

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 cicatriser; 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

frayé une issue à la fois en dedans de la cavité intestinale et en dehors de l'abdomen.

Anatomie et physiologie pathologiques. Tout anus contre nature présente à considérer : une ouverture extérieure ou cutanée, une ouverture intestinale ou muqueuse, et un trajet intermédiaire :

(a) L'ouverture extérieure a généralement son siège sur un des points de la paroi abdominale où se font les hernies : l'aîne, les bourses, l'ombilic. Elle est unique ou multiple. Dans le premier cas, elle est ordinairement arrondie, quelquefois irrégulière, à dimensions variables, parfois d'un diamètre exigu, auquel cas elle est appelée *fistule stercorale*. La peau environnante est froncée, forme des plis épais qui convergent vers l'ouverture, et se continue avec la *muqueuse* qui tapisse le trajet intermédiaire; elle est excoriée, enflammée par le contact incessant des matières fécales qui s'échappent par la fistule. Dans d'autres cas, il existe à la surface de la peau plusieurs ouvertures. Au lieu d'une dépression au niveau de la fistule, on a rencontré quelquefois une saillie plus ou moins prononcée; alors il existe communément des clapiers dans l'épaisseur de la paroi abdominale. Le plus souvent il y a adhérence intime entre les téguments et les muscles abdominaux.

(b) L'ouverture intestinale est tantôt unique, comme on le voit dans la figure 238 (i), p. 668, tantôt double. Lorsqu'elle est unique, elle présente une forme arrondie ou inégalement ovalaire; le plus souvent, la perte de substance de l'intestin correspond à la face convexe de l'organe et en occupe une portion plus ou moins étendue (voy. fig. 238, d). Quelquefois l'ouverture occupe une des faces latérales de l'intestin. Dans tous les cas, on aperçoit, au fond de cette même ouverture, la paroi opposée de l'intestin (g). Cette paroi proémine généralement dans la cavité même de l'intestin lésé; et pour peu que les deux bouts de l'organe (mc, nd) forment entre eux un angle, il en résulte une saillie très-appreciable que l'on désigne sous le nom de *promontoire* ou d'*éperon* (f). Dans certains anus contre nature, il existe deux orifices distincts sur la face de l'intestin accolée à la paroi abdominale. Il se peut encore que les orifices intestinaux soient assez éloignés l'un de l'autre, pour que chaque bout d'intestin vienne s'ouvrir isolément à la surface cutanée (Alquié).

(c) Le trajet intermédiaire aux deux orifices de l'anüs contre nature, c'est-à-dire à l'orifice cutané et à l'orifice intestinal, est tantôt un trajet direct à travers la paroi abdominale, tantôt un trajet oblique. Le canal de communication peut être sinueux, anfractueux, pourvu de diverticulums. Le plus souvent, le trajet intermédiaire est plus large et plus évasé au fond, c'est-à-dire sur le pourtour de l'ouverture intestinale, qu'au sommet, c'est-à-dire vers la peau. C'est ce trajet qui forme l'*entonnoir membraneux* de Scarpa (b, b, fig. 238). Ce dernier considérait l'entonnoir membraneux comme étant formé par les débris du sac herniaire. Les recherches des anatomo-pathologistes contemporains ont démontré que cette assertion est trop absolue. Le plus souvent, le trajet accidentel de l'anüs contre nature est tapissé par une *fausse membrane* dont les éléments proviennent à la fois

des débris du sac herniaire et des adhérences voisines; dans d'autres cas, ce même trajet est tapissé, dans toute son étendue, par la *muqueuse intestinale* qui se prolonge jusqu'à l'ouverture extérieure de l'anüs contre nature. J'ajouterai que, pour ma part, je ne vois pas de raison pour ne pas admettre ici l'organisation, sur toute l'étendue du trajet, d'une membrane de nouvelle formation, analogue aux membranes muqueuses, analogue à celle qu'on rencontre, par exemple, dans certaines fistules anales.

La profondeur de l'entonnoir membraneux est variable : il est très-court ou manque même complètement dans les anus contre nature qui succèdent aux *blessures* de l'intestin; il manque rarement dans les anus contre nature qui sont la suite de hernies avec gangrène. On a vu précédemment (p. 667) que l'entonnoir augmente graduellement de longueur. La cause qui agit le plus énergiquement pour produire cet allongement, et pour effacer en conséquence le *promontoire* ou l'*éperon*, est l'élasticité du mésentère, qui tend à ramener continuellement l'intestin dans le ventre.

Aux environs de l'ouverture intestinale, les deux bouts de l'intestin adhèrent par leur surface séreuse au péritoine qui tapisse la face postérieure de la paroi abdominale. Ces adhérences sont nécessaires pour empêcher l'épanchement de matières fécales dans la cavité péritonéale. Au début de la formation de l'anüs contre nature, les adhérences sont faibles; plus tard celles-ci deviennent plus solides. Les deux bouts de l'intestin n'offrent pas toujours le même degré d'inclinaison par rapport à la paroi abdominale : lorsque l'anüs contre nature succède à une blessure peu étendue de l'intestin, ou à une hernie dans laquelle une petite portion d'intestin a été étranglée et mortifiée, les deux bouts restent sensiblement parallèles à la paroi abdominale. Si l'intestin a subi une perte de substance plus considérable, les deux bouts d'intestin forment déjà un angle plus ou moins ouvert (fig. 238, p. 668). Mais si une anse entière est détruite par la gangrène, les deux bouts sont parallèles comme les canons d'un fusil à deux coups. Plus l'angle formé par les deux bouts est obtus, plus les matières fécales éprouvent de facilité à passer du bout supérieur dans l'inférieur; plus, au contraire, les deux bouts tendent au parallélisme, plus les matières fécales ont de facilité à passer par la plaie extérieure. Le *promontoire* ou l'*éperon* qui sépare les deux bouts est d'autant plus saillant que ces bouts se rapprochent davantage de la direction parallèle.

Les deux bouts de l'intestin n'arrivent pas toujours au contact l'un de l'autre : Velpeau a vu, dans un cas, le bout inférieur de l'iléon s'arrêter à la partie inférieure et interne de l'anneau inguinal, tandis que le bout supérieur, contournant en dehors le précédent, plongeait dans l'aîne et formait seul l'orifice de l'anüs anormal; les deux bouts étaient adossés sur le côté. Chez un autre sujet, atteint d'un anus contre nature ombilical, le bout supérieur adhérait à l'anneau; le bout inférieur en était éloigné de 3 centimètres, et les deux communiquaient ensemble au moyen d'un canal supplémentaire formé par l'épiploon, de fausses membranes et une anse intestinale placée derrière.

L'*éperon* (f, fig. 238) est situé entre les deux bouts d'intestin, en face et