

tion est d'autant plus rapide que la hernie est plus récente, à cause de la laxité que conserve le tissu cellulaire extérieur au sac; elle est due à l'élasticité du mésentère (*o*), tendu comme une corde entre la colonne vertébrale et la concavité de la portion (*g*) d'intestin qui forme l'anus anormal. La communication des deux bouts de l'intestin s'établit plus ou moins promptement, d'après l'étendue de la gangrène: si l'intestin est étranglé dans un tiers de sa circonférence, le rétablissement du cours des matières est rapide. Mais si l'intestin est mortifié dans une grande étendue, les deux bouts sont placés plus ou moins parallèlement; alors les orifices de ces deux bouts sont séparés l'un de l'autre par une éminence en forme de *promontoire* ou d'*éperon* (*f*), et le passage des matières d'un bout dans l'autre est difficile. Plus tard cependant les deux bouts se rétractent du

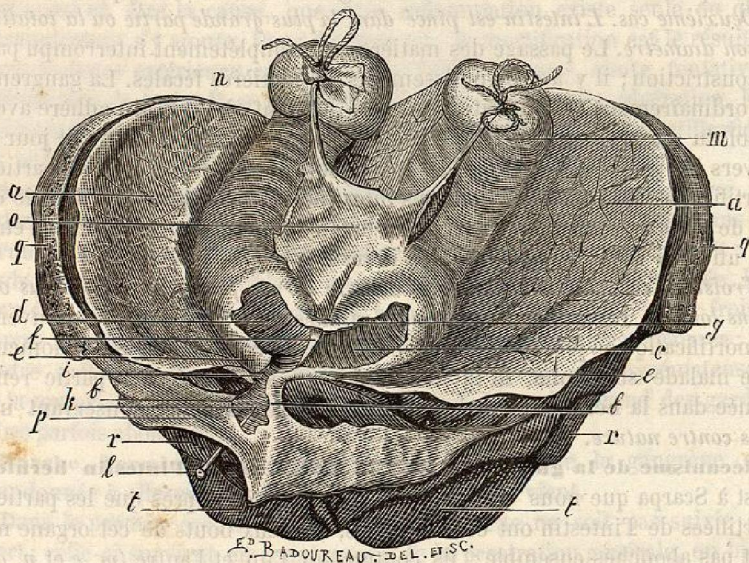


Fig. 238.

côté de la cavité abdominale; l'entonnoir membraneux (*bb*) se constitue; les matières passent en certaine quantité du bout supérieur dans l'inférieur, en certaine quantité par la plaie, qui se convertit en un conduit fistuleux (*k, l*) formé en partie par les restes du sac herniaire et en partie par les aponévroses (*p*) des muscles abdominaux, ainsi que par les téguments de l'aine (sur la figure 238, on a représenté une sonde (*l*) passée dans le trajet fistuleux). Plus tard encore, la base de l'entonnoir membraneux s'élargissant davantage par le fait de la rétraction de l'intestin, les matières cessent de passer par la plaie extérieure et s'engagent du bout supérieur (*c*) dans l'inférieur (*d*); sur la figure 238, on a représenté en *g* la crête iliaque, en *rr* les cavités cotyloïdes, en *tt* les ischioans.

On voit que, d'après cette théorie, Scarpa considère l'entonnoir membra-

neux comme un organe de nouvelle formation indispensable au rétablissement de la continuité du canal intestinal. Déjà Boyer avait jugé cette opinion trop exclusive; plus récemment Velpeau a démontré que les hernies avec gangrène guérissent parfois, alors même que ces hernies sont *dépourvues du sac* qui, d'après les idées de Scarpa, jouerait un rôle indispensable dans la constitution de l'entonnoir membraneux. Dans les hernies *akyistiques* (p. 624), la poche qui remplace l'entonnoir est formée, d'après Velpeau, par le développement de fausses membranes qui s'organisent et se transforment en canal. Malgaigne nie même toute participation de l'entonnoir à la guérison de la hernie; suivant lui, le trajet qui s'étend de l'intestin à l'ouverture des téguments est tapissé par une *membrane muqueuse de nouvelle formation* qui jouit d'une propriété rétractile. Les expériences de Travers (1812) avaient déjà démontré que le péritoine ne joue pas le seul rôle dans la formation de l'entonnoir: le chirurgien anglais, après avoir incisé le ventre d'un chien, attira au dehors une anse d'intestin grêle qu'il serra fortement par une ligature. Il réséqua la portion d'intestin placée en deçà de la ligature et réduisit le tout dans l'abdomen. Au bout d'un mois l'animal est tué; on constate que les deux orifices de l'intestin sont entourés par une enveloppe formée aux dépens de l'épiploon; c'est par cette enveloppe que la communication entre les deux bouts est rétablie. Les matières fécales avaient de cette manière repris leur cours naturel et entraîné le fil qui servait de ligature. Sur un autre chien, l'anse d'intestin est attirée, au dehors, incisée et remise dans l'abdomen. L'animal succombe au bout de huit jours; on reconnaît que les deux portions d'intestin communiquent par une cavité intermédiaire formée en partie par le péritoine, en partie par le mésentère et les circonvolutions intestinales voisines.

Traitement. Les indications sont subordonnées à l'étendue de la gangrène.

1° *L'intestin est pincé dans une partie plus ou moins considérable de sa circonférence.* Après avoir incisé la tumeur et enlevé les parties mortifiées, on ouvre l'intestin pour donner issue aux matières fécales. Faut-il débrider dans ce cas? Louis, Boyer, Dupuytren rejettent le débridement, dans la crainte de détruire les adhérences et de provoquer un épanchement de matières fécales dans l'abdomen. Scarpa est partisan du débridement du collet du sac dans tous les cas, et Velpeau veut qu'on incise l'anneau herniaire, en se fondant sur ce fait, que très-souvent le gonflement inflammatoire du bout supérieur de l'intestin a pour conséquence de boursoufler la muqueuse; celle-ci, ne pouvant se développer vers la périphérie de l'intestin, proéminera dans la cavité de l'organe au point de l'oblitérer. Il est possible que les choses se passent ainsi dans quelques cas; mais, comme le plus souvent l'ouverture seule de l'intestin suffit pour provoquer une déplétion abondante de matières fécales, on n'aura recours au débridement que si ces matières ne sortent pas. Dans les premiers jours qui suivent l'opération, on donne une nourriture peu abondante; dès que les symptômes inflammatoires sont apaisés, on augmente le régime. Le pansement est

simple et doit être renouvelé plusieurs fois par jour, afin d'entretenir la plaie et la région voisine dans un état de propreté aussi satisfaisant que possible. Les soins ultérieurs à donner à l'opéré varient suivant les cas :

Si, après un certain nombre de jours, on reconnaît que les matières fécales reprennent en partie leur cours par les voies naturelles, ce qui arrive lorsque l'intestin n'a subi qu'une perte de substance médiocre, on seconde ce travail de réparation en administrant des boissons laxatives, de légers purgatifs, des lavements, une nourriture convenable.

Si, après un certain temps, malgré l'administration répétée des minéralisants et des lavements, les matières fécales ne reprennent pas en partie leur cours par les voies naturelles, et si leur issue hors de la plaie ne diminue que parce que cette dernière s'est resserrée, toutes circonstances qui annoncent une perte de substance considérable de l'intestin, il faut établir un *anus contre nature* au niveau de la plaie, et empêcher celle-ci de se cicatrifier; car, si elle se resserrait au point de gêner l'issue des matières au dehors, il en résulterait de nouveaux accidents d'étranglement.

2° *L'intestin compris dans la hernie étranglée forme une anse*. Il convient ici de distinguer deux cas : ou bien l'intestin gangrené est adhérent au col du sac herniaire et à l'anneau, ou bien il est libre d'adhérences avec ces mêmes parties.

(a) Si l'intestin est adhérent au collet du sac herniaire, on se conduit absolument de même que lorsque l'intestin est pincé dans une partie plus ou moins considérable de sa circonférence.

(b) Si l'intestin est libre d'adhérences avec le collet du sac herniaire et l'anneau, les indications sont subordonnées à l'étendue de la gangrène. Celle-ci est-elle très-limitée, il n'y a pas d'inconvénient à ramener l'intestin dans l'abdomen en ayant soin de maintenir vis-à-vis de la plaie extérieure la partie mortifiée. Pour cela, on a en soin, avant la réduction, de passer un fil à travers le mésentère. Mais, pour peu que la gangrène soit étendue, il faut exciser la partie mortifiée ou l'ouvrir largement. Pour la conduite ultérieure à tenir, divers avis sont en présence :

Litré, dans un cas de gangrène étendue, retrancha la portion gangrenée, repoussa le bout inférieur dans le ventre, après l'avoir lié circulairement, et fixa le bout supérieur dans la plaie par trois points de suture. Cette méthode, qui condamne le malade à un *anus contre nature incurable*, est rejetée par tous les praticiens.

D'autres chirurgiens veulent qu'après l'excision des parties gangrenées, on cherche à rétablir la continuité du canal intestinal, en rapprochant les deux bouts ou les lèvres de la plaie intestinale : Rhamdhor pratiquait l'invagination du bout supérieur dans l'inférieur, ce qui est une opération laborieuse, douloureuse, et expose à l'inflammation de tout le paquet intestinal. Lapeyronie, après avoir excisé l'anse d'intestin gangrené, passa un fil à travers le mésentère, fit un pli à ce dernier pour rapprocher les deux bouts de l'intestin et les assujettir l'un vis-à-vis de l'autre. Le fil fut fixé au dehors pour empêcher l'intestin de rentrer dans le ventre; le malade guérit. Ce procédé a l'inconvénient d'augmenter la vulnération et d'exposer

à une inflammation mortelle. D'autres chirurgiens, après avoir enlevé les parties mortifiées, font la suture des lèvres sanglantes de l'intestin par l'un des procédés d'entéroraphie que nous avons exposés précédemment (p. 573). On ne saurait se dissimuler les inconvénients de la suture, puisqu'on agit sur des parties enflammées qui se laissent facilement diviser par les fils constricteurs.

La pratique recommandée par Boyer nous semble préférable : elle consiste à faire dans la portion mortifiée une incision assez étendue pour donner une libre issue aux matières qui remplissent et distendent le canal intestinal, et à abandonner aux ressources de la nature la guérison, qui survient souvent par le mécanisme que nous avons exposé (p. 667), après que toutes les parties mortifiées de l'intestin et des enveloppes de la hernie ont été éliminées. On redoublera de soins de propreté; dans les premiers temps, pour favoriser le détachement des escarres, on pansera avec des plumasseaux de charpie recouverts d'onguent styrax mélangé au cérat; plus tard, on a recours au pansement avec la charpie sèche. On insiste sur les laxatifs et les lavements. Après avoir soumis l'opéré à un régime sévère, on conseille une alimentation plus substantielle et de bonne digestion qui favorise la dépression de l'éperon (f, fig. 238) et la dilatation de l'entonnoir membraneux (b, b, fig. 238). Si après un certain temps, et malgré le traitement que nous venons d'indiquer, les matières stercorales continuent à sortir en totalité ou en grande partie par la plaie extérieure, on s'opposera à la cicatrisation de celle-ci pour établir un *anus contre nature*.

ARTICLE VI.

Anus contre nature accidentel.

On appelle ANUS CONTRE NATURE une ouverture permanente des intestins, située sur un point des parois abdominales, ou même à l'intérieur des organes du bassin qui communiquent au dehors, le vagin par exemple, ouverture par laquelle s'écoulent les matières stercorales. Lorsque cette ouverture est très-petite, on la désigne sous le nom de FISTULE STERCORALE.

L'anus contre nature peut être congénital; il en sera question à l'histoire des *Maladies de l'anus et du rectum*; il peut être artificiel, c'est-à-dire établi volontairement par le chirurgien, dans le but de créer un passage aux matières intestinales en cas d'étranglement interne (voy. p. 617), ou lorsque l'anus normal n'existe pas (voy. *Maladies de l'anus et du rectum*). Nous n'avons à étudier ici que l'anus contre nature accidentel.

Causes. L'anus contre nature accidentel est, dans la majorité des cas, la conséquence d'une hernie étranglée qui s'est terminée par gangrène d'une portion de l'intestin. D'autres fois la même infirmité provient d'une plaie pénétrante de l'abdomen, avec lésion de l'intestin. Elle peut résulter aussi de la perforation de l'intestin de dedans en dehors, par un corps étranger; d'un abcès développé dans l'épaisseur des parois de cet organe et qui s'est