

## CHAPITRE VIII

ANUS CONTRE NATURE; FISTULES STERCORALES  
ET PYO-STERCORALES

**Définition.** — Une anse intestinale subit une perte de substance, accidentelle ou pathologique; à la faveur d'adhérences péritonéales qui l'isolent de la grande cavité séreuse, elle s'ouvre à l'extérieur, sur la surface cutanée ou dans une cavité naturelle (vessie, vagin), donnant issue aux matières intestinales circulantes. — On dit qu'il y a : 1° *anus contre nature* quand la plus grande partie du contenu intestinal s'évacue par l'orifice anormal; 2° *fistule stercorale*, lorsque l'ouverture ne laisse passer qu'une faible quantité de ce contenu; 3° *fistule pyo-stercorale*, quand les matières évacuées s'accompagnent de pus et que le trajet fistuleux se complique d'une cavité purulente intermédiaire entre l'orifice intestinal et l'abouchement cutané.

**Étiologie.** — Pour qu'un anus contre nature s'établisse, il faut deux conditions : 1° une perte de substance portant sur l'intestin; 2° un foyer de péritonite adhésive qui accole l'anse lésée à la paroi, l'exclut de la cavité péritonéale et permet son abouchement à la paroi abdominale.

La lésion de l'anse intestinale peut être : 1° traumatique; 2° pathologique. — Une plaie pénétrante de l'abdomen s'est accompagnée d'une hernie de l'intestin à travers ses lèvres; des adhérences ont fixé, dans cette position, l'anse perforée primitivement ou secondairement sphacélée : tel est le mécanisme de la fistule intestinale traumatique, variété rare. — Ordinairement, la perte de substance intestinale est d'origine pathologique. Sa cause la plus fréquente est la gangrène herniaire : l'anse étranglée est fixée, au collet du sac, par des adhérences; la fistule s'établit, soit spontanément à la suite

d'une perforation par sphacèle pariétal et d'un phlegmon stercoral du sac, soit volontairement par le chirurgien qui trouve l'intestin trop altéré pour le réduire. — Dans d'autres cas, la fistule succède à une ulcération pariétale de l'intestin, et il se produit alors généralement un abcès stercoral suivi d'une fistule stercoro-purulente : telles, les ulcérations par les vers intestinaux, les lésions perforantes de la tuberculose ou du carcinome, l'appendicite et la typhlite perforantes ou gangréneuses.

**Anatomie pathologique.** — Étudions : 1° l'ouverture intestinale, lésion causale et prépondérante; 2° l'orifice cutané; 3° le trajet intermédiaire.

Supposons que l'anse n'ait été entamée, au niveau de sa

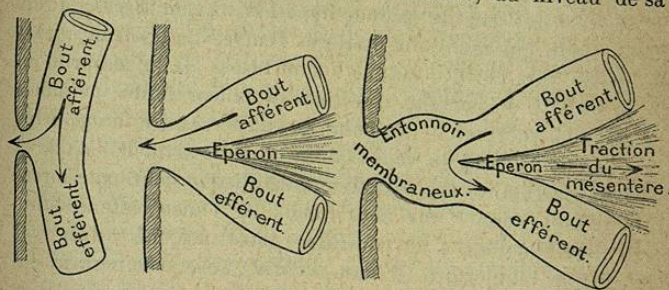


Fig. 157.

Schéma montrant les conditions de la circulation des matières, entre les deux bouts, selon le type de l'anus contre nature.

convexité, que sur une partie de sa circonférence, par conséquent que la perte de substance soit étroite, et que l'anse s'accrole à la paroi d'une façon tangente : le doigt pénétrant dans l'orifice intestinal touche profondément la paroi mésentérique de l'intestin et, de chaque côté, enfle les lumières des bouts afférent et efférent de l'anse (fig. 157).

Soit, au contraire, le cas d'une large perte de substance intestinale, avec flexion prononcée de l'anse, au niveau de son abouchement cutané. A mesure que cette flexion s'accroît et que les deux bouts, au lieu d'être sur le prolongement l'un

de l'autre selon un arc de cercle, tendent au parallélisme, en s'adossant par leur bord mésentérique comme deux canons de fusil, on voit sur la paroi opposée à l'orifice intestinal, se développer une saillie, une cloison bipariétale, triangulaire, à base profonde, répondant à l'adossement des parois des deux bouts intestinaux : c'est le *promontoire* de Scarpa, l'*éperon* de Dupuytren (fig. 157).

Dans le premier cas, la circulation des matières du segment supérieur vers l'inférieur se fait aisément, leur cours étant dirigé par toute la paroi restante, qui forme gouttière entre les deux bouts restés en regard et nul obstacle ne le dévient : c'est une condition qui réduit au minimum l'issue du contenu intestinal et qui favorise la guérison spontanée de la fistule. — Par contre, dans la seconde hypothèse, l'éperon joue le rôle d'une valve qui barre aux matières l'entrée du bout efférent et les dirige vers l'orifice cutané : d'où l'issue de la majorité ou de la totalité du contenu intestinal et l'incurabilité spontanée de cet anus anormal. — Au point de vue opératoire, un principe s'en déduit : quand on veut établir un anus artificiel, stable et dérivant la totalité des matières (anus iliaque pour cancer rectal), il faut donner aux deux bouts de l'anse cette coudure fortement angulaire ; au contraire, toutes les fois qu'on veut une fistule temporaire, il faut accoler l'anse, étroitement ouverte, tangentiellement à la paroi.

Toutefois le processus naturel de guérison arrive, même dans le cas de deux bouts parallèles, à éperon saillant, à tourner l'obstacle, de façon à rétablir la circulation partielle dans le bout efférent, si bien que les selles normales peuvent réapparaître. — Comment les matières arrivent-elles à franchir cette valve ? SCARPA, le premier, puis DUPUYTREN ont précisé les modifications qui permettent ce résultat et qui portent sur le *trajet intermédiaire* entre les deux orifices, cutané et intestinal. Peu à peu, l'intestin, sous la traction du mésentère, selon DUPUYTREN, ou par ses contractions péristaltiques et l'assouplissement des adhérences, s'éloigne de la paroi abdominale. A mesure que cet éloignement se prononce, le trajet intermédiaire, surtout dans sa partie intra-abdominale, s'allonge ; il se

développe en un véritable cloaque où viennent s'aboucher les deux segments afférent et efférent : c'est l'*entonnoir membraneux* ou *infundibulum* de Scarpa. Grâce à cette cavité intermédiaire, les matières arrivent à contourner l'éperon et à circuler indirectement d'un bout vers l'autre (fig. 157) : la nature a ainsi créé une insuffisance valvulaire de cet éperon, et la thérapeutique s'inspire de ce processus spontané en ouvrant, au moyen de la pression de la pince entérotome de Dupuytren, une brèche dans la cloison du promontoire.

L'orifice cutané a, pour lieu d'élection, les régions herniaires (aines, ombilic), la fosse iliaque droite. Sa forme est généralement arrondie ou ovale ; la peau avoisinante est ordinairement le siège d'un érythème dû à l'irritation par les matières. Dans le cas où la muqueuse des bouts intestinaux tend à s'éverser au dehors, on voit se produire un bourrelet muqueux qui peut atteindre des dimensions considérables et arriver à l'invagination de tout l'intestin par l'orifice extérieur, sous l'aspect d'une tumeur conique, rouge, mollasse, fongueuse, revêtue de mucosités, réductible, augmentant par l'effort ou la toux.

**Symptômes.** — L'issue du contenu intestinal et de gaz, par l'orifice abdominal, est le symptôme essentiel. Il faut se garder de prendre pour des matières stercorales certaines suppurations très fétides et gazeuses dues à des microbes anaérobies, que l'on observe dans la plupart des foyers purulents para-intestinaux. Selon l'ampleur et le siège de la perte de substance intestinale, selon la saillie de l'éperon, l'abondance des matières évacuées est variable ; dans le cas d'une valve complètement cloisonnante, il y a absence de selles vraies et seulement quelques évacuations muqueuses intermittentes venant du bout inférieur. Lorsque l'issue des matières n'est que partielle, lorsque la fistule est étroite et basse et que les aliments ont à parcourir une longueur suffisante d'intestin, la santé générale peut se conserver assez bonne ; au contraire, la dénutrition, l'amaigrissement et l'affaiblissement sont rapides dans les anus largement ouverts, siégeant haut sur l'intestin, à évacuation abondante, à selles normales absentes ou très réduites.

**Traitement.** — Les fistules étroites, sans éperon, sans cou-

ture accentuée de l'anse, peuvent guérir spontanément; dans les conditions inverses, il n'y faut pas compter. — Pour guérir un anus contre nature, l'action chirurgicale doit porter essentiellement sur la lésion intestinale, causale, et sans la suppression de laquelle rien n'est obtenu. Un moyen, indirect, de la traiter, en la ramenant aux conditions d'une fistule sans éperon, spontanément curable, c'est d'ouvrir une brèche

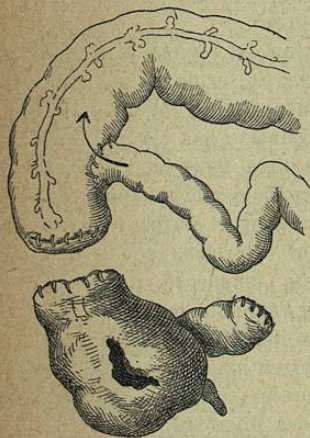


Fig. 158.

Exclusion bilatérale ouverte du caecum fistuleux (RICARD et LAUNAY).

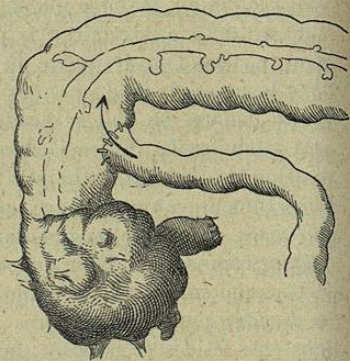


Fig. 159.

Exclusion unilatérale du caecum, avec implantation termino-latérale de l'iléon sur le colon (RICARD et LAUNAY).

dans cet éperon : tel est le principe de l'entérotomie, imaginée par DUPUYTREN, qui réalisa la destruction de cette valve au moyen d'une pince, dite entérotome, laissée à demeure, jusqu'à sa chute, sept à huit jours sur la cloison et déterminant le sphacèle de la portion étreinte. L'entérotomie, qui n'est pas sans péril, ne donne ordinairement qu'un résultat préliminaire et nécessite la fermeture ultérieure de l'orifice intestinal : on pratique alors cette fermeture selon le procédé de Malgaigne qui consiste à détacher l'intestin de ses adhérences, tout en

ne sortant pas de cette zone d'adhérences, et à réunir par adossement de leurs surfaces séreuses les deux lèvres de l'intestin.

Actuellement, on tend à aborder plus radicalement le problème. On ouvre d'emblée le péritoine en dehors et autour de l'orifice cutané, bourré de gaze, ou fermé par une suture en bourse selon notre technique; la cavité péritonéale étant bien protégée par des compresses, on sort l'anse lésée ou le paquet d'anses adhérentes. Et, suivant le cas, on pratique alors l'une de ces quatre interventions : 1° l'entérorraphie latérale, si la perte de substance intestinale est peu étendue; 2° l'entérectomie avec entérorraphie circulaire, si l'anse est largement lésée, si les bouts sont divergents; 3° s'il existe des adhérences massives empêchant le dégagement des deux bouts, l'entéro-anastomose qui consiste à aboucher deux anses, l'une en amont, l'autre en aval de la lésion; 4° l'exclusion de l'intestin (fig. 158) qui est caractérisée par ce fait qu'on isole, qu'on exclut de la circulation des matières le segment fistuleux de l'intestin. Cette exclusion est : 1° bilatérale (fig. 158), lorsque l'anse exclue est oblitérée à ses deux bouts par une suture, l'orifice fistuleux servant de soupape de sûreté; 2° unilatérale (fig. 159), lorsque la clôture ne porte que sur l'un des bouts — le bout central — de l'anse fistuleuse. La continuité est rétablie, entre les portions intestinales situées au-dessus et au-dessous du segment exclu, soit par une anastomose latérale, soit par une implantation termino-latérale.