plus simples. Pas un seul vomissement et point de malaise. La plaie s'est réunie par première intention et le thermomètre n'a jamais dépassé 37°. Le cinquième jour seulement le malade a rendu des gaz par l'anus. Le septième jour je commence l'alimentation ; jusqu'à ce moment le malade a été maintenu à une diète absolue, mais en raison de son état de faiblesse, je lui ai donné du vin de Bordeaux. Le soir, une petite garde-robe par l'anus. Le neuvième jour, selle abondante et spontanée ; à partir de ce moment les garde-robes ont été régulières. Guérison complète.

Observation 192.

*Guérison.* — Julliard (observation inédite rédigée par nous alors que nous étions interne dans le service du professeur Julliard) :

J. B. Jeune homme de 20 ans ayant depuis cinq ans environ une petite hernie inguinale droite. Le 30 juin, à la suite d'un effort, la hernie s'étrangle, puis des vomissements surviennent bientôt et le cours des matières est presque complètement interrompu. Un médecin de la ville parvient après plusieurs tentatives à réduire la hernie : mais malgré cette apparence de réduction les symptômes d'étranglement persistent et le jeune homme est envoyé le 7 juillet à l'Hôpital cantonal de Genève. A son entrée, on pose le diagnostic de hernie inguinale étranglée et probablement réduite en masse ; cependant les symptômes n'étant pas très accusés et l'état général du patient étant relativement bon, on reste dans l'expectative jusqu'au 9 juillet. Ce jour-là, voyant que l'état du patient devient de plus en plus alarmant, on se décide à intervenir.

*Opération.* — Après avoir endormi le malade avec l'éther, le D<sup>r</sup> Comte (remplaçant le professeur Julliard) fait la laparotomie, et après avoir incisé la paroi abdominale le long de la ligne blanche, il pénètre dans la cavité péritonéale et trouve dans la région de la fosse iliaque droite un petit sac herniaire contenant une anse d'intestin grêle, étranglée au niveau du collet et gangrenée ; le tout provenant de la réduction en masse de la hernie. Le seul parti à prendre dans ce cas est de procéder à l'entérectomie primitive ou à l'établissement d'un anus contre nature. C'est cette seconde alternative que le D<sup>r</sup> Comte choisit, et il fixe les bords de l'orifice intestinal à la plaie cutanée.

L'opéré guérit bien de cette opération, il ne maigrit pas, mais les matières s'écoulent presque continuellement par l'anus contre nature qui n'a aucune tendance à se rétrécir. Quelques gaz par le rectum.

Dans le courant de septembre, le professeur Julliard étant de retour se décide à pratiquer l'entérectomie secondaire.

*Status.* — Jeune homme vigoureux, peu amaigri, présen-

tant sur la ligne blanche, à cinq travers de doigt au-dessous de l'ombilic, un anus contre nature. Les bords de cet orifice sont rouges, hypérémiés, un peu ulcérés ; l'anus lui-même ne présente presque pas d'éperon ; le bout supérieur ou afférent de l'intestin permet l'introduction du petit doigt, le bout inférieur ou efférent est un peu plus étroit et l'angle qu'ils forment entre eux est très ouvert. Pas de prolapsus de la muqueuse.

19 septembre. Administration d'une bouteille d'eau de Sedlitz et le malade est mis à la diète ; une grande quantité de matières sort par l'orifice anormal. Rien par le rectum.

20 septembre. Seconde bouteille d'eau de Sedlitz et continuation de la diète. Matières bilieuses par l'anus contre nature ; rien par le rectum.

21 septembre. *Opération.* — Après un grand bain, le patient est placé sur la table d'opération. Anesthésie à l'éther et injection sous-cutanée de 0<sup>gr</sup>,01 de chlorhydrate de morphine. Lavage phéniqué. Incision superficielle circonscrivant l'orifice anormal et passant à 0<sup>m</sup>,007 environ en dehors de ses bords. De la partie supérieure de cette incision, on en fait partir une seconde verticale et longue de 0<sup>m</sup>,05. C'est par la partie supérieure de cette dernière incision que l'on pénètre dans la cavité péritonéale. Après avoir détaché avec les doigts quelques faibles adhérences, on complète avec les ciseaux la section des parois abdominales sur le parcours de l'incision cutanée. Dès ce moment, l'anus contre nature et l'anse intestinale qui s'y ouvre sont libérés de toute connexion avec les parois abdominales et sont attirés au dehors.

Deux larges éponges sont alors placées à moitié dans la cavité abdominale, à moitié au dehors, de façon à empêcher d'une part la sortie des intestins et de l'autre à recevoir la partie à opérer afin d'isoler complètement le champ opératoire du sac péritonéal. Ceci fait, on lie le mésentère avec un catgut un peu au-dessus du point où l'on veut faire la résection ; puis on résèque 0<sup>m</sup>,025 du bout supérieur de l'intestin et 0<sup>m</sup>,017 du bout inférieur ainsi que la portion correspondante du mésentère. Il ne s'écoule aucune espèce de matière ni par le bout supérieur, ni par le bout inférieur.

Les deux bouts ayant sensiblement le même calibre, M. le

professeur Julliard passe immédiatement à la suture intestinale. Il choisit le procédé qui consiste en une double rangée de sutures de Lembert, la seconde ayant pour but de soutenir et de renforcer la première : Première rangée, neuf catguts fins ; deuxième rangée, quatre catguts. Lavage antiseptique. puis réduction de l'anse opérée. La plaie est fermée au moyen de sept sutures profondes qui n'intéressent que le péritoine, et de dix sutures cutanées. Pansement antiseptique. L'opération a duré 1 heure et demie ; le malade a absorbé 185 centimètres cubes d'éther.

Les suites de l'opération ont été : Apyrexie totale, quelques coliques et vomissements pendant les deux premiers jours. Le troisième jour, gaz par le rectum, le lendemain une selle et depuis ce jour garde-robes normales et régulières. Diète absolue pendant cinq jours, puis alimentation légère et progressive. Guérison complète au bout de 28 jours.

L'opéré a été revu, une année plus tard, en parfaite santé.

**Observation 193.**

*Guérison.* — Prof. Julliard (observation inédite) :

W. A. Jeune homme de 17 ans. Pris en juillet 1885 d'accidents d'occlusion intestinale qui nécessiterent l'établissement d'un anus contre nature iliaque droit. Le bout inférieur resta perméable, et l'on fit le 6 avril 1886 une première tentative de suture de l'orifice qui échoua complètement.

Le 19 avril 1886 le patient entre à l'hôpital cantonal de Genève (service du professeur Julliard).

*Status.* — Il existe sur le flanc droit à égale distance du sommet de la onzième côte, de l'épine iliaque antérieure et supérieure et de l'ombilic un anus anormal entouré d'une zone cutanée cicatricielle d'un rouge violacé ; l'orifice est formé par la muqueuse intestinale légèrement prolabée.

Par l'anus contre nature s'écoulent des matières fécales entièrement constituées, ce qui démontre que la lésion intéresse le gros intestin. Le doigt introduit dans cet orifice pénètre, selon deux directions : l'une en haut et en arrière, l'autre en bas et en dedans ; on ne sent aucune trace d'éperon. L'état général du malade est excellent, pas d'amaigrissement. Les matières sortent en majeure partie par l'anus

contre nature, cependant quand le patient reste un certain temps debout, on a quelques selles par le rectum.

Le professeur Julliard se décide à pratiquer dans ce cas l'entérectomie secondaire dix mois après l'établissement de l'anus contre nature.

*Le 10 mai 1889.* Le patient est mis à la diète et prend une bouteille d'eau de Sedlitz ; le soir grand lavement qui ressort par les deux anus.

*Le 11 mai.* Après un grand bain et un lavement d'eau tiède le malade est éthérisé.

*Opération.* — Désinfection du champ opératoire. Incision circonscrivant l'orifice et se prolongeant en haut et en dehors, puis en bas et en dedans dans une étendue de 0<sup>m</sup>,11 en tout. On pénètre dans la cavité abdominale par la partie la plus supérieure de l'incision, l'on complète avec les ciseaux la section des parois abdominales sur tout le parcours de l'incision cutanée.

On détache avec le doigt quelques adhérences, et dès ce moment l'anus contre nature et l'anse intestinale qui le constitue sont complètement libérés de toute connexion avec les parois abdominales. De larges éponges sont introduites en partie dans la cavité péritonéale de façon : 1° à empêcher la sortie des intestins ; 2° à isoler complètement le champ opératoire du sac péritonéal. Après avoir lié le mésentère avec un catgut un peu au-dessus du point où l'on veut faire la résection, l'on résèque 0<sup>m</sup>,02 du bout supérieur et 0<sup>m</sup>,012 du bout inférieur. Hémostase. Les deux bouts ayant à peu près le même calibre, l'on procède immédiatement à la suture intestinale et l'on choisit le procédé décrit plus haut. Première rangée, treize sutures avec du catgut fin, deuxième rangée, huit. Réduction de l'anse ; suture de la paroi abdominale et pansement antiseptique.

Les suites de l'opération ont été : Apyrexie totale, pas de vomissements, quelques coliques pendant les premiers jours, pas de ballonnement du ventre. Le soir du deuxième jour, le patient rend quelques gaz par le rectum, ainsi que les jours suivants, mais quoique l'état général se maintienne toujours des plus satisfaisants, ce n'est que le dixième jour de

l'opération qu'arrive la première garde-robe. Diète absolue pendant les quatre premiers jours. Premier pansement le huitième jour. Réunion complète par première intention.

Douze jours après l'opération tout est fini et le jeune malade quitte l'hôpital le 4 juin complètement guéri de son infirmité.

(Des nouvelles dernièrement reçues, nous apprennent que depuis cette époque jusqu'à aujourd'hui (20 avril 1889) la guérison s'est bien maintenue).

**Observation 194.**

*Guérison.* — Schede (Huitième congrès des chirurgiens allemands, à Berlin, in *Wiener med. Wochenschr.*, 1879) :

Hernie de la ligne blanche étranglée, gangrenée, opérée ; établissement d'un anus contre nature.

Entérectomie secondaire : Fermeture provisoire de l'intestin par une ligature au catgut dans le but d'empêcher la sortie des gaz. Résection circulaire des deux bouts de l'intestin ; résection cunéiforme du mésentère correspondant ; suture intestinale (procédé de Lembert). Réduction immédiate et totale de l'anse suturée. Guérison.

**Observation 195.**

*Guérison.* — E. v. Bergmann (Zur Behandlung des wider-natürlichen Afters, *Deutsche med. Wochenschr.*, n° 1, 1883) :

Homme de 16 ans. Occlusion intestinale, pour laquelle on établit un anus contre nature.

Celui-ci ayant résisté à diverses tentatives d'oblitération, on se décide à pratiquer l'entérectomie secondaire. Il s'agit d'un anus situé à la réunion du cœcum avec l'intestin grêle. Résection de l'intestin ; résection du mésentère correspondant ; soixante points de suture sur l'intestin. Guérison.

**Observation 196.**

*Guérison.* — Rydygier (*Berliner klin. Wochenschrift*, t. IX, p. 577, 1882) :

Homme, 14 ans. Hernie inguinale droite depuis l'enfance. Il y a 2 1/2 mois à la suite d'une chute, il éprouva dans le

ventre une sensation de déchirure et dès lors la hernie est devenue irréductible. Le lendemain vomissements et selles diarrhéiques. Trois semaines plus tard, apparition d'un abcès sur le scrotum.

*Status.* — Oshéocèle des deux poings qui change fréquemment de volume d'un instant à l'autre. Peau scrotale rouge, œdémateuse, couverte de pus et de matières ; à la paroi antérieure du scrotum, orifice gros comme un pois donnant issue à du pus, mêlé de matières ; 2 centimètres plus bas est un point fluctuant, on en trouve également un autre au niveau de l'orifice externe du canal inguinal. La paroi postérieure du scrotum présente une cicatrice, qui est aussi, d'après le malade, la conséquence d'un abcès ayant fourni du pus et des matières fécales.

*Opération.* — Incision des points fluctuants et drains dans tous les orifices. Quand l'état général se fut amélioré, R. entreprit une deuxième opération. Incision cutanée sur la paroi antérieure du scrotum qui s'arrête au niveau du ligament de Poupart. Cette incision donne en quelques points issue à du pus. Les anses intestinales sont détachées de leurs nombreuses adhérences au sac, mais l'intestin est si friable qu'il se déchire sous les doigts. R. extrait avec beaucoup de peine un paquet d'anses qu'il lui est impossible de développer et qu'il résèque après avoir appliqué une ligature au-dessus du point déchiré. L'intestin réséqué a 27 centimètres du côté convexe et 19 centimètres du côté concave.

R. prolonge alors son incision au-dessus du ligament de Poupart, et ouvre la cavité abdominale sur une longueur de 0<sup>m</sup>,05. Le collapsus du malade oblige R. à en rester là de son opération. Il suture donc les plaies scrotale et abdominale, sauf tout en haut où se trouve l'anus contre nature. Pansement antiseptique. Tout va bien.

Cinq semaines plus tard, l'anus artificiel étant devenu douloureux, R. pratique une troisième opération, dans laquelle il se propose de rechercher d'abord les bouts de l'anse puis de les réséquer. Mais pendant l'opération il fut obligé de modifier son plan : Incision abdominale au-dessus de l'anus, ouverture de la cavité abdominale de haut en bas et dissec-

tion de l'anüs. Extraction du segment d'intestin correspondant pour fermer la perforation de ses parois. Prolongement de l'incision en bas jusque sur l'ancienne cicatrice. Malgré de laborieuses recherches, R. ne réussit pas à trouver les bouts de l'anse, qu'il a réséquée dans sa seconde opération. Il se résout donc à n'exécuter que la première partie de son projet.

En détachant de son mésentère l'anse qui constitue l'anüs, il trouve dans ce mésentère un cordon cicatriciel, qu'il incise, croyant avoir affaire à un des bouts atrophiés de l'intestin, mais il n'en était rien. Le tronçon intestinal réséqué mesurait 16 centimètres à son bord convexe et 10 centimètres à son bord concave ; son extrémité inférieure était voisine de la valvule de Bauhin. La réunion des deux bouts fut facile et effectuée au moyen d'une suture de pelletier, renforcée en arrière par vingt-deux catguts d'après Lembert. L'anse fut réduite et placée au voisinage de la plaie abdominale qui ne fut pas complètement fermée. Pansement antiseptique. Guérison.

**Observation 197.**

*Guérison.* — Makins, G.-H. (St Thoma's hosp. Rep. XIII, p. 181) :

C. C. Homme 21 ans. Hernie inguinale droite étranglée, gangrenée ; anus contre nature.

Un mois et demi plus tard : Essai d'occlusion, la plaie fut élargie dans la direction du ligament de Poupart. L'intestin fut mis à nu (pas d'éperon) et ses extrémités furent avivées et suturées. Echéec complet.

Deux mois et demi après l'étranglement, entérectomie secondaire : Anesthésie ; désinfection ; éponge introduite dans le bout supérieur pour arrêter les matières ; séparation des adhérences après avoir ouvert la cavité abdominale. On découvre au-dessous du bout supérieur, l'inférieur qui est contracté et réduit au volume d'un crayon. L'intestin est attiré au dehors et supporté par des pinces spéciales, puis l'on place des éponges de façon à isoler complètement l'intestin à opérer de la cavité abdominale. L'éponge placée dans la cavité du bout supérieur est alors retirée et l'on ré-

sèque un pouce du bout supérieur et deux pouces et demi du bout inférieur. L'on excise le bord du mésentère correspondant, puis l'on procède à l'hémostase, à la suture du mésentère et à la suture intestinale ; cette dernière est faite de la façon suivante : Première rangée de vingt-cinq points (avec du fil de soie de Chine) passés à travers toutes les tuniques ; deuxième rangée vingt-cinq points de sutures d'après Lembert. Désinfection. Reposition de l'intestin. Pansement iodoformé. Un mois et demi plus tard, guérison complète.

**Observation 198.**

*Guérison.* — Hofmohl (Soc. de méd. de Vienne, 30 octobre 1885) :

Femme, 38 ans. Hernie crurale droite étranglée, opérée, gangrenée ; établissement d'un anus contre nature. Rien ne passe par le rectum.

Deux mois plus tard, entérectomie secondaire : Laparotomie ; résection de 0<sup>m</sup>,06 d'intestin ; suture intestinale ; suture de la paroi abdominale et drainage. Guérison.

**Observation 199.**

*Guérison.* — Svensson (*Nordiskt. med. Arkiv.*, n° 5, 1885) :

Homme, 32 ans. Hernie étranglée, opérée, gangrenée ; établissement d'un anus contre nature.

*Entérectomie secondaire.* — Six semaines après la formation de l'anus artificiel, on procède à l'entérectomie secondaire : Résection de vingt centimètres d'intestin ; suture. Guérison.

**Observation 200.**

*Guérison.* — Reichel, P. (*Deutsche Zeitschrift für Chirurg.*, vol. XIX, 1884) :

Femme, 50 ans. Hernie crurale et blessure de l'intestin ; anus contre nature.

*Entérectomie secondaire.* — Deux mois après la herniotomie résection d'intestin ; suture de Lembert à la soie. Guérison.

**Observation 201.**

*Guérison.* — Reichel, P. (*loc. cit.*) :

Homme, 16 ans. Hernie inguinale étranglée, opérée le neuvième jour de l'étranglement ; anus contre nature.

*Entérectomie secondaire.* — Compression des deux bouts de l'intestin avec les doigts, afin d'empêcher la sortie des matières pendant l'opération. Résection de quatre pouces d'intestin ; suture de Czerny à la soie ; réduction de l'intestin. Guérison.

**Observation 202.**

*Guérison.* — Reichel, P. (Opérateur Fischer. *Loc. cit.*) :

Femme, 32 ans. Hernie crurale étranglée ; résection de quatre pouces d'intestin et établissement d'un anus contre nature, le dixième jour de l'étranglement.

Onze mois plus tard : Entérectomie secondaire. Résection de six pouces d'intestin (trois à chaque bout). Suture de Lembert à la soie. Reposition. Guérison.

**Observation 203.**

*Guérison.* — Roth, A. (*Spallanzani, Roma, 1887, t. XVI, p. 143-148*) :

Anus contre nature suite de hernie étranglée.

*Entérectomie secondaire.* — Résection circulaire de l'intestin ; suture. Guérison.

**Observation 204.**

*Guérison.* — Ritter von Dittel (cas inédit communiqué au Dr Kummer) :

S. L. 48 ans. Hernie étranglée, gangrenée ; anus contre nature, le 10 mars 1887.

Le 27 mai 1887. Entérectomie secondaire d'après Dittel. (Voir observation n° 33.) Guérison.

**Observation 205.**

*Guérison.* — R. v. Dittel (cas inédit. *Loc. cit.*) :

M. K. 84 ans. Hernie étranglée, gangrenée ; établissement d'un anus contre nature, le 6 août 1887.

*Entérectomie secondaire* d'après le procédé de Dittel. Guérison.

**Observation 206.**

*Guérison.* — R. v. Dittel (cas inédit. *Loc. cit.*) :

J. S. 25 ans. Le 20 septembre 1886, anus contre nature, à la suite d'une opération de pyélonéphrose.

Le 10 novembre 1886. Entérectomie secondaire d'après le procédé de Dittel. Intestin réuni par la suture de Czerny.

Guérison. Quitte l'hôpital le 17 avril 1887, depuis lors se porte bien et a eu des enfants.

**Observation 207.**

*Guérison.* — Kaufmann (*Centralblatt für Chirurgie*, décembre 1888) :

Homme, 17 1/2 ans. Hernie inguinale droite étranglée, gangrenée ; anus contre nature ouvert spontanément. Aucune matière ne sort par le rectum.

*Entérectomie secondaire.* — Laparotomie ; après beaucoup de peine on trouve le bout inférieur situé à 6 centimètres au-dessous du bout supérieur et complètement fermé. On le résèque, on le dilate et enfin on le sectionne obliquement, afin d'obtenir une plus grande circonférence. Suture des deux bouts. Guérison.

**Observation 208.**

*Guérison.* — Kosinski (*Medycyna*, 1885, n<sup>os</sup> 41 et 42) :

Femme, 27 ans. Anus contre nature dans la région inguinale droite. Plusieurs traitements infructueux. Enfin entérectomie secondaire. Séparation de l'intestin ; résection de 0<sup>m</sup>,07.

*Suture.* — La première rangée traverse toutes les tuniques de l'intestin ; la seconde rangée d'après Lembert. Reposition. Selle le cinquième jour. Guérison un mois plus tard.

**Observation 209.**

*Guérison.* — Riedel (*Deutsche med. Wochensch.*, 1883, p. 656) :

Hernie étranglée, gangrenée, anus contre nature.

*Entérectomie secondaire précoce.* Guérison.

**Observation 210.**

*Guérison.* — Hahn (*Berlin. med. Wochen.*, 1883) :  
Hernie étranglée, gangrenée, anus contre nature.

*Entérectomie secondaire.* — Résection d'intestin ; suture circulaire ; guérison.

**Observation 211.**

*Guérison.* — Koch de Nürnberg (*Beitrag zur Behandlung der gangränösen Hernien und des Widernatur. Afters* ; in *Münch. med. Wochen.*, 1888, n° 52) :

Hernie scrotale étranglée, opérée, gangrenée, établissement d'un anus contre nature. Entérotomie impossible.

*Entérectomie secondaire.* — Résection d'intestin et suture. Guérison.

**Observation 212.**

*Guérison.* — Marks (*British med. Journ.*, 30 août 1884) :

Homme, 21 ans. Hernie inguinale étranglée, opérée, gangrenée, établissement d'un anus contre nature. Dépérissement rapide du jeune malade.

Deux mois plus tard, *entérectomie secondaire.* Résection de 1 pouce du bout supérieur et de 2 1/2 pouces du bout inférieur. Vingt-cinq sutures à la soie. Tamponnement de la plaie à la gaze iodoformée. Guérison.

**Observation 213.**

*Guérison.* — Weill (*Wien. med. Wochen.*, 1886, n° 44) :

Hernie ombilicale étranglée, gangrenée, anus contre nature. En faisant l'anus artificiel, on résèque 0<sup>m</sup>,70 d'intestin gangrené.

Onze semaines plus tard *entérectomie secondaire* ; nouvelle résection de 0<sup>m</sup>,22 d'intestin. Suture de Czerny au catgut.

Quatre jours après l'opération, gaz par le rectum puis selles normales. Guérison.

**Observation 214.**

*Guérison.* — Cotterill, J.-M. (*Edimb. med. Journ.*, 1889, January, p. 602, *Centralblatt f. Chir.*, 1889, n° 23, p. 408) :

Femme, 38 ans, très grasse, enceinte de 7 mois, a une hernie ombilicale, qui s'étrangle et se gangrène. Ablation d'une portion gangrenée du colon transverse ; établissement d'un anus contre nature.

Deux jours après accouchement d'un enfant vivant.

Cinq mois plus tard, entérectomie secondaire ; résection des deux bouts de l'intestin, suture, réduction. Guérison.

**Observation 215.**

*Guérison.* — Stelzner (*Dr Dillner, Langenbeck's Archiv*, Band XXXVIII, Heft IV) :

M. B., 38 ans. Hernie crurale droite étranglée, gangrenée, opérée, établissement d'un anus contre nature.

Deux mois après la herniotomie, *entérectomie secondaire* : incision circonscrivant l'anús contre nature et libération de l'anse intestinale portant l'anús artificiel. Compression de l'intestin avec les doigts. Résection de 8 centimètres sur chaque bout. Résection cunéiforme du mésentère. Suture de Czerny à la soie. Suture et drainage de la paroi abdominale. L'opération a duré 1 1/2 heure.

Dix-huit jours plus tard guérison totale et définitive.

**Observation 216.**

*Guérison.* — Stelzner (*loc. cit.*) :

V. K., 69 ans. Hernie crurale gauche étranglée, gangrenée, opérée, établissement d'un anus contre nature (23 janvier 1888).

Le 24 février 1888. *Entérectomie secondaire* : incision circonscrivant l'anús contre nature et libération de l'intestin ; résection de 0<sup>m</sup>,05 d'intestin. Suture de Czerny à la soie ; résection cunéiforme du mésentère. Suture et drainage de la paroi abdominale.

Après une intoxication iodoformée assez sérieuse le patient guérit complètement et sort de l'hôpital le 19 avril 1888.

**Observation 217.**

*Guérison.* — Dittel (*Wiener med. Wochen.*, 1879, n° 1) :

Homme, 33 ans. Hernie inguinale droite, étranglée,

opérée, gangrenée. établissement d'un anus contre nature.

*Entérectomie secondaire.* — Résection de l'intestin et d'une partie du méésentère. Le bout supérieur de l'intestin étant d'un calibre plus grand que l'inférieur, on forme, sur le premier, des plis longitudinaux. Suture. Reposition. Guérison.

**Observation 218.**

*Guérison.* — Dittel (*Langenbeck's Archiv*, Band XXIV) :

Homme, 16 ans. Hernie crurale droite étranglée, gangrenée, anus contre nature.

*Entérectomie secondaire.* — Résection d'intestin (0<sup>m</sup>,015 du bout supérieur, 0<sup>m</sup>,03 du bout inférieur). L'inégalité des deux ouvertures disparaît en partie par la dilatation manuelle. Suture de Lembert à la soie.

Reposition. Quatrième jour selles par le rectum. Guérison.

**Observation 219.**

*Guérison.* — Dittel (*Wien. med. Wochen.*, 1881, n° 3) :

Hernie inguinale droite étranglée, gangrenée, anus contre nature.

*Entérectomie secondaire.* — Résection d'intestin (0<sup>m</sup>,015 de chaque bout) ; dix-sept sutures de Lembert ; reposition. Selle le cinquième jour. Guérison.

**Observation 220.**

*Guérison.* — Porter (*Boston med. and chir. Journ.*, 1884, 15 mai) :

Femme, 67 ans. Hernie inguinale droite, étranglée, gangrenée, anus contre nature.

Plusieurs tentatives infructueuses de guérison.

Enfin *entérectomie secondaire* : libération de l'anse intestinale ; résection d'une portion du cœcum et de quelques centimètres d'iléon ; suture.

Guérison.

**Observation 221.**

*Guérison.* — Julliard (cas inédit).

Femme de 62 ans. Hernie étranglée, gangrenée, formation spontanée d'un anus contre nature.

La compression est employée pendant un certain temps, mais inutilement.

Etat général relativement bon ; pas d'amaigrissement. La malade supporte bien son infirmité mais demande à en être débarrassée. L'orifice anormal siège dans la fosse iliaque gauche ; la peau est indurée tout autour, rouge et par places ulcérée.

*Entérectomie secondaire.* — L'orifice anormal est séparé des parois abdominales ainsi que l'infundibulum ; on pénètre ainsi dans la cavité abdominale et l'on attire au dehors l'anse intestinale perforée. On résèque les deux extrémités de l'intestin puis on les suture avec deux rangées superposées de catguts fins, d'après le procédé de Lembert ; réduction complète de l'anse ; suture du péritoine au catgut ; suture des parois de l'abdomen également au catgut.

Guérison complète par première intention.

**Observation 222.**

*Guérison.* — Julliard (cas inédit) :

Jeune homme de 24 ans. Hernie étranglée, gangrenée, opérée, établissement d'un anus contre nature.

*Entérectomie secondaire.* — On sépare l'orifice anormal et l'infundibulum des parois abdominales, on pénètre dans la cavité péritonéale, puis on attire l'anse intestinale au dehors. Résection des deux extrémités de l'intestin ; suture avec deux rangées superposées de catguts fins, d'après le procédé de Lembert ; réduction de l'anse. Suture du péritoine et suture cutanée. Guérison.

(Chacun des deux malades a été traité pendant les trois jours qui ont précédé l'opération d'après le système du professeur Julliard, voir pour plus de détails les observations 190, 191, 192, 193.)

Après l'énoncé de nos 77 observations, nous devons passer en revue les résultats qu'elles donnent, et voici tout d'abord un petit tableau qui les rendra plus frappants :

Guérisons . . . . .	46	= 59.74 %
Persistence d'une fistule . . . . .	6	= 7.79 %
Morts . . . . .	25	= 32.47 %
Total	77	

A première vue on serait tenté de rejeter immédiatement une opération qui donne une mortalité si élevée tout en s'adressant à des malades atteints d'une infirmité, dégoûtante il est vrai, mais souvent compatible avec une existence prolongée. Nous ne pouvons cependant pas la juger et la condamner avant de l'avoir examinée à fond et sous tous ses points de vue ; c'est cet examen que nous nous proposons de faire, et nous trouverons peut-être que, comme beaucoup d'autres interventions chirurgicales, l'entérectomie secondaire a ses indications et ses contre-indications ; la recherche et la détermination des unes et des autres est un des points les plus importants de notre travail.

Tout d'abord à quoi attribuer les vingt-cinq morts que nous avons relevées dans notre statistique ? Malgré le peu de renseignements que nous donnent à ce sujet plusieurs de nos observations, nous croyons pouvoir classer les causes de la mort sous cinq chefs, qui sont :

a) Péritonite par perforation . . . . .		9 cas.
b) Occlusion intestinale consécutive à la suture . . . . .		3 cas.
c) Péritonite septique sans perforation . . . . .		7 cas.
d) Embolie pulmonaire . . . . .		1 cas.
e) { Accidents en dehors de l'opération . . . . .		5 cas.
{ Cas non classés . . . . .		5 cas.
Total . . . . .		25 cas.

a) *Péritonite par perforation.* — Deux causes peuvent donner lieu à cet accident : *Premièrement*, un défaut de la suture ; ce défaut provient, soit du procédé employé, soit de son application vicieuse. Ici dans les quatre cas où la suture intestinale paraît devoir être incriminée, nous trouvons :

1. Observation 152 — cas de Huter ; Suture de Lembert au catgut.
2. » 156 — » Weiss ; Suture de Lembert, invagination du bout supérieur dans l'inférieur ?
3. » 163 — » Hücher ; Suture de Lembert au catgut.
4. » 173 — » Riedel ; ?

Ces résultats n'ont rien de démonstratif ; disons cependant que la suture d'après le procédé de Lembert a été mise en usage trois fois sur quatre. Doit-on incriminer ce procédé ? non, car nous verrons plus loin nombre de malades parfaitement guéris, malgré ou à cause de la suture de Lembert. Ce qui est le plus probable, c'est que les accidents ont été causés par quelque erreur dans l'application du manuel opératoire. Le seul enseignement que nous pouvons tirer de ces faits est le suivant : La suture intestinale dans l'entérectomie secondaire est un des temps les plus délicats de l'opération et doit donc être accomplie avec une minutie particulière.

*Seconde cause pouvant donner lieu à la péritonite  
par perforation.*

Un point nous a frappé en dépouillant nos observations, le voici : Sur neuf cas de péritonite par perforation nous trouvons que cette perforation a eu lieu au moins quatre fois au niveau du mésentère ; nous

disons au moins, car dans les cinq cas restant le siège exact n'est pas indiqué.

5.	Observation 154	—	cas de Esmarch;	Perforation au niveau du mésentère (insertion intestinale).
6.	»	455	— » Bardenheuer;	Id.
7.	»	459	— » Novaro;	Id.
8.	»	465	— » Reichel;	Id.

Une telle prédilection pour cette région provient, soit de la difficulté spéciale de la suture à ce niveau, soit d'un fait sur lequel Madelung a insisté le premier; le voici : après avoir fait la section des bouts de l'intestin afférent et efférent, ainsi que de la portion correspondante du mésentère, on est tenté, pour faciliter la suture, de désinsérer dans une étendue de un à deux millimètres le mésentère à son union avec les deux extrémités intestinales *a, b, c, d* (fig. XIV), afin d'obtenir

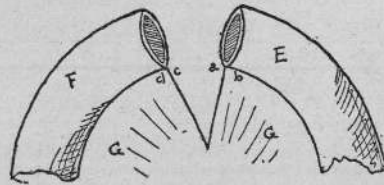


FIG. XIV.

pour l'adossement deux portions de tubes complètement libres (fig. XV) *i, j, k, l*. C'est là une grave erreur qu'il faut éviter à tout prix, car Madelung a démontré que dans de semblables conditions la partie

correspondante de l'intestin devait être presque fatalement frappée de mortification ; c'est très probablement

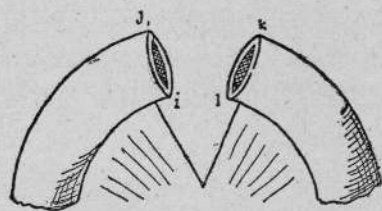


FIG. XV.

de là que provient au moins en partie la fréquence du genre de perforation qui nous occupe.

Il faut, pour être à l'abri de cet accident, ne pas séparer l'intestin de son méso directement à son insertion, mais à un millimètre environ en arrière *m, n, o, p* (fig. XVI), de cette façon la circulation n'est pas entravée (Gussenbauer).

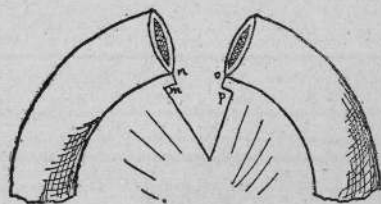


FIG. XVI.

Quant à la suture en général, nous verrons plus loin comment elle doit être faite pour réunir en sa faveur le plus de chances de succès possible.

Il nous reste le cas 174. Ici Weill trouve à l'autopsie une péritonite par perforation ; en outre, à quinze centimètres au-dessous de la suture le bout inférieur présente une occlusion diaphragmatique perméable seulement pour un cathéter de petit volume. La désunion de la suture peut tenir dans ce cas, en partie du moins, à l'accumulation des matières et à leur tension dans l'anse intestinale opérée.

b) *Occlusion intestinale consécutive à la suture.* — Cette occlusion est signalée dans trois cas :

1. Observation 164. Langenbuch. Suture Czerny.
2. » 172. Hahn. Suture Czerny.
3. » 176. Stelzner. Suture Czerny.

Elle tient à un œdème tellement considérable de la muqueuse intestinale en dedans de la ligne de suture que la lumière du canal est complètement oblitérée à ce niveau.

Langenbuch croit que cet accident provient : Premièrement de la trop grande longueur d'intestin pris dans la suture ; secondement du gonflement de celui-ci en dedans de la suture un peu trop serrée.

Voilà deux erreurs qu'il suffit de signaler pour les éviter à l'avenir.

c) *Péritonite septique sans perforation.* — Dans tous ces cas, qui s'élèvent au nombre de sept, nous sommes évidemment en présence de quelque erreur ou de quelque omission dans la pratique minutieuse de la méthode antiseptique ; il faut donc plus que jamais dans cette opération redoubler de soins et d'attention afin, si possible, de ne rien laisser au hasard.

d) *Embolie pulmonaire* :

Observation 169. Reichel, P. — Embolie pulmonaire, mort le troisième jour.

L'autopsie démontre que l'embolie pulmonaire s'est détachée d'un thrombus formé dans la veine fémorale et provenant lui-même de ce que pendant l'opération la saphène interne avait du être liée très près de son embouchure dans la fémorale.

e) *Accidents impossible à prévoir* :

1. Observation 153. Schede. — Mort le quatrième jour.

Autopsie : Absence de péritonite ; réunion des bouts de l'intestin ; embolie dans l'artère pulmonaire, provenant d'un ancien thrombus de la fémorale.

2. Observation 157. Schinzinger. — Malade très affaibli avant l'opération ; mort au bout de 12 heures dans le collapsus.

Autopsie : Pas de péritonite ; matières dans le bout inférieur.

3. Observation 158. Madelung. — Mort au bout de sept heures.

Autopsie : La réunion de l'intestin paraît bonne, mais à cinq centimètres au-dessous du point où a été faite la suture, s'étend du mésentère à l'orifice inguinal une bride solide, qui tient le cylindre intestinal immédiatement appliqué contre la paroi abdominale et s'oppose absolument au cours des matières.

On aurait peut-être pu éviter cet accident en faisant avant l'entérectomie une injection de liquide dans le bout inférieur, afin de s'assurer de sa perméabilité. C'est là une précaution qu'il est bon de ne pas oublier.

4. Observation 162. Schönborn. — Entérectomie sur le gros intestin (colon descendant). Les jours suivants, phénomènes d'iléus ; le troisième jour, réouverture de la plaie abdominale et de celle de l'intestin ; mort le quatrième jour ; point de péritonite.

5. Observation 175. Stelzner. — Mort 29 heures après l'opération.

Autopsie : Péritonite autour de la vésicule biliaire qui présente une perforation et contient trois gros calculs. L'entérorraphie a porté sur l'iléon qui est libre de toute adhérence ; pas de péritonite autour de l'anse opérée.

En résumé, sur 25 cas de mort, douze auraient peut-être pu être évités par une suture plus soignée et sept par l'observation stricte des règles de la méthode antiseptique ; il en reste enfin cinq ou plutôt six (observation 169) donnant une mortalité de 7,59 %, et provenant de causes n'ayant pas de rapport direct avec quelque faute opératoire.

Pouvons-nous conclure de là que l'entérectomie secondaire ne donnera à l'avenir que 7,59 % de morts ? Nous ne le croyons pas, car si entre les mains de certains chirurgiens très expérimentés cette opération est peu meurtrière, pour la grande masse des autres elle donnera toujours des résultats analogues à ceux que nous obtenons aujourd'hui c'est-à-dire 32,47 % de mortalité, à moins que quelque nouvelle découverte ne vienne en simplifier considérablement le manuel opératoire.

Disons en terminant que la mort a eu lieu dans la grande majorité des cas pendant les quatre premiers jours qui ont suivi l'opération ; une fois elle est survenue le sixième jour et une autre le neuvième, mais un malade qui a heureusement passé le *quatrième jour* est très probablement en bonne voie de guérison.

Les 6 cas où une fistule stercorale a persisté proviennent :

1. Observation 146. Kinloch. — Suture de Lembert. L'anse réséquée est en partie réduite, mais est fixée au niveau de la plaie abdominale au moyen d'un fil passé à travers le mésentère. Au troisième jour, formation d'une fistule qui persiste.
2. Observation 147. Maydl. — Suture à deux étages. Persistance d'une fistule.
3. Observation 148. Reichel. — Suture de Lembert à la soie. Réduction de l'anse, persistance d'une fistule, on rétablit l'anus contre nature, et le patient meurt quelques mois après d'inanition.
4. Observation 149. Reichel. — Suture de Czerny à la soie. Réduction de l'anse suturée; plusieurs abcès stercoraux se forment et on est obligé, le neuvième jour de rétablir l'anus contre nature.
5. Observation 150. Reichel. — Suture de Czerny. Dès le second jour, il se forme une fistule stercorale qui persiste.
6. Observation 151. Dittel. — Entérectomie secondaire; persistance d'une fistule; mort neuf mois plus tard d'inanition.

Nous n'avons rien à relever ici de particulier, vu le manque de détails des observations; contentons-nous, après avoir mis sous les yeux du lecteur ce tableau, de faire remarquer que l'entérectomie ne guérit pas à coup sûr l'anus contre nature, puisque dans le 7,79 % une fistule stercorale persiste indéfiniment.

La guérison radicale de l'anus contre nature a été obtenue dans 46 cas, c'est-à-dire 59,74 %; cette guérison a eu lieu du dixième au cinquante-quatrième jour, dans les onze cas où elle est indiquée, ou en moyenne vers le trentième jour.

Nous trouvons notés dans quelques cas des coliques, des vomissements, un peu de ballonnement de l'ab-

domen; mais, une fois que le patient a pu aller du ventre, tout rentre généralement dans l'ordre; cette première selle survient en général entre le quatrième et le cinquième jour, dans un cas nous la notons le dixième jour et dans deux le neuvième jour. Ce fait ne doit nullement nous surprendre, car un bon nombre d'opérés ont été soumis plus ou moins longtemps au traitement opiacé, afin d'immobiliser aussi complètement que possible l'intestin; en outre, la diète sévère à laquelle les patients sont soumis avant et après l'opération ne contribue pas peu à leur vider presque entièrement le tube digestif.

En fait de particularités ou d'accidents, survenus dans le cours de la guérison, nous notons: dans le cas de Stelzner (observation 216) une intoxication aiguë par l'iodoforme assez sérieuse pour retarder la guérison de plusieurs jours, puis dans le cas de Schede (obs. 177) la formation, le sixième jour, d'une petite fistule stercorale qui guérit spontanément deux jours plus tard, du reste par précaution lors de l'opération, l'anse intestinale avait été maintenue au dehors de la cavité péritonéale, ce qui explique pourquoi la perforation n'a pas eu de conséquences funestes.

Quant à la réunion de la plaie abdominale, elle a eu lieu fréquemment par première intention, dans d'autres cas elle a été retardée, tout au plus de quelques jours.

L'état général des malades a toujours été relativement satisfaisant; peu d'élévation de température, jamais de symptômes nerveux et pas trace de péritonite dans bon nombre de cas la guérison s'est faite même sans aucun malaise.

Les suites éloignées ne paraissent pas avoir pré-

senté rien de bien saillant ; quelques opérés ont été revus plusieurs années après et ils sont tous unanimes pour reconnaître que leur santé a toujours été parfaite.

En résumé, l'entérectomie secondaire a été pratiquée pour guérir des anus contre nature provenant :

*Premièrement*, et de beaucoup le plus fréquemment de hernies gangrenées ouvertes spontanément ou par la main du chirurgien.

*Secondement* : d'opérations faites pour la guérison d'occlusions intestinales (obs. 195 et 193).

*Troisièmement* : de plaies pénétrantes de l'abdomen (obs. 146, 186).

*Quatrièmement* : de l'extirpation d'un cancer de l'intestin (obs. 147).

*Cinquièmement* : de maladresse du chirurgien (obs. 206).

Dans le plus grand nombre des cas les chirurgiens ont recouru à cette opération pour guérir des anus contre nature présentant quelques complications ; telles que : oblitération du bout inférieur, inanition rapide des malades, insuccès de tout autre intervention ; mais bien souvent aussi l'entérectomie secondaire s'est attaquée à des anus contre nature simples.

En définitive, il faut reconnaître que la résection d'intestin est une opération qui fait jouer au malade son va-tout ; en effet, ou il guérira rapidement, avec peu de souffrances et complètement, ou il sera enlevé en quelques heures par une péritonite suraiguë ; la statistique que nous avons mise sous les yeux du

lecteur fait ressortir bien nettement toute la gravité de cette intervention et la responsabilité que le chirurgien assume en l'entreprenant à la légère.

*Description de l'opération.* — Nous choisissons comme type de notre exposé en ne le modifiant que peu, le procédé qui a été mis en pratique six fois par le professeur Julliard et dans les six cas la guérison a été rapide et complète ; ces résultats nous paraissent être la meilleure garantie de la valeur de la méthode ; celle-ci du reste ne diffère que peu de celles employées par d'autres chirurgiens.

Nous croyons préférable de donner, pour le moment, un simple énoncé aussi bref et aussi complet que possible de l'opération en question, quitte à revenir plus tard sur les détails et sur les points en litige pour les étudier et si possible les élucider ; de cette façon notre exposé gagnera beaucoup en clarté, car si à chaque pas il nous fallait, comme Pollosson l'a fait dans sa thèse, nous arrêter pour analyser l'opinion de tel ou tel auteur, le lecteur perdrait bientôt de vue la marche de l'opération.

*Précautions préliminaires.* — Une première précaution très importante conseillée par Billroth est de pratiquer avant l'opération, le râclage de toutes les granulations qui peuvent tapisser le pourtour de l'anus contre nature, d'inciser et de curer tous les trajets fistuleux, en un mot de soumettre tout le champ opératoire à une désinfection complète et minutieuse. Dès lors la région devra être constamment protégée par un pansement antiseptique, tel que compresses trempées dans une solution d'acide borique (4 %).

Une fois ce premier point obtenu, on mettra le patient à la diète complète deux jours avant l'intervention et on ne lui laissera prendre que de l'eau ; en outre l'intestin sera vidé au moyen d'un purgatif salin administré la veille et l'avant-veille de l'opération ; pour plus de sûreté on pourrait en outre désinfecter le tube digestif avec quelques uns des médicaments proposés à cette effet (naphtol). Ceci fait, le matin même du jour de l'opération, on donnera un grand lavement, on placera ensuite le malade dans un bain tiède puis on le transportera sur la table d'opération.

Dès ce moment les précautions antiseptiques les plus sérieuses sont de rigueur ; chacun doit les connaître, nous n'insistons pas. L'anesthésique auquel on doit donner la préférence est l'éther ; son action peut être augmentée, vu la longue durée de l'opération, par une injection sous-cutanée d'un centigramme de chlorhydrate de morphine.

Enfin, après un dernier lavage de la région, on procède à l'opération à laquelle on peut décrire cinq temps qui sont :

1. *Incision cutanée jusqu'au péritoine inclusivement.*
2. *Libération de l'intestin de ses adhérences.*
3. *Résection.*
4. *Suture intestinale.*
5. *Reposition, sutures et pansement.*

1. Premier temps : *Incision cutanée jusqu'au péritoine inclusivement.* — L'anus contre nature (H), fig. XVII, est circonscrit par une incision (*b, c, d, e*) qui passe si possible en dehors des tissus cicatriciels ; c'est-à-dire à quelques millimètres des bords de l'orifice anormal ; puis on dissèque couche par couche toute l'épaisseur

de la paroi abdominale, en s'aidant pour cela de l'index gauche introduit dans la fistule. Arrivé près du péritoine, on prolonge l'incision cutanée verticalement

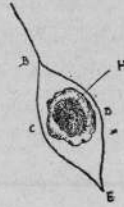


FIG. XVII.

dans une étendue de quelques centimètres et c'est par cette seconde incision, ou si l'on veut par la queue de la raquette que l'on pénètre dans la cavité péritonéale ; grâce à cette précaution, on est presque certain de ne pas rencontrer d'adhérence et l'on a en même temps plus de jour pour continuer l'opération. Dès lors il suffit de remplacer le bistouri par les ciseaux mousses qui, conduits sur le doigt complètent la section des parois abdominales sur tout le parcours de la première incision. Une fois l'hémostase complète le premier temps est terminé.

2. Deuxième temps : *Libération de l'intestin de ses adhérences.* — Dès ce moment on peut en général mettre de côté le bistouri ; car pour détacher les adhérences qui souvent retiennent encore l'intestin prisonnier dans l'abdomen, il suffit de les rompre avec la sonde cannelée ou un instrument mousse quelconque. Ceci fait, on attire doucement l'anse intestinale et on

ne la sort de la cavité péritonéale que sur une longueur juste suffisante pour permettre les manipulations nécessaires à la résection et à la suture. Nous sommes donc en présence dès maintenant de notre anse intestinale (A, B, C, fig. XVIII) libre, surmontée de



FIG. XVIII.

l'anus contre nature (D) qui lui est adhérent. Une bonne précaution à prendre alors est de glisser délicatement entre l'intestin et la plaie de la paroi deux grandes éponges aseptiques, une de chaque côté de telle façon que, étant à moitié dans la cavité abdominale, et à moitié au dehors, elles fixent aussi bien que possible la partie à opérer en l'isolant complètement de la grande cavité séreuse, et empêchent l'issue au dehors des intestins.

3. Troisième temps : *Résection*. — Le mésentère est alors lié avec un fort catgut (F,G) fig. XIX. Cette ligature dépasse légèrement les limites de la base du triangle (AA'C), elle empêche toute hémorrhagie et sert plus tard comme suture des deux insertions mésentériques sur les extrémités séparées de l'intestin (Kocher) ; puis l'on résèque chaque bout d'intestin perpendicu-

lairement à sa direction ainsi que le mésentère correspondant (AA BC) dans une étendue plus ou moins grande suivant les indications particulières à chaque cas (mauvais état de la paroi, rétrécissement partiel du bout inférieur, etc.). « Cette section, dit Pollosson, a un double but : 1° emporter les tissus altérés par

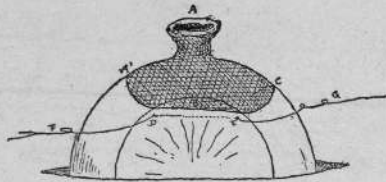


FIG. XIX.

l'inflammation et impropres à la réunion ; 2° placer les deux bouts dans des conditions qui permettent leur exacte coaptation. Wittelshœfer a signalé ce fait, à savoir que, non seulement les deux extrémités étaient parfois le siège d'un travail ulcératif, mais encore qu'à la suite, il survenait au voisinage un épaissement cicatriciel des parois ne permettant pas de compter sur leur adhésion ».

Il est bon de remarquer ici que si l'on a suivi point par point les précautions préliminaires indiquées par le professeur Julliard, quoiqu'on n'exerce aucune compression sur l'intestin, ni avec les doigts, ni au moyen d'une pince, ou d'une ligature quelconque, on ne voit jamais sortir quoi que ce soit, ni par le bout supérieur, ni par le bout inférieur qui sont tout à fait vides.

On complète alors ce temps par l'hémostase.

4. Quatrième temps : *Suture intestinale*. — Souvent il arrive qu'en voulant réunir les deux extrémités de l'intestin, on est désagréablement frappé de voir que leur calibre n'est pas égal ; il y a plusieurs moyens de remédier à cet inconvénient, nous en parlerons plus loin. Supposons pour le moment le cas le plus simple : celui où les deux bouts ont une circonférence à peu près égale.

Plusieurs procédés de suture, tous basés sur l'adossement des séreuses s'offrent au chirurgien ; les meilleurs sont : celui de Czerny et celui de Lembert. Si on choisit, à l'exemple du professeur Julliard, celui de Lembert, on ne se contentera pas d'une seule rangée de suture, mais on en fera une seconde pour soutenir et renforcer la première ; en se souvenant toujours que si d'un côté on doit fermer hermétiquement la plaie, de l'autre il ne faut pas exagérer la longueur d'intestin pris dans la suture de peur de créer dans la lumière du canal un diaphragme qui s'opposerait complètement au cours des matières (*voir plus loin les détails de la suture*). En arrivant au niveau du mésentère, on redoublera de soins et de précautions, car, comme nous l'avons vu, c'est fréquemment en ce point qu'ont lieu les perforations secondaires ; il paraît avantageux de réunir au moyen de quelques fils le mésentère avec les tuniques externes de l'intestin.

Le nombre de points de sutures est très variable, on en compte de douze à quarante et même plus, suivant le calibre de l'intestin ou l'appréciation de l'opérateur.

Le catgut fin stérilisé est le meilleur genre de fil pour la suture, il résiste suffisamment et se résorbe quand sa tâche est finie c'est-à-dire quand les surfaces

séreuses ont adhéré l'une à l'autre ; ce fil sera monté sur de petites aiguilles courbées en arc de cercle, dont la tête sera aussi petite que possible et dont l'extrémité opposée sera pointue et non tranchante.

5. Cinquième temps : *Réduction, sutures et pansement*. — Le quatrième temps terminé, on lavera de nouveau l'anse opérée avec une solution antiseptique faible, et après avoir enlevé les éponges, on la replacera délicatement et petit à petit dans la cavité péritonéale. Il restera alors à suturer le péritoine pariétal en l'adossant à lui-même, à drainer la plaie de la paroi abdominale et à obtenir si possible sa réunion.

Enfin un bon pansement antiseptique recouvrira le tout.

Dans le cas où l'anus contre nature siège sur une hernie un peu volumineuse l'opération peut être faite en dehors de la grande cavité séreuse ; certains auteurs conseillent de pratiquer alors du même coup l'entérectomie secondaire et la cure radicale de la hernie.

*Soins consécutifs*. — Trois ou quatre jours de diète absolue et d'immobilité sont nécessaires pour assurer une réunion un peu solide de l'intestin, dès lors si tout chemine à souhait on pourra petit à petit reprendre l'alimentation en ayant soin de débiter par une nourriture liquide. L'opium administré à l'intérieur a une heureuse influence pour diminuer les contractions intestinales, calmer les coliques et donner du repos à l'opéré.

Si aucun accident ne survient, si le patient n'a ni fièvre, ni douleurs, ni symptômes de péritonite le pansement sera laissé en place aussi longtemps que

possible et ne sera changé que pour enlever drains et suture.

La première garde-robe arrivera en général du quatrième au cinquième jour, parfois plus tôt ou plus tard, elle est souvent annoncée par quelques coliques ; dès lors le malade entre en convalescence.

Si au contraire il survient des accidents graves d'occlusion intestinale ou de péritonite, ou devra se hâter de rouvrir la plaie, d'aller à la recherche de l'anse suturée, de faire en cas de perforation un grand lavage du péritoine, et, en général de rétablir l'anus contre nature ; du reste dans ces cas l'opéré est presque à coup sûr condamné d'avance.

Enfin, lorsque tout aura bien marché et que la guérison sera obtenue, il sera bon de soutenir, au moins pendant cinq ou six mois la région opérée avec un bon bandage.

Tel est, croyons-nous, actuellement le meilleur manuel opératoire pour l'entérectomie secondaire ; il nous reste maintenant certains points à discuter et certains détails à donner.

REMARQUES ET DÉTAILS SUR LES DIVERS TEMPS  
DE L'OPÉRATION

*Premier temps.* — L'incision que nous avons adoptée est reconnue par presque tous les auteurs ; cependant quelques-uns préfèrent disséquer uniquement le trajet anormal, et. par l'ouverture ainsi créée attirer l'intestin au dehors. Cette pratique nous paraît en général blâmable, car de cette façon, on doit certainement manquer de jour et de place pour opérer à son aise et pour réduire l'intestin suturé ; en outre une fois que l'entérorrhaphie terminée, on voudra réunir la plaie des parois abdominales on se trouvera en présence de tissus cicatriciels peu propres à une réunion par première intention, il faudra alors pour obvier à cet inconvénient recourir à un nouvel avivement. Du reste quel reproche faire à une incision un peu longue ? elle pourrait tout au plus en créant un lien de moindre résistance prédisposer à la formation d'une hernie.

*Deuxième temps.* — La libération complète de l'anse intestinale doit être faite, avons-nous dit, avec un instrument moussé ; certains chirurgiens préfèrent le bistouri ; ceci a peu d'importance, cependant en suivant cette dernière pratique on s'expose à avoir une légère hémorrhagie et à voir le sang pénétrer dans la cavité abdominale ; ce qu'il est toujours préférable d'éviter.

Quant à la fermeture provisoire de la cavité péritonéale, Madelung a conseillé de recourir à cet effet à quelques ligatures qui sont passées d'une part entre les lèvres de la plaie cutanée et de l'autre à travers le

mésentère. Julliard, Makins, etc., préfèrent obtenir ce résultat avec des éponges aseptiques, comme nous l'avons indiqué plus haut ; on évite ainsi toute espèce de blessure du mésentère.

*Troisième temps.* — Doit-on faire la résection de l'intestin et la section du mésentère d'un seul coup, quitte à lier après les vaisseaux qui donnent, ou doit-on passer une ligature préalable sur le mésentère comme le conseillent Kocher et Julliard ? Madelung est partisan de la première alternative : il sectionne l'intestin puis enlève toute la portion du mésentère qui lui correspond et qui est en général altérée (*résection cunéiforme*) ; on évite ainsi le plissement qui résulterait pour le mésentère du rapprochement des deux bouts d'intestin ; quant à l'hémorragie elle est arrêtée chemin faisant au moyen de ligatures perdues.

Dans nos observations, nous voyons les auteurs choisir très fréquemment la résection cunéiforme et laisser de côté la résection simple avec ligature préalable, sans que par ce fait l'opération ait une issue plus ou moins favorable. Ce sont là des appréciations particulières, et chaque chirurgien suit la méthode qui lui a donné des succès.

Faut-il en second lieu comprimer ou non les bouts d'intestin, afin de se mettre à l'abri de l'issue des matières ?

Si on a eu le soin avant l'opération de vider complètement le canal alimentaire on peut mettre de côté toute espèce de compresseur et laisser l'intestin libre. Dans les six opérations qu'il a pratiquées, le professeur Julliard n'a jamais vu sortir la moindre goutte de liquide ni par le bout supérieur, ni par le bout inférieur.

Si l'on tient absolument à fermer provisoirement la lumière du conduit, ou si l'on n'a pas pris les précautions préliminaires suffisantes, il nous semble que les doigts d'un bon assistant sont les meilleurs compresseurs possibles; ils adossent les parois l'une contre l'autre et présentent successivement au chirurgien les parties à suturer (Reichel, obs. 149, 169, 201, Stelzner, obs. 215, 176); on évitera ainsi l'un des grands inconvénients des instruments ou procédés que nous allons décrire; c'est la constriction par trop forte des parois intestinales. Il est vrai que cette constriction n'a jamais été, que nous sachions, jusqu'à la gangrène; mais dans un cas, à la suite de tractions un peu fortes, l'intestin s'est rompu pendant l'opération à l'endroit même où était appliquée la pince compresseur.

*Schede* lie provisoirement les deux bouts d'intestin avec un gros catgut serré juste assez pour obtenir l'occlusion du canal; cette pratique ne lui a jamais donné d'accidents.

*Bardleben* est contraire à l'emploi de ligatures quelconques, car si elles sont suffisamment serrées, le sillon de constriction est si marqué qu'il doit faire craindre la gangrène des parties. Il donne la préférence au clamp qu'on peut facilement improviser.

*Thiersch* emploie dans un cas deux pinces à polypes, placées chacune à dix centimètres de l'extrémité du bout d'intestin réséqué; les branches de la pince sont enveloppées d'un tube de caoutchouc et les mors maintenus de façon à oblitérer la lumière du canal sans gêner la circulation.

*Rydygier* imagine un compresseur spécial composé de deux plaques de fer entourées chacune de caout-

chouc désinfecté et dont les extrémités sont réunies par des fils gommés ; cet instrument, au dire de son auteur a les avantages suivants : Il exerce une compression plus uniforme et se répartissant sur une plus grande surface que celle obtenue avec des pinces et des ligatures ; il tient moins de place et en outre est plus sûr que les doigts des aides.

*Bergmann, von*, emploie un clamp imité de celui de Rydygier et formé de deux baleines enveloppées d'un tube à drainage qu'on serre l'une contre l'autre à volonté.

Chez les animaux ce compresseur laisse une marque sur l'intestin mais non chez l'homme.

*Treves* a de son côté inventé un modèle de pinces spécial sur lequel nous n'insistons pas.

*Makins* dans son mémoire sur l'entérectomie, reconnaît aux instruments de Rydygier, Bergmann, etc., deux avantages ; premièrement : d'obtenir une constriction égale ; secondement : de ne pas obliger le chirurgien à piquer le mésentère comme le fait Schede pour passer sa ligature. Ce chirurgien fait en outre



FIG. XX. — Pince entérotome de Makins.

construire une pince-forceps, qui nous paraît assez pratique et dont nous donnons ici la reproduction.

Quant à *Kocher* (de Berne) pour éviter tous ces inconvénients il place ses pinces sur l'extrémité même

des bouts d'intestin et résèque ensuite la portion comprimée.

Voici une énumération déjà trop longue des principaux moyens mis en usage pour obtenir l'occlusion provisoire du calibre de l'intestin. Ne vaut-il pas mieux à l'exemple de Julliard éviter tous les inconvénients inhérents à chacun de ces procédés et se contenter de vider préalablement l'intestin du patient aussi bien que possible ; cette évacuation a en outre l'avantage incontestable, une fois l'opération terminée, d'empêcher la plaie intestinale et sa suture d'être souillées par le passage des matières, condition éminemment favorable à la réunion rapide.

*Quatrième temps.* — Le premier point sur lequel nous devons insister ici, concerne la différence de calibre des deux bouts de l'intestin. Les moyens d'y remédier sont nombreux ; voici les principaux :

1° Si le rétrécissement, qui siège presque constamment sur le bout inférieur n'a que quelques centimètres d'étendue, on peut y obvier en faisant porter la résection au delà des limites du rétrécissement. Mais si, soit par inactivité prolongée, soit par toute autre cause, le segment anal du tube digestif, présente sur une longue étendue un calibre moindre que le segment stomacal, il faut alors recourir à quelque artifice.

2° On peut à l'exemple de Baum, si la différence entre les deux orifices n'est pas trop considérable, passer outre, et suturer directement, il en résulte un plissement de l'extrémité supérieure qui semble invaginer l'inférieure en lui formant comme une collerette goudronnée (Pollosson). Dans tous les autres cas il faut

faire porter la correction ou sur le bout supérieur ou sur le bout inférieur :

a) Sur le bout supérieur :

3° *Billroth* (obs. 179), *Baum* (obs. 184), *Dittel* (obs. 217) et *Kocher* font sur le bout supérieur un pli rentrant longitudinal qu'ils fixent par une suture ; mais comme le fait remarquer judicieusement *König* ce procédé est défectueux, car l'entrecroisement des lignes de sutures verticales et transversales qui en résulte nécessairement constitue un point de moindre résistance qu'il est préférable, si possible, d'éviter.

4° *Rydygier* résectionne un triangle de la paroi intestinale dont la base (A B) correspondant à l'orifice du bout supérieur égale en longueur la différence des

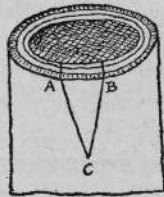


FIG. XXI.

circonférences des deux extrémités ; puis il suture la perte de substance (A B C) longitudinale ainsi obtenue. Mêmes objections, mêmes inconvénients que précédemment.

5° *Billroth*, chez un de ses malades, opère comme pour la résection du pylore : il réunit les bords des deux ouvertures, comme si elles étaient égales, puis forme avec la partie restante un pli saillant longitu-

nal qu'il réunit isolément; il évite ainsi l'entrecroisement des sutures.

6° *Bouilly* croit qu'en excitant des contractions dans le bout supérieur au moyen de l'électricité on pourrait arriver à diminuer notablement son calibre. Mais que deviendrait la suture, une fois que l'opération étant terminée, l'intestin reprendrait son volume normal?

b) Sur le bout inférieur :

7° Une simple dilatation manuelle avec les doigts ou avec une pince quelconque est un excellent moyen, quand il est suffisant, mais malheureusement si le rétrécissement du bout inférieur est un peu considérable il faudra y renoncer. Ce procédé a été employé par Billroth (obs. 180), Dittel (obs. 218), Bouilly (obs. 122).

8° *Madelung* se basant sur le fait qu'à égale surface, le cercle est la figure dont la circonférence est la plus courte, sectionne plus ou moins obliquement le bout inférieur et obtient ainsi une figure elliptique (A B C D) (fig. XXII) dont la circonférence correspond en lon-

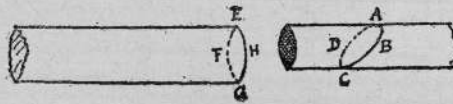


FIG. XXII.

gueur à celle du bout supérieur (E F G H). *Stelzner* (obs. 176), *Kaufmann* (obs. 207), et *Gussenbauer* ont suivi avec succès cette pratique.

La plupart de ces procédés ont du bon; cependant nous croyons que la dilatation manuelle et, si elle est

impossible, la section oblique, sont les deux procédés les plus logiques et les plus recommandables.

Le second point sur lequel nous croyons devoir attirer plus spécialement l'attention du lecteur concerne la suture intestinale. Quel est le meilleur procédé de suture ? Telle est la question encore pendante aujourd'hui et qui a fait le sujet de bien des recherches et de bien des travaux depuis Jobert de Lamballe et Lambert ; il faut cependant avouer que si l'on n'est pas encore arrivé à la perfection ; on s'en rapproche chaque jour.

Une bonne suture doit remplir les indications suivantes :

1° Affronter aussi exactement et aussi intimement que possible les deux lèvres de la plaie ; 2° résister suffisamment pour lutter avec avantage contre la poussée ou l'infiltration des matières ; 3° ne point former de rétrécissement trop étroit ou de diaphragme dans la lumière du canal.

Ces conditions étant admises, passons à la description et à l'examen des divers procédés mis en usage pour obtenir la réunion de l'intestin.

Nous ne faisons que mentionner le procédé de Ramdohr défectueux et vicieux au possible et qui consistait à suturer l'intestin en adossant muqueuse à muqueuse. Cependant ce n'est que depuis les beaux travaux de Jobert et de Lambert qu'on a connu un point essentiel : Pour pouvoir espérer une réunion il faut mettre en contact intime, l'une avec l'autre, les deux tuniques séreuses des bouts intestinaux, car elles seules peuvent adhérer rapidement.

*Procédé de Jobert de Lamballe.* — La suture de Jobert de Lamballe traverse de part en part chacune des extrémités de l'intestin deux fois, de façon à adosser toute la partie séreuse comprise entre l'anse profonde du fil et la superficielle; cette étendue ayant un centimètre au moins, il se forme un bourrelet valvulaire trop considérable, aussi y a-t-on généralement

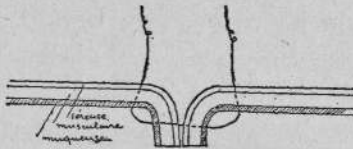


FIG. XXIII. — Suture de Jobert (A).

renoncé. Le point de Jobert s'adressait aux petites solutions de continuité (A) (fig. XXIII): pour réunir les deux bouts divisés (fig. XXIV) il faisait l'invagination du bout supérieur dans l'inférieur simplement en faisant traverser au même chef du fil (*a, b, c, d*) le cylindre inva-

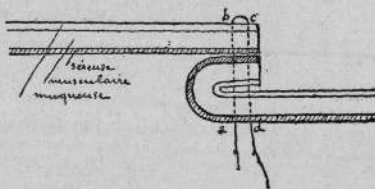


FIG. XXIV. — Suture de Jobert (B).

ginant deux fois, à sa base et à son sommet; ce qui donnait un bourrelet encore considérable (Barette).

*Procédé de Lembert.* — Ce procédé est d'une exécution si simple et si rapide qu'il est mis encore en pratique aujourd'hui par de nombreux chirurgiens (Reichel, Hüter, Schede, Socin, Dittel).

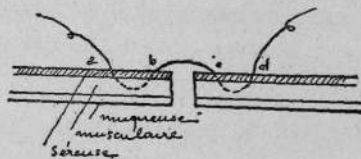


FIG. XXV. — Suture de Lembert.

Lembert introduit l'aiguille à un centimètre environ (*a*) de la ligne de section, l'enfonce à travers la séreuse dans la musculaire, la ressort (*b*) à quatre millimètres environ du rebord avivé, puis lui fait faire ensuite le même trajet (*cd*) en sens opposé sur les lèvres correspondantes de l'autre bout.

*Procédé de Julliard.* — Julliard place deux rangées superposées de sutures de Lembert; la première est placée à environ cinq millimètres du bord libre; ce n'est qu'une fois que tous les fils de cette première rangée sont placés qu'on les lie un à un; on obtient ainsi un meilleur adossement des séreuses. La seconde rangée sert surtout au soutien et au renforcement de la précédente.

*Procédé de Kocher.* — Kocher emploie un procédé analogue, mais son manuel opératoire est différent; le voici: Les deux extrémités d'intestin étant fermées à l'aide de pinces, on passe quatre fils à travers la séreuse et la musculaire de chacune des parois intestinales

aplaties par l'instrument compresseur ; puis, après avoir excisé les deux portions comprimées, on noue les fils. Enfin on pratique un grand nombre de tout petits points de suture destinés à mettre en contact intime les deux surfaces séreuses (König).

*Procédé de H. Mudd.* — L'anse d'intestin à réséquer est saisie entre deux pinces qui marquent le point où portera la section. En prenant pour guide les bords externes de ces pinces on fait sept ou huit sutures de Lembert interrompues ; le fil (de soie) est laissé flottant au niveau de la portion à réséquer ; cette portion une fois réséquée, on serre les fils dont l'insertion se trouve régulière et à égale distance du bord coupé. Puis on fait une suture continue au catgut fin, au-dessus de la précédente, pour mieux affronter la surface séreuse et combler les vides laissés entre les huit points de sutures. Cette pratique ne diffère de celle de Kocher qu'en ce que Mudd préfère employer pour sa seconde rangée la suture continue, tandis que Kocher choisit la suture entrecoupée.

*Procédé de Czerny.* — Convaincu aussi que deux rangées de sutures sont nécessaires pour assurer la réunion, ce chirurgien invente le procédé suivant (fig. XXVI) : Il enfonce une fine aiguille à travers la

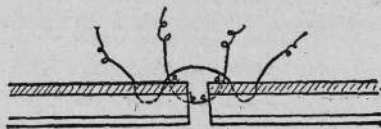


FIG. XXVI. — Suture de Czerny.

séreuse à deux ou trois millimètres du bord de section (*a*), et la fait sortir directement au devant de la muqueuse (*b*), puis il lui fait parcourir le même trajet en sens inverse (*c*, *d*) sur l'autre bout de l'intestin. Les bords de la plaie se trouvent ainsi réunis, ainsi qu'une zone de séreuse de deux à trois millimètres de largeur; la distance entre chaque point de suture est de trois à quatre millimètres. Après avoir noué tous les fils et les avoir coupés au ras du nœud, il fait une seconde rangée de sutures à intervalles d'un demi-centimètre; ces dernières sont pratiquées suivant le procédé de Lembert et ont pour but de mettre en contact les séreuses sur une large surface. Cette seconde rangée se trouve donc superposée à la première qu'elle comprend même en partie (König).

Ce procédé est celui qui est employé le plus fréquemment, car c'est un de ceux qui répondent le mieux à toutes les indications; du reste un simple coup d'œil jeté sur les observations que nous avons recueillies montrera suffisamment au lecteur combien sont nombreux ses partisans.

*Procédé de Gussenbauer.* — Gussenbauer fait d'un seul coup le double point de Czerny (fig. XXVII). Il

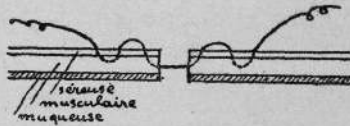


FIG. XXVII. — Suture de Gussenbauer.

enfonce l'aiguille à un centimètre de la surface de section, chemine en traversant la séreuse et la mus-

culaire, puis ressort sans toucher la muqueuse; quelques millimètres plus loin, il retransverse de même les tuniques pour ressortir dans la coupe de la paroi; l'aiguille pénètre ensuite en sens inverse et de la même façon dans la surface de section de l'autre bout, transverse la musculaire et la séreuse, pour sortir, puis rentrer à quelques millimètres plus loin et ressortir encore à un centimètre de distance de la plaie.

*Procédé de Rydygier.* — Ce chirurgien pratique la suture de Czerny, mais il remplace pour la première rangée la suture entrecoupée par celle du pelletier. Il la trouve moins longue à poser et surtout moins gênante, car, grâce à l'absence de nœuds, l'affrontement des séreuses est plus facile et plus complet lorsqu'on veut placer la seconde rangée. Le seul inconvénient, peu important du reste, est que si le fil cède en un point toute la suture interne cédera; cependant l'externe persistera.

Madelung, d'abord opposé à la suture continue, finit par reconnaître ses avantages, surtout quand elle est soutenue par une seconde rangée de sutures interrompues, et paraît l'adopter définitivement.

Nous avons encore à dire quelques mots de la suture ressuscitée des quatre maîtres; chacun sait qu'à cette époque on appuyait la suture intestinale sur un tube introduit préalablement dans la lumière du canal, nous en avons parlé plus haut. Qu'il nous suffise de dire que Hohenhausen et Neuber ont repris ce procédé en le modifiant.

*Procédé de Hohenhausen.* — Cet auteur invagine par la méthode de Jobert le bout supérieur dans le bout

inférieur en les fixant l'un et l'autre sur un cylindre digestible placé dans le calibre de l'intestin, et composé de farine de froment, d'albumine d'œuf et d'eau.

*Procédé de Neuber.* — Neuber, dans trois entérectomies pratiquées à la clinique de Kiel a eu recours au procédé suivant. Les bouts intestinaux sont tendus sur un tube d'os décalcifié. Puis on les unit au milieu de la longueur du tube par des sutures n'intéressant que la séreuse. En appliquant ensuite la suture circulaire, les premières sutures se trouvent enfoncées dans un sillon qui embrasse le tube osseux et le maintient solidement.

Les avantages de ce procédé au dire de l'auteur sont : 1° L'application plus aisée de la suture parce que le plan sous-jacent est résistant ; 2° la protection de la plaie de la muqueuse contre les matières fécales ; 3° le libre passage du contenu intestinal. Le tube décalcifié disparaît chez les animaux au bout de quatre à cinq jours ; chez l'homme on ne le retrouve pas dans les selles.

Ces procédés nous paraissent devoir être souvent fort difficiles à être mis en pratique, surtout quand le bout inférieur de l'intestin est rétréci, aussi les rejets-nous comme inapplicables dans la généralité des cas.

*Procédé de Treves.* — Enfin, Treves voulant avoir tous les avantages du soutien sans en avoir les inconvénients, remplace le tube cylindrique permanent par un corps destiné à être retiré une fois la suture presqu' terminée, ce corps consiste en un boudin de caoutchouc très mince que l'on insuffle par l'intermédiaire

d'un tube latéral dont il est pourvu. Les deux bouts de cette sorte de ballon cylindrique sont introduits dans les deux extrémités d'intestin à suturer ; ils en effacent les dépressions, en égalisent le calibre et facilitent ainsi l'application d'une suture régulière ; quand tous les points de suture sont à leur place, avant de serrer les derniers, on laisse échapper l'air qui gonfle le ballon et on le retire réduit à un volume négligeable.

Makins a voulu dans un cas recourir à ce procédé, mais il n'a jamais pu parvenir à introduire convenablement le boudin dans la lumière intestinale, aussi n'en est-il pas du tout partisan.

Quoi qu'il en soit, nous basant sur les conseils des auteurs les plus autorisés, nous prendrons toujours pour base de notre suture le procédé de Lembert en le modifiant toutefois suivant les indications de Julliard, de Czerny, de Kocher, de Gussenbauer ou de Rydygier indifféremment, car tous ces procédés nous paraissent avoir une valeur à peu près égale.

Quant au genre de fil à employer pour cette suture, les avis sont encore très partagés. Les uns, avec Czerny, Reichel, Stelzner, Madclung, préfèrent la soie bouillie dans une solution phéniquée à 5% ; les autres, avec Julliard, Hüter, Esmarch, Dittel, etc., se servent plutôt du catgut ; Rydygier, après avoir fait de nombreuses expériences, soutient que la substance employée a peu d'importance, pourvu que les fils soient bien aseptiques et que la suture soit convenablement faite. Nous sommes complètement de l'avis de ce dernier chirurgien, tout en reconnaissant cependant que le catgut aura toujours en sa faveur sa résorption facile et complète.

*Cinquième temps.* REPOSITION. — Dans les discussions du congrès des chirurgiens qui eut lieu à Berlin en 1879 cette question étant arrivée sur le tapis, plusieurs chirurgiens prirent la parole. Les uns furent pour la reposition, les autres contre ; mais aucun argument bien concluant ne vint éclairer le débat.

En examinant à ce point de vue les 34 observations où ce détail est indiqué, nous trouvons que sur ce nombre la reposition a été faite 28 fois, dans deux cas l'anse a été réduite incomplètement, c'est-à-dire, replacée dans l'abdomen tout en étant retenue par un fil passé à travers le mésentère et dont les deux chefs sortaient par la plaie cutanée, enfin dans quatre cas l'intestin a été laissé au dehors.

Les résultats ont été :

	Nombre des cas.	Morts.	Persistance d'une fistule.	Guérison.
Reposition . . . . .	28	6	2	22
Reposition incomplète .	2	—	—	2
Non-reposition . . . . .	4	3 <sup>1</sup>	—	1
Total . . . . .	34			

Tirer des conclusions de ces faits trop peu nombreux serait tout à fait illusoire ; nous les présentons au lecteur en lui faisant simplement remarquer que la non-reposition de l'intestin dans l'entérectomie secondaire, ne met nullement à l'abri des accidents de péritonite septique ou par perforation.

Quels sont les avantages et les désavantages de la reposition ?

<sup>1</sup> Dans deux de ces cas la mort a été due à une perforation secondaire au niveau de la suture.

Avantages :

- 1) *Libération complète et définitive de l'anse.*
- 2) *Guérison très rapide.*

Inconvénients :

- 1) *Possibilité d'une perforation secondaire dans le péritoine.*
- 2) *Difficulté de retrouver l'anse suturée en cas de symptômes d'occlusion.*

Les avantages que nous venons de signaler représentent deux des arguments principaux en faveur de l'entérectomie secondaire que par la non-reposition on laisse complètement de côté ; car en fixant l'anse dans la plaie abdominale on s'expose presque à coup sûr à voir se former des adhérences nouvelles entre les parties mises ainsi en contact, et en second lieu la marche de la guérison sera considérablement ralentie puisque nous sommes dès lors en présence d'une plaie qui ne peut se cicatriser que par seconde intention. Restent les deux inconvénients dont le premier surtout a une grande importance ; mais est-ce qu'en ne reposant pas l'intestin on évite les conséquences mortelles d'une perforation secondaire ? nullement, puisque sur nos quatre cas nous en trouvons deux où cet accident a eu lieu. Quant à la difficulté de retrouver l'anse suturée elle est en général peu considérable ; en effet, dans presque toutes les autopsies on a trouvé la partie de l'intestin sur laquelle avait porté l'entérectomie, située dans le voisinage immédiat de la plaie.

De ces considérations nous concluons, que dans la grande majorité des cas, à l'exemple de la plupart des chirurgiens nous réduirons, et ce n'est que si pour

une cause ou pour l'autre, nous avons quelque raison de douter de la solidité de notre suture que par excès de précautions nous laisserons l'intestin au dehors de la cavité péritonéale ou tout au moins nous ferons la réduction incomplète.

Telles sont les considérations que nous a suggérées le manuel opératoire de l'entérectomie secondaire.

Nous avons suffisamment insisté plus haut sur le nombre des cas mortels relativement grand que nous fournit cette opération ; nous voulons simplement corroborer les résultats que nous avons donnés en mettant sous les yeux du lecteur les statistiques des entérectomies secondaires recueillies chez plusieurs auteurs ; ce sont en général en partie du moins les observations des mêmes malades qui en font la base ; cependant un point important nous paraît devoir être relevé ; c'est le suivant :

Les premiers résultats nous sont donnés par Rydygier, en 1881 avec une mortalité de 33,3 % et les derniers par nous en 1889 avec 32,5 %. Nous constatons par là que depuis son apparition jusqu'à aujourd'hui l'entérectomie secondaire n'a pas donné ce qu'elle promettait au début ; on s'attendait, en effet, à voir, comme pour beaucoup d'autres opérations chirurgicales, grâce au perfectionnement des procédés, les résultats s'améliorer d'année en année, c'est ce qui n'a pas eu lieu, et l'entérectomie secondaire est encore à l'heure qu'il est ce qu'elle était en 1881 : *une opération à issue rapide, mais très meurtrière et ne mettant pas complètement à l'abri des récidives*. Nous tenons à insister sur ce dernier événement qui est relativement plus fréquent qu'on ne le croit généralement, puisque sur 77 cas, nous trouvons que chez 6 malades c'est-à-

dire 7,8 °, une fistule stercorale s'est établie et a persisté. Ceci montre bien nettement que l'opération qui nous occupe n'est pas aussi radicale qu'on a bien voulu le soutenir.

### STATISTIQUES

	Date.	Nom de l'auteur.	Nombre des cas.	Pour cent des morts.
1	1881	Rydygier . . . . .	18	33.3 % <sub>0</sub>
2	1882	Julliard . . . . .	25	32.0 % <sub>0</sub>
3	1883	Bergmann v. . . . .	25	40.0 % <sub>0</sub>
4	1883	Bouilly . . . . .	29	37.7 % <sub>0</sub>
5	1883	Barette . . . . .	29	44.8 % <sub>0</sub>
6	1883	Heimann . . . . .	37	37.8 % <sub>0</sub>
7	1884	Reichel . . . . .	37	37.8 % <sub>0</sub>
8	1884	Makins . . . . .	39	38.4 % <sub>0</sub>
9	1886	Hertzberg . . . . .	41	26.8 % <sub>0</sub>
10	1889	Goetz, L.-E. . . . .	77	32.5 % <sub>0</sub>

Quels sont en dernier lieu les motifs qui ont engagé les chirurgiens à tenter cette opération.

Dans vingt-quatre cas nous trouvons indiquées des raisons spéciales en général suffisantes pour excuser une semblable intervention. Les voici :

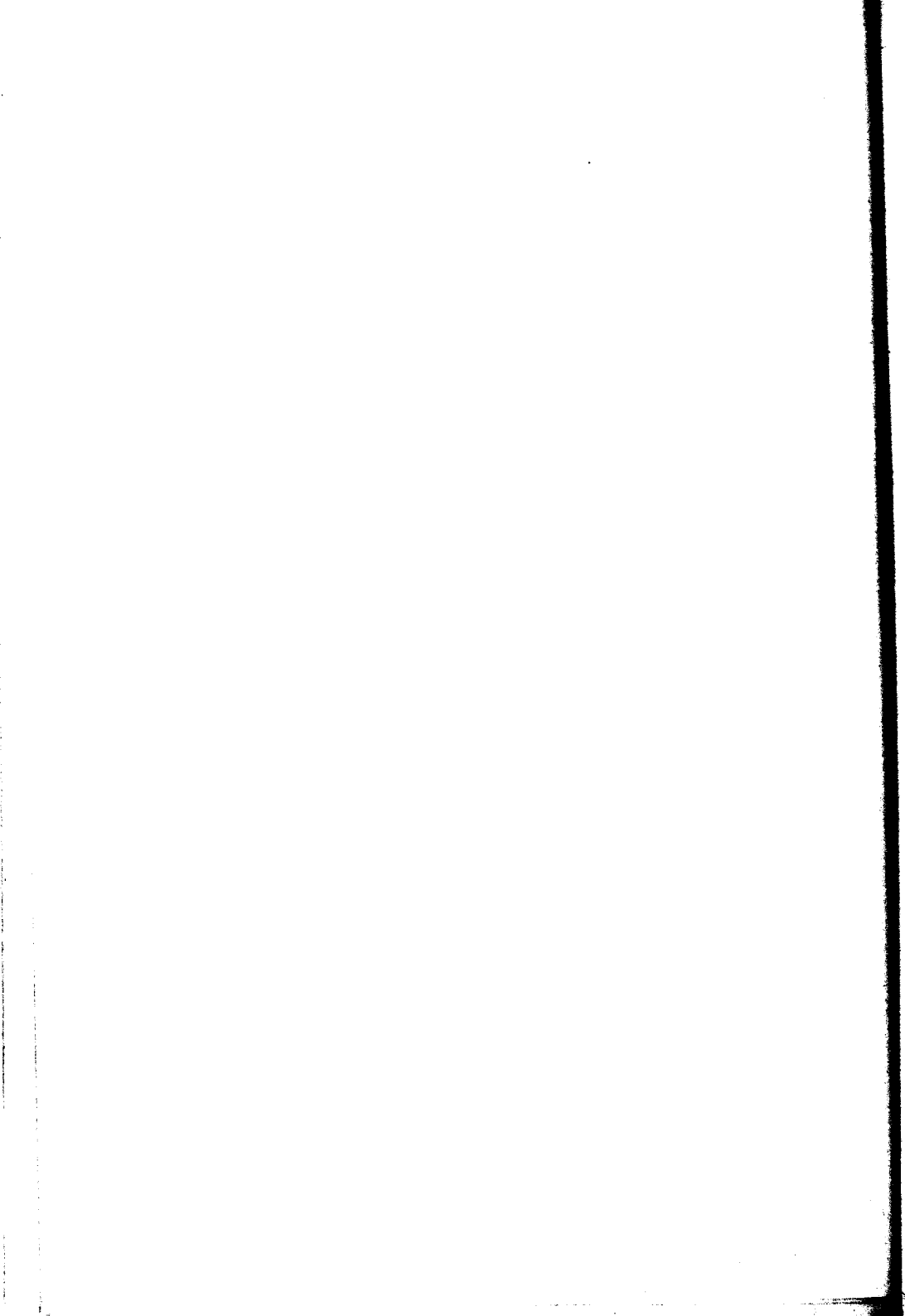
- |   |        |
|---|--------|
| 1. Inanition rapide et progressive. . . . .                     | 8 fois |
| 2. Echee d'un ou de plusieurs des traitements anciens . . . . . | 10 »   |
| 3. Inanition et échec des traitements anciens                   | 2 »    |
| 4. Impossibilité de trouver le bout inférieur                   | 4 »    |
| Total . . . . .   | 24     |

Mais hâtons-nous de faire remarquer que le plus souvent l'entérectomie secondaire s'est attaquée à des

anus contre nature simples sans complications et pour la guérison desquels aucune intervention précédente n'avait été tentée.

Dès maintenant, chacun sera d'accord avec nous pour condamner une telle pratique. Loin de nous cependant l'idée de vouloir la repousser complètement; mais nous croyons qu'à l'instar de beaucoup d'autres opérations chirurgicales, l'entérectomie secondaire ne doit pas être employée aveuglement dans tous les cas mais qu'elle a ses indications et ses contre-indications.

Ce sont les uns et les autres que nous allons rechercher, et cette étude fera le sujet des chapitres suivants.



## CHAPITRE VII

### Exposé général du traitement de l'anüs contre nature<sup>1</sup> simple.

Une seule et unique méthode de traitement applicable à tous les anus contre nature simples serait chose fort désirable, mais qui restera probablement encore longtemps à l'état de desideratum.

Au moment de la grande vogue de l'entérectomie secondaire, certains chirurgiens ont cru que cette opération devait, dans l'avenir, supplanter toutes les anciennes méthodes et devenir le traitement de choix de tous les anus contre nature indifféremment; cependant, malgré les nombreux perfectionnements qu'elle a subis, cette intervention est restée, entre les mains de la plupart des chirurgiens, si meurtrière, que bon nombre de ses partisans ont restreint considérablement son champ d'action.

Dans les discussions du congrès des chirurgiens, à Berlin, en 1879, *Billroth* dit que le traitement des fistules stercorales et de l'anüs contre nature par l'entérectomie secondaire semble supérieur à l'entérotomie

<sup>1</sup> Sous le nom général d'anüs contre nature, nous réunissons les anus contre nature et les fistules stercorales.

dont l'application entraîne souvent des phénomènes de collapsus.

Quelques années plus tard, après avoir publié plusieurs observations d'anuses contre nature traités et guéris par l'entérectomie secondaire, *Julliard* ajoute : « L'entérectomie est certainement, et de beaucoup le procédé le plus sûr et le plus prompt pour guérir l'anuse contre nature, et si cette opération est faite dans de bonnes conditions, avec une suture bien établie, je ne la crois pas plus dangereuse que l'entérotomie ; bien au contraire, je crois qu'elle l'est plutôt moins ».

Ces deux chirurgiens sont restés fidèles à leur première manière de voir ; cela se conçoit aisément et en nous plaçant à leur point de vue nous sommes forcés de partager leur opinion ; en effet, ils ont opéré chacun au moins six anuses contre nature par l'entérectomie secondaire ; et dans tous ces cas la guérison a été rapide et complète : jamais une mort, jamais une récurrence. Partant de ces faits, il est impossible de ne pas être partisan d'une telle opération. Mais d'un autre côté pour la grande masse des praticiens qui se trouvent pour la première fois peut-être en présence d'un anus contre nature, et qui n'ont pas par devant eux l'expérience de ces deux chirurgiens, ils sont dans une situation bien différente et avant de se lancer dans une intervention aussi dangereuse, ils recourront, si possible, et avec raison, à des procédés plus bénins. C'est à ce dernier point de vue que nous nous sommes placé en entreprenant ce travail, et c'est d'après lui que nous voulons, en résumant notre étude, indiquer les règles générales à suivre dans le traitement de l'anuse contre nature simple.

Pour donner à ce sujet le plus de clarté possible,

pour tenir compte de chacun des facteurs de la question et indiquer le meilleur traitement applicable à chaque cas, nous allons diviser les anus contre nature en deux grandes classes ; suivant que l'orifice intestinal est situé ou non près de l'estomac, c'est-à-dire, suivant que le patient se nourrit suffisamment, ou qu'au contraire il maigrit et se cachectise :

- I. *Anus contre nature situé loin de l'estomac.*
- II. *Anus contre nature situé près de l'estomac.*

### I. ANUS CONTRE NATURE SITUÉ LOIN DE L'ESTOMAC

Ici encore nous devons établir quelques subdivisions dépendant de la constitution anatomique de l'anus contre nature. Ainsi celui-ci peut représenter une fistule tubulaire ou labiée, il peut avoir un éperon ou n'en pas avoir : autant de formes, autant de traitements.

- A. *Fistules tubulaires.* . . . 

}	1 <sup>o</sup> Sans éperon.
	2 <sup>o</sup> Avec éperon.
- B. *Fistules labiées* . . . . . 

}	3 <sup>o</sup> Sans éperon.
	4 <sup>o</sup> Avec éperon.

1. *Fistules tubulaires sans éperon.* — En présence de ces cas, nous avons tout lieu d'attendre une guérison spontanée ; celle-ci arrivera, en général avant le troisième mois ; nous resterons donc pendant ce laps de temps dans l'expectative sans négliger toutefois le traitement médical, la compression et les cautérisations superficielles. Par ces moyens simples, nous aiderons la nature dans sa marche vers la cicatrisation, et si la fistule est étroite, la guérison arrivera, et relativement

rapidement ; du reste il sera toujours facile de suivre pas à pas le retrécissement graduel de l'orifice extérieur. Ce résultat désirable ne viendra cependant pas toujours satisfaire notre attente, et il arrivera parfois que, malgré la constitution anatomique que nous avons indiquée plus haut l'anus contre nature persistera indéfiniment. C'est alors, deux mois et demi environ après le début de la maladie, que nous devons recourir à une opération anaplastique en choisissant parmi le grand nombre des procédés un de ceux qui ont pour but l'occlusion de l'orifice intestinal (voir pages 116 et 117).

Dans le cas d'échec il est permis de tenter l'entérorraphie latérale. Si enfin l'anus contre nature est définitivement rebelle et si le patient désire à tout prix être débarrassé de son infirmité, nous serons autorisé, après lui avoir fait toucher du doigt les dangers de l'intervention, à pratiquer l'entérectomie secondaire.

Cet événement sera heureusement très rare, car comme nous l'avons vu dans le courant de ce travail, il est bien peu d'anus contre nature de cette catégorie qui résistent à une bonne opération anaplastique.

2. *Fistules tubulaires avec éperon.* — Nous voici en présence de cas où la guérison spontanée est presque impossible ; nous disons presque, car si l'éperon est peu saillant et n'intercepte pas complètement le cours des matières, il peut diminuer petit à petit et en définitive disparaître complètement ; nous retombons alors dans le cas de fistule tubulaire sans éperon.

Mais si ce dernier est un peu saillant, il n'y aura pas lieu d'espérer une guérison spontanée, cependant

vu que l'état général du patient se maintient satisfaisant puisque la nutrition est suffisante, nous devons attendre environ deux mois et demi avant d'intervenir, si ce n'est avec des moyens purement médicaux. Passé ce temps il faut tout d'abord chercher à rétablir le cours des matières. Ici deux cas peuvent se présenter, ou l'éperon est peu saillant, ou il l'est beaucoup. Dans le premier cas, à l'exemple de Maurer, nous pouvons nous contenter du refoulement avec des ballons de caoutchouc (voir p. 40); dans le second cas il faudra nécessairement recourir à l'entérotomie. C'est là une opération presque inoffensive puisqu'elle donne à peine 2% de mortalité; elle conduit en général à de bons résultats (succès 77,27%); cependant il ne faut pas s'attendre à voir le cours des matières se rétablir à la suite d'une seule application, il y en faut en général deux et souvent plusieurs; cette application sera faite comme nous l'avons indiqué (p. 52) et nous choisirons comme instrument un entérotome à branches parallèles et à manches courts ou même l'entérotome électrolytique de Bruns qui a réellement de grands avantages, mais il faut avouer que les expériences qui en ont été faites sont encore peu nombreuses. La rapidité même de son action pourra peut-être une fois ou l'autre être la cause d'accidents; en effet, la ligne de section de l'éperon étant attaquée et sphacélée en quelques minutes, il est à craindre de voir se déclarer une perforation intestinale lors de la chute prématurée de l'eschare; pourtant sur un total de onze séances qui ont été faites par Bruns, cet auteur n'a jamais constaté d'accident quelconque. Ces résultats sont donc encourageants.

L'entérotomie accomplie, ou le cours des matières

sera rétabli, ou il ne le sera pas. Dans la première alternative nous retombons dans le cas d'anus contre nature sans éperon, cas dont nous nous sommes occupé tout à l'heure, la guérison arrivera alors spontanément ou à la suite de quelques cautérisations ou enfin l'on sera forcé de recourir à une opération anaplastique ; cependant avant toute intervention occlusive il est une règle constante à observer : c'est de s'assurer du rétablissement intégral du cours des matières en appliquant sur l'orifice pendant quelques jours une légère compression ; si aucun symptôme d'obstruction ne survient, si le patient ne souffre pas nous pourrons alors tenter une des opérations anaplastiques qui ont pour but l'occlusion de l'orifice intestinal, et le 82 % des malades restant guérira.

Que faire enfin de ces cas, très rares il est vrai, contre lesquels toutes les méthodes anciennes viennent échouer l'une après l'autre, et qui ajoutés à ceux pour lesquels l'entérotome n'a pas donné de résultat forment un total qui n'est pas négligeable ? C'est alors seulement, qu'avec le consentement éclairé du patient nous aurons le droit de nous adresser à l'entérectomie secondaire en nous souvenant cependant que malgré cette intervention, dite radicale, dans 7,79 % des cas une fistule stercorale se reforme et persiste indéfiniment.

B. *Fistules labiées* . . . . .  $\left\{ \begin{array}{l} 3^{\circ} \text{ Sans éperon.} \\ 4^{\circ} \text{ Avec éperon.} \end{array} \right.$

Cette classe d'anus contre nature ne guérit jamais spontanément (König). Partant de ce point de vue, très juste du reste, devons-nous, en présence d'un cas de ce genre nous lancer aux premiers jours de la

maladie dans une intervention chirurgicale quelconque ? absolument pas, car ici rien ne nous presse et nous pouvons attendre tranquillement la consolidation des adhérences qui réunissent l'intestin à la paroi abdominale. En effet, l'orifice anormal étant situé loin de l'estomac la dénutrition n'est pas à redouter et par conséquent, à l'exemple de presque tous les auteurs, nous attendrons environ deux ou trois mois en nous contentant durant cette période d'un traitement purement médical sans cependant en attendre grand résultat.

Ce laps de temps écoulé, nous nous trouverons alors en présence :

- 3<sup>e</sup> D'une fistule labiée sans éperon.
- 4<sup>e</sup> D'une fistule labiée avec éperon.

3. *Fistule labiée sans éperon.* — Après nous être assuré par la compression du libre cours des matières, nous entreprendrons alors, sans nous attarder à des cautérisations inutiles, une opération anaplastique, en donnant comme toujours la préférence aux procédés d'occlusion de l'orifice intestinal ; puis en cas d'échec, il nous sera permis de tenter l'entérorrhaphie latérale qui pour lors devient une méthode de choix, car l'intestin n'étant en général lésé que sur une petite portion de sa circonférence, le décollement de l'anse et la suture latérale de la perte de substance intestinale donnent des résultats presque certains ; pourtant, par prudence, il est bon de ne recourir à cette opération qu'après avoir échoué avec les anciennes méthodes ; car l'ouverture du péritoine est encore, à l'heure qu'il est, une manœuvre qu'il est préférable d'éviter si possible, sans cependant la redouter outre mesure. Il est bon de faire

remarquer ici que sur les dix entérorrhaphies qui ont été pratiquées jusqu'à aujourd'hui pour anus contre nature, on n'a jamais eu à enregistrer un seul décès ; cependant, comme pour l'entérectomie secondaire, la cavité péritonéale doit être ouverte et l'intestin suturé. Nous croyons pouvoir expliquer ce fait, en partie du moins : Premièrement parce que la formation, dans la lumière de l'intestin, d'un diaphragme oclusif consécutif à la suture, qui entraîne fréquemment la mort dans l'entérectomie secondaire, ne peut avoir lieu ici ; secondement parce que la suture longitudinale de l'intestin expose beaucoup moins à la perforation secondaire que la suture circulaire.

4. *Fistule labiée avec éperon.* — Nous voici en face d'un nouveau cas où l'entérotomie est indiquée ; mais nous ne la ferons pas comme pour les fistules tubulaires avec l'espoir de voir environ 44% de nos opérés guéris totalement à la suite de cette seule intervention, nous l'entreprendrons comme opération préliminaire ayant pour but le rétablissement du cours des matières et rien de plus. Pour le choix de l'instrument et la manière de l'appliquer, mêmes règles que plus haut. Rappelons en outre qu'en cas d'éperon peu saillant, le refoulement d'après la méthode de Maurer peut donner d'excellents résultats, tout en évitant au malade les désagréments inhérents à l'entérotomie. A la suite de cette intervention, de deux choses l'une : ou le cours des matières se rétablira, ou il ne se rétablira pas. Dans la seconde alternative l'entérectomie secondaire devient alors le seul moyen d'obtenir la guérison. Dans la première, il s'agit d'attaquer l'orifice intestinal par l'opération de Malgaigne ou par une de ses modifications ;

dans 76,92% environ des cas le succès viendra couronner cette intervention.

Dans les cas malheureux, il est bon, si possible, de recourir à l'entérorrhaphie latérale. Mais, dira-t-on, comment pratiquer la suture latérale pour guérir des anus contre nature, comme ceux qui nous occupent, formés par un intestin détruit sur toute ou presque toute sa circonférence? Ceci peut paraître effectivement impossible à première vue, mais, comme nous l'avons fait remarquer plus haut, la section de l'éperon ABC (fig. XXVIII) donne naissance à une cavité D (fig. XXIX) recouverte de muqueuse, assez consi-

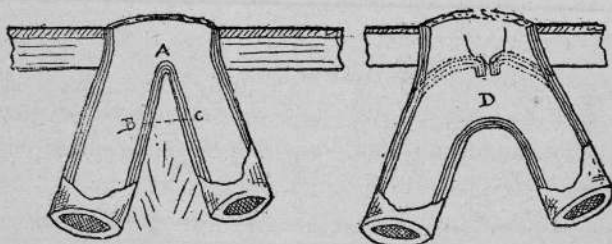


FIG. XXVIII et XXIX.

dérable en général pour permettre l'entérorrhaphie latérale sans que consécutivement l'intestin présente un rétrécissement quelconque. En cas d'échec, il nous reste comme toujours en dernier ressort l'entérectomie secondaire.

## II. ANUS CONTRE NATURE SITUÉ PRÈS DE L'ESTOMAC

Dans cette catégorie d'anus contre nature, les conditions sont changées du tout au tout, le patient n'est

plus atteint seulement d'une infirmité plus ou moins dégoûtante, il est encore condamné à une mort certaine et rapide si une intervention chirurgicale ne vient pas le sauver. Nous sommes donc forcé dans ces conditions de modifier nos méthodes de traitement et surtout l'époque à laquelle ces méthodes doivent être appliquées.

Les mêmes divisions que plus haut sont nécessaires, ici, c'est-à-dire :

- |                                    |   |                 |
|------------------------------------|---|-----------------|
| A. <i>Fistules tubulaires.</i> . . | } | 5° Sans éperon. |
|                                    |   | 6° Avec éperon. |
| B. <i>Fistules labiées</i> . . .   | } | 7° Sans éperon. |
|                                    |   | 8° Avec éperon. |

5. *Fistules tubulaires sans éperon.* — Nous savons d'après ce qui précède que la fistule tubulaire est la forme d'anus contre nature la plus susceptible de guérison spontanée ; en effet, très fréquents sont les cas où cette issue favorable arrive. Mais si elle se produit en général pendant les trois premiers mois qui suivent le début de la maladie, elle n'en est pas moins relativement longue à attendre surtout lorsqu'on se trouve en présence d'un patient qui dépérit de jour en jour. L'indication formelle est alors d'intervenir rapidement.

Tout d'abord il est bon pendant les premiers jours d'user des petits moyens, tels que la compression aidée ou non de la cautérisation superficielle ; de cette façon le contenu intestinal ne s'écoulant plus au dehors, on verra souvent sous cette influence la nutrition du malade redevenir satisfaisante et la fistule, si elle est étroite, s'oblitérer petit à petit et finir même par se cicatriser complètement.

Mais si la compression n'est pas bien supportée, ou

si l'orifice a des dimensions un peu considérables, mieux vaut intervenir plus énergiquement, soit par une opération anaplastique, soit par l'entérorrhaphie latérale.

Si ces deux opérations successives échouent, ce qui sera heureusement excessivement rare, alors et seulement l'entérectomie secondaire s'imposera au chirurgien. En effet, se trouvant en présence d'un malade condamné à une mort certaine, il lui offre avec l'entérectomie secondaire 59,74% environ de chances de guérison, aussi n'y aura-t-il pas lieu d'hésiter un seul instant.

6. *Fistules tubulaires avec éperon.* — Que faire dans ces cas ? La première indication est naturellement de rétablir le cours des matières et ce rétablissement doit avoir lieu immédiatement ; mais la plupart des auteurs sont d'accord pour condamner toute entérotomie faite avant deux mois et demi ou trois mois depuis l'établissement de l'anus contre nature. En effet, une fois appliqué, l'entérotome ordinaire doit rester en place pendant plusieurs jours et si l'on n'a pas attendu le temps voulu pour permettre aux adhérences qui réunissent l'intestin à la paroi abdominale d'acquérir une certaine résistance, on s'expose à les voir se rompre sous l'influence de la pression de l'instrument, et une fois rompues la mort par péritonite est presque chose fatale.

D'un autre côté, rester dans l'expectative pendant deux mois et demi est souvent impossible, vu l'amai-grissement rapide du patient. Il faudrait donc, dans ces cas, pour contourner la difficulté, posséder un entérotome sectionnant l'éperon facilement, sûrement et sans tiraillements sur les parties voisines. Ce sont

ces conditions que nous paraît remplir l'entérotome électrolytique de Bruns ; car l'instrument peut être introduit délicatement, puis, et surtout pendant toute la durée de la séance qui n'excède pas en moyenne vingt minutes (voir page 70), le chirurgien est toujours là pour maintenir et surveiller l'entérotome.

Nous estimons que dans les cas qui nous occupent maintenant il faudra si possible recourir à l'entérotome de Bruns, deux ou trois semaines après le début de la maladie. Une fois le cours des matières ainsi rétabli, on se trouvera dans les conditions étudiées au paragraphe précédent (5).

Si l'on a cru devoir laisser de côté l'entérotome, ou en cas d'échec de ce dernier, il ne nous restera plus d'autre alternative que de nous adresser à l'entérectomie secondaire, seul moyen alors d'obtenir une guérison en rétablissant le cours des matières et en oblitérant l'orifice cutané.

7. *Fistules labiées sans éperon.* — Nous savons déjà que les fistules labiées ne peuvent pas guérir spontanément et que la compression n'a sur elles aucune influence ; nous sommes en outre en présence d'un malade menacé d'une mort rapide par inanition. Que devons-nous faire ? Attendre à peine une ou deux semaines après la formation de l'anus contre nature ; ce laps de temps écoulé, s'assurer par la compression (comme moyen diagnostic) du cours normal des matières, puis entreprendre sans plus tarder une opération anaplastique, en choisissant comme toujours une de celles qui ont pour but l'occlusion de l'orifice intestinal ; en cas d'échec recourir à l'entérorrhaphie latérale, et enfin, en dernier lieu, à l'entérectomie secondaire.

8. *Fistules labiées avec éperon.* — Nous voici arrivé à la dernière forme que peut revêtir l'anus contre nature simple. Au début nous avons les mêmes indications à remplir que dans le cas de fistule tubulaire (§ 6), c'est-à-dire : entérotomie précoce avec l'instrument de Bruns ; puis en cas d'insuccès : entérectomie secondaire. En cas de succès, même traitement que pour la fistule labiée sans éperon, c'est-à-dire autoplastie s'adressant à l'orifice intestinal, puis, si cette opération échoue : entérorrhaphie latérale et enfin en dernier ressort : entérectomie secondaire.

L'exposé que nous venons de mettre sous les yeux du lecteur peut paraître un peu long ; cependant, vu le nombre des facteurs qui entrent en jeu dans cette question, il est impossible, sans de grands détails, d'assigner la place qui lui convient à chacune des méthodes, toutes imparfaites du reste, proposées pour le traitement de l'anus contre nature.

C'est cette imperfection même qui concourt à compliquer singulièrement la question, car dans ce travail d'analyse et de synthèse tout à la fois, il faut juger chaque méthode de traitement, reconnaître à chacune les avantages qu'elle peut présenter, puis ensuite profiter de ses avantages pour lui trouver des indications et lui assigner une place définie dans la thérapeutique générale.

C'est là ce que nous avons cherché à faire et nous serons heureux si nous sommes parvenu à mettre un peu d'ordre dans le dédale des faits.

Quant à l'entérectomie secondaire, opération sur laquelle nous avons particulièrement insisté dans le cours de ce travail, nous la regardons pour le moment, comme un pis aller ; c'est-à-dire qu'à l'exemple de

Körte, von Bergmann, Koch (de N.), Bouilly, Pollosson, etc., nous n'y recourrons dans le traitement de l'anus contre nature simple que dans les cas suivants :

- 1° *Impossibilité d'appliquer les méthodes anciennes.*
- 2° *Insuccès répétés de ces mêmes méthodes.*

Nous mettons encore une fois, en terminant, sous les yeux du lecteur les résultats statistiques que nous donnont, d'un côté, l'entérotomie combinée à l'anaplastie et, de l'autre, en regard, sa jeune rivale, l'entérectomie secondaire :

	Entérotomie et anaplastie. Nombre des cas : 39.		Entérectomie secondaire. Nombre des cas : 77.	
	Nombre des cas.	Pour cent.	Nombre des cas.	Pour cent.
1. Guérisons . . . . .	30	76.92 %	46	59.74 %
2. Persistance d'une fistule	8	20.51 %	6	7.79 %
3. Morts . . . . .	1	2.56 %	25	32.47 %
Total . . .	39		77	

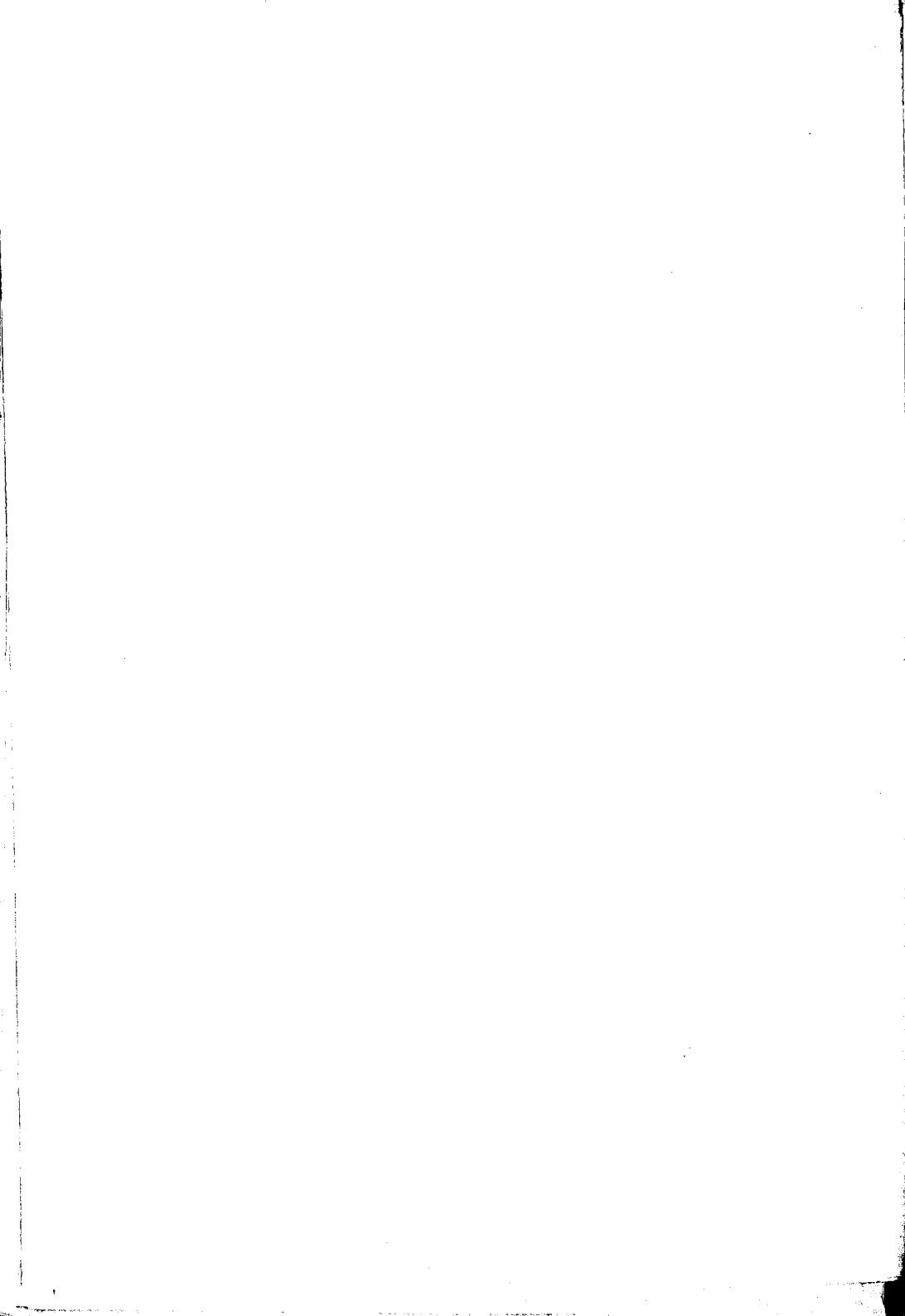
Ces chiffres parlent d'eux-mêmes et il n'est pas besoin d'explications bien longues pour démontrer la supériorité des anciennes méthodes.

Nous en serons du reste encore plus persuadé si nous ajoutons que le seul cas de mort observé avec l'entérotomie combinée à l'anaplastie a succédé à un érysipèle chirurgical, c'est dire que de nos jours un tel accident ne serait plus pardonnable et que la mortalité pour ce genre d'opération doit baisser forcément.

Quant à la persistance d'une fistule, il faut avouer qu'elle se présente plus fréquemment avec les anciennes méthodes qu'avec l'entérectomie secondaire ; mais cette fréquence diminuerait considérablement si l'on avait soin d'observer constamment le précepte sur

lequel nous avons souvent insisté et qui recommande d'attaquer toujours, dans toute opération anaplastique, l'orifice intestinal.

Pour compléter notre mémoire, nous nous proposons en terminant d'étudier dans un premier chapitre le traitement des complications de l'anus contre nature, et dans un second le traitement palliatif. Nos recherches n'ayant que peu porté sur ce sujet, nous serons très bref.



## CHAPITRE VIII

### Traitement des complications.

En parlant de l'anatomie pathologique de l'anus contre nature, nous avons passé en revue les diverses complications que peut présenter cette affection ; il ne nous reste maintenant qu'à indiquer le traitement approprié à chacune d'elles.

1° *Excoriations, érythèmes, érysipèles, phlegmons, abcès périfistulaires.* — Ces complications dont les dernières surtout peuvent mettre en danger la vie du patient, doivent être si possible prévenues par des soins de propreté constants, des lavages légèrement antiseptiques, et des applications quotidiennes d'un corps gras stable (vaseline) sur les téguments avoisinant l'orifice cutané ; on évitera ainsi les excoriations et les érythèmes et, si ceux-ci se sont déjà produits, ils disparaîtront bientôt sous l'influence de ce traitement avant d'avoir été le point de départ de complications plus graves ; si malgré ces soins ou en leur absence un érysipèle se développe au pourtour de l'anus contre nature, il faudra alors recourir au traitement ordinaire de ce dernier.

Quant aux phlegmons et abcès périfistulaires, ils seront traités par des incisions précoces, des lotions antiseptiques et un drainage complet.

2° *Orifices cutanés et trajets multiples aboutissant à un seul orifice intestinal.* Tous les trajets devront être débridés, curés, raclés, désinfectés aussi rapidement et aussi soigneusement que possible afin de transformer en une plaie fraîche et aseptique les clapiers et les fistules. Une fois ce résultat obtenu on pourra, suivant les indications spéciales à chaque cas, tenter la guérison de l'anus contre nature par une opération radicale.

3° *Engorgement de l'infundibulum.* — Nous avons vu que cet accident provenait de l'accumulation des matières dans l'infundibulum, accumulation provoquée par le rétrécissement rapide de l'orifice cutané (Louis), alors que pour une raison ou pour l'autre le bout inférieur s'oppose au libre cours du contenu intestinal ; en outre l'absorption d'aliments d'une digestion difficile doit avoir, comme le dit Dupuytren, une certaine influence comme cause efficiente.

Le traitement préventif sera : alimentation donnant peu de résidu, surveillance constante de la régularité dans l'écoulement des matières ; si malgré ces précautions les matières ont quelque tendance à s'accumuler dans le bout supérieur, on administrera des purgatifs ; si enfin les symptômes d'engorgement se déclarent, il faudra comme traitement curatif recourir aux injections délayantes dans le bout supérieur ; au curage de l'infundibulum et même à la dilatation de l'orifice cutané, soit manuellement, soit en pratiquant sur les bords des débridements nombreux, mais peu

profonds, pour éviter l'ouverture de la cavité péritonéale.

2° *Deux orifices intestinaux séparés.* — Dupuytren cite un fait de ce genre où il existait réellement deux canaux complets, chaque bout de l'intestin venant s'ouvrir isolément à la surface cutanée.

Cette complication, fort rare du reste, pourra être traitée de la manière suivante : Si les deux bouts affèrent et effèrent ne sont distants l'un de l'autre que de quelques millimètres et si on a lieu de supposer qu'aucune anse intestinale n'est interposée entre eux, on réunira les deux orifices en un seul au moyen de l'entérotome ; une fois le cours des matières ainsi rétabli, on terminera la cure comme dans le cas d'un anus contre nature simple. Si cette manœuvre ne réussit pas, ou si les deux extrémités intestinales sont séparées l'une de l'autre par un espace large de quelques centimètres, le seul parti à prendre alors sera de pratiquer l'entérectomie secondaire.

5. *Propulsion.* — La propulsion en avant de la paroi intestinale opposée à l'orifice cutané est fréquemment le premier degré de l'invagination ; il faudra donc la combattre à tout prix et pour cela on emploiera avec avantage la compression et le refoulement. En cas d'insuccès de cette intervention il est préférable de ne pas attendre et pour éviter les complications subséquentes le meilleur parti à prendre est de recourir à l'entérectomie secondaire.

6. *Invagination.* — « L'invagination, dit Guyon, s'est quelquefois établie très peu de temps après la consti-

tution de l'anus contre nature, le plus souvent après deux, trois, quatre mois ou plus longtemps encore, car on l'a observée à toutes les périodes de l'anus contre nature. Les deux bouts peuvent s'invaginer, mais le plus ordinairement il n'y en a qu'un seul. L'inversion peut atteindre le bout supérieur ou l'inférieur. Boyer a même écrit que celui-ci était le plus souvent atteint. Il n'en est rien cependant ainsi que l'a prouvé Dupuytren. »

La tumeur est cylindrique, pend à l'extérieur tantôt verticalement dirigée, tantôt courbée, tordue sur elle-même, ce qui dépend de la traction du mésentère. Elle peut atteindre une effrayante longueur, puisqu'elle mesurait plus de deux pieds et demi chez un malade de Sabatier. Sa surface entière présente les caractères de la muqueuse intestinale, elle est agitée de mouvements vermiculaires qu'il est facile d'exciter. De son extrémité suintent des matières intestinales, s'il s'agit du bout supérieur, des matières muqueuses quand c'est l'inférieur, s'il y a deux tumeurs leur longueur est toujours inégale.

L'invagination peut être :

- a) *Réductible* ;
- b) *Irréductible* ;
- c) *Etranglée*.

a) *Réductible*. — « Si elle est réductible il faut réduire par le toxis, la maintenir par une pelotte mollette ou un brayer, et recommander au malade, suivant le conseil de Sabatier, de se tenir couché le plus longtemps possible sur le côté opposé pour éviter le poids du paquet intestinal ; défendre tout mouvement violent, tenir le ventre souple et libre, raffermir les

parties voisines par des fomentations légèrement astringentes, soutenir les bords de la fistule avec un bourrelet d'ivoire ou toute autre matière. Dans les cas plus compliqués, on pourra recourir au moyen employé par Desault, qui consiste à comprimer la tumeur par des doloires. » (Pollosson.)

Quelques-uns ont proposé la résection de la partie prolabée avec suture consécutive.

Quant à nous, à l'exemple de la plupart des chirurgiens modernes, vu la tendance qu'a cette complication à récidiver, vu en outre les difficultés et même l'impossibilité qu'elle oppose à l'application des anciennes méthodes de traitement, nous pratiquerons l'entérectomie secondaire.

b) *Irréductible.* — Si la tumeur est irréductible, on ne se contentera pas comme anciennement de la soutenir dans des sacs de baudruche ou dans des vases de terre comme dans le cas cité par Cazin ; une telle pratique n'est plus admissible aujourd'hui ; il faudra enlever les parties invaginées soit au moyen de l'entérotome (Dupuytren), soit avec le caustique (Laugier), soit au moyen d'une ligature simple ou élastique sur une canule, afin de ne pas intercepter un seul instant l'écoulement des matières (Blandin), soit avec l'écraseur ou l'anse galvanique, soit et surtout avec le bistouri.

Si cela fait, l'invagination tend le moins du monde à se reproduire, il y aura alors comme plus haut indication à l'entérectomie secondaire.

c) *Etranglée.* — Lorsque la réduction ne pourra plus être obtenue et que les symptômes d'étranglement se seront annoncés ; on cherchera tout d'abord

à diminuer le volume de la tumeur par l'application de glace puis au bout de quelques jours, une fois l'effet obtenu on réduira l'intestin invaginé (Desault).

Si ce traitement ne donne pas de résultat, on devra alors ou sectionner l'intestin prolabé, en ayant soin ensuite de suturer soigneusement les bords de l'orifice, pour éviter, le cas échéant, la pénétration du contenu intestinal dans la cavité péritonéale, ou, en suivant le conseil de Laugier, procéder au débridement de l'ouverture abdominale en incisant entre la tumeur et la peau.

Enfin pour empêcher toute chance de récurrence on attaquera quelques semaines plus tard l'anus contre nature par l'entérectomie secondaire.

7. *Prolapsus de la muqueuse.* — La position horizontale, le taxis et la compression sont les meilleurs moyens de traitement palliatif, cependant pour éviter les inconvénients inhérents à cette complication, il sera bon de se hâter si besoin est de rétablir le cours des matières par l'entérotomie, puis une fois celui-ci rétabli on cherchera à obtenir l'occlusion de l'orifice extérieur et pour cela à l'exemple de Gosselin on utilisera la muqueuse prolabée.

8. *Rétrécissement et oblitération du bout inférieur.*  
— Le rétrécissement et l'oblitération peuvent :

- a) *Occuper toute l'étendue du segment anal du tube digestif.*
- b) *Siéger sur un point éloigné de l'anus contre nature.*
- c) *Siéger vers l'orifice de l'anus contre nature.*

Nous avons vu dans celui de nos chapitres qui a trait à l'anatomie pathologique, que sous l'influence

d'une inactivité prolongée, tout le segment inférieur de l'intestin depuis l'orifice de l'anus contre nature pouvait se rétrécir et même s'oblitérer complètement.

Si le rétrécissement est assez étroit pour ne livrer passage à aucune espèce de matières et, à plus forte raison, si l'on est en présence d'une oblitération complète, il n'y aura alors aucune intervention possible et le traitement palliatif seul soulagera un peu le patient de son infirmité. Dans le cas contraire, c'est-à-dire si il y a encore espoir de rétablir le calibre de l'intestin, il faudra tendre vers ce but au moyen de lavements avec des liquides gazeux (bière blanche de Berlin, Diffenbach) et d'injections de même nature dans le bout inférieur.

b) Si le rétrécissement ou l'oblitération siègent sur un point plus ou moins éloigné de l'anus contre nature, ils tiennent alors en général à des causes complexes provenant soit de l'intestin lui-même, soit des organes avoisinants et sur lesquels nous ne pouvons nous étendre ici sans sortir complètement de notre sujet et entrer dans celui des tumeurs abdominales. Nous n'insistons donc pas.

c) Ce genre de rétrécissement sera traité par la dilatation manuelle ou au moyen de tampons; en cas d'insuccès l'entérectomie secondaire seule, en supprimant la portion d'intestin rétrécie, guérira d'un seul coup et la complication et l'anus contre nature lui-même.

L'occlusion complète du bout inférieur à son extrémité peut provenir de plusieurs causes qui sont :

1. *Adhèrence de l'éperon formant valvule (Dupuytren).*
2. *Oblitération par simple rétrécissement de l'orifice.*
3. *Défaut de soudure entre les deux bouts d'intestin au moment de la formation de l'anus contre nature.*

Quelle que soit la cause de la complication, le fait est que la guérison, soit spontanée, soit médicale, soit avec les anciennes méthodes est totalement impossible à obtenir ; aussi anciennement se trouvait-on fort embarrassé en présence de cas de ce genre et recourait-on à des opérations bizarres et souvent aussi fort ingénieuses.

Nous rapportons les observations de 4 malades atteints de la complication qui nous occupe ici et soumis à des interventions qui peuvent chacune être érigée en procédé opératoire.

**Observation 223.**

Casamayor (*Journ. hebdomadaire de médecine*, t. IV, p. 163, 1829. Dupuytren, *Leçons orales de chirurgie*) :

Anus contre nature ouvert dans le vagin, résultant de la perforation de la paroi postérieure de cet organe durant un accouchement laborieux. Absence du bout inférieur.

Plusieurs médecins lui proposèrent de se faire ouvrir le ventre, afin de détacher l'intestin perforé, d'en aboucher les bouts et de les coudre l'un à l'autre. Mais Casamayor était trop habile pour adopter un pareil système. Il imagina d'établir entre l'intestin perforé et le rectum une communication à l'aide de laquelle les matières pussent passer de l'un de ces organes dans l'autre, et se détourner alors du vagin dont la plaie devait alors s'oblitérer complètement. La nature des matières fournies par l'anus anormal indiquait qu'il dépendait de l'iléon. Casamayor fit construire une pince en fer, longue de 0<sup>m</sup>,28, dont les branches, grosses comme une forte plume à écrire, étaient recourbées de manière à laisser entre leur base un espace libre. L'extrémité de chacune de ces branches supportait des mors longs de 0<sup>m</sup>,018 et larges de 0<sup>m</sup>,009. La malade étant couchée en supination, une des branches fut portée par le vagin dans l'intestin grêle, à 0<sup>m</sup>,054 environ au-dessus de son ouverture, et l'autre à une hauteur égale dans le rectum. Le chirurgien s'assura qu'elles

ne contenaient rien autre chose que les parois adossées de l'intestin et procéda ensuite à leur rapprochement. L'instrument fut enlevé six jours après son application. La communication fut établie et les matières passèrent dès lors de l'intestin grêle dans le rectum en presque totalité.

La patiente contracta alors une pleuro-pneumonie et mourut.

**Observation 224.**

Maisonneuve (thèse de Pollosson, observation recueillie à l'hôpital de la Pitié, service de Maisonneuve, 1855, et thèse de Foucher, p. 181, 1857).

V. F., 40 ans. Hernie crurale droite étranglée, gangrenée, opérée, établissement d'un anus contre nature en février 1855.

A la partie antéro-interne de la cuisse, au-dessous de l'arcade crurale, au milieu de fongosités, orifice irrégulièrement rond, permettant l'introduction d'une grosse sonde de gomme élastique, par où s'échappent les matières alimentaires non encore digérées, les légumes presque intacts. Maigreur, débilitation générale. Plus de selles par l'anus. Impossibilité d'introduire une sonde par le bout inférieur.

Le 3 octobre 1855, Maisonneuve fit au niveau de la fosse iliaque droite, à 2 centimètres au-dessous de l'arcade, une incision de 8 à 10 centimètres de longueur et divisa successivement, peau, muscles et péritoine. Il attira au dehors une anse d'intestin grêle distendue par des gaz appartenant au bout supérieur, la fixa avec un fil, puis fit au cœcum, au-dessous de la valvule iléo-cœcale, une incision verticale de de 4 à 5 centimètres. Une ouverture semblable fut faite sur le bord convexe de l'intestin grêle; les deux intestins furent réunis par la suture de Gély.

On mit sur la plaie extérieure des serre-fines et on fit un pansement simple.

Le lendemain et les jours suivants, symptômes de péritonite. La plaie cutanée ne se ferma pas, depuis le troisième jour toutes les matières passèrent par l'anus contre nature. Mort un mois après l'opération.

*Autopsie.* — Eperon très saillant oblitérant presque complètement le bout inférieur. Dans la fosse iliaque, énorme

abcès en dehors du cœcum. L'ouverture pratiquée par le chirurgien est trop peu considérable et se trouve en dehors du passage des matières alimentaires.

**Observation 225.**

Laugier :

D. Homme de 24 ans. Hernie inguinale droite étranglée, incisée par erreur, anus contre nature le 26 décembre 1870.

En avril 1871, fort prolapsus de la muqueuse qu'on détruit au moyen du caustique de Vienne ; à partir de ce moment, le bout inférieur de l'intestin devient introuvable. Etat général bon malgré la sortie de la totalité des matières par l'orifice anormal.

M. Laugier se propose de rétablir le cours des matières par les opérations suivantes : 1° mettre à nu le cœcum, le suturer à la paroi abdominale, puis l'ouvrir, une fois les adhérences établies entre les deux feuillets du péritoine. Il établissait ainsi un second anus contre nature ; 2° quelques jours après, introduire par chacun des deux anus une branche d'un entérotome spécial, destiné à établir une large communication entre le bout supérieur et le bout inférieur représenté par le cœcum ; 3° laisser les deux anus anormaux se fermer.

Le 16 décembre 1871, le premier temps fut accompli avec succès. Le 17 décembre, ouverture du cœcum et formation du second anus contre nature.

Le 30 décembre, on passe au second temps ; application de l'entérotome. Le 5 janvier, on enlève l'entérotome.

Dès ce jour la plus grande partie des matières passe par l'orifice nouvellement créé par l'entérotome. La communication est bien établie.

11 janvier, fièvre et pyohémie.

Mort le 14 janvier 1872.

**Observation 226.**

Gaillard (anus contre nature ; hernie étranglée et gangrenée de l'intestin ; recherche du bout inférieur à un décimètre de profondeur ; nouveau procédé. *Revue méd.*, Paris, 1870, t. X, p. 529-532) :

Hernie étranglée, gangrenée, établissement d'un anus contre nature (18 mars).

Environ deux mois plus tard, il est impossible à l'exploration de reconnaître le bout inférieur (15 mai).

Le 6 juillet on fait une incision circulaire de la peau autour de l'orifice anormal, on pénètre dans la cavité péritonéale et on parvient à trouver le bout inférieur qui est situé à 3 centimètres au-dessous de la surface cutanée, il est excessivement rétréci à son extrémité et permet à peine l'introduction d'une sonde de femme; on en résèque quelques centimètres et on le fixe à côté du bout supérieur.

Le 10 juillet. Application de l'entérotome de Dupuytren qui tombe deux jours plus tard.

1<sup>er</sup> août. Le bout inférieur est de nouveau introuvable.

10 août. Nouvelle opération: Incision circulaire circonscrivant l'orifice de l'anus contre nature et pénétration dans le péritoine, puis recherche du bout inférieur qu'on trouve enfin à dix centimètres de profondeur, de calibre normal, mais complètement oblitéré à son extrémité. Rétablissement de l'anus contre nature comme lors de l'opération du 6 juillet.

20 août. Application de l'entérotome à branches parallèles.

8 septembre. Nouvelle application.

17 septembre. Exploration: l'éperon a disparu, les deux bouts sont bien réunis et le cours normal des matières est rétabli.

20 septembre. Occlusion de l'orifice extérieur au moyen d'une opération anaplastique.

17 octobre. Guérison complète et définitive.

Dans ces quatre opérations, nous avons quatre procédés qui sont:

1<sup>er</sup> procédé. — Casamayor. *Entéro-entérostomie avec entérotomie.*

2<sup>me</sup> procédé. — Maisonneuve. *Entéro-entérostomie directe.*

3<sup>me</sup> procédé. — Laugier. *Etablissement d'un second anus contre nature destiné à remplir le rôle du bout inférieur perdu, puis application de l'entérotome.*

4<sup>me</sup> procédé. — Gaillard. *Recherche du bout inférieur, fixation de ce bout à côté du supérieur et rétablissement d'un anus contre nature.*

Devons-nous suivre aujourd'hui l'un ou l'autre de ces procédés ? Nous ne le croyons pas et nous les rejetons tous à l'exception de celui de Maisonneuve qui peut répondre à certaines indications. Nous les rejetons, disons-nous, car ils exposent les malades à toutes les incommodités des méthodes anciennes sans les préserver des dangers de l'entérectomie secondaire, et c'est à cette dernière opération qu'il sera bon de donner toujours la préférence.

Nous ouvrirons donc l'abdomen, puis nous chercherons le bout inférieur et une fois trouvé, nous pratiquerons la résection d'intestin avec suture immédiate.

Nous réserverons enfin le procédé de Maisonneuve pour les cas où le bout inférieur sera définitivement introuvable. Il existe, croyons-nous, dans la science trois observations d'anús contre nature avec occlusion du bout inférieur, traités par l'entérectomie, ces cas appartiennent :

Le premier à M. Julliard (voir obs. 191).

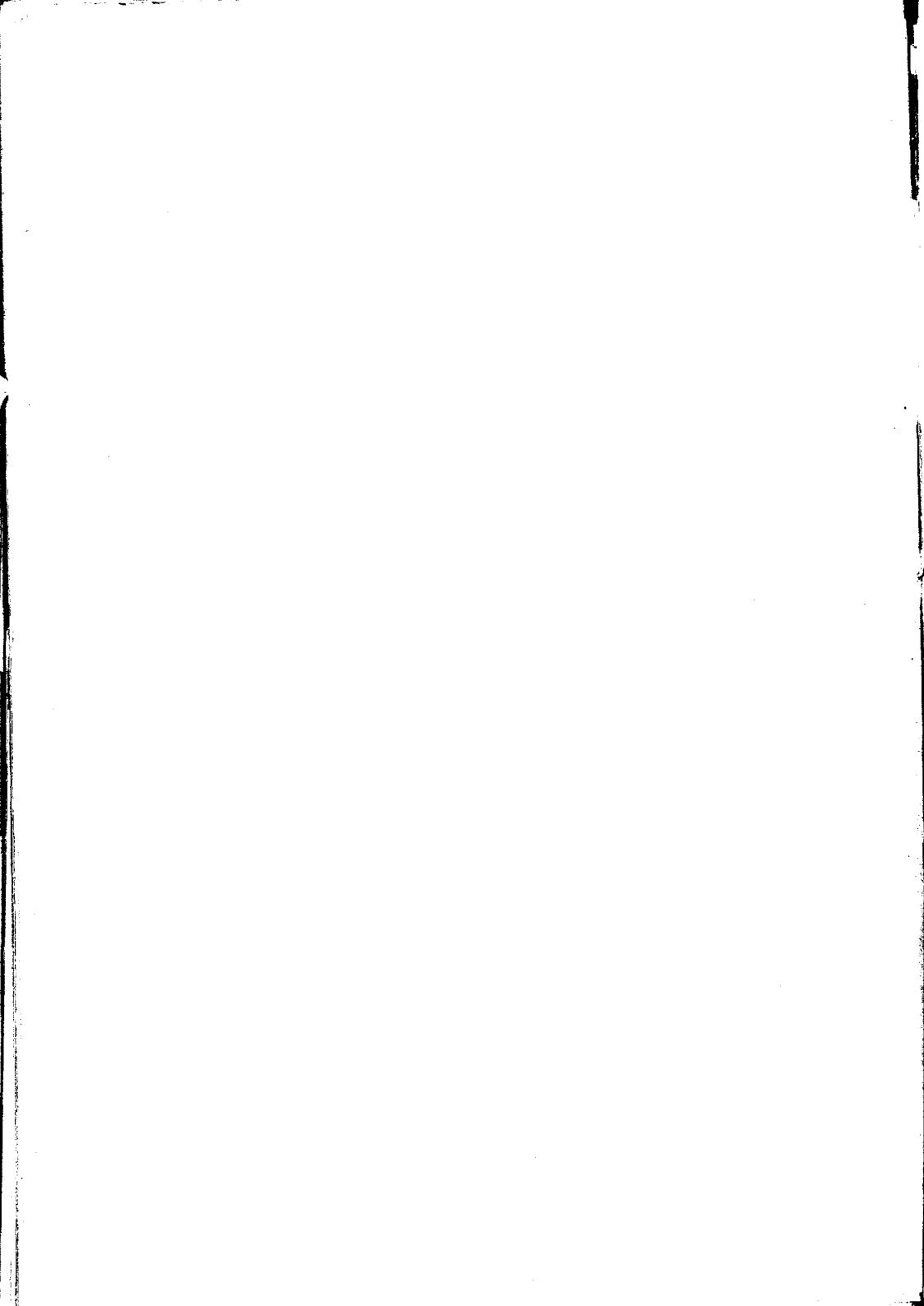
Le second à M. Kaufmann (voir obs. 207).

Le troisième à M. Bouilly (voir obs. 166).

Les deux premiers ont donné des succès complets, le dernier seul a été suivi de mort.

9. *Anse intestinale située derrière l'éperon.* — Pour

guérir un anus contre nature présentant cette complication, on commence par tenter le refoulement de l'éperon au moyen des ballons de Maurer; en cas de succès, c'est-à-dire de rétablissement du cours des matières, il suffira de compléter la guérison au moyen d'une opération anaplastique. En cas d'insuccès, il ne reste plus que l'entérectomie secondaire.



## CHAPITRE IX

### Traitement palliatif.

Grâce aux ressources que nous procure l'entérectomie dans le traitement de la plupart des complications de l'anus contre nature accidentel, nous voyons diminuer chaque jour le nombre des cas réputés autrefois incurables ; cependant, malgré les progrès constants que fait la science, toute une série de malades devront se résigner à recourir au traitement palliatif pendant toute la durée de leur existence, ce sont :

1° Ceux dont l'état général ou l'âge avancé contre-indique absolument une intervention chirurgicale.

2° Ceux qui refusent toute opération.

3° Ceux qui présentent un anus contre nature compliqué d'oblitération du bout inférieur sur toute ou une grande partie de sa longueur.

Quel est donc le traitement palliatif le plus approprié à chaque cas ?

La propreté la plus minutieuse de toute la région avoisinant l'anus contre nature devra toujours être observée avec le plus grand soin.

L'on appliquera, si possible, sur l'orifice anormal une compression suffisante pour éviter l'issue des

matières pendant une partie de la journée ; l'appareil sera levé à heures fixes et ainsi on aura parfois la satisfaction de voir cette sorte de défécation artificiellement se régulariser et finir même par se produire spontanément une à deux fois par jour en l'absence de toute compression. Ces faits sont rares, il faut l'avouer, cependant ils doivent être signalés.

Si l'appareil contentif ne peut être supporté, l'on sera forcé de recourir aux récipients élastiques mis en communication avec l'anus contre nature directement, ou au moyen d'un tuyau de caoutchouc au bout duquel est une pelote creuse, soit en buis, soit en ivoire, soit en gutta-percha, dont les bords seront exactement moulés sur l'orifice anormal et qui sera maintenue par un bandage approprié.

Enfin on surveillera toujours le fonctionnement régulier de l'anus contre nature afin d'éviter si possible toute complication.

---

## BIBLIOGRAPHIE

---

### A

- AZEMAR, P. — Considérations générales sur les anus contre nature (Th. Montpellier, 1821, n° 123).
- ALQUIÉ, A. — Des anus contre nature (Paris, 1848).
- Anus contre nature.* — Dictionnaire de médecine (2<sup>me</sup> édition, t. III, p. 342-373).
- AIKMAN, J. — Case of umbilical anus (4, s. IV, 520-522, M. J. Glasgow, 1871-1872).
- ALIBERT, J. — Sur un cas fort curieux d'anús contre nature (Bull. gén. de thérap., etc., t. XXXIX, p. 500-504, 1875).
- ALBERT. — Anus contre nature (Wiener med. Presse, nos 17 et 19, 1881).
- ANTONESCUI, G. J. — Enterectomia circulară si enterorafia publicata pentra anus contra naturei si fistule stercorali (Bucarest, 1888).
- ANGERER. — Heilung des Anus praeternaturalis mittelst circularer Darmresection (Münch. méd. Woch., 1887).

### B

- BRESCHET, G. — Anatomisch chirurgische Betrachtungen und Beobachtungen über die Entstehung, Beschaffenheit und Behandlung des widernatürlichen Afters (in Graefe's u. Walters Journ. der Chir., t. II, p. 273, 1821).
- BRESCHET, G. — Heilung des widernatürlichen Afters (in Graefe's u. Walther's Journ. der Chir., t. IV, p. 417, 1822).

- BANDELOCQUE, Aug. — Quibusdam methodis ad ano contra naturam medendum (Th. de concours, Paris, 1827).
- BURGER, C. G. — Ueber den widernatürlichen After und die zu dessen Heilung vorgeschlagenen Methoden (Stuttgart, 1847).
- BLANDIN. — Suite d'une hernie avec gangrène; guérison à l'aide de l'autoplastie (Bull. acad. de méd., II, 976, Paris, 1837-1838).
- BLANDIN. — Anus contre nature (Gaz. d. hôp., XII, 94, Paris, 1838).
- BLANDIN. — (Bull. acad. de méd., X, 110-113, Paris, 1844-1845).
- BARINCOU, G. M. — De l'anus accidentel et des différents procédés opératoires qui se rattachent à son traitement (Strasbourg, 1851).
- BOUCHARDUS, F. — De intestini coli parte per triennium et amplius ab abdomine pendula etiam tum aegrosatis valenter peregrinante (Ephem. Acad. nat. curios., Lisp et Francof, 1672, 1681, t. III, p. 11).
- BAUER, L. — Case of artificial anus at the left flexura coli; repeated operations; finale closure of the aperture (Med. and Surg. Reporter, t. VI, p. 246, 1861, Philadelphia).
- VAN BERCHEM, H. — Anus contre nature, guéri par la seule compression (Ann. Soc. de méd. prat. de la prot. d'Anvers, X, 24-28, Anvers, 1852).
- BAUNE, W. — Ein Fall von anus praeternaturalis, mit Beträgen, etc. (In Virchow's Archiv, t. XIX, p. 470, 1860).
- BRYK. — Ein Beitrag zur Proktoplastik beim Scheidenafter (In Oesterr. Ztschr. f. prakt. Heilk., t. VII, p. 209, 1861).
- BILLROTH. — Ueber Enterographie (Wien. med. Woch., n° 1, p. 1, 1879).
- BILLROTH. — Anus praeternaturalis (Langenbeck's Archiv für klin. Chir., t. XXIV).
- BILLROTH. — Anus praeternaturalis (Wien. med. Woch., n° 3, 1881).
- BERTSCH, E. — Un nouvel entérotome pour le traitement électrolytique de l'anus contre nature (Thèse, Thubingen, 1879).
- BOUSSEAU. — Anus contre nature siègeant sur le colon transverse; variol. anormale; autopsie (Bull. soc. anat. de Paris, 1867, t. XLII, p. 160-163).

- BUCHANAU, G. — Treated successfully by Dupuytren's enterotome (Med. and Chir. Soc. Lond., 1867, V, 322).
- BUCHANAU, G. — On the radical cure of artificial anus, by Dupuytren's enterotome, and subsequent plastic operation (Glasgow, M. J., 1878, X, 337-344).
- BOUILLY, G. — De l'entérotomie et de l'entérorrhaphie (Rev. de chir., n° 1, 1881).
- BOUILLY & ASSAKY. — De la résection circulaire et de la suture de l'intestin dans la cure des hernies étranglées gangrenées et de l'anus contre nature (Rev. de chir., 3<sup>me</sup> année, n° 5, 1883).
- BAUM. — Anus praeternaturalis, etc. (Berlin. klin. Woch., n° 20, 1881).
- BARKER. — Perfectionnement apporté à l'opération de Dupuytren pour l'anus contre nature (Lancet, vol. II, p. 970, 1880).
- BARETTE, J. — De l'intervention chirurgicale dans les hernies étranglées compliquées d'adhérences ou de gangrène, entérectomie et entérorrhaphie (Thèse, Paris, 1883).
- VON BERGMANN, E. — Zur Behandlung des widernatürlichen Afters (Deutsch. med. Woch., n° 1, 1883).
- BARDELEBEN. — Anus contre nature, etc. (Deutsch. med. Woch., n° 13, 1883).
- BRYD. — Cure radicale de l'anus artificiel (Med. News, n° 12, avril 1884).
- BIDDER. — De la formation et de la guérison d'un anus colotéro-vaginal (Arch. für klin. Chir., t. XXXII, p. 3, 1885).
- BANKS. — Traitement de la gangrène de l'intestin dans la hernie étranglée (Med. Times, I. p. 567, 1885).

C

- COLLIER. — Case of artificial anus cured by an operation on the principle of Tagliacozzi (In Lond. Med. and Phys. Journ., t. XLIII, p. 466, 1820).
- CASES. — Observation sur la guérison d'un anus contre nature, avec issue des deux portions de l'intestin (J. de Chir. Desault, I, p. 186-208, 1891).

- CASES. — Sur la cure radicale d'un anus anormal, provenant d'une hernie crurale (Rev. méd. franç. et étrang., t. II, p. 32-44, 1833).
- CASES. — Note sur un nouveau moyen propre à diminuer l'incommodité dégoûtante de l'anus contre nature incurable (Bull. gén. de thérap., t. IX, p. 156, 1835).
- CALLISEN. — Systema chirurgiæ hodiernæ (t. II, p. 710).
- CASAMAYOR. — Observation d'un anus contre nature ouvert dans le vagin (Journ. hebdom. de méd., t. IV, p. 163, 1829).
- COOPER. — Dictionnaire de chirurgie pratique (trad. française, t. I, p. 183).
- CHOMETTE, J. B. A. — Entérotome de Dupuytren modifié heureusement par M. Blandin; résultat avantageux qu'on a obtenu avec ce dernier en laissant subsister l'éperon dans l'opération de l'anus contre nature (Paris, 1836).
- COUDERL, J.-P. — Des fistules intestinales et de l'anus contre nature (Paris, 1845).
- CREIGHTON. — (Dublin M. Press., t. XXI, p. 323).
- CHAPPLAIN. — Traité et guéri par l'entérotomie et la suture (Rapp. de M. Gosselin, Bull. soc. de chir. de Paris 1859, t. IX, p. 516-518).
- CHASSAIGNAC. — Traitement chirurgical de l'anus contre nature par la suture directe; considérations pratiques, etc. (Arch. gén. de méd., 5<sup>me</sup> série, t. V, p. 529, 1855).
- CHASSAIGNAC. — Opération d'un anus contre nature par la méthode de l'écrasement linéaire (Rev. de thérap. méd.-chir., t. V, p. 421, 1857).
- CACCIOPPOLI. — Cura straordinaria dell' ano contro natura (R. Accad. med. chir. di Napoli, 1861, t. XV, p. 5-10).
- CRUVEILHIER. — Traité d'anatomie pathologique (Paris, 1849, t. I, p. 534).
- CAZIN. — Anus contre nature avec invagination (Bull. et mém. Soc. de chir. de Paris, 1875, p. 429-433).
- CHÉNEUX. — Anus contre nature consécutif à une hernie inguinale étranglée (Bull. soc. anat. de Paris, 1872, 2<sup>me</sup> série, t. XVII, p. 244-247).

*Congrès (VII<sup>me</sup>) de la société allemande de chirurgie de Berlin.* — De l'entérorrhaphie, discussion Schede, Esmarch, Kuester, Billroth, Dittel, Dumreicher, Welius (Berliner klin. Woch., n<sup>o</sup> 20, p. 297, 19 mai 1879).

CZERNY. — Anus contre nature (Beit. f. oper. Chir., 1877).

CASSEL, DE. — Zur Kenntniss des Darmkrebses (Aerztliches Intelligenzblatt, nos 3 et 4, 1883).

CARSON. — Enterectomie for strangulated hernia (Journal of Americ. med. assoc., 7 mai 1887, p. 512).

COPPENS. — Anus contre nature (Bull. méd. du Nord, déc. 1888).

COTTEBELL, J. M. — Case of gangrene of the transverse colon in an umbilical hernia; removal of 22 inches of gut; suture of the intestine, recovery (Edimb. med. journ., janv. 1889, p. 602 et Centralblatt, 1889, n<sup>o</sup> 23, p. 408).

**D**

DESAULT, P.-J. — Observation sur la guérison d'un anus contre nature, avec issue des deux portions de l'intestin (Journ. de chir. Desault, t. VIII, p. 186-208, 1791).

DESAULT, P.-J. — Mémoire sur les anus contre nature (Hist. œuvres chir., t. II, 3<sup>me</sup> édit., p. 325-379, 1813).

DOUGLAS, J. — Worms evacuated at an ulcer of the groin (Med. Essays Obs. Soc. Edinb., t. I, p. 222-226, 1733).

DUPUYTREN, G. — Mémoire sur une méthode nouvelle pour traiter les anus accidentels (lu à l'Acad. des sc., janv. 1824 et Mém. de l'Acad. de méd., t. I, p. 259, Paris, 1823).

DUPUYTREN, G. — Anus contre nature (Dict. de méd. et de chir. prat., t. III, 1829).

DUPUYTREN, G. — De l'anus contre nature, etc. (Leçons orales, Paris, 1832, t. II, p. 193 et suivantes).

DUPUYTREN, G. — Anus contre nature (Clin. des hôp., Paris, t. I, p. 92, 1827).

DUPUYTREN, G. — Hernie crurale étranglée et anus contre nature (Clin. Paris, 1830, t. II, p. 75-77).

DUPUYTREN, G. — Anus contre nature, entérotomie (Gaz. d. hôp., Paris, 1833, t. VII, p. 160).

- DIFFENBACH. — Heilung eines schwierigen Falles von künstlichem After, durch einen Lanzestich hervorgebracht, nach einer neuen Methode (Casper's Wochenschr. f. d. gesammte Heilk., 1834, p. 263).
- DIETZ, J. — Widernatürl. After; Operation nach Dupuytren mit theilweisern Erfolge (Ztschr. f. d. ges. Med., Hamb., 1837, t. V, p. 431-440).
- DELPECH. — Observation sur l'anüs artificiel et description d'un procédé nouveau employé pour sa guérison (Mém. des hôp. de Paris, t. II, p. 76, 1830).
- DEBOURGE. — Guérison spontanée d'un anus contre nature formé à la suite d'un étranglement et de la gangrène d'une hernie (Arch. gén. de méd., 1<sup>re</sup> série, t. XXIII, p. 269, 1820).
- DEJARDIN, E.-A. — Des fistules intestinales et de l'anüs contre nature (Paris, 1844).
- DELPLANQUE, L. — De l'anüs contre nature (Paris, 1844).
- DESAYVRE, A. — Des fistules intestinales et de l'anüs contre nature (Paris, 1844).
- DÉCÈS. — Nouveau procédé pour obtenir la réunion immédiate des anus contre nature, etc. (Rapp. de M. Velpeau, Bull. acad. de méd., Paris, 1840, t. VI, p. 399).
- DUFRESSE. — Observation curieuse d'un anus anormal, guéri par un procédé nouveau (Bull. chir., t. II, p. 39-42, Paris, 1836).
- DIEU. — Observation relative à un anus accidentel guéri par l'entérotomie (Exposé des travaux de la Soc. des sc. méd. de la Moselle, ann. 1860-1861 et broch., Metz, 1861).
- DEMARQUAY. — Recherches faites sur un malade affecté d'anüs contre nature (Bull. soc. de chir. de Paris, t. III, p. 388-395, 1874).
- DUNCAN. — Concerning the closure of abnormal anus (The Lancet, 5 juillet, t. II, p. 9, 1873).
- DITTEL. — Darmresection bei anus praeternaturalis; Heilung (Wien. med. Woch., t. XXVIII, p. 1265-1270, 1878).
- DUPLAY, S. & ASSAKY, G. — Expériences nouvelles sur la réunion de l'intestin après l'entérectomie (Compte rendu de la Soc. de Biolog., 10 juin 1885).

DILLNER, F. — Casuistische Mittheilungen von der chirurgischen Abtheilung des Herrn Ober-Medicinalrath Dr Stelzner (Langenbeck's Archiv, Band XXXVIII, Heft 4).

**E**

EGELING. — Eingeklemmter Bruch und anus artificialis ohne Kunsthilfe geheilt (Prakt. Tigdschr., 1835 et Schmidt's Jahrb., t. XI, p. 70, 1836).

ENGELMANN. — Sur l'anus contre nature et l'entérotome de Dupuytren (Erlangen, 1847).

ERNST, C. L. F. — Anus praeternaturalis (Lipsiae, 1854).

ESMARCH. — Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft f. Chir., t. VIII, p. 83, 1879).

**F**

FLANDIN. — Observation d'un anus anormal, suite d'une hernie étranglée et gangrenée (Compl. du dict. d. sc. méd., Paris, 1830, t. XXXVI, 150-154).

FUNEL, G. — Observation d'une hernie dans le scrotum, ayant donné lieu à un anus contre nature, guéri par l'emploi des injections iodées (Union méd., Paris, 1857, t. XI, p. 218).

FOUCHER, E. — De l'anus contre nature (Thèse de concours, Paris, 1857).

FOWLER, R. — Case of artificial anus in the groin successfully treated (Med. Circ. Lond., 1859, t. XIV, p. 86).

FOWLER, R. — Autopsie of a case of artificial anus in the groin successfully treated six years ago (1863, t. XXII, p. 139).

FOCHIER, A. — Deux cas d'anus contre nature, guérison (Mém. Soc. des sc. méd. de Lyon, 1874, t. XIV, p. 3-9).

FUHR & WESENER. — Zur Enterotomie bei Ileus (Deutsch. Ztsch. f. Chirurgie, Bd. XXIII, Heft 3 u. 4, p. 315-337).

FOLLIN & DUPLAY. — Traité élémentaire de Pathologie externe (Paris, 1883, t. VI, p. 316).

FREY, L. — Anus contre nature. Suture intestinale. Cautérisation au thermocautère. Opération plastique. Persistance d'une fistule (Wien. med. Presse, n° 41, p. 1453, 1888).

G

- GENDRIN, A.-N. — Note sur le traitement des anus contre nature sur l'entérorrhaphie et sur la gastro-entérostomie (Journ. gén. de méd., chir. et pharm., Paris 1828, t. CIII, p. 296-300).
- GEISSER, A.-R. — De therapia ani praeternaturalis et fistulae stercoreae quaedam (Halaë, 1841).
- GUNTHER, C.-R. — De ano praeternaturali (Jenae, 1842).
- GROSS. — Monograph on the nature and traitement of artificial anus (West J. M. and S. Louisville, 1843, 2<sup>me</sup> série, t. VIII, p. 1-47).
- GOSSELIN, L. — Anus contre nature à la région ombilicale (Bull. soc. anat. de Paris, 1837, t. XII, p. 102-110).
- GOSSELIN, L. — Note sur le traitement de l'anus contre nature compliqué de renversement irréductible (Rev. méd. chir. de Paris, 1855, t. XVII, p. 334-339).
- GOSSELIN, L. — Anus contre nature (Bull. soc. de chir. de Paris, 1856, t. VII, p. 86-90).
- GOSSELIN, L. — Leçons sur les hernies abdominales (Paris, 1865).
- GUÉRIN, L. — Du traitement curatif de l'anus contre nature accidentel.
- GAILLARD, A. — Note sur un procédé pour obvier à l'invagination de la muqueuse dans un anus artificiel. (Gazette des hôpitaux, Paris, 1863, t. XXXVI, p. 570).
- GUYON, F. — Anus contre nature (Dictionnaire encyclopédique des sciences méd., Paris, 1866, t. V, p. 502-520).
- GÜNTHER. — Lehre von den blutigen Operationen am menschlichen Körper (Leipzig und Heidelberg, 1861).
- GRAVES, J. B. — Strangulated hernia with artificial anus, and subsequent successful operation for its removal (Med. Surg. Reporter, Philadelphia, 1867, t. XVI, p. 87).
- GOYARD, G. — Plaies pénétrantes de l'abdomen et procédés de suture nouvelle pour la guérison des anus contre nature (Gaz. hebdom. de méd., Paris, 1870, 2 s., t. VII, p. 351).
- GAILLARD. — Anus contre nature; hernie étranglée et gangrène de l'intestin, deux oblitérations successives du cylindre intestinal; recherches du bout inférieur à un décimètre de profondeur; nouveau procédé (Un. méd., Paris, 1870, t. X, p. 529-532).

- GOUBAUT. — Etude sur le traitement de l'anus contre nature sans complications (Thèse de Nancy, 1881).
- GAUJOT & SPILLMANN. — (Arsenal de la chirurgie contemporaine, 1877).
- GLAESER. — Anus artificiel datant de 20 ans, autopsie (Archiv für klin. Chir., t. XXXIV, p. 2, 1886).

**H**

- HENNEN. — Chirurgie militaire (p. 407, 2<sup>me</sup> édit., Edimbourg).
- HALL, E. S. — Case of artificial anus, arising from ulceration of the transverse arch of the colon, which, after discharging feces for eighty one days spontaneously closed (London M. and S. J., 1828, n. s. v. 110-113).
- HÉBRÉARD. — Extrait d'une observation sur un anus artificiel (Bull. Fac. de méd. de Paris, 1801, t. I, p. 189-191).
- HÉBRÉARD. — Bull. de l'école de médecine de Paris, 1806, t. XIII, p. 189-191).
- HURT, S. — A case of artificial anus successfully treated (Lancet, London, 1833, t. II, p. 812-815).
- HEYFELDER, J. F. — (Deutsch. Klinik. Berl., 1853, t. V, p. 531).
- HOLTON, D. P. — A new method of operation for the cure of anus contra natur. (New-York, M. Tim., 1856, t. V, p. 233).
- HAHN. — Prolapsus intestini coeci et col. ascend. ex ano praeternaturali (Ztsch. f. Wundärzte u. Gbtsh., Stuttgart, 1865, t. XVIII, p. 40-42).
- HUNT, W. — Physiological observations and experiments on a case of large artificial anus (Hosp. Rep. Philad., 1868, t. I, p. 165-176).
- HÜTER. — Anus praeternaturalis, etc. (Deutsche Ztsch. für Chir., t. IX, p. 521).
- HEATH, C. — Leçons cliniques sur la colotomie (Brit. med. Journ., 1 déc. 1877).
- HEYDENREICH, M. — Anus contre nature accidentel, autoplastie, guérison (Mém. de la Société de méd. de Nancy, 1879-1880, p. 60).
- HEIMANN. — Zur Frage der Behandlung des widernatürlichen Afters (Deutsche med. Woch., n° 7, 1883).

- HOHENHAUSEN. — Experimenteller Beitrag zur Darmsutur (Dtsch. med. Woch., n<sup>o</sup> 36, 1883).
- HOFMOKL. — Fistula stercoralis, Laparotomie mit nachfolgender Resection des Darmes. Heilung (Soc. de méd. de Vienne, 30 oct. 1885).
- HAENEL, F. — Zur Casuistik der gangränösen Hernien und des Anus Praeternaturalis (Archiv f. klin. Chir., Band XXXVI, Heft 2, p. 393).
- HAUER. — Résection de l'intestin et entérorrhaphies faites dans le service de Billroth de 1878-1883 (Prag. Zeitsch. für Heilk., Bd. V, p. 83, 1883).
- HACHE. — Du traitement de l'anüs contre nature (Bull. méd., 27 mai 1888).
- HERTZBERG. — Die Behandlung des anus praeternaturalis mit dem Bruns'schen Enterotome (Beiträge z. klinisch. Chir. von Bruns, Paul. Thübingen, 1886, vol. II, n<sup>o</sup> 3).

I

- IVANICHEVITCH. — Etude sur le traitement de l'anüs contre nature (Thèse de Paris, 1882).

J

- JALADE-LAFOND. — Considérations sur les anus contre nature (Hist. consid. sur les hernies abd., etc., Paris 1822, t. II, p. 513-976).
- JOBERT (de Lamballe). — (Arch. gén. de méd., 1824.)
- JOBERT (de Lamballe). — Chirurgie plastique (Paris, 1849, t. II, p. 99).
- JOBERT (de Lamballe). — Anus anormal; autoplastie; guérison (Bull. acad. de méd., Paris, 1844-1845, t. X, p. 1030-1033).
- JÜNGKEN. — Radikale Heilung eines anus praeternaturalis (Dtsch. Klinik, Berlin, 1849, t. I, p. 85).
- JÜTTLER, C. A. — Nonnulla de complicatione ani praeternaturalis cum hernia (Lipsiae, 1849).
- JAMES, J. A. — Spontaneous cure of artificial anus (Charleston, M. J. and Rev., 1874, n. s. II, p. 58).

- JULLIARD. — Herniolarotomie, résection de 18 centimètres d'intestin; guérison (Rev. méd. de la Suisse romande, juin 1881, p. 375).
- JULLIARD. — Deux cas de résection d'intestin pour anus contre nature, guérison (Revue méd. de la Suisse romande, n° 8, 15 août 1882).
- JULLIARD. — Résection du gros intestin pour anus contre nature (Rev. méd. de la Suisse romande, t. VI, p. 633).
- JEANNEL. — Anus contre nature et fistule pyo-stercorale (Assoc. franç., Congrès de Toulouse, 1887).

K

- KIRCHSTEIN, F. — De ano praeternaturali nonnulla (Berolini, 1847).
- KINLOCH, R. A. — Artificial anus (American Journ. of the med. siens., vol. LIV, p. 104, 1867).
- KASTAGREE, U. C. — A case of faecal fistula of 5½ yars' standing cured by operation and continued pressure (Indian M. Gaz., Calcutta, 1878, t. XIII, p. 128).
- KÖRTE. — Traitement de l'anüs contre nature (Soc. de méd. de Berlin, 7 nov. 1883 et Semaine médicale, 15 nov. 1883).
- KOCH d. N. — Contribution à l'étude du traitement des hernies gangrenées et de l'anüs contre nature (Deutsche Ztschr. f. Chir., Bd. XXIII, Heft 3 u. 4, p. 315-337, 1885).
- KÖNIG. — Traité de pathologie chirurgicale spéciale; traduction française par J.-R. Comte, t. II, p. 471, 1889.
- KOCH d. N. — Beitrag zur Behandlung der gangränösen Hernien und des widernatürlichen Afters (Münch. med. Wochenschrift, 1888, n° 52).
- KIRMISSON. — De la guérison de l'anüs contre nature (Gaz. des Hôpitaux, 9 août 1888).
- KÖRTE. — Beitrag zur Vergleichung der älteren und neueren Methoden in der Behandlung der brandigen Brüche und des Anüs Praeternaturalis (Deutsche med. Wochenschr., n° 41, 1888).

L

- LANGÉ. — Ein Bruch mit Zerreiſſung des Darms, welcher jedoch mit Zurückklaſſung eines künstlichen Anus geheilt worden (Schmucker's vermischte Schriften, t. II, p. 195, Berlin, 1779).
- LEELANC, J. M. — Discussion sur l'anus contre nature (Thèse de Paris, 1805).
- LA PEYRONIE. — (Mém. Acad. roy. de chirurgie, t. I, 1743).
- LOUIS. — (Mém. Acad. roy. de chirurgie, t. VIII).
- LANGLET. — Observation d'un anus contre nature ouvert au-dessus du pubis et dans la vessie (Soc. de méd. de Paris, 1804, t. X, p. 288-293).
- LIOTARD, Aug. — Diss. sur le traitement des anus contre nature (Thèse de Paris, 1819, n° 160).
- LALLEMAND. — Anus contre nature opéré d'après la méthode de Dupuytren. (Journ. univ. d. sc. méd., Paris, 1822, t. XXVIII, p. 235-247).
- LALLEMAND. — Anus contre nature guéri par l'emploi de la méthode de Dupuytren (Répert. gén. d'anat. et physiol. pat., Paris, 1829, t. VII, p. 133-142, une pl.).
- LIMAC, A. — De ano praeternaturali (Halae, 1822).
- LESAUVAGE. — Observation d'un anus accidentel traité par l'entérotomie (Arch. gén. de méd., Paris, 1836, 2<sup>me</sup> série, t. XII, p. 284-290).
- LAUGIER, S. — Anus contre nature (Dict. en 30 vol., t. III, 1833).
- LAUGIER, S. — Réflexions sur la persistance de l'anus anormal après l'entérotomie (Bull. de chir., t. II, p. 309, 1841).
- LAUGIER, S. — Autoplastie par transformation inodulaire, nouvelle méthode pour amener la guérison des anus contre nature (Compte rend. acad. d. sc., t. XLIX, p. 248, 1859).
- LAUGIER, S. — Guérison confirmée du fait précédent (Ibid. t. LII, p. 406, 1861).
- LAUGIER, S. — Anus contre nature (Nouv. Dict. de méd. prat., t. II, 1863).
- LAUGIER. — Anus anormal à l'aîne droite; entérotomie iléo-coecale (Bull. gén. de thérap., etc., Paris, 1872, p. 111-117).

- LISFRANC. — Anus anormal à l'ombilic, résultant de la gangrène d'une hernie étranglée (Gaz. des hôp., Paris, 1840, 2<sup>me</sup> série, t. II, p. 233).
- LUSSANA. — Anus anormal guéri par la compression (Gaz. med. lomb., Milano, 1848, 2<sup>me</sup> série, t. I, p. 311-314).
- LEASURE, D. — Spontaneous cure of artificial anus (Soc. Phila., 1838, n. s. XXXVI, p. 79-81).
- LEGENDRE. — Mém. sur l'anus contre nature (Mém. soc. de chir. de Paris, 1863, V, p. 227-276, deux pl.).
- LUPO. — Entérotomie en cas d'anus anormal (Giorn. Intern. della sc. med., ann. II, fasc. 4, p. 38).
- LANGENBUCH. — Hernie étranglée, gangrenée et anus contre nature (Berl. klin. Woch., n° 14, p. 214, 1883).

M

- MILLET, F. — Considérations sur les anus contre nature qui sont la suite des hernies gangrenées (Paris, 1822).
- MARTLAND, R. — Case in which the operation for artificial anus was successfully performed (Edinb. M. and S. J., 1825, t. XXIV, p. 271-276).
- MOLLESON, J. — Case of stricture in the intestinum ileum and artificial anus at the umbilicus, etc. (Tr. med.-chir. Soc. Edimb., 1826, t. II, p. 249-251).
- MALLET, G. — Cases of artificial anus terminating speedily in recovery (Prov. M. a. J., London, 1841, t. III, p. 34-36).
- MALCOLM, D. — Case of artificial anus successfully treated by incision of its divided edges (Lond. M. Gaz., 1843, t. XXXII, p. 361).
- MAILLY. — Anus contre nature à la suite d'une hernie étranglée à l'anneau crural (Bull. soc. anat. de Paris, 1849, t. XXIV, p. 288).
- MACLAGAN, D. — Case of preternatural anus (Month. J. M. Sc. Lond. a. Edimb., 1848-1849, t. IX, p. 1027-1032).
- MATTHES, P. — De ano praeternaturali (Jenae, 1853).
- MACDOUALD, W. — Case of artificial anus successfully treated (Lancet, London, 1853, t. II, p. 185).

- MARCHAL. — Observation d'un anus artificiel, à la suite d'une hernie étranglée (Hist. soc. roy. de méd., Paris, 1780-1784, p. 324, une pl.).
- MAUNDER, C. F. — Sequel to a case of gastro-enterotomy (artificial anus in the small intestine) (Tr. clin. Soc. Lond., 1877, t. X, p. 6).
- MAZZONI. — Fistola stercoracea per ernia inguinale destra strozzata e gangrenata in via di guarigione; nuova apparizione di fenomeni di strozzamento (Gaz. med. di Roma, 1879, t. V, p. 85-89).
- MALGAIGNE & LÉON LE FORT. — Manuel de médecine opératoire (t. II, Paris, 1877).
- MADELUNG. — (Arch. für klin. Chir., 1881 et v. Langenbeck's Arch. f. klin. Chir., vol. XXVII, p. 277).
- MEUSEL. — Zwei Fälle von Darmfistel durch Darmnaht geheilt (Deutsche med. Woch., n° 7, 1883).
- MAURER, A. — Procédé de guérison de l'anus contre nature par des tampons électriques (Dtsch. med. Woch., n° 26, 1884).
- MAURER, A. — Beitrag zur Frage der Indication der circulären Darmresektion und Darmnaht (Deutsche Ztschr. f. Chirurg., t. XVIII, p. 3-4, 1883).
- MAYDL, C. — Ein Beitrag zur Darmchirurgie (Wien. med. Presse, n° 14 et 16, 1883).
- MAKLUS, G. H. — A case of artificial anus treated by resection of the small intestine (St-Thomas's hosp. Report., t. XIII, p. 181).
- MUDD, H. — A new method of incision of the intestine (Journ. of amer. med. assoc., p. 192, août 1888).
- MAGNIEN et PALLIARD. — (Lyon médical, 1882).
- MEUSEL. — (Deutsche Ztschr. f. Chir., t. XVIII, p. 3 et 4, 1883.)

**N**

- NOËL. — Guérison d'un anus contre nature (J. de chir. Desault, Paris, 1791, t. I, p. 381).
- NOVARO. — (Centralbl. f. Chirurgie, n° 21, 1882.)
- NEUBER. — Zur Technik der circulären Darmnaht (Dtsch. Ztschr. für Chir., Bd. XIX).



- OLIVET. — Remarques pratiques sur quelques indications spéciales que peut présenter le traitement des anus contre nature (Bull. génér. de thérapie, etc., Paris, 1844, t. XXVII, p. 442-451).
- OSBORNE, C. H. — Formation and spontaneous cure of artif. anus (Am. M. Times, New-York, 1861, t. II, p. 290).
- ORECCHIA & CHIARELLA. — Sur la façon dont se comporte l'intestin séparé de son mésentère (Archivio italiano di clin., t. XXVII, n° 1, avril 1888).

P

- PIPELET. — Mémoire sur la réunion de l'intestin qui a souffert d'une déperdition de substance, dans une hernie avec gangrène (Mémoires acad. royale de chir., Paris, 1768, t. IV, p. 164-172).
- PHYSICK. — Account of a case in which a New and Peculiar operation for artificial anus was performed in 1809 (The North american Med. and Surg. Journ., t. II, p. 269, 1826).
- PARIS, G.-H. — Traitement des anus contre nature (Paris, 1824).
- PICTOT, F.-A. — Essai sur le traitement des anus contre nature (Paris, 1832).
- PHILIPPE, C.-F. — Essai sur les anus anormaux à la suite des hernies avec gangrène (Paris, 1834).
- PRINZ, J. J. — Ueber den widernatürlichen After (Erlangen, 1853).
- PIACHAUD. — (Bull. soc. chir., 1858).
- PANAS. — Anus contre nature (Gaz. d. hôp. Paris, 1865, t. XXXVII, p. 142).
- PATRY. — Deux cas d'anus contre nature guéris par la suture (Bull. soc. de chir. de Paris, 1868, 2<sup>me</sup> série, t. VIII, p. 526).
- PORCHER, F. P. — Protrusion of a portion of large and small intestines inverted, including the coecum appendix, a portion of ascending colon, with a double artificial anus; operation for its relief (Richmond M. J., 1866, t. II, p. 46-48).
- PRELLI, C. — Ano contro nat. Enterotomia ripetuta; guarigione (Gior. di med. mil. Torino, 1864, t. XII, p. 761 et 793-825).

- PURMAY. — Hernie étranglée, anus contre nature, guérison par avivement et suture (Soc. de chir., 30 déc. 1874).
- PENNEL, P. — Hernie vaginale traum., anus contre nature, guérison spontanée (France méd., 8 nov. 1881).
- PORAK. — Anus contre nature congénitaux (Arch. de Tocologie, déc. 1884).
- POLOSSON. — Traitement de l'anüs contre nature et des fistules stercorales (Thèse d'agrégation, Paris, 1883).
- PETIT, L.-H. — De l'anüs contre nature iléo-vaginal et des fistules intestino-utérines (Ann. de gynécol., p. 82-83).
- POULET-BOUSQUET. — Traité de pathologie chirurgicale.
- POLANO. — (Centralbl. für Chir., 1877, p. 545.)

**Q**

- QUIRING, H. — Zwei Fälle von anus practernaturalis (Berlin, 1877).

**R**

- REISINGER, Fr. — Anzeige einer von Herrn Dupuytren erfundenen und mit glücklichsten Erfolge ausgeführten Operationsweise zur Heilung des Anus artificialis nebst Bemerkungen (Augsburg).
- REYBARD, J.-F. — Mémoires sur le traitement des Anus artificiels, des plaies des intestins, etc. (Paris, 1827).
- ROUX, P.-J. — Anus contre nature au fond du vagin, etc. (Journ. gén. de méd., chir. et pharm., Paris, 1828, t. CIII, p. 282-287).
- ROUX. — Cas remarquable d'anüs contre nature, entretenu depuis 6 ans par une boule de bois dans l'intérieur de l'intestin, extraction de ce corps étranger, guérison probable (Gaz. des hôp., Paris, 1835, t. IX, p. 445).
- RAYÉ, C. C. — Considération sur la guérison d'un anus anormal par un nouveau procédé opératoire (Ann. de la Soc. de méd. de Gand, 1838, p. 137).
- ROSKOTEN, R. — De ano praeternaturali (Jenae, 1848).
- REYBARD. — Mémoires sur la cure des anus contre nature par l'incision des parois adossées des bouts d'intestin (Gaz. méd. de Paris, 1838, 2<sup>me</sup> série, t. VI, p. 545).

- RENDU, A. — Note sur un cas d'anús accidentel, suite de hernie ombilicale étranglée; application de l'entérotome; guérison (Gaz. méd. de Paris, 1843, 2<sup>me</sup> série, t. XI, p. 543).
- RENDU, A. — Observation d'un anus contre nature, suite d'une hernie étranglée, guéri par l'entérotome de Dupuytren (Rev. méd. franç. et étrang., Paris, 1843, t. II, p. 529-538).
- RUPP, J. — Anus praeternaturalis (Ztschr. d. nord. Chir., Magdeburg, 1848, t. II, p. 675-677).
- ROUX. — Anus anormal avec renversement de la muqueuse; entérotome; guérison (Gaz. des hôp., Paris, 1836, t. X, p. 77-78).
- RABAIM. — Observation d'un anus anormal (Journ. de méd. de Bordeaux, 1858, 2<sup>me</sup> série, t. II, p. 681-688).
- RABL, J. — Ueber Darmvorfälle aus dem widernatürlichen After (Ztschr. der k. k. Gesellsch. der Aerzte zu Wien, 1858, p. 180-185).
- REZZONICO, A. — Storia di un caso di ano preternaturale guarito colla cura palliativa (Anno univ. di med., t. CLXIV, p. 94, 1858, Milano).
- ROBERTSON, T. T. — Successful operation for the relief of art. anus (Charleston, M. J. a. Rev., 1834, t. IX, p. 323-328).
- RENIUS, O. — De ano praeternaturali adiecta historia morbi (Gryphiae, 1852).
- RICHET. — (Bull. de la soc. de Chir., p. 181, Paris 1860).
- RAINS, N. J. — Artificial anus from traumatic cause; recovery (Richemont and Louisville, M. J. Louisville, 1877, t. XXIV, p. 53-56).
- RIEDINGER. — (Chirurg. Klin. im königl. Juliushospital zu Würzburg, vom 15. Juli 1877 bis 28. April 1878; Würzburg, 1879, p. 68-70).
- RYDYGIER. — (Berlin. Klin. Woch., 1881, p. 593-619 et 632).
- RYDYGIER. — Ein interessanter Fall von zweimaliger Darmresection, Heilung, nebst einigen Bemerkungen zur Operations-technik bei Darmresectionen (Berlin. klin. Wochenschrift, p. 577, 18. Sept. 1882).
- RIEDEL, B. — Die Behandlung der Kothfisteln entzündlichen Ursprungs (Centralbl. f. Chir., no 44, p. 209, 1883).

REICHEL, P. — Casuistische Beiträge zur circulären Darmresection und Darmnaht (Deutsche Ztschr. f. Chir., Band XIX, 1884).

RICHELOT. — (Semaine médicale, 22 mai 1889, p. 173, 1889).

S

SABATIER. — Mémoire sur les anus contre nature (Mém. acad. roy. d. chir., Paris, 1774, t. V, p. 592-625).

SCHOTTIN, C. G. L. — De prolapsu inversorum intestinorum ex praeternaturali ano icone illustrato (Jenae, 1797).

SCHMALKALDEN, C. E. — Nova methodus intestina continui solutione facta uniendi, etc. (Wittebergae, 1798).

SCARPA. — Traité des hernies (Traduit de l'italien, Paris, 1812, p. 99).

SPOTT, J. — Sisteus historiam synopticam ani praeternaturalis operationisque methodi (Pragae, 1837).

SCHENK. — Kothfistel und schnelle Heilung derselben (Leipzig, 1838).

SOMMER, J. P. — Waarneming uener na darmbeklemming outstome en genezene fistula stercorea (Nederl. Lancet, Utrecht, avril 1843, t. VI, p. 40-45).

SORBETS. — Anus contre nature traité et guéri par l'opération modifiée de la fistule à l'anus (Monit. d. Hôpit., Paris, 1853, t. I, p. 76).

SÉDILLOT, C. — Anus accidentel présentant quatre ouvertures intestinales complètes; entérotomie; tentatives infructueuses, etc. (Paris, 1853, t. II, p. 460-463).

SÉDILLOT, C. — (Gaz. de Strasbourg, 1858, t. XVIII, p. 56).

SÉDILLOT, C. — (Traité de médecine opératoire, t. II, Paris, 1856).

SCHCH. — Grosser Substanzverlust des Darms, künstlicher After, durch Anwendung der Darmscheere geheilt (Wiener med. Woch., 1852, 1853 et Schmit's Jahrbuch I, t. LXXIX, p. 219, 1853 et t. LXXXI, p. 251, 1854).

SIMON, C. F. — Nonnulla de ano praeternaturali ejusque curatione (Berolini, 1843).

- STÄHELIN, A. — Der widernatürliche After und seine Heilung (Basel, 1858).
- SATTLER. — Repositionsversuche einer vorgefallenen Darmpartie bei einer vorhandenen Kottistel (*Ztschr. für Wundärzte und Geburtsh.*, Stuttgart 1860, t. XIII, p. 256).
- SOGLIANO, S. — Ano contro natura per ernia inguinale portato a guarigione (*Rendic. accad. med. chir. di Napoli*, 1863, t. XVII, p. 60).
- SIOTIS. — Anus contre nature guéri par les seuls efforts de la nature, aidée d'une légère compression (*Gaz. méd. d'Orient*, Constantinople, 1869).
- SATTERTHWAITE. — Artificial anus the result of a hernia (New-York, M. J., 1874, t. XX, p. 636).
- SCHWARTZ. — Guérison spontanée de l'anus contre nature (*Centralbl. f. Chir.*, n° 4, 1878 et *Th. Dorpat*, 1878).
- SCHUDE. — (Verhandlungen d. deutsch. Gesellsch. f. Chir., t. VII, p. 78).
- SCHÖNBORN. — (*Deutsch. Ztsch. f. Chir.*, t. VII, p. 440).
- SOCIN. — (*Centralbl. f. Chir.*, 1884, n° 30.)
- SCHINZINGER. — *Wiener med. Wochenschr.*, n° 37, 1884.)
- SCHMIDT, B. — Traitement de l'anus contre nature (*Berlin. klin. Woch.*, 13. Feb. 1882).
- Société médicale de Berlin.* — Discussion sur le traitement de l'anus contre nature (*Berlin. klin. Woch.*, 2 et 9 mai 1883.)
- SWENSSON. — Sur les résections du canal digestif (*Nordiskt. med. Archiv*, n° 48, 1885).
- SCHUDE. — Ueber die Resection eines Dünndarmcarcinoms (*Dtsch. Ztschr. f. Chir.*, Bd. XIX, 1884).

T

- TIFFENBACH, J. R. — Vulnerum in intestinis lethalitas occasione casus rarissimi, quo colon vulneratum, inversum per 14 annos ex abdomine propendens exhibetur (*Wittebergae*, 1720 et *Haller disp. chir.*, t. V, p. 61).
- TRAUT. — On the treatment of artif. anus (*Dublin M. Press*, 1845, t. XIII, p. 305-309).

- TEXTOR, v. — (Verhandlungen d. phys. med. Gesell. in Würzb., 1853, t. III, p. 289).
- THIERRY, A. — Guérison, influence de la position (Monit. d. hôp., Paris, 1853, t. I, p. 645).
- TIBALDI, A. — Guarigione (Gazz. med. ital. lomb. Milano, 1852, 3<sup>me</sup> série, t. III, p. 385).
- TEINTURIER. — Anus contre nature, etc. (Bull. soc. anat. de Paris, 1867, t. XLII, p. 460-464).
- TRANFAGLIN, G. — Guérison spontanée des fistules stercorales (Morganii, Naples, avril 1875).
- TIERSCH. — (Berlin. klin. Woch., 1884, n<sup>o</sup> 8.)
- TAUBER. — (Verhandl. d. deutschen Gesellschaft für Chirurgie, vol. IX.)
- TRUC. — Hernie inguinale étranglée avec résection de 0<sup>m</sup>,63 d'intestin, guérison (Lyon médic., 4 juin 1882).
- TREVES, F. — On resection of portions of intestine (Royal med. and surg. society, British, med. Journ., 16 déc., 1882).
- TRÉLAT, U. — Guérison d'un anus contre nature consécutif à une hernie étranglée (Bull. soc. chir., p. 637, 1884).

U

- UHDE, C.-W.-F. — Application de l'entérotome de Dupuytren (Dtsch. Klinik, Berlin, 1850, t. II, p. 341).

V

- VELPEAU. — Mémoire sur les anus contre nature dépourvus d'épéron, et sur une nouvelle méthode de traitement (Journ. hebdom. des progr. des sc. méd., Paris, 1836).
- VELPEAU. — Hernie étranglée; opération; anus contre nature, application intempestive de l'entérotome de Dupuytren; mort (Gaz. des hôp., Paris, 1836, t. X, p. 506).
- VOIGT. — Heilung eines widernatürlichen Afters (Summa d. neues. d. Wissensw., Leipzig, 1835, t. XI, 438-441).
- VIRGEN. — Spontane Heilung eines Anus praeternaturalis nach einem incarcerirten Bruche (Schmidt's Jahrb., t. CII, p. 204, 1859).
- VERNEUIL. — (Bull. de soc. de Chir., 1870.)

- VERNEUIL. — Anus contre nature consécutif à une hernie inguinale étranglée, et datant de quatre ans, prolapsus du bout inférieur; excision de la partie invaginée, destruction de l'éperon à l'aide du caustique et de l'entérotome, réunion de l'orifice par la suture métallique sans manœuvres autoplastiques; guérison (Bull. soc. de chir. de Paris, 1871, 2<sup>me</sup> série, t. XI, p. 289-298 et Bull. gén. de thérap., etc., 1870, t. LXXIX, p. 319-328).
- VERNEUIL. — De certaines difficultés d'application de l'entérotome ordinaire, modif. instrumentale (Bull. soc. chir., t. XIV, p. 62-64).
- VERON, F. — Quelques considérations sur l'anus contre nature accidentel (Paris, 1860).

**W**

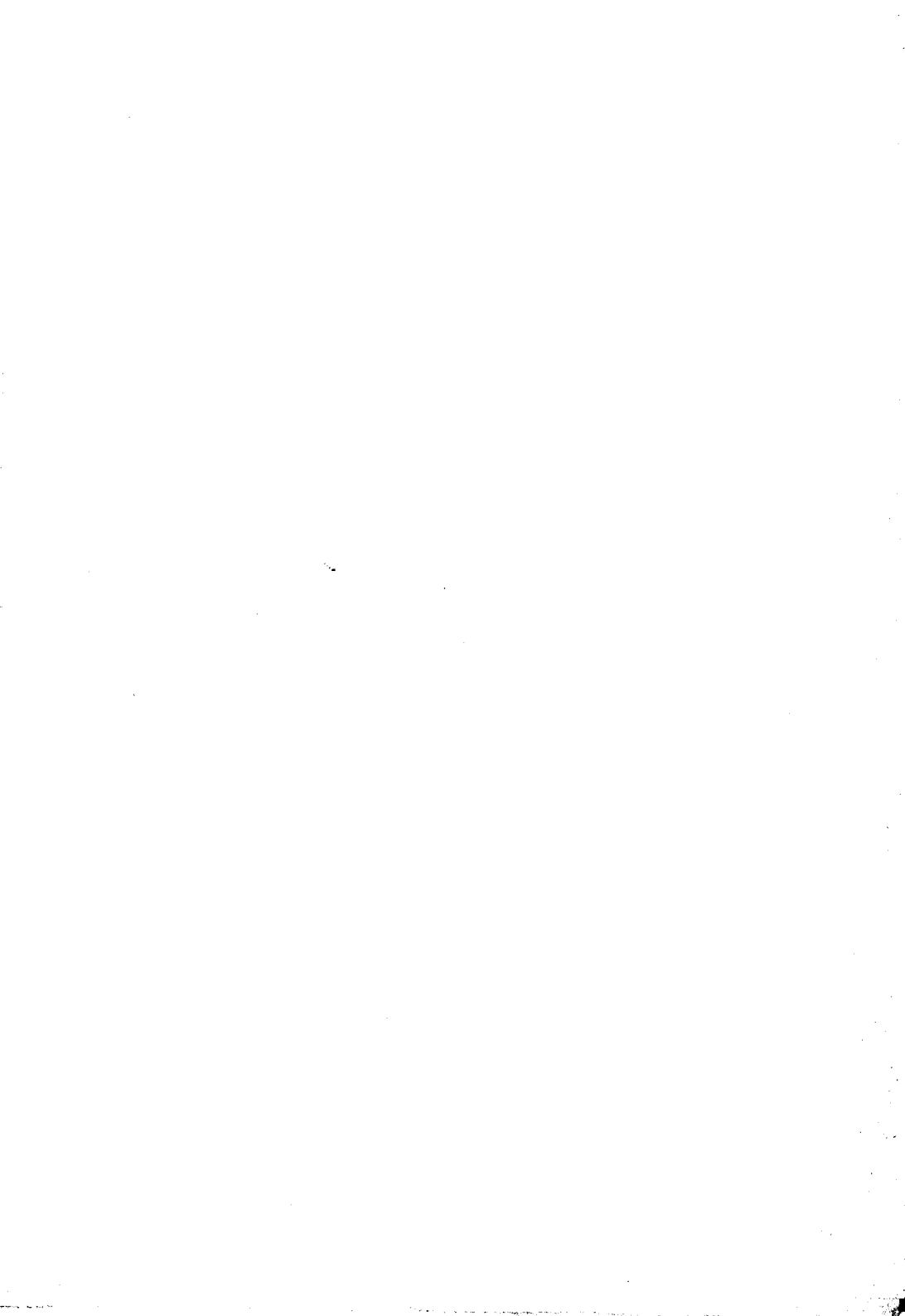
- WEDEMEYER. — Widernatürlicher After, durch ein neues Mittel, die Schwangerschaft, geheilt (Græf's & Walter's Journ. der Chir., t. IX, p. 409, 1826).
- WAGNER, M. — Abhandl. über den widernatürlichen After (Wien, 1834).
- WACHSMANN, DE, A. F. — De ano praeternaturali (Halis, 1845).
- WÖLFLE, A. — Zur Resection des Dünn- u. Dickdarms (Dtsch. Gesell. f. Chir., t. XII, 1883).
- WEINLECHNER. — (Wien med. Woch., 1881, n<sup>o</sup> 3.)
- WEPPERUS, J. C. — De ilei fistula extra abdomen pervia (Misc. acad. nat. curios. Lipsiae, 1695, dic. 3, t. II, 1694, p. 232-238).
- WEIR, W. — Case of artificial anus, in which a large portion of the everted intestine was removed by ligature (Glasgow, M. J., 1830, t. III, p. 296-314).
- WICKEL. — Heilung eines anus praeternaturalis (Med. Ztg. Berlin, 1838, t. VII, p. 201).
- WHARTON, R. G. — Case of artif. anus (Amer. J. M. Philadelph., 1843, n. s. VI, p. 256).
- WARREN, J. M. — Artificial anus (Hist. surg. Ob. Boston, 1867, p. 168-179).

**Z**

- ZAPATA, M. — Ano praeternatur. obliteracion del naturae (Bol. de med. cirurg. Madrid, 1851, 2 s., t. I, p. 363).

15235





*La Faculté autorise l'impression de la présente  
thèse sans entendre par là émettre d'opinion sur les  
propositions qui s'y trouvent énoncées.*

Genève, 12 Février 1890.

*Le Doyen de la Faculté,*

E. JULLIARD.

