

mément et tout de suite les malades, une opération simple et facile que le médecin (il ne faut pas songer qu'aux grands centres) peut pratiquer seul, sans chloroforme, sans outillage spécial.

J'ajoute que l'entérotomie peut être *curative* : c'est lorsque l'obstruction tient à une cause *temporaire*, la péritonite par exemple, et les cas n'en sont pas très rares ; nous en avons tous observé.

Je suppose que l'obstruction lente ait été produite, ce qui est peut-être le plus fréquent, par un cancer de l'intestin ; vous pourrez, lorsque le ventre sera revenu à l'état normal, et la santé en apparence rétablie, porter un diagnostic précis et procéder à une nouvelle intervention, soit la résection et l'entérorraphie, soit l'entéro-anastomose si le malade ne s'accommode pas de son anus contre nature, mais vous aurez alors tout loisir pour entreprendre ce traitement.

La muqueuse de l'intestin grêle glisse facilement, et nous avons vu que c'était surtout grâce à ce mécanisme qu'une petite plaie de l'intestin se trouvait immédiatement close.

Lorsque la plaie de l'intestin est plus grande, dans l'*anus contre nature*, par exemple, la muqueuse peut se renverser au dehors et former un bourrelet rougeâtre qui s'oppose à la guérison spontanée. Celle-ci rencontre cependant son plus grand obstacle dans la saillie que forment les deux parois adossées de l'intestin entre les bouts supérieur et inférieur, et qui s'oppose absolument au passage des matières d'un bout dans l'autre. Cette saillie, désignée sous le nom d'*éperon*, disparaît souvent d'elle-même, grâce aux contractions de l'intestin grêle et aux tractions exercées par le mésentère : l'anus contre nature guérit alors par les seules forces de la nature, et cette terminaison n'est heureusement pas rare.

Si l'éperon ne se retire pas vers la cavité abdominale, s'il s'oppose à la formation de l'*infundibulum*, sans lequel la guérison spontanée est impossible, il faut le détruire avec l'entérotome de Dupuytren et pratiquer ensuite l'occlusion de l'anus par les procédés de MM. Perier ou Chaput, que l'on trouvera exposés dans mon *Traité de chirurgie clinique*.

L'ouverture de l'intestin peut se produire par ulcération, consécutivement à un abcès sous-péritonéal de la paroi, plusieurs mois et même plusieurs années après l'ouverture de l'abcès. Il en résulte la formation d'une variété de fistule stercorale décrite sous le nom de *fistule pyo-stercorale*. Cette affection diffère essentiellement de l'anus contre nature en ce que, entre l'orifice cutané et l'orifice intestinal, existe un trajet granuleux plus ou moins long, fournissant du pus, et qu'il est parfois fort difficile d'oblitérer. Dans un cas de ce genre, M. le Dr Julliard (de Genève) a obtenu un beau succès par la suture de l'orifice intestinal préalablement attiré au dehors, avivé et, finalement, réduit dans la cavité abdominale.

L'intestin grêle étant ouvert, est-il possible de reconnaître à quelle portion l'on a affaire, diagnostic important, puisque la vie est incompatible avec une ouverture située très près de l'estomac ? Si la muqueuse présente un grand nombre de valvules conniventes, on peut présumer que la perforation est rapprochée du duodénum ; si elle n'en présente que très peu, c'est qu'on sera plus près du cæcum. On établit le diagnostic surtout par la nature des matières rendues : si l'ouverture siège près de l'estomac, les matières sortant très vite après avoir été ingérées, elles sont moins élaborées, et l'on peut reconnaître la nature